UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

Nationales Kompetenzzentrum Shared Decision Making

SHARE TO CARE
Gemeinsam entscheiden.

ENTSCHEIDUNGSHILFEN-REPORT

WWW.SHARE-TO-CARE.DE

Vorwort

Welcher Ärztin, welcher Arzt wünscht sich nicht, Patientinnen und Patienten so zu beraten und aufzuklären, dass diese die komplexen medizinischen Zusammenhänge gut verstehen und Entscheidungen mittragen können? Leider ist dieses Ziel im hektischen Versorgungsalltag oft nur ungenügend erreichbar.

Zum Glück gibt es heutzutage multimediale, didaktisch ausgeklügelte, evidenzbasierte und trotzdem niedrigschwellige Informationsangebote – zum Beispiel die Entscheidungshilfen des SHARE TO CARE Programms. Hier werden Patientinnen und Patienten von ihren eigenen Ärztinnen und Ärzten webbasiert über ihre Gesundheitssituation und Behandlungsmöglich-keiten aufgeklärt. Durch Erfahrungsberichte anderer Betroffener werden sie motiviert, ihre Wünsche zu äußern und Erfahrungen in den Entscheidungsprozess einzubringen. Die Inhalte sind in übersichtlichen Fragen & Antworten-Tabellen zusammengefasst, die in elektronischer oder ausgedruckter Form geeignet sind, die Konsultation zu strukturieren.

Am Ende der Entscheidungshilfen kann eine erste Bilanz gezogen werden, welche Behandlungsoption die individuell beste oder annehmbarste ist. Gut informiert gehen Patientinnen und Patienten dann in das abschließende Gespräch. Die einmal investierte Zeit für die Erstellung dieser Entscheidungshilfen lohnt sich, denn sie kommt anschließend hunderten von Patientinnen und Patienten zugute.

Auf den folgenden Seiten beschreiben wir nach einer kurzen Einführung auf je einer Seite die Entscheidungshilfen in den einzelnen klinischen Fragestellungen, die wir am Campus Kiel des UKSH seit 2018 entwickelt haben. Danach geben wir Ihnen einen kurzen Überblick über den Entstehungsprozess und die Methodik der Entscheidungshilfen.

Herzliche Grüße,

Prof. Dr. Friedemann Geiger, Projektleiter UKSH
Dr. Svenja Ludwig, Leiterin Medical Writing
PD Dr. Jens Ulrich Rüffer, Leiter Entscheidungshilfen
Dr. Fülöp Scheibler, Leiter Evidenzbasierte Medizin

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

- Vorwort
- Einführung

Entscheidungshilfen

Übergreifend

01. Was ist wichtig für eine gute Entscheidung?
02. An einer Studie teilnehmen – was spricht dafür, was dagegen?
03. Vorsorgen für den Ernstfall – für erkrankte Menschen
04. Vorsorgen für den Ernstfall – für gesunde Menschen
05. An der COVIDOM-Studie teilnehmen – was spricht dafür, was dagegen?
06. COVID-19 – impfen oder nicht impfen?

Kopf und Gehirn

07. Epilepsie – welches Medikament?
08. Fortgeschrittene Parkinsonerkrankung – Pumpen oder Tiefe Hirnstimulation?
09. Neuropathischer Schmerz – welche Medikamente?
10. Rauchentwöhnung – wie aufhören?
11. Schubförmige Multiple Sklerose (Basistherapie)
12. Schwerer Tremor – Ultraschall oder tiefe Hirnstimulation?

Haut und Allergie

13. Aktinische Keratose – welche Behandlung?
14. Allergischer Schnupfen – spezifische Immuntherapie unter die Zunge oder als Spritze?
15. Arthritis beim Kind – systemische oder lokale Glukokortikoide?
16. Kinderrheuma
17. Neurodermitis – welches Medikament?
18. Rheumatoide Arthritis – Biologika und JAK-Hemmer

19. Rheumatoide Arthritis – konventionelle Basis-Medikamente und Cortisonpräparate
20. Schuppenflechte – welches Medikament?

Lunge

21. Schweres Asthma – welches Medikament?

Herz

22. Aortenklappenstenose – welche Herzklappen-OP?
23. Ein-Kammer-Herz – Thrombosevorsorge nach Fontan-OP?
24. Defekte Pulmonalklappe – Katheter oder offene Operation?
25. Herzklappenerkrankung – biologischer oder mechanischer Herzklappenersatz?
26. Koronare Herzkrankheit (Dreigefäßerkrankung) – Bypass oder Stent?
27. Koronare Herzkrankheit – Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator?
28. Krankhafte Herzvergrößerung – Defibrillator oder nur Medikamente?
29. Schwere Herzinsuffizienz – Einsatz eines Herzunterstützungssystems?
30. Symptomatisches Vorhofflimmern – Katheterablation oder Medikamente?
31. Vorhofflimmern – wie einen Schlaganfall vermeiden?

Blut und Gefäße

32. Bluthochdruck – wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen?
33. Bypass-Operation – welches Blutgefäß für den Bypass?
34. Großes Bauchaortenaneurysma – Stent oder Operation?
35. Intrakranielles Aneurysma – abwarten oder behandeln?
36. Karotisstenose mit Symptomen – Stent oder Operation?
37. Karotisstenose ohne Symptome – Medikamente, Stent oder Operation?
38. Myelodysplastisches Syndrom (MDS) – Stammzelltransplantation ja oder nein?
39. Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) – konservative Therapie oder PTA?

Magen und Darm

40. Blinddarmentzündung bei Kindern und Jugendlichen – Antibiotika oder Operation?
41. Colitis ulcerosa – Operation oder weiter Medikamente?
42. Colitis ulcerosa – welches Biologikum?

43. Darmkrebs-Screening für Frauen und Männer ab 50 – ja oder nein?
44. Mastdarmkrebs – vorübergehendes oder dauerhaftes Stoma?
45. Fortgeschrittener Mastdarmkrebs – den Tumor vor der Operation behandeln?
46. Morbus Crohn – welches Biologikum?
47. Stoma – gut zu wissen

Niere

48. Chronische Niereninsuffizienz – welches Nierenersatzverfahren?
49. Nierenlebendspende – ja oder nein?

Leber und Bauchspeicheldrüse

50. Leberkrebs mit Leberzirrhose – unterstützende, lokale oder systemische Therapie?
51. Zystische Veränderung der Bauchspeicheldrüse (IPMN) – Operation oder Beobachten?

Knochen, Bänder und Gelenke

52. Bandscheibenvorfall im Lendenwirbelbereich – konservative Therapie oder Operation?
53. Handgelenksbruch – welche Behandlung?
54. Hüftdysplasie – welche Möglichkeiten gibt es?
55. Hüftgelenksarthrose – künstliches Hüftgelenk oder konservative Behandlung?
56. Implantat nach Knochenverletzung – entfernen oder belassen?
57. Kniegelenksarthrose – künstliches Kniegelenk oder konservative Behandlung?
58. Kreuzbandriss – Operation oder konservative Behandlung?
59. Nicht-spezifischer chronischer Kreuzschmerz – welche Maßnahmen werden empfohlen?
60. Spinalkanalstenose der Lendenwirbelsäule – wie weiter?

Stoffwechsel und Drüsen

61. Heißer Knoten – bestrahlen oder operieren?
62. Morbus Basedow – bestrahlen oder operieren?
63. Hohe Cholesterinwerte – Lebensstiländerung oder Lipidsenker?
64. Starkes Übergewicht – konservative Behandlung oder Operation?

Erkrankungen der Frau

65. Beckenendlage – natürliche Geburt oder Kaiserschnitt?
66. Brustaufbau – Implantat unter oder über dem Brustmuskel?
67. Brustkrebs nach Operation – welche Bestrahlung?
68. Endometriose – welche Medikamente?
69. Entfernung der Gebärmutter – teilweise oder ganz?
70. Entfernung der Gebärmutter – welche Operation?
71. Gebärmutterhalskrebs – minimalinvasive oder offene Operation?
72. Senkung der Scheide oder der Gebärmutter – wie operieren?

Erkrankungen des Alters

73. Grauer Star – jetzt operieren oder noch abwarten?
74. Internistische Altersmedizin
75. Neurologische Erkrankungen im Alter
76. Vestibularis-Schwannom – Operation oder Bestrahlung?

Zähne und Kiefer

77. Erkrankungen des Zahnnervs – den Zahn erhalten oder ziehen?
78. Kollumfraktur – konservative Behandlung oder Operation?
79. Platzmangel im Kiefer – was können wir tun?
80. Zahnloser Kiefer – Vollprothese ohne oder mit Implantaten?

HINTERGRUND

- Innovationsfondsprojekt – SHARE TO CARE in Kiel
- Hausarztzentrierte Versorgung – SHARE TO CARE in Bremen
- Erstellung von Entscheidungshilfen nach der SHARE TO CARE-Methodik
- Einsatz von Entscheidungshilfen
- Weiterentwicklung dank Usertesting

EINFÜHRUNG

In den Entscheidungshilfen, die auf den folgenden Seiten kurz vorgestellt werden, finden Patientinnen und Patienten Informationen auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu ihren Handlungsmöglichkeiten. Interviews mit medizinischem Personal sowie Betroffenen, ergänzt durch Infografiken, veranschaulichen die Texte.

Die Entscheidungshilfen stehen Patientinnen und Patienten des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, online zur Verfügung. Zugang bekommen sie über persönliche Codes, die ihnen von ihren Ärztinnen und Ärzten in den Beratungsgesprächen ausgehändigt werden.

Entscheidungshilfen kommen vor allem dann zum Einsatz, wenn es um eine sogenannte präferenzsensitive Entscheidung geht, das heißt, wenn zwei oder mehr medizinisch vertretbare Optionen zur Wahl stehen. Wenn sie zum Einsatz kommen, sollen sie das Arzt-Patienten-Gespräch unterstützen – denn mit ihnen haben die Betroffenen die Möglichkeit, sich in Ruhe mit ihrer Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten vertraut zu machen. Im persönlichen Gespräch werden dann die Präferenzen und individuellen medizinischen Parameter, wie Alter, Krankheitsgeschichte und Begleiterkrankungen miteinander in Einklang gebracht und damit eine wohldurchdachte, gemeinsame Entscheidung getroffen.

Die Entscheidungshilfen sind Bestandteil des Programms „Making SDM a Reality“. SDM bedeutet „Shared Decision Making“, also „Gemeinsame Entscheidungsfindung“. In weiteren Modulen des Programms werden Ärzteteams und Pflegekräfte für ihre Patientengespräche geschult und Patientinnen und Patienten zu einer aktiven Haltung motiviert. Das Programm wird mit Mitteln des Innovationsfonds gefördert.

Das Erstellen der Entscheidungshilfen folgt einem strukturierten Prozess – vom Festlegen des genauen Themas über das Recherchieren der aktuellen wissenschaftlichen Literatur bis hin zum Produzieren kurzer Videoclips sowie dem Schreiben allgemeinverständlicher Texte. Die einzelnen Schritte werden eng mit den beteiligten Ärztinnen und Ärzten abgestimmt. Auch Patientinnen und Patienten werden an mehreren Stellen mit einbezogen: Ihre Erfahrungen fließen in die Entscheidungshilfe ein, und sie geben Rückmeldung zum fertigen Produkt.

Auch der Zeitpunkt, an dem die Entscheidungshilfen zum Einsatz kommen, ist nicht beliebig: Zusammen mit den Ärztinnen und Ärzten werden so genannte Patientenpfade definiert, die sich an den Abläufen in den jeweiligen Kliniken orientieren.

Was ist wichtig für eine gute Entscheidung?

Diese Entscheidungshilfe soll bei Fragen oder schwierigen Entscheidungen, die die eigene Gesundheit betreffen, unterstützen. Sie hilft dabei, sich über die persönliche Gesundheitssituation und Bedürfnisse klar zu werden. Wichtig ist, dass Patientinnen und Patienten ihre Bedürfnisse (Präferenzen) kennen und angeben. Außerdem sollten sie sich klarmachen, welche Personen im Umfeld ebenfalls Einfluss auf die Entscheidung haben könnten.

Die Möglichkeiten

Wenn Menschen alle nötigen Informationen haben, können sie die verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungs-möglichkeiten genau vergleichen und deren möglichen Nutzen und Schaden gegeneinander abwägen.

In dieser Entscheidungshilfe gibt es Fragen und Freifelder, die die eigenen Überlegungen anregen und ihnen einen Rahmen geben.

Zum Schluss kann noch einmal überprüft werden, was für die Entscheidung gebraucht wird. Haben ich alle Informationen erhalten? Am besten notiert man sich die Fragen, die noch offen sind. Es geht darum, dass jeder Mensch die für sich bestmögliche Wahl oder Therapie findet.

Am Ende kann eine persönliche Entscheidungshilfe abspeichert und ausdruckt werden, um das Ergebnis in Ruhe mit der Ärztin oder dem Arzt zu besprechen.

Basisdaten

Die Inhalte dieser Entscheidungshilfe basieren auf dem Ottawa Personal Decision Guide. O'Connor, Stacey, Jacobsen 2012. Ottawa Hospital Research Institute and University of Ottawa, Canada. [Deutsche Übersetzung und Adaption: IQWiG 2013]
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Kai Wehkamp

An einer Studie teilnehmen – was spricht dafür, was dagegen?

Klinische Studien sind Versuche, mit denen man herausfinden möchte, ob eine medizinische Maßnahme besser ist als eine andere. Meistens geht es dabei um neue Behandlungen. Diese Versuche können sowohl in der Klinik als auch in der Praxis durchgeführt werden.

Nur Studien sind in der Lage, zu zeigen, ob eine medizinische Neuerung wirklich einen Benefit für die Patientinnen und Patienten bringt. Gut durchgeführte Studien sind also wichtig, weil nur sie tatsächlich ein aussagekräftiges Ergebnis liefern.

Wenn es mehrere Gruppen gibt, werden die Probanden per Los einer Gruppe zugeteilt. Das Auslosen sorgt dafür, dass beide Probandengruppen optimal vergleichbar sind. Außerdem sollen die Probanden in der Regel nicht wissen, welche Therapie sie bekommen. Dieses absichtlich im Unklaren lassen nennt man Verblindung.

Die Möglichkeiten

Wenn man gefragt wird, ob man an einer klinischen Studie teilnehmen möchte, hat man 2 Möglichkeiten: Entweder man sagt zu oder man lehnt ab. Wie die Entscheidung auch ausfällt, man bekommt auf jeden Fall die nach aktuellem Stand der Forschung bestmögliche Behandlung.

Teilnehmen

Wenn man an der Studie teilnimmt, wird man in der Regel einer Gruppe zugelost, ohne zu wissen, in welcher Gruppe man ist. Man erfährt also auch nicht, was man bekommt. Es kann die neue Therapie sein oder die übliche Standardtherapie oder, wenn es der Studienplan erfordert, auch ein Scheinmedikament.

Nicht Teilnehmen

Wenn man sich gegen die Teilnahme entscheidet, hat man mit der Studie nichts weiter zu tun und erhält weiterhin die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung bestmögliche Behandlung. Man kann dann gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt die passende Therapie aus den Standardtherapien auswählen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: keine
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Antonia Vorstermann van Oijen

Vorsorgen für den Ernstfall – für erkrankte Menschen

Diese Information ist für Menschen gedacht, die älter als 60 Jahre sind und mit einer schweren Erkrankung in ein Krankenhaus kommen.

Die Möglichkeiten

Die Entscheidungshilfe möchte dazu ermutigen, sich aktiv mit dem Thema Vorsorgen für den Ernstfall zu beschäftigen und zu überlegen, was man möchte und was nicht.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung kann man im Voraus regeln, was in einer bestimmten Krankheits- und/oder Pflegesituation an Therapie und Begleitung in Frage kommt oder was man ablehnt. Dabei geht es darum, so gut und genau wie möglich zu benennen, für welche gesundheitliche Situation die Verfügung gilt.

Man benennt, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen dann konkret durchgeführt oder unterlassen werden sollen. Die schriftlich verfasste Patientenverfügung ist wichtig in den Situationen, in denen man aufgrund einer Krankheit nicht mehr in der Lage ist, selbst zu entscheiden.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht erteilt man einer anderen Person die Berechtigung, im Bedarfsfall stellvertretend rechtsverbindliche Entscheidung für einen vorzunehmen. Die Vollmacht kommt zum Beispiel dann zum Tragen, wenn man so schwer erkrankt, dass man seine persönlichen Angelegenheiten zeitweise oder dauerhaft nicht mehr wahrnehmen und regeln kann.

Sie ersetzt also auch bei tatsächlich eingetretener Geschäftsunfähigkeit eine vom Gericht bestellte rechtliche Betreuung. Eine umfassende Vollmacht enthält die Themen Gesundheitssorge, Regelungen zu Aufenthalt und Wohnungsangelegenheit, Vertretung bei Behörden, Vermögenssorge, Aufgaben aus dem Post- und Fernmeldeverkehr sowie Vertretung vor Gericht.

Basisdaten

Evidenzrecherche: keine
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Philipp Bergmann, Dr. Andreas Glück, Maria Pangerl, Beke Jacobs

Vorsorgen für den Ernstfall – für gesunde Menschen

Diese Information ist für gesunde Menschen gedacht, die für den Fall einer schweren Erkrankung Ihre Entscheidungen und Ihren Willen vorbereiten und festlegen möchten.

Die Möglichkeiten

Die Entscheidungshilfe möchte dazu ermutigen, sich aktiv mit dem Thema Vorsorgen für den Ernstfall zu beschäftigen und zu überlegen, was man möchte und was nicht.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung kann man im Voraus regeln, was in einer bestimmten Krankheits- und/oder Pflegesituation an Therapie und Begleitung in Frage kommt oder was man ablehnt. Dabei geht es darum, so gut und genau wie möglich zu benennen, welche medizinischen und pflegerischen Maßnahmen dann konkret durchgeführt oder unterlassen werden sollen.

Die schriftlich verfasste Patientenverfügung ist wichtig in den Situationen, in denen man aufgrund einer Krankheit nicht mehr in der Lage ist, selbst zu entscheiden. Vielleicht ist auch eine Besserung der Gesundheit nicht zu erwarten. Es geht also um schwerwiegende körperliche und geistige Einschränkungen, die als Folge einer Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit auftreten.

Vorsorgevollmacht

Mit einer Vorsorgevollmacht erteilt man einer anderen Person die Berechtigung, im Bedarfsfall stellvertretend rechtsverbindliche Entscheidung für einen vorzunehmen. Die Vollmacht kommt zum Beispiel dann zum Tragen, wenn man so schwer erkrankt, dass man seine persönlichen Angelegenheiten zeitweise oder dauerhaft nicht mehr wahrnehmen und regeln kann.

Eine umfassende Vollmacht enthält die Themen Gesundheitssorge, Regelungen zu Aufenthalt und Wohnungsangelegenheit, Vertretung bei Behörden, Vermögenssorge, Aufgaben aus dem Post- und Fernmeldeverkehr sowie Vertretung vor Gericht.

Man kann auch überlegen, ob die Vollmacht über den Tod hinaus angewendet werden soll, zum Beispiel, wenn es um die Kündigung von Verträgen geht.

Basisdaten

Evidenzrecherche: keine
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Philipp Bergmann, Dr. Andreas Glück, Maria Pangerl, Beke Jacobs

An der COVIDOM-Studie teilnehmen – was spricht dafür, was dagegen?

COVID-19 ist eine neuartige Erkrankung, die vom Virus SARS-CoV-2 ausgelöst wird. COVID-19 betrifft vor allem die Lunge. Das Virus kann aber auch andere Organe schädigen und langfristige Folgen haben.

Mit der COVIDOM-Studie möchten Ärztinnen und Ärzte des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) herausfinden, wie sich eine überstandene COVID-19-Erkrankung auf die weitere Gesundheit auswirkt. Sie ist eine sogenannte Beobachtungsstudie. Die Teilnehmenden werden nur untersucht. Je mehr Menschen daran teilnehmen, desto aussagekräftiger sind später die Ergebnisse.

Andere klinische Studien verfolgen zum Beispiel die Frage, wie gut eine Impfung wirkt oder ob eine medizinische Behandlung besser ist als eine andere. Diese Fragen sind zwar im Zusammenhang mit der COVID-19-Erkrankung ebenfalls sehr wichtig, aber um Impfen und Behandeln geht es in der COVIDOM-Studie nicht.

Die Möglichkeiten

In der Entscheidungshilfe wird über den Inhalt der Studie informiert: Was wird gemacht? Welche Vorteile und welche möglichen Risiken gibt es?

Danach kann man in Ruhe mit der Familie und mit Freunden darüber sprechen und nachdenken, ob eine Studienteilnahme die passende Entscheidung ist.

Teilnahme

Wer an der COVIDOM-Beobachtungsstudie teilnimmt, wird zu Beginn 30 bis 45 Minuten lang telefonisch befragt. Anschließend werden vor allem Geschmackssinn, Blut, Lunge und Herz zweimal im Abstand von 1 Jahr im Universitätsklinikum in Kiel sehr gründlich untersucht. Das dauert jeweils 4 bis 5 Stunden. Es kann auch sein, dass man zwischendurch angerufen wird, um weitere Fragen gestellt zu bekommen.

Keine Teilnahme

Wer sich gegen die Teilnahme entscheidet, wird außerhalb der Studie ganz normal nach dem aktuellen medizinischen Standard behandelt. Mit der Studie selbst hat der- oder diejenige nichts weiter zu tun. Es entstehen daraus keine Nachteile.

Basisdaten

Evidenzrecherche: keine
Beteiligte Experten des UKSH:
Jun.-Prof. Dr. Thomas Bahmer; Dr. Anne Hermes

COVID 19 – IMPFEN ODER NICHT IMPFEN?

Die Informationen richten sich an Erwachsene. Sie lassen sich nicht auf Kinder, Jugendliche, Schwangere, Stillende oder Menschen mit einer starken Immunschwäche (Immunsuppression) übertragen.

Die Möglichkeiten

In dieser Entscheidungshilfe geht es um die Frage, ob man sich gegen COVID-19 impfen lassen möchte oder nicht. Aktuell sind 4 verschiedene Impfstoffe gegen Corona in Europa zugelassen (Stand: März 2021).

Ohne Impfung

Wenn sich jemand entscheidet, sich nicht oder noch nicht impfen zu lassen, besteht weiterhin das Risiko, sich mit Corona anzustecken und zu erkranken. Wie hoch das individuelle Risiko für einen schweren Erkrankungsverlauf im Fall einer Infektion ist, hängt vor allem von Alter, Geschlecht und möglichen Vorerkrankungen ab.

Mit Impfung

Die Impfung selbst unterscheidet sich nicht von den bekannten Standardimpfungen. Für die Corona-Impfung spritzt das medizinische Personal den Impfstoff in einen Muskel des Oberarms. Nach der Spritze bleibt man noch für etwa 15 Minuten in einem Warteraum, um sicherzugehen, dass die Impfung gut vertragen wird.

Basisdaten

Evidenzrecherche: diverse Quellen
Literatur berücksichtigt bis: fortlaufend
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Stefan Schreiber,
Prof. Dr. Kai Wehkamp, Dr. Domagoj Schunk,
Dr. Anette Friedrichs, Dr. Swantje Eisend

Epilepsie – welches Medikament?

Die Nervenzellen des Gehirns tauschen ständig Impulse untereinander aus. Auf diese Weise kommunizieren sie miteinander. Bei einer Epilepsie bilden die Nervenzellen zu viele dieser Impulse. Es kommt zu einem epileptischen Anfall. Er dauert meist nicht länger als 2 Minuten.

Bei einer Epilepsie können diese Anfälle immer wieder auftreten. Sie können unterschiedlich stark ausgeprägt sein. Ein epileptischer Anfall kann jederzeit auftreten und die Betroffenen in eine lebensbedrohliche Situation bringen, zum Beispiel beim Steuern eines Pkws oder beim Überqueren einer Straße.

Bei mehr als einem epileptischen Anfall pro Jahr oder hoher Wahrscheinlichkeit für weitere Anfälle wird eine Behandlung empfohlen.

Die Möglichkeiten

Die meisten Menschen mit Epilepsie nehmen lebenslang Medikamente ein, die epileptische Anfälle verhindern sollen. Diese Medikamente heilen die Epilepsie nicht. Medizinisch wird diese Gruppe von Medikamenten Antiepileptika genannt.

Nicht jedes Medikament ist für alle Patientinnen und Patienten gleich gut geeignet. Das hängt von verschiedenen Faktoren ab: unter anderem von der Form der Epilepsie, und wie gut man den jeweiligen Wirkstoff verträgt. Die Medikamente unterscheiden sich nur in wenigen Aspekten.

