



Heft 4/2012

MDK *forum*

Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung



Dicke Kinder – Übergewicht und Adipositas bei Kindern & Jugendlichen



AUSSERDEM IN DIESEM HEFT:

Interview mit Josef Hecken, dem
neuen Vorsitzenden des G-BA

Liebe Leserin, lieber Leser!

Endlich Advent! Es duftet auf den Märkten nach Stollen und Lebkuchen, nach Bratwurst und Zuckerwatte. So lecker sie auch sein mögen: Die süßen Verlockungen und der herrliche Gänsebraten sind für viele Menschen ein Angriff auf ihre Gesundheit. Das gilt immer häufiger schon für Kinder. Viele Erwachsene meinen es besonders gut und füllen die Weihnachtsteller mit Schokolade und Süßem – statt mit Äpfeln und Mandeln.

Das spiegelt sich nicht zuletzt in den Daten des Robert-Koch-Instituts wider: Demnach sind in Deutschland bereits 15% aller Kinder zwischen drei und 17 Jahren übergewichtig, sechs Prozent sogar adipös. Die Ursachen hierfür sind komplex und gehen weit über gefüllte Weihnachtsteller hinaus – die Folgen ebenfalls. Gegensteuerversuche erscheinen oft recht hilflos: Aufklärung und Appelle, Diätprogramme und Bewegungsangebote lassen bisher kaum nachhaltige Effekte erkennen. Stattdessen sind Diabetes und Bluthochdruck im Kindesalter auf dem Vormarsch, und die Risiken setzen sich bis in das Erwachsenenalter fort!

Doch auch der weiteste Weg beginnt mit einem ersten Schritt – den jeder von uns zum Beispiel beim Weihnachtsspaziergang gehen kann. Und vielleicht ersetzen wir in diesem Jahr den Schokonikolaus durch eine Mandarine – oder einen kunstvoll arrangierten Bratapfel! Eine schöne und besinnliche Weihnachtszeit wünscht Ihnen

Ihr Dr. Ulf Sengebusch



AKTUELLES

Gute Frage **Was bringt das neue Krebsregistergesetz?** 2

Die politische Kolumne **Abschaffung der Praxisgebühr: Nur ein Wahlgeschenk** 32

TITELTHEMA

Ran an den Speck 5

Die Folgen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter
Dick – dicker – krank 7

Interview mit Prof. Martin Wabitsch
Verhalten ändern reicht nicht 8

Auf der Suche nach dem passenden Konzept:
Was hilft gegen Adipositas im Kindesalter? 9

Interview mit Dr. Carl Leibl **Wenn Übergewicht auf die kindliche Seele drückt** 11

Food Design **Kinder-Lebensmittel aus dem Labor** 13

MDK | WISSEN UND STANDPUNKTE

Sozialmedizin zwischen Qualität und Ökonomie 15

PEPP: Das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie 16

IGeL-Markt **Ein turbulentes IGeL-Jahr** 18

WEITBLICK

Ärztin mit Asperger-Syndrom klärt über Autismus auf
Liebe fürs Detail 20

Kommunikation in der Medizin **Wörter, die Angst machen** 22

Self Tracking und Quantified Self: **Selbsterkenntnis durch Zahlen?** 24

Forensische Psychiatrie **Behandlung hinter hohen Mauern** 26

GESUNDHEIT UND PFLEGE

Medizinprodukte undercover **Journalisten decken Zulassungsskandal auf** 28

Interview mit Josef Hecken
»Die Selbstverwaltung ist besser als die Politik geeignet, die Versorgung zu gestalten« 31

BSG: Mindestmengen bei Knie-TEP grundsätzlich zulässig

Die Festlegung einer Mindestmenge für die Leistung Knie-TEP (Kniegelenk-Totalendoprothese) ist grundsätzlich zulässig. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) am 12. September entschieden (B 3 KR 10/12 R). Es revidierte damit ein Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg, das im August 2011 die Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bei Knie-TEP gekippt hatte. Das LSG sah keine belastbaren Nachweise für einen »besonderen« Zusammenhang zwischen Fallzahlen und Behandlungsqualität bei Knie-TEP.

Das BSG hält die Beweisanforderungen des LSG für überzogen. Ausreichend für das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel der Risikominimierung sei – so das BSG – vielmehr eine Studienlage, die nach wissenschaftlichen Maßstäben einen Zusammenhang zwischen Behandlungsmenge und -qualität wahrscheinlich macht. Das BSG sieht diesen Zusammenhang als gegeben an und hat das Verfahren an das LSG zurückverwiesen. Dieses muss nun unter den neuen Rahmenbedingungen klären, ob die vom G-BA für Knie-TEP geforderte Mindestanzahl von 50 Eingriffen gerechtfertigt ist.

Kompetenz-Centren legen Jahresbericht 2010/11 vor

Im November haben die vier Kompetenz-Centren (KC) der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes ihren gemeinsamen Jahresbericht vorgelegt. Darin informieren sie über Arbeitsschwerpunkte im Zeitraum 2010/11. So setzte sich das KC Geriatrie z. B. kritisch mit dem vom Bundesverband Geriatrie in Auftrag gegebenen »Weißbuch Geriatrie« auseinander, das den Versorgungsbedarf geriatrischer Patienten untersucht. Ein Fazit: Die erheblichen Kapazitätsausweitungen der letzten Jahre können nicht unreflektiert in die Zukunft fortgeschrieben werden. Das KC Onkologie trug dazu bei, dass Gerichte in zwei Instanzen gegen die gängige Praxis bei der Erstattung von Krankenhausbehandlungen urteilten: Auch im Krankenhaus müssen nur Verfahren erstattet werden, die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis

entsprechen, selbst wenn der G-BA kein Negativvotum abgegeben hat. Das KC Psychiatrie hat seine Expertise beim G-BA eingebracht, um den Nutzen einzelner Maßnahmen anhand der vorliegenden wissenschaftlichen Studien zu bewerten. Aufgrund dieser Beratung nahm der G-BA Ende 2011 die sogenannte neuropsychologische Therapie in den Leistungskatalog der GKV auf. Das KC Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement erarbeitete Vorschläge zur Qualitätssicherung u. a. bei den Themen Säuglingshüftsonographie, Dialyse, Wirbelsäulenoperationen und Krankenhaushygiene. Der Jahresbericht steht zum Download unter www.mdk.de (Rubrik Presse / Aktuelles) bereit.

BSG zu Bearbeitungsfristen zur Abrechnungsprüfung

Das Bundessozialgericht (BSG) hat am 13. November über die Frage der »zeitnahen« Prüfung von Krankenhausabrechnungen durch den MDK entschieden (B 1 KR 24/11). In dem Rechtsstreit hatte die Krankenkasse dem Krankenhaus die Rechnung bezahlt und zugleich den MDK mit der Abrechnungsprüfung beauftragt. Der MDK hatte dem Krankenhaus die Prüfung innerhalb der gesetzlich festgelegten 6-Wochen-Frist angezeigt (§ 275.1c SGB V), allerdings in der Folgezeit keine Unterlagen vom Krankenhaus angefordert. Nach mehr als einem halben Jahr betrachtete das Krankenhaus die Angelegenheit als abgeschlossen, da eine Prüfung nicht zeitgerecht erfolgt sei. Dieser Rechtsauslegung ist das BSG ausdrücklich nicht gefolgt. Das Gericht hat vielmehr klargestellt, dass es nur darauf ankommt, dass die Prüfanzeige innerhalb der 6-Wochen-Frist erfolgt. Weitergehende Folgen aus einer vermeintlich zögerlichen Behandlung des Prüfauftrags durch den MDK sind durch die abschließende gesetzliche Regelung nicht abzuleiten.

Präventionsbericht 2012 der Krankenkassen veröffentlicht

Beinahe € 270 Millionen gaben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2011 für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung aus. Mit € 3,87 pro Versichertem haben sie den für 2011 gesetzlich vorgesehenen Orientierungswert von € 2,86 deutlich überschritten. Das geht aus dem Präventionsbericht 2012 hervor, den der MDK und der GKV-Spitzenverband im Dezember veröffentlicht haben. Insgesamt erreichten die Krankenkassen mit ihren Präventionsangeboten knapp 4,9 Millionen Menschen direkt. Dazu gehören etwa Gesundheitsförderungsprojekte in Schulen und Kindergärten, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie auch Kurse, die sich an einzelne Versicherte wenden. Den Präventionsbericht 2012 finden Sie auf den Seiten www.mds-ev.de oder www.gkv-spitzenverband.de.

Barmer GEK ermittelt erstmals Lebenszeitkosten der Pflege

Die pflegerische Versorgung von Frauen ist deutlich teurer als die von Männern. Das geht aus dem Pflegereport 2012 hervor, den die Barmer GEK am 27. November veröffentlicht hat. Erstmals wurden die genauen Ausgaben der Pflegeversicherung sowie die privaten Kostenanteile geschlechtsspezifisch ermittelt. Danach belaufen sich die durchschnittlichen Gesamtkosten für die Pflege von Frauen auf € 84 000 und liegen damit doppelt so hoch wie für Männer, deren Pflege Durchschnittsausgaben von € 42 000 verursacht.

Für die Berechnung der Gesamtlebenszeitkosten der Pflege hatte das Autorenteam des Pflegereports um Prof. Dr. Heinz Rothgang vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen die Kosten für rund 2000 Versicherte ab 60 Jahren analysiert, die im Jahr 2000 erstmalig pflegebedürftig geworden waren. Dazu wurden die Ausgaben der sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 2000 bis 2011 summiert, erwartete Kosten bis 2024 haben die Autoren geschätzt. »Erstmals können wir nun beziffern, welche Kosten in der Pflegeversicherung, bei der Sozialhilfe und vor allem privat für die Pflege aufgebracht werden«, so Rothgang.



Gute Frage: Was bringt das neue Krebs- registriergesetz?

DIE FLÄCHENDECKENDE EINFÜHRUNG KLINISCHER KREBSREGISTER für eine bessere Qualitätssicherung – das sieht der Entwurf für ein Krebsfrüherkennungs- und -registriergesetz (KFRG) vor, den die Bundesregierung im Rahmen des Nationalen Krebsplans vorgelegt hat. Über Hintergründe und Ziele sprachen wir mit dem Regensburg-er Pathologen Prof. Dr. Ferdinand Hofstädter, dem Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren.

Herr Professor Hofstädter, Krebsregister sind kein Novum in Deutschland. Wie sieht die Situation momentan aus?

Bislang gibt es in Deutschland rund fünfzig völlig unterschiedliche epidemiologische und klinische Krebsregister. Epidemiologische Register bestehen bereits seit längerem verpflichtend auf Landesebene. Damit wird beobachtet, wie häufig bestimmte Tumorerkrankungen in einer Region auftreten. Der zweite Typ von Krebsregistern sind klinische Register. Darin werden standardisierte Informationen zu Diagnostik, Therapie und Verlauf von Tumorerkrankungen bei Patienten erfasst, die in einer Region behandelt werden. Ziel ist es, dadurch die Qualität der Behandlung zu sichern und Verbesserungspotenziale zu erkennen. Zusätzlich werden die zuständigen epidemiologischen Landeskrebsregister unterstützt. Klinische Krebsregister werden an Tumorzentren und Kliniken geführt. Sie sind bisher nicht verpflichtend. Die heute in Deutschland vorhandenen klinischen Krebsregister decken nur ca. 30% der Bevölkerung

und der Regionen ab. Es gibt noch weiße Flecken, also Regionen, über die wir keine Daten haben.

Gibt es gravierende Unterschiede zwischen den klinischen Krebsregistern?

Uneingeschränktes »Ja«. Wir haben Daten von über einer Million Krebspatienten aus klinischen Krebsregistern angeschaut und es zeigten sich deutliche Unterschiede in den Registern bei der Datenqualität, bei der Vollständigkeit – d. h. werden alle Patienten erfasst? – und bei Vollständigkeit – also der Frage, werden alle vereinbarten Daten erfasst? Auch die Qualität der Behandlung, soweit man dies aus den Daten ablesen kann, ist höchst unterschiedlich.

Wir sind zum Beispiel der Frage nachgegangen, ob Unterschiede in der Behandlung von Patienten zwischen zertifizierten Zentren und außerhalb zertifizierter Zentren bestehen. Beim Brustkrebs werden inzwischen fast 90% aller Patientinnen in zertifizierten Zentren behandelt, daher ist es fast nicht mehr möglich, das abzufragen.

Beim Darmkrebs, wo der Anteil an Behandlungen in zertifizierten Darmkrebszentren bei knapp 30% liegt, gibt es sehr wohl gravierende Unterschiede. Untersuchungen zeigen, dass das Überleben der Patienten deutlich verbessert wird, wenn zusätzlich zur Operation eine Chemotherapie durchgeführt wird. Aus den klinischen Registern wissen wir, dass diese Therapieempfehlung allerdings nur unzureichend umgesetzt wird. Häufig nur bei den Patienten, die in zertifizierten Zentren behandelt wurden.

Wie tragen die jetzt geplanten Neuregelungen zur Qualitätsverbesserung der Krebsbehandlung bei?

Durch das Krebsregistriergesetz sollen klinische Krebsregister flächendeckend durch die Länder eingerichtet werden. Auf diese Weise können die genannten weißen Flecken von der Landkarte verschwinden. Damit wird der Weg für eine umfassende und valide Datenbasis geebnet, auf der wir die Qualität der Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen genauer als bisher beurteilen und Verbesserungspotenziale

erkennen können. Einheitlich geregelt werden soll auch, welche Daten erfasst und wie die Register finanziert werden. Auf der ersten Ebene, den klinischen Registern vor Ort, können die Behandler mit validen Daten Verbesserungen in der Versorgung einleiten. Diese Daten werden an die 2. Ebene, die Landesebene, weitergeleitet, auf der Regionen verglichen und Versorgungsdefizite festgestellt werden können. Die Landesebene gleicht die Daten ab, prüft sie auf Plausibilität und leitet sie dann an die im Gesetzentwurf vorgesehene Bundesebene, das Nationale Krebsregister, weiter. Auch dort werden die Daten nochmals auf Plausibilität überprüft. Für epidemiologische Register gibt es eine Bundesstelle bereits.

Warum war es in der Vergangenheit so schwierig, eine Vereinheitlichung der einzelnen Krebsregister zu schaffen?

Epidemiologen haben andere Ziele als die Kliniker, denen es primär um die Qualitätsverbesserung ihrer Behandlung geht. Es hat lange gedauert, diese Kulturen einander zu nähern. Dann liegt es auch an den unterschiedlichen Gesetzgebungen in den Ländern, vor allem, was den Datenschutz betrifft, und letztlich auch an den unterschiedlichen Finanzierungen.

Ist die Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten für ein Krebsregister relevant?

Ja, insofern, als die Größe der Einzugsgebiete für ein klinisches Register festgelegt werden muss. Es macht keinen Sinn, fünfhundert Netzwerke oder mehr in Deutschland zu errichten. Ein Gebiet der Größenordnung von ein bis zwei Millionen Einwohnern ist ökonomisch vertretbar und die Größe entspricht auch den Versorgungswegen. Aber man darf diese Festlegung nicht den Lobbyisten überlassen, die der Ansicht sind, ihr Krankenhaus, ihr Netzwerk oder ihr medizinisches Versorgungszentrum sei das wichtigste in Deutschland.

Wo liegen die größten Probleme bei der jetzt geplanten Umsetzung?

Die größten Probleme bestehen in den Ländern und Regionen, in denen es bisher keine strukturierten klinischen Krebsregister gegeben hat. Dort ist

wenig Erfahrung vorhanden und es herrscht zum Teil noch völlige Unklarheit über Sinn und Nutzen. Aber auch in anderen Regionen, wo es funktionierende Register seit langem gibt, wird es Probleme geben, weil man bestehende Systeme umbauen muss.

Was könnte ein einziges bundesweites Krebsregister analog dem »Kinderkrebsregister« leisten?

Zunächst wäre die Handhabung eines solchen Registers methodisch schwierig, weil Daten von sämtlichen Leistungserbringern dort zusammen treffen. Diese Datenmenge für ein autark arbeitendes Krebsregister wäre unüberschaubar. In unserer Region haben wir ungefähr zwei Millionen Einwohner mit einer Prävalenz von ca. 20 000 Krebspatienten. Wenn diese Patienten zweimal im Jahr zu einer Nachsorge gehen, verursachen sie 40 000 Meldungen. 40 000 Meldungen nur aus unserer Region an eine zentrale Registrierungsstelle – die werden verrückt dort!

Mit der Neuordnung soll mehr Transparenz geschaffen werden. Gilt das auch für Betroffene, Erkrankte und deren Angehörige?

Bereits der ursprüngliche Anforderungskatalog der Akteure im Nationalen Krebsplan sieht vor, Transparenz für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Betroffene zu schaffen. Diese Transparenz betrifft nicht nur Patienten in Behandlung, sondern auch neu

erkrankte Patienten, die eine Antwort auf die Frage erwarten, wo sie die für ihre Erkrankung optimale Behandlung erhalten können.

Wie sieht es mit einem europäischen Krebsregister aus?

Bei epidemiologischen Registern besteht ein Verbund auf europäischer Ebene. Exzellent sind skandinavische Register, und Deutschland ist auch gut positioniert. Schlecht bestellt ist es in Südeuropa. Klinische flächendeckende Register gibt es in England und Holland bereits sehr gute. Ein gesamtes europäisches Krebsregister halte ich für völlig illusorisch, schon allein aus Datenschutzgründen. Hier weichen die Gesetze zu stark voneinander ab. In Skandinavien ist es überhaupt kein Problem, einen Patienten mit vollem Namen, Wohnort und Erkrankung zu erfassen. Stellen Sie sich diese Situation in Deutschland vor, hier würden die Datenschützer auf die Barrikaden gehen.

*Das Gespräch führten
Dr. Uwe Sackmann und
Martin Dutschek*

Prof. Dr. Ferdinand Hofstädter





+ 20%



Ran an den Speck!

DEUTSCHLAND GEHT IN DIE BREITE. Schon im Kindesalter bringt so mancher zu viel auf die Waage. Sind die Pfunde erst einmal auf den Rippen, kriegt man sie nur sehr schwer wieder runter – das zeigen Studien. Wissenschaftler fordern darum: Politik und Gesellschaft müssen umdenken, damit dieses gewichtige Problem dauerhaft gelöst wird.

»Der Kaspar, der war kerngesund, ein dicker Bub und kugelrund ...« Wer kennt sie nicht, die Geschichte vom Suppenkaspar? Im Jahre 1845, als das Buch vom Struwwelpeter erschien, galten wohlgenährte Kinder als ein Zeichen von Wohlstand und entsprachen damit dem gängigen Schönheitsideal. Auch, als nach dem zweiten Weltkrieg eine regelrechte »Fresswelle« durch Wirtschaftswunder-Deutschland rollte, waren viele Eltern stolz, wenn ihr Nachwuchs ordentlich was auf den Rippen hatte. Inzwischen sieht man das anders: Übergewicht gilt als eines der größten Risiken für das körperliche und seelische

Übergewicht ist eines der größten Risiken für Leib und Seele

Wohlbefinden. Trotzdem steigt die Zahl der allzu Molligen kontinuierlich an. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sprach mit Blick auf Europa vor einigen

Jahren bereits von einer Epidemie des Übergewichts. Nicht nur Erwachsene, sondern auch immer mehr Kinder und Jugendliche sind zu dick.

Je älter, desto runder

Diese Entwicklung belegt unter anderem die KIGGS-Studie. Zwischen 2003 und 2006 wogen, maßen und befragten Wissenschaftler des Robert-Koch-Instituts (RKI) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums über 17 500 Kinder und Jugendliche und ermittelten deren Body-Mass-Index (BMI). Er wird nach der Formel »Gewicht in Kilogramm geteilt durch Körpergröße in Metern zum Quadrat« errechnet und ermöglicht eine grobe Einschätzung der Körperfülle. Anschließend verglichen die Forscher die BMI-Werte aus der KIGGS-Studie mit denen von Kindern aus den Jahren 1985 bis 1999. Das alarmierende Fazit: Insgesamt 15% der untersuchten Kinder zwischen drei und siebzehn Jahren waren übergewichtig, 6% sogar adipös. Die Zahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen hatte gegenüber dem Vergleichszeitraum um 50% zugenommen, die der adipösen hatte sich sogar verdoppelt. Besorgniserregend fanden die Wissenschaftler, dass der Anteil der moppeligen Kinder mit zunehmendem Alter stieg. Waren bei den Drei- bis Sechsjährigen 9% zu schwer, so schnellte dieser Anteil im Grundschulalter (sieben bis zehn Jahre) auf 15% hoch. Bei den Teenagern (14 bis 17 Jahre) waren schon 17% zu dick. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Nationale Verzehrsstudie II, für die in den Jahren 2005 und 2006 bundesweit rund 20 000 Menschen zwischen 14 und 80 Jahren befragt wurden.

