

Gesundheit kompakt

BESCHLUSS

Bei geriatrischer Reha sollen Kassen nicht prüfen

Die Verordnung einer geriatrischen Reha für Krankenversicherte ab 70 Jahren soll einfacher werden. Demnach sollen die Krankenkassen hier zukünftig nicht mehr prüfen, ob die Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) von Ärzten, Krankenkassen und Kliniken beschlossen. Damit die Verordnung ohne Prüfung möglich ist, müssten Ärztinnen und Ärzte in ihr eine „geriatrische Diagnose“ stellen und diese mit bestimmten Funktionstests prüfen – das muss dokumentiert sein. Beim Sozialverband VdK begrüßt man die Änderungen. Man fordere seit Jahren, dass Ärzte geriatrische Reha direkt verordnen dürfen, sagt VdK-Präsidentin Verena Bentele. „Mehr Kranke bekommen dadurch nun schneller das, was medizinisch notwendig für sie ist.“ Auch bei einer Anschlussreha nach einem Krankenhausaufenthalt soll laut dem Beschluss bei bestimmten Krankheitsbildern die Prüfung durch die Kassen künftig entfallen können. Die neuen Regelungen werden noch vom Bundesgesundheitsministerium geprüft. Sie treten nach Angaben des G-BA frühestens ab 1. Juli 2022 in Kraft. (dpa)



Off von großer Bedeutung: geriatrische Reha. Foto: Patrick Pleul, dpa

E-ZIGARETTEN

Ein möglicher erster Schritt zum Rauchverzicht

Der Umstieg auf E-Zigaretten kann aus Sicht eines Gefäßmediziners ein erster sinnvoller Schritt auf dem Weg zum Rauchverzicht sein – wenn die Entwöhnung nicht auf anderem Weg gelingt. „Das Ziel jeder Strategie sollte der Rauchstopp sein, der Weg über die E-Zigarette beinhaltet eine sofortige massive Risikoreduktion“, sagt Prof. Martin Storck von der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin. „Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für das Entstehen und das Fortschreiten der Arteriosklerose“, sagt Storck, „mit den Folgen eines Schlaganfalles, Herzinfarktes oder einer Amputation – insbesondere bei Diabetikern.“ Gesundheit sind die im Vergleich zur Zigarette harmloseren Alternativen aber nicht: E-Zigaretten und Tabakerhitzer gelten laut Bundesinstitut für Risikobewertung ebenso als Suchtmittel. Ihr Dampf kann ebenso gesundheitlich bedenkliche Substanzen enthalten und über die langfristigen Folgen für die Gesundheit ist noch wenig bekannt. (dpa)

ALKOHOL-EXPERIMENT

Eigene Trunkenheit wird häufig unterschätzt

Nach dem Genuss von Bier und Wein unterschätzt ein großer Teil der Menschen ihren Atemalkoholwert – und überschätzt ihre Fahrtauglichkeit. 90 Teilnehmer aus Deutschland – fit und durchschnittlich 24 Jahre alt – waren für die Studie an der Universität Witten-Herde aufgefördert, sich mit Pils und Weißwein zu betrinken. Dabei sollten sie einschätzen, wann sie die Promillegrenze von 0,5 zum Autofahren erreicht hatten. Die Probanden sollten so lange trinken, bis sie ihrer Meinung nach die Promillegrenze erreicht hatten. Viele überzogen das Limit sogar sehr deutlich – und hielten sich noch immer für fahrtüchtig. Die Ergebnisse seien unabhängig davon gewesen, ob die Probanden zuerst Bier oder Wein getrunken hatten. Auch das Geschlecht habe keinen wesentlichen Unterschied bei der Fähigkeit zur Selbsteinschätzung gemacht. (dpa)

Kleine Hinweise können Arthrose verraten

Orthopädie Im frühen Stadium lässt sich die Gelenkerkrankung, die oft sehr schmerzhaft sein kann, am besten behandeln. Worauf dabei aber zu achten ist.

Herr Professor Dr. Henning Madry, Sie sind Arthroseforscher und Orthopäde an der Universität des Saarlandes. Wenn Patienten wegen starker Gelenkschmerzen zum Arzt gehen, ist ihre Arthrose oft schon weit fortgeschritten. Warum wird das Problem häufig erst so spät erkannt?

Professor Dr. Henning Madry: Arthrose entwickelt sich oft völlig unbemerkt. Das liegt vor allem daran, dass die Patienten lange schmerzfrei sind. Jemand, der viel Sport treibt, merkt es also vielleicht gar nicht, dass er langsam eine Arthrose bekommt, weil ihm das Kardinalsymptom des Schmerzes fehlt. Sind die Beschwerden da und er geht zum Orthopäden, stellt der oft eine weit fortgeschrittene Arthrose fest. Es kann also sein, dass der Patient seit zwei Monaten an Schmerzen leidet, aber schon seit fünf Jahren eine Arthrose hat.

