



forum

das Magazin des *Medizinischen Dienstes* 1.2023

Gemeinsam für
eine zukunftsfeste
Pflege

Liebe Leserin!
Lieber Leser!



AKTUELL

Die gute Frage: Sorgen wir uns zu sehr vor schweren Krankheiten? 1
Kurznachrichten 3
Auch das noch:
Spieglein, Spieglein ... 32

TITELTHEMA

Dringend gesucht:
eine zukunftsfeste Pflege 6
Neue Perspektiven in der
Begutachtung zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit 8
Gemeinsam statt einsam –
Wohnen im Alter 10
Die Zukunft der Pflege ist
multikulturell 12
Pflegefachkräfte aus dem Ausland
müssen durch ein Nadelöhr 14
E-Bike oder Solar-Paneele –
Pflegeheime sorgen für besseres
Klima 16
»Kleine Reförmchen reichen
nicht« 18

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN 19

WISSEN & STANDPUNKTE

Mehr Cybersicherheit für
Medizinprodukte 20
Sozialmedizin: gleiche
Gesundheitschancen für alle 22

GESUNDHEIT & PFLEGE

Da könnte der Wurm drin sein 24
Tatort Gesundheitswesen 25
Gelebte Inklusion 26

GESTERN & HEUTE

Die Kreolin mit dem
Teebecher 28

WEITBLICK

#disconnected – kein Leben ohne
Internet? 30

DIE PFLEGE steht vor immensen Herausforderungen: Nie zuvor hatten so viele Menschen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung, und die Zahlen werden weiter steigen. Gleichzeitig werden durch die demografische Entwicklung weniger pflegende Angehörige und Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Um die Pflege für die Zukunft zu sichern, sind alle Akteurinnen und Akteure gefordert: Wie können Pflegebedürftige und Pflegenden gestärkt werden? Wie können die Medizinischen Dienste dauerhaft eine zeitnahe und qualitativ hochwertige Begutachtung für die Versicherten sicherstellen? Welche Chancen bietet die Digitalisierung? Wie kann Klimaschutz in Pflegeeinrichtungen aussehen? Und welche Rolle spielen alternative Wohnformen in Zukunft? ① Die vorliegende Ausgabe des *forum* beschäftigt sich mit unterschiedlichen Aspekten rund um das Thema Pflege. Daneben warten weitere interessante Beiträge, zum Beispiel zum Stellenwert der Sozialmedizin, zu den Gefahren der Internetabhängigkeit oder zum Aufdecken von Korruption im Gesundheitswesen. ② Wir beschreiben, warum Cybersicherheit auch bei Medizinprodukten in den Fokus rücken sollte, und widmen uns einem Phänomen, das einige von uns aus Videokonferenzen kennen: Spiegelangst. ③ Genießen Sie die wärmende Frühlingssonne!

Herzlichst, Ihr Dr. Ulf Sengebusch ④

DIE GUTE FRAGE

Sorgen wir uns zu sehr vor schweren Krankheiten?



Fast die Hälfte der Menschen hierzulande recherchiert regelmäßig zu Krankheitssymptomen im Internet. Das kann die Sorge vor ernstesten Erkrankungen deutlich verstärken. Über die Angst, krank zu werden, sprach *forum* mit der Psychologin Dr. Anna Pohl, Leiterin der Spezialambulanz Krankheitsangst an der Universität Köln.

Ich zögere gerade eine Darmspiegelung hinaus. Ich denke mir, vielen Menschen geht es ähnlich. Wir haben Angst, dass die Ergebnisse solcher Untersuchungen auf eine schwere Erkrankung hinweisen. Ist die Angst vor Krankheiten nicht etwas »Normales«?

Die meisten Menschen kennen Befürchtungen, eine ernsthafte Krankheit zu bekommen. In manchen Fällen jedoch ist Krankheitsangst behandlungsbedürftig. Da fällt es den Betroffenen schwer, sich von den Gedanken an eine mögliche Krankheit zu lösen. Sie sind davon überzeugt, eine schwere Krankheit zu bekommen oder schon daran zu leiden, und sie verbinden Krankheit mit besonders negativen Vorstellungen.

Ab wann sollte die Angst vor Krankheiten behandelt werden?

Wenn sie zu deutlichen Einschränkungen im Alltag führt. Also, wenn ich sehr viel Zeit mit meiner Angst verbringe und deshalb vieles nicht mehr mache, mich zurückziehe oder wenn ich versuche, Sicherheit zu schaffen, indem ich zum Beispiel von einem Arzt zum nächsten gehe. Vermeidet jemand eine Vorsorge-

untersuchung, dann mag das für sich genommen noch kein großes Problem sein, aber es könnte schlimmstenfalls ein größeres werden. Denn Angst hat ja oft den Charakter, größer zu werden. Am Anfang meidet man vielleicht nur eine Situation, später werden es immer mehr. Es wird dann immer anstrengender und hat den Preis, dass man ein weniger freies Leben führen kann.

Es gibt die, die der Angst aus dem Weg gehen, und die, die nach Sicherheit suchen. Was heißt das?

Alle wollen ihre Angst reduzieren – derjenige, der Praxisbesuche vermeidet genauso wie diejenige, die Sicherheit sucht und deshalb oft zu Ärzten geht. Der erste Arzt findet womöglich nichts. Das beruhigt nur kurz. Dann geht man zu einer weiteren Fachärztin, und so weiter. Das kostet Zeit, womöglich werden Untersuchungen gemacht und bezahlt, die gar nicht nötig wären. Oder es belastet die Partnerschaft, wenn mein Partner ständig nach dem Leberfleck gucken soll, der sich in meinen Augen doch irgendwie verändert hat.

Raten nahestehende Menschen den Betroffenen, sich Hilfe zu suchen? Oder muss man sich selbst eingestehen, dass es womöglich nicht normal ist, sich den ganzen Tag um die eigene Gesundheit zu sorgen?

Beides – Personen merken natürlich, dass sie ängstlicher sind. Trotzdem bleibt für sie häufig lange das Problem, dass sie schwer krank sein könnten, und nicht, dass sie Angst vor Krankheiten

haben. Personen, die in unsere Ambulanz kommen, haben oft schon lange starke Krankheitsängste. Belastungen im Alltag wie Schlafstörungen zum Beispiel sind dann Anlass, Hilfe zu suchen. Zum Beispiel die junge Frau, die merkt, dass sie ihre Ausbildung nicht schafft, weil sie sich nicht konzentrieren kann, sondern ständig in Sorge ist, an Krebs erkrankt zu sein.

Wer ist von Krankheitsangst betroffen?

Bei Angststörungen sind es deutlich mehr Frauen als Männer, bei Krankheitsangst hält sich das die Waage. Wir sehen die Managerin genauso wie den Rentner, Betroffene von Mitte 20 übers mittlere Lebensalter bis zum höheren Lebensalter. Gerade Ältere haben häufig erlebt, dass Familienmitglieder gestorben sind oder es im Umfeld viele schwere Erkrankungen gab. Ältere Menschen sind außerdem häufiger körperlich erkrankt, spüren, dass der eigene Körper nicht mehr wie früher funktioniert, und entwickeln darüber Krankheitsängste. Die Studienlage dazu ist gemischt. Teilweise werden Zusammenhänge mit dem Alter gesehen, teilweise nicht, und vieles ist noch längst nicht erforscht.

Lassen Sie uns noch mal über die Ursachen reden.

Teilweise sind die Ursachen sehr unspezifisch. Die Biografien zeigen oft traumatische Kindheits-erlebnisse, eigene Erfahrungen mit Erkrankungen oder eine

ängstliche Persönlichkeitsstruktur. Auch die Erziehung wirkt sich aus. Eltern prägen schon früh den Umgang mit Krankheiten: Wie bedrohlich ist es, wenn ich Symptome habe? Gehe ich dann sofort in die Arztpraxis? Bleib ich bei Krankheiten direkt zu Hause? Und dieses unbewusste »Wie gehe ich mit Symptomen um?« verarbeitet das Gehirn so, dass es womöglich auch später wieder auf Bedrohung ausgerichtet ist und man Informationen auf eine bestimmte Art und Weise liest.

Was heißt das?

Wer Krankheitsängste hat, verarbeitet Informationen von Ärzten anders. Sagt die Ärztin oder der Arzt: »Ihre Befunde sehen alle gut aus – Ihr Blutdruck ist im oberen Bereich des Normalen«, könnte eine krankheitsängstliche Person befürchten: Oh, der Blutdruck ist im oberen Bereich, vielleicht ist das ein beginnendes Symptom, ich könnte eine Herzschwäche haben. Studien belegen, dass die Aufmerksamkeit dann an den bedrohlichen Informationen haften bleibt und man sich nicht mehr davon lösen kann.

Gibt es bestimmte Auslöser für die Angst?

Ja, negative Lebensereignisse und besondere Belastungen, oft im Kontext von Verlust und Gesundheit. Aber auch positive Lebensereignisse: Jemand ist Vater geworden und will alles besser machen als der eigene Vater, der früh die Familie verlassen hat. Nun empfindet er seine Verantwortung als Vater gleichzeitig auch als Belastung: Mir darf nichts passieren, sonst erlebt mein Kind das Gleiche wie ich. Auch Erkrankungen in der Familie oder bei Freunden können Auslöser sein oder auch schlechte Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem – vielleicht hat man mal eine schwere Diagnose bekommen, die sich als falsch herausgestellt hat.

Haben Krankheitsängste in den vergangenen Jahren zugenommen?

Die Prävalenzraten sind ungefähr gleich geblieben. Es gab unterschiedliche Entwicklungen zu den Klassifikationskriterien. Und im Zusammenhang mit Krankheitsängsten sprechen wir heute auch nicht mehr von Hypochondrie. Das ist der Versuch, das zu entstigmatisieren. Früher hieß es oft »der eingebilddete Kranke« – als könne man absichtlich entscheiden, was man wahrnimmt. Dabei steuert das Gehirn, was wir wahrnehmen, und das ist nicht unbedingt das, was passiert. Jeder kennt das, wenn man zum Beispiel Kinder hat, und dann gibt's Läuse, dann juckt es sofort auf dem Kopf.

In den Medien gibt es unzählige gesicherte und ungesicherte Informationen – man googelt Kopfschmerzen und landet beim Hirntumor. Schürt das Ängste?

Wir müssen unterscheiden: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Mediennutzung und Ängstlichkeit, aber es gibt keine belastbaren Studien zur Frage, ob Mediennutzung auch Krankheitsängste auslösen kann. Aber es gibt Erhebungen, in denen Personen gebeten wurden, Symptome zu googeln und vorher und hinterher Ängstlichkeit erfasst wurde. Anders als vermutet steigen Krankheitsängste auch nach der Suche auf seriösen Internetseiten, auf denen nicht reißerisch, sondern sachlich informiert wird. Dabei beeinflusst die Stimmung, in der die Person ist, die Zunahme an Ängstlichkeit. Bin ich schon

Dr. Anna Pohl

vorher schlecht gelaunt und negativ eingestellt, nehme ich Informationen eher als bedrohlich wahr und werde eher krankheitsängstlicher. Und ich denke, dass trotzdem die Sprache eine Rolle spielt. Sage ich zum Beispiel »0,1% aller Menschen werden eine schwere Erkrankung entwickeln«, oder sage ich »99,9% aller Menschen mit Kopfschmerzen sind gesund« – das macht für mich einen Unterschied, es fehlt aber an Forschungsarbeiten.

Welche Behandlungen gibt es bei Krankheitsangststörungen?

In schweren Fällen sind Psychotherapien erfolgversprechend, manchmal helfen auch niedrigschwellige Beratungs- und Gesprächsangebote. Studien zufolge geben 70% eine deutliche Besserung nach einer Psychotherapie an. Dabei versuchen wir, ungünstige Strategien abzubauen und günstige aufzubauen: Was ist der Teufelskreis, in dem ich stecke, warum werde ich die Ängste nicht los? Wie kann ich Kontrolle gewinnen und meine Angst reduzieren? Aber die Wartelisten für Therapieplätze sind lang – auch bei uns. In Deutschland wartet man durchschnittlich fünf Monate bis zum Behandlungsbeginn.

Die Fragen stellte
Dorothee Buschhaus.



Krankenhausreform: Medizinischen Dienst bei der Ausgestaltung einbeziehen

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland soll grundlegend reformiert werden – das sieht der Vorschlag der Regierungskommission zur Reform der Krankenhausvergütung vor. Im Sommer 2023 soll ein erster Gesetzentwurf vorgestellt werden, der derzeit von Bund und Ländern gemeinsam erarbeitet wird und in dem die Reformvorschläge konkretisiert werden. Das Krankenhausreformgesetz soll zum 1. Januar 2024 in Kraft treten.

Nach dem Konzept der Regierungskommission sind Krankenhaus-Versorgungsstufen (Leveln) einheitlich zu definieren: lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge sind voneinander abzugrenzen. Ein System von Leistungsgruppen und Fachabteilungen wird den verschiedenen Leveln zugeordnet. Das bisherige Fallpauschalensystem, das Leistungen bisher vor allem mengenbezogen vergütet, soll eingeschränkt werden. Stattdessen soll für bestimmte Leistungen eine bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Vorhaltefinanzierung eingeführt werden.

Mit der Reform sollen einerseits die Grundversorgung flächendeckend gesichert und andererseits komplexe Leistungen auf große Krankenhäuser wie zum Beispiel Universitätskliniken oder Maximalversorger konzentriert werden. Fehlanreize für nicht notwendige Operationen und Krankenhausaufenthalte sollen reduziert werden.

Die Vorschläge der Kommission sehen vor, dass die Medizinischen Dienste in den Ländern die Einhaltung der Mindeststrukturvoraussetzungen auf der Ebene der Versorgungsstufen (Leveln) und der Leistungsgruppen überprüfen. Die Bundesländer ordnen die Krankenhäuser nach der Prüfung den Versorgungsstufen zu und vergeben die Leistungsgruppen an die Kliniken.

Die Medizinischen Dienste bewerten die Vorschläge grundsätzlich positiv. Aufgrund der Struktur-, Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen verfügen sie über eine große Expertise, um die angedachten Prüfaufgaben zu übernehmen. Die Medizinischen Dienste wollen dazu beitragen, die Versorgungsqualität und Versorgungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen zu verbessern. Wichtig ist, dass sie bei der Ausgestaltung der Reform einbezogen werden, damit die Prüfkriterien praktikabel sind. Ziel sollte eine aufwandsarme und digital gestützte Umsetzung der Reform sein.



Neue Vorstandsvorsitzende beim Medizinischen Dienst Bayern

Neue Vorstandsvorsitzende beim Medizinischen Dienst Bayern ist seit 1. Januar 2023 Prof. Dr. Claudia Wöhler. Zuvor war sie unter anderem als Geschäftsführerin bei den bayerischen Arbeitgeberverbänden vbw, vbm, bayme und als Landesgeschäftsführerin der BARMER tätig. In beiden Funktionen hatte die Volkswirtin bereits viele Berührungspunkte mit dem Medizinischen Dienst Bayern. Nebenberuflich lehrt sie an der FOM Hochschule für Ökonomie und Management. Als Vorstandsvorsitzende setzt sie sich für eine hochwertige Versorgung und eine qualitätsorientierte Gestaltung des Gesundheitswesens ein.

KURZ



Neuer Vorstandsvorsitzender beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg

Seit dem Jahreswechsel ist Andreas Klein neuer Vorstandsvorsitzender beim Medizinischen Dienst Baden-Württemberg. Nach einer Ausbildung zum Krankenpfleger studierte er in Freiburg Rechtswissenschaften und war vor seinem Wechsel zum Medizinischen Dienst im Jahr 2008 als Rechtsanwalt tätig (Schwerpunkte: Sozialrecht, Verwaltungsrecht, Medizinrecht). Ab 2013 war er Teil der Geschäftsführung bzw. des Vorstandes des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg.



Neuer Vorstandsvorsitzender beim Medizinischen Dienst Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Jürgen Koehler, MA, hat zum 1. März 2023 den Vorstandsvorsitz des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz übernommen. Er habilitierte im Fach Neurologie in Mainz und ist Manager von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Er war als Chefarzt der Neurologie Asklepios Klinik Nord in Hamburg und danach als medizinischer Geschäftsführer des Behandlungszentrums Kempfenhausen tätig. Koehler folgte dann dem Ruf als hauptamtlicher Ärztlicher Direktor nach Passau und zuletzt als Vorstandsvorsitzender an das Uniklinikum Salzburg.

NACHRICHTEN

Längerer Übergangszeitraum bei Zertifizierung von Medizinprodukten

Das Europäische Parlament hat im Februar 2023 in einem Dringlichkeitsverfahren dem Vorschlag der EU-Kommission zugestimmt, die Fristen zur Neuzertifizierung vorhandener Medizinprodukte um bis zu vier Jahre zu verlängern. Laut Beschluss bleibt zur Ausstellung neuer Konformitätsbescheinigungen für Produkte mit höchstem Risiko (zum Beispiel Herzschrittmacher) Zeit bis Ende 2027, für Produkte mit mittlerem und geringerem Risiko (wie Spritzen oder wiederverwendbare chirurgische Instrumente) bis Ende 2028 und für implantierbare Sonderanfertigungen der höchsten Risikoklasse bis zum 26. Mai 2026.

Die längeren Fristen sollen helfen, Versorgungsengpässe zu vermeiden, da die Prüforganisationen (Benannte Stellen) nur langsam vorankommen. Nach aktuellem Recht müssten alle vor Geltungsbeginn der neuen Medizinprodukteverordnung (MDR) im Mai 2021 ausgestellten und derzeit noch gültigen Konformitätsbescheinigungen spätestens bis zum 26. Mai 2024 durch die Benannten Stellen erneuert werden. Nach einem Bericht der EU-Kommission sind bisher EU-weit nur 36 Benannte Stellen tätig. Diese könnten bis Mai 2024 lediglich rund 7000 Neuzertifizierungen abschließen. Bis dahin laufen jedoch fast 21.400 noch gültige Bescheinigungen ab.

Durch die Überlastung der Prüforganisationen drohen Produkte vom Markt zu verschwinden oder seien bereits verschwunden. Dies gefährde die medizinische Versorgung akut. Die Europavertretung der Deutschen Sozialversicherungen (DSV) in Brüssel bezeichnete die längeren Übergangsfristen als »sinnvoll, um Engpässen entgegenzuwirken«. Um die Patientensicherheit zu garantieren, sei es aber »elementar, dass keine Sicherheits- und Qualitätsanforderungen der MDR abgeschwächt werden«.

