



forum

das Magazin des

Medizinischen Dienstes 4.2021

**Lehren aus der Pandemie: Wie
geht es weiter mit der Pflege?**

Liebe Leserin! Lieber Leser!



AKTUELL

Die Gute Frage: Müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Diagnosen besser erklären? **1**

Kurznachrichten **3**

Auch das noch: Der Segen des Fluchens **32**

TITELTHEMA

Niemand sollte einsam sterben **6**
Die Pandemie als kollektives Schicksal? **8**

Gemeinsame Verantwortung statt Applaus **10**

Corona zwingt zu Alternativen **12**

Die Pflege braucht eine neue Anerkennungskultur **14**

Ideen gegen den Pflege-notstand **16**

Auf gute Nachbarschaft – leichte Hilfe in schweren Zeiten **17**

MEDIZIN UND PFLEGE IN ZAHLEN **18**

WISSEN & STANDPUNKTE

Der Einstieg zum Aufstieg **19**

Auf dem Weg zur Verbesserung der außerklinischen Intensivpflege **20**

Patientensicherheit muss prioritäres Gesundheitsziel werden **22**

GESUNDHEIT & PFLEGE

Der übermächtige Gedanke **24**

Ein Dorf, in dem Kinder Frieden finden **26**

GESTERN & HEUTE

Gegen jede Chance bis zum Nobelpreis **28**

WEITBLICK

Navigationssystem für den OP der Zukunft **30**

DER ZWEITE Winter mit Corona: Die Inzidenzen steigen, Intensivstationen geraten ans Limit. Es wird geimpft, geboostert, getestet. Ob am Arbeitsplatz, in Bus und Bahn, Gastronomie oder Freizeiteinrichtungen – vielerorts gelten 3G, 2G oder 2G-Plus-Regeln, um die Ausbreitung des Virus zu stoppen. Weniger Kontakte, mehr Homeoffice, konsequentes Maske-Tragen, Abstand-Halten, aber vor allem Impfen – wir können vieles tun, um nicht nur uns selbst zu schützen, sondern auch die, die uns nahestehen, die chronisch krank, pflegebedürftig oder aufgrund ihres Alters besonders gefährdet sind. **II** Die Corona-Pandemie hat vor allem pflegebedürftige Menschen hart getroffen. Es gab Ausbrüche in Pflegeeinrichtungen mit vielen Opfern, Besuchsverbote während der Lockdown-Phasen, drastische Einschränkungen sozialer Aktivitäten. Die Pflegekräfte arbeiten nicht selten am Rande der Erschöpfung und erbringen dabei oftmals Höchstleistungen wie im Spitzensport. »Wie geht es weiter mit der Pflege?« fragen wir im aktuellen Schwerpunkt und hinterfragen, was uns die Pandemie lehrt und was wir künftig besser machen können, um der Pflege den Stellenwert zu geben, den sie verdient. **II** Daneben gibt es weitere lesenswerte Beiträge, zum Beispiel zu Zwangsstörungen und zur außerklinischen Intensivpflege. Und wir verraten Ihnen, warum es mitunter guttut, laut zu fluchen. **II** Passen Sie gut auf sich auf, bleiben Sie gesund und erleben Sie trotz allem ein frohes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch ins neue Jahr.

Herzlichst, Ihr Dr. Ulf Sengebusch **II**



Müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Diagnosen besser erklären?

Oft sind ärztliche Befunde oder Entlassbriefe aus der Klinik für Patientinnen und Patienten nicht verständlich. Auf der Internetplattform »Was hab' ich?« übersetzen Medizinstudierende Befunde in eine leicht verständliche Sprache. Im forum erklärt Geschäftsführer Ansgar Jonietz seine Vision einer Arzt-Patienten-Kommunikation auf Augenhöhe.

Sie sagen, dass mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz hat. Was ist damit gemeint?

Ja, tatsächlich haben sogar fast 60% der Deutschen Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen. Ihnen fällt es schwer, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Die Zahlen stammen aus der Health Literacy Survey der Uni Bielefeld – laut der aktuellen Studie hat sich die Gesundheitskompetenz in den letzten Jahren sogar noch verschlechtert. Hier gibt es großen Handlungsbedarf. Eine schlechte Gesundheitskompetenz hat negative Folgen für die Gesundheit und verursacht hohe Kosten im Gesundheitswesen.

Warum ist das Verstehen von Untersuchungsergebnissen, Erkrankungen und Behandlungen für die Patientinnen und Patienten wichtig?

In den letzten 10 Jahren haben wir über 50 000 Befunde übersetzt und etwa 40 000 Rückmeldungen erhalten. Daher wissen wir, dass die verständliche Erläuterung der

Befunde enorm dazu beiträgt, dass Betroffene bewusster mit ihrer Erkrankung umgehen können. Viele Patientinnen und Patienten berichten, dass sie sich nun gesundheitsbewusster verhalten, dass sie ihrer Ärztin oder ihrem Arzt die richtigen Fragen stellen und informiertere Entscheidungen, zum Beispiel für oder gegen eine OP, treffen können.

Warum ist die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten oft so schwierig? Sind Mediziner zu sehr im Fachjargon verhaftet? Wenn ja, wie kommt das? Erhält das Thema heute mehr Gewicht, weil es mehr mündige Patientinnen und Patienten gibt?

Erst einmal vorweg – wir kennen viele Medizinerinnen und Mediziner, die sehr engagiert sind, auch was die Kommunikation betrifft. Doch die Gesprächssituation ist oft schwierig: Die Zeit ist begrenzt, die Patienten sind durch die Thematik gestresst und nicht so aufnahmefähig, sie vergessen bis zu 80% der Informationen, sobald die Praxistür hinter ihnen zufällt. Gleichzeitig lernen Medizinerinnen und Mediziner im Studium intensiv die Fachsprache – aber viel zu selten, wie sie die hochkomplexen Inhalte verständlich vermitteln können. Und ja, Patientinnen und Patienten sind heutzutage mündiger, sie wollen sich aktiver beteiligen. Darum muss unbedingt sichergestellt werden, dass sie fachlich richtige und verständliche Informationen erhalten! Und zwar im besten Fall schriftlich, damit sie zu Hause alles in Ruhe nachlesen können.

Sie haben 2011 die Plattform »Was hab' ich?« als Übersetzungshilfe für medizinische Befunde gegründet. Sie selbst sind Informatiker. Wie kommt es, dass Sie sich als Nicht-mediziner mit der Arzt-Patienten-Kommunikation beschäftigen?

Das war im Grunde Zufall. Meine beiden Mitgründer haben damals Medizin studiert. Sie wurden oft von Bekannten oder Verwandten darum gebeten, ihre Befunde zu »übersetzen«. Wir haben uns gefragt, was eigentlich diejenigen machen, die keine Mediziner im Bekanntenkreis haben. So entstand die Idee zu »Was hab' ich?« – vier Tage später ging die Website schon online, nach 12 Minuten wurde der erste Befund eingesendet und nach vier Wochen waren es schon 500 Befunde. Wir hatten da offensichtlich einen Nerv getroffen. Seitdem hat mich das Thema Arzt-Patienten-Kommunikation nicht mehr losgelassen, ich habe gesehen, dass sich hier etwas bewegen muss. Mittlerweile bin ich aber auch studierter Gesundheitswissenschaftler. Eine sehr passende Ergänzung.

»Was hab' ich?« hat mittlerweile weit mehr als 50 000 Befunde kostenlos übersetzt. Wie funktioniert die Plattform, die mehrfach ausgezeichnet wurde, genau?

Auf www.washabich.de können Patientinnen und Patienten ihre Befunde einsenden und erhalten dann eine leicht verständliche Erläuterung dieser Befunde. Die Übersetzungen werden von Medizinstudierenden, Ärztinnen und Ärzten ehrenamtlich erstellt. Diejenigen, die übersetzen,

erhalten von uns eine Kommunikationsausbildung, die wir auch als Wahlfach für Studierende anbieten und die als Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte zertifiziert ist. Bis heute konnten wir schon über 2500 Mediziner für verständliche Kommunikation sensibilisieren, sie können hoffentlich ihr ganzes Berufsleben lang bessere Patientengespräche führen.

Gleichzeitig arbeiten wir auch in vielen anderen Projekten daran, die Arzt-Patienten-Kommunikation zu verbessern. Wir möchten skalierbare Lösungen schaffen und möglichst viele Menschen erreichen. Eines unserer wichtigsten Projekte ist der Patientenbrief. Wir haben eine Software entwickelt, die auf Basis der in der Klinik vorhandenen Daten komplett automatisiert leicht verständliche Entlassbriefe erstellen kann. Das funktioniert, und zwar ohne Zusatzaufwände fürs medizinische Personal und stärkt gleichzeitig signifikant die Gesundheitskompetenz. Das haben wir gerade in einer umfangreichen Studie nachgewiesen. Die Studie wurde durch den Innovationsfonds der Bundesregierung gefördert. Unser wissenschaftlicher Partner, die TU Dresden, empfiehlt, Patientenbriefe in die Regelversorgung aufzunehmen. Die Software ist aktuell in einer Klinik im Einsatz – inhaltlich und technisch ist sie dazu bereit, an alle Krankenhäuser in Deutschland angebunden zu werden.

Fürs nächste Jahr planen Sie unter anderem auch eine Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst Nordrhein. Worum geht es dabei?

Die Gutachten des Medizinischen Dienstes sind für die Menschen, die sie betreffen, von enormer Bedeutung. Die Gutachterinnen und Gutachter stehen dabei vor der Herausforderung, einen fachlich korrekten, rechtssicheren und gleichzeitig für Krankenkassen-Mitarbeitende und Versicherte gut verständlichen Text zu verfassen. Wir werden die Gutachterinnen und Gutachter im leicht

verständlichen Erklären medizinischer Sachverhalte schulen und hoffen, dass wir ihre wichtige Arbeit damit gut unterstützen können.

Wie viele Mitarbeitende beschäftigt »Was hab' ich?« mittlerweile?

Unser hauptamtliches Team besteht aktuell aus neun Personen – dazu gehören fünf Ärztinnen und Ärzte, die unter anderem auch für die Kommunikationsausbildung verantwortlich sind, ein Software-Entwickler, eine Kommunikationswissenschaftlerin, eine Projektassistentin und ich als Geschäftsführer.

Fern von dem Service, den »Was hab' ich?« bietet, müsste man nicht eigentlich viel früher ansetzen und das Thema Kommunikation bereits im Medizinstudium und in der Ausbildung fest verankern?

Genauso ist es! Mit unserem Wahlfach und auch der Ausbildung der Ehrenamtlichen setzen wir schon im Studium an, aber damit erreichen wir nur einen Bruchteil der Medizinerinnen und Mediziner. Es ist unbedingt notwendig, dass patientenverständliche Kommunikation Teil der Pflichtlehre wird.

Was macht eine gute und gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation aus, und wie können Ärztinnen und Ärzte, aber letztendlich auch Therapeuten, Pflegefachkräfte und Gutachtende eine solche erlernen?

Die Fachsprache ist oft so alltäglich, dass vielen das Bewusstsein dafür fehlt, wie wenig die meisten Menschen davon verstehen. Das gilt natürlich für jede Fachsprache. Aber gerade in der Medizin ist es besonders wichtig, dass die Kommunikation verständlich ist. Wir sagen manchmal: »Wie würdest du es einem Kind erklären? Oder deinen Großeltern?« Allein die Erkenntnis, dass das Gegenüber vieles von dem, was für medizinisches Personal Alltag ist, nicht versteht, hilft dabei, verständlicher zu kommunizieren. Mit welchen Hilfsmitteln und Regeln Kommunikation dann auch wirklich einfach verständlich wird, das vermitteln wir in unserer Kommunikationsausbildung.

*Die Fragen stellte
Dorothee Buschhaus.*

Ansgar Jonietz



Foto Amac Garbe

Präventionsbericht

Die Kranken- und Pflegekassen haben im Jahr 2020 alle Möglichkeiten ausgeschöpft, um Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote für ihre Versicherten auch unter den durch Corona bedingten Einschränkungen vorzuhalten. Dennoch spiegeln sich die Auswirkungen der Pandemie auch in den Ausgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, in Betrieben und für einzelne Versicherte wider: Diese sind auf rund 414 Mio. Euro und damit auf zwei Drittel des Jahres 2019 gesunken. Das geht aus dem aktuellen Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes (MDS) hervor.

Die Krankenkassen konnten im vergangenen Jahr 36 311 Lebenswelten wie Kitas, Schulen und Kommunen mit Präventionsmaßnahmen erreichen, die oft jedoch nur eingeschränkt stattfanden. Das sind 81% des Vorjahresniveaus. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung konnten 2020 trotz Homeoffice und räumlichen Beschränkungen 16 742 Betriebe und 1 951 975 Beschäftigte angesprochen werden. Die Anzahl der erreichten Betriebe ist damit gegenüber dem Vorjahr um 28%, die der erreichten Beschäftigten um 14%, zurückgegangen. Die Nutzung individueller Kursangebote lag 2020 bei insgesamt 1 157 305 Teilnahmen (Rückgang um 36%). Dass sie in dieser Anzahl überhaupt stattfinden konnten, lag an Covid-19-Sonderregelungen etwa zu Streaming-Angeboten. Trotz Pandemie konnten 2020 auch in 1866 stationären Pflegeeinrichtungen Präventionsangebote umgesetzt werden (das sind nur 8% weniger als im Vorjahr), der Rückgang bei den vorbereitenden Leistungen der Pflegekassen in stationären Pflegeeinrichtungen lag bei 16%.

Der Präventionsbericht ist als Download unter www.mds-ev.de abrufbar.

Transparenzkarte zeigt Mindestmengen bei Operationen

1070 Kliniken in Deutschland – 13 weniger als in diesem Jahr – dürfen 2022 Mindestmengen-relevante Operationen und Behandlungen mit besonders hohen Risiken für Patienten vornehmen. Das geht aus der im Internet veröffentlichten Mindestmengen-Transparenzkarte 2022 der AOK hervor, die im November aktualisiert wurde. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat planbare stationäre Leistungen benannt, bei denen ein Zusammenhang zwischen der Durchführungshäufigkeit und der Behandlungsqualität besteht. Für diese Leistungen legt er Mindestmengen je Ärztin und Arzt und /oder Standort eines Krankenhauses fest: Aus Gründen der Qualitätssicherung sollen besonders schwierige Eingriffe nur von solchen Kliniken durchgeführt werden, deren Ärztinnen und Ärzte damit ausreichend Erfahrung haben.

Aktuell gelten gesetzliche Mindestmengen-Vorgaben für sieben komplexe Behandlungen: für die Implantation von künstlichen Kniegelenken, Transplantationen von Leber, Niere und Stammzellen, komplexe Operationen an der Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse sowie die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1250 Gramm.

Obwohl viele Kliniken die vorgegebenen Fallzahlen wegen der Absage planbarer Operationen infolge der Pandemie nicht erreicht haben, haben viele von ihnen aufgrund der besonderen Umstände trotzdem eine OP-Erlaubnis für 2022 erhalten.

Begutachtungsleitfaden zu Strukturprüfungen

Die Medizinischen Dienste haben den Begutachtungsleitfaden zu den Strukturprüfungen im Krankenhaus überarbeitet. Hintergrund sind die Klarstellungen, die das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Oktober veröffentlicht hat.

Das BfArM hat am 26. Oktober rückwirkende Klarstellungen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 8 und § 301 Abs. 2 Satz 6 SGB V zu Strukturmerkmalen des Operationen- und Prozedurenschlüssels 2021 veröffentlicht. Vor diesem Hintergrund entfallen im Begutachtungsleitfaden die Strukturmerkmalsbeschreibungen (SMB) 05 und 35; bei anderen SMB sind Anpassungen erfolgt. Weitere Infos unter www.mds-ev.de

Außerklinische Intensivpflege

Versicherte, die auf eine außerklinische Intensivpflege angewiesen sind, sollen künftig besser versorgt werden. Entsprechend seines gesetzlichen Auftrags hat der Gemeinsame Bundesausschuss in einer neuen Richtlinie festgelegt, wie dies erreicht werden soll. Derzeit befinden sich viele tausend Menschen in Deutschland in außerklinischer Intensivpflege, das heißt sie werden außerhalb von Krankenhäusern betreut, ein großer Teil davon wird beatmet. Allein für 2019 weisen Statistiken der Krankenkassen über 22 000 Fälle aus. Hintergründe und Details zur neuen Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege (AKI-RL) beschreibt unser Beitrag auf den Seiten 20/21.

Jeder fünfte Beschäftigte leidet unter Depressionen

Jeder fünfte Arbeitnehmer in Deutschland hat schon einmal die Diagnose Depression erhalten. Für das im November veröffentlichte »5. Deutschland-Barometer Depression 2021« der Stiftung Deutsche Depressionshilfe wurden insgesamt 5283 Frauen und Männer zwischen 18 und 69 Jahren online befragt. 20% gaben an, dass bei ihnen schon einmal eine Depression festgestellt worden sei; 19% vermuteten, schon einmal daran erkrankt zu sein – bisher jedoch ohne ärztliche Diagnose. Einen Suizid oder Suizidversuch einer Kollegin oder eines Kollegen erlebten laut Studie 15%.

Krankschreibung per Video

Krankschreibungen per Videosprechstunde sind künftig auch dann möglich, wenn man bis dato noch nicht Patientin bzw. Patient in der Arztpraxis war. Eine Krankschreibung ist dann für bis zu drei Kalendertage möglich. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit muss dem Beschluss nun zustimmen. Dann tritt er nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Bisher können Ärztinnen und Ärzte Versicherte nur dann per Video krankschreiben, wenn diese bereits in der Praxis bekannt sind – dann allerdings sogar für bis zu sieben Kalendertage. Versicherte haben jedoch keinen generellen Anspruch auf eine Video-Krankschreibung.

