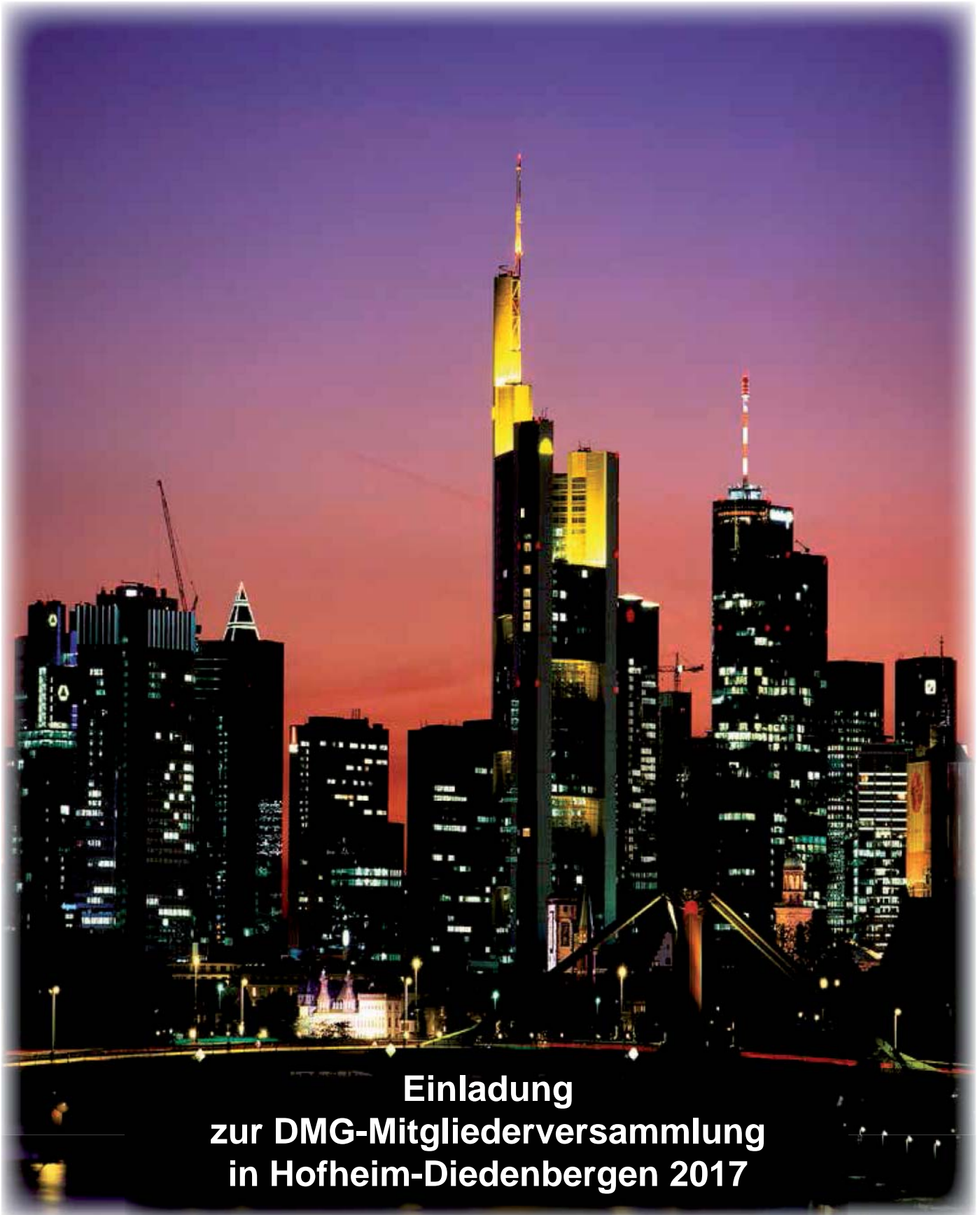




Ausgabe 1/2017

DMG-Aktuell

Zeitschrift der Deutschen Myasthenie Gesellschaft e.V.



