

Achtung, Igel!

Internetportal bewertet fragwürdige Gesundheitsleistungen

Patienten werden mit sanftem Druck des Arztes überredet. Ein Hinweis auf die angeblich drohende Zweiklassenmedizin oder die Bemerkung „Für Ihr Auto würden Sie doch auch ein paar Extras bezahlen“ reicht oft aus, und der bei einer gesetzlichen Krankenkasse versicherte Patient zahlt drauf. Das gilt in doppelter Hinsicht: Der Kranke muss die Kosten für die individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) selbst tragen. Und den Schaden hat er auch noch. Denn die meisten IGeL sind im besten Falle umstritten oder überflüssig, im schlimmsten Falle sind sie sogar schädlich. Nur die Minderheit der Angebote, etwa eine sport- oder tauchmedizinische Untersuchung oder die Impfung vor Fernreisen, ist medizinisch uneingeschränkt sinnvoll, wird aber von Kassen nicht erstattet.

Ein neuer Service soll es den Patienten erleichtern, Nutzen und Nachteile der IGeL zu beurteilen. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDS) hat eine Internetseite eingerichtet, auf der Zug um Zug alle IGeL aufgeführt und bewertet werden (www.igel-monitor.de). Insgesamt gibt es rund 350 IGeL, wobei sich viele nur geringfügig voneinander unterscheiden. Für den Anfang haben die Experten des MDS 24 der populärsten Angebote untersucht. Wer es eilig hat, kann schnell erfahren, dass eine Lichttherapie zur Behandlung von winterlichen Stimmungseintrübungen eine tendenziell positive Wirkung entfalten kann und damit besser wirkt als eine Behandlung mit einem Placebo. Wer tiefer einsteigt, erfährt außerdem, dass er sich das Geld (zumeist sechs bis zehn Euro) sparen kann, wenn er im Winter mittags häufiger einen Spaziergang unternimmt.

IGe-Leistungen haben in den vergangenen Jahren massiv zugenommen. Einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiO) zufolge wurden im Jahr 2005 für geschätzte eine Milliarde Euro IGeL verkauft. Mittlerweile beziffern Experten das Verkaufsvolumen mit mindestens 1,5 Milliarden Euro jährlich, Tendenz steigend. Es gibt Ärzte, die nichts davon halten und komplett auf das „Igel“ verzichten. Andere erachten die Angebote als sinnvoll und schätzen wohl auch das zusätzliche Geschäft. Als Patient stößt man vor allem bei Fachärzten auf die IGeL. Nach der Studie bieten Frauenärzte, Augenärzte, Urologen, Orthopäden und Hautärzte ihren Patienten pro Jahr 300- bis 600-mal eine IGeL an, praktische Ärzte und Allgemeinärzte lediglich etwa 100-mal.

Der „graue Markt“ in den Praxen ist schlecht kontrolliert, oft werden keine Kostenvorschläge gemacht und nicht mal Rechnungen gestellt. „Wir machen jetzt noch schnell eine Untersuchung“, habe der Augenarzt gesagt, dann den Augeninnendruck gemessen, und später musste der verdutzte Patient bei der Sprechstundenhilfe die Kosten begleichen, berichtet etliche Menschen in Internetforen. „Obwohl vorgeschrieben, gab es in weniger als der Hälfte der Fälle eine schriftliche Vereinbarung, für jede siebte Leistung gab es nicht einmal eine Rechnung“, sagt Doris Pfeiffer, Vorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.

Ist der Test medizinisch sinnvoll oder nur lukrativ für den Arzt?

