

Informationsschrift

Gesundheitspolitische Kommentare II

Handreichungen von Dr.med. Rudolf Kemmerich für
Eltern, Angehörige und Betreuer
und für
Ärzte und medizinische Fachangestellte

Inhalt der Gesundheitspolitischen Kommentare 2019 / 02

1. Beratungspsychologie
2. Demenz bei Menschen mit Behinderung
3. Energiesparen und der Specht
4. Fertignahrungsmittel erhöhen das Krebsrisiko
5. Finanzgebaren der Krankenkassen
6. Gefährliche Pillen
7. Hirnleistungsstörungen
8. Hormonelle Schadstoffe
9. Krebstherapie - konventionell oder alternativ?
10. Mobilfunk-Zukunft und Gesundheit
11. Notfallversorgung
12. Patientenempfehlung
13. Sieben-Punkte-Plan zu einer besseren Gesundheitsversorgung
14. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
15. TSVG – Ergänzungen
16. Zwangsinklusion

01. Beratungspsychologie

Ausgangslage

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe e.V. hat im Dezember 2018 eine Arbeitshilfe zu den psychologischen Grundlagen der Patientenberatung herausgegeben.¹

Bisher

standen bei Beratungen in Selbsthilfegruppen im Vordergrund:

1. Fachfragen
2. Ermittlung von Bedürfnissen
3. Anpassung des Angebots

Neu

hinzugekommen ist in den letzten Jahren die **Beratungspsychologie**. Sie habe nach den Angaben in der Arbeitshilfe einen enormen Aufschwung erlebt. Sie beschäftigt sich mit der Methodik der Beratung. Schwerpunkte sind:

1. Rahmenbedingungen
2. Gesprächsführung

Das Papier umfasst 38 Seiten und behandelt folgende Themen:

- Vorbereitung und Ablauf des Beratungsgesprächs
- Kommunikationsstrategien
- Gesprächsführung
- Beziehungsgestaltung
- Beratungsansätze
- Beratung bei Suizidneigung
- Supervision für Beratende

Ich habe nicht alle 38 Seiten durchgelesen. Für die LAG AVMB steht Individualberatung nicht im Vordergrund der Arbeit.

Ich bezweifle, dass durch eine Schulung nach den Empfehlungen der „Beratungspsychologie“ Beratungen für Betroffene und Angehörige verbessert werden können.

Kritik

Ich habe in einer Selbsthilfegruppe (KEKS e.V., Kreis von Menschen mit Speiseröhrenfehlbildung) Hunderte von Beratungsgesprächen durchgeführt. Dabei habe ich gelernt, dass lediglich zwei Bedingungen erfüllt sein müssen, wenn ein Beratungsgespräch erfolgreich ablaufen soll:

1. Fachliche Kompetenz
2. Empathie

Ein Fortbildungskurs in „Beratungspsychologie“ könnte diese beiden Bedingungen in den Hintergrund drängen und eine Verschulung des Beratungsgesprächs bewirken. Das wäre für den Patienten und seine Angehörigen ebenso unbefriedigend wie für den Beratenden.

¹ Eine Arbeitshilfe zur Beratung in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe aus beratungspsychologischer Sicht. Projekt der BAG Selbsthilfe e.V., Dezember 2018 - gefördert durch DAK Gesundheit.

02. Demenz bei Menschen mit Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung erkranken drei Mal häufiger an Demenz als geistig gesunde Menschen. Außerdem tritt die Demenz früher ein als bei anderen Menschen, bei Morbus Down zum Beispiel 20 bis 30 Jahre früher. Einen frühen Eintritt von Demenz begünstigt die Langzeiteinnahme von Antipsychotika, Benzodiazepinen und Antikonvulsiva.²

Wenn den Angehörigen oder Betreuern auffällt, dass die geistige Leistungsfähigkeit des Menschen mit Behinderung nachlässt, ist immer auch an körperliche Ursachen zu denken, zum Beispiel an Hypothyreose, Vitamin-B-Mangel, Eisen- oder Zinkmangel, Hörverlust, Schlafstörungen oder Zöliakie.

Selbstmord, wie er bei geistig gesunden Menschen mit beginnender Demenz immer wieder vorkommt, spielt bei Menschen mit geistiger Behinderung keine Rolle. Die Symptome von Depression oder Schizophrenie, die auch bei Menschen mit geistiger Behinderung vorkommen, können sich im Frühstadium der Demenz verstärken.

Die Diagnostik und die Prognose von Demenz mit Hilfe des Magnetresonanz-Tomogramms (MRT) ist bei kognitiv eingeschränkten Menschen ebenso fragwürdig wie bei geistig gesunden Menschen. Entscheidend für den Verlauf einer Demenz ist die „kognitive Reserve“ – siehe gesundheitspolitischer Kommentar „Kognitive Reserve“! Die „kognitive Reserve“ erwirbt der Mensch im Laufe seines Lebens. Sie ist ein Produkt aus Empathie, Freundschaft und gesellschaftlicher Leistung. Sie erlaubt ihrem Träger, auch bei erheblicher, im MRT nachgewiesener Hirnschrumpfung noch eine hohe kognitive Leistungsfähigkeit.³

Die Therapie von Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz unterscheidet sich nur graduell von der Therapie bei geistig gesunden Menschen. Tagesstruktur, Musik, Ergotherapie, Physiotherapie, Bewegung und emotional stärkende Beschäftigungstherapie sind die Säulen des Behandlungsplans. Denksportaufgaben und Rätsel überfordern zumeist den Patienten mit kognitiver Einschränkung.

Cholinesterase-Hemmer können im Frühstadium die Symptome lindern, den Krankheitsverlauf jedoch nicht aufhalten. Wird die Dosis gesteigert, ist mit unerwünschten Nebenwirkungen zu rechnen. Beruhigungsmittel sind nur bei Unruhezuständen und Weglaufneigung angezeigt. Da Antipsychotika und Antikonvulsiva den Hirnschwund beschleunigen, werden sie nur zurückhaltend eingesetzt – siehe auch Gesundheitspolitische Kommentare 1, Februar 2018, „Alzheimer-Medikamente wirkungslos“.⁴

Auf die Geriatrie-Abteilungen der öffentlichen Krankenhäuser kommt eine neue Herausforderung zu: Die Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz sind im Schnitt deutlich jünger als die Patienten, die üblicherweise in den Betten dieser Abteilungen liegen. Ihre Pflege ist deswegen jedoch keineswegs einfacher, im Gegenteil. Wichtig ist daher, Ärzte und Pflegekräfte auf diese neue Aufgabe vorzubereiten. Das entspricht der seit Jahren erhobenen Forderung der Angehörigenvertretung für Menschen mit geistiger Behinderung nach Aus- und Weiterbildung in diesem Bereich – siehe „Sieben-Punkte-Plan der Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen für Menschen mit geistiger Behinderung (LAG AVMB)!⁵

² Hibbeler, B., Demenz. Weltweit fast zehn Millionen Neuerkrankungen. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 112 | Heft 37 | 11. September 2015; A 1470

³ Katzman, R. et al. Clinical, pathological, and neurochemical changes in dementia: a subgroup with preserved mental status and numerous neocortical plaques. *Annals of Neurology* 1988; 23: 138 - 144

⁴ Kemmerich, R., Alzheimer-Medikamente wirkungslos. Gesundheitspolitische Kommentare 1, Februar 2018; LAG AVMB BW Gesundheitsschrift 1

⁵ LAG AVMB BW, Sieben-Punkte-Plan zu einer besseren Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Gesundheitspolitische Kommentare 2, 2019

03. Energiesparen und der Specht

Der brave Bürger dämmt sein Haus.

Seit drei Jahrzehnten fordern Politik und Medien das Einsparen von Energie, um den Energieausstoß der Atom- und Kohlekraftwerke zu senken. Eine der Möglichkeiten, den Energieverbrauch zu verringern, ist die Wärmedämmung der Wohnhäuser. Also wurde mit Hochdruck gedämmt. Die bis heute nicht genügend beachteten Folgen sind die mangelhafte Durchlüftung der Räume und die Zunahme von Feuchtigkeit und Schimmel in den Wänden. Die Sporen der Schimmelpilze sind Risikofaktoren für Allergien und Atemwegskrankheiten.