Was kann man tun, um einer Arthrose früher auf die Spur zu kommen?

Madry: Bei anderen Erkrankungen, etwa dem Prostatakarzinom, macht man eine Laboruntersuchung beim Hausarzt, um einen ersten Hinweis zu bekommen. Aber bei Arthrose gibt es trotz langer Forschung keinen sicheren biochemischen Marker, sodass man sagen könnte: „Tun Sie mal etwas, der Arthrosewert ist schlecht.“

Ist da gar nichts zu machen? Man kann ja schlecht ahnen, dass sich eine Arthrose entwickelt.

Madry: Gelenkspezifisch gibt es schon kleine Hinweise, die für den Patienten aber schwer wahrzunehmen sind. Stumme Kennzeichen sind zum Beispiel, dass man sich nicht mehr so gut die Schuhe binden kann, wenn durch beginnende Arthrose die Funktion der Hüfte etwas eingeschränkt ist. Es kann auch sein, dass man in der Kniekehle eine kleine Beule entdeckt, eine Aussackung des Gelenkraums. Eine solche Baker-Zyste tritt oft als Sekundärphänomen bei Kniearthrose auf, weil reaktiv zu viel Gelenkschmiere gebildet wird. Das sind aber alles Dinge, die der normale Patient kaum mitbekommt. Mein Rat lautet: Wenn man denkt, es ist etwas mit einem Gelenk nicht in Ordnung und das hebt sich nach etwa sechs Wochen nicht auf, dann ist man gut beraten, zum Arzt zu gehen.

Was lässt sich erreichen, wenn man die Krankheit früh erkennt?

Madry: Wenn man zum Beispiel eine Kniearthrose im frühen Stadium feststellt, dann versucht man als Orthopäde herauszubekommen: Gibt es denn überhaupt eine Ursache? Dann findet man oft einen Kreuzband- oder Meniskusris in der Vergangenheit oder einen Unfall mit Gelenkbeteiligung. Oder man findet bei der Stellung der Kniescheibe eine Abweichung von der Normalform. Dann würde man eine Therapie



Eine Arthrose im Knie kann die Lebensqualität empfindlich einschränken.

Foto: Christin Klose, dpa

pie in die Wege leiten, die allgemeine Komponenten wie Gewichtsreduktion umfasst, aber auch sehr spezielle, die auf die Ursache abzielen.

Inzwischen gibt es ja verschiedene Möglichkeiten, Knorpelschäden zu behandeln, zum Beispiel durch eine Knorpeltransplantation. Wie sinnvoll ist das?

Madry: Man muss genau unterscheiden zwischen dem Knorpelschaden an sich und der Arthrose. Der Knorpelschaden ist wie ein Schlagloch auf einer neu geteerten Autobahn, und die Arthrose ist sozusagen eine ganz alte Kopfsteinpflasterstraße, auf der man nur noch holpert. Das heißt: Wenn man das Schlagloch nicht behandelt und ständig weiter Lastwagen drüberfahren, dann ist irgendwann alles kaputt, und die Arthrose ist da. Für junge Patienten mit einem Knorpelschaden sind moderne Techniken wie die Knorpelzelltransplantation sehr gut geeignet. Aber das Ziel ist nicht, eine Arthrose zu heilen, sondern den Knorpeldefekt

zu beheben, damit es zu keiner Arthrose kommt. Bei Arthrose ist das Verfahren nicht zugelassen.

Leiden öfters schon jüngere Leute an Arthrose?

Madry: Unbedingt. Bei Kindern und Jugendlichen hat der Knorpel eine hohe Regenerationsfähigkeit. Aber ab etwa 20 muss der Knorpel für den Rest des Lebens halten. Es gibt tatsächlich 25-Jährige, die eine beginnende Arthrose haben. Da weiß man aber relativ genau, woran es liegt.

Nämlich?

Madry: Bei einer Hüftarthrose würde man danach fahnden, ob nicht eine Hüftdysplasie vorliegt, also eine Formabweichung der Pfanne der Hüfte. Das ist ein wichtiger Punkt in dieser Altersgruppe. Bei jungen Patienten mit Kniearthrose ist es oft so, dass sie bereits als Jugendliche mehrfache Meniskusoperationen hatten, die dazu führen, dass vielleicht große Teile des Meniskus fehlen. Mit zunehmendem Alter werden die Ursachen aber immer diffu-

ser und schwerer nachzuvollziehen. Wenn jemand mit 70 kommt und sagt, „Mir tut alles weh!“, dann kann man als Arzt über die Ursachen nur noch spekulieren.

Starkes Übergewicht führt zu einer Überlastung der Gelenke und daher oft zu Arthrose. Spielt es auch eine Rolle, dass Adipositas mit Entzündungsreaktionen einhergeht?

