



forum

das Magazin des

Medizinischen Dienstes 2. 2021

**Die
Medizinischen
Dienste:**

Unser

**Engagement
für**

Qualität

**in der
Versorgung**





Liebe Leserin!
Lieber Leser!

AKTUELL

Die Gute Frage

Wie erholsam kann Urlaub zu Hause sein? **1**

Kurznachrichten **3**

Auch das noch: Zu warm, um wahr zu sein **32**

TITELTHEMA

Gut aufgestellt für neue Aufgaben **6**

Wie möchten Sie die Arbeit im Verwaltungsrat mitgestalten? **8**

Vom Einzelfall zur Systemprüfung **12**

MEDIZIN IN ZAHLEN

Wer arbeitet bei den Medizinischen Diensten? **14**

WISSEN & STANDPUNKTE

Pflegebegutachtung per Telefon **15**

»Nicht-Hinschauen ist keine gute Strategie« **16**

Spagat zwischen Patientenwohl und Datenschutz **18**

Auswege finden aus der Wut **20**

Offline im Pflegeheim **21**

GESUNDHEIT & PFLEGE

Long Covid: Corona und kein Ende **22**

Pathogener Stich **24**

Sprechstunde mit Dealern und Gewaltverbrechern **26**

GESTERN & HEUTE

Der unbekannte Strahl **28**

WEITBLICK

Ein gutes Wort eingelegt **30**

DIE EINZIGE KONSTANTE im Leben ist die Veränderung« – der griechische Philosoph Heraklit hat recht behalten: Mit der MDK-Reform haben sich die Medizinischen Dienste neu und zukunftsorientiert aufgestellt. Sie haben nicht nur ihre Rechtsform hin zu eigenständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts ohne organisatorische Bindung an die Kranken- und Pflegekassen geändert. Sie sind auch in ihrer fachlichen Unabhängigkeit gestärkt und mit neuen Aufgaben, zum Beispiel im Bereich der Krankenhausprüfungen, betraut worden. **1** Als kompetente und verlässliche Berater im System der sozialen Sicherung werden wir uns weiterhin für Qualität und Transparenz in der Versorgung starkmachen. Diesen Anspruch zeigen wir auch nach außen: Mit neuem Corporate Design und moderner Gestaltung präsentieren wir unser *forum* – das Magazin des *Medizinischen Dienstes*. Neben dem bewährten Aufbau aus einem aktuellen Schwerpunktthema (diesmal natürlich zur MDK-Reform) und vielen weiteren lesenswerten Beiträgen werden Sie neue Trends und Themen entdecken und sich hoffentlich weiterhin gerne von der Lektüre inspirieren lassen. **1** Ich wünsche Ihnen einen schönen Sommer. Bleiben Sie gesund und zuversichtlich.

Herzlichst, Ihr Dr. Ulf Sengebusch **1**



DIE GUTE FRAGE

Wie erholsam kann
Urlaub zu Hause sein?

Nach Monaten mit Einschränkungen, Homeoffice, Home-schooling und Sorgen um Familie, Arbeitsplatz und Gesundheit fühlen wir uns urlaubsreif. Doch viele trauen sich noch nicht in die weite Ferne, sondern bleiben lieber in der Nähe oder ganz zu Hause. »Urlaub daheim – wie gelingt das?«, haben wir die Wirtschaftspsychologin Professorin Dr. Christine Syrek gefragt. Sie forscht an der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg zu Arbeitsstress und Gesundheit. **1**

Die Inzidenzen sinken, die Temperaturen steigen, immer mehr Menschen sind geimpft. Nach allen Entbehrungen, Unsicherheiten und Ängsten sehnen wir uns nach einem sorglosen Urlaub. Auch wenn die Reiseerregungen längst gelockert wurden, verzichten viele in diesem Sommer auf die Reise ans Meer oder in die Berge. Sorgt das mehr für Frust als für Vorfreude?

Auf Basis unserer Studien können wir sagen, dass der Urlaub umso wichtiger und länger sein sollte, je erschöpfter und angespannter man sich fühlt. Viele Beschäftigte berichten, durch die geringe Planungssicherheit und die lange Zeit ohne richtigen Urlaub frustriert zu sein. Trotzdem ist die Vorfreude hoch, und viele haben den nächsten Urlaub bereits detailliert geplant und Ausflüge und Aktivitäten längst festgelegt, auch wenn es nicht in die Ferne geht.

Brauchen wir gerade in diesen Zeiten den Urlaub mehr denn je? Und was kann Urlaub überhaupt für Körper und Seele bewirken? Viele Berufstätige sind seit dem letzten Jahr mit steigenden Arbeitsanforderungen, neuen Routinen, Informationsflut und Arbeitsplatzunsicherheit konfrontiert. Dabei ist es immer schwerer, Arbeit und Privatleben miteinander zu vereinbaren. Die Coronapandemie verstärkt die Situation: Viele sind müde, gestresst, schlafen schlecht, fühlen sich unter Druck. Fest steht: Urlaub ist das längste Zeitintervall, das wir außerhalb der Arbeit verbringen. Erholung im Urlaub und auch im Alltag schützt nicht nur gegen die gesundheitsschädlichen Folgen von chronischem Stress, sondern ist ebenso wichtig, um Ressourcen wieder aufzufüllen und neue aufzubauen.

Wie kann ich die Vorfreude auf den Urlaub zu Hause steigern? Oder sollte ich besser nicht zu große Erwartungen haben?

Wir haben in einer Studie den Einfluss der Vorfreude auf die Erholung im Urlaub untersucht und zeigen können, dass Vorfreude generell eine wichtige Rolle spielt. Nicht nur vor dem Urlaub ist die Stimmung besser, auch die Erholung im Urlaub scheint von der Vorfreude zu profitieren und zwar unabhängig davon, ob ich im Urlaub zu Hause bleibe oder in die Ferne starte. Auf den Urlaub zu Hause sollte ich mich also ruhig freuen und mir auch bewusst machen, auf was genau ich mich freue. Ich kann so dazu

beitragen, dass das, was mir wichtig ist, auch möglich wird. Und ich finde es wichtig, sich im Urlaub auch überraschen zu lassen und nicht (zu sehr) enttäuscht zu sein, wenn nicht alles genau so wird wie vorgestellt.

Für viele waren die eigenen vier Wände zuletzt Büro, Kita oder Klassenraum – aber nicht zwingend ein Ort unbeschwerter Entspannung. Wie gelingt es da, Urlaubsstimmung aufkommen zu lassen?

Uns fällt das Abschalten leichter, wenn wir einen räumlichen Wechsel haben; die räumliche Distanzierung hilft der mentalen Distanzierung. Aber »Staycation« muss nicht schlechter sein als »Vacation«. Vor allem dann nicht, wenn es gelingt, die sechs Mechanismen der Erholung zu erfüllen: Gedankenfreiheit, Entspannung, Herausforderung, Sinn, Verbundenheit und Selbstbestimmung.

Was verbirgt sich dahinter?

Gedankenfreiheit meint, berufliche Probleme gedanklich hinter sich zu lassen, abzuschalten, um verbrauchte Ressourcen wieder aufzutanken. Legen Sie eine Abwesenheitsbestätigung fest, und informieren Sie Ihr Team über den Zeitraum, in dem Sie nicht verfügbar sind. Schließen Sie Ihren Laptop im Schrank ein, um alle arbeitsbezogenen Gedanken hinter sich zu lassen. Spaziergänge oder Radtouren in der Natur helfen auch, sich geistig von der Arbeit zu distanzieren.

Bei Entspannung geht es darum, dass Sie Körper und Geist entspannen, indem Sie zum Beispiel Ihre Lieblingsmusik hören oder Wellness zu Hause machen.

Herausforderung meint sich angenehmen Herausforderungen zu stellen und diese zu meistern. Das Erlernen von etwas Neuem oder das Beherrschen neuer Fertigkeiten erweitert Ihren Horizont, schafft neue Ressourcen und gibt Ihnen das Gefühl, kompetent zu sein. »Verlaufen« Sie sich doch einfach mal in der eigenen Stadt und entdecken Sie völlig neue, bis dahin unbekannte Viertel.

Sinn bezieht sich darauf, dass es Erholung ist, wenn ich etwas tue, das mir wichtig ist und sinnvoll erscheint. Beteiligen Sie sich an Aktivitäten, die Ihnen ein Gefühl von Zielstrebigkeit und das Gefühl geben, etwas Gutes für die Gesellschaft zu tun. Sie könnten Menschen helfen, die sich isoliert fühlen und die etwas (digitale) Gesellschaft brauchen könnten.

Verbundenheit zielt darauf, sich zu erholen, indem man Beziehungen pflegt und sich mit anderen Menschen verbunden fühlt. Fördern Sie das Zusammengehörigkeitsgefühl mit den Menschen um Sie herum. Probieren Sie Online-Brettspiele aus, oder organisieren Sie eine digitale Party für einen Freund. Greifen Sie zum Telefonhörer, oder schreiben Sie eine Postkarte an eine Freundin, die Sie länger nicht gesehen haben.

Prof. Dr. Christine Syrek

Der letzte Punkt, die Selbstbestimmung, impliziert, sich frei zu fühlen, das tun zu können, was man möchte, und so zu sein, wie man ist. Nehmen Sie sich bewusst etwas Zeit nur für sich, und seien es nur ein paar kurze Momente mit Aktivitäten, die Ihnen Spaß machen. Das wird in jedem Fall Ihr Wohlbefinden steigern.

Jeder hat eigene Ansprüche an Urlaub und Erholung: Die eine will faulenzen oder lesen – der andere Sport machen, Ausflüge starten, den Keller entrümpeln, im Garten arbeiten. Wie kann jeder auf seine Kosten kommen?

Wichtig ist, dass wir uns über die eigenen Urlaubs- und Erholungswünsche klar sind: Wie schalte ich am besten ab? Was ist mir wichtig, um mich erholen zu können? Das sollte man mit den Mit-Urlaubern besprechen und überlegen, welche Aktivitäten man gemeinsam machen kann und welche jeder für sich machen möchte. Ohne Druck, alles immer zusammen zu machen, kann es auch schön sein, später von den unterschiedlichen Aktivitäten zu erzählen.

Zu Hause tendiert man ja dazu, Dinge zu erledigen, die man sonst nicht schafft. Wie kann ich verhindern, dass sich der Alltag so in den Urlaub drängt?

Wir sollten einen klaren Zeitraum ohne Arbeit schaffen und uns diesen ohne Verpflichtungen, wie Steuererklärung machen oder Kleiderschrank aufräumen, gönnen. Eine Auszeit ist wichtig, um Ressourcen aufzutanken. Es ist gut, sich klarzumachen, dass es nicht schlimm ist, wenn im



Privaten unerledigte Aufgaben warten. Der Urlaub sollte nicht dazu dienen, Aufgaben und Projekte abzuschließen – jedenfalls dann nicht, wenn diese keine Freude bereiten. Wenn mich das Gartenprojekt entspannt, trägt das durchaus zur Erholung bei.

Kann ich mich zu Hause genauso gut erholen wie auf Reisen? Und wie gelingt es, dass die gute Erholung lange anhält?

Damit der Urlaubseffekt möglichst lang anhält, sollten wir nach dem Urlaub Erholungszeiträume wie Kurzpause, Mittagspause, Feierabend und Wochenende nicht außer Acht lassen. Denn erholen kann und sollte man sich nicht nur im Urlaub! Sich nach dem Urlaub voll in die Arbeit zu stürzen, auf Pausen zu verzichten, um alles Liegende schnell aufzuarbeiten, und am Wochenende Überstunden zu machen, verbraucht die im Urlaub sorgsam aufgebauten Ressourcen schnell. In einer Studie haben wir den positiven Effekt von Urlaubserinnerungen untersucht. Dabei hat sich gezeigt, dass die Erinnerung an den Urlaub, unterstützt durch Urlaubsfotos, Urlaubsmusik und Urlaubsdüfte (*Sonnencreme-Effekt*) gerade an stressigen Arbeitstagen dabei hilft, die Erholungserfahrungen zu reaktivieren. Unsere Testpersonen berichteten, sich deutlich besser zu fühlen, besser gelaunt zu sein und mehr Energie für den Alltag zu haben. 

Die Fragen stellte
Dorothee Buschhaus.



Neue Leitende Ärztin beim MDS

Dr. Kerstin Haid ist seit 1. Mai 2021 neue Leitende Ärztin beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS). Sie hat die Nachfolge von Dr. Stefan Gronemeyer angetreten, der zum 1. April die Position des Geschäftsführers beim MDS übernommen hat.

Nach dem Medizinstudium an der Freien Universität Berlin war die gebürtige Nordrhein-Westfälin als Fachärztin für Anästhesiologie an der Charité in Berlin und bei einem Dienstleistungsunternehmen in der Gesundheitswirtschaft tätig. 2012 wechselte sie zum MDK Berlin-Brandenburg und arbeitete dort seit 2015 als stellvertretende Leitende Ärztin. Seit 2018 war sie Sprecherin der Leitenden Ärztinnen und Ärzte der MDK-Gemeinschaft. Kerstin Haid hat verschiedene Zusatzqualifikationen, unter anderem als Trainerin für gewaltfreie Kommunikation. Die 55-Jährige ist verheiratet und hat eine erwachsene Tochter.

Mehr Leistungen bei Parodontitis

Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des Zahnhalteapparats profitieren ab 1. Juli 2021 von einem stark erweiterten Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung zur systematischen Behandlung von Parodontitis und anderer Parodontalerkrankungen. Die entsprechende Richtlinie und die Abrechnungsregelungen haben der Gemeinsame Bundesausschuss sowie der zahnärztliche Bewertungsausschuss unter Mitwirkung des MDS erarbeitet.

Parodontitis ist eine chronische Entzündung mit Abbau des Zahnhalteapparats, die wesentlich durch bakterielle Beläge auf Zahnoberflächen und in den Zahnzwischenräumen verursacht wird. Wesentliche Einflussfaktoren sind die genetische Veranlagung, Rauchen und Diabetes mellitus.

Das neue Leistungsangebot sieht bereits am Anfang der Therapie eine Mundhygieneaufklärung mit Anleitung zur individuellen Mundhygiene vor. Neu ist auch eine umfassende Nachsorge von zwei Jahren mit Verlängerungsmöglichkeit (»Unterstützende Parodontistherapie«). Dabei werden regelmäßig Beläge in noch verbleibenden Zahnfleischtaschen entfernt. Menschen mit Beeinträchtigungen und Pflegebedürftige erhalten die Parodontitisbehandlung einschließlich Nachsorge ohne Antrags- und Genehmigungsverfahren. Die neuen Leistungen sollen dazu beitragen, erreichte Behandlungsergebnisse stabil zu halten und dem Verlust von Zähnen vorzubeugen.

Urteil: TÜV muss für fehlerhafte Brustimplantate zahlen

Rund zehn Jahre nach dem Brustimplantate-Skandal um den französischen Hersteller PIP hat ein französisches Berufungsgericht in Paris den TÜV Rheinland zu Schadensersatzzahlungen verurteilt. Die Prüfstelle hatte die fehlerhaften Implantate der Firma Poly Implant (PIP) zertifiziert und damit fahrlässig gehandelt, begründete das Gericht sein Urteil. Die Höhe der Entschädigung der 1700 Opfer ist noch offen. Das Urteil könnte Auswirkungen auf zehntausende weitere Opfer aus Dutzenden von Ländern haben.

Im Jahr 2010 war bekannt geworden, dass PIP seine Brustimplantate statt mit Spezialsilikon mit billigem Industriesilikon befüllt hatte. Die Implantate wiesen überdurchschnittlich häufig Risse auf, Hinweise auf ein höheres Vorkommen von Brustkrebs fanden sich nicht. Etwa 15 000 Frauen hatten allein in Frankreich die Operationen wieder rückgängig machen lassen.

Das Berufungsgericht wies in seiner Entscheidung von Mitte Mai allerdings gleichzeitig die Klagen Hunderter Frauen ab – insbesondere in den Fällen, in denen Implantate vor September 2006 implantiert worden waren.

GKV-Hilfsmittelverzeichnis mit 4000 neuen Produkten

Rund 36 200 Produkte umfasst das Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis (HMV) des GKV-Spitzenverbandes. Das Verzeichnis bietet den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen bei der Bewilligung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln Orientierung. Die Medizinischen Dienste nutzen es, um zu beurteilen, ob ein beantragtes Hilfsmittel notwendig ist. Das HMV listet alle geprüften Hilfsmittel auf und ordnet sie Produktgruppen zu. Um neueste medizinische und technische Erkenntnisse bei der Hilfsmittelversorgung zu berücksichtigen, werden die 41 Produktgruppen anlass- und turnusmäßig fortgeschrieben. Im Zuge der aktuellen Überarbeitung wurden fast 4000 Hilfsmittel neu aufgenommen. Insbesondere bei den digitalen Hilfsmitteln sollten sich die Hersteller schneller melden, damit mehr Tempo in die Versorgung kommen kann. Darauf weist der GKV-Spitzenverband hin, der den vierten Fortschreibungsbericht dem Bundesgesundheitsministerium übergeben hat.

NACHRICHTEN

Mehr Beschäftigte in der Pflege

Die Zahl der Beschäftigten in der Alten- und Gesundheitspflege ist weiter gestiegen: Die Bundesagentur für Arbeit erfasste im Oktober 2020 rund 1,77 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in diesem Bereich – 43 300 mehr als ein Jahr zuvor. Der diskutierte Rückgang von mehreren tausend Beschäftigten in der Pflege könne aus den aktuell vorliegenden Daten nicht bestätigt werden, so die Agentur für Arbeit. Auch zeigen weitere Erhebungen der Bundesagentur, dass in den vergangenen fünf Jahren die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in der Pflege überdurchschnittlich um 14 % gestiegen ist. Trotz des Anstiegs konstatiert die Agentur einen deutlichen Fachkräftemangel: Auf aktuell 12 700 gemeldete Stellen für Fachkräfte in der Gesundheitspflege kommen lediglich 5800 Arbeitslose, in der Altenpflege sind für 12 800 Stellen nur 3600 Arbeitslose registriert. Deutlich mehr Bewerber als Stellen gibt es dagegen bei Altenpflegehelfern und Krankenpflegehelfern.

WIdO veröffentlicht Gesundheitsatlas COPD

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hat anlässlich des Weltnichtrauchertags Ende Mai den *Gesundheitsatlas COPD* herausgegeben. Bei der *chronic obstructive pulmonary disease (COPD)*, englisch für »dauerhaft atemwegsverengende Lungenerkrankung«, leiden Betroffene typischerweise unter Atemnot, Husten und Auswurf. Insgesamt sind in Deutschland laut dem Gesundheitsatlas 3,4 Millionen Menschen an einer COPD erkrankt.