Ärmere Menschen werden häufiger pflegebedürftig

Ärmere Personen haben ein höheres Risiko, pflegebedürftig zu werden, und sind früher auf Pflege angewiesen als Menschen mit höheren Einkommen. Gleiches gilt für Arbeiter und Arbeiterinnen im Vergleich zu Beamten und Beamtinnen sowie für Menschen mit hohen Arbeitsbelastungen im Vergleich zu Personen mit niedrigen beruflichen Belastungen. Das sind die Ergebnisse einer neuen Studie am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung in Berlin. Frühere Untersuchungen hatten gezeigt, dass Menschen mit niedrigen Einkommen zudem eine deutlich geringere Lebenserwartung als Besserverdienende haben.

Der Studie zufolge sind Männer, die vor dem Renteneintritt weniger als 60% des mittleren Einkommens verdient haben, etwa sechs Jahre früher auf häusliche Pflege angewiesen als Männer mit mehr als 150% des mittleren Einkommens. Bei Frauen beträgt die Differenz rund dreieinhalb Jahre. Auch bei der beruflichen Stellung zeigen sich Unterschiede: Arbeiterinnen und Arbeiter werden durchschnittlich etwa vier Jahre früher pflegebedürftig als Beamtinnen und Beamte.

Um den Einfluss von physischen und psychosozialen Arbeitsbelastungen zu untersuchen, wurde der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ein Indexwert von eins (geringe Belastungen) bis zehn (hohe Belastungen) zugeordnet. Es zeigt sich: Männer und Frauen mit hohen beruflichen Belastungen haben durchschnittlich 4,7 bzw. 2,7 weniger Lebensjahre, in denen sie nicht auf Pflege durch andere angewiesen sind, als Personen mit niedrigen Belastungen.

Infos unter www.diw.de

G-BA: Kein Zusatznutzen bei Zolgensma gegenüber Vergleichstherapie

Das Zelltherapie-Arzneimittel Zolgensma ist bei der Nutzenbewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) durchgefallen: Die Gentherapie, die für die Behandlung gegen spinale Muskelatrophie (SMA) zugelassen ist, konnte keinen Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie zeigen. Während die Vergleichstherapie Spinraza (Jahrestherapiekosten im ersten Jahr ca. 635 000 Eurp, danach ca. 310 000 Euro) regelmäßig verabreicht werden muss, wird Zolgensma (Kosten ca. 2,3 Millionen Euro) einmalig angewendet. Das Arzneimittel zielt darauf ab, eine fortschreitende Muskelschwäche aufzuhalten.

Die gesetzlichen Vorgaben sehen bei sogenannten Orphan Drugs, also Arzneimitteln gegen seltene Erkrankungen, ab einer Umsatzschwelle von 50 Millionen Euro einen direkten Vergleich gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie vor. Der G-BA nutzte dafür die vorhandene Studienlage und die vom Hersteller übermittelten Daten. Anhand der verfügbaren Daten habe man für keine Patientengruppe einen Zusatznutzen gegenüber der Vergleichstherapie festgestellt, so der vorläufige Beschluss des G-BA Anfang November. Nach den bisherigen Planungen soll der G-BA spätestens ab Sommer 2027 erneut über Zolgensma beraten, um Aussagen zum langfristigen Zusatznutzen treffen zu können.

Mit dem Beschluss ist zunächst keine Einschränkung der Versorgung verbunden: Das Arzneimittel könne im Rahmen seiner Zulassung und unter Einhaltung der qualitätssichernden Standards weiterhin verordnet und eingesetzt werden. Noch unklar ist, wie die gesetzlichen Krankenkassen mit der Bewertung umgehen: Auf der Grundlage der G-BA-Bewertung verhandeln der GKV-Spitzenverband und der pharmazeutische Unternehmer für das entsprechende Arzneimittel nun den Erstattungsbetrag. Ohne festgestellten Zusatznutzen könnte sich also demnächst die Kostenersatzung an den Kosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie orientieren.

Immer mehr Geld für immer weniger Arzneimittel

Der Arzneimittelumsatz der gesetzlichen Krankenkassen hat einen neuen Höchststand erreicht: Im Jahr 2020 ist er gegenüber dem Vorjahr um 4,9% auf 49,2 Milliarden Euro gestiegen. Gegenüber 2011 hat sich der Durchschnittspreis einer Arzneimittelpackung für eine neue Markteinführung auf das 57-Fache erhöht – das geht aus dem im Ende Oktober veröffentlichten Arzneimittel-Kompass 2021 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) hervor. In 2011 lag der durchschnittliche Packungspreis für ein Arzneimittel, das in den vorangegangenen 36 Monaten auf den Markt gekommen ist, bei 902 Euro. Im August 2021 wurde hier schon ein Preis von 51189 Euro notiert.

Laut Arzneimittel-Kompass haben sich die Umsätze von hochpreisigen Arzneimitteln in den vergangenen zehn Jahren vervierfacht: Während in 2011 noch rund 17% des Gesamtumsatzes auf Arzneimittel mit Preisen von 1000 Euro oder mehr entfielen, waren es in 2020 bereits 43% des Umsatzes. Diese Arzneimittel mit einem Preis von 1000 Euro und mehr erreichten aber nur einen Verordnungsanteil von 1,1% aller 684 Millionen Verordnungen des Jahres 2020.



*Lehren aus
der Pandemie –
wie geht es weiter
mit der Pflege?*

Niemand sollte einsam sterben

DIE CORONA-PANDEMIE hat pflegebedürftige Menschen besonders hart getroffen. Vor allem in stationären Pflegeeinrichtungen gab es folgenschwere Ausbrüche mit vielen Opfern. Welche Lehren lassen sich daraus ziehen? ► Als das Corona-Virus Deutschland am 27. Januar 2020 offiziell erreichte, traf es auf ein Gesundheitswesen, das auf die kommenden Herausforderungen nicht ausreichend vorbereitet war. Schon bald wurde klar: Besonders gefährdet sind ältere, multimorbide Menschen – diejenigen also, die häufig pflegebedürftig sind und entweder ambulant oder in stationären Einrichtungen gepflegt werden – und diejenigen, die sie versorgen.

Mit Improvisation durch die Krise

In der ersten Welle, ab März 2020, »war es so, dass die Einrichtungen zwar in aller Regel ein Hygienekonzept hatten. Das war aber eher auf eine Grippe- welle ausgerichtet, nicht auf eine Pandemie«, erklärte

Bernd Tews, Geschäftsführer beim Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), im Gespräch mit der Deutschen Welle. »Wir hatten keine Masken, es gab keine Desinfektionsmittel und keine Handschuhe.« Ein gemeinsamer Krisenstab von Bundesinnen- und Bundesgesundheitsministerium bemühte sich zwar, die dringend benötigten Güter zu beschaffen – allerdings zunächst vorrangig für Arztpraxen und Krankenhäuser. Im Juni 2020 beschloss die Bundesregierung dann den Aufbau einer »Nationalen Reserve Gesundheitsschutz«.

Forscher der Universität Bremen warnten zu diesem Zeitpunkt auf der Grundlage einer bundesweiten Online-Befragung zur Situation in der Langzeitpflege bereits eindringlich vor den gravierenden Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Versorgung Pflegebedürftiger: »Während in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sehr schnell Hotspots der Erkrankung entstehen können, da viele hochbetagte und multimorbide Menschen auf engem Raum leben, werden ambulante Versorgungssituationen destabilisiert«, etwa durch den Wegfall von Angeboten in der Kurzzeit- oder Tagespflege. Die Wissenschaftler empfahlen dringend »bundesweite und praktikable Handlungsempfehlungen, eine dauerhafte ausreichende Bereitstellung von Schutz- und Desinfektionsmitteln, die systematische und regelmäßige Testung von Bewohnerinnen und Bewohnern sowie Personal, sowie eine bessere Vergütung der Pflegekräfte und eine bessere Personalausstattung«.

Besuchsverbote als Infektionsschutz

In den stationären Pflegeeinrichtungen wurden während des ersten Lockdowns ab März 2020 zum Schutz der Bewohnerinnen und Bewohner die Besuchsmöglichkeiten stark eingeschränkt. Auch gemeinsame Mahlzeiten und Aktivitäten fanden kaum mehr statt. Erst im Mai wurden die Einschränkungen wieder gelockert. Um eine erneute Abschottung zu verhindern, sah die Corona-Testverordnung ab Mitte Oktober 2020 flächendeckende Schnelltests von Bewohnern, Personal und Besuchern in Alten- und Pflegeheimen vor.



Um die besonders gefährdete Gruppe der Pflegebedürftigen zu schützen, führten die Medizinischen Dienste die bis dato persönliche Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nur noch telefonisch durch. Auch die Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen wurden zu deren Entlastung zeitweise ausgesetzt. Stattdessen unterstützten die Medizinischen Dienste viele Heime, zum Beispiel beim Erstellen von Hygieneplänen oder bei der Information und Beratung von Beschäftigten und Bewohnern.

Gravierende Auswirkungen

Andreas Westerfellhaus, der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, hatte bereits im Juli 2020, wenige Wochen nach dem Ende des ersten Lockdowns, gemahnt: »In den letzten Wochen und Monaten hat sich deutlich gezeigt, wie schwierig es ist, den Gesundheitsschutz der Bewohner von Pflegeeinrichtungen in Einklang zu bringen mit ihren Rechten und Wünschen. So haben die strikten Besuchsverbote zu Situationen geführt, die für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen nur schwer auszuhalten waren.«

Wie gravierend sich manche Corona-Regeln auf die Lebensqualität der Pflegebedürftigen ausgewirkt hatten, drang aber erst nach und nach ins Bewusstsein. Bei einer Angehörigen-Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (wido) sagten 43% der befragten Angehörigen, ihnen sei während der ersten Welle, zwischen März und Mai 2020, kein persönlicher Kontakt zu den Pflegebedürftigen möglich gewesen. Zwei Drittel gaben an, die körperliche und geistige Fitness sowie die psychische Gesundheit ihrer betagten Angehörigen habe sich in diesem Zeitraum verschlechtert.

Trotz der strengen Maßnahmen stieg die Sterblichkeit von Bewohnerinnen und Bewohnern der Pflegeheime in Deutschland während der ersten beiden Pandemiewellen drastisch an. Dem Pflege-Report 2021 des wido zufolge lag sie zeitweilig um bis zu 30% höher als im Mittel der Vorjahre. »Die Infektionsschutzmaßnahmen während der Pandemie reichten nicht aus, um die im Heim lebenden pflegebedürftigen Menschen ausreichend zu schützen«, so die ernüchternde Bilanz von Mitherausgeberin Dr. Antje Schwinnger, Leiterin des Forschungsbereichs Pflege im wido.

Nicht nur die Bewohner, auch die Beschäftigten waren stark vom Infektionsgeschehen betroffen. Vom Beginn der Corona-Pandemie bis Mitte Juli 2021 hatten sich nach Angaben des Robert-Koch-Instituts 35944 Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen und 2777 Mitarbeitende von ambulanten Pflegediensten mit Corona infiziert. Insgesamt 92 Pflegekräfte waren im Zusammenhang mit einer Corona-Infektion gestorben.

Menschenwürde an erster Stelle

Aus Sorge vor Ansteckungen kam es immer wieder vor, dass Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen allein, ohne Begleitung durch ihre Angehörigen, sterben mussten. Dr. Peter Pick, stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), fand dazu beim MDS-Expertenforum »Lehren aus der Pandemie« im November 2021 deutliche Worte: »Eine zentral auf Infektionsvermeidung ausgerichtete Strategie hat zu massiven Beeinträchtigungen bei anderen Zielen – Teilhabe am Leben, Lebensqualität, menschenwürdiges Sterben – geführt.« Das, so die einheitliche Meinung der Experten, dürfe sich keinesfalls wiederholen. »Der Schutz der Menschenwürde darf nicht dem Infektionsschutz untergeordnet werden.«

Die Corona-Pandemie hat Schwachstellen und Probleme in der Langzeitpflege schonungslos offengelegt: Die unzureichende Personalausstattung und die physische und psychische Belastung der Pflegekräfte in der ambulanten und stationären Altenpflege verschärften sich im ersten Jahr der Pandemie massiv. Der Arbeitsaufwand erhöhte sich, etwa durch zusätzliche Hygienemaßnahmen, die Isolierung infizierter Bewohner und die psychosoziale Betreuung der Pflegebedürftigen in der Zeit der Kontaktbeschränkungen. Hinzu kam die Sorge um die Gesundheit der Bewohner und die Furcht, sich selbst oder seine Angehörigen anzustecken. In akuten Notsituationen könnten Personalpools überlastete Einrichtungen kurzfristig unterstützen, regte Dr. Elisabeth Fix vom Berliner Büro des Deutschen Caritasverbandes beim MDS-Expertenforum an. Auf Dauer wäre jedoch eine Reform der Personalbemessung vonnöten. Wichtig sei auch, die Digitalisierung voranzutreiben.

Dr. Stefan Gronemeyer, Geschäftsführer des MDS, nutzte sein Schlusswort für einen eindringlichen Impfpapell. Um die Pflegebedürftigen und die Pflegenden im stationären, im ambulanten und im Laienbereich zu schützen, gelte es nun, auf dem Gebiet der Impfungen mit Hochdruck aufzuholen: »Das ist der zentrale Weg, der uns aus der Krise führen kann.«

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) hat vor diesem Hintergrund vorgeschlagen, Pflegefachpersonen zu ermöglichen, eigenständig zu impfen – sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich. DBfK-Präsidentin Christel Bienstein sagte dazu Ende November: »Wir sollten alle Ressourcen nutzen, um besonders die Menschen in den vulnerablen Gruppen nun so schnell wie möglich mit der Booster-Impfung zu versorgen.« 

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



Die Pandemie als kollektives Schicksal?

ZWISCHEN LOCKDOWN und Lockerungen mussten und müssen sie auf manches verzichten und für vieles Verständnis haben: Wie erleben Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen die Corona-Pandemie? »Sie stand da draußen, ich saß hier im Rollstuhl in meinem Zimmer im ersten Stock, habe das Fenster geöffnet, und wir konnten uns wenigstens kurz sehen und reden«, erinnert sich Inge Jost an die Begegnung mit einer engen Freundin während des Lockdowns im Frühjahr 2020. »Als Angehörige und Freunde nicht zu Besuch kommen konnten – das war furchtbar«, sagt die 95-Jährige, die im Pflegeheim »Haus Deckstein« am Rande des Kölner Stadtteils Lindenthal lebt. Aber sie hadert nicht mit der Situation, sie hat ihren Frieden gemacht mit Corona. Andere seien deutlich schlechter dran gewesen, vor allem die, die schwerpflegebedürftig sind oder Demenz haben.

»Gerade bei Demenzzkranken läuft in der Kommunikation vieles über Gestik, über Mimik, über emotionale Ausdrucksweisen – wenn dann Pflegende total verummumt mit Schutzausrüstung und Masken agieren müssen, ist das schwierig«, weiß Psychologe Dr. Georg Salzberger, der für Mitarbeitende, Bewohnerinnen und Bewohner, aber auch Angehörige in der Kölner Einrichtung da ist. Menschen mit Demenz hätten zum Beispiel häufig das Bedürfnis, umherzulaufen, und seien in ihrem Bewegungsdrang dann nicht leicht zu stoppen. »Während der Pandemie haben sie dieses Verhalten eher beibehalten, während andere Bewohnerinnen und Bewohner sich aus Selbstschutz zurückgezogen haben und deprimiert gewesen sind vor allem darüber, dass soziale Kontakte weggebrochen sind«, sagt er.

Eingeschränkte soziale Kontakte

»Normalerweise mache ich beim Rätseln mit, auch beim Ballspielen, und ich bin gern beim Kegeln dabei. Während Corona ging das alles nicht, wir durften ja auch nicht gegenseitig ins Zimmer rein«, erzählt Gisela Pietsch. Die 86-Jährige, die im Evangelischen Seniorenzentrum Essen-Frohnhausen, einem Haus der Adolphi-Stiftung, lebt, hat sich trotzdem mit der Pandemie arrangiert: »Ich bin ein Mensch, der nicht lange mit irgendwas rumknatscht,

sondern sich mit den Gegebenheiten abfindet. Passt mir irgendwas nicht, dann sag' ich das auch, und dann weiß jeder, bei mir ist zappenduster.«

Wie viele andere Bewohnerinnen und Bewohner hat auch Inge Jost darunter gelitten, dass die sozialen Kontakte im Kölner Pflegeheim zeitweise drastisch begrenzt wurden: »Eigentlich sitzen wir immer zu fünft am Tisch im Speisesaal, das gibt eine gewisse Geselligkeit. Während Corona wurde das stark eingeschränkt. Erst saßen wir noch zu zweit am Tisch, aber dann kam eine Phase, in der wir in Schichten eingeteilt wurden, alleine sitzen mussten und eine halbe Stunde zum Essen hatten. Das war so furchtbar – nicht wegen der halben Stunde, sondern weil man kein Gegenüber mehr hatte. Und so haben wir 2020 Weihnachten verbracht. Ich habe schon gesagt: Also das mache ich nicht noch einmal mit«, sagt die Seniorin entschieden. Zum Glück sitzen sie längst wieder mit mehreren Personen am Tisch, aber sie bleiben dabei unter sich. »Früher durften auch Besucher dazukommen, wenn jemand Geburtstag hatte, saß man oft bei Kaffee und Kuchen zusammen – das muss auch so sein, wir leben ja noch. Da sah man dann auch mal andere Leute, kam ins Gespräch und dachte: Guck mal, der hat aber auch nette Kinder.«

Freisein wieder lernen

Sei es aus Vorsicht, Sorge oder weil die Vorgaben des Infektionsschutzes so streng waren – viele Heime hätten sich schwergetan, nach den teilweise drastischen Beschränkungen wieder zu lockern, meint Georg Salzberger: »Das ist menschlich. Denn lockert man zu früh und zu viel, hat man automatisch Angst, es könnte wieder was passieren. Meine Erfahrung ist so ein bisschen: Auch das Freisein muss man wieder lernen.« Erst mit den Lockerungen im Zuge sinkender Inzidenzen im Sommer habe man im Nachhinein erkannt, wie belastend die Lockdown-Phasen tatsächlich gewesen seien.