Der Aufwärtstrend auf der Waage setzt sich offenbar bis ins Erwachsenenalter fort. Im Jahr 2009 verzeichnete der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes in der Altersgruppe zwischen 18 und 20 insgesamt 14,4% Über-

gewichtige, bei den 20- bis 24-Jährigen waren es 18,6 und bei den 25- bis 30-Jährigen schon 24,4%. Und so geht es weiter, Schritt für Schritt, bis zu den 70- bis 75-Jährigen, von denen beinahe jeder Zweite (46,6%) üppige »Jahresringe« angesetzt hatte.

Das wissenschaftliche Kompetenznetz Adipositas zieht zum Jahresausklang 2012 eine erschreckende Bilanz. Die »Normalgewichtigen« sind inzwischen in der Minderheit. Mehr als die Hälfte der Deutschen ist zu dick, etwa ein Viertel sogar adipös.

Was macht uns dick?

Lange wurde Übergewicht in erster Linie als individuelles Problem betrachtet, die Verantwortung allein den Betroffenen beziehungsweise deren Familien zugeschrieben. Dicke galten oft als maßlos und willensschwach. Doch seit einiger Zeit setzt sich die Überzeugung durch, dass die Ursachen für die Entwicklung von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen vielschichtig sind. Genetische Faktoren spielen offenbar eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, wie »leicht« man zunimmt. Auch vorgeburtliche Einflüsse wie Rauchen während der Schwangerschaft und mütterliches Übergewicht erhöhen das Risiko für kindliches Übergewicht, ergab eine britische Metaanalyse.

Kinder mit einem niedrigen sozialen Status und/oder Migrationshintergrund sind häufiger von Übergewicht

Doppelt so viele stark übergewichtige Kinder und Jugendliche wie 1985



betroffen, zeigte die KiGGS-Studie. Soziale und soziokulturelle Einflüsse, etwa die Erziehung, bestimmte Essstrategien und das Bewegungsverhalten beeinflussen die Entstehung von Übergewicht. Besonders in der mangelnden Bewegung sehen Experten eine wesentliche Ursache für das Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. Diese

und das Ernährungs- und Bewegungsverhalten in Deutschland nachhaltig verbessern soll. Die Krankenkassen setzen bereits seit vielen Jahren auf Prävention und erreichen Jahr für Jahr etwa 17 000 Kitas und Schulen mit gesundheitsfördernden Angeboten. Ernährung ist dabei ein inhaltlicher Schwerpunkt, genauso wie Bewegung. Für diese und ähnliche Aktivitäten in anderen Lebensbereichen geben die gesetzlichen Krankenkassen insgesamt 22 Millionen Euro aus. Dies geht aus den Präventionsberichten hervor, die der MDK seit 2001 jährlich über die Primärprävention und Gesundheitsförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen erstellt.

Die Zahl der Aktivitäten und Angebote rund um gesunde Ernährung, Bewegung und Gewichtsreduktion ist mittlerweile sehr groß. Ärzte, Ernährungsberaterinnen, Volkshochschulen und Krankenhäuser, Vereine und Krankenkassen bieten Programme für übergewichtige Kinder und Jugendliche an. Die BZgA unterhält eine Projektdatenbank mit über fünfhundert Anbietern und hat einen Kriterienkatalog erstellt, der Eltern bei der Auswahl eines geeigneten Abnehm-Angebots für ihr Kind helfen soll. Meist handelt es sich um eine Kombination von Ernährungs- und Bewegungstherapie, denn chirurgische Eingriffe kommen bei Minderjährigen nur als allerletzte Möglichkeit und unter strengen Auflagen infrage, wenn alle anderen Maßnahmen fehlgeschlagen sind. Langfristig könnte die Lösung allerdings in einem radikalen Umdenken liegen, meinen Wissenschaftler. Um das Übel bei der Wurzel zu packen, müssten Politik und Gesellschaft darum viel stärker als bisher und auf allen gesellschaftlichen Ebenen auf die Prävention von Übergewicht setzen – nach dem Motto: Vorbeugen ist allemal besser als abspecken.

Bereits jedes fünfte Kind ist übergewichtig



bewegen sich heute viel weniger als früher und benötigen dadurch auch weniger Kalorien. Nicht nur die Schulstunden, sondern auch ihre Freizeit verbringen sie immer häufiger sitzend, vor allem vor dem PC und dem Fernseher. Werden dabei dann noch Süßigkeiten, Chips oder Kuchen genascht, wirkt eine früher überlebenswichtige, heute eher lästige Angewohnheit des menschlichen Körpers: Immer dann, wenn der Organismus mehr Energie aufnimmt als er verbraucht, wird der Überschuss als Fettreserve »für schlechte Zeiten« eingelagert.

Nicht zuletzt tragen auch unsere neuzeitlichen Lebensbedingungen wesentlich zur Entstehung von Übergewicht bei. In einer Artikelserie im renommierten englischen Medizinfachjournal *The Lancet* führten Wissenschaftler im letzten Jahr den ungesunden Überkonsum von Kalorien darauf zurück, dass große Mengen industriell gefertigter schmackhafter Nahrungsmittel zu bezahlbaren Preisen überall erhältlich seien und intensiv beworben würden. Das grassierende Übergewicht, so die Forscher, sei im Grunde eine normale menschliche Reaktion auf die nicht normalen Lebensverhältnisse in unserer Konsumgesellschaft. Um dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten, fordern sie ein ähnlich konsequentes staatliches Gegenlenken wie beim Rauchen, unter anderem durch eine höhere Besteuerung ungesunder Lebensmittel und eine Einschränkung der Werbung für Junk-Food und für speziell auf Kinder zugeschnittene Produkte, die häufig zu süß und zu fett sind.

Wehret den Anfängen

Hierzulande setzt die Politik derzeit noch auf eine verstärkte Aufklärung der Verbraucher und freiwillige Selbstverpflichtungen der Industrie. Doch auch die Bundesregierung hat sich bereits vor einigen Jahren zum Ziel gesetzt, bis 2020 die Zunahme des Übergewichts bei Kindern zu stoppen und die Zahl übergewichtiger Menschen zu verringern. 2008 wurde der Nationale Aktionsplan »In Form – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« aufgelegt, der die bestehenden Aktivitäten bündeln, gesundheitsförderliche Alltagsstrukturen schaffen



Dr. Silke Heller-Jung
hat in Frechen bei Köln
ein Redaktionsbüro
für Gesundheitsthemen.
redaktion@heller-jung.de

Die Folgen von Adipositas im Kindes- und Jugendalter

Dick – dicker – krank

ALTERSDIABETES, BLUTHOCHDRUCK UND FETTSTOFFWECHSELSTÖRUNGEN, kardiovaskuläre Erkrankungen und Beeinträchtigungen des Bewegungs- und Halteapparates: Bereits Kinder leiden unter den Folgen ihres Übergewichts. Epidemiologisch wie ökonomisch ist das Ausmaß der Epidemie kaum abzuschätzen, aber auf jeden Fall besorgniserregend.

Ende September erregte eine Studie im *British Medical Journal* Aufsehen. Ihr zufolge sind die Konsequenzen von Adipositas im Kindesalter noch gravierender als bisher angenommen. Ein Wissenschaftlerteam um Claire Friedmann von der Oxford University untersuchte den Zusammenhang von Body-Mass-Index (BMI) und bekannten Risikofaktoren für Herzerkrankungen und Schlaganfälle.

Starkes Übergewicht im Kindesalter schadet Herz und Gefäßen

Das beunruhigende Ergebnis der Metaanalyse, in die 63 Studien mit 49 220 Kindern im Alter zwischen 5 und 15 Jahren eingeschlossen wurden: »Ein BMI jenseits der Norm hat einen wesentlichen Einfluss auf die Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen bei Kindern im Schulalter.« Die Untersuchungen erfolgten nach 1990 in Industriestaaten und waren zwischen 2000 und 2011 veröffentlicht worden.

Risikofaktoren für Herzerkrankungen oder eine Verdickung des Herzmuskels gehören demnach längst nicht mehr nur in den Bereich der Erwachsenenmedizin. So fanden die britischen Forscher bei adipösen Kindern mit einem BMI von mehr als 30 kg/m² deutlich höhere Blutdruck- und Cholesterinwerte als bei normalgewichtigen Kindern. Auch zwischen übergewichtigen (BMI zwischen 25 und 30 kg/m²) und normalgewichtigen Kindern bestanden Unterschiede, allerdings waren sie weniger gravierend.

Kinder reagieren wie alte Menschen

Außerdem laufen stark übergewichtige Kinder Gefahr, schon in jungen Jahren an Diabetes mellitus Typ 2, dem »Alterszucker«, wie er lange genannt wurde, zu erkranken. Dieser Zusammenhang ist schon seit einiger Zeit bekannt und Gegenstand intensiver Forschung. Als Ursache gilt die sogenannte Insulinresistenz, bei der die Zellen unempfindlich gegenüber dem Hormon werden und den Zucker nicht aus dem Blut aufnehmen können. Verantwortlich hierfür sind – neben genetischen Faktoren – vor allem Adipositas und fehlende Bewegung. Greifen Kinder besonders häufig zu Fast Food und Limonaden, ernähren sich also fett- und kohlenhydratreich und zugleich ballaststoffarm, werfen die insulinproduzierenden Betazellen der Bauchspeicheldrüse die Insulinproduktion an. Da Insulin ein anaboles Hormon ist, wird die zugeführte Energie als Glykogen in Muskelgewebe und Leber gespeichert. Da diese Glykogenspeicher aber relativ klein sind, wird bei erhöhter Zuckeraufnahme die überschüssige Energie im Fettgewebe gespeichert. Dies führt zu Überge-

wicht, was wiederum die Insulinresistenz fördern kann. Ein Teufelskreis. Im Laufe der Jahre lässt die Insulinproduktion jedoch nach, die Betazellen der Bauchspeicheldrüse »erschöpfen« sich und der Blutzuckerspiegel steigt. Deshalb fand man diese Art der Zuckerkrankheit früher auch nur bei älteren Menschen, inzwischen können 7% aller adipösen Jugendlichen Kohlenhydrate nicht mehr richtig verwerten.

Fehlende Bewegung beeinträchtigt Knochen- und Muskelapparat

Wer zu dick ist, bewegt sich auch nicht gern. Darin unterscheiden sich Kinder nicht von Erwachsenen. Dabei sind wachsende Knochen und Knorpel auf stimulierende Belastungsimpulse dringend angewiesen. Bewegen sich Kinder zu wenig, kann die Knochensubstanz nicht ausreichend aufgebaut werden. Auch die Muskulatur will gefordert werden. Sie stabilisiert das Bewegungssystem und schützt vor Verletzungen und Gelenkverschleiß. Im Kindesalter baut sich dieses komplexe Zusammenspiel zwischen Nerven- und Bewegungssystem auf. Zu viel Körpergewicht schadet dem Skelett und fördert Fehlwachstum und Haltungsschäden.

Adipositas schlägt auch ökonomisch zu Buche

Aus übergewichtigen Kindern werden übergewichtige Erwachsene. Nach Schätzungen der OECD gelten derzeit etwa 60% aller deutschen Männer und 45% der Frauen als übergewichtig, unter Adipositas leiden 15,7% der Männer und 13,8% der Frauen. »Besonders alarmierend ist derzeit der rasche Anstieg von Jugendlichen und Erwachsenen mit einem BMI größer als 35 kg/m². Davon sind derzeit schätzungsweise rund 5 Millionen Menschen in Deutschland betroffen«, sagt Prof. Hans Hauner, Ernährungsmediziner von der Technischen Universität München. Dies ist eine Größenordnung, die auch gesundheitsökonomisch nicht zu unterschätzen ist. »Verschiedene deutsche Studien kommen zu Schätzungen von etwa zehn Milliarden Euro adipositasbedingter Kosten pro Jahr, damit liegt Deutschland im internationalen Vergleich eher hoch«, sagt Prof. Rolf Holl vom Helmholtz-Zentrum München. Nur ein sehr kleiner Teil dieser Kosten entstehe durch die Behandlung der Adipositas selbst. »Der große Rest entfällt auf die Behandlung der Folgeerkrankungen.«



Christiane Grote leitet das Fachgebiet »Presse- und Öffentlichkeitsarbeit« des MDS.
c.grote@mds-ev.de

Interview mit Prof. Martin Wabitsch

Verhalten ändern reicht nicht

FERNSEHEN UND PC IM KINDERZIMMER, Pizza und Schokoriegel in der Schulmensa: Die Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen hat sich stark verändert. Mit Prof. Martin Wabitsch, Leiter der Sektion Endokrinologie und Diabetologie an der Kinderklinik der Universität Ulm, sprachen wir darüber, wie man Kinder vor den Dickmachern schützen kann.

MDK Forum Herr Professor Wabitsch, die Zahl der übergewichtigen Erstklässler ist 2008 erstmals zurückgegangen. Ist der Aufwärtstrend gestoppt?

Prof. Martin Wabitsch Wir haben alle Schuleingangsuntersuchungen in Deutschland über viele Jahre hinweg ausgewertet, insofern sind diese Daten sehr robust. Sicher ist, dass die Zahlen der übergewichtigen Erstklässler seit 2004 zurückgegangen sind. Vorher sehen wir einen Anstieg, danach ein Plateau und ab 2007 einen Abwärtstrend. Gemessen daran, dass man vor etwa zehn Jahren noch dramatische Zuwächse vorausgesagt hat, überraschen diese Zahlen. Dabei muss man bedenken, dass bei Schulanfängern der Körperfettanteil ein Minimum erreicht hat. Danach steigt er langsam wieder an. Deshalb muss man mit aller Vorsicht sagen, dass dieser Befund einer rückläufigen Prävalenz für ältere Kinder wohl nicht zutrifft.

MDK Forum Maßnahmen zur Gewichtsreduktion übergewichtiger Kinder und Jugendlicher wirken nur begrenzt. Wie ist das zu erklären?

Prof. Dr. Martin Wabitsch

Wabitsch Das Bild, das uns in Deutschland von den betroffenen Kindern vermittelt wird, stimmt nur teilweise. Zugespitzt formuliert heißt es, dass der Einzelne selbst schuld sei an seinem Ernährungs- und Bewegungsverhalten. Und dass er sein Gewicht durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen, zum Beispiel durch eine Schulung, mittelfristig selbst regulieren könne. Aber diese Hypothese stimmt nicht! Wir wissen, dass das Körpergewicht und die physiologische Energiehomöostase durch einen Regelkreis über das zentrale Nervensystem reguliert werden: Jede Änderung von außen wird mit einer biologischen Gegenregulation beantwortet. Wenn also jemand Gewicht abnimmt, dann sinken z. B. Körpertemperatur und Grundumsatz. Das Sättigungshormon fällt ab und bewirkt ein Hungergefühl. Diese Prozesse lassen sich noch nach zwei Jahren messen. Das macht es so schwierig, vor allem für Kinder, ein reduziertes Körpergewicht langfristig zu halten.

Hinzu kommt, dass Kinder, die in Schulungsmaßnahmen gesundes Ernährungsverhalten kennenlernen, dies machen, solange sie sich jede Woche damit beschäftigen und die Eltern mitmachen. Sobald aber die Betreuung durch die Maßnahme – gleichgültig ob stationär oder ambulant – entfällt, sind sie wieder den »alten« Lebensbedingungen ausgesetzt.

MDK Forum Welche Rolle spielt der Zucker für den Zuwachs an übergewichtigen Menschen?

Wabitsch Zucker erklärt zwar nicht alles. Aber er ist einer der wenigen Faktoren, bei denen es eindeutige Belege für einen kausalen Zusammenhang mit Übergewicht gibt. Besonders gefährlich sind zuckerhaltige

Getränke, weil sie keine sättigende Wirkung haben, sondern der Zucker nur eine Insulinausschüttung bewirkt. Das Insulin wiederum wirkt anabol und dieser Aufbau von Energiereserven wird nicht adäquat mit einer Sättigungsreaktion oder mit einer Wärmeproduktion beantwortet. Das Problem ist: Die Menschen konsumieren heutzutage mehr Zucker und bewegen sich weniger!

MDK Forum Frankreich diskutiert gerade über die Besteuerung von Palmöl. Ist das auch ein Weg für uns?

Wabitsch Wir haben bisher in Deutschland zu einseitig auf Verhaltensänderung gesetzt und zu wenig – vor allem bei Kindern – die Verhältnisse als Ursache in Betracht gezogen. Wenn wir etwas verändern wollen, brauchen wir einen klaren politischen Willen, der nicht durch kurzfristige Interessenlagen beeinflusst wird. Veränderungen können natürlich auch in der Region oder der Kommune ansetzen.

Eine Besteuerung bestimmter Inhaltsstoffe ist sicher ein richtiger Weg. Es gibt Studien, die zeigen, dass der Konsum abnimmt, wenn der Preis steigt. Aber natürlich ist das auch eine sozialpolitische Frage. Denn gerade die Menschen, die nicht so viel für ihre Ernährung ausgeben können, kaufen die billigen zucker- und fetthaltigen Nahrungsmittel. Deshalb müsste man gleichzeitig die gesunden Nahrungsmittel billiger machen und auch über Werbeverbote nachdenken. Das Verbot der Zigarettenwerbung zeigt ja, dass auch dies eine erfolgversprechende Maßnahme sein kann.

*Das Gespräch führte
Christiane Grote*



Auf der Suche nach dem passenden Konzept:

Was hilft gegen Adipositas im Kindesalter?

BEI DER BEHANDLUNG VON ADIPOSITAS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN gerät die Medizin häufig an ihre Grenzen. Eine Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) offenbart: Meistens schaffen es die jungen Patienten nur, für kurze Zeit abzuspecken. Hier ist Nachhaltigkeit gefragt und guter Rat dringend notwendig.

Im Jahr 2005 startete die BZgA die Beobachtungsstudie Evaluation Adipöser Kinder und Jugendlicher (EVAKUJ)

Zwei Jahre nach Therapieende wiegen nur 14% weniger als zuvor

mit dem Ziel, Informationen über die kurz- und langfristigen Effekte verschiedener Therapieangebote von übergewichtigen Kindern und Jugendlichen zu erhalten.

Fünf Jahre lang, bis 2010, sammelten Psychologen, Pädagogen, Ernährungswissenschaftler und Mediziner in 48 ambulanten und stationären Einrichtungen Daten von insgesamt 1 916 Kindern und Jugendlichen im Alter von 8 bis 16 Jahren.

Zu Therapiebeginn lag der durchschnittliche BMI knapp unter dreißig. 14% aller Kinder und Jugendlichen, die an der Studie teilnahmen, waren zu diesem Zeitpunkt übergewichtig, 48% adipös und 38% extrem adipös.

Definition von Übergewicht bei Kindern (laut BZgA)

Bei Erwachsenen definiert der Body-Mass-Index (BMI) das Körpergewicht im Verhältnis zur Körpergröße: Gewicht in Kilogramm / Körpergröße in Meter zum Quadrat.

Bei Kindern und Jugendlichen beeinflussen alters- und geschlechtsabhängige physiologische Veränderungen den BMI. Deshalb wurden Referenzwerte ermittelt, die über alters- und geschlechtsspezifische Perzentile eine Einstufung des individuellen Wertes ermöglichen. Der BMI wird dabei in Bezug gesetzt zum BMI anderer Kinder in demselben Alter. Die Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) schlägt in Anlehnung an internationale Fachgesellschaften folgende Definition vor:

Extreme Adipositas Kinder, die die 99,5. alters- und geschlechtsspezifische Perzentile überschritten haben, d. h. deren BMI höher ist als bei 99,5% der Kinder ihres Alters und Geschlechts, gelten als extrem adipös.

Adipositas Ein Überschreiten der 97. Perzentile und damit ein BMI höher als bei 97% der Kinder gleichen Alters und Geschlechts bedeutet eine Adipositas.

Übergewicht Liegt der BMI der Kinder zwischen der 90. und der 97. Perzentile und damit so hoch, wie der von 90 bis 97% der Kinder gleichen Alters und Geschlechts, sprechen die Experten von Übergewicht.

Erfolg währt nicht lange

Die Auswertung zeigt, dass 56% der Kinder und Jugendlichen aufgrund der durchgeführten ambulanten und stationären Therapieangebote kurzfristig abnehmen konnten. Doch langfristig veränderten sich in der Regel weder Essverhalten noch Körpergewicht: Zwei Jahre nach Abschluss der Therapie wogen nur noch 14% der Kinder weniger als zu Beginn der Behandlung. Lediglich 10–15% veränderten ihr Gesundheitsverhalten, also ernährten sich gesünder, waren körperlich aktiver oder hatten ihren Medienkonsum reduziert. Die psychische Gesundheit verbesserte sich nur bei 18%.

»Die Defizite in der Versorgung übergewichtiger Kinder und Jugendlicher in Deutschland zeigen, dass es bislang nicht gelungen ist, für diese jungen Patienten effektive und konstante Programme und Beratungsangebote zu schaffen«, sagte BZgA-Direktorin Prof. Dr. Elisabeth Pott anlässlich der Veröffentlichung der Studie Anfang Oktober 2012. Sie forderte eine Verzahnung zwischen stationären und ambulanten Angeboten, um mehr Nachhaltigkeit



zu erreichen. Außerdem plädierte sie dafür, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu stärken, um Übergewicht im Kindesalter gar nicht erst entstehen zu lassen.