Der bedeutsamste Risikofaktor für die Entwicklung einer COPD ist das Rauchen, das bestätigen die Analysen des Gesundheitsatlas. Der Anteil der COPD-Erkrankten an allen Einwohnerinnen und Einwohnern ab 40 Jahren liegt in Regionen, in denen laut Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes besonders viele Raucherinnen und Raucher leben, bei 7,8%, während er in Regionen mit

besonders niedrigem Anteil nur bei 6,3% liegt. Auch andere Faktoren wie die Feinstaubbelastung oder die Sozialstruktur in den Regionen spielen laut Gesundheitsatlas eine Rolle für die Prävalenz der COPD.

Der Gesundheitsatlas Deutschland macht regionale Unterschiede bei der Krankheitshäufigkeit bis auf die Ebene der 401 Kreise und kreisfreien Städte transparent und steht unter gesundheitsatlas-deutschland.de zum Download zur Verfügung.

Projekt für multimorbide Patientinnen und Patienten

Mit dem Ziel, einen integrierten und patientenzentrierten Ansatz bei der Behandlung multimorbider meist älterer Menschen zu schaffen, ist das europäische ESCAPE-Projekt gestartet. Dabei erstellt ein internationales multidisziplinäres Projektteam aus Medizinerinnen, Patientinnenvertreterinnen und -vertretern sowie Angehörigen Behandlungspläne, die sich an den individuellen Patientenbedürfnissen orientieren. Unterstützt wird es von einer digitalen Gesundheitsplattform. Diese soll Betroffenen ermöglichen, individuelle Prioritäten für ihre Behandlungen zu setzen, um ihre Lebensqualität so weit wie möglich zu verbessern. Die Ergebnisse des neuen Ansatzes werden dann mit der aktuellen Patientenversorgung verglichen. Das Projekt ist am 1. April 2021 gestartet und wird mit 6,1 Millionen Euro durch das Programm *Horizon 2020* der Europäischen Union gefördert.

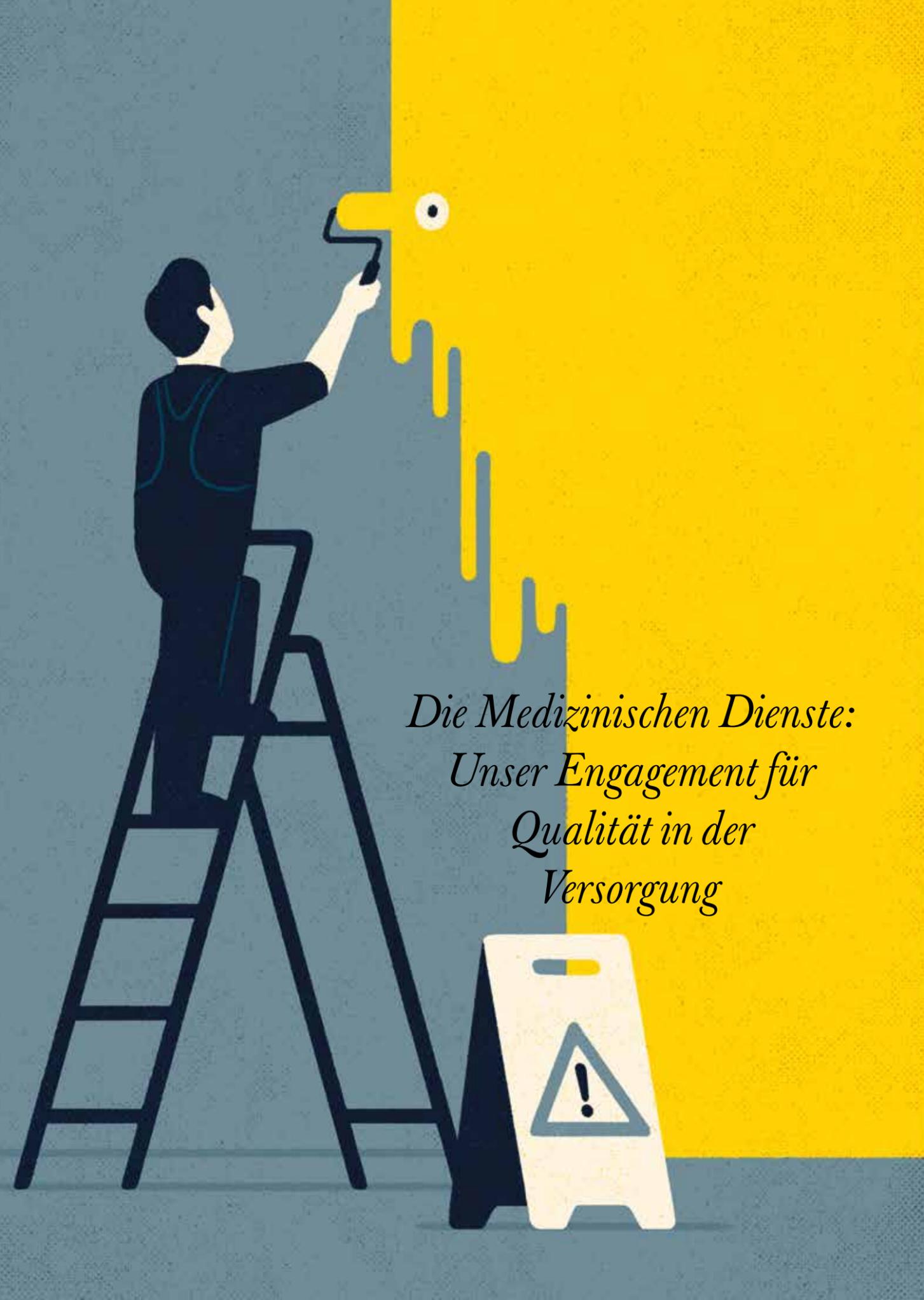
Allein in Deutschland sind mehr als 60% der älteren Menschen wegen drei oder mehr chronischen Erkrankungen in Behandlung.

Facharzt »Innere Medizin und Infektiologie«

Der 124. Deutsche Ärztetag hat Anfang Mai entschieden: Zukünftig ist es Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung bundesweit möglich, sich zum Facharzt *Innere Medizin und Infektiologie* weiterzubilden. Bislang bestand die Spezialisierung in der Infektiologie lediglich aus einer einjährigen Zusatzweiterbildung. Anders als in vielen anderen Ländern gab es in Deutschland bislang keinen Facharzt für Infektiologie. Die Infektiologie war bislang ein Nebenfach anderer Fachdisziplinen, die Karriere- und Forschungsmöglichkeiten für junge Ärztinnen und Ärzte blieben in der Infektiologie begrenzt. Die bisherige Zusatzbezeichnung *Infektiologin/Infektiologe* soll fortbestehen und von Fachärzten aller klinischen Disziplinen und der Mikrobiologie als zusätzliche Qualifikation infektiologisches Fachwissen in den Disziplinen verstärken.

Rückgang der Krebsvorsorge

Die Corona-Pandemie hat zu einem deutlichen Rückgang der Krebsvorsorge geführt. Einer Analyse der DAK von ambulanten Abrechnungsdaten der Jahre 2019 und 2020 zufolge wurden von Januar bis September 2020 im Vergleich zum Vorjahr rund 11% weniger Screenings in deutschen Arztpraxen vorgenommen. Bei Hautkrebs-Untersuchungen war der Rückgang mit 26% besonders stark. Prostata-Screenings und Darmkrebs-Untersuchungen sanken etwa um ein Zehntel. Eine Ausnahme bildeten Mammographie-Screenings: Hier stieg die Inanspruchnahme 2020 um rund ein Viertel. Nachdem viele Menschen vor allem im Frühjahrs-Lockdown 2020 den Praxisbesuch vermieden hatten, gab es Nachholeffekte im dritten Quartal 2020, insbesondere im Bereich Brustkrebs-Screenings. Hier verdoppelten sich die Zahlen gegenüber dem zweiten Quartal, damals waren sie um 40% zurückgegangen.



*Die Medizinischen Dienste:
Unser Engagement für
Qualität in der
Versorgung*

Gut aufgestellt für neue Aufgaben

DIE GRÖSSTE REFORM seit der Gründung der Medizinischen Dienste ist erfolgreich gestartet – mit neuen Verwaltungsräten und neuen Aufgaben in den Kliniken. Seit 32 Jahren sind sie Hüter der Solidargemeinschaft der Versicherten: Rund 2500 Ärztinnen und Ärzte und rund 4000 pflegfachliche Gutachterinnen und Gutachter – unterstützt von etwa 4400 Assistenz- und Verwaltungsmitarbeiterinnen und -mitarbeitern (einschließlich Heil- und Gesundheitsberufe) – garantieren, dass es bei der Verteilung von Gesundheits- und Pflegeleistungen in diesem Land gerecht zugeht. Allein im Jahr 2020 stellte der Medizinische Dienst über 2,3 Millionen Gutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit aus. Knapp 4,3 Millionen Stellungnahmen wurden im gleichen Zeitraum für die gesetzlichen Krankenversicherungen erstellt. Der Medizinische Dienst vor Ort prüfte Anträge auf Arbeitsunfähigkeit, Reha und Heilmittel ebenso wie die Frage, ob aus sozialmedizinischer Sicht hochtechnisierte Hilfsmittel wie Insulinpumpen oder individuell angefertigte Orthopädieversorgungen zu empfehlen sind – auf der Grundlage objektiver medizinischer Kriterien.

Die Unabhängigkeit der Empfehlungen stand dabei nie grundsätzlich infrage. Und dennoch entschied der Gesetzgeber eine weitreichende Reform, die Anfang 2020 in Kraft trat. Im Zentrum dieses Gesetzes steht die Umwandlung der Medizinischen Dienste in eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts, ohne organisatorische Bindung an die Kranken- und Pflegekassen. Ein Prozess, den alle 15 Medizinischen Dienste auf Landesebene mittlerweile fristgerecht vollzogen haben.

Erik Scherb, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg und Vorsitzender des Grundsatzausschusses der Medizinischen Dienste, wertet die Neukonstituierung als Erfolg. Nicht nur, weil man voll im Zeitplan liegt. »In ihrer Aufgabenwahrnehmung sind die Gutachterinnen und Gutachter mit der Reform in ihrer fachlichen Unabhängigkeit durch die Reform gestärkt worden. Das entspricht unserem Selbstverständnis. Für die neuen Aufgaben zum Beispiel im Krankenhausbereich sind die Dienste in den Ländern gut aufgestellt.«

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



Neue Verwaltungsräte

Wichtiger Schritt auf diesem Weg in die Eigenständigkeit war in den vergangenen Monaten die Konstituierung der neuen Verwaltungsräte. Statt 15 sitzen nun überall 23 Mitglieder am Tisch des Verwaltungsrats. Neu dabei: jeweils eine Vertreterin oder ein Vertreter der Pflegeberufe und der Ärzteschaft und fünf stimmberechtigte Vertreterinnen und Vertreter von Patienten-, Verbraucherschutz- und Selbsthilfeverbänden; alle sieben benannt vom jeweiligen Landessozialministerium. Der Rest der Runde, die 16 ehrenamtlichen stimmberechtigten Vertreterinnen und Vertreter der Selbstverwaltung, werden von den Kassen und deren Verbänden gewählt und kommen je zur Hälfte von der Arbeitgeber- und der Versichertenseite. Anders als bisher dürfen keine hauptamtlich Beschäftigten der Krankenkassen und Kassenverbände mehr Mitglied im Verwaltungsrat sein; zudem ist nur noch ein weiteres Ehrenamt, kein zweites oder gar drittes bei den Kassen erlaubt. Außerdem neu: Frauen und Männer teilen sich die Plätze in dem Gremium paritätisch.

Auch der Umbau des MDS zum »Medizinischen Dienst Bund« nimmt Fahrt auf. Er wird künftig verbindliche Richtlinien erlassen, die vor allem die einheitliche Begutachtung in den Medizinischen Diensten fördern sollen. Ende April fand die konstituierende Sitzung des Verwaltungsrats statt, in den die Medizinischen Dienste aus den Ländern ihre Vertreterinnen und Vertreter aus ihren jeweiligen Verwaltungsräten gewählt hatten. Träger des Medizinischen Dienstes Bund ist nun nicht mehr der GKV-Spitzenverband, sondern die Medizinischen Dienste auf Landesebene.

Der Verwaltungsrat wählte mit Sandra Goldschmidt, Verwaltungsratsmitglied aus dem Medizinischen Dienst Mecklenburg-Vorpommern und stellvertretende ver.di-Bezirksleiterin in Hamburg, erstmals eine Frau zur Vorsitzenden. Ihr Stellvertreter wurde Detlef Stange, der zugleich stellvertretender Verwaltungsratsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Hessen ist. Erste Auf-

gabe des Verwaltungsrates ist es, eine neue Satzung für den Medizinischen Dienst Bund zu erarbeiten. Sobald diese vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt ist, ist der Medizinische Dienst Bund als Körperschaft öffentlichen Rechts errichtet. Dies wird voraussichtlich Ende 2021 der Fall sein.

Chancen der Neuaufstellung nutzen

Glückwünsche zur Wahl kamen unter anderem aus der SPD-Bundestagsfraktion. »Ich bin überzeugt, dass die weiteren Umsetzungsschritte nun zügig folgen und die Reform gelingt, deren Ziel es war, die Unabhängigkeit des Medizinischen Dienstes zu stärken und die Transparenz über die Beratungs- und Begutachtungsaufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen«, sagte die gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion, Sabine Dittmar.

Zurückhaltend äußerte sich Franz Knieps, Vorstand des BKK-Dachverbands. Noch seien die Wirkungen der Reform auf die Organisationsstruktur nicht absehbar. Klar sei, dass der Medizinische Dienst Bund zukünftig als zentraler Akteur auftreten werde, der die Richtlinien für die Tätigkeit der Medizinischen Dienste erlässt. »Hierbei die fachliche Kompetenz der Gesetzlichen Krankenversicherung einfließen zu lassen, wird eine zentrale Aufgabe sein.«

Dr. Stefan Gronemeyer, Geschäftsführer des MDS, wirbt dafür, die Chancen der Neuaufstellung der Medizinischen Dienste jetzt für eine zukunftsorientierte Entwicklung zu nutzen. »Dazu gehört die Positionierung der Medizinischen Dienste als fachlich ausgerichtete Akteure im Gesundheitswesen, die weitere Ausgestaltung der Rolle als kompetente und verlässliche Berater der Kranken- und Pflegeversicherung auf Landes- und Bundesebene. Mit allen Beteiligten gemeinsam wollen wir uns für Qualität und Transparenz in der Versorgung engagieren.«

Neues System der Prüfungen im Krankenhaus

Während die Organisationsreform zügig vorankommt, litt das zweite zentrale Anliegen des MDK-Reformgesetzes unter der Pandemie. Die neuen Regeln für die Überprüfung von Krankenhausabrechnungen durch

den Medizinischen Dienst, die für mehr Effizienz und Transparenz sorgen und beide Seiten spürbar entlasten sollen, wurden zeitweilig ausgesetzt, um die Kliniken während des pandemiebedingten Dauerstresses nicht zusätzlich zu belasten. So wurde mit dem Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz die Zahl der zulässigen Prüfungen im vergangenen Jahr stärker begrenzt als ursprünglich geplant. Statt auf 12,5% wurde der Prüfumfang auf 5% pro Quartal gesenkt. Das gestufte quartalsbezogene Prüfquotensystem, das Kliniken künftig mit einer geringeren Quote belohnt, wenn sie korrekt abrechnen, und jene mit einer höheren Quote bestraft, bei denen die Medizinischen Dienste viele Rechnungen beanstanden müssen, wurde ebenfalls um ein Jahr vertagt. Auch die Aufschläge für fehlerhafte Abrechnungen wurden vorübergehend ausgesetzt.

Zentral für das neue System der Rechnungsprüfungen sind die sogenannten Strukturprüfungen, die die rasant steigende Zahl an Einzelfallprüfungen der vergangenen Jahre nicht nur ausbremsen, sondern deutlich reduzieren sollen. Künftig sind die Krankenhäuser verpflichtet, Strukturmerkmale in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüsseln vom Medizinischen Dienst im Vorfeld prüfen zu lassen, damit sie Leistungen abrechnen können. Die Umsetzung wurde aufgrund der Pandemie verschoben. Die Richtlinie, die das Verfahren der Strukturprüfungen beschreibt, hat der MDS Ende Februar erlassen. Sie sieht vor, dass Krankenhäuser die Prüfungen bis Ende Juni eines Jahres beim zuständigen Medizinischen Dienst auf Landesebene beantragen und diese dann bis Jahresende erfolgt. Denn dann müssen die Kliniken die Bescheinigung über die erfolgreiche Prüfung an die Landesverbände der Krankenkassen übermitteln. Das Bundesministerium für Gesundheit genehmigte die Richtlinie Ende Mai. Wegen der sehr kurzen Zeitspanne wurde die Antragsfrist für 2021 um sechs Wochen bis zum 15. August verlängert. Die Bescheide der Medizinischen Dienste, die belegen, dass die technischen und personellen Voraussetzungen für 53 OPS-Leistungen entsprechend den Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte erfüllt werden, gelten in der Regel zwei Jahre, in einzelnen Bereichen wie der Geriatrie oder der Palliativmedizin ein Jahr. □



Wie möchten Sie die Arbeit im Verwaltungsrat mitgestalten?