Dorothee Buschhaus ist
Redakteurin der
Gemeinschaft der
Medizinischen Dienste,
d.buschhaus@mds-ev.de



Im Sommer wurde der Alltag endlich wieder ein bisschen unbeschwerter: »Wir konnten auf der großen Terrasse zusammensitzen. Gedächtnistraining, Gymnastik, Musik – manches kam langsam wieder in Gang, die Ehrenamtler kamen wieder ins Haus – und es gibt seither zwei Rikschas, mit denen man sich durch den Kölner Stadtwald fahren lassen kann«, lacht Inge Jost: »Die Stimmung war nicht schlecht – es ist ein gut geführtes Haus, das uns bislang gut durch die Krise gebracht hat. Aber es war auch ein wenig so, als lege sich langsam ein bisschen Mehltau aufs Haus. Ein paar Impulse haben gefehlt. Wissen Sie, man arrangiert sich auch mit dem, was funktioniert.« Und sie fügt hinzu: »Ich hätte gut auf diese Krise verzichten können. Aber dass sie mich kaputt gemacht hat, kann ich nicht sagen. Ich habe oft die jungen Leute bedauert, die während Corona vieles nicht tun konnten. Wenn ich an meine Jugend denke – ich war 14, als der zweite Weltkrieg ausbrach, und 19, als er zu Ende war. Und trotzdem war es für mich eine schöne Jugend – wir haben alle auf dem gleichen Level gelebt. Es ging ja keinem besser und keinem schlechter. Und auch jetzt bei der Corona-Pandemie teilen wir alle irgendwie ein ähnliches Schicksal – aber anders als viele andere auch hier im Heim hatte und habe ich liebe Menschen um mich, die sich sorgen und kümmern, so gut es geht.«

Besser geschützt und vorbereitet

Mit Sorge blickt die Essenerin Gisela Pietsch in diesen Wochen auf den zweiten Corona-Winter und die steigenden Inzidenzen: »Wenn ich sehe, dass die Leute so unvernünftig sind, da hab' ich kein Verständnis.« Und sie hofft, dass sich so manche Situation aus 2020 nicht wiederholen wird: »Teilweise waren ja auch Pflegekräfte krank, und für die anderen war es unheimlich viel. Man muss das Personal bewundern, wie die das gemacht haben, die sind teilweise auf dem Zahnfleisch gegangen, dass einem das wirklich leid tat.«

Rückblickend war die Situation damals deutlich anders als heute. »Beim Start der Impfungen waren wir am 29. Dezember 2020 mit die Ersten in der Stadt. Heute sind 103 von unseren 106 Bewohnern doppelt geimpft und mehr als zwei Drittel geboostert. Und von 145 Mitarbeitenden sind bislang 118 vollständig immunisiert«, sagt Arnd Schneider, Leiter des Evangelischen Seniorenzentrums in Essen-Frohnhausen: »Wir sind heute deutlich besser geschützt und vorbereitet, werden jetzt noch mehr testen müssen, als wir es bislang schon getan haben, aber das dient ja der Sicherheit aller Beteiligten.«

Gemeinsam durch die Krise

»Wir sind sehr froh, dass hier alle ganz vorsichtig sind, wir die dritte Impfung haben und bisher nicht krank geworden sind«, Gisela Schilling ist erleichtert. Die 84-Jährige lebt gemeinsam mit ihrem 86-jährigen Lebensgefährten im Frohnhausener Pflegeheim, beide in getrennten Zimmern, aber im gleichen Wohnbereich. Die Liebe begann 1954 in der Tanzschule, dann gingen sie getrennte Wege, gründeten Familien und fanden vor zwanzig Jahren doch wieder zusammen. »Wir hatten und haben uns beide in diesen schwierigen Zeiten, das ist noch mal was anderes«, freut sie sich. Und dann wird sie doch noch traurig, als sie von Monika erzählt – ihrer Tochter, die mit drei Kindern und drei Enkeln in Athen lebt und die sie wegen Corona so lange nicht sehen konnte. Ein Besuch in Deutschland war längst geplant, musste dann aber doch abgesagt werden, denn Monika, die in Griechenland im Pflegeheim arbeitet, bekam selbst Corona, musste ins Krankenhaus, brauchte Sauerstoff: »Die Situation dort ist viel schwieriger als hier. Ich hab' mir viele Sorgen gemacht, aber jetzt ist alles wieder in Ordnung, wir telefonieren auch wieder regelmäßig.«

In diesem Jahr möchte Gisela Schilling gemeinsam mit ihrem Lebensgefährten das Weihnachtsfest bei ihrem Sohn und den Enkelkindern in Essen feiern. Im vergangenen Jahr war das wegen der Kontaktbeschränkungen nicht möglich: »Da waren wir hier im Pflegeheim, aber schön war es trotzdem, denn wo immer meine Krippe aufgebaut ist, ist für mich Weihnachten.«



Gemeinsame Verantwortung statt Applaus – die professionelle Langzeitpflege in der Corona-Pandemie

WIR ERLEBEN den zweiten Corona-Winter, die Pandemie befindet sich erneut in einer gefährlichen Phase. Wie gehen Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen mit der Krise um? Welche Erfahrungen haben sie gemacht? ► Dass das Corona-Virus insbesondere für ältere und pflegebedürftige Menschen besonders gefährlich ist, war eine der ersten Erkenntnisse der Pandemie. Deshalb wurde bereits im März 2020 dem Schutz dieser Personengruppe politisch und gesellschaftlich höchste Priorität eingeräumt. Die Verantwortung hierfür haben die Pflegekräfte der ambulanten und stationären Langzeitpflege mit Selbstverständlichkeit übernommen, denn es musste schnell und zügig reagiert werden – zu einer Zeit, in der die Übertragungswege des Virus noch nicht klar waren, Schutz-, Hygiene- und Besuchskonzepte fehlten und persönliche Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel Mangelware waren.

Dr. Veronika Nelissen leitete zu dieser Zeit eine Pflegeeinrichtung mit intensivpflegerischem Schwerpunkt in Neustrelitz in Mecklenburg-Vorpommern und erinnert sich, dass es schon Mitte Februar 2020 nur schwer möglich war, an Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel zu gelangen – für eine Einrichtung wie die ihre ist das jedoch die elementarste Grundausstattung. Aber Not macht erfinderisch. Und so haben dort wie fast überall im Land auch Pflegekräfte und Angehörige pflegebedürftiger Menschen während der ersten gefährlichen Phase der Pandemie Schutzausrüstungen wie Mund-Nasen-Schutz selbst genäht.

Auch für Angehörige da sein

Die Pandemie verlangte von der professionellen Pflege gerade zu Beginn immer wieder Einfallsreichtum, Kreativität und großes Engagement, um den Pflegealltag irgendwie zu meistern. Es ging vor allem darum, die rigiden Maßnahmen des Infektionsschutzes auf die Bedingungen vor Ort anzupassen, praktisch umzusetzen und dabei auch die pflegebedürftigen Menschen für die Einhaltung der Maßnahmen,

wie das Tragen des Mund-Nasen-Schutzes zu gewinnen und ihre soziale Teilhabe im Blick zu behalten. Dazu gehörte es auch, An- und Zugehörigen während der anfangs noch strengen Besuchseinschränkungen trotzdem sicher zu ermöglichen, Kontakt zu den pflegebedürftigen Menschen zu halten: »In unserer Einrichtung haben wir nicht nur die Pflegebedürftigen betreut, wir haben uns auch intensiv um die Angehörigen gekümmert. Diese waren oft verunsichert, ängstlich und haben sich einfach Sorgen gemacht. Wir haben so gut es geht versucht, zu helfen, zu informieren, zuzuhören, Rat zu geben«, sagt Nelissen und ergänzt: »Es war nicht immer einfach, allen Bedürfnissen gerecht zu werden, das hat den Pflegealltag zusätzlich belastet.«

Die Gefahr als tägliche Begleiterin

Wie groß die Belastungen des Pflegepersonals werden, wenn das Virus in die Pflegeeinrichtung gelangt, hat Andreas Kutschke anlässlich des MDS-Expertenforums im November eindrucksvoll beschrieben. Kutschke ist Qualitätsmanagementbeauftragter in einer stationären Pflegeeinrichtung der Stiftung St. Laurentius im Kreis Viersen: »Die Pflegekräfte müssen sich mehrmals am Tag umziehen, die Dienstabläufe müssen immer wieder geändert und angepasst werden, zahlreiche Umzüge von Bewohnerinnen und Bewohnern müssen organisiert werden. Das erfordert viel Flexibilität und noch mehr Zeit, ganz zu schweigen von den körperlichen Belastungen.« In jedem Zimmer eines positiv getesteten Bewohners würden täglich allein vier Eimer mit gebrauchter Schutzausrüstung anfallen und es müssten Berge von Wäsche transportiert werden.

Erfahrungen mit FFP2-Masken machen wir alle, aber es ist ungleich anstrengender, jeden Tag acht Stunden und länger damit zu arbeiten, zum Beispiel pflegebedürftige Menschen vom Bett in den Rollstuhl zu setzen, als die Maske beim Anstehen an der Supermarktkasse zu tragen. Und dabei ist die Gefahr, sich selbst anzustecken und das Virus weiterzugeben, für Pflegekräfte besonders hoch. Einer

**Dr. PH
Andrea Kimmel** leitet die
Stabsstelle Evaluation Pflege
beim MDS.
a.kimmel@mds-ev.de





Befragung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (IPP) Bremen zufolge sei während der ersten Welle der Pandemie die Zahl der Covid-19-Fälle in Deutschland unter Fachkräften in der häuslichen Altenpflege doppelt so hoch gewesen wie in der durchschnittlichen Bevölkerung. Die Covid-19-Rate unter Mitarbeitenden in Pflegeheimen sei sogar sechsmal höher ausgefallen.

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Die professionelle Langzeitpflege hat mittlerweile zweifellos mehr Sicherheit im Umgang mit dem Corona-Virus erlangt – sei es durch die Verfügbarkeit persönlicher Schutzausrüstung, die Möglichkeiten des Testens und der Schutzimpfung, aber auch durch positive wie auch schmerzliche Erfahrungen der Vergangenheit. Gleichwohl schwingt seit nunmehr fast zwei Jahren die Angst vor Infektionen im Pflegealltag ständig mit. Das verursacht auf Dauer Stress. Wenn dann noch Bedingungen hinzukommen, in denen man dem Anspruch an die eigene Tätigkeit nicht gerecht werden kann, weil zum Beispiel Kolleginnen und Kollegen krankheitsbedingt ausfallen, dann wird Pflege irgendwann zur Gefahr für die eigene psychische Gesundheit. Diverse Umfragen zeigen, dass sich Pflegekräfte in der Langzeitpflege durch die Pandemie emotional stark belastet fühlen, vor allem durch den regelmäßigen Umgang mit Leid und Tod. Und tatsächlich ist die Begleitung Sterbender während der Corona-Pandemie zur kollektiven Erfahrung professioneller Pfleger geworden. Noch nie sind in so kurzer Zeit so viele pflegebedürftige Menschen gestorben, nicht einmal während der letzten schweren Grippe-Welle 2017 und 2018.

Viele Schultern tragen mehr

Fragt man Pflegekräfte, was im Pflegealltag während der Pandemie hilft, dann hört man immer wieder, dass es gewiss nicht der Applaus sei. Vielmehr helfe es, so Veronika Nelissen, »gut organisiert zu sein und sich auf den anderen verlassen zu können«. Auch Andreas Kutschke sieht das so. Für ihn war der Kontakt zu anderen Akteuren hilfreich, etwa zur Heimaufsicht. Bewährt habe sich vor allem eine gute Kommunikation »nach innen und außen«. Geholfen habe im Übrigen auch, dass gerade in der Anfangsphase der Pandemie die Qualitätsprüfungen ausgesetzt waren.

Die Erfahrungen der Pflegekräfte zeigen, dass die Verantwortung für den Schutz der verletzlichsten Menschen unserer Gesellschaft auf mehrere Schultern verteilt werden muss. Die Pandemie habe wieder einmal deutlich gemacht, »wie belastbar der Mensch in Not-situationen sein kann«, sagt Nelissen. Diese besondere Belastbarkeit der Pflegekräfte wird aber irgendwann auch aufgebraucht sein. Damit professionelle Pflege auch weiterhin einen bedeutsamen gesellschaftlichen Beitrag leisten kann, ist dafür zu sorgen, dass man ihre Rolle auch entsprechend würdigt. Und das bedeutet, wenn es hart auf hart kommt, alle Verantwortlichen ins Boot zu holen, um den Schutz von Pflegebedürftigen und Pflegekräften zu gewährleisten. Kutschke plädiert in diesem Zusammenhang für die Installation von Runden Tischen, denn die Antworten auf komplexe ethische Fragestellungen, wie zum Beispiel den Umgang mit Menschen mit Demenz unter Infektionsschutzbedingungen, könne und dürfe nicht einer einzelnen Berufsgruppe aufgebürdet werden.

Der Beginn des zweiten Corona-Winters, die steigenden Infektionszahlen und die zunehmende Anzahl von Infizierten in Pflegeeinrichtungen machen deutlich: Die Pandemie wird die Pflegekräfte weiter fordern, und es bleibt zu hoffen, dass alle Akteure im System der Langzeitpflege aus den Erfahrungen gelernt haben und nicht wieder dabei zugesehen werde, wie die Katastrophe ihren Lauf nimmt. Zu hoffen bleibt ebenso, dass auch nach der Pandemie professionelle Pflege die notwendige gesellschaftliche Anerkennung erfährt und die so oft zitierten Verbesserungsbedarfe der Arbeitsbedingungen auch angegangen werden. Dazu gehört es auch, über die teils traumatischen Erfahrungen und psychischen Belastungen von Pflegekräften zu sprechen. Und dazu gehört es, pflegfachliche Expertise regelhaft auf übergeordneter Ebene miteinzubeziehen, zum Beispiel in die Arbeit von Krisenstäben und in die Erarbeitung von Schutz- und Pandemiekonzepten. 

Corona zwingt zu Alternativen

DIE CORONA-PANDEMIE zwang zu alternativen Lösungen in der Pflege und Hilfseinsätzen in der Versorgung. Die Medizinischen Dienste sehen darin mögliche Impulse für die Zukunft. ► »Meine Pflege ist etwas sehr Persönliches. Darüber möchte ich mit jemandem sprechen, den ich vor mir sehe. Und das am liebsten bei mir zu Hause, wo ich auch alles zeigen kann.« So empfinden viele, gerade ältere Menschen. Und das war bisher auch so üblich. Doch dann kam Corona. Seitdem ist nichts mehr wie bisher. Mitte März 2020 wurde jedem, der mit Pflege zu tun hat, schlagartig bewusst: Um die besonders gefährdete Gruppe der Pflegebedürftigen zu schützen, ist die persönliche Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ebenso nicht mehr sinnvoll möglich wie auch die regelmäßigen Qualitätsprüfungen von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten.

Für beides war bis dahin der persönliche Kontakt gesetzlich vorgegeben – und Abweichungen nur Ausnahmen. »Wir wurden einfach überrollt von den Ereignissen und mussten sehr schnell lernen, wie Begutachtung auch anders geht«, erinnert sich Dr. Martin Schünemann, selbst Gutachter und Abteilungsleiter Pflegeversicherung des Medizinischen Dienstes Nord, der für Hamburg und Schleswig-Holstein zuständig ist. Zur gleichen Zeit wurde die Prüfung der Pflegequalität sogar ganz ausgesetzt, zumindest die regelhafte. Das stellte Elise Coners, zuständige Fachbereichsleiterin im Medizinischen Dienst Nord, vor neue Aufgaben: Nur noch wenige Teams konnte sie für Anlassprüfungen einteilen, die bei Hinweisen auf konkrete Pflegemängel auch während der Pandemie jederzeit möglich waren. Viele andere Prüferinnen und Prüfer unterstützten engagiert das öffentliche Gesundheitswesen. Besonders in den Hochphasen der Pandemie waren sie gefragte Spezialisten, die von Ministerien und Behörden angefordert wurden und in verschiedenen Bereichen schnell und unbürokratisch helfen konnten.

Auf einmal mehrerer Sinne beraubt

Anders war die Situation bei den Begutachtungen der Pflegebedürftigkeit, pandemiebedingt mussten diese seit März 2020 aus der Ferne erfolgen. Schnell und zentral haben die Medizinischen Dienste ein alternatives Verfahren entwickelt, das auf kontaktlose telefonische Informationen setzt. Statt Hausbesuch wurde der Grad der Pflegebedürftigkeit nun mithilfe eines sogenannten »strukturierten Telefoninterviews« festgestellt. Das war durchaus herausfordernd: »Grundsätzlich ist die Begutachtung die gleiche, aber wir wurden gleich mehrerer Sinne beraubt«, so Schünemann, »wir konnten in der Begutachtung vor allem nicht mehr sehen, nicht mehr berühren und auch nicht mehr riechen.« Alle Begutachtenden hätten sehr schnell lernen müssen, das abstrakte Bild der »nur gehörten« Eindrücke angemessen zu bewerten.

Eine Umstellung war es aber vor allem für die Pflegebedürftigen und deren Angehörige, die es bisher gewohnt waren, dass der Medizinische Dienst sie per-



sönlich besucht. Der Ankündigung ihres telefonischen Begutachtungstermins liegt seitdem ein Faltblatt bei, das erklärt, was beim Telefoninterview anders ist. Ganz wichtig: Es wird immer darauf hingewiesen, dass Angehörige oder Pflegende beim Interview anwesend sein und unterstützen sollten. Kritik an der telefonischen Begutachtung bleibt dabei nicht aus: Sie erreicht den Medizinischen Dienst Nord meist dann, wenn Angehörige bemängeln, dass wichtige Punkte unzureichend beachtet worden seien oder Pflegebedürftige allein vor der neuen Situation stünden.

»Viele wissen gar nicht, dass die Pflegebegutachtung eben nicht einfach nur ein Gespräch ist, sondern ein komplexes System von Fragen und Einschätzungen«, gibt Schünemann zu bedenken. Der persönliche Kontakt und das »Ansehen« seien dabei nur ein Baustein. »Es kommt auf die Summe der vielen einzelnen Informationen an, weniger auf die einzelne. Selbst wenn ich am Telefon etwas nicht so wahrnehmen kann, was ich vor Ort vielleicht besser erkennen könnte, hat eine einzelne Beobachtung selten entscheidende Auswirkungen auf den Pflegegrad«, erklärt er. Doch ihm ist auch bewusst, dass die Begutachtung per Telefon nicht in jedem Einzelfall passend ist. Der Medizinische Dienst Nord schaut sich zum Beispiel alle Begutachtungsaufträge intensiv an, bevor entschieden wird, wann ein Hausbesuch trotz pandemischer Lage unumgänglich ist – um dann alle nötigen Infektionsschutz-Maßnahmen dafür zu nutzen.

