



Unterschätzte
Gefahr:

Lärm und
Luftverschmutzung
sind neue und
wichtige Herz-
Kreislauf-
Risikofaktoren

Reform der Pflegeversicherung:
mehr für stationäre und ambulante Pflege

Das etwas andere Buch zum Schlaganfall!

Im Mittelpunkt steht dabei nicht die Versorgung, Therapie und Genesung, sondern was man trotz Schlaganfall erreichen kann. Hilfreich waren für mich neben Resilienz, Engagement, Empowerment und Innovation das positive Denken.

Für mich war und ist dieser Weg die Lösung, um mit den Erkrankungen wie Schlaganfall und Krebs, klar zu kommen und ein glückliches Leben zu führen.

Erwähnen möchte ich die Unterstützung durch die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, Institutionen und Fachgesellschaften, Kliniken und Medizinern, Firmen aus dem Medizinbereich, Vertretern der Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik und meiner Familie. Ohne sie wäre es schwieriger gewesen.

Wer den deutschen Buchhandel unterstützen möchte, kann dies mit einer Bestellung z.B. in den Buchshops von BoD, Thalia oder Hugendubel tun.

Natürlich ist es auch bei Amazon erhältlich!

Willi Daniels



Produktinformation

Herausgeber : BoD – Books on Demand;
1. Edition (28. Januar 2021)

Sprache : Deutsch

Taschenbuch : 184 Seiten

ISBN-10 : 375340327X

ISBN-13 : 978-3753403274

Abmessungen : 12.7 x 0.99 x 20.32 cm

Preis : 16,99 €

Liebe Leserinnen und Leser,

in dieser Ausgabe informieren wir Sie wieder zu interessanten Themen wie z.B. über die Lärm und Luftverschmutzung, die neue Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen sind.

Zudem berichten wir über spezielle Behandlungsplätze der Stroke Unit des Uniklinikums Dresden.

Interessant dürfte der Artikel über die „Reform der Pflegeversicherung: mehr Leistungen für stationäre und ambulante Pflege“ sein, die vergangene Woche im Bundestag beschlossen wurde.

Viel Spass beim Lesen, passen Sie auf sich auf und bleiben Sie gesund.



Willi Daniels
Herausgeber und Redakteur

Bayerische Staatsmedaille für Verdienste um
Gesundheit und Pflege in Bayern

Seite 4:

Nachrichten

Seite 7:

Lärm und Luftverschmutzung
sind neue und wichtige Herz-
Kreislauf-Risikofaktoren

Seite 9:

Spezielle Behandlungsplätze
der Stroke Unit des
Uniklinikums Dresden

Seite 11:

Fachleute warnen vor
verstecktem Muskelschwund

Seite 14:

Betroffene profitieren von der
endovaskulären Therapie bei
großen Hirngefäßverschlüssen
auch nach über 6 Stunden

Seite 17:

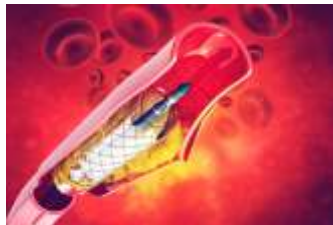
Zwei randomisierte Studien
untermauern Evidenz für
Thrombektomie bei Ver-
schluss großer intrakranieller
Arterien

Seite 19:

Reform der Pflegeversiche-
rung: mehr Leistungen für
stationäre und ambulante
Pflege

Seite 22:

Impressum



Tag gegen den Schlaganfall

Hohes Cholesterin tut nicht weh

Jährlich ruft die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe den „Tag gegen den Schlaganfall“ aus. Am 10. Mai 2023 geht es um die Blutfette, für viele ein unbekanntes Risiko. Das will die Stiftung ändern.

Schlaganfälle sind oft vermeidbar

270.000 Menschen pro Jahr erleiden in Deutschland einen Schlaganfall. Rund 60 Prozent der Betroffenen sind langfristig auf Therapien, Hilfsmittel oder Pflege angewiesen. Dabei wären etwa 70 Prozent der Schlaganfälle vermeidbar – durch einen gesunden Lebensstil und die Behandlung von Risikofaktoren. Viele Aufklärungskampagnen drehen sich um Bluthochdruck, seltener geht es um das Cholesterin. „Dabei wäre hier Aufklärung genauso wichtig“, erklärt Nadine Hunting, Präventionsexpertin der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe.

Viele kennen ihr Risiko nicht

Mehr als 7.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter deutscher Unternehmen und Behörden nahmen am Risiko-Check der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe teil. Ein Ergebnis der Testreihe war besonders markant: 45 Prozent der Teilnehmenden zeigten kritische Cholesterinwerte. „Das waren häufig jüngere Frauen, die sonst unauffällig waren und von ihren Werten überrascht wurden“, berichtet Nadine Hunting. Ungünstige Cholesterinwerte verdoppeln das Risiko für einen Schlaganfall. Und da hohes Cholesterin keine Schmerzen verursacht, bleibe es oft lange unbemerkt.

**HOHES CHOLESTERIN
TUT NICHT WEH.**

Deshalb: Blutfette messen – Gefäße schonen!



Cholesterin schädigt Gefäße

Wenn auf Dauer eine erhöhte Menge an LDL-Cholesterin im Blut zirkuliert, lagert es

sich an den Gefäßwänden ab. Diesen Vorgang nennt man Atherosklerose, im Volksmund Arterienverkalkung. Sie kann zu einem Gefäßverschluss führen. Ein hoher Cholesterinspiegel kann genetisch bedingt sein, die Betroffenen spüren ihn nicht. „Umso wichtiger ist es, Risikoträger zu identifizieren“, erklärt Hunting. Trotz genetischer Vorbelastung ist ein gesunder Lebensstil immer grundlegend für die Behandlung eines zu hohen Cholesterinspiegels und anderer Risikofaktoren.

Gesunder Lebensstil lohnt sich

Dass gesundes Leben sich lohnt, zeigen die Ergebnisse einer Studie aus den USA. Eine Arbeitsgruppe um Professorin Myriam Fornage vom Health Science Center Houston führte eine Langzeitbeobachtung von mehr als 11.000 Probanden durch. Dabei zeigte sich, dass viele Teilnehmende ihr Schlaganfall-Risiko trotz erblicher Vorbelastung durch einen entsprechenden Lebensstil deutlich senken konnten.

Entscheidend dafür waren sieben beeinflussbare Faktoren:

Gesamtcholesterin, Blutdruck, Blutzucker, körperliche Aktivität, Ernährung, Rauchen und das Gewicht. Richtig eingestellt, minimierten die Teilnehmenden den Effekt eines hohen genetischen Risikos und gewannen bis zu sechs Lebensjahre ohne Schlaganfall.

Werte frühzeitig messen

Die Stiftung empfiehlt, Cholesterinwerte frühzeitig zu überprüfen. Insbesondere dann, wenn bereits Schlaganfälle oder Herzinfarkte in der Familie vorkamen. Eine erste Messung des Gesamtcholesterins ist ganz einfach in vielen Apotheken möglich.



Nadine Hunting, SDSH

Personalisierte Medizin und künstliche Intelligenz:

Prof. Dr. Christian Grefkes-Hermann ist neuer Präsident der DGKN

Professor Dr. Christian Grefkes-Hermann ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie und Funktionelle Bildgebung (DGKN) e. V. und leitet den Fachkongress 2024 in Frankfurt. Der Direktor der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Frankfurt ist Experte in der Erforschung motorischer Netzwerke des Gehirns und der Rehabilitation motorischer Störungen nach Hirnschädigungen. Für die Fachgesellschaft will er wichtige Weichen stellen: „In den nächsten Jahren wollen wir die diagnostischen und vor allem therapeutischen Einsatzmöglichkeiten neurophysiologischer Methoden deutlich weiterentwickeln“, sagt Prof. Dr. Grefkes-Hermann.

„Die DGKN ist die größte Fachgesellschaft in Europa auf dem Gebiet der klinischen Neurophysiologie und unsere Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gehören zu den besten weltweit. In den vergangenen Jahren haben viele Arbeitsgruppen herausragende Erkenntnisse zur Funktion des Gehirns bei gesunden und neurologisch oder psychiatrisch erkrankten Menschen gewonnen.“

Als Präsident des DGKN-Kongresses für Klinische Neurowissenschaften, der vom 6. bis 9. März 2024 in seiner Wirkungsstätte in Frankfurt stattfinden wird, rückt Prof. Dr. Grefkes-Hermann die Fortschritte einer durch wissenschaftliche und technische Entwicklungen immer stärker personalisierten Medizin in den Fokus. Dabei möchte er den digitalen Fortschritt und den Einsatz künstlicher Intelligenz für die Diagnostik und Therapie von neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Parkinson, Epilepsie oder Demenz fördern. Auch die engere Zusammenarbeit zwischen Neurowissenschaften und Neurophysiologie sowie weiteren Disziplinen liegt ihm am Herzen. „Die Klinische Neurophysiologie befindet sich, wie die Neurowissenschaften insgesamt, in einer äußerst spannenden Phase. Wir können immer komplexere Daten auswerten und maschinell interpretieren lassen. Damit ergeben sich innovative und vielversprechende Möglichkeiten für

neue individualisierte Therapien“, betont Prof. Dr. Grefkes-Hermann.

