



forum

das Magazin des

Medizinischen Dienstes 3.2022

gesundes

Arbeiten





Liebe Leserin!
Lieber Leser!

AKTUELL

Die gute Frage: Haben wir in der Medizin ein Problem der Überversorgung? **1**

Kurznachrichten **3**

Auch das noch: Sich-pudelwohl-Fühlen im Büro? **32**

TITELTHEMA

Wie gesund ist die Arbeitswelt 4.0? **6**

Mehr Flexibilität für Raum und Zeit: Wie sieht der gesunde Arbeitsplatz der Zukunft aus? **8**

Die Mischung macht's **10**

Gute Besserung! Der Krankenstand in Deutschland **11**

Ein Fall für den Medizinischen Dienst **12**

Psychologische Sicherheit stärkt Effizienz und Gesundheit **14**

Ein Obstkorb allein reicht nicht mehr **16**

Krank bei der Arbeit **18**

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN **19**

WISSEN & STANDPUNKTE

Digitale Helfer für die Pflege **20**

Richtschnur für Qualität **22**

Achtsam statt gewaltsam in der Pflege **23**

GESUNDHEIT & PFLEGE

Der Herpes-Viren-Wecker **24**

Notapotheke der Welt **25**

Von der Kinderärztin zum Internisten **26**

GESTERN & HEUTE

Elixiere des Todes **28**

WEITBLICK

Die Rettung kommt aus der Luft **30**

O **B AUF DER BAUSTELLE** oder im Büro, in Gesundheitswesen oder Pflege, im Großunternehmen oder Familienbetrieb – gesundes Arbeiten ist für alle Betriebe und Branchen gleichermaßen entscheidend. Denn nur wenn die Beschäftigten fit und motiviert arbeiten, werden Unternehmen produktiv und erfolgreich sein – eine Erkenntnis, die sich leider immer noch nicht in allen Köpfen festgesetzt hat. Coronapandemie, Energiekrise, aber auch die zunehmende Digitalisierung und das steigende Umwelt- und Gesundheitsbewusstsein haben Auswirkungen auf die moderne Arbeitswelt: Wie sieht der gesunde Arbeitsplatz der Zukunft aus? Was können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tun, um die eigene Gesundheit zu fördern? Welche Verantwortung übernehmen die Unternehmen? Wie entwickeln sich die Krankenstände; und wann kommen die Medizinischen Dienste ins Spiel? In dieser Ausgabe des *forum* blicken wir auf ganz unterschiedliche Aspekte des gesunden Arbeitens. **II** Und es gibt es weitere interessante Themen und lesenswerte Beiträge, etwa zu DiPA, den digitalen Pflegeanwendungen, zum Übergang von der Kinder- zur Erwachsenenmedizin oder zu Drohnen in der medizinischen Versorgung. Zu guter Letzt wird's tierisch: Immer öfter sitzen Bürohunde unter Schreib- und Besprechungstischen und wirken scheinbar beruhigend auf Frauchen, Herrchen und die Belegschaft. Ein gesunder Trend? **II** Kommen Sie gut und gesund durch den Herbst.

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



Haben wir in der Medizin ein Problem der Überversorgung?

Sei es der wirkungslose Einsatz von Antibiotika bei viralen Infekten oder die voreilige Wirbelsäulen-OP bei Rückenschmerzen: Tagtäglich werden unzählige medizinische Behandlungen durchgeführt, die eigentlich nicht sein müssen. Prof. Dr. Martin Scherer kennt viele dieser Fälle und bemängelt das schon lange. Der Mediziner am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf ist unter anderem Mitautor einer Leitlinie zum Schutz vor Über- und Unterversorgung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

Herr Professor Scherer, ab wann spricht man von einer Überversorgung?

Überversorgung bedeutet ein Zuviel an Diagnostik und Therapie, was dann zu einer Fehlversorgung führt, also zu einer nicht guten Medizin und im schlimmsten Fall zum Schaden des Patienten. Das kann sowohl ein ökonomischer als auch ein physischer Schaden sein.

Haben wir das Problem, dass wir eher über- oder eher unterversorgt werden?

Das kann man so pauschal nicht sagen. Über- und Unterversorgung laufen oft nebeneinander. Bei Rückenschmerzen zum Beispiel werden viel zu viele Operationen gemacht, aber viel zu wenig multimodale Therapien. Das heißt, wir haben zu wenig gut integrierte und komplexe Behandlungsansätze mit Psychotherapie und Physiotherapie.

Bei Krebserkrankungen gibt es zu viele Chemotherapien, aber zu wenig gute palliativmedizinische Versorgung. Bei koronaren Herzkrankheiten werden zu viele Koronarinterventionen gemacht, aber zu wenig gute Entscheidungshilfen gegeben und auch zu wenig Wert auf eine gute medikamentöse Einstellung gelegt.

Als einer der Gründe der Überversorgung gilt die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Aber wenn man versucht, möglichst wirtschaftlich zu arbeiten, müsste dann nicht eher die Gefahr einer Unterversorgung bestehen?

Nun, wirtschaftliches Arbeiten hat ja zwei Seiten: die Ausgabenseite und die Einnahmenseite. Und die Ausgabenseite ist nicht das Problem. Wenn es nur um die Kostensenkung ginge, wäre die Sache nicht so schlimm. Aber es geht ja auch um Einnahmen. Das kann zu unnötigen Operationen führen, da aus rein wirtschaftlicher Sicht im »Unternehmen Krankenhaus« auch die Erlöse stimmen müssen. Das gehört zur Ökonomie dazu. Insofern kann man sagen: Wirtschaftliches Arbeiten ist durchaus förderlich für eine Überversorgung. Und wir haben natürlich auch Fehlanreize in unserem System.

Spielen dabei auch die Krankenhauskapazitäten eine Rolle?

Haben wir einfach zu viel leere Betten, die gefüllt werden müssen?

Professor Busse [Anm. d. Red.: Reinhard Busse ist Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin und Mitglied des Expertenbeirats des Gesundheitsministeriums] sagt immer, dass wir zu viele Krankenhäuser in Deutschland haben. Ich würde mich da anschließen, denn Tatsache ist, dass die vielen Krankenhäuser auch bespielt werden müssen. Und wenn man schaut, wo am meisten operiert wird, dann passiert das natürlich auch dort, wo die meisten Kliniken sind. Im Bereich um Fulda haben wir zum Beispiel sehr viele Rückenoperationen, um die bayrischen Seen herum haben wir viele Kniegelenkoperationen, weil da eben auch viele Reha-Kliniken sind. Es gibt also auf jeden Fall eine angebotsinduzierte Nachfrage.

Sie haben ja auch an den DEGAM-Leitlinien für Mediziner zum Schutz vor Über- und Unterversorgung mitgewirkt. Sollte man nicht erwarten können, dass ein ausgebildeter Arzt dieses Wissen hat? Oder kommt das im Studium zu kurz?

Die Medizinerausbildung erfolgt ja in einem hoch spezialisierten und hoch selektierten Patiententeam in einem Uni-Klinikum. Die Medizin, die Sie an einem Uni-Klinikum erleben, ist eine Medizin der Maximalversorgung. Dort landen also Fälle, die ambulant nicht zu bewältigen waren,

die deshalb auch eine gewisse Intensität an Diagnostik erfordern. Aufgrund dieses Settings sind die Studierenden mit dieser Thematik nicht unbedingt vertraut. Es geht erst mal darum, alles zu machen, was an Diagnose möglich ist. Allerdings hat die Allgemeinmedizin als Fach an den Unis immer mehr an Bedeutung gewonnen und kann dazu beitragen, Studierende zu sensibilisieren. In der klassischen Allgemeinmedizin brauchen wir nicht unbedingt die Diagnose; wir müssen gefährliche Verläufe natürlich ausschließen, aber das kann man oft auch mit einer Anamnese und einer gründlichen körperlichen Untersuchung. Wenn man gefährliche Erkrankungen ausschließen kann, kann man auch die Diagnostik etwas begrenzen.

Die Patientinnen und Patienten erwarten eine Diagnose. Welche Rolle spielt diese Erwartungshaltung in Bezug auf das Problem der Überversorgung?

Eine sehr große. Die Erwartungshaltung ist enorm und absolut entscheidend. Das Uni-Klinikum ist ja gewissermaßen auch eine medizinische Machtdemonstration: Wir sehen die Geräte, die Fachärzteschaft – das ist einfach eine Konzentration von diagnostischem und therapeutischem Können. Und es steigert natürlich die Erwartungshaltung. Auch wenn längst nicht jede Diagnose eine therapeutische Konsequenz hat.

Hängt diese Erwartungshaltung vielleicht auch damit zusammen, dass die »Kundschaft« eine gewisse Dienstleistung einfordert? Und dass sie von der Ärzteschaft vielleicht auch oft so wahrgenommen werden: als Kundinnen und Kunden?

Es mag vereinzelt Ärztinnen und Ärzte geben, die in dieser Richtung denken. Die allgemeinmedizinische Fachgesellschaft wehrt sich jedenfalls gegen eine solche Kundenmentalität. Wir sagen, das sind Patientinnen und Patienten,

für die wir eine Fürsorgepflicht haben. Es handelt sich um eine Arzt-Patienten-Beziehung, die etwas sehr Wertvolles ist. Aber wenn wir manchmal Beschwerden erhalten, dann werden durchaus auch Service-Aspekte thematisiert. Oft erleben wir auch, dass Patientinnen und Patienten einen gewissen Service erwarten. Und da spielt die Digitalisierung mit Sicherheit auch eine Rolle. Weil wir es inzwischen gewohnt sind, dass wir auch am Samstagabend mit dem Laptop auf der Couch einkaufen können.

Macht es bei der Überversorgung einen Unterschied, ob man Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse oder aber privatversichert ist?

Privatpatientinnen und -patienten sind in der Tat sehr gefährdet, weil da die natürliche Schranke des G-BA nicht mehr greift und auch nicht die der Kostenübernahme, wie bei den gesetzlichen Krankenkassen. Das System der gesetzlichen Krankenkassen ist ja ein sehr vernünftiges und kluges System, weil es auf der evidenzbasierten Medizin fußt. Dieser Filterprozess führt natürlich dazu, dass Dinge, die obsolet sind, im gesetzlichen Leistungskatalog gar nicht enthalten sind. Und dieser Mechanismus fehlt bei Privatpatienten. Sie sind dem gesamten

Spektrum und Angebot schutzlos ausgeliefert. Und da braucht es wirklich Kolleginnen und Kollegen, die da gewissenhaft sind und sich nicht vom Reflex des Geldverdienens beeinflussen lassen. Aber es gibt da leider auch Ausnahmen, zum Beispiel in Diagnostik-Zentren, wo man sich von morgens bis abends durchchecken lassen kann.

Heißt das im Umkehrschluss, dass Kassenpatientinnen und -patienten eher der Gefahr einer Unterversorgung ausgesetzt sind?

Nein, das trifft keineswegs zu. Man könnte sogar sagen, dass die Mitglieder der gesetzlichen Kassen oft von der besseren Medizin profitieren, weil sie das Notwendige bekommen und das Unnötige eben nicht. Ich kenne keinen, der unterversorgt ist, nur weil er Kassenpatientin oder -patient ist. Die Unterversorgung entsteht nicht, weil Leistungen vorenthalten werden, sondern aus anderen Gründen. Aus Gründen, die sowohl Kassen- als auch Privatversicherte betreffen.

Die Fragen stellte Uwe Hentschel, freier Journalist

Prof. Dr. Martin Scherer



Fortbildungsprogramm für die Medizinischen Dienste

Im Oktober stellt der Medizinische Dienst Bund sein neues bundesweites Fortbildungsprogramm für das nächste Jahr vor. Unter <https://md-bund.de/ueber-uns/bundesweite-fortbildung> werden rund 150 Online- und Präsenzveranstaltungen – übersichtlich und im neuen Layout – als Broschüre zum Download bereitgestellt. Das Programm wendet sich an die Mitarbeitenden der Medizinischen Dienste mit Schwerpunkt ärztliche und pflegfachliche Begutachtung, an Kodierfachkräfte sowie Assistenzen. Wie gewohnt reicht das Angebot von aktuellem und bewährtem Fach- und Methodenwissen rund um die Begutachtung bis hin zu Kommunikations- und Softskill-Seminaren.

Tödliche Bilanz des Sommers

Im Juli sind in Deutschland – auch infolge der Hitze – 12% mehr Menschen gestorben als im gleichen Monat in vier Jahren zuvor. Laut Hochrechnung des Statistischen Bundesamts wurden demnach 85 285 Todesfälle gezählt – 9130 mehr als im Mittelwert zwischen 2018 und 2021. Die Todeszahlen stiegen insbesondere in den Wochen, in denen die Temperaturen stark angestiegen sind. Das Phänomen sei nicht neu – aber in diesem Jahr viel stärker ausgeprägt als bislang. Auch sei der Anstieg in diesem Jahr verhältnismäßig früh im Juni/Juli gekommen. Sonst gebe es solche Ausschläge eher im August.



Führungsduo beim Medizinischen Dienst Bund

Neben Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund, hat zum 1. September 2022 Carola Engler als stellvertretende Vorstandsvorsitzende ihre Arbeit aufgenommen. Gronemeyer und Engler werden die Geschicke des neu konstituierten Medizinischen Dienstes Bund bis Juni 2028 lenken.

Dr. Stefan Gronemeyer (61) war bereits im Februar 2022 vom Verwaltungsrat zum Vorstandsvorsitzenden gewählt worden. Der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie war zuvor als Geschäftsführer und Leitender Arzt bei der Vorgängerorganisation des Medizinischen Dienstes Bund, MDS, seit 2010 beschäftigt.

Carola Engler (39) war seit 2017 Justiziarin im Stab des Vorstandes des BKK Dachverbandes e.V. und war zu dieser Zeit auch bereits im Verwaltungsrat des MDS engagiert. In unterschiedlicher Funktion und in verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens wie zum Beispiel dem Gemeinsamen Bundesausschuss ist sie bereits seit 2008 tätig.

»Wir freuen uns auf die gemeinsame Arbeit. Zusammen wollen wir die Rolle des Medizinischen Dienstes Bund als unabhängiger, fachlich ausgerichteter Akteur im Gesundheitswesen stärken und zukunftsorientiert weiterentwickeln«, sagen Dr. Stefan Gronemeyer und Carola Engler.

Krankenhausleistungen 2021

Angebot und Nachfrage von Leistungen der Krankenhäuser sind im zweiten Pandemiejahr 2021 gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert geblieben. Laut vorläufigen Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) entsprach die Zahl der aufgestellten Betten insgesamt (483 532), darunter 27 394 Intensiv- und 7 494 Intermediate-Care-Betten, dem Niveau des Vorjahres. Hierbei handelt es sich um Jahresdurchschnittswerte. Die Abweichungen gegenüber 2020 betrugen auf Bundesebene weniger als 1%. Auch die Zahl der Krankenhäuser entsprach mit 1 886 dem Niveau im ersten Jahr der Covid-19-Pandemie.

In der Pandemie mussten Bettenkapazitäten freigehalten, verschärfte Hygienekonzepte umgesetzt und planbare Behandlungen verschoben werden. Zudem vermieden vermutlich viele Menschen Krankenhausaufenthalte. Infolgedessen lag die Zahl der Behandlungsfälle und die Bettenauslastung auch 2021 deutlich unter dem Vor-Corona-Niveau. Die Zahl der Behandlungsfälle betrug 2021 nur 16,7 Millionen und die Bettenauslastung nur 68,0%. 2019 wurden noch 19,4 Millionen Behandlungsfälle bei einer Bettenauslastung von 77,2% registriert.

Bei den Ergebnissen zur Zahl der Krankenhausbetten und zur Bettenauslastung handelt es sich um erste vorläufige Ergebnisse. Endgültige und detaillierte Ergebnisse werden voraussichtlich Mitte November 2022 veröffentlicht.



Trauer um Dr. Wolfgang Gnatzy

Der langjährige Geschäftsführer und Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Hessen, Dr. iur. Dr. biol. hom. Wolfgang Gnatzy, ist am 20. August 2022 mit 63 Jahren nach schwerer Krankheit verstorben.

Wolfgang Gnatzy hat den Medizinischen Dienst Hessen mit seinen heute über 800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mehr als zehn Jahre lang erfolgreich geführt und geprägt.

Der Jurist, Humanbiologe und Gesundheitsökonom hat seinen engagierten Beitrag zur Weiterentwicklung des sozialen Gesundheitswesens in Hessen wie auch auf der MD-Bundesebene auf eine besondere und vorbildliche Weise geleistet.

Mit allen beteiligten Akteuren – den Versicherten, den Leistungsträgern wie auch den Leistungserbringern – pflegte er ein konstruktives und partnerschaftliches Miteinander. Das gemeinsame Ziel hatte er dabei immer im Blick: eine gute und gerechte Gesundheitsversorgung.

Der hilfebedürftige Mensch stand stets im Mittelpunkt seines Wirkens.

Krankheitsbedingt war Wolfgang Gnatzy Ende des vergangenen Jahres aus dem Dienst ausgeschieden.

forum-Newsletter

Mit dem neuen *forum*-Newsletter erfahren Sie auf einen Klick mehr über Themen und Trends rund um Gesundheit, Pflege und die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Der Newsletter verlinkt auf ausgewählte Beiträge im Magazin *forum* und kündigt viermal im Jahr das Erscheinen einer neuen Ausgabe an. Anmeldung unter <https://md-bund.de/presse/forum-das-magazin-des-medizinischen-dienstes/forum-newsletter.html>

DiGA in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung

Einige neue Untersuchungen und die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) dürfen jetzt auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung eingesetzt werden. Ein entsprechender Beschluss des G-BA aus März 2022 ist am 11. August 2022 in Kraft getreten. Bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (Asv) behandeln spezialisierte Fachteams Patientinnen und Patienten mit komplexen und seltenen Krankheiten. Krankheitsbezogen dürfen nun auch DiGA unterstützend in der Asv eingesetzt werden. Voraussetzung ist aber, dass sie im DiGA-Verzeichnis des Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind.