Eine besondere Situation ergibt sich für Frauen im gebärfähigen Alter, Schwangere und stillende Mütter.

Die gängigsten Antiepileptika

- Eslicarbazepinacetat
- Lacosamid
- Lamotrigin
- Levetiracetam
- Oxcarbazepin
- Topiramat
- Valproinsäure
- Zonisamid

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.10.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Nils Margraf

Fortgeschrittene Parkinsonerkrankung – Pumpen oder Tiefe Hirnstimulation?

Bei Parkinson (Morbus Parkinson, Schüttellähmung) handelt es sich hauptsächlich um eine Bewegungsstörung. Die Ursache liegt im Gehirn. Dort verringert sich die Anzahl der Nervenzellen, die den Botenstoff Dopamin herstellen und ausschütten. Die Folge ist, dass manche Informationen nicht mehr richtig weitergeleitet werden und es zu den typischen Symptomen kommt. Es gibt verschiedene Parkinson-Typen, unterschiedliche Schweregrade und Krankheitsverläufe.

Parkinson kann die Lebensqualität der Betroffenen in vielen Bereichen einschränken. Unbehandelt können die Symptome weiter zunehmen und der Gesundheitszustand kann sich weiter verschlechtern. Das Ziel der Behandlung ist es, die Symptome zu mildern und die Lebensqualität zu verbessern.

Die Möglichkeiten

Zur Behandlung von Parkinson gibt es neben der medikamentösen Basistherapie die Möglichkeit einer Medikamentenpumpe sowie die Tiefe Hirnstimulation. Medikamentenpumpen sorgen für eine gleichmäßige Abgabe des Wirkstoffs. Schwankungen der Dosis, wie nach einer Tabletteneinnahme, kommen so nicht vor.

Apomorphin-Pumpe

Apomorphin ist ein Wirkstoff zur Behandlung der Parkinson-Symptome. Die Apomorphin-Pumpe gibt den Wirkstoff über eine kleine Nadel kontinuierlich im Bereich des Bauches in das Fettgewebe ab.

Levodopa/Carbidopa-Monohydrat-Pumpe

Die Levodopa/Carbidopa-Monohydrat-Pumpe leitet die Medikamente über einen Schlauch (Sonde) durch den Magen in den Dünndarm.

Tiefe Hirnstimulation

Bei der Tiefen Hirnstimulation ersetzen elektrische Impulse die Funktion des Dopamins. Dafür werden in einer Operation dünne Drähte mit Elektroden in die entsprechende Gehirnregion (Substantia nigra) eingesetzt. Die Elektroden verbleiben im Gehirn.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.11.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Steffen Paschen, Prof. Dr. Kirsten Zeuner
Externe Reviewer: Dr. Martin Klehr

Neuropathischer Schmerz – welche Medikamente?

Die neuropathischen Schmerzen entstehen durch Fehlimpulse der Nerven, die Informationen zum Gehirn leiten. Neben Unfällen und Verletzungen können auch einige Medikamente und Alkohol zu Nervenschäden führen. Weitere Ursachen können eine Zuckerkrankheit (Diabetes), entzündliche Erkrankung oder Virusinfektion sein. Nicht immer lässt sich eine Ursache finden.

Nervenschmerzen können sich unterschiedlich äußern. Sie können ständig vorhanden sein oder als plötzliche Schmerzattacken auftreten. Sie können ohne einen auslösenden Reiz oder auch durch gewöhnlich nicht schmerzhafte Reize wie Berührungen oder Wärme/Kälte entstehen.

Nervenschmerzen heilen nicht von allein. Es besteht das Risiko, dass die Schmerzen langfristig bestehen bleiben. Chronische Schmerzen können sich auf Stimmung, Alltag und Arbeitsfähigkeit auswirken und zu Depressionen, Angsterkrankungen und Schlafproblemen führen.

Eine frühzeitige Behandlung kann dazu beitragen, dass Nervenschmerzen nicht chronisch werden.

Die Möglichkeiten

Es gibt drei Medikamentengruppen zur Behandlung von Nervenschmerzen. Die Wahl der Medikamente richtet sich danach, wie stark die Schmerzen sind, welche anderen Erkrankungen man eventuell hat und welche Medikamente man verträgt.

Antidepressiva

Antidepressiva, wie zum Beispiel Amitriptylin und Duloxetin, sind Medikamente zur Behandlung von Schmerzen und mentalen (psychischen) Erkrankungen. Antidepressiva bewirken, dass stimmungsaufhellende Botenstoffe länger im Gehirn wirken.

Antiepileptika

Antiepileptika, wie zum Beispiel Gabapentin, Pregabalin und Carbamazepin, beruhigen überaktive Schmerzfasern und dämpfen die Weiterleitung des Schmerzsignals an das Gehirn.

Opioide Analgetika

Opioide Analgetika, wie zum Beispiel Tramadol, sind starke Schmerzmittel. Sie verhindern, dass das Schmerzsignal im Rückenmark weitergeleitet wird.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.11.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Ralf Baron, Dr. Stefanie Rehm

Rauchentwöhnung – wie aufhören?

Es ist nicht leicht, mit dem Rauchen aufzuhören. Einer der Gründe dafür ist die Sucht nach Nikotin. Zwar ist die körperliche Abhängigkeit nach wenigen Wochen ausgestanden, doch die psychische Abhängigkeit bleibt länger bestehen. Beratungen, Nikotinersatzpräparate und Medikamente können helfen, mit dem Rauchen aufzuhören.

Die Möglichkeiten

Bei allen Möglichkeiten ist die persönliche Motivation am wichtigsten, da es für einen erfolgreichen Rauchstopp auf Durchhaltevermögen ankommt. Die Behandlungen können dabei unterstützen und die Entwöhnung etwas leichter machen. Es kann auch helfen, zu Beginn der Rauchentwöhnung Situationen zu vermeiden, in denen man normalerweise eine Zigarette rauchen würde.

Willenskraft allein

Patientinnen und Patienten stoppen das Rauchen ohne eine begleitende medikamentöse Behandlung oder eine Beratung.

Beratung/Coaching

Es gibt therapeutische Einzel- oder Gruppenberatung, zum Beispiel im Rahmen einer Suchtberatung. Daneben gibt es Sprechstunden zur Rauchentwöhnung in Lungenarztpraxen sowie Angebote von psychotherapeutischen Praxen (Verhaltenstherapie) und Pädagoginnen und Pädagogen.

Nikotinersatztherapie

Eine Nikotinersatztherapie gibt es in Form von verschiedenen nikotinhaltigen Präparaten:

- Kaugummi
- Pflaster
- Inhalator
- Mundspray
- Lutschtabletten

Bupropion

Die Tabletten lindern die Entzugserscheinungen.

Vareniclin

Die Tabletten lindern die Entzugserscheinungen und schwächen das positive Empfinden bei dem Rauchen einer Zigarette ab.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 17.2.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Jun.-Prof. Dr. Thomas Bahmer
Externe Reviewer: Dr. Björn Schwick

Schubförmige Multiple Sklerose (Basistherapie)

Bei der Multiplen Sklerose (MS) richtet sich das Abwehrsystem des Körpers (Immunsystem) gegen die körpereigenen Zellen und zerstört Teile der Nervenfasern. Dadurch werden die Impulse, die die Nerven vom Gehirn aus an den Körper weiterleiten, verlangsamt oder blockiert.

Bei der schubförmigen MS treten die Symptome in Phasen auf. Dann spricht man von einem Schub. Bei einem Schub können neue Beschwerden hinzukommen oder bereits bestehende Beschwerden stärker werden. Manchmal bilden sich diese Beschwerden nach einem Schub wieder zurück.

Die Möglichkeiten

Bei einer schubförmigen Multiplen Sklerose gibt es 4 verschiedene medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten in der Basistherapie. Diese können die Zeit bis zum nächsten Schub verlängern und verhindern, dass die Beeinträchtigungen durch die Krankheit weiter zunehmen.

Nicht-medikamentöse Therapie

Hier werden keine Medikamente verschrieben, die das Immunsystem beeinflussen. Die MS nimmt ihren natürlichen Verlauf. Man kann diesen Verlauf möglicherweise durch regelmäßige Bewegung, eine bewusste Ernährung und Rauchverzicht beeinflussen. Eine gezielte Behandlung bestimmter Symptome mit Medikamenten sowie Physio- und Ergotherapie sind trotzdem möglich.

Medikamente

Wirkstoffe der Basistherapie sind Interferone Glatirameracetat, Teriflunomid oder Dimethylfumarat. Allgemein gilt für alle:

- Sie dämpfen die Körperabwehr.
- Sie hemmen das Wachstum von Entzündungsherden.
- Sie können unter Umständen Schübe und eventuell auch Beeinträchtigungen verringern.
- Sie können Nebenwirkungen haben

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 1.8.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Daniela Berg, Dr. Klarissa Stürner

Schwerer Tremor – Ultraschall oder tiefe Hirnstimulation?

Diese Information betrifft Patientinnen und Patienten, die einen essenziellen Tremor oder einen Tremor aufgrund einer Parkinson-Erkrankung haben. Trotz einer Behandlung mit Medikamenten sind die Symptome nicht ausreichend unter Kontrolle.

Tremor ist der medizinische Fachbegriff für ein Zittern. Dabei ziehen sich entgegengesetzt wirkende Muskelgruppen immer wieder rhythmisch zusammen. Ein Tremor kann eine normale körperliche Reaktion sein – zum Beispiel auf Kälte, Angst oder Schmerz. Er kann aber auch durch Medikamente oder verschiedene Erkrankungen hervorgerufen werden. Meist nimmt dabei die Stärke des Tremors über die Zeit zu.

Die Möglichkeiten

Wenn Medikamente das Zittern nicht zufriedenstellend lindern können, kann man sich in dieser Entscheidungshilfe über 2 weitere Behandlungsmöglichkeiten informieren.

Fokussierter Ultraschall

Bei dieser Behandlung wird die Gehirnregion, von der der Tremor ausgeht, gezielt von außen mit Ultraschall-Pulsen behandelt. Diese zerstören das Gehirngewebe in der Zielregion durch Wärme. Es entsteht eine Läsion und es werden die Signale unterbrochen, die den Tremor auslösen.

Der fokussierte Ultraschall ist zur Behandlung einer Seite des Gehirns geeignet. Gegebenenfalls kann nach etwa einem halben Jahr die Behandlung der anderen Seite folgen.

Tiefe Hirnstimulation

Bei dieser Behandlungsmethode wird die Gehirnregion, von der der Tremor ausgeht, zielgerichtet mit elektrischen Impulsen stimuliert. Die Impulse werden in einem Schrittmacher erzeugt und über einen Draht zu den Elektroden geleitet.

Je nach der persönlichen Situation, lassen sich entweder beide Seiten oder nur eine Seite des Gehirns mit der tiefen Hirnstimulation behandeln. Bei dieser Behandlungsmöglichkeit wird kein Gehirngewebe geschädigt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.1.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Michael Synowitz, Dr. Ann-Christin Helmers, Dr. Steffen Paschen, Dr. David Krug

Aktinische Keratose – welche Behandlung?

Eine aktinische Keratose ist eine Hautveränderung, die entsteht, wenn die Haut häufig der Sonne oder auch einer künstlichen UV-Strahlen ausgesetzt ist. Regelmäßige Belastung mit UV-Strahlen führt dazu, dass sich bestimmte Hautzellen (Keratinozyten) krankhaft verändern und sich in der Folge stark vermehren.

Aus einer aktinischen Keratose kann ein weißer Hautkrebs entstehen – deshalb bezeichnet man sie auch als Vorstufe für weißen Hautkrebs. Ob sich eine aktinische Keratose zu einem weißen Hautkrebs weiterentwickelt, lässt sich kaum vorhersagen. Damit es gar nicht erst so weit kommt, schlagen Ärztinnen und Ärzte in der Regel vor, dass bereits die Vorstufe möglichst frühzeitig behandelt wird.

Die Möglichkeiten

Für die Behandlung der aktinischen Keratose gibt es mehrere Möglichkeiten: Die krankhaft veränderten Hautstellen können entweder entfernt oder mit Medikamenten behandelt werden. Die Hautveränderungen sind durch langjährige Sonneneinwirkung entstanden. Diese Sonnenschäden der Haut lassen sich durch die Behandlungen nicht rückgängig machen, aber ein Fortschreiten der Erkrankung zu einem weißen Hautkrebs kann verhindert werden. Durch einen sorgfältigen Sonnenschutz kann man die Behandlung unterstützen.

Medikamente zum Auftragen auf die Haut

Salben, Cremes oder Gele werden über mehrere Wochen regelmäßig auf die Hautveränderungen aufgetragen.

Kryochirurgie

Die Hautveränderungen werden mit flüssigem Stickstoff vereist.

Photodynamische Therapie

Die Hautveränderungen werden mit einer medizinischen Creme vorbereitet und anschließend mit speziellem Licht bestrahlt.

Operatives Entfernen

Einzelne Hautveränderungen können mit verschiedenen Verfahren abgetragen oder herausgeschnitten werden.

Basisdaten

Evidenzrecherche: S3-Leitlinie Aktinische Keratose und Plattenepithelkarzinom der Haut
Literatur berücksichtigt bis: 1.6.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thomas Schwarz;
Prof. Dr. Stephan Weidinger; Dr. Ann-Sophie Bohne

Allergischer Schnupfen – spezifische Immun-therapie unter die Zunge oder als Spritze?

Allergischer Schnupfen ist eine allergische Reaktion der oberen Atemwege. Neben den Atemwegen können auch die Augen betroffen sein (allergische Bindehautentzündung). Der Körper reagiert dabei überempfindlich auf Pollen von Bäumen, Gräsern oder Kräutern oder auf Hausstaubmilben und deren Kot. Man kann die Beschwerden ganzjährig oder nur in bestimmten Jahreszeiten haben.

Eine Allergie kann sich im Laufe des Lebens entwickeln und daher auch erst im Erwachsenenalter auftreten. Allergischer Schnupfen ist eine Typ-I-Allergie – das heißt, nach Kontakt mit dem Allergen kommt es rasch zu einer allergischen Sofortreaktion. Das überaktive Immunsystem produziert Antikörper und löst eine Entzündung aus, um die eigentlich harmlosen Allergene zu beseitigen. Es reagiert also wie auf eine Bedrohung durch Krankheitserreger.

Bei manchen Menschen kann sich nach einigen Jahren ein allergisches Asthma entwickeln. Dies bezeichnet man als „Etagenwechsel“ – die Beschwerden wandern tiefer, vom Kopfbereich in die Lunge (hyperreagibles Atemsystem).

Die Möglichkeiten

Die spezifische Immuntherapie, auch allergenspezifische Immuntherapie genannt, soll das Immunsystem an die Allergene gewöhnen. Das Immunsystem soll lernen, die Allergene als harmlos wahrzunehmen und nicht mehr auf sie zu reagieren. Bei der Behandlung werden kleine Bestandteile (Eiweiße) der allergieauslösenden Stoffe (Allergene) über eine längere Zeit verabreicht, damit sich der Körper daran gewöhnt und die Beschwerden nachlassen.

Unter die Zunge (SLIT)

Die Allergene werden täglich als Tropfen oder lösliche Tablette unter die Zunge (sublingual) gegeben. Man lässt die Tablette oder Tropfen dort für 1 bis 2 Minuten und spült danach den Mund aus.

Als Spritze (SCIT)

Die Allergene werden unter die Haut gespritzt (subkutan).

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.1.2021
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thomas Schwarz; Prof. Dr. Stephan Weidinger; Prof. Dr. Guido Heine, Julie Schroeder

Arthritis beim Kind – systemische oder lokale Glukokortikoide?

Diese Entscheidungshilfe richtet sich an Eltern von Kindern mit Rheuma. Kindgerechte Informationen und Erklärungen bietet die Entscheidungshilfe "Kinderrheuma".

Juvenile idiopathische Arthritis, kurz JIA, ist eine dauerhafte (chronische) Entzündung eines oder mehrerer Gelenke, die vor dem 16. Lebensjahr beginnt. JIA zählt zu den Autoimmunerkrankungen, das bedeutet, dass die Entzündungen durch das körpereigene Abwehrsystem verursacht wird.

Unbehandelt können chronische Entzündungen zu dauerhaften Gelenkschäden führen (Destruktion). Die Gelenke können sich zum Beispiel verformen und sind dann weniger beweglich. Die Entzündungen können sich auch auf andere Bereiche des Körpers auswirken und dann etwa die Sehkraft verschlechtern oder das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Erwachsenenalter erhöhen. Die JIA verläuft häufig chronisch, eine Behandlung kann jedoch das Fortschreiten der Erkrankung und mögliche Spätfolgen verzögern oder verhindern. Meist ist dafür eine langfristige Behandlung über das Jugendalter hinaus nötig. Bei etwa jedem dritten Kind ist es möglich, die Behandlung abzusetzen, ohne dass die Entzündungen erneut auftreten.

Die Möglichkeiten

Glukokortikoide wirken schnell, daher sind sie besonders am Anfang einer Behandlung oder in sehr aktiven Erkrankungsphasen geeignet, um rasch die Entzündungen zu hemmen.

Systemische Glukokortikoide

Das Kind bekommt Tabletten, Saft oder einen Tropf (Infusion) in die Vene. Das Medikament wirkt dadurch auf den ganzen Körper. Bei den entzündungshemmenden Wirkstoffen handelt es sich um Prednisolon oder Methylprednisolon. Wie lange das Kind die Therapie durchführen sollte, wird zusammen mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen.

Lokale Glukokortikoide

Das Kind bekommt eine Spritze (Injektion) in die betroffenen Gelenke (Punktion). Das Medikament wirkt dadurch örtlich begrenzt. Die genaue Stelle für die Spritze legt die Ärztin oder der Arzt mit einer Ultraschall-Untersuchung fest. Bei dem langwirksamen entzündungshemmenden Glukokortikoid handelt es sich um Triamcinolon-Hexacetonid.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.11.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Martin Schrappe, PD Dr. Lars Tramsen,
PD Dr. Philipp von Bismarck,
Dr. med. Wurst (Clinikclown)

Kinderrheuma

Diese Entscheidungshilfe bietet in einem freundlichen, bunten Layout kindgerechte Informationen und Erklärungen für Kinder mit Rheuma. Dabei hilft auch der Klinikclown Dr. med. Wurst. Die Entscheidungshilfe „Arthritis beim Kind – systemische oder lokale Glukokortikoide?“ richtet sich an die Eltern.

In dem Zeichentrickfilm „Sali und das Rheuma“ wird erklärt, was Kinderrheuma eigentlich ist und was dabei im Körper passiert.



Kinderrheuma ist eine Krankheit in den Gelenken. Durch die Entzündung kann ein Gelenk anschwellen, nicht mehr so gut beweglich sein und wehtun. Es gibt verschiedene Medikamente gegen die Entzündung. Sie sorgen dafür, dass die Schmerzen weggehen und die Gelenke beweglich bleiben.

Die Möglichkeiten

Hier wird erklären, welche Behandlungen es gibt. Zusammen mit den Eltern kann das Kind überlegen, welche Behandlung es sich mehr und welche es sich weniger vorstellen kann.

Die Behandlung soll dafür sorgen, dass die Entzündung wieder verschwindet. Dafür sind meistens verschiedene Medikamente notwendig.

Das Nilpferd-Medikament

Es gibt Medikamente, die langsamer wirken, und dafür sorgen, dass die Entzündungen für möglichst lange Zeit verschwinden. Diese Nilpferd-Medikamente bekommt das Kind auch für eine längere Zeit – für etwa 2 Jahre.

Das Tiger-Medikament

Das Tiger-Medikament heißt auch Kortison. Man kann es als Tablette oder als Infusion (Tropf) bekommen. Die Entzündung ist im Gelenk – und genau dorthin kann der Arzt das Tiger-Medikament spritzen. Das nennt man auch eine Gelenkpunktion. Damit man die Spritze nicht spürt, kann man ein Zauberpflaster bekommen oder ein Schlafmedikament.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.11.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Martin Schrappe, PD Dr. Lars Tramsen,
PD Dr. Philipp von Bismarck,
Dr. med. Wurst (Clinikclown)

Neurodermitis – welches Medikament?

Diese Information betrifft Personen mit einer mittelschweren bis schweren Neurodermitis (atopisches Ekzem), bei denen die bisherige Behandlung nicht ausreichend geholfen hat. Zu der bisherigen Therapie gehören die Basispflege (Hautpflege), Medikamente und Cremes, die äußerlich auf die betroffenen Körperstellen aufgetragen werden.

Die Möglichkeiten

In dieser Entscheidungshilfe geht es um zusätzliche Medikamente, die auf den ganzen Körper wirken (systemische Therapie) und innerlich angewendet werden. Je nach Schwere und Dauer der Neurodermitis sind verschiedene Medikamente geeignet.

Immunsuppressiva

Dies sind Medikamente, die die Immunabwehr auf unterschiedlichen Wegen unterdrücken und dadurch Entzündungen hemmen. Meist sind es Tabletten. Es gibt verschiedene Wirkstoffe, bislang ist jedoch nur Ciclosporin für die Behandlung der Neurodermitis zugelassen.

Dupilumab

Das biotechnologisch hergestellte Medikament (Antikörper) wird unter die Haut gespritzt und wirkt entzündungshemmend.

Orale Kortikosteroide

Bei oralen Kortikosteroiden handelt es sich um Tabletten, die entzündungshemmend wirken. Die Medikamente werden zur Kurzzeitbehandlung eines akuten Schubes für 1 bis 2 Wochen eingenommen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 9.4.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thomas Schwarz,
Prof. Dr. Stephan Weidinger,
Dr. Katharina Drerup,
Dr. Regina von Spreckelsen

RHEUMATOIDE ARTHRITIS – BIOLOGIKA UND JAK-HEMMER

Dieser Entscheidungshilfe ist ein 15-minütiger Film vorangestellt, der in das Thema einführt.

Bei der rheumatoiden Arthritis sind die Gelenke dauerhaft entzündet. Unbehandelt schreitet diese Entzündung fort und zerstört die Gelenke. Entzündungshemmende Schmerzmittel können zwar die Schmerzen lindern und auch die Entzündung etwas abschwächen, aber sie behandeln nicht die Ursache der rheumatoiden Arthritis: eine Fehlsteuerung des Immunsystems.

Es wird ein gestaffelter Einsatz der Basis-Medikamente empfohlen: Bei neu diagnostizierter rheumatoider Arthritis kommen sogenannte konventionelle Basistherapeutika zum Einsatz. Ist die Erkrankung durch eine konventionelle Basistherapie allein nicht beherrschbar, kann man weitere, zielgerichtete Rheuma-Medikamente einsetzen, die in dieser Entscheidungshilfe vorgestellt werden.

Die Möglichkeiten

Unabhängig davon, ob sich die Krankheit in einem frühen oder in einem fortgeschrittenen Stadium befindet, lautet das grundsätzliche Therapieziel: die Entzündung möglichst vollständig zur Ruhe bringen und so Schmerzen und weitere Schäden an den Gelenken sowie den Funktionsverlust verhindern.

Biologika

Biologika werden biotechnologisch aus lebenden Zellkulturen gewonnen. Sie reduzieren die Entzündung auf zwei Arten: Einige Biologika hemmen Zellen der Körperabwehr, die die Entzündungen fördern, direkt. Andere Biologika unterbrechen die Kommunikation zwischen Immunzellen.

JAK-Hemmer

JAK-Hemmer blockieren Moleküle in den Zellen, die mit für die Vermittlung von Entzündungen im Körper verantwortlich sind. Bei diesen Molekülen handelt es sich um die sogenannten Janus-Kinasen. Diese sind an der Weiterleitung von Entzündungssignalen innerhalb der Zellen beteiligt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.5.2021
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Bimba Franziska Hoyer, PD. Dr. Rainald Zeuner, Dr. med. Jan Henrik Schirmer

Rheumatoide Arthritis – konventionelle Basis-Medikamente und Cortisonpräparate

Dieser Entscheidungshilfe ist ein 15-minütiger Film vorangestellt, der in das Thema einführt.

Bei der rheumatoiden Arthritis sind die Gelenke dauerhaft entzündet. Unbehandelt schreitet diese Entzündung fort und zerstört die Gelenke. Entzündungshemmende Schmerzmittel können zwar die Schmerzen lindern und auch die Entzündung etwas abschwächen, aber sie behandeln nicht die Ursache der rheumatoiden Arthritis: eine Fehlsteuerung des Immunsystems.