Fachliche und internationale Kompetenzen: Vorstandsvorsitz der DGKN neu besetzt



Prof. Dr. Christian Grefkes-Hermann, Präsident der DGKN und Direktor der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Frankfurt DGKN/Uniklinik Frankfurt

Mit der Übernahme der DGKN-Präsidentschaft durch Prof. Dr. Grefkes-Hermann hat PD Dr. Susanne Schubert-Bast, Leitende Oberärztin der Neuropädiatrie der Kinderklinik und am Epilepsie-Zentrum des Universitätsklinikums Frankfurt Rhein-Main, die Position als 1. Vizepräsidentin der DGKN übernommen. Sie ist damit für 2024 die designierte DGKN-Präsidentin und wird die wissenschaftliche Leitung des DGKN-Kongresses für Klinische Neurowissenschaften 2025 übernehmen. Dieser findet vom 12. bis 15. März 2025, ebenfalls in Frankfurt, statt. Als 2. Vizepräsident nach Mitgliederversammlung neu in den Vorstand berufen wurde Prof. Dr. Friedhelm Christoph Hummel, Direktor und Defitech Chair of Clinical Neuroengineering am Swiss Federal Institute of Technology (EPFL). Prof. Dr. Andreas Engel, DGKN-Präsident und -Kongresspräsident 2022/23 und Direktor des Instituts für Neurophysiologie und Pathophysiologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, bleibt als Past-Präsident dem DGKN-Vorstand weiter erhalten. ■

Emmy Noether-Preis für LMU-Schlaganfallforscher

Marios Georgakis wird für seine Forschung mit einer Förderung in Höhe von zwei Millionen Euro ausgezeichnet.

Schlaganfälle und andere Blutgefäßerkrankungen im Gehirn können zu immensen Einschränkungen bei den Betroffenen führen und stellen weltweit eine der häufigsten Todesursachen dar.

Dr. Marios Georgakis ist Arbeitsgruppenleiter und Clinician-Scientist am Institut für Schlaganfall- und Demenzforschung. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG stellt ihm nun im Rahmen des Emmy Noether-Programms zwei Millionen Euro für seine Forschung zur Verfügung.

Mit den Geldern will Georgakis Entzündungsprozesse in Blutgefäßen untersuchen, die zur Ablagerung von Stoffen und damit zu Gefäßverengungen führen. Ziel ist es, neue Ansätze für die Behandlung solcher Entzündungen und die Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu ermitteln.

„Unsere Arbeit ist durch den dringenden Bedarf motiviert, die zerebrovaskuläre Gesundheit durch die Entwicklung präziser und personalisierter Präventionsstrategien zu optimieren“, sagt Georgakis. „Wir nutzen umfangreiche multidimensionale Daten aus epidemiologischen Studien und menschlichen Biobanken, um mit Werkzeugen der Bioinformatik solche Strategien zu entwickeln.“

Dazu gehört eine umfassende molekulare und zelluläre Beschreibung von Krankheitsbildern, die Identifizierung möglicher Biomarker für die Diagnose, die Entwicklung personalisierter Instrumente für die Risikoabschätzung bei Patienten sowie die Entdeckung neuer Wirkstoffziele für therapeutische Ansätze.

Das Emmy Noether-Programm fördert herausragend qualifizierte Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftlern und bietet ihnen die Möglichkeit, sich durch die eigenverantwortliche Leitung einer Nachwuchsgruppe für eine Hochschulprofessur zu qualifizieren. ■

Neues aus der Forschung: Publikationen, Studien und Forschungsprojekte aus dem UKE

KI-Vorhersagetool zur individuellen Behandlung von Bluthochdruck | Zehnfach erhöhte Auflösung bei lichtbasierter Mikroskopie | Neuer Krankheitsmechanismus und mögliche Therapieoptionen bei Morbus Fabry

Forschungskonsortium mit UKE-Beteiligung entwickelt KI-Vorhersagetool zur individuellen Behandlung von Bluthochdruck

Wissenschaftler:innen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) sind an einem internationalen Forschungskonsortium beteiligt, das mittels Künstlicher Intelligenz ein Tool zur individuellen Behandlung von Bluthochdruck entwickeln will. Das Forschungsprojekt „Hypermarker“ erhält insgesamt rund 10 Millionen Euro durch die EU-Förderlinie Horizon Europe und die Dachorganisation für die britischen Forschungsrate United Kingdom Research and Innovation (UKRI). Auf das UKE entfallen hiervon 915.000 Euro; die Projektleitung liegt beim Universitätsklinikum Utrecht. Im Zuge des Projekts sollen mittels der Daten von Patient:innenkohorten aus elf europäischen Ländern Vorhersagealgorithmen entwickelt werden, die Ärzt:innen dabei unterstützen, die passgenaue Medikation für jede:n Patient:in mit Bluthochdruck auszuwählen. Dabei werden die Daten auf Basis von Deep-Learning-Methoden mit weiteren klinischen Faktoren verknüpft, um die wichtigsten Faktoren für die jeweilige Therapieentscheidung herauszufiltern. Diese Ergebnisse sollen anschließend in einer randomisierten klinischen Studie in vier Ländern validiert und das Tool weiter verbessert werden. Eine langjährige unzureichende Behandlung oder das Nicht-Erkennen von Bluthochdruck sind Hauptgründe für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, die in Deutschland weiterhin zu den häufigsten Todesursachen zählen. ■



Unterschätzte Gefahr:

Lärm und Luftverschmutzung sind neue und wichtige Herz-Kreislauf-Risikofaktoren

Umweltstressoren wie Verkehrslärm stellen weltweit eine Bedrohung für die menschliche Gesundheit dar. Eine im *European Journal of Preventive Cardiology* erschienene Studie von DZHK-Forscher Prof. Thomas Münzel zeigt, dass Lärm innerhalb kurzer Zeit negative Auswirkungen auf Gefäße und Gehirn hat. Weitere kürzlich unter seiner Mitwirkung veröffentlichte Übersichtsartikel belegen, dass Feinstaub und Lärm global eine ernsthafte Bedrohung für die Herz-Kreislauf-Gesundheit sind und Umweltfaktoren als Gesundheitsrisiko in Forschung, Politik und Gesellschaft immer noch stark unterschätzt werden.

Lärm nervt nicht nur, er schadet auch der Gesundheit: Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) gehen in Europa jährlich 1,6 Millionen gesunde Lebensjahre verloren. Die Europäische Umweltagentur (EEA) berichtet, dass jährlich 113 Millionen Menschen krank machendem Straßenlärm von mehr als 55 Dezibel ausgesetzt sind. Weitere 22 Millionen müssen zu hohe Lärmwerte durch Schienenlärm und 4 Millionen durch Fluglärm ertragen; 6,5 Millionen leiden an schweren Schlafstörungen. Lärmbelastung ist damit nach der Feinstaubbelastung zur zweithäufigsten Todesursache unter den Umweltbelastungen aufgestiegen ist. Auf die schädlichen Auswirkungen von Lärm auf Gesundheit und Lebensqualität machte der „Internationale Tag gegen Lärm“ am 26. April aufmerksam.

Eine heute im *European Journal of Preventive Cardiology* Studie unter der Leitung von Prof. Dr. Thomas Münzel, Direktor des Zentrums für Kardiologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,

zeigt nun auf, wie Lärmbetroffene selbst aktiv werden können (Personal Mitigation Measures). Zuvor war nicht bekannt, welche pharmakologischen oder nicht-pharmakologischen Maßnahmen wirksam sind, um die Auswirkungen von Lärm zu reduzieren. Münzel und sein Team untersuchten erstmals verschiedene Interventionen, mit denen Lärmschäden möglicherweise beeinflusst werden können. Die wirksamste Gegenmaßnahme wäre, den Lärm zu reduzieren. Neuere Berechnungen der EEA zeigen jedoch, dass der Verkehrslärm in den nächsten Jahren eher noch zunehmen wird.



