



das Magazin des

forum

Medizinischen Dienstes 2.2024

forum online:
www.md-forum.de

Gesundheitssystem
unter

Druck

Wie sichern
wir die Versorgungsqualität?



Warum brauchen wir eine unabhängige Instanz für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen?

Liebe Leserin!
Lieber Leser!



AKTUELL

Die gute Frage: Warum brauchen wir eine unabhängige Instanz für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen? **1**

Kurznachrichten **3**

Auch das noch: Lachen ist die beste Medizin ... wirklich? **32**

TITELTHEMA

Krisen als Chancen **6**

Erste Schritte zur Klinikreform **8**

Taugt Dänemark als Vorbild für eine bessere Patientenversorgung? **10**

Zwischen Ruhestand und Nachwuchsmangel **12**

Arzneimittel: neuer reimt sich auf teuer **13**

Neue Ideen für die Pflege **14**

Pflege statt Freizeit **16**

Jede Hilfe ist willkommen **17**

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN **18**

WISSEN & STANDPUNKTE

Gesundheit und Pflege auf einen Klick **19**

Gegen Betrügereien im Gesundheitswesen **20**

GESUNDHEIT & PFLEGE

Schön um jeden Preis? **22**

Zwischen Faszination und Forschung: der Vagusnerv **24**

Gesundheitsgefahren durch Plastik **26**

GESTERN & HEUTE

Evidenz statt Eminenz **28**

WEITBLICK

Die neue Empfindsamkeit: Was ist Hochsensibilität? **30**

UNSERE GESELLSCHAFT erlebt eine Zeit der tiefgreifenden Transformation, die durch unterschiedliche Krisen beeinflusst wird: demografischer Wandel, begrenzte Ressourcen, Fachkräftemangel – all dies wirkt sich auf die medizinische und pflegerische Versorgung aus. Dabei ist es gerade die Versorgungsqualität, die mit über den gesellschaftlichen Zusammenhalt und den sozialen Frieden entscheidet. **1** >Gesundheitssystem unter Druck – wie sichern wir die Versorgungsqualität?< lautet das Schwerpunktthema im aktuellen *forum*. Wir berichten unter anderem über die geplanten Reformen im Krankenhaus, blicken auf stationäre Versorgungsmodelle in Dänemark, stellen innovative Projekte zum bürgerschaftlichen Engagement in der Pflege vor und plädieren für Vielfalt und Chancengleichheit im Gesundheitswesen. **11** Daneben gibt es noch mehr Lesenswertes: So haben wir den Leiter des IQWiG gefragt, warum wir eine unabhängige Instanz für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen brauchen. Wir beschäftigen uns mit Korruption und Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen und zeigen die gesundheitlichen Gefahren von Mikroplastik und Schönheitseingriffen auf. **11** Und zu guter Letzt: Weil immer mehr Menschen online lesen, wird auch das *forum* digitaler: Neben der gedruckten Ausgabe sind alle Beiträge ab sofort auch unter www.md-forum.de auf einen Klick zu finden.

Herzlichst, Ihr Dr. Ulf Sengebusch **11**

Welchen Nutzen und welchen Schaden haben medizinische Leistungen für die Patientinnen und Patienten? Welche Vorteile und welche Nachteile bringen bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren mit sich? Über die Aufgaben und Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sprach *forum* mit Dr. Thomas Kaiser, Leiter des IQWiG.

Herr Dr. Kaiser, das IQWiG wird im Herbst 20 Jahre alt. Als Leiter der Arzneimittelbewertung waren Sie von Anfang an mit dabei. Auf welche Meilensteine und Erfolge blicken Sie persönlich mit besonderem Stolz zurück?

Da ist zunächst die Umsetzung der frühen Nutzenbewertung zu nennen. Wir sind damals innerhalb kurzer Zeit von einer Einzelbeauftragung ohne enge gesetzliche Fristen in eine Regelbewertung neuer Arzneimittel innerhalb von drei Monaten übergegangen. Das hat erhebliche Veränderungen für das Ressort mit sich gebracht. Bei den Vorbereitungen haben wir unter Leitung des G-BA das Verfahren mitgestaltet, insbesondere die Vorgaben für das Herstellerdossier. Davon profitieren wir heute noch.

Ein zweiter Meilenstein war die Bearbeitung des Themas »unpublizierte Daten«. Zu Arzneimittelstudien werden in der Regel ausführliche Studienberichte erstellt, die zumeist nicht öffentlich zugänglich sind. Studienberichte enthalten erheblich mehr Infor-

mationen zu Studienmethodik und -ergebnissen als Publikationen in Fachzeitschriften. Diese Studienberichte haben wir regelhaft von den Herstellern angefordert. Das hat uns nicht nur transparente und unverzerrte Bewertungen ermöglicht. Wir haben diese Informationen auch dazu genutzt, die Fachöffentlichkeit über den Wert der Studienberichte und auch die Unvollständigkeit der Publikationen zu informieren. Im Jahr 2011 haben meine Co-Leitung, Dr. Beate Wieseler, und ich stellvertretend für das Ressort Arzneimittelbewertung daher den David-Sackett-Preis des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin erhalten. Das war eine tolle Belohnung für das gesamte Ressort.

Als Drittes möchte ich den Austausch mit Fachgesellschaften erwähnen. Die Anhörungen zu neuen Arzneimitteln waren insbesondere zu Beginn kontrovers, wenn wir zum Beispiel festgestellt haben, dass die Zulassungsstudien die für die Betroffenen relevanten Endpunkte nicht untersucht haben oder die Vergleichstherapie nicht der Standardversorgung in Deutschland entsprach. Bei dieser Kontroverse wollte ich nicht stehenbleiben, sondern überlegen, wie die Studien zukünftig verbessert werden können. Das ist im Bereich Diabetes mellitus, Epilepsie und Multiple Sklerose in sehr konstruktiver Atmosphäre gelungen, und entsprechende Empfehlungen haben wir gemeinsam mit Fachexperten erarbeitet und publiziert.

Anfänglich wurde das IQWiG harsch kritisiert: Das Institut führe einen Kreuzzug gegen moderne Arzneimittel und ihre Hersteller, hieß es. Heute gilt das Haus national und international als renommierte Adresse und unabhängige Instanz. Welches Erfolgsrezept steckt dahinter?

Ich kann sagen: Wir agieren absolut seriös. Uns ist bewusst, dass mit unserer Aufgabe eine hohe Verantwortung verbunden ist. Das erfordert Professionalität, sich weiterzuentwickeln, für gute Argumente offen zu sein, aber auch: kein Wischiwaschi in der Beurteilung der Daten und der darauf basierenden Schlussfolgerung. Vorteile neuer Therapien benennen wir, Nachteile auch, und wenn keine relevanten Daten vorliegen, dann stellen wir auch das dar. In Gesprächen, auch mit Vertretern der pharmazeutischen Industrie, bekomme ich gespiegelt, dass es diese Professionalität, Klarheit und Verlässlichkeit ist, die sehr wertgeschätzt wird.