Unterschiedliche Lebenserwartung

Im zweiten Pandemiejahr 2021 ist die Lebenserwartung in Deutschland etwas weiter zurückgegangen als 2020. Laut Berechnungen des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) zeigen sich außerdem deutliche Unterschiede in den Bundesländern. Generell ging die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland im Verlauf des ersten Coronajahres 2020 bei Männern um 0,2 Jahre und bei Frauen um 0,1 Jahre zurück, so das BiB. Im Jahr 2021 sank sie bei Männern um weitere 0,4 und bei Frauen um 0,3 Jahre. In den besonders von Coronawellen betroffenen Bundesländern Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen lag die Lebenserwartung von Männern 2021 im Vergleich zur Zeit vor der Pandemie rund eineinhalb Jahre niedriger, bei Frauen etwas mehr als ein Jahr. Dabei seien nicht nur Lebensjahre bei älteren Personen verloren gegangen. Auch eine erhöhte Sterblichkeit bei Männern im mittleren Alter (45-70 Jahre) habe erheblich zu dieser Entwicklung beigetragen. In Schleswig-Holstein dagegen kletterte die Lebenserwartung zwischen 2019 und 2021 bei Männern sogar um 0,2 Jahre,

während Frauen einen vergleichsweise geringen Rückgang um -0,2 Jahre zeigten.

Veröffentlichung von G-BA-Entscheidungen

Alle nicht normsetzenden Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden künftig nicht mehr im Bundesanzeiger veröffentlicht, sondern können auf der G-BA-Website publiziert werden. Sie treten unmittelbar mit dem im jeweiligen Beschluss angegebenen Datum in Kraft. So sieht es eine vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigte Änderung der G-BA-Verfahrensordnung vor. Der G-BA wird die Neuerung ab dem 1. November 2022 umsetzen.

Für alle normsetzenden Beschlüsse des G-BA ändert sich nichts. Hierzu zählen alle Beschlüsse zur Erstfassung oder Änderung von Richtlinien und Regelungen sowie Änderungen der Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA. Sie treten weiterhin erst nach Nichtbeanstandung beziehungsweise Genehmigung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Auch Ausschreibungen erfolgen weiterhin in den vorgesehenen Blättern und Portalen; Bescheide werden den Betroffenen entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zugesandt. Stellungnahmeberechtigte Organisationen werden bei Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens weiterhin direkt angeschrieben und um ihre Stellungnahme gebeten.



Gesundes

Arbeiten





Wie gesund ist die Arbeitswelt 4.0?

DER WANDEL der Arbeitswelt stellt den Gesundheitsschutz vor neue Herausforderungen. Die Digitalisierung und der Rückzug ins Homeoffice sind keine Garantien für »gesunde Arbeit«. Die Stressbelastung steigt teilweise erheblich. ► Die Corona-Pandemie beschert auch gute Nachrichten. In den vergangenen beiden Jahren kam es nicht nur seltener zu Arbeitsunfällen (minus 12%) und Wegeunfällen (minus 18%), auch die Zahl der Krankmeldungen sank. Die Techniker Krankenkasse verzeichnete 2021 den niedrigsten Krankenstand seit acht Jahren. Ihre Versicherten fehlten (wie bei der DAK) im Schnitt an 14,5 Tagen im Job. Bundesweit scheint sich der positive Trend trotz regionaler Ausschläge nach oben zu bestätigen, der sich seit langem in den Statistiken ablesen lässt.

Gesundheitsförderung als Pflichtleistung

Ein Grund ist sicherlich das gestiegene Gesundheits- und Umweltbewusstsein; man radelt zur Firma, gewöhnt sich das Rauchen ab oder gründet mit den Kollegen eine Laufgruppe. Aber auch die Fortschritte beim Arbeits- und Gesundheitsschutz und die Erkenntnis vieler Unternehmen, dass das Wohlbefinden und die Zufriedenheit ihrer Beschäftigten für den wirtschaftlichen Erfolg wichtig sind, haben spürbare Folgen. Fachkräftemangel, die Probleme einer immer älter werdenden Belegschaft und das Streben vieler junger Berufseinsteiger nach einer Arbeit, die eine ausgewogene Work-Life-Balance erlaubt, verstärken diese Entwicklung. Attraktive, gesunde Arbeitsbedingungen werden zum Wettbewerbsvorteil.

Die notwendige Überzeugungsarbeit leistete die Politik bereits vor Jahren. 1989 schrieb sie betriebliches Gesundheitsmanagement, kurz BGM, ins Gesetz; seit 1996 verlangt das Arbeitsschutzgesetz die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung; seit 2013 zusätzlich eine Beurtei-

lung psychischer Belastungen. 2007 wurde die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als Teil des BGM zu einer Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung aufgewertet. Jedes Jahr ziehen der Medizinische Dienst Bund und der GKV-Spitzenverband in einem Präventionsbericht Bilanz. 159 Millionen Euro gaben die Krankenkassen danach 2020 für Gesundheitsprojekte in Betrieben und in der Pflege aus; aufgrund der Pandemie deutlich weniger (minus 34%) als im Vorjahr.

Die Angebote sind so unterschiedlich wie die Probleme, mit denen sich gewerbliche Betriebe, öffentliche Verwaltung, Gesundheits- und Sozialeinrichtungen konfrontiert sehen. Kliniken bieten Kurse zur Stressbewältigung an, Kitas richten für ihr Personal Pausenräume ein, Maschinenbauer eröffnen ein Fitnesscenter oder eine Lackierei testet Jobrotation. Die Maßnahmen der Unternehmen sind vielfältig und reichen von der Verbesserung der Raumluft über Rückenkurse bis zum Gesundheits-Coaching für Auszubildende, die Anschaffung höhenverstellbarer Tische oder eines Deckenkrans für den Transport schwerer Werkstücke. Großkonzerne wie VW leisten sich einen eigenen Fachbereich mit Ergotherapeuten und Sportwissenschaftlern, um die Gesundheitskompetenz der Mitarbeitenden zu stärken. Einem Seniorenheim in Rheinland-Pfalz gelang es mit einem verlässlichen Personalausfallmanagement, mit Stand-by-Diensten, Flexi-Mitarbeitern, langfristiger Urlaubsplanung und bedarfsgerechten Schichtmodellen, die Zufriedenheit der Beschäftigten deutlich zu erhöhen und Fehltag zu reduzieren – zum Lohn gab's den BGF-Preis »Gesunde Pflege« 2021 der AOK.

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

Statt Lehr-Videos Teamsitzungen

Die Unterschiede beim betrieblichen Engagement für die Gesundheit der Mitarbeitenden seien enorm, sagt Dr. Martin Kuhlmann, Direktor des Soziologischen Forschungsinstituts (sofi) an der Uni Göttingen. »Während zum Beispiel die Gesundheitswirtschaft sehr aktiv



ist, tut sich etwa in der Logistik-Branche häufig weniger.« In Kooperation mit der AOK Niedersachsen untersuchte Kuhlmanns Institut vier Jahre lang in 21 Fallstudien den Wandel der Arbeitswelt 4.0 und die gesundheitlichen Folgen. Der Befund ist ernüchternd: In vielen Bereichen sind erhebliche gesundheitliche Belastungen zu verzeichnen; Faktoren wie Personal-mangel, Leistungsdruck, ergonomische Defizite oder Schichtarbeit spielen nach wie vor eine große Rolle.

Kuhlmann bemängelt, dass sich viele Angebote auf verhaltensbezogene Aktivitäten wie Ernährung und Bewegung, Yogakurse oder Achtsamkeits-Schulungen konzentrieren: »Diese Maßnahmen gehen oft an der Arbeitsrealität insofern vorbei, als gesundheitliche Probleme vielfach aus Arbeitsbedingungen und Abläufen sowie Defiziten in der Zusammenarbeit resultieren.« Er plädiert für mehr verhältnisbezogene Präventionsansätze, die auf eine gesundheitsförderliche Veränderung von Arbeitsabläufen, Kommunikations- und Teamstrukturen sowie Zusammenarbeit von Beschäftigten und Führungskräften zielen. Statt Lehr-Videos mit Anleitungen fürs »richtige Heben der Patienten« ans Pflegepersonal zu verteilen, sollte mehr in Arbeitsbedingungen und Teamprozesse investiert werden.

Stressbelastung steigt

Dass im Zuge von Digitalisierung die Stressbelastung in Betrieben und Büros steigt, ist in der Arbeitswissenschaft weitgehend unstrittig. Anders als erhofft, führen neue Technologien nicht zwangsläufig dazu, dass Arbeit »gesünder« wird. »Digitaler Stress«, der häufig entsteht, wenn Beschäftigte in Digitalisierungsvorhaben zu wenig eingebunden werden, führt zu zusätzlichem Leistungsdruck, der nach Ansicht von SOFI-Direktor Kuhlmann mitverantwortlich ist

für einen Trend, auf den die Krankenkassen Jahr für Jahr hinweisen: Immer häufiger sind psychische Erkrankungen Grund für eine Krankmeldung. Die DAK meldet für 2021 einen neuen Höchststand. Für gesundheitsbedingte Frühverrentung sind sie mittlerweile der Hauptgrund.

»Die Digitalisierung hat teilweise zu einer enormen Arbeitsverdichtung und zu einer deutlich höheren Stressbelastung geführt«, sagt auch Hannah Schade, Arbeitspsychologin am Dortmunder Leibniz-Institut für Arbeitsforschung. Im vergangenen Jahr gingen die Dortmunder Arbeitsforscher der Frage nach, wie sich Homeoffice auf Wohlbefinden und Produktivität von Beschäftigten auswirkt. Das Ergebnis: Homeoffice bietet die Chance, aber nicht die Garantie für eine bessere Work-Life-Balance. Es gebe Hoffnung auf ein höheres Maß an Selbstbestimmung in der Arbeit, sagt Hannah Schade. Zumindest dann, wenn Beschäftigte mit Unterstützung des Unternehmens ihre häuslichen Arbeitszeiten, einschließlich Phasen der Entspannung und Auszeit für die Familie, selbst regeln können. »Dies macht schlauer, erholter, entspannter.« Beschäftigte seien nach einer gewissen Einarbeitungszeit weniger stressanfällig und leistungsfähiger.

Homeoffice immer beliebter

Befragt man die Beschäftigten selbst, so hat der Lockdown in den beiden Pandemie-Jahren deutlich Spuren hinterlassen. Laut einer PwC-Arbeitsmarkstudie wollen gerade einmal 5% der Befragten künftig wieder ausschließlich im Büro arbeiten. Einige Unternehmen haben bereits Konsequenzen gezogen. SAP will seinen Beschäftigten in Zukunft die Wahl ihres Standorts überlassen. Hewlett Packard Enterprise will seinen 2000 Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen in Böblingen die Arbeit im Homeoffice als Standard vorgeben – die alten Büros sollen optisch zu Orten der Begegnung werden. Nach einer Umfrage des Leibniz-Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung in Mannheim planen viele Unternehmen künftig einen Mix aus Präsenzarbeit und Heimarbeit.

Flexiblere Arbeitsplätze, Digitalisierung und älter werdende Mitarbeitende – der Wandel der Arbeitswelt stellt Unternehmen und Beschäftigte in den nächsten Jahren vor neue Herausforderungen. Grundsätzlich geht es immer wieder um die Frage, was der Gesundheit nutzt. Eine zwei Jahre alte Studie der Uni Bielefeld liefert eine mögliche Antwort. Danach fehlten Beschäftigte, die ihre Arbeit als erfüllend empfinden, im Schnitt 9,4 Tage im Jahr. Bei jenen, die wenig Sinn in ihrem Job sahen, waren es 19,6 Tage. 



Mehr Flexibilität für Raum und Zeit: Wie sieht der gesunde Arbeitsplatz der Zukunft aus?

EIN IMMER höheres Arbeitstempo, Mehrarbeit und Termindruck machen Veränderungen in der Arbeitswelt unausweichlich. Hoch im Kurs: das hybride Büro. ► Arbeiten im Café, am Campingtisch oder in einer Strandbar – für Greta und Jan ist das kein Zukunftstraum, sondern seit einem Jahr Realität. Das Paar, beide sind Ingenieure, bereist die Welt in einem umgebauten Geländewagen. Der Wagen ist ihr Zuhause und ihr mobiler Arbeitsplatz. Über den Laptop stehen sie mit ihrem Arbeitgeber, einem Unternehmensberater in Deutschland, in Kontakt. »Workation« nennt man das, was die beiden machen, Arbeit, »work«, und Urlaub, »vacation«, gehen ineinander über.

Nicht jeder oder jede kann wie Jan und Greta aufsteigen. Doch das zunehmend hohe Arbeitstempo, Mehrarbeit und Termindruck machen Veränderungen in der Arbeitswelt unausweichlich. »Nur wenn klar ist, dass Unternehmen gesunde Arbeit fördern, finden sie künftig gute Fachkräfte«, sagte der Mediziner Dietrich Grönemeyer auf einem Kongress zum »Betrieblichen Gesundheitsmanagement«.

Bei der Arbeit langfristig gesund, zufrieden und motiviert zu bleiben, wie kann das gehen? Es gebe einen Trend zu nichtklassischen Arbeitsformen, etwa Teilzeit, Minijob und Selbstständigkeit, und flexiblen Arbeitszeiten, schreibt Florian Kunze von der Universität Konstanz. Der Wirtschaftswissenschaftler leitet das »Konstanz Future of Work Lab«. Corona habe die Flexibilisierung der Arbeitswelt beschleunigt. Doch eine Auflösung traditioneller räumlicher, zeitlicher und organisatorischer Grenzen gebe es nicht erst seit Beginn der Pandemie.

Vor- und Nachteile des Homeoffice

Kunze und sein Team haben sich in einer Studie mit den Vor- und Nachteilen der Arbeit im Homeoffice beschäftigt. Einem Zustand, der noch 2016 auf knapp 13% der Beschäftigten zutraf, wegen der Pandemie aber im Mai 2020 auf 35% anstieg. Die rund 700 Beschäftigten im Homeoffice, die Kunze und sein Team mehrmals im Frühjahr 2020 befragten, spürten die

Chancen aber auch die Risiken, die eine flexible Arbeitszeit- und Raumgestaltung mit sich bringen kann. Mehr Selbstbestimmung und der Abschied von der traditionellen Präsenzkultur wirkte sich bei vielen positiv auf die Arbeitszufriedenheit, die Leistung, Konzentration und die Work-Life-Balance aus, fassen die Konstanzer ihre Ergebnisse zusammen. Gleichzeitig beobachteten sie aber auch eine stärkere Belastung der befragten Angestellten. Die nichtklassischen Arbeitszeiten und die Erreichbarkeit auch zu Hause lassen die Grenzen zwischen Berufs- und Privatleben verschwimmen und können als Stress empfunden werden.

Über die Hälfte der Studienteilnehmer wünschten sich für die Zeit nach der Pandemie, weiter, zumindest zum Teil, von zu Hause aus arbeiten zu können. Ideal wäre dabei für viele eine Mischung aus Homeoffice und Büro.

Mehr Kommunikation und Gemeinschaftsgefühl

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen arbeitspsychologische Studien von Forschenden der Universitäten Leipzig und Lübeck. Ein Team um Hannes Zacher, Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Universität Leipzig, befragte rund 1000 Beschäftigte über mindestens zwei Jahre. Das Homeoffice sei ein zweischneidiges Schwert. Neben den vielen positiven gebe es eben auch negative Effekte. Das Arbeiten von zu Hause kann die Kommunikation mit den Kolleginnen und Kollegen erschweren und Gefühle der Isolation fördern.

Wobei die Vorteile im zeitlichen Verlauf stärker hervortraten. »Vor allem 2021, im zweiten Corona-Jahr, stieg die Zufriedenheit deutlich an«, sagte Zacher gegenüber der »WirtschaftsWoche«. Die Befragten hätten das Homeoffice zunehmend als einen Ort der Kreativität und Erholung und weniger als einen Ort der Anforderungen wahrgenommen. Dieser Zugewinn wird von Angestellten und Arbeitgebern jedoch nicht immer gleich wahrgenommen. Letztere beklagen gelegentlich eine geringere Produktivität und Kreativität der Mitarbeitenden durch das »Remote Work«, der Arbeit fernab vom klassischen Büroplatz.

Um die Kommunikation der Beschäftigten untereinander und das Gemeinschaftsgefühl trotz Arbeiten in den eigenen vier Wänden zu stärken, sieht Zacher die Vorgesetzten in der Verantwortung: Das Phänomen der gefühlten Isolation im Homeoffice sollten Führungskräfte unbedingt ernst nehmen und gegensteuern.

Marlies Jöllenbeck und ihre Mitstreitenden von der Universität Lübeck stellen in ihrer Untersuchung an knapp 280 Beschäftigten in einem mittelgroßen Unternehmen fest, wie wichtig es ist, herauszufinden, wo jeweils die Belastungen und Unsicherheiten liegen, die individuell mit der Heimarbeit verbunden sind. Wichtig sei es, für eine klare Kommunikation im Betrieb zu sorgen und die Arbeitenden mit entsprechenden Methoden des Selbstmanagements zu schulen.

Arbeit als Teil, nicht als Gegenteil des »Lebens«

Hier könnten die Verantwortlichen unter vielen Angeboten beispielsweise auf einen Werkzeugkasten zurückgreifen, den das Projekt MEGA (Maßnahmen und Empfehlungen für die gesunde Arbeit von morgen) unter der Leitung von Karlheinz Sonntag, Professor für Arbeitsforschung und Organisationsforschung an der Universität Heidelberg, entwickelt hat. Ein webbasiertes Life-Balance-Training soll zum Beispiel den Umgang der Beschäftigten mit digitalen Technologien verbessern. Sonntag spricht bewusst von der »Life-Balance«. Der Begriff »Work-Life-Balance« sei missverständlich. Dadurch könne der Eindruck entstehen, »Work« sei stets mit Mühsal, Plage und Stress verbunden und »Life« mit Entspannung, Erholung und Hedonismus. Dabei sei das Leben an sich in verschiedene Bereiche unterteilt. Es gebe einen Arbeits-, einen Freizeit- und einen Familienbereich. Und das alles gehöre zur »Life-Balance«, so Sonntag.