Es wird ein gestaffelter Einsatz der Medikamente empfohlen: Bei neu diagnostizierter rheumatoider Arthritis kommen sogenannte konventionelle Basistherapeutika zum Einsatz, die in dieser Entscheidungshilfe zusammen mit Cortison vorgestellt werden.

Die Möglichkeiten

Unabhängig davon, ob sich die Krankheit in einem frühen oder in einem fortgeschrittenen Stadium befindet, lautet das grundsätzliche Therapieziel: die Entzündung möglichst vollständig zur Ruhe bringen und so Schmerzen und weitere Schäden an den Gelenken sowie den Funktionsverlust verhindern.

Konventionelle Basis-Medikamente

Zu den konventionellen Basis-Medikamenten, die bei rheumatoider Arthritis empfohlen werden, zählen: Methotrexat, Leflunomid, Sulfasalazin und Hydroxychloroquin. Methotrexat (auch als „MTX“ bekannt) wird häufig als Injektion unter die Haut verabreicht. Die anderen konventionellen Basis-Medikamente werden meist als Tabletten eingenommen.

Cortisonpräparate

Cortisonpräparate wirken schnell und kurz: Sie helfen bei Bedarf, akute Schmerzen zu lindern, Entzündungen zu reduzieren und die Zeit zu überbrücken, bis die Wirkung von Methotrexat oder einem anderen Basis-Medikament einsetzt. Cortisonpräparate können die Basis-Medikamente bei einem akuten Rheumaschub auch zusätzlich unterstützen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: S3 Leitlinie Management der frühen rheumatoiden Arthritis
Literatur berücksichtigt bis: 1.12.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Bimba Franziska Hoyer, PD. Dr. Rainald Zeuner, Dr. med. Jan Henrik Schirmer

Schuppenflechte – welches Medikament?

Die Informationen richten sich an Erwachsene mit mittelschwerer bis schwerer Schuppenflechte. Die Schuppenflechte ist eine entzündliche Hauterkrankung, die chronisch auftritt. Das heißt, sie verläuft in Schüben mit mal stärkeren und mal nur leichten bis gar keinen Symptomen.

Die Möglichkeiten

Bei einer mittelschweren bis schweren Schuppenflechte kann zusätzlich zur Hautpflege und zu medizinischen Cremes und Salben noch ein Medikament zum Einnehmen oder zum Spritzen infrage kommen. Die in dieser Entscheidungshilfe vorgestellten Medikamente wirken auf den ganzen Körper entzündungshemmend. Sie greifen an unterschiedlichen Stellen der Immunabwehr oder der Hautzellen an.

Konventionelle Medikamente

Methotrexat wird 1-mal pro Woche gespritzt oder, seltener, als Tablette eingenommen.

Tabletten mit Fumarsäureester werden 3-mal täglich mit reichlich Flüssigkeit zu einer Mahlzeit eingenommen. Damit die Tabletten möglichst gut verträglich sind, wird die Dosis in den ersten Wochen langsam gesteigert.

Biologika

Es gibt mehrere Medikamente aus der Gruppe der Biologika zur Behandlung der Schuppenflechte:

- IL17-Hemmer: Ixekizumab, Secukinumab, Brodalumab
- IL23-Hemmer: Guselkumab, Tildrakizumab, Risankizumab
- IL12/23-Hemmer: Ustekinumab
- TNF-alpha-Hemmer: Adalimumab, Etanercept, Infliximab sowie ihre Biosimilars und Certolizumab

Infliximab bekommt man als Infusion in eine Vene. Alle anderen Wirkstoffe gibt es als Fertigspritze.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 20.11.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thomas Schwarz,
Prof. Dr. Stephan Weidinger, PD Dr. Sascha Gerdes,
Dr. Regina von Spreckelsen, Dr. Katharina Drerup

Schweres Asthma – welches Medikament?

Diese Information unterstützt Patientinnen und Patienten, wenn sie schweres Asthma haben. Sie erhalten bereits eine Basistherapie (Langzeittherapie) sowie Medikamente für eine Bedarfsbehandlung. Durch die derzeitige Behandlung ist das Asthma nicht ausreichend unter Kontrolle.

Die Möglichkeiten

Asthma wird nach einem sogenannten Stufenschema behandelt: Welche Medikamente geeignet sind, richtet sich nach dem Schweregrad der Erkrankung und danach, wie gut Patientinnen und Patienten auf Medikamente ansprechen. Erst wenn die Therapieoptionen der aktuellen Stufe nicht mehr ausreichen, erhalten sie Medikamente aus der nächsten Stufe. Dieses Behandlungsschema soll sicherstellen, dass die Asthmatherapie mit der geringstmöglichen Anzahl und Dosierung von Medikamenten auskommt.

Langwirksame inhalative Bronchodilatatoren (LAMA)

Bei diesem Wirkstoff handelt es sich um einen sogenannten Bronchodilatator. Dies bedeutet, dass sich die Bronchien wieder besser weiten können.

Anti-IgE-Therapie

Der Wirkstoff dieser Therapie heißt Omalizumab. Er wird als Spritze unter die Haut (subkutan) verabreicht.

Anti-Interleukin-Therapie

- Wirkstoffe der Anti-IL-5-Therapie: Benralizumab, Mepolizumab, Reslizumab
- Wirkstoff der Anti-IL-4/13-Therapie: Dupilumab

Die Medikamente werden in die Vene (Reslizumab) oder unter die Haut (Benralizumab, Dupilumab und Mepolizumab) gespritzt.

Orale Kortikosteroide

Kortikosteroide kommen in der Behandlung von Asthma in verschiedenen Anwendungsformen infrage. Bei den hier besprochenen Medikamenten handelt es sich um Tabletten zum Einnehmen. Wirkstoffe sind zum Beispiel Prednisolon und Methylprednisolon.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 17.2.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Stefan Schreiber,
Jun.-Prof. Dr. Thomas Bahmer, Prof. Dr. Klaus F. Rabe
Externe Reviewer: Dr. Björn Schwick

Aortenklappen-stenose – welche Herzklappen-OP?

Das Herz pumpt das Blut durch den Körper. Damit das Blut nur in eine Richtung fließen kann, gibt es im Herzen 4 Klappen. Eine davon ist die Aortenklappe. Bei der Aortenklappen-stenose ist die Klappe verkalkt und schließt nicht mehr richtig. Dadurch kann Blut zurück in das Herz fließen. Außerdem öffnet sich die Klappe nicht mehr ausreichend. Das Herz muss das Blut deshalb durch eine verkleinerte Öffnung pumpen und benötigt dafür mehr Kraft. Dadurch vergrößert und verdickt sich der Herzmuskel.

Auf lange Sicht kann das Herz dieser Belastung nicht standhalten. Es kann also den Körper nicht mehr ausreichend versorgen. Dies führt dazu, dass die Leistungsfähigkeit der Betroffenen immer weiter abnimmt und das Risiko für Folgeschäden steigt. Um die Funktion des Herzens wieder zu verbessern, kann eine neue Aortenklappe eingesetzt werden.

Die Möglichkeiten

Das Ziel der Behandlung ist es, die geschädigte Aortenklappe auszutauschen. Dann kann das Herz wieder ohne zusätzlichen Kraftaufwand ausreichend Blut in den Körper pumpen.

Katheter-OP – TAVI

Die Katheter-Operation wird TAVI genannt. TAVI steht für Transkatheter (= über einen Schlauch) Aortic Valve (= Herzklappe) Implantation (= Einsatz). Bei der Katheter-Operation nutzt das ärztliche Personal einen Zugang über ein Blutgefäß. Die neue Herzklappe wird mithilfe eines dünnen Schlauchs (Katheter) zum Herzen durch dieses Gefäß geschoben. Für den Eingriff bekommt man in der Regel eine örtliche Betäubung.

Offene OP – SAVR

Die offene OP wird SAVR genannt. SAVR steht für Surgical (= operativ) Aortic Valve (= Herzklappe) Replacement (= Ersatz). Bei der offenen OP öffnet das ärztliche Personal den Brustkorb, um direkt am Herzen operieren zu können. Während die neue Herzklappe eingesetzt wird, wird die Blutversorgung umgeleitet und eine Maschine übernimmt die Funktion von Herz und Lunge. Für diese Operation bekommt man eine Vollnarkose.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 9.1.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Derk Frank

Ein-Kammer-Herz – Thrombosevorsorge nach Fontan-OP?

Ein gesundes Herz besteht aus zwei getrennten Hälften. Jede Herzhälfte besteht wiederum aus einem Vorhof und aus einer Hauptkammer. Manche Kinder werden mit nur einer funktionsfähigen Herzkammer, einem sogenannten Ein-Kammer-Herz (univentrikuläres Herz), geboren. In dieser Situation übernimmt entweder die rechte oder die linke Herzkammer die gesamte Pumparbeit und versorgt dann sowohl den Körper- als auch den Lungenkreislauf mit Blut.

Durch die Etablierung eines Fontan-Kreislaufs werden die bisher gemischten Körper- und Lungenkreisläufe voneinander getrennt, wie bei einem normalen Blutkreislauf. Dadurch wird die Sauerstoffunterversorgung deutlich gemildert und das Ein-Kammer-Herz weniger belastet. Fontan-Patientinnen und -Patienten haben jedoch ein höheres Risiko für gefährliche Blutgerinnsel (Thrombosen).

Die Möglichkeiten

Der Entstehung von Blutgerinnseln kann man effektiv mit Plättchen- oder Gerinnungshemmern vorbeugen. Man kann sich aber auch gegen eine Thrombosevorsorge entscheiden und keine Medikamente einnehmen.

Keine Thrombosevorsorge

Ohne Thrombosevorsorge ist das Risiko von thromboembolischen Komplikationen im Vergleich zur Behandlung mit Medikamenten wahrscheinlich doppelt so hoch. Dafür erspart man sich die Nebenwirkungen der Medikamente.

Gerinnungshemmer

Da manche Gerinnungsfaktoren Vitamin K zu ihrer Aktivierung benötigen, zählen zu den Gerinnungshemmern die Gegenspieler von Vitamin K (sogenannte Vitamin K-Antagonisten). Zu dieser Medikamenten-Gruppe gehören zum Beispiel Phenprocoumon und Warfarin.

Plättchenhemmer

Plättchenhemmer wie Acetylsalicylsäure (ASS) verhindern, dass die Blutplättchen sich zusammenlagern und verklumpen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.3.2021
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Anselm Uebing, Dr. med. Katy Rinne,
PD Dr. Jan Hinnerk Hansen

Defekte Pulmonalklappe – Katheter oder offene Operation?

Unser Herz ist ein Hohlmuskel, der sauerstoffreiches Blut in den Körper und sauerstoffarmes Blut in die Lunge pumpt. Insgesamt 4 Herzklappen sorgen wie Ventile dafür, dass das Blut im Herz den richtigen Weg nimmt. Die Herzklappen sind so konstruiert, dass sie sich passiv öffnen, wenn das Blut in die richtige Richtung strömt, und sich passiv wieder schließen, wenn das Blut zurückströmen möchte.

Eine der Herzklappen ist die Pulmonalklappe. Diese Klappe sitzt am Ausgang der rechten Herzkammer. Wenn sich der Herzmuskel zusammenzieht, presst die rechte Herzkammer das Blut durch die offene Pulmonalklappe in die Lunge. Wenn der Herzmuskel wieder erschlafft, schließt sich die Klappe und das Blut wird am Rückstrom gehindert.

Diese Entscheidungshilfe richtet sich an Menschen, die mit einer verdickten, verklebten oder verwachsenen Pulmonalklappe auf die Welt gekommen sind. Die Klappenöffnung war zu eng, und es strömte nicht genug Blut in die Lunge. Oder die Klappenöffnung war undicht, dann strömte Blut in die Herzkammer zurück. Im Laufe des Lebens wurden die Betroffenen bereits am Herzen behandelt und haben wahrscheinlich auch schon eine oder sogar mehrere neue Pulmonalklappen bekommen. Nun wird wieder eine neue Pulmonalklappe benötigt.

Die Möglichkeiten

Für den Ersatz der Pulmonalklappe gibt es grundsätzlich 2 Möglichkeiten: Die neue Klappe kann über einen Katheter oder in einer offenen Operation eingesetzt werden.

Katheter

Wenn die neue Klappe über einen Katheter eingesetzt wird, muss nur ein kleiner Schnitt in der Leiste gesetzt werden. Die neue Klappe wird dann über den Katheter bis zum Herzen vorgeschoben. Es kommen dabei nur biologische Klappen vom Tier zum Einsatz.

Offene Operation

Bei einer offenen Operation wird der Brustkorb geöffnet. Dabei muss man an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen werden. Bei der offenen Operation werden in aller Regel biologische Klappen vom Tier oder Mensch eingesetzt, in seltenen Fällen auch mechanische Klappen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.6.2021
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Anselm Uebing,
Dr. Marka Jill Jussli-Melchers,
PD Dr. Jan Hinnerk Hansen

Herzklappenerkrankung – biologischer oder mechanischer Herzklappenersatz?

Herzklappen wirken als Ventile und verhindern einen Rückstrom des Blutes in die falsche Richtung. So sorgen sie zum Beispiel dafür, dass das sauerstoffarme Blut, das in die Lunge fließt, nicht in das Herz zurückfließen kann.

Bei einer Herzklappenerkrankung kann es sein, dass sich eine der Herzklappen entweder durch eine Verengung (Stenose) nicht mehr vollständig öffnen kann oder bei einer Klappenschwäche (Insuffizienz) nicht mehr komplett schließt. Beide Formen der Herzklappenerkrankung können auch zusammen an den einzelnen Herzklappen auftreten.

Ist das Herz auf Dauer überlastet, bilden sich die Veränderungen nicht mehr zurück, sondern schreiten weiter fort. Je ausgeprägter die Erkrankung ist, desto mehr nehmen die körperliche Belastbarkeit und die Lebensqualität ab. Bleibt die Herzklappenerkrankung unbehandelt, kann es zu weiteren schwerwiegenden Folgen für die Gesundheit kommen

Die Möglichkeiten

Mit einer neuen Herzklappe kann man sein Risiko für einen Schlaganfall und einen Herzinfarkt vermindern. Sie trägt auch dazu bei, dass man sich fitter fühlt. Es kommen zwei verschiedene Klappentypen infrage.

Biologische Herzklappe

Eine biologische Herzklappe besteht aus tierischem Material. Sie kann bei einer Katheter-Operation oder bei einer offenen Operation eingesetzt werden. Die Katheter-Operation ist weniger aufwändig, vor allem, weil das Herz während der Operation weiterschlägt und den Körper mit Blut versorgt.

Mechanische Herzklappe

Eine mechanische Herzklappe besteht aus synthetischen Materialien (verschiedene Kunststoffe). Auch das hat Vor- und Nachteile. Anders als die biologische Herzklappe kann die mechanische Herzklappe nur in einer konventionellen Operation am offenen Herzen eingesetzt werden.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.3.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
PD Dr. Thomas Puehler

Koronare Herzkrankheit (Dreigefäßerkrankung) – Bypass oder Stent?

Arterienverkalkung (Arteriosklerose) in den Herzkranzgefäßen kann den Blutfluss immer mehr behindern, wodurch weniger Blut am Herzmuskel ankommt. Die Herzkranzgefäße sind durch die Ablagerungen auch weniger elastisch. Die Gefäße weiten sich bei vermehrtem Blut- und Sauerstoffbedarf nicht mehr genügend. Der Muskel arbeitet dann unter Sauerstoffmangel. Diese Erkrankung wird koronare Herzkrankheit (KHK) genannt.

Eine fortschreitende KHK kann zu Herzschwäche (Herzinsuffizienz), Herzrhythmusstörungen und auch zu einem Herzinfarkt (Myokardinfarkt) führen. Reißt die Innenwand eines Herzkranzgefäßes über einer Ablagerung ein, lagern sich dort sofort Blutplättchen an und bilden ein Blutgerinnsel (Thrombus).

Je früher die Diagnose einer KHK gestellt und die passende Behandlung begonnen wird, desto günstiger ist das für den weiteren Krankheitsverlauf.

Die Möglichkeiten

Durch die Behandlung kann die Ursache der Dreigefäßerkrankung nicht behoben werden. Deswegen ist ein gesunder Lebensstil mit ausreichend Bewegung, ausgewogener Ernährung und dem Verzicht auf Nikotin wichtig, um einer erneuten Verengung der Gefäße vorzubeugen.

Bypass

Eine Bypass-Operation ist ein Eingriff am offenen Herzen. Ein Bypass bedeutet, dass man eine neue Gefäßverbindung bekommt, um die verengten oder blockierten Blutgefäße des Herzens zu umgehen. Für die neue Verbindung wird ein Blutgefäß aus einem anderen Teil des Körpers genutzt: Das Gefäß wird entnommen und so mit Ihrem Herzen verbunden, dass durch den Bypass wieder ausreichend Blut für die Versorgung des Herzens fließen kann.

Stent

Ein Stent wird bei einer Herzkatheteruntersuchung eingesetzt. Ein Stent ist ein röhrenförmiges Metallgeflecht, welches den verengten Bereich im Blutgefäß offenhält und als Gefäßstütze dient. So kann wieder ausreichend Blut durch das Gefäß fließen und das Herz versorgen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 14.2.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Jochen Cremer, Dr. Christina Grothusen

Koronare Herzkrankheit – Implantierbarer Kardioverter-Defibrillator?

Ursache für Herzprobleme können verengte Herzkranzgefäß sein, man spricht dann von einer koronaren Herzkrankheit (KHK). Aufgabe der Herzkranzgefäße ist es, den Herzmuskel mit sauerstoffreichem Blut zu versorgen. Wenn die Gefäße verengt sind, bekommt der Herzmuskel nicht genug Sauerstoff.

Wenn das Herz geschädigt ist und es bereits einen Herzinfarkt gab oder eine Herzschwäche vorliegt, medizinisch ausgedrückt Herzinsuffizienz, dann pumpt das Herz nicht so viel Blut durch den Körper, wie es sollte.

Es besteht die Gefahr, dass das Herz nicht mehr im richtigen Rhythmus schlägt, sondern nur noch sehr schnell flimmert. Dieses sogenannte Kammerflimmern kann zum Tod führen, da das Herz sich nur noch unkoordiniert bewegt und keine Pumpfunktion mehr ausübt.

Die Möglichkeiten

Man kann sich für oder gegen einen Defibrillator entscheiden.

Unabhängig davon, wie man sich entscheiden, nimmt man weiter regelmäßig Medikamente ein, um akute Beschwerden zu lindern und einer Verschlimmerung vorzubeugen.

Defibrillator

Der Defibrillator ist ein Gerät, das das Herz bei Rhythmusstörungen unterstützen kann. Er sieht aus wie ein Herzschrittmacher. Der Defibrillator wird mithilfe einer Operation in Ihren Brustbereich eingesetzt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 4.2.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Derk Frank, Dr. Thomas Demming

Krankhafte Herzvergrößerung – Defibrillator oder nur Medikamente?

Diese Entscheidungshilfe ist für Patientinnen und Patienten gedacht, die die Diagnose krankhafte Herzvergrößerung zu geringer Herzleistung oder einer reduzierten Funktion der linken Herzkammer bekommen haben.

Ursache für die Herzveränderung ist eine krankhafte Erweiterung des Herzmuskels, man spricht von dilatativer Kardiomyopathie. Besonders stark ist die linke Herzkammer betroffen und daher kann sie nicht mehr ausreichend Blut in den Kreislauf pumpen.

Durch die Herzerkrankung besteht das Risiko, dass die linke Herzkammer nicht mehr im richtigen Rhythmus schlägt und es zu einem schnellen Flimmern kommt. Dieses sogenannte Kammerflimmern ist lebensbedrohlich, da sich das Herz dabei nicht mehr ausreichend zusammenzieht und kein Blut mehr pumpen kann.

Die Möglichkeiten

Man kann sich für oder gegen einen Defibrillator entscheiden.

Unabhängig davon, ob man sich für oder gegen den Defibrillator entscheiden, nimmt man weiter regelmäßig Medikamente ein, um akute Beschwerden zu lindern und einer Verschlimmerung vorzubeugen.

Defibrillator

Ein Defibrillator wird in einer Operation im Bereich der Brust eingesetzt. Er überwacht ständig den Herzrhythmus. Bei schweren Rhythmusstörungen sendet er elektrische Impulse an das Herz und kann so wieder für eine regelmäßige Schlagfrequenz sorgen.

Medikamente

Man nimmt weiterhin die vertrauten Herzmedikamente ein. Diese wirken vor allem gegen einen zu hohen Blutdruck (Antihypertensiva wie Betablocker und Diuretika), einen zu schnellen oder unregelmäßigen Herzschlag (Antiarrhythmika) und eine Bildung von Blutgerinnseln (etwa Thrombozytenaggregationshemmer).

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 4.2.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Norbert Frey, Prof. Dr. Derk Frank, Dr. Thomas Demming

Schwere Herzinsuffizienz – Einsatz eines Herzunterstützungssystems?

Bei einer Herzinsuffizienz besteht eine Herzschwäche und die Herzleistung ist eingeschränkt. Verschiedene Herzerkrankungen können eine Herzinsuffizienz verursachen. So kann sie zum Beispiel im Verlauf einer koronaren Herzkrankheit (KHK) auftreten. Auch bei einem Bluthochdruck kann es im späteren Verlauf der Erkrankung zu einer hypertensiven Herzkrankheit kommen. Beide Formen sind Erkrankungen des Alters.

Es gibt aber auch Herzerkrankungen, die junge Menschen betreffen und schon früh eine schwere Herzinsuffizienz mit einer geringeren Lebenserwartung verursachen. Auch genetische Faktoren, Virusinfekte sowie andauernde Schäden durch Alkohol oder Drogen können eine Rolle spielen.

Die Möglichkeiten

Bei einer schweren Herzinsuffizienz kann der Körper nicht mehr ausreichend mit Blut und Sauerstoff versorgt werden. Deshalb kann es sinnvoll sein, dass ein Herzunterstützungssystem (umgangssprachlich Kunstherz) eingesetzt wird. Die zweite Möglichkeit ist, dass man sich gegen ein solches Kunstherz entscheiden. Dann nimmt man weiterhin dauerhaft nur Medikamente zur Behandlung der Herzerkrankung ein.

Herzunterstützungssystem

Das Kunstherz wird auch LVAD genannt. LVAD steht für Left Ventricular Assist Device (Unterstützungssystem für die linke Herzkammer). Das Kunstherz ist eine Pumpe, die die Arbeit der linken Herzkammer unterstützen kann. Es wird mithilfe einer Operation in die linke Herzkammer eingesetzt.

Unabhängig davon, ob sich Patientinnen und Patienten für oder gegen ein Herzunterstützungssystem entscheiden, nehmen sie auch regelmäßig Medikamente ein, um akute Beschwerden zu lindern und einer Verschlimmerung vorzubeugen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.12.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Alexander Reinecke

Symptomatisches Vorhofflimmern – Katheterablation oder Medikamente?

Vorhofflimmern ist eine Herzrhythmusstörung, die besonders bei älteren Menschen häufig auftritt. Normalerweise unterstützen die Vorhöfe den schnellen Blutfluss in die Herzkammern. Aufgrund des Flimmerns pumpen die Vorhöfe kein Blut weiter. Deshalb ist der Blutstrom in die Herzkammern langsamer und geringer. Die Kammern pumpen dann etwa 20 Prozent weniger Blut in den Körper und die Lungen. Dadurch kann sich ein unregelmäßiger Herzrhythmus ergeben. Viele Patientinnen und Patienten nehmen ihn als deutlich spürbare Herzschläge, sogenannte Palpitationen, wahr.

Zum einen ist das Vorhofflimmern mit einem erhöhten Risiko für Blutgerinnsel in den Vorhöfen (Vorhofthromben) verbunden. Eine Therapie kann verhindern, dass Blutgerinnsel entstehen und einen Schlaganfall auslösen. Außerdem kann eine Behandlung den Herzschlag stabilisieren, um das Herz zu entlasten und die Beschwerden zu lindern. Man kann auch versuchen, den normalen Herzrhythmus wiederherzustellen.

Die Möglichkeiten

Ziel einer Behandlung ist es, das Vorhofflimmern zu beenden und damit den Leidensdruck möglichst zu beseitigen. Mögliche Symptome und Beschwerden, wie ein deutlich wahrgenommener unregelmäßiger Herzschlag, ein Herzstolpern oder gar ein Herzrasen, sollen verschwinden.

Katheterablation

Bei der Katheterablation wird in einer kleinen Operation ein Schlauch zum Herzen vorgeschoben und dort mit Hitze oder Kälte das Gewebe zerstört, das für das Flimmern verantwortlich ist. Über das entstandene Narbengewebe können die elektrischen Impulse aus den versprengten Herzzellen in den Pulmonalvenen nicht mehr auf den Vorhof weitergeleitet werden.