Warum ist das IQWiG in Zeiten wie diesen unverzichtbar?

Eine gute Gesundheitsversorgung ist für viele Menschen ein hohes Gut. Das IQWiG trägt dazu bei, dass die zunehmend knappen Mittel sinnvoll eingesetzt werden. Unsere Gesundheitsinformationen ermöglichen den Bürgerinnen und Bürgern zudem, sich unabhängig über die verschiedenen Therapieoptionen zu informieren.

»Qualität« und »Wirtschaftlichkeit« sind als Anspruch ja bereits im Namen des Institutes verankert, hat deren Relevanz bis heute zugenommen? Wenn ja, warum?

Für mich persönlich sind beide Aspekte nicht nur in den oben adressierten »Zeiten wie diesen« relevant. Qualität, weil die best-mögliche Gesundheitsversorgung in guten wie in schlechten Zeiten wichtig ist. Und Wirtschaftlichkeit, weil es immer der Anspruch sein sollte, die Mittel, die von den Versicherten stammen, sachgerecht einzusetzen.

Das IQWiG steht in besonderem Maße für evidenzbasierte Medizin. Kommt diese im Gesundheitswesen zu kurz? Müsste sie zum Beispiel stärker in Ausbildung und Studium integriert werden?

Ja, das wäre wichtig. Dabei geht es nicht primär darum, Details der Studienbewertung zu erlernen, denn darum wird es für die wenigsten auch in ihrer späteren praktischen Tätigkeit gehen. Vielmehr sollte vor allem der Wert guter Forschung als wesentliche Grundlage für die eigene Tätigkeit vermittelt werden. Damit könnten wir langfristig zur dringend notwendigen Verbesserung der Forschungskultur in Deutschland beitragen. Der Wunsch, die offenen Fragen, die sich aus der täglichen Arbeit ergeben, beantworten zu wollen, sollte zur Selbstverständlichkeit werden.

Wie kann es gelingen, mehr wissenschaftliche Evidenz zu Diagnostik und Therapie zu generieren?

Wir müssen uns verstärkt dafür interessieren, offene Fragen mit guten Studien zu beantworten. Wenn das ein Leitmotiv unseres Handelns wäre, dann ließen sich daraus unter anderem zwei wichtige Punkte ableiten: Wir akzeptieren und identifizieren Nichtwissen, also »offene Fragen«, und führen diese regelhaft einer

hochwertigen Forschung zwecks Klärung zu. Für neue Therapien könnte das zum Beispiel bedeuten, dass wir sie, sofern das Wissen noch unzureichend ist, nur mit begleitender Forschung in die Versorgung überführen. Dass wir dazu eine gute Forschungsinfrastruktur benötigen, die hochwertige Datenplattformen, Studiennetzwerke und anderes umfasst, wäre dabei eine wichtige Voraussetzung, um diese Forschung ohne erheblichen Mehraufwand in die Versorgung zu integrieren.

Sind andere Länder da weiter als wir?

Ja, zum Beispiel Großbritannien, wie wir in der Pandemie gesehen haben, oder Schweden, die eine Registerinfrastruktur aufgebaut haben, die für die Durchführung registerbasierter randomisierter Studien genutzt wird.

Gestartet ist das Institut 2004 mit einem elfköpfigen Team – wie viele Mitarbeitende beschäftigt das IQWiG heute und wie ist die Arbeit grob gegliedert?

Inzwischen arbeiten fast 300 Menschen im IQWiG. Das vielfältige Aufgabenspektrum, wie zum Beispiel die Bewertung von Arzneimitteln und nicht medikamentösen Verfahren, die Unterstützung des G-BA bei Disease-Management-Programmen oder die Erstellung von Gesundheitsinformationen spiegelt sich in der Organisationsstruktur wider. Unterstützung liefern dabei die sehr gut aufgestellten Querschnittsressorts Informationsmanagement und Medizinische Biometrie sowie, wie in jeder guten Organisation, die Stabsbereiche und die Verwaltung.

Das IQWiG erhält seine Aufträge vom G-BA und vom Bundesgesundheitsministerium, das Aufgabenspektrum wächst stetig: So startet ab 2025 die europäische Nutzenbewertung neu zugelassener Arzneimittel und Medizinprodukte. Was bedeutet das für Ihre Arbeit?

Die europäische Nutzenbewertung wird für das IQWiG weniger eine inhaltliche Herausforderung sein, weil wir unsere langjährige Erfahrung in der Nutzenbewertung von Arzneimitteln einbringen können. Die Herausforderung wird eher darin liegen, dass wir unsere Bewertungen in englischer Sprache und in Zusammenarbeit mit einer anderen europäischen Institution erstellen werden. Dieser verstärkte internationale und kooperative Blick wird aber auch ein wichtiger weiterer Entwicklungsschritt für das IQWiG sein.

Sie leiten das IQWiG seit mittlerweile einem Jahr: Was sind Ihre Vorsätze für die Zukunft?

Dass ich bei aller Aufgabenfülle den Gestaltungswillen behalte. Denn genau das hat mich für die neue Aufgabe motiviert: die herausragenden Möglichkeiten dieser international anerkannten Institution gemeinsam mit den vielen hochkompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu nutzen.

Die Fragen stellte Dorothee Buschhaus.

Dr. Thomas Kaiser



© IQWiG



Zum Tod von Herbert Rebscher

Professor Dr. h. c. Herbert Rebscher ist am 23. März 2024 im Alter von 69 Jahren nach kurzer schwerer Krankheit verstorben. Der renommierte Gesundheitsökonom war von 2005 bis Ende 2016 Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit und leitete seit 2017 den wissenschaftlichen Beirat der bundesweit drittgrößten Krankenkasse. Zuvor war er von 1996 bis 2004 Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK).

Von 1987 bis 1992 war Rebscher als stellvertretender Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) und dann bis 2004 als Vorstand des MDS tätig. Er hat maßgeblich daran mitgewirkt, Rolle und Aufgaben der Medizinischen Dienste als Beratungs- und Begutachtungsinstitution für die Kranken- und Pflegeversicherung auszubauen. Durch seine konzeptionellen Anstöße und sein Engagement hat er erheblich zur positiven Entwicklung der Medizinischen Dienste beigetragen.