Psychisch bedingte Fehlzeiten

Depressionen, chronische Erschöpfung, Ängste: Arbeitsausfälle aufgrund psychischer Erkrankungen erreichten im Jahr 2022 einen neuen Höchststand. Laut aktuellem Psychreport der DAK-Gesundheit lagen die Fehlzeiten wegen dieser Erkrankungen mit 301 Fehltagen je 100 Versicherte um 48% über dem Niveau von vor zehn Jahren. Im Vergleich zum Vorjahr hatten junge Berufstätige den stärksten Anstieg mit 24% bei den 25- bis 29-jährigen Frauen und 29% bei den gleichaltrigen Männern. Die meisten Krankschreibungen gab es im Gesundheitswesen, gefolgt von der öffentlichen Verwaltung. Diese Branchen liegen um 44 beziehungsweise um 20% über dem Durchschnitt. Beschäftigte, die sich in ihrem Berufsalltag um das Wohlbefinden anderer Menschen kümmern, sind psychisch am meisten belastet. Erzieher, Sozialpädagogen und Theologinnen haben zwei Drittel mehr Fehltagere wegen psychischer Erkrankungen als andere, 2022 bezogen auf 100 Versicherte 494 Tage. Altenpflegekräfte sind mit 480 Fehltagen je 100 Versicherte ebenfalls besonders betroffen.

Die Zahlen der DAK-Gesundheit basieren auf den Krankschreibungen von 2,4 Millionen DAK-versicherten Beschäftigten.

Infos auch unter www.dak.de

Rettungskräfte

Rund 85.000 Personen waren im Jahr 2021 in Deutschland im Rettungsdienst beschäftigt, hinzu kommen zahlreiche Ehrenamtliche. Nach Zahlen des Statistischen Bundesamts (Destatis) nahm die Zahl der hauptamtlich im Rettungsdienst Beschäftigten innerhalb von zehn Jahren um 71% zu. Im Jahr 2011 hatten rund 50.000 Personen im Rettungsdienst gearbeitet. Damit fiel der Personalzuwachs im Rettungsdienst deutlich stärker aus als im Gesundheitswesen insgesamt: Hier stieg die Anzahl der Beschäftigten im selben Zeitraum um 21%.

Bewegungsmuffel

Bewegungsmangel wird zunehmend zum Gesundheitsrisiko für Europa. Fast die Hälfte aller EU-Bürger geben an, sich nie zu bewegen oder Sport zu treiben. Das geht aus einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation WHO und der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD hervor. Dabei könnte mehr körperliche Aktivität Tausende von vorzeitigen Todesfällen in der EU verhindern und jährlich Milliarden von Euro an Gesundheitsausgaben einsparen. Mit 2,1 Milliarden Euro pro Jahr hat Deutschland in der EU die höchsten Gesundheitskosten wegen ungenügender körperlicher Aktivität. Die meisten Bewegungsmuffel gibt es in Portugal (73%). Am besten schneiden die nordischen Länder ab. Nur 8% der Finnen und 12% der Schweden bewegen sich nie.

Onlinebewertung vor Praxisbesuch

Bei der Suche nach Arztpraxen, Kliniken, Pflegeheimen oder anderen medizinischen Einrichtungen lesen 55% der Internetnutzerinnen und -nutzer zumindest hin und wieder Online-Bewertungen, bevor sie ihre Auswahl treffen. Laut dem Branchenverband der deutschen Informations- und Telekommunikationsbranche Bitkom haben 17% auch selbst schon einmal eine Online-Bewertung zu Ärztinnen und Ärzten oder medizinischen Einrichtungen geschrieben. Die Ergebnisse basieren auf einer repräsentativen Befragung von 1144 Menschen in Deutschland ab 16 Jahren. Demnach lesen jeweils 34% Bewertungen bei der Auswahl von Krankenhäusern und bei Ärztinnen und Ärzten. Ein Fünftel (22%) liest Online-Bewertungen über medizinische Praxen und Einrichtungen, z. B. für Physiotherapie. 17% lesen Online-Bewertungen über Reha-Kliniken und 13% über Pflege-Einrichtungen.

Gemeinsam für eine zukunftsbeste Pflege



Dringend gesucht: eine zukunftsfeste Pflege



6 **IE PFLEGE 4.0** steht vor großen Herausforderungen. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt rapide, während Pflegeeinrichtungen händeringend Fachkräfte suchen. Was tun? Nötig sind ein intensiverer Einsatz innovativer Technologien und kreative Ideen. **6** Gute Nachrichten für die Pflege: Corona hat (vorerst) seinen Schrecken verloren. Doch Entspannung ist nicht in Sicht. Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt rasanter als in früheren Modellrechnungen vermutet. Ende 2021 waren es nach Angaben des Statistischen Bundesamts bereits 4,9 Millionen, 800 000 mehr als zwei Jahre zuvor.

Im Jahr 2030 werden es nach Schätzungen des BARMER Pflegereports knapp sechs Millionen sein; der Mehrbedarf an Pflegepersonal läge dann bei rund 180 000 Vollzeitkräften.

Eine vergleichbare Entwicklung verzeichnet auch der Medizinische Dienst. 2016 wurden 1,8 Millionen Pflegegutachten für Versicherte der sozialen Pflegeversicherung erstellt; 2021 waren es bereits 2,6 Millionen.

Ein Grund für die steigenden Zahlen ist die Alterung der Gesellschaft, die sich in den nächsten Jahren noch beschleunigen wird, wenn sich die sogenannten Babyboomer in den Ruhestand verabschieden. Bis 2035 wächst die 67-Plus-Generation von 16 auf geschätzt 20 Millionen Menschen an.

Der wesentliche Grund für den aktuellen Anstieg der Zahl der Pflegedürftigen ist allerdings die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor fünf Jahren: Statt drei Pflegestufen gibt es nun fünf Pflegegrade. In der Bewertung, wie selbstständig der pflegebedürftige Mensch ist, werden physische, psy-

chische und kognitive Einschränkungen wie zum Beispiel demenzielle Erkrankungen berücksichtigt. Entscheidende Auswirkungen auf die Statistiken hat vor allem der Pflegegrad 1, bei dem kein Leistungsanspruch auf Pflegegeld besteht.

Digitalisierung ist überfällig

Binnen zwei Jahren stieg die Zahl der Menschen mit Pflegegrad 1 um mehr als 43%. Die Steigerungsraten in den restlichen Pflege-Einstufungen fallen deutlich geringer aus.

Ähnlich ist der Trend bei Erstbegutachtungen für Pflegegrad 1 beim Medizinischen Dienst: 2017 bekamen 257 000 Menschen einen positiven Bescheid; 2021 waren es 317 000. Um dieser steigenden Antragszahl gerecht zu werden und sicherzustellen, dass Betroffene zeitnah begutachtet werden und Leistungen erhalten können, testet der Medizinische Dienst neue Wege und nutzt dabei die Erfahrungen aus der Zeit, als Haus- und Heimbefuche nicht möglich waren. Die Corona-Pandemie habe gezeigt, dass insbesondere bei Höherstufungsanträgen die Begutachtung auch ohne nochmaligen persönlichen Besuch, zum Beispiel auf Grundlage vorliegender Unterlagen in Kombination mit einem Telefonat oder als videogestütztes Gespräch, möglich sei, sagt Carola Engler, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund. Damit könne ein ressourcenschonender Einsatz der Pflegefachkräfte des Medizinischen Dienstes erreicht werden. Engler stellt aber zugleich klar: Der Hausbesuch, der persönliche Eindruck des Gutachters vor Ort, wird seinen zentralen Stellenwert behalten.

Wie wichtig die Digitalisierung ist, auch um den Pflegeberuf attraktiver zu machen, hat bereits eine Bertelsmann-Studie vor zwei Jahren betont. Das Autorenteam verglich Pflegeheime in Dänemark, den Niederlanden, Kanada und Deutschland. Eine Umfrage unter dem Pflegepersonal ergab, dass innovative



Technologien wie die Kommunikation mit Arzt oder Therapeutin per Video und vor allem die digitale statt der papierbasierten Dokumentation auf den Stationen als spürbare Entlastung erlebt werden. Auch Sensorkysteme am Bett, die Daten über Bewegungen sammeln und frühzeitig riskante Situationen melden, sorgten dafür, dass die psychische Belastung durch Zeitdruck und Arbeitsverdichtung sinke. Die Studie stellt allerdings fest, dass Deutschland bei der Infrastruktur und den Standards noch im Rückstand ist.

Bessere Bezahlung, mehr Ausbildung

Auch der Bremer Gesundheitsökonom Heinz Rothgang, der an der Studie beteiligt war und Mitautor des Barmer Pflegereports ist, hält eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege für zwingend notwendig, um neue Fachkräfte zu gewinnen und Hunderttausende »ausgestiegene« Pflegekräfte zur Rückkehr zu bewegen. Neue Arbeitszeitmodelle allein würden nicht ausreichen. Rothgang fordert erheblich mehr Ausbildungsplätze über die bereits beschlossene Steigerung der Ausbildungskapazitäten hinaus und eine bessere Bezahlung. Die seit September geltende Verpflichtung der Einrichtungen, Tarifgehälter oder Gehälter auf ortsüblichem Niveau zu zahlen, sei ein überfälliger Schritt in die richtige Richtung. Weitere müssten folgen. Problematisch sei jedoch die Finanzierung, warnt er. »Jede weitere Steigerung wird nur zu knapp 40% von der Pflegeversicherung bezahlt.« Die restlichen 60% gingen zulasten der Pflegebedürftigen oder der Sozialhilfeträger. »Fatal ist insbesondere, dass damit ein direkter Interessengegensatz zwischen Pflegenden und Gepflegten aufgebaut wird.« Notwendig sei eine zügige Umsetzung der von der Ampel-Koalition vereinbarten Reformen, insbesondere einer Finanzreform mit einer »echten« Begrenzung der Eigenanteile, die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner zahlen müssen. »Dies wäre ein Befreiungsschlag, der es ermöglicht, mehr Pflegekräfte einzusetzen, diese besser zu bezahlen und mittels digital unterstützter Organisationsentwicklung eine Modernisierung der Pflege zu erreichen.«

Mehr Pioniergeist gefragt

Personalmangel und Preissteigerungen wirken sich auch auf die häusliche Pflege aus. Fast 80% der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, rund 2,3 Millionen von Angehörigen. Der Wunsch, zuhause in einer vertrauten Umgebung alt zu werden, sei ungebrochen, betont das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). »Das heißt: Pflege und Betreuung müssen vor allem außerhalb von Einrichtungen organisiert werden«,

Gabi Stief arbeitet als freie Journalistin in Hannover. gabi-stief@gmx.de

sagt Vorstandsvorsitzender Helmut Knepp. Der KDA fordert mehr Pioniergeist, Kreativität und eine Reform der Wohnlandschaften. Es gebe bereits viele interessante Modelle, von der Tagespflege, kleinen Wohneinheiten, die je nach Bedarf betreut werden, über Mehrgenerationenhäuser bis zu Green-Care auf Bauernhöfen. Nachbarschaftliche Netzwerke sollten weiter ausgebaut und organisiert werden. »Da ist schon heute die Studentin, die den Hund des kranken Nachbarn ausführt und Einkäufe erledigt.« Allerdings sollte sich das Engagement für andere lohnen, meint Knepp. »Dazu gehört, dass Menschen, die sich um die Betreuung und private Pflege von Angehörigen oder Bekannten kümmern, belohnt werden – etwa mit einem Bonus bei der Rente.«

Mehr Beratung vor Ort

Für mehr Unterstützung in der häuslichen Pflege und eine zügige Strukturreform plädiert auch vdk-Präsidentin Verena Bentele. Für viele pflegende Angehörige sei die Situation mittlerweile ausgesprochen schwierig. Pflegedienste kündigten von einem Tag auf den anderen oder würden schließen, weil kein Personal mehr da sei. »Es gibt Dramen und massive Unterversorgung hinter den Haustüren.«

Bentele wünscht sich eine bessere Beratung zur Pflege und mehr Leistungen ohne Fachkraft-Pflicht. »Aufgrund des Fachkräftemangels fehlen Dienstleister und somit verfallen zunehmend mehr Leistungen, die nicht abgerufen werden können.« Dies sei nicht akzeptabel. Ein Pflegebudget, das flexibel eingesetzt werden könnte, würde es pflegenden Angehörigen erleichtern, selbstständig über die Wahl und den Umfang der Leistungen zu entscheiden.

Für mehr Beratung und den Ausbau von Prävention und Basisversorgung macht sich auch der Deutsche Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK) stark. Er sieht Chancen in neuen sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen nach dem Vorbild der »Community Health Nurses« in Großbritannien, die sich vor Ort um die Gesundheitsförderung insbesondere alter Menschen mit chronischen Erkrankungen kümmern, bevor ein Pflegebedarf tatsächlich vorliegt. DBfK-Bundesgeschäftsführerin Bernadette Klapper ist zuversichtlich, dass das Modell noch in diesem Jahr eingeführt wird. So wie es die Ampel in ihrem Koalitionsvertrag versprochen hat. **6**



Neue Perspektiven in der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

IMMER MEHR Menschen beantragen einen Pflegegrad, immer öfter begutachten die Medizinischen Dienste im Auftrag der Krankenkassen. Damit trotz knapper Personalressourcen Versicherte Zugang zu den Leistungen erhalten, könnten ortsunabhängige Begutachtungsformate helfen. Mit Einführung eines neuen Begutachtungssystems in der Pflegeversicherung vor nunmehr fünf Jahren mündete ein fast 20 Jahre andauernder Diskussionsprozess in einen grundlegenden Perspektivenwechsel auf Pflegebedürftigkeit und Alter: Seitdem stehen der Mensch, seine Ressourcen und seine Fähigkeiten im Mittelpunkt, egal ob der Betroffene unter körperlichen oder psychischen Gesundheitsproblemen leidet.

Dass das neue System funktioniert, zeigen die Erfahrungen der vergangenen Jahre: Das Begutachtungsverfahren stellt einen gerechten Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung sicher – für Menschen mit Demenz und Menschen mit geistigen oder psychischen Einschränkungen ebenso wie für Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Befragungen belegen, auch die versicherten Personen sind mit der Pflegebegutachtung zufrieden.

Außerdem leistet die Pflegebegutachtung einen wichtigen Beitrag zur Gesamtversorgung pflegebedürftiger Menschen, denn die Gutachterinnen und Gutachter erfassen nicht nur die Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen, sondern eruieren auch die Möglichkeiten, seine Selbstständigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, zum Beispiel durch Heilmittel, durch präventive Maßnahmen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Die Pflegebegutachtung unter Druck

Da seit Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mehr Menschen Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben, sind die Begutachtungsaufträge bei den Medizinischen Diensten deutlich gestiegen. Das führt dazu, dass die Bewältigung der Anträge immer schwerer zu organisieren ist. Seit 2017 haben die Medizinischen Dienste vor allem durch Personalverstärkungen auf die steigenden Auftragszahlen reagiert. So stieg die Anzahl an Vollzeitstellen

für Pflegefachkräfte zwischen 2016 und 2021 um 43% an. Eine Trendwende ist bislang nicht in Sicht. Professionell Pflegende hingegen stehen immer weniger zur Verfügung. Bereits heute konkurrieren die Medizinischen Dienste mit den Anbietern von Pflegeleistungen um qualifizierte Pflegefachpersonen. Diese Situation wird sich mit den Folgen des demografischen Wandels noch weiter verschärfen: Die Anzahl älter werdender Frauen und Männer steigt rasant, und damit nimmt auch das Risiko für Pflegebedürftigkeit zu. Folglich werden immer mehr Menschen Pflegeleistungen beantragen. Für die Medizinischen Dienste bedeutet das, dass jetzt Anstrengungen notwendig sind, um das Erreichte auch für die Zukunft zu sichern und dem Ziel des 2017 eingeführten umfassenden Verständnisses von Pflegebedürftigkeit gerecht zu werden.

Erfahrungen aus der Corona-Pandemie

Zum Schutz der besonders gefährdeten pflegebedürftigen Menschen und zur Eindämmung des Infektionsgeschehens haben die Medizinischen Dienste in der Pandemie oft auf den persönlichen Hausbesuch verzichtet. Die Begutachtung erfolgte stattdessen durch eine Kombination aus eingereichten Unterlagen und strukturiertem Telefongespräch mit dem Versicherten, seinen Zu- und Angehörigen und Pflegepersonen. Das Telefoninterview hat sich bewährt, weil trotz Pandemie die pflegerische Versorgung der Menschen sichergestellt werden konnte. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass eine telefonische Begutachtung in bestimmten Fällen auch jenseits der Pandemie eine adäquate Alternative zur Begutachtung im Zuhause des Antragstellers darstellen kann. Das betrifft zum Beispiel pflegebedürftige Menschen mit langjährigen, fortschreitenden chronischen Erkrankungen und einer Prognose für eine Verschlechterung des Grads der Selbstständigkeit. Das kann bei fortgeschrittenen Krebskrankungen oder auch bei schwerer Demenz der Fall sein. In solchen Situationen geht es darum, dass die Menschen zügig begutachtet werden, damit sie schnellstmöglich Leistungen erhalten können. Derzeit werden Chancen und Grenzen dieser Begutachtungsmethode wissenschaftlich evaluiert. Die Ergebnisse aus diesem Projekt werden voraussichtlich im zweiten Quartal 2023 vorliegen.



Das Potenzial moderner Kommunikationstechnologien

Der mit der Pandemie verbundene Digitalisierungsschub hat zudem auch die Potenziale videobasierter Verfahren für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit aufgezeigt. In der Patientenversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung werden solche Verfahren und Systeme mittlerweile erfolgreich umgesetzt. Die Medizinischen Dienste haben sich im Rahmen einer Studie mit der Eignung der videobasierten Pflegebegutachtung systematisch auseinandergesetzt: Untersucht wurde dabei, welche Fallkonstellationen sich eignen und welche technischen Voraussetzungen seitens der Antragsteller, Einrichtungen und der Medizinischen Dienste zu erfüllen sind, damit eine regelhafte Anwendung einer Begutachtung per Videosignal in Echtzeit gelingen kann.

Nach den Erkenntnissen aus dieser Studie besteht in der videobasierten Begutachtung ein großes Potenzial, um auf breiter Basis eingesetzt werden zu können. Die Ergebnisse zeigen auch, dass sowohl die pflegebedürftigen Menschen und ihre An- und Zugehörigen als auch die Mitarbeitenden in Pflegeeinrichtungen einer videobasierten Pflegebegutachtung aufgeschlossen gegenüberstehen. Die videobasierte Begutachtung funktioniert – und zwar weitgehend unabhängig von den Gesundheitsproblemen der antragstellenden Personen.

Die größte Hürde für eine Implementierung der Videobegutachtung in den Regelbetrieb der Medizinischen Dienste dürften die technischen Voraussetzungen sein: Sowohl bei den pflegebedürftigen Menschen, die zu Hause leben, als auch in vielen Einrichtungen ist noch nicht flächendeckend WLAN verfügbar. Aktuelle Analysen zeigen beispielsweise, dass nur etwa die Hälfte aller Pflegeheime pflegebedürftigen Menschen einen Internetzugang in ihren Zimmern anbieten.