Um hier eine gesunde Balance zu finden, kann eine veränderte Arbeitszeitgestaltung notwendig sein. Hinter dem Streben nach Flexibilität stecke nicht selten der Wunsch nach einer verringerten Arbeitszeit, sagt Jutta Rump, Professorin für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft in Ludwigshafen. Neben dem Geld gebe es für viele Menschen eine zweite Währung und das sei eben die Zeit. Kleinere Unternehmen, vor allem Start-ups, hätten die Möglichkeiten, hier neue Wege zu gehen. »Nicht die Anwesenheit zählt, sondern das, was als Ergebnis herauskommt«, sagt Rump. In einer Vier-Tage- oder 20-Stunden-Woche gebe es mehr Verschnaufpausen. »Wenn die Menschen dann anwesend sind, arbeiten sie viel produktiver, vielleicht auch effektiver und innovativer.«

Dr. Ulrike Gebhardt
arbeitet als freie
Wissenschaftsjournalistin
im Bereich Medizin und
Biowissenschaften.
gebhardt.bremen@
t-online.de



Interaktiv und gemeinsam im hybriden Büro

Bei der gesunden Arbeit von morgen geht es nicht nur um die Arbeitszeit, sondern auch um den Raum, in dem sie stattfindet. Das Wichtigste für ein gesundes Arbeiten werde in Zukunft die Wahlfreiheit von Mitarbeitenden sein, prognostiziert Christine Kohlert, Professorin an der Mediadesign Hochschule in München und Expertin für Lern- und Arbeitswelten der Zukunft. Viele Beschäftigte wünschten sich ein hybrides Modell, das die Arbeit im Homeoffice und im Büro ermögliche. »Das hybride Büro wird auf Interaktivität und Zusammenarbeit ausgelegt sein, um die Zeit, die die Mitarbeitenden miteinander verbringen, maximal auszunutzen«, sagt Kohlert. Daheim würden unter anderem Aufgaben erledigt, die mehr Konzentration erforderten.

Das hybride Büro wird andere gestalterische Elemente enthalten als die klassische Großraumvariante: Mehr Team- und Rückzugsräume, mehr Trennwände, mehr naturnahe Elemente. »Studien zeigen immer wieder, wie wichtig Natur für Gesundheit und Wohlbefinden sind und dabei helfen, Stress zu reduzieren und zu entspannen«, so Kohlert.

Greta und Jan arbeiten zurzeit mobil von ihrem Geländewagen aus, weil sie im klassischen Arbeitskontext zwar sehr effektiv waren, aber nicht glücklich, wie sie es in einer ZDF-Dokumentation ausdrücken. Der gesunde Arbeitsplatz von morgen wird weniger von Effizienz als von Resilienz bestimmt sein. Wer flexibel arbeiten kann und dabei Sinn und Wertschätzung erfährt, stärkt die eigene psychische Widerstandskraft und damit die Gesundheit insgesamt. 

Die Mischung macht's



NICHT SELTEN trennt sie mehr als 30 Jahre. In vielen Unternehmen arbeiten immer öfter bis zu vier unterschiedliche Generationen zusammen. Hält das jung und gesund? ► Die neue Kollegin ist 28. Sie hat gleich in ihrer zweiten Arbeitswoche vorgeschlagen, einige einfache Abläufe zu digitalisieren. Die alten Hasen waren skeptisch, aber ließen sich drauf ein. Mit Gewinn: Tatsächlich läuft es jetzt an diesen Stellen effektiver. Mit dem neuen internen Kommunikationstool hingegen haben einige noch ihre Schwierigkeiten: Wie legt man eine neue Gruppe an? Wie schicke ich eine Nachricht, die nicht für alle, sondern nur für drei bestimmte Kollegen wichtig ist? Hier helfen die jüngeren Mitarbeitenden gern, denn alle merken: Das spart Zeit, die man sonst mit Absprachen in Meetings vertrödelte. Und als einige Probleme bei einem Projekt auftauchen, die sich nicht so leicht klären lassen, kann die junge Kollegin wiederum auf die Unterstützung der Älteren zählen. Sie haben genug Erfahrung in dem Job und kennen einige Lösungen.

In vielen Betrieben und Branchen arbeiten heute Ältere und Jüngere zusammen. Das Statistische Bundesamt prognostiziert, dass im Jahr 2060 jeder dritte Arbeitnehmer älter als 65 Jahre sein wird. Denn die Lebensarbeitszeit hat sich verlängert und viele Menschen sind inzwischen deutlich älter, wenn sie in den Ruhestand gehen.

X, Y und Z: Work, Life and Balance?

Da stecken also viele unterschiedliche Generationen in einem Team. Da wäre die Generation X, die zwischen 1965 und 1979 Geborenen. Im Gegensatz zu den vor ihnen geborenen Babyboomern, über die gerne gesagt wird, sie würden leben, um zu arbeiten, weiß die Generation X eine gute Work-Life-Balance durchaus zu schätzen. Sie legt aber Wert auf eine Karriere und Prestige, sie will sich finanziell absichern und neben dem beruflichen Erfolg möglichst auch einen hohen Lebensstandard erreichen.

Die Generation Y, die sogenannten Millennials, sind zwischen 1980 und 1995 geboren, sind mit Computern aufgewachsen und haben die Digitalisierung von Anfang an mitbekommen. Sie sind sowohl online als auch offline

stark vernetzt, mögen flache Hierarchien und die Arbeit in Projekten. Und schließlich die derzeit jüngsten Arbeitnehmer, die ab 1995 geboren sind: Generation Z. Sie kennen die Welt nur mit modernen Technologien, von Anfang an sind sie den Umgang mit Tablets, Smartphones und Social Media gewohnt. Die Work-Life-Balance spielt eine große Rolle für diese Menschen, sie definieren sich nicht mehr über ihren Job. Familie, Freunde und Freizeit haben den höchsten Stellenwert.

Mit anderen Augen

Wie arbeiten Menschen, die vier so unterschiedlichen Generationen angehören, am besten zusammen? Mit sehr viel Offenheit, sagen Experten. Andere Arbeitsweisen und Lebenseinstellungen kritisch zu beäugen, führt auf Dauer zu Stress und Frustration. Gesünder ist es, sich neugierig auf einen Perspektivwechsel einzulassen. Anzuerkennen, dass Kollegen an einem anderen Punkt in ihrem Leben stehen, andere Werte und Ziele haben, einen anderen Anspruch an ihre Arbeit, das ist eine enorme Herausforderung. Hier hilft ein Konzept aus der Psychologie: radikale Akzeptanz. Wer aufhört, gegen Dinge anzurennen, die er nicht ändern kann – wie eben die neue Kollegin mit ihrer seltsamen Arbeitseinstellung drei Türen weiter –, der betreibt eine Form der Selbstfürsorge. Er verschwendet keine Energie auf Ärger, stresst sich nicht und öffnet den Blick für ein gutes Miteinander. In dem jeder seine Stärken ausspielen kann zum Beispiel, und indem man zwischen all den Unterschieden auch Gemeinsames entdecken kann. Und das gibt es tatsächlich. Der großen Jobstudie von Stepstone zufolge gibt es vor allem ein Thema, das gerade alle umtreibt: 75% der Befragten ist es wichtig, dass ihr Arbeitgeber nachhaltig handelt und/oder mit seinen Produkten und Dienstleistungen zur Nachhaltigkeit beiträgt – und das über alle Generationen hinweg. ◻

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





Gute Besserung!

Der Krankenstand in Deutschland

NACHDEM der Krankenstand während der Corona-Pandemie zunächst nahezu unverändert blieb, ist er in der ersten Jahreshälfte 2022 deutlich angestiegen. ► Auf den ersten Blick scheint es um die Gesundheit der gesetzlich Pflichtversicherten in Deutschland gut bestellt zu sein: Lag der Anteil der arbeitsunfähig Krankgeschriebenen im Jahresdurchschnitt 1980 noch bei 5,7%, so ist die Gesamttendenz dieses Werts seitdem – wenn auch mit einem wellenförmigen Verlauf – rückläufig. In den ersten beiden Coronajahren 2020 und 2021 lag er bei jeweils 4,3%.

Die Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen von 14,1 Millionen erwerbstätigen AOK-Mitgliedern in Deutschland für den Fehlzeitenreport 2021 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) ergab für das Jahr 2020 wie schon für das Vorjahr einen Krankenstand von 5,4%. Im Jahr 2020 erhielten 50,7% der AOK-Mitglieder und 42,7% der Versicherten der DAK-Gesundheit mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Die meisten Krankschreibungen entfallen seit Jahren auf sechs Krankheitsarten: Mehr als ein Fünftel der Fehlzeiten im Jahr 2020 ging dem WIdO-Report zufolge auf Muskel- und Skeletterkrankungen (22,1%) zurück, gefolgt von psychischen Erkrankungen (12,0%), Atemwegserkrankungen (11,8%), Verletzungen (10,0%) sowie Erkrankungen des Kreislaufsystems und der Verdauungsorgane (5,1 bzw. 4,2%). Die Auswertungen anderer Kassen zeichnen ein ähnliches Bild.

Mehr Fehlzeiten aus psychischen Gründen

Die Zahl der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen steigt seit geraumer Zeit deutlich; von 2010 bis 2020 hat sie laut WIdO um 56% zugenommen. Auch die Corona-Pandemie scheint viele Menschen seelisch zu belasten. Bei einer Befragung des WIdO unter 2500 Beschäftigten zwischen 20 und 65 Jahren berichteten im Frühjahr 2021, ein Jahr nach Pandemiebeginn, 88% der Befragten über emotionale Probleme wie Lustlosigkeit, Nervosität oder Niedergeschlagenheit. Anfang 2020, also vor der Pandemie, waren es nur rund 69%.

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



Mit seelischen Belastungen gehen auch erhöhte gesundheitliche Gefahren einher. Der Gesundheitsreport 2022 der DAK Gesundheit etwa, für den rund 7100 erwerbstätige Frauen und Männer befragt wurden, kommt zu dem Schluss, dass hochgerechnet auf die Erwerbsbevölkerung in Deutschland etwa 8,6 Millionen Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung oder arbeitsbedingtem Stress ein erhöhtes Herzinfarkt-Risiko haben.

Weniger Atemwegserkrankungen

Krankschreibungen aufgrund von Atemwegserkrankungen gingen während der Corona-Pandemie zunächst zurück. Das WIdO verzeichnete für die Zeit zwischen März 2020 und Februar 2021 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum (März 2019 bis Februar 2020) einen Rückgang der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Atemwegserkrankungen bei gleichzeitig längerer Krankheitsdauer. Die DAK-Gesundheit berichtet, dass der Anteil der Fehltage durch Atemwegserkrankungen am Gesamt Krankenstand unter ihren Versicherten im Jahr 2021 deutlich sank. Experten zufolge war dies zumindest zum Teil durch die pandemiebedingten Abstands- und Hygieneregeln begründet.

Mit den zunehmenden Lockerungen hat sich dieser Effekt offenbar verflüchtigt. Die Techniker Krankenkasse verzeichnete für die ersten drei Monate 2022 einen Krankenstand von 5,27% – so hoch wie noch nie zuvor in einem ersten Quartal. Als Gründe dafür nennt die Kasse eine massive Grippe- und Erkältungswelle sowie die hochansteckende Corona-Variante Omikron. Einen starken Anstieg der Corona-Erkrankungen unter ihren Versicherten während der Sommermonate beobachtete auch die BARMER: Demnach näherte sich die Zahl der coronabedingten Krankschreibungen im Juli immer mehr dem Höhepunkt während der fünften Welle im Frühjahr 2022. ►

Ein Fall für den Medizinischen Dienst

WER KRANK IST und im Arbeitsleben steht, für den gelten unterschiedliche rechtliche Vorgaben. Geht es um Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation und Hilfsmittel, kommt oft der Medizinische Dienst ins Spiel. ► Ist jemand gesundheitlich so eingeschränkt, dass er nicht arbeiten kann, wird er in der Regel krankgeschrieben. Der »gelbe Schein«, der den Patienten ausgehändigt wird, oder das elektronische Attest, das die Arztpraxis an die Krankenkasse übermittelt, ist Voraussetzung für Entgeltfortzahlung oder den Bezug von Krankengeld.

Die Krankenkassen können den Medizinischen Dienst beauftragen, die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten zu überprüfen. In bestimmten Fällen sind sie dazu gesetzlich verpflichtet.

»Die Fragen, die zum Thema Arbeitsunfähigkeit (AU) an die Medizinischen Dienste herangetragen werden, sind im SGB v geregelt. Wann immer es gewünscht ist, unterstützen die Medizinischen Dienste die Krankenkassen mit ihrer fachlichen Expertise«, sagt Dipl. Med. Sibylla Merian, Expertin für Arbeitsunfähigkeit beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt. »In welchen Fällen die Kassen eine Begutachtung beauftragen, richtet sich vor allem nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit einer Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf. Auch Zweifel der Arbeitgeber an der AU-Attestierung werden an uns weitergeleitet.«

Wie wird begutachtet?

Bei einer sozialmedizinischen Begutachtung der AU übernehmen die Medizinischen Dienste die Aufgabe, Fragen zum Behandlungserfolg, zur voraussichtlichen Dauer einer Arbeitsunfähigkeit, zur Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen oder zu Zweifeln des Arbeitgebers zu beantworten.

Zuerst leitet die Krankenkasse dem Medizinischen Dienst Informationen weiter, die für eine Begutachtung wesentlich sind, etwa AU-Diagnosen, Krankenhausberichte oder Angaben zur beruflichen Tätigkeit des Versicherten. Reichen die Angaben nicht aus, fordern die Krankenkassen weitere Unterlagen an oder veranlassen eine persönliche Begutachtung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst.

Bei ihrer medizinischen Bewertung sind die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes unabhängig gegenüber den Krankenkassen und Versicherten. Sie beraten ausschließlich und greifen nicht in die Therapie der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein. Sie prüfen anhand der Unterlagen und eventuell auch im Austausch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, inwieweit der Versicherte seine Arbeit ausüben kann. Dabei geht es um sozialmedizinische Aspekte wie: Welche Rolle spielt der konkrete Arbeitsplatz für die jeweilige Erkrankung? Kommt eine Wiedereingliederung oder eine Reha infrage?

»Erforderlich ist ein Abgleich zwischen bestehenden Einschränkungen und Anforderungen an den Arbeitsplatz der Betroffenen. Zu entscheiden ist, mit welchen Maßnahmen eine langfristige AU verhindert werden kann und welche eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess möglich machen. Das können zum Beispiel rehabilitative Maßnahmen oder eine stufenweise Wiedereingliederung sein«, sagt Merian.



Als Ergebnis einer Begutachtung empfiehlt der Medizinische Dienst den Kassen zum Beispiel (Rehabilitations-)Maßnahmen, gibt Hinweise zur möglichen weiteren Dauer einer AU oder zur Einschätzung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit am Arbeitsplatz.

Die Entscheidung über eine Leistung – bei der AU-Begutachtung etwa das Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung – liegt grundsätzlich bei der Krankenkasse.

Nach AU folgt Reha?

Nach der Krankschreibung erstmal in die Reha, bevor ich wieder arbeite. »Wer das für den üblichen Ablauf hält, liegt falsch«, sagt Dr. Sieglinde Bog-Radigk. Dann sei oft das sprichwörtliche »Kind schon in den Brunnen gefallen«, warnt die Fachbereichsleiterin Rehabilitation des Medizinischen Dienstes Nord. Ihre Erfahrung ist, dass viele Versicherte und Ärzte nicht wissen, dass sie bereits viel früher Leistungen zur Vorsorge nutzen können. »Das Ziel dabei ist, rechtzeitig seine Gesundheit zu verbessern, wenn man noch nicht krank ist, oder zu verhindern, dass eine bestehende Krankheit fortschreitet«, so Dr. Bog-Radigk. Dafür würden Krankenkassen ihren Versicherten Präventionsleistungen nach §20 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) und Leistungen zur Vorsorge (§23/24) anbieten und bezuschussen. Die »Mutter-/Vater-Kind-Kuren« sind die wohl bekanntesten. Sie sollen besondere familiäre Belastungen abfedern und unter anderem das Erlernen von Stressbewältigung und Entspannung ermöglichen.

Ist ein Versicherter aber bereits erkrankt und ergeben sich daraus Beeinträchtigungen im Alltag oder Berufsleben, kann eine Reha der nächste Schritt sein. Dann steht Bog-Radigk als Gutachterin oft zuerst vor der Frage, ob jemand nach der Reha wieder arbeiten kann. Das sei entscheidend für den Kostenträger: Wenn ja, sei dafür der Rentenversicherungsträger zuständig, der mit den Therapien die Erwerbsfähigkeit des Patienten wiederherstellen will. Diese Therapien seien zusätzlich auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet, um einen zu frühen Eintritt in die Rente zu verhindern. »Wer aber nicht mehr im Berufsleben steht, für den hält seine Kasse eine Reha vor, welche die allgemeine Gesundheit, womöglich weniger Schmerzen und eine bessere Beweglichkeit, zum Ziel hat, – nicht aber den zusätzlichen Aspekt der Arbeitsfähigkeit« so Dr. Bog-Radigk, die vor ihrer Zeit als Gutachterin zehn Jahre als Chirurgin tätig war.

Solche Fragen zu klären, ist typisch für die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste. Und sie kommen oft vor. Auch weil der sogenannten Stichprobenregelung des GKV-Spitzenverbandes zufolge jeder vierte Antrag geprüft werden muss, ebenso alle Zweifelsfälle. Allein im Medizinischen Dienst Nord, zuständig für Hamburg und Schleswig-Holstein, seien dies bis zu 10 000 Begutachtungen im Quartal, rechnet Bog-Radigk vor.