**Einladung
zur DMG-Mitgliederversammlung
in Hofheim-Diedenbergen 2017**

Inhalt

1. Vorwort	
Hans Rohn	3
Einladung zur Mitgliederversammlung	4
2. Info / Allgemeines	
Vorschau DMG-Kongress 2017	6
Vorschau DMG-Mitgliederversammlung 2017	7
Anmeldung Hotel	10
Aufruf	17
Spende	18
Verleihung Hessischer Verdienstorden	19
4. Allgemeine Infos	
Insektenabwehrmittel	21
Klinikfälle	23
Schlafstörungen	25
Kopfschmerztabletten	27
Neuerungen im Gesundheitswesen	29
Heilmittelversorgung	30
Aufruf neuer Regionalleiter	35
Gedicht	38
5. Rückblicke Allgemein	
Erfahrungsberichte	41
Aufruf um Kontakt	49
Leserbriefe	50
6. Termine und Veranstaltungen 2017	55
7. Interne Informationen	
Warum Mitglied bei der DMG werden?	60
Beitrittserklärung	62
Schriftenreihen der DMG	63
Adressen Vorstand / Ärztlicher Beirat und iMZ-Zentren	64
Regionalgruppenleiterverzeichnis	65



Titelbild © PIA Stadt Frankfurt am Main
Foto: H.D.Fehrenz

Impressum

Herausgeber:

Deutsche Myasthenie Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle Bremen
Westerstr. 93
D-28199 Bremen
Telefon: 0421 / 59 20 60
Telefax: 0421 / 50 82 26
E-Mail: info@dmg-online.de
Internet: www.dmg-online.de
Geschäftszeiten: Mo., Die., Do. 9.00 bis 13.00 Uhr
Mittwoch 10.00 bis 15.00 Uhr

Redakteurin:

Linda Bischel-Fleckenstein

Redaktionsanschrift:

Linda Bischel-Fleckenstein
Zum Stolzenberg 3
D-55435 Gau-Algesheim
Telefon: 06725 / 9988035
Telefax: 06725 / 9986021
E-Mail: linda.bischel-fleckenstein@dmg-online.de

Druck:

Gildehaus Werbetechnik
Löwenzahnweg 7
D-26135 Oldenburg
Telefon: 0441 / 20 30 58
Telefax: 0441 / 20 30 62
E-Mail: info@gwtol.de

Termine:

	Redaktionsschluss:	Versandtermine:
Heft 1:	Ende Januar	Ende Februar
Heft 2:	Ende April	Ende Mai
Heft 3:	Ende Juli	Ende August
Heft 4:	Ende Oktober	Ende November

Der Versandtermin kann sich je nach Aktualität und
Versand verzögern!

Veröffentlichungen, auch teilweise, sind nur mit Quellenangaben und Genehmigung des Herausgebers gestattet. Die Verantwortung (i. S. d. B. P. G) aller mit Namen gekennzeichneten Beiträge liegt beim jeweiligen Verfasser. Dies gilt besonders für Angaben zu Medikamenten, Dosierungen und Behandlungsverfahren. Hierfür kann keinerlei Gewährleistung übernommen werden.
© 2017 Deutsche Myasthenie Gesellschaft e.V.

Bezugspreis: €6,00

Für Mitglieder der DMG je Ausgabe im
Jahresbeitrag enthalten.

Bankverbindung:

Volksbank Herrenberg-Nagold-Rottenburg e.G.
IBAN: **DE67 6039 1310 0032 1000 00**
BIC: **GENODES1VBH**



Liebe Leserinnen und Leser,

sicherlich ist Ihnen bei dieser Zeitung sofort aufgefallen, dass etwas anders als sonst ist! Nicht nur der Umschlag, in dem die Zeitschrift versandt wurde, sondern auch die zusätzlichen beiliegenden Formulare und der Rückumschlag. Was hat es damit auf sich?