Mit der Pflegebegutachtung zufrieden

Die überwiegende Mehrheit, nämlich 86,5% der pflegebedürftigen Menschen, ist mit der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zufrieden. Das ist das Ergebnis der bundesweiten Versichertenbefragung, die eine externe wissenschaftliche Stelle im Auftrag des Medizinischen Dienstes durchgeführt hat. Bei der Auswertung von insgesamt etwa 25 000 Fragebögen aus dem Jahr 2023 waren knapp 90% der Befragten zufrieden mit der Gesprächsführung der Gutachterinnen und Gutachter in der Begutachtungssitua-

tion. Sie bewerteten die Mitarbeitenden als vertrauenswürdig, kompetent, einfühlsam und respektvoll im Umgang. Die repräsentative Befragung bestätigt, dass die Abläufe der Pflegebegutachtung aus Sicht der Versicherten gut organisiert sind. Besonders wichtig sind den Versicherten die Kompetenz der Gutachterinnen und Gutachter und genügend Zeit, um auf die individuelle Pflegesituation eingehen zu können.

Infos auch unter www.md-bund.de und medizinischerdienst.de



Neue Aufgabe beim IQWiG

Dr. Michaela Eikermann übernimmt ab 1. Juni 2024 die stellvertretende Leitung des unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Die 51-Jährige hat seit 2015 beim Medizinischen Dienst Bund den Bereich Evidenzbasierte Medizin geleitet und in dieser Funktion wesentliche Konzepte und Projekte zur Evidenzbasierten Medizin entwickelt und auf den Weg gebracht. So hat sie unter anderem den IGeL-Monitor, der evidenzbasierte Bewertungen zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) veröffentlicht, verantwortet. So sehr der Medizinische Dienst Bund ihr Ausscheiden bedauert, so sehr wird sie ihre beim Medizinischen Dienst Bund erworbene Expertise in die neuen Aufgaben beim IQWiG einbringen können.

Hilfsmittelverzeichnis: 17 000 neue Aufnahmen

Rund 44 000 Produkte umfasst das Hilfs- und Pflegehilfsmittelverzeichnis (HMFV) des GKV-Spitzenverbandes, das den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen Orientierung bei der

Bewilligung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln ermöglicht. Das HMFV listet alle geprüften Hilfsmittel auf und ordnet sie bestimmten Produktgruppen zu, die anlass- und turnusmäßig fortgeschrieben werden. In den vergangenen fünf Jahren wurden 17 703 neue Produkte aufgenommen, 42 Produktgruppen fortgeschrieben und 9170 Produkteinträge aktualisiert.

Der aktuelle siebte Fortschreibungsbericht bezieht sich auf den Zeitraum von März 2023 bis Februar 2024. In dieser Zeit wurden unter anderem folgende Produkte beschleunigt in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen: Vorlesesysteme für erblindete oder stark sehingeschränkte Menschen, die damit Informationen zu Grafiken abrufen können, orthopädische Roller mit drei Rädern, aber auch funkbasierte, drahtlose Pflegehilfsmittel zur Kommunikation, mit deren Hilfe Pflegebedürftige, die sich nicht verbal bemerkbar machen können, Hilfe rufen können.

Selbstbestimmungsgesetz verabschiedet

Der Bundestag hat am 12. April 2024 das Selbstbestimmungsgesetz verabschiedet. Das Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG) soll es einfacher machen für transgeschlechtliche, intergeschlechtliche und nichtbinäre Menschen, ihren Geschlechtseintrag im Personenstandsregister und ihre Vornamen ändern zu lassen. Hierzu soll künftig eine Erklärung gegenüber dem Standesamt erfolgen können. Nach einer Frist soll eine erneute Änderung möglich sein. Eine gerichtliche Entscheidung und Sachverständigen-gutachten sind in Zukunft nicht mehr erforderlich. Die Änderungen sollen in allen wichtigen Dokumenten übernommen werden. Die Betroffenen haben das Recht, ihre Daten entsprechend ändern und das Dokument, etwa die Gesundheitskarte, neu ausstellen zu lassen.

NACHRICHTEN

Weniger Herzerkrankungen, mehr Diabetes

Herzerkrankungen nehmen in Deutschland seit Jahren stetig ab. Das bestätigt die aktuelle Datenauswertung für den Gesundheitsatlas Deutschland des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO). Demnach sank der Anteil der Menschen ab 30 Jahren mit einer koronaren Herzerkrankung (KHK) von 2017 bis 2022 um knapp 8%.

Während 2017 noch 4,85 Millionen der ab 30-Jährigen von einer koronaren Herzkrankheit betroffen waren, ist die Zahl der Betroffenen bis zum Jahr 2022 um etwa 108 000 Personen auf 4,74 Millionen zurückgegangen. Gleichzeitig nahmen die Erkrankungen Diabetes mellitus Typ 2 und Bluthochdruck, die Risikofaktoren für die Entstehung einer koronaren Herzkrankheit darstellen, zu: So ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 an der Gesamtbevölkerung von 10,9% im Jahr 2017 auf 11,1% im Jahr 2022 gestiegen (+ 1,9%). Auch beim Bluthochdruck ist ein Anstieg zu verzeichnen: Hier wuchs der Anteil der betroffenen Menschen an der Gesamtbevölkerung von 29,5% im Jahr 2017 auf 30% im Jahr 2022.

Eine ausgewogene Ernährung, ausreichend Sport und Rauchverzicht sind wesentliche Präventionsmaßnahmen, um koronarer Herzerkrankung, Diabetes mellitus Typ 2 und Hypertonie vorzubeugen.

Der Gesundheitsatlas Deutschland macht die aktuellen Entwicklungen für insgesamt 24 Erkrankungen bis auf Landkreis-Ebene transparent.

Infos auch unter www.wido.de

DAK-Pflegereport

Die Situation der beruflichen Pflege in Deutschland wird sich mit dem Ausscheiden der Baby-Boomer-Generation massiv verschärfen, prognostiziert der Pflegereport der DAK Gesundheit. Demnach gab es 2023 mehr als 1140 300 professionell Pflegenden in Deutschland. Mehr als 249 500 von ihnen (21,9%) erreichen

in den nächsten zehn Jahren das Renteneintrittsalter. In jedem Bundesland muss dann im Schnitt rund ein Fünftel des Personals ersetzt werden – der Bedarf variiert zwischen 19,7% in Sachsen und 26,5% in Bremen. Der tatsächliche Bedarf dürfte angesichts einer steigenden Anzahl pflegebedürftiger Menschen weitaus größer sein. In den nächsten 25 Jahren werden rund 2,3 Millionen Menschen mehr als heute auf pflegerische Unterstützung angewiesen sein werden, vermutet Studienleiter Prof. Dr. Thomas Klie vom Institut AGP Sozialforschung, der die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die pflegerische Versorgung untersucht hat.