Eine gemeinsame Sprache sprechen

Neuland betraten auch die Pflegequalitäts-Prüferinnen und -Prüfer. In Schleswig-Holstein und Hamburg waren sie vor allem in Gesundheitsämtern der einzelnen Kreise oder Bezirke, dem Sozialministerium in Kiel und der Hamburger Sozialbehörde im Einsatz.

Bundesweit waren es bis zu 800 Beschäftigte aus den Medizinischen Diensten, die in vielen verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens tatkräftig mit anpackten: Sie unterstützten in Pflegeeinrichtungen, Krankenhaus-Notaufnahmen und Corona-Behandlungszentren. Andere standen in Abstrichstationen und Impfzentren bereit. Viele informierten verunsicherte Infizierte und besorgte Bürger in den Corona-Telefonberatungen der Städte und Kreise. In Schleswig-Holstein unterstützten Gutachtende und Servicekräfte außerdem über Monate die Impfkampagne der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Pflegeeinrichtungen.

»In einigen Gesundheitsämtern hat man oft zum ersten Mal wahrgenommen, welche Fachkompetenz die Medizinischen Dienste mitbringen«, beschreibt

Elise Coners die ersten Tage ihrer Zusammenarbeit. »Wenn es um Probleme in der Pflege ging, hat sich dann bewährt, dass unsere Kolleginnen und Kollegen und die Pflegeeinrichtungen eine gemeinsame Sprache sprechen, zum Beispiel was Arbeitsabläufe betrifft. Wir sind halt regelmäßig in den Pflegeeinrichtungen und dort auch als fachlich verlässliche Ratgeber anerkannt.« Trotz aller Schwierigkeiten hätten viele Pflegende gerade in der Krise einen verlässlichen Job gemacht, so Coners: »Ich empfinde Hochachtung für die vielen, die trotz anfangs fehlender persönlicher Schutzausrüstung und Impfmöglichkeit weitergearbeitet haben.«

Oft nur kurze Rückkehr zum Normalfall

Die Rückkehr in die Pflege-Normalität bleibt schwierig und vom regionalen Infektionsgeschehen abhängig. Die regelhaften Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten wurden in Schleswig-Holstein und Hamburg im April 2021 wieder aufgenommen, weil die entsprechende Ausnahmenregelung des Gesetzgebers ausgelaufen war und die Lage es erlaubte.

Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit hängt nach Auffassung von Dr. Schünemann immer stark von der aktuellen Infektionslage ab. So würde der Wunsch nach einer persönlichen Begutachtung manchmal damit begründet, dass die Gutachterinnen und Gutachter vollständig geimpft seien – ebenso wie die Pflegebedürftigen. »Man sollte aber bedenken, dass Geimpfte trotzdem eine Viruslast tragen und diese weitergeben können. Die Versicherten sind oft hochbetagt und reagieren viel empfindlicher darauf«, warnt Dr. Schünemann.

Nach seiner Einschätzung hat sich das »strukturierte Telefoninterview« bei vielen Begutachtungen im Medizinischen Dienst Nord durchaus bewährt. Die Ergebnisse würden so gut wie nie von vergleichbaren im Hausbesuch abweichen. Und: »Wo die Pandemie ein Treiber der Digitalisierung war, ist sie in der Begutachtung auch ein Innovationstreiber gewesen«, meint er und wünscht sich, dass die Telefon-Begutachtung auch über die Pandemiezeiten hinaus eine

Option bleibt, auch wenn der Hausbesuch der Regelfall bleiben sollte. Für Elise Coners ist die Lehre aus der Pandemie klar: Für künftige Notlagen sollte es immer genug Schutzausrüstung in der Pflege geben. Und: »Es darf nie wieder so weit kommen, dass Pflegebedürftige einsam und ohne Beisein ihrer Angehörigen in einer Einrichtung sterben!« 

Jan Gömer
ist Pressesprecher des
Medizinischen
Dienstes Nord,
jan.goemer@md-nord.de



Die Pflege braucht eine neue Anerkennungskultur



Der Heidelberger Altersforscher Andreas Kruse spricht sich angesichts steigender Inzidenz für strenge Schutzmaßnahmen, aber gegen Besuchsverbote in Pflegeheimen aus – vor allem Sterbende dürfen nicht erneut allein gelassen werden. ►

Die Pandemie ist ein Testfall für die Solidarität in der Gesellschaft – haben wir Ihrer Meinung nach diesen Test bislang bestanden?

In Teilen. Es gibt sehr viele Menschen, die die Impfangebote dankbar annehmen, nicht nur aus Eigenverantwortung, sondern auch aus Mitverantwortung, das heißt, sie möchten nicht nur sich selbst, sondern eben auch andere Menschen schützen. Das ist ein Ausdruck von Solidarität. Es gibt weiterhin sehr viele Menschen, die jene emotional und ganz praktisch unterstützen, die sich gerade in der Pandemie als verletzlich erweisen. Ebenfalls Ausdruck von Solidarität.

Aber ...

Aber es gibt eben auch nicht wenige Menschen, die das Impfangebot verweigern – damit gefährden sie sich nicht nur selbst, sondern auch andere Menschen. Und diese Fremdgefährdung ist ihnen vielfach nicht bewusst oder ist ihnen sogar gleichgültig. Das ist nun überhaupt nicht Ausdruck von Solidarität. Und eine solche Haltung – sich nur auf sich selbst zu konzentrieren, aber die Folgen eigenen Handelns für andere Menschen unberücksichtigt zu lassen – stört mich, nein, empört mich geradezu. Dabei ist auch das

Halb- oder Viertelwissen, welches von manchen in die Welt posaunt wird, gefährlich.

Besonders ältere Menschen erweisen sich in der Pandemie als verletzlich. Hat dies das gesellschaftliche Bild des Alters zum Positiven oder zum Negativen verändert?

Weder, noch. Es werden in der Pandemie sowohl die Kräfte des Alters wie auch die Verletzlichkeit im Alter deutlich. Vielen alten Menschen ist es gelungen, die gesellschaftliche und individuelle Krise der Pandemie innerlich gut zu bewältigen und zu verarbeiten: ein Ausdruck von Widerstandsfähigkeit oder Resilienz der Psyche. Eindrucksvoll ist dies! Aber richtig ist auch, dass sie einen besonderen hygienischen, medizinischen und pflegerischen Schutz brauchen, da sie ein höheres Erkrankungsrisiko tragen.

Der Ethikrat erinnerte im vergangenen Jahr daran, dass zusätzlich zu den Schutzmaßnahmen auch Unterstützungsangebote wichtig seien – insbesondere in Pflegeheimen. Wurde der Appell ausreichend beherzigt?

Er fand große Resonanz – wie übrigens auch andere Warnungen, die von Fachgesellschaften ausgingen. Es ist vielen Verantwortungsträgern in unserer Gesellschaft klargeworden, dass Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen wie auch die dort tätigen

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf besondere Unterstützung angewiesen sind: was die Hygiene-, Test- und Impfmaßnahmen anbelangt, aber auch was soziale, kognitive, emotionale, ästhetische, alltagspraktische und physische Aktivierungsangebote angeht.

Heißt das, dass die Einrichtungen auf die neuerliche Herausforderung einer vierten Welle gut vorbereitet sind? Ohne erneute Besuchsverbote und Isolation der Bewohner?

Das A und O sind Schutzmaßnahmen. Es ist alles dafür zu tun, dass das Virus nicht in ein Pflegeheim eindringt. Aus diesem Grunde ist für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie für alle Besucherinnen und Besucher einer Einrichtung die 2G-Regelung als obligatorisch zu werten; zudem müssen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie auch alle Bewohnerinnen und Bewohner bei Eintritt in das Heim getestet werden – dokumentiert durch eine entsprechende Unterschrift. Bewohnerinnen und Bewohner müssen über die Potenziale einer Booster-Impfung aufgeklärt und motiviert werden, diese in An-

spruch zu nehmen. Nur unter dieser Bedingung lassen sich Kontakte innerhalb der Einrichtung sowie zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern einerseits und ihren An- und Zugehörigen andererseits sicherstellen. Bitte haben wir immer im Auge: Es geht hier um fundamentalen Lebensschutz.

Was halten Sie von virtuellen Kontakten über Computer und Bildschirm als Ersatz für Besuche?

Einrichtungen müssen über eine ausreichend entwickelte digitale Infrastruktur verfügen, um auf diese Weise die physischen Kontakte – auf die nicht verzichtet werden darf – durch virtuelle Kontakte zu unterstützen. Virtuelle Kontakte dürfen allerdings die physischen Kontakte niemals ersetzen.

Wir haben in der Pandemie erleben müssen, dass viele Menschen einsam starben. Sie haben einmal gesagt, eine Abschiedskultur im Prozess des Sterbens sei überaus bedeutsam! Wie könnte, wie sollte sie aussehen?

Bedeutsam, weil nur auf diese Weise die Annahme oder Hinnahme des nahenden Todes – sowohl auf Seiten der schwerkranken und sterbenden Person wie auch auf Seiten ihrer An- und Zugehörigen – gefördert werden kann. Mit anderen Worten: Ein von gegenseitiger Nähe und Empathie bestimmter Abschied bildet die Grundlage für den letzten seelisch-geistigen Entwicklungsschritt der schwerkranken oder sterbenden Person; zugleich für die Fähigkeit und Bereitschaft der An- und Zugehörigen, nach und nach loszulassen.

Loslassen durch gegenseitige Anteilnahme?

Viele Menschen zeigen auch am Lebensende das Motiv, die erfahrene Sorge zu erwidern, das heißt für ihre An- und Zugehörigen zu sorgen, sich teilnehmend um

diese zu sorgen. In der Einsamkeit ist dem Schwerkranken oder Sterbenden diese Möglichkeit genommen.

Wie kann diese Abschiedskultur konkret aussehen?

Entscheidend ist der emotionale und geistige Austausch, zudem das gemeinsame Tun – zum Beispiel gemeinsam ein Musikstück oder ein Gedicht anhören, über einen religiösen oder spirituellen Text sprechen, sich gemeinsam in die Natur zu begeben. Wichtig sind Gespräche über persönlich bedeutsame Stationen in der Biografie. Und: Dem Sterbenden sollte, wenn es so gemeint ist, der Eindruck vermittelt werden, dass er nach dem Tod nicht vergessen ist, sondern in den An- und Zugehörigen fortleben wird.

Was tun, wenn dieses Sprechen nicht mehr möglich ist? Zum Beispiel im Fall einer Demenz?

Hier gewinnt der mimische und gestische Austausch, hier gewinnt die einfühlsame leibliche Berührung mehr und mehr an Gewicht. Die Inseln des Selbst – subjektiv bedeutsame Erlebnisse in der Biografie – müssen nun noch sehr viel intensiver erspürt und beantwortet werden. Die Gesprächsführung liegt nun immer mehr bei den Begleitenden, die aber alles andere als paternalistisch agieren dürfen. Kompass bleibt immer das Erleben und Antworten der bzw. des Schwerkranken oder Sterbenden.

Wenn Sie vorausschauen – wird die Pflege am Ende gestärkt aus der Pandemie hervorgehen?

Nicht wirklich. Wir haben immer noch nicht begriffen, welche Anforderungen die Pflege an die Pflegefachpersonen stellt, wie sehr die Pflege in ihrem Anspruch das Prinzip der individuellen Ansprache und Zuwendung, schließlich auch das Prinzip der umfassenden

Aktivierung verwirklicht. Dies geht nur unter Einsatz der ganzen Person, die sich ihrem Beruf mit hohem Engagement, mit Courage und mit Leidenschaft hingibt.

Was fehlt? Wo sehen Sie Handlungsbedarf?

Es geht um angemessene Rahmenbedingungen: eine andere Personalstruktur, eine andere Alimentierung, auch eine andere Anerkennungskultur. Pflegefachpersonen müssen eine deutlich attraktivere Besoldung erhalten – man stelle sich nur die gravierenden körperlichen und psychischen Anforderungen vor, die die Pandemie speziell an diese Berufsgruppe stellt. Nur muss eines klar sein: Die einzelne Bürgerin, der einzelne Bürger muss sehr viel mehr in die Pflege investieren – und diese Belastungen müssen unbedingt sozial gerecht verteilt werden. Also: Jede, jeder muss sich fragen, was sie, was er für eine gute Pflege zu investieren bereit ist. Ein solcher Diskurs muss auch im öffentlichen Raum intensiv geführt werden. **□**

Prof. Dr. Andreas Kruse, Altersforscher und Psychologe, war bis Ende September Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg. Er wurde aufgrund seiner Verdienste zum Seniorprofessor *distinctus* ernannt. Er ist unter anderem Mitglied im Deutschen Ethikrat und Vorsitzender der Altersberichtskommission der Bundesregierung.

Das Interview führte Gabi Stief, freie Journalistin.



Ideen gegen den Pflegenotstand



DER PFLEGENOTSTAND ist Fakt. Aber viele Einrichtungen steuern kreativ dagegen – mit zunehmendem Einsatz von akademisch ausgebildeten Pflegefachleuten oder mit einer sorgfältigen Altersstrukturanalyse der Mitarbeitenden. Zwei Beispiele, die Schule machen könnten. ► 1,1 Millionen Pflegende versorgen in Deutschland derzeit 1,8 Pflegebedürftige in über 15 000 Heimen und rund 14 700 ambulanten Pflegediensten, so die Zahlen des statistischen Bundesamtes. 85% des Pflegepersonals sind Frauen, und 72% von ihnen arbeiten in Teilzeit. Das reicht hinten und vorne nicht, um den Bedarf an Pflegekräften zu decken. Der Deutsche Pflegeverband spricht deshalb von einem »akuten Bedarf« von 100 000 bis 150 000 zusätzlichen Pflegekräften.

Mehr Pflegebedürftige, mehr Pflegekräfte

Mehr noch: Der Personalmangel wird sich verschärfen. Laut Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2030 auf die Marke von rund 5 Millionen klettern. Damit dürften auch viele weitere Pflegekräfte nötig werden. Aber woher sollen sie kommen?

Der BARMER-Pflegereport 2020 macht darauf aufmerksam, dass der Personalmangel nicht unbedingt nur mit immer mehr neuen Pflegekräften gelindert werden muss. Personalentwicklung, Gesundheitsfürsorge, Leitfäden zur Personalbindung oder ein neuer Qualifikationsmix im Team können helfen, Pflegekräfte beim Team zu halten. So heißt es im Pflegebericht zum Beispiel, man hätte auf einen Schlag 26 000 Pflegekräfte mehr, wenn »die Arbeitssituation und damit einhergehend die Gesundheit der Pflegerinnen und Pfleger besser wären.«

Im Johanniterhaus in Bremen zum Beispiel versucht die Heimleitung, die Arbeitssituation zu verbessern, indem sie eine akademisch qualifizierte Pflegekraft am Pflegebett einsetzt. Das Projekt wird gefördert von der Robert-Bosch-Stiftung. »Pflegefachpersonen, die sich akademisch qualifizieren wollen, landen nach dem Studium oft in Leitungspositionen oder verlassen das Berufsfeld ganz«, bedauert Georg Hammann, Fachbereichsleitung Pflege und Betreuung bei der Johanniter Seniorenhäuser GmbH. »Dabei wollen diese Mitarbei-

ter am Pflegebett stehen!« Studien hätten gezeigt, dass die Qualität der Pflege steige, wenn akademische Kräfte im Team unterstützen.

Ein neuer Qualifikationsmix

Im Johanniterhaus Bremen arbeitet eine akademische Pflegerin im Team mit und vergrößert so das Know-how aller Teammitglieder. Regelmäßig lädt sie ihre Kolleginnen und Kollegen zum Pflege-Konsil ein, wenn es um besonders komplexe Pflegeprozesse geht. »Sie stellt dem Team das akademische Wissen des evidence-based nursing zur Verfügung«, erklärt Hammann. »So mündet validiertes Wissen direkt in der Versorgung und verschafft dem Team einen erweiterten Katalog pflegerischer Interventionen.« Auch bei ethischen Fallbesprechungen unterstütze sie das Team dort, wo traditionell qualifizierte Fachpersonen vielleicht an Grenzen stießen, berichtet Hammann.

Im Oberen Murrtaal in Baden-Württemberg ist man einen anderen Weg gegangen, um Personal zu binden. Im Rahmen des GAP-Projekts (»Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege«), eines Projekts des Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung, hat der Vorstand des Pflegedienstes von »Diakonie ambulant« nachgezählt. »Wir haben 70 Mitarbeiterinnen«, erklärt Vorstand Thomas Nehr. »16 von ihnen sind 55 bzw. 60 Jahre und älter.« Anhand dieser Erhebung hat der Vorstand vorgesorgt: Welche Kompetenzen werden verloren gehen, welche muss der Vorstand nachschulen? Vielleicht wollen einige der scheidenden Pflegekräfte ins »Best-Ager-Team« wechseln?

Solche Fürsorge für das Personal bewähre sich schon seit Jahren, betont Nehr. Die Gesundheitsquote liege bei 95%, die Fluktuation hingegen bei 5%, das sind nur ein bis zwei Mitarbeiterinnen im Jahr. Nehr: »Kein Wunder, dass wir jeden Monat mehrere Initiativbewerbungen bekommen.« ◻

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





Auf gute Nachbarschaft – leichte Hilfe in schweren Zeiten

WÄHREND der Corona-Krise haben sich unzählige Menschen ehrenamtlich engagiert, haben pflegebedürftige, kranke und alleinlebende Menschen unterstützt. Einige der so entstandenen Netzwerke sollen dauerhaft bleiben.