Die Deutsche Myasthenie Gesellschaft ist immer bemüht, neue Entwicklungen in der Behandlung und Diagnose unserer Erkrankung aufzuzeigen. Dabei ist es wichtig, bestehende oder neue Medikamente zu „beobachten“ um Auffälligkeiten und Versorgungsprobleme erkennen zu können. Vor knapp neun Jahren haben wir unsere 1. Patienten-Umfrage gestartet um auf diese Fragen durch Sie bzw. unsere Mitglieder eine Antwort zu finden. Nun haben wir uns entschieden eine 2. Patienten-Umfrage durchzuführen. Mit der erneuten Befragung möchten wir Vergleiche mit der 1. Umfrage ziehen; wissen ob sich der Diagnosezeitraum für Myasthenie-Betroffene bei der Erst-Diagnose verbessert hat, wie es sich bei der Kostenübernahme von Medikamenten verhält usw.

Liebe Mitglieder, bitte unterstützen Sie unsere Umfrage, und füllen Sie die beiliegende Datenerhebung aus, und senden Sie diese mit dem beiliegenden, adressierten Rückumschlag an uns zurück.

An dieser Stelle möchte ich Sie auf die nochmalige Änderung der Mitgliederversammlung auf Samstag, 06.05.2017 hinweisen (anders als in der DMG-Aktuell 4-2016 publiziert). Die Entscheidung, die Mitgliederversammlung wie in früheren Jahren am Sonntagvormittag zu veranstalten, wurde vom Vorstand zurückgenommen! Dies bedeutet – alles wie gewohnt und gehabt für Sie!!!! Alle weiteren Informationen erhalten Sie auf den nächsten Seiten.

Ich wünsche Ihnen bis zur Mitgliederversammlung und unserem Myasthenie-Kongress eine gute Zeit und schöne Osterfeiertage im April.

Hans Rohn

„Nur wer das Neue wagt,
erkennt, was er vermag,
und was gelungen ist,
sagt erst der nächste Tag.“

(Prof. Dr. H.-A. Weirich)

DEET und Pyridostigminbromid

Insektenabwehrmittel

Seit einigen Jahren steht in den Beipackzetteln von Pyridostigminbromid (Kalymin® und Mestinon®):

„Die gleichzeitige Verabreichung des Präparates und eine großflächige, äußerliche Anwendung von N,N-diethyl-m-toluamid (DEET) sollten vermieden werden“.

DEET (= N,N-diethyl-m-toluamid ist eine farblose, nicht wasserlösliche Flüssigkeit, die in vielen Insektenabwehrmitteln (Repellents) in alkoholischer Lösung enthalten ist. Es wurde 1946 von der US-Armee entwickelt, um die Soldaten vor Stechmücken zu schützen, und wurde z.B. in Südostasien (Vietnamkrieg) eingesetzt.

1957 erfolgte die Zulassung zur zivilen Verwendung und ab 1965 die kommerzielle Vermarktung.

Es findet sich in Mitteln wie Autan®, Anti-Brumm® und Nobite®. Blutsaugende Stechmücken, Bremsen, Flöhe, Läuse, Fliegen und Zecken nehmen DEET über Duft- und Geschmacksrezeptoren als unangenehm wahr, können die für sie anlockend wirkende Substanzen des Schweißes nicht erkennen und bleiben der mit dieser Substanz eingesprühten Haut fern.

Azetylcholin ist Überträgerstoff zwischen vielen Zellen des Zentralnervensystems, indem es Informationsreize an Kontaktstellen schnell überträgt. Dadurch werden die Fasern eines quergestreiften Muskels z.B. zur Kontraktion veranlasst:

An der Nervenendigung ankommende elektrische Reize bewirken dort die Ausschüttung von Azetylcholin in den winzigen Spalt zwischen Nerv und Muskeloberfläche (Synapse). Dieses bindet sich kurzzeitig an Rezeptoren der Muskeloberfläche (Azetylcholin-Rezeptoren), wodurch die Muskelkontraktion eingeleitet wird.

Die Überträgermoleküle müssen von den Rezeptoren wieder abtransportiert werden, da es sonst zu Dauerreizungen kommt. Diese können sich bei geringer Menge durch vermehrten Speichelfluss, Schwitzen und Durchfälle bemerkbar machen, bei höherer Konzentration kommt es aber zu schweren Krämpfen bis hin zur Atemlähmung. Damit dies nicht geschieht, spaltet ein bestimmter Stoff, das Enzym Cholinesterase, den Überträgerstoff in seine beiden Bestandteile Cholin und Azetat, welche wieder in die Nervenendigung zurück transportiert werden.