Seit Ende der 1990er Jahre steigt die Anzahl der IGeL – nicht weil Kassen sinnvolle Leistungen kürzen, sondern weil immer mehr sinnlose Medizin im Angebot ist. Das Arzt-Patienten-Verhältnis verändert sich dadurch. Haben vor zehn Jahren nur neun Prozent der Patienten berichtet, dass ihnen IGeL angeboten wurden, waren es zuletzt knapp 30 Prozent. Doch wie soll der Kranke erkennen, ob der Doktor zu einer Behandlung oder Diagnostik rät, weil sie medizinisch sinnvoll ist, oder nur weil sie die Kasse des Arztes aufbessert? Der Arzt sei zum Verkäufer und der Patient zum Kunden geworden, beklagen Ärzte, die dem „Igel“ skeptisch gegenüberstehen. Sogar der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Köhler, mahnt seine Kollegen, es mit der „Igelei“ nicht zu übertreiben. Zur Enttäuschung der Kassen, der Ärzte und der Patientenschützer findet sich im Entwurf für das neue Patientenrechtegesetz keine Einschränkung für den Verkauf der umstrittenen Leistungen – wie etwa eine 24-stündige Bedenkzeit für den Patienten, die von vielen Seiten gefordert wird.

Beeinträchtigt wird das Bild des Arztes nämlich vor allem dadurch, dass viele IGeL mehr Schaden anrichten, als sie nutzen. Nach Worten von MDS-Chef Peter Pick wiesen von den 24 untersuchten Leistungen elf eine negative Nutzen-Schaden-Bilanz auf, vier davon sogar eine deutlich negative. „Für die Versicherten bedeutet dies, besonders vorsichtig zu sein“, so Pick. In letztere Gruppe fällt etwa der Test auf Toxoplasmose bei Schwangeren (14 bis 16 Euro). Diese von Katzen übertragene Infektion kann beim Ungeborenen schwere Schädigungen verursachen, wenn sich die Frau erstmals mit ihr infiziert. Es gibt aber selbst nach jahrelangen Beobachtungen keinen Anhaltspunkt dafür, dass durch einen solchen Test weniger Kinder angesteckt werden, urteilt der MDS. Wenn die Diagnose aber weitere Untersuchungen nach sich zieht, kann es beispielsweise durch eine Fruchtwasseruntersuchung zu einer Fehlgeburt kommen.

Natürlich stecken auch hinter dem Portal wirtschaftliche Interessen. Das räumt GKV-Vorsitzende Doris Pfeiffer offen ein. Mediziner verkaufen die IGeL häufig mit der Begründung, dass die Kasse die Untersuchung nicht mehr bezahle, argumentiert die Kassenverbands-Chefin: „Das wirkt sich natürlich schädlich auf den Leumund der gesetzlichen Krankenversicherung aus.“ Die Krankenkassen haben für den Aufbau des Internetportals 350 000 Euro investiert. 100 000 Euro pro Jahr soll es kosten, die Seite weiter zu betreiben. Gut angelegtes Geld auch für die Versicherten, wie Pfeiffer findet. Denn schließlich könne mit mehr Information die Courage gefördert werden, die vom Arzt mit schönen Worten angepriesenen IGeL einfach abzulehnen. WERNER BARTENS/GUIDO BOHSEM



Immer wieder erleidet Patrick Anywar Krampfanfälle und liegt danach stundenlang regungslos am Boden. Die Menschen im Norden Ugandas können sich nicht daran erinnern, dass jemals ein Kind das beängstigende Kopfnick-Syndrom überlebt hätte. Fotos: Yannik Tylle

Afrikas neue Plage

Es beginnt mit krampfhaftem Kopfnicken: In Uganda sterben reihenweise Kinder an einer unheimlichen Krankheit

ANZEIGE

Die Vortragsreihe, die Wissen schafft.

Neue Technologien & Energieformen, 15. Februar 2012

Strom aus dem All – Ist Solarenergie die Zukunft?

Professor Dr. Eicke R. Weber, Fraunhofer-Institut für Solare Energiesysteme ISE, Freiburg

Weitere Informationen: www.sz-auditorium.de

Süddeutsche Zeitung AUDITORIUM

Seien Sie anspruchsvoll.

