

Informationsschrift

Gesundheitspolitische Kommentare

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

(Inhaltsverzeichnis: siehe Rückseite)

A) 01. Alzheimer-Medikamente wirkungslos

Versagerquote 100%

Rund 50 Millionen Menschen weltweit leiden unter Demenz. Allein 13 der 42 Mitgliedsunternehmen des Verbandes der forschenden Arzneimittelhersteller (VfA) suchen nach einem wirksamen Mittel gegen die Demenz. Ein erfolgreiches Medikament würde dem Unternehmen Milliarden in die Kasse spülen. Doch die Aussichten auf einen solchen Erfolg sind schlecht, ganz im Gegensatz zu den in den Medien geschürten Hoffnungen. In den letzten 15 Jahren sind rund 400 Medikamentenstudien mit Antidementiva durchgeführt worden. Die Versagersquote lag bei fast 100 %!

Einer der Gründe für das Scheitern der Forschungen ist, daß die Behandlung zu spät begonnen wird. Noch fehlen die eindeutigen Kriterien, mit denen eine Demenz im Frühstadium erkannt werden kann. Um diesem Missstand zu begegnen, laufen derzeit Studien in genetisch vorbelasteten Großfamilien. Mitglieder dieser Familien werden mit Immuntherapeutika, wie zum Beispiel Cremezumab, behandelt, wenn sie feinneurologische Auffälligkeiten als erste Hinweise auf eine beginnende Demenz aufweisen.

Zugelassene Antidementiva

Im Jahr 2018 sind vier synthetische Substanzen zur Behandlung der Demenz zugelassen, drei Cholinesterase-Hemmer und das Memantin, ein Aspartat-Rezeptor-Antagonist:

- Donepezil
- Rivastigmin
- Galantamin
- Memantin

Alle vier Substanzen können für kurze Zeit die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern. Das Fortschreiten der Krankheit können sie nicht verhindern. Wird die Dosis gesteigert, ist mit unerwünschten Nebenwirkungen zu rechnen.

Vorbeugung

Die Aussicht ist gering, dass in nächster Zeit eine kausale oder symptomatische Behandlung der Demenz gefunden wird. Daher kommt der Vorbeugung eine besondere Bedeutung zu. Die kürzlich veröffentlichte FINGER-Studie hat den Beweis erbracht, dass Vorbeugung wirksam ist. Als Säulen der Vorbeugung gelten:

- Konsequente Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Rauchverzicht
- Senkung der Homocysteinwerte im Blut
- Bewegung (nicht Kraft-, sondern Ausdauersport)
- Seefisch (Omega-3-Fettsäuren)
- Oliven (Polyphenole)
- Javanische Gelbwurz, Curcuma xanthorrhiza (Curcumin)¹
- Soziale Kontakte

¹ Lenzen-Schulte M, Antidementiva scheitern reihenweise. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 115 | Heft 5 | 2. Februar 2018, A 200 - 201

A) 02. Ärztliche Zwangsmaßnahmen - Gesetzergänzung zu § 1906 BGB

Die Bundesregierung hat beschlossen, den bisherigen § 1906 durch einen neuen § 1906 a zu ergänzen. Dieser Paragraph soll dem gesetzlich bestellten Betreuer eines Menschen mit Behinderung erlauben, in eine ärztliche Zwangsmaßnahme einzuwilligen, wenn diese aus medizinischen Gründen in einer besonderen Lage notwendig ist. Die besondere Lage ist dann gegeben,

- wenn der Betreute sich freiwillig in der Klinik aufhält
- oder wenn der Betreute sich krankheitsbedingt nicht aus der Klinik entfernen kann.

Die besondere Lage wird in dem bisherigen § 1906 Abs. 3 BGB nicht berücksichtigt. Das Bundesverfassungsgericht hat daher den Gesetzgeber beauftragt, diese Lücke zu schließen.

Der neue § 1906 a ermöglicht dem Arzt nach Zustimmung des Betreuers auch dann eine Behandlung durchzuführen, wenn der Patient widerspricht, aber auf Grund seiner psychischen Erkrankung oder seiner geistigen Behinderung die Notwendigkeit der ärztlichen Maßnahme nicht erkennen kann, bei Ausbleiben der Behandlung jedoch einen erheblichen Schaden an Leib und Leben erleiden oder andere Menschen gefährden kann.

Der Zusatz „ ... oder andere Menschen gefährden kann“ ist besonders wichtig im Hinblick auf Menschen mit einer genetisch bedingten Gewaltbereitschaft.

Ebenso wichtig ist auch das Ziel, dass mit der Gesetzesergänzung die Erstellung einer Patientenverfügung angeregt und gefördert wird. Liegt eine solche Verfügung vor, müssen Betreuer und Arzt nicht lange raten, was der Patient vielleicht selber gewollt hätte.

Wie viele zusätzliche Verfahren mit dem neuen § 1906 a BGB auf die Gerichte zukommen werden, ist schwer abzuschätzen. Vermutlich wird ihre Zahl überschaubar bleiben.

Auf jeden Fall erscheint die Gesetzesergänzung für den Komplex der ärztlichen Zwangsmaßnahmen notwendig und sinnvoll. (08.07.2017)

B) 03. Bewegung schützt vor Krebs

Regelmäßige und ausreichende Bewegung schützt vor Krebs, sagt die Forschung.

Als ausreichend gilt:

Mindestens 30, besser 60 Minuten körperliche Bewegung am Tag. Man muss dabei ins Schwitzen kommen! Als regelmäßig gilt: Fünf Mal je Woche.

Nach Studienlage wird durch regelmäßige und ausreichende Bewegung das Risiko

1. **Überzeugend** verringert für Dickdarmkrebs;
2. **Wahrscheinlich** verringert für Gebärmutterkrebs (Endometrium-Carcinom) und Brustkrebs nach den Wechseljahren;
3. **Vermutlich** verringert für Brustkrebs vor den Wechseljahren, Prostatakrebs, Lungenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs.

Gründe für den Zusammenhang zwischen Bewegung und Krebsentstehung:

- a) Bewegung hebt den Spiegel der meisten Hormone an und hemmt dadurch die Entstehung hormonabhängiger Tumore wie Brust-, Gebärmutter- und Prostatakrebs.
- b) Bewegung regt die Bildung des ‚Insulin Growth Factor‘ (IGF) an. Ein hoher IGF-Spiegel ist ein Schutzfaktor vor allem bei Krebsarten, die mit Übergewicht zusammenhängen: Brust-, Leber-, Dickdarm- und Bauchspeicheldrüsenkrebs.
- c) Bewegung hemmt Entzündungen. Chronische Entzündungen sind die Ursache für viele bösartige Tumoren.
- d) Bewegung begünstigt die DNS-Reparatur, also die Ausbesserung genetisch angelegter oder umweltbedingter Fehler am Erbgut.

Der Mensch ist nach seinem Körper- und Verhaltensprogramm ein **Lauftier**. Wenn wir dieses Programm vergessen und auf dem Sofa sitzen bleiben, lauert hinter dem Sofa der Krebstod!

(02.09.2015)²

² Petry, Arndt, Onkologie. Bewegung schützt vor Krebs: Warum eigentlich? durchblick gesundheit. April – Juni 2015; 20 - 21

C) 04. Cannabis als Medizin

Einführung:

Cannabinoide ist eine Sammelbezeichnung für Substanzen aus der weiblichen Pflanze des indischen Hanfs (*Cannabis sativa*) und deren synthetische Derivate. Ungefähr 70 Formen sind bekannt (alle Cannabinoide unterliegen dem Betäubungsmittelgesetz):

- Getrocknete Blüten (Medizinalhanf oder medizinisches Cannabis)
- Rezepturarzneimittel (Dronabinol)
- Fertigarzneimittel (THC/CBD-Spray)
- Synthetisch hergestellte Arzneimittel (Nabilon)

Cannabinoide bewirken:

- Schmerzlinderung
- Muskelentspannung
- Brechreizdämpfung
- Beruhigung
- Angstlösung
- Stimmungsanhebung

Neue gesetzliche Regelung:

Am 10. März 2017 ist in Deutschland ein neues Gesetz zur Arzneimittelverordnung in Kraft getreten. Es trägt die sperrige Bezeichnung „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“.