Medikamente allein

Es kommen 2 Arten von Medikamenten infrage: Die einen sollen den Herzschlag stabilisieren (Herzrhythmus oder Herzfrequenz) und so die Beschwerden des Vorhofflimmerns lindern. Die anderen sind Gerinnungshemmer, die dafür sorgen sollen, dass das Blut nicht verklumpt und dadurch ein Schlaganfall ausgelöst wird.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 29.1.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. med. Derk Frank,
Prof. Dr. Hendrik Bonnemeier
Externe Reviewer:
Prof. Dr. Anke Steckelberg, Prof. Dr. Sascha Köpke

Vorhofflimmern – wie einen Schlaganfall vermeiden?

Vorhofflimmern ist eine Herzrhythmusstörung, die besonders bei älteren Menschen häufig auftritt. Normalerweise unterstützen die Vorhöfe den schnellen Blutfluss in die Herzkammern. Aufgrund des Flimmerns pumpen die Vorhöfe kein Blut weiter. Deshalb ist der Blutstrom in die Herzkammern langsamer und geringer. Die Kammern pumpen dann etwa 20 Prozent weniger Blut in den Körper und die Lungen. Dadurch kann sich ein unregelmäßiger Herzrhythmus ergeben. Viele Patientinnen und Patienten nehmen ihn als deutlich spürbare Herzschläge, sogenannte Palpitationen, wahr.

Das Vorhofflimmern selbst ist nicht unmittelbar lebensbedrohlich. Allerdings bessert es sich nicht ohne Behandlung. Das Vorhofflimmern kann wesentliche Folgen haben: Zum einen kann es durch eine Ausweitung der Herzkammern zu einer Herzschwäche kommen. Außerdem erhöht sich das Risiko für einen Schlaganfall. Während des Vorhofflimmerns staut sich Blut in den Vorhöfen. Es können sich Blutgerinnsel (Vorhofthromben) bilden.

Die Möglichkeiten

In dieser Entscheidungshilfe geht es um verschiedene Medikamente zur Vermeidung von Schlaganfällen. Diese Medikamente hemmen die Blutgerinnungsfaktoren. Durch die Gabe von Gerinnungshemmern soll verhindert werden, dass sich Blutgerinnsel (Thromben) durch das Vorhofflimmern bilden.

Vitamin-K-Antagonisten

Zu den blutverdünnenden Medikamenten gehört die Gruppe der Vitamin-K-Antagonisten. Darunter fallen Wirkstoffe wie Phenprocoumon (zum Beispiel Marcumar®) und Warfarin.

Nicht-Vitamin-K-Antagonisten (NOAK)

Die Nicht-Vitamin-K-Antagonisten (neue orale Antikoagulanzien, NOAK) gehören ebenfalls zu den blutverdünnenden Medikamenten. Zu dieser Medikamentengruppe gehören: Apixaban, Dabigatran, Edoxaban und Rivaroxaban.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 15. 1.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. med. Derk Frank,
Prof. Dr. Hendrik Bonnemeier
Externe Reviewer:
Prof. Dr. Anke Steckelberg, Prof. Dr. Sascha Köpke

Bluthochdruck – wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorbeugen?

Bluthochdruck ist einer von mehreren Risikofaktoren für spätere Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In dieser Entscheidungshilfe geht es um Informationen zu diesen Risikofaktoren. Man kann mithilfe des sogenannten arriba®-Rechners das individuelle Risiko berechnen. arriba® zeigt auch, wie man das Risiko mit verschiedenen Maßnahmen beeinflussen kann.

Bluthochdruck verursacht meist jahrelang keine Beschwerden. Man fühlt sich nicht krank. Trotzdem ist es sehr wahrscheinlich, dass man ohne Behandlung Folgeerkrankungen entwickeln. Denn ein dauerhaft erhöhter Blutdruck fördert die Gefäßverkalkung (Arteriosklerose) und somit Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Die Möglichkeiten

Die Behandlung soll den Bluthochdruck dauerhaft senken und Folgeerkrankungen verhindern.

Medikamentöse Therapie

Es gibt mehrere Medikamentengruppen, die allein oder in Kombination eingesetzt werden, um den Blutdruck zu senken. Die Wahl und die Kombination richten sich nach der Höhe des Blutdrucks und danach, welche anderen Erkrankungen man eventuell hat und welche Medikamente man verträgt.

Lebensstiländerung

Wer den Lebensstil ändert, kann den Blutdruck senken. Wichtige Faktoren sind unter anderem Ernährung, sportliche Betätigung sowie der Verzicht auf Alkohol und Rauchen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 31.3.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thorsten Feldkamp

Bypass-Operation – welches Blutgefäß für den Bypass?

Arterienverkalkung (Arteriosklerose) in den Herzkranzgefäßen kann den Blutfluss immer mehr behindern, wodurch weniger Blut am Herzmuskel ankommt. Die Herzkranzgefäße sind durch die Ablagerungen auch weniger elastisch. Die Gefäße weiten sich bei vermehrtem Blut- und Sauerstoffbedarf nicht mehr genügend. Der Muskel arbeitet dann unter Sauerstoffmangel. Diese Erkrankung wird koronare Herzkrankheit (KHK) genannt.

Eine fortschreitende KHK kann zu Herzschwäche (Herzinsuffizienz), Herzrhythmusstörungen und auch zu einem Herzinfarkt (Myokardinfarkt) führen. Reißt die Innenwand eines Herzkranzgefäßes über einer Ablagerung ein, lagern sich dort sofort Blutplättchen an und bilden ein Blutgerinnsel (Thrombus).

Der vordere und seitliche Teil des Herzens wird von der linken Herzkranzarterie versorgt, der hintere Teil von der rechten Herzkranzarterie. Da sich die linke Herzkranzarterie wiederum in 2 Äste aufteilt, sprechen wir insgesamt von 3 Herzkranzgefäßen.

Die Möglichkeiten

Die Bypass-Operation soll die Lebensqualität verbessern und schlimme Folgen, wie einen Herzinfarkt, verhindern.

Für die erste Verbindung wird die linke Brustarterie genutzt. Für die zweite kommen folgende Blutgefäße infrage:

Armarterie

Eine Arterie aus dem Unterarm zu entnehmen ist möglich, da der Unterarm noch durch weitere Blutgefäße versorgt wird. Während der Bypass-Operation arbeitet also ein Team an der Brust und ein weiteres Team entnimmt die Arterie aus dem Unterarm.

Beinvene

Die Beinvene ist im Vergleich zu den anderen Blutgefäßen leicht zu entnehmen und in der Regel lang genug für mehrere Bypässe. Bei dieser Möglichkeit arbeitet also ein Team während der Bypass-Operation am Bein und entnimmt die Vene.

Rechte Brustarterie

Zusätzlich zur linken Brustarterie kann auch die rechte als Bypass infrage kommen. Sie kann durch die gleiche Öffnung von einem weiteren Team entnommen werden. Es entsteht nur eine Narbe auf der Brust.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 31.3.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thorsten Feldkamp

Großes Bauchaorten-aneurysma – Stent oder Operation?

Die Hauptschlagader (Aorta) transportiert sauerstoffreiches Blut aus dem Herzen in den Körper. Der untere Teil der Hauptschlagader liegt im Bauchraum und wird Bauchschlagader oder Bauchaorta genannt. Der normale Gefäßdurchmesser liegt bei etwa 2 Zentimetern. Bei einem Bauchaortenaneurysma dehnt sich die Bauchschlagader an einer Stelle aus und bildet eine Ausbuchtung. Wenn die Aorta durch die Ausbuchtung einen Durchmesser von mehr als 3 Zentimetern hat, spricht man von einem Aneurysma.

In der Regel verursacht ein Bauchaorten-aneurysma keine Beschwerden. Es kann sich allerdings mit der Zeit vergrößern und damit steigt das Risiko, dass das Aneurysma platzt. In diesem Fall kommt es zu einem raschen Blutverlust und es besteht akute Lebensgefahr.

Die Möglichkeiten

Wenn das Aneurysma groß ist – bei Frauen über 5 Zentimeter und bei Männern über 5,5 Zentimeter – wird empfohlen, es auch ohne Beschwerden zu behandeln. Als Faustregel kann gelten: Bei einem großen Aneurysma platzen innerhalb 1 Jahres 5 von 100. Das bedeutet, dass innerhalb von 10 Jahren bei der Hälfte der Patientinnen oder Patienten das Aneurysma platzt.

Stent-Behandlung

Um das Aneurysma zu behandeln, kann ein Drahtgeflecht (Stent) in das Blutgefäß eingesetzt werden. Der Stent stabilisiert die Aorta von innen. Dazu ist jeweils ein Schnitt in beiden Oberschenkeln notwendig, um den Stent in das Blutgefäß einzuführen und bis zum Aneurysma im Bauchraum vorzuschieben.

Offene Operation

Die zweite Möglichkeit ist die offene Operation. Dabei wird an der Stelle des Aneurysmas eine Gefäßprothese in die Aorta eingesetzt. Um die Ader freizulegen, ist ein großer Schnitt in der Bauchhaut oder der Flanke notwendig.

Basisdaten

Evidenzrecherche: S3-Leitlinie zu Screening, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Bauchaortenaneurysmas
Literatur berücksichtigt bis: 7.7.2018
Beteiligte Experten des UKSH: Dr. Rene Rusch

Intracranielles Aneurysma – abwarten oder behandeln?

Ein Aneurysma ist eine Aussackung eines Blutgefäßes. Es kann sich entwickeln, wenn die Gefäßwand geschädigt oder geschwächt ist. Besonders häufig sind die Blutgefäße des Gehirns betroffen. Oft wird ein Aneurysma zufällig entdeckt. Es bereitet dann akut keine Beschwerden, man fühlt sich also gesund.

Das Gehirn wird über 4 große Arterien mit Blut versorgt, die sich in kleinere Gefäße verzweigen. Meist bilden sich Aneurysmen an den Abzweigungen der größeren Arterien der Hirnbasis. Ein Aneurysma im Gehirn wird fachsprachlich auch als intrakranielles Aneurysma bezeichnet.

Gefährlich ist ein Aneurysma, weil es platzen kann. Dann entsteht eine Blutung unter der Hirnhaut (Subarachnoidalblutung). Sie ist lebensbedrohlich und äußert sich wie ein Schlaganfall.

Die Möglichkeiten

Man kann nicht vorhersagen, ob ein Aneurysma platzen wird. Wie hoch die Gefahr ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Die Risikofaktoren, die das Platzen begünstigen, betreffen das Aneurysma (Größe, Lage, Form) sowie einen selbst (Bluthochdruck, Rauchen, Alkoholkonsum, Geschlecht, Alter, Vorbelastung). Einige Risikofaktoren kann man beeinflussen.

Abwarten

Eine Möglichkeit ist, erst einmal Nichts zu tun und abzuwarten. „Nichtstun“ ist in diesem Fall jedoch nicht ganz richtig, da dringend dazu geraten wird, regelmäßig nachsehen zu lassen, ob sich das Aneurysma verändert hat. So kann schnell reagiert werden, falls das Aneurysma zu platzen droht.

Behandeln

Die zweite Möglichkeit besteht darin, gleich zu handeln und das Aneurysma zu „entschärfen“. Damit kann man die Gefahr verringern, dass das Aneurysma zu einem späteren Zeitpunkt spontan platzt. Allerdings ist auch diese Behandlung mit Risiken verbunden.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 2.10.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Charlotte Flüh, Dr. Fritz Wodarg

Karotisstenose mit Symptomen – Stent oder Operation?

Die Halsschlagader (Arteria carotis) versorgt unter anderem das Gehirn mit Blut. Bei einer Karotisstenose ist die Halsschlagader verengt. Häufig entsteht eine solche Verengung, wenn die Gefäße und somit auch die Halsschlagader verkalken (Arteriosklerose). Es entstehen sogenannte Plaques, die den Blutfluss im Gefäß behindern. Häufig entstehen diese Plaques an der Verzweigung der Halsschlagader in ihre beiden Äste. Je enger die Halsschlagader ist, desto größer ist das Risiko für Symptome oder neurologische Ausfälle.

Die Möglichkeiten

Die Behandlung soll einen Schlagfanfall verhindern. Zusätzlich zur Behandlung gilt: Ein gesunder Lebensstil mit ausreichend Bewegung, ausgewogener Ernährung und dem Verzicht auf Nikotin hilft, einer weiteren Verengung der Halsgefäße vorzubeugen. Außerdem sollten der Blutdruck und der Blutzucker optimal eingestellt sein.

Stent

Unter örtlicher Betäubung wird ein dünner Kunststoffschlauch in die Leistenarterie eingeführt. Ein Draht (Katheter) wird über diesen Zugang unter Röntgenkontrolle bis zum betroffenen Gefäßabschnitt vorgeschoben. An der Katheterspitze ist ein kleiner Ballon angebracht. Mit diesem wird das verengte Gefäß geweitet. Gleichzeitig wird über den Katheter ein kleiner Zylinder aus Drahtgeflecht (Stent) in die Halsschlagader eingesetzt. Der Stent weitet die Halsschlagader und verbessert so den Blutfluss. Der Stent verbleibt im Körper und soll verhindern, dass sich das Gefäß erneut verengt oder verschließt. Der Katheter mit dem Ballon wird wieder entfernt.

Operation

Der Eingriff erfolgt unter lokaler Betäubung oder in Vollnarkose. Über einen Schnitt am Hals wird der betroffene Gefäßabschnitt freigelegt und anschließend zeitweise vom Blutstrom getrennt. Während dieser Zeit übernimmt die Halsschlagader auf der anderen Seite die Versorgung des Kopfes und des Gehirns. Die Chirurgin oder der Chirurg öffnet das Gefäß mit einem Längsschnitt und schält dann die Ablagerungen (Plaques) aus.

Danach kann ein Stück Gewebe (Patch) eingesetzt werden, um die Ader weit zu halten. Dieses Stück Gewebe kann aus künstlichem Gewebe oder aus Tiergewebe bestehen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 1.8.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Johannes Konrad Meyne,
PD Dr. Philipp Hüllemann

Karotisstenose ohne Symptome – Medikamente, Stent oder Operation?

Eine Verengung der Halsschlagader kann durch eine Verkalkung (Arteriosklerose) entstehen. Es bilden sich sogenannte Plaques, die den Blutfluss im Gefäß behindern.

Von einer Karotisstenose ohne Symptome (asymptomatisch) spricht man, wenn man bisher keinen Schlaganfall oder keine Beschwerden hatte.

Dennoch besteht die Gefahr, dass die Verengung fortschreitet und im weiteren Verlauf Symptome oder sogar ein Schlaganfall auftreten.

Die Möglichkeiten

Die Behandlung soll einen Schlaganfall verhindern. Zusätzlich zur Behandlung gilt: Ein gesunder Lebensstil mit ausreichend Bewegung, ausgewogener Ernährung und dem Verzicht auf Nikotin hilft dabei, einer weiteren Verengung der Halsgefäße vorzubeugen. Außerdem sollten Blutdruck und Blutzucker optimal eingestellt sein.

Medikamente

Man nimmt bestimmte Medikamente ein, die das Schlaganfall-Risiko vermindern sollen. Prinzipiell verhindern oder verzögern die Medikamente die Bildung von Blutgerinnseln in den Gefäßen. Dafür kommen zum Beispiel Blutplättchen (Thrombozyten)-Aggregationshemmer, Cholesterinsenker (Statine) oder Bluthochdruckmittel infrage.

Stent

Unter örtlicher Betäubung wird der verengte Teil der Halsschlagader mit einem kleinen Ballon geweitet und eine Gefäßstütze (Stent) eingesetzt. Der Stent weitet die Halsschlagader und verbessert so den Blutfluss. Er verbleibt im Körper und soll verhindern, dass sich das Gefäß erneut verengt oder verschließt.

Operation

Die Kalkablagerungen werden während einer Operation unter lokaler Betäubung oder Vollnarkose aus der Halsschlagader entfernt. Danach kann ein Stück Gewebe (Patch) eingesetzt werden, um die Ader weit zu halten. Dieses Stück Gewebe kann aus künstlichem Gewebe oder aus Tiergewebe bestehen. Der Schnitt wird vernäht und der Blutstrom wieder freigegeben.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 31.3.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thorsten Feldkamp

Myelodysplastisches Syndrom (MDS) – Stammzelltransplantation ja oder nein?

Der Begriff Myelodysplastisches Syndrom (MDS) bezeichnet eine Gruppe von Bluterkrankungen, bei denen zu wenig funktionstüchtige Blutzellen gebildet werden. Insbesondere bei Personen über 60 Jahren zählen Myelodysplastische Syndrome zu den häufigsten bösartigen Bluterkrankungen.

Bei einem MDS sind die blutbildenden Zellen im Inneren der Knochen, im sogenannten Knochenmark, krankhaft verändert. Die Blutzellen, die daraus entstehen, sind nicht normal funktionsfähig. Die Symptome des MDS entwickeln sich in der Regel eher langsam und sind erst verhältnismäßig spät wahrzunehmen.

Die einzelnen MDS-Formen unterscheiden sich deutlich in ihrem Krankheitsverlauf und hinsichtlich des Risikos, in eine akute myeloische Leukämie überzugehen. Diese Leukämieform ist unbehandelt eine oft und relativ schnell zum Tod führende Krankheit.

Die Möglichkeiten

Aus medizinischer Sicht kommen grundsätzlich 2 Therapiemöglichkeiten infrage: Eine Behandlung mit Stammzelltransplantation mit dem Ziel der Heilung und eine Behandlung ohne Stammzelltransplantation mit dem Ziel der Lebensverlängerung, wofür dann spezielle Medikamente eingesetzt werden.

Unabhängig davon, wofür man sich entscheidet, bekommt man unterstützende Maßnahmen (Supportivtherapie). Sie sollen helfen, besser mit den Folgen der Krankheit klarzukommen.

Mit Stammzelltransplantation

Das Ziel der Behandlung ist die Heilung. Man braucht Stammzellen einer geeigneten Spenderin oder eines Spenders. Sind diese gefunden, bekommt man eine intensive Vorbereitung zur Therapie des MDS und zur Unterdrückung des Immunsystems. Bei der anschließenden Transplantation werden die Spender-Stammzellen in das Blut geleitet. Sie finden den Weg in das Knochenmark und besiedeln es neu.

Ohne Stammzelltransplantation

Das Ziel der Behandlung ist, dass man länger lebt. Man wird mit speziellen Medikamenten behandelt, die die Krankheit bekämpfen. Derzeit ist nur Azacitidin für die Behandlung des Myelodysplastischen Syndroms mit hohem Risiko zugelassen. Azacitidin wird in die Haut injiziert und zwar nach einem definierten Schema über mehrere Tage und dann weiter in regelmäßigen Abständen. Das Medikament soll verhindern, dass sich die defekten Knochenmarkzellen teilen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 2.3.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Claudia Baldus,
Dr. Antonia Vorsterman van Oijen

Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) – konservative Therapie oder PTA?

Im Laufe des Lebens können sich Blutgefäße verändern und verengen. Häufig entsteht eine solche Verengung, wenn die Gefäße verkalken (Arteriosklerose). Kommt es durch die Verkalkung zu Durchblutungsstörungen der Arterien, die Arme und Beine versorgen, sprechen die Ärztinnen und Ärzte von einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK).

Bei einer pAVK ist die Blutversorgung des betroffenen Arms oder Beins nicht mehr ausreichend. Die Verkalkung der Arterien kann neben den Gliedmaßen noch weitere Bereiche des Körpers betreffen. Besonders bedeutend sind die Gefäße, die das Herz und das Gehirn versorgen. Kommt es durch einen Thrombus zu einem kompletten Verschluss einer Arterie, hat das meist schwerwiegende oder sogar lebensbedrohliche Folgen wie einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall.

Die Möglichkeiten

Ein gesunder Lebensstil mit ausreichend Bewegung, ausgewogener Ernährung und dem Verzicht auf Nikotin hilft dabei, eine weitere Verengung der Gefäße zu verhindern. Außerdem sollten Blutdruck und Blutzucker optimal eingestellt sein.

Ab dem Krankheitsstadium, bei dem bereits eine kurze Gehstrecke schmerzhaft ist, kommen 2 Behandlungswege infrage:

Konservative Therapie

Die konservative Therapie ist eine Kombination aus Gehtraining und Medikamenten zur Behandlung von Begleiterkrankungen der pAVK. Der Effekt der Therapie tritt nicht sofort ein. Langfristig kann die Therapie das Risiko für Folgeschäden senken.

Perkutane transluminale Angioplastie

Die perkutane transluminale Angioplastie (PTA) ist ein kleiner Eingriff, um das verengte Gefäß zu weiten. Die Ärztin oder der Arzt schiebt dabei einen Katheter bis zur verengten Stelle im Blutgefäß und weitet es. Die PTA kann die Beschwerden unmittelbar lindern. Das Risiko für Folgeerkrankungen wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen bleibt jedoch unverändert bestehen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.12.2019
Beteiligte Experten des UKSH: Dr. Klaus Rilling

Blinddarmentzündung bei Kindern und Jugendlichen – Antibiotika oder Operation?

Am Blinddarm befindet sich ein kleiner Fortsatz – der sogenannte Wurmfortsatz. Er hat nur eine Öffnung und ist sozusagen eine Sackgasse. Verschiedene Ursachen können zu einer Entzündung führen, zum Beispiel eine Engstelle im Wurmfortsatz durch harten Stuhl. Ist die Öffnung des Wurmfortsatzes verstopft, kann der Darminhalt nicht mehr abfließen. Bakterien beginnen, sich stark zu vermehren und es entsteht eine Entzündung. Der Begriff „Blinddarmentzündung“ stimmt jedoch nicht ganz, da nicht der ganze Blinddarm, sondern in der Regel nur der Wurmfortsatz entzündet ist.

In dieser Entscheidungshilfe geht es um die Behandlung einer Blinddarmentzündung (Appendizitis) bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 18 Jahren. Die Informationen gelten für eine unkomplizierte Blinddarmentzündung. Das heißt, die Schmerzen lassen sich mit Medikamenten lindern, es gibt keine Anzeichen für eine Blutvergiftung (Sepsis), eine Entzündung des Bauchfells (Peritonitis) oder ein Loch im Darm (Darmperforation).

Die Möglichkeiten

Für die Behandlung der unkomplizierten Blinddarmentzündung gibt es 2 Möglichkeiten: Die Entzündung des Wurmfortsatzes kann entweder mit Antibiotika behandelt oder durch eine Operation entfernt werden. Unabhängig davon, für welche Möglichkeit man sich entscheidet, sollte die Behandlung möglichst zeitnah beginnen.

Antibiotika

Antibiotika gibt es als Tabletten, Saft oder als Tropf (Infusion). Welches Antibiotikum wie lange in welcher Dosis gegeben wird, legt die Ärztin oder der Arzt für jedes Kind individuell fest. Häufig beginnt die Behandlung mit einem Tropf, gefolgt von Tabletten oder Saft.

Operation

Bei der Operation entfernt die Chirurgin oder der Chirurg den entzündeten Wurmfortsatz. Die Operation findet unter Vollnarkose statt, sodass das Kind tief schläft und nichts mitbekommt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.6.2021
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thomas Becker, Prof. Dr. Robert Berholz, Prof. Dr. Mark Ellrichmann

Colitis ulcerosa – Operation oder weiter Medikamente?

Bei einer Colitis ulcerosa ist die Darmschleimhaut im Dickdarm chronisch entzündet. Die Entzündung beginnt im unteren Abschnitt des Dickdarms (Mastdarm) und kann sich von dort weiter über den Dickdarm ausbreiten. Ist der gesamte Dickdarm entzündet, spricht man von einer Pankolitis. Eine Colitis ulcerosa ist nicht heilbar.

Diese Entscheidungshilfe ist für Personen gedacht, für die eine weitere Behandlung mit Medikamenten sowie eine Darmoperation infrage kommt.

Die Möglichkeiten

Nicht alle Menschen sprechen gleich gut auf die Medikamente an. Daher ist es häufig nötig, mehrere Wirkstoffe auszuprobieren, um die passende Therapie zu finden. Wenn sich die Entzündung im Darm und damit auch die Symptome nicht ausreichend durch Medikamente lindern lassen, kann die Darmoperation eine Möglichkeit sein.