Bei der Myasthenia gravis sind funktionsfähige Azetylcholin-Rezeptoren deutlich verringert, da diese durch spezifische Antikörper blockiert und ab-

gebaut werden. Wenn mehr als die Hälfte der Rezeptoren einer neuromuskulären Synapse betroffen sind, kommt es zu Lähmungen bestimmter Muskelgruppen. Um den verbleibenden funktionstüchtigen Rezeptoren mehr Überträgerstoff „anbieten“ zu können, wird dessen Abbau durch die Azetylcholinesterase verzögert. Das erreicht man durch Medikamente aus der Gruppe der Cholinesterase-Hemmer wie das Pyridostigminbromid (Mestinon®, Kalymin®). Die erhöhte Einwirkungszeit bewirkt eine bessere Kontraktionsfähigkeit der Muskeln. Diese Stoffe hemmen das Enzym reversibel und nur für 1-2 Millisekunden.

Während des Golfkrieges erhielten die amerikanischen und britischen Soldaten Pyridostigmin, das sie für den Fall eines C-Waffen-Angriffs verwenden sollten. Chemische Waffen sind vor allem Nervengifte (Organophosphorsäure-Ester) wie Tabun, Sarin, VX-Nervengas und Senfgas.

Bestimmte Organophosphate werden weltweit am meisten als Schädlingsbekämpfungsmittel (Pestizide) eingesetzt. Diese organischen Phosphorverbindungen hemmen irreversibel das Enzym Azetylcholin-Esterase: Das Azetylcholin sammelt sich an und besetzt ständig die Rezeptoren der Muskeloberfläche. Durch den Innenkanal der Azetylcholin-Rezeptoren strömen dabei ständig Na⁺-Ionen in den Muskel, was zu einer Dauererregung, Krämpfen und konzentrationsabhängig zum Tod durch Atemlähmung führt. Prinzipiell rufen diese neurotoxischen C-Waffen die gleichen Symptome hervor wie eine extreme Überdosierung des Medikaments Pyridostigminbromid. Bei Myasthenie bewirkt es in geringer Dosierung (bis maximal 500-600 mg in 24 Stunden) eine Verbesserung der Symptomatik.

Eine Überdosierung erzeugt Muskelkrämpfe, Durchfälle, Schwitzen, Muskelschwäche, erhöhten Speichel- und Tränenfluss, und eine extreme Überdosierung kann zum Tode führen. Das ist wiederum ein Beispiel für die vielzitierte Aussage von Paracelsus (1493-1541):

“Alle Dinge sind Gift und nichts ohne Gift, allein die Dosis macht, dass ein Ding kein Gift ist“.

Die Ausstattung der Soldaten mit Pyridostigminbromid begründet sich auf folgenden Wirkmechanismus: Pyridostigminbromid bindet kurzfristig und reversibel an die Cholinesterase, wodurch die Bindungsstellen für die chemischen Kampfstoffe blockiert werden. Das hat zur Folge, dass diese das Enzym nicht irreversibel hemmen können.

Seit 2009 weiß man, dass auch DEET die Azetylcholinesterase hemmt, allerdings nur in hohen, oral genommenen Dosen. Versuche mit Tieren (Ratten, Hühner), die geringe Dosen DEET und

Pyridostigminbromid erhielten, deuten darauf hin, dass beide zusammen eine synergistische Wirkung haben: Die Abbauraten von DEET werden vermindert, abbauende Enzyme werden gehemmt und so insgesamt die Neurotoxizität erhöht. Man macht diesen Effekt für zumindest einen Teil des sog. Golfkriegssyndroms verantwortlich.

Andererseits zeigte eine 2014 publizierte Studie, dass DEET nur einen geringfügigen Einfluss auf die Acetylcholin-Esterase hat.

Die Studie wurde nur mit DEET und ohne Mitwirkung von Pyridostigminbromid durchgeführt.