Fortsetzung nächste Seite >

Lärm wirkt sich schon nach wenigen Tagen negativ auf die Gesundheit aus

Um die Auswirkungen von Fluglärm auf das Gefäßsystem zu untersuchen, wurden Mäuse ein, zwei oder vier Tage lang Fluglärm ausgesetzt. Der Lärm führte zu einem Anstieg des Stresshormonspiegels und des Blutdrucks. Es kam zu einer ausgeprägten endothelialen Dysfunktion mit Entzündungsreaktionen in den Gefäßen, was vor allem durch das Einwandern von radikalbildenden Makrophagen (Fresszellen) bedingt war. Diese Veränderungen waren nicht auf das Gefäßsystem beschränkt, sondern konnten auch im Gehirn nachgewiesen werden.



„Für mich war es überraschend, wie schnell sich Lärm bereits nach wenigen Tagen negativ auf die Gesundheit auswirkt“, sagt Prof. Thomas Münzel. Der Nachweis einer Gefäßschädigung bei Mäusen innerhalb von 24 Stunden passt auch zu den Ergebnissen der Arbeitsgruppe, die bei jungen Medizinstudenten bereits nach einer Nacht Flug- oder Bahnlärm eine endotheliale Dysfunktion nachweisen konnte.

In einem weiteren Schritt untersuchte das Team die Rolle der AMP-aktivierten Proteinkinase (AMPK). Dieses Enzym wird aktiviert, wenn die Zelle hungert und baut neue Energiereserven auf. Es wirkt auch stark entzündungshemmend und vermindert oxidativen Stress, so dass es theoretisch die Auswirkungen von Lärm mildern könnte. Es ist auch bekannt, dass AMPK durch Sport, Fasten und Medikamente stimuliert werden kann.

Bewegung, Fasten und Medikamente

helfen gegen negative Lärmwirkungen

Um die AMPK bei den untersuchten Mäusen zu aktivieren, wurde ihnen ein siebenwöchiges „Sportprogramm“ verordnet, sie liefen freiwillig in einem Laufrad. Außerdem testeten die Forschenden die Wirkung eines achtwöchigen Fastens mit schrittweiser Nahrungsreduktion sowie einer dreitägigen Medikamentengabe (AICAR, 5-Aminoimidazole-4-Carboxamide Ribonucleotide; AMP-Analogon; entspricht in der Wirkungsweise dem Antidiabetikum Metformin). Jede dieser Interventionen hob die negativen Auswirkungen des Lärms auf: Blutdruck und Radikalbildung normalisierten sich, Gefäßfunktionsstörungen gingen zurück und die Entzündungsreaktion wurde reduziert.

Die endotheliale AMP-Kinase konnte in früheren Untersuchungen als wichtiger Mediator für antientzündliche und antioxidative Stresseffekte identifiziert werden. Dies nutzte das Team in einem weiteren Schritt, um die Bedeutung des Enzyms auch in diesem Zusammenhang nachzuweisen: Die positiven Effekte von Bewegung, Fasten und pharmakologischer Aktivierung gingen bei Mäusen durch einen Knockout der endothelialen AMP-Kinase verloren.

„Die Arbeit ist ein wichtiger experimenteller Hinweis und ein wunderbarer Ansatz für weiterführende klinische Studien“, sagt Münzel. Eine gute Nachricht hat die Studie für sportlich aktive Menschen: Wer sich regelmäßig bewegt, macht seine Gefäße widerstandsfähiger gegen Lärmstress“. Möglicherweise können auch Medikamente gegen Lärm helfen.

Schlussfolgerungen

1) Das Wichtigste ist nach wie vor, den Lärm auf die von der WHO empfohlenen Grenzwerte für Straßen-, Schienen- und Fluglärm zu reduzieren.

2) Die aktuell vorgestellten experimentellen Ergebnisse zur AMP-Kinase und Lärmschäden geben erste Hinweise darauf, wie möglicherweise Lärm-induzierte Herz-Kreislauf-Schäden verhindert oder gemildert werden können. ■■■

Akutversorgung

Spezielle Behandlungsplätze der Stroke Unit des Uniklinikums Dresden

Die Stroke Unit des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden ist erneut von der Deutschen Schlaganfall Gesellschaft (DSG) als überregionale Stroke-Unit zertifiziert worden. Im Rahmen einer aufwändigen Begutachtung bestätigte eine aus externen Experten bestehende Kommission, dass die spezialisierte Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten an der Klinik für Neurologie den aktuellsten Empfehlungen entspricht und eine Behandlung auf dem allerhöchsten Stand der Medizin ermöglicht. Die DSG hat zwölf Betten der Stroke Unit zertifiziert. Insgesamt wurden im vergangenen Jahr am Uniklinikum über 1.200 Personen mit akuten Durchblutungsstörungen des Gehirns behandelt.

„Unser Ziel ist es, eine umfassende und lückenlose Versorgungskette von der Notaufnahme über die Akutbehandlung auf unserer Stroke Unit und Intensivstation bis zur Verlegung in die stationäre Rehabilitation zu schaffen“, sagt Prof. Volker Pütz, Leiter der Stroke Unit am Universitätsklinikum Dresden. Im Zuge der Zertifizierung wurde neben der für akute Schlaganfälle zuständigen Station auch die Comprehensive Stroke Unit erneut zertifiziert. Hierbei handelt es sich um zusätzliche neun spezialisierte Behandlungsplätze. Sie werden für Patientinnen und Patienten vorgehalten, die nach der akuten Phase ihrer Behandlung in die frührehabilitative Behandlung und weitere Abklärung der Schlaganfallursache übergehen. „Mit diesem zusätzlichen Behandlungsangebot haben wir einen weiteren Baustein geschaffen, um die Behandlungskette

weiter zu verbessern“, sagt Prof. Michael Albrecht, Medizinischer Vorstand des Dresdner Uniklinikums: „Dieser Lückenschluss verdeutlicht einmal mehr, wie wichtig es ist, im Sinne der Patientinnen und Patienten krankenhauses- und sektorenübergreifend neue Versorgungskonzepte zu etablieren. Mit der Gründung des Schlaganfall-Netzwerk Ostsachsen-Südbrandenburg (SOS-NET) und des telemedizinische Schlaganfall-Netzwerks SOS-TeleNET haben wir die Basis für Konzepte wie der 'Comprehensive Stroke Unit' gelegt. Dies zeigt einmal mehr, wie lebendig Netzwerke sind, die von einem partnerschaftlich-kollegialen Geist geprägt sind.“

Eine Besonderheit des schlaganfallspezifischen Angebots ist das große Einzugsgebiet: Das Dresdner Uniklinikum stellt die umfassende Versorgung der Patientinnen und Patienten nicht nur im Stadtbereich Dresden, sondern im gesamten ostsächsischen und südbrandenburgischen Raum mit über 2,4 Millionen Menschen sicher. Ein Element ist hierbei das telemedizinische Netzwerk – das Schlaganfall Ost-Sachsen Netzwerk (SOS-TeleNET). Im Rahmen dieses Verbundes lassen sich über eine Datenleitung radiologische Bilder übertragen und das auf Schlaganfälle spezialisierte Team der Neurologie am Universitätsklinikum per Kamera zuschalten. Auf diese Weise haben Ärztinnen und Ärzte der regionalen, in das Netzwerk integrierten Krankenhäuser 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr die

Fortsetzung nächste Seite >

Möglichkeit, sich kompetent zur Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten beraten zu lassen. Hierbei wird auch entschieden, ob eine Verlegung ins Uniklinikum für weitergehende, spezifischere Therapien notwendig ist. Mit dem Dresdner Neurovaskulären Centrum (DNVC) ist die Hochschulmedizin Dresden optimal aufgestellt und arbeitet hierzu im Schlaganfall-Netzwerk Ostsachsen-Südbrandenburg (SOS-NET) mit weiteren neurologischen Kliniken regionaler Krankenhäuser zusammen.

Die umfassende Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten stellt eine Herausforderung für alle im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen dar: Krankenschwestern und -pfleger, Mitarbeitende der Bereiche Logopädie, Ergo- und Physiotherapie und des Sozialdienstes sowie Ärztinnen und Ärzte arbeiten dabei Hand in Hand, um

eine möglichst rasche Genesung der von Schlaganfällen akut Betroffenen zu ermöglichen.