Oft sei auch die eher romantische Vorstellung einer »Kur im Seebad« noch weit verbreitet. »In fast jedem Reha-Arztsschreiben und Antrag steht, dass Nordsee- oder Ostseeklima gewünscht wird, auch wenn das nur in Einzelfällen hilft. Denn egal ob Berg oder See, ein allergenarmes Klima ist ganz allgemein bei Rückenschmerzen uninteressant.« Außerdem wichtig: Reha-Leistungen werden laut §40 des SGB V nur alle vier Jahre gewährt. Ausnahmen seien möglich, aber zu begründen.

Der Zweck entscheidet beim Hilfsmittel

Eine Prothese oder ein Rollstuhl nach Unfall oder Krankheit – für manche Betroffenen ist dies der nächste Schritt zurück in den Alltag und gleich die nächste Kostenfrage. »Wenn es um die Arbeitsfähigkeit geht, ist auch hier grundsätzlich erst einmal ein Rentenversicherungsträger zuständig«, erklärt Dr. Franck Noack vom Medizinischen Dienst Nord. Anders dagegen, wenn es um den Ausgleich einer Behinderung im Alltag geht, um eine Krankenbehandlung oder darum, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, so wie es der §33 des SGB V vorsieht: In diesen Fällen hat unter Umständen die gesetzliche Krankenkasse zu zahlen.

»Allerdings ist der Übergang vom einen zum anderen oft fließend«, schildert der Hilfsmittel-Fachbereichsleiter die oft schwierige Abwägung der Gutachterinnen und Gutachter. »Braucht jemand seine Brille fürs tägliche Sehen oder eine spezielle für die Werkstatt? Ist der Rollstuhl fürs eigene Umfeld zu Hause ausgestattet oder mit einer extra Hubfunktion, um in der Firma auf Regalhöhe zu kommen? Das gelte es möglichst eindeutig zu unterscheiden, betont Noack, der rund 30 Jahre klinische Erfahrung in der Herz-, Allgemein- und Unfallchirurgie hat. Erst dann sei klar, wer die Kosten für welches Gerät übernimmt.

Außerdem wichtig: Das gewünschte Hilfsmittel muss einen echten und individuellen Gebrauchsvorteil bieten. »Es bringt nichts, wenn jemand eine bis zu 80 000 Euro teure Kniegelenks-Prothese für Leistungssportler bekommt, der sowieso nie rausgeht. Für den ist auch das Modell für 20 000 Euro mit weniger Funktionen angemessen.« Auch solche Feststellungen treffen Noack und seine Gutachterkolleginnen und -kollegen. Diese ermöglichen am Ende einen wirtschaftlichen Umgang mit dem Geld der Solidargemeinschaft aller gesetzlich Krankenversicherten. □

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

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



Psychologische Sicherheit stärkt Effizienz und Gesundheit



WER GUT im Team arbeitet, ernstgenommen wird und offen seine Meinung äußern kann, fühlt sich wohl, ist motiviert, womöglich seltener krank und erzielt gute Arbeitsergebnisse. Vom Konzept der psychologischen Sicherheit können Unternehmen und Beschäftigte profitieren. ► So konnte es nicht mehr weitergehen: Beim täglichen Weg zur Arbeit merkte Olaf B., dass er und sein Arbeitgeber nicht mehr zusammenpassten. In den letzten Monaten konnte der 46-Jährige immer schlechter schlafen. Was sich in seinem Team in der Firma abspielte, ließ ihm keine Ruhe mehr. Seit langem wurde mehr gegeneinander als miteinander gearbeitet. Und der Chef ließ es laufen, solange die Ergebnisse einigermaßen stimmten. Olaf B. kündigt und findet kurz darauf einen neuen Arbeitgeber.

Oft verlassen gute, leistungsstarke Mitarbeitende freiwillig das Unternehmen. Das Gehalt ist nur selten ein Kündigungsgrund. Oft hat die Entscheidung etwas mit den Vorgesetzten und der Unternehmenskultur zu tun.

Hier setzt das Konzept von Amy Edmondson, Professorin für Führung und Management an der Harvard Business School, an. Ihr Plädoyer für die »psychological safety« (psychologische Sicherheit) stellt die Teamarbeit in den Fokus. Demnach können Teams nur erfolgreich zusammenarbeiten, wenn sich alle Mitarbeitenden sicher fühlen und angstfrei agieren. Um eine Atmosphäre psychologischer Sicherheit zu schaffen, müssen Führungskräfte die Kultur der Offenheit, Transparenz und Ehrlichkeit vorleben.

Vertrauen und Angstfreiheit sind die Basis

Edmondson definiert in ihrem Buch *The Fearless Organization* die psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz als »das Wissen, dass man nicht bestraft oder gedemütigt wird, wenn man sich mit Fragen, Kommentaren, Bedenken oder Fehlern zu Wort meldet«. 1996 entdeckte sie den Faktor »psychologische Sicherheit« per Zufall. Sie führte eine Studie zu medizinischen Fehlern in Zusammenhang mit Teamarbeit in Krankenhäusern durch und stieß auf folgendes Phänomen: Ausgerechnet in den Teams,

deren Leistungen besonders gut waren, wurden mehr Fehler offenbar als in denen mit weniger guten Leistungen. Sie vermutete: Die besseren Teams machten nicht wirklich mehr Fehler, sondern hatten im Gegensatz zu den vermeintlich schlechteren Teams eine Arbeitsumgebung, die es zuließ, ihre Fehler offen zu berichten. Ihre Hypothese bestätigte sich in weiteren Studien. Der Begriff der psychologischen Sicherheit war geboren.

Mitarbeitende an einem Arbeitsplatz mit psychologischer Sicherheit vertrauen darauf, dass sie Ideen und Meinungen frei äußern und Fehler offen zugeben können, ohne in die Ecke gestellt oder abfällig behandelt zu werden. Niemand hat Angst davor anzuecken, wenn er sich einbringt. Dieses Arbeitsklima wirkt sich positiv auf die psychische Belastung und das körperliche Wohlbefinden aus.

Das »Wie« entscheidet

Unternehmen investieren heute zunehmend in Digitalisierung und in Prozesse, übersehen dabei jedoch den Stellenwert der psychologischen Sicherheit. Bereits die Aristoteles-Studien bei Google vor zehn Jahren haben gezeigt, dass die psychologische Sicherheit die Effizienz von Teams maßgeblich beeinflusst. In Anlehnung an Aristoteles' These, dass das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile, wurden damals 180 Google-Teams untersucht, um herauszufinden, was optimales Arbeiten im Team ausmacht. Ergebnis: Die Teameffizienz hing weniger von den Personen im Team ab als vielmehr von der Art und Weise, wie sie zusammenarbeiteten, insbesondere davon, wie sicher sie sich im Team fühlten.

Die psychologische Sicherheit fördert eine Speak-up-Kultur, die dort, wo sie unterbleibt, Firmen an den Rand der Existenz bringen und in letzter Konsequenz Menschenleben kosten

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



können. So konnte es beispielsweise zum Dieselskandal oder zu den Sicherheitsproblemen bei der Boeing 737 MAX auch kommen, weil Mitarbeitende es nicht gewagt haben, offen über Unregelmäßigkeiten im Unternehmen zu sprechen oder wenn sie es getan haben, erhebliche Nachteile in Kauf nehmen mussten.

Gerade in der Luftfahrt spielt das Konzept eine wesentliche Rolle. Flugzeugbesatzungen werden so ausgewählt und trainiert, offen Bedenken zu äußern, zum Beispiel, wenn einem eine Situation nicht klar erscheint oder eine Regelabweichung von einem Kollegen oder einer Kollegin wahrgenommen wird. Der- oder diejenige, die einen solchen Hinweis enthält, wird sich für die Achtsamkeit des Kollegen oder der Kollegin bedanken.

Gemeinsam klüger denken

In einem Umfeld psychologischer Sicherheit müssen Mitarbeitende nicht auf den Selbstschutz achten, sondern können sich auf das Erreichen von Zielen konzentrieren. Auch das Teilen von Sorgen, Fragen, Fehlern und halb ausgegorenen Ideen gehört in effizienten Teams dazu. Denn: »Bei psychologischer Sicherheit geht es um Aufrichtigkeit und die Bereitschaft, sich in produktive Konflikte zu begeben, damit man von verschiedenen Sichtweisen lernen kann. Dann werden Bremsen gelöst, die davon abhalten können, das Mögliche zu erreichen. Wir können dann klüger denken, wenn die anderen im Raum offen sagen, was sie denken«, so Edmondson. Es liegt auf der Hand, dass sich Mitarbeitende damit wohler fühlen.

Wie wichtig es für Beschäftigte ist, sich am Arbeitsplatz wohlfühlen, belegt unter anderem eine repräsentative Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) aus dem Jahr 2018, für die 2030 Personen zwischen 16 und 65 Jahren befragt wurden. Demnach ist es 98,4% der Befragten am wichtigsten, sich am Arbeitsplatz wohlfühlen. Auch eine gute Zusammenarbeit mit den Kollegen (97,9%), ein gutes Betriebsklima (96,8%), die Loyalität des Unternehmens gegenüber den Mitarbeitern (96,8%) sowie ein gutes Verhältnis zum Vorgesetzten (92,4%) empfinden sie als bedeutsam. »Für das Sinnerleben sind den meisten Beschäftigten vor allem persönlich und sozial motivierte Aspekte ihrer Arbeit wichtig«, sagt Helmut Schröder, stellvertretender WIdO-Geschäftsführer. »Leider stimmen gerade hier Wunsch und Wirklichkeit oft nicht überein.« So äußerten nur 69,3% der Befragten, dass sich ihr Arbeitgeber ihnen gegenüber loyal verhält. Ein positives Betriebsklima erleben laut WIdO-Umfrage nur 78% der Beschäftigten.

Eine Frage der Führung

Für Edmondson steht fest: »In den meisten Arbeitsumgebungen halten sich heute viele Menschen viel zu oft zurück – sie scheuen es, etwas zu sagen oder zu fragen, das sie irgendwie in einem schlechten

Licht erscheinen lässt«. Dass das so ist, liegt nicht selten an Führungskräften, die nur gute Nachrichten hören wollen und damit Angst erzeugen, die verhindert, dass ihnen die Wahrheit gesagt wird. So geben sie sich allzu oft einer Illusion von Erfolg hin, die schließlich zu wirtschaftlichem Scheitern führen kann. »Wenn sich die Führungskräfte nicht für die Schaffung eines Umfelds der psychologischen Sicherheit engagieren, wird es nicht funktionieren«, sagt auch Kate Menzies, Vice President von *People & Organisation*, *Mars Inc.*, jenem us-amerikanischen Nahrungsmittelkonzern, der in über 80 Ländern mit mehr als 115 000 Mitarbeitenden Schokoriegel, Lebensmittel, Getränke, Tierfutter und Pflanzenpflegeprodukte produziert und vertreibt.

Dagegen belegen längst zahlreiche renommierte Studien, was ein Klima der Angstfreiheit bewirken kann: Es ermöglicht besseres Lernen und bessere Leistung. Dabei kommt den Führungskräften eine besondere Verantwortung zu: Sie sollten Förderer der psychologischen Sicherheit sein und selbst entsprechend agieren. Dabei geht es nicht um den Austausch von Nettigkeiten, sondern um ein Konzept, dass jeden Tag von jedem Einzelnen im Team gelebt werden muss.

In der Tat machen es sich Manager oft zu leicht, buchen einfach mal eine Teambuilding-Maßnahme und hoffen, dass es dann im Team automatisch besser läuft. Das kann zwar durchaus ein Baustein sein. Sich aber allein auf solche Maßnahmen zu reduzieren, reicht nicht. Ohne an der psychologischen Sicherheit tagtäglich durch das eigene Verhalten zu arbeiten, werden solche Aktionen kaum nachhaltig wirken. Was manch ein Manager gerne mal als Harmonie-Gedöns abtut, ist in Wahrheit maßgeblich für die Produktivität von Teams. Mitarbeitende, die sich psychologisch sicher fühlen, teilen Fehler und Ideen, denken und handeln kreativer, sind loyaler und bleiben gesünder.

Aus der Praxis

»Aus Untersuchungen wissen wir, dass eine Person, die das Gefühl hat, dass man sich bei der Arbeit um sie kümmert, deutlich bessere Leistungen erbringt«, sagt Michael Bush, Global CEO von *Great Place to Work*, einem internationalen Forschungs- und Beratungsinstitut, das Unternehmen in rund 60 Ländern dabei unterstützt, ihre Unternehmens- und Arbeitsplatzkultur weiterzuentwickeln: »Indem wir seit 30 Jahren Mitarbeiter befragen, konnten wir den Erfolg von Organisationen verfolgen, die in puncto psychologischer Sicherheit besonders gut abschneiden. Wir haben herausgefunden, dass psychologische Sicherheit der stärkste Treiber für Gewinn ist«, erklärt Bush. Bemerkenswert ist auch, dass der Stresslevel der Belegschaft bei Organisationen mit einem hohen Grad an psychologischer Sicherheit deutlich geringer sei. Dies korreliere direkt mit weniger Fehlzeiten und einer höheren Mitarbeiterbindung. 

Ein Obstkorb allein reicht nicht mehr

ÜBER GESUNDHEIT sprechen alle. Doch wie wird sie in einer Firma, einer Behörde, einer Werkstatt wirklich gefördert – und wie werden Angebote genutzt? Bei rund 350 000 mittleren und größeren Unternehmen in Deutschland ist der Durchblick schwierig. »Ein Obstkorb allein reicht nicht mehr« bringt es Annika Alsasser auf den Punkt. Für die Sport- und Bewegungswissenschaftlerin sind halbherzige Angebote von Unternehmen längst nicht mehr zeitgemäß, wenn eine Betriebliche Gesundheitsförderung – auch BGF abgekürzt – wirken soll. BGF ist Teil eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), zu dem auch der Arbeitsschutz und die Wiedereingliederung von genesenen Mitarbeitenden gehört. »Eine gute und interessante Förderung der eigenen Gesundheit am Arbeitsplatz sehen viele Beschäftigte heute auch als Wertschätzung ihres Arbeitgebers an«, ist die Erfahrung der Mitarbeiterin von *fitbase*, einem deutschlandweiten Anbieter von Online-BGF-Kursen für Bewegung, Ernährung, Entspannung und Suchtprävention.

Auch Andreas Schmidt vom Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF-Institut) in Köln sieht zuerst die Arbeitgeber in der Pflicht: »Wenn Maßnahmen der Gesundheitsförderung in der Arbeitszeit angeboten werden, haben sie eine wesentliche höhere Akzeptanz. Das ist entscheidend«, weiß der Geschäftsführer des Tochterunternehmens der AOK Rheinland/Hamburg, das seit 26 Jahren zu Präventionsleistungen berät und rund 1000 Unternehmen im Jahr betreut.

Vor allem große Unternehmen leisten es sich, die Gesundheitsförderung auch im großen Rahmen zu betreiben, oft gestaltet von eigenen Abteilungen oder zusätzlichen Mitarbeitenden, die sich im Betrieblichen Gesundheitsmanagement speziell darum kümmern. Unter den rund 177 000 Mitgliedsunternehmen der Handelskammer Hamburg zum Beispiel, die Petra Versemann von der Handelskammer dazu betreut, sind aber auch viele andere: »Kleinere Firmen versuchen zwar auch BGM anzubieten und in den Arbeitsalltag zu integrieren, haben aber wegen Pandemie und Ukraine-Krieg gerade eher die Sorge, wie es wirt-

schaftlich weitergeht«, schränkt die Referentin für Gesundheit und Sport ein.« Für jedes Unternehmen, das es dennoch kann und will, bietet die Handelskammer Unterstützung und Aktionen an, wie den Hamburger Gesundheitstag – eine Messe mit Workshops, die seit 18 Jahren stattfindet.

In Zahlen

In welchem Umfang BGF in Deutschland wirklich angeboten wird, zeigt zum Beispiel der jährliche Präventionsbericht, herausgegeben vom GKV-Spitzenverband und vom Medizinischen Dienst Bund. Die Bilanz fürs Coronajahr 2020: Fast zwei Millionen Beschäftigte in rund 17 000 Betrieben konnte die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zur betrieblichen Gesundheitsförderung erreichen und mit Angeboten unterstützen. Im Vergleich zum Vorjahr waren das 28% weniger Betriebe und 14% weniger Beschäftigte – was eine Auswirkung der Pandemie sein kann. Ebenso der Rückgang der Ausgaben, die rund 159 Millionen Euro für die BGF ausmachten (2,18 Euro je Versicherten) und sich im Vergleich zu 2019 um 34% verringerten. Auch hier konnten gestreamt angebotene Kurse im Homeoffice noch viel retten, wo »Präsenz« nicht mehr möglich war.

Auch der Fußballer sitzt falsch

Haben sich Unternehmen für BGF entschieden, sehen Anbieter wie *fitbase* eine Zielgruppe vor sich, die meistens gemischerter ist als im Freizeitsport: Auf der einen Seite die junge Auszubildende, digitalaffin und auf ihre Fitness bedacht – auf der anderen der ältere Mitarbeiter, der eher eine Stress- und Ernährungsberatung braucht, mit Apps auf dem Handy nicht klar kommt und ein PDF ausdruckt, um es später in der Bahn zu lesen. »Und es ist ein Trugschluss, dass der gut trainierte Fußballer auch weiß, wie er richtig sitzen muss, damit er auf Dauer keine Haltungsschäden bekommt«, weiß Annika Alsasser aus ihrer Zeit als Gesundheitscoach und Trainerin.