Seither dürfen Ärzte schwerkranken Patienten Cannabisprodukte in pharmazeutischer Qualität zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschreiben. Also: Cannabis auf Rezept! Der Gesetzgeber schränkt die Verordnung allerdings ein: Cannabinoide dürfen nur verschrieben werden, wenn keine andere Behandlungsmöglichkeit mehr besteht.

Geplant ist, dass der Apotheker von seinem Großhändler getrocknete Cannabisblüten bezieht. Er muss sie selbst mahlen und die entsprechenden Geräte vorrätig halten. Die Menge an zermahlenden Cannabisblüten, die ein Patient innerhalb von 30 Tagen erhalten darf, ist auf 100 Gramm begrenzt. Der Patient nimmt das Pulver als Tee oder als Inhalation mittels Mundspray zu sich. Ganz sicher ungeeignet ist das Rauchen als Joint. Die Dosis, die hierbei im Blut ankommt, schwankt erheblich. Auf lange Sicht ist vorgesehen, die Substanz als Tablette auf den Markt zu bringen. Aber auch auf diesem Wege ist eine genaue Dosierung der medizinisch wirksamen Bestandteile nicht möglich.

Schon jetzt können Patienten, für die es keine Behandlungsalternative mehr gibt, Cannabis in der Apotheke kaufen. Sie müssen dazu eine Ausnahmegenehmigung des Bundesinstitutes für Arzneimittelsicherheit und Medizinprodukte (BfArM) vorlegen.

Ferner müssen sie eine Bescheinigung vorlegen, daß bei ihnen cannabinoidhaltige Arzneimittel wie Sativex®, Dronabinol® und Nabilon® nicht wirken.

Bisher wurde Cannabis bei folgenden Indikationen eingesetzt:

- Chronische, insbesondere neuropathische Schmerzen
- Spastik, zum Beispiel bei Multipler Sklerose
- Appetitlosigkeit
- Übelkeit
- Erbrechen³

Bei rund 60 Diagnosen lässt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Cannabistherapie zu. Über die Genehmigung entscheidet seit dem neuen Gesetz nicht mehr das Bundesinstitut, sondern die Krankenkasse. Eine Kontraindikation für Cannabis besteht bei Herzkrankheiten, Suchtkrankheiten und Psychosen.

Bis zum jetzigen Zeitpunkt haben die gesetzlichen Krankenkassen rund die Hälfte aller Anträge genehmigt. Doch auch dann, wenn die Kasse den Antrag genehmigt hat, bekommt der Patient nicht sofort in der Apotheke sein Cannabis. Für die Cannabisblüten, die aus den Niederlanden und aus Kanada eingeführt werden, gibt es einen Lieferengpass. „Doch genau jetzt sind die handelsüblichen Sorten kaum zu bekommen,“ erklärt Philipp Böhmer, ein Apotheker aus Stuttgart⁴.

Viele Ärzte scheuen die Verordnung von Cannabis, weil sie fürchten, mit dem teuren Stoff ihr Arzneimittelbudget zu sprengen.

Stoffwechsel

Cannabis greift in das körpereigene Cannabinoidsystem ein. Endocannabinoiden sind Botenstoffe (Neurotransmitter), die verschiedene physiologische Abläufe regulieren:

- In der Wahrnehmung
- Beim logischen Denken
- In der Motorik
- Bei Entzündungen
- In der Schmerzempfindung
- Bei Angstreaktionen⁵

Auch bei Cannabis als Medizin ist an die suchterzeugende Wirkung zu denken.

Ferner sind zentralnervöse und psychiatrische Nebenwirkungen möglich:

³ Bühring, P., Cannabis ist kein Wundermittel, Deutsches Ärzteblatt | Jg. 113 | Heft 26 | 1. Juli 2016; A 1249

⁴ Ausschuss „Suchtmedizin“ der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Ärzteblatt Baden-Württemberg 05/2016; 223

⁵ Warth, R., Wenig berauschend, WAIBLINGER KREISZEITUNG, 28.07.2017

- Benommenheit
- Verwirrtheit
- Psychosen

Hinzu kommt, dass die Studienlage und die Evidenz bei Cannabinoiden höchst mangelhaft sind.

Evidenz: Unmittelbare, mit besonderem Wahrheitsanspruch auftretende Einsicht. Das sind die Gründe dafür, dass die Bundesärztekammer (BÄK) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) das neue Gesetz ablehnen.

Übersichtsarbeit:

Unlängst ist im Deutschen Ärzteblatt eine Übersichtsarbeit der Universitäten Saarbrücken, Göttingen, Bonn und Quebec (Canada) zu den Cannabinoiden in der Schmerz- und Palliativbehandlung erschienen⁶. (4) 750 Arbeiten aus den medizinischen Datenbanken wurden untersucht. Nur 11 davon erfüllten die Einschlusskriterien. Nur für den Einsatz von THC/CBD-Mundspray wurde eine eingeschränkte Evidenz bei neuropathischen Schmerzen gefunden. Keine ausreichende Evidenz wurde ermittelt für Cannabinoide (Dronabinol, Nabilon, Medizinalhanf, THC/CBD-Spray) bei

- Tumorschmerzen
- Rheumatischen Schmerzen
- Schmerzen im Magen-Darm-Kanal
- Appetitlosigkeit bei Krebs und AIDS

Zusammenfassung:

Die Verfasser der Übersichtsarbeit schließen ihre Ausführungen mit der ernüchternden Schlussfolgerung:

„Es besteht ein Widerspruch zwischen der öffentlichen Wahrnehmung und der Evidenz, Verträglichkeit und Sicherheit bei Cannabisprodukten ... und den Ergebnissen der systematischen Übersichtsarbeiten und prospektiven Beobachtungsstudien nach den Standards der evidenzbasierten Medizin.“

Cannabisblüten und Cannabisextrakte sind kein Wundermittel. Nach dem neuen Gesetz können sie bei eingeschränkter Evidenz als Teil einer rationalen Pharmakotherapie eingesetzt werden. Ziel ist die Herstellung eines Fertigarzneimittels mit genau festgelegtem Wirkstoffgehalt.

⁶ Häuser, W. u.a., Cannabinoide in der Schmerz- und Palliativbehandlung, Deutsches Ärzteblatt | Jg. 114 | Heft 38 | 22. September 2017; 627 – 634

E) 05. Entlassung aus dem Krankenhaus (Kommentar)

Seit kurzem wird der Patient nicht einfach aus dem Krankenhaus entlassen. Die Entlassung wird vielmehr „gemanaged“. Das Wort „managen“ kann man recht gut durch die deutschen Worte „handhaben, regeln, verwalten, einrichten“ ersetzen. Warum also bei dem Verwaltungsvorgang der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht von „Entlassregelung“ sprechen? Was verbirgt sich hinter dem grausigen Satz: „Die Entlassung wird gemanaged“?

Der Gesetzgeber hat nach Vorbereitung durch die Ärzteschaft, die Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft den § 39 Absatz 1a in das Sozialgesetzbuch V eingefügt. Der § 39 Abs. 1a SGBV besagt, dass die Weiterversorgung des Patienten nach seiner Entlassung bereits im Krankenhaus beginnen muss. Das läuft folgendermaßen ab: Schon bei der Aufnahme wird dem Patienten ein Informationsblatt zur Entlassregelung ausgehändigt. Er muss unterschreiben, dass er gegebenenfalls mit der Weiterleitung seiner persönlichen Daten einverstanden ist. Diese Maßnahme sei notwendig, damit es nicht zu Verzögerungen bei der Leistungsübernahme durch die Krankenkasse kommt.