Sollte DEET zusammen mit Pyridostigminbromid ähnlich wirken, würde das bedeuten, dass es insgesamt zu einer Überdosierung von Acetylcholin-Esterase-Hemmern kommen könnte.

Die Herstellerfirmen von Prostigminbromid müssen sich natürlich schützen und sind verpflichtet, jegliche potenzielle Gefahr zu bewerten und als Hinweis in ihre Gebrauchsinformationen aufzunehmen.



Ambulante Rehabilitationseinrichtungen müssen ab dem 01.03.2017 elektronische Daten an die Kassen gem. § 301 Abs. 4 SGB V übermitteln

Von: Bogumila Szyja

Zum 01.03.2017 tritt die aktualisierte Rahmenvereinbarung über elektronische Datenübermittlung durch stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen an gesetzliche Krankenkassen und Rentenversicherung in Kraft aufgrund der gesetzlichen Änderung des § 301 Abs. 4 SGB V durch das

Anlage 5a zur Vereinbarung nach § 301 Abs. (4) SGB V

Zeitplan für ambulante Rehabilitationseinrichtungen

Dr. Günther Wöhrle



Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz vom 10.12.2015 sind ab dem 01.03.2017 ambulante Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 oder § 111c verpflichtet, den Krankenkassen Daten elektronisch zu übermitteln.

Zunächst ist eine Pilotphase (GKV-Bereich) bis zum 30.11.2019 geplant. Ab dem 01.12.2019 beginnt der Routinebetrieb.



**Der Paritätische Gesamtverband
Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin
Telefon 030|24636-0
Telefax 030|24636-110
E-Mail: info@paritaet.org
Internet: www.paritaet.org |
www.der-paritaetische.de**

Ein Fünftel der Klinikfälle wäre vermeidbar

Von Rebekka Höhl

Es sind markante Zahlen: Die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überschritten 2015 erstmals die 200-Milliarden-Euro-Marke. Über ein Drittel der Ausgaben (70,25 Milliarden Euro) wurden durch Klinikbehandlungen verursacht. Dabei wurden in demselben Jahr allein innerhalb der AOK 1,5 Millionen Versicherte mindestens einmal wegen einer potenziell vermeidbaren Erkrankung stationär behandelt. Nach Fallzahlen entsprechen das zwei Millionen sogenannter ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK-Fälle), so das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO).

Jeder Achte über 65 ist betroffen

Dabei geht es nicht nur um das Ausgabenvolumen: Die stationären Klinikaufenthalte sind vor allem eine Belastung für die Patienten. Immerhin ist das Gros der betroffenen Patienten älter als 65 Jahre gewesen: Von dieser Altersgruppe der AOK-Versicherten war 2015 im Schnitt jeder Achte mindestens einmal aufgrund eines ASK-Falles in der Klinik. „Diese Zahlen könnten durch entsprechende Prävention und eine effektive, qualitativ hochwertige Versorgung im ambulanten Sektor reduziert werden“, sagt Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des WIdO.

Das WIdO weiß auch, dass nicht alle dieser Fälle tatsächlich vermeidbar sind. Das Institut hat aber analysiert, welche Erkrankungen die Hauptauslöser solcher potenziell vermeidbaren Klinikaufenthalte sind und wie groß das Vermeidungspotenzial denn nun sein könnte. Die Analyse basiert auf einem methodischen Ansatz, der von Leonie Sundmacher et al. im Jahr 2015 entwickelt wurde (Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced?; Health Policy 119 (11), 1415-1423). Die Forscher hatten dabei auch ein Expertenpanel von 40 Ärzten hinzugezogen. Der Vorteil laut WIdO: Die Liste wurde in Deutschland erstellt und bezieht sich eben nicht nur auf Erfahrungen aus dem Ausland. Allerdings enthält sie daher auch einige Krankheiten, die bisher in anderen ASK-Listen nicht enthalten waren.

Letztlich kommt das Institut auf 1,44 Millionen

vermeidbare Fälle bei den AOK-Versicherten, das wären knapp 22 Prozent aller AOK-Krankenhausfälle. Dabei handelte es sich bei über der Hälfte der ASK-Fälle um eine Notfallbehandlung.