Allen BGF-Angeboten – ob online oder in Präsenz – ist gemein, dass sie sich an den Herausforderungen des Arbeitsalltages orientieren: Stressbewältigung, Entspannungstechniken und Resilienz – also die Widerstandsfähigkeit bei Belastungen –, aber auch Bewegung, gesunde Ernährung und Suchtprävention. »Die klassische Rückenschule ist auch immer noch ein Thema«, ergänzt Andreas Schmidt vom BGF-Institut. Außerdem habe in vielen Chefetagen die Erkenntnis Einzug gehalten, dass es aufgrund des demografischen Wandels notwendig sei, den älter werdenden Belegschaften Angebote zur Förderung der Gesundheit zu unterbreiten, so Schmidt: »Die Unternehmen sind zunehmend darauf angewiesen, dass ihr Personal bis zur Rente physisch und mental fit bleibt, weil sie auf dem Arbeitsmarkt nicht so schnell Ersatz finden.«

Petra Verseemann von der Handelskammer Hamburg sieht es ebenso pragmatisch, dass Unternehmen ihre Beschäftigten »hegen und pflegen müssen, damit sie dem Unternehmen erhalten bleiben – und dies vor allem gesund und fit«. Außerdem müssten Firmen sich mittlerweile eher bei den Arbeitsplatz-Interessen bewerben als umgekehrt: »100 Euro mehr oder weniger beim Gehalt sind oft am Ende kaum noch entscheidend, sondern auch das Arbeitsklima – zu dem Gesundheitsangebote gehören können –, das am Ende dazu führt, dass jemand bei mir oder bei der Konkurrenz zusagt.«

Anbieten nicht gleich Annehmen

Bietet die Firma schließlich Gesundheitsförderung an, heißt es noch lange nicht, dass auch alle mitmachen. Dazu verweist Andreas Schmidt auf ein Ergebnis der »Erwerbstätigen-Befragung« 2018 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin sowie des Bun-

Auch die Medizinischen Dienste sind aktiv

Auch für die Medizinischen Dienste in Deutschland spielt die Gesundheit der Beschäftigten eine zentrale Rolle. Grundsätzlich unterstützen alle Dienste Aktivitäten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, kooperieren dabei mitunter auch mit externen Anbietern. So regional unterschiedlich die 15 Körperschaften des öffentlichen Rechts an die Strukturen der jeweiligen Bundesländer angepasst sind, so unterschiedlich ist auch ihr internes Angebot: Vielerorts werden Online-Trainingseinheiten angeboten – »Bewegte Pausen« zum Beispiel, die überwiegend sitzende Tätigkeiten unterbrechen, zu mehr Bewegung animieren oder Tipps zu effektiver Entspannung geben. Der Vorteil: Das alles kann auch im Homeoffice unkompliziert genutzt werden. In manchen Medizinischen Diensten planen und organisieren Kolleginnen und Kollegen als »Gesundheits-Botschafter« BGF-Aktivitäten wie Yoga in der Mittagspause, Aktionstage zum gesunden Kantinenessen, zu Resilienz oder zum Stressabbau. Außerdem gibt es nahezu überall kleinere oder größere Laufgruppen, die im Feierabend gemeinsam laufen oder sich auch mit anderen Unternehmen auf größeren Firmenlauf-Veranstaltungen treffen.

desinstitutes für Berufsbildung: Nur 59 % hätten darin angegeben, die bestehenden Angebote zu nutzen. Einen Grund für mangelnde Akzeptanz sieht er in der internen Kommunikation: »Es ist nicht gut, es immer nur mit ›Älterwerden‹ und ›Vorsorge‹ anzupreisen. Man sollte in der Kommunikation die Gesundheit stärker auf die Arbeitszufriedenheit fokussieren.«

Mit einer kleinen Meldung dazu im Intranet sei es nicht getan, meint auch Annika Alsfasser. Um für das Thema zu sensibilisieren und Begeisterung zu wecken, seien oft Poster, Kampagnen und Aktionstage hilfreich. Und sie geht noch weiter: »Wenn die Geschäftsführung, die in manchen Fällen älter ist, nicht dahintersteht und vorangeht, dann wird das nichts. Jüngere Firmen wie die vielen kleinen Start-ups machen das oft besser und reißen ihre Leute mit, weil es da zur Unternehmenskultur wird.«

Erfolge erst später sichtbar

Am Ende seien auch die kleinen Tipps von großer Bedeutung, rät Alsfasser: Viel Bewegung in den Arbeitstag einbauen: mit dem Fahrrad zur Arbeit, vielleicht eine U-Bahn-Station früher aussteigen und den Rest zu Fuß gehen, die Treppe nehmen statt den Aufzug, Rituale einbauen und mit den Kollegen eine Runde um den Block gehen, vor oder nach dem Mittagessen. »Das Ergebnis ist vielleicht nicht heute sichtbar, aber es führt auf Jahre gesehen zu einem gesünderen Leben – auch mit und während der Arbeit.« □

Jan Gömer



Krank bei der Arbeit

SOZIOLOGEN sprechen nüchtern von »Präsentismus«, die Schlagzeilen der Medien sind plakativer: »Arbeiten, bis der Arzt kommt«. Wenn Beschäftigte trotz Krankheit arbeiten, schaden sie damit nicht nur sich selbst. ► Die Corona-Pandemie hat das Thema wieder in den Fokus gerückt: In sogenannten systemrelevanten Berufen ist der Druck auf Beschäftigte gestiegen, trotz Erkrankung zu arbeiten. Eine bundesweite Befragung unter 500 Leitungspersonen aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen im Auftrag der AOK hat im Juli 2021 erschreckende Ergebnisse zu Tage gebracht: Mehr als ein Drittel der befragten Führungspersonen gab an, in den vergangenen zwölf Monaten krank zur Arbeit gegangen zu sein, davon knapp ein Viertel (23%) entgegen dem ärztlichen Rat. Die Pandemie habe die bereits vor der Krise vorhandene Tendenz zum Präsentismus in Gesundheitsberufen verstärkt, so die Autoren der Studie. Als Gründe für ihr Verhalten nannten 44% der Befragten Pflichtbewusstsein, Verantwortungsgefühl oder die eigene Vorbildfunktion, 23% Personalmangel und 16% hohe Arbeitsbelastung.

Hohe Verausgabungsbereitschaft

»Präsentismus ist besonders verbreitet in Branchen, die personenbezogene Dienstleistungen erbringen, beispielsweise im Gesundheitssektor, im Erziehungs- und Sozialwesen«, erklärt Werner Winter, Experte für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) beim AOK-Bundesverband und Initiator der Studie. »Hier haben die Beschäftigten eine höhere Bereitschaft, sich zu verausgaben als im gewerblichen Bereich.« Statistisch sind außerdem Frauen häufiger betroffen als Männer. Jüngere, die unsichere Arbeitsplätze haben, gehen öfter krank zur Arbeit als Ältere.

Präsentismus ist der weniger beachtete Zwilling des Absentismus, wie das Fernbleiben von der Arbeit ohne triftigen Grund genannt wird. »Untersuchungen legen nahe,

dass die Kosten, die durch Präsentismus entstehen, um ein Vielfaches die Kosten des Absentismus übersteigen«, erläutert Winter. Mitarbeiter, die dauerhaft ihre persönlichen Belastungsgrenzen überschreiten, schaden nicht nur sich selbst, sondern auch dem Unternehmen oder der Einrichtung. »Andere Beschäftigte können mit Infekten angesteckt werden, bei der Arbeit an Maschinen steigt das Unfallrisiko durch langsamere Reaktionen, und im Gesundheitswesen können leichter Behandlungs- oder Pflegefehler auftreten«, so der AOK-Experte. »Das Arbeitsergebnis ist oftmals schlechter, wenn Erkrankte weiter arbeiten.«

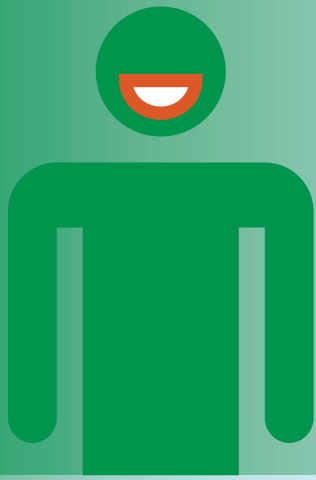
Volkswirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Kosten

Wie die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) bereits vor der Pandemie in einem Review zum Forschungsstand darlegte, sind die Folgekosten des Präsentismus dann besonders hoch, wenn fehlende Ruhe zur Chronifizierung von Krankheiten führt. Insbesondere psychische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Magen-Darm-Beschwerden sowie Atemwegssymptome können sich verschlimmern und letztlich zu hohen Fehlzeiten oder gar zu Langzeitarbeitsunfähigkeit führen. Laut DGB ist die Tendenz bei der Fehlzeitenentwicklung, das heißt die Zahl der Krankschreibungen, in Deutschland seit Jahren rückläufig. Die Arbeitnehmervertreter gehen davon aus, dass Beschäftigte aufgrund der zunehmenden Arbeitsverdichtung öfter krank zur Arbeit gehen.

Der DGB-Index Gute Arbeit zeigt, dass 80% der Befragten, die in den letzten zwölf Monaten in hohem und sehr hohem Maß mehr Arbeit in der gleichen Zeit bewältigen mussten, in dieser Zeit trotz Erkrankung arbeiteten. Von den Beschäftigten, die über Arbeitsverdichtung berichteten, gaben 21% an, innerhalb eines Jahres eine Woche bis unter zwei Wochen krank zur Arbeit gegangen zu sein und 44% zwei Wochen und länger. ◻

Dr. Andrea Exler
ist freie Journalistin mit
Schwerpunkt Medizin
und Gesundheit in
Frankfurt/M.
andrea.exler@web.de





*Meine Arbeit
ist emotional belastend*

nein: 42% teilweise: 39% ja: 19%



*Mein Unternehmen kümmert sich
um meine Gesundheit*

ja: 17% teilweise: 43% nein: 40%



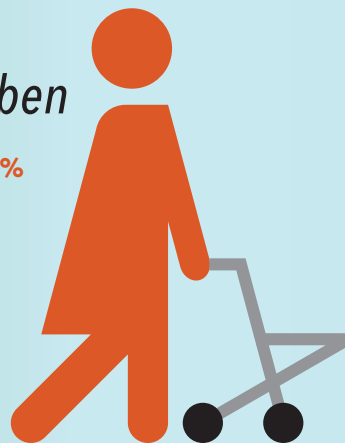
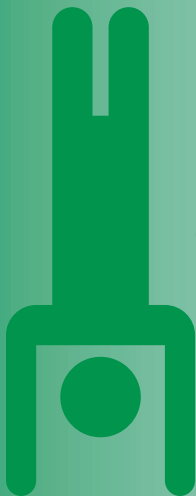
*Ich kann Berufliches und Privates
miteinander vereinbaren*

ja: 36% teilweise: 43% nein: 21%



*Ich weiß, was ich tun muss,
um bei der Arbeit
gesund zu bleiben*

ja: 36% teilweise: 51% nein: 13%



Digitale Helfer für die Pflege

DIGITALE GESPRÄCHSPARTNER für Senioren, Apps, die Stürze zu vermeiden helfen oder Videospiele, mit denen Pflegebedürftige länger geistig fit bleiben können: Digitale Pflegeanwendungen versprechen Entlastung. ► Kurz nachdem die digitalen Gesundheitsanwendungen, die DiGA, per App auf Rezept 2020 auf den Markt gekommen sind, zog die Bundesregierung mit den digitalen Pflegeanwendungen (DiPA) nach – mit dem »Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz« (DVPMG). Aktuell dreht sich alles um die »Verordnung zur Erstattungsfähigkeit digitaler Pflegeanwendungen« (VDiPA), die kurz vor der Verkündung steht. Es geht auch ums Geld.

Die Hersteller warten bereits dringend auf die Kriterien für die Erstattungsfähigkeit der DiPA-Produkte. Diese werden derzeit vorbereitet und sollen bald beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet werden.

Was sind Digitale Pflegeanwendungen?

Die digitale Pflegeanwendung funktioniert als digitaler Helfer auf mobilen Endgeräten oder als browserbasierte Webanwendung. DiPA sollen die Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen mindern und ihre Selbstständigkeit länger erhalten – etwa durch Apps, die dabei helfen, den Pflegealltag zu bewältigen oder die Mobilität der Pflegebedürftigen zu erhalten.

So könnte eine App per Video das Gangbild der Pflegebedürftigen ermitteln, Betroffene einen psychosozialen Test ausfüllen lassen und das Ganze schließlich analysieren. Ein Algorithmus ermittelt dann das Sturzrisiko für die »Testpersonen«. Auf dieser Basis folgen konkrete Empfehlungen, wie die Pflegebedürftigen ihr persönliches Sturzrisiko senken können.

Für Seniorinnen und Senioren, die am PC fit bleiben wollen, gibt es Spielekonsolen, bei der Videospiele durch einfache Körperbewegungen im Sitzen oder Stehen gelenkt und dadurch beweglich gesteuert werden. Und natürlich können auch einfache Apps zum Einsatz kommen, die rechtzeitig an die Medikamenteneinnahme erinnern. Bedingung ist, dass die digitalen Unterstützer die Kriterien und Anforderungen an die DiPA erfüllen.

Die neuen Regelungen im Gesetz

Das DVPMG hat der VDiPA mit neuen Regelungen juristisch den Boden bereitet: Die Paragraphen 39a, 40a und 40b Sozialgesetzbuch (SGB) XI bestimmen: »Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Anwendungen, die wesentlich auf digitalen Technologien beruhen«, die von ihnen, ihren Angehörigen oder qualifizierten Pflegediensten genutzt werden. Der Anspruch umfasst nur die DiPA, die beim BfArM gelistet, also zugelassen sind.

DiPA werden nicht verordnet wie die »Apps auf Rezept«, die Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA). Vielmehr müssen die Pflegebedürftigen selbst die DiPA bei ihrer Pflegekasse beantragen. Diese entscheidet dann anhand des beim BfArM geführten Verzeichnisses, ob die DiPA bezahlt wird oder nicht.

Die Pflegebedürftigen erhalten außerdem das Recht, – falls nötig – bei der Umsetzung der digitalen Helfer von zugelassenen ambulanten Pflegediensten unterstützt zu werden. Schließlich findet sich nicht jeder Pflegebedürftige in der neuen digitalen Pflege gut zurecht, sondern braucht womöglich Hilfe beim Gebrauch der neuen Anwendungen.

Die Pflegekasse übernimmt dabei bis zu 50 Euro im Monat für eine digitale Pflegeanwendung und die dabei gegebenenfalls erforderlichen Unterstützungsleistungen.

Wann wird was erstattet?

Die VDiPA soll nun regeln, welche Kriterien DiPA erfüllen müssen, um ins Verzeichnis beim BfArM aufgenommen und damit erstattungsfähig zu werden und wie die Aufnahme einer DiPA ins Verzeichnis beantragt werden kann. So formuliert die Verordnung zum Beispiel Produktmerkmale wie Robustheit oder Werbefreiheit, Barrierefreiheit oder Sicherheit in der Anwendung.

In ihren Stellungnahmen haben sich Verbände und Gesellschaften, Anbieter und Kassen kritisch mit der Verordnung auseinandergesetzt.

So begrüßte beispielsweise die Vorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Carola Reimann, die Verordnung. Im Vergleich zu den digitalen Gesundheitsanwendungen, die seit 2020 als Apps auf Rezept



verordnet werden können, sehe man bei den dIPA deutliche Fortschritte, unter anderem bei den »Regeln zur Preisbildung«. Gemeint ist die Höchstbetragsregelung, die Deckelung des Preises für eine dIPA auf 50 Euro pro Anwendung und Monat.

Auch dass auf ein Fast-Track-Verfahren verzichtet wurde, begrüßte Reimann. Während bei den dIGA die Erstattung während einer Erprobungsphase auch ohne Wirksamkeitsnachweis möglich ist (Fast-Track-Verfahren), habe man bei den dIPA bessere Grundentscheidungen getroffen, lobte sie. Kritisch hingegen bewertete sie den mangelnden Datenschutz der dIPA. Obwohl die Produkte werbefrei sein müssten, würden sogenannte »In-App-Käufe« von zusätzlichen Produkten nicht ausgeschlossen. »Zudem sollte auch die anonyme Nutzung der Pflege-Apps ermöglicht werden«, so Reimann.

Unterschiedliche Sichtweisen

Auch der Sozialverband Deutschland (SoVD) bewertet den neuen Leistungsanspruch in seiner Stellungnahme als »sinnvoll und zukunftsgerecht«. Allerdings mahnte der Verband, die dIPA dürften nur unterstützend, aber nicht ersetzend zum Einsatz kommen. »Pflegerischer Nutzen, niedrigschwellige Hilfestellung, altersgerechte Nutzbarkeit und die Barrierefreiheit (insbesondere der Anwendungen) müssen sichergestellt werden«, erklärte der Verband. Außerdem forderte er mehr Transparenz. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollten aus dem Anwendungsverzeichnis bei BfArM zum Beispiel ersehen können, »wie belastbar die Grundlage für die Feststellung des pflegerischen Nutzens ist (Evidenz-Graduierung)«.

Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung (svdgv) kritisiert als Herstellerverband das, was die AOK begrüßte: den Höchstbetrag von 50 Euro pro Anwendung und Monat. Für Hersteller, die die Vorgaben der vDIPA erfüllen wollen, sei die gedeckelte Erstattung eine »große Herausforderung«, so der Verband in seiner Stellungnahme. Die geforderten Nachweise und Zertifikate indessen seien kosten- und ressourcenintensiv. Auch die Anforderungen, die die vDIPA an den Datenschutz der dIPA stellt, gehen

den Herstellern zu weit. Sie würden »die Nutzerfreundlichkeit erheblich einschränken«. So müssen Passwörter häufig neu eingegeben werden, was besonders kognitiv beeinträchtigten Menschen Probleme bereiten dürfte. Die strengen Vorgaben widersprächen dem Anspruch der vDIPA an Lesbarkeit und etwa der intuitiven Bedienung der digitalen Pflegeanwendungen. Sie könnten bei den geltenden Vorgaben nicht erfüllt werden.

