

MDKforum

Vorbeugen
ist besser als
heilen:

Das »Gesetz
zur Stärkung der
Gesundheits-
förderung und der
Prävention«

Ja, wo sind sie nur?

Bald werde ich wieder, wie in jedem Jahr, meine Schneebrille für den Winterurlaub suchen müssen: in der Garage und im Keller, hinten im Wandschrank und auf dem Dachboden. Dabei werde ich auch gleich Ausschau halten nach meinem Impfpass. Oder wissen Sie, wo Ihrer liegt? Der könnte 2016 wichtig werden, zum Beispiel, wenn an der Schule Ihrer Kinder die Masern ausbrechen oder Sie sich bei einer medizinischen Einrichtung bewerben. Der Impfpass spielt eine wichtige Rolle im »Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention«.

Es waren etliche Anläufe nötig, bis der Bundestag im Sommer das Präventionsgesetz (PrävG) verabschiedet hat, höchste Zeit angesichts der steigenden Zahl chronischer Erkrankungen und einer immer älter werdenden Gesellschaft. Der Schwerpunkt des Heftes liegt auf dem neuen Gesetz und dem Präventionsbericht, den Krankenkassen und MDS gemeinsam veröffentlicht haben.

Die »Gute Frage« beschäftigt sich in diesem Heft mit der (Un-)Sterblichkeit, im Weitblick geht es u. a. um ein Modellprojekt zum Einkaufen mit Demenzpatienten und die Frage, ob wir joggend unsere überflüssigen Pfunde wieder loswerden können – ein bunter Reigen vieler Themen! Ich wünsche viel Vergnügen beim Lesen. Jetzt muss ich aber endlich die Schneebrille finden ...

Ihr Ulf Sengebusch**Aktuell**Die gute Frage **Leben ohne Tod 1**Die politische Kolumne **Wenn sich ein Bild ergibt ... 32****Titelthema****Vorbeugen ist besser als heilen 5****Krankenkassen erhöhen Ausgaben für Prävention um zehn Prozent 7**Interview mit Gernot Kiefer **Alle müssen sich beteiligen 8**Interview mit Dr. Christina Sellke **Begutachtung von Vorsorgemaßnahmen 9****Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen 10****Primärprävention in der Praxis 11****Patientenschulungen: Geprüft und für gut befunden? 13****Eine Wandtafel mit Gesundheitswirkung 14**

Betriebliches Gesundheitsmanagement in den MDK

Von Augengesundheit bis Fahrtraining 16**Wissen & Standpunkte**Mangelhafte Implantate **Tausende geschädigte Patienten - und was hat sich getan? 17**Altern in Vielfalt **Die Pflegepräferenzen der Einwanderungsgesellschaft 19****Gesundheit & Pflege**

Hoffnung vieler gelähmter Menschen

Ein Roboteranzug mit Zauberkräften? 21**Einkaufen trotz Alzheimer 23**Ein historischer Exkurs **Die Chiropraktik von 1895 bis heute 25****Weitblick**Gesundes Leben **Die Seescheide und das Läuferhirn 27**Psychische Belastungen von Flüchtlingen **Auf der Flucht leidet auch die Seele 29****Wichtig ist ein sicherer Ort 30**

TOD? OHNE LEBEN

Er ist leise, zunächst unbemerkt, aber dennoch unaufhaltsam, der Alterungsprozess des menschlichen Körpers. Doch welche Prozesse laufen genau im Körper ab? Und sind sie wirklich unaufhaltsam? MDK *forum* sprach darüber mit Prof. Dr. Björn Schumacher, dem geschäftsführenden Direktor des Exzellenzcluster CECAD Forschungszentrums an der Universität Köln und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Alternsforschung.

Es ist eine faszinierende Frage, die jeden von uns betrifft: Warum altern wir?

Die moderne Altersforschung begann vor zweieinhalb Jahrzehnten mit der Entdeckung von Genen, die das Altern bestimmen, und zwar beim Fadenwurm: Man hat festgestellt, dass es Würmer gab, die eine Veränderung in einem einzigen Gen hatten und dann doppelt so lange lebten wie andere Würmer. In genau dem gleichen Gen hat man vor einigen Jahren Veränderung bei besonders alten Menschen, den 100-Jährigen, gefunden. Es gibt also Gene, die das Altern beeinflussen, gleichgültig ob beim einfachen Fadenwurm oder bei einem hochkomplexen menschlichen Organismus, und das war eine ganz wichtige Erkenntnis.

Auf der anderen Seite gibt es Menschen, die sehr schnell altern. Kinder, die an dieser Krankheit namens Progerie leiden, sehen schon bald aus wie Greise. Diese Patienten haben Veränderungen in Genen, die für die Reparatur unseres Erbmaterials zuständig sind. Jede Zelle unseres Körpers trägt die Erbinformation, die ihr sagt, was sie zu tun hat. Dieses Erbmaterial, bestehend aus der DNA, wird permanent von Umweltfaktoren oder Faktoren aus unserem Stoffwechsel beschädigt und muss immer wieder repariert werden. Das funktioniert normalerweise ganz gut, nur bei Progerie-Patienten nicht. Deswegen häufen sich die Erbgutschäden, die sich über unser gesamtes Leben langsam ansammeln, bei diesen Menschen schon sehr schnell an.

Aufgrund der Erkenntnis, dass es Gene gibt, die das Altern beeinflussen, lassen sich Ziele festmachen, an denen wir den Alterungsprozess therapeutisch steuern können. Erste Beobachtungen hierzu gab es in den 1920er Jahren bei Ratten, denen man weniger Kalorien gefüttert hatte. Diese Ratten haben daraufhin länger gelebt als andere. Dieses Phänomen nennt man kalorische Restriktion: Es wird im Prinzip

genauso viel gegessen, aber man nimmt weniger Kalorien zu sich und altert langsamer. Das funktioniert bei einfachen Organismen wie der Bäckerhefe oder dem Fadenwurm, bei der Taufliege und auch bei Maus und Ratte. Ob es bei Menschen funktioniert, wissen wir noch nicht ganz genau. Das Problem beim Menschen ist, dass jeder unterschiedlich ist. Generell kann man sicherlich sagen: Weniger zu essen ist gut für viele Menschen und vor allem für Fettleibige empfehlenswert. Allerdings müssen wir dabei ganz genau aufpassen, dass man es nicht übertreibt: Zu wenig Nahrung zu sich zu nehmen kann zu Mangelernährung führen und das ist noch viel gefährlicher. Inzwischen haben wir die Mechanismen besser verstanden, die zu den positiven Effekten der kalorischen Restriktion führen. Jetzt müssen wir versuchen, ganz gezielt daran anzusetzen und diese Mechanismen zu triggern, anstatt das Altern nur über so etwas Komplexes wie die Nahrung steuern zu wollen.

Nach den Fortschritten der Molekularbiologie träumen immer mehr Mediziner davon, den Alterungsprozess aufzuhalten, damit uns alterstypische Erkrankungen erspart bleiben. Sind diese Hoffnungen realistisch?

Es ist nicht unvorstellbar, dass es wirklich funktioniert. Wir haben ja heute das Problem, dass das Altern unweigerlich mit Krankheit verbunden ist: Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für Herz-Kreislauf- oder chronische Nierenerkrankungen, Demenz, Alzheimer, Parkinson oder Krebs. Wir müssen also an der gemeinsamen Wurzel dieser Krankheiten ansetzen, und das ist das Altern selbst. In der Tat gibt es schon gute Beispiele dafür, dass man das Risiko altersbedingter Erkrankungen durch Interventionen massiv verringern kann. So kann ein gesunder Lebensstil mit regel-

mäßigem Sport und einer gesunden, ausgewogenen Ernährung das Herzinfarktrisiko deutlich verringern. Die positive Nachricht lautet also: Ja, im Prinzip kann es funktionieren, das Risiko altersbedingter Erkrankungen zu reduzieren.

Geht es dabei denn um eine Verlängerung der Lebenszeit auf »Biegen und Brechen«?

Es geht sicherlich nicht darum, die gesamte Lebensdauer immer weiter nach hinten zu schieben. Eine Verlängerung der Lebenszeit ohne Verlängerung der Gesundheitsspanne beschwört das Horrorszenario einer morbiden Gesellschaft herauf. Schließlich erkrankt ja trotz unserer hohen Lebenserwartung jeder zweite über 85-Jährige an einer Demenz. Wenn man nur Lebensjahre anfügen würde, hätte man vermutlich nur die Leidensspanne, die Krankheitsspanne verlängert. Worum es wirklich geht, ist die Gesundheitsspanne zu verlängern, also Leben in die Jahre zu bringen und nicht nur Jahre an das Leben anzufügen. Wenn es uns gelingt, durch entsprechende Prävention das Einsetzen altersbedingter Erkrankungen zu verzögern oder zu verhindern, würde sich ebendiese individuelle Gesundheitsspanne verlängern. Nur so können wir verhindern, dass die alternde Gesellschaft zu einer alterskranken Gesellschaft wird. Das ist das Ziel der medizinischen Umsetzung der Altersforschung.

Was können wir tun, solange es die ewige Jugend noch nicht »auf Rezept« gibt?

Prof. Dr. Björn Schumacher



Dazu brauchen wir Investitionen in die biologische Altersforschung. Allerdings steht dem die mangelnde Innovationsfreude der Pharmaindustrie entgegen – die lieber bereits vorhandene Wirkstoffe neu verpackt und minimal verbessert, statt ein ganz neues Medikament zu entwickeln, was risikoreich und kostspielig ist. Aber die Medizin der Zukunft kann es nicht mehr sein, Therapien für eine Krankheit nach der anderen finden. Zwar ist das natürlich bisher Brot und Butter der Pharmaindustrie. Aber es muss zukünftig präventiv behandelt werden. Wer das in der Pharmaindustrie am besten erkennt, der wird dann auch die Nase vorn haben. Es ist ja durchaus so, dass wir das Altern nicht nur durch den Lebensstil beeinflussen können, sondern oft auch eine medikamentöse Behandlung nötig ist, wie beispielsweise das Senken von hohem Blutdruck. Bluthochdruck ist ein enormer Risikofaktor, nicht nur für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern auch für verschiedene Arten von Demenz. Wer das erkennt und wer da präventive Therapien entwickelt, der hat durchaus seine Zukunft.

Daran arbeiten Sie im CECAD Exzellenzcluster mit mehr als 400 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern. Was tun Sie dort genau?

Wir stehen ganz am Anfang, das Altern zu verstehen. Es ist sehr komplex, weil es eben nicht nur einen Zelltyp, nicht nur ein Organ oder ein Gewebe betrifft, sondern den gesamten Körper des Menschen. Was wir vor allem brauchen, ist Grundlagenforschung, ein noch viel besseres Verständnis der Mechanismen des Alterns. Die moderne Altersforschung ist erst 25 Jahre alt, also eine noch recht junge Disziplin. Und wir brauchen viel mehr fundamentale Einsichten, bevor wir wirklich zu den notwendigen präventiven Therapien kommen können.

In unserem interdisziplinären Forschungszentrum forschen Biologen und Mediziner der Kölner Uniklinik deshalb gemeinsam an den verschiedensten Bereichen, die wichtig für das Altern sind. Bei mir steht zum Beispiel die Erkrankung im Mittelpunkt, die Menschen sehr schnell altern lässt. Da versuchen wir wirklich zu verstehen, wie ein ganzer Körper auf solche molekularen Fehlfunktionen in der Reparatur des Erbguts reagiert. Andere Gruppen arbeiten daran, Entzündungsreaktionen im Alter zu verstehen oder daran, wie die Kraftwerke der Zellen, die Mitochondrien, auch Schäden produzieren können, die den Alterungsprozess beeinflussen. Das ist eben wichtig in der Altersforschung: Es gibt nicht nur einen Prozess, der entscheidend ist. Sondern wir müssen die gesamte Bandbreite verstehen, müssen verstehen, wie diese verschiedenen Prozesse, die da ablaufen, miteinander verbunden sind. Daran arbeiten wir in unserem Forschungszentrum.

*Die Fragen stellte
Dr. Martina Koesterke*

Praxisseiten Pflege: Fachangebot des BMG zur Pflegereform

Das Bundesministerium für Gesundheit hat ein neues Fachangebot herausgegeben, mit dem es über die Neuerungen in der Pflege informiert. Es richtet sich an alle, die sich vor allem beruflich mit Pflege beschäftigen. Neben dem praktischen Sammelordner *Praxisseiten Pflege* wird das Fachangebot online ergänzt.

Unter www.praxisseiten-pflege.de stehen die *Praxisseiten Pflege* als PDF-Datei oder als E-Book für verschiedene Reader bereit. Was die Neuerungen durch die Pflegestärkungsgesetze konkret bedeuten, wird in fünf Videos erklärt. Darüber hinaus bietet die Website ein E-Learning-Programm, um das eigene Wissen zu testen, sowie Präsentationsfolien und Moderationskarten, die für die eigene Arbeit genutzt werden können.

Implantatpass seit 1. Oktober verpflichtend

Seit dem 1. Oktober 2015 müssen Gesundheitseinrichtungen, die medizinische Implantate einsetzen, den Patienten einen Implantatpass in Papierform aushändigen. Dies gilt nach der geänderten Medizinprodukte-Betreiberverordnung (§10) für: alle aktiven Implantate (mit einer eigenen Energiequelle ausgestattet, beispielsweise Herzschrittmacher), für Herzklappen, nicht resorbierbare Gefäßprothesen und -stützen, Gelenkersatzimplantate für Hüfte oder Knie, für Wirbelkörperersatzsysteme und Bandscheibenprothesen sowie Brustimplantate. Der Pass muss den vollständigen Namen des Patienten, Bezeichnung, Art und Typ sowie Loscode oder Seriennummer des Medizinproduktes, Hersteller, Datum der Implantation und den Namen der verantwortlichen Person und Einrichtung, die die Implantation durchgeführt haben, beinhalten.

G-BA schließt Arthroskopie des Kniegelenks bei Gonarthrose aus Leistungskatalog aus

Bestimmte arthroskopische Verfahren zur Behandlung einer Arthrose des Kniegelenks (Gonarthrose) können zukünftig nicht mehr zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 27. November einstimmig beschlossen. Der Ausschluss gilt für die vertragsärztliche Versorgung und die Krankenhausbehandlung. Zu den vom G-BA geprüften Verfahren zählen die Gelenkspülung, die Abtragung der Gelenkschleimhaut, die Knorpelglättung und die Meniskusentfernung. Die Basis bildete ein Bericht des IQWiG, in dem Studienergebnisse der höchsten Evidenzstufe berücksichtigt wurden. Der GKV-Spitzenverband hatte 2010 einen Antrag auf Bewertung der Arthroskopie bei Gonarthrose gestellt. Hintergrund war die hohe Zahl der Arthroskopen in Deutschland und wissenschaftliche Studienergebnisse, die keinen Nutzen für diese Methode sahen.

Internetportal zur Versorgungsqualität von Frühchen gestartet

Am 1. Dezember hat die Internetplattform www.perinatalzentren.org fristgerecht ihren Regelbetrieb aufgenommen. Die Website enthält die Ergebnisdaten aller deutschen Perinatalzentren, damit Interessierte sich über die Versorgung von sehr kleinen Frühgeborenen informieren können. Sehr kleine Frühgeborene sind Kinder, die mit einem Gewicht von weniger als 1500 g geboren werden. Sie sollen in spezialisierten Krankenhäusern geboren und versorgt werden. Diese Perinatalzentren sind auf die besonderen Bedürfnisse dieser Kinder ausgerichtet.

Die Qualität der Versorgung wird durch das Überleben, das Überleben ohne schwere Erkrankung sowie über die klinische Erfahrung des Behandlungsteams abgebildet. Ende 2014 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinie zur Qualitätssicherung der Versorgung Früh- und Reifgeborener geändert. Dadurch wurden die Perinatalzentren verpflichtet, ihre Ergebnisse ab dem 1. Dezember 2015 im Internet zu veröffentlichen.

Leitlinien für Nierenkrebs und Speiseröhrenkrebs veröffentlicht

Das Leitlinienprogramm Onkologie hat im September erstmals s3-Leitlinien zum Nierenzellkrebs und Speiseröhrenkrebs vorgelegt. Die s3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Nierenzellkarzinoms entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) und der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO); sie soll einheitliche medizinische Standards für die Diagnose, Therapie und Nachsorge des Nierenzellkarzinoms in Abhängigkeit von Histologie und Tumorstadium schaffen. Die s3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Speiseröhrenkrebs entstand unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und soll die Versorgung beim Speiseröhrenkrebs verbessern. Bei s3-Leitlinien handelt es sich um Leitlinien mit der höchsten methodischen Qualität. Weitere Informationen unter: www.leitlinienprogramm-onkologie.de

Langfristiges Konzept für Cochrane-Zentrum

Nach Angaben des Informationsdienstes »heute im Bundestag« strebt die Bundesregierung für das deutsche Cochrane-Zentrum in Freiburg ab 2017 eine institutionelle Förderung an. Ziel sei, so Gesundheitsminister Gröhe im September im Gesundheitsausschuss, eine langfristige, nachhaltige Sicherung der Einrichtung. Für 2016 solle es nochmals bei der projektbezogenen Förderung bleiben. Gröhe sagte, die Arbeit der Wissenschaftler sei unzweifelhaft wichtig als Beitrag zur Stärkung der evidenzbasierten Medizin. Eine nachhaltige Förderung sei daher wünschenswert. Ohne Details zu nennen, sagte der Minister, es sei »keine totale Strukturveränderung« geplant. Vielmehr laufe es auf eine Verfestigung der bestehenden Strukturen in Freiburg hinaus.



Vorbeugen ist besser als heilen

Wenn Krankheiten gar nicht erst auftreten, erspart das den Menschen unnötiges Leid und dem Gesundheitssystem vermeidbare Ausgaben. Dennoch bedurfte es mehrerer Anläufe, bis das Thema Prävention endlich eine eigenständige gesetzliche Basis erhielt. Am 18. Juni 2015 hat der Bundestag das »Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention« verabschiedet, das die Gesundheitsförderung in jedem Lebensalter und in allen Lebensbereichen verankern soll.

WAS LANGE WÄHRT, wird endlich Gesetz: Seit Oktober 2004, als sich die damalige rot-grüne Bundesregierung mit den Ländern bereits auf erste Eckpunkte für ein Präventionsgesetz verständigt hatte, verliefen insgesamt drei Gesetzgebungsanläufe im Sande, bevor schließlich am 25. Juli 2015 das »Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention« (PrävG) in wesentlichen Teilen in Kraft trat.

Angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung – mit sinkenden Geburtenraten, steigender Lebenserwartung, einer stetigen Zunahme chronischer Erkrankungen und einer immer umfassenderen Flexibilisierung der Arbeitswelt – kommt der Prävention aus Sicht des Gesetzgebers ein erheblicher Stellenwert zu. Dem soll das Präventionsgesetz Rechnung tragen, indem es »ein neues Bewusstsein und eine Achtsamkeit für Gesundheit« fördert. Dabei geht es nicht allein darum, Krankheiten zu verhüten. Die Gesundheit der Menschen soll darüber hinaus aktiv gefördert werden. Das PrävG zielt daher ausdrücklich darauf ab, Menschen aller Altersgruppen in ihren täglichen Lebenszusammenhängen dabei zu unterstützen, gesundheitsförderliche Lebensweisen zu entwickeln

Gesunde Lebensweise und gesunde Verhältnisse

und im Alltag umzusetzen. »Es geht zum einen darum, die Risikofaktoren für die Entstehung lebensstilbedingter Krankheiten wie ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, chronischer Stress, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum nachhaltig zu reduzieren und gesundheitliche Ressourcen zu stärken«, so das Bundesgesundheitsministerium in einer Erklärung. »Zum anderen geht es darum, die Verhältnisse, in denen wir leben, lernen und arbeiten, so zu gestalten, dass sie die Gesundheit unterstützen.«

Mit vereinten Kräften

Damit das gelingt, soll die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure beim Auf- und Ausbau gesundheitsförderlicher Strukturen intensiviert werden. In einer Nationalen Präventionskonferenz sollen sich die Sozialversicherungsträger mit Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und den Sozialpartnern auf gemeinsame Ziele und ein gemeinsames Vorgehen verständigen. Die erste Aufgabe dieser Institution, die sich am 25. Oktober in Berlin als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung konstituiert hat, besteht darin, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Schon zum Jahresende 2015 sollen bundeseinheitliche, trägerübergreifende Rahmenempfehlungen für die lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung vorliegen. Im Jahr 2019 wird die Nationale Präventionskonferenz erstmals einen trägerübergreifenden Präventionsbericht vorlegen, der über den Stand der Gesundheitsförderung in Deutschland informiert und Empfehlungen zur



Weiterentwicklung formuliert. Weitere sollen im Vier-Jahres-Rhythmus folgen. Das Präventionsgesetz bezieht ausdrücklich die private Krankenversicherung mit ein: Auch sie kann einen Sitz in der Nationalen Präventionskonferenz erhalten – unter der Voraussetzung, dass sie sich in angemessenem Umfang an der Finanzierung von Präventionsprogrammen und -projekten im Sinne der Rahmenempfehlungen beteiligt.

Mehr Geld für mehr Leistungen

Das Präventionsgesetz sieht eine Reihe von Leistungsausweitungen vor. Um diese zu finanzieren, wird der gesetzliche Richtwert der Krankenkassen für die Ausgaben zur Primärprävention ab 2016 auf sieben Euro je Versicherten erhöht und damit mehr als verdoppelt. Die Mehrausgaben für die Krankenkassen belaufen sich Schätzungen zufolge auf etwa 250 bis 300 Millionen Euro pro Jahr. Die Pflegekassen, die durch das neue Gesetz erstmals auch in die Präventionspflicht genommen werden, müssen ab 2016 jährlich € 0,30 pro Versichertem für gesundheitsfördernde Angebote in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen aufwenden – etwa für Sturzprophylaxe oder Bewegungskurse. Zusammen werden Kranken- und Pflegekassen künftig mehr als 500 Millionen



Euro pro Jahr für Gesundheitsförderung und Prävention aufbringen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Gesundheitsförderung in den Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommunen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen: In diese Bereiche sollen künftig insgesamt mindestens rund 300 Millionen Euro jährlich fließen. Auch die Selbsthilfe erhält ab 2016 rund 30 Millionen Euro zusätzlich.

Ärzte spielen wichtige Rolle

Der Kanon der Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene wird erweitert. Auch sollen Ärztinnen und Ärzte nach dem Willen des Gesetzgebers künftig stärker als bisher auf individuelle Belastungen und Risikofaktoren, die die Entstehung von Krankheiten begünstigen könnten, achten. Neu ist auch die Möglichkeit einer Präventionsempfehlung in Form einer ärztlichen Bescheinigung, die die Krankenkassen bei ihrer Entscheidung über entsprechende Anträge berücksichtigen müssen. Damit können Ärzte Menschen aus besonders ge-

fährdeten Gruppen oder mit hohem Präventionsbedarf gezielt individuell passende Angebote vermitteln. Auch Betriebsärzte können künftig solche Präventionsempfehlungen aussprechen, dürfen Schutzimpfungen durchführen und mit Krankenkassen Verträge über die Durchführung von Gesundheits-Check-ups schließen. Bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die laut Präventionsgesetz insbesondere in kleinen und mittleren Betrieben gestärkt und ausgebaut werden sollen, sollen sie künftig stets als Berater hinzugezogen werden.

Schwerpunktthema Impfung

Das Präventionsgesetz etabliert zwar keine Impfpflicht, fördert aber nachdrücklich die Impfprävention: So soll künftig bei Routine-Gesundheitsuntersuchungen in allen Altersgruppen der Impfschutz überprüft werden. Wer sein Kind in einer Kita anmelden möchte, muss einen Nachweis über eine ärztliche Impfberatung vorlegen. Treten in einer Schule oder Kita Masern auf, kann nicht geimpften Kindern der Besuch vorübergehend untersagt werden. Medizinische Einrichtungen dürfen das Bestehen eines erforderlichen Impf- und Immunschutzes zur Einstellungsvoraussetzung machen. Krankenkassen können ihren Versicherten Bonus-Leistungen für Impfungen und Impfauffrischungen gewähren. **Ohne Impfpass keine Kita** Bislang durften, nun sollen Krankenkassen laut PräVG gesundheitsbewusstes Verhalten mit einem Bonus belohnen – dies gilt jedoch nur für Präventionsmaßnahmen, die bestimmte, vom GKV-Spitzenverband festgelegte Qualitätskriterien erfüllen.

Im Vorfeld umstritten

In der öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss des Bundestags hatten im April 2015 zahlreiche Sachverständige den Gesetzentwurf der Bundesregierung kritisiert. Zentrale Kritikpunkte waren die mangelnde finanzielle Beteiligung von Ländern, Kommunen und privaten Krankenversicherern und der Umstand, dass die Krankenkassen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung künftig jährlich Millionenbeträge zur Unterstützung von Präventionsmaßnahmen zahlen sollen.



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



Krankenkassen erhöhen Ausgaben für Prävention um zehn Prozent

Im vergangenen Jahr haben die gesetzlichen Krankenkassen ihr Engagement für die Gesundheitsförderung und Primärprävention deutlich gesteigert: 293 Millionen Euro gaben sie dafür aus und damit 10% mehr als im Vorjahr. Das geht aus dem aktuellen Präventionsbericht vor, der von GKV-Spitzenverband und MDS herausgegeben wird.

DIE GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG ist seit Jahren der größte Förderer von Prävention in Deutschland. »Das Präventionsgesetz setzt nun weitere Impulse zur Stärkung der Gesundheitsförderung. Die Krankenkassen werden vor diesem Hintergrund ihre Anstrengungen weiter verstärken. Wichtig ist, dass andere verantwortliche Träger etwa in den Bereichen Bildung, Arbeitsmarkt, Verkehr und Umwelt die Bemühungen der gesetzlichen Krankenversicherung unterstützen. Dann werden die Maßnahmen der Kassen einen noch höheren Mehrwert für die Menschen haben«, sagt Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes.

Besonders viel haben die Krankenkassen mit knapp 68 Millionen Euro 2014 in die Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung investiert. Das ist im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg um 24%. Rund 1,2 Millionen Beschäftigte konnten mit den Maßnahmen in rund 11 000 Betrieben erreicht werden. Über ein Drittel dieser Aktivitäten fanden im verarbeitenden Gewerbe statt, gefolgt von 18% im Gesundheits- und Sozialwesen.

Von großer Bedeutung für die Prävention sind auch Maßnahmen in Kindergärten, Schulen, Wohngebieten und Stadtteilen – sogenannten Settings. Hier können Menschen mit unterschiedlicher Herkunft und verschiedenem sozialen Status erreicht werden. Die Krankenkassen leisten damit einen Beitrag, um sozial bedingte Ungleichheiten bei den Chancen zur Gesundheitserhaltung zu verringern. In 23 000 solcher Settings haben die Kassen 2014 gesundheitsfördernde Aktivitäten unterstützt und dabei 2,2 Millionen Menschen erreicht. Sie machten sich mit rund 32 Millionen Euro in diesem Bereich stark und steigerten damit hier die Ausgaben im Vergleich zu 2013 um 7%.

Im Präventionsbericht wurde zudem in diesem Jahr »Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen« als Schwerpunktthema gesetzt. Arbeitslose sind eine wichtige Zielgruppe, weil sie in vielen Fällen einen schlechteren Gesundheitszustand und mehr gesundheitliche Beschwerden

haben. Arbeitslose Menschen können durch die Verzahnung von Arbeitsförderungsmaßnahmen mit Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten gut erreicht werden – dies zeigte die seit 2014 laufende modellhafte Zusammenarbeit von Krankenkassen und Jobcentern.

An den individuellen Kursangeboten der Krankenkassen haben 1,7 Millionen Menschen im Jahr 2014 teilgenommen – das entspricht einer Steigerung von 16%. Im Mittelpunkt standen Kurse zur Bewegungsförderung und zur Stressbewältigung. Mit rund 193 Millionen Euro förderten die Krankenkassen diese Individualkurse. Das sind 6% mehr als im Vorjahr.

»Die Daten der Kassen, die seit 2002 in die jährlichen Präventionsberichte eingehen, sind wichtig, um das Präventionsgeschehen aufzuarbeiten und sichtbar zu machen. Die Auswertungen zeigen, dass das Engagement der Kassen bei der Gesundheitsförderung ihrer Versicherten stetig zugenommen hat, diese wichtige Aufgabe also einen immer größeren Stellenwert in der gesetzlichen Krankenversicherung bekommt«, fasst Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS, die Ergebnisse zusammen.

Den Präventionsbericht 2015 und den dazugehörigen Tabellenband gibt es unter www.mds-ev.de und www.gkv-spitzenverband.de im Internet.

**68 Millionen Euro
für die betriebliche
Gesundheit**



Michaela Gehms
ist Pressesprecherin des MDS.
m.gehms@mds-ev.de

Interview mit Gernot Kiefer,
Vorstand des gkv-Spitzenverbandes

Alle müssen sich beteiligen

Prävention funktioniert, wenn alle Akteure an einem Strang ziehen. MDKforum sprach mit dem Vorstand des gkv-sv über das Präventionsgesetz, dessen Verbindlichkeit und deren Grenzen.

forum Wie bewertet der gkv-sv das Präventionsgesetz?

Gernot Kiefer Wir unterstützen den Grundgedanken des Gesetzes, das Zusammenwirken aller Präventions-Träger durch gemeinsame Ziele, Handlungsfelder und Qualitätsmaßstäbe zu stärken und Transparenz über das Leistungsgeschehen zu schaffen. Damit werden Aspekte aufgegriffen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung zum Teil auch schon jetzt auf freiwilliger Basis umgesetzt wurden, etwa durch entsprechende Kooperationsvereinbarungen mit anderen Trägern wie der gesetzlichen Unfallversicherung oder den jährlich erscheinenden Präventionsbericht der gkv.

Die gesetzliche Verankerung dieses Ansatzes stellt nun eine sinnvolle und notwendige Verbindlichkeit her – die allerdings ihre Grenzen bei der Finanzierung findet. Das Präventionsgesetz verpflichtet alleine die gkv als bereits schon jetzt größten Ausgabenträger im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung und die soziale Pflegeversicherung zu Mehrleistungen. Diese Konzentration konterkariert nicht nur den gesamtgesellschaftlichen Anspruch des Gesetzes, sie ist auch nicht zielführend. Denn wesentliche Ansatzpunkte für die Förderung von Gesundheit in Lebenswelten liegen außerhalb des Gesundheitssystems – als Stichworte seien hier nur Bildung, Arbeitsmarktpolitik, Verkehr und Umwelt genannt.

Absolut kritisch zu sehen ist zudem die im Gesetz festgelegte Verpflichtung zur Beauftragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Hier soll eine Bundesbehörde als Subdienstleister der Kassen mit Beitragsgeldern der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Das ist und bleibt ordnungs-

politisch verkehrt und bedeutet schlicht eine Zweckentfremdung von Beitragsgeldern.

forum Künftig sollen auch pflegebedürftige Menschen im Heim Zugang zu Präventionsangeboten haben. Welche Angebote sind vorstellbar und wie bereiten sich die Pflegekassen darauf vor?

Kiefer Dass die Prävention für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen zukünftig stärker in den Fokus rückt, begrüßen wir ausdrücklich. Die besondere Herausforderung bei der Umsetzung liegt darin, entsprechende Präventionsleistungen von den genuine Bestandteilen professioneller Pflege klar abzugrenzen. Denn: Leistungen in Form von Beratung und Anleitung von Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen sowie der Durchführung prophylaktischer Maßnahmen sind gemäß § 5 SGB XI bereits Bestandteil pflegerischen Handelns in allen Versorgungssituationen.

Bei den neuen Leistungen wollen wir uns am Gesundheitsförderungsprozess nach dem Setting-Ansatz orientieren. Hier bestehen viele Erfahrungen aus anderen Lebenswelten. Wir werden als Spitzenverband der Pflegekassen einen entsprechenden Leitfaden in Analogie zum gkv-Leitfaden Prävention erarbeiten. Ergänzend sollen mit wissenschaftlicher Unterstützung Kriterien für die Prävention in relevanten Handlungsfeldern entwickelt werden. Beispiele sind die Ernährung, die körperliche Aktivität oder die Stärkung kognitiver Ressourcen von Pflegeheim-Bewohnerinnen und -Bewohnern.

forum Welche Bedeutung hat die neu geschaffene Nationale Präventionskonferenz?

Kiefer Mit der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) wird ein Abstimmungs- und Kooperationsgremium geschaffen, das für die in Deutschland wesentlich für Prävention und

Gesundheitsförderung Verantwortlichen eine wichtige Plattform für wechselseitige Information und trägerübergreifende Zusammenarbeit bietet.

Als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung erarbeitet die NPK eine nationale Präventionsstrategie, die sich vor allem an den zurzeit in der Abstimmung befindlichen trägerübergreifenden Bundesrahmenempfehlungen festmacht. Alle vier Jahre wird es zudem einen NPK-Präventionsbericht geben, der erstmals 2019 erscheint. Wir halten es für außerordentlich wichtig, dass in diesem Bericht neben den Trägern auch alle anderen verantwortlichen Partner, die in der NPK beratend mitwirken, ihre Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen transparent machen. Denn im Präventionsbereich entsteht ein Mehrwert für die Menschen vor allen Dingen dann, wenn das konkrete Engagement der Krankenkassen auf eine aktive, auch finanzielle Beteiligung der anderen Verantwortlichen trifft.

Gernot Kiefer



Interview mit Dr. Christina Sellke,
Gutachterin und Dozentin für die MDK-Gemeinschaft,
MDK Hessen

Begutachtung von Vorsorgemaßnahmen



Versicherte haben nicht nur Anspruch auf Leistungen, wenn sie krank sind. Dem Schutz vor Ausbruch oder Verschlimmerung von Krankheiten dient eine Vielzahl von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen. Auf Antrag der Krankenkasse gehen MDK-Gutachter der Frage nach, welche davon im konkreten Einzelfall zu empfehlen sind.

forum Was gibt es für Präventionsmaßnahmen und was sollen sie bewirken?

Dr. Christina Sellke Wir unterscheiden Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Primärprävention heißt: Es liegen zwar Risikofaktoren vor, aber der Versicherte ist nicht krank – seine Gesundheit soll gefördert und Krankheiten verhindert werden. Im zweiten Fall liegt bereits eine Erkrankung vor – Ziel ist, das Fortschreiten der Krankheit zu vermeiden oder zu verzögern. Und im dritten Fall geht es um Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: Der Versicherte ist nicht nur vorübergehend krank – er ist durch die Erkrankung in seiner Aktivität und möglicherweise auch in seiner Teilhabe erheblich beeinträchtigt. Ziel dieser Maßnahmen ist, die größtmögliche Lebensqualität wiederherzustellen.

forum In welchen Fällen begutachtet der MDK?

Sellke Der MDK wird vor allem dann beauftragt, wenn es um die Frage der medizinischen Notwendigkeit von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen geht. Damit sind Leistungen gemeint, die geeignet sind, den Ausbruch einer Krankheit oder die Verschlimmerung von Krankheitsfolgen zu verhindern. Sehr oft geht es um ambulante oder stationäre Vorsorge bei orthopädischen Erkrankungen oder bei chronischen Atemwegserkrankungen. Es kann sich auch um Maßnahmen handeln, die Erschöpfung vorbeugen können, wenn Versicherte durch familiäre Probleme oder die Pflege von Angehörigen stark belastet sind. Voraussetzung für die Empfehlung des MDK ist, dass der komplexe Ansatz einer

Vorsorge- oder Rehabilitationsleistung im Einzelfall erforderlich ist: Der Patient muss nicht nur medizinisch, sondern beispielsweise auch psychologisch und bewegungstherapeutisch versorgt werden.

forum Worauf kommt es bei der Begutachtung an?

Sellke Die Gutachter müssen die Fragestellung der Krankenkasse beantworten. Sie sind sich dabei stets ihrer ärztlichen Unabhängigkeit bewusst. Die Anträge auf Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen werden sachlich beurteilt. Die Gutachter überprüfen, ob die Indikationskriterien im Einzelfall gegeben sind: Maßgeblich ist hier, dass ambulante Behandlungsmaßnahmen durch den Vertragsarzt nicht mehr ausreichend sind, sondern eine komplexe Behandlung durch verschiedene Berufsgruppen erforderlich ist. Ist die Vorsorgebedürftigkeit gegeben – sind tatsächlich Risikofaktoren vorhanden, die zu einer Gesundheitsgefährdung führen können? Ist die Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben – liegt eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung vor? Passen Maßnahme und Ziel zusammen? Und ist der Versicherte fit genug,

um eine Maßnahme schon mitmachen zu können?

forum Eine zunehmende Bedeutung gewinnt die geriatrische Rehabilitation. Worum geht es dabei?