Der Verwaltungsrat entscheidet über Grundsätzliches, wählt den Vorstand und verabschiedet den Haushalt. Seine Mitglieder stellen die grundlegenden Weichen für die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Mit der MDK-Reform wurde das Gremium erweitert: Neben 16 Mitgliedern aus der sozialen Selbstverwaltung wurden fünf weitere Personen

(mit Stimmrecht) auf Vorschlag der Interessenverbände der Patientinnen und Patienten und zwei (ohne Stimmrecht) auf Vorschlag der Berufsvertretungen der Ärztekammern und der Pflegeberufe durch die Länder benannt. Mit welchen Zielen und Ideen gehen die neuen Verwaltungsräte an die Arbeit? ▶



Irene Gölz, alternierende Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg, ver.di Baden-Württemberg Der Medizinische Dienst ist ein wichtiger Akteur im Gesundheitswesen. Mit dem hohen Sachverstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leistet er einen wichtigen Beitrag zur gerechten und qualitätsgesicherten Gesundheitsversorgung der Versicherten. Aus diesem Grund ist es mir eine große Ehre, als Vorsitzende des Verwaltungsrates den Weg des MDK zum Medizinischen Dienst zu begleiten und zu gestalten. Dabei auf die breite Erfahrung und hohe Kompetenz der Kolleginnen und Kollegen im Verwaltungsrat bauen zu können, ist mir sehr wichtig. Gemeinsam mit dem Vorstand sowie mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden wir den Medizinischen Dienst Baden-Württemberg auch für seine künftigen Herausforderungen gut aufstellen und stetig weiterentwickeln. Durch

meine Erfahrung in der sozialen Selbstverwaltung sowie meiner gewerkschaftlichen Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen sind mir Rolle und Aufgaben des Medizinischen Dienstes bereits gut bekannt. Jetzt freue ich mich darauf, die konkrete Arbeit vor Ort kennenzulernen. ◻



Oliver Totter, Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Nordrhein, Lebenshilfe Nordrhein-Westfalen e.V. Als früherer Fachanwalt für Sozialrecht hatte ich immer wieder Berührungspunkte mit dem Medizinischen Dienst. Meine Erfahrungen möchte ich gerne mit in die Arbeit des Verwaltungsrates einfließen lassen. Da ich als Patientenvertreter in den Verwaltungsrat entsandt worden bin, stehen für mich die Interessen der Betroffenen im Vordergrund, insbesondere der Umgang mit Patientinnen und Patienten sowie die Bearbeitung ihrer Anliegen. Bei den Qualitätsprüfungen in den Krankenhäusern

gilt es, auch einen Blick dafür zu haben, dass es hierbei um die gute Versorgung der Patientinnen und Patienten geht. Ich sehe es als Aufgabe des Verwaltungsrates, dafür zu sorgen, dass der Medizinische Dienst die Voraussetzungen erhält, um seine Aufgaben bestmöglich wahrzunehmen. Für meine zukünftige Arbeit als Verwaltungsratsmitglied wünsche ich mir eine vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit den anderen Mitgliedern und dem Vorstand. ◻



Sandra Goldschmidt, Vorsitzende des Verwaltungsrates des künftigen Medizinischen Dienstes Bund, Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern, ver.di Hamburg Die Gesetzgeberin hat uns mit dem MDK-Reformgesetz zwei große und wichtige Aufgaben mit auf den Weg gegeben: erstens die Medizinischen Dienste organisatorisch von den Krankenkassen zu lösen und zweitens in Zukunft

über den Medizinischen Dienst Bund die Richtlinien für die Tätigkeiten der Medizinischen Dienste zu erlassen. Ich werde mich im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Bund dafür einsetzen, unsere Richtlinienkompetenz und damit unseren Einfluss auf das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen zu nutzen, um die Rechte der Versicherten weiter zu stärken und eine gute und dem Solidarprinzip verpflichtete Versorgung für alle sicherzustellen. Daneben ist es mir wichtig, die Zusammenarbeit und die gegenseitige Unterstützung der Medizinischen Dienste in den Ländern zu fördern und für eine einheitliche Aufgabewahrnehmung der Medizinischen Dienste Sorge zu tragen. Nicht zuletzt ist es mir ein Anliegen, die unterschiedlichen Interessengruppen im Verwaltungsrat mit ihren speziellen Erfahrungen und Expertisen zu einer fruchtbaren Zusammenarbeit zu bringen und das gemeinsame Engagement für eine gute und transparente Versorgung zu fördern. ◻



Sven Warminsky, Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt, Aids-Hilfe Sachsen-Anhalt e.V. Das Mitbestimmungsrecht der Patientenvertreter in den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste ist eine klare Aufwertung und Wertschätzung. Eine Voraussetzung, die für mich als Patientenvertreter im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen-Anhalt eine begrüßenswerte Chance schafft, um grundlegende Rahmenbedingungen mitzugestalten. Das bietet mir die Gelegenheit, den Atem unseres Medizinischen Dienstes in Sachsen-Anhalt

zu stärken. Im Vordergrund stehen für mich dabei Werte, die bereits heute gut gelebt werden: zum Beispiel vorrangig zu den Menschen zu gehen oder diese einzuladen – also in den persönlichen Austausch zu treten, ein offenes Ohr zu haben und gut erreichbar zu sein. Als Patientenvertreter kann ich die Bedürfnisse, Sorgen und Ansichten der Menschen aufzeigen und damit eine Unternehmenskultur fördern, die für die Menschen in den meist schwierigen Lebenssituationen notwendig und positiv ist. Ich freue mich sehr darauf, den Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt dabei zu unterstützen, sich für die Herausforderungen der Zukunft und einem adäquaten Einsatz der finanziellen Mittel organisatorisch wie strukturell gut aufzustellen. ◻



Susanne Weyand, Vorsitzende des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Hessen, vdek Seit 16 Jahren bin ich ehrenamtlich in der sozialen Selbstverwaltung aktiv. Als Mitglied des Verwaltungsrates der DAK-Gesundheit sowie mehrerer Ausschüsse habe ich bisher insbesondere die Interessen unserer Kasse und ihrer Versicherten vertreten. Mit der Wahl zur Vorsitzenden des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Hessen habe ich eine anspruchsvolle Aufgabe übernommen. Zunächst habe ich mich in dieser neuen Rolle hauptsächlich mit organisatorischen Fragestellungen und der Neukonstituierung befasst, um einen reibungslosen Übergang vom bisherigen MDK-Verwaltungsrat hin zum neuen Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes sicherzustellen. Mein Ziel ist, die Weiterentwicklung des Medizinischen Dienstes

Hessen – als effizienter, zukunfts- und dienstleistungsorientierter Sachverständigendienst – zu unterstützen und dabei stets zum Wohle der Versicherten zu agieren. Insbesondere in der Digitalisierung sehe ich großes Potenzial. Mein pragmatisches Motto lautet: *Nur wer sich einmischt, kann auch etwas verändern.* Ich freue mich, die Zukunft des sozialen Gesundheitswesens mitzugestalten! ◻



Dr. Hans-Albert Gehle, Mitglied im Verwaltungsrat des künftigen Medizinischen Dienstes Bund, Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Westfalen-Lippe, Ärztekammer Westfalen-Lippe Ich begrüße die Neuregelungen beim Medizinischen Dienst und die Entwicklung zum Medizinischen Dienst Bund. Damit wird der Medizinische Dienst breiter und effektiver aufgestellt. Es ist wichtig und richtig, dass zukünftig auch Vertreter der Patientinnen und Patienten, der Pflegebedürftigen, der Verbraucherinnen und Verbraucher, der Pflegeberufe sowie – insbesondere bedeutend aus unserer Sicht – der Ärzteschaft im Verwaltungsrat vertreten sein werden. Damit ist es auch der Ärzteschaft möglich, aktiv an der Ausgestaltung und dem Wirken des Medizinischen Dienstes mitzuwirken und die Belange der Ärztinnen und Ärzte sowie ihrer Patientinnen und Patienten zu vertreten. Ich freue mich auf einen fachlich-kritischen Austausch, bedauere es aber, dass die Ärzteschaft im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes kein Stimmrecht besitzt – aber gegebenenfalls besteht die Möglichkeit, die neuen Berufsgruppen demnächst mit noch stärkerer Mitbestimmung einzubeziehen. ◻



Sabine Strüder, Mitglied im Verwaltungsrat des künftigen Medizinischen Dienstes Bund, Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Rheinland-Pfalz, Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz In den neu zusammengesetzten Verwaltungsräten auf Landes- und Bundesebene sind künftig auch fünf Mitglieder von unabhängigen Patienten- und Verbraucherorganisationen mit Stimmrecht vertreten. Als dritte Bank ist uns wichtig, an den gesetzlich festgelegten Aufgaben der Verwaltungsräte wie Satzungs- und Haushaltsfragen konstruktiv aus der Sicht und zum Nutzen der Patientinnen und Patienten und der Pflegebedürftigen mitzuarbeiten. Darüber hinaus möchte ich auch gerne eigene Themen einbringen, die für Patientinnen und Patienten sowie für Pflegebedürftige besonders relevant sind, so wie ich dies bisher schon als alternierende Sprecherin im Pflegebeirat und im Verwaltungsrat des MDK Rheinland-Pfalz getan habe – etwa beim Thema Pflegebegutachtung. Ich freue mich auf diese spannende Herausforderung und auf die Zusammenarbeit mit allen Beteiligten beim Medizinischen Dienst auf Landes- und auf Bundesebene. □



Franz Peter Sichler, Vorsitzender des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Bayern, AOK Bayern Als Verwaltungsratsvorsitzender strebe ich eine kollegiale Zusammenarbeit mit allen Mitgliedern auf Augenhöhe an. Wir werden die neue Fachexpertise durch die Verbände und Organisationen im Verwaltungsrat nutzen. Ein wichtiges Thema sehe ich in der Öffentlichkeitsarbeit der Selbstverwaltung. Die Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste zum Wohl der Versicherten soll dabei deutlich werden. Wir werden uns als Verwaltungsrat starkmachen, die Außendarstellung des Medizinischen Dienstes an vielen Stellen zu ergänzen. Das kann gelingen, indem möglichst jede und jeder von uns im Verwaltungsrat eine aktive Rolle übernimmt und auch in die eigenen Organisationen hinein als persönlicher Multiplikator bzw. persönliche Multiplikatorin für den Medizinischen Dienst agiert. Dazu passt auch ein weiterer thematischer Schwerpunkt für die Zukunft: der Umgang mit der Digitalisierung. Der Grundsatz lautet: unsere guten Abläufe digital verbessern und zugleich das Beste bewahren, nämlich den persönlichen Kontakt. Wo immer möglich sollte im Sinne der Versicherten ein persönlicher Kontakt stattfinden. Nur so werden wir auch als persönlicher, transparenter und eigenständiger Medizinischer Dienst wahrgenommen. □



Gerlinde Bendzuck, Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Berlin-Brandenburg, Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V. Fünf Vertreterinnen und Vertreter repräsentieren nun im Verwaltungsrat die Patienteninteressen. Wir freuen uns darauf, die vom Gesetzgeber ermöglichten neuen Handlungsspielräume für die Versicherten bestmöglich zu nutzen. Aus unserer Expertenperspektive wollen wir in unserer Region zukünftig aktiv zur Versorgungsgerechtigkeit in Gesundheit und Pflege beitragen. Für diese Aufgaben qualifizieren uns langjährige Tätigkeiten in der Interessenvertretung für Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten und ihrer Angehörigen. Als ehrenamtliche Vorsitzende der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e.V., eines Dachverbandes aus 65 Selbsthilfe-Organisationen mit 65 000 Mitgliedern, setze ich mich zum Beispiel seit 2014 für Inklusion und gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen ein. Gesundheits- und Versorgungsthemen, auch in Bezug auf die neuen digitalen Versorgungsangebote, sind uns besonders wichtig. Den gelungenen Auftakt für eine konstruktive Zusammenarbeit bildeten eine gute Schulungsveranstaltung und eine konstituierende Sitzung, in der wir Neuen vom Vorstand und von den anderen Verwaltungsratsmitgliedern offen und wertschätzend empfangen wurden. □



Dr. Dieter Pfortner, Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Sachsen, AOK Plus Eine Amtsperiode im Verwaltungsrat des MDK Sachsen liegt hinter mir. Als Vertreter der Wirtschaft waren die Aufgaben des Medizinischen Dienstes für mich Neuland. Meine Vorkenntnisse aus der Arbeit im Verwaltungsrat der AOK Plus haben mir jedoch sehr geholfen. Die Schwerpunkte für meine Arbeit im Verwaltungsrat leiten sich aus meiner Herkunft ab. Als Vertreter der Arbeitgeber habe ich vor allem die ökonomischen Faktoren im Blick und stelle mir die Frage: Wie kann die Finanzierung des Medizinischen Dienstes sichergestellt und gleichzeitig verantwortungsvoll und sparsam mit dem Geld von Versicherten und Arbeitgebern umgegangen werden? Als Bewohner des ländlichen Raumes beobachte ich den wachsenden Personalbestand des Medizinischen Dienstes mit gemischten Gefühlen. Einerseits werden qualifizierte Mitarbeiter gebraucht, um die Aufgaben in hoher Qualität erfüllen zu können, andererseits fehlen in Sachsen Fachärzte und Pflegepersonal an allen Ecken und Enden. Eine abgewogene, verantwortungsvolle Personalpolitik ist deshalb unbedingt nötig. Die MDK-Reform verändert auch den Verwaltungsrat. Die »neuen Gesichter« werden für mehr fachliche Unabhängigkeit sorgen. Ich begleite die Entwicklung mit Spannung. Inhaltliche Veränderungen bringt die Reform kaum, so dass sich die Themen für unsere Arbeit nicht im großen Maßstab verändern werden. □



Gudrun Haase-Kolkowski, Mitglied im Verwaltungsrat des Medizinischen Dienstes Nordrhein, Arbeiter-Samariter-Bund Region Düsseldorf e.V. Als ausgebildete Krankenschwester, Fachkrankenschwester für Psychiatrie, Pflegedienstleiterin und Betriebswirtin arbeite ich seit Jahren aus voller Überzeugung in der und für die Pflege. Als Leiterin Soziale Dienste beim Arbeiter-Samariter-Bund Region Düsseldorf e.V. verantworte ich derzeit dort hauptamtlich den Geschäftsbereich Pflege. Ehrenamtlich vertrete ich den Paritätischen NRW, eine Organisation der Freien Wohlfahrtspflege. Außerdem bin ich Mitglied im Errichtungsausschuss der Pflegekammer NRW. Ich freue mich darauf, neue Perspektiven als Berufsvertreterin für die Pflege in die Arbeit im Verwaltungsrat mit einzubringen. Und ich bin davon überzeugt, dass meine praktischen Erfahrungen und die Erkenntnisse, die ich im Austausch mit vielen pflegebedürftigen Menschen gewonnen habe, neue Impulse setzen und die Arbeit im Verwaltungsrat bereichern werden. Ich wünsche mir, dass unsere Zusammenarbeit dazu beitragen wird, die Qualität der Pflege, die Sicherheit der Pflegebedürftigen sowie die Prozessqualität der Einrichtungen nachhaltig zu verbessern. □



Mirko Knappe, stellv. Vorsitzender des Verwaltungsrates des Medizinischen Dienstes Nord, TK – die Techniker Gerade die Reform der Medizinischen Dienste hat neue Aufgaben und viele Herausforderungen für uns in den Verwaltungsräten mit sich gebracht. Mir als alternierender Vorsitzender des neuen Medizinischen Dienstes Nord war die rasche Umfirmierung bereits zum 1. März ein Anliegen und durch eine sehr konstruktive konstituierende Sitzung auch möglich. So war der Weg frei, frühzeitig die weiteren Schritte angehen zu können, die im Rahmen der Reform vorgesehen wurden. Wichtig ist mir dabei, dass auch die neu vertretenen Gruppen im Verwaltungsrat entsprechend gut eingebunden sind. Das ist nicht immer ganz einfach, weil selbst beim Gesetzgeber noch nicht bei allen Regelungen Klarheit bis ins Detail herrscht. Ich halte es zudem für sehr wichtig, den Medizinischen Dienst Nord intensiv dabei zu begleiten, die Veränderungen im Gesundheitswesen in Hamburg und Schleswig-Holstein aktiv mitgestalten zu können, wie zum Beispiel die gestärkte Kontrolle der Strukturqualität in Krankenhäusern. Meine Aufgabe sehe ich darin, die personellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu schaffen, damit die Gutachterinnen und Gutachter auch diese neuen Aufgaben bestmöglich leisten können, ohne dass durch diese neuen, aufoktroierten Aufgaben gleichzeitig die Kosten für die Beitragszahler der Kassen erheblich steigen. Und dies natürlich auch weiterhin fachlich unabhängig! □

Vom Einzelfall zur Systemprüfung

12
forum
Titelthema

Das MDK-REFORMGESETZ hat eine Aufgabe der Medizinischen Dienste im Krankenhausbereich auf eine andere Basis gestellt: die OPS-Strukturprüfungen. ▶ Strukturprüfungen selbst sind nicht neu. Die meisten Medizinischen Dienste führen diese Prüfungen bereits seit Jahren regelmäßig durch. Damit sind die technischen und personellen Voraussetzungen für OPS-Leistungen gemeint. Neu ist aber der Ansatz des Prüfverfahrens, wie er mit dem MDK-Reformgesetz geregelt worden ist: Die Krankenhäuser dürfen von 2022 an abrechnungsrelevante Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) nur noch dann abrechnen, wenn der zuständige Medizinische Dienst im Jahr zuvor die Strukturvoraussetzungen geprüft und bescheinigt hat. Die neuen OPS-Strukturprüfungen haben somit eine sehr hohe Bedeutung und können erhebliche Konsequenzen haben. Dies betrifft 53 verschiedene Krankenhaus-Leistungen.

OPS-Katalog ist Grundlage

Grundlage der Prüfungen sind die Strukturvoraussetzungen, die es bereits seit Einführung des DRG-Systems im OPS-Katalog gibt. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das den Katalog erstellt, weist sie seit diesem Jahr explizit als Strukturmerkmale aus. Typische zu prüfende Strukturmerkmale sind Vorgaben zur Verfügbarkeit sowie zur Qualifikation des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals sowie zur Verfügbarkeit von diagnostischen

beziehungsweise therapeutischen Verfahren. Bei letzteren ist grundsätzlich zu prüfen, ob das dafür erforderliche qualifizierte Personal und die Geräte vorhanden sind. Das Spektrum der zu prüfenden Leistungsbereiche reicht von Intensivstationen über Schlaganfall- und Palliativeinheiten und die Geriatrie bis hin zu psychiatrischen Behandlungen. So soll sichergestellt werden, dass die Strukturvoraussetzungen als Voraussetzung für die Abrechnung von Leistungen in allen Krankenhäusern eingehalten werden.

Prospektiver Prüfansatz

Bislang sind diese Strukturmerkmale in den Krankenhäusern im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen geprüft worden, teilweise im Rahmen von Einzelfallprüfungen. Durch die Reform werden nun bundesweit einheitliche, regelmäßige Strukturprüfungen stattfinden. Die Krankenhäuser werden wiederum dadurch entlastet, dass die Anzahl der Einzelfallprüfungen durch Quoten begrenzt wird.

Neu ist der den Strukturprüfungen zugrundeliegende Prospektivitätsgedanke: Die Strukturprüfungen erfolgen nun grundsätzlich im Jahr vor der beabsichtigten Abrechnung. Dies verschafft sowohl den Krankenhäusern als auch den Krankenkassen Planungssicherheit. Die Laufzeit der Bescheinigung des Medizinischen Dienstes beträgt in der Regel zwei Jahre. In besonderen Konstellationen wird jährlich geprüft – zum Beispiel, wenn zuvor erst eine Nachprüfung die Voraussetzung bestätigen konnte oder wenn die Behandlungen medizinisch besonders sensibel sind.