Reagieren, bevor es zu spät ist

Diese Forderung ist nicht neu, das Problem bekannt, weiß Caroline Jung vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS). Sie ist Diplom-Oecotrophologin und kennt sich mit dem Thema »Patientenschulungen« aus: »Wir wissen, dass es schwierig ist, Adipositas dauerhaft erfolgreich zu behandeln. Die naheliegende Konsequenz ist, dass wir noch stärker

auf präventive Maßnahmen setzen müssen. Das hat über die Jahre zur Entwicklung zahlreicher Präventionsprogramme der gesetzlichen Krankenkassen geführt – vom gesunden Frühstück in der Kita bis zum Gesundheitsunterricht in Schulen. Sie alle haben das Ziel, eine Adipositas bei Kindern und Jugendlichen am besten gar nicht erst entstehen zu lassen.«

Hungerkuren oder Diäten helfen langfristig nicht weiter. Die Voraussetzung eines dauerhaften Erfolges im Kampf gegen die Pfunde ist Schulung der Lebensgewohnheiten, bei der sich das Ernährungs- und Freizeitverhalten der Kinder ändert, ihre Konfliktfähigkeit und ihr Selbstwertgefühl gestärkt werden und sie neue Potenziale, Sport und Spaß für sich entdecken. »Essen und Trinken gehören schließlich zum Leben – genau wie das Atmen. Es sollte uns gesund und leistungsfähig erhalten und uns dabei auch Genuss bieten. Strikte Vorgaben, was wann zu essen, was erlaubt und was verboten ist, sind fehl am Platze und verkennen die Bedeutung der Ernährung



als Bestandteil des Lebens«, so Caroline Jung. Flexible Kontrolle heiße das Zauberwort, wenn es darum gehe, Ernährungsgewohnheiten dauerhaft zu ändern und auch schwierige Situationen zu meistern. Wichtig sei es, auch die Eltern gewissermaßen »mit ins Boot zu nehmen« und sie für Ernährungsfragen zu sensibilisieren. Denn eine verbesserte Familiensituation zu Hause hilft den Kindern das weiterzuführen, was sie im Rahmen des Therapieprogramms gelernt haben.

Die »Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter« fordert darüber hinaus, dass sich die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik nicht auf das klassische Gesundheitsressort beschränkt, sondern andere Lebensbereiche und Politikfelder berücksichtigen solle. Im Rahmen des Nationalen Aktionsplans »IN FORM – Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung« fördert das BMELV deshalb unter anderem Qualitätsstandards für die Schulverpflegung, die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) entwickelt wurden.

Flankierende gesetzliche Maßnahmen sind durchaus sinnvoll, wenn nicht gar zwingend erforderlich. Die Möglichkeiten reichen hier von einer verbraucherfreundlichen Lebensmittelkennzeichnung bis hin zu einer Einschränkung des Booms der XXL-Packungsgrößen von Limonaden oder Schokoriegeln.

Rehabilitative Ansätze

Mittlerweile im Gesetz verankert sind ambulante Patientenschulungsmaßnahmen als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Laut § 43 Abs. 1 Nr. 2 SGB V können die Krankenkassen »wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen«.

Auch wenn der wissenschaftliche Wirksamkeitsnachweis noch aussteht, gibt es bestimmte Kriterien, die ein ambulantes Patientenschulungs-Programm für adipöse Kinder und Jugendliche erfüllen sollte, wie beispielsweise der multidisziplinäre Ansatz: Ernährung und Bewegung, beides muss stimmen. Nur verhaltenstherapeutisch ausgerichtete und handlungsorientierte Maßnahmen sind geeignet, Lebensgewohnheiten zu verändern. Patientenschulungsmaßnahmen müssen grundsätzlich in Gruppen durchgeführt werden. Je nach Alter der Kinder sind auch die Eltern in eine solche Schulung einzubeziehen. »Die Eltern bestimmen das Ess- und Bewegungsverhalten der Kinder maßgeblich«, erklärt die Fachärztin für Pädiatrie beim MDK Niedersachsen Dr. Jutta Vogel-Kirklies.

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung spielen bei der Prüfung der ambulanten Patientenschulungsprogramme eine wichtige Rolle. Sie wirken beispielsweise maßgeblich an der Grundsatzbewertung von Schulungsprogrammen mit und prüfen die Anbieter dieser Programme im Hinblick auf konsenterte Qualitätskriterien. »Außerdem beurteilen wir im Einzelfall, ob eine beantragte Maßnahme (beispielsweise eine ambulante Patientenschulung oder eine stationäre Rehabilitationsleistung) erforderlich ist. Bei der Begutachtung muss man ganz genau betrachten, ob und welche Maßnahme für den Patienten geeignet und medizinisch indiziert ist«, so Vogel-Kirklies. Während der Schulung betreut ein Team aus Sporttherapeuten, Ärzten und Ernährungsberatern die Patienten, so dass sie beispielsweise lernen, welche Lebensmittel zum Abnehmen geeignet sind und wie sie ihre Aktivität im Alltag steigern können.

Doch damit die Maßnahme ein erster Schritt auf dem langen Weg der Gewichtsreduktion wird und die Kinder und ihre Eltern das gesunde Ess- und Bewegungsverhalten dauerhaft beibehalten, ist eine langfristige Begleitung wichtig. Nur so lässt sich langsam, aber sicher eine neue Lebenseinstellung realisieren.

Entscheidend ist der multidisziplinäre Ansatz



Dr. Martina Koesterke,
Mitarbeiterin im Fachgebiet
»Presse- und Öffentlichkeitsarbeit« des MDS.
m.koesterke@mds-ev.de



Friederike Geisler,
Stabsstelle Kommunikation
beim MDK Niedersachsen.
friederike.geisler@mdkn.de

Interview mit Dr. Carl Leibl

Wenn Übergewicht auf die kindliche Seele drückt

DICKE KINDER WERDEN GEHÄNSELT, ziehen sich zurück und suchen in ihrer Isolation Trost beim Essen. Chefarzt Dr. Carl Leibl kennt die Auswirkungen von Übergewicht auf die Psyche von Kindern und Jugendlichen und auch die psychischen Ursachen. In der Schön Klinik Roseneck am Chiemsee hilft er ihnen, aus diesem Teufelskreis auszubrechen.

MDK Forum Auf der Bank beim Sportunterricht bleiben übergewichtige Kinder oft bis zum Schluss sitzen, weil niemand sie im Team haben will. Im Schwimmbad hören sie Sätze wie »Da kommt ja das ›Walross!‹« Wie belastet sind die Seelen von diesen Kindern?

Dr. Carl Leibl Solche Bemerkungen hängen mit unserem gängigen Schlankheitsideal zusammen: Schlank bedeutet fit und leistungsfähig zu sein und sich selbst unter Kontrolle zu haben. Wenn Kinder oder Jugendliche so angesprochen werden, ist die Frage, wie gut sie sich wehren können. In dem Alter geht so etwas natürlich besonders schnell unter die Haut und führt zu Frust oder es wird – was noch schlimmer ist – mit hilflosen Diätversuchen gegengesteuert. Die können dann nicht durchgehalten werden, weil ja schon wieder der Heißhunger anfängt. Wer einen guten seelischen Widerstand hat, empfindet solche Bemerkungen als weniger bedeutsam. Anders ist es, wenn sie einen sowieso schon sensiblen Menschen treffen, der sich selbst sehr kritisch betrachtet und sich dann darin auch noch bestätigt fühlt.

MDK Forum Wo endet das »normale« Übergewicht und wo beginnt eine krankhafte Essstörung?

Leibl Eine Essstörung ist eine psychosomatische Störung und beginnt nicht zuletzt im Kopf mit ständigen Gedanken an das Essen. Auch mit dem Wissen »Das ist jetzt zu viel für mich« können Essgestörte nicht widerstehen. Selbst wenn sie reichlich gegessen haben, lässt sie der Gedanke ans Essen nicht los. Bei ihnen ist

das Hunger- und Sättigungsgefühl weitgehend gestört. Sie hören nicht auf zu essen, wenn sie satt sind. Stattdessen sagen sie sich: »Jetzt ist es sowieso schon egal, ich habe zu viel gegessen, dann kann ich gleich so weitermachen.«

MDK Forum Wo liegen denn die Ursachen für eine solche Störung?

Leibl Bei Essstörungen gibt es eine sogenannte multifaktorielle Genese, d. h. es kommen verschiedene Faktoren und Einflüsse zusammen – psychische und soziale Faktoren, aber auch biologische und genetische. Jeder Fall ist demnach zwar ganz individuell. Vielen Patienten ist aber gemeinsam, dass es sich bei der Essstörung um einen gescheiterten Lösungsversuch handelt, mit Emotionen umzugehen. Der Wunsch nach Autonomie, in der mich niemand erreichen kann, führt oft in die Heimlichkeit. Vielen dient das Essen auch als Tröster bei einem mangelnden Selbstwertgefühl und dem Druck, ständig die Erwartungen anderer erfüllen zu müssen.

MDK Forum Wie sieht Ihr Therapieprogramm aus?

Leibl Als Erstes geht es darum, »dick« nicht sofort mit »Krankheit« gleichzusetzen. Wir wollen fachlich

aufklären, ohne zu bedrohen.

Und wir wollen erst einmal feststellen, ob wirklich schon eine Essstörung im engeren Sinn vorliegt oder ob es sich einfach nur um Übergewicht handelt, das auf falscher Ernährung und zu wenig Bewegung beruht.

Eine therapeutische Gewichtsabnahme – egal ob bei einer Essstörung oder bei Übergewicht – muss sehr langsam und langfristig erfolgen und mit einer Lebensumstellung im Zusammenhang stehen. Das Problem sind Crash-Diäten oder Diäten, die eine schnelle Gewichtsabnahme versprechen. Ganz wichtig ist deshalb eine ausreichende Bewegung. In unserem Therapieprogramm sind viele »Anti-Diät-Modelle« enthalten. Am Anfang sind wir schon zufrieden mit sehr langsamen Gewichtsabnahmen über längere Zeiträume. Da reichen uns schon 10 bis 15% des Körpergewichts in einem Jahr. Es kann auch etwas weniger sein, wenn gleichzeitig die körperlichen Aktivitäten zunehmen.

MDK Forum Bezogen auf das Essverhalten: Wie sieht Ihr Therapieprogramm genau aus?



Leibl Die Kinder und Jugendlichen sollten ausreichend viele Mahlzeiten zu sich nehmen, die insgesamt die Gefahr von Heißhunger reduzieren. Heißhungerattacken bedeuten Kontrollverlust. Wenn wir über längere Zeit keine Nahrung aufnehmen, regelt unser Körper u. a. über die Glukose und unseren Zuckerspiegel, dass wir relativ schnell nach Hochkalorischem greifen. Sobald der Zuckerspiegel wieder aufgefüllt ist, wären wir normalerweise satt. Diese Regelung gerät bei einer Essstörung aus der Balance. Insgesamt ist der Vorgang jedoch noch komplexer, und es spielen viele andere Faktoren mit hinein wie z. B. Leptin, Ghrelin, das Dehnungsverhalten des Magens und nicht zu vergessen, unsere Psyche.

Außerdem sollten die Kinder und Jugendlichen bei den Mahlzeiten nicht ständig über Probleme oder über ihre Gefühle sprechen, sondern sich auf die Nahrung konzentrieren. Sicherlich müssen wir auch die Funktionalität der Essstörung genauer anschauen, denn sie hat ja nicht nur Nachteile: Wozu brauche ich sie? Und wieso bin ich so stark in die Heimlichkeit gegangen?

Daran schließen dann ganz konkrete Maßnahmen aus der Verhaltenstherapie an. Unsere Patienten lernen also die Reaktionskette »Anblick von Nahrung – Auswahl – Nahrung zu mir nehmen –

Gefühlsreaktionen – Was erfolgt danach?« neu und üben sie ein. Ziel ist ein gesünderes Ernährungswissen. Für Menschen, die betroffen sind, gilt die wichtige Grundregel: regelmäßig ausreichend essen und das unterschwellige Hungergefühl und den Heißhunger etwas besser im Griff haben.

MDK Forum Rehabilitationsprogramme zeigen oft nur einen kurzfristigen Erfolg. Nach einigen Monaten oder Jahren nehmen die Kinder oft wieder zu. Wie sind Ihre Erfolge – und wo stoßen Sie an Ihre Grenzen?

Leibl Auch wir sind bescheiden geworden. Bei Jugendlichen sehe ich das ein bisschen positiver, weil ja noch viel Lebensentwicklung und Lebensumstellung in Gang kommen kann. Die langfristigen Erfolge hängen sehr davon ab, dass der Patient oder der Betroffene auch spürt, dass sich für ihn etwas zum Positiven verändert. Nicht nur von außen, sondern auch in der inneren Lebenseinstellung. Häufig hat sich dann auch der Freundeskreis verändert, oder eine aufblühende Partnerschaft hat eine Rolle gespielt.

MDK Forum Also muss im Grunde das gesamte Umfeld, oder zumindest das Familiensystem mit einbezogen werden?

Leibl Ja. Meistens ist das Kind mit der Essstörung in der Familie eine Art Symptomträger, ein Sorgenkind, was die anderen ein Stück weit von

ihren eigenen Problemen und Sorgen ablenkt. Der Wunsch wäre hier natürlich, dass jeder auf sich selber schaut und gut für sich sorgt, so dass das Sorgenkind aus seiner Rolle herauskommt.

Insgesamt betrachtet ist das Familiensystem ein Kommunikationssystem. Schwierig wird es, wenn sich das gesamte System auf das Essen fixiert und dieses Thema damit eine überwertige, kontrollierende Bedeutung erhält, so dass kein freier Umgang damit mehr möglich ist. Wichtig ist auch der Umgang überhaupt mit Essen: Wie wird gegessen? Gehen die Familienmitglieder immer zwischendurch an den Kühlschrank? Gibt es nie echte geregelte Mahlzeiten? Wie wird kommuniziert bei den Mahlzeiten? usw. Das Ziel ist hier: Während des Essens nicht diskutieren, wer den Teller wie vollgemacht hat und warum.

MDK Forum In Holland entzogen Richter einem Elternpaar vorübergehend das Sorgerecht für ihre drei Kinder, weil diese stark übergewichtig waren und die Richter ihnen nicht zutrauten, dass sie ihre Kinder zum Abnehmen bewegen könnten. Wäre dies auch bei uns denkbar?

Leibl Ich denke, die Juristen haben das recht monokausal gesehen. Grundsätzlich wäre weiter zu prüfen, wie weit die Abstinenz von den Eltern den Prozess beschleunigt und ihn dann gegebenenfalls auch wieder zurückholt, wenn die Nähe zu den Eltern wieder gegeben ist.

Wovor ich aber sehr warne, sind Schuldzuweisungen. Sie bringen nicht weiter, sondern verschärfen nur die Fronten und lenken von anderen möglichen Einflussfaktoren ab. Was wir brauchen, ist mehr Aufklärung und auch eine Abkehr von dem Wunderglauben, dass eine Crash-Diät und der Besuch eines Fitnessstudios allein zum Idealgewicht führt. Wir müssen akzeptieren, dass die Patienten Zeit brauchen und dass es einer Lebensumstellung bedarf. Es gilt, wirklich nach vorne zu schauen und den Satz zu sagen: Ich beginne ab jetzt ein neues Verhalten.

*Das Gespräch führte
Dr. Martina Koesterke*

Dr. Carl Leibl



Food Design

Kinder-Lebensmittel aus dem Labor

KINDERWURST, VANILLEMILCH ODER DINOSAURIERKEKSE – Supermarktregale bieten auf Augenhöhe »Mini-Produkte« im Überfluss. Angeblich mit der zusätzlichen Portion Milch, Eiweiß, Kalzium oder Vitaminen: wichtig für das gesunde Wachstum unserer Kinder. Fest steht: Hinter Kinderlebensmitteln steckt oft eine ganze Designerindustrie.

Frankfurter Würstchen müssen knacken, wenn wir reinbeißen. Fischstäbchen passen perfekt nebeneinander in eine Pfanne. Ihre Form erinnert kaum noch an das, was in ihnen steckt, so dass sie auch von Menschen gegessen werden, die Fisch eigentlich nicht mögen. Bestimmte Butterkekse haben genau 52 Zacken – nicht mehr und nicht weniger. Doch nicht nur Form und Farbe unserer industriell hergestellten Lebensmittel sind perfekt geplant, auch ihr Geruch, die Konsistenz und sogar die Verzehrgerausche. Das Ganze nennt sich Food Design.

Kinder an die Macht

Da die Nahrungsmittelindustrie weiß, dass unsere Essgewohnheiten schon im Kleinkindalter geprägt werden, hat die Food-Design-Branche inzwischen auch die kleinen Verbraucher im Visier. Schließlich verfügen Kinder in Deutschland heutzutage über so viel Taschengeld wie nie zuvor. Außerdem beeinflussen sie vor allem bei Nahrungsmitteln das Einkaufsverhalten ihrer Eltern. Dabei ist ihnen das kleine Spielzeug manchmal wichtiger als

70 Millionen Umsatz jährlich allein mit Kinderlebensmitteln

die Schokolade selbst. Kinder reagieren emotional und lassen sich deshalb auch von Werbung überzeugen, ohne diese oder das Produkt kritisch zu hinter-

fragen. Es lockt also ein großer Umsatz für den, der Kinder von seinen Produkten überzeugen kann.

Für Tobias Effertz vom Institut für Recht und Wirtschaft der Universität Hamburg ist speziell an Kinder gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel ein wichtiger Grund für Übergewicht und Adipositas. Zum einen gebe es sie genau dort, wo auch Kinder sind. Zweitens benutze die Lebensmittelwerbung Designelemente und Inhalte, die Kinder besonders ansprechen, so dass diese das Produkt noch bedenkenloser haben möchten. Die Marketingbudgets seien nicht selten Milliarden Euro stark, was es für Eltern und Lehrer schwierig mache, korrigierend erzieherisch auf Kinder einzuwirken. Effertz fordert deshalb ein gesetzlich verankertes Verbot von Lebensmittelwerbung, die sich an Kinder richtet.

Die Branche bleibt davon zunächst unbeeindruckt und boomt, so viel steht fest. Laut Stiftung Warentest (test 09/2012) brachten es Kinderlebensmittel im Jahr 2010 auf einen Umsatz von 70 Millionen Euro. Danach sind allein die Verkaufszahlen für Kinderwurst um 13% gestiegen.

Für Kinder-Milchprodukte geben die Menschen in Deutschland rund 165 Millionen Euro im Jahr aus. Viele Eltern, so Stiftung Warentest, seien überzeugt, dass diese Produkte im Salz-, Zucker- und Fettgehalt an die Bedürfnisse von Kindern angepasst sind. Doch oft ist genau das Gegenteil der Fall.

Ernährungspyramide steht Kopf

Kindermüslis, bunte Frühstücksflocken, Früchtequarks, die zum Teil nicht einmal eine ganze Erdbeere enthalten, jedoch mit lustigen Figuren und fröhlichen Farben beeindrucken – meistens stark gezuckert, recht teuer und oft überflüssig. Außerdem enthalten viele Kindernahrungsmittel Geschmacksverstärker, Konservierungs-, Aroma- und Farbstoffe.

Auch der unabhängige Verein »foodwatch«, der sich aus Spenden und Stiftungsgeldern finanziert, nahm rund 1500 Kinderlebensmittel unter die Lupe und ordnete sie in die Ernährungspyramide des »aid infodienst Ernährungsdienst, Landwirtschaft, Verbraucherschutz« ein. Die Pyramide sortiert die Lebensmittel auf drei verschiedenen Ebenen: Die breite, grüne Basis umfasst Obst, Gemüse, Getreideprodukte, Wasser oder ungesüßte Tees. Die aid-Empfehlung lautet: Hiervon »reichlich« verzehren. Der gelbe, schmalere Mittelteil umfasst Milchprodukte und Fleisch, die »mäßig« verzehrt werden sollten. Oben die rote Spitze sollte nur einen ganz kleinen Teil der



Ernährung ausmachen. Hier gehören Öle, Fette oder Süßigkeiten hin.

Laut den Ergebnissen von »foodwatch« fallen fast drei Viertel der Kinderprodukte aufgrund ihres Zucker-, Fett- oder Salzgehaltes in die »rote« Kategorie. 92 Produkte, meistens gezuckerte Milchprodukte, gehörten in die gelbe Kategorie. Lediglich 188 Produkte wie Apfelsmus, Trockenobst, Nudeln, Tomatensauce oder Fruchtsäfte und Saftschorlen und damit 12,4% der Kinderlebensmittel konnten die Experten der »grünen« Kategorie zuordnen. »Die Lebensmittelindustrie stellt die Kinderernährung auf den Kopf. Das Angebot an speziellen Kinderlebensmitteln entspricht ernährungsphysiologisch genau dem Gegenteil dessen, was Ernährungsexperten für eine ausgewogene Ernährung von Kindern empfehlen«, so die Veröffentlichung von »foodwatch«. Demnach sei es »praktisch unmöglich, aus dem Angebot, das die Industrie als Kinderprodukte vermarktet, eine ausgewogene Ernährung zusammenzustellen«.