► Das Internet hat's möglich gemacht: Zahlreiche Nachbarschaftsinitiativen wurden schnell und unkompliziert ins Leben gerufen, brachten diejenigen, die Unterstützung benötigten, mit denen, die helfen wollten, zusammen. Und das waren viele. Laut einer repräsentativen Befragung der Fachhochschule Münster im Auftrag des NRW-Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales hat die Hilfsbereitschaft während des ersten Lockdowns hierzulande deutlich zugenommen. So waren zwei Drittel von 1012 Befragten bereit, sich für Nachbarn zu engagieren, zum Beispiel einkaufen zu gehen. Vor der Pandemie war es nur die Hälfte.

Digitale Plattformen

Eine der Helferinnen ist Andrea Matthes, die im März 2020 mit einer Gruppe Gleichgesinnter die bundesweite Online-Plattform »QuarantäneHeld*innen« entwickelt hat. »Innerhalb kürzester Zeit haben sich rund 37 000 Freiwillige registriert, die bereit waren zu helfen«, erinnert sich Matthes. Weniger leicht erreichte man allerdings die Bedürftigen.

»Wir haben schnell gemerkt, dass die Menschen, die am dringendsten Hilfe brauchen, online kaum auf uns aufmerksam werden«, berichtet Matthes. Also habe man vielerorts in Supermärkten Zettel aufgehängt und eine Telefonhotline eingerichtet. Das Ad-hoc-Engagement führte zur Gründung eines gemeinnützigen Vereins, der bis heute aktiv ist. »Unsere besondere Leistung in dieser Krise war es, Helfende und Hilfesuchende schnell und ohne bürokratische Hürden zusammenzubringen«, sagt Matthes.

Bis zu fünf Anfragen bekommen die QuarantäneHeld*innen nach wie vor jeden Tag: von der Enkelin, die nicht für ihren pflegebedürftigen Großvater einkaufen kann, über die Tochter, die in Quarantäne ist und sich nicht um ihre bettlägerige Mutter kümmern kann, bis zur berufstätigen Alleinerziehenden, die händeringend nach einer Hausaufgabenbetreuung für ihren Sohn sucht. »Das

hat sich inzwischen ein wenig verschoben von der Unterstützung für Corona-Erkrankte und Personen in Quarantäne hin zur klassischen Nachbarschaftshilfe: einkaufen, Gassi gehen, Kinder betreuen.

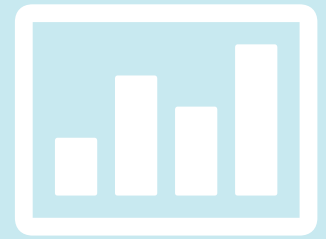
Länger als der Lockdown

Anfänglich hatten sich die Gründer der Plattform, ein junges Team aus Software-Entwicklern und Programmierern, mehr Unterstützung von offiziellen Stellen erhofft. Sie hätten sich gewünscht, dass Ämter und Institutionen die Online-Plattform intensiver publik gemacht und da, wo es Sinn macht, empfohlen hätten. »Tatsächlich war es aber erstmal überhaupt schwierig, mit Ämtern Kontakt aufzunehmen, obwohl wir eine reine Freiwilligeninitiative ohne Profitabsicht sind«, so Matthes.

Auch in Kassel vermittelte eine Online-Plattform hilfsbereite Bürger an solche, die in Schwierigkeiten waren. Das Nachbarschaftsnetzwerk »Freiwillig in Kassel«, das es schon seit über 25 Jahren gibt, konnte vorhandenen Kanäle nutzen, um spontane Helfer an eine der zahlreichen Initiativen in der Stadt weiterzuleiten und Menschen oft im selben Stadtteil direkt zusammenzubringen. Vermittelt wurden Einkaufshilfen und Botengänge insbesondere auch für erkrankte und ältere Menschen, aber auch »Sorgentelefon« und Kinderbetreuung. Der 23-jährige Jurastudent Björn hat während des ersten Lockdowns für den 67-jährigen pflegebedürftigen Rentner Bruno W. eingekauft – heute spielen sie einmal in der Woche zusammen Schach. ◻

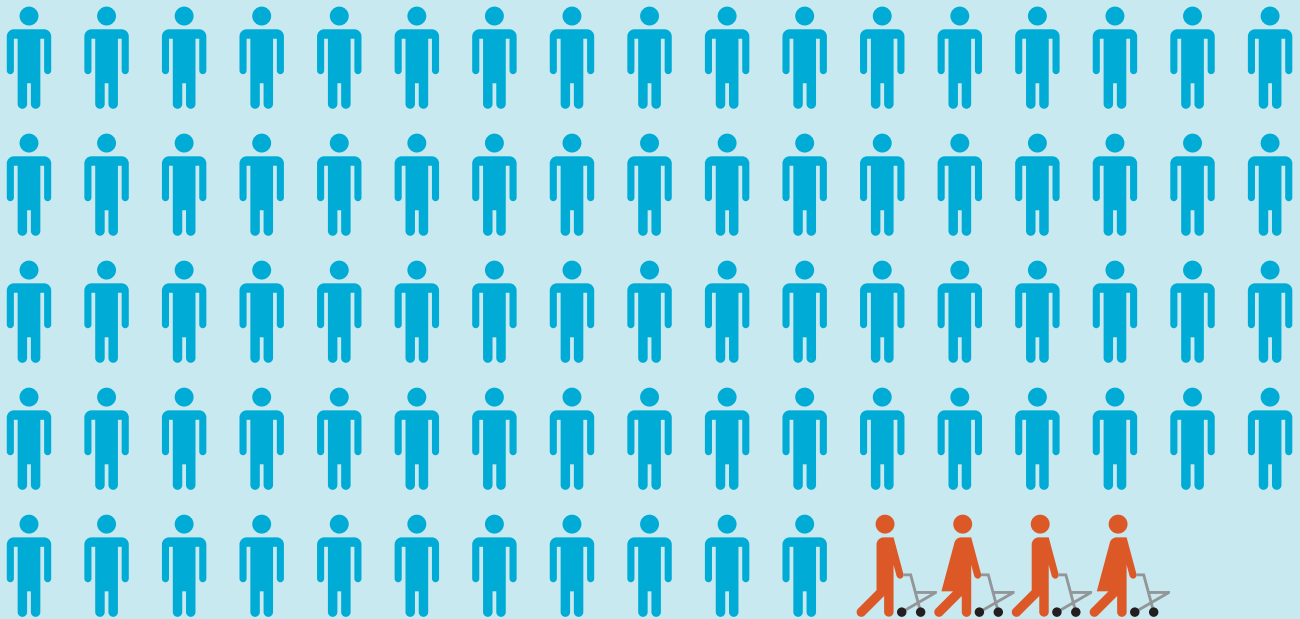
Dr. Andrea Exler
ist Medizinerjournalistin
in Frankfurt/Main.
andrea.exler@web.de





Innerhalb der Gesamtbevölkerung von 83,1 Mio erhalten
4,1 Mio Einwohner Leistungen aus der Pflegeversicherung:

forum Medizin & Pflege in Zahlen



Von den 4.1 Mio Pflegebedürftigen werden versorgt:

zu Hause: 80% bzw. 3,28 Mio

stationär: 20% bzw 0,82 Mio



Pflegebedürftige haben die Pflegesituation als belastend empfunden:

ja: 78%

nein: 22%

Pflegebedürftige haben weiterhin Unterstützungsangebote wahrnehmen können:

ja: 63%

nein: 37%

Pflegebedürftige haben sich hilflos und alleingelassen gefühlt:

ja: 12%

nein: 88%

Der Einstieg zum Aufstieg

BEIM Medizinischen Dienst Nordrhein können sich Pflegegutachterinnen und -gutachter als solche zertifizieren lassen. Eine Premiere in Deutschland, die den Pflegefachkräften nicht nur Anerkennung für ihre Arbeit liefert, sondern auch Karrieremöglichkeiten eröffnet. ►

Patriz Wille ist erleichtert. Wie ihm ergeht es vielen an diesem Tag. Erst die Anspannung, dann die Prüfung selbst, und nun hält er endlich seine Urkunde in den Händen und ist zertifizierter Pflegegutachter. Das Besondere: Wille und seine rund dreissig Kolleginnen und Kollegen vom Medizinischen Dienst Nordrhein sind die ersten Pflegegutachterinnen und -gutachter in Deutschland, die ein solches Zertifikat erhalten.

Denn der Begriff Pflegegutachter ist nicht geschützt. »Natürlich haben wir unsere Pflegefachkräfte schon immer umfassend und strukturiert auf ihre Aufgaben als Gutachter vorbereitet«, erklärt Ulrike Kissels, Fachbereichsleiterin Pflege in Nordrhein. »Doch einen Abschluss mit Prüfung gab es bislang nicht. Dies wollten wir ändern, um der Pflegebegutachtung den Stellenwert einzuräumen, den sie verdient.« Schließlich ist der Job komplex und verantwortungsvoll. Um Menschen in einen Pflegegrad einstufen zu können, sind nicht nur Soft Skills wie Einfühlungsvermögen, kommunikative Fähigkeiten und ein souveränes Auftreten erforderlich. Die Gutachterinnen und Gutachter müssen eine Reihe von Hard Skills erfüllen: Sie müssen eine Ausbildung und Berufserfahrung in der Pflege vorweisen, das Sozialgesetzbuch sowie Begutachtungsrichtlinien beherrschen und insbesondere sicher in der Gutachtenerstellung sein.

Gemeinsame Sache

Gemeinsam mit der Fliegener Fachhochschule Düsseldorf erarbeitete der Medizinische Dienst Nordrhein einen Zertifikatslehrgang, der die Hard Skills, die Fachkompetenz, abfragt. Hierzu zählen Seminare wie »Grundlagen des Sozialgesetzbuchs XI«, »Leistungsrecht«, »Begutachtungsinstrumente« oder »Optimierter Begutachtungsstandard zur Identifikation von Rehabilitationsbedarfen«. Die Abnahme der Prüfung

übernimmt die staatlich anerkannte und renommierte Fachhochschule für Pflegefachkräfte, die Gesundheits- und Pflegewissenschaften lehrt. Alle Pflegegutachterinnen und -gutachter des Medizinischen Dienstes Nordrhein können sich zur Prüfung anmelden – neu eingestellte und langjährige.

So wie Patriz Wille, der seit drei Jahren als Gutachter arbeitet. Für ihn ist die Urkunde so etwas wie die Einstiegskarte zum Aufstieg: »Mein Ziel ist es, Mentor für neue Mitarbeiter zu werden und mich dann zum Pflegeexperten weiterzubilden und wer weiß, vielleicht werde ich irgendwann auch mal Teamleiter.« Mit der neu eingerichteten Zertifikatsprüfung bietet der Medizinische Dienst Nordrhein seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch einen Karrierepfad. Für die »Neuen« ist die Prüfung der Abschluss einer mehrmonatigen Einarbeitungszeit mit über 300 Theoriestunden und dem obligatorischen »Training on the Job«. Für alle gilt: Wer die Prüfung schafft, kann den Karrierepfad einschlagen: Mentor, Pflegeexperte, Pflegesachverständige bis hin zur Teamleitung.

Ausgezeichnet

Mittlerweile haben rund 90 Beschäftigte in der Pflegeeinzelprüfung bestanden. Zudem bietet der Medizinische Dienst Nordrhein ab sofort auch seinen Gutachterinnen und Gutachtern, die die Pflegeheime auf ihre Qualität prüfen, einen Lehrgang an. Die ersten Kurseinheiten zur Prüfungsvorbereitung bei der Fliegener Fachhochschule haben bereits begonnen. Zwölf Beschäftigte werden im kommenden Jahr ihren Abschluss machen und könnten dann auch ihre Urkunde zum zertifizierten Pflegequalitätsprüfer in den Händen halten. ■

Birgit Corsmeier
arbeitet als Redakteurin
beim Medizinischen
Dienst Nordrhein.
birgit.corsmeier@
md-nordrhein.de



Auf dem Weg zur Verbesserung der außerklinischen Intensivpflege

IMMER MEHR Versicherte benötigen nach der Entlassung aus der Klinik weiter eine intensivpflegerische Versorgung. Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz sollen ihre Bedarfe angemessener berücksichtigt und die Versorgung verbessert werden. Eine neue Richtlinie regelt Details. »Kein Gesetz verlässt den Bundestag so, wie es hineinkommt« – für kaum ein anderes Gesetz in der jüngsten Vergangenheit der Sozialgesetzgebung gilt dieser Spruch des verstorbenen Politikers Peter Struck mehr als für das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPREG). Der ursprüngliche Gesetzentwurf sah vor, dass die Intensivpflege mit Beatmung in den eigenen vier Wänden nur noch die Ausnahme sein soll. Sozial- und Behindertenverbände sahen darin zu Recht eine Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts der Versicherten. Dies hat auch der MDS in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf ausgedrückt. Im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens sind daher erhebliche Änderungen vorgenommen worden. Am Ende ist ein Gesetz entstanden, das geeignet ist, die Versorgungsqualität zu verbessern.

Mit dem Gesetz wird die außerklinische Intensivpflege in eine eigenständige Leistung nach §37c SGB V überführt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht, sofern die Leistungsvoraussetzungen vorliegen, in allen Versorgungssettings. Dabei erhält keine Versorgungsform Vorrang gegenüber einer anderen. Bedingung ist jedoch, dass die Versorgung am vom Versicherten gewählten Leistungsort sichergestellt werden kann. Versicherten, die sich für eine stationäre Versorgungsform entscheiden, wird diese Entscheidung dadurch erleichtert, dass die Kosten dieser Versorgung – so wie bisher schon in der eigenen Häuslichkeit – weitgehend von den Krankenkassen übernommen werden.

Künftig ist zu gewährleisten, dass nur Patienten aus der Klinik entlassen werden, bei denen vorab das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder zur Entfernung der Trachealkanüle eingeschätzt und soweit möglich ausgeschöpft wird. Mit jeder Verordnung muss dieses

Potenzial neu eingeschätzt werden, es sei denn, es liegt auf Dauer kein Potenzial vor. Bevor die Krankenkassen über die Übernahme der Leistung entscheiden, ist der Medizinische Dienst mit einer Begutachtung am Leistungsort zu beauftragen, um die medizinischen Leistungsvoraussetzungen sowie die Sicherstellung der Versorgung am Leistungsort beurteilen zu können.

Zunehmende Bedeutung des Themas

Die Bedeutung der außerklinischen Intensivpflege hat in den letzten Jahren enorm zugenommen. Bedingt durch den medizinischen Fortschritt und das hohe Versorgungsniveau in Deutschland werden zunehmend mehr Versicherte aus dem Krankenhaus entlassen, die weiterhin intensivpflegerische Versorgung benötigen. Es gab und gibt jedoch immer wieder Hinweise auf eine Fehlversorgung. Dies gilt insbesondere für die ambulante Versorgung von Beatmungspatientinnen und -patienten. Nicht immer werden Potenziale zur Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung der Trachealkanüle ausgeschöpft. Auch haben erhebliche Unterschiede bei der Vergütung sowie den Leistungen der Krankenversicherung für die außerklinische Intensivpflege im ambulanten und stationären Bereich zu Fehlanreizen geführt. Dies soll sich mit der Umsetzung des IPREG grundlegend ändern.

Das IPREG strebt folgende Ziele an:

- angemessene Berücksichtigung der besonderen Bedarfe intensivpflegebedürftiger Versicherter;
- eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung nach aktuellen medizinischen und pflegerischen Standards;
- Beseitigung von Fehlanreizen und Missbrauchsmöglichkeiten;
- Keine Überführung von Beatmungspatientinnen und -patienten in die außerklinische Intensivpflege ohne vorherige Ausschöpfung von Entwöhnungspotenzialen.

Erarbeitung der Richtlinien und Zeitplan

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte den gesetzlichen Auftrag, Details zu den Verordnungsvoraussetzungen sowie zu Inhalt und Umfang der außerklinischen Intensivpflege in einer Richtlinie zu regeln. Die neue Richtlinie zur außerklinischen

Jürgen Brüggemann
leitet den Bereich
Beratung Pflegeversicherung
beim MDS,
j.brueggemann@
mds-ev.de





Intensivpflege (AKI-Richtlinie) definiert auch die Qualifikationsanforderungen an die Ärztinnen und Ärzte, die berechtigt sind, die Leistung zu verordnen, sowie diejenigen, die Potenziale erheben. Im Vorfeld hatte der G-BA eine Arbeitsgruppe eingerichtet. Dabei waren der MDS und die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste beteiligt und haben den GKV-Spitzenverband beraten.

Zwischen Mitte 2020 und Herbst 2021 wurde der Richtlinienentwurf in mehr als 40 Arbeitsgruppensitzungen diskutiert. Ursprünglich sollte die Richtlinie bis Ende Oktober 2021 beschlossen werden. Doch auch angesichts eines breit angelegten Stellungnahmeverfahrens (zuletzt wurden ca. 80 Stellungnahmen ausgewertet) erwies sich das als nicht praktikabel. Auch wenn das Thema komplex ist und die Positionen von Krankenkassen, Ärzteschaft, Krankenhäusern und Patientenvertretern unterschiedlich sind, wollten doch alle Beteiligten einen Kompromiss finden. Schließlich konnte die Richtlinie am 19. November 2021 vom G-BA beschlossen werden. Eine rechtliche Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit steht noch aus. (Download des Beschlusses unter <https://www.g-ba.de/beschluesse/5142/>)

Um zu gewährleisten, dass alle an der Umsetzung der Richtlinie beteiligten Akteure eine angemessene Vorbereitungszeit haben, soll die Richtlinie zum 1. Januar 2023 in Kraft treten. Schließlich gilt es, zuvor die Ärzteschaft über die Inhalte der Richtlinie und die Anforderungen an die Verordnung zu informieren, das Verordnungsformular und einen Behandlungsplan zu entwickeln, die Umsetzung des Verwaltungsverfahrens durch die Krankenkassen sowie die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zu organisieren.