Süddeutsche Zeitung

Die Katastrophe im Blick

Bundesregierung erweitert Forschung zur zivilen Sicherheit

Der Verletzte ist blass, hat ein blaues Auge und eine tiefe, blutende Wunde an der linken Schläfe. Ein Feuerwehrmann beugt sich über ihn. Seine Fragen bleiben unbeantwortet, sein Gegenüber atmet, ist aber nicht ansprechbar. Der Helfer tippt auf dem Bildschirm eines kleinen Computers herum, der den Verletzten in die Kategorie „Rot“ einordnet: sofort nach am Ort des Unglücks zu behandeln. Der Feuerwehrmann speichert die Daten auf einen Chip an einem Armband, das er dem Verletzten anlegt, klebt einen roten Aufkleber darauf, und bindet dem Bewusstlosen zur besseren Sichtbarkeit ein Stück rot-weißes-Signalband an den Arm. Seine Daten und Position erreichen im gleichen Moment das Lagezentrum der Hilfskräfte und damit Feuerwehr, Notärzte und Polizei.

Eine Frau im roten Blazer schaut interessiert zu: Annette Schavan, die Forschungsministerin. Die Szene ist nur gespielt, der Verletzte geschminkt, aber der Armbandchip funktioniert tatsächlich. Schavan ist an diesem Mittwoch zu der Vorführung in die Feuerwehrtiergarten gekommen, um in Sichtweite des Bundeskanzleramts über das „Forschungsprogramm für die zivile Sicherheit“ zu informieren. Dessen zweite Phase bis 2017 mit 55 Millionen Euro zu finanzieren, hat das Bundeskabinett kurz zuvor beschlossen. Die Entwicklung des kleinen Computers für die Kategorisierung von Verletzten nach großen Unglücken gehörte zum ersten, soeben abgeschlossenen Teil des Forschungsprogramms. Wolf-Dieter Lukas, Abteilungsleiter für Schlüsseltechnologien im BMBF, erklärt, das Gerät solle nun den Innenministern der Länder vorgeführt werden.

„Sicherheit gehört zu den öffentlichen Gütern“, sagt die Ministerin, „das ist eine zutiefst politische Aufgabe.“ Im zweiten Teil des Programms soll es nun unter anderem um die veränderten Sicherheitsbedürfnisse einer alternden Gesellschaft gehen sowie um die Erkennung von Pandemien und den Schutz der Bevölkerung vor Kriminalität. Schavan ist dabei eine „Balance von Sicherheit und Freiheit“ wichtig. Kein Ingenieur dürfe im Rahmen des Programms grenzenlos entwickeln, was technisch möglich ist. Schon in der Konzeption der Projekte müssten juristische, sozialwissenschaftliche und ethische Bedenken gehört werden.

In der EU will sich die Ministerin dafür einsetzen, der Position Deutschlands Gehör zu verschaffen. Schließlich ist das europäische Projekt „Indect“ von Datenschützern kritisiert worden. Es versucht, aus Daten von Überwachungskameras Anzeichen für kriminelles Verhalten zu destillieren. Wenn jemand sich plötzlich umdreht und losrennt, könnte er gerade eine Handtasche geklaut – oder sich an einen vergessenen Termin erinnern haben.

Eine weitere Besonderheit der deutschen Sicherheitsforschung sei, dass die Nutzer selbst mitmachen, erklärt Wilfried Gräfling, Landesbranddirektor von Berlin. Zwar hat seine Behörde eine eigene Forschungsabteilung, die am Projekt zur Kategorisierung der Verletzten beteiligt war. Aber die Begegnung der Forscher und Praktiker habe sowohl Praxis-schock wie Theorieverwirrung ausgelöst. Eine gemeinsame Sichtweise mussten sie erst entwickeln. „Die Feuerwehr hat die Wissenschaft sozusagen mit der Dreileiter aus dem ELFenbeinturm befreit“, sagt Gräfling. CHRISTOPHER SCHRADER