Medikamente

Gängige Wirkstoffe zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Colitis ulcerosa sind:

- Immunsuppressiva: Azathioprin, 6-Mercaptopurin, Cyclosporin, Tacrolimus
- Biologika:
    - TNF-alpha-Blocker: Infliximab, Adalimumab und Golimumab
    - Integrin-Blocker: Vedolizumab
    - Interleukin-Blocker: Ustekinumab
    - Weitere neuere Biologika
- Kortikosteroide in Tablettenform oder als Infusion im Krankenhaus bei akuten Erkrankungsschüben.

Operation

Bei der Operation wird der gesamte Dickdarm (Kolon und Rektum) entfernt. Das Ende des Dünndarms wird häufig zu einer Tasche geformt, einem sogenannten Pouch. In dieser neu geformten Dünndarmtasche kann sich der Stuhl sammeln und die Kontinenz bleibt erhalten. Die Operation kann durch einen Bauchschnitt oder als Schlüssellocheingriff (minimalinvasiv) durchgeführt werden. Die Operation ist in 2 oder in 3 Schritten möglich. Für die Heilungsphase ist ein künstlicher Darmausgang üblich.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 10.10.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Arne Lassen, Dr. Konrad Aden,
PD Dr. Susanna Nikolaus, Dr. Charlotte Hauser

Colitis ulcerosa – welches Biologikum?

Bei einer Colitis ulcerosa ist die Darmschleimhaut im Dickdarm chronisch entzündet. Die Entzündung beginnt im unteren Abschnitt des Dickdarms (Mastdarm) und kann sich von dort weiter über den Dickdarm ausbreiten. Ist der gesamte Dickdarm entzündet, spricht man von einer Pankolitis. Eine Colitis ulcerosa ist nicht heilbar.

Diese Entscheidungshilfe richtet sich an Personen mit einer mittelschweren oder schweren Colitis ulcerosa. Je nach Schwere und Verlauf der Erkrankung stehen unterschiedliche Medikamente zur Verfügung. Die bisherige medikamentöse Behandlung war nicht zufriedenstellend und es besteht die Möglichkeit, eine neue Medikamentengruppe auszuprobieren.

Die Möglichkeiten

Die in dieser Entscheidungshilfe vorgestellten Medikamente gehören zur Gruppe der Biologika. Dies sind Wirkstoffe, die biotechnologisch hergestellt werden. Sie wirken gegen die Entzündungen im Darm, indem sie an bestimmten Stellen des Immungeschehens angreifen. Dadurch unterbrechen sie den Entzündungsprozess und hemmen so die Entzündung.

TNF-alpha-Blocker

Diese Medikamente werden als Infusion in eine Vene verabreicht oder unter die Haut gespritzt (subkutan). TNF-alpha ist ein Botenstoff, der an Entzündungsprozessen beteiligt ist. Bei dieser Behandlung können folgende Wirkstoffe zur Anwendung kommen: Adalimumab, Golimumab oder Infliximab.

Integrin-Hemmer

Das Medikament wird als Infusion in eine Vene verabreicht oder unter die Haut gespritzt (subkutan). Integrine sind Eiweiße auf unseren Zellen. Sie steuern zum Beispiel Entzündungszellen. Der Wirkstoff bei dieser Behandlung heißt Vedolizumab.

Interleukin-Hemmer

Zu Beginn erhalten Patientinnen und Patienten das Medikament als Infusion in eine Vene und danach als Spritze unter die Haut. Interleukine sind Entzündungs-Botenstoffe, die unser Immunsystem regulieren. Der Wirkstoff bei dieser Behandlung heißt Ustekinumab.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 16.12.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Konrad Aden, PD Dr. Susanna Nikolaus

Darmkrebs-Screening für Frauen und Männer ab 50 – ja oder nein?

Ein Screening der Bevölkerung dient dazu, eine Krankheit nicht entstehen zu lassen oder sie in einem Stadium zu entdecken, in dem sie noch keine Beschwerden bereitet und noch gute Heilungschancen bestehen.

Darmkrebs gehört zu den häufigeren Krebserkrankungen in Deutschland. In der Regel entsteht er aus zunächst gutartigen Wucherungen (Darmpolypen), die sich im Dickdarm bilden. Diese Wucherungen wachsen sehr langsam. Deshalb sind die Heilungschancen umso besser, je früher die Gewebeveränderung entdeckt wird. Allerdings entwickelt sich nur ein kleiner Teil der Wucherungen zu einem Krebs.

Die Häufigkeit von Darmkrebs nimmt ab dem Alter von 50 Jahren stark zu. Deshalb wird die Darmkrebsvorsorge von den gesetzlichen Krankenkassen für alle Menschen ab 50 Jahren empfohlen und die Kosten der Untersuchung werden übernommen.

Die Möglichkeiten

Ziel des Screenings ist es, Polypen und Darmkrebs auszuschließen beziehungsweise möglichst früh zu entdecken.

Kein Darmkrebs-Screening

Ein Darmkrebs-Screening ist freiwillig. Findet kein Screening statt (weder Stuhltest noch Darmspiegelung), können Darmkrebs oder Polypen erst erkannt werden, wenn sie Beschwerden verursachen und man deshalb ärztlichen Rat einholt.

Stuhltest

Eine Stuhlprobe wird im Labor auf Blutspuren untersucht. Ein auffälliges Ergebnis kann mit einer Darmspiegelung abgeklärt werden.

Darmspiegelung

Bei einer Darmspiegelung wird der Dickdarm über einen dünnen, biegsamen Schlauch mit einer Kamera angeschaut. Darmpolypen können meist direkt bei der Untersuchung entfernt werden.

Basisdaten

Die Inhalte basieren auf der Versicherten-information des G-BA zur Darmkrebs-Früherkennung (Stand: Juli 2018).
Beteiligte Experten des UKSH: Dr. Mark Ellrichmann, Prof. Dr. Stefan Schreiber, Prof. Dr. Kai Wehkamp
Externe Reviewer: Dr. Klaus Koch

Mastdarmkrebs – vorübergehendes oder dauerhaftes Stoma?

Diese Entscheidungshilfe richtet sich an Menschen, in deren Mastdarm ein Tumor entdeckt wurde, genauer in den unteren 12 Zentimetern. Je kleiner die Zentimeterzahl ist, desto näher sitzt der Tumor am Schließmuskel. Eine Chance, den Tumor zu heilen, bietet eine Operation, bei der der Tumor vollständig entfernt wird. Dafür wird das Stück des Darms, in dem der Tumor sitzt, herausgeschnitten. Um den Tumor restlos entfernen zu können, muss sehr nah am Darmausgang (Anus) operiert werden. Es wird ein künstlicher Darmausgang, ein sogenanntes Stoma, am Bauch geschaffen.

Die Möglichkeiten

Für die Anlage des Stomas kommen grundsätzlich 2 Möglichkeiten in Frage:

Vorübergehendes Stoma

Der Tumor wird durch eine Operation entfernt. Die davor und dahinter liegenden Darmenden werden miteinander vernäht und es wird eine Passage bis zum Darmausgang geschaffen. Aufgrund der noch nicht verheilten Verbindung zwischen den vernähten Darmenden ist der Darm nicht sofort wieder einsatzfähig. Er braucht vielmehr Zeit und Ruhe zur Heilung. Deshalb muss ein künstlicher Darmausgang (Stoma) an der Bauchdecke geschaffen werden. Dafür wird ein gesundes Stück Dünndarm durch die Bauchdecke geführt und ein künstlicher Darmausgang gelegt. Ist die Wunde im frisch vernähten Darm verheilt, wird der künstliche Darmausgang mit Hilfe einer weiteren Operation entfernt. Der Darm wird zurückverlegt, so dass er wieder vollständig durchgängig ist.

Dauerhaftes Stoma

Der Tumor wird durch eine Operation entfernt. Das davor liegende Darmende wird durch die Bauchdecke ausgeleitet, und es entsteht ein künstlicher Ausgang des Dickdarms. Eine Passage bis zum Darmausgang besteht nicht, der Stuhl tritt nur noch über das Stoma aus. Das kurze Darmstück zwischen dem ehemaligen Tumor und dem Darmausgang wird verschlossen und verbleibt im Körper. Es gibt somit keine neu vernähten Darmverbindungen (Anastomosen) im Körper. In Einzelfällen wird der gesamte Darmausgang mit dem letzten Darmstück entfernt und der Anus zugenäht.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.6.2021
Beteiligte Experten:
Prof. Dr. Thomas Becker (UKSH),
Dr. Julius Pochhammer (UKSH)
Prof. Dr. Volker Kahlke (Proktologische Praxis Kiel),
Sebastian Sperling (Nomamed)

Fortgeschrittener Mastdarmkrebs – den Tumor vor der Operation behandeln?

Diese Entscheidungshilfe soll Menschen unterstützen, die einen örtlich (lokal) fortgeschrittenen Mastdarmkrebs im unteren oder mittleren Drittel des Mastdarms haben. Das heißt, der Tumor hat sich entweder ins umliegende Fettgewebe ausgebreitet und/oder es haben sich Absiedlungen in benachbarten Lymphknoten gebildet.

Die Möglichkeiten

Es gibt verschiedene Operationsverfahren, um den Tumor im Darm zu entfernen. Vor der Operation kann man eine Kurzzeit-Strahlentherapie oder eine Strahlen-Chemotherapie erhalten. Die Vorbehandlung soll das Risiko für einen Rückfall senken und die Chance für eine erfolgreiche Operation erhöhen. Manchmal wird eine Vorbehandlung aber auch empfohlen, um die Zeit bis zu einer Operation zu überbrücken – zum Beispiel, wenn man andere Medikamente langsam absetzen muss, bevor die Operation möglich ist.

Keine Vorbehandlung

Der Mastdarmkrebs wird direkt operiert, ohne dass man eine Vorbehandlung erhält. Die Operation ohne eine Vorbehandlung wird nur für bestimmte Patientinnen und Patienten empfohlen, bei denen die Krebserkrankung noch nicht weit fortgeschritten ist und der Tumor günstig liegt.

Kurzzeit-Strahlentherapie

Der Tumor wird vor der Operation 1 Woche lang täglich bestrahlt. Die Kurzzeit-Strahlentherapie ist besonders geeignet, wenn sich der Tumor voraussichtlich gut operieren lässt, aber ein erhöhtes Risiko für einen örtlichen Rückfall besteht.

Strahlen-Chemotherapie

Man erhält eine Bestrahlung und eine Chemotherapie über knapp 6 Wochen, bevor man etwa 6 bis 11 Wochen später operiert wird. Bei schwer vorerkrankten Patientinnen und Patienten wird von einer Strahlen-Chemotherapie eher abgeraten.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.4.2021
Beteiligte Experten:
Prof. Dr. Anne Letsch, PD Dr. Julius Pochhammer, PD Dr. David Krug

Morbus Crohn – welches Biologikum?

Diese Information betrifft Personen mit einem mittelschweren oder schweren Morbus Crohn. Morbus Crohn zählt zu den chronisch entzündlichen Darmkrankheiten. Die Entzündung kann in jedem Abschnitt des Verdauungstrakts auftauchen – von der Mundhöhle bis zum Anus. Morbus Crohn kann dabei gleichzeitig mehrere Darmabschnitte befallen, die wiederum durch gesunde Abschnitte voneinander getrennt sind.

Je nach Schwere und Verlauf der Erkrankung stehen unterschiedliche Medikamente zur Verfügung. Die bisherige medikamentöse Behandlung war nicht zufriedenstellend und es besteht die Möglichkeit, eine neue Medikamentengruppe auszuprobieren.

Die Möglichkeiten

Die in dieser Entscheidungshilfe vorgestellten Medikamente gehören zur Gruppe der Biologika. Dies sind Wirkstoffe, die biotechnologisch hergestellt werden. Sie wirken gegen die Entzündungen im Darm, indem sie an bestimmten Stellen des Immungeschehens angreifen. Dadurch unterbrechen sie den Entzündungsprozess und hemmen so die Entzündung.

TNF-alpha-Blocker

Diese Medikamente werden als Infusion in eine Vene verabreicht oder unter die Haut gespritzt (subkutan). TNF-alpha ist ein Botenstoff, der an Entzündungsprozessen beteiligt ist. Bei dieser Behandlung können folgende Wirkstoffe zur Anwendung kommen: Adalimumab, Golimumab oder Infliximab.

Integrin-Hemmer

Das Medikament wird als Infusion in eine Vene verabreicht oder unter die Haut gespritzt (subkutan). Integrine sind Eiweiße auf unseren Zellen. Sie steuern zum Beispiel Entzündungszellen. Der Wirkstoff bei dieser Behandlung heißt Vedolizumab.

Interleukin-Hemmer

Zu Beginn erhalten Patientinnen und Patienten das Medikament als Infusion in eine Vene und danach als Spritze unter die Haut. Interleukine sind Entzündungs-Botenstoffe, die unser Immunsystem regulieren. Der Wirkstoff bei dieser Behandlung heißt Ustekinumab.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 17.12.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Konrad Aden, PD Dr. Susanna Nikolaus

STOMA – GUT ZU WISSEN

Ein Stoma wird dann benötigt, wenn der Darm seine Funktion nicht mehr erfüllen kann, wenn er beispielsweise verletzt, verschlossen oder stark entzündet ist, oder wenn er sich von einer Operation erholen soll. Ein Stoma kann in vielen Fällen vor dem erkrankten Darmteil angelegt werden. Es sorgt dafür, dass man die Magen-Darm-Passage bis zum Stoma nutzen und die Nahrung gut verarbeiten kann. Ein Stoma kann auch aus anderen Gründen die natürliche Darmentleerung ersetzen, beispielsweise wenn man den Stuhl nicht halten kann (Stuhlinkontinenz).

Für den Körper selbst ist ein Stoma im Prinzip kein großes Problem: Im Dickdarm wird der Nahrungsbrei vor allem eingedickt, so dass es nicht sehr problematisch ist, wenn der Dickdarm nur teilweise oder gar nicht genutzt wird. Im Dünndarm werden zwar wichtige Nahrungsbestandteile in den Körper aufgenommen, aber der Dünndarm ist etliche Meter lang, so dass er gut gekürzt werden kann.

Gut zu wissen

Die Ärztin oder der Arzt sowie die Stomaberaterin oder der Stomaberater werden diese und weitere Punkte ausführlich mit den Betroffenen besprechen.

Stomabeutel

Zum Abdichten des Stomas und Auffangen des Stuhls braucht man einen Stomabeutel. Es gibt Beutel, die nach jeder Benutzung abgenommen und weggeworfen werden, und es gibt Beutel, die am Stoma für eine gewisse Zeit verbleiben und zur Entleerung 2- bis 3-mal täglich in die Toilette ausgestrichen werden.

Irrigation

Unter „Irrigation“ versteht man eine Darmspülung mit dem Ziel, den Dickarm durch das Stoma zu entleeren. Die Irrigation verschafft einem verlässliche Zeit bis zum nächsten Stuhlgang.

Rückverlagerung des Stomas

„Rückverlagerung“ des Stomas bedeutet, dass das Stoma mit einer Operation wieder entfernt und die Darmpassage wieder durchgängig gemacht wird. Das ist aber nicht immer möglich und sinnvoll. So ist beispielsweise eine Rückverlagerung nur dann sinnvoll, wenn der Schließmuskel intakt ist.

Stoma im Alltag

Mit einem Stoma kann man grundsätzlich Sport treiben und schwimmen gehen. Auch das Sexualleben braucht nicht zu leiden, wenn man in der Partnerschaft das Stoma akzeptiert.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.6.2021
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thomas Becker, Dr. Julius Pochhammer
Beteiligter Experte von Nomamed:
Sebastian Sperling

Chronische Niereninsuffizienz – welches Nierenersatz-verfahren?

Wenn die Nieren ihre Aufgaben nicht mehr richtig erfüllen, spricht man von einem Nierenversagen oder einer Niereninsuffizienz. Das Blut wird nicht mehr gefiltert, und überschüssige Flüssigkeit kann nicht mehr ausgeschieden werden. Die Folge ist eine Überwässerung und Vergiftung des Körpers.

Wenn das Nierenversagen fortschreitet, werden allmählich mehr Symptome bemerkbar. Mit einer sehr geringen Nierenfunktion fühlt man sich krank – man ist schwach, müde und hat keinen Appetit. Ohne weitere Behandlung endet ein Nierenversagen tödlich.

Die Möglichkeiten

Für Menschen mit Nierenversagen gibt es vier verschiedene Behandlungsmöglichkeiten. Jede dieser Möglichkeiten hat unterschiedliche Vor- und Nachteile sowie Auswirkungen auf das Alltagsleben.

Blutdialyse (Hämodialyse)

Bei der Blutdialyse wird das gesamte Blut mehrmals pro Woche mit Hilfe einer Dialysemaschine von überschüssiger Flüssigkeit und Abfallstoffen gereinigt. Das findet in der Regel in einem Dialysezentrum statt.

Bauchfelldialyse (Peritonealdialyse)

Bei der Bauchfelldialyse wird das Blut mit Hilfe einer Flüssigkeit gereinigt, die man mehrmals täglich in den Bauchraum füllt und wieder ablässt. Dabei übernimmt das Bauchfell die Filterfunktion. Diese Behandlung kann man zu Hause durchführen.

Transplantation

Die gesunde Niere einer Spenderperson wird eingesetzt. Damit der Körper die neue Niere nicht abstößt, muss man in der Regel lebenslang Medikamente einnehmen, die das Immunsystem unterdrücken.

Symptombehandlung

Die fortschreitende Niereninsuffizienz wird nicht behandelt. Es geht also nicht darum, die Lebenszeit zu verlängern, sondern den Sterbeprozess durch eine intensive Betreuung sowie mit Medikamenten, die die Beschwerden abmildern, zu begleiten.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.6.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Ulrich Kunzendorf

Nierenlebendspende – ja oder nein?

Bei einer Nierenlebendspende stellt eine Person eine seiner Nieren für eine Übertragung (Transplantation) auf einen nierenkranken Menschen, den Empfänger, zur Verfügung. Als Spender kommt man nur infrage, wenn der Empfänger für den Spender eine wichtige Person ist: Verwandte 1. oder 2. Grades, Ehepartner, Verlobte oder Personen, die sich nahestehen.

Auch medizinisch gibt es Voraussetzungen für die Nierenspende. Damit man nach der Transplantation mit nur einer Niere ohne gesundheitliche Probleme weiterleben kann, muss man nicht nur zwei gesunde Nieren haben, sondern auch ein gut funktionierendes Herz, intakte Blutgefäße, keinen Bluthochdruck und einen normalen Blutzuckerwert.

Spender und Empfänger werden auch psychologisch vorbereitet und begleitet.

Die Möglichkeiten

Spendet eine Person eine Niere, nennt man dies auch Nierenlebendspende. In Deutschland sind alle Organtransplantationen durch das Transplantationsgesetz geregelt und müssen strenge Vorschriften erfüllen. Dadurch soll auch das medizinische Risiko für Spenderinnen und Spender so gering wie möglich gehalten werden.

Niere spenden

Wenn man sich für eine Spende einer Niere entscheidet, ist eine Operation in Vollnarkose nötig. Dabei entnimmt das medizinische Personal die gesunde Niere mit einem Teil des Harnleiters. Nach dem Eingriff sollte man sich für mehrere Wochen schonen, damit die Operationswunde heilen kann. Die Entscheidung, eine Niere zu spenden ist endgültig und kann nach dem Eingriff nicht mehr rückgängig gemacht werden.

Niere behalten

Bei der Entscheidung, die Niere nicht zu spenden, benötigt man keine Behandlung. Die Entscheidung, die Niere zu behalten, ist nicht endgültig. Es ist möglich, sie zu einem späteren Zeitpunkt zu ändern und sich doch für eine Nierenspende zu entscheiden.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews
Literatur berücksichtigt bis: 1.7.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thomas Becker, Dr. Christian Leuth, Prof. Dr. Felix Braun

Leberkrebs mit Leberzirrhose – unterstützende, lokale oder systemische Therapie?

Beim Leberkrebs bildet sich ein bösartiger Tumor aus Lebergewebe. Leberkrebs, oder genauer Leberzellkrebs, wird fachsprachlich auch hepatozelluläres Karzinom (HCC) genannt.

Leberzellkrebs entsteht fast immer als Folge einer Leberzirrhose. Dabei wird Lebergewebe zerstört und in funktionsloses Bindegewebe umgewandelt. Das kann zu einer Leberschrumpfung führen – daher wird die Leberzirrhose auch umgangssprachlich „Schrumpfleber“ genannt. Das bindegewebige Ersatzgewebe kann die Aufgaben der Leberzellen nicht übernehmen. Langfristig führt eine Leberzirrhose daher zum Ausfall der Leberfunktion.

Die Möglichkeiten

Diese Entscheidungshilfe ist für Menschen gedacht, bei denen ein fortgeschrittener Leberkrebs und gleichzeitig eine Leberzirrhose festgestellt wurden. Außerdem gehen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte davon aus, dass die Krankheit so weit fortgeschritten ist, dass eine Heilung durch komplette Entfernung des Tumors derzeit nicht in Frage kommt. In dieser Situation gibt es drei Behandlungs-Möglichkeiten.

Unterstützende Maßnahmen alleine

Diese Maßnahmen wirken nicht auf den Tumor ein, sondern behandeln die Folgen des Tumors und der Leberzirrhose.

Lokale Therapie

Die lokale Therapie versucht, das Tumorwachstum zu hemmen. Sie wird am Ort des Tumors eingebracht.

Systemische Therapie

Auch die systemische Therapie versucht, das Tumorwachstum zu hemmen. Die Wirkstoffe werden jedoch über das Blut im gesamten Körper verteilt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 13.5.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Rainer Günther, Prof. Dr. Jost Philipp Schäfer

Zystische Veränderung der Bauchspeicheldrüse (IPMN) – Operation oder Beobachten?

Diese Information richtet sich an Erwachsene mit einer schleimhaltigen zystischen Veränderung des Seitengangs der Bauchspeicheldrüse. Die Diagnose ist meistens ein Zufallsbefund. Ein solche Zyste kann entarten oder bereits bösartig sein. Allerdings ist die Entwicklung von Bauchspeicheldrüsenkrebs beim Seitengangtyp relativ selten.

Die Möglichkeiten

Man kann nicht vorhersagen, wie sich die zystische Veränderung des Seitgangs der Bauchspeicheldrüse entwickeln wird. In dieser Entscheidungshilfe werden 2 Möglichkeiten der weiteren Behandlung vorgestellt, die unterschiedliche Vor- und Nachteile haben.

Operation

Es gibt verschiedene Operationsformen. Die gewählte Operationstechnik hängt unter anderem davon ab, in welchem Abschnitt der Bauchspeicheldrüse die zystische Veränderung liegt. Vielleicht wird bei dem chirurgischen Eingriff nur die Zyste entfernt und die Bauchspeicheldrüse kann weitgehend erhalten werden. Vielleicht müssen aber auch größere Teile der Bauspeicheldrüse und der angrenzenden Organe entfernt werden.

Aufmerksames Beobachten

In regelmäßigen Abständen werden Verlaufsuntersuchungen durchgeführt. Dabei werden mittels MRT oder Endosonografie (Magen-Darm-Spiegelung verbunden mit einer Ultraschalluntersuchung) Bilder von der Bauchspeicheldrüse angefertigt und die zystische Veränderung im Verlauf beurteilt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1. 3.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Alexander Arlt,
Prof. Dr. Thomas Becker,
Prof. Dr. Stefan Schreiber,
Prof. Dr. Kai Wehkamp

Bandscheibenvorfall im Lendenwirbelbereich – konservative Therapie oder Operation?

Die Bandscheiben befinden sich in der Wirbelsäule zwischen den knöchernen Wirbelkörpern. Sie bestehen aus einem weichen gelartigen Kern (Gallertkern), der von einem Ring aus elastischer Knorpelfaser umhüllt ist. Durch ihre Beschaffenheit wirken die Bandscheiben wie Stoßdämpfer zwischen den einzelnen Wirbeln.

Bei einem Bandscheibenvorfall verschiebt sich eine Bandscheibe. Bandscheibengewebe tritt zwischen den Wirbelkörpern hervor. Das „vorgefallene“ Gewebe kann auf die Nerven der Wirbelsäule drücken und sie reizen.

Ein Bandscheibenvorfall kann auf jeder Höhe der Wirbelsäule auftreten. Hierdurch kann es zu Schmerzen, Taubheitsgefühlen oder Kribbeln in dem Bereich kommen, den der betroffene Nerv versorgt. Bei einem Bandscheibenvorfall im Bereich der Lendenwirbelsäule strahlt der Schmerz seitlich über eines der Beine bis in den Fuß.