Dr. PH **Andrea Kimmel**
ist Seniorberaterin im
Team Qualitätsprüfung und
leitet die Stabsstelle
Evaluation Pflege beim
Medizinischen Dienst Bund.
a.kimmel@md-bund.de



Bernhard Fleer
ist Seniorberater und Leiter
Team Pflegebegutachtung
beim Medizinischen
Dienst Bund.
b.fleer@md-bund.de



Um dies näher zu beleuchten, wird derzeit eine wissenschaftliche und bundesweit koordinierte Erprobungsstudie auf den Weg gebracht. Dabei wird in Kooperation mit den Medizinischen Diensten vor allem empirisch zu prüfen sein, inwieweit die Ergebnisse einer videobasierten Begutachtung – ausgedrückt in Pflegegrad und den Empfehlungen zu Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit der antragstellenden Personen – mit den Ergebnissen einer persönlichen Begutachtung vor Ort übereinstimmen. Außerdem sollen Praktikabilität und Akzeptanz der videobasierten Begutachtung sowohl aus Sicht der antragstellenden Person und ihrer An- und Zugehörigen als auch der Gutachtenden und der Pflegekräfte erforscht werden. Im Ergebnis sollen die Vor- und Nachteile der Implementierung einer videobasierten Pflegebegutachtung in das Begutachtungsgeschäft der Medizinischen Dienste fundiert beurteilbar sein.

In die Zukunft geblickt

Die gesellschaftliche Situation ist derzeit von Krisen geprägt: Allein die Folgen der demografischen Entwicklungen werden kaum einen anderen Bereich so hart treffen wie die pflegerische Langzeitversorgung. Notwendig ist, dies anzuerkennen und zu handeln. Das bedeutet, neuen Methoden in der Pflegebegutachtung offen gegenüberzustehen und deren Eignung sorgfältig zu prüfen. Denn keinesfalls darf der steigende Druck auf die Medizinischen Dienste zulasten der Qualität der Begutachtungs- und Beratungsergebnisse gehen, und keinesfalls darf dies über die zentrale Bedeutung der pflegefachlichen Expertise der Gutachterinnen und Gutachter hinwegtäuschen. Eine der dringlichsten Aufgaben der Zukunft wird auch darin bestehen, den Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal in den Medizinischen Diensten zu decken. Dafür ist es wichtig, die Rahmen- und Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass sie attraktiv sind, die Gutachtenden sich mit ihrer Tätigkeit identifizieren und die Arbeitszufriedenheit hoch ist. Das gilt im Übrigen für das gesamte Pflegesystem. □

Gemeinsam statt einsam – Wohnen im Alter

10
Titelthema

JE ÄLTER WIR WERDEN, desto kleiner wird das soziale Netz. Partner sterben, gesundheitliche Probleme nehmen zu, die Mobilität nimmt ab. Vom Alleinsein zum Sich-einsam-fühlen ist es oft nicht weit – altersgerechte Wohnformen suchen nach Lösungen. Laut Statistischem Bundesamt leben 5,9 Millionen Menschen ab 65 Jahren allein – das ist jede dritte Person in dieser Altersgruppe. Während von den über 65-Jährigen fast zwei Drittel eine Partnerin oder einen Partner haben, ist es bei den über 85-Jährigen nur noch gut ein Drittel – mehr als die Hälfte der über 85-Jährigen lebt allein.

Die Lebens- und Wohnsituation älterer Menschen hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Heute werden die Menschen in unserer Gesellschaft immer älter, Scheidungen und Kinderlosigkeit nehmen zu, und die Entwicklung geht häufig weg von familiärem Zusammenleben hin zu Singlehaushalten. Die Folge: Immer mehr Menschen leben im Alter alleine.

So wie Maria. Seit dem Tod ihres Mannes vor zehn Jahren bewohnt die 77-Jährige die gemeinsame Wohnung am Stadtrand von Münster ganz allein. Einmal in der Woche schaut eine Nachbarin nach dem Rechten, alle zwei Tage telefoniert sie mit ihrer Tochter, die in München lebt. Bislang hat das Konstrukt gut funktioniert, aber nun lässt Maria nach, wie man so sagt. Sie kann schlechter laufen, ist mehrfach in der Wohnung gestürzt und traut sich kaum noch aus dem Haus. »Aus meiner Wohnung will ich aber nicht weg«, ist Maria überzeugt und damit keineswegs allein.

Zentrum des Lebens

Im Alter hängt die Lebenszufriedenheit stark von der Wohnsituation ab. Die Wohnung ist nicht nur sozialer Rückzugsort, sondern wird für viele ältere Menschen zunehmend zum Zentrum des Lebens, verbringen sie doch oft mehr als 80% des Tages in den eigenen vier Wänden. »Von daher hat die Wohnung einen immensen Stellenwert, und man verbindet ganz viele Erinnerungen mit ihr«, sagt Ursula Kremer-Preiß, Leiterin des Fachbereichs Wohnen und Quartiersentwicklung im Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA): »Gerade, wenn vieles nicht mehr da ist, wenn Partner oder Freunde sterben, ist die Wohnung noch das Beständige. Deshalb erleben Betroffene den Auszug aus der eigenen Wohnung oft auch so dramatisch.«

Dorothee Buschhaus ist Redakteurin der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste, d.buschhaus@md-bund.de



Wie Maria möchten die meisten Menschen nicht ins Heim, sondern so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben. Seniorinnen und Senioren verbringen heute immer weniger Zeit im Pflegeheim, die Verweildauer nimmt drastisch ab. »Ein Pflegeheim ist heute für die meisten nur die letzte Option, so dass Pflegeheime immer öfter zu Sterbeheimen werden«, meint Kremer-Preiß.

Ursprünglich seien Pflegeheime gegründet worden, um für Menschen, die zu Hause keine Betreuung haben, eine bedarfsgerechte, sichere und finanzierbare Versorgung zu schaffen. »Diese drei Säulen der Heimversorgung werden immer brüchiger, scheuen doch immer mehr Ältere den Umzug ins Heim und suchen nach Alternativen«, so Kremer-Preiß. Aber die klassische ordnungs- und leistungsrechtliche Trennung von stationärem und ambulanten Sektor hemme die Entwicklung neuer Wohnformen. Umso mehr plädiert das KDA für sektorenübergreifende Wege – dafür, dass jeder, egal in welchem Wohnumfeld eine angemessene gute Versorgung bekommen kann.

Mehr Pflegebedürftige, andere Ansprüche

Schätzungen zufolge wird die Anzahl der Menschen im Rentenalter bis Mitte der 2030er Jahre auf mindestens 20 Millionen steigen. Auch wird es immer mehr Hochaltrige geben. Mit der demografischen Entwicklung werden immer mehr Menschen pflegebedürftig sein, gleichzeitig stehen weniger Pflegekräfte zur Verfügung, und es wird weniger Angehörigenunterstützung geben.

Für die wachsende Anzahl an Betroffenen gibt es deutlich zu wenig altersgerechten Wohnraum. Da die Ausstattung vieler Wohnungen nicht den sich ändernden Bedürfnissen der Älteren entspricht und immer noch viel zu wenige Wohnungen barrierefrei sind, muss der Bestand dringend baulich angepasst werden.

Auch die Ansprüche, die ältere Menschen ans Wohnen stellen, ändern sich. Heute sind die »jungen Alten« im Durchschnitt später von Gebrechen, Hilfsbedürftigkeit und Vereinsamung betroffen als frühere Generationen. »Wenn die Babyboomer kommen«, so sagt Ursula Kremer-Preiß, »werden wir mehr Wohnangebote brauchen, die auch bei schwerem Hilfebedarf Individualität und Selbstbestimmung ermöglichen. Schließlich sind sie in den 60er Jahren groß geworden mit einem gesellschaftlichen Leitbild, das eigene Leben individuell und autonom zu gestalten.« Künftige Wohnformen müssen diesen Aspekten sicher noch mehr Rechnung tragen als es bestehende bereits tun.

Zwischen Häuslichkeit und Heim hat sich mittlerweile eine breite alternative Szene entwickelt. Ob Betreutes Wohnen, Quartierskonzepte, Mehrgenerationenwohnen oder Pflege-wgs – »man spricht immer noch von neuen Wohnformen, obwohl diese gar nicht mehr neu sind«, sagt die Expertin des KDA: »Pflege-wgs und Betreutes Wohnen gibt es im Grunde schon 30 bis 40 Jahre. Neu ist der Versuch, das, was man zu Hause hat, nämlich selbstständig und selbstbestimmt machen zu können, was man möchte, mit dem zu verbinden, was das Pflegeheim bietet, nämlich eine gute Versorgungssicherheit.«

Neue Verantwortungskultur

Angesichts der aktuellen Rahmenbedingungen ist die Umsetzung neuer Wohnformen schwierig und erfordert vor allem eine neue Verantwortungskultur in der Sorgearbeit. »Pflegebedürftigkeit darf nicht als individuelles Schicksal, sondern muss als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden«, so Kremer-Preiß.



Es bedürfe sogenannter *Sorgender Gemeinschaften*, die sich im Wohnumfeld für Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf einsetzen. Ziel ist es, z.B. Nachbarinnen, Nachbarn und Ehrenamtliche stärker zu motivieren, sich einzubringen und niedrigschwellig mitzuhelfen. Kleine Behördengänge, Fahrdienste, Einkaufshilfen, Gardendienste, Reparaturdienste – alles das, was heute noch oft von Angehörigen gemacht wird, werden künftig andere übernehmen müssen. Mit *Sorgenden Gemeinschaften* könne man dem Personalmangel in der Pflege einerseits und der mangelnde Finanzierbarkeit andererseits begegnen. »Momentan erleben wir noch eine eher reiche Rentnergeneration – wenn die Babyboomer älter werden, steigt sicher auch der Anteil der Sozialhilfeempfänger. Dann müssen wir andere Wege finden«, ist sie überzeugt.

Entsprechend werden Wohnformen, die sich darum bemühen, viele Menschen mit ins Boot zu holen und mehr Engagement der Zivilgesellschaft zu erreichen, zukunftssträftig sein – »anders sind die enormen Pflegeaufgaben der Zukunft durch die demografische Entwicklung kaum zu stemmen – die Betroffenen mit ihren Angehörigen alleine oder der Markt alleine werden es nicht richten können«, sagt Ursula Kremer-Preiß.

Unterschiedliche Modelle

Gemeinschaftliche Wohnformen wie etwa Mehrgenerationen-Wohnprojekte greifen den sorgenden Ansatz auf, hier finden Alt und Jung zusammen und unterstützen sich gegenseitig. In Senioren-Wohngemeinschaften teilen sich ältere Menschen eine Wohnung oder ein Haus mit eigenen Räumen und Gemeinschaftsräumen – ihre Motivation: Sie möchten im Alter nicht allein sein. Oft ziehen sie zusammen, wenn sie noch agil sind. Wird jemand dann pflegebedürftig, kann auch ein ambulanter Pflegedienst unterstützen. Sogenannte Demenz-wgs sollen Menschen mit Demenz ein Leben in familiärer Atmosphäre ermöglichen. Die wg-Mitglieder werden rund um die Uhr versorgt, die Bewohner bleiben aber selbstständige Mieter. Das *Betreute Wohnen* ermöglicht Älteren, in einer eigenen Wohnung zu leben und je nach individuellem Bedarf Betreuungs-, Pflege, und weitere Dienstleistungen zusätzlich hinzu zu »buchen«, eine Betreuungskraft unterstützt sie bei der Organisation der Hilfe. Modelle zum *Betreuten Wohnen* finden immer mehr Zustimmung, weil sie darauf setzen, die Selbstständigkeit der Betroffenen in einem altersgerechten, privaten Umfeld möglichst lange zu erhalten.

Maria zieht bald um in eine kleinere barrierefreie Wohnung in unmittelbarer Nähe zu ihrem jetzigen Zuhause. Dann wird sie im Quartier betreut von einem ambulanten Pflegedienst und mit viel nachbarschaftlicher Unterstützung. Ein Konzept, dass die Seniorin überzeugt hat. □

11
Titelthema
forum
1/2023

Die Zukunft der Pflege ist multikulturell

12
Titelthema

MEHR ALS EIN VIERTEL der in Deutschland lebenden Menschen hat einen Migrationshintergrund, Tendenz steigend. Damit sind immer mehr Personen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen auf eine altersbedingte Pflege angewiesen – eine große Herausforderung für alle Beteiligten. ▶ Neşe Özçelik könnte sich entspannt zurücklehnen und auf die Fakten verweisen. »Die Stadt Oberhausen hat eine Beratungsstelle zum Thema Pflege für ältere Menschen«, berichtet die Projektleiterin in der Koordinierungsstelle *Leben im Alter* der Stadt. »Da gab es in den letzten Jahren keine einzige Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund.« Keine einzige Beratung, also auch kein Bedarf, also alles gut in Sachen Pflege für die mehr als 6600 über 65-Jährigen mit Migrationshintergrund in der 210 000-Einwohner-Stadt Oberhausen?

Neşe Özçelik weiß es besser – schließlich ist sie auch Geschäftsführerin des Oberhausener Vereins *pro wohnen international*. Und da erzählen die Zahlen eine andere Geschichte: 2127 Seniorinnen und Senioren mit Migrationshintergrund hat der Verein im Jahr 2022 beraten, 959 Gespräche drehten sich ums Thema Pflege. 2011 wurde *pro wohnen international* ins Leben gerufen. Ursprünglich lag der Fokus auf Wohnprojekten für ältere Migrantinnen und Migranten. »Uns wurde aber schnell klar, dass Wohnraum allein den Menschen nicht helfen wird«, erinnert sich Özçelik zurück. »Ältere Migrantinnen und Migranten brauchen eine Anlaufstelle, wo sie beraten werden bei den Themen Dienstleistungen, Gesundheit und Pflege.«

Zugang zu Informationen

Doch wie erreicht der Verein seine Zielgruppe? »Wir warten nicht im Büro, wir sind mobil unterwegs und damit da, wo die Menschen sind«, erklärt die Geschäftsführerin. Viele der Mitarbeitenden haben einen Migrationshintergrund, sprechen selbst türkisch. »Das sind alles Menschen, die in der türkischen Community bekannt sind«, sagt Özçelik. Und so leistet *pro wohnen international* einen ganz wichtigen Beitrag zur sogenannten »kultur-

sensiblen Pflege«, wie Prof. Dr. Stefan Görres, Leiter der Abteilung für Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung im Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen, betont: »Kultursensible Pflege bedeutet nicht nur, dass das Individuum stärker in den Fokus rückt, sondern dass den Menschen Informationen über das Gesundheitssystem und die Pflege zur Verfügung gestellt werden.«

Mehr als jeder vierte Mensch in Deutschland hat einen Migrationshintergrund, Tendenz steigend. Schon heute haben 10% der Menschen, die offiziell pflegebedürftig sind, also Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, einen Migrationshintergrund. Hinzu kommt: »Insbesondere die Menschen aus der ersten Gastarbeitergeneration, die noch in einem anderen Land geboren wurden, werden im Schnitt fünf bis zehn Jahre früher pflegebedürftig oder chronisch krank«, berichtet der Bremer Pflegeforscher. Die harte körperliche Arbeit, die die Gastarbeiter verrichteten, zollt im Alter ihren Tribut.

Doch einen ambulanten Pflegedienst oder einen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung nehmen diese Menschen nur selten in Anspruch. Woran das liegt? Die Gründe sind vielfältig, sagt Stefan Görres: Oft seien die Angebote einfach nicht bekannt, weil mehrsprachige Infos fehlten. Und: »Viele Menschen, gerade aus der Türkei, werden in ihren Familien gepflegt, sie kennen ihre Ansprüche nicht, sie möchten keine Fremden in der Wohnung haben, und außerdem gibt es ein Verpflichtungsgefühl in der Familie.«

Familienstrukturen ändern sich

Dieses Problem kennt auch Neşe Özçelik: »Gerade in der türkischen Community wird es nicht gerne gesehen, wenn die Eltern in Pflegeheimen gepflegt werden – da wird man als Familie geächtet.« Allerdings ändere sich in Deutschland auch für die aus der Türkei eingewanderten Menschen mittlerweile die Familienstruktur: Die hier geborenen und aufgewachsenen Kinder sind in der Regel berufstätig, man lebt nicht mehr als Großfamilie zu-



Nina Speerschneider
arbeitet als Journalistin
in Oberhausen.
nina@speerschneider.de



sammen, ein Pflegebett hat in der Wohnung nur selten Platz. »Daher ist es uns als Verein wichtig, dass wir verschiedene Wohnformen im Alter aufzeigen«, betont Özçelik.

Und so lädt *pro wohnen international* auch mal zu Bustouren zu Pflegeheimen, Demenz-Wohngruppen und Tagespflegeeinrichtungen ein. »Gerade eine Tagespflege ist für Menschen mit Migrationshintergrund ideal, denn da verliert niemand aus der Familie sein Gesicht«, sagt Özçelik. Allerdings – und das sei mit das größte Problem – gebe es kaum stationäre und ambulante Einrichtungen mit einem »interkulturellen Ansatz«.

Ausrichtung aufs Individuum

Lange Zeit sei kultursensible Pflege lediglich in dem Sinne interpretiert worden, dass Kenntnisse der Kultur des Pflegebedürftigen als erforderlich galten, erklärt Pflegeforscher Görres: »Heute versteht man unter kultursensibler Pflege viel mehr, nämlich eine Ausrichtung aufs Individuum, auf sein Geschlecht, seine Religion, seine sexuelle Orientierung, seine Werte-haltung und seine Herkunft. Man muss sich fragen: Welche Bedürfnisse hat das Individuum, das Pflege braucht?«

Ein Ansatz, der auch im Gerhard-Kersting-Haus in Essen verfolgt wird: Insgesamt 112 Bewohnerinnen und Bewohner leben in der stationären Einrichtung, etwas mehr als die Hälfte davon hat einen Migrations-

hintergrund. »Wir setzen uns mit dem Menschen vor uns auseinander und fragen uns: Was möchte, was braucht er?«, erklärt die Einrichtungsleiterin Ute Herrmann. Für die Pflegebedürftigen muslimischen Glaubens gibt es einen nach Osten ausgerichteten Gebetsraum. Die Speisen werden auf Wunsch in der hauseigenen Küche halal zubereitet. Bei Bedarf achten die Pflegenden auf die kulturellen Waschgewohnheiten ihres Gegenübers. Der Koran wie auch ausländische Zeitungen sind in den verschiedenen Wohngruppen ausgelegt und werden vorgelesen.

»Wir haben ganz viele Mitarbeiter mit Migrationshintergrund, wir können daher die Muttersprache vieler unserer Bewohner sprechen«, sagt Herrmann. Sie ist sich sicher: Die Nachfrage nach kultursensibler Pflege wird in den kommenden Jahren steigen. »Darauf sind wir vorbereitet«, betont die Einrichtungsleiterin. Das Interesse an einem Platz im Gerhard-Kersting-Haus, das mitten in der Essener Innenstadt liegt und direkt angrenzt an die nördlichen Stadtteile mit hohem Migrationshintergrund, ist groß.