Und nun?

Zurückhaltender als AOK und Hersteller bewertet der Gesundheitsökonom Prof. Dr. Jürgen Zerth von der Wilhelm Löhe Hochschule in Fürth die Deckelung auf 50 Euro. Es sei noch nicht bewertbar, ob der Erstattungsbetrag eher positiv oder negativ wirke. Letztendlich müsse es möglich sein, Preisverhandlungen mit evidenzbasierten Kriterien zu verknüpfen, so Zerth. Der gedeckelte Erstattungsbeitrag ohne Erprobungsperiode mache den Markteintritt für dIPA im Verhältnis zu dIGA zunächst teurer. »Es kommt jedoch darauf an, wie der pflegerische Nutzen aussehen wird.« Offenbar habe man durch die Deckelung verhindern wollen, dass die Preisschraube zu früh in zu hohe Höhen gedreht wird. Probleme sieht er beim Lernprozess, den die Pflegebedürftigen absolvieren müssen, um die Apps zu bedienen. »Das wird der Babyboomer-Generation leichter fallen als den heute 80-Jährigen«. Schließlich regt der Ökonom an, auch den stationären Bereich mit zu berücksichtigen. »Wohingegen in der stationären Langzeitpflege dIPA ob der Schwere der Pflegebedürftigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner weniger gut einsetzbar sein dürften, sind diese in der Tagespflege oder im betreuten Wohnen sehr gut einsetzbar«, sagt Zerth.

»Wenn die Verordnung beschlossen ist, dann wissen wir, was der Umfang der Prüfung ist, die wir machen müssen«, sagt der BfArM-Sprecher Maik Pommer. Laut Bundesgesundheitsministerium wird sie innerhalb der nächsten Wochen verkündet werden. Der genaue Zeitpunkt bleibt abzuwarten. □

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





Richtschnur für Qualität

VERBINDLICHE REGELN für die Qualitätssicherung von Gutachten für die Krankenversicherung schafft eine neue Richtlinie, die der Medizinische Dienst Bund erlassen hat. ►

Die Medizinischen Dienste erstellen im Auftrag der Krankenkassen jährlich Millionen gutachtliche Stellungnahmen. Krankenkassen, Versicherte und Leistungserbringende müssen sich darauf verlassen können, dass diese Stellungnahmen eine hohe Qualität aufweisen und nach bundesweit einheitlichen Kriterien erstellt werden. Darum setzen die Medizinischen Dienste in den Ländern seit vielen Jahren interne Qualitätssicherungsmaßnahmen um. Seit 2020 gibt es eine gemeinsame, alle Medizinischen Dienste übergreifende Qualitätssicherung (QS).

Bisher wurden Richtlinien, die die Begutachtungen des Medizinischen Dienstes betreffen, vom GKV-Spitzenverband erlassen. Mit dem MDK-Reformgesetz hat der Gesetzgeber dem Medizinischen Dienst Bund die Richtlinienkompetenz übertragen. Dazu zählt auch der Auftrag, eine »Richtlinie zur systematischen Qualitätssicherung der Tätigkeit der Medizinischen Dienste« zu erstellen. Diese hat der Medizinische Dienst Bund am 13. Juli 2022 erlassen. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Richtlinie am 12. September 2022 genehmigt. Die Vorgaben sind für alle Medizinischen Dienste bindend.

Die Richtlinie regelt die bundesweit einheitliche Umsetzung der Qualitätssicherung der Begutachtung und Prüfung der Medizinischen Dienste im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie definiert, wie das Verfahren der QS, das Zusammenspiel der Beteiligten und die Ergebnisdarstellung erfolgen.

Allgemeine und spezifische Kriterien

In Anlehnung an das bereits etablierte Qualitätssicherungsverfahren für die Pflegebegutachtung werden bei der Qualitätssicherung von Gutachten für die Krankenversicherung zwanzig allgemeine Qualitätskriterien zugrunde gelegt, die die »Struktur und Vollständigkeit«,

»Formale Verständlichkeit«, »Sozialmedizinische Plausibilität und Nachvollziehbarkeit« der Gutachten sowie »Datenschutz und Mitteilungspflichten« betreffen. Außerdem werden weitere spezifische Qualitätskriterien angewendet, die sich nach den Begutachtungsbereichen richten (AU, Reha, Hilfsmittel, Heilmittel usw.).

In der dienstinternen QS prüft jeder Medizinische Dienst quartalsweise einen zufällig ausgewählten Anteil von mindestens 0,5% all seiner Gutachten einer Begutachtungsgruppe daraufhin, ob die allgemeinen und spezifischen Qualitätskriterien erfüllt sind. Die Ergebnisse der internen QS werden außerdem durch eine übergreifende QS validiert.

In der übergreifenden QS werden 10% der zufällig gezogenen Gutachten aus der internen QS von einem anderen Medizinischen Dienst unter die Lupe genommen. Das Bewertungsergebnis wird jeweils in einem Ampelsystem ausgedrückt. »Grün« zeigt die Übereinstimmung mit dem Qualitätsziel, »gelb« signalisiert Verbesserungspotenzial, und »rot« bedeutet das Nichterfüllen eines Qualitätsziels.

Vor der QS werden die in den Gutachten enthaltenen Versichertendaten anonymisiert; Daten zu den Gutachtenden werden pseudonymisiert.

Gutachten, bei denen die interne und übergreifende QS zu unterschiedlichen Ergebnissen führte, werden in einer bundesweiten, bis zu zweimal im Jahr stattfindenden »Konsensuskonferenz« besprochen. Erkenntnisse daraus können in den Medizinischen Diensten Schulungsbedarfe ermitteln und zu Prozessveränderungen führen. Auf Bundesebene werden Ergebnisse aus den Konferenzen genutzt, um Impulse für die Weiterentwicklung des Qualitätssicherungssystems zu geben.

Zentrales Steuerungsgremium für dieses Qualitätssicherungssystem ist die »Qualitätskonferenz«, in der alle Medizinischen Dienste an der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung arbeiten. Koordiniert wird das QS-Verfahren von der »Geschäftsstelle QSKV« beim Medizinischen Dienst Bund. ◻

Dr. Anja Katharina
Dippmann arbeitet für die
Geschäftsstelle QSKV
beim Medizinischen
Dienst Bund.
QSKV@md-bund.de

René Niggemann
arbeitet für die
Geschäftsstelle QSKV
beim Medizinischen
Dienst Bund.
QSKV@md-bund.de





Achtsam statt gewaltsam in der Pflege

UM PROFESSIONELL Pflegende für das Thema »Gewalt in der Pflege« zu sensibilisieren, startet im Herbst eine bundesweite Initiative, die auch vom Medizinischen Dienst unterstützt wird. ► Die Kampagne »Pflege.Kräfte. Stärken«, federführend vom AOK-Bundesverband initiiert, rückt das Thema »Gewalt in der Pflege« mit Erfahrungsberichten, Plakaten und Interviews in den Fokus. Ziel ist es, professionell Pflegende für das Thema zu sensibilisieren und ihnen Möglichkeiten zur Bewältigung von Gewaltsituationen im Pflegealltag aufzuzeigen. Der Medizinische Dienst Bund und der Medizinische Dienst Nord arbeiten an der Kommunikationsoffensive mit; auch das Zentrum für Qualität in der Pflege (zQP), der Deutsche Pflegerat, die Berufsgenossenschaft (BGW), der AWO-Bundesverband, LAFIM-Diakonie für Menschen im Alter GmbH Teltow, Pflege in Not Brandenburg, der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB), die Vinzentinerinnen, Köln, die Diakonie Berlin, die Barmherzigen Brüder, Rilchingen, und die AOK Nordost beteiligen sich.

Gewalt in der Pflege ist längst kein Nischenthema mehr. Mittlerweile schaut man hin und spricht darüber. Pflege ist Sorgearbeit und hat viel mit Erwartungen, Vertrauen, Intimitäten und Abhängigkeiten zu tun. Das birgt naturgemäß Konfliktpotenzial in sich. Nicht selten sind es die Rahmenbedingungen der pflegerischen Versorgung, die Gewalt in Pflegebeziehungen begünstigen können: Wenn die Personaldecke einer Einrichtung ausgedünnt ist, erscheint es auf den ersten Blick für die Pflegekraft einfacher, den pflegebedürftigen, in der Kontinenz und Mobilität eingeschränkten Menschen mit einer Vorlage zu versorgen, anstatt ihn beim Toilettengang zu begleiten und zu unterstützen. Umgekehrt erlebt die Pflegekraft womöglich Gewalt, wenn sich der pflegebedürftige Mensch mit Beschimpfungen und körperlicher Aggression dagegen wehrt, die Vorlage benutzen zu müssen. Um der Entstehung von Gewalt entgegenzuwirken, bedarf es daher einer Sichtweise, in der keine einseitigen Schuldzu-

weisungen stattfinden, sondern professionell Pflegende unterstützt werden, um auch in schwierigen Situationen angemessen und gewaltfrei handeln zu können. Genau hier setzt die Kommunikationsoffensive an: Sie will Achtsamkeit fördern – sowohl Pflegenden als auch Pflegebedürftigen gegenüber, so dass Situationen, in denen Gewalt entstehen könnte, so gut es geht vermieden werden.

Kein Tabuthema mehr

Der Medizinische Dienst setzt sich seit Jahren für einen umfassenden Präventionsansatz ein. Viele Erkenntnisse aus internationalen und nationalen Projekten haben mittlerweile Eingang in die Praxis gefunden: So können sich stationäre Pflegeeinrichtungen gemäß §5 SGB XI bei der Implementierung eines Konzepts zur Gewaltprävention von den Krankenkassen begleiten und beraten lassen – ein Angebot, das aktuell eher wenig genutzt wird, wie der Präventionsbericht zu den GKV-Leistungen für das Jahr 2021 belegt.

Auch hier dürfte die angespannte Personalsituation in der Langzeitpflege eine Rolle spielen, die sich mit der Corona-Pandemie noch weiter verschärft hat. Insgesamt mangelt es nicht an fundierten Angeboten und Konzepten für eine gute und gewaltfreie Pflege. Vielmehr kommen diese Konzepte nur schleppend in der Praxis an, weil allzu oft die zeitlichen und personellen Ressourcen für eine Umsetzung im Pflegealltag fehlen. Die Kommunikationsoffensive bündelt nun unterschiedliche Konzepte und Angebote zur Gewaltprävention. Sie verdeutlicht auch, dass Pflege nicht alleine gelassen werden darf, sondern dass die Verantwortung auf viele Schultern verteilt sein muss. Dazu gehört es auch, immer wieder die Rahmenbedingungen in der Langzeitpflege zu thematisieren und sich dafür einzusetzen, dass sich um diejenigen gekümmert wird, die Sorgearbeit leisten, sei es professionell oder als pflegender An- und Zugehöriger, damit Gewalt keine Chance hat. ◻

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



Elise Coners ist
Fachbereichsleiterin
Pflegeversicherung
beim Medizinischen
Dienst Nord.
elise.coners@md-nord.de



Der Herpes-Viren-Wecker



BEI NEUN von zehn Menschen schlummert ein ungebeter Gast im Körper. Ist das Immunsystem geschwächt, kann er sich immer wieder und unangenehm bemerkbar machen. Ein Forscherteam der Universität Würzburg hat entschlüsselt, wie Herpesviren wieder aktiv werden. »Wenn mir jemand etwas Ekliges erzählt, sage ich immer im Spaß, dass ich davon Herpes bekomme«, sagt Rebecca Ziege und meint jene typischen Lippenbläschen, mit denen das aktive Herpes-Simplex-Virus von Zeit zu Zeit äußerlich in Erscheinung tritt. Wie zwei Drittel der Weltbevölkerung trägt sie den Erreger in sich und weiß: »Noch bevor etwas zu sehen ist, spüre ich ein Kribbeln an der Oberlippe. Dann weiß ich schon, da kommt was.«

Lippenherpes wird vor allem durch das Herpes-simplex-Virus vom Typ 1 hervorgerufen, während das Herpes-simplex-Virus vom Typ 2 überwiegend Genitalherpes verursacht. In Europa tragen je nach Region zwischen 44 und 74% der Bevölkerung das Herpes-simplex-Virus vom Typ 1 in sich, jedoch bricht es nur bei bis zu 40% der Infizierten auch aus.

Lebenslange Begleiter

Acht von über 200 verschiedenen Herpes-Viren können Erkrankungen auslösen. Sie alle sind persistent, das heißt, sie bleiben nach der ersten Ansteckung im Körper. Dort verharren sie im Ruhemodus (Latenz), können aber immer wieder aktiv werden. »Es ist ärgerlich, wenn man immer wieder so auffällige Bläschen im Gesicht bekommt: egal, ob man lange in der Sonne war, nur wenig geschlafen hat oder wenn eine Erkältung im Anmarsch ist.« Die Behandlungsmöglichkeiten der ansteckenden Herpes-Infektionen beschränken sich auf das Lindern der Symptome und das Verhindern der Virusvermehrung. Tückisch ist, dass die klassischen Symptome auch ganz ausbleiben können (latente Infektion). Die Inkubationszeit bei Herpes liegt zwischen drei und sieben Tagen.

»Wenn wir verstehen, wie sich Herpesviren aus dem Ruhemodus reaktivieren, wissen wir, wie wir therapeutisch eingreifen können«, sagt PhD. Bhupesh Prusty. Deshalb hat er gemeinsam mit Prof. Dr. Lars Dölken und einem wissenschaftlichen Team am

Institut für Virologie und Immunbiologie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg zu diesem Thema geforscht. »Wir haben das Humane Herpesvirus 6 (HHV-6) untersucht und einen Mechanismus entdeckt, der dazu beiträgt, dass das Virus wieder aktiv wird«, erklärt Prusty: »Eine zentrale Rolle übernimmt nach unseren Forschungsergebnissen dabei die Mikro-RNA miR-aU14.«

Viren bestehen aus einem oder mehreren Molekülen und sind manchmal von einer Eiweißhülle umgeben. In ihrem Inneren tragen sie die Informationen zu ihrer Vermehrung. Die gespeicherte Erbinformation wird von der Ribonukleinsäure (RNS oder RNA) in die Wirtszelle transportiert, damit dort zahlreiche neue Viruspartikel hergestellt und zu neuen Viren zusammengebaut werden können. Die Mikro-RNA, eine kurze RNA, übernimmt bei der Weitergabe von Erbinformationen eine wichtige regulierende Rolle.

Geheimhaltungsfunktionen

»miR-aU14 beeinflusst als Mikro-RNA von HHV-6 die Wirtszelle so, dass keine Botenstoffe produziert werden, die dem Immunsystem das Erwachen des Virus melden«, erklärt Prusty. »Auf diese Weise kann HHV-6 ungestört seine Aktivität wieder aufnehmen und sich ohne Gegenwehr vermehren.«

HHV-6 steht im Verdacht, nach seiner Reaktivierung u. a. die Herzfunktion zu beeinträchtigen, die Abstoßung transplanterter Organe zu verursachen und Krankheiten wie multiple Sklerose oder das chronische Erschöpfungssyndrom auszulösen.

»Neben der Bedeutung für die Virusvermehrung konnten wir feststellen, dass die Mikro-RNA direkt die Reaktivierung des Virus aus dem Ruhemodus auslöst«, sagt Prusty. »Jetzt wollen wir weiter herausfinden, wie genau das funktioniert und ob andere Herpesviren, wie wir vermuten, über den gleichen Mechanismus reaktiviert werden.« Dadurch könnten neue Behandlungsmöglichkeiten entstehen, bei denen zum Beispiel verhindert wird, dass die Viren wieder aktiv werden. »Eine andere Option wäre, die Aktivität gezielt auszulösen, um dann die vom Virus betroffenen Zellen auszuschalten.«

Christine Probst

Notapotheke der Welt

DER VEREIN *action medeor* setzt sich weltweit in Krisengebieten und Katastrophenregionen für eine bessere Gesundheitsversorgung ein. Er liefert Medikamente, Medizin- geräte, pharmazeutische Beratung und bildet Fachpersonal aus. ► Zwei Tage vor offiziellem Kriegsbeginn in der Ukraine erreichte action medeor e.V. ein erster Hilferuf von einem ukrainischen Krankenhaus im Westen des Landes. Innerhalb kürzester Zeit organisierte der Verein einen ersten Transport in die Ukraine. »Die erste Lieferung enthielt überwiegend Verbandsmaterial, weil für diese Hilfsgüter die Hürden für die Einfuhr nicht so hoch sind«, erklärt Dr. Markus Bremers, Pressesprecher von action medeor. Sind erst einmal sichere Zugangskorridore eingerichtet und alle zollrechtlichen und medikamentenrechtlichen Fragen im zu beliefernden Land geklärt, folgen größere Hilfslieferungen mit Medikamenten oder Medizingeräten.

Hauptsächlich ist die Hilfsorganisation in Afrika, Asien und Südamerika aktiv. Am Hauptstandort in Tönisvorst am Niederrhein steht ein 4000 m² großes Lager, in dem bis zu 150 verschiedene, von der WHO als essenziell eingestufte Medikamente und medizinisches Equipment lagern. Diese werden an Gesundheitsstationen in den unterschiedlichen Nationen zu Selbstkosten oder spendenfinanziert abgegeben. Neben dem Hauptlager unterhält action medeor drei weitere Niederlassungen in Tansania und zwei in Malawi. Von dort können regionale Gesundheitsstationen schnell und kostengünstig versorgt werden.

Medizinisches Personal aus- und weiterbilden

Zur umfassenden Versorgung gehören auch medizinische Geräte sowie Personal, das die Geräte bedienen kann. Der Verein besorgt die Technik und schult die Fachkräfte. Auch für die pharmazeutische Aus- und Weiterbildung macht sich action medeor stark: Damit das Personal vor Ort langfristig selbstständig arbeiten kann, bietet der Verein pharmazeutische Trainings an und fördert die Ausbildung von Pharmazeuten. Damit soll die Herstellung von Medikamenten vor Ort gefördert werden, so dass im besten Fall die eigenen Hilfslieferungen überflüssig werden.