Eine weitere Neuerung: Die neuen OPS-Strukturprüfungen stellen erstmals ein Verwaltungsverfahren dar. Die Krankenhäuser müssen seit Ende Mai die Prüfanträge damit direkt an den zuständigen Medizinischen Dienst richten. Dieser stellt zukünftig Verwaltungsbescheide aus sowie bei einer Bestätigung der Voraussetzungen auch eine Bescheinigung. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass Klagen künftig nicht mehr gegenüber den Krankenkassen, sondern gegenüber dem zuständigen Medizinischen Dienst zu führen sind.

Ablauf in Richtlinie geregelt

Geregelt ist der organisatorische Ablauf der OPS-Strukturprüfungen in der Richtlinie *Regelmäßige Begutachtungen zur Einhaltung von Strukturmerkmalen von OPS-Kodes nach §275d SGB V (StROPS-RL)*, die am 20. Mai dieses Jahres vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt worden ist. Der MDS hatte sie Ende Februar erlassen. Die Richtlinie beschreibt den Ablauf vom Antragsverfahren über die konkreten Prüffarten bis hin zum Ausstellen der Bescheide und der Bescheinigungen. Krankenhäuser müssen grundsätzlich die Strukturvoraussetzungen erfüllen – im ersten Prüffahr also auch bereits zum Zeitpunkt der Prüfung, um die Bescheinigung für das kommende Jahr zu erhalten. Sollte ein Krankenhaus zum Beispiel die Strukturvoraussetzungen nicht auf Anhieb erfüllen, hat es die Gelegenheit zur Nachbesserung und Wiederholungsprüfung, um die Leistungen dann doch noch abrechnen zu können. Deshalb wäre ein spät eingereichter Prüfauftrag riskant, weil das Krankenhaus bei Beanstandungen vielleicht nicht mehr rechtzeitig nachbessern könnte. In der Folge ginge es ohne Bescheinigung in das neue Abrechnungsjahr, was erhebliche finanzielle Auswirkungen haben kann.

Für den konkreten Ablauf der Strukturprüfungen sieht die Richtlinie drei unterschiedliche Erledigungsarten vor: die Dokumentenprüfung, die Prüfung vor Ort und die Dokumentenprüfung mit ergänzender Prüfung vor Ort. Die Wahl der Erledigungsart erfolgt durch den zuständigen Medizinischen Dienst je nach Krankenhaus und OPS-Kode.

Pandemie sorgt für Verschiebung

Im Zuge des MDK-Reformgesetzes waren die OPS-Strukturprüfungen bereits für das Jahr 2020 vorgesehen. Die Corona-Pandemie hat auch hier den Start verhindert; er wurde auf dieses Jahr verschoben. Der Gesetzgeber hat außerdem eine Reihe von Strukturmerkmalen für das erste Prüffahr teilweise ausgesetzt, die die Krankenhäuser aufgrund der Corona-Pandemie vor eine besondere Herausforderung gestellt hätten.

Trotz der weitreichenden Neuerungen ändert sich die Rolle der Medizinischen Dienste durch die Strukturprüfungen jedoch nicht: Sie werden weiterhin ausschließlich im Auftrag tätig. Die Strukturvorgaben werden ausschließlich durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) definiert. Sollten Strukturmerkmale zu konkretisieren oder zu interpretieren sein, müssen diese durch die Medizinischen Dienste bestmöglich fachlich ausgelegt werden. Um sicherzustellen, dass in jedem Bundesland und jedem Krankenhaus Strukturmerkmale gleich geprüft und ausgelegt werden, hat die Sozialmedizinische Expertengruppe 4 der Medizinischen Dienste (SEG 4) einen Begutachtungsleitfaden entwickelt, der die Richtlinie begleitet.



13
Titelthema
forum

Kernstück dieses Leitfadens sind sogenannte *Strukturmerkmal-Bewertungen*. Darin werden unklare Strukturmerkmale einheitlich-verbindlich ausgelegt. Der Begutachtungsleitfaden gibt auch ergänzende Hinweise, wie in besonderen Konstellationen zu prüfen ist, wie zum Beispiel die Besonderheiten im ersten Prüffahr 2021. Unmissverständliches Ziel ist es, dass das normgebende BfArM alle Strukturmerkmale bereits eindeutig definiert und dadurch Auslegungsfragen vermieden werden.

Alle müssen sich hineinfinden

Für die Krankenhäuser, die Medizinischen Dienste wie auch für die Krankenkassen werden die neuen Strukturprüfungen im ersten Jahr zweifellos eine Herausforderung. Alle müssen sich in das neue Prüfverfahren hineinfinden, ebenso wie in den Umgang mit den Bescheinigungen, die die Grundlage der anschließenden Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen bilden. Trotz bestmöglicher Vorbereitung auf allen Seiten werden zahlreiche Fragen von Krankenhäusern sicherlich nicht ausbleiben, etwa zur Antragstellung, zu den bereitzustellenden Unterlagen oder zum Ablauf der Prüfung im ersten Jahr. Hier werden die Medizinischen Dienste den Krankenhäusern angemessene Hilfestellungen für einen ordnungsgemäßen Ablauf geben. ◻

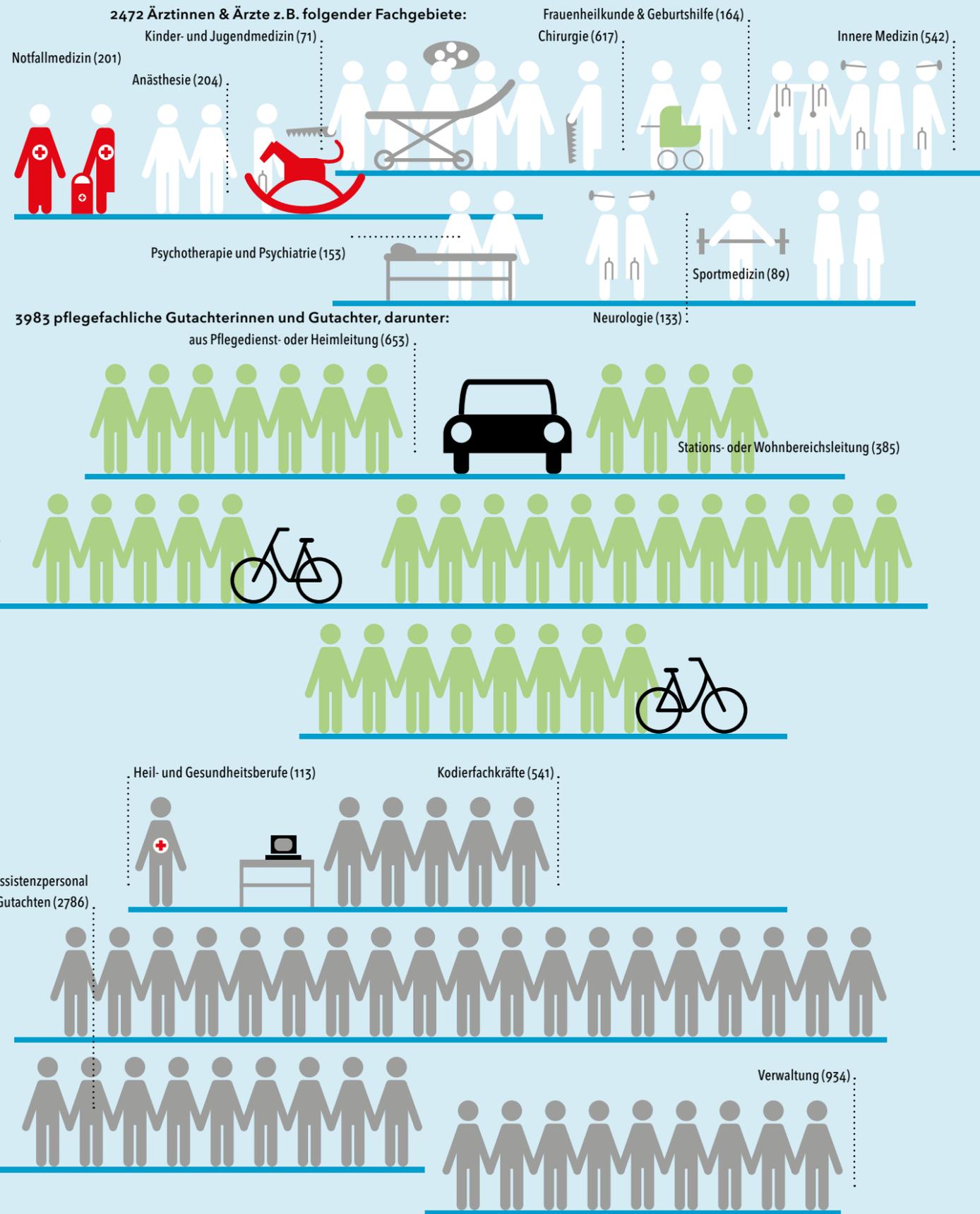
Der Begutachtungsleitfaden ist auf der Internetseite des MDS unter www.mds-ev.de im Bereich *Richtlinien/Publikationen* und dort unter *Richtlinien/Grundlagen der Begutachtung* auf der Seite *Stationäre Leistungen* abrufbar.

Dr. Andreas Krokotsch
ist Leiter der Abteilung
Krankenhaus des
Medizinischen Dienstes
Nord.
andreas.krokotsch@md-nord.de





Wer arbeitet bei den Medizinischen Diensten?



Pflegebegutachtung per Telefon

TELEFONINTERVIEWS statt Hausbesuche: Seit Beginn der Corona-Pandemie hat sich die Arbeitsweise der Medizinischen Dienste bei der Pflegebegutachtung verändert. Eine (Zwischen-)Bilanz. Ohne Begutachtung durch den Medizinischen Dienst kein Pflegegrad. Dieser Grundsatz galt selbstverständlich auch im Corona-Jahr 2020 – jedoch anders als sonst üblich: Zum Schutz besonders gefährdeter pflegebedürftiger Menschen und zur Eindämmung des Infektionsgeschehens wurde seit Mitte März des vergangenen Jahres weitgehend auf die persönliche Begutachtung in Form eines Hausbesuchs zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit verzichtet. Die Begutachtung erfolgte stattdessen überwiegend am Telefon.

Wichtig war es, durch die Sicherstellung der Pflegebegutachtung den zeitnahen Zugang zu den Leistungen der Pflegeversicherung und damit die Versorgung der Pflegebedürftigen zu gewährleisten. Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste stellten den Grad der Pflegebedürftigkeit mithilfe der eingereichten Unterlagen und eines strukturierten Telefoninterviews fest, in dem entsprechend den Begutachtungs-Richtlinien alle pflegegradrelevanten Informationen berücksichtigt wurden. Dazu entwickelte die Sozialmedizinische Expertengruppe 2 der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste einen umfassenden Fragebogen, der sich an den Modulen der Pflegebegutachtung orientiert.

Akzeptanz bei den Versicherten

Seit Einführung der Telefoninterviews Mitte März wurden im Corona-Jahr 2020 mehr als 1,4 Millionen Pflegebegutachtungen ohne persönliche Untersuchung im Wohnbereich durchgeführt. Lediglich im Oktober 2020 war es angesichts sinkender Infektionszahlen kurzzeitig möglich, die Pflegebedürftigkeit bei einem Hausbesuch festzustellen. »Das strukturierte Telefoninterview hat sich in der Pandemie als geeignetes Alternativverfahren zur Feststellung des Pflegegrades bewährt und wird von den Versicherten überwiegend

positiv angenommen«, zog Dr. Peter Pick, stellvertretender Geschäftsführer des MDS, Ende November 2020 eine vorläufige Bilanz.

Ein Telefongespräch kann die Inaugenscheinnahme vor Ort und den persönlichen Eindruck im Wohnumfeld allerdings nicht vollständig ersetzen. Empfehlungen zu therapeutischen, zu rehabilitativen Leistungen oder Wohnumfeld verbessernden Maßnahmen lassen sich telefonisch nur begrenzt aussprechen. Auch um die Sicherstellung der Pflege einschätzen zu können, sind Telefoninterviews nicht optimal geeignet. Müssen Kinder oder Menschen mit psychischen Erkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen begutachtet werden oder gibt es Sprach- und Sprechbarrieren, stellen sich telefonische Begutachtungen ebenso teilweise als weniger geeignet dar. Das beste Verfahren bei der Pflegebegutachtung ist und bleibt die persönliche Inaugenscheinnahme während eines Hausbesuchs.

MDS erarbeitet einheitliche Maßgaben

Aufgrund des hohen Infektionsgeschehens fanden bis Anfang März 2021 in der Regel keine persönlichen Begutachtungen statt. Seit Ende März gelten – zunächst einmal befristet bis zum 30. Juni – »Bundesweit einheitliche Maßgaben des MDS für Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Covid-19-Pandemie nach §147 Abs. 1 Satz 3 SGB XI«. Demnach erfolgt die Pflegebegutachtung grundsätzlich persönlich beim Versicherten, nur in Ausnahmefällen wird zur Verhinderung eines besonders hohen Ansteckungsrisikos ein Telefoninterview durchgeführt. Die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste halten bei den Hausbesuchen strenge Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen ein.

Mittlerweile sind ein Großteil von ihnen und auch viele pflegebedürftige Menschen gegen das Coronavirus geimpft. Damit bleibt zu hoffen, dass die Pflegebegutachtung nun, im zweiten Corona-Jahr, hauptsächlich über den Goldstandard, den Hausbesuch, erfolgen kann.

Bernhard Fleer ist Seniorberater und Leiter Team Pflegebegutachtung beim MDS. b.fleer@mds-ev.de



Alexandre Houdelet-Oertel ist Fachmitarbeiter im Team Pflegebegutachtung beim MDS. a.houdelet@mds-ev.de



»Nicht-Hinschauen ist keine gute Strategie«

OB DIE falsche Dosierung eines Hochrisiko-Medikaments, Seitenverwechslungen oder vergessenes Material bei OPs: Sogenannte Never Events kommen vor. Was könnte eine nationale Never-Event-Liste für die Patientensicherheit bringen? Darüber sprach *forum* mit Prof. Dr. David Schwappach, Direktor der Stiftung Patientensicherheit in Zürich. ▶

Sie haben in den Schweizer Akut-Krankenhäusern eine Umfrage zum Umgang mit Never Events gemacht. Was haben Sie herausgefunden?

In der Schweiz gibt es etwa 270 Akutspitäler. Wir wollten wissen, was das Risikomanagement macht, wenn weitestgehend vermeidbare Fehler passieren, bei denen Patientinnen und Patienten meist schwer geschädigt werden. Bevor wir die Umfrage unter den Risikomanagern gemacht haben, hieß es: Diese Fälle werden intern aufgearbeitet, und es wird daraus gelernt. Bei unserer Befragung zeigte sich aber ein anderes Bild: Es stellte sich heraus, dass die Risikomanager zwar wissen, wie wichtig Never Events sind. Aber wenn sie vor Ort passieren, dann erfahren sie darüber häufig nichts – oder zumindest nicht direkt. Ein Never Event wird juristisch aufgearbeitet, oft am Risikomanagement vorbei. Das bedeutet: Diese Vorfälle sind dann einer fachlichen Analyse nicht zugänglich. Weil das so ist, können wir weder Never Events systematisch analysieren, noch können wir Erfolge von Präventionsmaßnahmen messen und zeigen. Beides ist Blindflug.

Auch in der Begutachtungsstatistik der Medizinischen Dienste, die seit zehn Jahren veröffentlicht wird, tauchen Never Events regelmäßig auf. Warum ist es so schwierig, bei diesem Thema voranzukommen?

Beim Thema Patientensicherheit ist der Diskurs manchmal verhärtet. Die Chance unserer Arbeit liegt im Dialog und im Mehrwert für die Akteure: Wir fördern den Dialog und das gegenseitige Verständnis. Nur so kann man Kritisches sagen, ohne dass sich die andere Seite direkt angegriffen fühlt. Seitens des medizinischen und pflegerischen Personals besteht zudem Sorge, dass man in Haftung genommen wird. Das ist berechtigt. Denn das freiwillige Meldesystem CIRS (Critical Reporting System) ist in der Schweiz zugänglich für den Staatsanwalt. Ich meine: Man muss die juristische Aufarbeitung komplett von der Fehlermeldung und der Risikoanalyse trennen.

Was schlagen Sie außerdem vor?

Das Nicht-Hinschauen ist keine gute Strategie. Es darf nicht vom Zufall abhängig sein, ob Risikomanager von Never Events erfahren. Denn dann kann man keine systematischen Präventionsmaßnahmen entwickeln. Deshalb muss man versuchen, das Thema von der lokalen Ebene auf die nationale zu heben und dort zu verändern.

Welche Erfahrungen aus freiwilligen Meldesystemen können Sie nutzen?

Bei den freiwilligen Meldesystemen werden in der Schweiz aus juristischen Gründen »nur« Beinahe-Ereignisse berichtet. Ärzte, Apotheker und Pfleger melden in CIRS, wenn ein Fehler ohne Schaden passiert ist. Wir haben in der Schweiz ein nationales CIRS-Netz (CIRRNETH). Der Vorteil ist, dass bei uns im Vergleich zu Deutschland alles kleiner ist. Das CIRS-Netz betreiben wir, und an diesem beteiligen sich rund 100 Krankenhäuser. Also etwa jedes zweite in der Schweiz. Aus dem Netz können wir Ereignisse filtern, die von nationaler Bedeutung sind.

Wie funktioniert das?

CIRS sind lokal organisiert. Jedes Spital gibt dort seine Meldungen für sich vor Ort ein. Aber wenn man bei der Auswertung sieht, dass überall ähnliche Ereignisse vorkommen, auch wenn sie lokal sehr selten sind, kann man erkennen, welche man gezielt für Präventionsmaßnahmen nutzen sollte. Das ist der eigentliche Mehrwert – die übergeordneten Themen herausfiltern. Wenn zum Beispiel Medikamentenverwechslungen vorkommen, weil die Packungen die gleichen Farben haben, ist das ein Problem, das nicht lokal zu lösen ist. Da steht dann der Apotheker der Klinik im Keller und macht Aufkleber drauf, um sie zu unterscheiden. Das ist doch eine irrsinnige Verschleuderung von Ressourcen. Wenn man weiß, dass die Ähnlichkeit von Verpackungen ein überregionales

Prof. Dr. David Schwappach ist Direktor der Stiftung Patientensicherheit in Zürich. Die Stiftung ist eine Expertenorganisation für Beschäftigte des Gesundheitswesens und gesundheitspolitische Akteure in der Schweiz. Sie erarbeitet praktische Maßnahmen, um die Patientensicherheit zu stärken.