Der Specht entdeckt das Styropor

In den letzten Jahren stellte sich heraus, dass mit dem Dämm-Kreuzzug weniger die Lebensqualität des Menschen, sondern vielmehr die eines Vogels verbessert wurde: Der Buntspecht (*Picida*) hat entdeckt, dass sich in die weichen Dämmstoffe der Häuser viel leichter ein Loch für die Nisthöhle hacken lässt als in einen harten Baumstamm. Zunehmend verbreitet sich das neue Wissen in der Familie der Bunt-, Schwarz- und Grünspechte. Immer mehr Spechte brüten nicht mehr in harten Eichenstämmen, sondern in weichem Styropor. Zieht der Specht dann irgendwann aus, quartieren sich Spatzen, Meisen und Amseln in die warmen Nisthöhlen ein. In die Löcher an der Hauswand dringt Regenwasser ein, gefolgt von Ungeziefer und Schimmelpilz – eine weitere Gesundheitsgefährdung durch Wärmedämmung!

Wie wird man den Specht wieder los?

Der Hausbesitzer hat schlechte Karten. Der Specht steht unter strengem Naturschutz. Er darf beim Brüten nicht gestört werden. Auch nach seinem Auszug darf das Nest nur mit Erlaubnis der Naturschutzbehörde entfernt werden. Naturschützer raten den genervten Hausbesitzern, Windspiele aus alten CD-Platten aufzuhängen oder laute Musik abzuspielen. Als beste Empfehlung gilt, einen morschen Baumstamm neben der durchlöchernten Hauswand aufzustellen und zu hoffen, dass der tierische Holzhacker umzieht.⁶

Wenn wundert es angesichts der Schäden durch den Specht, wenn Hausbesitzer die Lust am Energiesparen verlieren? Das ist schlecht für den Klimaschutz. Der Specht bringt sogar die Bundesregierung in Bedrängnis. Er gefährdet ihr Ziel, „bis 2050 mindestens 80 Prozent der Emissionen an Treibhausgasen gegenüber 1990 einzusparen.“⁷

⁶ TS, Gedämmte Vernunft mit schimmligen Folgen. Deutsche Stimme, 42. Jg., Ausgabe 04, April 2018; 24

⁷ Zintz, K., Hauseigentümer verlieren die Lust am Energiesparen. Waiblinger Kreiszeitung, 23.01.2019; 1

04. Fertignahrungsmittel erhöhen das Krebsrisiko

Eine wissenschaftliche Studie

Wissenschaftler der Sorbonne-Universität Paris haben in einer prospektiven Beobachtungsstudie einen Anstieg bösartiger Erkrankungen bei denjenigen Personen gefunden, die häufig industriell hergestellte Nahrungsmittel verzehren. Besonders stark war der Anstieg der Brustkrebserkrankungen bei den weiblichen Teilnehmern der Studie.

Die Untersucher haben die Daten der **Nutri-Net-Sante-Studie** ausgewertet. Dabei handelt es sich um eine Studie, die seit 2009 eine Gruppe von 104 980 Franzosen mittels internetgestützter Fragebögen intensiv nach ihren Lebensgewohnheiten befragt. Die Teilnehmer der Studie waren zum Zeitpunkt der Erhebung im Durchschnitt 43 Jahre alt und zu fast 80 % Frauen. Der Anteil der hochverarbeiteten Lebensmittel an der Gesamternährung der Teilnehmer lag bei 20 %. Errechnet wurde, dass jeder Prozentpunkt Fertignahrungsmittel das Krebsrisiko um 1.2 % erhöht.

Gründe

Warum steigt die Krebsgefahr bei erhöhter Zufuhr von Fertignahrungsmitteln?

Fertignahrung enthält anders als Frischkost

- mehr gesättigte Fettsäuren
- mehr raffinierten Zucker
- mehr Kochsalz
- mehr Zusatzstoffe zur Verlängerung der Haltbarkeit
- mehr Acrylamide durch Erhitzung
- mehr heterozyklische Amide
- mehr polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, z.B. Benzpyren⁸

Minderwertiges Motorenöl

Der Mensch, der sich von Fast Food, Convenience- und Fertigprodukten ernährt, behandelt seinen Körper so, als wenn er in sein Auto minderwertiges Öl einfüllen würde. Das Auto wird zwar weiterhin fahren, auf lange Sicht aber wird der Motor Schaden nehmen.

Oft gehen wir mit unserem Körper sorgloser um als mit unserem Auto. Für unser Auto verwenden wir nur hochwertiges Motorenöl. Aber unseren Körper befüllen wir mit minderwertigen Fertigprodukten. Gleichzeitig erwarten wir Höchstleistungen von ihm. Das kann nicht gut gehen!⁹

⁸ Fiolet et al.: Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Sante prospective cohort. BMJ 2018; 360: k322, zitiert in Meyer, R., Fertignahrungsmittel können Krebsrisiko erhöhen, Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 11 | 16. März 2018; A 491

⁹ Frey, H., Ratgeber Gesundheit, Gräfe und Unzer Verlag München, msn.com.de, 20.09.2016

05. Finanzgebaren der Krankenkassen

2016 haben Vorstand und Beirat der Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen für Menschen mit geistiger Behinderung (LAG AVMB e. V.) mehrere Gespräche mit Vertretern der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), stellvertretend für alle gesetzlichen Krankenkassen, geführt. Sie haben das Problem vorgetragen, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Krankenhaus sehr häufig pflegerisch mangelversorgt werden. Durch Mitaufnahme einer Fachpflegekraft bei stationärer Behandlung eines Menschen mit geistiger Behinderung kann das Problem gelöst werden. Ziel des Gesprächs war, die Finanzierung einer solchen Pflegefachkraft durch die Krankenkassen zu erreichen. Der Antrag wurde abgelehnt mit der Begründung, dass dafür kein Geld zur Verfügung stehe und dass im Übrigen die Krankenkassen dafür nicht zuständig seien.

Die Ablehnung erstaunt, sind doch die Rücklagen der Kassen bis Dezember 2018 auf **21 Milliarden** Euro angewachsen. Das hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unlängst bekanntgegeben. Der Betrag entspricht mehr als dem Vierfachen der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserve. Das Finanzpolster der Kassen wächst weiter: Seit Jahresbeginn 2018 erzielten sie einen Überschuss von 1.86 Milliarden Euro. Der Zuwachs kam trotz Kostensteigerung in den Leistungsbereichen Arzneimittel, Klinikbehandlung, vertragsärztliche Vergütung, Heilmittel und Hilfsmittel zustande. Der Anstieg betrug im Durchschnitt 4.1 %.¹⁰ Am geringsten fiel er bei der vertragsärztlichen Vergütung aus: 2.7 %.¹¹ Die Verwaltungskosten der Kassen erhöhten sich hingegen laut Bundesministerium für Gesundheit um 5.2 %.¹²

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) und mehrere Ärzteverbände kritisieren die hohen Rücklagen bei den Kassen. Sie fordern eine Abschaffung der Budgetierung für den Kassenarzt und mehr Leistungen in der Patientenversorgung.

Den Beobachter des Gesundheitswesens erstaunt, wofür die Krankenkassen unter anderem das Geld ihrer Mitglieder ausgeben. Zwei Beispiele:

- Die AOK ist Hauptsponsor des Deutschen Handballbundes
- Die Barmer-Schwäbisch-Gmünder-Ersatzkasse fördert Heavy-Metal-Bands und Rock-Festivals

Das Bundesversicherungsamt (BVA) als Aufsichtsbehörde der gesetzlichen Krankenkassen meldet einen Zuwachs der Werbeausgaben von 136 Millionen Euro im Jahre 2012 auf 172 Millionen Euro im Jahre 2016. Das entspricht einem Anstieg von 26 % in nur fünf Jahren. Im Vergleich dazu war der Posten „Prävention“ nur geringfügig höher: 210 Millionen Euro.

Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander ist gesetzlich zulässig und politisch gewollt. Ob aber Höhe und Zuwachs der Werbeausgaben in Ordnung sind, darüber lässt sich streiten!

¹⁰ May, Krankenkassenreserven haben sich erhöht. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 37 | 14. September 2018; A 1568

¹¹ Maybaum, T., Mehr Geld für Werbung. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 37 | 14. September 2018; A 1567

¹² kna/afp, Überschüsse der Krankenkassen steigen weiter. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 50 | 14. Dezember 2018; A 2324

06. Gefährliche Pillen

17 500 rezeptpflichtige Medikamente sind in Deutschland zugelassen. 80 % davon werden nicht in Deutschland hergestellt, sondern in Indien oder China. Der Patient kann das nicht erkennen, weil die Medikamente von europäischen oder amerikanischen Arzneimittelkonzernen vertrieben werden. Für die Zulassung ist nicht das Herkunftsland des Arzneimittels, sondern das Vertriebsland maßgeblich. Wird ein chinesisches Medikament in Deutschland zugelassen, gilt Deutschland als Herkunftsland!