Einrichtungen haben andere Sorgen

Doch nicht alle Pflegeeinrichtungen sind bereits so weit, weiß Stefan Görres: »Weder die Einrichtungen noch alle Pflegenden sind im erforderlichen Maße kultursensibel.« Eine große Rolle dabei spiele der Fachkräftemangel. »Die Einrichtungen wissen, dass sie nachlegen müssen, aber sie haben gerade ganz andere Sorgen«, erklärt er, »wenn sie all das, was kultursensible Pflege ausmacht, umsetzen wollen, fragen sie sich: Wann sollen wir das noch machen?«

Auch *pro wohnen international* kennt die Vorbehalte – der Fachkräftemangel und eine ohnehin volle Belegung motivieren nicht gerade dazu, personelle und finanzielle Ressourcen in die interkulturelle Öffnung zu stecken. »Wir versuchen, die Einrichtungen und auch Pflegekräfte dazu zu motivieren, es dennoch zu tun«, sagt Özçelik. Der Verein schult Leitungen stationärer Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte zum Thema interkulturelle Öffnung und will sein Angebot noch weiter ausbauen. »Man muss bereit sein, Menschen mit Migrationshintergrund als Kunden anzusehen, dazu braucht man geschultes, sensibilisiertes Personal.«

Manchmal geht es dabei nur um Kleinigkeiten: So hat *pro wohnen international* beispielsweise eine interkulturelle Spielekiste aufgelegt. »Menschen mit Migrationshintergrund kennen nicht unbedingt die deutsche Spielekultur«, erklärt Özçelik, »›Mensch ärgere dich nicht‹ sagt ihnen nichts, mit Musik wie ›Hoch auf dem gelben Wagen‹ können sie nichts anfangen.« In der Spielekiste findet sich auch ein Memoryspiel speziell für Seniorinnen und Senioren mit türkischem Migrationshintergrund – unter anderem mit Fotos von der Blauen Moschee in Istanbul, von Perserteppichen und einem Glas türkischem Tee. ◻

13
Titelthema
forum
1/2023

Pflegefachkräfte aus dem Ausland müssen durch ein Nadelöhr

14
Titelthema

HUNDERTTAUSENDE Fachkräfte fehlen jährlich. Die Bundesregierung will das Anwerben aus dem Ausland vereinfachen. In der Praxis sorgen Bürokratie und Wartezeiten für viel Frust. In der Pflege herrscht schon heute bundesweit ein eklatanter Fachkräftemangel. Dieser wird sich in den kommenden Jahren weiter zuspitzen – zunehmend setzt die Branche daher auf ausländische Pflegekräfte, insbesondere auch aus Nicht-EU-Staaten. Pflegefachkräfte aus dem Ausland haben eine andere als in Deutschland übliche berufliche und fachliche Sozialisation durchlaufen und sind mit unterschiedlichen Qualifikationen, Arbeitserfahrungen sowie Erwartungen an ihre berufliche Tätigkeit und Entwicklung ausgestattet.

Mit den Prozessen und Herausforderungen der Integration beschäftigte sich das Projekt *Intip* (Integration internationaler Pflegekräfte in regionale Einrichtungen der Alten- und der Krankenpflege) an der Hochschule Fulda. Allein schon das Durchlaufen der Anerkennungsverfahren bezeichnet deren wissenschaftliche Mitarbeiterin Nadja Noll als »Nadelöhr«. Während nach einer EU-Richtlinie die Ausbildungen innerhalb der EU harmonisiert sind, ist der Weg zur Berufsankennung für Drittstaatsangehörige oft mit komplexen und langwierigen Verfahren verbunden. Mit der Reform des Pflegeberufgesetzes sind zudem für die praktische Umsetzung der Anerkennungsverfahren,

insbesondere die Anpassungslehrgänge nach neuem Recht, neue Hürden zu befürchten. »Zum Beispiel müssen fehlende Praxiseinsatzzeiten künftig entsprechend des generalistischen Berufsbildes in den verschiedenen Versorgungssettings und somit auch außerhalb des anwerbenden Arbeitgebers nachgeholt werden. Das führt zu einem erheblichen Koordinierungsaufwand und kann die betriebliche Integration erschweren«, erklärt Noll.

Komplizierte Verfahren

Bereits vor der Einreise nach Deutschland sind bürokratische Hindernisse zu überwinden, die oft zu Verzögerungen führen. Pflegekräfte aus Drittstaaten benötigen ein Visum, das zur Einreise zwecks Aufnahme einer Erwerbstätigkeit berechtigt. Für das Verfahren müssen bereits die Beschäftigungserlaubnis der Bundesagentur für Arbeit sowie der Anerkennungsbescheid vorliegen. Zudem müssen Deutschkenntnisse durch eine bestandene Prüfung nachgewiesen werden. Die Dauer von Visaverfahren und die Verfahren an sich können bei den deutschen Auslandsvertretungen variieren. Seit 2020 gibt es zwar ein beschleunigtes Fachkräfteverfahren des Aufenthaltsgesetzes, dennoch sind für das gesamte Verfahren inklusive Anerkennungsbescheid mehrere Monate einzuplanen. Die Wartezeiten können sich weiter verlängern, wenn etwa Unterlagen der Antragsstellenden nachgereicht werden müssen. »Betroffene Bewerberinnen und Bewerber sitzen oft auf gepackten Koffern, weil ursprünglich eine schnellere Einreise nach Deutschland geplant wurde. Auch für die Arbeitgeber bedeutet das Planungsunsicherheit«, sagt Noll.

Hilfe für eine nachhaltige Integration

Bisherige Erfahrungen zeigen, dass das Augenmerk nicht allein auf der Anwerbung, sondern auch auf der »Förderung des Verbleibs« liegen sollte. Neben der betrieblichen Integration geht es womöglich auch um den Zuzug von Familienangehörigen. Auch hierfür sollte Unterstützung angeboten werden.

Zugewanderte Pflegefachkräfte haben mitunter mit »Entwertungserfahrungen« zu kämpfen: »Internationale Pflegefachkräfte erleben unseren Analysen zufolge während des Berufsankennungsverfahrens und der betrieblichen Integration gleich auf mehreren Ebenen einen »Statusverlust«. Auf formeller Ebene werden sie in der Phase der Berufsankennung meist in der Pflegehilfe beschäftigt. Und sozial werden sie während der betrieblichen Integration nicht selten mit Auszubildenden im Pflegeberuf gleichgestellt. Bei akademisch ausgebildeten Pflegefachkräften aus dem Ausland, die oft über mehrjährige Berufserfahrung verfügen und im Herkunftsland auch bestimmte Aufgaben übernehmen, die hier Ärztinnen und Ärzten vorbehalten sind, führt dies häufig zum Erleben von »Statusmissachtung« und mangelnden Respekts. Im Berufsankennungsverfahren sollte zum Beispiel die Bezeichnung »Pflegefachkraft in Anerkennung« statt bisher »Anerkennungspraktikantin oder -praktikant« verwendet werden, so ein Vorschlag aus dem *Intip*-Projekt.

Wer bleibt im Job?

Wie lange integrierte Pflegefachkräfte durchschnittlich in ihrem Job in Deutschland bleiben, lässt sich derzeit mit belastbaren Zahlen nicht erfassen. »Einzelne Fallstudien verweisen auf eine nicht unerhebliche Fluktuation in der Phase nach der Berufsankennung. Dies kann eine Rückkehr in das Herkunftsland bedeuten, wenn etwa Erwartungen enttäuscht wurden oder wenn familiäre Gründe zum Tragen kommen. Dies kann aber ebenso einen Wechsel des Arbeitgebers innerhalb Deutschlands bedeuten.«

Die Anzahl der Anträge auf Berufsankennung ist für die Pflegeberufe im letzten Jahrzehnt deutlich gestiegen. Gegenüber 2013 haben sich die Anerkennungsverfahren mehr als verdreifacht, 2021 wurden 13 000 Anträge gestellt und damit mehr als in jeder anderen Berufsgruppe. Dabei werde eine Berufsankennung zunehmend seltener von Bürgerinnen und Bürgern aus der EU beantragt, dafür häufiger von Personen aus Drittstaaten. So wurden 2021 alleine 2184 Anträge auf Anerkennung einer philippinischen Pflegeausbildung gestellt, während die Anzahl der Anträge aus den EU-Staaten insgesamt bei 897 liegt. Zu den häufigsten Herkunftsstaaten zählen aktuell zudem Bosnien und Herzegowina, Indien, Tunesien und Serbien.

Inwieweit durch die von der Bundesregierung geplante Erweiterung des Fachkräfteeinwanderungsgesetzes Deutschland zu einem Zielland für globale Pflegefachkräftemigration wird, bleibt abzuwarten. In der Praxis braucht es vereinfachte Zugänge zur Sprachförderung schon im Herkunftsland und zu Beratungsangeboten, eine Beschleunigung und Digitalisierung der Visaverfahren, Transparenz und eine bundesweite Vereinheitlichung bei Anerkennungsverfahren, personelle Aufstockungen der Anerkennungsbehörden, Optimierungen des Schnittstellenmanagements zwischen den beteiligten Behörden und Fördermöglichkeiten für die Finanzierung der Anerkennungsverfahren. »Viele dieser relevanten Punkte bleiben aber noch recht abstrakt. Es bleibt abzuwarten, wie die Reform der entsprechenden Gesetze konkret aussieht und die praktische Umsetzung realisiert wird«, so Noll.

Potenziale nutzen

Während momentan politisch vermehrt auf die Fachkräfteeinwanderung geschaut wird, scheint der Blick auf die vorhandenen Potenziale hierzulande eher in den Hintergrund zu geraten. Mindestens 300 000 Vollzeit-Pflegekräfte stünden in Deutschland durch Rückkehr in den Beruf oder Aufstockung der Arbeitszeit zusätzlich zur Verfügung – sofern sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege deutlich verbessern. Das ergab eine Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen aus dem Jahr 2022. Die Untersuchung macht auf Basis einer bundesweiten Befragung mehrere Modellrechnungen auf und rechnet das Potenzial für alle aufstockungswilligen Teilzeit-Pflegefachkräfte sowie erstmals auch für Beschäftigte in der Pflege hoch, die ihrem Beruf in den vergangenen Jahren den Rücken gekehrt haben und sich vorstellen können, wieder in der Pflege zu arbeiten.

Die stärkste Motivation zur Rückkehr wäre eine Personaldecke, die sich tatsächlich am Bedarf der pflegebedürftigen Menschen ausrichtet. Gemäß der Bremer Studie, an der 12 700 ausgestiegene Pflegefachkräfte teilnahmen, wünschen sie sich eine bessere Bezahlung und verlässliche Arbeitszeiten. Mehr Zeit für menschliche Zuwendung, nicht unterbesetzt arbeiten zu müssen und verbindliche Dienstpläne sind für die Befragten weitere zentrale Bedingungen. Diese Faktoren könnten zum Verbleib in der Pflege beitragen, und zwar sowohl mit Blick auf etablierte wie auch jüngst angeworbene Pflegefachkräfte. Der Schluss liegt nahe, dass viel über Fachkräftemangel geklagt, aber zu wenig für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen getan wird. □

Martin Dutschek ist
Pressesprecher beim
Medizinischen Dienst
Niedersachsen.
m.dutschek@
md-niedersachsen.de



15
Titelthema
forum
1/2023



E-Bike oder Solar-Paneele – Pflegeheime sorgen für besseres Klima

16
Titelthema

IMMER MEHR Pflegeheimträger machen sich Gedanken, wie sie in ihren Einrichtungen dazu beitragen können, das Klima zu schützen. Werden die vielen Ideen und Maßnahmen ausreichen? «Schwer zu sagen», meinen Experten. ☛ Genügen die kleinen Dinge, um die großen zu bewegen? Die Rede ist von Pflegeheimen, die in ihrer Arbeit vor Ort mit vergleichsweise handlichen Maßnahmen das Klima schützen: mit dem Umstieg auf E-Mobilität der Fahrzeugflotte zum Beispiel – oder gleich aufs Fahrrad, wo es möglich ist. Mit dem Anbau von Gemüse für die Gemeinschaftsküche. Mit Solar-Paneelen auf dem Dach. Mit mehr vegetarischen Menüs aus der Großküche. Oder mit 500 kleinen Stickern in der Einrichtung mit der Aufschrift: »Licht aus – danke«.

In der Tat ist der Gesundheits- und Pflegesektor einer der nennenswerten Verursacher von CO₂-Emissionen. Das erklärt Dr. Peter Paul Pichler, stellvertretender Leiter des Potsdam-Instituts für Klimafolgenabschätzung (PIK). »Im Jahr 2019 verursachte das deutsche Gesundheitssystem 68 Megatonnen CO₂-Äquivalente«, so Pichler. Damit sind nicht nur die Emissionen vor Ort eingerechnet, wie zum Beispiel durch das Heizen, sondern auch die Emissionen, die bei der gesamten Produktionskette anfallen, etwa bei der Förderung und Verarbeitung des Heizöls oder beim Bau der Heizung. Dabei sind die 68 Megatonnen nur 6% der Gesamtemissionen in Deutschland, sagt Pichler. Auf die ambulante und stationäre Pflege entfallen davon rund 15%. Das sind zehn bis elf Megatonnen CO₂ im Jahr allein in der Pflege.

Pflegeheime nehmen ihre Verantwortung für das Klima wahr

Grund genug für viele Pflegeanbieter, sich über den Klimaschutz in der Pflege Gedanken zu machen. Inzwischen sind unzählige Projekte am Start. Der Malteser Hilfsdienst etwa kauft Klimazertifikate, um CO₂-Emissionen in seinen Einrichtungen zu kompensieren. »Dabei werden alle erfassten CO₂-Emissionen durch Kompensationsprojekte ausgeglichen, die genau unsere Mengen an

Christian Beneker
ist Fachjournalist für
Gesundheitspolitik.
christian.beneker@
t-online.de



verursachtem CO₂ an anderer Stelle ausgleichen«, schreibt das Unternehmen. Es stieß 2020 fast 32 400 Tonnen CO₂ aus und will diesen Wert nach eigenen Angaben bis 2026 um mindestens 15% senken.

Die Johanniter haben für ihre Krankenhäuser, Reha-Kliniken und Seniorenhäuser eine Energiesparfibel herausgebracht. Sie gibt den Häusern Einsparstipps beim Energieverbrauch, zur Sparsamkeit bei Wasser, Papier oder Müll. Die Diakonie hat sich zum Ziel gesetzt, bis 2035 zu einem klimaneutralen Unternehmen zu werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Diakonie-Pflegeheimes St. Vinzenz in Braunschweig fangen schon mal an: Sie haben zwei E-Bikes gespendet bekommen und radeln nun auch weitere Strecken auf dem Dienstrad – umweltfreundlich.

Die AWO hat bereits 2021 festgelegt, bis 2040 in der Pflege Klimaneutralität zu erreichen. Das heißt, sie muss in der Alten- und Behindertenhilfe 87% ihrer Emissionen einsparen. Dazu haben die Einrichtungen ihren CO₂-Fußabdruck gemessen und Projekte auf die Beine gestellt, um das große Einsparungsziel zu erreichen. Das wird nicht einfach. Denn nach eigenen Angaben verursacht ein Pflegeplatz jährlich rund acht Tonnen CO₂-Ausstoß. Inzwischen stricken die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der neunzig am Projekt beteiligten Häuser Projekte zum Klimaschutz.

Recyclingpapier rettet Wälder

Sandra Burer ist Nachhaltigkeitsmanagerin beim AWO Bezirksverband Schwaben e.V. Auch hier wurde in den am Klima-Projekt teilnehmenden Häusern zunächst der CO₂-Fußabdruck gemessen. Er betrug in den untersuchten Einrichtungen in Schwaben zwischen 4,2 und 6,2 Tonnen CO₂ pro Bewohnerin und Bewohner pro Jahr. Der Kniff, auf den die Schwaben kamen, ihn zu verkleinern, ist so simpel wie wirksam: Insgesamt sechs Pflegeeinrichtungen der AWO in Schwaben haben auf Recycling-Papier umgestellt. Das ist keine Kleinigkeit. Denn der Papierverbrauch in einem Pflegeheim ist enorm. »Pro Bewohnerin beziehungsweise Bewohner

werden im Jahr im Schnitt rund sieben Kilo Papierhandtücher und rund sechs Kilo Toilettenpapier verbraucht«, sagt Burger. Die Recyclingprodukte beziehen die Häuser von einer Firma, die gebrauchte Zellulosefasern aus Papp-Getränkekartons wiederverwertet. Also aus Tetrapacks, die einmal für Milch oder Säfte genutzt wurden. »Früher hieß es ja oft, Recyclingprodukte seien von schlechterer Qualität«, erinnert sich Burger. »Aber das können wir von unseren Recyclingpapieren nicht sagen. Im Gegenteil. Wir brauchen jetzt viel weniger Papier – nicht mehr zwei oder drei Papierhandtücher pro Gebrauch, sondern oft nur noch eines.« Die Servietten hätten allerdings die Erwartungen nicht erfüllt, hier ist man noch auf der Suche nach einem passenden Produkt.

Und auch die Bewohnerinnen und Bewohner sind zufrieden mit den neuen Qualitätspapieren. »Wir werden das Projekt auf jeden Fall fortführen«, resümiert Burger. Sie hofft, dass möglichst viele Einrichtungsleitungen dem guten Beispiel folgen und sich für einen Umstieg entscheiden. Unterdessen haben die sechs Heime vom Hersteller ein Zertifikat erhalten. »Daraus geht hervor, dass wir innerhalb eines Jahres über 25 000 1-Liter-Kartons wieder in den Verwertungskreislauf eingebracht haben«, sagt Burger. »Das heißt, wir haben im vergangenen Jahr 658 Kilogramm CO₂ eingespart, beziehungsweise zehn Bäume mittlerer Größe davor bewahrt, für die Herstellung von Frischfaser-Papier gefällt zu werden.«

Mahlzeit!