Miriam Mirza schreibt am liebsten über Gesundheit, Medizin, Pharma und Pflege und ist freie Journalistin im Rheinland.
miriammirza@gmail.com



Die Hilfsorganisation setzt bei ihrer Arbeit grundsätzlich auf die Kooperation mit lokalen Partnern. »Unser Ziel ist es, vorhandene Strukturen zu nutzen und auszubauen, um die medizinische Versorgung auch dann aufrechtzuerhalten, wenn wir nicht mehr anwesend sind«, sagt Bremers. So kann Hilfe schnell und effektiv organisiert werden. Das ist besonders in humanitären Krisen – wie etwa in der Ukraine – oder bei Naturkatastrophen wie Dürren und Überschwemmungen von Vorteil.

Erfahrung aus über 50 Jahren

action medeor wurde 1964 gegründet. Damals sammelte der Vorster Hausarzt Dr. Ernst Boekels Medikamente von Ärzten ein, um diese an bedürftige Menschen in Entwicklungsländern zu schicken. Inzwischen ist der Verein Mitglied des Deutschen Spendenrats und Teil der »Aktion Deutschland Hilft«. Was als kleine Aktion begann, ist bis heute zu einer anerkannten Hilfsorganisation mit 81 hauptamtlichen Mitarbeitern und 46 ehrenamtlichen Helfern angewachsen.

Angesichts der weltweiten Krisengebiete wird der Einsatz von action medeor zunehmend nachgefragt. Was den Helferinnen und Helfern dabei zugutekommt, sind gute Kontakte und die langjährige Erfahrung auch und vor allem bei der Organisation. Das gilt auch für die Hilfseinsätze in die Ukraine: »Obwohl in dem Land Krieg herrscht, gibt es Vorschriften, die es zu erfüllen gilt«, berichtet Bremers. Inzwischen ist eine Art »grüner Korridor« eingerichtet. Seit Kriegsbeginn fahren wöchentlich ein bis zwei 40-Tonnen-LKW mit dringend benötigten Hilfsgütern ins Kriegsgebiet.

Das wird noch lange nötig sein, ist sich Bremers sicher. Denn ein Ende des Konflikts scheint nicht in Sicht – sicher ist nur, dass action medeor Hilfe leisten wird, solange es nötig ist. ►



Von der Kinderärztin zum Internisten

DER WECHSEL von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin gelingt insbesondere bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen nicht immer reibungslos. Woran liegt das? Als Luis 16 Jahre alt war, wollte er nicht mehr mit Kleinkindern ins Wartezimmer. Seitdem geht er nicht mehr zum Kinderarzt, sondern zur Hausärztin seiner Eltern. In seinem und in vielen anderen Fällen geschieht der Wechsel von der Kinderarztpraxis in die Erwachsenenmedizin völlig unkompliziert – meist irgendwann in der Phase der Pubertät, bei manchen Kindern eher, bei anderen später.

Spätestens bis zum 18. Lebensjahr sollte der Übergang vollzogen sein, denn es gilt: Alle hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte dürfen in Deutschland zwar Kinder und Jugendliche behandeln. Für Kinder- und Jugendärzte gilt dies aber in der Regel nur bis zum 18. Lebensjahr. Nur in begründeten Ausnahmefällen, wenn es zum Beispiel für die Weiterbehandlung bestimmter Erkrankungen keine Spezialisten in Wohnortnähe gibt, können sie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern eine Verlängerung beantragen.

Chronisch krank erwachsen werden

Sind Jugendliche geistig beeinträchtigt oder chronisch erkrankt, gelingt der Wechsel in die Erwachsenenmedizin – die sogenannte Transition – nicht immer ohne Probleme. Betroffene Kids müssen erwachsen werden und dabei zunehmend selbstständig mit ihrer chronischen Krankheit zurechtkommen. Freundschaften, Partnerschaften, das Loslassen der Eltern – Transition ist mehr als der Übergang in die Erwachsenenprechstunde. »Dann einen reibungslosen Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin zu bewerkstelligen, ist eine anspruchsvolle Aufgabe«, sagt die Deutsche Gesellschaft für Transitionsmedizin e.V., in der sich Vertreterinnen und Vertreter aus Ärzteschaft, Psychologie, Sozialmedizin, Genetik und Soziologie für mehr interdisziplinären Austausch engagieren, Veranstaltungen organisieren und Forschungsprojekte unterstützen. Ihr Ziel: Für chronisch kranke Kinder und Jugendliche soll der Übergang von einer Kind-zentrierten zu einer Erwachsenen-zentrierten Gesundheitsversorgung verbessert werden.

»Ca. 15 % aller Kinder und Jugendlichen sind chronisch krank und brauchen dauerhaft eine besondere, spezialisierte medizinische und soziale Versorgung. Bei 30 bis 40 % von ihnen kann die Transition problematisch werden«, weiß Jana Findorff, die im Rahmen des Berliner TransitionsProgramms der DRK Kliniken Berlin Jugendliche betreut und ergänzt: »Oft werden die Kids etwa von pädiatrischen Zentren gut auf die Weiterbetreuung vorbereitet, aber es gibt auch Jugendliche, die zeitweise ganz aus der medizinischen Versorgung fallen. Gehen sie – warum auch immer – nicht vom Kinderarzt zum weiterbehandelnden Rheumatologen, Diabetologen, Neurologen oder Psychiater zum Beispiel, weiß weder der Erwachsenen-Spezialist, dass sie kommen wollten, noch erfährt der Kinderspezialist, dass sie nicht angekommen sind. Erst wenn Komplikationen auftauchen, sich der Gesundheitszustand verschlechtert, offenbart sich der Ernst der Lage; und das ist so unnötig«.

Dass der Übergang nicht klappt, hat laut Findorff unterschiedliche Gründe. Manchmal seien die Jugendlichen noch nicht so weit, um sich allein in eine andere Betreuungsstruktur und -kultur zu begeben. Manchmal könnten Familien auch nicht dabei unterstützen. Ein flächendeckendes Konzept für die angemessene Überleitung und Weiterversorgung der betroffenen Jugendlichen in der Erwachsenenmedizin würde helfen, meint sie. Zwar gebe es in einigen Bundesländern regionale Aktivitäten, auch Initiativen von Krankenkassen, um die Transition zu verbessern, aber generelle, im Versorgungssystem verankerte Lösungen seien nicht etabliert, auch weil die Finanzierung transitionsspezifischer Leistungen nicht geregelt sei.

Aus der Praxis

Mehr als 1500 junge Patientinnen und Patienten hat das von der Robert Bosch Stiftung geförderte Berliner TransitionsProgramm seit 2009 begleitet. Es bietet bundesweit Kooperationsverträge für Kinderarztpraxen, pädiatrische Zentren, Institutsambulanzen und übernimmt das Fallmanagement während der Transition. Heißt, betroffene Jugendliche haben ein Jahr lang eine persönliche Ansprechperson an ihrer Seite, die informiert, berät und zum



Beispiel dabei unterstützt, die passende weiterbehandelnde fachärztliche Praxis zu finden, Termine zu vereinbaren, einzuhalten und aufzuarbeiten oder auch zwischen Patient, Pädiater und Facharztpraxis zu vermitteln.

»Wenn Jugendliche einen umfassenden Versorgungsbedarf haben, ist es umso wichtiger, die Transition und die weitere Behandlung des Betroffenen zu planen – auch um das, was wir bisher in der Pädiatrie für ihn erreicht haben, nicht zu gefährden«, sagt Kinderarzt Dr. Olaf Kaiser. Als Neuropädiater kümmert er sich in der Kids4.o-Praxis in Mülheim-Speldorf auch um junge Menschen mit Nerven- und Muskelerkrankungen, mit Anfallsleiden, geistigen und körperlichen Behinderungen oder Fehlbildungen des Gehirns und Rückenmarks. Gerade hat er eine Kooperation mit einer niedergelassenen »Erwachsenen«-Neurologin aufgebaut: »Ich weiß jetzt, wer nach mir weitermacht und dass die Kollegin die komplexen Fälle gut ›handlen‹ kann. Wir können schnell Kontakte herstellen, uns auf kurzem Weg austauschen. Und vielleicht ist es ja auch gut, dass ein anderer Experte einen ganz neuen Blick auf den Betroffenen hat.«

Knapp zehn Patientinnen und Patienten betreut Kaiser derzeit, die älter als 18 Jahre sind. Weil sie einen so komplexen Versorgungsbedarf haben und eine optimale Versorgung in Wohnortnähe anders nicht sicherzustellen wäre, hat die zuständige Kassenärztliche Vereinigung einem Verlängerungsantrag zugestimmt, so dass er die Betroffenen nun noch ca. fünf Jahre weiterbehandeln darf. Das aber ist die Ausnahme. In der Regel übernehmen die Krankenkassen Behandlungen von Kinderärztinnen und Kinderärzten bis zum 18. Geburtstag.

Erwachsenwerden zulassen

Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist die Situation ähnlich: »Grundsätzlich werden dort Betroffene bis zum 18. Lebensjahr – in Ausnahmefällen bis zum 21. Lebensjahr – versorgt, Volljährige vom 18. Lebensjahr an von der Erwachsenenpsychiatrie«, weiß Dr. Wiebke Martinsohn-Schittkowski. Dass es Stimmen gibt, die dafür plädieren, junge

Menschen auch weit über das 21. Lebensjahr hinaus in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu behandeln, kann die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, die im Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste arbeitet, nicht nachvollziehen: »Eine Fixierung auf die kindspezifischen Versorgungsstrukturen finde ich so nicht richtig.« Vielmehr müssten psychisch kranke junge Menschen befähigt werden, soweit wie möglich selbstständig zu werden und ins Erwachsenenleben hinüberzugleiten. »Eine Frau mit Anfang 20 und einer ausgewachsenen Depression – die will als Erwachsene wahrgenommen werden, die will nicht auf eine Station mit Kindern und Jugendlichen.« Würden betroffene junge Menschen in einem unangemessen behütenden Umfeld betreut, fördere das eine Regression, also die Rückkehr auf eine frühere Stufe der psychosozialen Entwicklung, befürchtet Martinsohn-Schittkowski.

Die Kinder- und Jugendpsychiaterin ist überzeugt: »Psychisch kranke junge Erwachsene brauchen ein Angebot, das sich an dem individuellen Entwicklungsstand orientiert, um die herausfordernden Anforderungen dieser Lebensspanne zu meistern. Hierbei brauchen sie gestufte Hilfestellungen in der Alltagsbewältigung genauso wie ein reifungsabhängiges therapeutisches Arbeiten. Am besten können die Entwicklungsaufgaben in einer Gruppe Gleichaltriger mit ähnlichen Interessen und Lebensthemen gemeistert werden. Es können soziale Beziehungen eingegangen, Nähe und Distanz erprobt, Netzwerke aufgebaut werden. Nur warum sollte das in der Kinder- und Jugendpsychiatrie passieren?

Dass es wichtig ist, den Schritt in die Erwachsenenmedizin rechtzeitig zu gehen und nicht zu lange aufzuschieben, meint auch Kinderarzt Olaf Kaiser: »Ich möchte mir keine Sorgen machen müssen, dass sich im Erwachsenenalter etwas verändert, für das ich dann nicht perfekt ausgebildet bin.« ■

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



Elixiere des Todes

MIT *SILENT SPRING* schrieb Rachel Carson in den 1960er Jahren ein Sachbuch über Umweltgifte, das ein Weltbestseller wurde und bis heute nachwirkt. »Es war einmal eine Stadt im Herzen Amerikas, in der alle Geschöpfe in Harmonie mit ihrer Umwelt zu leben schienen.« So beginnt eines der wichtigsten Sachbücher über Umweltgifte. Ein Buch, das als Ausgangspunkt der us-amerikanischen Umweltbewegung gilt und beim Erscheinen im September 1962 sofort ein Bestseller wurde. 40 000 Vorbestellungen gab es, nach einem halben Jahr waren schon eine halbe Million Exemplare verkauft. Das Buch, das wie ein Märchen beginnt, löste internationale Debatten und strengere Gesetze aus. Die Autorin: Rachel Louise Carson, eine amerikanische Biologin und Autorin. Sie wurde am 27. Mai 1907 in Pennsylvania geboren und wuchs auf einer kleinen Farm bei Pittsburgh auf als jüngstes von drei Kindern. Sie wurde die berühmteste Wissenschaftsautorin ihrer Zeit – vielleicht auch deshalb, weil sie als Wissenschaftlerin nicht so erfolgreich war wie als Autorin.

»Nicht brillant«, urteilte ihr Professor

Ihre erste Geschichte wurde gedruckt, als sie elf Jahre alt war. Trotzdem, so erzählte sie 1954, hatte sie nie geglaubt oder gehofft, Schriftstellerin zu werden. Wissenschaftlich gefördert wurde sie jedoch schon früh: Sie begann 1925 ein Englisch-Studium mit einem Stipendium am renommierten Pennsylvania College for Women, entschied sich dann aber für die Biologie und wechselte mit einem weiteren Stipendium zur Johns Hopkins Universität in Baltimore. 1929 machte sie ihren Bachelor mit »Magna cum Laude«, danach ihren Master in Zoologie. 1932 begann sie ihre Doktorarbeit – und kam nicht vom Fleck. Sie versuchte es mit Forschung an Reptilien, Wels-Embryonen, Eichhörnchen und an Aalen, doch die Versuche scheiterten zumeist. Das Studium empfand sie als hart und zermürend, zudem waren die Beschäftigungsaussichten in der Wissenschaft für Frauen deutlich schlechter als für Männer.

1934 verließ Rachel Carson die Universität ohne Promotion und ohne Lebensplan. Der

fehlende Titel sollte ihr später noch vorgeworfen werden, ebenso der Umstand, dass sie eine Frau war, mehr noch: eine ledige, kinderlose Frau. Und eine Karriere, die hielt offenbar auch kaum jemand für möglich. So beurteilte einer ihrer Biologie-Professoren sie als »gründliche, hart arbeitende Person, nicht brillant, aber sehr fähig und mit guten Kenntnissen in Biologie«. Sie sei »zuverlässig« und werde »eine zufriedenstellende Lehrerin sein«. Dann lenkte der Zufall die Geschicke: Ein Abteilungsleiter des us Bureau of Fisheries suchte händierend jemanden, der Radioskripte über das Meeresleben verfassen konnte – und Carsons ehemalige Professorin empfahl sie dort. Das Projekt glückte, und danach verkaufte sie erfolgreich Texte an die »Baltimore Sun«. Sie schrieb über den Rückgang der Tier- und Pflanzenwelt in Amerika, etwa über den Rückgang verschiedener Fischarten vor Ort, und forderte, sowohl das Wohl der Fische als auch das der Fischer zu berücksichtigen.

Wissenschaft fesselnd und verständlich beschrieben

Vor allem das Meer liebte sie. Ihr erstes Buch *Under the Sea-Wind* wurde erst mit Verspätung ein Erfolg, denn es erschien 1941 im Schatten des Zweiten Weltkriegs und kurz vor dem japanischen Angriff auf Pearl Harbor. Ihren ersten Bestseller landete sie 1951 mit *The Sea Around Us*. Denn Rachel Carson beschrieb die Natur und die Wissenschaft fesselnd und verständlich, eindringlich, anschaulich und auch emotional. Damit traf sie einen Nerv. Mit ihrem vierten Buch *Der stumme Frühling* (*Silent Spring*) wurde sie dann international berühmt. Im Mittelpunkt: DDT.

Die Abkürzung steht für Dichlordiphenyltrichlorethan: Das erstmals 1873 synthetisierte Insektizid tötete Fliegen, Mücken und andere scheinbar lästige kleine Naturbewohner schon nach bloßer Berührung und in winzigen Mengen. Für Menschen hingegen galt es als ungefährlich. Ein Schweizer Chemiker erhielt 1948 »für die Entdeckung der starken Wirkung von DDT als Kontaktgift gegen mehrere Arthropoden (Gliederfüßer)« sogar den Nobelpreis für Medizin. Im

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



»Wir führen Krieg gegen andere Lebewesen.
Die Natur benötigt deshalb unseren Schutz.
Aber auch der Mensch selbst muss vor seinen eigenen Taten
geschützt werden, denn er ist Teil der lebendigen Welt.
Sein Krieg gegen die Natur
ist unentrinnbar ein Krieg gegen sich selbst.«



Zweiten Weltkrieg wurde es erfolgreich von Soldaten in den Tropen eingesetzt, nach dem Krieg großflächig über ganzen Landstrichen verstreut. Flüchtlinge, Betten, Lebensmittel und Kinder wurden mit DDT entseucht oder vorsorglich eingesprüht, um Insekten fernzuhalten. Weltweit konnten Malaria, Pest, Gelbfieber oder die Schlafkrankheit zurückgedrängt werden.

Ein Gift, das sich in der Nahrungskette anreichert

Doch auf den Rausch folgte eine bittere Erkenntnis: Die Tiere wurden resistent und die Malaria wütete schlimmer als zuvor, weil das DDT auch die Konkurrenten der Krankheitsüberträger aus dem Weg geräumt hatte. Man erkannte, dass es über die Nahrungskette auch andere Tiere tötete. Und: DDT gehört zu den persistenten chlorierten Kohlenwasserstoffen. Es ist in der Umwelt beständig – nach 30 Jahren ist erst die Hälfte abgebaut. Es reichert sich in der Leber, im Nervensystem und im Fettgewebe an. Menschen droht ein höheres Krebsrisiko, Fehlbildungen oder Unfruchtbarkeit.