Der Jahresumsatz an Arzneimitteln in Deutschland betrug im Jahr 2017 41.5 Milliarden Euro.¹³ Das ist viel Geld. Seit Jahren übt die Politik massiven Druck aus, diese Summe zu verringern. Wirtschaftlichkeit um jeden Preis ist die Forderung. Das ist der Hauptgrund dafür, dass die Pharmaunternehmen die Herstellung ihrer Produkte nach Fernost verlagert haben. Nur durch Massenproduktion bei niedrigen Lohnkosten können noch Gewinne erwirtschaftet werden. Indien und China erfüllen diese Bedingungen.

Deutschland war einst die „Apotheke der Welt“. Forschung und Vertrieb bewegten sich bis zum Beginn des Zweiten Weltkriegs auf höchstem Stand. Heute ist Deutschland nur noch das Land mit den teuersten, aber nicht immer zuverlässigen Kontrollmaßnahmen für Medikamente, die aus Billiglohnländern eingeführt werden!

Das Valsartan-Unglück

Dass das Kontrollsystem für Arzneimittel in Deutschland lückenhaft ist, hat der Skandal um den Blutdrucksenker Valsartan bewiesen. Der Wirkstoff wird in China hergestellt. In einigen Chargen wurden Verunreinigungen mit dem mutmaßlichen Krebserreger N-Nitrosodimethylamin (NDMA) gefunden. NDMA gehört zu den Nitrosaminen, die auch in Grillfleisch, Pökelfleisch und Zigarettenrauch vorkommen.

Rund 900 000 Menschen in Deutschland könnten ab 2012 Valsartan zusammen mit dem Schadstoff Nitrosamin eingenommen haben. Seit 2012 sind die belasteten Chargen im Handel. In der deutschen Arzneimittelkontrolle wird nach allen möglichen Schadstoffen gesucht, aber nicht nach Nitrosaminen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat Mitte Juli 2018 für die entsprechenden Chargen einen Rückruf erlassen und empfohlen, auf nicht belastete Arzneimittel auszuweichen.¹⁴

Der Valsartan-Skandal ist kein Einzelfall. Statt Fürsorge steht immer häufiger Sparzwang im Vordergrund. Hinzu kommt, dass ein weltweiter Markt schlechter zu überwachen ist als ein nationaler Markt. Unsauberen und kriminellen Machenschaften stehen daher viele Türen offen.

Der Heparin-Skandal

Am Beispiel des Heparins soll die Gefährlichkeit dieses Systems erläutert werden. Heparin hemmt die Blutgerinnung. Es wird deshalb nach Operationen eingesetzt, um Thrombosen, also Blutgerinnsel in Lunge, Herz und Gehirn beim Patienten zu verhüten. Jährlich werden weltweit rund 33 Millionen Tonnen Heparin produziert und verbraucht. Der Stoff wird aus der Darmschleimhaut von Schweinen gewonnen. Nach der Schlachtung des Tieres müssen die Därme aufgeschnitten und gewaschen werden. Anschließend wird die Schleimhaut von der inneren Darmwand abgezogen. Die Pharmaindustrie behauptet, dass in den USA und in Europa niemand mehr diese unappetitliche Arbeit leisten wolle, in China aber sehr wohl.

Das US-Pharmaunternehmen Baxter hat für die Herstellung von Heparin korrekte Verträge mit einer zertifizierten chinesischen Firma abgeschlossen. Allerdings produzierte diese Firma kein einziges Medikament. Sie beauftragte vielmehr nichtzertifizierte Subunternehmen mit der Produktion. Inspektoren der amerikanischen Gesundheitsbehörde Federal Disease (FDA) haben in diesen Subunternehmen Ort schockierende Bedingungen aufgedeckt:

¹³ Maibach-Nagel, E., Krankgespart. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 33 – 34 | 20. August 2018; A 1453

¹⁴ Felix, G., Was hilft noch gegen Bluthochdruck? WAIBLINGER KREISZEITUNG, 21. August 2018; D4

- Mangel an Fachleuten
- Fehlende Hygiene
- Verrostete und verschmutzte Technik

Nachdem in China im Jahre 2008 die Schweinepest den Tod von Tausenden von Schweinen verursacht hatte, kletterte der Marktpreis für Heparin innerhalb weniger Wochen auf 400 Prozent des Ausgangswertes. Das lockte kriminelle Elemente an. Sie streckten das Produkt mit einer Substanz, die viel billiger als Heparin, aber nahezu wirkungslos ist. Mit den üblichen Methoden konnte die Fälschung nicht nachgewiesen werden. Das gefälschte Produkt löste weltweit zahlreiche Thrombose-Ereignisse aus. In den USA wurden 80 Todesfälle durch das verdünnte Heparin gezählt.

In Deutschland wurden 80 Vorfälle durch das gepanschte Blutgerinnungsmittel nachgewiesen, zum Glück ohne eine Todesfolge.

Die chinesischen Behörden waren nach Aussage der FDA an der Aufklärung wenig interessiert. Bis heute wurden die Täter nicht gefunden. Die Europäische Union verlangte nach dem Skandal von China die Zusicherung, dass alle Medikamente von der Herstellung bis zum Versand eine Pharma-Qualifikation erhalten müssten. Die Chinesen erklärten ungerührt: „Machen wir nicht. Wenn ihr das wollt, dann kauft doch eure Produkte anderswo ein. Das berichtete der Pharmakologe Prof. Schwein im Begleitbuch zum ARD-Themenabend „Pharma-Crime“, Mai 2017. Die Chinesen konnten das sagen, weil sie genau wussten, dass es keinen anderen Lieferanten gibt.

Antibiotika aus Asien

Im Jahre 2017 kam es zu einem Mangel an der Antiotika-Kombination Piperazillin/Tazobactam. Eine Fabrik in China, in der diese Arzneimittel hergestellt wurden, war in die Luft geflogen. Die Wirkstoffe sind bei der Behandlung schwerer Infektionskrankheiten unentbehrlich. Ein Ausweichen auf andere Präparate ist nahezu unmöglich und dazuhin mit der Gefahr einer Resistenzbildung verbunden.¹⁵

Gefälschte Arzneimittel

Gefälschte Arzneimittel tauchen in wachsender Menge auf dem Markt auf. Die Weltgesundheitsorganisation WHO schätzt, dass weltweit 10 % aller Arzneimittel gefälscht sind. In Lateinamerika, Afrika und Asien soll ihr Anteil sogar bis zu 30 % betragen. In den USA und in Europa, wo der Arzneimittelmarkt strenger als in der übrigen Welt überwacht wird, soll der Anteil der Fälschungen unter 1 % liegen.

Ein Arzneimittel gilt dann als gefälscht, wenn es

- keine,
 - zu wenig,
 - falsche oder
 - gesundheitsgefährdende Wirkstoffe enthält oder wenn
 - die Packung oder
 - der Begleitzettel
- falsch sind.

Medikamente mit hohem Preis und hohem Umsatz sind bei den Fälschern besonders beliebt. Das sind in den Entwicklungsländern vor allem Antibiotika, HIV-Medikamente und Impfstoffe, in den Industrieländern Lifestyle-Medikamente, also Medikamente, die zur Gewichtsabnahme, zum Muskelaufbau, zur Alterungsverzögerung und zur Potenzsteigerung dienen. Das Potenzmittel Viagra® ist das meistgefälschte Arzneimittel der Welt!

Gefälschte Medikamente werden bevorzugt über den Online-Handel vertrieben. Leider haben sich die Deutschen dabei als besonders risikofreudig erwiesen. Im Mai 2017 hat Prof. Arndt Sinn von der Universität Osnabrück eine Studie unter dem Titel „Wirtschaftsmacht organisierte Kriminalität“ veröffentlicht. Laut Sinn ist der Handel mit gefälschten Arzneimitteln heute ertragreicher als der Handel mit Kokain.