Am Boden liegt Patrick Anywar. Er regt sich nicht. Nur einmal hebt der Junge ganz leicht seinen Daumen, als wolle er ein Zeichen geben. Ein kleiner Wink, der nur zu sehen ist, wenn man ganz nahe neben ihm kauert. Aber vielleicht ist es doch nur ein Zucken gewesen. Denn es sieht nicht so aus, als würde der Junge wahrnehmen, was um ihn herum geschieht. Die Mutter hat eine graue Decke über ihr Kind gebreitet, das auf einer geflochtenen Matte liegt. Der Körper des Jungen ist abgemagert. Mittags packte ihn ein Krampf-Anfall. Und nun habe er sich schon seit Stunden nicht mehr aufgerichtet, sagt Rosina Abwoyo. So ist es nun immer wieder mit ihrem Patrick. Die Mutter ahnt nun, was das bedeutet. Sie geht voran auf dem staubigen Pfad, der hinter ihre Hütte führt. Dort wölbt sich ein kleiner Erdhügel aus dem Gras, einige Meter weiter ist noch ein Grab zu sehen. Zwei Töchter hat die Mutter schon verloren. Beide Kinder lagen in ihren letzten Tagen am Boden – so wie Patrick. Der Junge rührt sich noch immer nicht. Erst später, als die Besucher aufbrechen, wird er noch einmal den Finger leicht heben. Seine Augen sind offen, aber es scheint, als sei er doch schon ganz weit weg. Auch Patrick soll einmal seinen Platz hinter der Hütte bekommen, sagt die Mutter. Wenn es soweit ist.

Der Junge ist 14 Jahre alt. Aber er sieht aus wie acht oder neun. Die Eltern müssen ihm das Essen einflößen, er spricht schon länger nicht mehr. Er kann kaum sitzen und laufen nur dann, wenn man ihn stützt. Seine Mutter hat keinen Zweifel: „Das ist die Nodding Disease.“ Das Kopfnick-Syndrom. Die Menschen in Norduganda können sich nicht erinnern, dass ein Kind das schon einmal überlebt hätte. Es beginne nach dem fünften Lebensjahr, sagen sie. Und keiner werde älter als 15.

Was ist das für ein mysteriöses Leiden, das in einigen sehr abgelegenen Gebieten Ostafrikas die Kinder heimsucht und deren Eltern in die Verzweiflung treibt? Woher kommt es? Und was kann man dagegen tun? Diese Reise zu den Bauern Nordugandas ist voller Rätsel und auch voller Traurigkeit. Denn es ist niemand hier, der noch etwas tun könnte für Patrick, den Jungen aus dem Dorf Tumungu.

Er liegt allein auf seiner Matte, die Mutter sitzt drei Meter entfernt auf einem Hocker und stillt ihre jüngste Tochter. Die ist 14 Monate alt, sehr lebendig, und die Frau dankt Gott im Himmel, dass das kleine Mädchen noch nicht begonnen hat zu nicken. Denn so fängt alles an: Kinder, die sich zum Essen setzen, nicken auf einmal mit dem Kopf. Oft stoßen sie sogar den Teller weg, sie wollen nichts mehr zu sich nehmen. Später bekommen sie Anfälle, die auf den ersten Blick denen von Epileptikern ähneln und im Laufe der Jahre zu schweren Hirnschäden führen. Die Kinder bleiben geistig zurück und wachsen nicht mehr. Und so geht es mit ihnen langsam zu Ende.

Was dieses Leiden auslöst, wissen die Ärzte nicht. Es gibt eine Fülle von Vermutungen, aber keine Spur führte bislang zum Ziel. Vieles, was zu beobachten ist oder über die Betroffenen von den Eltern berichtet wird, ist widersprüchlich und passt nicht richtig zusammen. Das macht die Forschung mühsam. „Das ist alles ein

großes Rätsel“, sagt der ugandische Mediziner Abdu Musubire. Er gehört zu einem Team, das gerade acht betroffene Kinder aus der Gegend Kitgum untersucht. Die Ärzte haben sie aus entlegenen Dörfern in die Hauptstadt Kampala verlegt, um neue Erkenntnisse zu gewinnen. Aber viel weiter sind sie nicht gekommen.