Die Ökotrophologin und Mutter von vier Kindern Edith Gätjen arbeitet seit mehr als 25 Jahren im Bereich Kinderernährung. Sie ist Autorin der Bücher *Essenspaß für kleine Kinder* und *Das geniale Familien-Kochbuch* (Thieme Verlagsgesellschaft) und wünscht sich mehr kritische Aufmerksamkeit im Supermarkt: »Produkte, die beworben werden,

Geschmack des Fruchtwassers hat Einfluss auf spätere Vorlieben

brauchen wir nicht, denn was wir brauchen, das kaufen wir sowieso. Man sollte sich deshalb immer wieder, bevor man etwas in den Einkaufswagen legt, fragen:

Ist das ein Produkt, was beworben wurde? Oder kaufen Sie am besten nur Dinge, die Ihre Großmutter auch als Nahrungsmittel erkannt hätte.«

Was Kinder brauchen

Fakt ist: Kinder brauchen keine speziellen Lebensmittel. Sie dürfen und sollen vielmehr nach dem ersten Lebensjahr das Gleiche essen wie Erwachsene: hochwertige Lebensmittel wie Gemüse, Kartoffeln oder Getreide, nur eben in kleineren Mengen. Wachsen Kinder jedoch zunehmend mit Fertiggerichten, Aromazusätzen oder Joghurts mit künstlichen Fruchtaromen auf, gewöhnt sich ihr Geschmackssinn daran und sie finden frisches Obst und Gemüse bald zu fade. Doch dieser Prozess ist nicht unumkehrbar: »Wenn ich den Geschmackssinn meines Kindes wieder trainieren möchte, dann fange ich an zu mischen: Mal koche ich eine frische Kartoffel zur Tütensuppe, mal verdünne ich den Erdbeerjoghurt mit Naturjoghurt. Durch dieses langsame »Ausschleichen« gewöhnt sich der Geschmack wieder an die »normalen« Lebensmittel«, weiß Gätjen.

Der Geschmackssinn selbst entwickelt sich schon lange, bevor die Kleinen auf die Welt kommen. »Schon der Geschmack des Fruchtwassers und später der Muttermilch entscheidet über spätere Vorlieben des Kindes. In der achten Schwangerschaftswoche (ssw) entwickelt das Kind im Mutterleib die ersten Geschmacksknospen, die ab der 12. ssw via Nervenbahnen mit dem Gehirn verbunden sind. Daher schmeckt das Kind über das Frucht-

wasser, was die Mutter zu sich nimmt«, so Gätjen. Schon jetzt werden die Weichen gestellt, ob das Kind lieber stärke- oder schwächer gewürztes, Kuchen oder Käsebrot mag und ob es sich bereits an abwechslungsreiche Geschmacksrichtungen gewöhnt hat. »Wenn die Mutter in dieser Zeit oder auch während der Stillzeit überwiegend industrielle Nahrung zu sich nimmt, ist auch das Kind auf diesen Geschmack getrimmt«, warnt die Autorin.

Natürliches Essen braucht keine Manipulation

Was Kinder brauchen, ist Spaß und Neugier gegenüber dem Essen. Dazu ist es wichtig, dass sie Hunger haben, denn der Hunger macht neugierig und mutig. Zwischen den Mahlzeiten sollte eine Pause von etwa zweieinhalb Stunden liegen, in der nicht gegessen, sondern gespielt oder geschlafen wird. »Wo gibt es denn heute noch richtige Mahlzeiten? In der Regel essen die Kinder doch mit Beginn der Beikost ständig, von der Dinkelstange über den Fruchtdrink bis zum Keks. Da geht das Gefühl für Hunger und Sättigung ganz schnell verloren«, warnt Gätjen. Außerdem sollte jede Mahlzeit einen Anfang und ein Ende haben. »Wir als Eltern bestimmen, wann, was und wie gegessen wird, und das Kind bestimmt, ob und wie viel es isst.«

Dr. Martina Koesterke

Sozialmedizin zwischen Qualität und Ökonomie

QUALITÄT UND ÖKONOMIE als Pole, zwischen denen die gesundheitliche Versorgung stattfindet? Die Frage, welche Rolle die Sozialmedizin in diesem Zusammenhang spielt, war Leitthema des MDK-Tages 2012 im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention am 13. September in Essen.

Wie kann die Balance zwischen Wirtschaftlichkeit und Medizin gelingen? Diese Frage diskutierten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des MDK-Tages anhand aktueller Themen aus der täglichen Beratungs- und Begutachtungspraxis.

Wie nehmen Finanzierungssysteme über ökonomische Anreize etwa Einfluss auf die Behandlungsqualität im Krankenhaus? Dr. Barbara Florange, Leiterin des Fachbereiches Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im MDK Nordrhein, stellte das neue pauschalierende Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik vor, dem insbesondere die Leistungserbringer sehr kritisch entgegensehen. Ihr Fazit: Dem Entgeltsystem muss ein Konzept für eine qualitative Mengensteuerung an die Seite gestellt werden. Welche Folgen pauschalierende Vergütungssysteme für andere Bereiche haben, wurde anhand der Vergütung von hochaufwendigen Pflegeleistungen und der geriatrischen Frührehabilitation diskutiert. Während in der Geriatrie nach Einschätzung von Dr. Friedemann Ernst vom Kompetenz-Centrum Geriatrie der frührehabilitative Behandlungsteil durch das Vergütungssystem gestärkt wird, ist es zu früh, um den Effekt auf die Pflege genau zu beurteilen. Erst seit 2012 wird Pflegeaufwand im Krankenhaus nicht mehr über Pflegeteilerprogramme und Allgemeinkosten, sondern über Sonderentgelte vergütet.

Patientennähe im Blickpunkt

Unter dem provokanten Titel »Verloren im Gesundheitsmarkt: Kann der MDK Versicherte und Patienten schützen?« wurden drei MDK-Themen mit hoher Aktualität der breiteren Fachöffentlichkeit vorgestellt: Der IGeL-Monitor, ein Internet-Portal, das die Angebote nach Kriterien der evidenzbasierten Medizin bewertet, die Behandlungs-

Palliativversorgung darf kein Wettbewerb sein

fehlerbegutachtung und die sozialmedizinische Begutachtung in der Onkologie. Diese Themen illustrierten, in welcher Weise sich der MDK für Transparenz und die Durchsetzung von Patientenrechten engagiert.

Um Patientengerechtigkeit ging es auch beim Thema Palliativversorgung. Palliativversorgung sei kein Wettbewerbsfeld und solle auch keines werden, unterstrich Oliver Blatt vom Verband der Ersatzkassen. Die individuelle Konstellation des Versicherten ist zu beachten. Dies stelle vor dem Hintergrund von regional sehr unterschiedlichen Versorgungsrealitäten eine der zentralen Heraus-

forderungen dar – auch an die Begutachtung durch den MDK.

In der Plenarveranstaltung »Pflegereform – eine Dauerbaustelle« sprachen sich die Medizinischen Dienste erneut für die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes aus. »Nötig ist die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes, der den Hilfebedarf von Menschen mit Demenz dem Hilfebedarf anderer Pflegebedürftiger gleichstellt«, so Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS. Der aktuell gültige Pflegebegriff und das Begutachtungsverfahren entsprächen nicht mehr den Anforderungen an eine moderne Pflege und Betreuung. Birgit Naase vom Bundesministerium für Gesundheit hielt dem entgegen, dass die Bundesregierung den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht ad acta legen wolle. Bis Frühjahr erwarte man einen Fahrplan mit aktuellen Umsetzungsschritten.

Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff: Fahrplan soll im Frühjahr kommen

Sozialmedizin als Mittler zwischen Qualität und Ökonomie

Wie ein roter Faden zog sich die Erkenntnis durch den MDK-Tag, dass die Sozialmedizin eine klassische Querschnittsdisziplin ist, ein Bindeglied zwischen der Medizin und den Institutionen der Gesundheitsversorgung. Insofern versteht sie es als ihre Aufgabe, zwischen den Polen Qualität hier und Ökonomie dort zu vermitteln. Das gilt auch für den MDK. Denn wie kaum eine andere Institution verfügt er über Kompetenzen und Erfahrungen an der Schnittstelle zwischen rechtlichen Vorgaben und praktischer Umsetzung. Ganz konkret und im Einzelfall muss der MDK die Ansprüche des Einzelnen auf eine qualitativ hochwertige Versorgung mit den Interessen der Versichertengemeinschaft auf wirtschaftliche Verwendung der Ressourcen in Deckung bringen.

Christiane Grote

PEPP: Das neue Entgeltsystem für die Psychiatrie

BISHER GILT FÜR EINRICHTUNGEN der Psychiatrie und Psychotherapie, der Psychosomatik und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie eine abteilungsbezogene Vergütung mit tagesgleichen Pflegesätzen, obwohl teilweise große Unterschiede im Aufwand dieser Behandlungen existieren. Dies soll sich ab dem kommenden Jahr ändern.

Der Gesetzgeber hat im Jahr 2009 mit § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) die Selbstverwaltungspartner beauftragt, ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen zu entwickeln. Damit soll das Leistungsgeschehen transparenter und der Weg von der krankenhausindividuellen Verhandlung kostenorientierter Budgets hin zu einer pauschalierenden leistungsorientierten Vergütung konsequent fortgesetzt werden. Mit der Entwicklung und Anpassung des Systems wurde das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) betraut. Nach dem neuen Entgeltsystem sollen die allgemeinen Krankenhausleistungen von Fachkrankenhäusern und selbstständigen gebietsärztlich geleiteten Abteilungen der genannten Fachgebiete vergütet werden.

Einführung in einem gestuften Verfahren

Das neue Vergütungssystem kann auf freiwilliger Basis und unter budgetneutralen Bedingungen jeweils zum 1. Januar 2013 bzw. 2014 angewendet werden (Optionsjahre). Verbindlich wird es für alle genannten Krankenhäuser ab dem 1. Januar 2015. Bis einschließlich 2016 gelten allerdings noch die budgetneutralen Bedingungen der Optionsjahre (budgetneutrale Phase): Die Vorgaben zur Ermittlung des Budgets bleiben unverändert, daher entstehen den psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen keine Verlustrisiken.

Im Unterschied zur heutigen Pflegesatzermittlung wird das vereinbarte Budget statt über Abteilungs- und Basispflegesätze dann unter Anwendung bundesweit gültiger Bewertungsrelationen und eines krankenhausindividuellen Basisentgeltwertes abgerechnet. Auf diese Weise

Vergütung soll Diagnosen und Aufwand berücksichtigen

wird die Höhe des nach alten Regeln vereinbarten Budgets durch das neue Entgeltsystem nicht beeinflusst. Die vierjährige budgetneutrale Phase soll ge-

währleisten, dass die betroffenen Einrichtungen genügend Zeit haben, sich auf die finanziellen und organisatorischen Veränderungen einzustellen. Die budgetneutrale Phase dient ebenfalls dazu, das neue Entgeltsystem zu verbessern und weiterzuentwickeln.

Ein landesweit einheitlicher Basisentgeltwert wird erstmals für das Jahr 2017 vereinbart. Von da an beginnt die sogenannte fünfjährige Konvergenzphase, in der die unterschiedlichen leistungsorientierten Krankenhaus-

budgets schrittweise dem neuen, einheitlichen Preisniveau angeglichen werden (Landesbasisentgeltwert). Die Konvergenzphase dient der Verbesserung der Leistungsgerechtigkeit.

Das neue Entgeltsystem ist ein dynamisches System; das Gesetz sieht eine jährliche Anpassung an medizinische Innovationen, Veränderungen in Versorgungsstrukturen und Kostenentwicklungen vor. Die Daten für die eigentliche Kalkulation und Entwicklung des Vergütungssystems werden jeweils aus den Daten der teilnehmenden Krankenhäuser des Vorjahres berechnet.

Die Grundstrukturen für die Abbildung psychiatrischer, kinder- und jugendpsychiatrischer und psychosomatischer Leistungen wurden bereits 2009 unter Einbeziehung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des GKV-Spitzenverbandes und des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV) geschaffen. Die Erstkalkulation wurde 2012 auf Grundlage der Daten von 63 an der Kalkulationsdatenlieferung teilnehmenden Krankenhäusern vorgenommen. Die Daten aus diesen sogenannten Kalkulationshäusern bilden die Datengrundlage für alle folgenden Berechnungen für das Jahr 2013.

Wie sieht das neue Vergütungssystem aus?

Um die Leistungen nach dem neuen Vergütungssystem zu gruppieren bzw. zu klassifizieren, müssen die Einrichtungen folgende Daten erfassen: Aufnahme- und Entlassungsdatum, Diagnosen, Prozeduren, Prozeduren-Datum, Geschlecht, Alter, Aufnahmeanlass, Aufnahmegrund, Entlassungsgrund, Verweildauer, Urlaubstage, Status der Verweildauer »ein Belegungstag« und Dauer der maschinellen Beatmung. Nicht alle diese Variablen fließen aktuell in die Berechnung des Entgeltes ein. Da es sich ausdrücklich um ein lernendes System handelt, werden sie aber abgefragt, um ggf. zu einem späteren Zeitpunkt Verwendung zu finden. Aus der Klassifikation ergibt sich für jeden Behandlungsfall eine fünfstellige Kombination aus Ziffern und Zahlen – die PEPP (die Abkürzung PEPP wird sowohl für das Entgeltsystem im Allgemeinen als auch für die einzelnen Fallgruppen verwendet).

Die erste Stelle der PEPP gibt an, ob die Behandlung vollstationär (P) oder teilstationär (T) durchgeführt wurde. Besonders kostenintensive Fälle im vollstationären Setting (z. B. eine 1:1-Betreuung bei Erwachsenen) bilden die sogenannte Prä-PEPP. Diese wird an zweiter Stelle mit

Mit der Dauer der Behandlung sinken die Tagessätze

einer 0 kodiert. Trifft keine Prä-PEPP zu, gibt die zweite Stelle der PEPP Auskunft über die Basis-PEPP: Kinder- / Jugendpsychiatrie /-psychotherapie (KJP), Psychosomatik (P), Psychiatrie (A). Über die dritte und vierte Stelle der PEPP erfolgt die Einordnung in eine von 18 Diagnosegruppen. Diese sind an die Klassifikation der ICD-10 angelehnt, entsprechen ihr jedoch nicht 1:1. Zusätzlich wurden Kategorien aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) sowie weitere in der Literatur verwendete Klassifikationssysteme einbezogen. Die fünfte und letzte Stelle der PEPP kennzeichnet die Höhe des Ressourcenverbrauchs von A (höchster Verbrauch) bis D. In die Berechnung des Ressourcenverbrauchs gehen beispielsweise komplizierende Diagnosen und Prozeduren ein.

Abhängig von der Verweildauer des Patienten wird die 5-stellige PEPP einer von maximal fünf Vergütungsstufen mit jeweils unterschiedlichen Bewertungsrelationen zugeordnet. Für jede PEPP wurde ein Vergütungsbetrag pro Behandlungstag festgelegt (Basisentgelt). Aus der Multiplikation des Basisentgelts mit der Bewertungsrelation ergibt sich die Vergütung pro Behandlungstag (Berechnungsbeispiel siehe Kasten).

Das INEK hat fristgerecht bis Ende September 2012 einen Entgeltkatalog vorgelegt, in dem alle PEPPs gelistet sind. Den PEPP-Katalog sowie die dazugehörigen Abrechnungsbestimmungen hat das Bundesministerium für Gesundheit durch die »Verordnung zum pauschalieren-

den Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen für das Jahr 2013« (PEPPV) vom 19. November 2012 in Kraft gesetzt. Im Vergleich zum

Referentenentwurf enthält die Verordnung nur geringfügige Änderungen in den Abrechnungsbestimmungen. Damit kann die Optionsphase wie geplant im Januar 2013 starten. Der Katalog wird auf Vorschlag der Selbstverwaltung jährlich weiterentwickelt. Ab 2014 können sich daran auch alle betroffenen Einrichtungen und Fachgesellschaften beteiligen.

Wie bereitet sich der MDK auf die Prüfungen vor?

Auch unter den Bedingungen des neuen Entgeltsystems wird der MDK die Plausibilität der Abrechnungen von psychiatrischen Einrichtungen prüfen. Dabei wird der MDK die korrekte Kodierung von Diagnosen und Prozeduren, die korrekte Fallzusammenführung, die Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlungen, mögliche Fehlbelegungen sowie die Angabe sonstiger Daten (Beat-

mungsstunden, Alter ...) untersuchen. Die Einstufung in die Prä-PEPP wird im neuen System vermutlich einen Schwerpunkt der MDK-Prüfung bilden.

Grundlage für die Kodierung von Prozeduren und Diagnosen sind die Deutschen Kodierrichtlinien. Diese werden jährlich von der DKG, dem GKV-Spitzenverband, der PKV und dem InEK herausgegeben. Im Zuge der Weiterentwicklung des neuen Vergütungssystems werden auch die Kodierrichtlinien weiter an den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik angepasst.

Da die Kodierung in der Psychiatrie bisher kein Thema für MDK-Prüfungen war, führt das Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit der Sozialmedizinischen Expertengruppe »Vergütung und Abrechnung« (SEG 4) im Januar und Februar 2013 eine Schulung für die zuständigen Gutachterinnen und Gutachter des MDK durch. Regelmäßige Schulungen werden dann auch zur Weiterentwicklung des PEPP stattfinden.

MDK-Gutachter werden für Abrechnungsprüfungen geschult

PEPP-Berechnungssystematik – fiktives Beispiel

Für die stationäre Behandlung (P) eines 65-jährigen Patienten in der Psychiatrie (A) mit einer Diagnose aus der Diagnosegruppe 03 »Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen« und einem Ressourcenverbrauch der zweithöchsten Kategorie (B) wird die PEPP »PA03B« verschlüsselt. Der Patient wurde insgesamt 43 Tage in der Klinik behandelt.

Für die Berechnung der Gesamtvergütung wird der gesamte Behandlungszeitraum in Zeitintervalle aufgeteilt, die den unterschiedlichen Behandlungsaufwand abbilden sollen (Vergütungsstufen). Jeder PEPP und Stufe ist ein Faktor zugeordnet, mit dem das Basisentgelt für diese Zeit bewertet / multipliziert wird (Bewertungsrelation). Mit zunehmender Verweildauer sinkt die Bewertungsrelation und damit der Tagessatz.

Vergütungsstufe 1 Behandlungstag 1 bis 16 –
Faktor 1,0243

Vergütungsstufe 2 Behandlungstag 17 bis 41 –
Faktor 0,8391

Vergütungsstufe 3 Behandlungstag 42 bis Behandlungsende –
Faktor 0,8281

Die ersten sechzehn Behandlungstage werden jeweils vergütet mit dem Basisentgelt multipliziert mit dem Faktor 1,0243. Der 17. bis 41. Behandlungstag werden vergütet mit dem Basisentgelt multipliziert mit dem Faktor 0,8391 usw.

Dr. med. Christoph Tolzin,
Leiter des Kompetenz-
Centrums Psychiatrie und
Psychotherapie.
c.tolzin@mdk-mv.de



**Dr. phil. Ulrike Sühlfleisch-
Thurau,** Mitarbeiterin des
Kompetenz-Centrums Psy-
chiatrie und Psychotherapie.
U.Suehlfleisch-Thurau@mdk-mv.de

IGeL-Markt

Ein turbulentes IGeL-Jahr

IM JANUAR STARTETE DER MDS den IGeL-Monitor. Seitdem berichten die Medien fast täglich über Studien, Diskussionen, Vorstöße und auch handfeste Streits über Selbstzahlerleistungen. Oft wurde der IGeL-Monitor als Quelle für Ratsuchende genannt oder war selbst Anlass für Berichte. Schließlich veröffentlichte das Online-Portal nicht nur neue Bewertungen, sondern brachte auch eine rechtliche Grauzone bei der Hautkrebsuntersuchung ans Licht.

Im Jahr 2012 tauchte in den Medien immer wieder der Begriff »IGeL« auf, womit oft nicht der stachelige Gartenbewohner, sondern eine »Individuelle Gesundheitsleistung« gemeint war, also eine ärztliche Leistung, die die gesetzliche Krankenkasse nicht bezahlen muss. Ein Grund für die erhöhte Aufmerksamkeit war wohl auch der Start des IGeL-Monitors am 25. Januar. Zum Start informierten Dutzende Artikel über das Internet-Portal des MDS, das sich als Orientierungshilfe im ärztlichen Angebotsdschungel versteht. Die Ärztezeitung widmete dem IGeL-Monitor sogar fünf Beiträge. Entsprechend engagiert fielen die Reaktionen auf die Beiträge aus: Allein auf einen Bericht von Spiegel online hin schalteten sich 142 Leser in die Diskussion ein. Auch die Politik fand anerkennende Worte. So lobte Wolfgang Zöllner, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, der IGeL-Monitor sei ein »positives Ergebnis für mehr Transparenz«, mit dem man dem Ziel näherkäme, »eine umfassende Bewertung der IGeL-Leistungen – für jedermann einsehbar – zum Beispiel ins Internet zu stellen«.