Zu den wichtigsten Terminen in einem Pflegeheim dürften die Mahlzeiten gehören. »Ein sensibles Thema«, sagt denn auch Pia Distler, Referentin für Nachhaltigkeit im AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V. Umso erstaunlicher, was das Wohnheim Frankenhöhe in Markt Erlbach, eine Einrichtung für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung, auf die Beine gestellt hat. Dem Klimaschutzteam des Hauses waren die enormen Mengen Essens aufgefallen, die in dem Heim alltäglich weggeworfen wurden. »Wir haben ermittelt, dass pro Jahr und Person über 350 Liter Speisereste weggeworfen werden«, sagt Distler. »Das war tatsächlich negativ beeindruckend.« Als man in der Küche sah, was täglich im Mülleimer landet, war klar: Es muss gehandelt werden! »Inzwischen haben

wir es geschafft, die Abfall-Menge um fast 74% zu reduzieren«, sagt Distler. »So werfen wir heute nur noch 94 Liter Speisereste pro Kopf und Jahr weg.«

Um das zu erreichen, haben die Initiatoren eine Reihe von Ideen umgesetzt, die zum Teil so nahe lagen, dass man sie leicht hätte übersehen können. So wurden die Essen schlicht gestrichen, die sonst regelmäßig unberührt zurückgekommen waren. Und die übrigen nicht verbrauchten Mahlzeiten werden inzwischen an die Mitarbeitenden gegen Kostenbeteiligung ausgegeben. »Oder es wurden diese übrigen Mahlzeiten, die nicht angerührt wurden, eingefroren für den späteren Verbrauch verwendet oder an die Außenwohngruppen abgegeben«, berichtet Distler. Inzwischen werden auch die benutzten Kaffee-Filter im Garten kompostiert, und die gute Erde können die Mitarbeitenden mit in den eigenen Garten nehmen.

Von solchem bewussteren Umgang mit den Nahrungsmitteln profitiert nicht nur das Klima, sondern auch der Geldbeutel. In Zahlen: 1 Kilo Speiseabfall bedeutet umgerechnet 4 Euro Warenverlust, rechnet Distler vor, und er verursacht 2,1 Kilogramm CO₂-Emissionen.

Allerdings – »man muss gut mit den Klientinnen und Klienten kommunizieren«, berichtet Distler. Denn die Bewohnerverpflegung sei ein sensibler Bereich. »Wir haben mit allen einen Workshop zum Thema Klimaschutz gemacht. Da waren manche ganz einverstanden, während andere für das Thema weniger Verständnis haben.« Hier Einigkeit zu erzielen, sei »ein schmaler Grat«.

Peter Paul Pichler vom PIK dürfte diese relativ kleinen Projekte mit Anerkennung sehen. Allerdings auch mit Sorge. So schreibt er, es bleibe so wenig Zeit, die Klimakatastrophe abzuwenden, »dass drastische Emissionsreduzierungen sofort erfolgen müssen.« Ob das klappt, sei »schwer zu sagen«, so Pichler. Denn die größten Brocken, um CO₂ zu sparen, seien Gebäudesanierungen und saubere Mobilität. Und beide »sind sehr teuer.« ☐



17
Titelthema
forum
1/2023



»Kleine Reförmchen reichen nicht«



DIE ARBEITSBELASTUNG ist enorm, das Pflegepersonal ist am Limit, und das nicht erst seit Corona. Wie lassen sich Arbeitsbedingungen verbessern, um Fachkräfte in der Pflege zu halten? Es ist ein Ausweg, zu dem sich viele Pflegende aufgrund der Umstände gezwungen sehen: Sie verlassen ihren Beruf. Nicht aus mangelnder Hingabe zum Job, sondern weil sie es einfach nicht mehr aushalten. »In den vergangenen Jahren ist die Ausnahmesituation der Pandemie leider zum Alltag geworden. Für viele Pflegekräfte wurde nichts besser, sondern alles immer nur schlechter. Das hat viel zu viele ausbrennen lassen«, sagt Claudia Moll, Bevollmächtigte der Bundesregierung für Pflege, auf ihrer Internetseite.

Dass die Arbeitsbelastung so zugenommen hat, hat verschiedene Ursachen: Das Pflegepersonal wird älter, gleichzeitig werden mehr Menschen pflegebedürftig. Häufig kommen sie erst spät in ein Pflegeheim, wenn ambulante Pflege nicht mehr möglich ist und sie einen intensiven Pflegebedarf haben. Zu wenig Personal in den Einrichtungen, Schichtarbeit, Überstunden und eine vergleichsweise geringere Bezahlung – viele Pflegekräfte entscheiden sich dafür, nur noch Teilzeit zu arbeiten, andere machen Arbeitsbelastung und fehlender Ausgleich krank. Gerade psychische Erkrankungen im Zusammenhang mit Burnout bei Pflegepersonal nehmen zu. Dem Wissenschaftlichen Institut der AOK zufolge ist deren Anteil seit 2012 um mehr als 15% gestiegen.

Mehr Gesundheitsförderung und Prävention

Was kann man tun, um den Teufelskreis zu durchbrechen? »Die Anstrengungen müssen sich darauf richten, Kolleginnen und Kollegen im Beruf zu halten und auch zurückzugewinnen«, sagt Bernadette Klapper, Bundesgeschäftsführerin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK). Dazu seien faire Gehälter und verlässliche Arbeitszeiten nötig, und es müsse Karrierewege geben, die sich auch finanziell lohnen. »Allerdings werden bei dem schon jetzt großen Personalmangel kleine Reförmchen nicht ausreichen. Wir müssen Gesundheitsversorgung neu



Claudia Füßler
arbeitet als freie
Wissenschaftsjournalistin
in Freiburg.
claudiafuessler@web.de

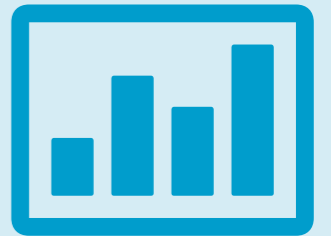
denken, die Aufgaben umverteilen und vor allem einen stärkeren Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention legen«, sagt Klapper. Bei einer grundlegenden Reform könnten gerade die akademisch ausgebildeten Pflegeexperten Verantwortung übernehmen, da sie die nötigen Kompetenzen mitbringen.

Claudia Moll hat das Projekt »Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf« ins Leben gerufen. »Die Kernbotschaft lautet: Gute Arbeitsbedingungen sind auch unter den aktuellen Krisenbedingungen möglich«, so Moll. Teilnehmende Einrichtungen berichteten, dass sich die verbesserten Arbeitsbedingungen herum-sprechen und dazu führen, dass man sogar Initiativbewerbungen bekommt.

BGF als Baustein

Um im Wettbewerb um Fachkräfte und Pflegepersonal die Attraktivität eines Arbeitgebers zu erhöhen, kann auch betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ein wichtiger Baustein sein. »Den Beschäftigten wird signalisiert, dass ihre Gesundheit ein Anliegen ist, um das sich der Arbeitgeber kümmert«, sagt Werner Winter, BGF-Experte im AOK-Bundesverband. Um eine optimale Wirkung der Gesundheitsförderung zu erreichen, muss BGF systematisch und strukturiert umgesetzt werden. Dazu gehört eine gesunde Arbeitsgestaltung genauso wie der Ausbau der individuellen Gesundheitskompetenzen des Pflegepersonals. Konkret könnte Pflegepersonal beispielsweise intensiver geschult werden zu rückengesunder Pflege und achtsamem Umgang mit sich selbst. Hilfsmittel sollten stets ausreichend und funktionsfähig vorhanden sein. »Bei der Schichtplangestaltung sollte im Interesse der Mitarbeiter möglichst vorausschauend geplant werden«, sagt Winter, »darüber hinaus haben immer mehr Einrichtungen Springer-Teams, um kurzfristige Ausfälle abfangen zu können, ohne die Stammbesatzung heranzuziehen.« Um seelische Belastungen und Stress für das Pflegepersonal zu reduzieren, seien zudem Supervisionen und Coachings hilfreich. □

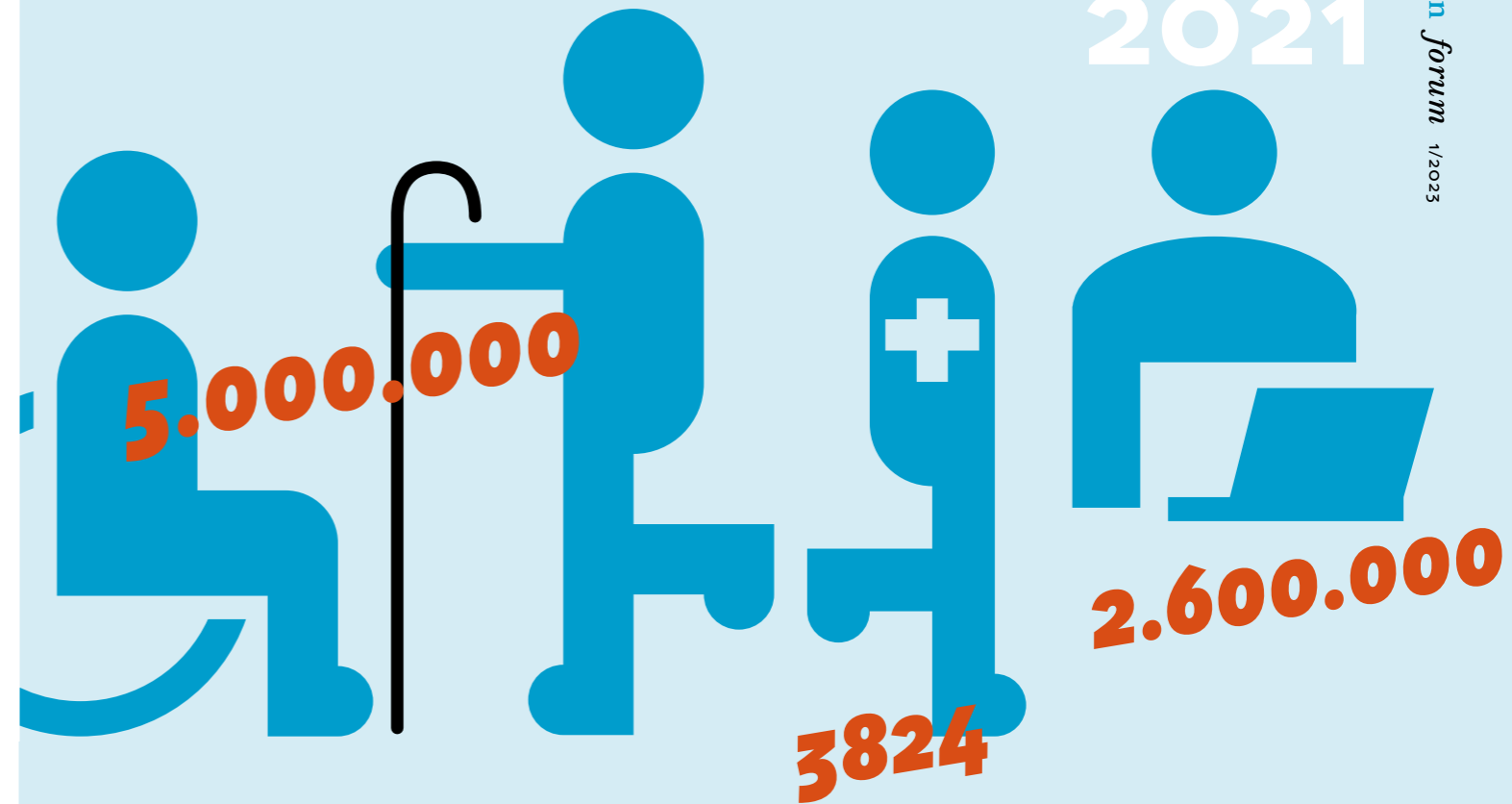
Pflegebedürftige, Pflegefachkräfte bei den Medizinischen Diensten und Pflegebegutachtungen durch die Medizinischen Dienste; jeweils 2016 und 2021



2016



2021



Mehr Cybersicherheit für Medizinprodukte

MIT ZUNEHMENDER Komplexität vieler Medizinprodukte und deren digitaler Anwendungs- und Vernetzungsmöglichkeiten steigt die Gefahr möglicher Angriffe durch Unbefugte. Mehr Cybersicherheit tut not.

Die Digitalisierung schreitet rasant voran: Software ist mittlerweile Kernbestandteil vieler Medizinprodukte. Großgeräte wie Kernspintomographen verfügen über spezifische Anwendungsprogramme, Implantate wie Herzschrittmacher können umfassend individuell programmiert werden. Patientendaten werden telemedizinisch an behandelnde Ärztinnen und Ärzte versendet, Geräte können aus der Ferne aktualisiert und konfiguriert werden. Und mit der Einführung von Apps als digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) vergüten die gesetzlichen Krankenkassen mittlerweile auch Medizinprodukte, die gänzlich ohne Hardware auskommen. Doch bei allem Fortschritt gilt: Jede Schnittstelle birgt prinzipiell das Risiko, als Einfallstor für Schadsoftware genutzt zu werden.

Was ist Cybersicherheit?

»Cybersicherheit« bezeichnet den Schutz von Informationssystemen mit dem Ziel, die Vertraulichkeit, Verfügbarkeit und Integrität (Fehlerfreiheit) von Daten und Prozessen sicherzustellen – ein Ziel, das für die Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung ist: Denn hochsensible Patientendaten sind vertraulich und müssen für Unbefugte unzugänglich sein. Für Leistungserbringende müssen sie bei Bedarf zuverlässig zur Verfügung stehen. Eine Verfälschung der Daten könnte für lebenswichtige Therapieentscheidungen ebenso fatale Folgen haben wie ein unbefugter Eingriff in die Funktionalität von Hochrisikoprodukten wie Herzschrittmachern.

Lange Zeit wurde die Cybersicherheit von Medizinprodukten vernachlässigt. Erst die europäische Medizinprodukteverordnung 2017/745 (MDR), die seit Mai 2021 gilt, fordert nun unter anderem bereits während der Softwareentwicklung eine Cybersicherheitsbetrachtung nach dem Stand der Technik, also dem aktuell bekannten Stand der technischen Entwicklung.

Ein einheitliches Dokument, das diesen Stand konkretisiert, fehlt derzeit jedoch, auch existieren nur wenige Vorgaben zur Umsetzung. Um den wachsenden Herausforderungen an die Cybersicherheit bei Gesundheitssoftware gerecht zu werden, wurde Ende 2021 die Norm IEC 81001-5-1 veröffentlicht. Sie formuliert konkrete Sicherheitsvorgaben – von der Entwicklung bis zur Überwachung nach dem Inverkehrbringen. Eine Harmonisierung der Norm, also ein Abgleich mit den rechtlichen Anforderungen der MDR, ist erst für 2024 geplant. Bis dahin müssen Hersteller aus einer Vielzahl von Richtlinien und Normen passende Cybersicherheitsanforderungen selbst festlegen. Dies kann dazu führen, dass das Schutzniveau von Produkt zu Produkt stark variiert.

Schwachstellen auf der Spur

Im Rahmen des Projekts *Manipulation von Medizinprodukten* (ManiMed, veröffentlicht im Jahr 2020) untersuchte das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), die zentrale Cybersicherheitsbehörde in Deutschland, stichprobenartig verschiedene Medizinprodukte auf Sicherheitslücken in der Cybersicherheit. Hierzu zählten unter anderem vernetzte Herzschrittmacher und Kardioverter-Defibrillatoren (ICD), Insulinpumpen, Beatmungsgeräte, Infusions- und Spritzenpumpen sowie Patientenmonitore.

Bei elf Systemen namhafter Hersteller konnten insgesamt mehr als 150 Schwachstellen zur Cybersicherheit identifiziert werden. Dabei zeigte sich, dass die Hersteller unterschiedlich auf das Auffinden von Schwachstellen reagierten: Einige kommunizierten offen und bemühten sich professionell um die Behebung der Sicherheitslücken, andere akzeptierten die Schwachstellen, wenn sie nur wenig kritisch erscheinen.

Rechtlich obliegt die Risikobewertung der Schwachstellen gänzlich dem Hersteller. Selbst wenn eine Cybersicherheitslücke nachgewiesen wird, ist der Hersteller gesetzlich gemäß europäischer Medizinprodukteverordnung nur dann verpflichtet, dies als sogenanntes Vorkommnis der zuständigen Behörde zu melden, wenn er darin ein schwerwiegendes Patientenrisiko sieht.



Bei dem Projekt räumte nur einer von elf Herstellern ein, dass sein Medizinprodukt, eine Insulinpumpe, Sicherheitslücken aufwies, die Auswirkungen auf die Patientensicherheit hatten. Angreifer hätten die Pumpe entsperren, die Pumpenkonfiguration ändern, einen Insulinbolus verabreichen und die maximale tägliche Insulindosis ändern können.

Der Hersteller meldete diese Schwachstellen der zuständigen Bundesbehörde, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das die Sicherheitsmitteilung in seine Datenbank einstellte. Die übrigen im Bericht genannten Sicherheitslücken würden ohne Meldung ans BfArM gehoben. Für Sicherheitsmeldungen zur Cybersicherheit von Medizinprodukten hat das BfArM auf seiner Homepage eine eigene Rubrik eingerichtet.

Wo drohen welche Gefahren?

Jedes Jahr veröffentlicht das BSI einen sektorenübergreifenden Bericht zur IT-Sicherheitslage in Deutschland, in dem zahlreiche Vorfälle ausgewertet werden. Der Lagebericht 2022 zeigt deutlich, dass die Gefährdungslage im Cyber-Raum aktuell so hoch ist wie nie zuvor. Insbesondere Angriffe mit Ransomware (Schadsoftware, die für Erpressungen verwendet wird) haben zugenommen. Beispielsweise wurde ein internationales Medizintechnik-Unternehmen im September 2021 Opfer eines solchen Angriffs. Unternehmensdaten seien zwar nicht abgefließen, Datenübertragungen zu Teilen der Vertriebs- und Produktionsnetzwerke mussten aber eingestellt werden.

Zu Prüfungszwecken versuchen Sicherheitsexperten ebenfalls gezielt von außen in Systeme einzudringen. Mithilfe solcher »Penetrationstests« werden den Unternehmen dann die entsprechenden Sicherheitslücken aufgezeigt. Ein Team des Kollektivs *zerforschung* hat im Juni 2022 einen Bericht über zwei medizinische Apps veröffentlicht, die auch als DiGA gelistet sind. Über die Sicherheitslücken eines Behandlungsprogramms bei Depressionen und einer Anwendung zur Unterstützung Brustkrebserkrankter konnten mehr als 20 000 Datensätze ausgelesen werden, darunter E-Mail-Adressen, Passwörter und

Diagnosen. Mittlerweile konnten die Sicherheitslücken geschlossen werden. Doch zeigen die Fälle, wie wichtig gesetzliche Nachbesserungen sind.

Um als DiGA von den Krankenkassen vergütet werden zu können, durchlaufen medizinische Apps einen Zulassungsprozess beim BfArM. Bei der Cybersicherheit stützt sich das BfArM zum Teil auf die Selbstauskunft der Hersteller. Schrittweise wird nun gesetzlich nachgebessert: Bis zum 1. August 2024 müssen verschiedene Sicherheitsmaßnahmen von unabhängigen Stellen geprüft und zertifiziert werden.

Hohe Anforderungen an die Cybersicherheit sind umso mehr gefordert, wenn es um telemedizinische Versorgungsangebote geht, die lebenserhaltende Produkte wie zum Beispiel Kardioverter-Defibrillatoren beinhalten. Neue Entwicklungen, wie die Verwendung von patienteneigenen Smartphones als Kommunikationsschnittstelle zwischen Implantaten und den Servern der Gerätehersteller, bringen neue Risiken mit sich, die angemessen berücksichtigt werden müssen.