Rahmenempfehlungen in Vorbereitung

In einem nächsten Schritt müssen der GKV-Spitzenverband und die Trägervereinigungen für alle Versorgungssettings unter Einbeziehung des MDS und unter Berücksichtigung der AKI-Richtlinie des G-BA bis zum 31. Oktober 2022 gemeinsame Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege vereinbaren. Darin sind insbesondere Qualifikationsanforderungen und Personalbedarf,

strukturelle Anforderungen einschließlich baulicher Qualitätsanforderungen, Anforderungen an die Zusammenarbeit und an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement, Maßnahmen zur Fortbildung, Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen, zum Abrechnungsverfahren sowie zu Vergütungen zu definieren.

Diese Rahmenempfehlungen sind die Leitplanken, die bei den Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zugrunde zu legen sind (§132l Abs. 5 SGB V). Die Verträge müssen von den Krankenkassen zukünftig gemeinsam und einheitlich mit geeigneten und zuverlässigen Leistungserbringern geschlossen werden. Nur mit einem solchen Vertrag kann künftig die außerklinische Intensivpflege erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden.

Der Medizinische Dienst begutachtet jährlich

Die Feststellung, ob die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind und die Versorgung am Leistungsort sichergestellt ist, trifft die Krankenkasse künftig nach persönlicher Begutachtung des Medizinischen Dienstes am Leistungsort (§37c Abs. 2 SGB V). Die Feststellung ist jährlich auf der Grundlage einer erneuten Begutachtung des Medizinischen Dienstes zu treffen.

Mit dem Ziel einer einheitlichen Umsetzung der Begutachtung wird die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste nun einen Begutachtungsleitfaden erarbeiten. Dabei sind sowohl die Richtlinie des G-BA (medizinische Voraussetzungen etc.) als auch die Rahmenempfehlungen der Vertragspartner auf Bundesebene (Anforderungen an die Qualität, Hinweise zu den Anforderungen an den Leistungs-ort) zu berücksichtigen. Eine Arbeitsgruppe ist bereits eingerichtet. ■

Patientensicherheit muss prioritäres Gesundheitsziel werden

IM JAHR 2020 wurden 14 042 Fälle vermuteter Behandlungsfehler durch die Medizinischen Dienste begutachtet. In etwa jedem fünften Fall konnte ein Fehler nachgewiesen werden, der einen Schaden verursacht hat. Die Zahlen sind im Vergleich zu den Vorjahren relativ konstant. ► Viele Betroffene, die einen Behandlungsfehler vermuten, fühlen sich oft zunächst einmal hilflos. Vielen ist nicht bewusst, dass sie sich bei einem Behandlungsfehler-Verdacht an ihre Krankenkasse wenden können. Diese kann den Medizinischen Dienst mit einer fachlichen Beurteilung und der Erstellung eines interessen-neutralen Gutachtens beauftragen. Dieses Gutachten ist für die Versicherten kostenlos und liegt in der Regel drei bis sechs Monate nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen vor. Bestätigt sich der Behandlungsfehler-Verdacht, ergeben sich unter Umständen Schadenersatzansprüche. Aber auch wenn der Verdacht im Gutachten nicht bestätigt wird, kann dieses Begutachtungsergebnis für die Betroffenen Klarheit schaffen und ihnen bei der Bewältigung eines oft einschneidenden Ereignisses helfen.

Jahresstatistik zum zehnten Mal

Seit zehn Jahren werden die Daten der Medizinischen Dienste zur Behandlungsfehler-Begutachtung zusammengeführt, durch den MDS ausgewertet und in einer Jahresstatistik zusammengefasst. Bei der diesjährigen Präsentation der Ergebnisse, die im Oktober stattfand, zeigte sich: Die Zahlen aus dem Jahr 2020 ähneln denen der Vorjahre. Die Vorwürfe verteilen sich zu rund einem Drittel auf den ambulanten Sektor (4723 Fälle) und zu zwei Dritteln auf den stationären Sektor (9293 Fälle). Das Spektrum der von einem mutmaßlichen Behandlungsfehler betroffenen Diagnosen ist breit: Insgesamt wurden Vorwürfe zu 1031 verschiedenen Diagnosen (ICD dreistellig) erhoben. Bei der Verteilung der Fälle auf die unterschiedlichen Fachgebiete ist wie in den Vorjahren erkennbar, dass die meisten Gutachten im Bereich der operativ-chirurgischen Fächer

Dr. Charlotte Hölscher
ist Leiterin der Stabstelle
Patientensicherheit
beim MDS.
c.hoelscher@mds-ev.de



erstellt wurden. Dies ist jedoch nicht darauf zurückzuführen, dass Fehler in diesem Bereich besonders oft auftreten, sondern liegt vermutlich vor allem daran, dass Fehler in einem operativ-chirurgischen Kontext von den Patientinnen und Patienten leichter erkannt werden können.

In rund zwei Drittel der begutachteten Fälle waren die resultierenden Gesundheitsschäden für die Betroffenen vorübergehender Art. In der Folge waren in solchen Fällen beispielsweise eine Verlängerung des Klinikaufenthalts oder ein zusätzlicher Eingriff notwendig. In ca. einem Drittel der Fälle kam es zu einem Dauerschaden beziehungsweise zum Tod des/der Betroffenen.

Kein Einfluss durch die Coronavirus-Pandemie erkennbar

Besonderes Interesse galt in diesem Jahr der Frage, inwieweit sich die Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie in den Gutachten widerspiegeln. Was auffällt: Die Gesamtzahl der Behandlungsfehler-Verdachtsfälle wie auch der Anteil bestätigter Behandlungsfehler ist im Vergleich zu den Vorjahren im Wesentlichen konstant geblieben. Eine nennenswerte Häufung pandemie-bedingter Schadensfälle lässt sich aus den Daten aus dem Jahr 2020 nicht ableiten. Dies liegt unter anderem daran, dass sich ein Großteil der Behandlungsfehler-Verdachtsfälle, über die in der aktuellen Jahresstatistik berichtet wird, im Jahr 2019 oder früher ereignet hat. Vom ersten Verdacht bis zum abgeschlossenen Behandlungsfehler-Gutachten vergehen oftmals viele Monate, mitunter auch Jahre. Eine mögliche Ursache hierfür ist, dass viele Patientinnen und Patienten anfangs zögern, ihrem Verdacht nachzugehen, oder zunächst eine einvernehmliche Klärung im direkten Gespräch suchen. Andere wissen nicht, an wen sie sich wenden können, und verlieren Zeit bei der Suche nach einem geeigneten Ansprechpartner.

Nur ein Ausschnitt des Problems wird sichtbar

Die vorliegenden Daten bilden nicht den Stand der Patientensicherheit in Deutschland ab; sie entsprechen vielmehr dem Charakter einer Stichprobe. Es ist von einer hohen Dunkelziffer bei den Behandlungsfehlern auszugehen: Epidemiologische Studien

deuten darauf hin, dass 1% aller Krankenhausfälle von einem vermeidbaren Fehler betroffen sein könnten. Bei 19,4 Millionen Hospitalisierungen im Jahr 2019 wären das knapp 200 000 mögliche Behandlungsfehler pro Jahr allein im stationären Bereich. Dies ist eine wesentlich höhere Zahl, als es die Statistiken der Medizinischen Dienste oder der Schlichtungsstellen der Landesärztekammern vermuten lassen.

Viele Behandlungsfehler bleiben unentdeckt, andere werden von den Haftpflichtversicherungen der Leistungserbringer reguliert, ohne dass ihre Anzahl systematisch erfasst und veröffentlicht würde. Die Medizinischen Dienste berichten ausschließlich über die Behandlungsfehlerbegutachtung im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen. Die Zahlen sagen folglich nichts über den Stand und die Entwicklung der Patientensicherheit in Deutschland aus.

Initiativen zur Verbesserung der Patientensicherheit

Über 20 Jahre nach der Veröffentlichung des Berichts »To Err is Human« des Institute of Medicine, welcher das zuvor nur wenig beachtete Thema der Behandlungsfehler in den Blickpunkt einer breiten Öffentlichkeit rückte, hat das Problem unzureichender Patientensicherheit nichts von seiner Aktualität verloren. Viele Akteure des Gesundheitswesens sehen weiterhin einen großen Handlungsbedarf und haben in den vergangenen Monaten eine Vielzahl von Initiativen auf den Weg gebracht, die auf eine Verbesserung der Patientensicherheit abzielen. So hat das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) im September 2021 eine Liste schwerwiegender unerwünschter Ereignisse veröffentlicht, die durch einfache Maßnahmen sicher vermeidbar wären, aber das Risiko eines schweren Schadens für Patientinnen und Patienten in sich bergen.

Diese sogenannten Never Events bilden sich auch in der aktuellen Jahresstatistik des Medizinischen Dienstes zur Behandlungsfehler-Begutachtung ab. Im Jahr 2020 wurden in 120 Fällen Gutachten durch die Medizinischen Dienste erstellt, die das Vorliegen eines solchen Never Events bestätigt haben. Oft handelt es sich bei diesen Ereignissen um Verwechslungen oder um vergessene Fremdkörper – Vorfälle,

die durch systematische Sicherheitsmaßnahmen verhindert werden könnten. Seit Jahren fordert der MDS eine gesetzliche Meldepflicht für solche schwerwiegenden Schadensereignisse, um diese Fälle systematisch aufarbeiten und Strategien zur Vermeidung zukünftiger Zwischenfälle entwickeln zu können.

Auch die WHO definiert Patientensicherheit als prioritäres Gesundheitsziel und fordert in ihrem Globalen Aktionsplan für Patientensicherheit unter anderem die Einrichtung eines unabhängigen Untersuchungsmechanismus beim Auftreten schwerwiegender Zwischenfälle. Erklärtes Ziel ist, dass 90% der Mitgliedsstaaten bis zum Jahr 2030 ein System zur Meldung von Never Events eingeführt haben sollen. Den Absichtserklärungen müssen jedoch Taten folgen. Fehler richten nicht nur bei den Betroffenen schwere physische und psychische Schäden an; sie wirken sich auch auf die Behandelnden (sogenanntes »Second-Victim-Phänomen«) aus und verursachen hohe Kosten für das Gesundheitssystem und die Allgemeinheit. Vermeidbare Fehler zu reduzieren, ist also im Interesse aller – der Patientinnen und Patienten, der Behandelnden und der Solidargemeinschaft. 

Die Jahresstatistik 2020 zur Behandlungsfehler-Begutachtung der Medizinischen Dienste steht im Internet als Download zur Verfügung unter www.mds-ev.de (BereichThemen/Patientensicherheit)



Der übermächtige Gedanke

IN DEUTSCHLAND leiden nach Schätzungen rund zwei Millionen Menschen unter Zwangsstörungen. Und die Corona-Pandemie lässt die Zahl der Betroffenen weiter steigen. ► Der Leidensweg von Antonia Peters war lang. Sehr lang sogar. Fast drei Jahrzehnte litt die heute 63-Jährige an einer Krankheit, die ihr Umfeld überforderte und von der sie heute behauptet, dass sie überstanden ist. »Für mein Verständnis bin ich geheilt«, sagt Peters. Geholfen hat ihr letztendlich eine ambulante Verhaltenstherapie, die sie sich eingefordert hatte, nachdem alle anderen Versuche ohne Erfolg geblieben waren. »Es ist wichtig, dass man auch nach der Behandlung die Strategien gegen den Zwang immer wieder übt«, erklärt sie. Und man müsse lernen, sich verzeihen zu können. Für den Fall, dass sich das zwanghafte Verhalten dann doch noch einmal kurz durchsetze.



Der Unsinnigkeit der Gedanken bewusst

Das, was lange Zeit den Alltag der gelernten Erzieherin prägte, nennt sich Trichotillomanie, steht für zwanghaftes Ausreißen der Haare und gehört zum Spektrum der Zwangsstörungen. Etwa zwei bis 3% der Menschen in Deutschland sind im Lauf ihres Lebens von Zwangsstörungen betroffen. Hauptmerkmal sind wiederkehrende Zwangshandlungen und/oder Zwangsgedanken. Die Betroffenen sind sich der Unsinnigkeit ihrer Gedanken und Handlungen in der Regel bewusst, können dagegen aber nicht ansetzen: Immer wieder mit dem Auto die gefahrene Strecke zurückfahren, um sicherzugehen, dass man niemanden überfahren hat. Zum zehnten Mal überprüfen, ob die Herdplatte auch wirklich aus ist. Ausgiebige, stundenlange, sich ständig wiederholende

Wasch- und Reinigungsrituale aus Angst oder Ekel vor Schmutz, Bakterien und Viren.

Was die Angst vor Viren und das ständige Händewaschen betrifft, so bestimmen diese Verhaltensmuster seit dem Ausbruch der Corona-Pandemie ein Stück weit auch den Alltag der restlichen Bevölkerung. Und das bleibt nicht ohne Folgen. »Corona hat der Entwicklung von Zwangserkrankungen wie Waschzwang Vorschub geleistet«, meint dazu Dr. Christoph J. Tolzin, Leiter des Kompetenz-Centrums für Psychiatrie und Psychotherapie der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste und des GKV-Spitzenverbandes. So sei der Leidensdruck für einen Teil der Betroffenen zwar geringer geworden, weil ständiges Händewaschen und Desinfizieren inzwischen ein Stück weit Normalität ist. Gleichzeitig führten die im Kampf gegen das Virus verordneten Reinigungsrituale aber zur Entstehung neuer Waschzwänge. Zudem, so der Mediziner, hätten aufgrund der Pandemie viele Therapien und Sitzungen von Selbsthilfegruppen nicht stattfinden können.

Ein normales Leben ist kaum möglich

Betroffene leiden sehr, reden aber nicht gerne über ihre Erkrankung. Sie schämen sich oft. Peters weiß das nur zu gut. Nicht nur aus eigener Erfahrung, sondern auch aufgrund ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit. Sie leitet eine Selbsthilfegruppe und ist darüber hinaus auch Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen (DGZ). Der gemeinnützige Verein ist ein Zusammenschluss aus medizinischen und psychologischen Experten, Betroffenen und Angehörigen. Letztere sind laut Peters häufig diejenigen, die professionelle Hilfe anfordern. Weil zum Beispiel der Putzzwang des Partners oder der Partnerin derart ausgeprägt ist, dass ein normales Familienleben nicht mehr möglich ist.

Die Suche nach der fehlenden Ordnung

Statistisch gesehen leiden Frauen häufiger unter Waschzwängen, Männer hingegen unter Kontrollzwängen. Die Störung beginnt meist im frühen Erwachsenenalter, nicht selten in Kombination mit Konflikten am Arbeitsplatz. »Die Ursachen können aber

Uwe Hentschel lebt und arbeitet als freier Journalist in der Eifel.
hentschel@greifelt.de



Dr. Christoph J. Tolzin,
Leiter des Kompetenz-Centrums
für Psychiatrie und Psychotherapie
der Gemeinschaft der
Medizinischen Dienste und des
GKV-Spitzenverbandes

**Christoph J.
Tolzin**

auch neurobiologischer Natur sein, weil bestimmte Botenstoffe wie etwa das Serotonin nicht richtig funktionieren«, sagt Peters. Als Auslöser infrage kommen können laut der DGZ-Vorsitzenden neben genetischen Veranlagungen aber auch die Erziehungsmaßnahmen der Eltern. Und das sowohl im Fall einer sehr strengen als auch im Fall einer extrem lockeren Erziehung. »Wenn Eltern ihre Kinder einfach machen lassen, dann kann ein Zwang auch daraus resultieren, dass man als Kind versucht, irgendwie eine Ordnung in sein Leben zu bekommen«, erklärt Peters.

Zwangsstörungen sind therapierbar, das Angebot an Therapieplätzen ist aber laut Peters viel zu gering. So würden Patienten mitunter anderthalb Jahre auf einen ambulanten Therapieplatz warten. Verschärft habe sich die Lage auch durch die Corona-Pandemie, so die DGZ. »Bei uns als auch bei Psychotherapeuten ist die Nachfrage nach Therapieplätzen um mehr als 40% gestiegen«, sagt Peters. Hinzu kämen dann auch noch die Menschen, die infolge der Corona-Krise an Depressionen und Ängsten und eben Zwangsstörungen erkrankt seien.

Sensible Menschen sind besonders gefährdet

Eine coronabedingte Zunahme dieser Erkrankungen verzeichnet auch Anja Riesel, Professorin der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Hamburg, die sich auch mit Untersuchungen zu Zwangsstörungen beschäftigt. »In unseren Studien geht es vor allem darum, herauszufinden, für wen es besonders wahrscheinlich ist, eine Angst- oder Zwangsstörung zu entwickeln«, erklärt Riesel. So werde mit non-invasiven und schmerzfreien Methoden die natürlich auftretende elektrische Aktivität des Gehirns gemessen, während die Teilnehmenden einfache Aufgaben bearbeiten. »Auf diese Weise konnten wir schon zeigen, dass Menschen, die besonders sensibel auf falsch ausgeführte Handlungen reagieren und diese als besonders bedrohlich wahrnehmen, ein höheres Risiko haben, Angst- und Zwangsstörungen zu entwickeln«, sagt Riesel. Diese schätzten Situationen schneller als riskant ein und vermieden sie deshalb. Zudem tendierten sensible Menschen verstärkt dazu, ihr Verhalten wiederholt zu überprüfen. 

Woran erkennt man eine Zwangsstörung?

Eine Zwangsstörung macht sich durch ständig wiederkehrende Zwangsgedanken, Impulse und Handlungen bemerkbar, die für die Betroffenen fast immer quälend sind. Weshalb sie sich dieser Erkrankung generell auch früh bewusst sind. Der Patient weiß, dass sein Denken und Handeln krankhaft ist. Bei Wasch- und Kontrollzwängen entwickeln Betroffene fast schon so etwas wie eine paranoide Idee. Oft haben Menschen auch Angst, durch falsches Handeln Katastrophen zu verursachen. Es ist wie ein übermächtiger Gedanke, gegen den man nicht ankommt.

Wie lässt sich eine Zwangsstörung therapieren?

Als Therapieformen kommen generell die Verhaltenstherapie, die analytische Psychotherapie oder aber die Tiefenpsychologie infrage. Wobei die Verhaltenstherapie eigentlich die Methode der Wahl ist. Dabei wird gewissermaßen versucht, die falschen Rituale wieder abzugewöhnen. Die Ergebnisse sind am besten und der Erfolg hält auch am längsten an. Auch eine medikamentöse Behandlung kommt mitunter infrage. Wenn Menschen zum Beispiel unter Waschzwängen leiden, kann es sinnvoll sein, am Anfang oder im Vorfeld der Therapie Neuroleptika einzusetzen. Diese wirken sehr schnell und auch gut, haben aber leider auch Nebenwirkungen.