Vor der Entlassung muss der Krankenhausarzt dem Patienten ein Rezept für den Medikamentenbedarf der nächsten Tage ausstellen, wenn der Hausarzt wegen eines Feiertags oder eines Wochenendes nicht erreichbar ist. Jedem Krankenhausarzt wird dafür eine lebenslange Arztnummer zugeordnet. Bisher gab es die Arztnummer nur für die niedergelassenen Ärzte. Die Verschreibung unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Bei unwirtschaftlicher Verordnung wird das Krankenhaus regresspflichtig. Das bedeutet, dass alle Krankenhausärzte ab sofort die verwickelten kassenärztlichen Bestimmungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise kennen und anwenden müssen. Der Krankenhausarzt darf nur die kleinste Packungsgröße (N1 oder kleiner) verschreiben. Diese Rezepte sind zuzahlungspflichtig. Wenige Tage später muss der Patient nochmals zahlen, wenn er in der Apotheke die größere Packung abholt.

Überflüssig ist:

1. Die Vergabe einer lebenslangen Arztnummer
2. Die Verschreibung der kleinsten Packungsgröße. Warum nicht einfach ein paar Tabletten mitgeben?
3. Die Zuzahlung zum Krankenhausrezept.

Die Entlassregelung ist ein Paradebeispiel für Fehlentwicklungen in unserem Gesundheitswesen!⁷ (2018)

⁷ Fabian, M., Entlassmanagement. Ärzteblatt Baden-Württemberg 01 . 2018; 4

F) 06. Fernbehandlung

Im Sommer 2016 hat die Landesärztekammer Baden-Württemberg die Berufsordnung für Ärzte geändert. Bis dahin war dem Arzt die ausschließliche Behandlung über ein Kommunikationsnetz untersagt. Seither ist es möglich, im Rahmen eines Modellprojektes eine ärztliche Fernbehandlung durchzuführen⁸. Im Oktober 2017 startete in Baden-Württemberg das bundesweit erste Modellprojekt, die Fernbehandlung von Privatversicherten durch die Teleclinic München GmbH.

Ein weiteres Modellprojekt ist im Dezember 2017 von der Landesärztekammer Baden-Württemberg genehmigt worden, jetzt für Kassenpatienten, ebenfalls einmalig in Deutschland. Ab 1. April 2018 können sich Patienten in den Bereichen Stuttgart und Tuttlingen über Telefon, Video oder Chat von einem Arzt beraten und behandeln lassen, wenn sie ihren Haus- oder Facharzt nicht erreichen können. Das Projekt trägt den Namen DocDirekt und ist zunächst auf zwei Jahre befristet. Nach erfolgreicher Testphase soll das Angebot auch auf andere Bereiche in Baden-Württemberg ausgedehnt werden. Mit DocDirekt ermöglicht die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg als erste Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland die Fernbehandlung von Notfällen. Der Patient erspart sich die Anfahrt und wird wirksam behandelt. Die Notfallambulanzen werden entlastet.

DocDirekt ist ab 1. April 2018 für alle Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kostenlos unter der Rufnummer 0711 – 78 753 880 von Montag bis Freitag und 9 bis 19 Uhr erreichbar.

Eine erfahrene und besonders geschulte Medizinische Fachangestellte nimmt den Anruf entgegen und ermittelt den jeweils zuständigen Tele-Arzt. Dieser ruft den Patienten zurück, erhebt die Vorgeschichte, klärt das Beschwerdebild und berät zum weiteren Vorgehen. Der Tele-Arzt darf eine Diagnose stellen und eine Therapie einleiten. Ist eine persönliche Vorstellung bei einem niedergelassenen Arzt nötig, wird der Patient an eine dienstbereite Haus- oder Facharztpraxis weitergeleitet. Lebensbedrohliche Notfälle werden unverzüglich an die jeweilige Rettungsleitstelle weitergeleitet.

Die Tele-Ärzte kommen aus der vertragsärztlichen Versorgung. Sie sind für ihre Aufgabe besonders ausgebildet worden. Das Projekt DocDirekt wird wissenschaftlich begleitet und bewertet.

Mit DocDirekt wird die ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg zukunftsorientiert ergänzt⁹.

⁸ Clever, U., Eine bahnbrechende und zukunftsorientierte Entscheidung. Ärzteblatt Baden-Württemberg 12 . 2917; 632

⁹ Kammern und KV, Grünes Licht für DocDirekt. Ärzteblatt Baden-Württemberg 01.2018; 6

G) 07. Gesundheit digital

98% der 12-19-jährigen Deutschen und 87% der Erwachsenen besitzen ein Smartphone, ein Tablet, ein Wearable oder eine Datenbrille. 80 % aller digitalen Suchvorgänge betreffen Gesundheitsfragen¹⁰. Kommerzielle Unternehmen kommen dem Bedarf entgegen und bieten als Website oder als APP in wachsender Zahl Gesundheitsprogramme an. Zwei amerikanische Konzerne beherrschen 97 % des Marktes: Die Firmen Apple und Google. Das Volumen der mobilen Gesundheitsangebote (Mobile Health) wird für 2016 auf 20 Milliarden US-Dollar geschätzt. Das sind 5.5 Milliarden Dollar mehr als 2015!

Einen Überblick über die Marktlage, die Möglichkeiten und die Gefahren der digitalen Gesundheitsprogramme bietet ein 350 Seiten starker Studienbericht des Bundesgesundheitsministeriums unter der Überschrift:

„Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps“

Die Studie ist im April 2016 veröffentlicht worden. Zukunftspotential sehen die Autoren der Studie bei Menschen mit Behinderung. Gesundheits-Apps und -Webseiten „können ihnen helfen, den Umgang mit ihren Einschränkungen besser zu bewältigen und selbstständiger zu leben.“ (2) Von den rund 100 000 Gesundheits-Apps, die bis jetzt auf dem Markt sind, gehen bisher nur sehr wenige auf Menschen mit Behinderung ein. In der Studie wird überhaupt nicht erwähnt, daß die digitalen Hilfen nur für Menschen mit körperlicher Behinderung in Frage kommen. Die große Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung zieht aus der digitalen Medizin keinen Nutzen.

Insgesamt zählt die Studie zur digitalen Medizin viele Fragezeichen auf:

- Es fehlt an einheitlichen Qualitätskriterien.
- Die Hersteller sind nicht verpflichtet, die Qualität ihrer Programme zu sichern.
- Weder Laien noch Fachpersonal können bislang die Qualität eines Programms nachprüfen.
- Die Vergütung für den Abruf eines Programms ist ungeklärt.
- Die Hersteller brauchen keine Angaben zu den Finanzierungsquellen und zum Datenschutz ihrer Programme zu machen.
- Es gibt keine Stelle, die unerwünschte Ereignisse sammelt, auswertet und veröffentlicht.
- Mehr als 30 % der Gesundheitsprogramme schneiden bei der Bewertung durch eine Prüfarztgruppe der Central-Krankenkasse mit „mangelhaft“ oder „ungenügend“ ab.

Das Bundesgesundheitsministerium will weitere Forschungsprojekte zur Ethik der Digitalisierung im Gesundheitswesen ausschreiben¹¹. Von Vorstößen zur Qualitätsverbesserung ist n i c h t die Rede.

¹⁰ Scholz, J., Wenn „Dr. Google“ Fehldiagnosen stellt. *durchblick gesundheit*, Oktober – Dezember 2015; 10 – 11

¹¹ Beerheide, R., Viele Chancen, wenig Evidenz. *Deutsches Ärzteblatt* | Jg. 113 | Heft 28 | 1. Juli 2016; A 1242 - 1243

G) 08. Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung

Welche Tatsachen zum Gesundheitszustand von Menschen mit geistiger Behinderung sind bekannt?