Infos unter www.dak-gesundheit.de

Aktuelle IGeL-Podcasts

Neue und aktuelle Themen bietet der IGeL-Podcast im Frühjahr: »Gehören manche IGeL verboten?« lautet die Frage an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung Stefan Schwartze. Er hatte dafür plädiert, umstrittene Selbstzahlerleistungen, die als schädlich eingeschätzt werden, zu verbieten und damit große Aufmerksamkeit und fachliche Diskussionen ausgelöst. Im IGeL-Podcast diskutiert Schwartze mit Dr. Michaela Eikermann, ehemalige Bereichsleiterin Evidenzbasierte Medizin beim Medizinischen Dienst Bund, ob ein Verbot eine adäquate Antwort auf diejenigen IGeL ist, die das Risiko bergen, mehr zu schaden als zu nutzen. Um Gesundheitsinformationen in sozialen Medien dreht sich ein weiterer IGeL-Podcast mit Dr. Birgit Schindler und Georg Rüschemeyer von Cochrane Deutschland. Das unabhängige Netzwerk postet auf Instagram regelmäßig relevante Gesundheitsinformationen für ein breites und junges Publikum. Im IGeL-Podcast »Keine Angst vor Instagram« erzählen sie, wie es gelingt, komplexe Gesundheitsinformationen in die kurzen Formate der sozialen Medien zu bringen.

Reinhören lohnt sich unter www.igel-monitor.de und auf allen relevanten Podcast-Plattformen.

Überarbeitete Richtlinie zu Cannabinoiden

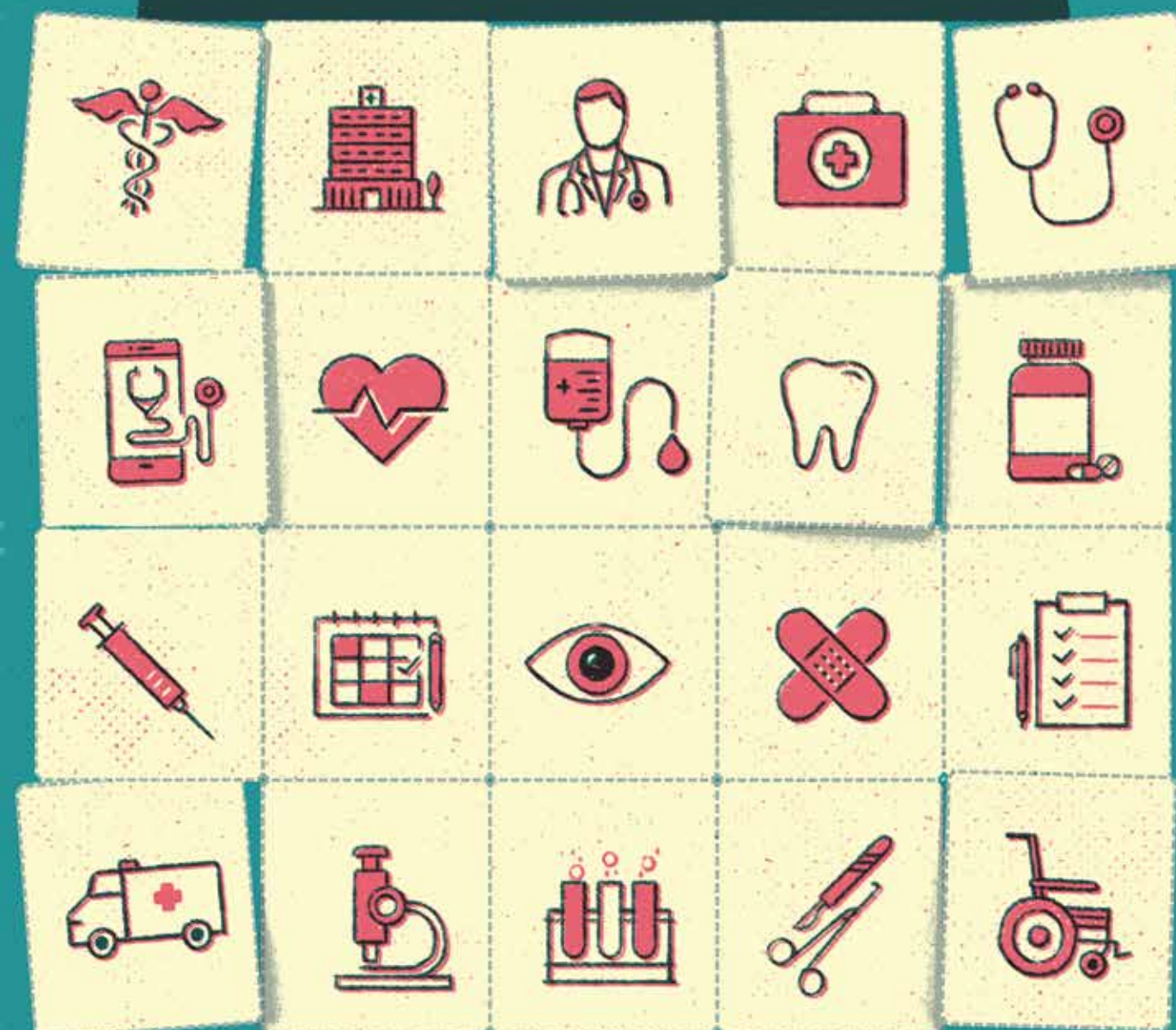
Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinie »Begutachtungsanleitung Sozialmedizinische Begutachtung von Cannabinoiden nach § 31 Absatz 6 SGB V« überarbeitet. Sie wurde am 18. September 2023 vom Medizinischen Dienst Bund erlassen, am 2. April 2024 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt und ist am 26. April 2024 in Kraft getreten.

Die Überarbeitung der Richtlinie war insbesondere aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 10. November 2022 notwendig geworden. Darin hatte das BSG den für die Begutachtung bei Cannabinoid-Verordnungen wichtigen Begriff der »schwerwiegenden Erkrankung« näher konkretisiert und klargestellt, dass von einer schwerwiegenden Erkrankung auszugehen ist, wenn diese die Lebensqualität auf Dauer (mindestens sechs Monate) nachhaltig beeinträchtigt. Für die Beurteilung der Lebensqualität sei weniger auf die ärztlich festgestellte Diagnose, als vielmehr auf die Auswirkungen der Erkrankung auf die Aktivitäten und die Teilhabe abzustellen. Entsprechend sieht die Begutachtungsanleitung vor, die durch die Erkrankung hervorgerufenen Funktionsstörungen und -verluste sowie Schmerzen, Schwäche und den Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens, welche die Lebensqualität dauerhaft beeinträchtigen, als Kriterien für das Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung heranzuziehen. Zudem wurde die Begutachtungsanleitung an den aktuellen Stand der Arzneimittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und an das Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen bei patentfreien Arzneimitteln und zur Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln angepasst.

Details zur überarbeiteten Richtlinie unter www.md-bund.de

Gesundheitssystem unter Druck:

Wie sichern wir die Versorgungsqualität?