Wie (cyber)sicher sind Medizinprodukte?

Auch wenn Patientenschäden infolge eines gezielten Cyber-Angriffs auf ein Medizinprodukt bisher nicht bekannt sind, haben Angriffe auf die Systeme von Einrichtungen und Herstellern bis heute bereits Behandlungen behindert und Patientendaten offengelegt. Der Lagebericht des BSI zeigt, dass die Angriffe zunehmen und die Angreifer kreativer werden. Man kann nur vermuten, dass es sich bei den bislang bekannt gewordenen Schadensfällen zu Medizinprodukten – wie auch in anderen Bereichen – um die Spitze des Eisbergs handelt. Umso wichtiger ist es, dass die Gesetzgebung zeitnah klare Vorgaben schafft, ein hohes Cybersicherheitsniveau verpflichtend vorschreibt und dabei die verbindliche Meldung entsprechender Vorkommnisse berücksichtigt. Nur wenn Schwachstellen schnell und transparent kommuniziert werden und alle Akteure mit gebündelter Fachexpertise zusammenarbeiten, kann beim Wettrennen um die Cybersicherheit von Medizinprodukten ein Vorsprung vor Angreifern aufgebaut werden. 

Le Nguyen, M.Sc., ist Fachmitarbeiter im Team Medizinprodukte beim Medizinischen Dienst Bund. l.nguyen@md-bund.de



Sozialmedizin: gleiche Gesundheitschancen für alle

DIE SOZIALMEDIZIN bildet eine wichtige Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialrecht. Ihr Aufgabenspektrum ist vielfältig.

Rudolf Virchow ist schockiert. Die preußische Regierung hat den jungen Arzt 1848 nach Oberschlesien geschickt, wo zu dieser Zeit eine schwere Typhusepidemie wütet. Auf der Suche nach den Ursachen protokolliert Virchow akribisch Krankheitsverläufe und Ansteckungswege. Sein Fazit: Armut, Hunger, schlechte Wohnverhältnisse und fehlende Bildung sind die Treiber der tödlichen Epidemie. Wer die Gesundheit der breiten Bevölkerung verbessern will, muss an deren Lebensverhältnissen ansetzen, zeigt sich Virchow überzeugt. Ausdrücklich nimmt der Mediziner dabei seinen eigenen Berufsstand in die Pflicht: Die Ärzte, so notiert er, seien »die natürlichen Anwälte der Armen.«

1905 wird die »Deutsche Gesellschaft für sociale Medicin, Hygiene und Medicinalstatistik« gegründet. Die ersten Jahrzehnte des 20. Jahrhunderts markieren eine Blütezeit der Sozialmedizin, die neben der individuellen auch die Gesundheit der gesamten Gesellschaft in den Blick nimmt. Im Nationalsozialismus verlagert sich der Fokus dann radikal: Das individuelle Wohlergehen wird der (vermeintlichen) Volksgesundheit untergeordnet. An die Stelle der Sozial- tritt die Rassenhygiene. Nach Kriegsende liegen die Tätigkeitsfelder der Sozialmedizin im überwiegend individualmedizinisch geprägten Gesundheitswesen der Bundesrepublik dann vor allem im Bereich der Sozialversicherung.

Solidarleistungen gerecht verteilen.

Heute ist die Sozialmedizin eine eigenständige wissenschaftliche Disziplin. Zu ihren Aufgaben »zählt die genaue Analyse der Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit und der Gesellschaft«, erläutert Professor Christian Apfelbacher, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP). »Ziel ist dabei nicht nur die Förderung der Gesundheit aller, sondern vor allem auch gesundheitliche Chancengleichheit.« Dazu gehört es dem Leitbild der

DGSMPP zufolge, »die Gesundheit von Individuen, Teilgruppen und der Bevölkerung insgesamt zu verbessern, die Krankheitslast einschließlich ihrer sozialen Folgen zu verringern, die Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit und gerechte Verteilung von Solidarleistungen zu stärken sowie Kompetenz in der Vertretung gesundheitlicher Interessen in der Gesellschaft zu fördern.

Die Sozialmedizin ist als Pflichtfach in das Medizinstudium integriert. Eine eigene Facharztanerkennung gibt es zwar nicht; Fachärzte können aber bei ihrer zuständigen Landesärztekammer eine entsprechende Zusatz-Weiterbildung absolvieren. Die Sozialmedizin fungiert einerseits als Querschnittsfach innerhalb der Medizin, andererseits als Brückenfach zu anderen Disziplinen. In dieser Funktion soll sie Fachärztinnen und -ärzten »Orientierung geben zu Sozialprinzipien, sozialer Kompetenz, sozialer Gerechtigkeit und Sozialethik als Normativ für eine bedarfsgerechte Verteilung von Leistungen zu Lasten der Solidargemeinschaft«, heißt es im Musterkursbuch Sozialmedizin der Bundesärztekammer.

Ein zentrales Arbeitsfeld der Sozialmedizin in Deutschland ist die sozialmedizinische Begutachtung in der Sozialversicherung. Im Bereich der Rentenversicherung etwa prüfen Sozialmediziner, ob und wie sich krankheitsbedingte Leistungseinschränkungen bewältigen lassen, damit Versicherte wieder in das Erwerbsleben zurückkehren können. Sozialmedizinische Gutachten bilden eine wesentliche Grundlage für die Entscheidung der Rentenversicherungsträger über eine medizinische Rehabilitation, die Gewährung von Leistungen zur Teilhabe oder Erwerbsminderungsrenten. Bei der Agentur für Arbeit beurteilen Ärzte mit sozialmedizinischer Kompetenz gesundheitliche Einschränkungen von Arbeitssuchenden und Beschäftigten, sofern diese die Erwerbsfähigkeit einschränken.

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



DREI FRAGEN AN:



Klaus-Peter Thiele

Dr. Klaus-Peter Thiele ist Leitender Arzt des Medizinischen Dienstes Nordrhein und einer der wissenschaftlichen Leiter der Zusatzweiterbildung Sozialmedizin an der Ärztlichen Akademie für Medizinische Fort- und Weiterbildung in Nordrhein.

Warum ist Sozialmedizin spannend für Ärztinnen und Ärzte?

Die Sozialmedizin nimmt die Perspektive der Gesellschaft und des einzelnen Menschen, die Interaktion und das ganze soziale Gefüge in den Blick. Als Arzt werden Sie manche Erkrankungen nicht in den Griff bekommen, wenn Sie die sozialmedizinische Dimension dahinter nicht verstehen. Spannend ist auch unsere Position im Gesundheitssystem: Wir Sozialmediziner bringen als unabhängige, unparteiische Vermittler den Nicht-Ärzten die Medizin nahe und den Ärzten die Paragraphen. Wir versuchen, den Fakten zu ihrem Recht zu verhelfen. Dabei tragen wir manchmal eine große Verantwortung für Menschenleben und für sehr viel Geld – auch wenn wir die Entscheidungen nicht treffen, sondern nur durch unseren fachlichen Rat vorbereiten. Unsere Arbeit dient dazu, dass alle Versicherten gleichermaßen die ihrem persönlichen Bedarf entsprechende und nach wissenschaftlichen Standards notwendige medizinische und pflegerische Versorgung bekommen.

Unabhängige Beratung für eine gute Versorgung.

Als unabhängiger Gutachterdienst berät und unterstützt der Medizinische Dienst die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung wissenschaftlich fundiert bei Leistungsentscheidungen in medizinischen und Pflegefragen: bei der Einschätzung des Pflegegrads, bei Fragen rund um Vorsorge, Rehabilitation, Arbeitsunfähigkeit und Hilfsmittelversorgung, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder bestimmte Therapien und beim Verdacht auf Behandlungsfehler. Außerdem führt er Struktur- und Qualitätsprüfungen in Krankenhäusern und Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durch. Ziel ist es, dass alle Versicherten gleichermaßen ihrem Bedarf entsprechende, auf der Grundlage objektiver medizinischer Kriterien notwendige Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung erhalten, unnötige oder schädliche Behandlungen aber vermieden werden.

Was sind aktuelle Themen und Herausforderungen in der Sozialmedizin?

Unsere Arbeit wird immer komplexer. Unter anderem durch den onkologischen Fortschritt und die Hinwendung zu ganz kleinteiligen Indikationen seltener Erkrankungen mit einem unabweisbaren Behandlungsbedarf, wo die Hersteller aufgrund von Marktexklusivität extreme Preise aufrufen können, werden die Fragestellungen immer teurer. Die zunehmenden wirtschaftlichen Zwänge in der Medizin färben auch auf die Sozialmedizin ab; wir werden immer mehr in finanzielle Auseinandersetzungen hineingezogen.

Welche Themen werden die Medizinischen Dienste zukünftig beschäftigen?

Die Situation in den Krankenhäusern und in der Pflege ist sehr angespannt. Der Pflegebedarf wächst extrem, und damit die Zahl von Anträgen bei den Medizinischen Diensten. Diese Entwicklung ist so kritisch, dass man sich bald fragen muss, wie die Pflegebegutachtung in dieser Form weitergeführt werden kann.

Die Kassen haben einen dringenden Bedarf, mehr sozialmedizinische Beratung zu bekommen. Die Sozialmedizin, auch bei den Medizinischen Diensten, gerät unter Druck. Was wir liefern können, steht in einem kritischen Verhältnis zu dem, was die Krankenkassen eigentlich benötigen. Das ist ein fortgesetzter Ressourcenkonflikt.

Die Sozialmedizin, insbesondere die sozialmedizinische Beratung, steht zwischen Medizin, Pflege und Sozialwissenschaft, Recht, Politik und weiteren Interessensgebieten. Um ihrer gesellschaftlichen Verantwortung auch zukünftig gerecht zu werden, muss sie sich vernetzen, ihre Kompetenz sachlich und fachlich auf einem hohen Niveau halten, die Nachwuchsförderung intensivieren und vor allem ihre Unabhängigkeit bewahren.

Der Bedarf an sozialmedizinischer Expertise wird stark zunehmen, prognostiziert die DGSMPP: »Der Morbiditätswandel mit der Herausbildung der heutigen, überwiegend chronischen Volkskrankheiten und die Bewertungs-, Finanzierungs- und Steuerungsprobleme des modernen Gesundheitswesens bedeuten eine Herausforderung für Medizin und Gesellschaft gleichermaßen.«

Da könnte der Wurm drin sein

OB GETROCKNET, gefroren oder als Pulver – mittlerweile dürfen Mehlkäfer, Wanderheuschrecke, Hausgrille & Co. für Lebensmittel verwendet werden. Die einen finden es eklig, andere spannend, und dann gibt es noch die, die angesichts von Klimawandel, Dürrekatastrophen und Hungersnöten darin positive Bestandteile für die Ernährung der Zukunft sehen.

Tenebrio molitor, Locusta migratoria, Acheta domesticus und Alphitobius diaperinus heißen die neuen Mitwirkenden im Lebensmittelbereich. Als sogenanntes Novel Food dürfen nunmehr getrocknete Mehlkäfer im Larvenstadium genauso wie die Europäische Wanderheuschrecke oder die Hausgrille gefroren, getrocknet oder als Pulver für Lebensmittel verwendet werden. Auch der Getreideschimmelkäfer und dessen Larven, die Buffalowürmer, sind in pastenartiger, gefrorener, getrockneter oder pulverisierter Form für die Verwendung zugelassen.

Grundsätzlich können Lebensmittel nach dem Grundsatz der Zulassungsfreiheit gemäß der Lebensmittelbasisverordnung in der Europäischen Union ohne vorherige Zulassung in Verkehr gebracht werden. Eine Ausnahme bilden aber die Novel Foods, neuartige Lebensmittel, die vor 1997 nur selten für den menschlichen Verzehr verwendet wurden. Sie müssen einer gesundheitlichen Bewertung unterzogen werden, um einen hohen Gesundheitsschutz für die Menschen zu gewährleisten.

Klimafreundliche Fleischalternative?

Laut der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) gibt es in Europa zunehmend mehr Produzenten, insbesondere in den Niederlanden, die Insekten verwenden. Die hergestellten Produkte können zur (weltweiten) Nahrungssicherung beitragen und Alternativen zu herkömmlichen tierischen Produkten sein. In Futtermitteln können sie Fischmehl und Soja ersetzen. Anders als zum Beispiel Rinder benötigen Insekten deutlich weniger Futter, ihre Zucht ist platzsparender und sie verursachen weniger Treibhausgase. Kritiker halten dagegen, dass die in den Zuchtstätten benötigte Temperatur von 25 bis 30 Grad Celsius problematisch sei – auch Transport-

Christine Probst
arbeitet im Stabsbereich
Selbstverwaltung /
Kommunikation / Politik
beim Medizinischen Dienst
Sachsen-Anhalt.
christine.probst@md-san.de



wege müssten berücksichtigt werden. Offen bleibt die rechtliche Frage, ob und wann Insekten Nutztiere sind und was das für Tiergesundheit und Haltung bedeutet.

Mit Protein und Omega-Fettsäuren

Grundsätzlich sind Insekten proteinreich und kohlenhydratarm, womit sie sich gut für eine Low-Carb-Ernährung eignen. Sie sind reich an Eisen, Kupfer, Magnesium, Mangan, Phosphor, Selen und Zink und enthalten oft B-Vitamine wie Folsäure, Riboflavin, Pantothenensäure und Biotin. Ihr Fettgehalt schwankt zwischen 10 und 35%. Während Käfer rund 40% gesättigte Fettsäuren enthalten, haben Grillen über 47% der guten, mehrfach ungesättigten Fettsäuren. Bestimmte Grashüpfer, Heuschrecken und Grillen können bis zu 77% Eiweiß enthalten. Bei gefriergetrockneten Insekten erhöht sich der Anteil sogar. Daher werden gefriergetrocknete Insekten manchen Proteinriegeln als Pulver zugesetzt.

In Deutschland gibt es bisher vor allem Produkte, die Insekten als Zutat enthalten. Ganze Insekten sind eher im Onlineverkauf zu finden. Frischware oder gar lebende Speiseinsekten bietet der Handel hierzulande bislang nicht an. Speiseinsekten, die bei uns im Lebensmittelhandel angeboten werden, stammen ausschließlich aus kontrollierter Aufzucht. Die Zulassungsbedingungen von Insekten schließen spezielle Kennzeichnungsvorschriften ein, beispielsweise eine Allergeninformation.

Wissenschaftler an der spanischen Universität León fürchten neben dem allergischen Potenzial weitere Gesundheitsrisiken. So könnten Insekten unter anderem in Flügeln und Außenskelett den schwer verdaulichen Ballaststoff Chitin enthalten. Weitere Bestandteile wie Phytate, Phytinsäure und Oxalate könnten zudem die Aufnahme von Mineralstoffen im menschlichen Körper verringern. Nicht zuletzt könnten einige Käferarten Steroidhormone wie Testosteron enthalten und bei dauerhaftem Verzehr Wachstumsstörungen, Ödeme, Gelbsucht und Leberkrebs begünstigen. Das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) setzt sich für mehr Forschung ein.

DURCH BETRUG und Korruption entstehen dem Gesundheitssystem jährlich Milliardenverluste. Spezialisierte Ermittlungseinheiten kämpfen dagegen. Fünf weiße Tabletten liegen auf dem Küchentisch, zwei rote verstecken sich unter einer alten Zeitung. Mit zitternder Hand greift die 80-Jährige nach einer weißen. Eigentlich sollte ihr eine Pflegefachkraft die Medikamente geben, so ist es mit dem Pflegedienst vereinbart. Was niemand weiß: Nur selten kommt jemand zu ihr in die kleine Wohnung nach Würzburg, sortiert die Medikamente, hilft beim Duschen und wechselt den Verband am Bein. Was auch keiner weiß: Der ambulante Pflegedienst rechnet großzügig mit der Krankenkasse ab: medizinische Behandlungspflege, Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung. So oder so ähnlich hat es sich in Bayern in manchen Haushalten abgespielt. Der Schaden für die Krankenkasse in diesem Fall: rund 4,5 Millionen Euro. Aufgrund des schlechten Zustands der Senioren bei der Razzia ermittelt die Staatsanwaltschaft Würzburg inzwischen zudem wegen fahrlässiger Körperverletzung und Misshandlung von Schutzbefohlenen.

Hinschauen statt wegschauen

Die Ermittlungen sind langwierig und komplex. Verantwortlich dafür ist unser komplexes Sozialversicherungsrecht und das noch kompliziertere Abrechnungssystem, mutmaßen Fachleute. »Die Corona-Pandemie zeigt fast wie unter einem Brennglas die besondere Verwundbarkeit des Gesundheitswesens durch kriminelle Betrüger«, sagt Richard Findl, Leitender Oberstaatsanwalt und Leiter der Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG). Die ZKG wurde im September 2020 aus bestehenden Schwerpunktstaatsanwaltschaften gegründet und bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg angesiedelt. 14 Staatsanwälte arbeiten mit vier medizinischen Abrechnungsfachkräften und einem IT-Forensiker zusammen. Auch die bayerische Polizei hat sich mit Schwerpunktdienststellen spezialisiert. 662 Verfahren hat die ZKG mittlerweile eingeleitet, 311 davon im Jahr 2022. Anklage wurde unter anderem gegen Betreiber von

Larissa Limbrunner
ist Fachberaterin
Unternehmenskommuni-
kation beim Medizinischen
Dienst Bayern
Larissa.limbrunner@
md-bayern.de



Tatort Gesundheitswesen

Corona-Teststationen erhoben, die mehr Testungen abrechneten als durchführten, gegen eine Apothekenmitarbeiterin, die gefälschte digitale Impfsertifikate ausstellte und gegen einen Arzt, der scheinimpfte. Seit 2021 gehen die meisten Hinweise anonym über das digitale Hinweisgebersystem (www.bkms-system.com/zkg) ein. »Mit der ZKG wollen wir das Gesundheitssystem vor Straftätern schützen«, sagt der bayerische Justizminister Georg Eisenreich.

Mit dem interdisziplinären Team der ZKG nimmt Bayern eine Vorreiterrolle in Deutschland ein. In einigen Bundesländern gibt es spezialisierte Staatsanwaltschaften und entsprechende Ermittlungsgruppen bei der Kriminalpolizei. NRW, Niedersachsen, Sachsen und Sachsen-Anhalt sowie Baden-Württemberg haben noch keine spezialisierte Strafverfolgungsbehörde.