Madry: Ja, beides kommt zusammen. Man vermutet heute, dass Übergewicht eine Rolle spielt, die weit über die mechanische Mehrbelastung hinausgeht. Ich werde daher nicht müde, meine Patienten auf den massiven und wissenschaftlich bewiesenen Nutzen einer Gewichtsreduktion hinzuweisen. Aber ich stoße da immer auf Widerstand, weil die Leute sagen: „Wir haben viel Stress. Wenn wir abends von der Arbeit kommen, müssen wir etwas essen!“ Da gibt es also viele Vermeidungshaltungen, die vielschichtige Ursachen haben.

Viele Leute haben Angst, dass Sport,

vor allem Joggen, die Gelenke kaputt macht. Sind diese Sorgen denn berechtigt?

Madry: Bei einem Patienten, der nie etwas am Knie gehabt hat, sind solche Sorgen nicht berechtigt. Wenn jemand aber eine Arthrose hat, zum Beispiel aufgrund eines Meniskus-schadens oder einer Kreuzbandruptur, ist das anders. Stoßbehaftete Sportarten wie Laufen und Tennis werden die Arthrose verschlimmern. Stattdessen würde ich knieschonende Sportarten wie das Fahrradfahren empfehlen.

Welche Rolle spielt die Ernährung? Fleisch steht zum Beispiel im Ruf, Arthrose zu fördern.

Madry: Ich würde raten: gesunde Ernährung, alles in Maßen, lieber Mittelmeerdiet als sehr fleischreich. Es ist aber nicht so, dass zu einer strukturierten Arthrosetherapie unbedingt eine Ernährungsumstellung dazugehört. Aber der Körpermasseindex muss im Normalbereich liegen.

Welche neuen Ansätze gibt es derzeit, um Arthrose zu bremsen oder gar zu heilen?

Madry: Man hat jetzt in aktuellen Studien gesehen: Mit dem Medikament Sprifermin beispielsweise, das als Injektion verabreicht wird, kann man den Knorpelabbau stoppen. Bei den Patienten hat man im Kernspin minimale, aber deutliche Verbesserungen der Knorpelstruktur erkannt. Das hat aber leider nicht dazu geführt, dass sich diese Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe besser gefühlt hätten. Jetzt müssen wir als Fachleute schauen: Wie lösen wir dieses Rätsel? Physiotherapie ist auf jeden Fall immer noch absolut wichtig und darf keinesfalls unterschätzt werden. Sie hat einen hervorragenden Stellenwert und muss immer Bestandteil jeglicher Arthrosetherapie sein.

Sie forschen an gentherapeutischen Ansätzen der Arthrosebehandlung. Was tut sich da?

Madry: Wir haben die Möglichkeit, dass wir sehr effektiv sozusagen therapeutische Gene in geschädigten menschlichen Gelenkknorpel einschleusen können. Das heißt, wir haben die richtigen Werkzeuge dazu. Diese Techniken entsprechen übrigens prinzipiell denen der neuen Impfstoffgenerationen gegen Sars-CoV-2. Wir haben auch im Tiermodell gezeigt, dass das zu strukturellen Verbesserungen führt. Wenn uns jetzt jemand ein paar Millionen gäbe, könnten wir das in die klinische Forschung stecken.

Interview: Angela Stoll



Dr. Henning Madry, 52, ist Professor für Experimentelle Orthopädie und Arthroseforschung an der Universität des Saarlandes.

Das sind die Ursachen für eine Kniearthrose

- **Ursache** Arthrose entsteht, wenn der Knorpel am Kniegelenk dünner wird. Auslöser können Verletzungen sein, etwa ein Meniskusschaden oder Kreuzbandriss, oder angeborene Fehlstellungen wie X- oder O-Beine. Auch starkes Übergewicht (Adipositas) ist oft ein wichtiger Faktor bei einer Kniearthrose.
- **Symptome** Betroffene haben zunächst bei stärkerer Belastung Schmerzen am Knie. Bei einem Fortschreiten der Arthrose verstärken sich die Beschwerden und können auch

nachts auftreten. Hinzu kommt eine zunehmende Gelenksteifheit.

- **Therapie** Die Behandlung richtet sich nach den Ursachen und danach, wie weit fortgeschritten die Erkrankung ist. Ein wichtiger Baustein ist die Physiotherapie. Daneben gibt es diverse Möglichkeiten, Schmerzen zu reduzieren (physikalische Therapie, Medikamente, Akupunktur). Für Übergewichtige ist es ein wichtiger Schritt, Gewicht abzubauen. Bei weit fortgeschrittener Arthrose kann ein künstliches Kniegelenk infrage kommen.
- **Alltag** Die Annahme, dass die Gelenke durch Bewegung verschleifen, ist falsch. Vielmehr ist gelenkschonender Sport (etwa Radfahren, Schwimmen, Nordic Walking) wichtig, um die Gelenke beweglich zu halten, Schmerzen zu lindern und die Muskeln zu stärken. Abgesehen davon können gut sitzende Schuhe mit einer puffenden Sohle für Erleichterung sorgen.
- **Info** Online unter: <https://www.gesundheitsinformation.de/kniearthrose-gonarthritis.html> (tol)

Leben retten durch den Hörer

Notfall Im Ernstfall herrschen Stress und Unsicherheit. Wer nicht weiter weiß, dem wird am Telefon geholfen.