- Krankheitshäufigkeit zwei- bis drei Mal so hoch wie in der Normalbevölkerung
- Krankheitsverlauf länger und schwerer
- Begleit- und Folgekrankheiten vermehrt
- Syndromabhängige Erkrankungen häufig. Beispiel: Erhöhtes Infektionsrisiko bei Down-Syndrom¹²
- Psychopharmaka müssen häufiger eingesetzt werden als bei anderen Menschen,¹³ Mögliche Nebenwirkungen der Psychopharmaka: Übergewicht, Bluthochdruck, Schläfrigkeit, Trägheit
- Arbeitsunfälle häufiger als auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Die Werkstätten für behinderte Menschen sind in die höchste Gefahrenklasse der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) eingestuft!
- Ansteigende Altersstruktur mit zunehmendem Erkrankungsrisiko¹⁴

Gesundheitsförderung:

2015 hat der Gesetzgeber das Präventionsgesetz beschlossen. Damit wurde die Gesundheitsförderung im Lebensumfeld der Menschen aller Altersstufen gestärkt: In den Kindergärten, in der Ausbildung, am Arbeitsplatz und in Pflegeheimen. Leider werden bei den Präventionsangeboten diejenigen Menschen, die bereits unter einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung leiden, nicht ausreichend berücksichtigt. Maßnahmen wie Medizinische Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung (MZEB), Ausbildung von Ärzten für Menschen mit Behinderung, Begleitung im Krankenhaus, Personalaufstockung in den Einrichtungen fehlen. Die

Gesundheitsförderung von Menschen mit geistiger Behinderung ist mangelhaft!

Eine positive Maßnahme muss erwähnt werden: Der Verband der Ersatzkassen (vdek) bietet für Menschen mit Lernschwierigkeiten einen Kurs zur Gesundheitsförderung an. Im Begleitheft (1. Auflage Mai 2017) werden unter der Überschrift „Projekt GESUND“ elf Lerneinheiten und zugehörige online-Lernmaterialien dargestellt. Das Begleitheft kann kostenlos bestellt werden bei stefanie.thees@vdek.com . (09.07.2017)

¹² Chicoine, B. et al. Gesundheit für Jugendliche und Erwachsene mit Down-Syndrom. Zirndorf/Mittelfranken, G & S Verlag 2013

¹³ Seidel, M. (Hrsg.) Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung. Erfüllte und unerfüllte Versprechen. Dokumentation der DGSGB am 12.11.2010 in Kassel, Band 24, 2011

¹⁴ Stöppler, R., Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. München, Stuttgart: Verlag Reinhardt, UTB 2014

G) 09. Grippe-Impfung

Die echte Grippe-Infektion wird durch die beiden Grippeviren Influenzavirus Typ A und oder Influenzavirus Typ B ausgelöst. Hat der Mensch eine Virusinfektion überstanden, so hat er in seinem Körper Abwehrmaßnahmen entwickelt. Diese haben unter anderem die Oberflächen der Schleimhautzellen in den Atemwegen so verändert, dass das Virus keine Andockstellen mehr vorfindet. Das Virus braucht solche „Landungsbrücken“, um in die Zelle einzudringen. Doch die Grippeviren sind „schlau“: Innerhalb eines Jahres bauen sie einfach neue „Landungsbrücken“. So gelingt es ihnen, im nächsten Winter doch wieder in die Wirtszelle einzubrechen. Sie umgehen damit die mühsam aufgebaute Abwehr.

Dieser raffinierte Schachzug der Grippeviren macht es nötig, dass der Grippeimpfstoff jedes Jahr neu zusammengesetzt werden muss. Das besorgt die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die WHO beobachtet den Grippeverlauf im vorausgegangenen Winter auf der Südhalbkugel der Erde und weiß danach, was im kommenden Winter auf die Menschen der Nordhalbkugel zukommt.

Üblicherweise umfasst der Impfstoff drei Virusstämme, zwei vom Influenza-Typ A, einer vom Influenza-Typ B. Nun ist in Südafrika und Südamerika im Winter 2016/2017 ein zweiter Influenza-Typ B aufgetaucht. Dieser zweite B-Typ steckt nur in zwei der 16 zugelassenen Impfstoffe. Sie sind deutlich teurer als jene 14 Impfstoffe, die drei Komponenten enthalten. Sie werden daher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet.

Die Kassen haben mit der Pharmaindustrie einen Höchstpreis ausgehandelt, der unter dem Preis für den Vierfachimpfstoff liegt. Die Fachleute der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie befürchten, dass der Dreifachimpfstoff nicht ausreichend an die veränderten Eigenschaften des Grippevirus angepasst und daher nur begrenzt wirksam ist. Eine ähnlich mangelhafte Zusammensetzung des Impfstoffs hat es bereits in sechs der letzten elf Winter gegeben. Immer wieder haben Ärzte erleben müssen, daß geimpfte Menschen dennoch an Grippe erkrankt sind.

Die beiden stärker gerüsteten Grippeimpfstoffe, die jedoch von den Krankenkassen nicht bezahlt werden, heißen Fluenz Tetra® und Influsplit Tetra®.

Diese Impfstoffe kosten in Baden-Württemberg jeweils 23.- €. Der Preis schwankt von Bundesland zu Bundesland. Regelung und Preis gelten mindestens bis 2017.¹⁵

26 Menschen aus Baden-Württemberg sind in der Grippe-Saison 2014/2015 an der Grippe gestorben. 11 600 Menschen sind als grippekrank gemeldet worden. Vermutlich sind wesentlich mehr Menschen an Grippe erkrankt, jedoch nicht als solche erkannt und gemeldet. Man muss davon ausgehen, dass die Dunkelziffer sehr hoch ist.¹⁶

Die Grippeimpfung wird für alle Kinder ab 6 Monaten empfohlen, ferner für chronisch kranke Menschen und Menschen über 60 Jahre.¹⁷ Sie ist nebenwirkungsarm und besonders in Gemeinschaftseinrichtungen äußerst wichtig.

¹⁵ Dr. med. Volker Kemmerich, Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde, Reisemedizin, Weinstadt, (E-Mail) 3.7.2017

¹⁶ dpa, 26 Menschen sind an der Erkrankung verstorben. WAIBLINGER KREISZEITUNG; 10.06.2015

¹⁷ FOCUS 40/2015; 17: Gripeschutz. Ärzte befürchten Impfstoffversagen

H) 10. Häusliche Krankenpflege

Mitte April 2016 wurde bekannt, dass russische Pflegedienste für schwer pflegebedürftige Patienten bei den Pflegekassen Leistungen abgerechnet haben, die niemals erbracht worden sind. Den deutschen Sozialkassen ist durch den Abrechnungsbetrug ein erheblicher Schaden entstanden.

Auf der Konferenz der Gesundheitsminister von Bund und Ländern sollen folgende Maßnahmen zur Abhilfe besprochen werden:

1. Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege sollen überprüft werden dürfen. Das ist bisher nicht der Fall!
2. Ambulant tätige Pflegedienste sollen verpflichtet werden, ihre Tätigkeit bei den Aufsichtsbehörden anzumelden. Aufsichtsbehörden sind die Landrats- und Gesundheitsämter. Durch die Meldepflicht sollen die Aufsichtsbehörden bessere Möglichkeiten in die Hand bekommen, die Pflegedienste zu kontrollieren.¹⁸

H) 11. Humangenetische Untersuchungen

Die Möglichkeiten, seltene genetische Erkrankungen zu erfassen, sind durch ein neues Verfahren erweitert worden: Hochdurchsatz-Sequenzierung (Next Generation Sequencing, NGS)

Die NGS-Technik erlaubt, mehrere Gene parallel mit verhältnismäßig geringem Aufwand zu untersuchen. Damit kann die Versorgung von Kindern und Erwachsenen mit schwer behandelbaren Anfallskrankheiten, Entwicklungsstörungen, Muskelkrankheiten und Hirnstrukturanomalien deutlich verbessert werden.

Das neue Verfahren ist unlängst in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) aufgenommen worden. Allerdings wurde festgelegt, dass die Leistung zuvor von der zuständigen Krankenkasse genehmigt werden muss. Dabei wurde nicht geregelt, auf Grund welcher Kriterien die Genehmigung erfolgen soll.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat beanstandet, dass der Genehmigungsvorbehalt in die Diagnose- und Therapiefreiheit des Arztes eingreift und die Kompetenz der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) übersteigt.

Gegen diese Beanstandung haben der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 23.06.2016 Klage beim Bundessozialgericht eingereicht.