Zum Start präsentierte der IGeL-Monitor 24 IGeL. Zwanzig Leistungen wurden von Wissenschaftlern des MDS nach ihrem Nutzen und Schaden bewertet, vier Leistungen nur beschrieben, da sie als Leistung der persönlichen Lebensführung nicht zum Leistungsspektrum der Kassen gehören. Bis November kamen vier weitere Bewertungen beziehungsweise Beschreibungen dazu. Die Bewertung sollen Versicherten eine eigene Entscheidung darüber ermöglichen, ob sie ein IGeL-Angebot annehmen wollen. Damit die Versicherten so eine Entscheidung treffen können, bereitet der IGeL-Monitor den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse allgemeinverständlich auf.

Fünf Ebenen der Erkenntnis

Dabei berichtet er nicht nur das Endergebnis, sondern macht auch transparent, wie die Wissenschaftler zu dem

Januar: Der MDS startet das Internet-portal IGeL-Monitor

Ergebnis kommen. Um den unterschiedlichen Nutzern gerecht zu werden, präsentiert der IGeL-Monitor seine Ergebnisse auf fünf Ebenen: Mit einem Blick erfassen

lässt sich ein standardisierter Begriff, der die Bewertung auf den Punkt bringt, für eilige Nutzer sind die zwei bis drei Absätze der Kurzbeschreibung und -bewertung »IGeL-Info kompakt« gedacht, wer es genauer wissen möchte, sollte in dem umfassenden Beitrag »IGeL-Info ausführ-

lich« nachlesen und Fachleute können sich in je zwei Dokumenten über Zusammenfassungen und Einzelanalysen der wissenschaftlichen Studien informieren.

Das Echo auf die Bewertungen fiel in der Fachwelt erwartungsgemäß unterschiedlich aus. Grob lässt sich sagen: Je kontroverser die Bewertung und je kommerziell bedeutender eine IGeL war, desto größer war der Widerstand der betroffenen Arztgruppe. Dass der IGeL-Monitor nicht nur als Informationsplattform für Versicherte und Ärzte dienen, sondern auch rechtliche Schwachstellen im IGeL-Markt aufdecken kann, zeigte sich bei der Beschreibung der Dermatoskopie zur Früherkennung von Hautkrebs: Das Team des IGeL-Monitors war zu dem Schluss gekommen, dass der Einsatz eines Dermatoskops – einer besonderen Lupe zur Abklärung verdächtiger Hautstellen – beim Hautkrebscreening zwar sinnvoll, aber bereits durch die Hautarzt-Pauschale, die das Dermatoskop allerdings nicht explizit als Instrument erwähnt, abgedeckt ist. Der Berufsverband der Dermatologen protestierte aufs Schärfste gegen diese Darstellung, worauf der IGeL-Monitor die Beschreibung wieder vom Netz nahm. Mit dem Streit war eine rechtliche Grauzone offensichtlich geworden, die es in Zukunft zu klären gilt.

April – Juni: Online-Umfrage der Verbraucherzentralen zu IGeL

Große Resonanz bei den Versicherten

Auch die Resonanz der Versicherten war und ist überwältigend. Vor allem der rege Austausch mit den Nutzern lässt den enormen Bedarf erkennen, den der IGeL-Monitor bedient. So wurde das Kontaktformular bislang etwa 2400-mal ausgefüllt, wobei etwa die Hälfte der Zuschriften Vorschläge und Wünsche zu weiteren IGeL-Bewertungen enthielten. Bis Ende November hatten rund 70000 Nutzer die Seiten des IGeL-Monitors besucht. Während an ruhigen Tagen 1000 bis 1500 Versicherte Rat suchen, kann die Nutzerzahl an bewegten Tagen, wenn das Thema IGeL in der Presse geballt auftaucht, auf bis zu 10000 ansteigen.

Neben dem Erscheinen des IGeL-Monitors und der neuen Bewertungen gab es in diesem turbulenten IGeL-Jahr auch sonst reichlich Anlass für Medienberichte:

Die Verbraucherzentrale NRW mahnte etliche Frauenärzte ab, die offensiv für eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Eierstockkrebs warben. Der IGeL-Monitor hatte der Untersuchung zuvor zwar kein Nutzen-, aber ein erhebliches Schadenspotenzial bescheinigt.



Als ruchbar wurde, dass das Bundesamt für Wirtschaft und Ausfuhrkontrolle (BAFA) Praxiscoachings förderte, die dem Zweck dienten, den Verkauf von IGeL zu optimieren, reagierte die Bundesregierung zunächst nicht und bestand darauf, dass »Ärzte zum antragsberechtigten Kreis der freien Berufe gehören«. Auf wachsenden öffentlichen Druck hin wies sie dann aber das BAFA an, die Förderung einzustellen. Die Begründung für den Sinneswandel: Eine aktiv betriebene Vermarktung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sei mit den ethischen Grundsätzen des Berufsrechts der Ärzte nicht vereinbar.

Nach etlichen Diskussionen blieb der Gesetzentwurf zum Patientenrechtegesetz hinter den Erwartungen zu-

August: Bundesamt für Wirtschaft streicht Förderung von IGeL-Coachings

rück. So muss ein Arzt zwar über IGeL aufklären, er kann dies aber über ausliegende Informationsblätter oder das Wartezimmer-Fernsehen tun. Auch fehlte im

Entwurf die Forderung des GKV-SV, dem Versicherten eine obligatorische Bedenkzeit von 24 Stunden einzuräumen.

An einer bundesweiten Online-Umfrage der Verbraucherzentralen von April bis Juni 2012 nahmen mehr als 1700 Verbraucher teil. Viele von ihnen berichteten, dass sie nicht in der vorgeschriebenen Weise über eine IGeL-Leistung aufgeklärt wurden, massiver Werbung ausgesetzt waren und die IGeL ohne Vertrag oder Rechnung abgewickelt wurde. Als häufigste IGeL nannten die Teilnehmer eine Glaukomfrüherkennung, Ultraschall, den PSA-Test und zahnärztliche Behandlungen. Diese vier Leistungen sind inzwischen vom IGeL-Monitor bewertet worden: die Glaukomfrüherkennung und der PSA-Test mit »tendenziell negativ«, der Ultraschall zur Eierstockkrebsvorsorge mit »negativ« und die professionelle Zahnreinigung mit »unklar«.

In einer zweiten, deutlich überarbeiteten Auflage informiert der IGeL-Ratgeber »Selbst zahlen?« Patienten darüber, was IGeL sind und warum gesetzlich Versicherte dafür bezahlen müssen. Das Besondere an dem Ratgeber sind zum einen die Checklisten, mit denen Patienten die Seriosität des Arztes sowie der IGeL überprüfen können, und zum anderen die breite Allianz der Herausgeber und Unterstützer, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Bundesärztekammer und diverse ärztliche Fachgesellschaften bis hin zum Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin reicht.

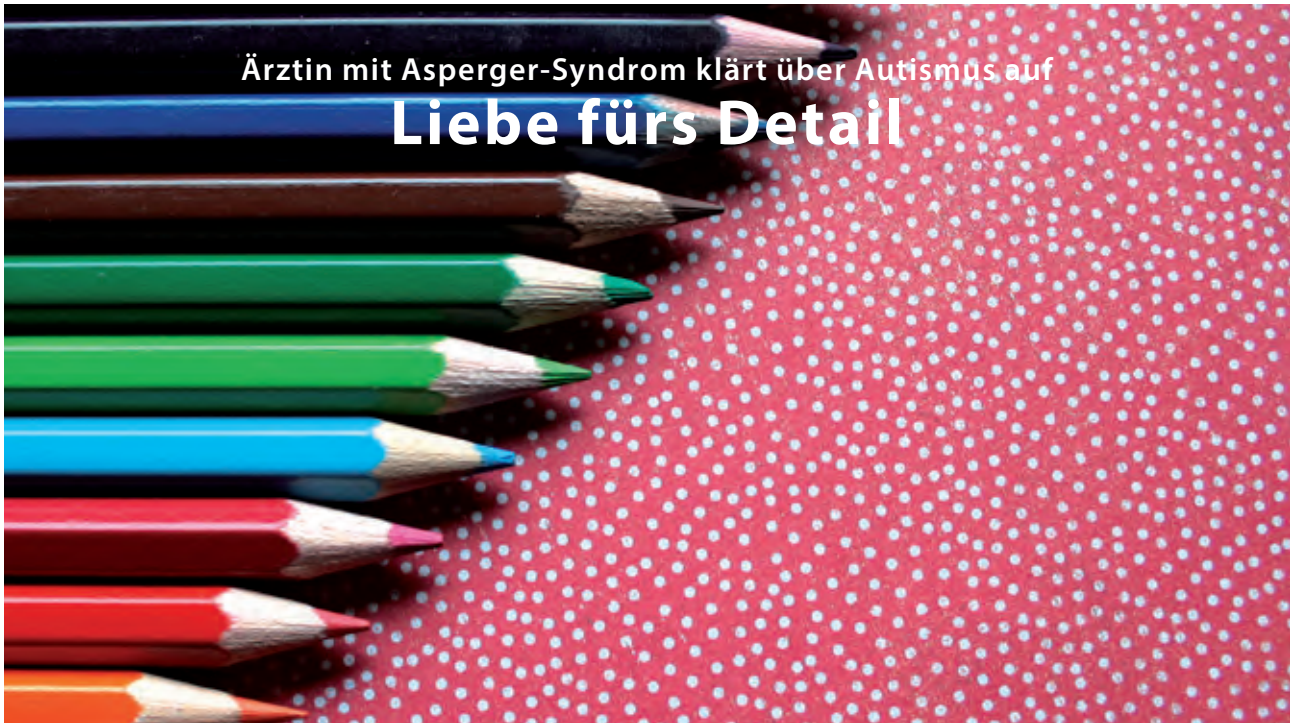
Im Auftrag des Bundesministeriums für Verbraucherschutz führte das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES Institut) »Untersuchungen zum Informationsangebot zu Individuellen Gesundheitsleistungen« durch und sah nach der Analyse und Bewertung von 45 Informationsangeboten einen klaren Sieger: den IGeL-Monitor. Er sei »das derzeit umfassendste und auch hinsichtlich der Bewertungskriterien beste Informationsangebot«.

Die Ereignisse dieses IGeL-Jahres machen eines deutlich: Auch wenn vor allem die Gruppe der Ärzte sich mancher Kritik stellen und wohl auch materielle und vielleicht auch Vertrauensverluste hinnehmen musste, gab es am Ende eine Gruppe im IGeL-Markt, die von den allgemeinen Entwicklungen und der großen Aufmerksamkeit, die das Thema IGeL genoss, profitiert hat – die Gruppe der Versicherten.

November: IGeL-Monitor erhält Lob von IGES-Studie



Dr. Christian Weymayr
ist freier Medizinjournalist
und Redakteur des
IGeL-Monitors.
www.christian-weymayr.de



Ärztin mit Asperger-Syndrom klärt über Autismus auf Liebe fürs Detail

MIT 27 JAHREN ERHÄLT DR. CHRISTINE PREISSMANN die Diagnose Asperger-Syndrom – eine leichte Form des Autismus, die ihr seit der Kindheit die einfachsten Aufgaben im Alltag erschwert. Sie studiert Medizin und beschäftigt sich intensiv mit der Krankheit. Heute hält sie Vorträge und schreibt Bücher, um Angehörigen, Ärzten, Therapeuten oder auch Lehrern die Erkrankung näherzubringen und für Verständnis zu werben.

Christine Preißmann ist eine zierliche Person, unscheinbar. Wenn man mit ihr spricht, schaut sie einem nicht in die Augen und wirkt distanziert. Diesen Eindruck möchte die 41-Jährige jedoch nicht erwecken. Im Gegenteil – sie möchte informieren und viele Kontakte knüpfen, um ihren Mitmenschen zu erklären, warum sie so wirkt. Das sogenannte Asperger-Syndrom macht es ihr schwer, auf Menschen offen zuzugehen, Gefühle zu zeigen und zu deuten. Dass ihr Verhalten einen Namen hat, hat die Allgemeinmedizinerin erst spät erfahren. »Ich habe schon in der Schule gemerkt, dass ich anders bin«, sagt Preißmann.

Keine angenehme Patientin

»Ich war gerne alleine und habe den Kontakt zu anderen Kindern nicht gesucht. Da ich schon immer Knieprobleme hatte, durfte ich in den Pausen im Klassenraum bleiben, was mir sehr gefallen hat.« Im Unterricht kommt sie zunächst gut zurecht. Da sie aufgrund ihrer Erkrankung stark auf Details achtet und ihr das Auswendiglernen liegt, erzielt sie besonders in Mathematik gute Noten. »Als es später zum Beispiel im Deutschunterricht um Aufsätze und Interpretationen ging, bin ich nicht mehr zurechtgekommen«, erklärt Preißmann. »Es fällt mir sehr schwer, den Kontext eines Textes zu verstehen. Damals zeigten die Lehrer und auch meine Mitschüler Unverständnis für mein Verhalten.«

»Durch die Knieprobleme und die vielen Behandlungen bin ich auf die Idee gekommen, selber Medizin zu studieren«, sagt Preißmann. Das Studium fällt ihr leicht, da sie

viel auswendig lernen muss und die Studenten einen strukturierten Lehrplan haben. Zu schaffen macht ihr in dieser Zeit jedoch, dass sie allein auf sich gestellt ist. »Damals wurde mir bewusst, dass ich wirklich keinen Kontakt zu Gleichaltrigen hatte, das hat mich sehr belastet.« Als aus der Belastung eine Depression wird, sucht Christine Preißmann eine Therapeutin auf, kurz darauf erhält sie die Diagnose Asperger-Autismus. »Das war irgendwie erleichternd. Zumindest hatten meine Probleme so einen Namen.«

Patienten einfach nach Hause geschickt

Trotz Diagnose und Therapie gestalten sich für Christine Preißmann der Alltag und besonders die Arbeit in der Allgemeinmedizin nicht einfach. »Die zahlreichen unterschiedlichsten Patienten haben mich überfordert, da ich durch den Autismus ein starkes Bedürfnis nach Struktur und Verlässlichkeit habe. Wenn die Patienten zum Beispiel zu spät zu einem Termin kamen, habe ich sie einfach nach Hause geschickt, weil ich damit nicht umgehen konnte.« Heute arbeitet die Medizinerin in der Drogenentgiftung. Ein idealer Job, da es dort geregelte Tagesabläufe gibt und für die Therapie der Suchtkranken Struktur von großer Bedeutung ist.

»Ich habe schon in der Schule gemerkt, dass ich anders bin«

Autisten als »Kinder unter der Glasglocke«

Christine Preißmann beschäftigt sich intensiv mit dem Syndrom und der Therapie. Mittlerweile hat sie drei Bücher

geschrieben, in denen auch andere Betroffene von ihrem Leben mit dem Asperger-Syndrom erzählen und berichten, wie sie Hindernisse in den Bereichen Schule, Beruf, Partnerschaft und Alltag meistern. Preißmann wendet sich darin auch an Fachleute, wie Ärzte, Therapeuten oder Lehrer. »Ich möchte ein realistisches Bild von Menschen mit Asperger-Syndrom präsentieren«, sagt die Buchautorin. »In der Öffentlichkeit herrscht oft das Bild vom ›Kind

»Autistische Menschen können ihre Wünsche und Vorstellungen realisieren«

unter der Glasglocke«, das von seiner Umgebung nichts wahrnimmt und keinerlei Gefühle hat, dafür aber rätselhafte Ausnahmebegabungen. Autistische

Menschen haben auch Wünsche und Vorstellungen, wie ihr Leben aussehen soll, und können diese oft mit etwas Hilfe auch realisieren.«

Depression als Begleiterkrankung

Der Asperger-Autismus gilt als die leichteste Form des Autismus, der in seinen Ausprägungen bis zur geistigen Behinderung reichen kann. Christine Preißmann stört sich jedoch daran, die Krankheit in Kategorien einzuteilen. »Natürlich sieht man es den hochgradig Autistischen gleich an, dass sie krank sind. Auf der anderen Seite werden Menschen mit Asperger-Syndrom an den Anforderungen der Normalität gemessen. Deshalb sind diese Menschen öfter von Depressionen betroffen.«

Wenn die Bürgersteige hochgeklappt werden

Durch ihre Aufklärungsarbeit hat sich Christine Preißmann intensiv mit dem Asperger-Autismus auseinandergesetzt. Auch ihre eigenen Verhaltensweisen, die sie immer von anderen unterschied, weiß sie nun besser einzuschätzen und kann mittlerweile sogar darüber lachen. »Ein Problem, das ich habe, sind Sprichwörter«, sagt Preißmann. »Ich verstehe alles wörtlich und stelle es mir bildlich vor. Das führt manchmal zu etwas komischen Situationen. So war ich einmal bei einer Fortbildung in einem kleinen Ort in der Eifel. Der Seminarleiter erzählte uns, dass spätestens um 18 Uhr die Bürgersteige hochgeklappt würden. Das hatte mich sehr erschreckt, weil ich geplant hatte, noch etwas draußen herumzulaufen. Also bin ich zur Hotelrezeption gegangen und habe nachgefragt, wie lange man sich noch unbedenklich draußen aufhalten könne, weil ja die Bürgersteige hochgeklappt würden. Die dachten natürlich, ich wollte sie auf den Arm nehmen.«

Friederike Geisler

Buchtipps

DR. CHRISTINE PREISSMANN (Hrsg.): *Asperger – Leben in zwei Welten*. Trias Verlag, Stuttgart 2012



Autismus und Asperger-Syndrom

Autismus ist eine Störung des Wahrnehmens und Begreifens, die im Kindesalter beginnt und nicht heilbar ist. Die drei Hauptmerkmale sind eine gestörte soziale Interaktion, eine beeinträchtigte Kommunikation und Sprache sowie wiederholte, stereotype Verhaltensweisen und Interessen. Autistischen Personen fehlt das natürliche Verständnis für die Gefühle, Gedanken und Vorstellungen anderer, ihr Einfühlungsvermögen ist stark begrenzt. Dazu kommen bei vielen autistischen Personen motorische Probleme und weitere Symptome. Die kognitiven Fähigkeiten von autistischen Personen können stark variieren.

Nach der Entwicklung der Krankheit wird unterschieden zwischen dem frühkindlichen Autismus, der sich immer schon vor dem 3. Lebensjahr bemerkbar macht, dem Asperger-Syndrom (benannt nach dem österreichischen Kinderarzt Hans Asperger) und weiteren tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (u. a. atypischer Autismus). Die kommunikativen und sprachlichen Fähigkeiten von Kindern mit Asperger-Syndrom sind – im Gegensatz zu Patienten mit frühkindlichem Autismus – in den ersten drei Lebensjahren unauffällig. Erste Schritte zum Selbstständigwerden und die Neugier an ihrer Umgebung sind vorhanden. Die Defizite bei der sozialen Interaktion sind häufig schwächer ausgeprägt als beim frühkindlichen Autismus. Die motorische Entwicklung tritt zum Teil verzögert ein.

Die Ursachen autistischer Störungen sind bis heute noch nicht vollständig geklärt. Fest steht aber, dass verschiedene biologische Faktoren eine bedeutsame Rolle spielen. Vermutlich ist ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Gene für die Erkrankung verantwortlich. Vier bis zehn Erbanlagen sind nach derzeitigen Erkenntnissen an der Entstehung autistischer Störungen beteiligt.

Behandelt werden die Symptome über Verhaltenstherapie, Logopädie, Physiotherapie und Ergotherapie. Medikamente (vor allem Antidepressiva) können ergänzend zum Einsatz kommen bei Begleitsymptomen wie Angst, Depression, Aggressivität oder Zwängen.

Die Angaben zur Häufigkeit des Autismus variieren. Nach neueren Untersuchungen liegt die Häufigkeit bei 17 : 10 000 beim frühkindlichen Autismus, bei 8 : 10 000 für das Asperger-Syndrom und bei 36 : 10 000 für andere, atypische autistische Störungen. Jungen bzw. Männer sind von autistischen Störungen drei- bis viermal häufiger betroffen als Mädchen bzw. Frauen.*

*Zusammengestellt nach Informationen auf der Website www.neurologen-und-psychiater-im-Netz.de. Die Site wird herausgegeben von den Berufsverbänden und Fachgesellschaften für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie.

Wörter, die Angst machen

WER KENNT IHN NICHT, den Placebo-Effekt? Ein offensichtlich wirkungsloses Medikament bringt die gewünschte Linderung – vorausgesetzt, der Patient erwartet sie. Doch ebenso können negative Erwartungen des Patienten zu unerwünschten Ergebnissen führen. Experten sprechen vom Nocebo-Effekt. Um diesen zu verhindern, sollten Ärzte und medizinisches Personal ein geschicktes Händchen in der Kommunikation mit ihren Patienten beweisen.

»Das könnte jetzt etwas piksen.« Allein diese Ankündigung vor dem Setzen einer Spritze kann einen Schmerz hervorrufen oder verstärken, den der Patient sonst vielleicht gar nicht wahrgenommen hätte. Verschiedene Studien

Der Glaube versetzt Berge – was versetzt der Unglaube?

konnten nachweisen, dass die verbale und nonverbale Kommunikation oder auch Beschreibungen im Beipackzettel von Medikamenten den Behandlungserfolg

und die Nebenwirkungen negativ beeinflussen können. Analog zum Placebo-Effekt, bei dem allein die positive Erwartung des Patienten eine positive Wirkung auf das Behandlungsergebnis hat, sprechen Experten im entgegengesetzten Fall vom sogenannten Nocebo-Effekt: Die negative Erwartung und Konditionierung, also Lerneffekte, lösen beim Patienten eine negative Wirkung aus.