Problem ist, kann man auf die Zulassungsbehörde zugehen und eher Abhilfe schaffen. Solche strukturellen Probleme anzugehen, ist auch immens wichtig für die Beschäftigten. Es geht nicht, dass man ihnen Material zumutet, das zu einer zusätzlichen Arbeitsbelastung führt. Durch entsprechende Meldungen können Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Apotheker aktiv etwas zu Verbesserungen beitragen.

Wie sollten Never Events Ihrer Meinung nach erfasst und dokumentiert werden?

Wir wollen eine Liste, die für alle beteiligten Berufsgruppen Never Events listet. Derzeit schlagen wir 12 Ereignisse vor, die an Akutspitälern vorkommen könnten. Es ist klar, warum sie passieren und wie sie zu vermeiden sind. Dazu gehören zum Beispiel die Magensonde, die an die Vene angeschlossen wird, die OP an der falschen Seite, die falsche Dosierung von Hochrisiko-Medikamenten oder vergessene Fremdkörper. Es gibt keine Missverständnisse darüber, was ein Never Event ist.

Wie wollen Sie die nationale Never-Event-Liste einführen?

Es ist wichtig, mit allen Akteuren im Dialog zu sein und alle von Anfang an mitzunehmen. Die Liste wird zunächst mit den Akteuren bzw. deren Verbänden konsentiert. Wir fordern, dass jedes Krankenhaus die Liste einsetzt und lokal einen klaren, eindeutigen Meldeweg etabliert. Außerdem schlagen wir ein nationales Register für die Never

Events vor, zunächst auf freiwilliger Basis. Wir wollen uns von der lokalen auf die nationale Ebene Schritt für Schritt fortentwickeln – basierend auf Empfehlungen der jeweiligen Fachärztervertreterinnen und -vertreter. Als Nächstes sollten auf nationaler Ebene Daten erhoben und systematisch ausgewertet werden.

Warum setzen Sie auf Freiwilligkeit?

In der Schweiz haben sich Maßnahmen meistens als erfolgreich etabliert, wenn es eine Phase der Freiwilligkeit gab. Der von vornherein verpflichtende Weg erscheint nicht zielführend. Damit erreicht man nur, dass die Leute Vermeidungsstrategien entwickeln. Genau das soll nicht sein.

Was ist der Anreiz, mitzumachen?

Es ist gut, wenn man mit Transparenz und Qualität punkten kann. Die Menschen wissen, dass Fehler passieren – auch in der Medizin. Sie erwarten von den Spitälern, dass sie damit offen umgehen. Mag sein, dass das eine oder andere Krankenhaus das aus der Froschperspektive falsch einschätzt. Aber wer gut ist, der wartet nicht, bis er zu etwas gezwungen wird, sondern setzt sich an die Spitze der Bewegung.

Wie wichtig ist die Anonymität?

Sie spielt eine große Rolle, aber man darf sich nichts vormachen. Die Schweiz ist klein – im Krankenhaus weiß man, wo was und warum es passiert.

Wo sehen Sie die Patientensicherheit in fünf Jahren?

Bislang gibt es bei uns in der Schweiz wie in Deutschland noch keine nationale Never-Event-Liste. Aber wir sind dran und stimmen die Liste mit den Playern ab. Wichtig ist, dass die Liste und das Thema fachlich akzeptiert sind. Bis wir auf dem freiwilligen Weg vorankommen, wird es noch dauern. Es ist oft mühsam, und oft dauert es auch, aber wir kommen voran. ○

Das Interview führte Michaela Gehms, Teamleiterin Öffentlichkeitsarbeit und Pressesprecherin des MDS.

Internationale Patientensicherheitstagung 18./19. November 2021
»Niemals wieder!?

Was verraten uns Never Events über die Patientensicherheit?«

In der Schweiz werden einer Studie der Stiftung für Patientensicherheit zufolge Never Events zwar als wichtig eingeschätzt, aber die Herangehensweisen an diese Thematik variieren sehr. Mit der weltweit ersten internationalen Tagung zu Never Events am 18./19. November 2021 in Zürich (und als weltweite Hybridveranstaltung) will die Stiftung nun die Auseinandersetzung mit dem Thema forcieren. Renommierte Referentinnen und Referenten aus dem In- und Ausland werden über unterschiedliche Erfahrungen und Herangehensweisen diskutieren.

Infos unter never-events.ch

Spagat zwischen Patientenwohl und Datenschutz

DEUTSCHLAND STEHT bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems weit hinter anderen Ländern zurück. Zu dieser Einschätzung gelangt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten *Digitalisierung für Gesundheit – Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems*.

☛ In Zeiten von Big Data seien Konzepte wie Datensparsamkeit längst überholt, meint der Sachverständigenrat. Es sei unethisch, vorhandene Daten nicht zu nutzen. Das Autorenteam plädiert dafür, die Digitalisierung im Gesundheitswesen am Patientenwohl auszurichten, das weit über Aspekte des Datenschutzes hinausgehe: »Das Patientenwohl muss der Maßstab sein, an dem Digitalisierung im Gesundheitswesen ausgerichtet und gemessen werden muss. Dazu brauchen wir für Forschung und Versorgung verwertbare Daten. Nicht nur die bislang schon zugänglichen Abrechnungsdaten, zum Beispiel über verschriebene Medikamente, sondern auch die zugehörigen Behandlungsdaten etwa über Allergien, Blut- oder Röntgenuntersuchungen.«

Bei der Vorstellung des Gutachtens äußert der Vorsitzende des Sachverständigenrates, Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, sein Unverständnis über den widersprüchlichen Umgang mit Daten in Deutschland: »Die Menschen in Deutschland produzieren jeden Tag Abermillionen Daten, darunter sehr viele, die ihre Gesundheit betreffen. Die meisten dieser Daten wandern in die Arme von Datenkraken außerhalb der EU und werden von diesen für kommerzielle Zwecke, Werbung und Angebote ausgewertet. Wenn es aber darum geht, Gesundheitsdaten hierzulande zum Zwecke besserer Gesundheitsversorgung zu sammeln [...], dann werden Probleme aufgetürmt, die eine sinnvolle Datennutzung fast unmöglich machen.«

Die elektronische Patientenakte – Projekt der verschenkten Möglichkeiten?

Wozu dies führt, illustriert der Sachverständigenrat unter anderem am Beispiel der elektronischen Patientenakte (ePA). Seit 1. Januar 2021 müssen die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte anbieten. Hier können

Krankenversicherte ihre Gesundheitsdaten speichern und verwalten. Die ePA soll die Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten, die Versorgung über Apotheken und die Behandlung im Notfall verbessern. Außerdem soll sie helfen, Kosten zu sparen, zum Beispiel für unnötige Doppeluntersuchungen. Gespeichert werden können Befunde, Diagnosen, Therapiemaßnahmen, Behandlungsberichte, Impfungen, Medikationspläne und Arztbriefe. Jede Ärztin bzw. jeder Arzt und Apothekerin bzw. Apotheker kann auf die Daten zugreifen und sich so schnell einen Überblick über den Gesundheitsstatus der Patienten machen. Im Notfall können Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus auf einen Blick erkennen, welche Vorerkrankungen, Allergien und Unverträglichkeiten ihre Patienten haben. Für Krankenkassen entstehen deutliche Effizienzvorteile, wenn Überweisungsscheine, Rezepte und Arztbriefe elektronisch ausgestellt werden. Darüber hinaus könnte die Verwendung von anonymisierten ePA-Daten zu Forschungszwecken dazu beitragen, insbesondere bei seltenen Erkrankungen oder Befundkonstellationen eine sichere Entscheidungsgrundlage zu gewährleisten, sagt der Sachverständigenrat.

So weit die Theorie. In der Praxis, so die Einschätzung des Rates, droht die ePA ein zahnlöser Tiger zu werden. Der Gesetzgeber hat ein Einwilligungsverfahren zur Datenverarbeitung durch die Versicherten in mehreren Stufen und mit multiplen Wiederholungen vorgesehen. Es sei zu befürchten, dass ein vollständiger Datenbestand der ePA häufig nicht zustandekomme, weil das umständliche Einwilligungsverfahren dieses Ergebnis unwahrscheinlich mache. Durch die Möglichkeit, einzelne Daten aus der ePA löschen zu können, ohne dass dies für den Leistungserbringer ersichtlich ist, würde der Sinn des Projektes weiter infrage gestellt. Für eine sektoren-, fach- und einrichtungsübergreifende Behandlung der Patientinnen und Patienten sei es notwendig, dass alle relevanten Informationen in der Akte enthalten sind und alle am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringer darauf Zugriff haben. Statt eines komplizierten mehrstufigen Zustimmungsverfahrens schlägt der Sachverständigenrat ein Verfahren vor, das die derzeit umständliche Einwilligungsprozedur ersetzen könnte. Jeder hätte

die Möglichkeit, der Einrichtung einer ePA oder zumindest der Speicherung bestimmter Daten zu widersprechen. Er muss dazu allerdings selbst aktiv werden. Andernfalls gibt er de facto seine Zustimmung zur Datenerfassung, -speicherung und -nutzung. Die vollständige Übertragung der wesentlichen Behandlungsinformationen sollte der Standard sein.

Datenschützer warnen: Patientendaten sensibler als Bankdaten

Datenschützer hingegen warnen davor, Patientendaten zentral zu speichern. Sie seien ein wertvolles Gut und müssten darum ein Leben lang geschützt werden. Ungewollte Datenweitergabe oder -verarbeitung könne leicht zu sozialer Ausgrenzung und Nachteilen bei der Bewerbung um einen Arbeitsplatz führen und somit existenzbedrohend werden. Auch wenn Daten pseudonymisiert oder anonymisiert würden, sei der Rückschluss auf eine konkrete Person nicht auszuschließen. Heute verfügbare Rechnerkapazitäten könnten problemlos anonymisierte Zahlungsverkehrsdaten wieder einzelnen Personen zuordnen. Es sei naiv anzunehmen, dass dies bei den viel spezifischeren medizinischen Daten nicht ginge.

Die Bewertung, dass Big Data Chancen für medizinischen Fortschritt durch wissenschaftliche Erkenntnis eröffnet, bleibt nicht unwidersprochen. So könne Big Data keine Aufschlüsse über reale Wirkungszusammenhänge liefern, sondern nur statistische Korrelationen aufzeigen, sagt auch Dr. Bernhard Scheffold, Vorsitzender des Vereins Patientenrechte und Datenschutz e.V. Die Gefahr bestehe, allmählich von einer auf das Verständnis von Zusammenhängen getriebenen Wissenschaft zu einer reinen Phänomenologie zu wechseln.

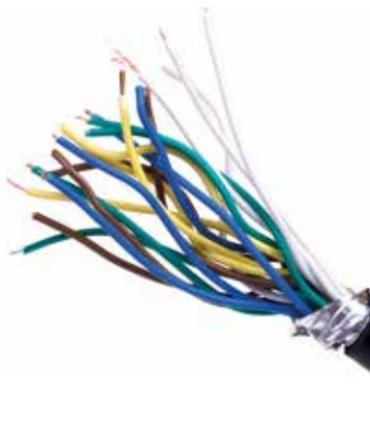
Fragt man Patientinnen und Patienten, überwiegt bei vielen das Misstrauen gegenüber der zentralen Speicherung der Gesundheitsdaten. Viele sehen in der ePA keinen Nutzen und fühlen sich entmündigt. Zu diesem Ergebnis kamen zum Beispiel repräsentative Untersuchungen des Deutschen Psychotherapeuten Netzwerkes (DPNW) in Zusammenarbeit mit der Universität Bonn. 83% der rund 3500 Teilnehmenden gaben an, dass sie ihren Ärzten und Psycho-

therapeuten bei einer elektronischen Speicherung ihrer Daten weniger anvertrauen würden als bisher. Auch der freie Austausch vertraulicher Daten ohne Zustimmung der Patienten zwischen Behandlern wird von 75% der Befragten abgelehnt. Ebenso vernichtend fällt die Frage nach dem Sinn der bisherigen Aufwendungen für die ePA aus. 75% halten die Ausgaben für Verschwendung. 85% der Befragten empfinden die bisherige Speicherung der Krankendaten in den Arztpraxen als ausreichend.

Ohne Nutzen keine Akzeptanz

Wer Menschen Technik zur Verfügung stellt, deren Nutzen für sie nicht ersichtlich ist, darf sich über Ablehnung nicht wundern. Die ePA hätte gerade in Zeiten der Corona-Pandemie beste Chancen, ihre Leistungsfähigkeit zu beweisen. Seit Beginn der Pandemie wurden etliche Grundrechte vorübergehend eingeschränkt. Gleichzeitig wurde der Datenschutz in seiner starren und einseitigen Ausprägung nicht ernsthaft hinterfragt. In der Studie des Sachverständigenrates heißt es dazu: »[Es] wurde kein Weg gesucht, Ortungsdaten für die Kontaktverfolgung, Infektionsbekämpfung und den Schutz von Menschenleben und Grundrechten auszuwerten. Stattdessen wurden Ausgangssperren für ganze Bundesländer verhängt.« Anhand von Ortungsdaten ließen sich jedoch wichtige medizinische und epidemiologische Erkenntnisse zum Infektionsgeschehen gewinnen, die zu differenzierten Schutz- und Hygienemaßnahmen führen könnten. Leben und Gesundheit sowie unsere Grundrechte könnten damit besser geschützt werden: Vorteile, die in der Lebenswirklichkeit der Menschen spürbar werden und damit zur Akzeptanz der ePA beitragen. ☐

Markus Horn ist Online-Redakteur der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste. markus.horn@md-sachsen.de



Auswege finden aus der Wut

G EWALT IN DER PFLEGE ist ein Tabuthema. Während der Corona-Pandemie waren offenbar deutlich mehr Menschen davon betroffen, berichtet auch das Team der Berliner Beratungsstelle »Pfleger in Not«. ▶ Irgendwo in Berlin: Als Frau Schneiders demente Mutter sich wieder einmal nicht frisieren lassen will, wirft ihre Tochter ihr entnervt die Haarbürste an den Kopf. Am anderen Ende der Stadt reibt Frau Maier sich den schmerzenden Knöchel. Ihr Ehemann hat sie absichtlich mit seinem Rollstuhl angefahren. Gewalt in der Pflege kann viele Gesichter haben. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert sie so: »Unter Gewalt gegen ältere Menschen versteht man eine einmalige oder wiederholte Handlung oder das Unterlassen einer angemessenen Reaktion im Rahmen einer Vertrauensbeziehung, wodurch einer älteren Person Schaden oder Leid zugefügt wird.« Oft sind Pflegebedürftige die Opfer; mitunter geht die Gewalt aber auch von ihnen aus.

Steigende Zahlen während der Pandemie

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) ließ 2018 etwa 1000 pflegende Angehörige zum Thema Gewalt befragen. Von diesen hatten 32% schon einmal psychische und 12% körperliche Gewalt gegen die gepflegte Person ausgeübt. Umgekehrt hatte etwa jeder zweite pflegende Angehörige psychische und jeder zehnte physische Gewalt durch den Pflegebedürftigen erlebt. Im Sommer 2020 warnte die Pflegekammer Schleswig-Holstein vor einer corona-bedingten Zunahme der Gewalt. Diese Entwicklung hat auch Gabriele Tammen-Parr beobachtet. Die Sozialpädagogin gründete 1999 mit Unterstützung des Berliner Senats die Beratungsstelle »Pfleger in Not« beim Diakonischen Werk Berlin-Stadtmitte. Seitdem finden hier Menschen, die in Pflegesituationen Konflikte erleben oder Gewalterfahrungen gemacht haben, Hilfe und ein offenes Ohr. »Während der Corona-Pandemie«, berichtet Tammen-Parr, »hat sich die Zahl der Anrufe von Ratsuchenden bei uns verdreifacht, von 150 bis 180 auf 470 bis 500 pro Monat.«

Drei von vier Pflegebedürftigen in Deutschland werden zu Hause versorgt,

häufig von Familienmitgliedern. Meist beginnt eine solche häusliche Pflegesituation mit sehr viel Liebe und Zuneigung. Zu diesem Zeitpunkt kann sich noch kaum jemand ausmalen, wie sehr eine häusliche Pflege belasten kann und wie lange sie dauert: im Schnitt zehn Jahre, die oft durch eine ständige räumliche, körperliche und emotionale Nähe gekennzeichnet sind. Oft bürdet sich die Pflegenden zu viel auf, nehmen keine oder zu wenig Unterstützung in Anspruch. »Das kann zu einer grenzenlosen Überforderung führen, die bei manchen schließlich in Aggressionen oder Gewalt mündet«, erklärt Gabriele Tammen-Parr.

Wer in dieser Situation Beratung nutzt, hat den ersten und oft schwersten Schritt getan, hat die Scham überwunden und sich Hilfe gesucht. Beim Team von »Pfleger in Not« gilt: »Wir hören erst einmal nur zu und werten nicht – auch wenn wir die Situation vielleicht ganz anders einschätzen. Wir versuchen, auch das Leid zu sehen, das hinter einem bestimmten Verhalten steckt«, erklärt Gabriele Tammen-Parr. Den Ratsuchenden werden keine schnellen Lösungen übergestülpt. »Aber wenn sie möchten, dann schauen wir mit ihnen gemeinsam, wie sie aus der Belastungssituation herauskommen können.« Die Beratungsstelle ist gut vernetzt, kennt viele Hilfs- und Unterstützungsangebote und bietet auch eine psychologische Beratung und Familiengespräche an.

Ein offenes Ohr

Das Wichtigste ist aber für viele die Möglichkeit, sich endlich einmal alles von der Seele reden zu können. Diese Erfahrung haben Gabriele Tammen-Parr und ihr Team insbesondere während der vergangenen Monate gemacht. »Aufgrund der Infektionsschutz-Bestimmungen konnten wir ja keine konkreten Hilfen vermitteln. Die Menschen haben in erster Linie emotionale Unterstützung gebraucht.« ▶

Infos zur gewaltfreien Pflege auch unter www.mds-ev.de im Bereich Themen/Pflegequalität



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

Offline im Pflegeheim

N UR JEDER ZEHNTE, der im Pflegeheim lebt, hat Internetzugang auf dem eigenen Zimmer, schätzen Fachleute. Die Corona-Krise hat die Folgen der fehlenden Anbindung dramatisch sichtbar werden lassen. ▶ Der Achte Altersbericht der Bundesregierung von 2020 fand deutliche Worte. Der Einzug in eine Pflegeeinrichtung, heißt es dort, »erinnert in technischer Hinsicht mehr an den Umzug in den Strafvollzug oder in ein Kloster als in eine komfortable neue Wohnumgebung«. Der Grund: »Liebgewordene digitale Helfer wie ein Abrufen von Informationen aus dem Internet, das Streamen der Lieblingsserie, der Zugriff auf Mediatheken, die Nutzung eines Sprachassistenten oder Videokommunikation sind ausgeschlossen.« Der Bericht zur Lage der älteren Generation (*Altersbericht*) wird in jeder Legislaturperiode von einer Sachverständigenkommission vorgelegt; im vergangenen Jahr war das Thema: ältere Menschen und Digitalisierung. Das aktuelle Papier preist zwar zukunftsweisende Technologien wie digitale Assistenzsysteme – doch auf einer so grundlegenden Ebene wie der Internetanbindung im Pflegeheim wird der deutschen Politik ein schlechtes Zeugnis ausgestellt.