¹⁵ Richter-Kuhlmann, E., Riskante Abhängigkeit vom Ausland. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 49 | 7. Dezember 2018; A 2290

Um diesen Sumpf trockenzulegen und die Abhängigkeit vom Ausland zu beenden, hat die Pharmaindustrie in letzter Zeit die Absicht geäußert, die Herstellung von Arzneimitteln wieder in die USA und nach Europa zurückzuholen. Bislang ist es jedoch bei der Absichtserklärung geblieben.¹⁶

Die Arzneimittelfirmen rufen nach staatlicher Unterstützung bei der Rückverlagerung der Arzneimittelproduktion nach Europa. Wenn die Mehrkosten hierfür auf den Preis aufgeschlagen werden, müssten die Krankenkassen mit Mehrausgaben von 0.25 % bei den Arzneimittelausgaben rechnen. Das ist nur scheinbar wenig. Bei Arzneimittelkosten von 22 Milliarden Euro jährlich sind das immerhin 0.055 Milliarden Euro!¹⁷

Empfehlung

Woran erkennt der Verbraucher, dass ein Arzneimittel gefälscht ist? netdoktor.at gibt Auskunft:

- Ein rezeptpflichtiges Medikament wird als „frei verkäuflich“ angeboten.
- Für ein rezeptpflichtiges Medikament wird kein Rezept verlangt.
- Das Arzneimittel wird im Plastikbeutel statt in der Papierpackung geliefert.
- Zulassungs- und/oder Chargennummer fehlen.
- Die Gebrauchsinformation fehlt.¹⁸

¹⁶ Kutowski, G., Tödliche Abhängigkeit, ZUERST! Deutsches Nachrichtenmagazin, 7/2017; 48 – 51

¹⁷ Richter-Kuhlmann, E., Riskante Abhängigkeit vom Ausland. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 49 | 7. Dezember 2018; A 2290

¹⁸ Netdoktor.at, Medikamente 2000 – 2017

07. Hirnleistungsstörungen durch Medikamente

Ursachen von Hirnleistungsstörungen im Alter

Alte Menschen wollen am Leben teilhaben. Hirnleistungsstörungen sind daher für sie das Schlimmste, was ihnen zustoßen kann.

Die fünf wichtigsten Ursachen von Hirnleistungsstörungen im Alter sind:

1. Demenz
2. Austrocknung und Elektrolytentgleisung
3. Infektionskrankheiten mit Fieber
4. Allgemeinanaesthesien, Operationen, Unfälle
5. Medikamente

Medikamente

Treten bei älteren Menschen Verwirrtheit, Vergesslichkeit, Wahnvorstellungen und Sturzbereitschaft auf, denkt man schnell an Alzheimer. Häufig jedoch sind Arzneimittel die Ursachen solcher Störungen. Wichtig ist, dass die Störungen abnehmen, wenn das Arzneimittel abgesetzt wird.

Jeder Arzt, der einem älteren Patienten ein Medikament mit Wirkung oder Nebenwirkung auf die Hirnleistung verordnet, verstößt gegen den 1. Hauptsatz der Geriatrie:

Oben klar und unten dicht, so fürchten wir das Alter nicht!

Bekannt ist, dass Anticholinergika mit einem hohen Demenz-Risiko behaftet sind.¹⁹ Anticholinergika sind zum Beispiel:

- Parkinsonmittel (Benzatropin, Bromocriptin)
- Blasenmittel (Oxybutynin)
- Antidepressiva (Trizyklische Antidepressiva)
- Beruhigungsmittel (Benzodiazepine)²⁰

Auch rezeptfreie Arzneimittel können Hirnleistungsstörungen auslösen. Das meistverkaufte Erkältungsmittel in Deutschland enthält Doxylamin. Der Stoff ist anticholinerg wirksam!

Produkte mit Doxylamin: Gitalun® Trinktabletten, Sedaplust® Saft, Valocordin®-Doxylamin Tropfen, Wick Medinait®²¹

Drei Gruppen von Medikamenten können Hirnleistungsstörungen auslösen:

1. Medikamente, die akut die Hirnleistung verschlechtern können.
Beispiele: Kortison, Schlafmittel, manche Antibiotika
2. Medikamente, die nicht akut die Hirnleistung beeinträchtigen, aber langfristig die Entwicklung einer Demenz begünstigen.
Beispiele: Hormonersatztherapie in der Postmenopause, Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)
3. Medikamente, die sowohl akut Hirnleistungsstörungen hervorrufen können als auch langfristig das Risiko einer Demenzentwicklung erhöhen. Beispiele: Anticholinergika (siehe oben), Benzodiazepine

¹⁹ Hölzel, L.P., Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung. Deutsches Ärzteblatt int 2018; 115 (44): 741 – 747

²⁰ Becker-Brüser, W. et al., Per Schrotschuss in den Schlaf? Gute Pillen – schlechte Pillen: 2008/06; 10

²¹ Wickop, P., Hager, K., Krause, O., Anticholinerge Medikamente schaden dem Gehirn. NDR.de, Ratgeber Gesundheit, 30.08.2016

FORTA-Klassifizierung

Wenn der Patient über Gedächtnisstörungen klagt, sollte sich der Arzt seine Medikamentenliste vornehmen und nach Substanzen suchen, die solche Beschwerden auslösen können. Das fragliche Medikament sollte dann entweder ersatzlos gestrichen oder durch ein anderes, besser verträgliches Medikament ersetzt werden.

Als Hilfsmittel hierfür hat sich die FORTA-Klassifizierung bewährt (FORTA = Fit-fOR-The-Aged). Die Liste ist erstmals 2008 veröffentlicht worden und wird fortlaufend ergänzt. Sie enthält derzeit 273 Arzneimittelbewertungen für 29 altersbezogene Diagnosen. Die zweite Fassung ist online einsehbar oder kann als APOP kostenlos heruntergeladen werden.

Die Liste unterscheidet vier Gruppen von Medikamenten:

A = „Absolutes Muss“, Medikament ist unverzichtbar

B = „Benefit“, vorteilhaftes Medikament mit wenig Nebenwirkungen

C = „Careful“, Medikament mit fragwürdigem Nutzen, Risikoabwägung nötig

D = „Das muss weg“, Medikament bei älteren Menschen vermeiden, Ersatz suchen

FORTA-Klassifikation²²

Diagnose	A „Muss“	B „Benefit“	C „careful“	D „Das muss weg“
Demenz		Acetylcholin-esterase-Hemmer	Gingko biloba	Statine, Selegilin, Nimodepin, Ergolinderivate, Piracetam
Depression		SSRI, z.B. Sertalin	Nortryptilin, Mirtazapin, Moclobemid, kurz wirksame Benzodiazepine	Lang wirksame Benzodiazepine, Johanniskraut
Schlafstörungen	Homöopathika, Phytotherapeutika	Melatonin, retardiert	Mirtazapin	Benzodiazepine
Chronische Schmerzen	Paracetamol	Metamizol	SSRI, SNRI	NSAR
M. Parkinson	L-DOPA	Dopaminagonisten	Rasagilin	Bromocriptin, Amantadin

²² Schenk, M., Verwirrt und vergesslich, aber nicht dement. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 44 | 2. November 2018; A 2002 – A 2005

08. Hormonelle Schadstoffe

Beschreibung

Hormonelle Schadstoffe sind Chemikalien, die in Struktur und Funktion körpereigene Hormone nachahmen. Sie überlisten das Hormonsystem, indem sie an den zellständigen Rezeptoren andocken und damit die Hormonwirkung verstärken. Da sie den Hormonstoffwechsel empfindlich stören können, werden sie „endokrine Disruptoren“ genannt. Über 1 000 Stoffe wurden bisher als endokrine Disruptoren erkannt. Die meisten wirken wie die weiblichen Sexualhormone.

Verwendung

Als Zusatzstoffe in zahlreichen Kunststoffprodukten:

- Als Weichmacher in Teppichen, Kunstleder, Duschvorhängen, Spielzeug (vor allem aus Fernost!), Getränkeflaschen, Lebensmittelbehältern (Tupperware!)
- Als Flammschutzmittel in Polstermöbeln, auf Fernsehgeräten auf Computer- und Mobilfunkgehäusen

Weit verbreitet ist das Bisphenol A (BPA). Bisphenol A ist Ausgangsstoff für die Synthese polymerer Kunststoffe. Ferner dient Bisphenol A als Antioxydans in Weichmachern und als Mittel zur Verhinderung von Polymerisation in Poly- vinylchlorid (PVC). Die Chemikalie steckt in Plastikflaschen, Plastikspielzeug, Thermopapier (für Kassenzettel-Rollen), Konservendosen und Bodenbeschichtungen.²³

Gesundheitsschädliche Wirkungen

Hormonelle Schadstoffe wirken schon in winzigsten Konzentrationen, in Milliardstel Milligramm – entsprechend 1 Wassertropfen auf 50 Millionen Liter Wasser! Daher kann es für sie keine sicheren Grenzwerte geben.

Hormonelle Schadstoffe sind ein möglicher Grund für Übergewicht schon in der Kindheit. Aber auch viele andere Erkrankungen können durch sie hervorgerufen oder verstärkt werden:

- Hodenkrebs
- Brustkrebs
- Schilddrüsenkrebs
- Immunschwäche
- Diabetes mellitus
- Unfruchtbarkeit
- Gebärmutterfehlbildungen
- Erbgutschädigung
- Hirnfunktionsstörung

Krankheiten durch hormonelle Schadstoffe hat man auch bei Meeresschnecken, Schwertwalen, Greifvögeln und Eisbären entdeckt.