Die Möglichkeiten

Ein Bandscheibenvorfall kann das Leben in vielen Bereichen beeinträchtigen und sollte zielgerichtet behandelt werden. Eine Behandlung soll den Druck auf den Nerv vermindern und so die Schmerzen und andere Beschwerden lindern.

Konservative Therapie

Die konservative Therapie beinhaltet, neben der Behandlung mit schmerzstillenden oder lokal betäubenden Medikamenten (periradikulären Infiltration), vor allem eine physiotherapeutische Behandlung. Die Physiotherapie ist eine spezifische Form des körperlichen Trainings.

Mikrochirurgische Operation

Bei einer mikrochirurgischen Operation wird durch einen kleinen Hautschnitt das herausgebrochene Bandscheibengewebe unter dem Operationsmikroskop entfernt. Zusätzlich wird eine langfristige Rückenschule unter physiotherapeutischer Anleitung empfohlen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 8.1.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Michael Synowitz
Externe Reviewer: Prof. Dr. Henning Kunter

Handgelenksbruch – welche Behandlung?

Die Entscheidungshilfe ist für Menschen gedacht, deren Bruch geschlossen ist, die also keine offene Wunde haben. Die Enden des Bruches liegen nicht direkt aneinander, sondern sind verschoben (Dislokation).

Nicht gedacht ist die Entscheidungshilfe für Menschen mit komplizierten, offenen und/oder instabilen Brüchen, die auf jeden Fall eine sofortige Operation benötigen, sowie mit nicht verschobenen Brüchen, bei denen die konservative Behandlung üblich ist.

Diese Entscheidungshilfe verwendet vereinfachend den Begriff „Handgelenksbruch“. Der medizinische Fachbegriff lautet „distale Radiusfraktur“. Gemeint ist damit der Bruch des Unterarmknochens, der Speiche (Radius).

Die Möglichkeiten

Bei den verschiedenen Behandlungen geht es darum, den Knochenbruch zu stabilisieren, damit der Knochen in seiner ursprünglichen Position zusammenwachsen und man ihn wieder voll belasten kann. Durch die Behandlung sollen auch die Schmerzen möglichst schnell gelindert und Probleme bei der Heilung verhindert werden.

Konservative Behandlung mit Ruhigstellung

Bei der konservativen Behandlung bekommt man einen Verband, der das Handgelenk ruhigstellt. Diesen muss man für mehrere Wochen tragen, während der Knochen heilt.

Minimalinvasive Operation: Drahtstiftfixierung

Zur Stabilisierung wird der Knochenbruch mit speziellen Drahtstiften zusammengehalten. Die Drähte können durch die Haut in den Knochen gebohrt werden. Sie fixieren die Knochen wieder in ihrer ursprünglichen Position. In der Regel bleiben sie für mehrere Wochen im Arm. Zusätzlich bekommt man einen Gipsverband.

Minimalinvasive Operation: Fixierung von außen mit einem Gestell

Metallnägel halten den Knochenbruch in der gewünschten Position zusammen. Sie ragen aus dem Arm heraus und werden durch ein Gestell verbunden. Dieser sogenannte externe Fixateur bleibt in der Regel für mehrere Wochen am Arm, bis der Knochen geheilt ist.

Offene Operation: Stabilisierung mit einer Metallplatte

Der Knochenbruch wird in einer Operation mit einer Metallplatte stabilisiert. Ein Gipsverband ist nicht nötig.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.3.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Andreas Seekamp, Dr. Sebastian Lippross, Dr. Tim Klüter
Externe Reviewer: Prof. Dr. Henning Kunter

Hüftdysplasie – welche Möglichkeiten gibt es?

Die Hüftgelenke verbinden das Becken mit den Oberschenkeln. Bei der angeborenen Hüftdysplasie ist die Hüftpfanne des Kindes zum Zeitpunkt der Geburt noch nicht fertig entwickelt. Statt den Oberschenkelkopf sicher zu umfassen, ist die Hüftgelenkspfanne zu flach ausgebildet. Dadurch hat der Oberschenkelkopf keinen stabilen Halt. Im schwersten Fall einer Hüftdysplasie rutscht der Oberschenkelkopf teilweise oder vollständig aus der Hüftpfanne. Das bezeichnet man als Auskugeln des Hüftgelenks (Hüftluxation).

Der genaue Verlauf einer Hüftdysplasie hängt davon ab, wie ausgeprägt die Fehlentwicklung des Hüftgelenks ist. Grundsätzlich gilt: Je früher die Fehlentwicklung erkannt und behandelt wird, desto kürzer dauert auch die Behandlung.

Die Möglichkeiten

Die Behandlungsmöglichkeiten richten sich vor allem nach der Ausprägung der Hüftdysplasie und dem Alter des Kindes.

Hüftbeugeschiene

Eine Hüftbeugeschiene bringt die Beine des Kindes in eine Position, in der das Hüftgelenk besonders gut nachreifen kann. Die Beine sind dabei in einem bestimmten Winkel gebeugt und abgespreizt.

Becken-Bein-Gips

Ein Becken-Bein-Gips umschließt Hüfte und Oberschenkel des Kindes. Er stabilisiert die Hüfte und sorgt für eine Ruhigstellung.

Extensionsbehandlung

Die Extensionsbehandlung dient zur Lockerung von Muskeln und Sehnen im Hüftbereich des Kindes. Über mehrere Tage werden die Beine mit leichtem Zug gespreizt, wodurch der Hüftkopf in eine bessere Position gebracht wird. In dieser Position werden die Beine ruhiggestellt.

Geschlossene Reposition

Das Kind bekommt eine Vollnarkose und Medikamente, die die Muskeln entspannen. Durch Zug wird die Hüfte wieder in die richtige Position gebracht.

Operation

Durch eine Operation werden die Hüftgelenke des Kindes wieder in die richtige Position gebracht. Es kommen Operationen der Weichteile oder Knochen infrage.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.9.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Andreas Seekamp, Prof. Dr. Babak Moradi, Prof. Dr. Sebastian Lippross,
Externe Reviewer: Prof. Dr. Henning Kunter

Hüftgelenksarthrose – künstliches Hüftgelenk oder konservative Behandlung?

Bei einer Hüftgelenksarthrose (Coxarthrose) verschleißt die schützende Knorpelschicht der Knochen im Hüftgelenk. Sie wird rissig und dünner. Dadurch steigt die Druckbelastung der Knochen. Mit der Zeit lässt die Beweglichkeit des Gelenks immer weiter nach. Mediziner verwenden dafür oft den Begriff Degeneration. Umgangssprachlich wird Arthrose auch Gelenkverschleiß genannt.

Eine fortgeschrittene Hüftgelenksarthrose kann viele Lebensbereiche beeinträchtigen. Sie kann zu starken Einschränkungen im Beruf, bei der Haushaltsführung, bei Freizeitaktivitäten und im Sozialleben führen. Diese Alltagsfolgen sind bei einer Hüftgelenksarthrose oft die größte Belastung.

Die Möglichkeiten

Es geht um die Frage, ob man ein künstliches Hüftgelenk bekommen soll. Bevor man sich zu einer Operation entschließt, sollten alle anderen Möglichkeiten einer konservativen Behandlung ausgeschöpft sein.

Künstliches Hüftgelenk

Ein künstliches Hüftgelenk, auch Hüftprothese genannt, ersetzt das defekte Gelenk. Grundsätzlich wird das künstliche Hüftgelenk in einer Operation im Krankenhaus eingesetzt. Das künstliche Hüftgelenk bietet die Chance, schmerzfrei und voll beweglich zu werden. Dafür nimmt man die Risiken der Operation und mögliche weitere Komplikationen in Kauf.

Konservative Behandlung

Das Ziel einer konservativen Behandlung ist es, die Beschwerden erträglich zu machen, damit man so spät wie möglich, am besten nie, eine künstliche Hüfte bekommt. Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten, wie man die Hüfte entlasten und die Beschwerden vermindern kann. Sie reichen von einfachen Maßnahmen, wie guten, dämpfenden Schuhen über Training bis hin zu Medikamenten. Die konservative Behandlung hilft dabei, die Beschwerden auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und die Hüft-Operation so weit wie möglich aufzuschieben. Sie behebt allerdings nicht die Ursache der Beschwerden.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 11.2.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Andreas Seekamp, Prof. Dr. Babak Moradi, Dr. Ove Schröder
Externe Reviewer: Prof. Dr. Henning Kunter

Implantat nach Knochenverletzung – entfernen oder belassen?

Bei Knochenbrüchen oder -verletzungen werden an der Bruchstelle Implantate eingesetzt, um die Knochen oder Teile der Knochen künstlich miteinander zu verbinden. So eine künstliche Knochenverbindung wird Osteosynthese genannt. Für diese künstliche Verbindung werden verschiedene Arten von Implantaten benutzt, zum Beispiel Schrauben, Drähte, Stifte, Nägel oder Metallplatten.

In der Regel kann ein Implantat im Körper bleiben, nachdem die Knochenheilung abgeschlossen ist. Es kann aber auch sein, dass das Implantat Ihnen Beschwerden bereitet.

Die Möglichkeiten

Für die Entfernung oder den Verbleib des Implantats ist es wichtig, wie man mit dem Implantat zurechtkommt und ob es Beschwerden verursacht. Zu berücksichtigen ist auch, wie lange das Implantat bereits vorhanden ist, wie groß es ist und wo es sich im Körper befindet.

Implantat entfernen

Wenn man sich für eine Entfernung des Implantats entscheidet, ist eine Operation nötig. Wie groß der Eingriff ist und wie lange er dauert, hängt von der Körperstelle und der Art des Implantats ab. Je nachdem, wo sich das Implantat im Körper befand, kann es nötig sein, die betroffene Körperstelle anschließend mehrere Wochen zu schonen. So kann die Wunde in Ruhe heilen. Zusätzlich sollten man regelmäßige Bewegungsübungen durchführen.

Implantat belassen

Wenn man keine oder nur geringe Beschwerden durch das Implantat hat, kann es lebenslang im Knochen verbleiben. Es ist also keine Behandlung nötig. Man kann sich auch noch zu einem späteren Zeitpunkt für eine Entfernung des Implantats entscheiden. Doch je länger das Implantat im Körper bleibt, desto stärker verwächst es mit dem Knochen. Daher kann eine Entfernung nach vielen Jahren schwieriger sein.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.4.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Andreas Seekamp, Dr. Sebastian Lippross, PD Dr. Matthias Weuster
Externe Reviewer: Prof. Dr. Henning Kunter

Kniegelenksarthrose – künstliches Kniegelenk oder konservative Behandlung?

Bei einer Kniegelenksarthrose verschleißt die schützende Knorpelschicht im Kniegelenk, sie wird rissig und dünner. Dadurch steigt die Druckbelastung auf die Knochen. Irgendwann liegen die Gelenkflächen frei, reiben aneinander und nehmen Schaden. Eine solche Arthrose kann prinzipiell in jedem Gelenk entstehen. Das Kniegelenk ist allerdings sehr häufig betroffen, da es besonders stark durch das Körpergewicht belastet wird.

Die ersten Anzeichen einer Kniegelenks-arthrose sind Knieschmerzen, die nur bei Bewegung und Belastung auftreten. Später kommen oft Entzündungen und Gelenkergüsse dazu. Häufig ist auch der sogenannte Anlaufschmerz. Beim Anlaufschmerz sind die ersten Bewegungen nach längerem Ruhen schmerzhaft, zum Beispiel morgens nach dem Aufstehen oder nach längerem Sitzen. Nach kurzer Zeit lässt der Schmerz normalerweise nach. Wenn die Arthrose fortschreitet, schmerzt das Knie immer häufiger und stärker. Die Schmerzen können dann auch auftreten, wenn das Knie ruhiggestellt ist.

Die Möglichkeiten

Beschädigter Knorpel kann sich nicht erneuern. Einmal entstandene Schäden bleiben deshalb bestehen.

Künstliches Kniegelenk

Das künstliche Kniegelenk bietet die Chance, dass man sich wieder schmerzfrei bewegen kann. Man nimmt dafür aber die Risiken der Operation und mögliche weitere Komplikationen in Kauf.

Konservative Behandlung

Die konservative Behandlung hilft, die Beschwerden auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und die Knieoperation so lange wie möglich aufzuschieben. Sie behebt allerdings nicht die Ursache der Beschwerden.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 9.5.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Andreas Seekamp, Prof. Dr. Babak Moradi, Dr. Ove Schröder
Externe Reviewer: Prof. Dr. Henning Kunter

Kreuzbandriss – Operation oder konservative Behandlung?

Jedes Kniegelenk hat innerhalb der Gelenkkapsel zwei Kreuzbänder: ein vorderes und ein hinteres. Die beiden Kreuzbänder verbinden im Kniegelenk den Oberschenkelknochen (Femur) mit dem Schienbein (Tibia). Wie ihr Name sagt, verlaufen die beiden Bänder im Inneren des Gelenks über Kreuz. So können die Kreuzbänder dem Knie beim Beugen Halt geben und es vor Verrenkungen schützen.

Beide Kreuzbänder können durch übermäßige Krafteinwirkung beim Bücken, Strecken oder Verdrehen des Kniegelenks reißen oder anreißen. Dabei ist ein vorderer Kreuzbandriss wesentlich häufiger als ein Riss des hinteren Kreuzbands.

Einen Kreuzbandriss spürt man im Moment des Unfalls meist als einen akuten, heftigen Schmerz. Manche Patientinnen und Patienten beschreiben diesen Schmerz als ein Zerreiß- oder Verschiebegefühl im Knie.

Die Möglichkeiten

Ohne konservative Behandlung oder Operation wird auf Dauer das Knie übermäßig belastet. In der Folge kann es zu einem Meniskus- und Knorpelschaden kommen und dadurch zu einer Kniegelenksarthrose. Ein konsequent behandelter Kreuzbandriss nimmt meist einen guten Verlauf und kann einen wieder auf den Leistungsstand bringen, den man vor der Verletzung hatte.

Operation

Bei der Operation wird meist unter Vollnarkose eine Sehne eingesetzt, die in der Regel aus dem eigenen Unterschenkel stammt. Nach der Operation macht man bis zu 1 Jahr physiotherapeutische Übungen. Eine einzige Operation genügt meist.

Konservative Behandlung

Die konservative Behandlung beschränkt sich auf Physiotherapie, wie Kraft- und Dehnübungen, sowie weitere Behandlungen dieser Art. Im Lauf der Zeit wird die Belastung des Knies schrittweise erhöht. Die Behandlung ist etwa nach 1 Jahr abgeschlossen. Werden die Therapieziele nicht erreicht, kann man das Knie jederzeit operieren lassen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 18.3.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Andreas Seekamp, Prof. Dr. Babak Moradi, Dr. Peter Behrendt
Externe Reviewer: Prof. Dr. Henning Kunter

Nicht-spezifischer chron. Kreuzschmerz – welche Maßnahmen werden empfohlen?

Kreuzschmerzen sind Schmerzen im Rückenbereich unterhalb des Rippenbogens und oberhalb des Gesäßes. Sie können auf den Rücken begrenzt sein, aber auch in andere Körperregionen ausstrahlen. Manchmal sind sie von weiteren Beschwerden begleitet.

Bei nicht-spezifischen Kreuzschmerzen ist der Grund für die Beschwerden nicht eindeutig erkennbar. Anhand der Schmerzdauer unterscheiden die Fachleute zwischen akuten, subakuten und chronischen Kreuzschmerzen. Bleiben die Beschwerden mehr als 12 Wochen bestehen, spricht man von chronischen Kreuzschmerzen.

Häufig werden die psychischen Ursachen unterschätzt. Seelische Gegebenheiten und besondere Lebensumstände sind wesentliche Ursachen, dass Kreuzschmerzen entstehen oder chronisch werden.

Die Möglichkeiten

Kreuzschmerzen können für die Betroffenen belastend sein und deren Alltag einschränken. Dennoch ist Bettruhe in der Regel nicht förderlich. Die wirksamste Maßnahme heißt: Bewegung. Daneben können auch Medikamente hilfreich sein. Bewegung und Medikamente lassen sich in speziellen Programmen kombinieren.

Medikamente

Medikamente können den Schmerz unterdrücken. Sie sind vorwiegend als vorübergehende Maßnahme gedacht. Medikamente können einen kurzfristig dabei unterstützen, langfristig wieder aktiv zu werden.

Nicht-medikamentöse Behandlung

Maßnahmen wie Bewegungsübungen und Verhaltenstherapie helfen einem, die Ursache des Schmerzes zu langfristig zu beheben und mit dem Schmerz anders umzugehen.

Multimodale Programme

Multimodale Programme kombinieren Medikamente und nicht-medikamentöse Maßnahmen, die auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt sind.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“
Literatur berücksichtigt bis: 2.3.2017
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Martin Gleim, Dr. Sabine Schulzeck

Spinalkanalstenose der Lendenwirbelsäule – wie weiter?

Innerhalb der Wirbelsäule befindet sich der Rückenmarkskanal (Spinalkanal). Der Spinalkanal ist eine Struktur aus Knochen und Bändern. Er ummantelt das weiche Rückenmark und die Nerven, die in die Beine ziehen, und bildet für sie einen knöchernen Schutz. Eine Verengung (Stenose) dieses Kanals heißt Spinalkanalstenose. Sie verursacht Druck auf das Rückenmark und auf die Nerven sowie auf die Blutgefäße, die das Rückenmark und die Nerven versorgen. Das führt zu Rückenschmerzen und kann auch bleibende Nervenschädigungen verursachen. Die Symptome sind schnelle Ermüdbarkeit und Schmerzen in den Beinen, die sich beim Gehen noch verstärken. Betroffene berichten von einer immer kürzer werdenden Gehstrecke.

Die Möglichkeiten

Die Behandlung soll die Schmerzen lindern, die durch den Druck auf das Rückenmark entstehen. Es sollen auch längere Gehstrecken wieder schmerzfrei möglich sein.

Konservative Therapie

Die konservative Therapie beinhaltet, neben schmerzstillenden Medikamenten, vor allem eine physiotherapeutische Behandlung. Ein Mieder oder Korsett kann dem Wirbelsäulenabschnitt zu einer günstigeren Krümmung verhelfen und so die Beschwerden abmildern.

Spritzentherapie

Bei der Spritzentherapie handelt es sich um eine spezielle Form der Schmerztherapie. Dabei werden entzündungshemmende Medikamente, meist zusammen mit einem betäubenden Wirkstoff, direkt an die Nervenwurzel gespritzt. Hierdurch soll der Nerv betäubt werden und abschwellen.

Operation

Bei der Operation wird eine sogenannte mikrochirurgische lumbale Dekompression durchgeführt. Dabei werden unter Verwendung eines Operationsmikroskops Strukturen entfernt, die die Nerven einengen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 28.12.2018
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Michael Synowitz

Heißer Knoten – bestrahlen oder operieren?

Die Schilddrüse gehört zu den Hormon-produzierenden Organen und Geweben. Hormone sind Botenstoffe, die zahlreiche Körperfunktionen regulieren. Wenn die Schilddrüse überaktiv ist, produziert sie zu viele Schilddrüsenhormone. Eine häufige Ursache sind sogenannte heiße Knoten. Diese Bezeichnung geht jedoch nicht auf eine erhöhte Temperatur zurück; die Knoten fühlen sich nicht warm oder gar heiß an. Vielmehr bezieht die Bezeichnung sich darauf, wie die Knoten in dem Diagnoseverfahren, der Szintigrafie, abgebildet werden. In der Szintigrafie werden Bereiche der Schilddrüse, die aktiver als andere sind, in den warmen Farben orange bis dunkelrot dargestellt.

„Heiße Knoten“ sind also überdurchschnittlich aktive Regionen, die zu viele Hormone produzieren. Normalerweise wird die Hormonproduktion der Schilddrüse durch die Hirnanhangsdrüse (Hypophyse) reguliert. In den „heißen Knoten“ haben sich die Schilddrüsenzellen jedoch der Kontrolle entzogen und gewissermaßen selbstständig (autonom) gemacht. Die Schilddrüsenzellen reagieren dann nicht mehr auf die Signale der Hirnanhangsdrüse. Liegen „heiße Knoten“ vor, spricht man deshalb auch von Schilddrüsenautonomie oder einem autonomen Adenom.

Die Möglichkeiten

Die übermäßige Hormonproduktion der Schilddrüse wird zunächst mit Tabletten gebremst, den sogenannten Thyreostatika. Dauerhaft kann sie meist nur dann beseitigt werden, wenn die überaktiven „heißen Knoten“ durch eine Radiojodbehandlung gezielt ausgeschaltet oder durch eine Schilddrüsenoperation vollständig entfernt werden.

Bestrahlen

Bei der Radiojodtherapie macht man sich zunutze, dass die Schilddrüse ein „Jodfänger“ ist: Sie speichert beinahe das gesamte radioaktive Jod, das dem Körper mit einer Therapiekapsel zugeführt wird. Über den Blutkreislauf wird es zur Schilddrüse transportiert, die das Jod sehr schnell aufnimmt und speichert.

Operieren

Nachdem die Schilddrüse freigelegt ist, wird das kranke knotige Schilddrüsengewebe entfernt. Dabei wird darauf geachtet, soviel wie möglich gesundes Schilddrüsengewebe zu erhalten.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 11.11.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Klinik für Nuklearmedizin: PD Dr. Ulf Lützen
Klinik für Chirurgie: Dr. Mark Schlemminger

Morbus Basedow – bestrahlen oder operieren?

Morbus Basedow gehört zu den Autoimmunkrankheiten. Bei dieser Art von Erkrankungen greift das Abwehrsystem des Körpers (Immunsystem) körpereigenes, gesundes Gewebe an. Das Immunsystem ist eigentlich dafür verantwortlich, Eindringlinge wie Bakterien, Viren und Parasiten zu erkennen und auszuschalten. Dafür bildet es Abwehrstoffe (Antikörper), die spezifisch gegen die jeweiligen Krankheitserreger vorgehen. Beim Morbus Basedow reagiert das Immunsystem ähnlich wie auf Krankheitserreger: Es produziert Antikörper. Diese sogenannten Autoantikörper sind gegen das eigene Schilddrüsengewebe gerichtet.

Wodurch ein Morbus Basedow ausgelöst wird, ist im Detail nicht bekannt. Man vermutet, dass Morbus Basedow erblich bedingt ist. Bei Personen mit einer genetischen Veranlagung könnten seelische Stresssituationen und Rauchen die Entstehung der Erkrankung begünstigen. Frauen sind 5 bis 10 Mal häufiger betroffen.

Die Möglichkeiten

Zur Behandlung kommen grundsätzlich 2 Möglichkeiten infrage: eine Bestrahlung mit radioaktivem Jod („Radiojod“) oder eine Operation. Das Ziel beider Behandlungsoptionen ist, das gesamte Schilddrüsengewebe auszuschalten oder zu entfernen. Deshalb werden die Behandlungen auch als definitiv bezeichnet.

Verbleibendes funktionstüchtiges Schilddrüsengewebe könnte dazu führen, dass die Schilddrüsenüberfunktion wiederkehrt.

Wenn die Schilddrüse ausgeschaltet oder entfernt ist, fehlen dem Körper die Schilddrüsenhormone. Um diesen Mangel auszugleichen, müssen Betroffene im Anschluss an die Behandlung lebenslang künstliche Schilddrüsenhormone einnehmen. Diese Schilddrüsenhormone sind aber im Vergleich zur dauerhaften Einnahme von Thyreostatika viel verträglicher und lassen sich in der Regel gut einstellen.

Bestrahlen (Radiojodbehandlung)

Als Radiojodbehandlung wird die Bestrahlung der Schilddrüse von innen durch radioaktives Jod bezeichnet. Dadurch wird das Schilddrüsengewebe ausgeschaltet.

Operieren

Bei einem chirurgischen Eingriff wird die Schilddrüse möglichst vollständig entfernt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 11.11.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Klinik für Nuklearmedizin: PD Dr. Ulf Lützen
Klinik für Chirurgie: Dr. Mark Schlemminger

Hohe Cholesterinwerte – Lebensstiländerung oder Lipidsenker?

Sind die Cholesterinwerte dauerhaft zu hoch, sprechen Ärztinnen und Ärzte von einer Hypercholesterinämie. Es handelt sich dabei um eine Störung des Fettstoffwechsels, bei der der Kreislauf von Bildung, Verwertung, Abtransport und Abbau von Cholesterin nicht mehr ganz rundläuft.

Ein hoher Cholesterinspiegel gehört zu den Hauptrisikofaktoren bei der Entstehung verschiedener Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Cholesterin ist jedoch nicht der einzige Einflussfaktor.