Es war eine lebensbedrohliche Situation und Millionen Menschen sahen sie mit an: Als der dänische Fußballspieler Christian Eriksen im Sommer während eines Europameisterschaftsspiels unvermittelt auf dem Platz kollabierte, wurden zwei Dinge deutlich: 1. Ein Herzkreislaufstillstand kann wie aus dem Nichts kommen. 2. Betroffene brauchen sofort Hilfe, um Überlebenschancen zu haben.

Doch ganz ehrlich: Wenn Sie in so eine Situation geraten würden, wüssten Sie dann noch, was zu tun ist? Der letzte Erste-Hilfe-Kurs ist bei den meisten Menschen lange her, manche haben sich mit dem Thema Wiederbelebung zuletzt vor ihrer Autoführerscheinprüfung beschäftigt. Dazu kommt die Aufregung in dieser für Laien so unwirklichen Situation. Also: Was tun?

Auf jeden Fall ist es wichtig, überhaupt etwas zu tun. Die einfache Grundregel lautet: Prüfen, Rufen, Drücken. Man prüft also zunächst, ob die bewusstlose Person noch normal atmet. Dann wird der Notruf 112 gewählt – hier kommt schon der entscheidende Punkt für alle, die sich in dieser Situation unsicher sind: Die Leitstellen können eine Telefonreanimation durchführen. Sie können den Ersthelfer am anderen Ende der Leitung mit ihren Worten also anleiten. Das Problem ist allerdings, dass man sich in Deutschland nicht immer darauf verlassen kann, dass die Leitstelle nach der Aufnahme des Notfalls von selbst nachfragt, ob man solch eine Unterstützung benötigt. Das hat eine jüngst veröffentlichte Umfrage unter den 249 Leitstellen hierzulande gezeigt. Dann könne es passieren,

dass die Leitstelle sage: „Wir schicken einen Notarzt!“ – und den Anruf dann beende, sagt Prof. Bernd Böttiger. „Dann kriegt man keine Telefonreanimation.“ Böttiger ist Vorsitzender des Deutschen Rats für Wiederbelebung, der an dieser Umfrage beteiligt war. Die Forderung des Rates ist klar: Die Telefonreanimation in Deutschland müsse verpflichtend flächendeckend eingeführt werden, mit standardisier-



In einer Notfallsituation geht es um Sekunden. Foto: Benjamin Nolte, dpa

ten Abläufen. Bisher ist das alles Ländersache und damit uneinheitlich geregelt.

Die gute Nachricht: In der Umfrage gaben alle Rettungsleitstellen an, dass sie grundsätzlich Telefonreanimationen durchführen – sollte also jemand am Telefon um Hilfe bitten, wird niemand auflegen. Genau dazu rät Böttiger ausdrücklich: „Wenn die Leitstelle nicht von selbst fragt, würde ich das einfordern und sagen: Helft mir bitte!“

Das Wissen um die Möglichkeit einer Telefonreanimation ist im Ernstfall elementar. Denn was Christian Eriksen vor den Augen der Welt zugestoßen ist, passiert deutschlandweit ungefähr 200 Mal pro Tag. Nur in rund jedem zehnten Fall geht das gut aus. Wird sofort mit der Herzdruckmassage begonnen, ist die Überlebenschance zwei-

mal dreimal höher. Das Bundesgesundheitsministerium schätzt: 10.000 Leben könnten jedes Jahr zusätzlich gerettet werden, wenn sich mehr Menschen Wiederbelebungsmaßnahmen zutrauen würden. Viele Menschen haben aber Angst, jemanden zu reanimieren, der das gar nicht benötigt, sagt Marcus Aust vom Deutschen Roten Kreuz (DRK). Er beruhigt: „Eigentlich kann man als Laie nichts falsch machen.“ Sei jemand nicht mehr ansprechbar und zeige keine normale Atmung, dann starte man die Reanimation. „Jeder Laie kann damit mehr tun als wir im Rettungsdienst oder im Krankenhaus“, sagt Böttiger, „weil wir meist zu spät dazukommen.“ Umso wichtiger ist es, sich im Notfall daran zu erinnern: Einfach am Hörer bleiben und sich anleiten lassen. (Tom Nebe, dpa)