Ungeachtet der sich weiter abschwächenden Virus-Pandemie ist es den Mitarbeitenden des Universitätsklinikums Dresden wichtig zu betonen, dass trotz der umfangreichen Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19 die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten durchgehend ohne Einschränkung auf höchstem Niveau erfolgte. Bei plötzlich auftretenden körperlichen Defiziten, insbesondere Lähmungen der Arme oder Beine, Gefühlsstörungen, Schwierigkeiten beim Sprechen sowie Sehstörungen, sollte nach wie vor unverzüglich eine notärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden, um eine schnellstmögliche Behandlung auf den Weg zu bringen. ■



Vor allem bei Übergewicht: Fachleute warnen vor verstecktem Muskelschwund

Proteine & Kraftsport könnten helfen, wenn adipöse Patient:innen an Muskelschwund litten. Doch meist werde die Krankheit nicht erkannt, so Prof. Dr. Bischoff von der Uni Hohenheim

Es sei ein bislang kaum beachtetes Krankheitsbild, und es betreffe vor allem Menschen mit starkem Übergewicht, der sog. Adipositas: Aufgrund von Bewegungsmangel könne es bei dieser Bevölkerungsgruppe zu einem schleichenden Muskelschwund kommen, der unter dem Fettmantel verborgen und damit unentdeckt bleibe. Prof. Dr. med. Stephan Bischoff von der Universität Hohenheim in Stuttgart gehört zu einem internationalen Experten-Panel, das das neue Krankheitsbild der sogenannten „sarkopenen Adipositas“ definierte und Kriterien zur Diagnose erarbeitete. Ihre Ergebnisse veröffentlichten die Fachleute in den Zeitschriften „Clinical Nutrition“ und „Obesity Facts“ (<https://doi.org/10.1159/000521241>). Im nächsten Schritt gelte es nun, geeignete Therapien zu entwickeln.

Muskelschwund aufgrund von Bewegungsmangel sei eine Krankheit, die bislang vor allem bei betagten Menschen, bei chronisch Kranken und als Folge längerer Phasen der Unbeweglichkeit beobachtet werde. Beispiele für solche chronischen Krankheiten könnten Krebs, Herzinsuffizienz oder Diabetes sein. Längere Unbeweglichkeit könne z.B. durch langes Tragen eines Gipsverbandes oder längere Bettlägerigkeit verursacht werden.

Neu sei allerdings die Erkenntnis, dass auch junge Menschen an Muskelschwund leiden können, wenn sie entsprechendes Körpergewicht auf die Waage brächten, erklärt Ernährungsmediziner Prof. Dr. med. Bischoff. „Mit zunehmendem Übergewicht steigt erst einmal die Muskelmasse, um die Gewichtszunahme auszugleichen. Danach erreicht die Muskelmasse jedoch oft einen Kipp-Punkt, ab dem sie aufgrund von Bewegungsmangel wieder abnimmt.“



Fortsetzung nächste Seite >

Mit abnehmender Muskelmasse steigt die Gefahr von Erkrankungen

Das gefährliche daran: bei stark bis krankhaft übergewichtigen Menschen verberge die Decke aus Körperfett den gefährlichen Muskelverlust.

Die Folgen seien nicht zu unterschätzen, warnt Prof. Dr. Bischoff: „Patientinnen und Patienten mit Muskelschwund sind deutlich anfälliger für Krankheiten. Auch die Lebenserwartung sinkt“, so der Ernährungsmediziner.

Diesen Zusammenhang hätten zum Beispiel auch die Erkrankungswellen während der Covid-Pandemie illustriert: „Da sich Muskelschwund bei adipösen Menschen auch auf die Atemmuskulatur auswirkt, hatten diese aufgrund der verringerten Atemleistung deutlich schwerere Verläufe.“

Ein Viertel der Bevölkerung potentiell betroffen

In Deutschland seien Übergewicht und Adipositas leider kein Randgruppenphänomen: Rund die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland sei inzwischen übergewichtig. Bei einem Viertel der Gesamtbevölkerung sei das Übergewicht so stark ausgeprägt, dass sie unter dem Namen Adipositas als Krankheit eingestuft werde, so Prof. Dr. Bischoff.

Zuerst sei der Zusammenhang zwischen Adipositas und Muskelschwund durch eine Häufung von Einzelbeobachtungen aufgefallen. Um den Verdacht zu erhärten, entschlossen sich zwei Fachgesellschaften – die European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) und die European Association for the Study of Obesity (EASO) – das Thema mit einer eigens einberufenen Expertenrunde zu klären.

In ihrem Auftrag führten Prof. Dr. med. Bischoff und über 30 Kolleg:innen die Expertise aus 16 Ländern Europas und aus Übersee zusammen. In einem 4-stufigen sogenannten Konsensus-Gespräch erarbeiteten die Fachleute aus verschiedenen Disziplinen eine klinische Definition und Diagnoseverfahren. Koordiniert wurde das Panel von Prof. Dr. Lorenzo Donini von der italieni-

schen Universität Sapienza in Rom.

Konsenspapier empfiehlt Methodenmix zur Diagnose

Um die sogenannte „sarkopene Adipositas“ zu diagnostizieren, empfehlen sie einen Methodenmix. Dabei werden sowohl die Anteile von Fett- und Muskelmasse im Körper bestimmt als auch die Muskelfunktion gemessen.

Um die Körperzusammensetzung zu bestimmen, biete sich z.B. die Bioimpedanzanalyse an: Das Analysegerät leite einen schwachen Strom durch den Körper der Patient:innen. Aus dem elektrischen Widerstand lasse sich dann die Körperzusammensetzung berechnen. Alternativ könnten auch Messungen aus der Magnetresonanztomographie („MRT-Röhre“) verwendet werden.

Um die Muskelfunktion zu testen, gäbe es eine Reihe standardisierter Tests. Dabei werde z.B. gestoppt, wie oft Patient:innen in einer Minute aufstehen und sich wieder hinsetzen könnten oder welche Gehstrecke sie in 6 Minuten zurücklegten.

„Von der sarkopenen Adipositas sprechen wir dann, wenn sowohl der Anteil von Muskelmasse zu niedrig als auch die Muskelfunktion bereits beeinträchtigt ist“, erklärt Prof. Dr. med. Bischoff. Bei der endgültigen Diagnose würden dann noch Details wie Alter, Geschlecht oder auch die ethnische Zugehörigkeit berücksichtigt.

Proteinreiche Kost als Hoffnungsträger bei den Therapieformen

Wie die sarkopene Adipositas behandelt werden könne, sei derzeit noch Gegenstand der Forschung, betont der Ernährungsmediziner der Universität Hohenheim. Erste Ergebnisse zeichneten sich jedoch bereits ab.

„Aus der Adipositas kennen wir bereits einige Programme zur Gewichts-Reduzierung. Eines davon wenden wir seit rund 20 Jahren erfolgreich an der Universität Hohenheim an. Nun müssen wir noch mehr

[Fortsetzung nächste Seite >](#)

darauf achten, dass die Muskelmasse bei der Gewichtsabnahme möglichst unangetastet bleibt bzw. wieder aufgebaut wird. Am aussichtsreichsten dafür scheint die Kombination aus Krafttraining und proteinreicher Ernährung.“

Die proteinreiche Ernährung will Prof. Dr. Bischoff schon seit Jahrzehnten empfohlen und auch in eigener Praxis angewendet haben: „Bislang empfohlen wir die proteinreiche Kost vor allem deshalb, weil sie schnell den Hunger stillt und dadurch den Abnehm-Erfolg erhöht.“

Anpassungsbedarf gäbe es voraussichtlich bei der Bewegungstherapie: „Wichtiger als Ausdauertraining scheint es, Gewichte zu stemmen – so wie es Bodybuilder und Gewichtheberinnen tun.“

Chirurgische Maßnahmen benötigen intensivere Nachsorge

Noch weitreichender seien die Folgen der neuen Erkenntnisse für chirurgische Maßnahmen gegen krankhaftes Übergewicht, bei denen der Magen verkleinert oder der Darm verkürzt werde.

„In solchen Fällen brauchen wir eine viel intensivere Nachsorge“, erklärt Prof. Dr. med. Bischoff. Denn gerade weil Proteine stark sättigten, sei es für Patient:innen mit verkleinertem Magen sehr schwierig, ausreichende Mengen zu sich zu nehmen. „Da stellt sich sehr schnell ein Völlegefühl oder Übelkeit ein.“

Auch das nötige Bewegungstraining erweise sich als komplex. „In einer ersten Studie zusammen mit dem Universitätsklinikum Tübingen hatten wir versucht, die Betroffenen zum Training in Eigenregie zu ermutigen.“, berichtet Prof. Dr. Bischoff. Dazu hätten die Patient:innen eine Wii-Konsole und entsprechende Trainingsprogramme erhalten.

Der Erfolg sei bei diesem Ansatz jedoch überschaubar geblieben. „Es zeigt sich, dass Betroffene gerade nach einer chirurgischen Behandlung noch viel mehr aktive Betreuung benötigen“, so das

Zwischenfazit des Ernährungsmediziners.