Wie erfolgreich ist eine Therapie?

Der Erfolg hängt in erster Linie von einer tragfähigen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten ab. Wenn der Therapeut Vorurteile bedient, dann ist das eine eher schlechte Voraussetzung. Darüber hinaus müssen auch Patient und Therapieverfahren zueinander passen. Manche kommen mit einem Verfahren, bei dem sie schon zu Beginn mit einer extremen Situation konfrontiert werden, schlechter zurecht als andere. Und letztlich hängt es natürlich auch von der Persönlichkeit und der Introspektionsfähigkeit der Betroffenen ab. Die Patienten müssen in der Lage sein, ihr Verhalten, ihre Gedanken und Emotionen zu reflektieren. Bei sehr, sehr schweren Zwängen ist aber selbst nach mehreren Therapien oft die Medikation die einzige Möglichkeit, den Körper von dem immensen Druck zu befreien.

Ein Dorf, in dem Kinder Frieden finden

FÜR VIELE MENSCHEN in Kriegs- und Krisengebieten ist eine medizinische Versorgung ein unbezahlbarer Luxus. Die Hilfsorganisation »Friedensdorf International« aus Oberhausen holt schwer kranke und verletzte Kinder zur Behandlung nach Deutschland. ▶

Es stinkt in Ivandro's* Zimmer. Über Wochen hat der Junge Lebensmittel gebunkert. In seinem Schrank, unter seinem Bett, hinter der Heizung. Der Achtjährige hortet Essen für seine Oma in Angola. »Wir haben doch immer Hunger«, sagt er.

Ivandro wohnt für ein paar Monate im Friedensdorf in Oberhausen. Der Verein »Friedensdorf International« ist mit ihm nach Deutschland geflogen, weil er krank ist und in seiner Heimat nicht optimal versorgt werden kann. »Viele Kinder leben in Verhältnissen, die wir uns in Deutschland kaum vorstellen können«, sagt Birgit Hellmuth. Seit mehr als 30 Jahren arbeitet die Sozialpädagogin für den gemeinnützigen Verein, der kranke oder verletzte Kinder aus aller Welt, oft aus Krisenregionen, nach Deutschland holt, damit diese hier behandelt werden. Kinder mit Knochenentzündungen, angeborenen orthopädischen Fehlstellungen, Verbrennungen, urologischen Fehlbildungen. Mit Verletzungen, die von Minen oder Granaten herrühren.

Rahman* liegt in einem Hamburger Krankenhaus. Der Neunjährige aus Afghanistan wird dort wegen seiner Beinverletzung behandelt. Er hatte mit zwei Freunden draußen gespielt, als eine Granate einschlug. Die Granatensplitter verletzten sein Bein. Seine beiden Freunde starben.

Die Mädchen und Jungen kommen aus Afghanistan, Kambodscha, Angola, Gambia, Usbekistan, Tadschikistan, Kirgistan, Armenien oder Georgien. Das Friedensdorf arbeitet in den Ländern mit Partnerorganisationen zusammen, deren Büros als Anlaufstelle für eine medizinische Gesundheitsversorgung dienen und in denen Eltern ihre Kinder für eine Behandlung in Deutschland vorstellen können. Die Partner vor Ort leiten die Unterlagen der kleinen Patientinnen und Patienten an das Friedensdorf weiter. Dieses wiederum sucht Kliniken in Deutschland, die die jeweilige Erkrankung kostenlos behandeln. »Voraussetzung dafür, dass wir ein Kind nach Deutschland holen, ist, dass die Krankheit oder



Verletzung hier behandelbar ist«, erklärt Birgit Hellmuth, »außerdem muss die Behandlung Aussicht auf Erfolg versprechen, so dass die Kinder ihr Leben weitgehend selbstständig weiterführen können.« Ein weiteres Kriterium, das bei der Auswahl eine Rolle spielt: Armut.

Ami* spielt auf dem Außengelände des Friedensdorfs. Sie deutet stolz auf die sechs kleinen Kätzchen-Aufnäher ihrer pinken Winterjacke. Ihre linke Hand ist verbunden, die Finger ihrer rechten Hand sind verküppelt. Am Ende ihrer Behandlung soll sie beide Hände wieder nutzen können.

In Afghanistan arbeitet das Friedensdorf mit dem Roten Halbmond zusammen. Seit mehr als 40 Jahren herrschen in dem Land kriegsartige Auseinandersetzungen. Für Familien aus den Außenprovinzen ist es kaum möglich, ihre Kinder zweimal – zur Voruntersuchung und später dann für den Flug nach Deutschland – in die Hauptstadt zu bringen. Daher suchen sie erst die Partnerorganisation auf, wenn das Friedensdorf tatsächlich mit einem dreiköpfigen Team, darunter Pädagoginnen, Sozialarbeiter oder Mediziner, in Kabul ist. Bis zu 800 Familien kommen dann zum Büro des Roten Halbmonds. Das Friedensdorf-Team entscheidet gemeinsam mit einem Partnerarzt vor Ort, welche Kinder zur medizinischen Behandlung mit nach Deutschland fliegen.

Auch im August waren Friedensdorf-Mitarbeiter in Kabul. Für 50 Mädchen und Jungen hatte der Verein im Vorfeld Krankenhaus-Betten in Deutschland organisiert. Doch nur wenige Familien schafften es in die Hauptstadt, 27 afghanische Kinder kamen für eine Behandlung infrage. In den Außenprovinzen kämpften die Taliban. »Alle haben gedacht, in Kabul sind wir sicher«, erinnert sich Friedensdorf-Presse-

sprecherin Claudia Peppmüller an ihren Einsatz im Sommer zurück. Ein Irrtum. Denn plötzlich waren die Taliban da, auf den Straßen wurde geschossen, die Rückflüge nach Deutschland wurden gecancelt. »Wir saßen da und mussten erst mal schlucken«, sagt Birgit Hellmuth. Letztlich wurden sie mit einem der letzten Bundeswehr-Flieger aus Kabul geflogen – allerdings ohne die afghanischen Kinder, die sie mitnehmen wollten. Erst drei Monate später, Anfang November, bringt ein Team des Friedensdorfs die 27 kleinen Patientinnen und Patienten aus Kabul nach Deutschland.

Eine Hand schlägt auf den Handrücken der anderen und deutet dann auf die Stelle, die schmerzt. Um die Verständigung während des Flugs zu ermöglichen, lernen die Kinder kurz vor dem Abflug bestimmte Handzeichen: Essen, Trinken, Pipi, Schmerz.

Die ersten deutschen Wörter lernen die Kinder schnell – im Friedensdorf oder in den Krankenhäusern, in die viele von ihnen direkt nach ihrer Ankunft in Deutschland gebracht werden. Dort werden sie von Ehrenamtlichen betreut. Kliniken in ganz Deutschland erklären sich bereit, die Jungen und Mädchen kostenlos zu behandeln. Allerdings würden es aufgrund des Kostendrucks, der Zusammenschlüsse und Spezialisierungen sowie des Personalmangels in den Krankenhäusern immer weniger, sagt Peppmüller: »Seit Einführung der Abrechnungspauschalen, der DRGs, ist es für uns deutlich schwieriger geworden, Betten zu finden, und die Kinder werden nach einer Operation auch viel schneller entlassen als früher.«

Die Hilfsorganisation hat auf die veränderte Situation reagiert. Ende Juli wurde im Friedensdorf der drei Millionen teure, durch Spenden finanzierte Neubau des Reha-Zentrums mit Eingriffsraum eingeweiht. Hier können kleinere Operationen durchgeführt werden. »Wir haben nun unser eigenes ambulantes Medizinzentrum«, sagt die Friedensdorf-Pressesprecherin stolz. Ehrenamtlich arbeitende Ärztinnen und Ärzte entfernen hier beispielsweise Fixateure, Metallplatten oder -schrauben bei den Kindern.

Nina Speersneider
ist Redakteurin
im Team Öffentlichkeits-
arbeit beim MDS.
n.speersneider@
mds-ev.de



Friedensdorf International e.V.

1967 gründeten Oberhausener Bürger die Initiative »Aktion Friedensdorf«. Ziel war es, Kindern aus Kriegs- und Krisengebieten schnelle, unbürokratische Hilfe zu leisten. In Oberhausen entstanden Unterkünfte – das »Friedensdorf« – für Kinder, die nach der Behandlung in Deutschland weitere Betreuung, zum Beispiel Rehabilitation, benötigten. Später wurde aus der »Aktion Friedensdorf« der gemeinnützige Verein »Friedensdorf International«: Neben der medizinischen Einzelfallhilfe für verletzte und kranke Kinder hat er sich die Planung und Organisation von Hilfsprojekten in Kriegs- und Krisengebieten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung vor Ort sowie die friedenspolitische Bildungsarbeit zur Aufgabe gemacht. Insgesamt beschäftigt das Friedensdorf rund 120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und finanziert sich nahezu komplett aus Spenden.

Mehr Infos unter www.friedensdorf.de

Im Wohntrakt gegenüber dem Reha-Zentrum stehen zwei Jungen am Kickertisch. Aman* kommt aus Afghanistan, Zulu* aus Angola. Im Oberhausener Friedensdorf sind sie Freunde. Wenn sie in ihre Heimat zurückfliegen, werden sie sich nie wiedersehen.

Vor Corona lebten regelmäßig mehr als 200 Kinder gleichzeitig im Friedensdorf. Zurzeit sind es nur gut 110 – aufgrund der Corona-Pandemie konnte der Verein in den vergangenen Monaten kaum Einsätze fliegen. Über Ländergrenzen hinweg entstehen Freundschaften. Und so kullern vor der Rückreise häufig Tränen. »Es geht nicht um den Luxus, den die Kinder zurücklassen müssen«, betont Birgit Hellmuth, »den Kindern fällt es schwer, sich von ihren Freunden zu trennen.«

Nationale oder religiöse Unterschiede spielen im Friedensdorf keine Rolle, ebenso wenig religiöse Feste. »Wir feiern kein Weihnachten, weil wir viele unterschiedliche Religionen haben«, erklärt Claudia Peppmüller. Dennoch kommen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Kinder am Jahresende zusammen: Die Mädchen und Jungen führen Tänze auf, tragen Gedichte vor, singen und lachen. Jedes Kind bekommt ein Geschenk. Im Friedensdorf wird ein Friedensfest gefeiert.

August in Kabul. Claudia Peppmüller und Birgit Hellmuth sind im Büro des Roten Halbmonds. Abdul* kommt zu Besuch. Der heute 40-Jährige war 1988 eines der ersten Kinder aus Afghanistan im Friedensdorf. Er litt an einer massiven Knochenentzündung im rechten Bein. Er sagt: »Ich habe im Friedensdorf das erste Mal in meinem Leben Frieden erlebt.«

*Namen von der Redaktion geändert

Gegen jede Chance bis zum Nobelpreis

SIE EBNETE den Weg zur Bekämpfung von Viren. Sie entwickelte Medikamente gegen Malaria, Leukämie, Gicht, Herpes und HIV. Sie war die fünfte Frau, die einen Medizin-Nobelpreis erhielt. Doch kaum jemand kennt Gertrude Belle Elion. ► Sie muss zielstrebig und beharrlich gewesen sein, eine Frau mit einem unstillbaren Wissenshunger. Aber die Weltlage rollte ihr nicht gerade den roten Teppich aus. Gertrude Belle Elion, geboren im Januar 1918 in New York, hat für ihr großes Ziel viel auf sich genommen. Sie wollte dazu beitragen, Krankheiten zu heilen. Das wusste sie schon mit 15, am Ende der High School, als ihr geliebter Großvater an Magenkrebs starb.

Heute gilt sie als eine der bedeutendsten Arzneimittelforscherinnen des 20. Jahrhunderts. Und gerade in Corona-Zeiten sollte man sich an sie erinnern. Denn sie legte die Grundlagen für die Behandlung von Viruserkrankungen und entdeckte Wirkstoffe gegen Leukämie, Gicht, Herpes und AIDS. Zusammen mit ihrem Chef George Hitchings revolutionierte sie die Entwicklung von Arzneimitteln. Bis dahin war es ein schwerer Weg, als Frau zwischen zwei Weltkriegen.

Bachelor mit Bestnote – und dann zunächst nichts

Ihre Kindheit verbrachte Gertrude noch unbeschwert. Die Familie wohnte in einem großen Appartement in Manhattan, die Wohnung grenzte an die Zahnarztpraxis ihres Vaters. Gertrude erhielt eine gute Schulbildung und mochte alle Fächer in der Schule. Doch ihr Vater Robert, der mit zwölf Jahren aus Litauen in die USA ausgewandert war, verlor viel Geld beim Börsencrash von 1929. Gertrude konnte wohl nur studieren, weil ihre Noten so gut waren und das Hunter College sie gratis aufnahm. Mit Bestnote und nicht einmal 20 Jahren machte sie dort 1937 ihren Bachelor in Chemie und wollte dann für einen Master oder eine Promotion auf eine Universität wechseln. Doch wegen der herrschenden Depression bekam sie weder eine Assistentenstelle noch ein Stipendium.

»Arbeitsplätze waren rar«, schrieb sie viele Jahre später, »und die wenigen Stellen,

die es in Labors gab, waren für Frauen nicht zugänglich.« Dort wurden nur Männer eingestellt. Lediglich eine Stelle als Biochemie-Lehrerin für Krankenschwestern an der Krankenpflegeschule des New York Hospital konnte sie ergattern – für drei Monate. Sie ging sogar auf das Angebot eines Chemikers ein, der eine unbezahlte Laborantin suchte. Weil sie glaubte, dass sich die Erfahrung lohnen würde, blieb sie dort anderthalb Jahre lang und verdiente schließlich magere 20 Dollar pro Woche.

Zwei Jahre sparte sie eisern und konnte schließlich, mit finanzieller Unterstützung ihrer Eltern, im Herbst 1939 ein Chemiestudium an der New York University beginnen. Gertrude war die einzige Frau in ihrer Klasse, fand das aber nach eigener Aussage »überhaupt nicht seltsam«. Nach einem Jahr Studium begann sie mit der Forschungsarbeit für ihren Master-Abschluss. Lernen konnte sie eigentlich nur nachts und an den Wochenenden, denn tagsüber arbeitete sie als Aushilfslehrerin für Chemie und Physik an Schulen in New York City.

1941 erwarb sie ihren Master of Science in Chemie. Doch auch dann lief es nicht reibungslos. Die Welt befand sich mitten im Zweiten Weltkrieg und sie fand erst nach längerer Suche eine Stelle in einem Labor, jedoch nicht in der Forschung, sondern in der Qualitätskontrolle für ein Lebensmittelunternehmen. Weil sie nach eineinhalb Jahren das Gefühl hatte, nichts mehr zu lernen, bewarb sie sich bei Arbeitsagenturen um eine Stelle in der Forschung. Immerhin wurden ihr nun mehrere angeboten. Denn es gab am Ende des Zweiten Weltkriegs einfach zu wenig Männer auf dem Arbeitsmarkt. Eine Stelle interessierte sie sofort und diese brachte tatsächlich

den Wendepunkt: Gertrude Belle Elion wurde 1944 Assistentin von George Hitchings. Der amerikanische Biochemiker hatte in Washington und Harvard studiert und gelehrt und arbeitete in einem Biochemie-Labor des Pharmaunternehmens Burroughs Wellcome, das heute zu GlaxoSmithKline gehört.

Tanja Wolf
ist Medizijnjournalistin
und Buchautorin.
lupetta@t-online.de



»Hab keine Angst vor harter Arbeit.
Nichts, dass es wert ist, ist leicht zu erreichen. [...]
Zu meiner Zeit wurde mir häufig gesagt,
dass Frauen nichts in der Chemie zu suchen haben.
Ich habe keinen Grund dafür gesehen,
warum wir es nicht doch sollten.«

Gertrude Elion 1983



»Das Gefühl der Belohnung unermesslich«

Hitchings wollte weg vom Zufallsprinzip der Medizindurchbrüche. Er wollte gezielt und systematisch forschen, vor allem an Viren. Er wollte Krankheitserreger ausbremsen durch defekte Kopien. Das galt damals als unmöglich: Die Wissenschaft ging davon aus, dass man Viren nicht bekämpfen könne, ohne die menschliche Wirtszelle zu schädigen. Er beauftragte Gertrude Elion mit der Forschung an Purinen – ein absolutes Neuland. Purine sind Bausteine der Nukleinsäuren, die bei allen Organismen die genetische Information enthalten. Zwar hatte der Schweizer Chemiker Johann Friedrich Miescher 1896 erstmals die DNA identifiziert und als »Nuclein« bezeichnet. Doch die Struktur, die berühmte Doppelhelix, wurde erst 1953 entdeckt.

»Trudy stellte schon Nukleoside her, bevor wir überhaupt wussten, wie die Struktur der DNA aussieht.« So erinnerte sich eine Virologin, die Mitte der siebziger Jahre bei Burroughs Wellcome begann, 25 Jahre später an Gertrude Elion. Und Elion war erfolgreich: Zusammen mit George Hitchings entwickelte sie neue Medikamente gegen Leukämie, Malaria, Gicht, rheumatische Arthritis, Organabstoßung, bakterielle Infektionen und mehr. Das erfüllte sie mit echtem Stolz. Rückblickend beschrieb sie das so: »Als wir begannen, die Ergebnisse unserer Bemühungen in Form neuer Medikamente zu sehen, die einen echten medizinischen Bedarf erfüllten und den Patienten auf sehr sichtbare Weise zugutkamen, war unser Gefühl der Belohnung unermesslich.«

Gertrude Elion und George Hitchings wiesen Unterschiede im Nukleinsäurestoffwechsel zwischen normalen menschlichen Zellen, Krebszellen, Bakterien und Viren nach und konnten dadurch eine Reihe von Medikamenten entwickeln, die die Nukleinsäuresynthese in Krebszellen und schädlichen Organismen blockieren, ohne die normalen menschlichen Zellen zu schädigen – genau wie Hitchings es vorausgesehen hatte. Die ersten wichtigen Wirkstoffe waren Zytostatika, die das Zellwachstum beziehungsweise die Zellteilung hemmen, etwa Diaminopurin schon kurz nach Kriegsende, dann Thioguanin und 6-Mercaptopurin gegen Leukämie.