Der Berufsverband der deutschen Humangenetiker e.V. (BVDH) äußert sich entsetzt zu dieser Klage: Schwangere mit unklaren Sonografiebefunden und Angehörige von Menschen mit Behinderung werden damit willkürlichen Ablehnungsbescheiden ausgesetzt. Sie werden mit ihren Sorgen und Ängsten alleingelassen. Die Ärzte sind überrascht, dass die eigenen Standesvertreter die Klage gegen das Ministerium mittragen. Auf die ärztliche Diagnose- und Therapiefreiheit werde damit verzichtet. Die Klage gehe zu Lasten der schwächsten Patientengruppe überhaupt, zu Lasten der Menschen mit geistiger Behinderung.¹⁹ (15.08.2016)

¹⁸ dpa, Pflege. Regierung will Prüfrecht ausweiten. Deutsches Ärzteblatt /Jg. 113 / Heft 17/ 29. April 2016; A 796

¹⁹ ReH, KBV und Krankenkassen klagen gemeinsam gegen Therapiefreiheit.

K) 12. Kinderanästhesie²⁰

Wenn Kinder nach einmaliger oder mehrfacher Operation einer Oesophagusatresie in die Schule kommen, erleben ihre Eltern oftmals, dass der Schüler durch Unruhe im Unterricht auffällt, dass er nicht aufpasst, dass er träumt, dass er mit den Hausaufgaben nicht zurechtkommt und daß er wegen Kleinigkeiten ausrastet. Nach einer nicht repräsentativen Statistik in meiner Praxis treten diese Zeichen bei 75 % der Kinder mit Oesophagusatresie auf.

Der Schluss der Eltern liegt nahe:

„Schuld sind die vielen Anästhesien, die unser Kind während der ersten Lebensjahre bekommen hat. Die Anästhesiemedikamente haben sich bestimmt ungünstig auf das Nervensystem ausgewirkt!“

Die Wissenschaft kennt eine andere Antwort:

Erhebungen in Dänemark, in Neuseeland und in den USA haben für Gedächtnis, Aufmerksamkeit und intellektuelle Leistung im Schulalter **keine** Unterschiede nachgewiesen zwischen Kindern, die im ersten Lebensjahr eine Anästhesie erhalten haben, und anderen Kindern, die in dieser Zeit keine Anästhesie gebraucht haben.

Es gibt also keine Hinweise, dass eine Anästhesie bei Kindern in der ersten Lebensphase die Ursache für spätere neurokognitive Defizite oder Verhaltensstörungen ist.

Andererseits ist der Verzicht auf eine Schmerzlinderung und Anästhesie nachweisbar schädlich für die Entwicklung des Zentralnervensystems. Ich denke dabei an die unseelige Praxis, Bougierungen der Speiseröhre ohne Allgemeinanästhesie durchzuführen. Auch die Verschiebung einer Operation auf ein späteres Alter ist nicht immer eine gute Lösung: Ein nicht operierter Leistenbruch kann zum Untergang eines Darmanteils führen, ein nicht behandelter Hodenhochstand zur Unfruchtbarkeit.

Zu bedenken ist, dass Kinder, die in den ersten Jahren ein- oder mehrmals operiert werden müssen, durch ihre Grundkrankheit besonders gefährdet für neurokognitive Funktionseinschränkungen sind. Dies gilt auch für die Oesophagusatresie.

Voraussetzungen für eine Anästhesie ohne ungünstige Folgen sind:

1. Ein gut ausgebildeter und erfahrener Kinderanästhesist;
2. Eine tüchtige und gut organisierte Anästhesiemannschaft;
3. Eine hervorragende Ausstattung mit medizintechnischem Gerät. (04.09.2014)

²⁰ Becke u.a.: Anästhesie bei Kindern. Sicher bei individueller Expertise und institutioneller Kompetenz, Deutsches Ärzteblatt / Jg. 111 / Heft 31-32 / 4. August 2014

L) 13. Leichte Sprache für alle?

Gesetzliche Regelung: Der § 11 des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) lautete bisher: „Träger öffentlicher Gewalt... sollen Informationen vermehrt in leichter Sprache bereitstellen.“

Zum 1. Januar 2018 ändert sich der Wortlaut des Gesetzes: „Träger öffentlicher Gewalt ... sollen mit Menschen mit geistigen Behinderungen und Menschen mit seelischen Behinderungen in einfacher und verständlicher Sprache kommunizieren.“

Der Gesetzgeber schreibt also die Leichte Sprache im Behördenverkehr vor. Für Menschen mit geistiger Behinderung ist das sicher eine Erleichterung. In diesem Sinne ist das Gesetz sehr zu begrüßen.

Was aber geht die Leichte Sprache Menschen mit seelischer Behinderung an? Diese Personen sind durchaus ihrer Sinne mächtig. In vielen Fällen sind sie sogar intelligenter als der Durchschnitt der Bevölkerung. Sprachliches Verständnis und sprachlichen Ausdruck beherrschen sie in aller Regel einwandfrei. Sie fühlen sich zu Recht für dumm verkauft, wenn sie im nächsten Brief der Stadtverwaltung mit infantilen Sprachbrocken angesprochen werden!

Ein weiterer Pferdefuß steckt in dem Gesetz: Wie soll der Gesetzestext umgesetzt werden, wenn eine Massensendung ansteht, z.B. eine Wahlbenachrichtigung? Eine gezielte Ansprache der Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung ist dabei nicht möglich. Sämtliche Empfänger, seien sie behindert oder nicht behindert, müssen in Leichter Sprache angesprochen werden. Andernfalls würde die Behörde gegen das Behinderten-Gleichstellungs-Gesetz verstoßen.

So kann Folgendes geschehen:²¹

In Schleswig-Holstein fand im Mai 2017 die Wahl zum Landtag statt. Die Bürger einer Gemeinde im dortigen Bundesland erhielten eine „Wahl-Benachrichtigung für die Wahl zum Land-Tag.“ Als Absender zeichnete die „Gemeinde-Wahl-Behörde“. Stolz verkündete die Gemeinde ihren Bürgern: „Sie können am Wahl-Tag zur Wahl gehen.“

Leichte Sprache auf dem Vormarsch

Die Europäische Union und die deutsche Bundesregierung fördern die Leichte Sprache nach Kräften. Das hat viele Leichtsprach-Spezialisten auf den Plan und an den Futtertrog gerufen.

- Ein zweibändiges Lose-Blatt-Werk steht mittlerweile im Büro aller Heimleiter im Land.
- Das Büro für Leichte Sprache in Bremen vertreibt Bilder zur Leichten Sprache zum Preis von 5.- Euro je Stück.
- Die Agentur für Leichte Sprache in 27211 Bassum bietet Übersetzungen in Leichte Sprache an.
- Der spotlight-Verlag in 82144 Planegg bei München bietet ein Sprachmagazin zur Leichten Sprache an.²²
- Die Dudenredaktion hat zum stolzen Preis von 40.- Euro ein Anwender-Handbuch unter dem Titel „Leichte Sprache“ herausgegeben. In keineswegs leichter Sprache beschreiben die Autoren Bredel und Maaß den Inhalt ihres Werkes: Das Buch „gibt Vorschläge für die Umsetzung abgestufter Reduktionsvarianten des Deutschen (,einfache' Sprache).“

²¹ Paulwitz, T., Leichte Sprache für alle? Deutsche Sprachwelt, Ausgabe 68, Sommer 2017; 1

²² Wikipedia, leichte Sprache, Juni 2017

Viele Empfehlungen der Leicht-Sprach-Verkünder sind nicht nur für die Menschen mit Sprachbehinderung, sondern für alle Menschen sinnvoll, zum Beispiel:

- „Erklären Sie schwere Wörter.“
- „Verzichten Sie auf Abkürzungen.“
- „Benutzen Sie Tätigkeitswörter (Verben).“
- „Vermeiden Sie den Konjunktiv.“
- „Bevorzugen Sie kurze Sätze ohne Nebensätze.“

Leichte Sprache hat auch ihre Tücken:

- „Verwenden Sie Bindestriche bei zusammengesetzten Wörtern.“ Bindestriche sind ein wesentlicher Bestandteil der Leichten Sprache. Sie haben sicher ihre Berechtigung bei Wortungetümen wie „Behinderten-Gleichstellungs-Gesetz“. Sie erschweren aber das Verständnis einfach zusammengesetzter Wörter wie „Land-Tag“.
- „Benutzen Sie immer die gleichen Wörter für die gleichen Dinge.“
- Der Sprachverarmung wird damit Tür und Tor geöffnet.
- „Vermeiden Sie den Genitiv.“

Als schlecht gilt: „Das Haus des Lehrers.“ Gut sei stattdessen: „Das Haus von dem Lehrer.“ Das klingt grausig. Die Leichte Sprache ist „dem Genitiv sein Tod“!