HINTERGRUND Übergewicht vs. Adipositas

Übergewicht bezieht sich auf ein Körpergewicht, das über dem gesunden Bereich liegt. Adipositas hingegen ist eine ernstere Erkrankung, bei der überschüssiges Körperfett zu Gesundheitsproblemen führen kann. Bei der Unterscheidung hilft der sogenannte Body-Mass-Index (BMI), bei der das Gewicht eines Menschen durch das Quadrat seiner Körpergröße geteilt wird. Adipositas wird in der Regel durch einen BMI von 30 oder höher definiert, während Übergewicht durch einen BMI von 25 bis 29,9 definiert ist. Adipositas kann das Risiko für Herzerkrankungen, Diabetes, Schlaganfälle und andere gesundheitliche Probleme erhöhen.

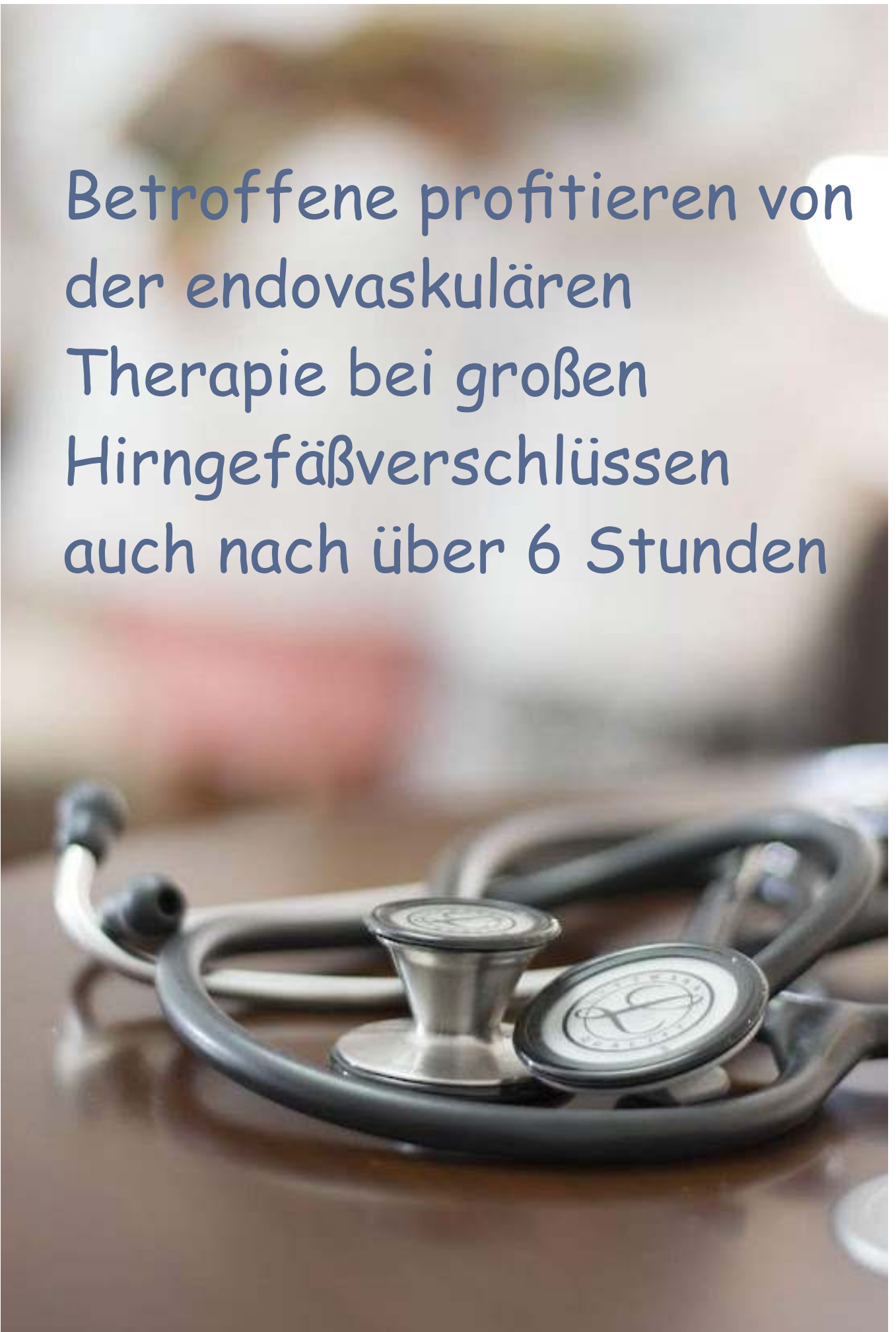
HINTERGRUND: Bioimpedanzanalyse

Die Bioimpedanzanalyse gibt Aufschluss, wie viel Wasser und wie viel Masse sich im Körper eines Lebewesens befinden. Sie fußt darauf, dass Wasser den Strom wesentlich besser leitet als feste Masse. Bei der Bioimpedanzanalyse wird eine Elektrode an der Hand und eine am Fuß angebracht, so dass der Strom quer durch den Körperstamm fließt. Aus dem elektrischen Widerstand lässt sich der Anteil des Wassers berechnen. Da Muskeln mehr Wasser enthalten als Fett, lässt sich weiterhin auch das Verhältnis von Muskelmasse zu Fettgewebe bestimmen.

Text: Klebs



Betroffene profitieren von
der endovaskulären
Therapie bei großen
Hirngefäßverschlüssen
auch nach über 6 Stunden



Bei einem ischämischen Schlaganfall gilt ein Zeitfenster von 4,5 Stunden für die rekanalisierende Therapie mittels Lyse. Betroffene können unter Umständen von einer endovaskulären (mechanischen) Therapie über dieses Zeitfenster hinaus profitieren. Eine Studie zeigte dies nun für ein Zeitfenster von 6 bis 24 Stunden bei großen Gefäßverschlüssen im vorderen Hirnkreislauf, wenn als Kriterium für die Therapieentscheidung in der CT-Angiographie in der betroffenen Hirnregion ein Kollateralblutfluss vorhanden war. Die Ergebnisse sind besonders relevant bei unbekanntem Symptombeginn (z.B. Schlaganfällen im Schlaf).



Bei ischämischen Schlaganfällen gilt der Grundsatz „Time is Brain“, d.h. je schneller die Therapie einsetzt, desto besser sind die Erfolgsaussichten, dass es nicht zu bleibenden Behinderungen kommt. Das in der Regel genannte Zeitfenster von 4,5 Stunden ab Symptombeginn ist kurz; bei nächtlichen Schlaganfällen sind Zeitangaben meist gar nicht möglich. Kriterien, wann eine rekanalisierende Therapie (mittels medikamentöser Thrombolyse oder Kathetergestützter endovaskulärer Therapie) auch in späteren Zeitfenstern sinnvoll ist, werden seit einigen Jahren in Studien untersucht. So gilt inzwischen die endovaskuläre Behandlung von Verschlüssen großer Gefäße des vorderen Kreislaufs der Gehirndurchblutung innerhalb eines 6-Stunden-Fensters als wirksam und sicher.

Post-Hoc-Analysen bisheriger Schlaganfall-Studien, wie z.B. von „MR CLEAN“, ergaben deutliche Hinweise, dass von der Therapie in späten Zeitfenstern besonders die Menschen profitieren, bei denen in der von dem Gefäßverschluss betroffenen Hirnregion eine Restdurchblutung durch sog. Kollateralgefäße vorhanden war. Es gab jedoch bisher keine prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studien, die den „Kol-

lateralblutfluss in der CT-Angiographie“ a priori als Auswahlkriterium für die endovaskuläre Therapie im späten Zeitfenster überprüft haben.

Mit diesem Ziel wurde daher an 18 Schlaganfallzentren in den Niederlanden die Phase-3-Studie „MR CLEAN-LATE“ durchgeführt. Eingeschlossen wurden Betroffene mit ischämischem Schlaganfall, genauer mit großen Gefäßverschlüssen im vorderen Kreislauf, die erst 6 bis 24 Stunden nach Symptombeginn (oder „last seen well“ bei Ereignissen im Schlaf) in die Klinik kamen

und ein neurologisches Defizit mit einem NIHSS-Score ≥ 2 aufwiesen. Auf der Grundlage des Vorhandenseins eines Kollateralflusses in der Angio-CT (CTA) wurden über 500 geeignete Teilnehmende ausgewählt, randomisiert in zwei gleich-große Gruppen eingeteilt, und Erfolg und Sicherheit der endovaskulären Therapie (n=268; zusätzlich zur bestmöglichen Standardtherapie) mit der alleinigen „best medical care“ (n=267; Kontrollgruppe) verglichen. Das mediane Alter lag in beiden Gruppen bei 74 Jahren (IQR 64-80); 58% in der Interventionsgruppe und 46% in der Kontrollgruppe waren Frauen. Das primäre Outcome, der Score auf der modifizierten Rankin-Skala (mRS) nach 90 Tagen, konnte bei 255 Teilnehmenden der Interventionsgruppe bzw. 247 Kontrollen ausgewertet werden.