Krisen als Chancen



KATASTROPHEN, Krisen und die Herausforderungen der Zukunft stellen das Gesundheitswesen vor schwierige Aufgaben. Der Reformbedarf ist groß. Die damit verbundenen Chancen sind es auch. Schon vor der Corona-Pandemie war das Gesundheitssystem in Deutschland mit einer Vielzahl von Baustellen konfrontiert: Der Fachkräftemangel in der Pflege spitzt sich aufgrund der schnell alternden Bevölkerung seit Jahren zu. Der demografische Wandel, aber auch die Zunahme von Volkskrankheiten wie Diabetes treiben die Nachfrage nach Versorgungsleistungen in die Höhe. Die Gesundheitsausgaben steigen von Jahr zu Jahr und werden dem GKV-Schätzerkreis zufolge 2024 mit 314 Milliarden Euro eine neue Rekordmarke erreichen.

Zusätzlich zu den eigenen Problemen muss das Gesundheitssystem zunehmend die Folgen von Krisen bewältigen, deren Ursachen außerhalb seiner Grenzen liegen: »SARS-CoV-2-Pandemie, Krieg gegen die Ukraine, Hochwasser, Waldbrände und Hitzewellen als Folgen des Klimawandels, unterbrochene Lieferketten, Energieknappheit: Selten wurde unser Land nahezu gleichzeitig von so vielen weitreichenden Krisen herausgefordert. Diese und andere Herausforderungen betreffen immer auch die Gesundheit der Menschen und ihre Versorgung«, schrieb der Sachverständigenrat Gesundheit & Pflege (svr) in seinem 2023 veröffentlichten Gutachten *Resilienz im Gesundheitswesen*. Der damalige svr-Vorsitzende, Ferdinand Gerlach, warnte: »Die bisherige Selbstwahrnehmung, dass in Deutschland alles gut organisiert ist und wir angesichts eines ausdifferenzierten Rettungs- und Gesundheitssystems bestens auch auf unvorhergesehene Entwicklungen vorbereitet sind, war und ist trügerisch.«

Die Zuversicht schwindet

Angesichts überfüllter Notaufnahmen, langer Wartezeiten auf Facharzttermine, eines mangelnden Angebots an Pflegeheimplätzen, einer schleppenden Digitalisierung und explodierender Kosten kommt offenbar immer mehr Menschen im Lande die Zuversicht abhanden. 2022 ergab eine gemeinsame Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Universität Bonn:

Nicht einmal jeder Fünfte erwartet, dass die Zukunft Verbesserungen mit sich bringen wird. In den 1970er-Jahren glaubten das noch 90%. Dieser Pessimismus erstreckt sich auch auf die Gesundheitsversorgung. Im Healthcare-Barometer 2024 der Unternehmensberatung PwC spiegelt sich eine wachsende Verunsicherung wider. Besonders große Sorgen machen den Befragten der Fachkräftemangel, die Versorgungsqualität und die Sicherung der Versorgung im ländlichen Raum. Auch der Glaube an die Wirksamkeit von Reformen schwindet.

Der Soziologe Steffen Mau konstatiert, ein großer Teil der Bevölkerung sei »veränderungserschöpft«. Das hat auch Folgen für die Reformfähigkeit im Lande. Der Präsident des Kieler Instituts für Weltwirtschaft, Moritz Schularick, meldet im Interview mit dem SPIEGEL grundsätzliche Zweifel an der Erneuerungsfähigkeit im Lande an: »Wir sind gefangen in kleinteiligen Abwehrkämpfen, Zweifeln, Sorgen und Ängsten – wir sehen nicht die Chancen, sondern diskutieren nur die Kosten und die Schwierigkeiten.« Das betrifft – zumindest in Teilen – auch das Gesundheitswesen. Aus den aktuellen Krisen seien bislang nicht die notwendigen Schlüsse gezogen worden, mahnten die Verfasser des svr-Gutachtens 2023.

Doch das ist nur die eine Seite der Medaille. Auf der anderen Seite zählt das hiesige Gesundheitswesen allen Unkenrufen zum Trotz nach wie vor zu den leistungsstärksten der Welt. Damit das so bleibt, wurden und werden viele lösungsorientierte Ansätze entwickelt, um den vielfältigen Herausforderungen zu begegnen und die medizinische und pflegerische Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern und zukunftsfest zu machen. Auf der politischen Agenda stehen unter anderem ein umfassender Umbau der Krankenhauslandschaft und eine Entlastung der Notfallversorgung. Das geplante neue Pflegekompetenzgesetz soll die Pflegeberufe attraktiver machen und die Qualität der Versorgung verbessern.

Der Umbau hat längst begonnen

Eine Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung wurde bereits auf den Weg gebracht. »Wir investieren künftig rund fünf Milliarden Euro pro Jahr, um die Pflege zu Hause zu erleichtern und um bei Heimkosten zu helfen«, kündigte Gesundheitsminister Karl Lauterbach an. »Mit dem E-Rezept starten wir die Aufholjagd in der Digitalisierung.« Die digitale Transformation des Gesundheitswesens ist von zentraler Bedeutung für seine Zukunftsfähigkeit. Künstliche Intelligenz unterstützt schon jetzt bei der Diagnostik; die elektronische Gesundheitskarte, elektronische Patientenakte und das E-Rezept sollen Abläufe verschlanken, den Informationsaustausch und die Patientensicherheit verbessern. Telemedizinische Angebote erleichtern die Versorgung, nicht nur im ländlichen Raum. Die Medizinischen Dienste setzen bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit künftig in bestimmten Fällen Videobegutachtungen ein und stellen so trotz steigender Antragszahlen und Fachkräftemangel einen zeitnahen Zugang zu Leistungen sicher.

Die Lebenserwartung steigt – um gesund alt zu werden, wird Prävention immer wichtiger. Das 2023 gegründete Bundesinstitut für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) soll die öffentliche Gesundheit stärken, die Lebensqualität der Menschen steigern und Kosten im Gesundheits- und Sozialsystem reduzieren. Damit alte Menschen möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung leben können, werden innovative Versorgungsmodelle wie zum Beispiel Quartierskonzepte in der Pflege aufgelegt. Zudem entstehen neue Berufsbilder: Speziell qualifizierte Pflegefachkräfte wie Community Health Nurses verbessern die Gesundheitsversorgung vor Ort, Physician Assistants übernehmen delegierbare Aufgaben und entlasten Ärztinnen und Ärzte.