Musubire berichtet dennoch Verblüffendes. Die Eltern hatten erzählt, dass ihre Kinder oft dann mit dem Nicken begannen, wenn sie ihr Essen vor sich hatten. Als sie aber im Krankenhaus ihr Menü bekamen, das etwas anders aussah als in ihren Dörfern, nickten die Kinder nicht. Und anders als Zuhause, konnten sie in der Klinik auch essen, keiner stieß den Teller fort. „Es ist alles äußerst seltsam“, sagt Musubire. Die Messung der Hirnströme allerdings zeigte das gleiche Muster, wie es bei epileptischen Anfällen auftritt. Die Kinder bekamen auch in der Klinik ihre Anfälle, alle waren geistig zurückgeblieben. „Sehen wir hier eine neue Krankheit?“ fragt sich Musubire. Sein Team weiß, dass epileptische Anfälle viele Ursachen haben können. „Und in diesen Fällen kennen wir sie einfach nicht.“

Sind frühere Artillerie-Kämpfe die Ursache des Nick-Syndroms?

Auch in den Bergen Tansanias nicken Kinder verdächtig mit dem Kopf, davon kann die Neurologin Andrea Winkler in München erzählen. Sie forscht seit mehreren Jahren im abgelegenen Gebiet Mahenge, wo das Syndrom schon in den 1960er Jahren von einer Ärztin beschrieben wurde. „Es gibt dort aber einen wesentlichen Unterschied zu Uganda“, sagt Winkler vom Klinikum rechts der Isar. „Die Kinder in Tansania haben eine viel bessere Chance zu überleben.“ Ihr Kollege Erich Schmutzhard von der Uni Innsbruck sagt: „In Tansania haben wir nicht gesehen, dass sich das Hirngewebe komplett zersetzt.“ Im Norden Ugandas ist

das offenbar ganz anders, und gerade dort werden nun immer mehr Fälle gemeldet, die Unruhe wächst. In dieser Woche gab das ugandische Gesundheitsministerium neue Zahlen heraus, wonach inzwischen mehr als 3000 Kinder an der „Nodding Disease“ erkrankt und 200 schon gestorben sind.

Manche glauben, das Leiden könnte mit dem Busch-Krieg zusammenhängen, der viele Jahre lang wütete. Forscher der ugandischen Universität Gulu wollen die Auswirkungen von Artilleriebeschuss und anderen Waffen untersuchen. Bekannt ist, dass viele Kinder an posttraumatischem Stress leiden, sie wurden gejagt und entführt, doch wie dies alles mit dem Kopfnicken zusammen hängen könnte, ist unklar. Auch im Südsudan, wo es das krankhafte Kopfnicken gibt, tobte ein zäher Krieg – nicht aber in den Bergen Tansanias. Das spricht nicht für die Kriegstheorie. Womöglich sehen die Fälle im Sudan und Uganda aber auch nur so aus wie die in Tansania, haben tatsächlich aber ganz andere Ursachen.

Die Liste der Vermutungen ist lang: Manche Forscher haben sich auf den Parasiten Onchocerca volvulus konzentriert, einen Wurm, der von schwarzen Fliegen übertragen wird und die Flussblindheit auslöst. Andere halten die Tsetsefliege für verdächtig, die die Schlafkrankheit überträgt. Auch die amerikanische Gesundheitsbehörde CDC forscht seit längerem über die Ursachen der Nodding Disease – ohne Erfolg.