- „Vermeiden Sie bildhafte Sprache.“ Tatsache ist, dass Sprachbilder die Verständlichkeit einer Aussage verbessern. Jesus hat mit seinen bildhaften Gleichnissen gerade die einfachen Menschen zu allen Zeiten erreicht!
- „Bevorzugen Sie kurze, einfache Sätze.“ Das ist nicht immer hilfreich. Ein Beispiel: Auf der Netzseite www.demokratie-leben.de stellt sich das Familienministerium in folgender umständlicher Form vor: „Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Das kurze Wort dafür ist BMFSFJ. So spricht man das aus: Bee emm eff ess eff jott.“
- Anschließend erklärt das Ministerium den schlichten Geistern, was Demokratie bedeutet: „Alle Menschen in Deutschland dürfen mit entscheiden.“ Diese Behauptung ist nicht nur missverständlich, sondern falsch. Laut Grundgesetz Artikel 20 entscheidet das Volk, nicht „alle Menschen“. Wählen, nicht entscheiden, dürfen nur die Wahlberechtigten. Diese übertragen die Entscheidungsgewalt auf die gewählten Abgeordneten.

Kommt die Leichte Sprache für alle?

Es ist unwirtschaftlich, zwei Sprachen nebeneinander zu verwenden. Daher ist zu befürchten, dass offizielle Stellen zunehmend häufiger ihre Verlautbarungen in Leichter Sprache abgeben. Doch vereinfachte Sprache gehört nur dahin, wo sie nötig ist. Der betroffene Personenkreis umfasst immerhin 10 Millionen Menschen.

Für die übrigen 70 Millionen Bürger in Deutschland gilt: Rede klar und deutlich!

Und für den Gesetzgeber gilt: Der § 11 Des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) muss dringend geändert werden!
(25.06.2017)

M) 14. Medikationsplan²³

Seit dem 1. Oktober 2016 haben alle Patienten, die das wünschen, Anspruch auf einen Medikationsplan. Beschlossen wurde dies auf der diesjährigen Honorarverhandlung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Krankenkassen. Die Neuerung wurde im § 29a des Bundesmantelvertrages - Ärzte (BMÄ – V) festgelegt. Der Plan kann dann gefordert werden,

- wenn der Patient mindestens drei Medikamente einnimmt,
- wenn die Medikamente von einem Arzt verordnet wurden,
- wenn die Medikamente systemisch wirken,
- wenn die Medikamente dauerhaft, mindestens über einen Zeitraum von 28 Tagen, eingesetzt werden.

Selbst eingekaufte Medikamente oder Medikamente, die von einem Heilpraktiker verordnet worden sind, sollen ebenfalls in den Plan aufgenommen werden. Der Plan soll in einheitlicher Form erstellt werden. Er soll die Einnahmezeiten und weitere Informationen, z.B. Einnahme vor oder nach der Mahlzeit, enthalten. Ferner soll er mit einem Barcode versehen werden, der es dem Apotheker und dem weiterbehandelnden Arzt ermöglicht, den Inhalt zu lesen. Allerdings ist dafür ein eigenes Gerät erforderlich. Die Anbieter von Praxisverwaltungs-Software sollen den Medikationsplan in der vorgeschriebenen Form in ihr Programm einbeziehen.

Der Medikationsplan ist für den Arzt verpflichtend. Der Patient hingegen ist nicht verpflichtet, ihn zu ergänzen oder dem Arzt vorzulegen.

Der Medikationsplan verlangt einen gewissen bürokratischen Aufwand und eine erhebliche Verantwortung, da auch Fremdmedikamente aufgeführt werden sollen. Die Vergütung berücksichtigt diesen Mehraufwand nur ungenügend. Die Honorierung erfolgt auf zwei Wegen:

1. Als Einzelvergütung – einmal jährlich 4,10 Euro
2. Als Zuschlag bei chronisch kranken Patienten – einmal im Quartal 1,05 Euro

Nach zwei Jahren Laufzeit ist eine Absenkung der Vergütung durch die Krankenkassen vorgesehen!

Unabhängig von den bürokratischen Bestimmungen des gesetzlichen Medikationsplans wird der verantwortungsbewusste Arzt wie bisher einen übersichtlichen und ausführlichen Behandlungsplan zusammenstellen und dem Patienten aushändigen und erklären. Ein derartiger Plan bedarf keiner besonderen Vorschrift oder Form.

(21.11.2016)

²³ Literatur: Marcus Heidemann, Der Medikationsplan – eine neue Pflichtleistung auch für Kinder- und Jugendärzte, KINDER- UND JUGENDARZT. 47. Jg. (2016), Nr. 11/16; 754 – 755 und
Norbert Metke, Überschaubarer Nutzen für Ärzte, Ärzteblatt Baden-Württemberg 09/2016; 436

P) 15. Pflegeberufe-Reformgesetz (Gesetz zur Reform der Pflegeberufe)

Der Bundesrat hat Anfang Juli 2017 neben vier weiteren Gesetzen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) dem Gesetz zur Reform der Pflegeberufe zugestimmt. Das Gesetz ist damit rechtsgültig geworden. Das Gesetz sieht unter anderem vor:

- Bisher gibt es das Altenpflegegesetz und das Krankenpflegegesetz. Beide Gesetze werden in dem neuen Pflegeberufe-Reformgesetz zusammengeführt.
- Alle Pflegeschüler erhalten zwei Jahre lang eine gemeinsame, generalistische Ausbildung. Sie können in dieser Zeit in der praktischen Ausbildung einen Vertiefungsbereich wählen.
- Wer die generalistische Ausbildung im dritten Jahr fortsetzt, erwirbt den Abschluss zur Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann. Der Stand entspricht der bisher „Krankenschwester oder Krankenpfleger“ genannten Berufsgruppe.
- Pflegeschüler, die später alte Menschen oder Kinder und Jugendliche pflegen wollen, können nach dem dritten Ausbildungsjahr einen Abschluss als
 - Altenpflegerin oder Altenpfleger oder
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder -pfleger erwerben.
- Das erste Ausbildungsjahr nach dem neuen Gesetz soll 2020 beginnen.
- Vor Beginn der neuen Ausbildung soll die geänderte Ausbildungs- und Prüfungsordnung vorgelegt werden.
- Sechs Jahre nach Beginn der gemeinsamen Ausbildung soll überprüft werden, ob für die gesonderten Abschlüsse weiterhin Bedarf besteht.
- Das Schulgeld wird abgeschafft.
- Hat der Pflegeschüler bereits eine Pflegehelfer- oder Pflegeassistentenausbildung durchlaufen, können diese Zeiten auf die Ausbildung zur Pflegefachkraft angerechnet werden.
- Ergänzend zur beruflichen Pflegeausbildung soll ein Pflege-Hochschulstudium geschaffen werden.²⁴

²⁴ Kathrin Jackel-Neusser, Aktuelle Gesundheitsgesetzgebung, KINDER- UND JUGENDARZT, 48. Jg. 2017 Nr. 10/17; 616 - 617

R) 16. Roboter als Pflegehelfer

Ole, der Roboter

Der demographische Wandel betrifft weltweit alle Industriestaaten. Immer mehr alte und demenzkranke Menschen brauchen pflegerische Hilfe. Seit Jahren entwickeln japanische Forscher technische Helfer für die Pflege, zum Beispiel den Tierroboter.