Digitale Kommunikation als ein Grundbedürfnis

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) sieht den Internetzugang als eine Grundvoraussetzung für die Einbindung in das soziale Leben. Die BAGSO legte im Juni 2020 ein Fünf-Schritte-Programm vor. Dazu gehörten neben der Bereitstellung von WLAN für alle Heimbewohnerinnen und -bewohner auch die Anschaffung von Geräten und die technische Begleitung der älteren Menschen, zum Beispiel durch zielgruppenorientierte Workshops in den Einrichtungen. Gerade jetzt seien internetgestützte Kontaktmöglichkeiten unverzichtbar, so Nicola Röhrich, Referentin für Digitalisierung bei der BAGSO. »In Corona-Zeiten müssen Wege gefunden werden, um die Teilhabe Älterer zu gewährleisten. Wenn Alten- oder Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner digital abgehängt sind, weil ein WLAN-Anschluss im Bewohnerzimmer nicht vorhanden ist, dann

ist das nicht akzeptabel.« Dr. Sibylle Meyer, Altersforscherin und Mitautorin des Achten Altersberichts, schätzt, dass nur 10% der Betroffenen WLAN auf dem eigenen Zimmer haben. Ein Drittel hat die Möglichkeit, das Internet in Gemeinschaftsräumen zu nutzen. Experten betonen jedoch, dass ein Anschluss auf den Zimmern entscheidend für den Schutz der Privatsphäre sei.



Vorreiter Nordrhein-Westfalen

Umgesetzt hat die Forderung der Seniorenvertreter bislang lediglich eine Landesregierung: Nordrhein-Westfalen schuf mit dem Wohn- und Teilhabegesetz von 2019 Rahmenbedingungen für eine flächendeckende Versorgung aller, die im Pflegeheim leben. Heimbetreiber in NRW sind verpflichtet, nach einer Übergangsfrist Internetzugang für alle Bewohnerinnen und Bewohner zu gewährleisten. Kontrolliert wird die Umsetzung der Vorschrift durch die Heimaufsicht – ebenso wie die Einhaltung anderer Mindeststandards.

In anderen Bundesländern verweist man auf ungeklärte Fragen: Wer trägt die Kosten? Wer schuldet im sicheren Umgang mit dem Internet? Die Bereitstellung von WLAN dürfe die Unterbringungskosten nicht steigen lassen, meinen Seniorenverbände. Heimbetreiber geben zu bedenken, dass überlastete Pflegekräfte nicht zusätzlich die technische Anleitung der Seniorinnen und Senioren übernehmen können. Bis alle Bewohnerinnen und Bewohner der bundesweit 12 000 Pflegeheime online gehen können, dürfte so noch einige Zeit vergehen. ▶

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



Long Covid: Corona und kein Ende

ATEMNOT, SCHWINDEL, Kopfschmerzen, Erschöpfungszustände: *Long Covid* bezeichnet Symptome, die viele Covid-19-Patientinnen und -Patienten (inzwischen auch Kinder) noch Wochen oder Monate nach ihrer Infektion haben und die Medizinerinnen und Wissenschaftlern zunehmend Sorgen bereiten.

Wir kennen es auch von anderen Infektionskrankheiten: Wer eine schwere Grippe hinter sich hat oder das Pfeiffersche Drüsenfieber, braucht oft Wochen, um wieder vollständig bei Kräften zu sein. Nach Covid-19 ist rund jeder Zehnte von Langzeitbeschwerden betroffen. Die Symptome, unter anderem extreme Erschöpfung, Atemnot, Kopfschmerzen, Gerinnungs- und Geruchsstörungen, lassen bei den meisten mit der Zeit nach. Doch manche Expertinnen und Experten rechnen mit einem starken Anstieg chronischer Erkrankungen als Folge der Sars-CoV-2-Pandemie weltweit.

Wie häufig ist Long Covid?

Bisher gibt es noch keine allgemeingültige Definition, was Long Covid überhaupt ist. Neben dieser Bezeichnung tauchen weitere auf – das »Post-Covid-Syndrom« oder das »chronische Covid-19-Syndrom«, die allesamt die Langzeitfolgen einer akuten Infektion mit dem neuen Virus beschreiben. Zeitlich kann man offenbar drei verschiedene Phasen der Erkrankung unterscheiden: die akute, die post-akute (ab drei Wochen) und die chronische Long-Covid-Phase (ab 12 Wochen nach Krankheitsbeginn). Sicher sind die Langzeitfolgen von Covid-19 kein einheitliches Phänomen. Menschen, die schwer erkrankt waren, können von einem Post-Intensiv-Syndrom betroffen sein. Das heißt, sie können Organschäden davongetragen haben, die ihnen das Leben noch lange schwer machen.

Nach einem schweren Verlauf waren laut einer chinesischen Untersuchung auch sechs Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus noch über die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit verschiedenen Symptomen belastet. Doch langfristige Beschwerden werden nicht nur infolge von oder nach schweren, sondern auch nach

milden Krankheitsverläufen beobachtet. Bei milderen Verläufen berichteten in einer anderen Untersuchung aus Großbritannien knapp 14%, auch drei Monate nach der akuten Erkrankung noch Beschwerden zu haben.

Im Gegensatz zur schweren akuten Erkrankung sind von Long Covid besonders häufig Frauen und eher Jüngere betroffen. Die Beschwerden nehmen dabei mit der Zeit ab. In einer Patientengruppe mit mildem Verlauf waren einer Untersuchung aus England zufolge rund 87% nach vier Wochen frei von Beschwerden, nach acht Wochen 95% und nach 12 Wochen 98%. Auch Kinder können betroffen sein. Eine erste Studie aus Italien bei Kindern, die zwischen März und November 2020 an Covid-19 erkrankt sind, zeigt, dass mehr als die Hälfte der 129 untersuchten 6- bis 16-Jährigen auch vier Monate nach der Erkrankung noch mit mindestens einem Symptom zu kämpfen haben. Davon geben über 40% an, von diesen Beschwerden in ihrem täglichen Leben beeinträchtigt zu sein.

Was sind typische Symptome?

Viele der Betroffenen plagt eine extreme Erschöpfung, die auch zuvor sehr sportliche, junge Menschen betreffen kann und die häufig einen normalen Alltag, inklusive Arbeit, erst einmal nicht oder nur eingeschränkt ermöglicht. Covid-19 ist zwar in erster Linie eine Erkrankung der Atemwege. Doch das Virus kann Zellen in verschiedenen Organen befallen und so Schäden verursachen. Zudem ist die oftmals heftig ausfallende Immunantwort auf Sars-Cov-2 durch die ausgeschütteten Immunbotenstoffe und aktivierten Abwehrzellen überall im Körper in Form von unterschiedlichen Symptomen zu spüren.

Zu den häufigsten Beschwerden zählen Kopfschmerzen, Kurzatmigkeit, Erschöpfung, Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme, Brustschmerzen, Riechstörungen oder Verlust des Geruchsinns, Geschmacksstörungen, Durchfall, Bauch- und Muskelschmerzen, Herzrasen und Tinnitus. Typisch ist das wellenförmige Auftreten der Symptome. Am einen Tag geht es gut, den Tag darauf wieder schlecht. Die Infektion

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



beeinflusst die Blutgerinnung. Thrombosen, Herzinfarkte oder Schlaganfälle sind deshalb nach der akuten Erkrankung häufiger als gewöhnlich.

Was sind die Ursachen für die Langzeitfolgen?

Nach der akuten Infektion hat die Immunabwehr das Virus meistens aus dem Körper vertrieben. Was bleibt, ist ein Trümmerfeld zerstörter Körperzellen – bei schweren Verläufen vor allem in der Lunge –, die dem Virus selbst oder den Abwehrzellen zum Opfer gefallen sind. Körpergewebe kann regenerieren, daher können sich die Symptome nach und nach abschwächen. Mindestens drei Prozesse können den Organismus aber noch lange Zeit danach beschäftigen:

Möglicherweise gibt es im Körper einiger Infizierten auch nach der akuten Infektion noch ein Reservoir an Sars-CoV-2-Viren, die der Immunabwehr entkommen sind. Die meisten Studien fanden einige Wochen nach Krankheitsbeginn zwar keine vermehrungsfähigen Viren mehr. Andere entdeckten jedoch Sars-Cov-2 im Dünndarm oder im Riechepithel in der Nase.

Im Laufe der Immunreaktion gegen das neue Coronavirus sind bei einigen Betroffenen zudem fälschlicherweise solche Immunzellen aktiviert worden, die Antikörper gegen körpereigenes Gewebe produzieren. Darunter sind beispielsweise solche Immunglobuline, die sich gegen Strukturen im Gehirn, in den Blutgefäßen, in der Leber, im Verdauungstrakt oder sogar gegen Moleküle des Immunsystems selbst richten. Diese Autoantikörper können selbst dann noch für Symptome sorgen, wenn das Virus längst aus dem Organismus verschwunden ist.

Parallel oder zusätzlich kann der Körper durch anhaltende Entzündungsreaktionen nach der akuten Infektion herausgefordert sein. Gewisse immunologische Botenstoffe bleiben für längere Zeit auf erhöhtem Niveau. Das Gehirn reagiert auf erhöhte Entzündungswerte besonders empfindlich, die störanfällige Kommunikation im komplexen Nervennetz ist beeinträchtigt. Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen als Langzeitfolge einer akuten Infektion können mit modernem medizinischen Gerät sogar sichtbar gemacht werden. Beispielsweise lassen sich mithilfe der Positronenemissions-Tomografie Bereiche in der Hirnrinde ausmachen, deren

Stoffwechselaktivität verringert ist und sich erst normalisiert, wenn auch die kognitiven Probleme wieder nachlassen.

Problematisch können auch winzige Blutgerinnsel in den feinen Blutgefäßen des Gehirns oder anderen Organen sein sowie kleine, punktförmige Entzündungsherde, die die Funktion verschiedener Organe beeinträchtigen.

Welche Therapien gibt es, und hilft eine Impfung bei Long Covid?

Wenn Long-Covid-Betroffene sich in einer Post-Covid-Ambulanz vorstellen – mittlerweile gibt es davon in Deutschland rund 40, meist angeschlossen an größere (Universitäts-)Kliniken –, wird zuerst abgeklärt, ob und welche Organe womöglich durch die Infektion nachhaltig geschädigt sind. Leitlinien zur Behandlung von Long Covid sind in Vorbereitung und werden wahrscheinlich im Kürze fertiggestellt. Darin wird unter anderem aufgeführt sein, ob bei anhaltenden Entzündungsprozessen oder autoaggressiven Problemen eine Behandlung mit immunhemmenden Medikamenten, ähnlich wie etwa bei Rheuma, sinnvoll sein könnte. In Post-Covid-Ambulanzen kommen zudem Ergotherapie und psychologische Therapien zur Verbesserung des Allgemeinzustandes zum Einsatz. Riechtrainings beschleunigen die Regenerierung des Geruchssinnes.

Einige Long-Covid-Betroffene berichten, dass eine Impfung gegen Sars-CoV-2 ihre Symptome gemildert, wenn nicht gar beendet habe. Solide medizinische Daten dazu gibt es noch nicht, große Studien haben gerade erst begonnen. Lediglich eine von Patientinnen und Patienten initiierte Untersuchung in Großbritannien zeigt, dass sich die Langzeitsymptome bei rund einem Drittel nach der Impfung verbesserten. Bei der Hälfte gab es keine Änderung, ein Fünftel berichtete über eine Verschlechterung seines Zustandes. Möglicherweise gelingt es mit der Impfung in einigen Fällen, verbliebene Virusbestandteile zu beseitigen und Entzündungs- sowie Autoimmunreaktionen zu dämpfen. **Q**

Pathogener Stich

IM VERGANGENEN JAHR verzeichnete das Robert-Koch-Institut deutlich mehr Fälle von Frühsommer-Meningoenzephalitis, kurz FSME. Die Corona-Pandemie wird als ein möglicher Grund dafür vermutet. Denn während Kinos, Kneipen und Fitnessstudios schließen mussten, waren mehr Menschen in der Natur unterwegs und wurden von Zecken gestochen. »Meine Familie ist schon immer gerne stundenlang durch Wiesen und Wälder spaziert«, sagt Jasmin Albrecht. »Wegen all der Corona-Einschränkungen sind mir unsere Ausflüge als Abwechslung zum Alltag aber noch wichtiger geworden.« Wie die 20-Jährige halten sich laut Gesellschaft für Konsumforschung 55 von 100 Leuten aktuell wenigstens einmal pro Woche in der Natur auf. Weitere 75 von 100 Personen wären gerne auch öfter im Grünen. Die Zahl der Menschen, die regelmäßig spazieren gehen, ist in den vergangenen fünf Jahren um 15 Prozentpunkte gestiegen. Auch unternehmen mehr Menschen Tagesausflüge, campen oder arbeiten im Garten, wie die Ergebnisse zum Freizeit-Monitor 2020 zeigen.

Zeit im Freien als Expositionsrisiko

Bei all diesen Aktivitäten droht die Gefahr, unbemerkt eine Zecke von Gräsern oder Büschen abzustreifen. Das gilt nicht nur für die Zeckensaison von Februar bis Oktober, sondern auch für die übrigen Monate. Da die Temperaturen hierzulande selten längere Zeit unter minus 20 Grad fallen, können die kleinen Spinnentiere überleben. Oft geschützt von Laub oder Schnee überdauern sie in einer Winterstarre leichte Kälteperioden. Wird es dann einige Tage wärmer als 7 Grad, erwachen die millimetergroßen Parasiten zu neuer Aktivität.

»Nach einer Wanderung spürte ich am nächsten Tag plötzlich ein heftiges Stechen auf meinem Kopf«, sagt Jasmin Albrecht. Das, so habe ihr der Arzt später erklärt, sei eigentlich ungewöhnlich, da der Speichel der Zecke eher schmerzlindernd wirke. Als ihre Mutter nachschaut, entdeckt sie am höchsten Punkt des Scheitels, direkt am Hinterkopf, eine Zecke. Diese bevorzugen zwar weiche, gut durchblutete, dünne Hautstellen wie Brust, Bauch, Lendenbereich oder Kniekeh-

le, stürzen sich aber auch auf alle anderen Körperstellen. Nach einer Umfrage der Pfizer Deutschland GmbH aus dem Jahr 2020 hatte jeder zweite Deutsche (58%) schon einmal einen Zeckenstich. Fast ein Viertel davon (22%) sogar häufiger als viermal.

Dass die Menschen ihre Freizeit aufgrund der Corona-Einschränkungen häufiger im Freien verbringen, sieht das Robert-Koch-Institut (RKI) als eine der möglichen Ursachen für den Anstieg der Erkrankungen an Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), die wichtigste durch Zecken übertragene Viruserkrankung weltweit.

Oft ganz ohne Symptome

FSME kann insbesondere bei Erwachsenen zu schweren Infektionen des zentralen Nervensystems mit Lähmungen, Anfallsleiden oder lange andauernden Kopfschmerzen führen. Diese können selbst noch Monate nach der Erkrankung bestehen. Bei etwa 1% der Erkrankten führt die FSME zum Tode, so das RKI. Der Verlauf beginnt häufig wie eine Grippe mit Fieber, Kopfschmerzen, Schwindel und Erbrechen. Nach einem beschwerdefreien Zeitraum von bis zu einer Woche kann dann eine Entzündung der Hirn- und Rückenmarkshäute (Meningitis), des Gehirns (Enzephalitis) oder Rückenmarks (Myelitis) auftreten. Die meisten Infektionen (ca. 70 bis 95%) verlaufen jedoch mild, ohne Symptome oder ohne zweite Krankheitsphase. Mit insgesamt 704 FSME-Fällen verzeichnete das RKI im Jahr 2020 einen neuen Höchststand. Im Vergleich zum Jahr 2018, in dem das RKI bislang die meisten Fälle erfasste, wurden 2020 14% mehr Fälle registriert.

Neue Risikogebiete

Die zuständigen Landesbehörden melden FSME-Erkrankungen nach dem Infektionsschutzgesetz ebenso an das RKI wie Labore. Auf Basis dieser Zahlen weist das RKI die FSME-Risikogebiete aus. Die Bezeichnung wird vergeben, wenn die übermittelten Fälle aus einem Kreis oder einer Kreisregion über mindestens fünf Jahre deutlich höher gelegen haben als eine Erkrankung pro 100 000 Einwohner. In Deutschland gilt das für Bayern, Baden-Württemberg, Südhessen, das

Christine Probst
arbeitet im Fachbereich
Unternehmenskommuni-
kation beim Medizinischen
Dienst Sachsen-Anhalt.
christine.probst@
md-san.de



südöstliche Thüringen und Sachsen. Doch auch in Mittelhessen, im Saarland, in Rheinland-Pfalz und in Niedersachsen besteht vereinzelt ein höheres Risiko, durch einen Zeckenstich mit dem FSME-Virus angesteckt zu werden. 2020 erweiterte das RKI die Gebiete um die Landkreise Dillingen a. d. Donau (Bayern), Weimarer Land (Thüringen), Fulda (Hessen), Mittelsachsen und den Stadtkreis Dessau-Roßlau (Sachsen-Anhalt) auf nunmehr insgesamt 169 Risikogebiete.

Impfung schützt vor FSME

»In einem FSME-Herdgebiet sind ca. 1 bis 3% der Zecken Träger des FSME-Virus«, sagt Prof. Dr. Gerhard Dobler, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie. Er leitet die Abteilung für Virologie und Rickettsiologie am Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr in München sowie das Nationale Konsiliarlabor für FSME. Aus langjähriger Erfahrung weiß er, dass auch abseits der Risikogebiete Infektionen möglich sind. Für Menschen, die in einem FSME-Risikogebiet leben, übernehmen die Krankenkassen die Kosten für eine Schutzimpfung. Will jemand dagegen seinen Urlaub in einem Risikogebiet verbringen, wird eine Impfung nicht von allen Krankenkassen, jedoch von vielen getragen. Die Ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt die Immunisierung in Risikogebieten ebenso wie für Personen, die durch ihren Beruf ein erhöhtes Risiko für einen Zeckenstich besitzen.