Die Bürgerinnen und Bürger sind für solche Neuerungen nicht nur aufgeschlossen, sie halten sie für dringend nötig: Bei einer Um-

frage im Auftrag der Bertelsmann Stiftung im April 2023 bescheinigten 91% der Befragten dem Gesundheitswesen einen grundlegenden Reformbedarf. Mehr als die Hälfte (55%) meinte, die Gesundheitsversorgung habe sich in den letzten zehn Jahren verschlechtert. Um diesen Trend umzukehren, sind viele bereit, für eine gute Behandlungsqualität weitere Wege in Kauf zu nehmen und sich auf Innovationen wie digitale Gesundheitsanwendungen oder Videosprechstunden einzulassen. Doch nicht nur das: Zunehmend mehr Menschen engagieren sich ehrenamtlich und unterstützen diejenigen, die alt, krank und pflegebedürftig sind, im Alltag.

Mehr Mut zur Veränderung tut not

Bundeskanzler Olaf Scholz hat im März dieses Jahr einen ExpertInnenrat *Gesundheit und Resilienz* berufen, der die Bundesregierung bei aktuellen Fragen rund um die öffentliche Gesundheit, auch und gerade im Hinblick auf künftige Krisen, berät. Außer Expertise braucht es für einen zukunftsfesten Umbau des Gesundheitssystems vor allem eins: mehr Mut zur Veränderung. »Ziel ist es nicht nur, den Status quo zu erhalten, sondern wenn möglich sogar gestärkt aus Krisen hervorzugehen, so dass der Aufbau resilienter Strukturen nicht nur als anstrengende Aufgabe, sondern auch und vor allem als Chance zu verstehen ist«, betont der svr in seinem Resilienz-Gutachten. Einen solchen chancenorientierten Blick auf gegenwärtige und kommende Krisen empfehlen auch die Sozialforscher Oliver Ibert und Tjorven Harmsen: »Bei aller Bedrohlichkeit« böten Krisen »immer auch Gelegenheiten zur Verbesserung«.

Der schwedische Arzt und Epidemiologe Hans Rosling vertrat die Ansicht, die Welt sei weit weniger schlecht, als wir annehmen, und plädierte zeit seines Lebens für einen faktenbasierten Optimismus. Seine Empfehlung: die vorhandenen Fortschritte bewusst wertschätzen und daraus die Zuversicht für weitere Verbesserungen schöpfen. Denn wer positive Trends ignoriere und an einer pessimistischen, dramatisierenden Weltsicht festhalte, habe nicht nur schlechtere Laune, so die Überzeugung des Gesundheitsforschers. Viel schlimmer noch: Er verpasse auch Chancen.

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



Erste Schritte zur Klinikreform: Hoffen auf mehr Qualität und Effizienz

DIE ERSTEN SCHRITTE zur Krankenhausreform sind inzwischen konkret: Das Krankenhaustransparenzgesetz ist verabschiedet und für das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen liegt ein Referentenentwurf vor. Der Prozess zur Verbesserung von Qualität und Effizienz der stationären Versorgung durch Transparenz, Strukturierung von Versorgungsniveaus (Level) und Neuordnung der Vergütung hat damit begonnen. Insbesondere bei der Qualitätsverbesserung hat der Medizinische Dienst neue Aufgaben bekommen. Ob sich die Hoffnungen jedoch erfüllen, hängt auch von der Stringenz der einzelnen Reformteile, der Umsetzung in den Ländern und einer zügigen Weiterentwicklung der Anforderungen an die verschiedenen Versorgungslevel ab.

Mit dem Transparenzverzeichnis zur Krankenhausbehandlung veröffentlicht das Bundesgesundheitsministerium in einer für Laien verständlichen Aufbereitung Daten zum Leistungsvolumen und zur Qualität eines jeden Krankenhauses. Dieser Transparenz-atlas enthält folgende Informationen:

- die Fallzahl, zunächst nach Fachabteilungen, ab dem 1. Oktober 2024 nach 65 Leistungsgruppen differenziert,
- die Zuordnung zu einer Versorgungsstufe (Level),
- die Personalausstattung,
- die patientenrelevanten Ergebnisse der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung,
- Qualitätssiegel oder Zertifikate,
- die Erfüllung von Mindestmengen,
- die Stufe der Notfallversorgung.

An der Bereitstellung der Daten müssen die Krankenhäuser mitwirken. Erfüllen sie diese Pflicht nicht, so drohen Vergütungsabschläge.

Transparenz ist eine unabdingbare Voraussetzung dafür, dass Patientinnen und Patienten sowie ihre einweisenden Ärztinnen und Ärzte überhaupt eine Chance haben, bei der

Helmut Laschet war stellv. Chefredakteur und Ressortleiter Gesundheitspolitik bei der *Ärzte Zeitung* und arbeitet heute als freier Journalist in Berlin. helmut.laschet@gmx.de



Wahl eines Krankenhauses zur Behandlung einer Krankheit eine qualitätsgesicherte Entscheidung zu treffen.

Wie groß die patientenrelevanten Qualitätsunterschiede in Deutschland sind, darauf hat die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung für die drei Indikationsbereiche Krebs, Schlaganfall und Endoprothetik hingewiesen.

Transparenz: effektiv für Qualität

Eine entscheidende Determinante für den Behandlungserfolg (vermiedene Mortalität) bei Krebs ist es, ob die Erstbehandlung in einem zertifizierten Zentrum stattfindet. Tatsächlich wurden 2021 nach Feststellung der Kommission nur zwischen 35% (Pankreaskarzinom) und 81% (Prostatakarzinom) der Patienten in einem zertifizierten Zentrum therapiert. Für alle untersuchten Entitäten beträgt das Qualitätspotenzial 20 404 Lebensjahre.

Beim Schlaganfall könnten 4969 potenzielle Todesfälle innerhalb des ersten Jahres nach dem Ereignis vermieden werden, würden alle Patientinnen und Patienten, wie empfohlen, in einer Klinik behandelt werden, die über eine Stroke-Unit verfügt.

In der Endoprothetik ist die Fallzahl eine entscheidende Determinante für vermeidbare Revisionen und das Mortalitätsrisiko: Werden bestimmte Mindestmengen erreicht, kann das relative Risiko für eine Revision je nach Art des Eingriffs zwischen 18 und 34% und das relative Risiko für Krankenhaussterblichkeit um 59 bis 70% gesenkt werden.

GesundheitsökonomInnen halten das Instrument für durchaus wirksam. »Eine anwenderfreundliche Aufbereitung des Public Reporting fordern wir als Wissenschaftler schon lange«, sagt Gesundheitsökonom Professor Dr. Jonas Schreyögg von der Universität Hamburg. Studien aus den USA und Deutschland zeigten zwei Effekte:

- den Selektionseffekt, der sich aus der Auswahl qualitativ besserer Krankenhäuser durch die Patienten und/oder ihre einweisenden Ärzte ergibt, und
- den Reputationseffekt, der aus einer Qualitätsverbesserung durch die Krankenhäuser selbst resultiert, weil sie einen Reputationsschaden durch Negativvergleiche vermeiden wollen. Nach Studien sei dieser Effekt besonders wirksam, so Schreyögg.