Der Cholesterinwert kann durch einen gesunden Lebensstil positiv beeinflusst werden. Nur wenn alle negativen und positiven Einflussfaktoren zusammen betrachtet werden, lässt sich das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen abschätzen. Dafür bietet die Entscheidungshilfe einen Cholesterin Risikorechner an.

Die Möglichkeiten

Die Entscheidungshilfe ist für Menschen gedacht, deren LDL-Cholesterinwerte zu hoch sind und die Ihr Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen vermindern möchten. Die Basis der Behandlung ist ein gesunder Lebensstil. Allerdings lassen sich die Cholesterinwerte oft nicht allein durch Lebensstiländerungen ausreichend senken. Personen mit einem hohen oder sehr hohen Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird deshalb empfohlen, gleichzeitig mit einer medikamentösen Therapie zu beginnen.

Lebensstiländerung

Indem man seinen Lebensstil ändert, kann man den Cholesterinspiegel beeinflussen. Wichtige Faktoren sind eine gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung.

Lipidsenker

Es gibt mehrere Medikamentengruppen, die allein oder in Kombination eingesetzt werden, um das LDL-Cholesterin zu senken. Die Behandlung beginnt in der Regel mit einem Lipidsenker aus der Gruppe der „Statine“. Kann dadurch das LDL-Cholesterin im Blut nicht ausreichend gesenkt werden, wird zunächst die Dosis erhöht oder das Statin mit einem anderen Medikament kombiniert. Kann auch dadurch das Behandlungsziel nicht erreicht werden, kommt eine weitere Medikamentengruppe infrage. Ein solches Vorgehen nennt man „Stufentherapie“.

Basisdaten

Evidenzrecherche: keine
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Dominik Schulte, Prof. Dr. Matthias Laudes

Starkes Übergewicht – konservative Behandlung oder Operation?

Starkes Übergewicht entsteht in der Regel, wenn über einen langen Zeitraum hinweg mehr Kalorien aufgenommen als verbraucht werden. Neben falschem Essverhalten und Bewegungsmangel können auch bestimmte Erkrankungen starkes Übergewicht verursachen.

Betroffene mit starkem Übergewicht sind in der Regel weniger beweglich und belastbar. So können Alltagstätigkeiten wie Treppensteigen oder schon leichte sportliche Aktivitäten beschwerlich werden. Dies wiederum begünstigt das Zunehmen. Vor allem bei ausgeprägter Adipositas können auch die Lebensqualität und das Wohlbefinden beeinträchtigt sein.

Die Möglichkeiten

Die Behandlung soll …

- zu einer langfristigen Gewichtsabnahme führen.
- eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus), Herz-Kreislauf-Erkrankungen und weitere Folgeerkrankungen wie eine Schlafapnoe verhindern, mildern oder heilen.
- die Lebensqualität erhöhen und Betroffenen ermöglichen, wieder aktiver am Alltag oder Berufsleben teilzunehmen.

Multimodale konservative Behandlung

In der Tagesklinik zur Komplextherapie der Adipositas erhalten Personen mit einem BMI über 40 kg/m² einmal pro Woche individuell abgestimmte Hilfe. Für Personen mit einem BMI über 35 kg/m² bietet das Adipositas-Zentrum Kiel das OPTIFAST® 52 Programm an.

Magenverkleinerung

Dabei wird durch eine Operation ein Teil des Magens entfernt. Es entsteht ein sogenannter Schlauchmagen, der weniger Nahrung aufnehmen kann. Das Sättigungsgefühl setzt deutlich schneller ein und hält auch länger an.

Magenbypass

Ein Magenbypass sorgt dafür, dass die Nahrung und die Verdauungssäfte einen großen Teil des Magens und des Darms umgehen. Dadurch kann man nur noch kleinere Portionen essen, fühlt sich schneller satt und nimmt weniger Nährstoffe aus der Nahrung auf.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.9.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thomas Becker, Dr. Jan Henrik Beckmann, Dr. Ole Christian Leuth, Prof. Dr. Matthias Laudes

Beckenendlage – natürliche Geburt oder Kaiserschnitt?

Während der Schwangerschaft nimmt das Kind im Mutterleib ganz verschiedene Positionen ein. Wenn das Kind immer größer wird und die Geburt näher rückt, dreht es sich normalerweise mit dem Kopf nach unten. In der sogenannten Hinterhauptslage kommt das Kind dann mit dem Kopf voran zur Welt.

Bei der Beckenendlage dagegen liegt das Baby mit dem Po nach unten in der Gebärmutter. Der Kopf befindet sich unter dem Rippenbogen der Mutter. Die Beine des Babys liegen dabei entweder nach oben geklappt vor dem Bauch oder das Kind hockt oder kniet. Manchmal hat es auch ein oder beide Beine nach unten gerichtet. Die Beckenendlage ist die häufigste sogenannte Lageanomalie.

Falls sich das Kind auch kurz vor der Entbindung nicht von selbst gedreht hat, kann man mit Druck von außen versuchen, das Baby in die Hinterhauptslage zu bringen („äußere Wendung“).

Die Möglichkeiten

Liegt das Kind in Beckenendlage, kommen aus medizinischer Sicht grundsätzlich sowohl eine natürliche Geburt als auch ein Kaiserschnitt infrage.

Natürliche Geburt

Wenn ein Baby in der normalen Schädellage liegt, tritt zuerst der Kopf durch die Vagina. Danach geht die Geburt meist schnell und problemlos, da der Kopf beim Baby der größte und härteste Körperteil ist. Bei einer Beckenendlage ist das anders: Dann kommen erst die schmaleren Körperteile. Es kann anschließend deutlich länger dauern, bis auch der Kopf durch die Vagina gelangt ist. Steckt der Kopf fest, wird dabei die Nabelschnur abgedrückt. Dann muss das Kind sofort mit einem Notfallkaiserschnitt geholt werden.

Kaiserschnitt

Ein Kaiserschnitt ist eine Operation. Das Kind wird über einen Bauchschnitt auf die Welt geholt. Dafür bekommt die Gebärende eine Betäubung und zusätzlich verschiedene Medikamente, die sie vor Infektionen, Blutverlust und Thrombosen schützen sollen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.1.2020
Beteiligte Experten des UKSH: Dr. Martina Brügge, Dr. André Farrokh
Externes Review: Prof. Dr. Günter Emons

Brustaufbau – Implantat unter oder über dem Brustmuskel?

Der Begriff „Brustaufbau" oder „Brustrekonstruktion" beschreibt die Wiederherstellung einer teilweise oder vollständig amputierten weiblichen Brust. Um die Brust aufzubauen und die ursprüngliche Brustform mitsamt Brustwarze nachzuempfinden, werden körpereigenes Gewebe verwendet oder Prothesen implantiert.

Für den Brustaufbau gibt es medizinische Gründe. Es handelt sich also nicht um eine sogenannte Schönheitsoperation, auch wenn es letztlich um ein weibliches Aussehen geht. Ein häufiger Grund für einen Brustaufbau ist, dass die Brust aufgrund einer Brustkrebs-erkrankung entfernt werden muss.

Die Möglichkeiten

Die weibliche Brust soll nach dem Aufbau möglichst natürlich aussehen und sich natürlich anfühlen. Als Implantat werden meist Silikonkissen verwendet. Die verwendeten Silikonkissen sind moderne Medizinprodukte, die allgemein verträglich und sicher sind.

In dieser Entscheidungshilfe geht es um die Frage, ob ein Silikonimplantat unter oder über dem Brustmuskel, also direkt unter die Haut eingesetzt werden soll.

Unter dem Brustmuskel

Das Implantat wird unter dem großen Brustmuskel eingesetzt. Es wird vollständig oder teilweise vom Muskel bedeckt. Für die Behandlung wird der Muskel gedehnt oder eingeschnitten.

Über dem Brustmuskel

Das Implantat wird über dem Brustmuskel eingesetzt. Es liegt dann direkt unter der Haut. Ist die Haut zu straff, muss sie zunächst gedehnt werden, damit das Implantat ausreichend Platz findet.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 12.9.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Thorsten Heilmann
Externe Reviewer: Prof. Dr. Günter Emons

Brustkrebs nach Operation – welche Bestrahlung?

Die Informationen richten sich an Frauen im Alter von über 60 Jahren, die an Brustkrebs in einem frühen Stadium erkrankt sind. Ihr Brustkrebs wird von Geschlechtshormonen angeregt (Hormonrezeptor-positiver Brustkrebs) und ist HER2-negativ. Der Tumor wurde durch eine brusterhaltende Operation entfernt. Nun stehen die Frauen vor der Entscheidung, ob oder wie sie ihre operierte Brust bestrahlen lassen.

Die Möglichkeiten

Bei den hier vorgestellten Bestrahlungen wird die Brust von außen bestrahlt. Es handelt sich dabei um sogenannte hypofraktionierte Bestrahlungen. Das heißt, die Frauen haben insgesamt weniger Bestrahlungstermine als bei einer konventionellen Bestrahlung, die klassischerweise etwa 5 Wochen dauert. Dafür ist die Strahlendosis bei den einzelnen Terminen etwas höher.

Bestrahlung der ganzen Brust

Die ganze Brust wird mit derselben Strahlendosis bestrahlt.

Bestrahlung der ganzen Brust mit verminderter Strahlendosis

Die ganze Brust wird bestrahlt, aber nicht mit derselben Strahlendosis: Außerhalb des Bereiches der Brust, in dem sich der Tumor befand (Tumorbett), wird die Strahlendosis verringert.

Teilbestrahlung der Brust

Es wird gezielt nur der Bereich der Brust bestrahlt, in dem sich der Tumor befand (Tumorbett).

Keine Bestrahlung

Ohne Bestrahlung wird nur die antihormonelle Behandlung durchgeführt. Diese Möglichkeit kommt vor allem für ältere Frauen mit einer eingeschränkten Lebenserwartung sowie einem Tumor kleiner als 2 cm und krebsfreien Lymphknoten infrage.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.11.2020
Beteiligte Experten des UKSH: Prof. Dr. Jürgen Dunst, Dr. David Krug, Prof. Dr. Dirk Bauerschlag, Dr. Kirsten Eilf, Dr. Tina von Mackelenbergh

Endometriose – welche Medikamente?

Die Endometriose ist eine der häufigsten gutartigen Unterleibserkrankungen bei Frauen im gebärfähigen Alter. Bei der Endometriose siedeln sich Zellen der Gebärmutterschleimhaut außerhalb der Gebärmutter an und bilden sogenannte Endometriose-Herde.

Eine Endometriose kann starke Beschwerden verursachen. Die Beschwerden werden dabei meist abhängig vom Monatszyklus stärker, nehmen dann wieder ab oder verschwinden sogar. Die Beschwerden können vor dem Einsetzen der Regelblutung beginnen und während der Blutung anhalten.

Die Möglichkeiten

Patientinnen können eine Schmerzbehandlung oder eine Hormonbehandlung wählen.

In dieser Entscheidungshilfe geht es konkret um folgende Fragen:

- Möchten die Patientinnen nur Schmerzmittel einnehmen oder kommt eine zusätzliche Hormonbehandlung infrage, die auch die Ursachen der Schmerzen bekämpft?
- Wenn eine Hormonbehandlung infrage kommt, welche Medikamente sind dann passend?
- Wenn sich Frauen für ein Gestagen entscheiden, soll es dann in Tablettenform verabreicht werden oder möchten sie eine Spirale eingesetzt bekommen, die das Gestagen freisetzt?

Schmerzbehandlung

Auch wenn Frauen sich nicht für eine Hormonbehandlung entscheiden, haben sie die Möglichkeit, ihre Schmerzen zu unterdrücken. Dazu eignen sich verschiedene Schmerzmedikamente sowie nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Wärme. Eine Schmerzbehandlung beeinflusst das Wachstum der Endometriose-Herde nicht.

Hormonbehandlung

Das Hormon „Östrogen“ trägt dazu bei, dass Endometriose-Herde entstehen und weiterwachsen. Daher versucht jede hormonelle Behandlung den Wachstumsreiz, den das Östrogen auf das Endometriosegewebe ausübt, zu verringern. Alle in dieser Entscheidungshilfe vorgestellten Hormonbehandlungen senken den Östrogenspiegel mehr oder weniger stark ab.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 30.10.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Damaris Freytag, Dr. Göntje Peters,
Prof. Ibrahim Alkatout, Dr. Mohamed Elessawy
Externe Reviewer: Prof. Dr. Günter Emons

Entfernung der Gebärmutter – teilweise oder ganz?

Der Grund für eine Gebärmutterentfernung können ganz unterschiedliche Erkrankungen sein, zum Beispiel:

- gutartige Tumoren (Myome)
- eine Scheiden- und/oder Gebärmuttersenkung
- sehr starke oder lange Regelblutungen (Menorrhagie)
- Wucherungen von Gebärmuttergewebe (Endometriose)

Hierbei handelt es sich um gutartige Erkrankungen. Das bedeutet, dass sie nicht lebensbedrohlich sind. Allerdings können sie vielfältige Beschwerden hervorrufen: von starken Regelblutungen über Druck- und Fremdkörpergefühle im Unterleib bis hin zu Problemen beim Wasserlassen und Stuhlgang. Diese Beschwerden können sehr belastend sein und die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit stark einschränken.

Die Möglichkeiten

Diese Entscheidungshilfe behandelt die Frage, welche Vorteile und Nachteile eine teilweise beziehungsweise eine vollständige Entfernung der Gebärmutter hat.

Der mögliche Nutzen des Eingriffs hängt sehr davon ab, warum die Gebärmutter entfernt wurde. Sowohl bei einer teilweisen als auch bei einer vollständigen Entfernung der Gebärmutter werden die Eierstöcke grundsätzlich nur entfernt, wenn es dafür medizinische Gründe gibt.

Für beide Möglichkeiten gilt

Für die Operation wird heute meist ein schlüssellochchirurgischer Zugang (endoskopisch) über den Bauch gewählt. Eventuell wird bei der Operation auch ein Roboter eingesetzt. Die Frauen bekommen eine Vollnarkose.

Teilweise Entfernung

Der Gebärmutterkörper wird entfernt, der Gebärmutterhals bleibt jedoch erhalten (suprazervicale Hysterektomie).

Vollständige Entfernung

Der Gebärmutterkörper und der Gebärmutterhals werden entfernt (totale Hysterektomie). Der Gebärmutterhals wird von der Vagina, und die Gebärmutter von den Eileitern abgetrennt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 8.8.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Mohamed Elessawy, Prof. Dr. Ibrahim Alkatout, Dr. Göntje Peters
Externe Reviewer: Prof. Dr. Günter Emons

Entfernung der Gebärmutter – welche Operation?

Der Grund für eine Gebärmutterentfernung können ganz unterschiedliche Erkrankungen sein, zum Beispiel:

- gutartige Tumoren (Myome)
- eine Scheiden- und/oder Gebärmuttersenkung
- sehr starke oder lange Regelblutungen (Menorrhagie)
- Wucherungen von Gebärmuttergewebe (Endometriose)

Hierbei handelt es sich um gutartige Erkrankungen. Das bedeutet, dass sie nicht lebensbedrohlich sind. Allerdings können sie vielfältige Beschwerden hervorrufen: von starken Regelblutungen über Druck- und Fremdkörpergefühle im Unterleib bis hin zu Problemen beim Wasserlassen und Stuhlgang. Diese Beschwerden können sehr belastend sein und die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit stark einschränken.

Die Möglichkeiten

Diese Entscheidungshilfe behandelt die Frage, welche Vorteile und Nachteile verschiedene Operationstechniken haben, mit denen die Gebärmutter entfernt werden kann.

Vaginale Operation

Bei der vaginalen Operation wird die Gebärmutter (Gebärmutterkörper und Gebärmutterhals) über die Vagina entfernt. Der Gebärmutterhals muss mit entfernt werden.

Laparoskopische Operation

Eine laparoskopische Operation kann man auch mit „Schlüssellochchirurgie“ übersetzen. Der Zugang zur Gebärmutter wird über kleine Schnitte in der Bauchdecke geschaffen. Die Gebärmutter kann ganz oder teilweise (mit oder ohne Gebärmutterhals) entfernt werden.

Laparoskopische Operation mit Roboterunterstützung

Bei dieser Technik werden die Operationsinstrumente nicht direkt, sondern indirekt über motorenbetriebene Arme geführt. Das ermöglicht den Ärztinnen und Ärzten eine große Beweglichkeit, einen guten Blick, und eine ruhige und sichere Führung der Instrumente.

Basisdate

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 26.8.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Dr. Mohamed Elessawy, Prof. Dr. Ibrahim Alkatout, Dr. Göntje Peters
Externe Reviewer: Prof. Dr. Günter Emons

Gebärmutterhalskrebs – minimalinvasive oder offene Operation?

Die Informationen richten sich an Frauen, die an Gebärmutterhalskrebs in einem frühen Stadium erkrankt sind. Ihr Krebs soll durch eine radikale Gebärmutterentfernung (Hysterektomie) behandelt werden.

Die Möglichkeiten

Es gibt 2 Möglichkeiten, um die Gebärmutter zu entfernen: Die Operation kann minimalinvasiv (Schlüssellochoperation) oder über einen Bauchschnitt (offene Operation) erfolgen.

Minimalinvasive Operation

Für die minimalinvasive Operation unter Vollnarkose sind in der Regel 3 Bauchschnitte mit einer Größe von je 1 bis 3 cm nötig. Ein Schnitt wird im Bauchnabel gemacht, die anderen beiden rechts und links am Unterbauch. Über diese Bauchschnitte werden die Instrumente in die Bauchhöhle eingeführt, unter anderem eine dünne Kamera mit Lampe. Darüber kann sich das Operationsteam den Innenraum des Bauches und des Beckens anschauen. Am Universitätsklinikum Kiel kann die minimalinvasive Operation auch mit Roboterunterstützung erfolgen.

Offene Operation

Bei einer offenen Operation entfernt die Operateurin oder der Operateur die Gebärmutter über einen Bauchschnitt. Dieser verläuft in der Regel längs in der Bauchmitte vom Schambein bis zum Bauchnabel oder bis zum Brustbein, etwa über 15 cm bis 30 cm. Der Schnitt wird links um den Bauchnabel herum gesetzt. Es kann medizinisch auch nötig sein, dass der Schnitt quer am Unterbauch verläuft. Das Operationsteam trennt die Gebärmutter vorsichtig von Blutgefäßen und dem umliegenden Gewebe. Anschließend wird die Gebärmutter über den Bauchschnitt entnommen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.11.2020
Beteiligte Experten des UKSH: Prof. Dr. Nicolai Maass, Dr. Mohamed Elessawy, Prof. Dr. Ibrahim Alkatout, Dr. Jona Röseler, Prof. Dr. Dirk Bauerschlag
Externe Reviewer: Prof. Dr. Günter Emons

Senkung der Scheide oder der Gebärmutter – wie operieren?

Die Organe im Inneren des Körpers sind durch Bindegewebe und Muskeln fest miteinander verbunden und bleiben so an ihrem Platz. Bei Frauen halten auf diese Art die Muskeln und Bindegewebsschichten des Beckenbodens die Gebärmutter und die anderen Organe des Beckens in ihrer Position.

Wenn die Stabilität und die Elastizität des Beckenbodens nachlassen, kann er diese Haltefunktion nicht mehr wie gewohnt erfüllen. Das wird als Beckenbodenschwäche (Beckenbodeninsuffizienz) bezeichnet. Die Beckenorgane wie zum Beispiel die Gebärmutter oder die Scheidenwände können dann absinken.

Die Möglichkeiten

Diese Entscheidungshilfe ist für Frauen gedacht, die durch ihre Scheiden- oder Gebärmutterabsenkung Beschwerden haben. Zu diesen Beschwerden gehören zum Beispiel das Gefühl, dass etwas stark nach unten drückt, Schmerzen im Unterleib oder beim Geschlechtsverkehr, häufiger Harndrang oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Der Leidensdruck ist so groß, dass Betroffene überlegen, sich operieren zu lassen.

Sakrospinale Fixation

Bei dieser Operation wird die Scheide mithilfe von starken Fäden an Sehnen im Becken fixiert. Das Verfahren eignet sich vor allem für Frauen, die keine Gebärmutter mehr haben oder bei denen die Gebärmutter in derselben Operation entfernt wird.

Sakropexie

Bei der Sakropexie (auch Sakrokolpopexie) wird der Gebärmuttermund oder die Vagina mithilfe eines Kunststoffnetzes mit der Wirbelsäule verbunden. Bei diesem Verfahren kann meist minimalinvasiv operiert werden (Schlüssellochchirurgie).

Pektopexie

Die Pektopexie ist eine eher neue Methode, bei der ebenfalls ein Kunststoffnetz verwendet wird. Das Netz wird im Becken von Seite zu Seite gespannt und hebt so die Organe des Beckens in die richtige Position. Die Operation erfolgt wie bei der Sakropexie minimalinvasiv über ein kleines Loch in der Bauchdecke.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.8.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Nicolai Maass, Dr. Mohamed Elessawy, PD Dr. Ulrich Pecks
Externe Reviewer: Prof. Dr. Günter Emons

Grauer Star – jetzt operieren oder noch abwarten?

Der Graue Star (Katarakt) führt dazu, dass man mit der Zeit immer schlechter sehen kann. Die ursprünglich klare Augenlinse trübt sich nach und nach grau ein. Betroffene sehen wie durch einen leichten Schleier, der mit der Zeit immer dichter wird. Viele Menschen mit einem Grauen Star reagieren zudem empfindlicher auf Blendlicht und können nicht mehr so gut Kontraste wahrnehmen.

Bei einem Grauen Star geht die Sehkraft schleichend verloren. Man sieht in der Regel nach und nach immer trüber und verschwommener. Unbehandelt kann der Graue Star zur Erblindung führen.

Die Möglichkeiten

Es gibt keine Medikamente, mit denen man einen Grauen Star wirksam behandeln kann. In dieser Entscheidungshilfe geht es deshalb darum, ob man sich jetzt am Grauen Star operieren lassen möchte oder ob man abwarten und erst einmal auf Sehhilfen wie Brillen, Kontaktlinsen oder Lupen zurückgreifen möchte.

Ein Grauer Star ist kein Notfall, daher lässt sich in Ruhe abwägen und entscheiden, ob und zu welchem Zeitpunkt eine Operation infrage kommt.

Abwarten

Eine Möglichkeit ist, erst einmal abzuwarten. Der bereits vorhandene Sehverlust kann zum Beispiel durch eine Brille oder Kontaktlinsen ausgeglichen werden.

Operation

Die hier vorgestellte Operation am Grauen Star heißt Phakoemulsifikation. Dabei handelt es sich um die gängige Operation, die von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet wird. Die getrübte Linse wird entfernt und durch eine künstliche Linse ersetzt. Diese neue Linse soll die Sehfähigkeit wieder herstellen. Während jedoch die natürliche Linse durch Muskeln im Auge dicker und dünner gemacht werden kann, hat die künstliche Linse eine feste Form. Deshalb kann sie nur in einem bestimmten Entfernungsbereich ein scharfes Bild anbieten.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.5.2021
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Johann Roider, PD. Dr. Christoph Elken,
Dr. Jasmin Sophie Warning

Internistische Altersmedizin

Die Internistische Altersmedizin des UKSH wendet sich an ältere Patientinnen und Patienten (in der Regel über 70 Jahre), die akut erkrankt sind. Vielleicht haben sie eine Lungenentzündung oder aber ein schweres Problem mit ihrer Zuckerkrankheit. Diese aktuen Beschwerden können zu funktionellen Einschränkungen führen, die ihre Teilhabe am Alltag bedrohen. Das können zum Beispiel Einschränkungen in der Beweglichkeit, der Belastbarkeit oder der Konzentration sein.

In enger Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten wird die Behandlung gezielt auf deren Bedürfnisse abgestimmt. Dafür ist es wichtig, dass sie sich bereits bei der Festlegung der Behandlungsformen und der Therapieziele aktiv beteiligen. Was sollte im Hinblick auf ihre persönliche Situation berücksichtigt werden? Welche Behandlungen kommen für sie infrage? Was möchten sie während des Aufenthalts im UKSH erreichen? Wenn möglich, werden auch ihre Angehörigen oder andere betreuende Personen frühzeitig in die Therapie mit einbezogen.

Ziel des Behandlungskonzepts ist es, gemeinsam mit ihnen ihre Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen.

Die Möglichkeiten

Ein 10-minütiger Film stellt diverse Maßnahmen des Interdisziplinären Konzepts der Internistischen Altersmedizin des UKSH vor.