Sellke Angesichts der demografischen Entwicklung wird es immer wichtiger, die Selbstständigkeit der alternden Menschen zu erhalten, Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder deren Fortschreiten zumindest zu verlangsamen. Geriatrische Patienten sind meistens älter als 70 Jahre und haben eine Vielzahl an Erkrankungen und Schädigungen. Sie können immobil sein, an Depressionen, Inkontinenz, Sinnesbeeinträchtigungen und chronischen Schmerzen leiden. All dies kann ihre selbstständige Lebensführung in eigener Häuslichkeit erheblich beeinträchtigen. Bei der geriatrischen Rehabilitation geht es darum, manchmal auch kleinste Fähigkeiten für den Alltag zu stärken und zu erhalten: sei es der Transfer vom Bett in den Rollstuhl, das An- und Ausziehen, das Essen und Trinken bis hin zum Toilettengang und zur Körperpflege.

Die Fragen stellte Michaela Gehms



Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen

Sie haben keine Arbeit, kein Selbstvertrauen und sind knapp bei Kasse. Da bleibt die Gesundheit schnell auf der Strecke. Sind anhaltend arbeitslose Menschen erst einmal gesundheitlich eingeschränkt, wird der berufliche Wiedereinstieg schwieriger. Deshalb bieten Krankenkassen gemeinsam mit Jobcentern gezielt Gesundheitsförderungsprogramme für Erwerbslose an.

ZIEL IST ES, den gesundheitlichen Risiken, die mit einer Arbeitslosigkeit verbunden sind, vorzubeugen und die Menschen darin zu unterstützen, ihre Gesundheit und Erwerbsfähigkeit zu erhalten beziehungsweise zu verbessern. In diesem Zusammenhang wollen die Bundesagentur für Arbeit (BA) und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Maßnahmen der Arbeitsförderung (BA) mit Gesundheitsförderung und Prävention (GKV) verbinden. Das ist auch deshalb eine besondere Herausforderung, da auf diese Weise verpflichtende Maßnahmen mit Angeboten verknüpft werden, die ausschließlich freiwillig genutzt werden können.

Alles eine Frage des Zugangs?

Ob und wie das funktionieren kann, wurde in einem Modellprojekt untersucht. Die Erwerbslosen wurden auf drei Wegen an die Angebote der Krankenkassen herangeführt: 1. Vermittlungsfachkräfte bzw. Fallmanager im Jobcenter sprachen die Erwerbslosen an. 2. Der berufspsychologische Service bzw. der ärztliche Dienst der BA unterbreiteten ein modulares Angebot. 3. Bei einem Qualifizierungs- oder Beschäftigungsträger wurden Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Krankenkassen mit einer Arbeitsförderungsmaßnahme verzahnt. Bei jedem dieser Wege wurden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jobcenters für die individuellen Gesundheitsgespräche vorab nach dem Ansatz des »motivational interviewing« geschult. Die Projektsteuerung erfolgte an jedem Standort gemeinschaftlich durch das Jobcenter und die Krankenkassen, die die für die GKV entstehenden Maßnahmekosten nach Marktanteil umlegten.

Im Mittelpunkt dieses Ansatzes steht die Stärkung psychosozialer Kompetenzen. Die Kursteilnehmer sollen lernen, besser mit den Belastungen der Arbeitslosigkeit umzugehen, sich gesund zu halten und das eigene Leben wieder aktiv zu gestalten.

Die Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen konzentrierten sich deshalb auf die beiden evaluierten Programme »Und keiner kann's glauben – Stressfaktor Arbeitslosigkeit« und »AktivA – Aktive Bewältigung von Arbeitslosigkeit«. Dieses Angebot konnte durch z. B. Workshops, Gesundheitszirkel oder Gesundheitstage für die Zielgruppe/n bedarfsbezogen ergänzt werden. Im Sinne einer nachhaltigen Wirkung sollten Gelegenheiten geschaffen werden, damit die Interessierten auch im Anschluss an die Maßnahmen leichter gesundheitsförderlich aktiv bleiben.

Die Evaluation umfasst die Zusammenarbeit von Jobcentern und Krankenkassen und weiteren Partnern, die erworbenen gesundheitsbezogenen Beratungskompetenzen der Jobcenter-Fachkräfte und die Bewertung der verhaltensbezogenen Präventionsmaßnahmen durch Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Hierzu zählen u. a. Gesundheitsverhalten, gesundheitsbezogene Lebensqualität, persönliche Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit.

Ein Schritt in die richtige Richtung

Mit dem Präventionsgesetz wird die Möglichkeit einer engen Zusammenarbeit von BA und kommunalen Grundversicherungsträgern mit den Krankenkassen in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung auch auf bereits gesundheitlich belastete Personen ausgeweitet, um deren berufliche Eingliederungschancen zu verbessern. Diese Ausweitung entspricht sowohl dem aus der Studienlage zu entnehmenden Bedarf als auch den ersten Erkenntnissen aus der Erprobung, die unter den neuen Rahmenbedingungen erweitert werden soll.



Karin Schreiner-Kürten, Abteilung Gesundheit Referat Leistungsrecht / Rehabilitation / Prävention / Selbsthilfe beim GKV-Spitzenverband. karin.schreiner-kuernten@gkv-spitzenverband.de

Primärprävention in der Praxis

Impfungen zählen zu den primären Präventionsmaßnahmen und können helfen, Infektionskrankheiten zu verhindern. Sie schützen jedoch nicht nur den Einzelnen, sondern können auch eine weitere Ausbreitung impfpräventabler Krankheiten eindämmen. Deshalb fordert das Präventionsgesetz, den Impfschutz zukünftig im Rahmen der Routinegesundheitsuntersuchungen zu überprüfen. Das Beispiel der HPV-Impfung verdeutlicht, was dies für die Praxis bedeuten kann.

SEIT EINIGEN JAHREN gibt es eine Impfung gegen die Infektion mit humanen Papillomviren (HPV). Die Impfung kann dazu beitragen, die Verbreitung von Feigwarzen zu verhindern sowie die Rate von Gebärmutterhalskrebs bzw. krebsverdächtigen Zellveränderungen bei Mädchen und Frauen zu senken.

Auswirkungen einer HPV-Infektion

Humane Papillomviren, von denen mittlerweile über zweihundert verschiedene Genotypen nachgewiesen werden konnten, können das Epithel von Haut (kutane Typen) und Schleimhaut (mukosale Typen) infizieren. Einige dieser (mukosalen) Typen werden von der Internationalen Agentur für Krebsforschung (International Agency for Research on Cancer, IARC) als krebserregend (onkogen) eingestuft. Diese onko-

genen Typen, sogenannte High-Risk- oder HR-Typen, können im Falle einer persistierenden Infektion zur Entwicklung von Läsionen und Neoplasien und letztlich zu HPV-bedingten genitalen, analen oder oropharyngealen Karzinomen führen. Dabei sind allein die HR-Typen 16 und 18 bei weltweit 70% aller Frauen mit Zervixkarzinomen nachzuweisen. Neben der Bedeutung der HPV-Typen bei der Entstehung des Zervixkarzinoms wurde in den letzten Jahren zunehmend auch der Einfluss von kutanen HR-Typen auf die Entwicklung von weiteren Karzinomen, beispielsweise dem Plattenepithelkarzinomen (Squamous-cell carcinoma, SCC) diskutiert. Neben den HR-Typen gibt es eine Vielzahl an sogenannten Low-Risk- oder LR-Typen, welche zwar als nicht onkogen gelten, jedoch u. a. Haut- sowie Genitalwarzen verursachen können. Eine Klassifizierung von HR- und LR-Typen ist jedoch vor allem bei seltenen HPV-Typen nicht immer eindeutig.

Höchste Prävalenz bei 20-jährigen Frauen

Gefährdet sind vor allem junge Frauen Anfang 20

HPV ist einer der am häufigsten verbreiteten sexuell übertragbaren Infektionserreger. Häufig findet eine erste Infektion bereits kurz nach Beginn der sexuellen Aktivität statt. Je nach HPV-Typ unterscheidet sich die Prävalenz nach Geschlecht und Altersgruppen, wobei die höchste Prävalenz bei jungen Frauen im Alter von Anfang 20 zu liegen scheint. Im Rahmen eines HPV-Screenings bei 800 20- bis 25-jährigen Frauen in Deutschland konnte beispielsweise bei 38% der Frauen irgendein HPV-Typ identifiziert werden; darunter handelte es sich bei 22,5% um die HR-Typen 16 und 18.

Seit 2006 stehen Impfstoffe gegen bestimmte HPV-Typen zur Verfügung. Die aktuell verfügbaren Impfstoffe, Gardasil



und Cerverix, wirken gegen die zwei HR-Typen 16 und 18. Gardasil schützt zusätzlich gegen die LR-Typen 6 und 11, welche vorrangig für die Entwicklung von Feigwarzen (Kondylomen) verantwortlich gemacht werden. Sowohl Gardasil als auch Cerverix gelten als sicher und gut verträglich. Schwerwiegende Nebenwirkungen, welche kausal mit den HPV-Impfstoffen zusammenhängen, wurden bisher nicht beobachtet. Die Wirksamkeit der beiden verfügbaren HPV-Impfstoffe wurde in einer Vielzahl von Studien untersucht. Es zeigte sich, dass die Impfung zu 83% vor einer frischen Infektion mit HR-Typen 16 und 18 und zu 90% vor persistierenden HPV 16 und 18-Infektionen schützt. Die Impfung schützt



te zusätzlich zu 98% vor durch HPV 16 oder 18 bedingte Krebsvorstufen (sogenannte CIN 2+ Läsionen). Auch sieben Jahre nach erfolgter Grundimmunisierung waren Mädchen bzw. Frauen noch zu einem hohen Anteil gegen neu auftretende HPV-16- oder -18-Infektionen geschützt. Mittlerweile sind auch erste Studien zur Entwicklung der Impfeffektivität nach Einführung von Impfprogrammen veröffentlicht worden, in denen eine deutliche Reduzierung der Vakzin-relevanten HPV-Typen sowie eine Reduzierung der dadurch bedingten Genitalwarzen aufgezeigt wurden.

Seit Frühjahr 2015 ist in den USA ein neuer HPV-Impfstoff zugelassen, welcher zusätzlich zu den in Gardasil enthaltenen 4 HPV-Typen auch die HR-HPV-Typen 31, 33, 45, 52 und 58 umfasst. Mit dem neuen Impfstoff werden somit HPV-Typen abgedeckt, welche für ca. 90% (statt bisher 70%) aller Gebärmutterhalskreise verantwortlich gemacht werden. Auch in Europa ist der Impfstoff (Gardasil 9) bereits von der Europäischen Zulassungsbehörde (EMA) zugelassen und wird vermutlich im Laufe des Jahres 2016 auf dem deutschen Markt verfügbar sein.

In Deutschland wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) seit 2007 eine HPV-Impfung für Mädchen empfohlen. Zur Erlangung eines optimalen Impfschutzes sind in Abhängigkeit des Impfalters zwei oder drei Impfstoffdosen notwendig. Primäres Ziel der Impfung ist eine Reduzierung der durch das Zervixkarzinom verursachten Krankheitslast in Deutschland. 2014 wurde das empfohlene Impfalter von 12–17 auf 9–14 Jahre herabgesetzt. Diese Änderung hatte mehrere Hintergründe: Eine zuverlässige Wirksamkeit der

Impfung ist nur dann gegeben, wenn die Impfung vor dem ersten Kontakt mit HP-Viren, das heißt vor dem ersten Sexualkontakt, durchgeführt wird. In einer vor kurzem veröffentlichten Untersuchung wurden jedoch 58% der weiblichen Teilnehmer der Altersgruppe 20–21 Jahre erst nach Beginn der sexuellen Aktivität gegen HPV geimpft. Zusätzlich lagen neben neuen Daten zur Wirkdauer des Impfstoffs auch Analysen der KV-Abrechnungsdaten vor, welche zeigen, dass die Impfquoten in Deutschland auch sechs Jahre nach der Aufnahme der HPV-Impfung in den Impfkalender bei <40% lagen. Über die Vorsorgeuntersuchungen (U11 und J1) besteht zudem ein besserer Zugang zur Unterbreitung eines Impfangebots. Das Vorverlegen des empfohlenen Impfzeitpunkts sollte somit sowohl Impfquoten als auch ein zeitgerechtes Impfen fördern.

Auch für Jungen empfehlenswert?

Für Jungen und Männer ist nur der Impfstoff Gardasil für eine Immunisierung gegen HPV zugelassen. Eine Impfung für Jungen wird weltweit bisher nur in wenigen Ländern empfohlen, darunter USA und Kanada, und – im Rahmen von schulbasierten Impfprogrammen – auch in Österreich und Australien. Eine Impfung für Jungen und Männer wird momentan von der STIKO nicht empfohlen.

Die Bedeutung der HPV-Impfung von Mädchen konnte für das Gesundheitssystem in Deutschland im Rahmen von mathematischen Modellierungen und gesundheitsökonomischen Evaluationen aufgezeigt werden. In Annahme einer Fortführung der Screeningprogramme und einer HPV-Impfquote bei Mädchen von ca. 50% können über einen Zeitraum von hundert Jahren schätzungsweise 37% aller Zervixkarzinome in Deutschland verhindert werden. Es ist davon auszugehen, dass eine Steigerung der Impfquoten entsprechend mehr Krebsfälle verhindern würde. Andere Industrieländer wie beispielsweise England und Australien erreichen mit Schulimpfprogrammen deutlich höhere Impfquoten. In Deutschland sollten daher Aktivitäten intensiviert werden, die den Nutzen der Impfung der Ärzteschaft wie auch Mädchen und Eltern besser vermitteln. Zusätzlich sollte die Jugendvorsorgeuntersuchung J1 besser (z. B. durch Einladungsschreiben) beworben und entsprechend auch für die Unterbreitung eines Impfangebots genutzt werden.

**STIKO empfiehlt
seit 2007 die Impfung
für Mädchen**



**Anna Loenenbach MA, MSc (Epidemiology),
Abt. für Infektionsepidemiologie
Fachgebiet 33 (Impfprävention)
am Robert-Koch-Institut in Berlin.
LoenenbachA@rki.de**

Patientenschulungen: Geprüft und für gut befunden?

Als primäre Prävention richten sie sich an gesunde Menschen, als sekundäre Prävention an chronisch Kranke, damit sich deren Krankheit nicht verschlimmert. Der Begriff »Schulung« bedeutet dabei immer ein strukturiertes und zielorientiertes Vorgehen.

IN DEN NATIONALEN VERSORGUNGSLEITLINIEN zu Diabetes mellitus und Asthma bronchiale werden Patientenschulungen mit hohem Evidenzgrad ausdrücklich empfohlen, auch wegen der günstigen Kosten-Nutzen-Relation. Sie gehören mittlerweile zu den ambulanten Behandlungsbestandteilen von Disease-Management-Programmen. Außerdem werden Patientenschulungen stationär im Krankenhaus, z. B. bei Erstdiagnose eines Diabetes mellitus, oder im rehabilitativen Setting durchgeführt. Es gibt bereits Schulungen für Menschen mit atopischer Dermatitis, Brustkrebs, Epilepsie, arterieller Hypertonie, rheumatischen Erkrankungen, Kopfschmerzen, ADHS und seit einiger Zeit zunehmend für Personen mit Adipositas. Strukturierte Lehr- und Lern-Materialien vermitteln den Patienten krankheits- und behandlungsbezogene Kompetenzen. Neben indikationsbezogenem Fachwissen sind Kenntnisse der Pädagogik bzw. Didaktik sowie Lern- und Verhaltenspsychologie – abgestimmt auf die Zielgruppe – unverzichtbar.

Die Aufgabe des MDK ist es, Patientenschulungen als Mittel der Sekundärprävention auf genau diese Dinge hin zu überprüfen. Dabei gelten neben den gesetzlichen Vorgaben die »Gemeinsamen Empfehlungen vom GKV-Spitzenverband« (i. d. F. vom 21.4.15), die die Voraussetzungen für die individuelle Inanspruchnahme und die qualitative Weiterentwicklung von Patientenschulungen für chronisch Kranke regeln. Zusätzlich orientieren sich die Gutachter MDK-intern an den Standards für die Konzeptbegutachtung von Patientenschulungsmaßnahmen der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG 1) der MDK Gemeinschaft.

Bei einer solchen Konzeptprüfung bewertet der MDK neue Konzepte oder Anbieter, die bereits geprüfte Konzepte an einem anderen Ort durchführen möchten. Dabei steht die Bewertung der Wirksamkeit und Effizienz des Schulungsprogramms im Vordergrund. Wenn ein langfristiger Wirksamkeitsnachweis noch nicht erfolgt ist, liegt der Fokus auf einer Begleitevaluation und der Erfassung der Ergebnisqualität. Die Bewertung dieser beiden Aspekte soll einen Hinweis darauf geben, ob die von den Anbietern erwarteten positiven

Effekte der Schulung auch tatsächlich im weiteren Verlauf eintreten. Nur so kann zeitnah ein vielversprechendes Schulungsprogramm mit dem Vorbehalt einer nachfolgenden Prüfung an den Start gebracht werden.

Ein solches Qualitätssicherungsinstrument ist die Adipositas-Patienten-Verlaufsdokumentation (APV). Seit 2000 entwickelt die Universität Ulm im Auftrag der »Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter« diese Dokumentation, die auch von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützt wird. Adipositasrelevante Daten der verschiedenen bundesweit angebotenen Patientenschulungsprogramme können so erfasst und ausgewertet werden und ermöglichen einen direkten Vergleich ambulanter und stationärer Programme. Eines der Ergebnisse bestätigt eine Binsenweisheit: Schulungskonzepte, die im Vorfeld eine hohe Motivation als Voraussetzung zur Aufnahme in das Schulungsprogramm fordern, zeigen bessere Ergebnisse als Programme ohne Berücksichtigung der Motivation. Der MDK prüft auch schlüssige Ein- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme in ein Schulungsprogramm.

Im SGB V ist festgelegt, dass die Krankenkasse wirksame und effiziente Patientenschulungen für chronisch Kranke erbringen kann. Das Angebot richtet sich somit an Menschen mit bestehenden chronischen Krankheiten, ist also eine Maßnahme der Sekundärprävention.

Bei der Frage, ob die individuellen Voraussetzungen für eine Patientenschulung bei einem Patienten vorliegen oder ob überhaupt eine »chronische Krankheit« besteht, kann sich die Krankenkasse vom MDK beraten lassen. Im Bereich der Primärprävention sind Patientenschulungen bisher nicht in größerem Umfang etabliert, da der vom Gesetzgeber geforderte »Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen« nur begrenzt erreicht werden kann.