Gegenmaßnahmen

Die Europäische Union reguliert den Krümmungsgrad von Speisegurken. Sie hat es aber bisher nicht geschafft, sich zu einer Beschränkung der globalen Bedrohung durch hormonelle²⁴ Schadstoffe durchzuringen.

Tipps zur Vermeidung von hormonellen Schadstoffen

1. Leitungswasser statt Wasser aus Plastikflaschen
2. Keine Verpackung von Lebensmitteln in Plastikfolien
3. Keine Konserven, die nicht als frei von Bisphenol A gekennzeichnet sind
4. Aufbewahrung von Lebensmittel in Behältern aus Glas oder Stahl
5. Kein mikrowellenfestes Plastikgeschirr
6. Nutzen Sie natürliche Reinigungsmittel wie Essig, Zitrone oder Natronbikarbonat
7. Farben und Lacke auf Mineralstoffbasis mit dem EU-Eco-Label. Kein Spielzeug aus weichem Kunststoff, vor allem kein Billigspielzeug aus dunklem Plastik (schwarzes, braunes oder graues Plastikmaterial enthält besonders viel Flammschutzmittel – polybromierter Diphenylether)²⁵

²³ O.V., Bisphenol A, Wikipedia, 24.11.2018

²⁴ Fernandez, M., Wal, Ameise, Mensch, BUNDmagazin 4/18; 14 – 15

²⁵ Körner, L., Spielzeug oder Sondermüll? BUNDmagazin 4/18; 18 - 19

9. Krebstherapie – konventionell oder alternativ?

Alternative und komplementäre Behandlungsformen haben Hochkonjunktur. Viele Krebspatienten greifen als Ergänzung oder als Ersatz zur konventionellen Krebsbehandlung zu

- Phytotherapie
- Vitaminen
- Mineralstoffen
- Homöopathischen Mitteln
- Besonderen Ernährungsformen.

Wie hilfreich ist die Komplementärmedizin bei Krebserkrankungen? In den USA wurde mit Hilfe einer Datenbank (National Cancer Database, NCDB) untersucht, wie sich komplementärmedizinische Maßnahmen auf die Therapietreue und auf das Überleben der Patienten auswirken. Aus rund zwei Millionen Patienten wurden 258 ausgewählt, die zwei Bedingungen erfüllten:

1. Erkrankung an einem nicht metastasierten Krebs (Brust-, Prostata-, Lungen- oder Darmkrebs)
2. Einsatz einer komplementären Behandlungsform zusätzlich zur Standardbehandlung (CM-Patient, complementary medicine)

Jedem CM-Patienten wurden vier Patienten ohne Komplementäreinsatz gegenübergestellt, n = 1 032.

Die CM-Patienten waren im Durchschnitt jünger, überwiegend weiblich (199 Personen von 258), gebildeter, wohlhabender und hatten weniger Begleiterkrankungen als die Vergleichspatienten. Die CM-Patienten lehnten häufiger als die anderen Patienten eine der konventionellen Therapieformen (Chemotherapie, Strahlentherapie, Operation) ab oder brachen die konventionelle Therapie überhaupt ab.

Nach fünf Jahren war die Zahl der Überlebenden in der Vergleichsgruppe doppelt so hoch wie in der CM-Gruppe.²⁶

Zusammenfassung:

Die Sterblichkeit von Krebspatienten steigt an, wenn konventionelle Verfahren durch Komplementärmedizin ersetzt wird, nicht aber, wenn Komplementärmedizin als Ergänzung eingesetzt wird.

Komplementärmedizin sollte nur nach umfassender Aufklärung des Patienten und streng evidenzbasiert als Ergänzung der konventionellen Behandlung eingesetzt werden. Chemotherapie, Strahlentherapie und Operation werden besser vertragen, wenn ein gesunder Lebensstil und passgerechte naturheilkundliche Verfahren eingehalten werden.²⁷

²⁶ Johnson, S.B., Complementary medicine, refusal of conventional cancer therapy, and survival among patients with curable cancers. JAMA Oncol 2018; doi.org/10.1001/jamaoncol.2018; 2487

²⁷ Heinzl, S., Werden konventionelle Verfahren durch alternative ersetzt, ist die Sterblichkeit erhöht. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 115, Heft 35-36, 3. September 2018, A 1545

10. Mobilfunk-Zukunft und Gesundheit

LTE (Long Term Evolution) ist die Bezeichnung für den Mobilfunkstandard der dritten Generation (3G). Eine Erweiterung von LTE heißt LTE-Advanced und entspricht der vierten Generation der Mobilfunkentwicklung = 4G.

Ursprünglich wurde LTE nur als Datendienst verwendet. Seit März 2015 nutzt Vodafone Deutschland das Netz der vierten Generation auch als Telefondienst. Die Netzbetreiber Telefonica mit O₂ und Deutsche Telekom folgten.²⁸

Schon bald soll LTE-Advanced (4G) durch die fünfte Generation (5G) des Netzstandards ersetzt werden. Geplant ist, dass 2020 die ersten 5G-Mobilfunknetze den Betrieb aufnehmen. 5G beschleunigt die Übertragung von Daten um das Zehnfache gegenüber der Vorgängergeneration 4G. Die Verbindung zwischen Gerät und Maschine soll dadurch verbessert werden. Anwendungsbeispiel ist das autonome Fahren von Automobilen. Voraussetzung für die weitere Entwicklung des Mobilfunks ist der Ausbau des Glasfasernetzes. Die Mobilfunkstationen müssen für ihre Leistung an die Glasfaserkabel angebunden werden. Die Glasfaserverkabelung ist indessen in Deutschland sträflich vernachlässigt worden.²⁹

Auch im Gesundheitsbereich spielt die Netzwerktechnik oder Künstliche Intelligenz (KI) schon heute eine wichtige Rolle. Ein Beispiel ist die Kommunikation zwischen Rettungssanitäter im Rettungswagen und Arzt im Krankenhaus. Bei lebensbedrohlichen Zuständen kann der Arzt über KI-Technik bereits während des Transports die ersten Hilfsmaßnahmen einleiten.

Allerdings hat die schöne neue Welt der Künstlichen Intelligenz auch ihre Schattenseiten. Die kabellose Technik erzeugt elektromagnetische Felder. Diese können Gesundheitsschäden verursachen. Zum ersten Mal ist das aufgefallen, als 1962 entdeckt wurde, dass der sowjetische Geheimdienst die amerikanische Botschaft in Moskau schon zehn Jahre lang mit elektromagnetischen Wellen bestrahlt hatte. Ein Drittel des Botschaftspersonals erkrankte, zwei Botschafter starben an Krebs.³⁰

Die 5G-Technik wirkt nur über kurze Entfernungen. Das bedeutet, dass in städtischen Gebieten die Antennen im Abstand von 300 bis 500 Metern errichtet werden müssen. Das erfordert ein wesentlich dichteres Netz von Mobilfunkmasten als bisher. Ferner müssen 10 bis 20 Milliarden Drahtlosanschlüsse für Kühlschränke, Waschmaschinen, Küchenherde, Überwachungskameras, selbstfahrende Automobile usw. eingerichtet werden. Damit erhöht sich die Exposition der Bürger gegenüber elektromagnetischen Feldern beträchtlich. Niemand kann dann mehr dem Elektrosmog aus dem Wege gehen!

Elektromagnetische Felder beeinflussen Pflanzen, Tiere und Menschen sowohl positiv wie negativ. Ein Beispiel für die positive Wirkung ist die Verbesserung der Nervenleitung bei Polyneuropathie durch die Hochtontechnik (HiToP®).³¹

Zu den ungünstigen Auswirkungen elektromagnetischer Felder zählen:

- Vermehrung freier Radikale
- Schäden am Erbgut durch DNS-Brüche
- Störung der Fortpflanzung
- Gedächtnisstörungen
- Lernstörungen
- Psychische Belastung durch Stress
- Erhöhung des Krebsrisikos

Mit dem Ausbau der Mobilfunktechnik sind weitreichende gesundheitliche Probleme verbunden. Experten fordern daher neue Sicherheits-Grenzwerte für die maximale Gesamtexposition.³² Es wird höchste Zeit, dass die künstliche Intelligenz sich nicht nur dem technischen Fortschritt widmet, sondern auch der Gesundheit von Leib und Seele des Menschen!