Jasmin Albrecht war zwar in keinem Risikogebiet unterwegs, machte sich aber dennoch Sorgen: »An FSME dachte ich überhaupt nicht, sondern eher an eine Borreliose.« Auch diese bakteriellen Erreger der Lyme-Borreliose werden bundesweit durch Zecken übertragen. »Ungefähr 15 bis 30% der Zecken tragen Borrelien in sich«, so Dobler. »Obwohl dieser Anteil höher liegt, gab es im vergangenen Jahr in Bayern zum Beispiel insgesamt deutlich mehr Patienten mit FSME als mit Neuroborreliose.« Er erklärt: »Das hängt damit zusammen, dass sich das FSME-Virus im Speichel der Zecke befindet und daher unmittelbar mit dem Stich übertragen wird. Borrelien befinden sich hingegen im Darm der Zecke und werden erst nach ca. 12 bis 18 Stunden übertragen.«

Am besten schnell entfernen

Um die Infektionsgefahr zu stoppen, sollte die Zecke möglichst umgehend entfernt werden. Das RKI empfiehlt, eine Pinzette oder Zeckenkarte nahe der Hautoberfläche anzusetzen und die Zecke dann ohne zu drehen langsam und gerade aus der Haut zu ziehen. Falls kein geeignetes Hilfsmittel da ist, eignen sich auch die Fingernägel. Vor dem Entfernen sollte die Zecke nicht gereizt werden, andernfalls würden mehr Speichel und mögliche Infektionserreger in die Haut gelangen. Die kleine Stichstelle sollte deshalb erst anschließend desinfiziert werden.

Im Zweifel in die Arztpraxis

Bei Jasmin Albrecht bildete sich an der Stichstelle nach dem Entfernen der Zecke eine kleine Beule. Deshalb fuhr sie lieber zum Hausarzt. »Er vermutete, dass die Schwellung und Rötung auf eine Infektion hindeuteten.« Eine kreisrunde Hautrötung, die in der Mitte oft blasser ist als am Rand, gilt zum Beispiel als frühes Anzeichen einer Borrelien-Infektion. Der rote Ring wandert dabei allmählich nach außen, daher auch der Name Wanderröte. Laut RKI entwickelt nur ein kleiner Teil der Infizierten (0,3 bis 1,4%) Krankheitssymptome wie Müdigkeit, Fieber, Kopf- und Muskelschmerzen. In der Regel spricht die Behandlung mit Antibiotika gut an. Überleben aber Borrelien im Körper, kann das mitunter zu schmerzhaften Spätfolgen an Nerven (Neuroborreliose) oder Gelenken (Lyme-Arthritis) führen.

Jasmin Albrecht musste 14 Tage lang Antibiotika einnehmen, danach war alles gut. »Heute sprühe ich mich vor jedem Spaziergang zusätzlich mit Zeckenmitteln ein und gucke hinterher gründlich, ob ich mir nicht wieder eine Zecke eingefangen habe.«

Weitere Informationen unter:

www.zecken.de

www.rki.de/zecken

www.gemeinsamgegenzecken.de

Sprechstunde mit Dealern und Gewaltverbrechern

ES GIBT IN DEUTSCHLAND 179 Justizvollzugsanstalten. Deren Insassen haben wie alle Menschen hierzulande ein Recht auf ärztliche Versorgung. Diese Aufgabe übernehmen zumeist Gefängnisärzte. Wenn Prof. Dr. Rolf Dein an seiner Arbeitsstelle nach draußen schaut, blickt er auf hohe Mauern, Maschendraht und Gitterstäbe. »Wenn du hier reingehst, wirst du genauso eingeschlossen wie die Gefangenen«, sagt der 69-Jährige, der seit zwei Jahren als Anstaltsarzt in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Wittlich arbeitet, dem mit mehr als 600 Insassen größten Gefängnis von Rheinland-Pfalz. Zusätzlich betreut er noch die 156 Gefangenen der JVA Trier. Sein Arbeitsplatz? »Ein ganz normales Sprechzimmer, nur mit vergitterten Fenstern.« Seine Aufgabe? »Normale internistische Basisarbeit.« Seine Patienten? »Eher jüngere, gesündere Männer.« Also alles ganz normal? Kaum.

Besondere Klientel

»Hier im Gefängnis sitzen viele Drogenabhängige. Viele sind in der Substitution«, berichtet der Gefängnisarzt. »Es wird ständig nach Schmerz- oder Schlafmitteln gefragt.« Seine Patienten kennen sich gut aus, fordern ganz bestimmte Mittel. »Da muss ich mich klar abgrenzen und sagen: ›Ich bin kein Tante-Emma-Laden für Drogen. Es gibt das, was ich – der Arzt – verschreibe!‹« Autorität müsse man schon mitbringen in dem Job, betont Dein, der in seiner mehr als 40 Jahre währenden ärztlichen Tätigkeit lange Chefarzt in verschiedenen Kliniken war, als Internist, Gastroenterologe, Schmerztherapeut und Palliativmediziner gearbeitet hat. »Man sollte den Beruf des Anstaltsarztes nur machen, wenn man eine gestandene Persönlichkeit ist. Man braucht eine klare Haltung.«

»Jüngere Ärzte trauen sich die Arbeit als Anstaltsarzt oft nicht zu, weil ihnen die Erfahrung fehlt und gerade in kleineren Anstalten ein Kollege oder eine Kollegin meistens nicht vorhanden ist«, bestätigt Yvonne Radetzki, Leiterin der JVA Neumünster in Schleswig-Holstein und zweite Vorsitzende der Bundesvereinigung der Anstaltsleiterinnen und Anstaltsleiter im Justizvollzug. Ältere Medizinerinnen und

Mediziner wiederum hätten sich längst eine eigene Praxis aufgebaut oder in einer Klinik Karriere gemacht.

Viele offene Stellen

Wie viele Gefängnisärztinnen und -ärzte in den insgesamt 179 Justizvollzugsanstalten in Deutschland ihrer Arbeit nachgehen, wird bundesweit nicht erfasst. Klar ist: Viele Stellen sind nicht besetzt. »Die Bewerberlage ist sehr, sehr schlecht«, weiß Radetzki, die als JVA-Leiterin selbst lange Jahre vergeblich nach einer Ärztin bzw. einem Arzt suchte. Die schwierige Klientel, das generell schlechte Image des Justizvollzugs, die Arbeit in einer Nische, die viele Medizinerinnen und Mediziner als Berufsoption so gar nicht kennen – all das mache die Suche nach geeigneten Kandidatinnen und Kandidaten schwierig.

Dabei kann Radetzki einige gute Gründe für eine Anstellung als Anstaltsärztin oder Anstaltsarzt nennen: »Man ist sein eigener Herr, wie in einer eigenen Praxis, nur, dass sogar die Ausstattung zur Verfügung gestellt wird«, sagt sie und ergänzt: »Man hat nicht den Druck, bestimmte Zahlen erbringen zu müssen, man hat keinen Abrechnungsstress.« Schließlich bezahle das Land über die freie Heilfürsorge die ärztliche Behandlung der Gefangenen. Darüber hinaus die Möglichkeit, in Teilzeit zu arbeiten, die Aussicht auf eine Arbeit ohne Nacht-, Feiertags- und Wochenenddienste – das alles mache den Beruf durchaus attraktiv.

Mehr als 46 000 Gefangene in Deutschland

In der JVA Neumünster mit ihren 460 Haftplätzen arbeitet mittlerweile eine Ärztin in Teilzeit. Der Bedarf der Gefangenen an medizinischer Behandlung wird damit allerdings nicht gedeckt. Wie in vielen anderen kleinen Gefängnissen in Deutschland ohne eigene Ärztinnen oder Ärzte werden auch in Neumünster Vertragsärzte hinzugezogen, die sogenannte Fachleistungsstunden abrechnen. Schließlich haben die insgesamt mehr als 46 000 Gefängnisinsassen in Deutschland (Stand: 31. März 2020) einen Anspruch auf ärztliche Versorgung. »Wir sind verpflichtet, für das Wohl der Gefangenen zu sorgen«, betont

Nina Speerschnieder
ist Redakteurin
im Team Öffentlichkeitsarbeit
beim MDS.
n.speerschnieder@
mds-ev.de



Radetzki. Notfalls müsse man diese zur medizinischen Behandlung außerhalb der Gefängnismauern fahren.

Das allerdings ist aufwendig und bindet Personal. In einigen Justizvollzugsanstalten gibt es daher mittlerweile die Möglichkeit der Telemedizin: Ärztinnen und Ärzte werden über eine Videoschaltung hinzugezogen, der Gefangenentransport zu einer Praxis außerhalb der JVA entfällt. Seit gut einem Jahr beteiligen sich zum Beispiel sieben Gefängnisse in Nordrhein-Westfalen an dem vom Land initiierten Projekt *Telemedizin für Inhaftierte*, mit dem Versorgungslücken insbesondere bei der psychiatrischen Betreuung von Gefangenen geschlossen werden sollen. »Vorrangig geht es um den Face-to-Face-Kontakt zu Fachärzten und hier besonders zum Tele-Psychiater«, erklärt Martin Thöne, Anstaltsarzt der teilnehmenden JVA Attendorn.

Videovisite hinter Gittern

Viele seiner Patienten haben psychische Erkrankungen. Die Telemedizin ermöglicht ihnen eine fachpsychiatrische Behandlung – trotz Fachärztemangels. In Attendorn werden seit dem Projektstart im Spätsommer 2020 wöchentlich bis 14-tägig bis zu sieben Insassen in der psychiatrischen Video-Sprechstunde behandelt. Die Erfahrungen seien »fast immer gut«, betont Thöne: »Schon nach wenigen Minuten vor dem Monitor verliert sich weitgehend das anfangs komische Gefühl einer Fernbehandlung.« Ein weiterer Vorteil der Videovisite hinter Gittern: Im Bedarfsfall kann darüber auch an Wochenenden, Feiertagen oder nachts ein allgemeinmedizinischer Rat eingeholt werden.

Klar ist aber: Die Grenzen der Telemedizin liegen meist da, wo körperliche Untersuchungen notwendig werden. In der JVA Attendorn ist Gefängnisarzt Thöne für insgesamt 420 Inhaftierte zuständig. Das Krankheitsspektrum sei »auf internistisch-chirurgisch-orthopädischem Gebiet ganz ähnlich wie das in einer normalen Hausarztpraxis«, sagt er. Allerdings gebe es im Gefängnis deutlich mehr suchtmittelmedizinische und psychische Begleiterkrankungen. Der Unterschied zwischen dem Arzt-Patienten-Verhältnis innerhalb und außerhalb der Gefängnismauern? »Der freie Patient draußen hat freie Arzt-

wahl. Der gefangene Patient hat Anspruch auf medizinische Versorgung, aber keine freie Arztwahl.«

Anfangs ein mulmiges Gefühl

Bevor Thöne als Arzt in die JVA Attendorn kam, war er erst 17 Jahre lang niedergelassener Hausarzt im Sauerland, dann gut sechs Jahre sozialmedizinischer ärztlicher Gutachter für die DRV-Knappschaft-Bahn-See. »Irgendwann kam dann aber der Punkt, an dem ich mich entscheiden musste: Bleibe ich in der diagnostischen Gutachtenmedizin, oder gehe ich zurück in die Behandlungsmedizin?« Im April 2020 bezog Thöne sein Sprechzimmer hinter den Gefängnismauern. »Natürlich habe ich gerade am Anfang ein mulmiges Gefühl gehabt«, räumt der 58-Jährige ein. Wirkliche Angst im Umgang mit den Gefangenen, die in ihrer Vergangenheit teilweise gewalttätig waren, habe er aber nie verspürt.

Ebenso wenig wie Dein. »Wenn Gefangene aggressiv sind, wird die Sprechstunde beendet«, sagt der Wittlicher und Trierer Anstaltsarzt. Das komme relativ häufig vor. Bei jeder Behandlung sei daher ein Vollzugsbeamter oder eine Vollzugsbeamtin dabei, der bzw. die zusätzlich einen medizinischen Hintergrund hat – etwa als Arzthelfer oder Rettungssanitäter. »Viele Patienten sagen, sie seien unschuldig, und bitten um Hilfe«, erzählt Dein, »und dann schaut man in die Akte des Insassen und sieht, was der sich schon alles geleistet hat.«

Nichtsdestotrotz bezeichnet der Mediziner seinen Job als »spannende, reizvolle Aufgabe«: »Als Anstaltsarzt muss man ein Gefühl haben für die Sorgen und Nöte der Menschen, die hier einsitzen, ohne sich über den Tisch ziehen zu lassen«, sagt Dein, der mit seinen 69 Jahren noch lange nicht ans Aufhören denkt: »Ich habe einen unbefristeten Vertrag. Ich bin vollständig gesund und fit. Mir bereitet die Arbeit Spaß. Ich möchte das nicht mehr machen, bis ich 90 bin, aber vielleicht bis 89?«

Der unbekannte Strahl

WILHELM CONRAD RÖNTGEN war 50 Jahre alt und Physikprofessor in Würzburg, als er am 8. November 1895 zufällig etwas entdeckte, das ihn weltberühmt machte und die Medizin bis heute bereichert: die Röntgenstrahlen. Das erste Röntgenbild der Welt ist etwas unscharf. Es zeigt die Finger einer linken Hand, eher schemenhaft und nicht so klar, wie man es heute gewohnt ist. Die drei mittleren Finger sind sehr deutlich, der kleine Finger und der Daumen dagegen kaum zu erkennen. Ein kräftiger Kreis sticht am Ringfinger hervor. »Hand mit Ringen« steht in geschwungener Schreifschrift über dem Röntgenbild. Es ist die linke Hand von Berta Röntgen. Rund 15 Minuten musste sie dafür stillhalten, und das Ergebnis, das Bild ihrer Knochen, machte ihr offenbar Angst. »Ich habe meinen eigenen Tod gesehen«, soll sie gesagt haben.

Doch was ihr Mann Wilhelm Conrad Röntgen da am 22. Dezember 1895 aufnahm, schuf gänzlich neue Möglichkeiten in der Medizin. Angst hatte außer Berta Röntgen zunächst kaum jemand. Im Gegenteil: Die Welt reagierte euphorisch. Die Entdeckung Röntgens verbreitete sich in Rekordzeit um die Welt. Zum ersten Mal konnte man in den Körper hineinschauen, ohne ihn aufzuschneiden. Eine Sensation. Eine unblutige Methode und somit – dachte man – auch eine unschädliche Technik.

Ein unblutiger Blick in den Körper – aber auch unschädlich?

Der entscheidende Tag ist der 8. November 1895. Röntgen untersucht im Physikalischen Institut der Universität Würzburg Kathodenstrahlen. Diese entstehen durch die Beschleunigung von Elektronen mit hoher elektrischer Spannung und ihrer Abbremsung in einer luftleeren Glasröhre. Röntgen hat die Röhre mit dunklem Karton abgedunkelt, der kein bekanntes Licht durchlässt. Auch das Labor ist dunkel. Nur eine mit Barium bestrichene Platte im Raum leuchtet fluoreszierend auf, und das noch in zwei Metern Entfernung.

Tagelang untersucht Röntgen seine Entdeckung. Der unbekannte Strahl durchdringt dicke Bücher und dickes Holz. Nur Metall

scheint ihm Grenzen zu setzen. Röntgen erfasst, dass es sich um eine neue Strahlung handeln muss, die fast alles durchdringen kann. Weil Röntgen privat gerne fotografiert, kommt er auf die Idee, die Strahlung auf Filmplatten zu lenken – und durchleuchtet nach mehreren Wochen des Experimentierens die Hand seiner Frau. Am 23. Januar 1896 bei seinem ersten Vortrag zu den neuen Strahlen, wiederholt er dies mit der Hand des Ehrenvorsitzenden der Physikalisch-Medizinischen Gesellschaft zu Würzburg, Prof. Albert von Kölliker.

Sogar der Kaiser wünschte eine Vorführung

Wilhelm Conrad Röntgen nennt seine Entdeckung *X-Strahlen*. Deshalb heißen Röntgenstrahlen bis heute auf englisch *x-rays*. Am 28. Dezember 1895 überreicht er der Würzburger Physikalisch-Medizinischen Gesellschaft dazu einen handschriftlich verfassten Fachbeitrag. Titel: *Über eine neue Art von Strahlen*. Gedruckt wurde der Beitrag in der ersten Januarwoche 1896. Und dann? Dann war bei ihm »der Teufel los«, so klagte der Physiker gegenüber einem Freund. Er komme nicht zum Arbeiten.

Der erste Artikel erschien am 5. Januar 1896 in der Wiener Tageszeitung *DIE PRESSE*, es folgten Berichte über »die sensationelle Entdeckung« und das »epochale Ereignis« am 7. und 8. Januar in der *FRANKFURTER ZEITUNG*. Am 30. Januar 1896 druckte die Deutsche Medicinische Wochenschrift (*DMW*) die Röntgenaufnahme einer Damenhand mit der erstaunten Beschreibung, dass »diese Knochen nicht von einem Skelett, sondern am lebenden Menschen photographirt sind« – »fast wie ein Scherz und märchenhaft«. Die Fachzeitschrift erkennt sogleich das medizinische Potenzial, dass nämlich die Chirurgie Knochenbilder erstellen, »Frakturen, Verrenkungen, Aufblähungen und Fremdkörper« unterscheiden und »in die Gelenke und Bauchhöhlen« hineinschauen und Veränderungen wie »dichtere Tumore« erkennen könne.

Was folgte, war noch im Januar 1896 eine Einladung des technikbegeisterten deutschen Kaisers Wilhelm II. Die Vorführung im Berliner Schloss brachte die anwesenden Militärs sogar auf die Idee, Materialfehler in

Tanja Wolf
ist Medizinerin,
Journalistin
und Buchautorin.
lupetta@t-online.de



Geschützen und Gewehren mit Hilfe von Röntgenstrahlen zu prüfen. Danach sollte Röntgen seine Entdeckung vor dem Reichstag vorstellen. Das lehnte er jedoch ab.

Röntgenpartys und Jahrmärkte-Sensationen

Schon Ende 1896, also ein Jahr nach ihrer Entdeckung, wurden Röntgenstrahlen in der medizinischen Diagnostik eingesetzt, zum Beispiel für Abbildungen der Lunge. Die Euphorie war so groß, dass nahezu alles durchleuchtet wurde, was nicht bei drei auf dem Baum war. Es gab Knochenporträts, Röntgenpartys, Röntgenapparate als Kinderspielzeug und Körperdurchleuchtungen auf Jahrmärkten, ebenso therapeutische Röntgenstrahlen gegen Asthmaanfälle und Kopfschmerzen.