Schmerz mit Ankündigung

Mit dem Nocebo-Effekt befassen sich Forscher in den vergangenen zehn Jahren zunehmend. 2001 teilte der Göttinger Psychologe Michael Pflingsten fünfzig Patienten mit chronischen Rückenschmerzen in zwei Gruppen und ließ sie Kniebeugen machen. Einer Gruppe sagte er, dass dies leichte Schmerzen verursachen könne, der anderen Gruppe teilte er mit, dass sie keine Schmerzen haben werden. Im Ergebnis machten die Teilnehmer der ersten Gruppe seltener Kniebeugen und gaben häufiger an, Schmerzen zu haben, als die Teilnehmer der zweiten Gruppe.

Psychoneuroimmunologie: Verbindung von Körper & Geist

Die körperlichen Auswirkungen durch das seelische Befinden werden auch in der sogenannten Psychoneuroimmunologie betrachtet. Das Forschungsfeld kommt ursprünglich aus den USA und wird dort auch in der Praxis mittels der »Mind-Body-Medizin« angewendet. Dabei geht es um die Verbindung der Psyche mit dem Nervensystem und dem Immunsystem. Forscher konnten die Zusammenarbeit der Systeme mittels Botenstoffen nachweisen. So werden bei Erkrankungen oder in der Prävention Entspannungs- und Visualisierungstechniken eingesetzt, um einen positiven Effekt zu erzielen. In den USA wird diese Methode angewandt, um zum Beispiel die Stresswerte und Abwehrkräfte bei HIV-Patienten zu beeinflussen. Auch die Psychosomatik, wie zum Beispiel die Entstehung von Bluthochdruck durch Stress, beruht auf diesen Erkenntnissen.

Von der Angst zum Schmerz

Nocebo-Studien gehören zu den unbeliebteren, da sie Schmerzen oder Nebenwirkungen verursachen können. Deshalb konnte noch nicht endgültig geklärt werden, wie der Effekt entsteht. In einigen Studien konnten Forscher nachweisen, dass die Umsetzung von Angst in Schmerz nicht nur auf Berichten der Studienteilnehmer beruht, sondern auch im Gehirn gemessen werden kann. Eine wesentliche Rolle spielt der Botenstoff Cholecystokinin, der bei negativen Erwartungen vermehrt ausgeschüttet wird. Untersuchungen zeigen auch, dass negative Emotionen durch »Stresswörter« Amygdala aktivieren und auf das Herz-Kreislauf- und das Immunsystem wirken. Die Amygdala ist ein Kerngebiet des Gehirns, das bei der Entstehung von Angst beteiligt ist und eine wichtige Rolle bei der emotionalen Bewertung und Wiedererkennung von Situationen sowie der Analyse möglicher Gefahren spielt. Sie verarbeitet externe Impulse und leitet die vegetativen Reaktionen dazu ein.

Die bisher beobachteten Nocebo-Effekte beziehen sich vor allem auf Symptome wie Schmerz, Übelkeit, Erektionsstörungen oder auch Herpes. Ob auch schwerwiegende Erkrankungen, wie etwa Krebs, allein durch eine Nocebo-Reaktion verursacht werden können, ist noch nicht untersucht worden. Ebenfalls noch unbewiesen ist, ob der Effekt vor allem bei besonders ängstlichen oder hypochondrischen Patienten eintritt.

»Ich hol mal eben was aus dem Giftschränk«

Nocebo-Effekt positiv nutzen

Einen wichtigen Einfluss auf die Erwartungshaltung von Patienten haben die behandelnden Ärzte und andere Therapeuten. Im Krankenhaus spielen auch Schwestern und Pfleger eine Rolle. Durch ihre Kommunikation oder Nicht-Kommunikation tragen sie wesentlich zu dem bei, was der Patient über die eigene Erkrankung, ihre Entwicklung oder die Wirkungen von Medikamenten oder anderen Therapien denkt. Dieses Wissen kann man nutzen, um einen Nocebo-Effekt möglichst zu verhindern. Doch der Nocebo-Effekt ist unter Medizinern und angehenden Medizinern im Vergleich zum Placebo-Effekt noch recht unbekannt. Für eine stärkere Fokussierung zum Beispiel im Medizinstudium und eine Nutzung des Effekts mittels positiver Suggestion spricht sich der Professor Ernil Hansen von der Klinik für Anästhesiologie am Uniklinikum



Regensburg aus: »Therapeutische Beziehung und therapeutische Kommunikation sollten fester Bestandteil in der Ausbildung von Medizinern und Pflegekräften werden, damit nicht nur die psychologischen Experten, sondern alle Ärzte und Pflegekräfte mit allen Patienten adäquater umgehen können.«

Der Einfluss von Extremsituationen

Hansen beschäftigt sich seit Jahren mit Fragen der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten und betont den Einfluss von Extremsituationen auf die Reaktionsweise und auf die Beeinflussbarkeit von Menschen. Dazu zählen für viele Patienten auch Situationen im medizinischen Umfeld, etwa eine Geburt, eine Zahnbehandlung, die Einleitung einer Narkose, eine Intensivtherapie oder die Mitteilung einer Diagnose. »In Extremsituationen gehen Menschen als Schutzreaktion in eine natürliche Trance. Dieser veränderte Bewusstseinszustand, in dem nicht

»Sie brauchen keine Angst zu haben«

das rationale Denken im Vordergrund steht, ist vor allem gekennzeichnet durch eine fokussierte Aufmerksamkeit und eine Hypersuggestibilität. Also ›Trance‹ nicht als Dämmerzustand, sondern als Zustand, in dem der Patient hochaufmerksam, auch bei geschlossenen Augen, alles aufnimmt und auf sich bezieht«, sagt Hansen. In diesem Zustand sei ihr Verständnis mehr bildhaft und weniger rational geprägt. Dies äußere sich z. B. durch wortwörtliches Verstehen sowie eine erhöhte Aufnahmebereitschaft für positive wie negative Suggestionen.

Negativsuggestionen vermeiden

Diese Umstände erfordern eine besondere Form der Kommunikation. Um Nocebo-Effekte zu verhindern, sollten vor allem Wörter und Bilder vermieden werden, die zu einer Negativsuggestion führen. »Was bewirkt bei einem Patienten vor der Narkoseeinleitung etwa ein Satz wie ›Ich hol noch schnell was aus dem Giftschrank [gemeint ist der Tresor für Betäubungsmittel], dann kann es losgehen?‹«, fragt Hansen. Doch auch scheinbar positive Äußerungen können mehr schaden als nutzen. »Sätze wie ›Sie brauchen keine Angst zu haben‹ oder ›Der Schmerz wird nicht

so stark sein‹ wirken nicht entlastend, weil negativ besetzte Worte wie Angst und Schmerz nicht neutralisiert werden«, erläutert Hansen. Er empfiehlt Ärzten Wörter wie ›innere Ruhe‹, ›Sicherheit‹, ›Wohlbefinden‹, ›Beistand‹ und ›Heilung‹ zu verwenden. Diese würden den Patienten nicht nur die Angst nehmen, sondern könnten den Behandlungserfolg positiv beeinflussen.

Zu Risiken und Nebenwirkungen ...

Ebenso können die sehr ausführlichen Beschreibungen im Beipackzettel, die auch äußerst seltene mögliche Nebenwirkungen enthalten, beim Patienten genau diese Beschwerden hervorrufen. »Die Aufklärung über medizinische Nebenwirkungen, wie sie juristisch gefordert ist, stellt eine beachtenswerte Quelle von Negativsuggestionen dar«, ist Hansen überzeugt. Experten setzen sich deshalb zunehmend dafür ein, die Beipackzettel zu überarbeiten und nur die häufigsten Beschwerden aufzulisten.

Das Aufklärungsgespräch über eine Erkrankung und die geplante Therapie stellen ein besonderes »Nocebo-Risiko« dar. Auf der einen Seite sind Ärzte dazu verpflichtet, ihre Patienten über die Behandlung und mögliche Nebenwirkungen und Risiken aufzuklären. Auf der anderen Seite können diese durch das Gespräch gerade erst entstehen. Gemeinsam mit seinem Kollegen Winfried Häuser, dem Leiter des Schwerpunktes Psychosomatik am Klinikum Saarbrücken, schlägt Hansen verschiedene Lösungen für diese Problematik vor. So sollte etwa die Information über die Häufigkeit möglicher Nebenwirkungen positiv formuliert werden: »95% der Patienten vertragen diese Maßnahme sehr gut« statt »5% der Patienten berichten über Nebenwirkungen«. Außerdem könne man den Patienten um Erlaubnis bitten, auf die Aufklärung über harmlosere Nebenwirkungen zu verzichten. »Eine Gruppe von Anästhesisten, Juristen und Noceboforschern geht mit mir den wichtigen Faktor ›Medizinische Aufklärung‹ gerade an. Wir fragen ›Geht es nicht auch weniger traumatisierend?‹ – und als Antwort zeichnet sich ein ›Ja ab‹, berichtet Hansen.

Friederike Geisler

Self Tracking und Quantified Self:

Selbsterkenntnis durch Zahlen?

DIE NEUE TECHNIK MACHT ES MÖGLICH: Menschen dokumentieren mit Körper-Sensoren kontinuierlich die Anzahl ihrer Schritte, den Puls, die Körperfettwerte, den Kalorienverbrauch und sogar sexuelle Aktivität und Schlafzyklen. Die Daten werden elektronisch gespeichert, katalogisiert und auf entsprechenden Plattformen gepostet.

Und anders als z.B. bei Netzdienstleistern bekommt man für seine Daten kein Geld, man zahlt im Gegenteil sogar dafür, dass man sie veröffentlichen darf. Was wie eine Marotte entfesselter Technikfreaks wirkt, hat sich

Das quantifizierte Ich – eine Marotte entfesselter Technikfreaks?

in den vergangenen Jahren zu einer bemerkenswerten Bewegung entwickelt: »Self Tracking« (»Sich selbst dokumentieren«) oder »Quantified Self« (das »quantifizierte Ich«)

heißt diese Bewegung, die etwa 2007 in San Francisco ihren Anfang nahm und sich von dort aus rasant ausgebreitet hat. Aus den USA hat die Bewegung längst auf die anderen Kontinente übergegriffen. Quantified-Self-Gruppen, die ihre Daten miteinander teilen, die sich in Blogs und Chats, in virtuellen und realen Treffen über die besten Tools austauschen, gibt es inzwischen auf allen sechs Kontinenten – nur die Antarktis fehlt. In Deutschland steckt die Bewegung noch in den Kinderschuhen, hat aber im vergangenen Jahr enorm zugelegt: 2011 wurde in Berlin die erste Quantified-Self-Gruppe gegründet, inzwischen sind fünf weitere Großstädte dazugekommen.

Messen und verbessern

Was treibt Menschen, ihr physisches Dasein derart zu vermessen, zu speichern, zu verwalten und zu kommunizieren? Gary Wolf, US-Journalist des Magazins *Wire* und Mitbegründer der Bewegung, formuliert eine nachvollziehbare Motivation: die Chance, durch die Auswertung der Zahlenmassen die Persönlichkeit zu entwickeln und insgesamt zu verbessern. Wurde im letzten Jahrhundert das Wort zur Persönlichkeitsentwicklung und (psychoanalytischen) Klärung des Selbst(verständnisses) genutzt, so setzen heute Tracker auf die Zahl, um diese Ziele zu erreichen.

Warum auch nicht? In den Wissenschaften, in der Medizin, überall sollen Entscheidungen möglichst auf der Grundlage valider Daten getroffen werden, so Wolf in einem programmatischen Artikel in der *New York Times*. Doch gerade persönliche Entscheidungen träfen wir in der Regel aus dem Bauch, mit Halbwissen – und dabei machten wir Fehler. Diese Fehlerquelle muss der Mensch nicht länger dulden: Endlich kann er all die Daten, die er durch seine bloße Existenz pausenlos produziert, erfassen, dokumentieren und auswerten. Und so dem diffusen Bauchgefühl Daten-Exaktheit entgegensetzen. Folgende technische und gesellschaftliche Veränderungen haben das nach Wolf ermöglicht:

- Elektronische Sensoren und andere Messinstrumente wurden kleiner, exakter und damit im täglichen Leben einsetzbar: Im Internet werden heute über 500 Tools zur Messung von Körperdaten angeboten.
- Menschen begannen Hochleistungsrechner in Gestalt von Smartphones mit sich herumzutragen.
- Soziale Netzwerke ließen es selbstverständlich werden, sich einer großen Community bis ins Kleinste mitzuteilen.

So entstand eine Bewegung, der das Erheben und Verwalten persönlicher Daten selbstverständlicher Bestandteil des Alltags geworden ist. Das Dokumentieren ist zunächst einmal Selbstzweck und es wird sich erst zeigen, wozu die gesammelten Schätze noch gut sein werden.

Der optimierbare Mensch

Die bloße Messbarkeit besticht und verführt, bestimmte Vorgaben und Ziele zu erreichen. Denn Self Tracking dient vor allem dazu, über die Steigerung messbarer Parameter die Leistungsfähigkeit des eigenen Körpers zu dokumentieren. Wenn QS-Vertreter von »verbessern« sprechen, meinen sie auch das: Wer auf seinem Schrittzähler die 10 000 noch nicht erreicht sieht, der lässt eben das Auto stehen, damit er auf sein Quantum kommt. Und wer die tägliche Entwicklung seiner sämtlichen

Dem diffusen Bauchgefühl exakte Daten entgegensetzen

Blutwerte verfolgt, wird womöglich in einer leichten Schwankung eine bedenkliche »Prä-Erkrankung« erkennen, die es sofort zu therapieren gilt, um einer »richtigen« Krankheit vorzubeugen. Wer seinen Körper so penibel verwaltet wie ein Self Tracker, will ihn um jeden Preis im Griff haben. Tatsächlich kommen viele technische Entwicklungen, Messverfahren und vor allem Tools aus dem Bereich des Hochleistungssports, in dem das optimale Funktionieren und Beherrschen der Physis oberste Maxime ist. Und in dem dies optimale Funktionieren nicht selten mit rabiatischen Maßnahmen erzwungen wird. Der Körper als beherrsch- und formbare Maschine – dieses Bild scheint für den Leistungssport ebenso gültig wie für die QS-Bewegung.

Ein lukrativer Markt

Die Angebote an Tools und Gadgets, mit denen der eigene Körper vermessen und das Leistungsvermögen öffentlichkeitswirksam dokumentiert werden kann, richten sich nicht nur an die QS-Hardliner. Aus der Körper-Beherrschung ist längst ein großer Markt geworden: Wer sich im



App-Store umtut, findet dort etwa 17 500 Gesundheits- und Fitness-Apps. Kleine Start-up-Unternehmen bringen immer neues Instrumentarium für Tracker auf den Markt – aber auch etablierte Firmen profitieren vom Trend:

Der Mensch: unverfügbares Individuum oder formbares Produkt?

Die Nike+ Running Community kann weltweit schon rund sechs Millionen Mitglieder vorweisen, das MiCoach-System von der Konkurrenz mit den drei Streifen drei bis vier Millionen. Dabei sind die Grenzen zur Fitness- und Gesundheitsbewegung fließend: Wann werden die ersten Krankenkassen aus Marketing-Gründen diese Gruppierungen unterstützen (müssen)?

Die Nike+ Running Community kann weltweit schon rund sechs Millionen Mitglieder vorweisen, das MiCoach-System von der Konkurrenz mit den drei Streifen drei bis vier Millionen. Dabei sind die Grenzen zur Fitness- und Gesundheitsbewegung fließend: Wann werden die ersten Krankenkassen aus Marketing-Gründen diese Gruppierungen unterstützen (müssen)?

Extrem einer Entwicklung

Self Tracking ist nur eine – wenngleich eine sehr extreme – Facette in einer Vielzahl an Strömungen und Entwicklungen, die darauf zielen, das eigene Ich zu »shapen« und zu perfektionieren. In seiner Überspitzung ist es jedoch bezeichnend für einen hybriden Zeitgeist, der den Menschen nicht nur für das Maß aller Dinge hält, sondern auch für den Gestalter und Macher seiner selbst. Was einer ist und was einer wird, kann er selbst bestimmen; der Körper und damit die Gesundheit, das Erscheinungsbild sind durch den Menschen beherrschbar. Dieses Selbstverständnis des modernen Menschen äußert sich auch in Konzepten wie der sogenannten »Personalisierten Medizin« mit ihrer Fixierung auf die Prädiktion und Prävention. Dazu zählt auch eine wunscherfüllende Medizin, die korrigierend eingreift, wo die Natur offenbar zu nachlässig war. Dem liegt ein Menschenbild zugrunde, das, wie der Medizinethiker Giovanni Maio es beschreibt, den Menschen nicht mehr als unverfügbares Individuum begreift, sondern als etwas Machbares, ein formbares Produkt. Und er muss geformt werden, um in einem ge-

sellschaftlichen Klima des Wettbewerbs, des Sich-bewähren-Müssens bestehen zu können: »Der Mensch definiert sich heute über das, was er leisten kann, über das, was er als ein gutes Produkt vermarkten kann.« (Maio 2012).

Wer aber den Menschen für etwas Machbares, Formbares hält, überträgt ihm dadurch die alleinige Verantwortung für seine Existenz, seine Gesundheit. Self-Tracker, die sich selbst bis in den letzten Winkel vermessen, die nicht nur sprichwörtlich, sondern wortwörtlich tägliche Nabelschau betreiben, übernehmen diese Verantwortung auch mit vollem Bewusstsein. Die logische Folge dessen ist aber, dass Krankheit als Versäumnis und damit als Schuld begriffen wird: Man hätte sie durch genaues Beobachten, Dokumentieren und Auswerten rechtzeitig erkennen und verhindern können. Dies führt in letzter Konsequenz zur Entsolidarisierung: Wer an seinem körperlichen Zustand selbst schuld ist, der hat auch keinen Anspruch auf solidarische Hilfe.

Deshalb lohnt es, Bewegungen wie Quantified Self nicht als Spinnertum abzutun, sondern als Indikatoren einer sich rasant wandelnden Gesellschaft zu begreifen. Und die Folgen zu bedenken, die dieser Wandel – gerade auch in der gesundheitlichen Versorgung und im Solidarsystem – mit sich bringt.

Hardy Müller MA ist Gesundheitswissenschaftler und Anthropologe und arbeitet am Wissenschaftlichen Institut für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG)



Corinna Schaefer MA ist wiss. Mitarbeiterin des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin und leitet den Bereich »Patientenbeteiligung / Patienteninformation«



Forensische Psychiatrie

Behandlung hinter hohen Mauern

WER AUFGRUND EINER PSYCHISCHEN ERKRANKUNG eine schwere Straftat begangen hat und zum Tatzeitpunkt nicht schuldfähig war, der muss nicht ins Gefängnis. Für diese Täter gibt es spezielle psychiatrische Kliniken, die sie erst wieder verlassen dürfen, wenn keine Gefahr mehr von ihnen zu erwarten ist: die forensische Psychiatrie.

Als Tim K. zwanzig wird, spürt er, dass etwas nicht stimmt mit ihm. Er hat gerade angefangen zu studieren, als sich zunehmend Konzentrationschwierigkeiten einstellen und er morgens nicht mehr aus dem Bett kommt. Er ist sich sicher: Jemand versucht ihn zu vergiften. Und zwar seine Mutter. Tim ist überzeugt, dass sie ihm bereits seit seiner Geburt Gift ins Essen gemischt hat. Deshalb zieht er von der elterlichen Wohnung in ein Studentenwohnheim.

Doch die Symptome verschlimmern sich. Trotzdem bleibt seine fixe Idee bestehen, dass die Mutter ihn vergiften will. Wenn er seine Eltern besucht, wird er ihr gegenüber aggressiv, manchmal sogar handgreiflich. Als er keinen Ausweg mehr sieht, ihren vermeintlichen Machenschaften zu entkommen, besorgt er sich ein Messer, sucht seine Mutter auf und ersticht sie. Er hat seine Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit aufgrund einer schizophrenen Psychose begangen. Deshalb verurteilt ihn das Gericht nicht zu einer Strafe durch Freiheitsentzug im Gefängnis, sondern zur Behandlung in einer forensischen Klinik nach den »Maßregeln der Besserung und Sicherung« (Maßregelvollzug).

Unbefristete Unterbringung

Tim K. ist einer von etwa 12 000 Patienten, die in Deutschland wegen einer psychischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung in der forensischen Psychiatrie behandelt werden. Für die Unterbringung ist ein Urteil des zuständigen Landgerichts notwendig. Anders als im Gefängnis ist der Aufenthalt unbefristet. Psychiater beurteilen in

Behandlung statt Strafe

regelmäßigen Abständen, wie sich ein Patient entwickelt, ob die Psychotherapie und medikamentöse Behandlung greifen, und geben eine Prognose ab, wie gut seine Chancen sind, einmal wieder in Freiheit leben zu können. Oberstes Ziel ist jedoch nicht nur Besserung, sondern vor allem Sicherheit, solange von dem Patienten noch eine Gefahr für die Allgemeinheit ausgeht.