²⁸ O. V., LTE, Wikipedia, 21.11.2018

²⁹ Schmidt, W., Robert Bosch GmbH, persönliche Mitteilung 20.11.2018

³⁰ Klinger, C.E., Das Strahlungskartell. Ein Film über die Gefahren des Mobilfunks. diagnose:funk 2016

³¹ Spanidis, I. et al., External muscle stimulation differentiates circulating hematopoietic stem cells in diabetes patients. Diabetologie und Stoffwechsel 2016; 11 – FV29

³² Mayer, K.F., Die fünfte Generation. ZUERST! 12/2018; 42 – 45

11. Notfallversorgung

Die Zahl der Menschen, die die Notfallambulanzen der Krankenhäuser aufsuchen, steigt seit Jahren. Ebenso steigt die Zahl der Einsätze der Rettungsdienste. Die Ursachen hierfür werden im demografischen Wandel und in der zunehmenden Erwartungshaltung der Bevölkerung gesehen. „Gleichzeitig haben alle Leistungserbringer mit Personal- und Nachwuchsmangel zu kämpfen. Die gesicherte Besetzung von Rettungsmitteln wird dadurch immer schwieriger,“ erklärte die Feuerwehr Frankfurt, Trägerin des Rettungsdienstes der Stadt.³³

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat jetzt Eckpunkte für eine Reform der Notfallversorgung vorgelegt. 2020 soll die Reform in Kraft treten.

Kernstück der Reform ist ein dreistufiger Zugang zur Notfallversorgung:

- Die erste Stufe ist ein Anruf über die Nummern 112 oder 116 117, der von einer Notfalleitstelle entgegengenommen wird. Die Notfalleitstelle wird vom örtlichen Rettungsdienst und von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) betrieben. In der Leitstelle sitzen Ärzte, die den Patienten auf die richtige Versorgungsebene vermitteln.
- Je nach Einschätzung der Leitstelle wird der Patient entweder mit dem Rettungsdienst in die Notaufnahme des Krankenhauses gebracht (Stufe 2)
- oder er wird an das „Integrierten Notfallzentrum (INZ)“ oder -während der Sprechstundenzeiten – an einen niedergelassenen Vertragsarzt verwiesen. (Stufe 3)

Patienten, die nicht die Notfallnummern anrufen, sondern unangemeldet im Krankenhaus erscheinen, werden vom Arzt der Notfalleitstelle an die richtige Versorgungsebene weitervermittelt.

Träger der „Integrierten Notfallzentren (INZ)“ sollen die KV und das Krankenhaus sein. „Integrierte Notfallzentren (INZ)“ sollen in den Krankenhäusern eingerichtet werden, die das jeweilige Bundesland in seinem Krankenhausplan ausgewählt hat. Hierfür kommen nur große Häuser mit einem umfassenden Leistungsangebot in Frage. Das sind etwa 7 000 der 14 000 Krankenhäuser in Deutschland. Die Bürger sollen angehalten werden, in Notfällen nur solche Krankenhäuser aufzusuchen, die über ein „Integriertes Notfallzentrum (INZ)“ verfügen. Jeder Bürger soll ein solches Krankenhaus mit einem Kraftfahrzeug innerhalb von 30 Minuten erreichen können.

In den „Integrierten Notfallzentren (INZ)“ soll nochmals eine Prüfung in drei Stufen erfolgen:

1. Überprüfung der Einschätzung der Notfalleitstelle
2. Sofortige stationäre Aufnahme nötig?
3. Versorgung im INZ oder Verweis an einen niedergelassenen Vertragsarzt?

Am Klinikum Frankfurt-Höchst läuft seit Oktober 2017 ein Modellversuch zur Notfallversorgung. Die KV Hessen betreibt im Krankenhaus eine Bereitschaftspraxis, die der Notfalleitstelle der Eckpunkte des Gesundheitsministeriums entspricht. Am Empfang der Praxis wird der Patient von einem besonders geschulten Arzthelfer oder Pfleger begrüßt und anhand einer Prüfliste weitergeschickt

- a. In die Notfalleinweisung des Krankenhauses oder
- b. zum ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Bisher sind alle Beteiligten (Klinik, KV, Ärzte und Patienten) mit dieser Lösung hochzufrieden. „Die Zahl der ambulanten Patienten in der Notaufnahme des Klinikums sei um circa 30 Prozent reduziert worden.“

³³ Osterloh, F., Notfallversorgung. Wege zu mehr Patientensteuerung. Deutsches Ärzteblatt Jg. 116 | Heft 3 | 18. Januar 2019; A 61 – A 63

12. Patientenempfehlung

Eltern oder Betreuer dürfen für ein Kind bis zum Alter von 18 Jahren keine Patientenverfügung erstellen. Jenseits des 18. Geburtstags kann der Mensch für sich selbst eine Patientenverfügung schreiben, sofern er uneingeschränkt geschäftsfähig ist.

Eltern oder gesetzlich bestellte Betreuer dürfen für einen Menschen mit geistiger Behinderung ebenfalls keine Patientenverfügung ausstellen. Anstelle einer Patientenverfügung können Eltern oder Betreuer jedoch eine **Patientenempfehlung** abgeben.

Eine solche Empfehlung muss in schriftlicher Form erfolgen und handschriftlich unterschrieben werden.

Muster:

Empfehlung bei lebensbedrohlicher Erkrankung meines/unseres Kindes

.....
(Name, Vorname)

(Geburtstag)

01. Wir (z.B. die Eltern) möchten im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung unseres Kindes mit den behandelnden Ärzten die medizinischen Fragen erörtern, alle notwendigen Auskünfte erhalten und allenfalls die Krankenakten einsehen.
02. Wie möchten in jeder Hinsicht als nächste Angehörige betrachtet werden.
03. Wir entbinden für unsere Personen die Ärzte und das Pflegepersonal von der Schweigepflicht.
04. Wir möchten im Falle eines Klinikaufenthaltes das jederzeitige Zugangs- und Besuchsrecht zu unserem Kind erhalten.
05. Wir wünschen keine lebensverlängernden Maßnahmen für unser Kind, wenn sie nicht die Aussicht auf ein menschenwürdiges Weiterleben bieten.
06. Wir wünschen eine konsequente Schmerztherapie, auch wenn sie süchtig machen und lebensverkürzend wirken kann.
07. Im Falle einer lebensbedrohlichen Erkrankung sollen, wenn keine Aussicht auf ein menschenwürdiges Weiterleben besteht, keine Wiederbelebungsmaßnahmen, keine Trachealintubation, kein Luftröhrenschnitt und keine künstliche Beatmung durchgeführt werden.
08. Sauerstoffzufuhr mit Maske oder Nasensonde soll, wenn nötig, erfolgen.
09. Infusion von Ringer- oder Kochsalzlösung soll unterbleiben.

.....
(Ort, Datum)

(Unterschrift beider Eltern)

13. Sieben-Punkte-Plan für eine bessere Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung (Stuttgart, 09.06.2018)

1. Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (MZEB)

Der Gesetzgeber hat mit dem § 119c des Sozialgesetzbuches V (SGB V) die rechtlichen Voraussetzungen für die Einrichtung der Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (MZEB) geschaffen. Die Rahmenkonzeption der Fachverbände der Behindertenhilfe liegt seit dem 7. November 2014 vor. Die Gründung solcher Zentren kommt jedoch nur sehr langsam voran. In Baden-Württemberg konnten 2013 zwei MZEB nach § 119a SGB V den Betrieb aufnehmen. Sie haben inzwischen Wartezeiten von mehr als einem Jahr. Vier weitere Zentren haben im September 2016 die Zulassung erhalten. Derzeit haben in Deutschland 75 Anträge in 42 Fällen zur Ermächtigung als MZEB nach § 119c SGB V geführt (Mai 2018).

Diese Zentren mit ihrer hohen fachlichen Kompetenz in der ambulanten Betreuung werden eine große Zahl von Krankenhauseinweisungen überflüssig machen. Das würde dem Gesundheitssystem beträchtliche Kosten und den Menschen mit Behinderung viel Leid ersparen.

2. Ansprechpartner für Menschen mit Behinderung

In allen Krankenhäusern sollen feste ärztliche und pflegerische Ansprechpartner für Menschen mit Behinderung bestellt werden.

3. Zusatzentgelte

Die Betreuung von Menschen mit Behinderung ist mit einem hohen Aufwand verbunden. Für die Versorgung schwerstbehinderter Patienten stehen nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V zwei Formen von Zusatzentgelten zur Verfügung:

- Im Fallpauschalensystem gibt es ein Zusatzentgelt mit der Bezeichnung **ZE 2017-36**. Das Zusatzentgelt muss vom Krankenhaus mit den Krankenkassen vereinbart werden. In Baden-Württemberg rechnen bisher nur drei Krankenhäuser dieses Zusatzentgelt ab.
- Für hochaufwendige Pflege von Menschen mit Behinderung kann darüber hinaus ein Pflegezusatzentgelt abgerechnet werden unter der Bezeichnung **Pflegekomplexmaßnahmen-Score, PKMS**. Dieses Zusatzentgelt ist bundesweit einheitlich festgelegt. Es wird in Baden-Württemberg jedoch nur von rund 100 Kliniken in Anspruch genommen.