Doch die Strahlenbelastung war tausendfach höher als heute und Aufnahmen dauerten oft eine Stunde. Einer der wichtigsten Mitarbeiter von Erfinder und Elektrik-Pionier Thomas Edison in den USA starb 1904 mit 39 Jahren nach mehreren Amputationen, weil er sich in Selbstversuchen so viel Strahlung ausgesetzt hatte, dass er alle Haare verlor, seine Haut verbrannte und Krebsgeschwüre beide Hände und Arme zerfraßen.

Erst nach und nach erkannte man: Röntgenstrahlen besitzen eine erheblich größere Energie als sichtbares Licht und sind ionisierend – sie können Zellen schädigen. Wenn heute geröntgt wird, gilt seit 1973 eine Strahlenschutzverordnung. Ärzte sind verpflichtet, vor jeder Aufnahme den Nutzen der Untersuchung gegen das Risiko abzuwägen, Bleiwesten schirmen die Strahlen ab.

Röntgen selbst erlitt offenbar keine Schäden durch seine Strahlung. Doch Ruhm und Rummel waren seine Sache nicht. Er lehnte die meisten Vortragseinladungen ab, selbst um den eigentlich obligatorischen Vortrag bei der Verleihung des Nobelpreises im Dezember 1901 in Stockholm drückte er sich. Und er beantragte auch kein Patent. Das Preisgeld des Nobelpreis-Komitees spendete er nach Auskunft des Röntgen-Museums in Remscheid an die Universität Würzburg zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Erst auf Umwegen zur Universität

Ein Umweg beim Start seiner wissenschaftlichen Laufbahn hatte ihm vermutlich geholfen bei seiner bahnbrechenden Entdeckung, nämlich seine Kenntnisse im Maschinenbau. Wilhelm Conrad Röntgen war zwar Sohn einer wohlhabenden Tuchhändlerfamilie, aber er hatte kein Abitur. Als einziges Kind sollte er eigentlich der Familientradition folgen, der Vater schickte ihn ab 1862 deshalb auf die Technische Schule in Utrecht, Röntgen wohnte zur Untermiete bei einem Chemieprofessor. Dieser Schule wurde er verwiesen, weil er den Urheber einer Lehrer-kritischen Karikatur nicht verraten wollte. Ein Studium, das er unbedingt wollte, war ohne Abitur nur in Zürich möglich. Röntgen schloss ein Maschinenbau-Studium ab und promovierte 1869 im Fachbereich Physik mit »Studien über Gase«. Nach weiteren Stationen erhielt er erst an der neuen »Reichs-Universität« in Straßburg 1874 die *venia legendi* und damit das Recht, als Privatdozent Vorlesungen zu halten. Ab 1888 wurde er dann für zwölf Jahre Professor in Würzburg.

Seine Frau Berta, deren Hand die erste Röntgenaufnahme der Welt zeigt, hatte er während des Studiums in Zürich kennengelernt. Sie war die Tochter des Wirts von Röntgens Stammlokal »Zum Grünen Glas«. Das Paar, das kinderlos blieb, kam viel herum in Deutschland. Röntgen, geboren am 27. März 1845 in Remscheid-Lennep, starb 1923 in München, seiner letzten Universitätsstation. Begraben werden wollte er aber im hessischen Gießen. Dort findet sich auf dem Alten Friedhof das Familiengrab mit seiner Frau und seinen Eltern. □

Ein gutes Wort eingelegt



ARZTBEWERTUNGSPORTALE sollen als Orientierung dienen, haben aber wie die meisten Bewertungsportale im Netz durchaus ihre Tücken. Manche Bewertungen sind unsachlich und falsch, andere mitunter gekauft, um den Schaden zu begrenzen. ▶ Ist es moralisch vertretbar, Bewertungen zu kaufen? Die meisten Menschen würden diese Frage wahrscheinlich mit »Nein« beantworten. Auch die Agentur *Wecomblue* zeigt auf ihrer Internetseite für diese Ansicht durchaus Verständnis, kommt aber nach Abwägung ihrer Argumente zu einem anderen Ergebnis. Bewertungen kaufen ist demnach nicht nur moralisch vertretbar, sondern »beinahe schon Pflicht«, heißt es dort. Denn: »Sie schulden es Ihrem Lebenswerk, Ihrer Familie und Ihren Angestellten, Ihre Unternehmung am Laufen zu halten.« Ach so.

Eine Bewertung für 69,99 Euro

Nun muss man wissen, dass *Wecomblue* seinen Sitz nicht in Deutschland hat, sondern in Hongkong, was dem Unternehmen wiederum ein moralisch und auch rechtlich äußerst umstrittenes Geschäftsmodell ermöglicht. Die Agentur verkauft positive Bewertungen und Kommentare – für Google, Facebook und Youtube, für Autohäuser, Restaurants und Hotels und auch für Ärztinnen und Ärzte beziehungsweise Arztbewertungsportale. Wer also als Betreiber einer Praxis das Gefühl hat, seinem Lebenswerk den Kauf positiver Bewertungen schuldig zu sein, wird bei der Agentur aus Hongkong fündig: Eine Bewertung kostet 69,99 Euro, zehn Bewertungen sind für 499,99 Euro zu haben, und wer das Jahrespaket XXL bucht, bekommt monatlich sieben Bewertungen, legt dafür aber locker das monatliche Nettoeinkommen eines Landarztes hin. Deutlich günstiger sind die Dienste der *Bewertungsfee*. Die Agentur mit Hauptsitz in Oregon bietet 20 Bewertungen für ganze 279 Euro an. Ein Schnäppchen. Beim Konkurrenten *Fivestar Marketing* kostet es immerhin gut 30 Euro mehr. Hier ist Bulgarien die juristische Herkunft der alternativen Fakten. Beim Anbieter *Goldstar Marketing* ist es Zypern.

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



Verzerrtes Bild wird zurechtgerückt

Mithilfe solcher gekauften positiven Kommentare können Ärztinnen und Ärzte also auf Bewertungsplattformen wie Jameda, Sanego oder Imedo ihr eigenes Profil ein wenig *tunen*. Das kann dazu dienen, sich aus der Konkurrenz hervorzuheben, oder aber auch dazu, das eigene medizinische Angebot besser darzustellen als es eigentlich ist. Es kann aber auch sein, dass damit versucht wird, ein vermeintlich verzerrtes Bild wieder zurechtzurücken. Wenn also eine Ärztin oder ein Arzt insgesamt recht gute Beurteilungen hat und dieser Schnitt dann durch ein, zwei nicht gerechtfertigte und schlechte Kommentare zerschossen wird, so könnte ein Paket gekaufter Bewertungen gewissermaßen als eine Art Korrektiv dienen. Zumindest ist das eine der Begründungen, mit denen Agenturen wie *Wecomblue* werben.

Dem Netz nicht schutzlos ausgeliefert

Für Roland Stahl von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wäre aber auch das längst kein Grund, eine solche Dienstleistung in Anspruch zu nehmen. »Es spricht Bände für die fehlende Seriosität von Portalen, wenn sie solche Angebote machen«, sagt Stahl und rät dringend davon ab, darauf einzugehen. Zumal Ärzte den Angaben auf Bewertungsplattformen ja auch keineswegs schutzlos ausgeliefert seien, wie der KBV-Sprecher ergänzt. So könnten Betroffene den unwahren Tatsachenbehauptungen und beleidigenden Bewertungen dadurch begegnen, dass sie sich an den Betreiber des Portals wenden und verlangen, den Eintrag zu beseitigen, erklärt er. »Ein seriös arbeitendes Portal räumt Betroffenen die Möglichkeit zur Gegendarstellung und/oder zum Widerspruch ein«, sagt Stahl. Zudem sollte ein gutes Bewertungsportal auch auf angemessene Umgangsformen im Sinne der Netiquette (Verhaltenskodex für das Internet). Denn ohne geht es allem Anschein nach nicht: »In der Anonymität des Netzes sinkt die Hemmschwelle eindeutig«, meint Stahl. »Was sich in den sozialen Medien zeigt, macht leider auch vor Arztbewertungsportalen nicht halt.«

Ein Leitfaden für den Umgang mit Bewertungsportalen

Trotz der Gefahren einer missbräuchlichen Nutzung von Bewertungsportalen werden diese von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung deswegen aber nicht grundsätzlich abgelehnt. Auch deshalb nicht, weil die Bewertungsportale mitunter durchaus gegen offensichtlichen Missbrauch vorgehen. So hat beispielsweise das Portal Jameda schon einige Ärztinnen und Ärzte abgemahnt, nachdem diese nachweislich positive Bewertungen bei Agenturen gekauft hatten. »Verlässliche Informationen sind wichtig, denn nur gut informiert kann ein Patient das Recht auf freie Arztwahl im Sinne der bestmöglichen Versorgung gezielt ausüben«, sagt Stahl. Um Patientinnen und Patienten eine Orientierungshilfe im Angebot der unterschiedlichen Bewertungsportale zu bieten, hat das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin im Auftrag der KBV und der Bundesärztekammer bereits vor Jahren einen Anforderungskatalog für gute Arztbewertungsportale erstellt. Nutzer können anhand der dort formulierten Kriterien die Qualität eines Angebotes prüfen. »Wir empfehlen Patientinnen und Patienten, anhand dieser Checkliste ein geeignetes Portal für ihre Suche zu wählen«, sagt der KBV-Sprecher, betont aber auch: »Für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und damit auch für einen bestmöglichen Behandlungserfolg ist letztendlich aber immer das individuelle Vertrauensverhältnis zwischen dem Patienten und seinem Arzt entscheidend.«

Wie wird das Angebot eigentlich finanziert?

Die in dem Katalog zusammengestellten Anforderungen beziehen sich auf rechtliche, inhaltliche und technische Aspekte sowie auf Fragen der Verständlichkeit, Transparenz und Pflichten des Herausgebers. Eine Frage ist beispielsweise, ob offengelegt wird, wie das Angebot finanziert wird. Und was das betrifft, so sind nach Auffassung der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen bei den meisten Bewertungsportalen durchaus gewisse Zweifel an deren Unabhängigkeit angebracht. Sabine Wolter, Referentin für Gesundheitsrecht und Gesundheitsmarkt bei der Verbraucherzentrale, nennt dazu ein Beispiel: »Bei einem großen Bewertungsportal

können Mediziner zwischen verschiedenen Premium-Paketen wählen und dann etwa individuelle Bewertungskriterien formulieren. Ein Profil mit Foto erweckt einen besseren Eindruck und wird mehr genutzt«, sagt sie. Wer das teuerste Paket kaufe, könne darüber hinaus seine Auffindbarkeit auf dem Portal oder in Suchmaschinen verbessern. Oder aber die Kunden bekämen vom Portalbetreiber hochwertige Texte erstellt. »Verbraucher können hier nur schwer beurteilen, was eine aussagekräftige Bewertung oder doch nur eine dargestellte Werbung ist«, kritisiert Wolter. Weil marktwirtschaftliche Aspekte mit Bewertungsaspekten vermischt würden.

Unzufriedene hämmern eher in die Tastatur

Als allgemeine Orientierung und für den ersten Eindruck seien Bewertungsportale sicher hilfreich, sagt die Referentin. Ausschließlich darauf verlassen sollte man sich aber nicht. Die Mitarbeiterin der Verbraucherzentrale rät dazu, bei der Arztsuche die Einträge verschiedener Bewertungsportale miteinander zu vergleichen. Zudem müsse man sich als Nutzer des Angebots darüber im Klaren sein, dass es sich bei jedem Sternchen um eine subjektive Einschätzung handle und eben nicht um ein objektives Kriterium für medizinische Qualität und Kompetenz. Gleiches gelte auch für Ärztinnen und Ärzte, die gar keine Bewertung aufweisen können. Die seien deswegen nicht zwangsläufig schlechter als vermeintliche Top-Mediziner mit ausschließlich guten Bewertungen. »Eher bewerten diejenigen Patienten einen Arzt oder eine Praxis, die Negatives erlebt haben oder nicht zufrieden waren«, erklärt Wolter. »Wer zufrieden war, schreibt eher seltener.« Apropos zufrieden: Die Kundschaft von *Wecomblue* ist zu 100% zufrieden. Das zumindest behauptet die Agentur und verweist dabei auf die Bewertungen ihrer inzwischen gut 13 000 Kunden. Wobei das mit den Bewertungen ja immer so eine Sache ist ... ◻

Zu warm, um wahr zu sein



VIELE MEDIZINISCHE DOGMEN wurden mit der Zeit verändert oder regelrecht überholt. Jetzt rüttelt die Wissenschaft an der Durchschnittskörpertemperatur von uns Menschen. Man muss nicht Medizin studiert haben, um zu wissen: 37 Grad Celsius, das ist die normale Körpertemperatur. Deutlich drunter droht eine Unterkühlung, deutlich drüber ist es Fieber und ein Zeichen für: Da stimmt etwas nicht, Mensch ist krank. Ein Zusammenhang, den schon unsere Großeltern kannten und auch deren Großeltern, ebenso wie die *Normal-Zahl*: 37 Grad Celsius.

Schön, dass es solche Konstanten gibt, wenn so vieles um uns herum gerade durch ein fieses Virus auf den Kopf gestellt wird. Deswegen: Achtung, Spoiler-Alarm! Wer an dieser Konstante hängt, der sollte jetzt nicht weiterlesen.

Wer hier weiterliest, erfährt Neues

Für alle anderen gilt: Leider müssen wir Ihnen mitteilen, dass nicht nur das Klima sich ändert, sondern auch unsere normale Körpertemperatur. Die ist nämlich gesunken in den vergangenen rund 150 Jahren. 36,4 Grad Celsius ist das neue 37, könnte man sagen – für Männer. Frauen sind etwas weniger abgekühlt über die Jahrzehnte, ihre Durchschnittsnormal-gesund-Körpertemperatur liegt bei 36,7 Grad Celsius. Kann das sein, handelt es sich da nicht einfach nur um einen simplen Messfehler? Um das auszuschließen, hatte Myroslava Protsiv von der Stanford University mit ihrem Team die Temperaturen von mehr als 670 000 Männern und Frauen ausgewertet. Die Daten, die das Team auswertete, gingen zum Teil bis ins Jahr 1862 zurück. Insgesamt analysierten die Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler also Messwerte aus über 150 Jahren. Dabei berücksichtigten sie auch, dass über die Jahrzehnte verschiedene Messmethoden verwendet wurden.

Am Anfang standen viele einzelne Messungen

Daher sehen die Autoren und Autorinnen der Studie nicht in den Messmethoden die Ursache für das Abkühlen des Homo

sapiens – sondern in den veränderten Lebensumständen seit 1851, als der deutsche Arzt Carl Reinhold Wunderlich die 37 Grad Celsius festlegte. Dazu hatte er etwa 25 000 Patientinnen und Patienten immer wieder das Thermometer in den Mund gesteckt und so Millionen Mal die Körpertemperatur gemessen. Die Wissenschaft von der Körpertemperatur, sie basiert auf vielen Millionen Messungen.

Zwei Entwicklungen könnten die Ursache sein

Aber wie genau könnten unsere veränderten Lebensumstände dazu führen, dass wir abkühlen? Irgend- etwas muss bewirkt haben, dass die Stoffwechselrate des Körpers über die Jahrzehnte hinweg abgenommen hat – denn wo genau die Quecksilbersäule stehenbleibt, wenn die Körpertemperatur gemessen wird – das beeinflusst vor allem der Ruhestoffwechsel. Die Forschenden halten zwei Erklärungen für plausibel, die sich ergänzen. Einmal: Wir sind heute gesünder als früher. Vor allem der Fortschritt der Medizin, mit Antibiotika, Zahnbehandlungen und besseren Diagnose-, Therapie- und Vorbeugungsmöglichkeiten für alle möglichen Krankheiten hat dazu geführt, dass Menschen heute seltener an Entzündungen leiden.

Und zweitens: Wir wohnen gemütlicher. Genauer gesagt: Dank Heizung, besseren Fenstern, Klimaanlage etc. können uns die Außentemperaturen nicht mehr so viel anhaben: Unser Körper muss nicht so häufig und so stark dafür arbeiten, dass uns weder zu kalt noch zu heiß wird – weil wir das Wohnzimmer-Thermostat einfach auf unsere Wunschtemperatur stellen können.

Fazit: Der Durchschnittsmensch ist abgekühlt, weil es ihm besser geht und weil er besser wohnt und arbeitet. Oder: Veränderungen sind nicht immer schlecht!

Christina Sartori ist Diplom-Biologin und arbeitet als freie Wissenschaftsjournalistin in Berlin.
info@christina-sartori.de



KONTAKT gültig ab dem 1. Juli 2021

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

Medizinischer Dienst Bayern
Haidenauplatz 1, 81667 München
Vorstandsvors. Reiner Kasperbauer
☎ 089 67008-0 ✉ Hauptverwaltung@md-bayern.de

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

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

Medizinischer Dienst Hessen
Zimmersmühlenweg 23,
61440 Oberursel
Vorstandsvors. Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy
☎ 06171 634-00 ✉ info@md-hessen.de

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

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

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

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

Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz
Albiger Straße 19d, 55232 Alzey
Stellv. Vorstandsvors., Ltd. Ärztin
Dr. Ursula Weibler-Villalobos
☎ 06731 486-0 ✉ post@md-rlp.de

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

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

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

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

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

MDS e.V.
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
Geschäftsführer Dr. Stefan Gronemeyer
☎ 0201 8327-0 ✉ office@mds-ev.de

ISSN 1610-5346

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

IMPRESSUM

forum - das Magazin des Medizinischen Dienstes. Hrsg. vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS)

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

Redaktion
Dorothee Buschhaus
d.buschhaus@mds-ev.de
Martin Dutschek
m.dutschek@md-niedersachsen.de
Michaela Gehms m.gehms@mds-ev.de
Jan Gömer jan.goemer@md-nord.de
Markus Hartmann
markus.hartmann@md-bw.de
Markus Horn markus.horn@md-sachsen.de
Dr. Barbara Marnach
b.marnach@md-nordrhein.de
Larissa Nubert larissa.nubert@md-bayern.de
Christine Probst christine.probst@md-san.de

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

Redaktionsbüro MDS e.V.
Martina Knop, Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
☎ 0201 8327-111
Telefax 0201 8327-3111
✉ m.knop@mds-ev.de

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis
Titel istock / taikrixiel | Editorial Anke Wolten-Thom | S. 10/11 Bendzuck: Peter Strauß; Knappe: NBS; Gehle: Sarah Johanna Eick | S. 5 Jens Bonke | istockphoto.com / S. 7, 12, 13 goir; S. 19 pixelmaniac; S. 21 keladawy; S. 23 irin717; S. 25 BrianAJackson; S. 27 schulzie; S. 31 Andreas Häusibetz | S. 29 Copyrighted work available under Creative Commons Attribution only licence CC BY 4.0 <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