Hochsicherheitsbereich Klinik

Das LWL-Zentrum für forensische Psychiatrie in Lippstadt-Eickelborn ist eine der bekanntesten Kliniken für forensische Psychiatrie in Deutschland. Lange Zeit war sie die zentrale Klinik für alle untergebrachten Patienten in Westfalen, bis Ende der 1990er Jahre eine Dezentralisierung eingeleitet wurde. Auslöser für diese Entscheidung der Politik waren drei schwere Zwischenfälle in der Zeit von 1988 bis 1994, bei denen Bewohner im Ort durch

Patienten der Forensik getötet wurden, 1994 ein acht Jahre altes Mädchen. Die Ereignisse führten zu einer massiven Verschärfung der Sicherheitsvorkehrungen. Fünfeinhalb Meter hoch ist der Sicherheitszaun, der seitdem das gesamte Klinikgelände umschließt. Betreten lässt es sich nur durch eine zentrale Sicherheitspforte. Jedes Gebäude ist zusätzlich mit hohen Zäunen und teilweise Stacheldraht gesichert. Alle Fenster sind vergittert, die Türen zu den Stationen in Alarmbereitschaft. Besucher werden in einer Sicherheitsschleuse nach gefährlichen Gegenständen durchsucht, alle ankommenden Fahrzeuge gründlich kontrolliert. Selbst die Feuerwehr kommt bei einem Brand nicht ohne Prüfung auf das Gelände.

Absonderungsräume für den Krisenfall

Heute leben rund dreihundert Patienten in Eickelborn. Die Klinik ist gegliedert in drei Abteilungen: eine für die Aufnahme und Eingangsdiagnostik sowie zwei große zur Behandlung von Straftätern mit Psychosen bzw. Straftätern mit Persönlichkeitsstörungen oder sogenannten sexuellen Abweichungen. Untergebracht sind die Patienten meist in Mehrbettzimmern, für kritische Situationen gibt es auch Einzelzimmer. »Besonders bei der Aufnahme werden die Patienten in Einzelzimmern untergebracht«, sagt Pflegedirektor Bernd Sternberg. »Wenn bei den neu aufgenommenen Patienten noch die Gefahr impulsiver Übergriffe besteht, dauert es eine Weile, bis sie tagsüber Zugang zur Patientengemeinschaft haben. Auf den anderen Stationen gibt es für den Krisenfall sogenannte Absonderungsräume, die ganz spartanisch eingerichtet sind, damit der Patient keine Möglichkeit hat, sich selbst oder andere zu gefährden.«

Sicherheit steht in der forensischen Klinik an oberster Stelle, das gilt auch für das Personal »Neben organisatorischen und technischen Sicherheitsvorkehrungen spielt die Wahrnehmung der Mitarbeiter eine besonders große Rolle«, sagt Sternberg. »Wenn eine Pflegekraft weiß, was einen Patienten gerade bedrückt und wie er sich fühlt, kann sie frühzeitig intervenieren.«

Vertrauen ist ein Fremdwort

Die meisten Patienten sind aufgrund von Körperverletzungen und versuchten Tötungsdelikten in der Forensik. Ein Drittel von ihnen hat Sexualdelikte begangen, 10% sind Brandstifter. Frauen sind, wie insgesamt in der forensischen Psychiatrie, auch hier seltener anzutreffen.

Freigang mit Folgen: Politik zieht Konsequenzen



Die Patienten in Eickelborn leiden unter Schizophrenien, Persönlichkeitsstörungen, sexuellen Präferenzstörungen. Manche haben eine Lernbehinderung oder unterdurchschnittliche Begabung.

»Während man schizophrene Menschen in der akuten Krankheitsphase ihre Erkrankung sofort ansieht, ist eine Persönlichkeitsstörung für den Laien schlecht erkennbar«, sagt Pflegedirektor Sternberg. »Diesen Patienten merkt man die Störung häufig nicht an. Vertrauen ist für sie oft ein Fremdwort und wird zum eigenen Vorteil ausgenutzt.«

Mitarbeiter brauchen hohe Frustrationstoleranz

Anders als in anderen Kliniken gibt es in der forensischen Psychiatrie fast ebenso viele Pflegekräfte wie Patienten. Das Team von Bernd Sternberg wird für den Umgang

Zwangstherapiert wird niemand

mit den Patienten besonders geschult und muss eng zusammenarbeiten. Die Arbeit mit schwer kranken Straftätern eignet sich

nicht für jeden. Eine Herausforderung ist die oft geringe oder gar nicht vorhandene Motivation der Patienten. »Man braucht eine hohe Frustrationstoleranz, die wenigsten Patienten sagen ›Danke.«

Dass viele Patienten erst einmal unzufrieden mit ihrem Aufenthalt in der Forensik sind, weiß auch Dr. Nahlah Saimeh, Ärztliche Direktorin am LWL-ZFP. »Zwangswise therapierten dürfen wir niemanden, also muss man sehr viel Zeit und Vertrauensarbeit aufbringen, um einen Menschen, der sich selbst nicht als krank erlebt, aber sehr, sehr krank ist, davon zu überzeugen, dass er bestimmte Medikamente nehmen muss.«

»Schutz der Gesellschaft an erster Stelle«

Zeigen sich bei einem Patienten maßgebliche Behandlungserfolge, kann er sogenannte Lockerungen erhalten. Gemeint ist die Erlaubnis, die gesicherte Klinik für zunächst einige Stunden, später dann auch Tage, zu verlas-

sen. Zunächst mit pflegerischer Begleitung, zur Vorbereitung einer Entlassung, dann auch alleine. »Diese Lockerungsstufen gehen einer Klinikentlassung voraus«, erklärt Saimeh. »Selbstverständlich geschieht alles nur nach eingehender psychiatrischer Einschätzung und nach regelmäßiger Begutachtung durch externe Sachverständige. Die Behandlung in der forensischen Psychiatrie beenden kann aber nur ein Gericht, nicht der Psychiater.«

Einen Einblick, wie lange Patienten in der forensischen Psychiatrie bleiben, gibt die Untersuchung »Psychiatrie in Deutschland«, die die obersten Landesgesundheitsbehörden 2007 im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz erstellt haben: Von den im Jahr 2005 aus forensischen Kliniken entlassenen Patienten waren 64,2% bis zu fünf Jahren im Maßregelvollzug untergebracht. Weitere 16,7% bis zu sieben Jahren, 10,7% bis zu zehn Jahren und 8,4% länger als zehn Jahre.

Viele Psychiater kritisieren die Verschärfung der Lockerungs- bzw. Entlassungsvorschriften, da sie den Patienten auch nach erfolgreicher Behandlung eine Reintegration in die Gesellschaft erschwere. Dr. Saimeh sieht den Schutz der Gesellschaft an erster Stelle. »Wie lange ein Patient für seine Behandlung benötigt, spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Wichtig ist, dass wir mit gutem Gewissen sagen können, dass er keine Gefahr mehr darstellt. Auch der Patient selbst und seine Familie dürfen von uns erwarten, dass wir ihn stabil entlassen.«

Tim K. hat es nach vier Jahren Klinikaufenthalt geschafft, seine Erkrankung mit Hilfe von Medikamenten und intensiver psychiatrischer Betreuung in den Griff zu bekommen. In der Klinik hat er schwere Krisen durchstehen müssen. Heute ist er stabil und hat die Chance, ein eigenständiges Leben frei von Wahnvorstellungen zu führen.

Friederike Geisler

Interview mit Josef Hecken

»Die Selbstverwaltung ist besser als die Politik geeignet, die Versorgung zu gestalten«

SEIT DEM 1. JULI 2012 steht Josef Hecken an der Spitze des Gemeinsamen Bundesausschusses. Als unparteiischer Vorsitzender des Gremiums, das gerne als »kleiner Gesetzgeber« bezeichnet wird, will Hecken der »faire Makler« zwischen den Interessen sein. Mit MDK Forum sprach er über erste Erfahrungen und gesundheitspolitische Herausforderungen.

MDK Forum Herr Hecken, die ersten hundert Tage als unparteiischer Vorsitzender des G-BA liegen hinter Ihnen. Wie geht es Ihnen in dieser Funktion?

Josef Hecken Sehr gut! Die Erwartungen, die ich an die Arbeit hatte, wurden bisher voll bestätigt. Wir haben eine Reihe von wichtigen Beratungen, die sich im Sommer noch in einer Sackgasse befanden, vorangebracht. Bei der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum Beispiel haben wir das Stellungnahmeverfahren offiziell eingeleitet und sind damit im Zeitplan. Das zeigt, dass in den vergangenen hundert Tagen nicht nur geredet wurde, sondern dass wir sehr effizient und mit dem Willen zur Einigung über die Bänke hinweg Dinge umgesetzt haben, von denen wir vor Monaten noch nicht geglaubt hätten, dass sie zum Erfolg geführt werden können.

MDK Forum Die Bedarfsplanung war lange umstritten. Insbesondere, was die Verhältniszahl angeht, lagen KBV und GKV-Spitzenverband weit auseinander. Wie ist Ihnen die Einigung gelungen?

Hecken Es hat bei den Beteiligten einen deutlichen Willen zum Konsens gegeben. Ich kann als unparteiischer Vorsitzender nur moderieren, habe aber den Bänken nachhaltig klargemacht, dass es zwingend notwendig ist, nicht nur den Willen des Gesetzgebers innerhalb gesetzter Fristen zu erfüllen. Wir müssen gerade aus Versorgungsgesichtspunkten in Zukunft für eine gleichmäßigere

Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in den Städten und auf dem Land sorgen.

MDK Forum Und Sie sind zuversichtlich, dass dieses Ziel mit der neuen Richtlinie erreichbar ist?

Hecken Wir können mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie natürlich keine Ärzte erzeugen und auch niemanden zwingen, an einem bestimmten Ort den freien Beruf des Arztes auszuüben. Aber wir können günstige Rahmenbedingungen setzen. Künftig wird es in Ballungsgebieten faktisch keine Zulassungsmöglichkeiten mehr geben. Andererseits gibt es neue Planungsbereiche, in denen ohne Abschlüsse oder Sonderbedarfszulassungen noch Zulassungsmöglichkeiten bestehen. Das ist ein bedeutender Steuerungsfaktor.

Wichtig für die künftige Versorgung ist, dass bei der Niederlassung in ländlichen Gebieten veränderte Honorarsätze gezahlt werden können. Außerdem gibt es Vereinfachungen beim Arzneimittelregress, und die Residenzpflicht ist aufgehoben worden. Dadurch wird es möglich, in einer strukturschwachen Region ärztlich tätig zu sein, ohne dort rund um die Uhr wohnen zu müssen. Das alles zusammen kann und wird Anreize bieten, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen. Junge Medizinerinnen und Mediziner werden sich künftig überlegen: Gehe ich in eine fachärztliche Spezialisierung mit der sicheren Erwartung, dort nie eine Niederlassungsmöglichkeit zu bekommen? Oder gehe ich in die

hausärztliche Versorgung mit der begründeten Hoffnung auf einen Arztsitz?

MDK Forum Stichwort »Frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln«. Das AMNOG ist jetzt seit knapp zwei Jahren in Kraft. Wie bewerten Sie die bisherigen Verfahren?

Hecken Die düsteren Szenarien, die vor Inkrafttreten des AMNOG an die Wand gemalt wurden, dass Deutschland als Innovationsstandort in Gefahr sei und die flächendeckende Versorgung mit innovativen Arzneimitteln zusammenbrechen werde, sind mittlerweile klar widerlegt. Das Verfahren ist bei den pharmazeutischen Unternehmen angekommen und mit Blick auf die wesentlichen Inhalte weitestgehend akzeptiert.

Natürlich wird es ein Dauerbrenner-Thema zwischen dem G-BA und den pharmazeutischen Unternehmen bleiben, wie etwa die zweckmäßige Vergleichstherapie bestimmt wird. Hier werden teilweise absurde Vorwürfe erhoben. Zum Beispiel, dass der G-BA keine sachgerechten zweckmäßigen Vergleichstherapien bestimmen würde. Dahinter steht schlicht und ergreifend das Bestreben, das Optimum für spätere Preisverhandlungen zu erzielen. Aus unserer Sicht wird sich dieses Problem aber bald entschärfen, denn in zwei bis drei Jahren wird die zweckmäßige Vergleichstherapie bei neuen Wirkstoffen das sein, was momentan der frühen Nutzenbewertung unterzogen wird.

MDK Forum Wo hakt es noch?

Hecken Natürlich gab es am

Anfang ganz unterschiedliche Herausforderungen. Zum Beispiel einen manchmal ausgeprägten Formalismus beim G-BA, was die Vollständigkeit der Unterlagen angeht, oder einen mitunter kaum erfüllbaren Standard bezogen auf die Evidenz. Diese Dinge konnten im Zuge der fast dreißig Verfahren, die bis dato zu Ende gebracht wurden, so geregelt werden, dass sowohl der G-BA als auch die Unternehmen damit leben können. Wenn ein Dossier unvollständig ist, besteht in Zukunft eine Nachfrist von einer Woche, um etwaige Mängel zu heilen. Diese Änderung wird noch in diesem Jahr im Plenum des G-BA beschlossen werden.

Was wir zudem brauchen, ist ein einigermaßen vorhersehbarer Mechanismus, um den Zusatznutzen von Arzneimitteln gegen unerwünschte Nebenwirkungen abzuwägen. Ein Beispiel: Nehmen wir ein Präparat gegen Hautkrebs, das das Leben eines Palliativpatienten um drei Monate verlängert. Das wäre nach der Arzneimittel-Nutzenverordnung bei einer so schweren Erkrankung ein beträchtlicher Zusatznutzen. Nach den Studien bekommen aber 20% der Patienten durch das Medikament zusätzlich Kopf-Hals-Tumoren. Jetzt stellt sich die Frage: Wie

saldiere ich diesen Schaden? Wie viel ist das Überleben in einem bestimmten Stadium einer Erkrankung wert? Ich rede dabei keineswegs von der reinen Finanzierung. Bei diesen Fragen kommen wir in ethische Grenzbereiche und die treiben mich um.

MDK Forum Das AMNOG zielt unter anderem darauf ab, die Ausgaben-spirale bei Arzneimitteln abzuschwächen. Werden Sie das erreichen?

Hecken Das kann ich nicht genau sagen, das wäre Kaffeesatzleserei. Aktuell haben wir in 20% der bisherigen Bewertungen dem Arzneimittel einen beträchtlichen Zusatznutzen attestiert. Dies hat in den Preisverhandlungen zwischen dem GKV-Spitzenverband und pharmazeutischem Unternehmer dazu geführt, dass im Ergebnis ein Preis vereinbart wurde, der knapp 20% unter dem Einstandspreis des pharmazeutischen Unternehmers gelegen hat. In jenen Fällen, in denen es einen geringen Zusatznutzen gab oder nur einen Beleg für einen geringen Zusatznutzen oder in denen der Zusatznutzen als nicht quantifizierbar angesehen wurde, sind am Ende deutlich niedrigere Preise vereinbart worden. Das bedeutet: Eine gewisse Dämpfungswirkung wird eintreten.

Ich sage aber auch ganz klar: Es ist unrealistisch zu behaupten, wir könnten zum Ende des kommenden Jahres durch das AMNOG das erwirtschaften, was in der Gesetzesbegründung steht. Dort war insgesamt von einem Einsparvolumen von zwei Milliarden Euro die Rede, von dem etwa 1,4 bis 1,5 Milliarden durch das AMNOG erzielt werden sollten.

Mir geht es im Übrigen nicht darum, gute Präparate und gute Wirkstoffe um jeden Preis runterzuprüfen, damit die Preisverhandlungen am Ende zu niedrigen Ergebnissen führen. Ich sehe den G-BA vielmehr in der Verantwortung dafür, eine faire Nutzenbewertung anzustellen und dabei im Bereich der Arzneimittel die »Spreu vom Weizen« zu trennen.

MDK Forum Ein weiteres Thema sind Mindestmengen. Das Bundessozialgericht hat im September in einem Grundsatzurteil die Mindestmengen bei der Kniegelenk-Totalendoprothese (Knie-TEP) bestätigt. Glauben Sie, dass die Auseinandersetzung um die Mindestmengen damit der Vergangenheit angehört?

Hecken Bei der Entscheidung des BSG zu den Knie-TEPs war ein wichtiger Punkt: Darf der G-BA überhaupt Mindestmengen festlegen? Diese Frage hat der 3. Senat des BSG eindeutig bejaht. Der zweite

Josef Hecken

**Zur Person:**

Josef Hecken (53) kann auf langjährige gesundheits- und sozialpolitische Erfahrung zurückblicken: Der gelernte Jurist leitete das Ministerbüro von Bundesarbeitsminister Norbert Blüm und war Gesundheitsminister im Saarland. Als Präsident des Bundesversicherungsamtes war er für die Einführung des Gesundheitsfonds verantwortlich. Zuletzt arbeitete er als Staatssekretär im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

und entscheidende Punkt war für mich, welche Anforderungen das BSG an die Evidenz des Nachweises für die gewählte Mindestmenge stellt. An dieser Stelle hat das BSG – aus meiner Sicht sehr klug – entschieden, dass die Mindestmenge auf der Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen und mit einer vernünftigen Begründung versehen festgesetzt werden muss. Das ist richtig, denn mit der Festlegung einer Mindestmenge schließen wir bestimmte Häuser möglicherweise von der Leistungserbringung aus und belegen Ärzte, die in diesem Bereich arbeiten, dort faktisch mit einem Berufsverbot. Im Dezember entscheidet der 1. Senat des BSG über die Mindestmengen in der Perinatalversorgung. Sollte sich dieser Senat an dem Knie-TEP-Urteil in wesentlichen Bereichen orientieren, dann kann der G-BA in Sachen Mindestmengen der Zukunft gelassen entgegensehen.

MDK Forum Wie wollen Sie Mindestmengen in Zukunft praktisch umsetzen?

Hecken Der 3. Senat hat uns ins Stammbuch geschrieben, dass der G-BA darüber nachdenken muss, ob es vernünftig ist, eine festgelegte Zahl für jedes Jahr zu fordern. Klar ist: Mindestmengen können die Qualität erhöhen, sie können aber mitunter auch unerwünschte Effekte auslösen. Wenn der Verwaltungsdirektor eines Krankenhauses irgendwann im Dezember feststellt, dass noch drei Knie-TEPs fehlen, um auf die Mindestmenge zu kommen, dann werden die wahrscheinlich noch gemacht, unabhängig von der zwingenden medizinischen Notwendigkeit. Der 3. Senat hat angeregt, einen Zeitraum von zwei oder drei Jahren zu definieren, in dem die Häuser die definierte Mindestmenge im Schnitt erfüllen müssen. Das halte ich für vernünftig, um unerwünschte Fehlanreize zu vermeiden.

MDK Forum Im September hat der G-BA Details für die Erprobungsregelung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden beschlossen. Sie haben darauf gedrängt, dass der G-BA sich zügig auf Eckpunkte einigt. Sind Sie ein ungeduldiger

Mensch oder haben Ihnen die Prozesse im G-BA in der Vergangenheit schlicht zu lange gedauert?

Hecken Ich bin zwar kein ungeduldiger Mensch. Aber wenn die Möglichkeit besteht, Dinge zu verbessern, dann kann man sich entweder fünf Jahre lang mit der Schaffung eines filigranen juristischen Gesamtkunstwerkes beschäftigen. Oder man kann sich mit einem etwas zweckmäßigeren Konstrukt, das rechtlich haltbar ist, zufriedengeben und die Innovation auf den Weg bringen. Uns liegen bereits einige Methodenbewertungsanträge vor, bei denen der Hersteller ein kleiner oder mittelgroßer Unternehmer ist. Seine Methode hat vielleicht Potenzial, es fehlen aber noch zwei, drei gute Studien. Diese Studien kann ein kleines Unternehmen häufig nicht bezahlen. In der Vergangenheit hatten wir dann nur die Möglichkeit, die Verordnungsfähigkeit der Methode zulasten der GKV abzulehnen.

MDK Forum Wie soll die Förderung genau funktionieren?

Hecken Der G-BA hat nun die Möglichkeit, Innovationen, von deren Potenzial er überzeugt ist, bei angemessener Kostenbeteiligung des Unternehmers zu unterstützen. Mittlerweile haben wir uns einvernehmlich auf Fördersätze verständigt, die Bestandteil der Verfahrensordnung des G-BA sind. Danach können bei der Erprobung von neuen Methoden mit Potenzial unter maßgeblichem Einsatz von Medizinprodukten im Normalfall bis zu maximal 50% der Forschungskosten übernommen werden, bei seltenen Erkrankungen sogar bis zu 70%. Die Förderhöhe orientiert sich an der Betriebsgröße und am Umsatz eines Unternehmens sowie an dem Potenzial, das einer solchen Methode beigemessen wird. Das heißt, der Großunternehmer mit mehreren tausend Beschäftigten und mit einer Milliarde Jahresumsatz muss die Forschung natürlich selbst bezahlen. Aus meiner Sicht ist die Erprobungsregelung überfällig, und ich hoffe, dass diese durch das Bundesministerium für Gesundheit genehmigt wird, damit sie zum 1. Januar in Kraft treten kann.