Die LAG AVMB fordert alle Krankenhäuser auf, von diesen Abrechnungsmöglichkeiten vermehrt Gebrauch zu machen!

4. Fortbildung im Krankenhaus

In allen Krankenhäusern sollen regelmäßig Fortbildungen für das ärztliche und pflegerische Personal zum Thema „Medizin und Pflege für Menschen mit geistiger Behinderung“ stattfinden. Beispielhaft geschieht dies bereits zum Beispiel im Diakonie-Klinikum Stuttgart.

5. Ausbildung der Pflegekräfte

In die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung der Krankenschwestern und Krankenpflegern soll das Thema „Medizin und Pflege für Menschen mit geistiger Behinderung“ aufgenommen werden.

6. Ausbildung der Ärzte

In die ärztliche und zahnärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung soll der Bereich „Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung“ eingefügt werden. Das bedeutet:

- a. Eine entsprechende Lehrveranstaltung soll verbindlicher Teil des Medizinstudiums werden. Der erste Lehrstuhl zu Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung ist an der Universität Freiburg eingerichtet worden. Lehrstuhlinhaber ist Prof. Dr. Peter Martin.
- b. Die Zusatzbezeichnung „Medizin für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung“ soll eingeführt werden. Weiterbildungsstätten wären mit den MZEB vorhanden. Ein Curriculum der „Arbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger Behinderung“ liegt vor: <https://www.jwk-akademie.de/de/bildungsangebote/semiardetails/medizin/>.
- c. Die zeitaufwendige ärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung muss mit einer leistungsgerechten Abrechnungsziffer honoriert werden.

7. Mitaufnahme einer Pflegefachkraft

Die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen sprechen sich dafür aus, dass die Pflege im Krankenhaus grundsätzlich von klinikeigenem Personal durchgeführt wird. Das ist richtig und soll auch so bleiben. Richtig ist auch, dass in den Krankenhäusern, die auf Grund ihrer Nähe zu Einrichtungen der Behindertenhilfe häufig von Menschen mit Behinderung aufgesucht werden, entsprechend geschulte und erfahrene Pflegekräfte vorgehalten werden sollen.

In zahlreichen Berichten von Angehörigen, die der LAG AVMB BW vorliegen, wird beschrieben, dass häufig das Krankenhauspersonal weder von der Ausbildung noch von der Zahl her in der Lage ist, eine ausreichende Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung zu gewährleisten. Um diesem Missstand abzuwehren, schlägt die LAG AVMB vor, bei zu erwartendem Pflegemangel während der stationären Behandlung eines Menschen mit schwerer Behinderung eine Pflegefachkraft von außerhalb mitaufzunehmen. Immer seltener können Angehörige diese Aufgabe übernehmen – sie werden immer älter! Mitarbeiter der Einrichtung kommen ebenfalls nur selten als Zusatzpflegekraft in Frage. Die Personaldecke dort ist in der Regel viel zu dünn, um einen Betreuer für einige Tage oder gar für einige Wochen freizustellen.

Die Pflegefachkraft (Krankenschwester, Altenpfleger oder Heilerziehungspfleger) kann aus den örtlichen Sozialdiensten der Gemeinden oder Kirchen, am ehesten aus einsatzbereiten Ruheständlern, gewonnen werden. Zur Honorierung dieser Fachkräfte reicht das Pflegegeld von 45,00 Euro je Tag, das die gesetzliche Krankenkasse zahlt, nicht aus. Für eine Pflegefachkraft muss ein Stundensatz von 60,00 Euro angesetzt werden. Ein Finanzierungsplan für diese Maßnahme muss aufgestellt werden. Die Kosten, welche die MZEB durch eine geringere Zahl von Krankenhauseinweisungen (siehe Punkt 1) einsparen, können für die Bezahlung der Pflegefachkräfte eingesetzt werden. Auf diesem Wege wird eine finanzielle Mehrbelastung der Versichertengemeinschaft vermieden.

Nach einer Umfrage der Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretungen für Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg (LAG AVMB BW) im Jahre 2015 war bei 22 Prozent der Menschen mit Behinderung einmal oder mehrmals im Jahr eine stationäre Einweisung nötig. Bei 18 Prozent der Krankenhaustage war eine Begleitung erforderlich. Das entspricht 3,6 Krankenhaustagen je Person und Jahr mit Begleitung. Die Zahlen liegen deutlich über dem Durchschnitt der Bevölkerung.

14. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Die wichtigsten Bestimmungen

Am 24. Juli 2018 ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in Kraft getreten. Die wichtigsten Bestimmungen des neuen Gesetzes lauten:

1. Mehr Sprechstunden

Für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) sollen die Wartezeiten auf einen Arzttermin verkürzt werden. Das soll durch Ausweitung der Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte von 20 auf 25 Stunden je Woche erreicht werden. Die Regelung betrifft die Ärzte der Grundversorgung:

- Hausärzte, praktische Ärzte
- Internisten
- Kinder- und Jugendärzte
- Frauenärzte
- Orthopäden

2. Offene Sprechstunden

Die Ärzte der Grundversorgung sollen mindestens 5 der vorgegebenen 25 Sprechstunden für Patienten reservieren, die ohne Termin in die Praxis kommen.

3. Ärztliche Versorgung auf dem Land

Die ärztliche Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Gebieten soll durch einen Honorarzuschlag verbessert werden. Der Zuschlag wird als „Sicherstellungszuschlag“ bezeichnet.

4. Terminservicestellen

Die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sollen künftig nicht nur Termine für Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten vermitteln, sondern auch für Haus- und Kinderärzte. Der kassenärztliche Bereitschaftsdienst soll unter der Rufnummer 116 117 erreichbar sein.

Mit diesem Angebot sollen die vielen Fehlbesuche in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser vermindert werden.

5. Zusatzentgelt

Mehr Geld außerhalb der gedeckelten Gesamtvergütung sollen die Ärzte erhalten

- für die Behandlung neuer Patienten,
- für Leistungen in der offenen Sprechstunde,
- für Hausärzte, die erfolgreich einen Termin beim Facharzt vermitteln,
- für Ärzte, die während der regulären Sprechstunde Notfälle behandeln.

6. Hausbesuche

Hausbesuche sollen als Praxisbesonderheit anerkannt und aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgenommen werden.

7. Impfstoffe

Die Krankenkassen sollen verpflichtet werden, die beiden preiswertesten Impfstoffe, die auf dem Markt sind, zu bezahlen. Im Arzneimittel- Versorgungsstärkungsgesetz, das von der letzten Bundesregierung erlassen worden ist, waren die Preise für die Impfstoffe so niedrig angesetzt, dass jeweils nur ein Hersteller zu diesen Bedingungen liefern konnte. Das hat zu Lieferengpässen geführt.

8. Bedarfsplanung

Die „Verhältniszahl“ legt die Zahl der Einwohner je Arzt fest. Diese Zahl muss neu errechnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der mit dieser Aufgabe betraut ist, erhält dafür einen Aufschub bis 30. Juni 2019.

9. Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Schon bestehende und anerkannte Arztnetze sollen künftig in unterversorgten Gebieten Medizinische Versorgungszentren (MVZ) gründen dürfen.

Erste Reaktionen

- Die Maßnahmen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung auf dem Land (**Punkt 3**);
- der Ausbau der Terminservicestellen der KV (**Punkt 4**);
- die Honoraraufbesserung für zusätzliche ärztliche Leistungen (**Punkt 5**);
- die Förderung der Hausbesuche (**Punkt 6**);
- die Regelung zu den Impfstoffen (**Punkt 7**);
- der Aufschub der Bedarfsplanung (**Punkt 8**);
- die Einrichtung von MVZ in unterversorgten Gebieten (**Punkt 9**)

werden sicherlich die Zustimmung von Patienten und Ärzten finden.