Für Ärzte wichtig sind aber vor allem die Indikationen, die zu den ASK-Fällen führen. Die meisten ASK-Fälle sind mit rund 594 000 Krankenhausfällen auf Erkrankungen des Herzkreislauf-Systems zurückzuführen, von denen laut Definition von Sundmacher 413 000 Fälle vermeidbar wären, also nahezu 70 Prozent. Betrachtet man die einzelnen Krankheitsgruppen, dann ist die Herzinsuffizienz (193 000 ASK-Fälle) Spitzenreiter. Hier wären nach der Analyse 64 Prozent der Fälle potenziell vermeidbar gewesen. Aber auch Bluthochdruck und seine Folgeerkrankungen verursachten 2015 immerhin 107 000 ASK-Fälle, hier hätten 83 Prozent der Klinikaufenthalte vermieden werden können.

Platz zwei der ASK-Fälle in der WIdO-Analyse belegen die Lungenerkrankungen. Bei Bronchitis, COPD und Bronchiektasie hätten drei Viertel der Patienten nicht in der Klinik landen müssen. Aber auch von den nahezu 113 000 Grippe- und Pneumonie-Patienten unter den ASK-Fällen sind nach der Methodik von Sundmacher 68 Prozent vermeidbar.

Aufhorchen lässt aber auch, dass Rückenschmerzen ebenfalls relativ häufig zu ASK-Fällen führten (112 000 Fälle) und diese zu 81 Prozent vermeidbar gewesen wären. Oder aber, dass Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol und Opioide auf Platz drei der ASK-Fälle rangieren.

Sektorengrenzen überwinden

Das WIdO sieht zwei Ansatzpunkte, um künftig ASK-Fälle zu reduzieren: Prävention und eine bessere Verzahnung der Versorgungsebenen. „So muss Prävention im Kindergarten und der Schule wichtige Impulse setzen und im betrieblichen Kontext verstärkt werden. Sollte eine Krankheit dann doch nicht vermieden werden können, ist es wichtig, dass sektorale Grenzen beispielsweise zwischen ambulant tätigen Ärzten, Kliniken oder Pflegeeinrichtungen überwunden werden“, so Schröder. Krankenkassen bieten Ärzten und Kliniken hier auch bereits Hil-

feststellung – etwa mit pharmakologischer Beratung oder Einweiserinformationen zur Qualität von Kliniken. Es gibt aber auch Hilfs-Tools, die von Ärzten entwickelt wurden, etwa der ARRIBA-Score (www.arriba-hausarzt.de), der das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen misst.

Das WIdO weist in seiner Analyse darauf hin, dass die aktuell vorliegenden Daten keinen direkten Rückschluss auf die Qualität der ambulanten Versorgung zulassen. Dies liege darin begründet, dass weitere, vom behandelnden Arzt nicht zu beeinflussende Faktoren wie der sozioökonomische Status, das Gesundheitsverhalten des Einzelnen oder auch die regionale Versorgungsstruktur, einen Klinikaufenthalt bedingen könnten. Dennoch kann die vorliegende Analyse für die Problematik sensibilisieren. Gerade in der aktuellen Grippeperiode. Hier könnte die Impfung für spezifische Zielgruppen eventuell Klinikfälle verhindern, so das Institut. Dass es dem WIdO nicht vorrangig darum geht, die Kosten in der GKV zu senken, zeigt sich auch beim Thema Pneumonie: Hier plädiert das Institut für eine engmaschige Betreuung des Patienten und die rechtzeitige Gabe geeigneter Arzneimittel.

WIdO - Das Wissenschaftliche Institut der AOK

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) wurde im Jahre 1976 gegründet. Die durchgeführten Forschungs- und Entwicklungsarbeiten sollen insbesondere die AOK-Gemeinschaft bei der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung unterstützen.

Gegenstand der Forschung im WIdO sind weiter Grundlagen, Probleme und die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung und der mit ihr zusammenhängenden Gebiete.

Das WIdO versteht sich in diesem Sinne als Bindeglied zwischen Wissenschaft und Praxis.



Bild: GWT