Sein Berliner Kollege Professor Dr. Reinhard Busse, der der Regierungskommission für die Krankenhausversorgung angehört, misst dem Transparenzgesetz eine gestiegene Bedeutung zu, vor allem deshalb, weil die Länder in den Verhandlungen über zukünftige Struktur und Vergütung für die Krankenhäuser die von der Kommission vorgeschlagene Feingliederung in 126 Leistungsgruppen zugunsten einer groben Differenzierung in 65 Leistungsgruppen mit wenig präzisen Anforderungen an Strukturmerkmale abgelehnt hätten. Entstanden seien zwei »riesige« Leistungsgruppen – die Allgemeine Innere Medizin und die Allgemeine Chirurgie –, »an denen praktisch keine Vorgaben hängen, außer dass drei Fachärzte vorhanden sein müssen«.

Verantwortung der einweisenden Ärzte

Hier setze der Krankenhausatlas an: Er zeige zumindest, ob das entsprechende Haus adäquat aufgestellt ist. Eine besondere Verantwortung sieht Busse dabei für die einweisenden Ärztinnen und Ärzte, denn aus der internationalen Literatur sei bekannt, dass informierende Ärzte dabei die wichtigeren Nutzer als die Patientinnen und Patienten selbst seien.

Der kurz vor Ostern veröffentlichte Referentenentwurf zur Reform der Krankenhausstrukturen und -vergütung offenbart, wie steinig und von wie viel »faulen Kompromissen« (Busse) der Reformprozess begleitet

ist. Um wenigstens den Reformansatz zu retten, hat sich das Bundesgesundheitsministerium bereitgefunden, entsprechend dem NRW-Modell die Zahl der Leistungsgruppen auf 65 zu reduzieren. Aber: Würde der jetzt vorliegende Entwurf realisiert (was noch ungewiss ist), ist die nächste Hürde bereits programmiert: Bund und Länder müssen sich auf die nach dem neuen §135e vorgesehene Rechtsverordnung über die Qualitätskriterien für die Leistungsgruppen verständigen. Die gleiche Hürde besteht für die Festlegung von Mindestmengen, die für jede Leistungsgruppe erfüllt sein müssen (§135f).

Wichtige Rolle des Medizinischen Dienstes

Der Medizinische Dienst ist als unabhängige Institution für die Überprüfung der Qualitäts- und Strukturmerkmale zuständig. Der Prüfauftrag nach dem neuen §275a soll erheblich erweitert werden: auf die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach §135e, der Strukturmerkmale aufgrund des vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels und der Qualitätsanforderungen nach den §§ 135b sowie 136 bis 136c. Diese Überprüfungen durch den Medizinischen Dienst müssen vor der Zuweisung von Leistungsgruppen und vor dem Abschluss von Versorgungsverträgen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen stattfinden.

Die ersten Prüfungen sollen von den Ländern bis zum 30. September 2025 beauftragt und spätestens bis zum 30. Juni 2026 abgeschlossen sein. Die Ergebnisse der Prüfung sollen auch an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) übermittelt werden, insbesondere auch die Nichteinhaltung von Qualitätskriterien, um sie in den Krankenhausatlas aufzunehmen.

Weiterentwicklung notwendig

Vorläufiges Fazit, so Busse und Schreyögg: Die weitgehend von Nordrhein-Westfalen übernommenen Strukturvorgaben können nur ein Einstieg in einen länger währenden Reformprozess sein. Ungewiss bleibe, ob Bund und Länder sich künftig auf eine Weiterentwicklung und Differenzierung der Leistungsgruppen sowie der Qualitäts- und Strukturanforderungen einigen können; der Weg dazu wird im Entwurf beschrieben: Bund- und Länder haben ein Initiativrecht, fachlichen Einfluss und Expertise können medizinische Fachgesellschaften liefern, die die Reform für dringend erforderlich halten. Eine Handlungsoption für den Bund sei es, die Liste der OPS-Strukturmerkmale, die ebenfalls vom Medizinischen Dienst geprüft wird, deutlich zu erweitern. 



Taugt Dänemark als Vorbild für eine bessere Patientenversorgung?

GESUNDHEITSPOLITIKER aus aller Welt pilgern seit Jahren nach Dänemark. Das Land im Norden zeigt, dass trotz Bettenabbau, Zentralisierung und trotz längerer Wege zur nächsten Klinik eine bessere medizinische Versorgung möglich ist. Zwei Jahre, nachdem eine Expertenkommission in Deutschland mit Empfehlungen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung beauftragt wurde, geht die Krankenhausreform nun in die parlamentarische Schlussrunde. Wesentliche Blaupausen kommen aus Dänemark. Das Nachbarland hat geschafft, was hierzulande noch in der Planung steckt: einen radikalen Umbau einer notleidenden Krankenhauslandschaft.

Milliarden für Super-Hospitäler

Auch in Dänemark begann der Umbau eines rein staatlich organisierten Systems mit einer Expertenkommission. Eine der Fragen, die sie zu beantworten hatte: Was tun, wenn sehr viele Krankenhäuser alles machen, aber nur wenige mit Bestnoten in der medizinischen Versorgung? 2010 beschloss die Regierung, den Empfehlungen des Expertengremiums zu folgen: Aufgabe von jedem dritten Klinikstandort (16 von 79) bis 2026 und Finanzierung von sechzehn hochspezialisierten »Super-Hospitälern«, überwiegend durch Modernisierung bestehender Kliniken, in sechs Fällen durch Neubau.

6,5 Milliarden Euro wurden an staatlicher Förderung versprochen. Um die Politikerinnen und Politiker vor Ort für eine unpopuläre Schließung lokaler Kliniken zu gewinnen, wurden alle fünf Regionen, die Verwaltungseinheit zwischen Kommune und Zentralregierung, vor die Wahl gestellt: Wer Geld für den Bau eines Super-Krankenhauses vom Staat bekommen will, muss bereit sein, kleine Häuser aufzugeben und Strukturveränderungen zuzulassen. Eine Bedingung, die am Ende alle Regionen erfüllten. Und die Bilanz?

Heute sind zehn von 16 Super-Krankenhäusern in Betrieb. Drei sind im Aufbau. Fast alle glänzen mit innovativen digitalen Projekten von Operationsrobotern, fahrerlosen Transportfahrzeugen bis zu Tracking-Systemen, um schnell Betten, Patientinnen, Patienten, Personal und Geräte zu orten. Die neue Uniklinik in Aarhus, die mit 857 Klinikbetten und zahlreichen

Hotelbetten für Angehörige so groß wie eine dänische Kleinstadt ist, zählt rund 10 000 Beschäftigte in 44 Abteilungen, darunter 1700 Ärztinnen und Ärzte sowie 3750 Pflegekräfte. Das neue Super-Hospital in Gødstrup mit Einzelzimmern für 400 Patientinnen und Patienten ist für die Krankenversorgung in einem Gebiet zuständig, das doppelt so groß ist wie das Saarland. Drei der fünf kleinen Kliniken in der Umgebung wurden bereits geschlossen. Vor dem Neubau verläuft die neue Autobahn, die für eine schnelle Erreichbarkeit sorgen soll.