1951 folgte mit Pyrimethamin ein Wirkstoff zur Behandlung der Malaria, 1957 Azathioprin als erstes Immunsuppressivum für Organ-Transplantationen und 1963 Allopurinol zur Behandlung der Gicht.

Aciclovir:

Der Durchbruch gegen Viruserkrankungen

Mit Viren befasste sich Elion erst wieder ab dem Ende der sechziger Jahre – und zwar ohne Hitchings, der das Labor verließ und Forschungsdirektor des Unternehmens wurde. Den Anstoß gab ein Bericht über eine Verbindung, die ihrer ersten Entwicklung, dem Wirkstoff Diaminopurin, ähnelte und offenbar antivirale Potenz besaß. Mehrere Jahre forschte sie an dieser Substanz, die sie Aciclovir nannte. 1977 war es dann so weit: Aciclovir wurde das erste wirksame Medikament zur Behandlung von Herpesvirusinfektionen.

Seit 1966 Abteilungsleiterin bei Burroughs Wellcome, blieb Gertrude Elion bis zu ihrem Ruhestand 1983 dort. Auch danach arbeitete sie weiter, bei ihrer Firma als »Scientist Emeritus and Consultant«, an der Duke University mit Studierenden, und sie war bis 1984 Präsidentin der American Association for Cancer Research.

Elion hat neue therapeutische Möglichkeiten eröffnet und Medizingeschichte geschrieben. Und das ohne Dokortitel. Sie hatte zwar mit einer Promotion begonnen und war dafür abends regelmäßig zum Brooklyn Polytechnic Institute gefahren. Dort teilte man ihr jedoch nach einigen Jahren mit, sie müsse ihre Stelle aufgeben und ihre Promotion in Vollzeit absolvieren. Sie entschied sich für ihre Arbeit und gegen den Dokortitel – im Nachhinein wohl die richtige Entscheidung. Jahre später erhielt sie drei Ehrendoktorwürden, 1988 dann den Nobelpreis: Die höchste Auszeichnung teilte sie sich mit George Hitchings. 1991 überreichte Präsident George Bush ihr die National Medal of Science, 1997 erhielt sie den hochdotierten und prestigeträchtigen Lemelson MIT-Preis. Am 21. Februar 1999 starb sie bei einem Spaziergang. □

Navigationssystem für den OP der Zukunft

Stefanie Speidel ist Professorin für »Translationale Chirurgische Onkologie« am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen Dresden. Im Rahmen des Forschungsclusters »Centre for Tactile Internet with Human-in-the-Loop« entwickelt sie Assistenzsysteme, die Chirurgen sicher zum Tumor führen sollen. forum sprach mit ihr über ihre Arbeit, den Stand der Forschung und zukünftige Aufgaben. ►

Wie funktioniert Ihr »Navigationssystem« für die Chirurgie?

Heute bereiten sich Chirurginnen und Chirurgen auf die OP vor, indem sie vorhandenes Bildmaterial auswerten und sich ein mentales Modell von der Lage des Tumors machen. Interoperativ ist jedoch nur die Oberfläche des betroffenen Organs zu sehen, nicht der Tumor darin. An dieser Stelle versuchen wir, mit Methoden aus der Informatik zu unterstützen und die Lage des Tumors anzuzeigen. Dazu wird zunächst ein dreidimensionales Modell aus präoperativen Daten erzeugt.

Dieses wird der Chirurgin bzw. dem Chirurgen angezeigt. Es soll jedoch nicht nur eine statische Abbildung sein, sondern sich anhand von während der OP gewonnenen Daten in Echtzeit an die realen Gegebenheiten anpassen. Damit lassen sich dann sehr genau Gefäße darstellen, die nicht verletzt werden dürfen.

Kontextbezogen kommen weitere Informationen hinzu. Greift der Operierende beispielsweise zu einem scharfen Instrument, erkennt das System die Absicht, weiter zum Tumor vorzudringen, und zeigt zusätzlich die optimale Schnittführung und die genaue Lage des Tumors an.

Was sind die technischen Herausforderungen dabei?

Es gibt viele Herausforderungen. Schwierig ist die Entwicklung solcher Navigationssysteme für Weichgewebe, wie sie etwa im Bauchraum vorliegen. Denn durch Atmung, Herzschlag oder die Berührung mit medizinischen Instrumenten kann sich die Lage und Form von Geweben und Organen ständig verändern. Diese Veränderungen müssen die Forschenden in Echtzeit analysieren und abbilden. Wir kombinieren dazu Bild- und Sensordaten mit biomechanischen Modellen und entwickeln neue Programme, die aus diesen Informationen Oberflächenveränderungen unmittelbar berechnen können.

Mit Hilfe von künstlicher Intelligenz modellieren wir Organverhalten und simulieren Weichteilgewebedeformationen an unterschiedlichen Organen. Dazu brauchen wir große Datenmengen, die wir »synthetisch« mittels Simulationen generieren. Wir können ja Patientinnen und Patienten im OP nicht zu Versuchskaninchen machen. Anhand von Experimenten versuchen wir anschließend zu prüfen, ob diese Daten auch tatsächlich die Realität abbilden. Wir brauchen nicht irgendwelche, sondern kategorisierte und strukturierte Daten. Wenn der Computer zum Beispiel in einem Endoskop-Video erkennen will, wo sich ein Tumor befindet, dann braucht er ganz viele Beispiele, wie so ein Tumor aussieht. Dafür muss sich ein Experte hinsetzen und unzählige Fallbeispiele markieren: »Das ist ein Tumor / das ist kein Tumor«. Wir stehen letztendlich vor den gleichen Problemen wie die Anwenderinnen und Anwender maschinellen Lernens in anderen Bereichen auch: Wir benötigen eine Unmenge an verifizierten Daten, mit denen wir die KI füttern müssen. Eine Besonderheit im medizinischen Sektor allgemein und in der Chirurgie im Speziellen ist es, dass man eigentlich nie genug Daten hat. Wir versuchen das zu umgehen, indem wir synthetische Daten erzeugen.



Prof. Dr. Stefanie Speidel

Braucht man diese enorme Datenmenge für jedes Organ von Neuem?

Nein, der Vorteil ist, dass wir organähnliche Strukturen simulieren und gar nicht speziell eine Leber oder eine Prostata. Wir haben also schon ein Grundmodell, das dann jeweils mit Daten von echten Patientinnen und Patienten verfeinert wird. Die Gewebestrukturen verhalten sich ähnlich, weil es sich jedes Mal um Weichgewebe handelt.

Wie weit ist Ihre Technologie von einer Anwendung in der Praxis entfernt?

Erste Pilotversuche stehen kurz bevor. Wir überführen unsere Methodik in ein System, das in Echtzeit im OP evaluiert werden kann. Wir arbeiten viel mit viszeral-chirurgischen Anwendungen, insbesondere mit der Leber. Die Methodik lässt sich aber auf unterschiedliche Bereiche anwenden. Wir kooperieren zum Beispiel eng mit der Urologie oder arbeiten im Bereich der Rektumresektion, der Entfernung des Enddarms aufgrund von Rektumkarzinomen.

Wie lange wird es dauern, bis Patientinnen und Patienten wie selbstverständlich mit Ihrer Methodik operiert werden können?

Bevor eine Technologie im OP an den Erkrankten eingesetzt wird, müssen vielfältige regulatorische Rahmenbedingungen erfüllt werden. Wir in der Forschung sind ja gar nicht dazu in der Lage, ein fertiges Medizinprodukt herzustellen. Wir können es bis zum Prototypen entwickeln und in einer klinischen Studie testen. Um daraus ein Produkt zu machen, braucht man geeignete und interessierte Unternehmen. Vom Prototypen bis zu einem am Markt zugelassenen Produkt kann es schnell noch einmal zehn Jahre dauern. Es gibt schon jetzt Interessenten aus der Industrie und auch konkrete Industriepartner, die bereits im Projekt mitarbeiten. Die haben ein Interesse daran, die neuesten Methoden einzusetzen.

Doch bis zum Prototypen ist noch viel Grundlagenforschung notwendig. Im Bereich der Auswertung medizinischer Bilder mittels künstlicher Intelligenz gibt es erste Erfolgsgeschichten. Die KI entdeckt Tumore oder kann Muttermale klassifizieren. Bei uns sind die Anforderungen aber viel komplexer. Wir haben nicht nur einzelne Bilder, die wir analysieren müssen, sondern Videos und Sensordaten aus stundenlangen OPs. Deshalb müssen noch viele Fragestellungen gelöst werden, bevor wir hier einen Prototyp stehen haben.

Auf welche Art und Weise profitiert Ihre Arbeit von der Kooperation im Dresdner Exzellenzcluster CeTI?

Ganz klar, die besondere Förderung des Clusters sorgt für eine bessere finanzielle, personelle und apparative Ausstattung. Darüber hinaus profitieren mein Team und ich auch von der Interdisziplinarität des Konsortiums. So gibt es im Cluster Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die entwickeln neue Sensoren und Datenhandschuhe oder arbeiten an neuen Kommunikationsnetzen. Schnelle Datennetze sind für robotergestützte Chirurgie essentiell, vor allem, wenn man auf längere Distanzen operieren will.

Mit den Maschinenbauern und dem technischen Design haben wir ein neues Instrument entwickelt, das haptisches Feedback gibt. So ein Berührungserlebnis kann Kräfte, Vibrationen oder Bewegungen auf den Benutzer ausüben. Psychologen wiederum kooperieren im Bereich

des sensorgestützten Trainings chirurgischer Fähigkeiten. Sie schauen von der lernpsychologischen Perspektive und stellen sich die Frage: Wie kann man Feedback geben, so dass sich die Lernkurve verbessert?

Wie ist die Akzeptanz für ihre Arbeiten in der breiten Öffentlichkeit?

Da Vorurteile meist auf fehlendem Wissen beruhen, suchen wir die Öffentlichkeit und informieren auf vielfältige Art und Weise über unsere Arbeit. Für meine speziellen Themen erlebe ich keine Technikskepsis, sondern großes Interesse und Offenheit. Wir versuchen ja nicht, den Chirurgen zu ersetzen. Wir quantifizieren die Expertise, die gute Chirurginnen und Chirurgen haben, und übertragen sie auf den Roboter, damit der in Symbiose mit dem Menschen arbeiten kann. Bei bestimmten Tätigkeiten kann der Roboter gut helfen, andere Dinge kann der Mensch besser. Wichtig ist doch, dass den Patientinnen und Patienten optimal geholfen werden kann. Dieses Ziel ist und bleibt die zentrale Motivation für unsere Arbeit. 

Das Interview führte Markus Horn, Online-Redakteur der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste.

Das »Centre for Tactile Internet with Human-in-the-Loop« (CeTI) ist eines von drei Exzellenzclustern an der Technischen Universität Dresden. CeTI steht für die Erforschung von Mensch-Maschine-Interaktion, in der Menschen in Echtzeit mit vernetzten automatisierten Systemen in der realen oder virtuellen Welt zusammenarbeiten. Dazu kooperieren Ingenieurwissenschaften, Medizin und Psychologie in fächerübergreifenden Projekten miteinander.

Der Segen des Fluchens

WIR SOLLTEN ALLE mehr fluchen, vor allem, wenn es wehtut und wir uns anstrengen müssen. Schimpfen macht uns nämlich verdammt nochmal schmerzunempfindlicher und leistungsfähiger! ► Die Malediktologie, zu deutsch Fluchforschung (lateinisch: maledicere = schimpfen), ist noch ein junger Forschungszweig. Erst 1973 von dem deutschstämmigen Chemingenieur Reinhold Aman in den USA begründet, untersuchen Malediktologen mittlerweile alle Facetten des Fluchens, von der Linguistik über die Soziologie bis hin zur Psychologie und Neurobiologie. Wir alle tun es, wenn auch auf unterschiedliche Weise. Während die Deutschen einen Hang zum Anal-Fäkalen haben (»Arschloch«, »Scheiße«), bevorzugen die Niederländer das Pathologische (»krieg Lepra«, »krieg Pest«, »krieg Cholera«). Engländer, Italiener und Amerikaner hingegen fluchen eher sexuell (»Dick«, »Fuck«, »Motherfucker«, »Cazzo«). Familienbeschimpfungen, vorwiegend gegen die Mutter, finden sich im asiatisch-afrikanischen Raum.

Hat das Fluchen eine physiologische Funktion?

Universell aber sind die psychologischen Effekte des Fluchens. Wer kennt es nicht? Da haut man mit Schmackes den kleinen Zeh an irgendeiner Kante an, und trotz der Schmerzen lassen wir es uns nicht nehmen, noch ein »verdammte Scheiße!« oder ein »Fuck!« herauszupressen. Warum eigentlich? Genau das fragten sich auch der Psychologe Richard Stephens und seine Kollegen von der Keele University in Staffordshire. Die Forscher gaben 67 Studenten die Aufgabe, eine Hand so lange in fünf Grad kaltes Wasser zu tauchen wie möglich. Eine Probandengruppe sollte dabei permanent Schimpfwörter vor sich hin sagen, die Kontrollgruppe hingegen nur neutrale Wörter. Anhand von Fragebögen erfassten die Wissenschaftler zudem das subjektive Schmerzempfinden der Probanden und maßen ihren Puls.

Das Ergebnis: Wer schimpfte, hielt das Eiswasser länger aus – im Schnitt um 40 Sekunden. Die Flucher meldeten zudem geringeres Schmerzempfinden und ihr

Puls war höher. Interessanterweise war Fluchen bei Frauen deutlich effektiver: Mit Fluchen konnten sie im Schnitt 120 Sekunden lang die Hand eintauchen, im Vergleich zu 80 Sekunden ohne Fluchen – was einer Steigerung um 50% entspricht. Bei den Männern stieg die Zeit von 146 Sekunden auf 190 Sekunden mit Fluchen, circa 30% länger. Die Frauen berichteten auch von einem stärker verminderten subjektiven Schmerz durchs Fluchen, und ihr Puls war höher. Woher dieser Geschlechterunterschied rührt, ist unbekannt. Was man weiß, ist, dass junge Männer wohl am häufigsten fluchen. Fluchen Männer öfter als Frauen, und gibt es bei ihnen einen Gewöhnungseffekt? Man kann nur spekulieren ...

Die Aggression dämpft den Schmerz

Der schmerzmindernde Effekt des Fluchens jedoch rührte nach Ansicht von Richard Stephens daher, dass Fluchen vermutlich aggressiv macht. Die Aggression wiederum dämpft den Schmerz. Eine weitere Studie des Forschers untermauert diese These: Diesmal ließ Stephens seine Probanden Ego-Shooter spielen und versetzte sie damit in einen latent aggressiven Zustand. Die Ego-Shooter-Spieler konnten ihre Hände anschließend länger in Eiswasser tauchen als Teilnehmer der Kontrollgruppe, die friedlich virtuelles Golf spielten. Die Steigerung betrug bei beiden Geschlechtern gleichermaßen rund 60%.

Aber nicht nur werden wir durchs Fluchen schmerzunempfindlicher, wir werden auch leistungsfähiger. Auch das fand Stephens heraus, indem er 29 Teilnehmer auf einem Fahrrad-Ergometer in die Pedale treten ließ, einmal fluchend, einmal nicht fluchend. Die Probanden entwickelten fluchend mehr Kraft. Vor der nächsten Radtour sollten Sie also vielleicht schon einmal Ihre Begleitung vorwarnen, es nicht persönlich zu nehmen, bevor Sie anfangen loszuzetern. ◻

Jens Lubbadah
ist freier Journalist
und Schriftsteller und
arbeitet in Berlin.
post@lubbadah.de



KONTAKT (Stand 1.12.2021)

Medizinischer Dienst Baden-Württemberg

Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schwarzw.

Vorstandsvors. *Erik Scherb*

☎ 07821 938-0 ✉ info@md-bw.de

Medizinischer Dienst Bayern

Haidenauplatz 1, 81667 München

Vorstandsvors. *Reiner Kasperbauer*

☎ 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. *Wolfgang Hauschild*

☎ 0421 1628-0

✉ info@md-bremen.org

Medizinischer Dienst Hessen

Zimmersmühlenweg 23,

61440 Oberursel

Vorstandsvors. *Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy*

☎ 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

Stellv. Vorstandsvors., Ltd. Ärztin

Dr. Ursula Weibler-Villalobos

☎ 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

MDS e.V.

Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen

Geschäftsführer *Dr. Stefan Gronemeyer*

☎ 0201 8327-0

✉ office@mds-ev.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 des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

Verantwortlicher Redakteur

Dr. Ulf Sengebusch

ulf.sengebusch@md-sachsen.de

Redaktion

Dorothee Buschhaus

d.buschhaus@mds-ev.de

Martin Dutschek

m.dutschek@md-niedersachsen.de

Michaela Gehms m.gehms@mds-ev.de

Jan Gömer jan.goemer@md-nord.de

Markus Hartmann

markus.hartmann@md-bw.de

Markus Horn markus.horn@md-sachsen.de

Dr. Barbara Marnach

b.marnach@md-nordrhein.de

Larissa Nubert larissa.nubert@md-bayern.de

Christine Probst christine.probst@md-san.de

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

Redaktionsbüro MDS e.V.

Martina Knop, Theodor-Althoff-

Straße 47, 45133 Essen

☎ 0201 8327-111

Telefax 0201 8327-3111

✉ m.knop@mds-ev.de

Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen

Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis

Titel istockphoto.com: Asergieiev | S. 5 Jens Bonnke |

Titelthema Fotografie unter Verwendung von istockphoto.com:

Petr_Joura, Ljupco, loco75, master1305, Artur Didyk, rvbox, efks, anopdesignstock, ZWEID, nortonrsx, Polhansen |

istockphoto.com: S. 21 franz12;

S. 23 igoriss; S. 24 Laura Rosina |

S. 29 This file is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