Im Ergebnis war der mediane mRS-Score nach 90 Tagen in der Interventionsgruppe besser als in der Kontrollgruppe (3 [IQR 2-5] versus 4 [IQR 2-6] von 5), und es gab insgesamt eine Verschiebung hin zu besseren mRS-Werten (adj. OR insgesamt 1,67).

[Fortsetzung nächste Seite >](#)

So hatten beispielsweise fast fünfmal so viele Personen der Interventions- als in der Kontrollgruppe einen mRS = 0, d.h. keine bleibenden Symptome (9% versus 2%). Die Gesamtmortalität nach 90 Tagen war mit 24% (62/255) in der Interventionsgruppe und 30% (74/247) in der Kontrollgruppe nicht signifikant unterschiedlich (adj. OR 0,72). Symptomatische intrakranielle Blutungen waren in der Interventionsgruppe häufiger als in der Kontrollgruppe (7% versus 2%; adj. OR 4,59).

Die Autorinnen und Autoren halten nach diesen Ergebnissen den Nachweis eines Kollateralkreislaufes bei Großgefäßverschluss für ein geeignetes Auswahlkriterium für eine endovaskuläre Therapie bei Schlaganfall-Patientinnen und Patienten, die erst 6 bis 24 Stunden nach Symptombeginn in der Klinik eintreffen.

„Mit diesem neuen Kriterium können in Zukunft Betroffene einer Thombektomie zugeführt werden, die bisher nicht mehr für diese

Therapieform in Betracht kamen. Sie haben nun die Chance, den Schlaganfall ohne größere bleibende Schäden und Behinderungen zu überstehen“, kommentiert Prof. Dr. Peter Berlit, Generalsekretär der DGN. Der Experte verweist darauf, dass mit der in Deutschland durchgeführten Wake-Up-Studie bereits das Zeitfenster für die medikamentöse Thrombolyse anhand von MRT-Kriterien ausgeweitet werden konnte. „Wir verfügen über wirksame Rekanalisationsverfahren, bei denen aber der Faktor Zeit eine ganz entscheidende Rolle spielt. Da Schlaganfälle nicht selten im Schlaf auftreten, ist die Ermittlung des Zeitfensters oft eine kaum lösbare Herausforderung. Diese Studie, die neben klinischen Kriterien die Kollateralversorgung im Angio-CT der betroffenen Hirnregion als Entscheidungsgrundlage der endovaskulären Therapie berücksichtigt, liefert einen wesentlichen Beitrag zur individuellen Indikationsstellung. Hinzu kommt, dass die CTA viel breiter verfügbar ist als die kernspintomografische Perfusionsmessung.“ ■



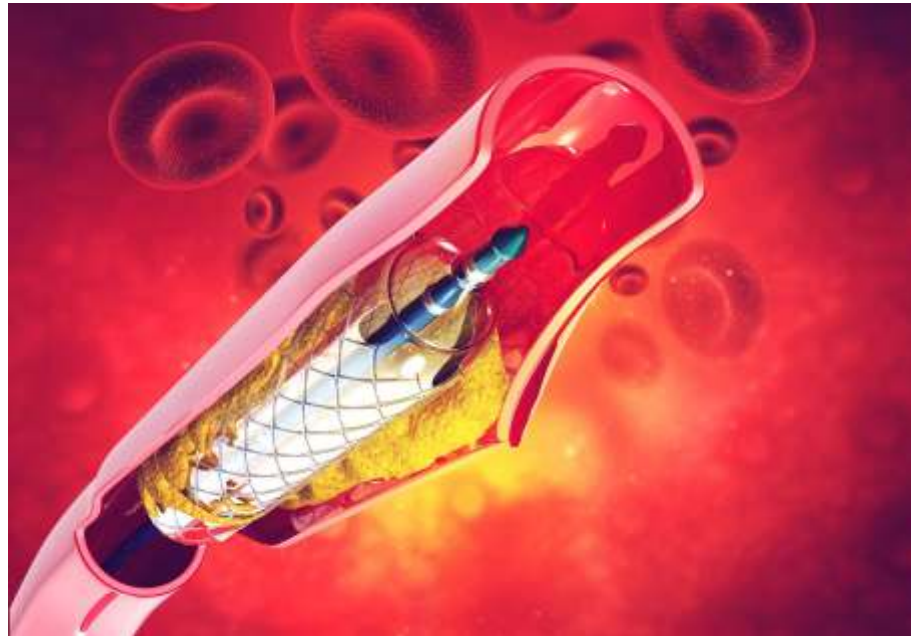
Sie möchten sich mit anderen Betroffenen und Angehörigen austauschen, sich Rat und Tipps holen oder einfach nur mal gehört werden?

Dann werden Sie Mitglied in dieser Schlaganfall-Gruppe bei Facebook mit ca. 8.800 Mitgliedern.

<https://www.facebook.com/groups/Schlaganfall/>

Zwei randomisierte Studien untermauern Evidenz für Thrombektomie bei Verschluss großer intrakranieller Arterien

Zwei aktuelle Studien, die zeitgleich im „The New England Journal of Medicine“ publiziert wurden, zeigen: Patientinnen und Patienten mit Verschlüssen großer intrakranieller Arterien mit großen Kernvolumen profitieren von der endovaskulären Schlaganfalltherapie, bei der das Gerinnsel mechanisch entfernt wird. Die Studien bestätigen somit die derzeitigen Leitlinienempfehlungen.



Die internationale „Investor-initiierte“ SELECT2-Studie untersuchte prospektiv und randomisiert im Open-Label-Design den Nutzen der Thrombektomie innerhalb von 24 Stunden nach Auftreten der Symptome bei schweren ischämischen Hirninfarkten, genauer: mit Verschluss der Arteria carotis interna oder des ersten Segments der Arteria cerebri media mit großem ischämischen Kernvolumen (3 bis 5 auf dem „Alberta Stroke Program Early Computed Tomography“-Score oder einem Kernvolumen von mindestens 50 ml im Perfusion-CT oder Diffusions-MRT). Primärer Endpunkt war der Behinderungsgrad auf der modifizierten Rankin-Skala (mRS-Score, 0=keine Behinderung, 6=Tod) nach 90 Tagen. 178 Patientinnen und Patienten erhielten eine Thrombektomie zusätzlich zur medikamentösen Therapie, 174 wurden nur medikamentös behandelt. Es zeigte sich eine hochsignifikante Überlegenheit des zusätzlichen Eingriffs mit einer 51% höheren Chance für ein besseres Outcome (OR: 1,51, $p < 0,001$). Allerdings kam es in der Thrombektomie-Gruppe bei 34 Patientinnen und Patienten zu Komplikationen, darunter Gefäßperforationen,

Dissektionen oder Vasospasmen. Die gefürchteten intrakraniellen Blutungen traten aber nur bei einer mit Thrombektomie behandelten Person auf, in der Vergleichsgruppe bei zwei Personen.

Ein ganz ähnliches Ergebnis zeigte eine große chinesische Studie. Dort waren 456 Patientinnen und Patienten mit Großgefäßverschlüssen (LVO) in der vorderen Zirkulation (Arteria carotis interna, Hauptstamm der Arteria cerebri media) eingeschlossen worden; 231 erhielten eine Thrombektomie, 225 wurden medikamentös behandelt.

285 der Studienteilnehmenden (beider Gruppen) erhielten eine Thrombolyse. Auch diese Studie wurde aufgrund der hochsignifikanten Überlegenheit der Thrombektomie vorzeitig beendet.

Fortsetzung nächste Seite >

Wie in der SELECT2-Studie umfasste der primäre Endpunkt den Unterschied im Hinblick auf den Outcome erhoben mit der modifizierten Rankin-Skala, nach 90 Tagen betrug die „Odds Ratio“ 1,37 ($p=0,004$). Intrakranielle Blutungen traten in dieser Studie allerdings häufiger in der Thrombektomiegruppe als in der rein medikamentös behandelten Gruppe auf (symptomatische intrakranielle Hämorrhagien 14 vs. 6, Hämorrhagien allgemein 113 vs. 39).

„Die SELECT2-Studie unterstützt somit den Behandlungsstandard, der in der Leitlinie der DGN festgelegt ist, und zwar dass bei Verschluss einer großen Arterie im vorderen Kreislauf die endovaskuläre Therapie erfolgen soll. Es handelt sich dabei um eine starke Empfehlung mit Evidenzgrad 2, der durch die neue Studie perspektivisch sogar auf 1 hochgesetzt werden könnte“, erklärt Prof. Dr. Peter Berlit, DGN-Generalsekretär und -Presse Sprecher.