Betrug gemeinsam bekämpfen

Um das wahre Ausmaß an Falschabrechnungen aufzudecken, hat die Justizministerkonferenz auf Antrag Bayerns im November 2022 eine bundesweit angelegte Dunkelfeldstudie angeregt. »Die Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs ist nicht allein Aufgabe der Justiz, es müssen viele mit anpacken«, sagt Richard Findl. Auch die Medizinischen Dienste leisten ihren Beitrag: Sie prüfen im Rahmen der Qualitätsprüfungen auch die Abrechnungen von Pflegediensten. Gibt es dabei oder bei Pflegebegutachtungen und medizinischen Gutachten Auffälligkeiten, die auf kriminelle Machenschaften hindeuten, informieren sie sofort die Kranken- und Pflegekassen. Das Ziel ist klar formuliert: den Abrechnungsbetrug gemeinsam bekämpfen.

Gelebte Inklusion

ERFAHRUNGEN ZEIGEN, dass auch Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung in der Altenhilfe und Pflege unterstützen können. Fern von pflegerischen Aufgaben können sie bei alltäglichen Abläufen in den Einrichtungen helfen und sich auch um die Pflegebedürftigen kümmern. »Alte Leute sind echt interessant«, sagt einer, der es wissen muss: Steve arbeitet als Stationshelfer in der Geriatriischen Rehabilitationsklinik des Städtischen Klinikums Dresden. Er desinfiziert Handläufe, Gehhilfen und Rollstühle, serviert Kaffee und Tee, liest vor und hat immer ein offenes Ohr für die Patientinnen und Patienten. Er hat eine Lernbehinderung, doch es fällt ihm leicht, mit viel Empathie offen auf jeden Einzelnen zuzugehen, auch wenn er klassische Pflegeaufgaben nicht übernehmen darf. Besonders mag er die Gespräche, die er so oft wie möglich mit den Patienten führt: »Da erfährt man so viel Interessantes, und die älteren Menschen reden gern und lange über ihre Vergangenheit«, fügt er lächelnd hinzu.

Sein Kollege Mario ist Anfang 40 und schon seit längerem in der geriatrischen Rehaklinik beschäftigt. Zuvor hat er im Reinigungsbereich einer Firma gearbeitet. In der Reha-Klinik gefällt es ihm besser. Er spürt, dass er gebraucht, vom Team und den Patienten anerkannt wird, und er kann helfen, wo immer es geht. Täglich macht er Betten, begleitet Patientinnen und Patienten zum Friseur, zur Fußpflege und mittwochs regelmäßig zu den »Kulturabenden«, die im Haus stattfinden. »Ich schätze an Mario besonders, dass er jeden Tag bestens gelaunt, absolut kritikfähig und nie nachtragend ist. Er hat immer ein aufmunterndes Wort für jeden und ist sofort hilfsbereit zur Stelle, wenn etwas gebraucht wird. Seine freundliche, unkomplizierte Art kommt bei allen sehr gut an«, sagt Anja Gräfe, die Abteilungsleiterin der Pflege.

Beschäftigung in Werkstätten

Die beiden Stationshelfer nutzen einen sogenannten betriebsintegrierten Außenarbeitsplatz der Inpuncto-Werkstätten der Lebenshilfe Dresden e.V. Rund 320 000 Menschen mit geistigen und körper-

lichen Behinderungen arbeiten deutschlandweit in Werkstätten wie dieser. »Eine Werkstatt ist für Menschen mit Behinderung, die nicht oder noch nicht in der Lage sind, eine Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu übernehmen, ein wichtiges Angebot, um Teilhabe an Arbeit, sozialen Kontakten und individueller Selbstbestimmung zu realisieren«, erklärt der Landschaftsverband Rheinland (LVR) auf seinen Internetseiten: »Sie leisten sinnvolle Arbeit, sind sozialversichert, erhalten ein Entgelt für ihre Tätigkeit und werden an ihrem Arbeitsplatz individuell gefördert und begleitet.«

Um mehr gemeinsame Beschäftigung von Menschen mit und ohne Behinderung zu schaffen, richten die Werkstatt-Träger zunehmend sogenannte betriebsintegrierte Arbeits- und Berufsbildungsplätze ein, heißt es. Diese Außenarbeitsplätze sind Einzel- oder Gruppenarbeitsplätze, die räumlich im Betrieb eines regulären Unternehmens angesiedelt, aber organisatorisch an eine anerkannte Werkstatt für behinderte Menschen angebunden sind. Die Menschen mit Behinderung sind dann direkt im Unternehmen des Arbeitsmarktes tätig, bleiben aber Werkstatt-Beschäftigte und werden weiterhin von den Fachkräften der Werkstatt betreut und unterstützt.

Ob als Stationshelfer, Senioren- oder Alltagsbegleiter: Vielerorts in Deutschland unterstützen Menschen mit Behinderung pflege- oder hilfebedürftige Menschen, begleiten sie zu Gottesdiensten, zu Arztterminen, spielen und singen mit ihnen, hören zu und erfüllen individuelle Wünsche. Aufgaben, für die die Pflegefachkräfte oft viel zu wenig Zeit haben, die aber für die Betroffenen enorm wichtig sind.

Klassische pflegerische Aufgaben dürfen sie aufgrund gesetzlicher Regelungen nicht übernehmen. Dennoch leisten sie einen wertvollen Beitrag für andere, aber auch für sich selbst: Raus aus der behüteten und geschützten Werkstattwelt, gehen sie selbstbestimmt in eine fordernde Arbeitswelt und in eine eigenverantwortlichere Zukunft. Dabei führt der betriebsintegrierte Außenarbeitsplatz einer Werkstatt noch immer eher selten in eine reguläre, sozialversicherungspflichtige Arbeit oder Ausbildung.

Corinna Thamm ist Referentin für Unternehmenskommunikation beim Medizinischen Dienst Sachsen in Dresden.
corinna.thamm@md-sachsen.de



In Sachsen sorgt ein bislang bundesweit einzigartiges Projekt dafür, dass Menschen mit Behinderung, die als »nicht ausbildungsfähig« gelten, einzelne berufliche Tätigkeiten erlernen und die Qualifikationen zertifizieren lassen können. Einzigartig ist das Projekt, weil Industrie- und Handelskammern erstmals die Qualifikationen anerkennen. Für Arbeitgeber kann das ausschlaggebend für die Einstellung eines Bewerbenden sein.

Theorie, Praxis und individuelle Förderung

Bei dem Programm PRAXISBAUSTEIN des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V. werden Inhalte zu Rahmenplänen von herkömmlichen Berufen in kleinere, leicht zu erlernende Einheiten gegliedert. Bei der Vermittlung fachlicher Kompetenzen, zum Beispiel für die Bereiche Küche und Service, Reinigung oder auch Bürodienstleistungen berücksichtigen die Werkstätten insbesondere den individuellen und sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf der Teilnehmenden. Auch wird ein Sozialtraining angeboten, das die Qualifizierung ergänzt. Ob jemand für den Pflege- oder Altenhilfebereich geeignet ist, wird in Gesprächen und mithilfe einer ausführlichen Eignungsanalyse festgestellt. Neben der Theorie lernen künftige Stationsbegleiter zum Beispiel in Praxis-tagen ihren Arbeitsalltag und die neuen Kolleginnen und Kollegen kennen. In einer intensiven Einarbeitungsphase werden Menschen wie Mario und Steve durch einen Jobcoach und den Verantwortlichen im jeweiligen Unternehmen betreut.

Jana Wagner, Jobcoach bei der Lebenshilfe Dresden e.V., nennt die wichtigsten Punkte für eine funktionierende Teamarbeit: »Alle Beteiligten im Unternehmen tragen dazu bei, dass die Zusammenarbeit gelingt und der oder die Neue bleibt. Dafür braucht es oft nicht nur am Anfang, sondern auch nach der Einarbeitung Zeit und Geduld. Neben der Betreuung vor Ort gehört eine gute Kommunikation auf Augenhöhe und nicht zuletzt eine unternehmensübergreifende Offenheit dem Menschen mit Behinderungen gegenüber dazu.«

Eine inklusive Arbeitswelt zum Wohle aller

Für die Arbeit in der Altenhilfe oder Pflege scheinen Menschen mit Behinderung besonders geeignet zu sein: »Sie haben ganz oft eine andere Perspektive auf vermeintliche Defizite älterer Menschen und eine andere Sichtweise auf Zeit an sich. Aufgrund ihrer eigenen, teilweise negativen Erfahrungen mit Mitmenschen, aber auch durch die Wertschätzung, die sie in der Werkstatt und auf dem Außenarbeitsplatz erfahren, stellen sie sich ganz auf die Pflegebedürftigen ein, bringen viel Geduld und Mitgefühl auf«, so Elisabeth Nitzsche, Geschäftsführerin der Landesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V. Sachsen.

Oft scheuen Unternehmen den höheren Einarbeitungsaufwand und die individuelle Begleitung eines neuen Mitarbeitenden mit körperlichen oder geistigen Behinderungen. Und natürlich kommt es auch vor, dass, obwohl alle an einem Strang ziehen, Menschen mit Behinderung wieder zurück ins geschützte Umfeld einer Werkstatt gehen. Manchmal sind sie dem Druck der Arbeitswelt auf Dauer nicht gewachsen; manchmal vermissen sie die sozialen Kontakte, die sie in den Werkstätten hatten, tun sich schwer, Anschluss im neuen Team zu finden. Und manchmal, so Elisabeth Nitzsche, gibt es auch mehr Angebote von Betrieben als bewerbungswillige Menschen mit Behinderung.

Den Wunsch nach einer Arbeit, die Spaß und selbstbewusst macht, die sinnvoll ist, haben die meisten Menschen, unabhängig davon, ob sie eingeschränkt sind oder nicht. Wenn alle Beteiligten einbezogen werden, Menschen mit Behinderung praxisnah qualifiziert und auf ihre individuellen Stärken und Bedürfnisse zugeschnitten eingearbeitet und begleitet werden, entlastet das Pflegekräfte, gewinnen Pflegebedürftige und die Menschen mit Behinderung. Eine zukunftsfähige, inklusive Arbeitswelt nimmt das Potenzial dieser Menschen – nicht nur in der Pflege oder Altenhilfe – auf und setzt sie für das Wohl aller ein. **Q**

Die Kreolin mit dem Teebecher

VON JAMAICA nach Panama, England und auf die Krim: Mary Seacole pflegte Kranke und Verwundete auf eigene Faust und lebte ein ungewöhnliches Leben im 19. Jahrhundert.

Es war 1853, als Russland in die Krim einmarschierte. Damals attackierte Zar Nikolaus I. nicht die Ukraine, sondern das Osmanische Reich. Sein Ziel war mehr Einfluss Richtung Westen und ein Zugang zum Mittelmeer. Da sich das Osmanische Reich im Niedergang befand und als »kranker Mann vom Bosphorus« galt, schien die Gelegenheit günstig. Doch es kam anders. Großbritannien und Frankreich wollten eine Expansion Russlands nach Westen verhindern und eigene Handelswege und koloniale Interessen sichern. Was heute kaum noch in Erinnerung ist, wurde der erste »moderne« industrielle Krieg und der erste Stellungskrieg. Der Krimkrieg forderte viele Opfer, vor allem durch die katastrophalen hygienischen Zustände. Es fehlten Unterkünfte, Lazarette und Krankenschwestern.

Es waren Frauen, die Linderung brachten. Eine kam ganz auf eigene Faust auf die Krim, in die Stadt Balaklava, eine Frau mit einer abenteuerlichen Lebensgeschichte. Ihr Name war gut hundert Jahre lang vergessen, doch seit 2016 erinnert in London eine Statue an sie: Mary Seacole, geboren etwa 1805 in Jamaika als Mary Jane Grant, gestorben 1881 in London.

Vergessene Heldin des Krimkrieges

Sie war nicht planvoll und systematisch organisiert wie Florence Nightingale, die berühmte Krankenschwester, die im Auftrag der britischen Regierung auf der Krim das Sanitätswesen neu aufstellte und dort mehr als 100 Krankenschwestern und Pflegekräfte beaufsichtigte. Mary Seacole war nicht einmal Krankenschwester. Sie hatte von ihrer Mutter, die in Jamaikas Hauptstadt Kingston eine Pension führte, die traditionelle Medizin gelernt und half dabei, die kranken und verletzten Soldaten unter den Gästen zu versorgen. Mit 15 reiste sie mit Verwandten für rund ein Jahr nach England. Das war möglich, weil Mary als Tochter des schottischen Offiziers James Grant eine freie Britin war. In ihrer Autobiografie

schrrieb sie später, dass sie »von frühester Jugend an eine Sehnsucht nach medizinischen Kenntnissen und Praktiken« hatte, die sie »nie im Stich ließ«. Als 1850 eine Cholera-Epidemie in Kingston ausbrach, pflegte Mary Seacole die Kranken. Dann reiste sie nach Panama, wo ihr Bruder ein Hotel führte. Mary eröffnete einen Laden für Goldsucher, die durch die Stadt Cruces auf dem Weg zu den Goldfeldern in Kalifornien waren. 1852 brach in Cruces ebenfalls die Cholera aus.

Senfbrechmittel und Quecksilber gegen die Cholera

Mary berichtete rückblickend, dass ihr erster Cholera-Patient dort der zweite Infizierte war und es keinen Arzt gab, nur einen »kleinen schüchternen Zahnarzt, der zufällig dort war und sich weigerte, dem Leidenden etwas zu verschreiben«. Sie wählte aus ihrer Hausapotheke »das aus, was ich für notwendig hielt, und mit Hilfe von Senfbrechmitteln, warmen Umschlägen, Senfpflastern auf Bauch und Rücken und Kalomel, zuerst in großen, dann in immer kleineren Dosen, gelang es mir, meinen ersten Cholera-Patienten in Cruces zu retten«. Die Senfbrechmittel waren vermutlich nicht hilfreich, da die Krankheit selbst schon zu schweren Durchfällen und damit zu lebensgefährlichem Flüssigkeitsverlust führen kann. Und Kalomel ist Quecksilberchlorid, also giftig und deshalb ebenfalls keine gute Idee – was sie vermutlich nicht wusste, da diese Mittel auch bei den Ärzten der damaligen Zeit üblich waren. Immerhin gestand sie später ein, dass ihr bei der Behandlung von Patienten Fehler unterlaufen seien.

1823 war sie erneut und auf eigene Faust für zwei Jahre nach London gegangen, 1825 reiste sie unter anderem nach Kuba, Haiti und auf die Bahamas. Von ihren Reisen brachte sie Waren mit, die sie dann in ihrer Heimatstadt Kingston verkaufte. Dort heiratete sie auch, nämlich den Mann, unter dessen Nachnamen man sie kennt: Edwin Seacole eröffnete mit ihr ein Geschäft. Doch die Ehe dauerte nur acht Jahre, denn Edwin wurde bald schon krank und schwach. 1844 starb er.



Tanja Wolf
ist Medizinerin, Journalistin
und Buchautorin und
arbeitet bei der
Verbraucherzentrale NRW.
lupetta@t-online.de

»Ich schäme mich nicht, zu gestehen,
dass ich es liebe, denen zu helfen, die die Hilfe einer Frau brauchen,
denn es ist eine egoistische Befriedigung.
Und wo auch immer die Not entsteht, [...] ich bitte um kein größeres
oder höheres Privileg, als ihr zu dienen.«



Was dann folgte, war sicher die größte Herausforderung: ihr Einsatz auf der Krim. Die britischen Medien berichteten ausführlich über den Krieg und die grauenhaften Zustände. Mary Seacole reiste nach London, um als Krankenschwester anzuheuern. Es gibt unterschiedliche Darstellungen, warum sie von offizieller Stelle nicht engagiert wurde. Sie selbst beschrieb, dass sie verschiedene Regierungsstellen sowie eine Mitarbeiterin von Florence Nightingale aufsuchte, aber abgewiesen wurde. Der Mary-Seacole-Trust, der die Erinnerung an sie wachhält, sieht ihre Hautfarbe als Grund. So formulierte sie selbst in ihren Erinnerungen: »Schreckten diese Damen davor zurück, meine Hilfe anzunehmen, weil mein Blut unter einer etwas dunkleren Haut als der ihren floss?« Möglich ist aber auch, dass ihre fehlende Krankenhauserfahrung und ihr fortgeschrittenes Alter entscheidend waren.

Ein beerenbraunes Gesicht und ein gütiges Herz

Trotzdem gab sie nicht auf und reiste stattdessen allein auf die Krim, auf eigene Kosten. Mit einem Verwandten ihres Mannes eröffnete sie zwischen Sewastopol und Balaklava eine Art Verpflegungsstation, »British Hotel« genannt. Damit erlangte sie Heldenstatus bei den Soldaten. Sie war immer nah an der Front, brachte »ein Getränk, ein wenig Brühe, ein Stückchen Kuchen oder eine Schale mit Gelee oder Pudding«. Oder sie wartete vor ihrem »Hotel«, das tatsächlich wohl eher eine Hütte mit Kantine, Lagerhaus und Schuppen war, wenn ein Zug kranker oder verwundeter Männer von der Front vorbeikam, um den armen Kerlen, »für deren Leiden ihr Herz blutete«, Trost zu spenden. In den britischen Medien wurde sie »Die Kreolin mit dem Teebecher« genannt. Florence Nightingale dagegen galt als die »Dame mit der Lampe«.

Seacole bezeichnete sich in ihrer Autobiografie als »doctress, nurse, and mother«, das entsprach den jamaikanischen Vorstellungen jener Zeit: »Einige meiner Krim-Patienten, die mich als Krankenschwester und Ärztin schätzten, trugen Namen, die in ganz England bekannt sind. Ich sage dir, Leser, ich habe die Augen so manches kühnen Burschen zu einer solchen Zeit feucht werden sehen, wenn die Stimme

einer Frau und die Fürsorge einer Frau Erinnerungen an jene glückliche englische Heimat wachriefen, die einige von ihnen nie wieder sahen.« Die Armee war weit entfernt von dem Zustand, wie Seacole die englischen Offiziere in Jamaika kennengelernt hatte: »glatt rasiert, hübsch gekleidet, mit makelloser Wäsche und dandyhaftem Auftreten«. Einer der britischen Krim-Soldaten beschrieb »die vertraute Gestalt der stämmigen Dame« so: »Dieses beerenbraune Gesicht, mit der Spur eines gütigen Herzens, in jeder Falte heimlich eingepägt, war ein Anblick, der durch die Schneewolken rollte, über den eisernen Himmel.«

Gesundheitlich angeschlagen und bankrott kehrte sie nach Kriegsende nach Großbritannien zurück. Um wieder zu Geld zu kommen, schrieb sie ein Buch über ihr Leben, das 1857 erschien und tatsächlich ein Bestseller wurde: »Wonderful Adventures of Mrs. Seacole in Many Lands«. Zudem setzten sich die Soldaten für sie ein und würdigten in Briefen an die Zeitungen ihre Arbeit. 1857 schrieb der Kriegskorrespondent der *Times*, Sir William H. Russell: »Ich vertraue darauf, dass England eine Frau nicht vergessen wird, die ihre Kranken pflegte, die ihre Verwundeten aufsuchte, um ihnen zu helfen und beizustehen, und die einigen ihrer berühmten Toten die letzte Ehre erwies.«

Doch das dauerte mehr als ein Jahrhundert. So gilt Mary Seacole als »vergessene Heldin des Krimkriegs«. 1954, zum 100. Jahrestag des Krimkriegs, benannte die Jamaikanische Krankenschwester-Vereinigung ihren Hauptsitz in Mary Seacole House um. In Großbritannien wird seit 1981, seit ihrem hundertsten Todestag, an ihrem Grab in London jährlich eine Gedenkfeier abgehalten. Im Jahr 2004 wurde sie zur »größten schwarzen Britin« gewählt. Und seit dem Jahr 2016 erinnert eine Statue auf dem Gelände des St. Thomas' Hospital an sie. Mary Seacole starb am 14. Mai 1881 mit 76 Jahren in England an einem Schlaganfall – als reiche Frau. ◻

#disconnected – kein Leben ohne Internet?