Rachel Carson trug als Biologin und Autorin alles zusammen, was in der Fachwelt über DDT und ähnliche Insektizide bekannt war. Die Buchausgabe von 1994 enthält 55 Seiten Quellenangaben. Sie dokumentierte verendete Nutztiere, resistente Schädlinge und eine Anreicherung des Giftes. Sie trat im Fernsehen auf und sagte vor dem Kongress aus. Ihr Buch veranlasste Präsident John F. Kennedy, eine Kommission zu ernennen, die untersuchen sollte, ob ihre Erkenntnisse der Wahrheit entsprachen. Der Gegenwind war tatsächlich enorm. Die Landwirtschaft und die Chemiekonzerne fürchteten um ihr Geschäftsmodell und konterten, ohne Mittel wie DDT sei die Ernährungssicherheit gefährdet und die Menschheit falle ins finstere Mittelalter zurück. Monatelang gab es heftige Diskussionen in den USA, Hearings im Senat, zahlreiche Radio- und TV-Sendungen.

Seit 1972 ist DDT in den USA verboten

Fehler waren Rachel Carson nicht nachzuweisen. Sie blieb äußerlich gelassen, auch wenn sie als Fräulein, alte Jungfer oder hysterisches Weib beschimpft

wurde. Sie hatte nicht nur DDT vom Sockel geholt, sondern auch den bedingungslosen Fortschritts glauben jener Zeit. Dabei war sie keineswegs gegen jede Art von Pestiziden, die sie »Elixiere des Todes« nannte, sondern nur für einen überlegten Einsatz oder für Alternativen. Tatsächlich untersagte die US-Behörde für Lebens- und Arzneimittel, die Food and Drug Administration (FDA), schon 1959 den Verkauf von insektizidbesprühten Cranberries aufgrund deutlicher Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Pestizideinsatz und Schilddrüsenkrebs. 1969 leitete Präsident Richard Nixon das Verbot von DDT ein, 1972 trat es in den USA in Kraft, kurz darauf auch in Europa. Seit 2004 ist DDT weltweit verboten.

Carson begründete so in den 1950er Jahren die Umweltbewegung in den USA. Mit ihrem ökologischen Weitblick war sie eine Vordenkerin für Generationen – und ein Beispiel, wie viel eine einzelne Person auch gegen großen Widerstand ausrichten kann. Zwar endet das Märchen-Idyll im ersten Buchkapitel von *Silent Spring* unheilvoll: Die Stadt mit blühenden Kornfeldern, Obstgärten und Wolken weißer Blüten über grünen Feldern, mit Füchsen, Rotwild und einer reichen Vogelwelt wird von einer seltsamen, schleichenden Seuche heimgesucht. »Unter ihrem Pesthauch begann sich alles zu verwandeln. Rätselhafte Krankheiten rafften Küken scharen dahin, Rinder und Schafe verendeten. Über allem lag der Schatten des Todes. Und eine unheimliche Stille. Kein Bienensummen, kein Vogelgezwitscher. Seen und Flüsse sind plötzlich fischleer. Und dann sterben auch Menschen an neuartigen Leiden, und die Ärzte müssen hilflos zusehen.« Aber die Mahnung Rachel Carsons, sich die Welt nicht untertan zu machen, brachte ein neues Umwelt- und Gesundheitsbewusstsein auf den Weg. Rachel Carson wurde 1980 postum mit der Presidential Medal of Freedom, der höchsten zivilen Auszeichnung der USA, ausgezeichnet. Das Time Magazin wählte sie zu den einhundert bedeutendsten Persönlichkeiten des 20. Jahrhunderts. All das hat die Biologin und Poetin aus Pennsylvania nicht mehr erlebt. Sie starb am 14. April 1964 mit 56 Jahren in Maryland an Krebs – nur rund anderthalb Jahre nach dem Erscheinen ihres Welt-Bestsellers. 

Die Rettung kommt aus der Luft

EINE MÖGLICHST schnelle Versorgung und Diagnostik sind in der Medizin lebensrettend. Der Einsatz von unbemannten Luftfahrzeugen – sogenannten Drohnen – kann dabei eine wichtige Rolle spielen. ► Montagmorgen. Die Straßen rund ums Krankenhaus sind verstopft. Im OP-Saal wird dem narkotisierten Patienten ein Tumor entfernt. Noch während der OP soll eine Gewebeprobe – ein sogenannter Schnellschnitt – von einem Pathologen untersucht werden. Doch der Transport der Probe zum 15 Kilometer weit entfernten Labor braucht mehr als eine halbe Stunde. Oder auch nicht – wenn eine Drohne die Lieferung übernehmen könnte: Sie fliegt über den Stau hinweg, die Laborergebnisse liegen schneller vor, die OP- und Narkosezeit verkürzt sich.

Ein Science-Fiction-Szenario? Weit gefehlt! Der Einsatz von unbemannten Luftfahrzeugen – sogenannten Drohnen – in der medizinischen Versorgung wird bereits an vielen Standorten in Deutschland getestet. In Hamburg etwa läuft derzeit das vom Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur geförderte Projekt Medifly, bei dem Gewebeproben im Flug von einer Klinik zur anderen transportiert werden sollen. »Wir möchten herausfinden, ob das Thema Drohnen im Krankenhaus-Bereich eine Zukunft hat«, sagt Sabrina John, Projektleiterin von Medifly und Geschäftsführerin der GLVI Gesellschaft für Luftverkehrsinformatik.

Medizinische Kurier-Transporte

Dass eine Drohne in der Lage ist, medizinische Kurier-Transporte zu übernehmen, hat sie im Testbetrieb längst bewiesen. Dennoch ist noch einiges zu klären – gerade in Städten wie Hamburg, in denen es rund um die Flughäfen eine große Kontrollzone gibt, in der unbemannte Luftfahrzeuge nicht fliegen dürfen. Auch die Frage, wie unbemannte Luftfahrzeuge in Krankenhaus-Prozesse integriert werden können, spielt aus der Sicht von Medifly-Projektleiterin John eine wichtige Rolle: »Passt die Einbindung von Drohnen überhaupt in die Abläufe eines Krankenhauses, oder verschwenden wir die Zeit, die man mit den Flügen im Vergleich zu einer Blaulicht-Fahrt einspart, mit der Logistik vor Ort?«

Nicht nur die Verantwortlichen von Medifly suchen nach Antworten auf solche Fragen. In Greifswald laufen seit 2018 verschiedene Phasen des vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projektes »mv|Life|Drone-Challenge« (MVLDC), bei dem Drohnen Defibrillatoren und anderes medizinisches Material transportieren: »Der Rettungsdienst trifft in dünn besiedelten Flächenländern wie Mecklenburg-Vorpommern auf große Herausforderungen, die vorgeschriebenen Hilfsfristen einzuhalten«, erklärt Projektleiterin Dr. Mina Baumgarten von der Universitätsmedizin Greifswald.

Im Notfall zählen Sekunden

Bei Herz-Kreislauf-Versagen zählen mitunter Sekunden. Im Winter 2019 wurden innerhalb der ersten Projektphase von MVLDC insgesamt 42 Drohneinsätze mit einer Reanimationspuppe simuliert: Ein Laie setzte den Notruf ab, die Leitstelle alarmierte einen geschulten Ersthelfer per Smartphone und schickte parallel die übers Mobilfunknetz gesteuerte Drohne mit Defibrillator los. Strecken bis zu 10 Kilometern Luftlinie wurden getestet – im sogenannten »Außer-Sicht-Flug«: Derjenige, der die Drohne lenkt, der Steuerer, hatte sein Luftfahrzeug nicht mehr im Blick. Das erste Fazit nach den Testflügen: Die Defis erreichten rasch und unbeschadet ihr Ziel.

Ob für den Transport von Gewebeproben, Defis, Blutkonserven oder etwa für die Suche nach Verletzten nach einem Unglück – denkbare Einsatzfelder für unbemannte Luftfahrzeuge im Gesundheitssystem gibt es viele. Doch die übers ganze Land verstreuten Projekte und Insellösungen machen eine bundesweite Standardisierung des Einsatzes von Drohnen in der medizinischen Versorgung schwer. Es fehlt bislang an bundesweiten Konzepten für die Anwendung: Wie können diese in bestehende Versorgungsstrukturen integriert werden? Wer ist zuständig? Welche technischen und rechtlichen Hürden bestehen? Welche Anforderungen gibt es ans Personal?

Fragen, die sich bei jedem Drohnen-Projekt stellen. Genau das trieb Dr. Mina Baumgarten von mv|Life|Drone-Challenge um, als ihr Projekt Mitte 2020 in die zweite Phase ging: »Es ist nicht nachhaltig, wenn bundesweit immer wieder kleinere Förder-



summen ausgegeben werden für einzelne Innovationsförderungen. Wir sollten besser werden, die Schwarmintelligenz zu nutzen, und die Erkenntnisse bündeln.« So wurden bis Mitte 2021 die Erfahrungen aus mehr als einem Dutzend Drohnen-Projekten in Deutschland in einem Positionspapier zusammengetragen, das mittlerweile als Buch unter dem Titel *Unbemannte Flugsysteme in der medizinischen Versorgung – Strategien zur Überwindung von Innovationsbarrieren* veröffentlicht worden ist (ISBN 978-3-658-35371-1).

Es fehlen einheitliche Regelungen

Deutschlandweit haben Fachleute aus zahlreichen Disziplinen daran mitgewirkt – unter anderem auch der Rechtsanwalt Dr. Oliver Heinrich, der sich mit den rechtlichen Fragestellungen rund um den Einsatz von unbemannten Luftfahrzeugen beschäftigt. Gesetzlich sind Drohnen erst seit 2012 im Luftverkehrsrecht verankert: Es gibt rechtliche Anforderungen an die Technik der unbemannten Luftfahrzeuge, an den Betrieb und an den Steuerer. »Das Recht verändert und entwickelt sich allerdings ständig«, erklärt Heinrich. Die Agentur der Europäischen Union für Flugsicherung sei dabei, einheitliche Regelungen für Drohnenflüge zu entwickeln und vorzugeben. Noch fehlen diese jedoch – auch für den medizinischen Bereich.

Dabei gelten gerade für den Einsatz von Drohnen im Außer-Sicht-Betrieb besondere Sicherheitsanforderungen: »Wir müssen klären, über welches Gebiet die Drohne fliegen soll – bewohntes Gebiet, Autobahnen, Bahntrassen, Wasserstraßen oder gar Naturschutzgebiete, dann spielen auch die Naturschutzbehörden eine Rolle«, sagt Heinrich, »das sind alles keine unüberwindbaren Hürden, aber dessen muss man sich bewusst sein, denn hier muss man interdisziplinär arbeiten.« Im Thesenpapier empfehlen der Rechtsanwalt und die weiteren Autoren daher unter anderem Standardanforderungen für den Einsatz von Drohnen in der Medizin, um Rechtssicherheit zu bekommen: »Es muss klar sein, dass ich, wenn ich mich an die und die Einsatzszenarien halte, die Drohne fliegen darf.«

Ökonomisch sinnvoll?

Auch die Anforderungen an die Technik müssen erfüllt sein: Es braucht Drohnen, die nicht nach jedem Einsatz gewartet oder mit Ersatzteilen bestückt werden müssen. Da, so ist sich Sabrina John vom Hamburger Projekt Medifly sicher, sei man auf einem guten Weg: »Die Geräte werden immer besser und zuverlässiger.« Nur brauche es auch Personal, das diese Geräte bedienen kann: »Das ist was anderes als ein Auto, man braucht ein anderes Wissen, muss eine andere Ausbildung mitbringen«, betont John, »da es um den Luftraum geht, gibt es hohe Auflagen, es sind viele Spezialkenntnisse gefordert.« Eine weitere, ganz entscheidende Frage: Können Drohnen in der Gesundheitsversorgung – im Gegensatz etwa zu einem Transport auf der Straße – überhaupt wirtschaftlich eingesetzt werden? »Ich konkurriere mit einem Fahrzeug am Boden, da sind die Kosten deutlich niedriger, und es gibt keine so hohen Anforderungen ans Personal«, fasst die Medifly-Projektleiterin das Problem zusammen.

Abschließend beantwortet ist die Frage noch nicht, auch weil, wie Baumgarten erklärt, die bislang durchgeführten Drohnen-Projekte zu kurzfristig angelegt waren. »Was wir brauchen, ist eine Innovationsförderung, die über den kurzfristigen Bereich hinausgeht und einen längerfristigen Einsatz von unbemannten Flugfahrzeugen im medizinischen Bereich überprüft mit der Fragestellung: Sind Drohnen ein sinnvolles Mittel in der Versorgung, rechtfertigen die Kosten den Nutzen?« Sie wünscht sich die Einrichtung eines nationalen Kompetenzzentrums für Drohnen in Deutschland. Damit es auch hierzulande in absehbarer Zukunft Nachrichten gibt wie diese aus Schweden Anfang des Jahres: »Defibrillator-Drohne hilft bei Herz-Attacke eines 71-Jährigen.« Denn in manch anderen Ländern sind unbemannte Luftfahrzeuge in der medizinischen Versorgung eben keine Zukunftsmusik, sondern längst Realität. □

Nina Speersneider
arbeitet unter anderem
als freie Journalistin
in Oberhausen.
nina@speersneider.de



Sich-pudelwohl-Fühlen im Büro?

Auch

das

noch:

STÄNDIG klingelt das Telefon, ein schwieriges Kundengespräch steht bevor, der Chef möchte auch noch was und zwar sofort – zum Glück liegt Mia unter dem Schreibtisch. ► Der zweijährige Terrier-Mops-Mischling ist das, was man einen »Bürohund« nennt. Ob in Agenturen, in Architekturbüros oder in mancher Therapiepraxis – immer mehr Menschen haben ihren Vierbeiner bei der Arbeit an ihrer Seite.

Schon Freud war überzeugt

Wer im größten Stress seinen Hund anschaut und das weiche Fell kraut, entspannt auf der Stelle. Neben der eigenen Erfahrung zeigen auch Studien, dass auf diese Weise der Blutdruck sinkt und nicht nur das: Blicken sich Mensch und Hund an, verändert sich die »Hirnchemie« beider Spezies. Im Blut steigt die Konzentration des Hormons Oxytocin, das blutdrucksenkend, beruhigend und auch entzündungshemmend wirkt. Die tierisch beeinflusste menschliche Zufriedenheit kann sogar psychosomatische Beschwerden wie Rücken- oder Kopfschmerzen lindern und die Triglyzerid- und Cholesterinwerte im Blut senken. Schon Sigmund Freud war von der positiven Wirkung seiner Chow-Chow-Dame überzeugt. Allein durch ihre Anwesenheit half Jofi um 1930 depressiven Patienten, sich leichter zu entspannen.

Inzwischen haben viele internationale Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler über mögliche Auswirkungen von Bürohunden auf den Arbeitsalltag von Frauchen und Herrchen geforscht und positive Aspekte ausgemacht: besseres Betriebsklima, weniger Stress, mehr Empathie und eine verbesserte Kommunikation unter den Kollegen und Kolleginnen.

Tierischer Wettbewerbsvorteil?

Nicht nur in Amerika (im 17. Stock der Amazon-Zentrale in Seattle gibt es ein ganzes Hundedeck, auf dem sich die Vierbeiner der Beschäftigten austoben können), auch in Deutschland wächst die Zahl der Unternehmen, die Hunde am Arbeitsplatz erlauben. Lars Fiehler, Sprecher der Industrie- und Handelskammer Dresden, sieht im

Bürohund gar einen möglichen Wettbewerbsvorteil im Kampf ums Personal: »Hunde am Arbeitsplatz sind ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal eines Unternehmens und können für Bewerber durchaus ausschlaggebend sein, sich genau für diesen Arbeitgeber zu entscheiden. Das mag man im ersten Moment belächeln, aber für Hundebesitzer stellen sich nicht selten ähnliche Fragen wie bei der Kinderbetreuung oder der Unterstützung von Angehörigen.«

In Deutschland gibt es kein Gesetz, das die Mitnahme eines Hundes zur Arbeit regelt. Es bestehen keine rechtlichen Einwände, aber eben auch kein Anspruch darauf, einen Hund ins Büro mitzunehmen.

Husch, husch, ins Körbchen

Nicht jeder Mensch teilt die Vorliebe für Hunde, manch einer empfindet Unbehagen oder hat schlicht Angst, ein anderer ist allergisch gegen Tierhaare oder kann den Fifis einfach nichts abgewinnen. Es wird immer solche und solche geben – diejenigen, die sofort vor Begeisterung in die Knie gehen und in hochfrequenten Tönen »och ist der süß« schwärmen, und diejenigen, die Dogge oder Dackel keinesfalls am Drucker begegnen möchten und eine feuchte Hundenase auf der frisch gereinigten Anzughose unbedingt vermeiden wollen. Und in der Tat verhindern der intensive Geruch eines nassen Hundes oder das beharrliche Kläffen beim Begrüßen von Kunden, Kollegen und Chefs garantiert nachhaltig unternehmerische Erfolge und ein angenehmes, kollegiales Miteinander.

»Alles eine Frage der Absprachen und des Charakters des Hundes«, meint der Bundesverband Bürohund e.V. in Berlin. Idealerweise würde der Hund als Teammitglied mit ins Büro genommen, verfüge er doch über die Kompetenz, entspannt mit Menschen und Artgenossen umzugehen. Trotzdem mag nicht jeder Hunde. Hier ist Flexibilität gefragt: Wie wäre es mit einem drolligen Alpaka? Das passt nicht unter den Tisch, hat aber ein noch weiches Fell. ■

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



KONTAKT

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. *Jutta Dervedde*
☎ 0421 1628-0
✉ info@md-bremen.org

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

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

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

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

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

Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz
Albiger Straße 19d, 55232 Alzey
Vorstandsvors., 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

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

ISSN 1610-5346

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

IMPRESSUM

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

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

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

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

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

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis
Titel Collage unter Verwendung
von istockphoto.com: shironosov;
sunstock |
S. 5 Jens Bonnke |
S. 25 action medeor |
istockphoto.com: S. 21 Tuned_In;
S. 22/23 FooTToo; S. 24 imelenchon;
S. 27 DmitryBurlakov; S. 31 sara-
wuth702