Kurzinfo Thrombektomie

Nach einem ischämischen Schlaganfall (Verschluss eines Hirngefäßes) muss innerhalb weniger Stunden die Durchblutung des betroffenen Hirnareals wiederhergestellt werden, damit die Betroffenen möglichst wenig Folgeschäden davontragen. Dies kann entweder durch eine medikamentöse Thrombusauflösung (intravenöse Thrombolyse) oder – in spezialisierten Zentren – durch einen Gefäßkathetereingriff (interventionelle Thrombektomie) mit Entfernung des Thrombus erfolgen. Dabei werden meist Katheter verwendet, die an ihrer Spitze ein Drahtgeflecht (Stent) besitzen. Diese Katheter werden so weit vorgeschoben, dass sie hinter den Thrombus zu liegen kommen. Dann wird das Gittergeflecht an der Stelle des Thrombus entfaltet, so dass sich das Gerinnsel darin verfängt. Danach wird der Katheter zurückbewegt und der Thrombus so im Ganzen aus dem Gefäß entfernt (Stent-Retriever).

ANZEIGE

Männer aufgepasst!

In Deutschland leben ca. 17 Millionen Männer mit einem Lebensalter über 50 Jahre. Davon erkrankt jeder 5. Mann im Laufe seines Lebens an einem Prostatakrebs.

WILLI DANIELS

PROSTATA KARZINOM METASTASEN

MIT AKZEPTANZ, RESILIENZ,
EMPOWERMENT UND
LÖWENZAHN GEGEN DEN
KREBS

Reform der Pflegeversicherung: mehr Leistungen für stationäre und ambulante Pflege

Ab dem zweiten Kind zahlen Eltern künftig weniger für die Pflegeversicherung als heute. Die Leistungen in der Pflege werden dynamisiert und die Pflegekosten in den Heimen gebremst. Zudem wird es pflegenden Angehörigen erleichtert, Unterstützung zu beantragen und zu erhalten. Das hat der Bundestag am 26. Mai 2023 mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) beschlossen.

Die gesetzliche Pflegeversicherung wird in zwei Schritten reformiert: Zum 1. Juli 2023 soll die Finanzgrundlage stabilisiert werden. Das ermöglicht dringende Leistungsverbesserungen bereits zum Januar 2024. Und in einem zweiten Schritt werden sämtliche Leistungsbeträge zum 1. Januar 2025 nochmals spürbar angehoben.

„Mit der Pflegereform gehen wir gleich mehrere Probleme auf einmal an. Zu Hause versorgte Pflegebedürftige erhalten künftig höhere Leistungen, pflegende Angehörige bekommen mehr und leichter Unterstützung aus der Pflegeversicherung. Das schützt Angehörige vor Überlastung. Die finanzielle Basis der Pflegeversicherung wird stabilisiert. Die Erhöhung der Beitragssätze um 0,35 Prozentpunkte muss uns die verbesserte Pflege wert sein. Die Beiträge werden auch gerechter verteilt. Versicherte mit mehr Kindern werden stärker entlastet. Wir dynamisieren die Leistungen. Schließlich erhöhen wir die Zuschüsse für die Pflegekosten in den Heimen. Das ist eine notwendige Reaktion auf die steigenden Kosten in der stationären Pflege. Damit werden wir die Pflegebedürftigen und ihre Angehörige nicht allein lassen.“

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl
Lauterbach



Das Gesetz im Einzelnen Pflege zu Hause stärken, Leistungen verbessern, finanzielle Belastungen begrenzen

° Um die häusliche Pflege zu stärken, wird das Pflegegeld zum 1. Januar 2024 um 5% erhöht.

° Aus diesem Grund werden auch die ambulanten Sachleistungsbeträge zum 1. Januar 2024 um 5% angehoben.

° Das Pflegeunterstützungsgeld kann von Angehörigen künftig pro Kalenderjahr für bis zu zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person in Anspruch genommen werden und ist nicht mehr beschränkt auf einmalig insgesamt zehn Arbeitstage je pflegebedürftiger Person. Die Verbesserungen treten zum 1. Januar 2024 in Kraft.

° Zum 1. Juli 2025 werden die Leistungsbeträge für Verhinderungspflege und für Kurzzeitpflege in einem neuen Gemeinsamen Jahresbetrag für Verhinderungspflege und Kurzzeitpflege zusammengeführt. Damit steht künftig ein Gesamtleistungsbetrag von bis zu 3.539 EUR zur Verfügung, den die Anspruchsberechtigten nach ihrer Wahl flexibel für beide Leistungsarten einsetzen können.

Fortsetzung nächste Seite >

° Die bisherige sechsmonatige Vorpflegezeit vor erstmaliger Inanspruchnahme der Verhinderungspflege wird abgeschafft, sodass die Leistungen künftig unmittelbar ab Feststellung von mindestens Pflegegrad 2 genutzt werden können.

° Um Familien mit pflegebedürftigen Kindern sofort zu unterstützen, wird der Anspruch auf den Gemeinsamen Jahresbeitrag aus Verhinderungs- und Kurzzeitpflege für Pflegebedürftige der Pflegegrade 4 und 5, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, bereits zum 1. Januar 2024 eingeführt.

° Der Zugang pflegender Angehöriger zu Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen wird erleichtert, in dem die Möglichkeit zur Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in die stationäre Vorsorge- oder Rehabilitations-einrichtung der Pflegeperson erweitert und weiterentwickelt wird.

° Zum 1. Januar 2024 werden die Zuschläge (nach § 43c SGB XI), die die Pflegekasse an die Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen zahlt, erhöht. Die Sätze werden von 5% auf 15% bei 0 - 12 Monaten Verweildauer, von 25% auf 30% bei 13 - 24 Monaten, von 45% auf 50 % bei 25 - 36 Monaten und von 70% auf 75% bei mehr als 36 Monaten angehoben.

° Zum 1. Januar 2025 und zum 1. Januar 2028 werden die Geld- und Sachleistungen regelhaft in Anlehnung an die Preisentwicklung automatisch dynamisiert. Für die langfristige Leistungsdynamisierung und die langfristige Finanzierung der Pflegeversicherung wird die Bundesregierung bis Ende Mai nächsten Jahres Vorschläge erarbeiten.

° Die komplex und intransparent gewordenen Regelungen zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in § 18 SGB XI werden neu strukturiert und systematisiert, so dass verfahrens- und leistungsrechtliche Inhalte in voneinander getrennten Vorschriften übersichtlicher und adressatengerechter aufbereitet sind. Die Ermöglichung von telefonischen Begutachtungen in bestimmten Situationen hilft beim Leistungszugang und entlastet

Antragsteller und auch Medizinische Dienste.

Bessere Arbeitsbedingungen für beruflich Pflegende

° In der stationären Pflege wird die Umsetzung des Personalbemessungsverfahrens durch die Vorgabe weiterer Ausbaustufen beschleunigt. Dabei ist die Situation auf dem Arbeits- und Ausbildungsmarkt zu berücksichtigen.

° Leiharbeit/Springerpool: Zusätzliches Personal in Springerpools kann zukünftig regelhaft finanziert werden, um das Stammpersonal zu entlasten und die Notwendigkeit von Leiharbeit wieder zu reduzieren. Zudem werden die Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen für eine qualitätsgesicherte Anwerbung von Pflegekräften aus dem Ausland verbessert. Um zugleich wirtschaftliche Anreize für Leiharbeitsunternehmen zu verringern und die Gelder der solidarischen Pflegeversicherung vorrangig für Pflegebedürftige und Pflegepersonal einzusetzen, können zukünftig Kosten für Leiharbeit in der Regel nur bis zur Höhe entsprechender Tariflöhne aus der Pflegevergütung finanziert werden.

° Um das Potential der Digitalisierung zur Verbesserung und Stärkung der pflegerischen Versorgung zu nutzen und die Umsetzung in die Praxis zu unterstützen, wird ein Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege eingerichtet.

° Das Förderprogramm für digitale und technische Anschaffungen in Pflegeeinrichtungen mit einem Volumen von insgesamt etwa 300 Mio. Euro wird um weitere Fördertatbestände ausgeweitet und bis zum Ende des Jahrzehnts verlängert.

° Das Förderprogramm für Pflegeeinrichtungen zur Unterstützung von Maßnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf für ihre Beschäftigten wird verlängert.

Fortsetzung nächste Seite >

°Die Pflegeversicherung fördert für eine Laufzeit von vier Jahren innovative Unterstützungsmaßnahmen und –strukturen vor Ort und im Quartier, um neue Impulse zur Stärkung der Pflege in den Kommunen zu setzen. Gleichzeitig erhalten die Kommunen ein dauerhaftes Initiativrecht zur Einrichtung von Pflegestützpunkten zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.