Dr. Thomas Bode, MDK Westfalen-Lippe.
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Sozialmedizin. TBode@mdk-wl.de

Eine Wandtafel mit Gesundheitswirkung

Das Präventionsgesetz will Gesundheitsförderung dort verankern, wo Menschen leben, lernen und arbeiten. Dafür steht eine große Palette an Möglichkeiten zur Verfügung. Man könnte meinen, dass kleine und mittelständische Unternehmen jedoch häufig nicht über Chancen und Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung informiert sind oder dass ihnen schlicht die Mittel fehlen. Doch Ausnahmen belegen das Gegenteil.

Erkrankungen des Bewegungsapparates an erster Stelle

EINE GROSSE SCHWARZE TAFEL mit zahlreich angebrachten Plättchen in knallig bunten Nuancen: Die typische Farbskala eines Malerunternehmens? Tatsächlich handelt es sich allerdings um etwas ganz anderes: Wenn die Mitarbeiter der Magdeburger nc Maler GmbH morgens in den Betrieb kommen, schauen sie als Erstes auf den großen »Masterplaner«. »In Zeiten immer höher werdenden Auftragsdrucks haben wir uns für ein neues System zur Optimierung unserer Arbeitsorganisation entschieden. So können wir unsere zahlreichen Baustellen transparent planen«, erklärt Nils Ciechowski, Geschäftsführer des Handwerksunternehmens mit 28 Mitarbeitern. Doch was hat eine bunte Wandtafel mit betrieblicher Gesundheitsförderung zu tun? Sehr viel, wenn man die Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz nicht nur mit einem ergonomischen Schreibtischstuhl verbindet, sondern als Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen, der Organisation und der Prozessabläufe versteht, die eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit zum Ziel haben.

Ein Blick auf den Körper allein reicht nicht

Diese Philosophie verfolgt Nils Ciechowski, seitdem er gemeinsam mit seiner Krankenkasse ein ganzheitliches Konzept zur Gesundheitsförderung implementiert hat. »Vor allem Erkrankungen des Bewegungsapparates spielen in unserer Branche eine große Rolle. Seit der Unternehmensgründung im Jahr 2007 führen wir Krankenstandsanalysen durch. Eine Überwachung der körperlichen Gesundheit allein war mir aber zu wenig. Macht man sich bewusst, unter welchem Druck Arbeitnehmer vor dem Hintergrund zunehmender Arbeitsverdichtung und neuer Technologien stehen, wird klar, dass auch die Psyche mehr und mehr gefährdet ist. Diese kann

man nun leider nicht mit Hilfe simpler Maßnahmen wie einer Arbeitsplatzanalyse schützen. Solche Veränderungen verlangen flexible, motivierte und vor allem gesunde Mitarbeiter für einen produktiven Betriebsablauf.« Seine Mitarbeiter haben täglich die Möglichkeit, Einblick in das umfassende Planungstool zu nehmen. Alles wird transparent aufbereitet und mit Erinnerungsmarkern versehen. Einen besonderen Mehrwert hat dies für Meister und Vorarbeiter. Schlaflose Nächte, in denen akribisch geprüft wird, ob die Baustellenplanung logistische Lücken aufweist, entfallen. Das entschleunigt und mindert gesundheitsschädigende Stressoren.

Die Gesundheit beeinflusst neben der individuellen Arbeitsfähigkeit und dem persönlichen Wohlbefinden auch die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens. Krankenstände, die Kosten wie Entgeltfortzahlungen hervorrufen, sind dabei nur als Spitze des Eisberges zu erfassen. Unter der Oberfläche schüren gesundheitliche Missstände Ängste, Unzufriedenheit und Motivationsverlust und rufen verdeckte Fehlzeiten hervor. Dies wiederum kann münden in ein schlechtes Betriebsklima, Qualitätsverlust und im Endresultat in ein schlechtes Image.

Von Physiotherapie über Cardioscan bis Fitness-Studio

Begonnen hat die Gesundheitsförderung in der nc Maler GmbH mit einer Mitarbeiterbefragung. Die Rücklaufquote von fast 100% gab Aufschluss über die Akzeptanz der Thematik und legte Probleme mit Erkrankungen des Bewegungsapparates und ein hohes Stressaufkommen offen. »Im ersten Schritt organisierten wir eine Messung zur Untersuchung von Form und Beweglichkeit der Wirbelsäule«, berichtet der Geschäftsführer, der das Gesundheitsmanagement mit Freude in die eigenen Hände nimmt. »Eine Herausforderung der

Gesundheitsförderung in einem Handwerksunternehmen wie unserem sind die dezentralen Arbeitsstätten. Dem wirken wir mittels dezentraler Angebote entgegen. Mit € 100 pro Jahr und Mitarbeiter bezuschussen wir beispielsweise individuelle physiotherapeutische Maßnahmen. Zum anderen führen wir bestimmte Maßnahmen zu Beginn des Arbeitstages in unserer Zentrale durch. Innerhalb der Arbeitszeit wohlbemerkt. Das motiviert zusätzlich und gibt uns die Chance, möglichst viele Mitarbeiter auf freiwilliger Basis zu erreichen.« Vor allem die »maskulinen Weggucker« sind präventiv erfahrungsgemäß schwierig zu erreichen. Männer fühlen sich oft kerngesund, bis ihr Körper eines Tages streikt, und nehmen geschlechtsneutrale Gesundheitsangebote kaum in Anspruch, weiß Nils Chiechowski. Umso wichtiger war es für ihn, seine Jungs auch wirklich zu erreichen. Als Ergebnis der Wirbelsäulenmessung finanzierte die Krankenkasse ein Muskelaufbautraining über zehn Wochen mit flexiblen Teilnahmemöglichkeiten, die auf die unterschiedlichen Arbeitszeiten der Beschäftigten ausgerichtet waren. 25% der Mitarbeiter inklusive des Geschäftsführers nahmen dies in Anspruch – aus Erfahrung der Krankenkassen ein wirklich guter Schnitt, für Chiechowski allerdings noch nicht zufriedenstellend. »Ich war deprimiert, hatte mir mehr erhofft von unserem Engagement.« Ganz im Sinne einer männerorientierten Präventionsakquise nutzte er eines

Ein Viertel der Mitarbeiter sind nicht genug

der regelmäßigen Hoffeste, um den Kollegen bei einer Bratwurst von seinen Trainingserfahrungen zu berichten. Über die zehn kostenfreien Wochen hinaus wird er das Angebot weiter in Anspruch nehmen. »Das schien dann doch motiviert zu haben. Zum anschließenden Cardio-Scan und der darauffolgenden Gripeschutzimpfung fanden sich fast ausnahmslos alle Mitarbeiter in der Hauptzentrale

ein.« Über die gesellige Konversation auf Firmenfesten hinaus führt der Unternehmer regelmäßige persönliche Rückgespräche mit den Meistern und Vorarbeitern seines Unternehmens durch, um Befindlichkeiten einzufangen und Vorschläge zur arbeitserleichternden Technologisierung aufgreifen zu können.

Der Krankenstand geht zurück

Wichtiges Führungsinstrument stellen für ihn außerdem die jährlichen Mitarbeitergespräche dar. »Endlich interessiert sich wirklich mal jemand für uns«, melden ihm die Mitarbeiter zurück. »Die positive Einstellung in unserem Betrieb und der offene Umgang miteinander sind Erfolge, die nicht unmittelbar in Geld bewertet werden können. Die Absenkung unseres durchschnittlichen Krankenstandes um zwei Tage bestätigt mich in diesem Vorgehen.« Einen wichtigen Teil der Gesundheitsförderung im Betrieb nimmt der Arbeitsschutz ein. Auch hier gilt, Beteiligung ist die beste Medizin. Ein Sicherheitsbeauftragter aus den eigenen Reihen wurde von der BG Bau ausgebildet und sorgt für die Sicherheit auf den Baustellen. Die arbeitswissenschaftliche Forschung zeigt, dass eine Kombination aus Verhalten, Führung und Ergonomie im Gegensatz zur reinen Verhaltensprävention die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten bis hin zum Renteneintritt positiv steigert. Nils Chiechowski jedenfalls bleibt am Ball. Für das Ende des Jahres steht ein Seminar zur Stressbewältigung an. »Manchmal habe ich das Gefühl, wir haben einen Großteil an Maßnahmen ausgeschöpft. Ich bin mir aber sicher, dass wir auch das nächste Jahr mit abwechslungsreichen Angeboten gestalten können. Betriebliche Gesundheitsförderung ist in jedem Fall ein Marathon, kein Sprint.«



Mandy Paraskewopulos,
MDK Sachsen-Anhalt
mandy.paraskewopulos@
mdk-san.de



Von Augengesundheit bis Fahrtraining

Auch in den MDK hält ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) Einzug. Dabei ist wichtig, dass es sich nicht um Einzelmaßnahmen handelt, sondern dass ein Konzept dahintersteht.

EIN BGM besteht in der Regel aus den drei Säulen Arbeitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Der bewusste Umgang mit Zeitdruck kann ebenso wie eine gute Arbeitsumgebung in Form eines funktionierenden Computers oder eines sauberen, lärmfreien Arbeitsplatzes zur Gesunderhaltung der Beschäftigten beitragen. Arbeitsschutz und betriebliches Eingliederungsmanagement sind gesetzlich geregelt. Die Säule der BGF ist freiwillig. Sie bietet zahlreiche Möglichkeiten, um die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu sichern. Und das nutzen die Medizinischen Dienste. So finden vielerorts Seminare, Workshops oder Vortragsreihen zu gesundheitspezifischen Themen statt, ebenso wie Gesundheitstage, Ernährungsberatungen oder Raucherentwöhnungskurse. Bundesweit haben sich die unterschiedlichsten Programme für Körper, Sicherheit und Seele etabliert.

Gerüstet für den Notfall

Bewegung in den Alltag bringen

Zum Teil in Eigenregie, zum Teil organisiert durch den MDK können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beispielsweise an Yoga-Kursen, Krankengymnastik oder Physiotherapie teilnehmen. Verabredungen zu Lauftreffs oder Walking-Gruppen gehören fast überall zum feierabendlichen Alltag, und bei der Aktion »Mit dem Rad zur Arbeit« wurde an einem Standort sogar ein abschließbarer Fahrradunterstand gebaut. In der Freizeit eröffnen Firmenfitnessprogramme über Pilateskurse, Thermalbadbesuche oder Gerätetrainings ein breites Spektrum an Sport- und Gesundheitsangeboten – manche davon gibt es sogar deutschlandweit, damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch im Urlaub günstig trainieren können.

Durchatmen in der Mittagspause

Gesundheitsscouts oder -botschafter bringen mehr Bewegung in den MDK-Alltag wie z. B. bei der sogenannten »bewegten Pause«, »aktiven Pause« oder »gesunden Mittagspause«.

Dazu werden in den Besprechungsräumen Stühle und Tische zur Seite geräumt, um den Kreislauf in Schwung zu bringen. Und dann heißt es: Aktiv den Rücken und Nacken stärken, Muskelspannungen lösen, einmal durchatmen und mit neuem Schwung zurück an den Schreibtisch.

Ein besonderes Angebot gibt es zudem für die Pflegegutachterinnen und -gutachter, die täglich mit dem Auto von Hausbesuch zu Hausbesuch fahren. Ihnen zeigen die Gesundheitsscouts spezielle Übungen, wie sich rote Ampeln oder ein Stau auf der Autobahn als Entspannungspause nutzen lassen.

Gesund am Bildschirm

Vorträge über »Augengesundheit am Arbeitsplatz« mit eingebauten praktischen Übungen für den Alltag gehören genauso zum Angebot in den MDK wie Entspannungsübungen am Arbeitsplatz für Assistenz- und Schreibkräfte. Informationsbroschüren im Intranet wie z. B. zum Thema »Der Bildschirmarbeitsplatz« mit Hilfen für dessen Einrichtung ergänzen das Angebot.

Sicher unterwegs

In vielen MDK-Dienststellen wurden außerdem Defibrillatoren angeschafft und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Ernstfall geschult. Weiterhin gibt es in Zusammenarbeit mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ein Fahrsicherheitstraining für Vielfahrer, Pflegefachkräfte und Qualitätsprüfer. Das Training dauert einen Tag und umfasst theoretische Elemente sowie ein praktisches Fahrsicherheitstraining mit dem eigenen PKW. Die Berufsgenossenschaft übernimmt zum Teil die Kosten.



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

Tausende geschädigte Patienten – und was hat sich getan?

Brustimplantate, Endoprothesen oder Herzschrittmacher – immer wieder berichteten die Medien in den vergangenen Jahren über schädigende und mangelhafte Medizinprodukte. Bei den drei Produktklassen gab es dafür zwar unterschiedliche Gründe, die daraus resultierenden Forderungen nach EU-weit einheitlichen, qualitativ hochwertigen Prüfungen sind aber vergleichbar.

EINE CE-KENNZEICHNUNG ist Voraussetzung dafür, dass ein Medizinprodukt auf den europäischen Markt kommt. Im Gegensatz zur Zulassung bei Arzneimitteln gibt es jedoch keine explizite Forderung nach dem Nachweis der Wirksamkeit oder des Nutzens des Medizinprodukts. Der Fokus liegt bei der Prüfung zur CE-Kennzeichnung auf der Sicherheit und Eignung des Verwendungszweckes, den der Hersteller selbst festlegt. Bei Produkten mit höherem Risikopotenzial muss eine sogenannte Benannte Stelle das Verfahren begleiten, die Verantwortung für die Durchführung trägt der Hersteller. Dieser kann in ganz Europa frei eine beliebige dieser ca. 60 privatwirtschaftlich tätigen Prüf- und Zertifizierungsstellen wählen.

**Wirkungsnachweis
ist bisher
nicht erforderlich**

Skandale ließen nicht auf sich warten

2010 hatte die französische Medizinproduktebehörde Afssaps festgestellt, dass die meisten Brustimplantate des Herstellers PIP nicht mit dem ursprünglich vorgesehenen Silikongel für medizinische Produkte gefüllt waren. Auch die Implantathülle war minderwertig, so dass ein bis zu sechsfach erhöhtes Risiko einer Ruptur im Vergleich zu hochqualitativen Implantaten bestand und der Austritt des schadhafenden Silikongels drohte. Mittel- und langfristige Gesundheitsrisiken konnten die Behörden im Zusammenhang dieser Brustimplantate nicht ausschließen. Letztendlich hatte ein Betrug der Firma dazu geführt, dass diese Produkte allein in Deutschland ca. 6000 und in Frankreich mehr als 30 000 Frauen implantiert wurden. Die Implantate stimmten nicht mit den Dokumentationen überein, die dem TÜV-Rheinland – der zuständigen Benannten Stelle – bei den angemeldeten Inspektionen vorgelegt wurden. Klagen der Frauen in Deutschland gegen den TÜV oder den behandelnden Arzt blieben erfolglos. Der TÜV sei nicht verpflichtet gewesen, unangemeldet bei der französischen Firma Inspek-

tionen durchzuführen, und die implantierenden Ärzte hätten sich hinsichtlich der Qualität auf die CE-Kennzeichnung verlassen dürfen. In USA, wo umfangreiche klinische Studien für Brustimplantate durch die staatliche Zulassungsstelle – der Food and Drug Administration (FDA) – gefordert werden, waren zu diesem Zeitpunkt die Implantate von nur zwei Herstellern zugelassen, in Deutschland von mehr als zehn.

**Ist das Implantat erst
eingesetzt, kommt
die Kontrolle zu spät**

Ein anderes Beispiel: Bei Hüftimplantaten der sogenannten Metall-auf-Metall-Gleitpaarung (MoM), bei denen sowohl der Hüftkopf als auch die -pfanne aus Metall bestehen, wurde ein zum Teil erheblicher toxischer Metallabrieb festgestellt. Dieser kann u. a. zu Reizungen, Nekrosen und gutartigen Tumoren im umliegenden Muskel- und Knochengewebe und dadurch zu Schmerzen bis hin zur Prothesenlockerung und Revisionsoperation führen. Auch können Metallionen über die Blutbahn in Organe gelangen und dort Schäden verursachen. Einige dieser Produkte wurden von den Herstellern zurückgerufen, andere sind jedoch noch immer im Verkehr. Die Indikationen werden durch die Hersteller selbst, aber auch vom Wissenschaftlichen Ausschuss (SCENIHR) der Europäischen Kommission sukzessive eingeschränkt. Diese Maßnahmen kommen jedoch für viele Patienten zu spät, die bereits mit entsprechenden Implantaten versorgt wurden. Hier zeigt sich, dass vor der Einführung neuer technisch modifizierter Implantate geeignete präklinische und klinische Studien besonders wichtig sind, um zusätzliche wichtige Informationen zu gewinnen. Darüber hinaus sind Implantate-Register wie das Endoprothesenregister Deutschland notwendig.

Weiterentwicklungen und Modifikation um jeden Preis?

Der kurze Lebenszyklus eines Medizinproduktes sei die Besonderheit des Marktes, argumentieren die Industriever-

bände. Etwa ein Drittel des Umsatzes der deutschen Medizinprodukteindustrie wird mit Produkten erzielt, die weniger als drei Jahre im Markt sind. Doch diese Schnelllebigkeit nutzt nicht immer den Patienten:

Der erste Medikamente freisetzende Koronarstent (Cypher-Stent) erhielt 2002 eine CE-Kennzeichnung. Er hatte eine Polymer-Beschichtung und gab das Immunsuppressivum Sirolimus (Rapamycin) an die Gefäßwand mit dem Ziel ab, die Restenoserate zu senken. Schon wenige Jahre später gab es über zwanzig verschiedene für den Markt zugelassene Drug-Eluting Stents (DES), zahlreiche Modellmodifikationen, aber zu wenige klinische Studien dazu. Die DES unterschieden sich im Design der Trägers- stents, in den Wirkstoffen und in den Polymerbeschichtungen. Einige dieser Modelle wurden ohne großes Aufsehen wieder vom Markt genommen und durch Folgemodelle ersetzt. Am Beispiel des CoStar Stents wurde jedoch deutlich, wie wichtig belastbare klinische Daten zu Neuentwicklungen sind, die im Rahmen einer bekannten Methode in die Versorgung ein- treten. Der Vertrieb des CoStar Stents wurde aufgrund der Ergebnisse einer großen Multicenterstudie gestoppt, da diese eine deutliche Unterlegenheit gegenüber dem »Standard«-Taxis-Stent zeigte. Mittlerweile ist der gesamte Koronar- stent-Markt unüberschaubar geworden und es gibt zu vielen Produkten keine aussagekräftigen klinischen Daten.