Basisdaten

Evidenzrecherche: keine
Beteiligte Experten des UKSH:
Klinik für Neurologie: Prof. Dr. Walter Maetzler

Neuroloische Erkrankungen im Alter

In der Neurogeriatrie des UKSH werden ältere Patienten mit neurologischen Erkrankungen behandelt. Das können zum Beispiel Einschränkungen im Zusammenhang mit Gleichgewicht, Beweglichkeit und Muskulatur sowie Gehen, Denken, Sprechen, Schlucken und Ausscheiden sein.

In enger Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten wird die Behandlung gezielt auf deren Bedürfnisse abgestimmt. Dafür ist es wichtig, dass sie sich bereits bei der Festlegung der Behandlungsformen und der Therapieziele aktiv beteiligen. Was sollte im Hinblick auf ihre persönliche Situation berücksichtigt werden? Welche Behandlungen kommen für sie infrage? Was möchten sie während des Aufenthalts im UKSH erreichen? Wenn möglich, werden auch deren Angehörige oder andere betreuende Personen frühzeitig in die Therapie mit einbezogen.

Ziel des Behandlungskonzepts ist es, gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten deren Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Außerdem lernen sie, wie sie die wiedergewonnenen Fähigkeiten nach dem stationären Aufenthalt zu Hause erhalten können.

Die Möglichkeiten

Ein 10-minütiger Film stellt diverse Maßnahmen des Interdisziplinären Konzepts der Internistischen Altersmedizin des UKSH vor.

Basisdaten

Evidenzrecherche: keine
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Walter Maetzler

Vestibularis Schwannom – Operation oder Bestrahlung?

Ein Vestibularis-Schwannom ist ein gutartiger Tumor, der zwischen dem Innenohr und dem Gehirn liegt. Die meisten Vestibularis-Schwannome, auch Akustikusneurinome genannt, entstehen aus dem Nervus vestibularis. Der Nerv gibt die Information aus dem Gleichgewichtsorgan im Ohr an das Gehirn weiter. Seltener entstehen die Vestibularis-Schwannome aus dem Hörnerv (Nervus vestibulocochlearis), der die Hörimpulse aus dem Innenohr zum Hirnstamm leitet.

Der Tumor wächst meistens im inneren Gehörgang. Je größer er wird, desto mehr drückt er auf die Nerven und beeinträchtigt zunehmend vor allem das Hören und den Gleichgewichtssinn.

Die Möglichkeiten

Die Behandlung soll das Wachstum Ihres Vestibularis-Schwannoms stoppen. Dafür gibt es zwei Möglichkeiten: Ihr Schwannom wird operiert oder bestrahlt.

Operation

Eine Operation soll den Tumor entfernen. Manche Patientinnen und Patienten stellen sich den Eingriff am Schädel als sehr gefährlich vor. Diese Angst ist unbegründet. In den Schädel wird nur ein kleines Loch gebohrt, das keine weiteren Komplikationen verursacht. Da das Vestibularis-Schwannom über diesen Zugang direkt erreichbar ist, wird das Gehirn nicht verletzt.

Bestrahlung

Eine Bestrahlung soll den Tumor zerstören. Es bleibt also ein narbiger Tumorrest zurück. Mit „Bestrahlung“ ist hier die radiochirurgische Behandlung gemeint. Bei diesem Verfahren (Radiochirurgie) werden Röntgenstrahlen eingesetzt. Bei der Radiochirurgie wird der Tumor durch die Schädeldecke hindurch mit wenigen hochdosierten Bestrahlungen (meistens 1 bis 3 Termine) behandelt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 1.6.2019
Beteiligte Experten des UKSH:
Klinik für Neurochirurgie:
Prof. Dr. Michael Synowitz, Dr. Alexander Doukas
Klinik für Strahlentherapie:
Prof. Dr. Jürgen Dunst, Dr. David Krug

Erkrankung des Zahnnervs – den Zahn erhalten oder ziehen?

In der Zahnwurzel liegen ein oder mehrere Kanäle mit Seitenkanälen, in denen Blutgefäße, Nerven und Lymphbahnen verlaufen. Dieses weiche Zahninnere nennt man auch Pulpa, Zahnmark oder Zahnnerv. Die häufigsten Ursachen für eine Entzündung des weichen Zahninneren sind Unfälle oder Karies.

Die Entzündung dringt durch die verschiedenen Schichten des Zahns bis in die Pulpa und die Wurzelspitze vor. Sobald sich die Pulpa entzündet, spürt man meistens einen pochenden Dauerschmerz.

Wenn die Entzündung nicht behandelt wird, kann der Zahn absterben. Die Entzündung kann chronisch werden und sich weiter auf den Kieferknochen ausdehnen. Eiter sammelt sich an und es entsteht ein Abszess. Der Abszess kann zu grippeähnlichen Beschwerden führen. Das Kinn und die Wange können anschwellen. Die Schmerzen strahlen dann weiter in andere Bereiche des Kopfes aus.

Die Möglichkeiten

Auch wenn ein entzündeter Zahn noch nicht weh tut, ist es wichtig, ihn behandeln zu lassen und die Entzündung zu stoppen. Dafür stehen grundsätzlich 2 Möglichkeiten zur Verfügung:

Der Zahn wird erhalten

Der Wurzelkanal wird behandelt („Wurzelbehandlung“). Kommt es erneut zu Problemen, kann die Behandlung wiederholt oder der Zahn doch noch gezogen werden.

Der Zahn wird gezogen

An seiner Stelle bekommt man ein Implantat, eine Brücke oder eine Prothese.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.10.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Christoph Dörfer, Dr. Mohamed Mekhemar

Kollumfraktur – konservative Behandlung oder Operation?

Der Kiefer besteht aus zwei Knochen: dem Oberkiefer und dem Unterkiefer. Der Oberkieferknochen ist fest mit dem Schädel verwachsen. Der Unterkieferknochen dagegen ist über die beiden Kiefergelenke beweglich mit dem Oberkieferknochen verbunden. Das obere Ende der Kiefergelenke bildet jeweils das sogenannte Kieferköpfchen.

Diese Entscheidungshilfe ist für Menschen gedacht, deren Kiefergelenk am Kieferköpfchen gebrochen ist. So einen Bruch nennt man einen Bruch des Kiefer(gelenk)köpfchens oder auch eine Kollumfraktur.

Das Kiefergelenk kann auf einer oder auf beiden Seiten gebrochen sein. Es gibt unterschiedlich schwierige Brüche. Schwierig ist ein Bruch dann, wenn die Knochen zueinander verschoben sind (Dislokation), oder wenn das Gelenkköpfchen aus dem Gelenk herausgesprungen ist (Luxation).

Die Möglichkeiten

Der Bruch ist in der Regel gut heilbar, wenn er so schnell wie möglich ärztlich behandelt wird. So kann man Folgeschäden vermeiden. Allerdings braucht es dafür viel Geduld. Man sollte sich darauf einstellen, dass ein Kiefergelenkbruch 2 bis 3 Monate braucht, um vollständig auszuheilen. Zur Behandlung einer Kollumfraktur gibt es 2 Möglichkeiten:

Konservative Behandlung

Eine Behandlung ohne Operation dauert insgesamt 4 bis 6 Wochen. In dieser Zeit werden die Kiefer mit Gummibändern zusammengehalten. Diese Gummibänder werden regelmäßig in der Klinik kontrolliert. Man kann während der Behandlung nur flüssige oder breiige Nahrung zu sich nehmen.

Operation

Man wird operiert. Kleine Titanplatten halten die Knochen in der richtigen Position. In der 1. Woche nach der Operation werden die Kiefer durch Gummibänder zusammengehalten. In dieser einen Woche kann man nur flüssige oder breiige Nahrung zu sich nehmen. Danach kann man allmählich wieder normal essen und den Kiefer belasten. Später können die Titanplatten wieder entfernt werden.

Basisdaten

Evidenzrecherche: EBSCO
Literatur berücksichtigt bis: 2.6.2020
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Dr. Jörg Wiltfang, Dr. Dr. Klaus Häfelein, Hilke Sabine Bruckmüller, Dr. Dr. Christian Flörke

Platzmangel im Kiefer – was können wir tun?

Diese Entscheidungshilfe bietet in einem freundlichen, bunten Layout Erklärungen für Kinder sowie für deren Eltern.

Ein Platzmangel im Kiefer kann verschiedene Gründe haben:

- Häufig wandern die Zähne zu weit nach innen oder zu weit nach außen oder sie stehen zu weit vor.
- Ein Milchzahn fällt irgendwann aus, weil er von einem neuen Zahn herausgeschubst wird. Wenn das nicht passiert, ist vielleicht kein neuer Zahn da oder der neue Zahn wächst schief heraus.
- Es kann sein, dass ein Kiefer größer ist als der andere. Oder ein Kiefer ist größer als seine Zähne oder die Zähne sind größer als der Kiefer. Und manchmal fehlt ein Zahn oder es ist ein Zahn zu viel da.
- Ein Kiefer kann schmaler oder breiter als der andere wachsen oder auch länger oder kürzer.
- Wenn ein kaputter Zahn entfernt wird, entsteht eine Lücke, in die andere Zähne einwandern können. Die Zähne stehen dann nicht mehr da, wo sie eigentlich stehen sollen.

Die Möglichkeiten

Leider löst sich das Problem nicht von alleine. Je früher man etwas unternimmt, desto einfacher ist die Behandlung.

Lose Zahnspangen

Lose Zahnspangen kann man herausnehmen. Es gibt zum Beispiel die „aktive Platte“ oder die „Doppeldecker-Zahnspange“.

Feste Zahnspangen

Das häufigste Modell ist die Bracket-Zahnspange. Brackets werden fest an die Zähne geklebt und mit einem Drahtbogen verbunden.

Kombinierte Zahnspangen

Bei einem häufigen Modell werden Brackets vom Ober- und Unterkiefer mit losen Gummibändern oder einem Gesichtsbogen in die richtige Position gebracht.

Zähne ziehen

Manchmal ist es sinnvoll, Zähne zu ziehen.

Basisdaten

Evidenzrecherche: keine
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Helge Fischer-Brandies,
Dr. Nadine Hinrichsen, Dr. Mona Salam

Zahnloser Kiefer – Vollprothese ohne oder mit Implantaten?

Diese Entscheidungshilfe ist für Personen gedacht, die in einem Kiefer oder in beiden Kiefern keine Zähne mehr haben oder deren Zähne nicht erhalten werden können. Manche Menschen fühlen sich dann in ihrer Lebensqualität eingeschränkt, da sie nicht mehr gut essen oder sprechen können. Sie ziehen sich eventuell aus dem gesellschaftlichen Leben zurück, weil sie unsicher sind, wie sie auf andere wirken, und weil sie peinliche Situationen vermeiden wollen.

Wenn man über eine längere Zeit keinen oder keinen passenden Zahnersatz trägt, verliert der zahnlose Kiefer zunehmend an Knochensubstanz.

Die Möglichkeiten

Bei einem zahnlosen Kiefer lassen sich die Zähne durch eine Vollprothese ersetzen, die direkt auf dem Kiefer haftet oder an Implantaten befestigt ist. Beide Optionen haben Vor- und Nachteile. Welche das sind, erfährt man in dieser Entscheidungshilfe.

Vollprothese ohne Implantate

Eine Vollprothese, die nicht an Implantaten befestigt ist, haftet ähnlich einem Saugnapf an der Schleimhaut des Kiefers. Die Basis der Prothese wird aus einem zahnfleischfarbenen Kunststoff gefertigt. Sie wird dem zahnlosen Ober- oder Unterkiefer genau angepasst, damit die Prothese gut sitzt. Die künstlichen Zähne werden auf der Prothesenbasis befestigt. Sie lassen sich in Zahnform, -stellung und -farbe individuell gestalten. Die Prothese kann jederzeit aus dem Mund genommen werden, zum Beispiel zum Reinigen.

Vollprothese mit Implantaten

Die Vollprothese wird auf Zahnimplantaten verankert. Implantate sind kleine Schrauben, die in den Kiefer eingesetzt werden. Hier verwachsen sie fest mit dem Knochen und übernehmen die mechanische Funktion von natürlichen Zahnwurzeln. Wenn die Implantate festgewachsen sind, wird daran entweder eine herausnehmbare Vollprothese (Implantatprothese) oder eine festsitzende Implantatbrücke aus künstlichen Zähnen aufgesetzt.

Basisdaten

Evidenzrecherche: Kleijnen Systematic Reviews Ltd
Literatur berücksichtigt bis: 1.2.2021
Beteiligte Experten des UKSH:
Prof. Dr. Matthias Kern, PD Dr. Nicole Passia

Innovationsfonds-Projekt – SHARE TO CARE in Kiel

Das vom Innovationsfonds seit 2017 geförderte Projekt „Making SDM a Reality“ setzt mit dem SHARE TO CARE-Programm weltweit erstmalig die Prozesse des Shared Decision Making in einem kompletten Krankenhaus der Maximalversorgung um, dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (Campus Kiel). Dabei werden auch alle Herausforderungen bei der Umsetzung von SDM berücksichtigt und näher unter die Lupe genommen. Denn SDM soll nicht nur formal eingeführt, sondern auch nachhaltig implementiert und weiter erforscht werden.

So funktioniert‘s

SHARE TO CARE basiert auf vier Modulen, die miteinander verbunden sind. Die Idee ist, bei den beteiligten Personen gleichzeitig anzusetzen und SDM in möglichst vielen Fragestellungen durch evidenzbasierte Entscheidungshilfen zu unterstützen. Die vier Module des Programms sind im Folgenden skizziert. Für eine Fachabteilung dauert eine vollständige Einführung von SDM etwa ein halbes Jahr. Alle Module wurden im Vorfeld in wissenschaftlichen Studien getestet und zeigten einen Nutzen für die Arzt-Patienten-Kommunikation.

MODUL 1: Ärzte-Training

Im ersten Schritt absolvieren die Ärztinnen und Ärzte ein Online-Training, in dem anhand von Lehrbeispielen Grundlagenwissen zu SDM vermittelt wird. Dann nehmen sie zwei reale Entscheidungsgespräche auf Video auf. Auf deren Basis erhalten sie jeweils ein individuelles Feedback mit konkreten Verbesserungsvorschlägen. Die Trainings werden von speziell ausgebildeten Trainerinnen und Trainern durchgeführt.

MODUL 2: Qualifizierung von Pflegekräften

Ausgewählte Pflegekräfte erhalten eine umfassende Schulung zum Decision Coach. In dieser Rolle unterstützen sie Patientinnen und Patienten beim Verstehen der medizinischen Inhalte. Außerdem helfen sie ihnen dabei, die eigenen Präferenzen klar zu benennen.

MODUL 3: Patientenaktivierung

Patientinnen und Patienten werden angeleitet, wie sie sich aktiv an ihren medizinischen Entscheidungen beteiligen können, zum Beispiel indem sie ihrer Ärztin oder ihrem Arzt die „Drei Fragen“ stellen.

MODUL 4: Entscheidungshilfen

Für verschiedene Indikationen werden Online-Entscheidungshilfen entwickelt, die auf Grundlage aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse Informationen zu den Handlungsmöglichkeiten bereitstellen. Um diese Informationen besonders anschaulich zu machen, werden sie zudem bildhaft dargestellt und filmisch durch Erklärungen von Ärztinnen und Ärzten sowie Berichten von Patientinnen und Patienten unterstützt.

Hausarztzentrierte Versorgung – SHARE TO CARE in Bremen

Neben der Implementierung am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein wird das SHARE TO CARE-Programm auch in der hausärztlichen Versorgung angewendet. Seit 1. Oktober 2019 haben Hausärztinnen und Hausärzte in Bremen Zugang zu einem Online-Training, mit dessen Hilfe sie ihre chronisch kranken Patientinnen und Patienten besser an den medizinischen Entscheidungen beteiligen können. Eingebettet ist das Training in ein Projekt, das erstmalig das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung flächendeckend in die Praxis umsetzt.

Einsatz aller Bausteine

Analog zur Implementierung am Uniklinikum Kiel werden auch in Bremen die Bausteine des SHARE TO CARE-Programms umgesetzt:

- Ärztinnen und Ärzte trainieren online und in Präsenzveranstaltungen, Gespräche im Sinne der gemeinsamen Entscheidungs-findung zu führen.
- Medizinische Fachangestellte werden als Unterstützer für den Prozess geschult.
- Patientinnen und Patienten werden motiviert, eine aktive Rolle im Gespräch zu übernehmen.
- Laiengerechte Informationsmaterialien bieten die fachlichen Grundlagen.

Vergütung

Jede Praxis erhält für ihre Beteiligung eine Extravergütung, die sich aus mehreren Töpfen speist. Bedingung ist der Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung (HzV), die die AOK Bremen/Bremerhaven sowie die Handelskrankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen geschlossen haben. Inzwischen wurde der Vertrag auch von DAK und IKK übernommen. Bislang haben sich 450 Ärztinnen und Ärzte eingeschrieben.

Auszeichnung

Das Engagement für Shared Decision Making erntete bereits viel Lob. Es sei eine „herausragende und innovative Lösung“, fand die Jury des MSD-Gesundheitspreises, und verlieh dem Bremer Projekt Mitte September 2019 einen mit 10.000 Euro dotierten Sonderpreis. Eingereicht wurde das Bremer Projekt von den beiden beteiligten Krankenkassen sowie vom Uniklinikum Schleswig-Holstein.

Erstellung von Entscheidungshilfen nach der SHARE TO CARE-Methodik

Für die SDM-Vollimplementierung am UKSH werden insgesamt etwa 80 Entscheidungshilfen zu häufigen Indikationen produziert und Patientinnen und Patienten auf einer Online-Plattform bereitgestellt.

Der Prozess orientiert sich am standardisierten Vorgehen, das für die Gesundheitsplattform www.minebehandlingsvalg.no in Norwegen entwickelt wurde. Dort werden qualitätsgesicherte Entscheidungshilfen in Serie für ganz Norwegen publiziert („Decision Aids Factory“).

Der Prozess folgt mehreren Schritten:

1. Themenfestlegung

Die Themen der Entscheidungshilfen werden gemeinsam mit den leitenden Ärztinnen und Ärzten festgelegt. Dabei werden in einem sogenannten Scoping-Dokument die relevanten Parameter definiert: Population, Interventionen, Kontrollbehandlung und Endpunkte.

2. Literaturrecherche und Needs Assessments

Das Scoping-Dokument dient zum einen externen wissenschaftlichen Gutachtern als Grundlage für eine systematische Literaturrecherche. Aus dieser Arbeit entsteht der Evidenzbericht. Zum anderen werden parallel Patientinnen und Patienten interviewt, ihre Erfahrungen, Wünsche und Ängste in so genannten Needs Assessments festgehalten und im weiteren Prozess berücksichtigt.

3. Film und Text

Das Scoping-Dokument hat noch eine weitere Funktion: Es dient als Grundlage für Filmclips, in denen Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten ihre Erfahrung mit den verschiedenen Optionen schildern.

Der eigentliche Text der Entscheidungshilfe wird vom Team des Medical Writings auf Grundlage des Evidenzberichts erstellt. Um eine patientennahe Sprache zu gewährleisten, besteht das Team aus Medical Writern und Medizinjournalistinnen und -journalisten.

4. User Testing

Am Ende des Prozesses werden die Entscheidungshilfe im sogenannten User Testing auf ihre Praxistauglichkeit hin überprüft und gegebenenfalls nachgebessert.

Während des ganzen Prozesses haben die themenverantwortlichen Ärztinnen und Ärzte mehrmals die Möglichkeit, sich mit dem Team Evidenzbasierte Medizin sowie dem Team Medical Writing auszutauschen.

Einsatz von Entscheidungshilfen

Entscheidungshilfen sind vor allem für folgende Situationen gedacht:

- Es bleibt genügend Zeit für eine Abwägung der Handlungsmöglichkeiten.
- Mehr als eine Behandlungsoption ist medizinisch vertretbar.
- Behandlungsoptionen sind hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile ausgewogen.
- Die Entscheidung hat weitreichende Konsequenzen.
- Die Patientin oder der Patient ist entscheidungsfähig.

Entsprechend sind Entscheidungshilfen für folgende Situationen nicht geeignet:

- Es besteht eine Notfallsituation.
- Es gibt nur eine medizinisch vertretbare Behandlungsoption.
- Eine Möglichkeit ist eindeutig zu bevorzugen.
- Die Entscheidung hat kaum Konsequenzen.
- Die Patientin oder der Patient ist nicht entscheidungsfähig.

Vielfältige Einsatzmöglichkeiten

Die konkreten Einsatzmöglichkeiten sind vielfältig: Nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch das Pflegepersonal können anhand von Entscheidungshilfen die möglichen Optionen erläutern. Dabei können die Möglichkeiten gemeinsam mit den Patientinnen und Patienten durchgegangen werden. Die Entscheidungshilfen können aber auch in Ruhe zu Hause studiert werden.

Anonymisierte Auswertungen von Besuchen der Online-Plattform, auf der die Entscheidungshilfen bereitgestellt werden, belegen eine mitunter intensive Nutzung der Informationen. Es zeigt sich, dass etliche Patientinnen und Patienten die Entscheidungshilfen an mehreren Tagen immer wieder abrufen und sich dabei viel Zeit nehmen.

Der Zeitpunkt, wann die Entscheidungshilfen am besten zum Einsatz kommen, wird gemeinsam mit dem SDM-Team in so genannten Behandlungspfaden festgelegt.

Weiterentwicklung dank Usertesting

Seit Oktober 2018 wird jede fertig gestellte Entscheidungshilfe in einem Usertesting jeweils 5 bis 10 Patientinnen und Patienten vorgelegt. Die Ergebnisse sollen die Entscheidungshilfen verbessern helfen. Die Testpersonen wurden bereits für die Entscheidungshilfen gefilmt oder sie werden auf anderem Weg rekrutiert, etwa über Selbsthilfegruppen. Jede Testperson bekommt pro Teilnahme eine Aufwandsentschädigung von 30 €. Das Usertesting besteht aus einem qualitativen und einem quantitativen Teil.

Qualitativ: Laut denken

5 der 10 Testpersonen werden vom Testleiter entweder persönlich oder aber auch telefonisch dabei begleitet, wenn sie die Entscheidungshilfe das erste Mal selbstständig durchgehen. Bei diesem „Laut denken“ genannten Verfahren greift der Testleiter möglichst wenig ein, sondern beobachtet vielmehr die Testpersonen, die ihre Gedanken dabei laut aussprechen. Alle Anmerkungen und Beobachtungen werden notiert und später ausgewertet. Daraus werden konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Entscheidungshilfen formuliert

Quantitativ: Fragebogen

Außerdem füllen alle 10 Testpersonen einen Fragebogen aus, in dem sie für die Entscheidungshilfe 25 Qualitätskriterien mit je 1 bis 5 Punkten (1=sehr schlecht, 5=sehr gut) bewerten. Außerdem werden im Fragebogen das Alter, Geschlecht und die Internet-Affinität erfasst. Die Fragebögen werden quantitativ ausgewertet. und zusammen mit der Auswertung des „Laut denken“ den Abteilungen zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse des Usertestings werden den jeweiligen Abteilungen Film, Medical Writing, IT und Evidenz übermittelt. Die Abteilungen setzen die Vorschläge in Eigenverantwortung um. Vorschläge, die grundsätzliche Eigenschaften der Entscheidungshilfen betreffen, werden in größerer Runde besprochen.

Gute Ergebnisse

Eine Auswertung der Usertestings zu den ersten 32 Entscheidungshilfen ergab folgende Ergebnisse:

- Die Gesamtbewertung liegt bei 4,35.
- 24 Qualitätskriterien liegen >4, das Kriterium „Filme, in denen Patienten berichten“ bei 3,94.
- Das Kriterium „Weiterempfehlung“ liegt bei 4,61.
- Die Anzahl der Anmerkungen sank von anfangs über 120 auf später rund 30 pro Entscheidungshilfe.

Fazit: Insgesamt fällt das Usertesting sehr positiv aus, was für die hohe Qualität und Nutzerfreundlichkeit der Entscheidungshilfen spricht. Das Usertesting kann dazu beitragen, die Entscheidungshilfen im laufenden Prozess positiv weiterzuentwickeln.

Impressum

Nationales Kompetenzzentrum
Shared Decision Making

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3, Haus 9
24105 Kiel
Tel: +49 431 50020213
E-Mail: office.sdm.kiel@uksh.de
Web: https://www.uksh.de/sdm
Projektleitung:
Prof. Dr. Dipl. Psych. Friedemann Geiger

Die Entscheidungshilfen können das persönliche Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt nicht ersetzen. Wir können auch trotz größter Sorgfalt nicht ausschließen, dass sie Fehler enthalten.

Köln, Kiel, 9. Juni 2022