Stabilisierung der Finanzen

Zur Absicherung bestehender Leistungsansprüche der sozialen Pflegeversicherung und der im Rahmen dieser Reform vorgesehenen Leistungsanpassungen wird der allgemeine Beitragssatz zum 1. Juli 2023 moderat um 0,35 Prozentpunkte angehoben. Diese Maßnahme ist mit Mehreinnahmen in Höhe von rund 6,6 Mrd. Euro/Jahr verbunden. Die Bundesregierung wird ermächtigt, den Beitragssatz künftig durch Rechtsverordnung festzusetzen, sofern auf kurzfristigen Finanzierungsbedarf reagiert werden muss. Bundestag und Bundesrat sind dabei zu beteiligen.

Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022

Ebenfalls zum 1. Juli 2023 wird der Beitragssatz zur Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 7. April 2022 nach der Kinderzahl differenziert. Eltern zahlen dann generell 0,6 Beitragssatzpunkte weniger als Kinderlose. Bei kinderlosen Mitgliedern gilt ein Beitragssatz in Höhe von 4%. Bei Mitgliedern mit einem Kind gilt demgegenüber nur ein Beitragssatz von 3,4%. Ab zwei Kindern wird der Beitrag während der Erziehungsphase bis zum 25. Lebensjahr um 0,25 Beitragssatzpunkte je Kind bis zum fünften Kind weiter abgesenkt. Nach der jeweiligen Erziehungsphase entfällt der Abschlag wieder. Nach der Zeit, in der der wirtschaftliche Aufwand der Kindererziehung typischerweise anfällt, ist eine weitere Differenzierung zwischen Mitgliedern mit unterschiedlicher Kinderzahl nicht mehr vorgesehen. Bei Mitgliedern mit mehreren Kindern gilt nach der Erziehungszeit daher wieder der reguläre Beitragssatz in Höhe von 3,4%.

Es gelten somit folgende Beitragsätze:

Mitglieder ohne Kinder

= 4,00% (Arbeitnehmer-Anteil: 2,3%)

Mitglieder mit 1 Kind

= 3,40% (Lebenslang) (AN-Anteil: 1,7%)

Mitglieder mit 2 Kindern

= 3,15% (Arbeitnehmer-Anteil: 1,45%)

Mitglieder mit 3 Kindern

= 2,90% (Arbeitnehmer-Anteil: 1,2%)

Mitglieder mit 4 Kindern

= 2,65% (Arbeitnehmer-Anteil 0,95%)

Mitglieder mit 5 und mehr Kindern

= 2,40% (Arbeitnehmer-Anteil 0,7%)

Die genannten Abschläge gelten, solange alle jeweils zu berücksichtigenden Kinder unter 25 Jahre alt sind. In der Kindererziehungsphase werden Eltern mit mehreren Kindern daher spürbar entlastet. Der Arbeitgeberanteil beträgt immer 1,7%.

Um Versicherte und beitragsüberführende Stellen zu entlasten, sieht das Gesetz vor, dass bis zum 31. März 2025 ein digitales Verfahren zur Erhebung und zum Nachweis der Anzahl der berücksichtigungsfähigen Kinder entwickelt wird. Die Bundesregierung wird bis zum 31. Dezember 2023 über den Stand der Entwicklung dieses Verfahrens berichten. Für den Zeitraum vom 1. Juli 2023 bis zum 30. Juni 2025 ist ein vereinfachtes Nachweisverfahren vorgesehen. Der Zeitraum für die Rückerstattung überzahlter Beiträge wird bis zum 30. Juni 2025 verlängert; die Rückerstattung ist für den gesamten Zeitraum zu verzinsen. ■■■



DANIELS
Innovation + Gesundheit
D-85643 Steinhöring
Elchering 6
Telefon: +49 (0)8094 180121
E-Mail:
SAMagazin@daniels-innovation-
gesundheit.de
Internet: [http://daniels-innovation-
gesundheit.de](http://daniels-innovation-
gesundheit.de)

Redaktion:
Willi Daniels (Herausgeber und
Chefredakteur)

Bildnachweis:
Pixabay (Titelseite, Seite 3, 7, 8, 11, 13, 14,
15, 17,); SDSH (Seite 4); DGKN/Uniklinik
Frankfurt (Seite 5).

DANIELS - Innovation + Gesundheit
Gestaltung: Willi Daniels



Das SAMagazin erscheint sechsmal jährlich
im Print- und Onlineformat.

Nachdruck nur mit ausdrücklicher
Genehmigung des Verlages gestattet.

Wir danken unseren Anzeigenpartnern für
ihre Unterstützung.

ALLE ZWEI MONATE



Versäumen Sie
keine Ausgabe,
abonnieren Sie
unser Magazin
zum günstigen
Preis.

Für nur 24,00 Euro
kommt das
SAMagazin ein
ganzes Jahr
(sechsmal) zu
Ihnen ins Haus.

Ich möchte das **SAMagazin** abonnieren.

Liefere Sie mir das Schlaganfall-Magazin ab sofort
zum Jahresbezugspreis von 24,00 € incl. MWSt.
und Versand. Das Abonnement verlängert sich,
wenn es nicht drei Monate vor Bezugsende wider-
rufen wird. Die Rechnungsstellung erfolgt vor der
ersten Auslieferung.

Bestellschein bitte einsenden an:
DANIELS - Innovation + Gesundheit
Elchering 6 - D-85643 Steinhöring

Name

Vorname

Firma

Straße/Nr.

PLZ, Ort

E-Mail

Datum, Ort

Unterschrift



STIFTUNG
DEUTSCHE
SCHLAGANFALL
HILFE

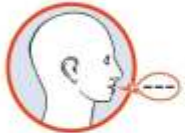
Symptome erkennen und richtig handeln

Jeder Schlaganfall ist ein Notfall

Achten Sie auf plötzlich auftretende Symptome:



Sehstörung



Sprach-, Sprachverständnisstörungen



Lähmung, Taubheitsgefühl



Schwindel, Gangunsicherheit



Sehr starker Kopfschmerz



Notruf ☎ 112

schlaganfall-hilfe.de



Neurozentrum Tutzing-Feldafing

Behandlung aus einer Hand - von der Akutversorgung über die Frühreha bis zur weiterführenden Reha

Als einzige Einrichtung der Region bietet das Neurozentrum Tutzing-Feldafing die akute als auch die rehabilitative Versorgung von neurologischen Patienten aus einer Hand: Während im Benedictus Krankenhaus Tutzing die Akut-Neurologie inklusive zertifizierter Stroke Unit beheimatet ist, findet nur wenige Kilometer weiter im Benedictus Krankenhaus Feldafing die neurologische Frührehabilitation sowie die neurologische weiterführende Rehabilitation statt.

Unter der ärztlichen Leitung von Herrn Prof. Dr. med. Dirk Sander werden alle angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Gehirns, des Rückenmarks, der peripheren Nerven und der Muskulatur durch unser multiprofessionelles Expertenteam aus Ärzten, Pflegern und Therapeuten sowie mit modernsten medizinischen Geräten behandelt.

Unsere Therapie orientiert sich dabei konsequent an der Lebens- und Arbeitssituation des Patienten. Der Therapieplan wird individuell erstellt und mit dem Patienten abgestimmt.

Unser Therapiekonzept

- Ganzheitliches Krankheitsverständnis
- Interdisziplinär erarbeitete Therapiekonzepte
- Einsatz von klassischen Verfahren und innovativen Methoden, u. a. eines computergestützten Gangtrainers und robotergestützte Geräte zur Armrehabilitation

Unser Therapieangebot

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit von hochqualifizierten und erfahrenen Ärzten, Neuropsychologen, Physiotherapeuten, Sport- und Bewegungstherapeuten, Logopäden und Sprachtherapeuten, Ergotherapeuten sowie Fachpflegekräften
- Maßgeschneiderte Therapie als Einzel- oder Gruppentherapie
- Schulung von Patienten und Angehörigen bei Störungen der Mobilität und Lähmungserscheinungen sowie wiederholende Übungen von alltäglichen Tätigkeiten und Aufgaben

**Benedictus Krankenhaus Tutzing
GmbH & Co. KG**
Bahnhofstraße 5
82327 Tutzing
T 08158 23-0
F 08158 23-140
info@krankenhaus-tutzing.de
www.krankenhaus-tutzing.de

**Benedictus Krankenhaus Feldafing
GmbH & Co. KG**
Dr.-Appelhans-Weg 6
82340 Feldafing
T 08157 28-0
F 08157 1659
info@klinik-feldafing.de
www.klinik-feldafing.de



Chefarzt
PROF. DR. DIRK SANDER