Es könnten viele weitere Produktbereiche aufgelistet werden, die zeigen, dass neue Modelle und Modellmodi- fikationen ohne die notwendige Evidenz rasant in den Markt drängen, wie kathetergestützt implantierbare Herzklappen, Bandscheibenimplantate oder sondenlose Herzschrittmacher. Diese neuen Einkammerschrittmacher werden direkt in die Innenwand der Herzkammer implantiert. Bislang sind zwei entsprechende Schrittmacher der Firma St. Jude und Med- tronic für den europäischen Markt zugelassen. Sie unter- scheiden sich in den technischen Eigenschaften deutlich voneinander. Schwere Komplikationen und Todesfälle führten zu einem kurzzeitigen Stopp einer Nachbeobachtungs-Studie.

Ein aktuelles Gutachten der Medizinischen Dienste kommt zu dem Ergebnis, dass sich diese Schrittmacher der- zeit im frühen Stadium der klinischen Entwicklung befinden. Da wirksame und sichere Schrittmachersysteme in verschie- denen technischen Ausstattungen zur Verfügung stehen, sollten die neu entwickelten Systeme zunächst mit diesen vergleichend bewertet werden. Das ist bisher infolge fehlen- der vergleichender Studien nicht möglich.

Marktzulassung trotz fehlender klinischer Daten

Hintergrund ist, dass derzeit Medizinprodukte, auch solche mit hohem Risikopotenzial, im Rahmen des Konfor- mitätsbewertungsverfahren und der sogenannten klinischen Bewertung gemäß §19 des Medizinproduktegesetzes (MPG) sogar ganz ohne klinische Prüfungen auf der Grundlage be- stehender klinischer Daten eines ähnlichen Produktes eine CE-Kennzeichnung erhalten können. Die Gleichartigkeit mit dem betreffenden Medizinprodukt muss zwar nachgewiesen sein, doch die Begriffe »ähnlich« und »gleichartig« werden an keiner Stelle verbindlich definiert. Dies lässt Herstellern und prüfenden Stellen einen erheblichen Interpretationsspielraum.

Es fehlen EU-weite einheitliche, qualitativ hochwertige Prüfungen, insbesondere bei Hochrisiko-Produkten unter staatlicher Verantwortung, sowie höhere Anforderungen an die CE-Kennzeichnung, insbesondere an die vorzulegenden klinischen Daten. Relevante Weiterentwicklungen und Indi- kationsausweitungen sind mit der nötigen Sorgfalt zu prüfen. Und nicht zuletzt ist eine deutlich höhere Transparenz be- züglich der Daten, die zur Marktzulassung eines einzelnen Medizinproduktes geführt haben, zwingend erforderlich.

Was hat sich seit PIP und Co. geändert?

Aufgrund der Kritik an den bestehenden Regularien für Medizinprodukte anlässlich des PIP-Skandals hat am 26. Sep- tember 2012 die europäische Kommission einen Vorschlag zu einer – unmittelbar verpflichtenden – Verordnung über Medizinprodukte vorgelegt. Dieser sieht u. a. höhere Anfor- derungen an die Benennung und Überwachung der Benann- ten Stellen und unangekündigte Fabrikkontrollen vor. Eine Koordinierungsgruppe, bestehend aus Experten aller Mitglieds- staaten, soll bei Medizinprodukten mit hohem Risiko die Konformitätsbewertung der Benannten Stellen zusätzlich kontrollieren (Scrutiny-Verfahren). Die Rückverfolgbarkeit von ausgelieferten Produkten – z. B. bei Auffälligkeiten – und die Marktüberwachung sollen verbessert und ein verpflich- tender Implantatepass eingeführt werden. Die Vorgaben zur klinischen Bewertung wurden überarbeitet. Seit Oktober 2012 wird dieser Vorschlag der Kommission in Brüssel ber- aten. Das EU-Parlament hatte im April 2014 eine Version mit ca. 600 Änderungsanträgen eingebracht. Aktuell starten die sogenannten Trilog-Verhandlungen zwischen Vertretern des EU-Parlamentes, des Rates und der Kommission. Schon jetzt erscheinen die geplanten Änderungen allerdings nicht weit- reichend genug. Bei der klinischen Bewertung zeigen sich immer noch Ermessensspielräume, so auch hinsichtlich der Auslegung des Begriffs »Gleichartigkeit«. Die Kundenbezie- hung zwischen Benannter Stelle und Hersteller bleibt beste- hen. Trotz einer europäischen Medizinproduktedatenbank (EUDAMED) wird weiterhin nicht transparent, welche klini- schen Daten zu einer Marktzulassung geführt haben.

Auch ist es aus Sicht der Patientensicherheit kein gutes Zeichen, dass die Zuständigkeit für Medizinprodukte seit den EU-Parlamentsneuwahlen nicht mehr beim Gesund- heits- sondern beim Industriekommissariat liegt.



Dipl.-Ing. (FH) Sigrun Most-Ehrlein,
Fachteam Medizinprodukte beim MDS.
s.most@mds-ev.de

Die Pflegepräferenzen der Einwanderungsgesellschaft

Die Einwanderungsgesellschaft altert. Bis 2030 wird sich die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund fast verdoppeln. Das aktuelle Integrationsbarometer des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) untersucht die Pflegepräferenzen von Menschen unterschiedlicher Herkunftsgruppen. Zentrale Ergebnisse der Untersuchung wurden auf dem 8. Integrationsgipfel am 17. November 2015 vorgestellt, der sich mit dem Schwerpunktthema kultursensible Gesundheit und Pflege befasste.

MDK forum Heft 4/2015

In Deutschland hat jeder Fünfte eine Migrationsgeschichte

DIE GESELLSCHAFT IN DEUTSCHLAND wird kleiner, älter und bunter. Auf diese einfache Formel lassen sich die demografischen Prozesse in Deutschland bringen. Auch die Zahl der Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund steigt: Sie wird sich nach Schätzungen von 258 000 im Jahr 2013 bis 2030 auf 481 000 nahezu verdoppeln. Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sollten sich also verstärkt auf die zunehmende Vielfalt in der Gesellschaft einstellen. In Deutschland leben heute rund 16,4 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund; jeder fünfte Einwohner hat also eine eigene oder über mindestens einen Elternteil mitgebrachte Migrationsgeschichte. Zwar ist der Anteil der über 65-Jährigen in der Bevölkerung mit Migrationshintergrund mit 9,3% noch deutlich niedriger als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (24,4%); doch das Thema Migration und Pflege wird gesellschaftspolitisch zunehmend wichtig, denn die »Gastarbeitergeneration« kommt nach und nach in ein Alter, in dem Pflege für viele eine Rolle spielt.

Lückenhafte Datenlage

So weit die Fakten. Allerdings ist die Datenlage zu Pflege und Migration insgesamt sehr lückenhaft. Die wenigen vorhandenen Studien liefern nur zum Teil belastbare Aussagen, die zumeist nicht durch weitere Untersuchungen abgesichert sind. Problematisch ist insbesondere, dass in repräsentativen Bevölkerungsstudien zu den Themen Gesundheit und Pflege das Merkmal »Migrationshintergrund« nicht erfasst ist. Zudem ist es schwierig, Pflegebedürftige oder ihre Angehörige

für Befragungen zu gewinnen. Um zumindest über einige Aspekte genauer Aufschluss zu gewinnen, untersucht das aktuelle SVR-Integrationsbarometer die Pflegepräferenzen von Menschen (mit und ohne Migrationshintergrund) in Deutschland. Für die repräsentative Bevölkerungsumfrage des SVR wurden zwischen März und August 2015 insgesamt 5396 Personen mit und ohne Migrationshintergrund befragt. Die umfangreiche Datenbasis ermöglicht auch, zwischen einzelnen Herkunftsgruppen zu differenzieren.

Wünsche an die Pflegekraft

Die Analyse zeigt: Grundsätzlich unterscheiden sich Pflegeerwartungen von Menschen mit und ohne Zuwanderungsgeschichte nicht gravierend, es gibt allerdings Aspekte, die in einer kultursensiblen Pflege Berücksichtigung finden sollten. Die unterschiedlichen Pflegeerwartungen verlaufen dabei häufig entlang der religiösen Zugehörigkeit. Die zentralen Ergebnisse im Überblick: Für eine deutliche Mehrheit der Befragten ohne Migrationshintergrund ist es wichtig, dass die Pflegekraft gut Deutsch spricht (91%). Befragte, deren Muttersprache nicht Deutsch ist, finden es hingegen überwiegend unwichtig, dass ihre Pflegekraft die jeweilige Muttersprache spricht. Allerdings zeigen sich hier Unterschiede nach Herkunftsgruppe: Jeder vierte (Spät-)Aussiedler (25%) und sogar jeder zweite Türkeistämmige (51%) würden bevorzugen, dass ihre Pflegekraft die jeweilige Muttersprache beherrscht. Der kulturelle Hintergrund und auch die Religion der Pflegekraft sind den meisten Befragten eher unwichtig. Hier zeigt sich jedoch ein deutlicher Unterschied im Generationenverlauf: In allen Herkunftsgruppen ist es der ersten Zuwanderergeneration wichtiger als der zweiten, dass die

Pflegekraft einen ähnlichen kulturellen Hintergrund hat. Unter den Muslimen wünscht sich fast jeder dritte Befragte (27%) eine Pflegekraft mit der gleichen Religionszugehörigkeit, unter den Befragten christlicher Religionszugehörigkeit äußern nur 9% diesen Wunsch. Deutlicher werden die herkunftsgruppenspezifischen Unterschiede bei der Frage nach dem bevorzugten Geschlecht der Pflegekraft. Damit sind je nach Sozialisationsraum unterschiedliche Schambarrieren verbunden. Frauen wünschen sich deutlich häufiger als Männer eine gleichgeschlechtliche Pflegekraft. Rund 74% der muslimischen Frauen möchten von einer Frau gepflegt werden, bei den christlichen Frauen sind es 51% und bei denen, die keiner Religionsgemeinschaft angehören, sind es 33%.

Migration und Pflege auf dem 8. Integrationsgipfel

Die hier dargestellten Kernergebnisse des Integrationsbarometers, die unter dem Titel »In Vielfalt altern« veröffentlicht worden sind, wurden von der SVR-Vorsitzenden Prof. Dr. Christine Langenfeld beim 8. Integrationsgipfel am 17. November in Berlin vorgestellt. Über hundert geladene Expertinnen und Experten diskutierten mit Bundeskanzlerin Angela Merkel und der Integrationsbeauftragten Aydan Özoğuz über das Schwerpunktthema Gesundheit und Pflege in der Einwanderungsgesellschaft. Die SVR-Vorsitzende betonte dabei die sich daraus ergebenden Aufgaben für das Gesundheits- und Pflegesystem. Der Bedarf an kultursensibler Pflege wird zunehmen, nicht nur aufgrund der zunehmenden Zahl von Pflegebedürftigen mit Migrationshintergrund, sondern auch, weil sich die familiären Strukturen wandeln: Noch dominiert bei Personen mit Migrationshintergrund genauso wie bei Personen ohne Migrationshintergrund die familiäre Pflege, aber das wird aller Voraussicht nach nicht so bleiben. Tendenziell wird die Pflegebereitschaft der Angehörigen auch in Migrantenfamilien abnehmen, da Töchter und Ehefrauen zunehmend weniger bereit sind, ihre Berufstätigkeit für die Pflege eines Angehörigen aufzugeben.

Kultursensible Pflege aus der Nische holen

Kurzum: Pflegeeinrichtungen müssen sich stärker als bislang auf eine vielfältigere Klientel einstellen. Das Thema Migration und Pflege ist zwar nicht neu: Wohlfahrtsverbände, Krankenhausträger und Ausbildungsstätten beschäftigen sich seit Jahren mit der Frage, wie in den Einrichtungen kultursensibel gepflegt werden kann, d. h. so, dass es den individuellen Pflegebedürfnissen aller Patienten und Pflegebedürftigen gerecht wird. Ein Abgleich der Erwartungen und Wünsche der Befragten mit dem bestehenden Angebot zeigt allerdings: Es bleibt noch viel zu tun, um kultursensible Pflege aus ihrer Nische zu holen. Dabei ist Konsens, dass noch stärker als bislang auf die heterogenen Bedürfnisse einer vielfältigen Bevölkerung eingegangen werden sollte, und zwar so weit wie möglich. Kulturbedingte Pflegeerwartungen zu ignorieren, würde bedeuten, einen Teil der Personen mit Migrationshintergrund systematisch vom Versorgungssystem auszuschließen.

Die unterschiedlichen Präferenzen in Bezug auf die Pflegekraft deuten zudem darauf hin, dass Konzepte der interkulturellen Öffnung, die sich an alle Herkunftsgruppen gleich-

zeitig wenden, erweitert werden sollten. Darüber hinaus müssten die besonderen Wünsche von Muslimen stärker berücksichtigt werden. Pflegeeinrichtungen, aber auch Krankenkassen oder Kliniken sind dringend gefordert zu prüfen, inwieweit sie der Realität des Einwanderungslands gerecht werden, und sich ggf. stärker interkulturell zu öffnen.

Zugangsbarrieren abbauen

Ein weiterer wichtiger Schritt ist der sukzessive Abbau von möglichen Zugangsbarrieren: Studien deuten darauf hin, dass Unterschiede in der Nutzung von Pflegeangeboten ein Resultat von Zugangsbarrieren sein können. Dazu gehören Wissens- und Informationsdefizite über die Leistungen der Pflegeversicherung, finanzielle Hürden und zum Teil auch religiös-kulturelle Barrieren – so nennen Zuwanderer als zusätzliche Barriere die oft in ihrer Community noch vorherrschende Erwartung, dass Pflege selbstverständlich von Angehörigen geleistet werden müsse. Aufsuchende Beratung und niedrigschwellige, mehrsprachige Informationsangebote für Angehörige können kurz- und mittelfristig helfen, diese Zugangshürden zu überwinden. Auch die Zusammenarbeit mit Migrantenorganisationen bietet sich an, um bestehende Barrieren abzubauen. Mittel- und langfristig ist es aber vor allem eine verbesserte allgemeine Integration, die zum Abbau sprachlicher und kultureller Zugangsbarrieren beiträgt, ebenso wie Antidiskriminierungsmaßnahmen. Die interkulturelle Öffnung der Pflege ist in einer vielfältigen Gesellschaft eine langfristige Aufgabe.

Die 20-seitige Untersuchung »In Vielfalt altern. Pflege und Pflegepräferenzen im Einwanderungsland Deutschland« kann auf der SVR-Homepage www.svr-migration.de/Publikationen kostenlos heruntergeladen werden.



Caroline Schultz, Sozialwissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin des SVR-Forschungsbereichs und Ko-Autorin von »In Vielfalt altern. Pflege und Pflegepräferenzen im Einwanderungsland Deutschland«. schultz@svr-migration.de

Ein Roboteranzug mit Zauberkräften?

Sie heißen Ekso, HAL, ReWalk, Rex oder eLEGS und was sie versprechen, klingt beinahe wie ein Wunder: Exoskelette sollen gelähmten Menschen helfen, sich wieder eigenständig bewegen zu können. Gesteuert werden die Gehroboter mit Joystick, Steuergerät am Handgelenk oder Nervenimpulsen. Doch was auf den ersten Blick fantastisch wirkt, zeigt auf den zweiten doch (noch) einige Schwierigkeiten.

DAS VORBILD kommt aus der Natur, die Entwicklung überwiegend aus der Militärforschung. Insekten, Spinnen und Krebse besitzen eine äußere Stützstruktur, die ihren Körper als stabile Hülle umgibt. Damit zeigen sie uns, dass Außen- oder sogenannte Exoskelette ein erfolgreiches Mittel zur Fortbewegung sein können. Die Militärforscher übertrugen diese Idee auf Stützroboter, die Menschen als elektronische Korsetts helfen sollen, schwere Lasten auf längeren Strecken und in unwegsamem Gelände zu tragen. Im November 2011 halfen Exoskelette außerdem bei den Aufräumarbeiten der Nuklearkatastrophe von Fukushima. Die Arbeiter konnten mithilfe der Roboter schneller und effizienter arbeiten und waren weniger lang der Strahlung ausgesetzt.

Inzwischen bieten die Hersteller auch für Querschnittgelähmte Gehroboter an, die vereinzelt schon in Kliniken eingesetzt oder sogar als Hilfsmittel für den häuslichen Bereich angeboten werden – allerdings nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen, wie der Ingenieur für Medizinisch-Physikalische Technik Norbert Kamps weiß. Beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDs) hat er sich auf die Versorgung mit Hilfsmitteln und Medizintechnik spezialisiert: »Exoskelette stellen eine interessante technische Entwicklung dar, die für den Bewegungsausgleich, aber auch für die Therapie zukünftig neue Möglichkeiten offerieren werden. Derzeit befinden wir uns aber noch in einem frühen, eher experimentellen Stadium.«

Dem Alltag noch nicht ganz gewachsen

Die meisten derzeitigen Exoskelette wiegen zwischen 20 und knapp 40 Kilo und erscheinen teilweise recht klobig. Die Bewegungen, die der Patient beispielsweise mit einem Joystick steuert, wirken oft schwerfällig. Andere Gehroboter werden durch Bewegungen von Oberkörper oder der Hüfte

gesteuert, was gelähmten Patienten meistens schwerfällt. Die Anwender benötigen z. T. zusätzlich spezielle Gehstützen, um das Gleichgewicht zu halten. Noch in der Entwicklung befindet sich die Steuerung mit Nervenimpulsen. Auch arbeiten Wissenschaftler bereits daran, Exoskelette durch Signale aus den motorischen Zentren der Großhirnrinde zu steuern, doch diese Forschung steckt noch in den Kinderschuhen.

»Obwohl einige Anbieter die Produkte bereits als Mobilitätshilfe für den häuslichen Bereich anbieten, erweisen sie sich derzeit noch als wenig alltagstauglich. Treppensteigen, hinsetzen, aufstehen oder das Gehen auf unebenen Flächen stellen häufige Probleme dar und selbst das Anlegen der Exoskelette ist für einen Menschen mit Behinderung oftmals eine unlösbare Herausforderung. Für den alltäglichen Einsatz im häuslichen Umfeld sind die Gehroboter bisher also noch nicht geeignet«, so Kamps.