MDK Forum Herr Hecken, Sie haben eine beeindruckende Vita mit Stationen als Landesgesundheitsminister und zuletzt in der Bundespolitik. Wird der G-BA mit Ihrer Amtsführung politischer?

Hecken Politischer vielleicht insofern, als dass ich im Rahmen meiner Möglichkeiten dafür Sorge trage, dass gesetzliche Fristen eingehalten und bestimmte Sachverhalte priorisiert werden. Parteipolitisch aber auf keinen Fall, dafür ist der G-BA der falsche Ort. Hier gilt es vielmehr, gemeinsam vernünftige Entscheidungen zu treffen, die den Patientinnen und Patienten und der Versicherten-gemeinschaft der GKV helfen. Dazu ist es wichtig, dass der unparteiische Vorsitzende ein Stück weit als Moderator oder als fairer Makler angesehen wird – und das wird er nur dann, wenn er neutral ist und bleibt.

In den Unterausschüssen, denen ich vorzusitzen die Freude und Ehre habe, habe ich den Arbeitsgruppen klare Fristen gesetzt, bis wann welche Themen bearbeitet sein müssen. Ich bin überzeugt, dass die Selbstverwaltung besser als die Politik geeignet ist, die Versorgung sachgerecht zu gestalten. Aber: Die Selbstverwaltung nimmt diesen Gestaltungsauftrag nur dann adäquat wahr, wenn binnen angemessener Fristen dann auch die notwendigen Entscheidungen tatsächlich getroffen werden.

Die Übertragung immer neuer und zum Teil äußerst komplexer Aufgaben durch die Politik zeigt doch, dass der G-BA seine Sache bislang nicht so schlecht gemacht haben kann. Ein Gremium zu haben, das abseits des allgemeinen politischen Rechtfertigungsdruckes und abseits des Druckes, alle vier Jahre wiedergewählt zu werden, evidenzbasierte Entscheidungen treffen kann, ist für die Politik ein überaus kostbares Instrument.

*Das Gespräch führte
Christiane Grote*



Journalisten decken Zulassungs- skandal auf

ES KLINGT WIE DER TRAILER EINES KINOFILMES: Journalisten der medizinischen Fachzeitschrift *British Medical Journal* und des britischen *Daily Telegraph* ermittelten verdeckt auf eigene Faust. Ihr Plan: Getarnt als Hersteller ein künstliches Hüftgelenk, das es eigentlich gar nicht gibt, aber das auf dem Papier schlechte Noten bekommt, mit Hilfe von Zertifizierungsstellen in Osteuropa auf den europäischen Markt zu bringen. Ihr Ergebnis: Ein Skandal.

Der Versuch war frech. Doch das Ergebnis stellte alles in den Schatten, was man befürchten musste, und offenbart schonungslos, wo die Schwächen für die Zulassung von Medizinprodukten liegen. Die Reporter gaben vor, Hersteller künstlicher Hüftgelenke zu sein und die Zulassung für ein neues Gelenk beantragen zu wollen, das es im Grunde genommen nicht gab.

Ihre Firma war frei erfunden, genauso wie der Name des nicht existierenden Implantats, das einem Produkt nachempfunden war, welches aus Sicherheitsgründen zurückgerufen worden war. Sie reichten ihre selbst erdachten und erstellten Unterlagen bei 14 Zertifizierungsstellen in fünf Ländern ein. Obwohl aus den Unterlagen

viele Sicherheitsmängel hervorgingen wie zum Beispiel, dass die Hüftprothese im Körper giftige Metallionen abgeben könnte und die Hüftpfanne vorzeitig brechen

könnte, wäre das Implantat für Europa beinahe problemlos zugelassen worden: Fünf Zertifizierungsstellen waren bereit, das Hüftimplantat zu akzeptieren und ihm das CE-Zeichen (Communauté Européenne) zu bestätigen, mit dem eine Prothese in Europa verkauft und implantiert werden darf.

Konformitätsbewertung reicht für Marktzulassung

Damit ein Hersteller seine Produkte in Europa vertreiben kann, muss er zunächst die Risikoklasse (I, IIa, IIb oder III) bestimmen, also das Gefährdungspotenzial seines Produktes für Patienten, Anwender und Dritte. Die vom Hersteller formulierte Zweckbestimmung gibt u. a. Auskunft darüber, bei welcher Indikation das Produkt angewendet werden darf. Dann muss das Produkt von einer sogenannten Benannten Stelle gemäß einem festgelegten Konformitätsbewertungsverfahren geprüft werden. Der Hersteller weist damit nach, dass das Medizinprodukt medizinisch-technisch geeignet ist und dass sein Produkt

den gültigen Normen in Europa entspricht – ein medizinischer Nutzen für den Patienten wird dabei nicht geprüft.

Meistens reicht es, bei einer »Benannten Stelle« Unterlagen einzureichen, das heißt, es werden Papiere gesichtet – das Produkt selbst bekommen die Prüfer derzeit in der Regel (noch) nicht zu Gesicht. Das ist wenig genug. Zudem liegt es ganz allein beim Hersteller, welche der insgesamt achtzig europäischen »Benannten Stellen« er beauftragt. Sie werden von den Herstellern für die Zulassung bezahlt und stehen untereinander im Wettbewerb.

Zertifizierer sind herstellerfreundlich

Die Undercover-Recherche des BMJ brachte ans Licht, was viele schon befürchtet hatten: Dass diese Konstruktion eine herstellerfreundliche Herangehensweise aufseiten der Zertifizierungsstellen unterstützt. Sein Unternehmen würde Herstellern keine Hindernisse in den Weg legen, sagte etwa ein Vertreter der tschechischen Zertifizierungsstelle ITC. »Wir sind auf der Seite der Hersteller und ihrer Produkte, nicht aufseiten der Patienten«, betonte er gegenüber den Reportern. Dieses Beispiel ist kein Einzelfall. Der BMJ-Recherche zufolge agieren die meisten Zertifizierungsstellen so oder so ähnlich.

»Diese Recherche hat Vorgänge ans Licht gebracht, die skandalös sind. Und sie zeigt, dass wir dringend organisatorische und inhaltliche Veränderungen brauchen«, so Dr. Stefan Gronemeyer, Leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). »Wir brauchen eine zentrale Zulassung. Sie gehört in die Hand einer unabhängigen Behörde und sollte nicht beim Hersteller liegen. Was die Inhalte der Prüfung angeht, lässt sich sagen, dass wir speziell bei Hochrisiko-Medizinprodukten definierte klinische Prüfungen vor dem Marktzugang brauchen. Auch hier muss aus unserer Sicht gehandelt werden.«

Dr. Martina Koesterke

Etwa 210 000 Deutsche erhalten jährlich eine Hüftprothese

Abschaffung der Praxisgebühr:

Nur ein Wahlgeschenk

DIE PRAXISGEBÜHR IST GESCHICHTE. Nach monatelangem Streit beendigte der Koalitionsausschuss der Regierung die umstrittene Zehn-Euro-Abgabe. Das Aus für die Praxisgebühr hat nur einen Grund – die Bundestagswahl im Herbst 2013. Die Abschaffung zeigt, wie leicht Überschüsse in der Krankenversicherung für Wahlgeschenke missbraucht werden.

Am Morgen nach der Entscheidung im Koalitionsausschuss bemüht sich Gesundheitsminister Daniel Bahr, die Abschaffung der Praxisgebühr mit Argumenten zu untermauern. Keinesfalls soll der Eindruck eines Kuhhandels entstehen – nach dem Motto: Praxisgebühr gegen Betreuungsgeld. »Die Praxisgebühr ist nach allen Umfragen das größte Ärgernis der Deutschen«, sagt Bahr im Deutschlandfunk. Sie habe ihren Zweck, die Zahl der Arztbesuche zu reduzieren, nicht erreicht. Stattdessen habe die Abgabe zu neuer Bürokratie und zusätzlichen Belastungen bei den Ärzten geführt, so die Argumentation des FDP-Ministers. Bleibt die Frage, warum Schwarz-Gelb drei Jahre verstreichen ließ, bis sich die Regierung zur Abschaffung durchringen konnte.

Überschüsse erreichen 2012 Rekordmarke

Exakt 132 Seiten hat der Koalitionsvertrag. Das Wort »Praxisgebühr« taucht genau einmal auf. »Wir wollen die Zahlung der Praxisgebühr in ein unbürokratisches Erhebungsverfahren überführen«, heißt es in dem Vertrag. Doch weder Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) noch sein Nachfolger Daniel Bahr legten ein konkretes Konzept vor. Erst als die Überschüsse in der gesetzlichen Krankenversicherung 2012 immer neue Rekordmarken erreichten, traute sich Bahr aus der Deckung – und forderte lautstark das Ende der unpopulären Abgabe.

Die mangelnde Steuerungswirkung der Praxisgebühr ist seit Jahren bekannt. Ziel der Zehn-Euro-Gebühr war es, unnötige Arztbesuche zu vermeiden. Das Gegenteil ist der Fall: Mit 17 Arztbesuchen im Jahr liegt Deutschland international an der Spitze. Viele Nachbarländer kommen gerade mal auf die Hälfte. Allerdings lassen sich die Zahlen kaum vergleichen. Holt ein Versicherter ein Rezept ab, zählt dies in Deutschland bereits als Arztbesuch. Die wenigen Untersuchungen zur Praxisgebühr zeigen auch: Der Großteil der Arztkontakte konzentriert sich auf eine kleine, überwiegend ältere Patientengruppe. So nehmen 16% der Patienten bereits 50% aller Arztbesuche in Anspruch. Jeder zweite Versicherte kam dagegen auf weniger als elf Kontakte im Jahr.

Alternativvorschläge nicht berücksichtigt

Experten fordern seit Jahren eine Reform der Abgabe. »Das System der Praxisgebühr verlockt dazu, möglichst häufig im Quartal zum Arzt zu gehen«, kritisierte der Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik, Günter

Neubauer. Sein Vorschlag: Der erste Arztbesuch ist kostenlos, für alle weiteren im Quartal sind fünf Euro fällig. Thomas Drabinski, Leiter des Kieler Instituts für Mikrodaten-Analyse plädierte für eine prozentuale Beteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten. »Die Eigenbeteiligung schafft Transparenz. Jeder Versicherte sieht, wie viel sein Arzt für die Behandlung bekommt.«

Die Vorschläge der Gesundheitsexperten blieben in der Debatte völlig unberücksichtigt. Je stärker die Überschüsse im Gesundheitswesen stiegen, umso lauter wurde der Ruf nach Abschaffung der Praxisgebühr. Als schließlich auch noch einige Krankenkassen angekündigten, die bei Ärzten und Patienten unbeliebte Abgabe zurückzuerstatten, waren die Tage der Praxisgebühr endgültig gezählt. Niemand in der Koalition wollte sich vorwerfen lassen, die Versicherten weiter unnötig zu belasten.

Einnahmen werden aus Berlin gesteuert

Der Streit um die Abschaffung der Praxisgebühr zeigt die strukturellen Schwächen des Gesundheitsfonds. Mit der Einführung der zentralen Geldsammelstelle und einem Einheitsbeitrag Anfang 2009 hat sich der Einfluss der Politik auf das Gesundheitssystem weiter verstärkt. Über den bundesweit einheitlichen Beitragssatz von derzeit 15,5% bestimmt die Regierung die Einnahmen. Die Ausgaben sind sowieso größtenteils gesetzlich festgelegt. Der Gesundheitsfonds erinnert an einen riesigen Öltanker. Fährt er einmal in eine Richtung, kann man nicht einfach den Kurs ändern. Dies bekam auch die Bundesregierung zu spüren. Als der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler im Herbst 2009 sein Amt antrat, drohte den Kassen ein Defizit von elf Milliarden Euro. Mit einer kräftigen Beitragsanhebung und einem radikalen Sparprogramm verhinderte Schwarz-Gelb eine Pleitewelle. Doch nicht nur die Verluste sind verschwunden – Kassen und Gesundheitsfonds sitzen heute auf einem Überschuss von mehr als 25 Milliarden Euro.

Wohin mit dem Überschuss?

Der ungeplante Geldregen in der Krankenversicherung brachte die Regierung zunehmend unter Druck. Während Unionsfraktions-Vize Johannes Singhammer (CSU) gebetsmühlenartig für den Aufbau einer Reserve für schlechte Zeiten warb, konterte FDP-Gesundheitsmi-

Deutschland bei Arztbesuchen an der Spitze

Kassen bringen den Stein ins Rollen

Öltanker Gesundheitsfonds

nister Bahr: »Krankenkassen sind keine Sparkassen.« Monatlang stritten beide Seiten um die Verwendung der Milliarden-Überschüsse. Eine groteske Situation: Sonst sorgen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen für Konfliktstoff in der Regierung.

Die Ausschüttung der Überschüsse erwies sich schwieriger als gedacht. Das Problem: 150 gesetzliche Krankenkassen lassen sich nur schwer zentral aus Berlin steuern. Zunächst weigerten sich die finanzstarken Krankenkassen, Prämien an ihre Mitglieder ausbezahlen. Um möglichst lange ohne Zusatzbeiträge auszukommen, wollten die Kassen-Chefs die Mehreinnahmen lieber sparen. Eine Senkung des Beitragsatzes hätte dagegen zwei Probleme

Kassen wollen lieber sparen

gebracht: Finanzschwache Kassen hätten vermutlich rasch Zusatzbeiträge verlangen müssen – kurz vor der Bundestagswahl

kein gutes Zeugnis für die Regierung. Ein niedriger Beitragssatz würde zudem Arbeitnehmer und Arbeitgeber gleichermaßen entlasten. Reicht den Kassen dann das Geld nicht und sie müssen Extragebühren erheben, hätten die Versicherten allerdings allein zahlen müssen.

Bahr feiert »seinen« Erfolg

Die Abschaffung der Praxisgebühr ist der erste große Erfolg für Gesundheitsminister Bahr. Entsprechend selbstbewusst zeigt sich der FDP-Politiker derzeit in der Öffentlichkeit. »Bei den aktuellen Überschüssen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist es heute an der Zeit, diese den Versicherten zurückzugeben«, sagte Bahr vor der Abstimmung im Bundestag. Es dürfte allerdings eine kurzfristige Entlastung bleiben. Den Einnahmeverlust von jährlich rund zwei Milliarden Euro durch den Wegfall der Praxisgebühr werden die Kassen rasch spüren. Schon jetzt steigen die Ausgaben schneller als die Einnahmen. Es ist daher nur eine Frage der Zeit, bis die Milliarden-Reserven aufgebraucht sind.

Beitragsautonomie hat sich bewährt

Statt die Versicherten mit einem Wahlgewinn zu beglücken, hätte sich Bahr auch an eine Reform der Eigenbeteiligung wagen können. Noch mutiger wäre es gewesen, endlich den Gesundheitsfonds abzuschaffen und den Krankenkassen wieder die Beitragsautonomie zu überlassen. Dann könnten die Versicherungen wieder selbst entscheiden, ob sie die Mehreinnahmen für bessere Leistungen oder niedrigere Beiträge verwenden. Die Beitragsautonomie der Kassen hat sich über Jahrzehnte bewährt. Das System aus Gesundheitsfonds und Zusatzbeiträgen lässt sich dagegen nicht vernünftig steuern. Mit dem Aus für die Praxisgebühr hat die Regierung deutlich gezeigt: Es geht nicht um eine nachhaltige Finanzierung, sondern vor allem um kurzfristige Wahlerfolge.



Steffen Habit
ist Wirtschaftsredakteur
beim Münchner Merkur.

IMPRESSUM

MDK Forum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung

Herausgegeben vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)
Verantwortlicher Redakteur **Dr. Ulf Sengebusch**

REDAKTION

Martin Dutschek Leiter Unternehmenskommunikation beim MDK Niedersachsen
[martin.dutschek@mdkn.de]

Christiane Grote Fachgebietsleiterin
»Presse- und Öffentlichkeitsarbeit« beim MDS
[c.grote@mds-ev.de]

Elke Grünhagen Mitarbeiterin im Bereich
»Allgemeine Grundsatzfragen« beim MDS
[e.gruenhagen@mds-ev.de]

Dr. Uwe Sackmann Qualitätsmanagementbeauftragter beim MDK Baden-Württemberg
[uwe.sackmann@mdkbw.de]

Dr. Ulf Sengebusch Geschäftsführer des MDK im Freistaat Sachsen
[ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de]

REDAKTIONSBÜRO

MDS e.V., Martina Knop
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Telefon +49.201.8327-111
Telefax +49.201.8327-3111
m.knop@mds-ev.de

Gestaltung und Layout de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger Medien Centrum

BILDNACHWEIS

Titelmotiv: de Jong Fotografie, Essen

S. 2 Dagmar Fischer / photocase.com

S. 19 emanoo / photocase.com

S. 20 Helgi / photocase.com

S. 23 misterQM / photocase.com

S. 25 eljot / photocase.com

S. 29 Gemeinsamer Bundesausschuss

S. 31 madochab / photocase.com

Fotos der Autoren und Gesprächspartner wurden uns, sofern nicht anders gekennzeichnet, privat zur Verfügung gestellt.

ISSN 1610-5346



ANSCHRIFTEN UND KONTAKTINFORMATIONEN

MDK Baden-Württemberg

Ahornweg 2, 77933 Lahr
Geschäftsführer **Karl-Heinz Plaumann**
Telefon 07821.938-0
Telefax 07821.938-1200
E-Mail info@mdkbw.de

MDK Bayern

Putzbrunner Straße 73, 81739 München
Geschäftsführer **Reiner Kasperbauer**
Telefon 089.67008-0
Telefax 089.67008-444
E-Mail Hauptverwaltung@mdk-bayern.de

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Konrad-Wolf-Allee 1-3 TH III, 14480 Potsdam
Geschäftsführer **Dr. Axel Meeßen**
Telefon 0331.50567-0
Telefax 0331.50567-11
E-Mail info@mdk-bb.de

MDK im Lande Bremen

Falkenstraße 9, 28195 Bremen
Geschäftsführer **Wolfgang Hauschild**
Telefon 0421.1628-0
Telefax 0421.1628-115
E-Mail postmaster@mdk-bremen.de

MDK Hessen

Zimmersmühlenweg 23, 61440 Oberursel
Geschäftsführer **Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy**
Telefon 06171.634-00
Telefax 06171.634-155
E-Mail info@mdk-hessen.de

MDK Mecklenburg-Vorpommern

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin
Geschäftsführer **Dr. Karl-Friedrich Wenz**
Telefon 0385.7440-100
Telefax 0385.7440-199
E-Mail info@mdk-mv.de

MDK Niedersachsen

Hildesheimer Straße 202, 30519 Hannover
Geschäftsführer **Carsten Cohrs**
Telefon 0511.8785-0
Telefax 0511.8785-199
E-Mail kontakt@mdkn.de

MDK Nord

Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg
Geschäftsführer **Peter Zimmermann**
Telefon 040.25169-0
Telefax 040.25169-509
E-Mail info@mdk-nord.de

MDK Nordrhein

Bismarckstraße 43, 40210 Düsseldorf
Geschäftsführer **Wolfgang Machnik**
Telefon 0211.1382-0
Telefax 0211.1382-330
E-Mail post@mdk-nordrhein.de

MDK im Saarland

Dudweiler Landstraße 151,
66123 Saarbrücken
Geschäftsführer **Jochen Messer**
Telefon 0681.93667-0
Telefax 0681.93667-33
E-Mail infomdk@mdk-saarland.de

MDK im Freistaat Sachsen e.V.

Bürohaus Mitte – Am Schießhaus 1
01067 Dresden
Geschäftsführer **Dr. Ulf Sengebusch**
Telefon 0351.4985-30
Telefax 0351.4963-157
E-Mail dgottfried@mdk-sachsen.de

MDK Sachsen-Anhalt

Allee-Center, Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg
Geschäftsführer **Volker Rehboldt**
Telefon 0391.5661-0
Telefax 0391.5661-160
E-Mail info@mdk-sachsen-anhalt.de

MDK Thüringen e.V.

Richard-Wagner-Straße 2a, 99423 Weimar
Geschäftsführer **Kai-Uwe Herber**
Telefon 03643.553-0
Telefax 03643.553-120
E-Mail kontakt@mdk-th.de

MDK Westfalen-Lippe

Roddestraße 12, 48153 Münster
Geschäftsführer **Dr. Ulrich Heine**
Telefon 0251.5354-0
Telefax 0251.5354-299
E-Mail info@mdk-wl.de

MD Bundeseisenbahnvermögen

Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 2, 53175 Bonn
Geschäftsführerin **Carole Schollmeier-Höfer**
Telefon 0228.3077-0
Telefax 0228.3077-160
E-Mail bonn@bev.bund.de

Knappschaft

Pieperstraße 14-18, 44789 Bochum
Geschäftsführer **Dr. Georg Greve**
Telefon 0234.304-0
Telefax 0234.304-8004
E-Mail krankenversicherung@kbs.de

MDS e.V.

Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Geschäftsführer **Dr. Peter Pick**
Telefon 0201.8327-0
Telefax 0201.8327-100
E-Mail office@mds-ev.de