Von zweifelhaftem Nutzen ist hingegen die Ausweitung der Sprechstundenzeiten von 20 auf 25 Stunden (**Punkt 1**). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung befürchtet, dass damit die Versorgung der Patienten nicht verbessert werden kann. Schon heute bieten 92 % aller Arztpraxen der Grundversorgung Betriebszeiten von 25 Stunden und mehr an.³⁴

Ein Beispiel aus der Praxis zu diesem Thema:

Eine große Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, Notfallmedizin und Reisemedizin im Remstal bei Stuttgart bietet 36 Sprechstunden je Woche an. Das ist beileibe nicht die Wochenarbeitszeit des Arztes. Diese beträgt durchschnittlich 72 Stunden je Woche! In seiner Praxis wird täglich eine Stunde von Vormerkungen freigehalten, um Notfälle rasch zu versorgen. Zur Vermeidung von Wartezeiten werden die Eltern angehalten, die Termine für ihre Kinder vorher telefonisch oder persönlich anzumelden. Das gilt auch für Notfälle. Werden „offene Sprechstunden“ (**Punkt 2**) eingeführt, sind sowohl Überfüllungen wie Leerzeiten zu erwarten. Wartezeiten für vorbestellte Patienten würden auftreten, die Versorgung würde insgesamt verschlechtert.

Der Verband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) befürwortet die Ausdehnung der Sprechstundenzeiten und den Ausbau der Terminservicestellen. Er lehnt jedoch ab, Geld für Leistungen bereitzustellen, die aus seiner Sicht selbstverständlich sind (**Punkt 5**).³⁵
Insgesamt also viel Kritik und nur verhaltenes Lob – Licht und Schatten!

³⁴ Schmedt, M., Sprechstunden. Ein bisschen Entbudgetierung. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 31 – 32 | 6. August 2018; A 1409

³⁵ Korzilius, H., Mehr Sprechstunden, mehr Geld. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 31 – 32 | 6. August 2018; A 1417 – A 1419

15. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) - Ergänzungen

Bevölkerungsentwicklung

Die Geburtenraten in Deutschland steigen an. (1,2) Das ist nicht einer höheren Kinderzahl in deutschen Familien zu verdanken (1,2 Kinder je Frau), sondern der höheren Kinderzahl in Migrantenfamilien (2,4 Kinder je Frau).³⁶

Damit steigen auch die Aufgaben der Kinder- und Jugendärzte:

- Mehr Kinder in der Sprechstunde
- Mehr und umfangreichere Vorsorgeuntersuchungen
- Mehr Kinder und Jugendliche mit Sprachentwicklungsstörungen
- Mehr bildungsferne Kinder und Jugendliche mit soziogenen Krankheiten. Beispiel Adipositas: 4.1 – 4.4fach höheres Risiko bei Kindern aus bildungsfernen Familien³⁷
- Mehr Kinder und Jugendliche mit Verhaltensauffälligkeiten

Ärztliche Versorgung

- Die Zahl der kinder- und jugendärztlichen Praxen sinkt³⁸
- Ältere Kollegen finden keinen Nachfolger
- Die Zahl der weiblichen Ärzte auf den Ausbildungsplätzen für Kinder und Jugendheilkunde nimmt zu und liegt derzeit bei über 70 %
- Ärztinnen sind seltener als Ärzte bereit und in der Lage, eine Vollarbeitsstelle zu übernehmen
- Ärztinnen beenden früher als Ärzte ihre Berufstätigkeit
- Viele Eltern finden für ihr Kind keinen Kinder- und Jugendarzt in Wohnortnähe

Das neue Gesetz

Im Terminservice- und Versorgungsgesetz kommen folgende Verpflichtungen auf alle Vertragsärzte zu:

- Fünf offene Sprechstunden je Woche ohne vorherige Anmeldung (vgl. Vorseite)
- 25 statt 20 Sprechstunden. Tatsächliche Sprechstundenzeit 36 Stunden, tatsächliche Arbeitszeit durchschnittlich 72 Stunden je Woche (vgl. Vorseite)
- Telematikanschluss – bisher nur ein Anbieter, Lieferengpass!

Nach Ansicht des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Hausärzterverbandes (HÄV) sind diese Maßnahmen nicht geeignet, das Problem der fehlenden kinder- und jugendärztlichen Praxen zu lösen.

Eine Lösung kann nur über eine umfassende Bedarfsplanung gelingen:

- Mindestens 10 % mehr Studienplätze für Humanmedizin
- Finanziell geförderte Weiterbildung für angehende Ärzte
- Verbesserte Infrastruktur auf dem Land für junge Arztfamilien
- Honoraraufbesserung für Kinder- und Jugendärzte (das Honoraraufkommen für Kinder- und Jugendärzte liegt derzeit an zweitletzter Stelle von allen Arztgruppen!)
- Beschränkung der Zuwanderung

³⁶ Stichs, A., BAMF-Studie zur Zahl der Muslime in Deutschland, 13. Juli 2017; Bareth L. und Wüstholtz A., Mehr Babys, zu wenig Hebammen. WAIBLINGER KREISZEITUNG, 3. Januar 2019; C1

³⁷ DAK, Kinder- und Jugendreport 2018. www.dak.de > Gesundheit, 23.08.2018

³⁸ Fischbach, T., Jahresrückblick 2018 des Präsidenten. KINDER- UND JUGENDARZT 49. Jg. (2018) Nr. 12/18 + 1/19; 749 – 750

16. Zwangsinclusion

Das Land Baden-Württemberg verfügt über ein flächendeckendes System von hervorragend geführten Förderschulen, in denen die Kinder mit Behinderung, abgestimmt auf ihre Bedürfnisse, bestens betreut werden. An diesen Schulen arbeiten Lehrer, die eine hochqualifizierte Zusatzausbildung durchlaufen haben und ihrem pädagogischen Auftrag aus Berufung und mit Leidenschaft nachgehen.

Seit 2009 sind Eltern und Lehrer einem starken Druck ausgesetzt, die Förderschulen zu meiden und die Kinder mit Behinderung auf allgemeinbildende Schulen zu schicken. Für Kinder mit körperlicher Behinderung wurde dieser Schritt mehrheitlich zum Gewinn. Kinder mit geistiger Behinderung erlebten dabei jedoch oftmals eher eine Entwicklungsbehinderung. Die Sonderschullehrer müssen seither von einer Regelschule zur nächsten rasen, um ihre Schützlinge dort jeweils ein bis zwei Stunden zu betreuen. Allein der Zeitverlust für diese Fahrten beschränkt die pädagogische Leistung der Sonderschullehrer. Die Lehrer an den allgemeinbildenden Schulen sind für den gemeinsamen Unterricht von behinderten und nichtbehinderten Kindern nicht ausgebildet. Hinzu kommt, dass die Personaldecke an den Schulen viel zu dünn ist, um den zeitintensiven Inklusionsunterricht abzudecken. Die Folge: Die Kinder ohne Behinderung kommen zu kurz, die Kinder mit Behinderung werden überfordert. Das Wort von der Zwangsinclusion kam auf.

Angesichts solch ungünstiger Lernbedingungen ist es nicht verwunderlich, wenn Eltern sich dafür entscheiden, ihr Kind mit Behinderung von Anfang an oder nach einem Inklusionsversuch einer der bewährten Förderschulen anzuvertrauen.³⁹ Die Bertelsmann-Stiftung kritisiert die Eltern für diese Entscheidung.⁴⁰ Dabei soll doch gerade durch die UN-Behindertenkonvention das Recht auf Selbstbestimmung gefördert werden! Die Kritik geht also ins Leere. Eine Zwangsinclusion darf es nicht geben! Dem hält die frühere Gymnasiallehrerin und Landtagsabgeordnete Brigitte Schumann entgegen, „inklusive Bildung sei das Recht aller Lernenden, nicht nur der Kinder mit Behinderung. Diesem Recht hat sich das Elternrecht unterzuordnen. Die zentrale Ursache des Scheiterns ist die systematische Unterfinanzierung des gemeinsamen Lernens. Mit der historischen Lüge von der Hilfsschule als Opfer des Nationalsozialismus konnte die Sonderpädagogik nach 1945 den Ausbau des Sonderschulwesens als Akt der ‚Wiedergutmachung‘ durchsetzen“, meint Schumann. Der Verweis auf den Nationalsozialismus wirkt hierzulande zuverlässig als argumentative Keule.⁴¹

³⁹ Möllers, H., Die Story im Ersten: Das Märchen von der Inklusion. Pressespiegel Diakonie Stetten, 27.12.2018; 10

⁴⁰ von Görtz, R. und Langness A, Wissenschaftliche Begleitforschung von „Kein Kind zurücklassen!“ bekommt gute Noten. Bertelsmann-Stiftung, Bildung, Juli 2018

⁴¹ Schmoll, H., Zurück zur Förderschule? Frankfurter Allgemeine Zeitung, 14. Juni 2018

Informationsschrift

Gesundheitspolitische Kommentare 2019 II