Treppensteigen, hinsetzen oder aufstehen ist schwer

Ein Beispiel aus Japan in deutschen Rehakliniken

Im Rehabilitationsbereich ist die Entwicklung zwar schon weiter fortgeschritten, doch auch hier sind noch viele Fragen offen. So kommt schon heute beispielsweise das japanische Exoskelettsystem HAL (Hybrid assistive limb) vereinzelt in Kliniken zum Einsatz. Im Gegensatz zu seinen internationalen »Kollegen« stammt HAL nicht aus der Militärforschung, sondern wurde von Prof. Dr. Yoshiyuki Sankai, der an der Universität Tsukuba in Japan arbeitet, von Anfang an nach medizinischen Gesichtspunkten entwickelt. Dort ist es bereits an vielen Kliniken bei der Behandlung von gehbehinderten oder Schlaganfallpatienten im Einsatz. »Der Ansatz, der sich hier bei uns derzeit abzeichnet, ist die Erprobung in Rehakliniken bei z. B. querschnittgelähmten Patienten nach



einem Unfall. Hier gibt es inzwischen auch erste Ergebnisse aus Pilotstudien. Eine weitere diskutierte Einsatzmöglichkeit ist das Spiegeltraining bei Schlaganfallpatienten, bei dem der Patient im Exoskelett die Bewegungen über eine visuelle Rückkopplung, indem neben ihm noch jemand geht, durchführt«, erklärt Kamps. Und selbst als Unterstützung für Pflegekräfte beim Heben und Umbetten von Patienten sollen zukünftig derartige Systeme zum Einsatz kommen.

Bewegungstraining im Roboteranzug

Im Berufsgenossenschaftlichen Universitätsklinikums Bergmannsheil in Bochum werden HALS Fähigkeiten genau unter die Lupe genommen: Seit Anfang 2012 testen die Mediziner, ob das regelmäßige Bewegungstraining mit dem Exoskelett positive Effekte für die Rehabilitation rückenmarkverletzter Patienten bringt. In der Fachpublikation *Neurology* berichteten sie, dass Rückenmarkverletzte durch ein regelmäßiges Training mit dem Exoskelett ihre autonome Bewegungsfähigkeit im Trainingsverlauf in

Steuerung über Nervenimpulse

der Tat zum Teil deutlich verbessern können. Ein weiterer wichtiger Effekt ist sicherlich auch die Wirkung auf die Psyche: Querschnittsgelähmte Patienten können sich wieder im Raum bewegen und erleben ein Gefühl von »gehen können«.

So wie ein 34-jähriger Mann, der bei einem Arbeitsunfall eine schwere Verletzung der mittleren Brustwirbelsäule sowie eine Begleitverletzung der rechten Hüftgelenkspfanne erlitt. »Initial inkomplette Paraplegie« hieß die Diagnose, also eine inkomplette Querschnittslähmung mit einer geringen Restfunktion von Bewegung und Berührungsempfinden. Nachdem die Wirbelsäulenverletzung operiert und die Knochenbrüche geheilt waren, begann ein zwölfwöchiges Gangtraining mit einem Exoskelett. Dabei stützt sich der Patient auf einem Gehbaren ab, der neben dem Laufband angebracht ist. Über diesem Laufband ist sein Körper in einer Hängevorrichtung fixiert. Dann setzt er einen Fuß vor den anderen, beginnt, unterstützt von den Motoren an seinen Beinen, zu gehen.

Das Gerät vollbringt keine Wunder

Weil es überwiegend aus Spezialkunststoffen besteht, ist das Exoskelett-Unterkörpermodell mit 14 Kilogramm verhältnismäßig leicht. Computergesteuerte Motoren, die am Körper

fixiert sind, ersetzen die ausgefallenen Körperfunktionen. Dazu klebt eine Physiotherapeutin dem Patienten vor dem Training 18 Elektroden auf Ober- und Unterschenkel. Die Sensoren erfassen elektrische Nervenimpulse, die die Beine erreichen und zur Bewegung der Muskeln führen. Der Computer am Exoskelett empfängt diese Signale, wertet sie aus und setzt sie in Bewegungsbefehle für die Elektromotoren an der Hüfte und den Knien um, die dann die gewünschte Bewegung unterstützen. Das bedeutet: Der Patient muss mitarbeiten. Wenn er das nicht tut bzw. nicht kann, bewegt sich auch der Roboter nicht, so dass sich auch nur wenige Patienten für dieses Training eignen und stets darüber individuell entschieden werden muss.

Hier zeigen sich dann auch die Grenzen des Gehroboters: Nur, wenn die Nervenimpulse eine ausreichende Signalstärke haben, können sie von den Sensoren registriert und weiterverarbeitet werden. Außerdem müssen die Patienten eine gute körperliche Fitness mitbringen, denn das Training ist anstrengend. Die Auswahl der Patienten, für die sich derzeit ein Training mit einem Exoskelett eignet, ist also schwierig, und die Einschlusskriterien dafür müssen klar definiert werden. »Ob und wann allerdings Exoskelette wie das HAL-System eine ausreichende, zweckmäßige und notwendige Therapiemöglichkeit im Einzelfall darstellen oder als behinderungsausgleichendes Hilfsmittel im außerklinischen Einsatz zur Anwendung kommen können, ist derzeit noch unklar, da bisher keine evidenten Belege in Form von belastbaren Studien für den Nutzen vorliegen«, sagt Kamps.

Dr. Martina Koesterke

Einkaufen trotz Alzheimer

Viele Demenzkranke werden zu Hause betreut oder leben sogar alleine. Alltägliche Besorgungen können für sie oft zum Spießrutenlauf werden: Im Laden oder beim Friseur benehmen sie sich auffällig, Gewerbetreibende reagieren hilflos. Die Stadt Eschborn bietet daher spezielle Schulungen für Geschäftsleute an.

ESCHBORN IST EINE BESCHAULICHE KLEINSTADT in Südhessen. Im Ortskern das Rathaus und die Stadtbücherei, eine Supermarktfiliale, ein Eiscafé und ein Kiosk, vor dem lachende Schülerinnen stehen. Eine Mutter schiebt ihren Kinderwagen über den Platz, vor dem Café fegt der Besitzer Laub zusammen. Doch hin und wieder stören schrille Zwischentöne die Idylle. So zum Beispiel, als die Betreuerin einer demenzkranken Frau in der Bäckerei Kaffee und Kuchen bestellte, die Seniorin die Torte aber auf den Boden warf und dabei laut wurde. »In der Öffentlichkeit fallen Demenzpatienten durch ungewöhnliches und oft irritierendes Verhalten auf«, sagt Susanne Däbritz, Altenhilfeplanerin im Rathaus Eschborn. »Daran ist unsere Gesellschaft einfach nicht gewöhnt.«

Auch Demenzkranke nehmen am gesellschaftlichen Leben teil

Demente Senioren, so glauben viele, leben in abgeschiedenen Einrichtungen, gepflegt und betreut von Profis. Doch altersverwirrte Menschen nehmen auch am ganz normalen sozialen Leben teil. Denn ein nicht geringer Teil lebt zu Hause. Etwa jeder fünfte ist es im hessischen Eschborn, schätzt Däbritz. Im Anfangsstadium der Krankheit haben allein lebende Betroffene häufig noch keine Betreuung.

Anders als zum Beispiel Rollstuhlfahrer oder Sehbehinderte ecken Demenzkranke regelmäßig an, manchmal mit gravierenden Konsequenzen. So geschehen in einem Eschborner Supermarkt im vergangenen Sommer. Eine ältere Frau kaufte dort mit ihrem dementen Ehemann ein. Unbemerkte steckte der Mann einen Schokoriegel ein. Er wurde vom Ladendetektiv gestoppt, nachdem das Ehepaar die Kasse passiert hatte. Obwohl die Frau einen Behindertenausweis vorlegte und die Situation erklärte, erstattete der Marktleiter Anzeige. Der Mann musste ein Schuldanerkenntnis unterschreiben und € 50 Konventionalstrafe zahlen.

Richtig reagieren auf bizarres Verhalten

Dieser Vorfall rief das Eschborner Rathaus auf den Plan. Die dortige Altenhilfeplanerin und Diplom-Psychologin Susanne Däbritz beschäftigt sich schon seit dreißig Jahren mit dem Thema Demenz. Sie möchte vor allem die Integration Demenzkranker in das gesellschaftliche Leben der Kleinstadt fördern. »Als uns in kurzer Zeit mehrere ähnliche Probleme gemeldet wurden, haben wir beschlossen, Fortbildungen für Gewerbetreibende anzubieten.« Denn das Thema Demenz müsse »raus aus der sozialen Ecke«, so Däbritz, und hinein in den Ort und in das Eschborner Leben.

Die Schulungen sind pragmatisch und behandeln Situationen, die viele Kellner, Frisöre oder Angestellte im Einzelhandel schon einmal erlebt haben dürften. Wie kann ein Bankmitarbeiter reagieren, wenn eine hochaltrige Kundin, die einen verwirrten Eindruck macht, mehrfach hintereinander größere Beträge abhebt? Eine Metzgereiverkäuferin, der ein 80-Jähriger sagt, er müsse »für seine Mutti einkaufen«? Ein Pizzeriabetreiber, der einen dementen Gast dabei beobachtet, wie dieser das Essen über den Tisch verteilt und Geräusche macht, die andere Gäste als störend und peinlich empfinden? Eine Kassiererin im Supermarkt, der auffällt, dass eine ältere Kundin mehrmals täglich ausschließlich Haarshampoo einkauft und mitunter nicht genügend Kleingeld bei sich hat, um den Artikel zu bezahlen?

50 Euro Strafe für den vergessenen Schokoriegel

Das Kurzzeitgedächtnis versagt zuerst

Dies sind typische Verhaltensweisen, die aus der komplexen Gehirnleistungsstörung resultieren können, die unter dem Begriff Demenz zusammengefasst wird. Anfangs ist vor allem das Kurzzeitgedächtnis betroffen. Erkrankte erinnern sich nicht mehr daran, was sie vor zwei Stunden oder



auch erst vor fünf Minuten getan haben. Daher ist ein vom Ladendetektiv zur Rede gestellter dementer »Dieb« tatsächlich davon überzeugt, nichts gestohlen zu haben, und reagiert empört auf die Vorwürfe. Nach dem Vorfall im Supermarkt lud das Unternehmen die Seniorenreferentin zu einem regionalen Marktleitertreffen ein. Dort erklärte die Expertin unter anderem die Hintergründe symptomatischer Gedächtnisprobleme. »Missverständnisse sind vorprogrammiert, wenn Laien das Krankheitsbild mit Charakter und Persönlichkeit verwechseln.«

Die Schwierigkeit in der Kommunikation mit Demenzerkrankten ist häufig, dass jeder automatisch darauf beharrt, die eigene, »richtige« Sicht der Dinge durchzusetzen. So geht

Konfrontationen provozieren Aggressivität

der Ladendetektiv schlicht davon aus, dass sein Gegenüber lügt, und äußert sich entsprechend. Die Metzgereiverkäuferin ruft vielleicht aus: »Aber Ihre Mutter ist doch längst gestorben!«

Warum solche Reaktionen falsch sind, erläutert Susanne Däbritz: »Viele Erkrankte verdrängen anfangs ihre Diagnose, sie können auf die Konfrontation mit ihren Defiziten aggressiv reagieren und andere beschuldigen. Werden etwa Dinge verlegt und nicht mehr gefunden, dann sind manche Demente überzeugt, jemand sei in ihre Wohnung gekommen und habe sie bestohlen.«

Deutschlandweit einzigartige Initiative

Aus diesem Grund will das Eschborner Rathaus über Folgen der typischen Symptome wie Vergesslichkeit, Orientierungsschwierigkeiten und Wortfindungsstörungen aufklären, die nicht selten dazu führen, dass Demente aus dem Geschäft verwiesen werden und sogar Hausverbot erhalten. »Diese Initiative ist bisher die landesweit erste ihrer Art, aber wir hoffen, dass andere Städte und Gemeinden das Modell aufgreifen«, so Däbritz.

Auf Wunsch bietet das Rathaus auch sogenannte 10-Minuten-Fortbildungen an. So erhalten beispielsweise Super-

markt- oder Bankangestellte etwa in der Mittagspause kompakte Informationen und Anregungen zum Umgang mit dementen Kunden. »Damit wollen wir die örtliche Geschäftswelt sozusagen mit dem Thema Demenz anfüttern. Sind sie einmal sensibilisiert, können sie sich weiter mit beschäftigen oder gemeinsam mit uns längere Schulungen organisieren«, erklärt Däbritz. »Würden wir nur 3-Stunden-Seminare bieten, dann bestünde die Gefahr, dass viele von vornherein abwinken.«



Dr. Andrea Exler ist freie Journalistin mit Schwerpunkt Gesundheit in Frankfurt / Main.
Andrea.Exler@web.de

Die Chiropraktik von 1895 bis heute

Sie ist eine Heilmethode, die viele Menschen interessiert und der sich viele anvertrauen. Wissenschaftlich belegt ist der Nutzen der Chiropraktik jedoch nicht. Grund genug, diese Behandlungsmethode einmal historisch zu beleuchten.

»HARVEY LILLARD, der Pförtner des Rayan-Blockhauses, in dem ich meine Praxis hatte, war schwerhörig. Er hörte nicht mehr das Gerattere eines Pferdefuhrwerks auf der Straße und nicht mehr das Ticken seines Weckers. Ich wollte wissen, woher diese ›Taubheit‹ kam, da sagte er zu mir, dass er etwas

**Die Magnetheilung
blieb ihm Antworten
schuldig**

Schweres gehoben habe, in einer verkrampften, gebeugten Haltung. Er hätte dann das Gefühl gehabt, dass etwas abgedrückt worden sei in seinem Rücken, und unmittelbar danach sei er taub ge-

worden. Die Untersuchung ergab: Ein Wirbel war abgedrängt aus seiner normalen Lage. Ich dachte mir, wenn der Wirbel wieder richtig sitzen würde, dann müsste das Gehör des Mannes wieder funktionieren. Mit diesem Ziel vor Augen versuchte ich – in einem halbstündigen Gespräch –, Herrn Lillard davon zu überzeugen, dass er erlauben sollte, die Rückplatzierung vorzunehmen. Ich brachte den Wirbel in seine richtige Position, indem ich den Dornfortsatz (Proc. spin.) des Wirbels als Hebel verwendete, und kurz darauf konnte der Mann wie vorher hören. Daran war nichts Zufälliges, sondern es war die Vollendung eines bewussten Zieles, und das Resultat entsprach den Erwartungen.«

Dieser 18. September 1895, an dem Daniel David Palmers (1845–1913) Harvey Lillard seiner Behandlung unterzog, wird als Geburtsstunde der Chiropraktik genannt: Nach 17 Jahren konnte der taube Patient wieder hören. Mittlerweile gibt es allein in den Vereinigten Staaten ca. 60 000 aktiv praktizierende »Doctors of Chiropractic«, aber auch in Europa erfreut sich die Chiropraktik großer Beliebtheit. Der Behandelnde will Wirbelfehlstellungen aufspüren und diese beheben, indem er Hand (χείρ [cheir], altgr.) anlegt und am Körper des Patienten »tätig« (πρᾶξις [praxis]) wird.

Palmers Ziel war es, mit Hilfe einer alternativen Methode auch schwere Krankheiten zu heilen. Zuvor hatte er auf dem Gebiet der Magnetheilung experimentiert, jedoch keine Antworten auf die für ihn wesentliche Frage gefunden: Warum wird ein Mensch krank, ein anderer aber nicht – und das, obwohl beide unter ähnlichen Umständen leben?

Verschobene Wirbel als Ursache für Krankheit

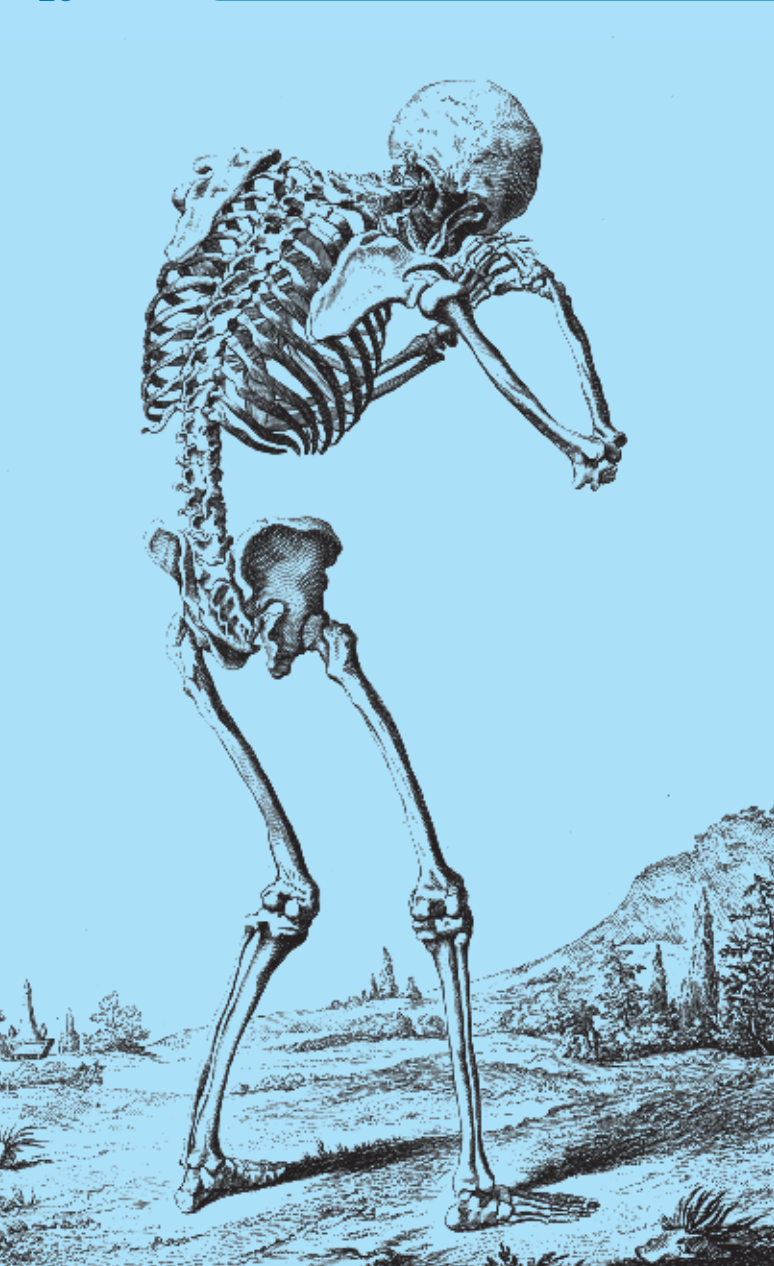
Schließlich glaubte er durch den Fall Lillards eine Antwort gefunden zu haben. Die Wirbelsäule schien für ihn der Schlüssel zu seiner Frage. »Die Grundprinzipien und die Prinzipien der Chiropraktik [...] sind nicht neu. Ich beanspruche dennoch, der Erste zu sein, der einen verschobenen Wirbel unter Verwendung der Dorn- und Querfortsätze (Proc. spin. u. trans.) als Hebel benutzt, wodurch der ausgelenkte Wirbel wieder seine normale Position erlangt. Von dieser Grundtatsache ausgehend, wurde eine Wissenschaft geschaffen, die dazu bestimmt ist, die Theorie und Praxis der Heilkunst zu revolutionieren.«

**Die Fähigkeit
zur Selbstheilung
stimulieren**

Überzeugt von seiner Idee, die Behandlung des Menschen an der Wirbelsäule sei wesentlich für die Behandlung auch von zuerst nicht offensichtlich mit ihr zusammenhängenden Krankheiten, gründete der ehemalige Lehrer und Besitzer eines Lebensmittelgeschäfts zwei Jahre nach dem Behandlungserfolg Lillards eine Schule für Chiropraktik, das Palmer College der Chiropraktik in Davenport, Iowa. 1902 hatte die Schule immerhin schon 15 Chiropraktoren graduiert. Sein Sohn, Bartlett Josua Palmer, leitete sie bis zu seinem Tod 1961.