Seit 2012 ist ein solches Kunsttier in einem Bremer Pflegeheim für Menschen mit Demenz im Einsatz. Das Tier sieht aus wie eine junge Sattelrobbe, ist 60 cm lang, wiegt knapp drei Kilogramm und besitzt ein blendend weißes, flauschiges Fell. Wenn man Ole, so heißt der kleine Roboter, das Fell über die Ohren zieht, kommt eine hochempfindliche Elektronik zum Vorschein: Der Roboter reagiert auf Berührungen, Bewegungen, Geräusche und Stimmen. In seiner Nase sitzt eine Kamera. Er kann fiepen und mit den großen, braunen Kulleraugen klimpern. „Ach, ist der süß!“ begrüßt ihn eine Bewohnerin des Pflegeheims.

Die künstliche Robbe hat viele Vorteile, sie:

- ist stubenrein
- beißt nicht
- löst keine Ängste aus
- wirkt nicht allergisch
- braucht kein Futter
- braucht nur ab und zu eine Steckdose.

Ole wird in der Gesprächs- und Ergotherapie eingesetzt, gelegentlich auch als Begleiter und Trostspender. Mit seinem Charme öffnet er die Türen in die eigene Welt der Demenzkranken. Die Leiterin des Hauses O`Land in Bremen, Stephanie Thiele, hat nur gute Erfahrungen mit ihrem kleinen Roboter gemacht. „Aber ein Ersatz für menschliche Arbeitskraft und Zuwendung ist er nicht“, betont die Heimleiterin.

Der Roboter kostet rund 6 000.- Euro.

Elektronische Assistenzsysteme

In der Pflege und in der Rehabilitation werden derzeit verschiedene Assistenzsysteme geprüft, die Personal und Angehörige unterstützen sollen:

- RehaQuantified hat die Aufgabe, Patienten mit Herz- und Lungenkrankheiten zu einem gesunden Lebensstil anzuhalten.
- MeineReha fördert telemedizinisch das Bewegungsverhalten alter Menschen im häuslichen Umfeld.
- Bea@home soll telemedizinisch die häusliche Pflege von Patienten mit Langzeitbeatmung verbessern.
- Roreas ist ein sprechender Roboter. Er hilft Patienten nach Schlaganfall, das Laufen wieder zu lernen.
- SafeWander ist ein Bewegungssensor, der Angehörige und Pflegekräfte über App unterrichtet, wenn der Patient aus dem Bett aufsteht.
- InPreS warnt die pflegende Person, wenn der demenzkranke Mensch weglaufen will. Außerdem erinnert an Termine.

Welche dieser Systeme sich auf lange Sicht in der Praxis bewähren, bleibt abzuwarten.²⁵
(15.10.2017)

²⁵ Nora Schmitt-Sausen, Assistenzroboter, „Ach ist der süß“, Deutsches Ärzteblatt Jg. 114 | Heft 41 | 13. Oktober 2017; A 1864 - 1868

S) 17. Seltene Krankheiten

Kennen Sie die Peters-Plus-Krankheit? Nein? Gar nicht schlimm. Die Augenkrankheit kommt auf der ganzen Welt nur 20 Mal vor. Vielleicht haben Sie aber schon von der Mukoviszidose gehört. Jedes Jahr werden in Deutschland 300 Kinder mit dieser Krankheit der Lunge und der Bauchspeicheldrüse geboren. Trotz der unterschiedlichen Häufigkeit zählen beide Krankheiten zu den „Seltene Krankheiten“.

In Wahrheit sind diese Krankheiten gar nicht so selten, wenn man ihre Gesamtzahl heranzieht: Unter den 82 Millionen Einwohnern in Deutschland leben immerhin vier Millionen mit einer seltenen Krankheit. Weltweit sind der Medizin 30 000 Krankheiten bekannt. Davon kommen 7 500 nur selten vor.

Was heißt nun „selten“? Die Antwort darauf fällt je nach Land unterschiedlich aus:

- In Australien gilt eine Krankheit dann als selten, wenn sie weniger als zehn Mal auf 100 000 Einwohner vorkommt.
- In den USA wird eine Krankheit als selten bezeichnet, wenn sie bei weniger als 75 von 100 000 Einwohnern festgestellt wird.
- In Europa wird eine Krankheit als „Seltene Krankheit“ eingestuft, wenn sie weniger als 50 von 100 000 Einwohnern betrifft.²⁶

Vier Eigenschaften haben alle seltenen Krankheiten gemeinsam:

1. Sie entstehen durch eine Mutation im Erbgut.
2. Sie gehen fast alle mit einer Beteiligung des Zentralnervensystems einher.
3. Sie werden meist sehr spät entdeckt.
4. Ihre Aussicht auf Heilung ist gering.

Im Durchschnitt dauert es sieben Jahre, bis der Patient eine zutreffende Diagnose zu seiner seltenen Krankheit erhält. Meistens liegt dann schon eine Odyssee an medizinischen Untersuchungen und Behandlungen hinter ihm. Deutschland ist erfreulicherweise Vorreiter bei der Früherkennung seltener Krankheiten. Seit 1980 gibt es hierzulande das Neugeborenen-Screening. 2005 wurde die Zahl der Zielkrankheiten von 3 auf 14 erhöht. 99.5 % aller Kinder nehmen in Deutschland an der Kinderfrüherkennungsuntersuchung U1 teil. Damit konnten in den Jahren 2005 bis 2008 bei 2 758 633 neugeborenen Kindern 1 932 Fälle behandlungsbedürftiger, seltener Krankheiten (Stoffwechsel- und Hormondrüsenkrankheiten) erkannt werden.²⁷

Unter den Krankheiten, die mit der Methode erfasst wurden, zählt die angeborene Schilddrüsenunterfunktion zu den häufigsten. Wird sie nicht in den ersten Lebenstagen erkannt und behandelt, entsteht unweigerlich ein schwerer Hirnschaden. Das Gleiche gilt für die

²⁶ Gröling, B., Selten, wichtig. P.M. Magazin 05/2016; 62 – 67

²⁷ Harms, E., Olgemöller, B., Neugeborenen-Screening auf Stoffwechselerkrankungen und Endokrinopathien, Deutsches Ärzteblatt / Jg. 108 / Heft 1-2 / 10. Januar 2011; 11-22

Phenylalaninämie. Bei rechtzeitig einsetzender Ernährung mit phenylalaninarmen Lebensmitteln kann das betroffene Kind mit einem gesunden Gehirn aufwachsen.

Hat der Patient eine seltene Krankheit, die nicht in den 14 Zieldiagnosen der Kinderfrüherkennungsuntersuchung enthalten ist, und ist die Diagnose nach Jahren endlich gefunden, so steht er oft vor einer neuen Hürde: Es gibt zwar ein Medikament gegen seine Krankheit. Aber die Pharmaindustrie stellt es nicht her. Die Industrie muss gewinnorientiert arbeiten, um bestehen zu können. Sie forscht daher nicht nach neuen Medikamenten für seltene Krankheiten und stellt die Produktion für Medikamente ein, die kaum je gekauft werden.

Die Europäische Union versucht seit einiger Zeit, dieser Entwicklung entgegenzusteuern. Die Fördertöpfe für kleine und mittlere Pharma-Unternehmen werden aufgefüllt. Bis 2010 sollten 200 neue Arzneimittel entwickelt werden. Härtefallprogramme (Compassionate Use) sind im Arzneimittelgesetz geregelt. Das Problem bei dieser Regelung ist, dass die Pharma-Firma bereit sein muss, das Medikament kostenlos zur Verfügung zu stellen. Ein Beispiel für das Versagen der Regelung ist der Fall des Kindes Hannah aus Bayern. Hannah leidet an der tödlichen Stoffwechselkrankheit des Heller-Syndroms, auch „Kinderdemenz“ genannt. Das US-Pharma-Unternehmen Biomarin hat ein Medikament entwickelt, das gegen die Krankheit wirksam ist. Eine Studie wurde dazu aufgelegt. Bis heute weigert sich die Firma, Hannah den Wirkstoff zu überlassen mit der Begründung, dass die Medikamentenstudie abgeschlossen sei.²⁸

Die EU-Förderung ist indessen nicht der einzige Anreiz für die Medizin und die Pharmaindustrie: Durch Forschung an den seltenen Krankheiten selbst lernen die Wissenschaftler viel über die Bedeutung der Erbanlagen und über grundlegende Stoffwechselfvorgänge im menschlichen Körper. Außerdem kann die Forschung an wenigen Patienten einen großen gesundheitlichen Gewinn für viele andere Menschen bringen. Ein gutes Beispiel dafür ist das Muckle-Wells-Syndrom. Bei dieser seltenen Krankheit wird in Leukozyten im Übermaß Interleukin-1-Beta gebildet. Das Kommunikationsprotein der Immunregulation verursacht Gelenkentzündungen. Der Pharma-Hersteller Novartis in Nürnberg hat einen Wirkstoff entwickelt, der das Interleukin-1-Beta ausbremst. Bald stellte sich heraus, dass dieser Wirkstoff auch gegen die Gelenkentzündung bei der Gicht erfolgreich ist. Und Gichtpatienten gibt es erheblich mehr als Muckle-Wells-Patienten! Die Firma Novartis hat sich damit einen Millionenmarkt erschlossen.