WENN DAS LEBEN fast ausschließlich online stattfindet, kann eine suchtartige Verhaltensstörung vorliegen. »Das Internet war für mich das Glück im Unglück namens Corona: Ich wechselte vom Büro ins Home-Office. Hier wie dort bestand ein Arbeitstag aus acht Online-Stunden. Nach dem Feierabend bestellte ich mein Abendessen per App bei Lieferando, streamte Filme auf Netflix, videotelefonierte mit Freundinnen und Familie. Vor dem Schlafengehen noch ein bisschen WhatsApp. Beim Frühstück ging es weiter mit Daumengymnastik auf Instagram: Scrollen ohne Ende.« Das, was Sarah rückblickend reflektiert beschreibt, war und ist für viele Menschen – nicht erst seit Corona – eher die Regel als die Ausnahme.

Doch wo hört der normale Internetwahnsinn auf und wo fängt eine Internetnutzungsstörung an? Die Internetnutzungsstörung fasst sämtliche Formen der schädlichen Internetnutzung bis hin zur Abhängigkeit zusammen. Damit kann das exzessive Gaming einer Sechzehnjährigen genauso gemeint sein wie das zwanghafte Online-Shopping eines Sechzigjährigen. Social-Media-bezogene Störungen bilden jedoch einen Schwerpunkt. Sie äußern sich vorrangig in der Fear of Missing out – kurz FOMO –, also der Angst, etwas zu verpassen, die aus dem Wunsch nach sozialer Anbindung entsteht. Der Gegenpol dazu ist die Ausschüttung von Glückshormonen, wenn ein Like, ein Retweet oder ein wohlwollender Kommentar ein Gefühl von Anschluss vermitteln.

Können wir uns ein Leben ohne Internet noch vorstellen?

Die Allgegenwart des Smartphones und damit des Internets lässt zuweilen schwer erkennen, wo der schmale Grat zwischen starker Nutzung und einer behandlungsbedürftigen Suchterkrankung verläuft. Laut einer Studie der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2021 sind knapp drei Viertel der Deutschen aller Altersgruppen immer oder mehrmals täglich privat online. Unter den 18- bis 33-Jährigen sind es sogar 92%. Zu ihren favorisierten Online-Aktivitäten gehören das Chatten über Messenger-Dienste und die Beschäftigung mit Social Media. Viele von ihnen nutzen



Diana Arnold ist Online-Redakteurin der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste. d.arnold@md-bund.de

zudem einen Second Screen, einen zweiten Bildschirm – den ersten für das Streamen eines Films und den zweiten fürs Chatten übers Smartphone mit Freundinnen und Freunden.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie schätzt, dass etwa 1 bis 2% der deutschen Gesamtbevölkerung internetabhängig sind, unter Jugendlichen sogar bis zu 5%. Mädchen sind mit 7,1% noch stärker betroffen; sie sind besonders anfällig für suchtartigen Social-Media-Gebrauch.

Internetsucht nicht isoliert betrachten

Das Abhängigkeitsmuster gleicht dem anderer Süchte: Alltägliches wird zugunsten der Sucht zunehmend vernachlässigt, Grundbedürfnisse wie Essen und Schlafen werden zurückgefahren, bis hin zur völligen Ausrichtung der Tagesstruktur auf die Sucht. Exemplarisch dafür steht das nächtliche Zocken, das keine Zeit für Hausaufgaben oder Schule übriglässt. Auch reale soziale Kontakte abseits vom Screen geraten vollkommen in den Hintergrund. Auf Entzugsversuche, zum Beispiel von Eltern initiiert, reagieren Süchtige mit Gereiztheit, Nervosität bis hin zu schweren Aggressionen.

Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf behandelt jährlich etwa 500 Kinder und Jugendliche mit medienbezogenen Störungen. Prof. Dr. Rainer Thomasius, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Ärztlicher Leiter des DZSKJ, betont, »dass diese Störungen nicht isoliert betrachtet werden können.« Sie seien in der Regel eng verzahnt mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angst- und sozialen Störungen. Die Jugendlichen hätten oft ein geringes Selbstwertempfinden und nur wenige belastbare soziale Beziehungen.

Die stationäre Therapie am DZSKJ stellt im ersten Schritt Strukturen wieder her – ganz ohne Handy. Es gibt eine Klinikschule, Gruppen- und Einzel-, Musik- und Ergotherapie. Im weiteren Therapieverlauf darf das Handy für bestimmte Zeitfenster wieder genutzt werden. Einen besonderen Schwerpunkt sowohl mit Blick auf die Ursachen als



auch auf die Therapie der Suchterkrankung bilden laut Thomasius die familiären Beziehungen. Daher werden insbesondere die Eltern stark in die Therapie eingebunden. Deren Medienkompetenz prägt die Kinder. Sie sind zudem gefragt, wenn klare Grenzen und Strukturen verhandelt werden müssen und bei auffälliger Nutzung frühzeitig interveniert werden sollte.

Wer kontrolliert den Online-Konsum?

Laut der DAK-Längsschnittstudie »Mediensucht 2020 – Gaming und Social Media in Zeiten von Corona«, die in Zusammenarbeit mit dem DZSKJ entstanden ist, gibt gerade mal die Hälfte der Eltern zeitliche Rahmen für die Internetnutzung vor. Ähnlich wenige befassen sich mit den Inhalten, die ihre Kinder dabei konsumieren.

Dabei lohnt ein genauer Blick auf die Inhalte und Mechanismen, die ein Suchtverhalten auslösen können. Social-Media-Plattformen wie Instagram und YouTube halten die Aufmerksamkeit der Nutzerinnen und Nutzer aufrecht, indem sie anhaltend neue personalisierte Inhalte produzieren – ein Ende des Feeds gibt es nicht. Die individuelle Nutzung und damit die emotionale Verfassung des Users werden im Hintergrund erfasst, ausgewertet und durch algorithmisch angepasste Inhalte verstärkt. So entsteht die Filterblase, die das Loslösen vom Netz zusätzlich erschwert.

Social Media lockt mit Herzchen, Flammen, Insider-Jokes und Kommentaren und simuliert so soziale Verbundenheit. Ein weiteres wesentliches Element ist das persönliche Profil, also die virtuelle Selbstdarstellung, die zum ständigen Vergleich mit anderen, augenscheinlich schöneren, selbstbewussteren und interessanteren Menschen führt und so unter Umständen das Selbstwertgefühl belasten und sogar depressiv machen kann.

Posten, Chatten, Streamen: Medienkompetenz als Baustein der Prävention

Vera Borngässer, Medienpädagogin der gemeinnützigen Organisation Digitale Helden, schult nicht nur Eltern und Lehrkräfte in Medienkompetenz. Sie koordiniert überdies ein Mentorenprogramm, das Pädagogen und Schülerinnen und Schüler der

achten bis zehnten Klasse zu »digitalen Helden« ausbildet. Das heißt, sie lernen das Internet kritisch und verantwortungsbewusst zu nutzen und ihren Umgang damit zu reflektieren. Sie schauen hinter die Kulissen von Influencer-Videos und stellen Kommunikationsregeln für den Klassenchat auf. Mit dieser Expertise werden sie zu Mentoren für jüngere Kinder der fünften und sechsten Klasse.

Zu einem souveränen Umgang mit Medien gehören für Borngässer auch bewusst gelebte Offline-Erfahrungen. Dennoch hält sie wenig von allzu strikten Zeitfenstern und starren Regelungen. Die Nutzungsdauer sei einer von vielen Aspekten, die zwischen Eltern und Kindern verhandelt werden sollten, ohne die Eltern aus der Verantwortung zu entlassen. Wichtiger als kategorische Verbote sei aber eine lebensnahe Auseinandersetzung damit, welche Rolle das Internet im Alltag der Kinder und Jugendlichen spiele. Denn dass das Internet ein wesentlicher Bestandteil unserer Gegenwart ist, lässt sich nicht anzweifeln. Die Ursachen jedoch, die eine problematische Internetnutzung hervorrufen, also jene von Thomasius beschriebenen Ängste, Unsicherheiten und psychischen Probleme, gab es schon lange Zeit vorher. Doch durch seine Geschwindigkeit und Verbreitung wirke das Internet vielmehr wie ein Verstärker für diese Probleme.

Nach Thomasius' Erfahrung sind die Heilungschancen für eine medienbezogene Störung mit einer Rückfallquote von 10 bis 20% besonders gut im Vergleich zu substanzbezogenen Süchten wie Alkohol- und Drogensucht (60%). Medienkompetenz sei dabei ein wesentlicher Baustein für einen langfristig gesunden Alltag mit Internet.

Inzwischen hält Sarah häufiger kurz inne, wenn sie in ihrer Freizeit nach Entspannung im Internet sucht, und fragt sich, ob eine Viertelstunde Yoga oder ein kurzer Spaziergang nicht wirkungsvoller wären. Und sie hat ein paar wirkungsvolle Apps installiert, die sie beim gelegentlichen digital detox, also der bewussten Entgiftung und Abstinenz von digitalen Inhalten, unterstützen. **Q**

Spieglein, Spieglein ...

HOMEOFFICE ist eine der wenigen positiven Hinterlassenschaften der Corona-Pandemie. Doch Vorsicht vor allzu vielen Videokonferenzen! Das kann stressen und manchen Menschen sogar schaden. In Zeiten von Lock-downs und Kontaktbeschränkungen waren Videokonferenzen die Rettung: Millionen Beschäftigte konnten sich im Homeoffice virtuell treffen und den Arbeitsbetrieb aufrechterhalten. Nun ist die Pandemie vorbei, das Homeoffice ist vielen geblieben. Die Vorteile: Pendler sparen viel Zeit und Geld, die Umwelt profitiert von eingesparten Flugreisen. Und wann hat man schon mal die Möglichkeit, Wohnzimmer-Einrichtungen, Haustiere und Jogginghosen von Kolleginnen und Kollegen zu begutachten?

Doch virtuelle Meetings haben ihre Eigenheiten: Neben durchs Bild huschenden Katzen und Kindern fehlen echte soziale Interaktion und körperliche Bewegung. Dann sind da auch noch die vielen Augenpaare: Guckt jemand jetzt wohlwollend oder kritisch? Bei schlechter Verbindung und krisseligen Bildern – mitunter im Briefmarkenformat – gar nicht so leicht zu sagen. Die nonverbalen Kommunikationsebenen sind erschwert, und dann blickt man womöglich auch noch mit Argusaugen aufs eigene Kamerabild. Forscher sprechen von der »Spiegel-Angst« – auch die kann stressen.


Videokonferenzen können stressen

Seit einiger Zeit widmet sich die Wissenschaft der Erforschung des noch neuen Phänomens der Videokonferenz-Müdigkeit – hervorgerufen durch nicht enden wollende Zoom- oder Teams-Besprechungen, manchmal eine nach der anderen. Christian Montag von der Universität Ulm hat sich mit seinen Kollegen Cornelia Sindermann und René Riedl die psychischen Auswirkungen der virtuellen Meetings genauer angesehen. Ihr Verdacht: Videokonferenzen (neudeutsch: Vikos) können nicht nur ermüden; bei manchen Menschen könnten sie sogar Depressionen und Burnout befördern. Die drei Psychologen hatten 300 Viko-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer per Online-Fragebogen auf das Ausmaß ihrer Videokonferenz-Müdigkeit hin abgeklöpft. Ihr Fazit: »Unsere

Studienergebnisse legen nahe, dass Videokonferenz-Müdigkeit Stresserkrankungen befeuern könnte«, so Montag. Insbesondere neurotische Menschen, die sensibler auf Stress reagieren, sollten mit Videokonferenzen vorsichtig sein, glauben Montag, Sindermann und Riedl.

Spiegel-Angst betrifft eher Frauen

Sind Videokonferenzen wirklich anstrengender als Konferenzen in Präsenz? Vielleicht. Es gebe keine Studien, die beide Konferenz-Arten direkt miteinander verglichen hätten, so Montag. »Richtig ist aber auch, dass Videokonferenzen mit eigenen Problemen einhergehen, wie zum Beispiel der Spiegel-Angst oder besonderen Schwierigkeiten, den oder die Gegenüber nonverbal zu lesen. Dies könnte Videokonferenzen anstrengender machen.« Und es erklärt vermutlich auch, weshalb vor allem Frauen von Vikos tendenziell mehr gestresst sind als Männer, wie frühere Studien ergaben – wird Frauen doch eher nachgesagt, dass sie kritischer mit ihrem Aussehen sind als Männer.

Nun sind die Ergebnisse einer Studie mit 300 Teilnehmenden sicher noch nicht der Weisheit letzter Schluss. Aber ein Gedanke erscheint sinnvoll: So praktisch virtuelle Meetings sind, nicht schaden kann es, ihre Anzahl und Dauer zu begrenzen, wie Christian Montag rät. Er empfiehlt vor allem »Back-to-back-Videokonferenzen zu vermeiden, wo ein Meeting nahtlos an das nächste anknüpft«. Auch gegen die Spiegel-Angst gibt es wirksame Rezepte: Entweder man schaltet die Kamera aus oder wählt je nach Videokonferenz-Tool nur die Selbstansicht. Und wenn das nicht geht, klebt man zur Not einen Post-It am Bildschirm übers eigene Bild. Das funktioniert übrigens auch mit dem Kamerabild allzu ungeliebter Vorgesetzter oder Kolleginnen und Kollegen. Aber kleben Sie jetzt bitte nicht gleich Ihren gesamten Bildschirm zu! 

Jens Lubbadah
ist Redakteur bei
Zeit Online in Berlin.
Er schreibt außerdem
Wissenschafts-Thriller.
post@lubbadah.de



KONTAKT

Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schwarzw.
Vorstandsvors. *Andreas Klein*
☎ 07821 938-0 ✉ info@md-bw.de

Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1, 81667 München
Vorstandsvors. *Prof. Dr. Claudia Wöhler*
☎ 089 159060-5555
✉ Hauptverwaltung@md-bayern.de

Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg
Lise-Meitner-Straße 1, 10589 Berlin
Vorstandsvors., Ltd. Arzt *Dr. Axel Meeßen*
☎ 030 202023-1000
✉ info@md-bb.org

Medizinischer Dienst Bremen
Falkenstraße 9, 28195 Bremen
Vorstandsvors. *Jutta Dervedde*
☎ 0421 1628-0
✉ info@md-bremen.org

Medizinischer Dienst Hessen
Zimmersmühlenweg 23,
61440 Oberursel
Vorstandsvors. *Sötkin Geitner*
☎ 06171 634-00
✉ info@md-hessen.de

**Medizinischer Dienst
Mecklenburg-Vorpommern**
Lessingstr. 33, 19059 Schwerin
Vorstandsvors. *Dr. Ina Bossow*
☎ 0385 48936-00
✉ info@md-mv.de

Medizinischer Dienst Niedersachsen
Hildesheimer Straße 202,
30519 Hannover
Vorstandsvors. *Carsten Cohrs*
☎ 0511 8785-0
✉ kontakt@md-niedersachsen.de

Medizinischer Dienst Nord
Hammerbrookstraße 5,
20097 Hamburg
Vorstandsvors. *Peter Zimmermann*
☎ 040 25169-0
✉ info@md-nord.de

Medizinischer Dienst Nordrhein
Berliner Allee 52, 40212 Düsseldorf
Vorstandsvors. *Andreas Hustadt*
☎ 0211 1382-0
✉ post@md-nordrhein.de

Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz
Albiger Straße 19d, 55232 Alzey
Vorstandsvors. *Prof. Dr. Jürgen Koehler*
☎ 06731 486-0
✉ post@md-rlp.de

Medizinischer Dienst Saarland
Dudweiler Landstraße 151,
66123 Saarbrücken
Vorstandsvors. *Jochen Messer*
☎ 0681 93667-0
✉ info@md-saarland.de

Medizinischer Dienst Sachsen
Am Schießhaus 1, 01067 Dresden
Vorstandsvors. *Dr. Ulf Sengebusch*
☎ 0351 80005-0
✉ info@md-sachsen.de

Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Allee-Center, Breiter Weg 19c,
39104 Magdeburg
Vorstandsvors. *Jens Hennicke*
☎ 0391 5661-0
✉ info.kommunikation@md-san.de

Medizinischer Dienst Thüringen
Richard-Wagner-Straße 2a,
99423 Weimar
Vorstandsvors. *Kai-Uwe Herber*
☎ 03643 553-0
✉ kontakt@md-th.de

Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe
Roddestraße 12, 48153 Münster
Vorstandsvors. *Dr. Martin Rieger*
☎ 0251 5354-0
✉ info@md-wl.de

Medizinischer Dienst Bund
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Vorstandsvors. *Dr. Stefan Gronemeyer*
☎ 0201 8327-0
✉ office@md-bund.de

ISSN 1610-5346

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

IMPRESSUM

**forum - das Magazin des
Medizinischen Dienstes.** Hrsg. vom
Medizinischen Dienst Bund

Verantwortlicher Redakteur
Dr. Ulf Sengebusch
ulf.sengebusch@md-sachsen.de

Redaktion
Dorothee Buschhaus
d.buschhaus@md-bund.de
Martin Dutschek
m.dutschek@md-niedersachsen.de
Michaela Gehms m.gehms@md-bund.de
Jan Gömer jan.goemer@md-nord.de
Dr. Barbara Marnach
b.marnach@md-nordrhein.de
Christine Probst christine.probst@md-san.de
Corinna Thamm corinna.thamm@md-sachsen.de
Diana Arnold d.arnold@md-bund.de

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

**Redaktionsbüro
Medizinischer Dienst Bund**
Martina Knop, Theodor-Althoff-
Straße 47, 45133 Essen
☎ 0201 8327-111
Telefax 0201 8327-3111
✉ m.knop@md-bund.de

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis
S. 5 Jens Bonke |
istockphoto.com:
Titel Collage unter Verwendung von
Fotos von Guillaume und bartosh;
S. 21 marjorie anastacio;
S. 24 wildpixel; S. 27 shironosov;
S. 31 Arsenil Palivoda |