Zeitliche Nähe zur Osteopathie

Die Theorie ist als Zeichen ihrer Zeit zu sehen, denn fast zeitgleich begründete der us-amerikanische Arzt Andrew Taylor Still 1885 seine »osteopathische Theorie«: Für ihn bildete der Körper eine Funktionseinheit, durch die Behandlung des Knochengestüts und Bewegungsapparates sollten Störungen des Organismus behoben und die Funktionseinheit des Körpers wiederhergestellt werden. Der Körper könne, so meinte er, durch seine Fähigkeit zur Selbstregulation Störungen wie Arterienverkalkung, blockierte Gelenke oder verspannte Muskeln beheben. Der Osteopath müsse



die Selbstheilungskräfte aktivieren, könne aber nicht von außen heilen. Dies geschieht, indem er mit den Händen die Grundspannung von Muskeln, Knochen und Gelenken feststellt und so gestörte Funktionen erkennt.

Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass D. D. Palmer die Chirotherapie als Methode und Theorie entwickelte und sie in seinem Buch *The Chiropractor's Adjuster* oder *The Text-Book of the Science, Art and Philosophy of Chiropractic* (Portland Printing House, 1910) veröffentlichte. Die normale Beweglichkeit der Gelenke sollte besonders an der Wirbelsäule wiederhergestellt werden. Bei dieser Methode werden sowohl das gestörte Gelenkspiel als auch die Verschiebung (Subluxation) berücksichtigt. Der Behandlungserfolg im Fall des Hausmeisters Lillard hatte ihn bestätigt.

Mehr als nur eine Heilmethode?

Für Palmer war die Chiropraktik mehr – sie war Theorie und Lebensanschauung. Als Vitalist glaubte er, im Universum existiere eine alles führende und lenkende »Universelle

Intelligenz«. Als maßgebend für den Körper glaubte er eine angeborene, natürliche Lebensenergie im menschlichen Körper ausmachen zu können, die alle Funktionen reguliert. Zwischen dieser natürlichen Lebensenergie und der Wirbelsäule mit allen anatomischen Strukturen kann es zu Interferenzen kommen.

Obwohl sich die Chiropraxik auch 120 Jahre nach Palmers erstem Heilversuch großer Beliebtheit erfreut, ist die Wissenschaft längst weiter. »Palmers Gedankengebäude ist Humbug. Das Konzept der ›Lebensenergie‹ ist ein Relikt aus vorwissenschaftlicher Zeit«, sagt Dr. Christian Weymayr, Medizinjournalist und Mitglied des Wissenschaftsrates der Skeptiker-Organisation GWUP (Gesellschaft zur wissenschaftlichen Untersuchung von Parawissenschaften).

Dem Schweizer Professor für orthopädische Chirurgie Max Geiser zufolge hat die Chiropraktik bis heute keinen Beweis geliefert, »ernsthafte, nicht spontan remittierende Affektionen des Bewegungsapparates beheben zu können und mehr zu leisten als alle übrigen Scheinbehandlungen der Alternativ- und Komplementärmedizin«.

Ein Relikt aus vorwissenschaftlicher Zeit?



Dr. Alexandra Zoller,
Geschäftsbereich Externe
Qualitätssicherung Pflege, MDK
Berlin-Brandenburg.
alexandra.zoller@mdk-bb.de

Die Seescheide und das Läuferhirn

Das Laufen wurde in den 80er Jahren als »Joggen« populär, heute liegt mehr das sportliche Spaziergehen mit und ohne Stöcke im Trend. Wie gut ist Laufen wirklich? Wie stellt man es am besten an? Und wie soll man die Menschen zum Laufen motivieren?

IN UNSEREN OZEANEN tummeln sich viele merkwürdige Geschöpfe. Ein ganz besonders merkwürdiges Wesen ist die Seescheide aus dem Unterstamm der Manteltiere. Sowohl die Seescheide als auch der Mensch gehören zum Stamm der Chordatiere, was den Effekt hat, dass die Larve der Seescheide dem menschlichen Embryo zum Verwechseln ähnlich sieht. Doch mit dem Erwachsenwerden verlaufen sich die Gemeinsamkeiten: Während sich der Mensch zur langbeinigen Intelligenzbestie entwickelt, setzt sich die Seescheide irgendwo fest und verliert, weil sie es nicht mehr braucht, ihr Gehirn.

Mehr Bewegung – mehr Nervenzellen

So weit kommt es beim Menschen, der ja auch einen Hang zur sessilen Lebensweise hat, zum Glück nicht. Doch man weiß aus Studien, dass das Laufen auch beim Menschen die Gehirngesundheit fördert. Den Zusammenhang zwischen Laufen und Denken bestätigte eine Ende November veröffentlichte Studie an Mäusen. Demnach bildeten mit einem Lauf rad groß gewordene Mäuse als Erwachsene doppelt so viele neue Nervenzellen wie Mäuse, die keine Gelegenheit zum ausgiebigen Laufen hatten. Auch war ihre Fähigkeit, gleiche von ähnlichen Objekten zu unterscheiden, deutlich ausgeprägter.

Doch selbst die größten Sofa-Kartoffeln sollten immer noch über genug Hirnmasse verfügen, um die Folgen ihrer Sesshaftigkeit absehen zu können – als da wären: schwindende Muskeln, wachsende Fettpolster, verschleißende Gelenke, ermüdende Organe, entgleisende Stoffwechsel und vieles mehr.

Wenn wir uns zu wenig bewegen, häufen sich Gesundheitsprobleme aus einem einfachen Grund: Der Mensch ist zum Laufen geboren. Viele hunderttausend Jahre lang haben unsere Vorfahren in der Savanne ihre Beute nicht mit List überwältigt, sondern kilometerweit zu Tode gehetzt. Die Zeitspanne dagegen, in der wir Viehzucht und Ackerbau betreiben, ist für die Evolution nur ein Wimpernschlag. Was bedeutet: Wir haben noch immer die körperliche Ausstattung dafür, eine Antilope in Grund und Boden zu laufen. Herz, Lunge, Muskeln und Gelenke sind für diese Leistung

ausgelegt. Wird die Leistung auch nicht ansatzweise abgerufen, bekommt der Organismus Probleme.

Training ja – aber wie?

Wenn Laufen also gut für die Gesundheit ist, wie sollte man am effektivsten trainieren? Wie fein muss man mit Flüssigkeiten und Aufbaupräparaten aller Art nachjustieren? Und wie kann man die Menschen am besten aus dem Sessel bugisieren? Auf einem Journalisten-Workshop an der Sporthochschule Köln, veranstaltet vom Institut Danone, gingen Experten verschiedener Disziplinen diesen Fragen kürzlich nach. Klares Fazit: Trainingspläne sind nur etwas für den Hochleistungssport. Dort werden neueste Erkenntnisse der Sportwissenschaft über die Physiologie verschiedener Muskelpartien, über Atemvolumen und Sauerstofftransport individuell an die einzelnen Sportler angepasst, damit sie pünktlich zum Wettkampf jedes Quäntchen Leistung freisetzen können.

Aber für den Breitensport oder gar für die gelegentliche Feierabendrunde durch den Park sind solche Pläne unnötig. Hier gilt: Bloß kein falscher Ehrgeiz! Schon lockeres Laufen, bei dem man sich noch ohne Gehechel unterhalten kann, bringt den entscheidenden Mehrwert für die Gesundheit. Wer meint, in seltenen, aber dafür umso intensiveren Laufeinheiten Versäumtes nachholen zu müssen, riskiert im besten Falle einen Muskelkater, im schlimmsten Falle einen Kreislaufkollaps. Der Nutzen für die Fitness ist obendrein fraglich.

Alles eine Frage der Ausrüstung?

Auch beim Equipment legt mancher großen Ehrgeiz an den Tag. So buhlt inzwischen eine ganze Industrie um die »Runner«, die sich in Fachgeschäften nach eingehender Bewegungsanalyse das perfekte Fußgerät verpassen lassen – oft für mehr Geld, als ein schicker Abendschuh kostet. Neben diesen Gel-gepufferten Hightech-Schlappen soll sich der Läufer

**In der Savanne
musste der Mensch
die Beute hetzen**



von heute mit Speis und Trank aus der Astronautenküche, so scheint es, versorgen. Ist das sinnvoll? Auch hier winken die Experten des Kölner Workshops ab. Gerade weil Flüssigkeit so extrem wichtig für den Organismus ist, hat uns die Natur mit großartig funktionierenden Sensoren ausgestattet. Deshalb gilt auch beim Sport die simple Regel: Trinke, wenn du durstig bist! Nach starkem Schwitzen bieten sich auch isotonische Getränke an wie eine schlichte Apfelschorle, die komplex gemixten Aufbausäften in nichts nachsteht.

Zu wissen, dass Laufen der Gesundheit nützt, ist aber nur das eine. Den inneren Schweinehund zu überwinden, um draußen seine Runden zu drehen, ist das andere. Was also wäre näherliegend, als die Bevölkerung, wo es nur geht, zum Laufen zu animieren. Programme und Kampagnen gibt es unzählige, aber machen sie dem inneren Schweinehund auch Beine? Eine aktuelle Auswertung der wissenschaftlichen Literatur durch die Cochrane Collaboration mit dem Titel »Community wide interventions for increasing physical activity« stimmt da wenig optimistisch. Sie ergab, dass die verschiedensten Maßnahmen zur Motivierung der Bevölkerung nicht dazu führen, dass sich die Menschen tatsächlich mehr bewegen – vielleicht nach dem Motto: Die Botschaft hör ich wohl, allein mir fehlt die Lust.

Und wenn die Hausärztin oder der Hausarzt den Menschen unter vier Augen ins Gewissen redet? Eine Literaturanalyse der US-Preventive Services Task Force von 2012 zeigt: Auch dann sind die Effekte bestenfalls klein. Mehr Erfolg verspricht es dagegen, wie die Task Force 2015 herausfand, wenn Menschen mit deutlichem Übergewicht und einem besonders hohen Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen gezielt angesprochen werden. Bei ihnen scheint die Bereitschaft, aktiv zu werden, ausreichend hoch zu sein.

Jeder Handgriff zählt

»Aktiv sein« heißt nicht unbedingt »laufen«. Tatsächlich waren sich die Sportexperten auf dem Workshop in Köln einig, dass nicht Art oder Intensität der Bewegung, sondern das Vermeiden längerer Zeiten des Nichtbewegens entscheidend ist. Für den Büroalltag bedeutet das: Jedes Aufstehen vom Schreibtisch ist schon ein Gewinn. Noch besser ist es, wenn man zwischendurch ein paar Dehn-, Streck- und Kraftübungen macht. Die Weltgesundheitsorganisation WHO rät: Erwachsene brauchen an den meisten Tagen mindestens dreißig Minuten regelmäßige, moderat intensive Bewegung. Diese

physische Aktivität kommt sowohl der körperlichen als auch der geistigen Gesundheit zugute und reduziert die Häufigkeit von Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes, Stress, Angst, Depression und Einsamkeit.

Das gilt auch in hohem Alter, wie eine im November veröffentlichte Studie aus den USA an über 4000 Männern und Frauen ergab. Die Probanden waren erst mit einem durchschnittlichen Alter von 73 Jahren in die Studie aufgenommen und dann zehn Jahre lang beobachtet worden. Es zeigte sich, dass die Probanden umso weniger Herz-Kreislaufprobleme hatten, je schneller und je weiter sie in ihrem Alltag gingen.

Am effektivsten lässt sich die Aktivität steigern, wenn man die Bewegung in den Alltag integriert. Das kostet meistens weder Zeit noch Geld, im Gegenteil: Statt sich gelegentlich im Fitnessstudio auf dem Stepper zu schinden, kann man auch einfach echte Treppen steigen. Nur wird einem das manchmal gar nicht leicht gemacht: Die Treppenhäuser in Hotels beispielsweise sind oft schwerer zugänglich als die Parkplätze vor der Tür. Und manchmal hilft auch der beste Wille nicht: So kennt man im Auto die Fensterkurbel nur noch aus Oldtimern – selbst das kleine Armtraining beim Fensteröffnen mag man dem modernen Menschen offenbar nicht mehr zumuten.

Am besten wäre es ohnehin, das Auto stehen zu lassen und nach Möglichkeit auf das Rad umzusteigen. Behörden könnten dies unterstützen, indem sie keine holprigen Radwege aus Pflastersteinen bauen, sondern Radschutzstreifen auf der Straße einrichten, wo ein zügiges Fahren möglich ist. Auch Firmen können ihren Mitarbeitern auf die Pedale helfen: Ein gesicherter Stellplatz für das Fahrrad sowie Umzieh- oder gar Duschmöglichkeiten könnten den sportlichen Weg zur Arbeit attraktiver machen. Auch für das kleine Budget gibt es Möglichkeiten: Im NDR-Gebäude in Hamburg hat die »Arbeitsgruppe Gesundheit« an die Fahrstuhle Piktogramme geklebt, die einen Treppen steigenden Menschen zeigen. Darunter steht: »Läufst Du schon oder fährst Du noch?«

Treppenhaus statt Step-Aerobic



Dr. Christian Weymayr
ist Projektleiter des IGeL-Monitor und
freier Medizinjournalist.
c.weymayr@igel-monitor.de

Auf der Flucht leidet auch die Seele

Es sind Hunderttausende, die nach Deutschland kommen. Weltweit sind fast 60 Millionen Menschen auf der Flucht. Sie fliehen vor Assad und der IS in Syrien, den Taliban in Afghanistan oder dem Bürgerkrieg in Somalia. Und sie haben zum Teil Schreckliches erlebt. Dabei verletzen Waffenbeschuss und Granaten, Hunger, Durst oder Folter nicht nur den Körper.

VIELE FLÜCHTLINGE benötigen psychotherapeutische Unterstützung, um die traumatisierenden Erlebnisse wie Vergewaltigungen oder Folter zu verarbeiten. Sie leiden häufig an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und erleben die schrecklichen Situationen im Kopf immer wieder, meist als Alpträume oder filmartige Szenen. Das Gefühl, das sie dabei empfinden, ist oft so intensiv, als wäre die Situation real. Doch das Asylbewerberleistungsgesetz ermöglicht nur dann eine medizinische Betreuung, wenn eine akute oder lebensbedrohliche Situation vorliegt. Psychische und psychiatrische Erkrankungen stehen oft erst an zweiter Stelle. Auch fehlen qualifizierte Fachkräfte, die sich mit der Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen auskennen, genauso wie Dolmetscher, die sich um die sprachliche Verständigung bei einer ärztlichen Untersuchung oder Anamnese kümmern, die Finanzierung dieser Betreuung oder deren Organisation.

Ehrenamtliche medizinische Betreuung von Flüchtlingen

Das erlebt auch Dr. Enrico Ullmann in Dresden tagtäglich. Gemeinsam mit seinen Kollegen arbeitet er ehrenamtlich in der ärztlichen Versorgung der Flüchtlinge. »Wir hatten bemerkt, dass viele Flüchtlinge, die wir aus der allgemeinen ärztlichen Sprechstunde kannten, zunehmend unruhiger wurden. Die Mitarbeiter vom Roten Kreuz (DRK) berichteten uns außerdem, dass die Flüchtlinge nachts vermehrt anfangen zu schreien.« Der Bitte des DRK folgend, organisierten die Ärzte parallel zur allgemeinärztlichen und pädiatrischen Sprechstunde seitdem für sechs Stunden in der Woche eine ehrenamtliche psychiatrische Hilfe, in der auch ein Dolmetscher anwesend ist. So können auf der Basis von psychiatrischen Anamnesen Diagnosen erstellt werden. Bei jedem zweiten Patienten diagnostizierte das Team bisher eine stressassoziierte mentale Erkrankung (PTBS, eine Anpassungsstörung oder eine weitere psychische Erkrankung). Die

Evaluation der ersten beiden Wochen basiert auf den Daten einer Stichprobe von 23 Flüchtlingen, die sich im Rahmen der ehrenamtlichen psychiatrischen/psychosomatischen Sprechstunde vorstellten. In einem Kommentar des Fach-Journals *Molecular Psychiatry* beschreibt Ullmann diese Ergebnisse. Eine weitere Studie aus Ungarn besagt, dass dort sogar 61% von 450 untersuchten Flüchtlingen die Kriterien für eine PTBS erfüllten. Dabei bereitet ihm vor allem die ungenügende mentale Versorgung der minderjährigen Flüchtlingskinder Sorgen, die ohne ihre Familien nach Deutschland kommen und die aufgrund ihres Alters und der fehlenden Bezugspersonen intensive Hilfe benötigen. Bleibt eine Therapie aus, wird die Krankheit schlimmstenfalls chronisch. Und nicht nur das: Die Ängste können über drei Generationen hinweg weitergegeben werden, sagt Ullmann.