In Deutschland gibt es 25 „Zentren für seltene Erkrankungen“. Sie sind zumeist an Universitäten angesiedelt. Neben der Diagnostik und Behandlung der seltenen Erkrankungen haben sie die Aufgabe, nach neuen Behandlungsformen zu suchen und die Patienten an Selbsthilfegruppen zu vermitteln. Der Betrieb der Zentren ist aufwendig und kostspielig. In Baden-Württemberg sind sie bisher nicht in den Landeskrankenhausplan aufgenommen worden. Sie sind daher durchweg unterfinanziert. Die Landesarbeitsgemeinschaft der Angehörigenvertretung für Menschen mit geistiger Behinderung (LAG AVMB e.V.) hat sich einer Petition

²⁸ Pasquet, V., Seltene Krankheiten. Lili's Hoffnung, GEO 05 2016; 85 - 101

angeschlossen, welche die Aufnahme der Zentren für seltene Erkrankungen in den Landeskrankenhausplan fordert.

Nur alle vier Jahre taucht im Kalender der 29. Februar auf. Weil der Tag so selten ist, ist er zum „Tag der seltenen Krankheiten“ ernannt worden. Damit soll der Blick der Öffentlichkeit auf die seltenen Krankheiten gerichtet werden.²⁹

2016 wurde zum neunten Mal der „Eva-Luise-Köhler-Preis“ vergeben. Mit dem Preis werden wissenschaftliche Projekte unterstützt, die sich mit seltenen Krankheiten befassen. Preisträger in diesem Jahr war eine Forschergruppe der Universitätskinderklinik Göttingen. Sie erforscht den angeborenen Muskelschwund, die progressive Muskeldystrophie.

S) 18. Der schwere Sturz

30 % aller Menschen mit 65 Jahren erleiden mindestens einmal im Jahr einen schweren Sturz. Bei den 80-Jährigen sind es sogar 50 %, die mindestens einmal im Jahr schwer zu Boden stürzen.

Eine besonders schlimme Verletzung, die durch einen Sturz verursacht wird, ist der hüftnahe Oberschenkelbruch. Er muss operiert werden. Er schränkt die Beweglichkeit über lange Zeit ein. Er kann Folgekrankheiten auslösen, zum Beispiel Lungenentzündung mit tödlichem Ausgang. Der Sturz führt in vielen Fällen zu bleibender Pflegebedürftigkeit und ist mit hohen Kosten verbunden.

110 000 Menschen sterben in Europa pro Jahr an den Folgen eines Sturzes.

Einige einfache Baumaßnahmen sind in der Lage, die Zahl und Schwere der Stürze zu verringern:

1. Geländer an den Treppen innerhalb und außerhalb des Hauses
2. Handgriffe in Bad und Toilette
3. Gute Beleuchtung rings um das Haus
4. Rutschfeste Teppiche
5. Raue Oberfläche auf der Terrasse

Diese Maßnahmen zusammen kosten nicht mehr als ungefähr 400.- Euro.

Wissenschaftler in den Niederlanden haben in einer Studie untersucht, ob diese Maßnahmen erfolgreich sind. Im Haushalt der einen Gruppe mit 950 Personen wurden die oben aufgeführten fünf Veränderungen eingeführt. Die Kontrollgruppe ohne bauliche Veränderungen im Haushalt umfasste 898 Personen. Beide Gruppen wurden drei Jahre lang von den Forschern beobachtet.

Die Menschen mit den baulichen Veränderungen im Haushalt stürzten um 26 % weniger pro Jahr als die in der Kontrollgruppe.

Die Gesamtzahl der häuslichen Verletzungen pro Jahr war in der Gruppe mit den baulichen Veränderungen um 39 % geringer als in der Kontrollgruppe.³⁰

²⁹ Erdogan, B., Tag der Seltenen Erkrankungen: Die Nadel im Heuhaufen finden. Rheinisches Ärzteblatt 2/2016; 12-13

Z) 019. Zweitmeinung

2015 ist das Versorgungsstärkungsgesetz in Kraft getreten. Das Gesetz sieht unter anderem vor, dass Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen einen Rechtsanspruch auf eine zweite Meinung vor ausgewählten, geplanten Operationen haben. Welche Eingriffe als „ausgewählte Operationen“ gemeint sind, steht noch nicht fest. Das soll der Gemeinsame Bundesausschuss Ärzte – Krankenkassen (G-BA) bis Ende 2017 entscheiden. Nach dem Gesetz ist der Arzt, der die erste Diagnose gestellt hat, verpflichtet, den Patienten auf die Möglichkeit einer zweiten Meinung hinzuweisen. Der Patient kann sich durch eine zweite Meinung Diagnose und Operationsnotwendigkeit absichern lassen.

Die Krankenkassen begrüßen die gesetzlich festgelegte Möglichkeit einer zweiten Meinung. Sie erhoffen sich dadurch eine Verminderung überflüssiger Eingriffe.

In der Orthopädie finden viele geplante Operationen statt. Daher ist die zweite Meinung in diesem Fachgebiet besonders wichtig. Die Orthopäden fordern jedoch, dass sich eine zweite Meinung nicht ausschließlich auf Bildbefunde stützen darf. „Wir operieren keine Bilder, sondern Menschen!“ betont der Präsident des Berufsverbandes der Orthopäden und Unfallchirurgen (BOU), Dr. med. Johannes Flechtenmacher.³¹

Anders ist die Lage bei onkologischen Diagnosen. Seit 2013 läuft an der Universität Erlangen-Nürnberg ein Modellprojekt, das von der AOK Bayern gefördert wird und AOK-Versicherten aus Bayern erlaubt, onkologische Befunde überprüfen zu lassen. Erstaunlich ist, dass das Angebot nur wenig genutzt wird. Nur 300 Personen haben in den letzten drei Jahren ihre Befunde den Experten in der Klinik vorgelegt. Die Ärzte vermuten, dass die Patienten in Bayern dem Urteil ihres Arztes, der die erste Diagnose gestellt hat und den sie kennen, weitgehend vertrauen. (23.07.2017)

³⁰ Gerste, Ronald D., Prävention von häuslichen Stürzen. Das Verhältnis der Kosten zum Nutzen ist sehr günstig, Deutsches Ärzteblatt / Jg. 112 / Heft 35 -36 / 31. August 2015

³¹ ReH, AWMF-Arbeitskreis diskutiert über Zweitmeinung in der Medizin – Von allen gewollt, bislang wenig genutzt. Kinder- und Jugendarzt 48. Jg. (2017) Nr. 7/17; 436

Inhalt der Gesundheitspolitischen Kommentare 2018-01

01. Alzheimer-Medikamente wirkungslos
02. Ärztliche Zwangsmaßnahmen
03. Bewegung schützt vor Krebs
04. Cannabis als Medizin
05. Entlassung aus dem Krankenhaus
06. Fernbehandlung
07. Gesundheit digital
08. Gesundheitsförderung
09. Grippe-Impfung
10. Häusliche Krankenpflege
11. Humangenetische Untersuchungen
12. Kinderanästhesie
13. Leichte Sprache
14. Medikationsplan
15. Pflegeberufe-Reformgesetz
16. Roboter als Pflegehelfer
17. Seltene Krankheiten
18. Der schwere Sturz
19. Zweitmeinung