Das Nicken ist Afrikas neues großes Rätsel. Aber gibt es gar keine Rettung? Die Mutter von Patrick Anywar, der nicht mehr aufsteht, kann sich nicht erinnern, dass sich je ein Kind in der Gegend erholt hätte. Und viele Menschen in ihrer Nachbarschaft haben Kinder geboren, die nach ein paar Jahren begonnen haben zu nicken. Da sind zum Beispiel die Geschwister der 24-jährigen Violet Anek, die an diesem heißen Nachmittag ihre Söhne und Schwestern auf einer Matte im Schatten eines Mangobaumes

zusammenschart. Es ist eine wahre Großfamilie: Ihr Vater hat mehrere Frauen und 26 Kinder. 15 davon nicken und haben Anfälle. Die Kinder sitzen ganz still am Boden, manche haben einen stumpfen Blick. So schlecht wie Patrick geht es ihnen noch nicht, aber die junge Frau weiß, dass das vermutlich nicht so bleiben wird. Es zermüht sie, aber sie kann nichts dagegen tun. „Von Jahr zu Jahr wird alles schlechter.“ Und das lastet schwer auf der ältesten Schwester, die gerade geheiratet hat, aber gar keine Zeit für ihren neuen Mann hat.

Die Kämpfe sind vorbei – nun ist das mysteriöse Leiden gekommen

Es ist nicht nur die Qual, ihre Brüder und Schwestern ganz langsam sterben zu sehen. Alle Arbeit lastet nun auf ihr und ihren Eltern. Das Graben und das Pflanzten, das Kochen und Wasserholen. Und einer von ihnen muss immer bei den Kranken bleiben. Tag und Nacht, nie dürfen sie alleine sein, denn die Anfälle können sie jederzeit niederwerfen. In die Schule gehen sie schon lange nicht mehr, sie können dem Lehrer nicht mehr folgen. Von ihrer Gesundheitsstation haben sie Pillen gegen die epileptischen Anfälle bekommen, „eine weiße und eine gelbe“. Die wirkten anfangs ganz gut, aber später nicht mehr. Weil häufig in einer Familie gleich mehrere Kinder krank sind, denken Mediziner auch an genetische Faktoren.

Der Bauer Ociti Augustino Languna weiß von solchen Theorien nichts. Er hat immer auf dem Feld gearbeitet, um seine Kinder zu füttern und sie in eine besser Zukunft zu schicken. Darauf kann er jetzt nicht mehr hoffen. Er hat vier Frauen und 25 Kinder, davon sind acht erkrankt und eines schon gestorben. „Sie hat beim Wasserholen einen Anfall bekommen“, erinnert sich der Bauer. „Da ist sie in den Brunnen gefallen.“ So etwas geschieht hier immer wieder, Kinder ertrinken oder verbrennen im Feuer.

Der Bauer könnte stolz sein auf seinen Hof, er hat einige kräftige Bullen und viele Felder, die er mit seinen vier Frauen bestellt. „Meine Kornspeicher sind voll“, ruft er. Aber jetzt wollen seine Kinder, die nicken, nicht mehr essen. „Alles ist da im Überfluss, aber sie nehmen nichts.“ Das kann er kaum begreifen. Alle Zukunftsträume hat er begraben.

Die Menschen haben viel durchgemacht in dieser Gegend, der Krieg hat die Gemeinden zerrissen, Kinder wurden von Rebellen versklavt, Jahre lang lebten die Familien in Camps, bevor sie auf ihr Land zurückkehrten. Sie könnten jetzt ihren Frieden finden, denn die Kämpfe sind vorbei. Aber nun hat sie die Nodding Disease überfallen.

Manche sagen hier, das sei kein Wunder; dass die Kinder krank werden müssten, wegen der vielen Geister der Getöteten. Bauer Languna sagt das nicht. „Das ist der Wille Gottes“, glaubt er. Eine Prüfung vielleicht, wer weiß. Deshalb hält er sich auch an die Bibel und das Buch Job. „Der hat auch nicht aufgegeben“, sagt er, stemmt sich von seinem Hocker hoch und marschiert mit seinen Gummistiefeln wieder aufs Feld. ARNE PERRAS



In der Familie Languna sind acht Kinder betroffen. Sie bekommen Epilepsie-Medikamente, die Tabletten helfen aber nur kurze Zeit.

svr05

SZ20120126S15107Z