Nächtliche Schreie rufen Helfer auf den Plan

Oft fehlen die Worte - im übertragenen wie im direkten Sinne

Besonders schwierig in der psychiatrischen Versorgung empfinden die Ärzte und Psychotherapeuten die sprachliche Verständigung. Der Mangel an Dolmetschern war zum Beispiel ein deutliches Hindernis beim Sammeln psychiatrischer klinischer Daten. »Bei 90 bis 100 Patienten, die am Tag durch die Flüchtlingsambulanz geschleust werden, lässt sich schnell ausrechnen, wie oft der Dolmetscher beim einzelnen Patienten zum Einsatz kommt. Das reicht einfach nicht«, sagt Ullmann. Aus der Not heraus entstand deshalb eine Idee, die Abhilfe schaffen könnte: Die »SaxMedApp«, eine Applikation (app), die es ermöglicht, audiovisuell anamnestische Angaben digital vor dem Arztkontakt auf einem Tablet zu erfassen. Ullmanns Team reichte einen entsprechenden Projekt- und Finanzierungsantrag beim Freistaat Sachsen ein, um den Ärztinnen und Ärzten zügig eine Lösung an

die Hand geben zu können, eine endgültige Entscheidung hierzu steht aus. »Wir können den Umfang einer medizinischen Softwareentwicklung jetzt einfach nicht mehr ehrenamtlich nebenbei stemmen, das Konzept müsste organisiert auf eine feste Basis gestellt werden.«

Die weitere Suche nach diagnostischen Möglichkeiten

Dabei ist es wichtig herauszufinden, wer von einer psychischen Erkrankung bedroht ist und wer nicht. Ullmann hat erlebt, dass, auch wenn alle Flüchtlinge Trauma und Stress erfahren, einige für eine mentale Krankheit verwundbarer sind als andere. Da die Mittel begrenzt sind, sollte sich die Behandlung psychischer Erkrankungen besonders an diejenigen ausrichten, die mit größerer Wahrscheinlichkeit eine PTBS oder eine Depression entwickeln werden. Doch wie lässt sich das erkennen? Gemeinsam mit seinen Kollegen sucht der Arzt deshalb nach möglichen diagnostischen Markern wie Haarsteroiden oder epigenetischen Komponenten (FKBP5), die auch ohne Worte Rückschlüsse auf ein seelisches Trauma zulassen. Derzeit arbeitet die Gruppe an einer Veröffentlichung, die die Zusammenhänge zwischen Haarsteroiden und mentalen Belastungen sowie Sport aufzeigen. Mittelfristig könnte hier ebenfalls ein Lösungsansatz liegen.

Ullmann erlebt im klinischen Alltag immer wieder das Problem der eingeschränkten Verständigung, so wie in einem Samstagsdienst in der Klinik, als eine Mutter mit ihrem

Kind zu ihm kam: »Die beiden kamen aus Persien und sprachen lediglich Farsi. Irgendein Anamnesegespräch war nicht möglich. Ich erhielt also keinerlei weitere Informationen und konnte mich nur auf das verlassen, was ich untersuchte und was die Schwestern auf der Station beobachteten. Da wird der Arzt mit seinem Stethoskop völlig allein gelassen.« Er weiß, dass vor allem die Kinder und Jugendlichen unter Flucht und Krieg leiden. Dabei können sie selbst ein Opfer oder aber auch ein Zeuge von Gewalt und Folter sein, haben ihr Zuhause, ihre Angehörigen und ihre Freunde verloren. Sie erleben also nicht nur das Gleiche wie die Erwachsenen, sie sind außerdem plötzlich auf sich allein gestellt, ohne jede Bezugsperson.

»Diese Kinder benötigen erst einmal einen Ansprechpartner über das zuständige Jugendamt hinaus, der mit ihnen ins Gespräch kommt und ihnen hilft, die Angehörigen zu finden. Im neuen Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher ist eine solche »Clearingstelle« beschrieben, in der so etwas beginnend stattfinden könnte. Dabei ist es wichtig, die Mitarbeiter in diesen Clearingstellen und beim Jugendamt zu sensibilisieren, damit sie die Kinder großzügig in den Kinder- und Jugendpsychiatrien oder in den Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) vorstellen«, fordert Ullmann.

Dr. Martina Koesterke

Das Problem der fehlenden Wörter begegnet ihm überall

Wichtig ist ein sicherer Ort

Wie lässt sich herausfinden, ob Belastungssymptome durch ein behandlungsbedürftiges Trauma oder durch die schwierige Situation in den Gemeinschaftsunterkünften entstehen oder aufrechterhalten werden? Darüber sprach MDK forum mit Dipl.-Psych. Ruth Rohdich vom Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie.

forum Die Ärzte in den Flüchtlingsambulanzen beobachten, dass viele Menschen dort unter psychischen Erkrankungen als Folge von durchlebten Traumata leiden. Gibt es bundesweite Untersuchungen dazu?

Ruth Rohdich Die Prävalenzzahlen zu psychischen Erkrankungen bei Flüchtlingen

schwanken abhängig von der untersuchten Migrationspopulation, den Bedingungen des aufnehmenden Landes und auch davon, wie lange sich diese Menschen schon im Migrationsprozess befinden. Viele Einzelstudien sind zudem methodisch sehr heterogen und beruhen auf selektiven und kleinen Stichproben,

so dass allgemeine Aussagen über tatsächliche Prävalenzen erschwert sind. Porter & Haslan betonten bereits 2005, dass die psychologischen Effekte von Flucht und Vertreibung durch Krieg nicht einfach als Ergebnis akuter und einzelner Stressoren verstanden werden können, sondern entscheidend von



ökonomischen, sozialen und kulturellen Bedingungen abhängen, aus denen Flüchtlinge stammen und in welche sie nach ihrer Flucht gelangen.

Die Prävalenzzahlen zu psychischen Erkrankungen bei Flüchtlingen schwanken z. B. für Depression zwischen 2,3% und 86% und für posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zwischen 4,4 und 86%. Die höchste Zahl, bis zu 91%, wurde bei im Heimatland gefolterten Flüchtlingen über Selbstbeurteilung der Symptomatik erhoben. Ein markantes Ergebnis in von uns gesichteten Reviews ist, dass die Prävalenzzahlen von PTBS und anderen psychischen Erkrankung niedriger ausfallen, wenn die Symptomatik über Fremdbeurteilung bzw. über ein strukturiertes Interview für psychische Störungen erhoben wurde.

forum Wie kann diesen Menschen am besten geholfen werden?

Rohdich Zunächst einmal brauchen sie einen sicheren Ort und sichere Lebensumstände. Sodann gilt es, psychische Symptome abzuklären. Dies sollte durch eine strukturierte Diagnostik, die von Klinikern (Psychiater, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten) durchgeführt wird, geschehen. Damit kann zum einen eine eindeutige Diagnose gestellt werden und daraus der individuelle Behandlungsbedarf festgelegt werden. Zum anderen können durch eine adäquate Diagnosestellung langfristig tatsächliche Prävalenzzahlen erhoben werden.

Aus den gesichteten Studien wissen wir u. a. dass Menschen mit unklarem Aufenthaltsstatus über höhere Beeinträchtigungen berichten. Hier ist die Beschleunigung von Asylverfahren erforderlich, um diesen Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Erkrankungen so gering wie möglich zu halten. Auch ungünstige Lebensbedingungen wie das Leben in Gemeinschaftunterkünften, Geldnot, Arbeitslosigkeit können psychischen Stress

verstärken und sich negativ auf schon bestehende Symptome auswirken.

Hier ist besonders die Politik gefordert, Asylsuchende so schnell und so gut wie möglich zu integrieren, damit sie am sozialen Leben des Aufnahmelandes teilnehmen können.

forum Viele Ärzte kommen an die Grenzen, was eine ehrenamtliche Arbeit betrifft. Wie könnte es weitergehen?

Rohdich Hier ist der Gesetzgeber gefragt, der in diesem Punkt auch bereits aktiv geworden ist. Die Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes organisieren die gesundheitliche Versorgung innerhalb der ersten 15 Monate. In dieser Zeit wird insbesondere die psychotherapeutische und psychiatrische Betreuung größtenteils durch psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) sichergestellt. Nach 15 Monaten übernehmen die Krankenkassen auftragsweise die gesundheitliche Versorgung der Asylbewerber.

Zur Sicherstellung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen wurde die Zulassungsverordnung für Ärzte / Psychotherapeuten entsprechend geändert. Ärzte / Psychotherapeuten mit entsprechender Aus- oder Weiterbildung sowie psychosoziale Zentren mit ständiger fachlich-medizinischer Leitung sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Asylbewerbern, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen.

forum Ist eine längerdauernde Psychotherapie dabei der richtige Weg?

Rohdich Sicherlich nicht in jedem Fall, da genau bestimmt werden muss, wie ausgeprägt die Traumatisierung ist und ob die Schwelle für eine behandlungsbedürftige Störung im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie

überschritten ist. In anderen Fällen von Traumatisierung reichen womöglich niedrigschwellige Betreuungs- und Unterstützungsangebote von Sozialarbeitern oder geschulten Laientherapeuten aus, wie bei der narrativen Exposition (NET). Sie hat sich ursprünglich in Krisengebieten bewährt, wenn schwer traumatisierte Menschen nur wenige Behandlungssitzungen erhalten können. Durch eine detaillierte Erzählung ihrer Lebensgeschichte setzen sie sich dabei mit den für sie belastenden Erinnerungen auseinander (Exposition), bis sie für sie selbst erträglich werden. Diese Intervention stellt vergleichsweise geringe Ansprüche an das therapeutische Setting und die akademische Ausbildung des Therapeuten. So kann sie auch von entsprechend ausgewählten und geschulten Personen ohne Hochschulbildung durchgeführt werden, beispielsweise auch in den Bedingungen eines afrikanischen Flüchtlingslagers.

Neben sprachlichen Problemen, bei welchen im Rahmen einer psychotherapeutischen Maßnahme ggfs. Dolmetscher eingesetzt werden müssten, sind auch kulturelle Aspekte zu berücksichtigen. Wie beeinflussen die kulturspezifischen Bedeutungssysteme die Bewertung des traumatischen Geschehens, wie drücken sich Symptome aus? Inwieweit besteht bei dem Betroffenen überhaupt ein »westlich orientiertes« Krankheits- und Psychotherapieverständnis? Psychologische Modelle aus westlichen Gesellschaften können nicht ohne Überprüfung und Anpassung auf Menschen aus anderen Kulturkreisen und mit anderem Sozialisationshintergrund übertragen werden.

Die Fragen stellte Dr. Martina Koesterke

Wenn sich ein Bild ergibt ...



Allein 2015 hat die Große Koalition sechs für die Entwicklung des Gesundheitswesens tragende Gesetze beschlossen. Man steht nun vor einem Haufen von Puzzleteilen und fragt sich, wie sie eines Tages zusammenpassen werden. Sicher ist nur, dass alle von der Großen Koalition angestoßenen Gesundheitsreformen bis 2020 mindestens 40 Milliarden Euro kosten werden.

DAS ERSTE PUZZLETEIL hat die Koalition schon 2014 platziert. Es ist das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), dessen Vertreter es übrigens »Iktik« ausgesprochen hören wollen. Das Institut steht für die Qualitätsorientierung, die fortan die Gesundheitspolitik leiten soll – und zwar auf allen Ebenen. Im Frühjahr will das IQTIG erste Indikatoren für die Strukturqualität von Krankenhäusern vorlegen.

Alles hübsch der Reihe nach

Aber das Puzzleteilchen »Krankenhausreform« ist noch nicht dran. Die Zukunft, so heißt es nämlich, ist ambulant. Niedergelassene Ärzte sind gefragt. Nur dumm, dass die Ärzte mit der Bevölkerung altern. Von den rund 146 000 Vertragsärzten hören in den kommenden Jahren einige Zehntausend auf. Man hat festgestellt, dass junge Ärzte, wie viele junge Menschen, eine andere Vorstellung von Work-Life-Balance haben, als das Gesundheitssystem bisher vorgesehen hat. Das hat Auswirkungen auf die medizinische Versorgung auf dem Land. Junge Allgemeinärzte, die die Einzelkämpfer in den Landarztpraxen ablösen sollen, bleiben rar. Seit mehreren Legislaturen feilen die Gesundheitspolitiker deshalb an dem Puzzleteil ambulante Medizin. Niedergelassene Ärzte sind von vielen Fesseln befreit worden. Sie dürfen Ärzte anstellen, Zweigpraxen eröffnen, sie müssen nicht mehr am Ort ihrer Praxis wohnen.

2015, im Juli, folgten mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) die nächsten Schritte. Die Bedarfsplanung von 2013 soll bis 2016 neu aufgestellt werden. Noch kleinteiliger als bisher. Das bisherige Köpfe-Arzt-Verhältniszahl-Konzept soll einer Planung weichen, die auf dem sozialräumlichen Auge nicht blind ist. Die Zahl der Arbeitslosen, die Struktur des Nahverkehrs – all dies kann der Gemeinsame Bundesausschuss nun in die Planung einbeziehen.

Manche Ecken und Kanten haken

Das Teilchen »ambulante Versorgung« fügt sich geschmeidig in das Puzzle ein – bis auf eine Ecke. Es hakt in den vermeintlich überversorgten Gebieten. Grund ist der Passus des Gesetzes, der die Kassenärztlichen Vereinigungen zu einem Aufkauf von Praxen zwingt. Betroffen sein sollen Ärzte und Psychotherapeuten in Planungsbezirken, die nach den neuen Vorgaben des GBA ab 2017 einen Versorgungsgrad von 140% aufweisen.

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz ist übrigens eine alte Bekannte zurückgekehrt: die Integrierte Versorgung, ein weiteres Puzzleteil. Der Innovationsfonds, Nachfolger der Anschubfinanzierung von 2007, geht ab Januar an den Start. Gleich mit 900 Millionen Euro sollen Projekte der Integrierten Versorgung gefördert werden. Die Begleitforschung ist dem Gesetzgeber weitere 300 Millionen Euro wert. Der Fonds wird im Laufe des Jahres 2016 erstmals ausschütten. Dabei sein werden allen Ankündigungen zufolge auch telemedizinische Anwendungen, mit denen sich die Versorgung ohne die physische Präsenz von niedergelassenen oder auf Station tätigen Ärzten ergänzen lässt.

Jokerteilchen passen überall

Eine erste EBM-Ziffer für die Überwachung von Herzinfarktpatienten haben die Vertragsparteien bereits geschaffen und damit einen Auftrag aus dem im Dezember beschlossenen E-Health-Gesetz umgesetzt. Das ist das Jokerteilchen, das überall passt. E-Health soll die Versorgung von bürokratischen Ecken und Kanten befreien.

Die Krankenhausreform soll das Versorgungsbild vervollständigen. Dieses Teilchen lässt sich nahe bei dem des IQTIG einpassen, die richtige Stelle ist aber noch nicht gefunden. Es klemmt. Qualität im Krankenhaus muss erst objektivierbar werden. Es ist daran gedacht, gute Krankenhäuser finanziell

zu belohnen. Schlechte sollen im Bild nicht länger auftauchen und aus dem Spiel genommen werden. Die Medizinischen Dienste werden dabei eine Rolle spielen. Als Prüfdienste der Kassen gelten sie vielen Krankenhausdirektoren jedoch als befangen. Sie fordern einen Medizinischen Dienst für Qualitätsprüfungen, der aus Steuermitteln finanziert werden soll.

An dieser Stelle spätestens taucht die Schnittstelle zwischen ambulant und stationär auf. Das IQTiG soll nämlich auch die sektorenübergreifende Versorgung fassbar machen. Wiedereinweisungen in Krankenhäuser oder Spätfolgen von Operationen können ja auch auf Mängel in der ambulanten Versorgung oder auf fehlende Compliance zurückgehen, lautet ein Argument dafür.

Die Alterung besteht nicht nur darin, dass die Menschen länger leben, sie leben auch länger gesund. Das geschieht schon aufgrund des wachsenden Wohlstands, den die Nachkriegsgenerationen genießen dürfen.

Zeit, das gesuchte Teilchen einzusetzen

Das Präventionsgesetz – im vierten Anlauf ist es 2015 tatsächlich dazu gekommen – soll diese Entwicklung verstetigen und den Volkskrankheiten schon in Kita und Schule etwas entgegensetzen. Das bessere Leben führt nämlich nicht überall zu einem vernünftigeren Umgang mit dick machenden Nahrungsmitteln, zu mehr Bewegung, zu Abstinenz von Tabak und Alkohol.

Zu Beginn der Puzzelei war davon die Rede, dass nicht allein die Demografie die Zahl der Pflegebedürftigen in die Höhe treibt. Das 2015 beschlossene Pflegestärkungsgesetz 11 ist das Opus magnum der Koalition. 500 000 an einer Demenz erkrankte oder anderweitig in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkte Menschen werden damit unter das Dach der sozialen Pflegeversicherung geholt. Das ist eine politische Großtat mit Fernwirkungen. Für die Medizinischen Dienste bedeutet das erhebliche Anstrengungen im neuen Jahr. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff erfordert eine grundlegende Anpassung der Begutachtungsverfahren.

Auch das längste Leben endet. Mit dem Hospiz- und Palliativgesetz hat die Koalition im Dezember ein weiteres Puzzle-teil in das Versorgungsbild eingefügt. Mehr ambulante und stationäre Hospizdienstleistungen sowie Ansprüche auf Beratung und Hilfestellung sollen den Abschied erträglicher machen. Angst vor Schmerzen soll der Vergangenheit angehören, die Palliativmedizin soll auch auf dem Land endlich flächendeckend ausgebaut werden.

An diesem letzten Teil des Bildes hängt noch etwas, das auf den Betrachter irritierend wirken kann. Nach einer ausgedehnten gesellschaftlichen Debatte hat im November eine Mehrheit des Bundestags ohne Fraktionszwang ein Verbot der kommerziellen Sterbehilfe beschlossen.

IMPRESSUM

MDK forum. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Hrsg. vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

Verantwortlicher Redakteur Dr. Ulf Sengebusch [ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de].

Redaktion Martin Dutschek [martin.dutschek@mdkn.de];
Michaela Gehms [m.gehms@mds-ev.de];
Elke Grünhagen [e.gruenhagen@mds-ev.de];
Dr. Martina Koesterke [m.koesterke@mds-ev.de]

Die Artikel externer Autorinnen und Autoren geben deren Meinung wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

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

Titelmotiv blümchen36 / photocase.com

Bildnachweis

S. 10 (Autorenbild) jenny-sieboldt.de;
S. 20 (Autorenbild) svr / Wolfgang Borrs;
S. 22 Foxi66 / photocase.com
S. 24 Roodini / photocase.com;
S. 28 Schwarzvogel / photocase.com
S. 31 jmdphoto / photocase.com
Fotos der Autoren und Gesprächspartner wurden uns, sofern nicht anders gekennzeichnet, privat zur Verfügung gestellt.

ISSN 1610-5346



Anno Fricke
ist Redakteur bei der *ÄRZTE ZEITUNG*,
Springer Medizin Verlag GmbH,
Hauptstadtbüro Berlin



MDK Baden-Württemberg

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

MDK Bayern

Haidenauplatz 1, 81667 München
Geschäftsführer **Reiner Kasperbauer**
Telefon 089.67008-0
Telefax 089.67008-444
E-Mail Hauptverwaltung@mdk-bayern.de

MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Schlaatzweg 1, 14437 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 e.V.

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin
Geschäftsführerin **Dr. Ina Bossow**
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 **Andreas Hustadt**
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 info@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 e.V.

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

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