Tageskliniken ohne Betten geplant

An den Grundlinien der Reform wurde im Laufe der Jahre wenig geändert. Einige der neuen Hospitäler haben die Effizienzvorgaben schon heute erfüllt, wie Martin Nyrop Holgersen, im Gesundheitsministerium

zuständig für das Bauprogramm, kürzlich der Fachzeitschrift *Klinik-Management-aktuell* mitteilte. Ob sich dies angesichts explodierender Baukosten durchhalten lässt, wird mancherorts bezweifelt. Einige Korrekturen gab es bereits. So hat die Regierung jetzt ein Konzept vorgelegt, das unter dem Titel »Near Hospitals« die landesweite Gründung von zehn bis zwanzig Tageskliniken ohne Betten vorsieht. Es sind Ambulanzen für kleinere Erkrankungen, die einen wesentlichen Nachteil der Zentralisierung beheben sollen. »Der Wandel geschah auf Kosten der Nähe«, räumt Holgersen ein. Obwohl man gehofft hatte, dass die Super-Kliniken »wie Leuchttürme auf Distanz ein Gefühl der Sicherheit geben«. Laut Medienberichten müssen rund 10 % der Dänen über 30 Kilometer weit zur nächsten Klinik fahren.

Vor allem aus Sorge, im Notfall lange Wege bis zur nächsten Klinik zurücklegen zu müssen, kam es in den ersten Reformjahren in ländlich abgelegenen Gegenden zu massiven Protesten. Nicht ohne Grund. Fast jedes zweite Krankenhaus mit Notfallaufnahme wurde geschlossen. Statt 45 gibt es heute nur noch 21, die gemeinsame Notaufnahmestationen betreiben. Um das Problem einer Überlastung mit »unechten« Notfällen zu entschärfen, wurde der Zugang reglementiert. Nur wer eine Überweisung der Hausärztin oder des Hausarztes vorweisen kann, wird aufgenommen. Im Gegenzug werden Diagnosen schneller gestellt, so dass Patientinnen und Patienten gegebenenfalls wieder nach Hause fahren können und dort ambulant behandelt werden. Außerdem wurden die Rettungswagen digital besser ausgestattet, so dass bereits während der Fahrt nicht nur die Diagnose gestellt, sondern häufig auch schon mit der Behandlung begonnen werden kann. Die digitale Patientenakte, längst überall in Dänemark etabliert, erleichtert die Diagnose. Und seit drei Jahren sind größere medizinische Rettungshubschrauber mit Platz für zusätzliche Ausrüstung und Personal im Einsatz.

Mehr ambulante Behandlungen

Nach Ansicht des dänischen Gesundheitsökonom Terkel Christiansen werden die neuen Strukturen mittlerweile akzeptiert. Eine erste Analyse, die Christiansen im vergangenen Jahr veröffentlichte, fiel unterm Strich positiv aus. So ist die Lebenserwartung der Dänen trotz Klinikschließungen um drei Jahre gestiegen; die Zahl der Todesfälle bei Herzkrankheiten um ein Viertel gesunken; die Wartezeit auf einen chirurgischen Eingriff um ein Fünftel.

Dem AOK-Bundesverband gegenüber betonte er unlängst, dass die ambulante Versorgung, die in Dänemark um 50 % gestiegen sei, stärker im Fokus stehen müsse. Auch der Arbeitsdruck in der Pflege habe zugenommen. Grund seien immer mehr ältere Patientinnen

und Patienten. Zudem kämpfen die Kliniken mit Personalmangel. Viele Stellen, so heißt es auch im Dänischen Gesundheitsministerium, könnten aktuell nicht besetzt werden.

Bleibt die Frage, ob sich Dänemark tatsächlich als Vorbild für Deutschlands Reformer eignet. Ministeriumsmitarbeiter Holgersen gibt zu bedenken, dass Dänemark mit seinen knapp sechs Millionen Einwohnern eine überschaubare Größe aufweist und auf staatlicher Ebene deutlich zentralisierter organisiert ist. Aber die Bündelung der Ambulanzen und die nationalen Vorgaben für die Spezialisierung der Kliniken hält er durchaus für übertragbar. Auch an der TU Berlin hat man sich in einem gemeinsamen Forschungsprojekt mit dem BKK-Dachverband, dem Deutschen Krankenhausinstitut und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung mit der dänischen Reform beschäftigt. Elke Berger, wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Management im Gesundheitswesen, hat ähnliche Erfolgsdaten ermittelt wie ihr dänischer Kollege Christiansen. Als positiv wertet sie den Qualitätswettbewerb zwischen den Regionen und die Langfristigkeit der Reformplanung. Minuspunkte gibt es dagegen für eine unzureichende poststationäre Versorgung im ambulanten Bereich. »Aber Dänemark hat aus diesen Fehlern gelernt und nachgesteuert.« Trotz des Größenunterschieds der beiden Länder und der unterschiedlichen Trägerstruktur ist Berger überzeugt, dass die dänische Reform Vorbild für Deutschland sein sollte. »Ein klares Ja.«

Medien verstärkten Problembewusstsein

Doch gibt es in Deutschland die Bereitschaft für eine derart radikale Reform? Voraussetzung sei ein Problembewusstsein, das in Dänemark weit verbreitet war, während man hierzulande noch immer überzeugt ist, eins der besten Gesundheitssysteme der Welt zu haben, meint Elke Berger.

Ein Grund für das positive Reformklima in Dänemark war die Medienberichterstattung über mehrere Klinikskandale im Vorfeld der Reform. So hatte ein Krankenhaus auf Bornholm krebskranken Frauen die Brüste entfernt, nur weil man dort noch keine brusterhaltende Chirurgie beherrschte. Eine berühmte Rocksängerin überlebte ein Blutgerinnsel aufgrund einer Thrombolyse-Akuttherapie, über die nur wenige Krankenhäuser verfügten und die in einigen Häusern wochentags nach 15 Uhr nicht mehr angeboten wurde. Aber noch etwas ist nach Ansicht Bergers für die breite Akzeptanz wichtig gewesen: »Die skandinavischen Länder haben eine lange Tradition des Vertrauens in den Staat und ein gelebtes Prinzip der Gleichheit.« Dies habe diesen radikalen Umbau erleichtert. 

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



Zwischen Ruhestand und Nachwuchsmangel



VIELE ÄRZTINNEN, Ärzte und Pflegefachkräfte nähern sich dem Rentenalter, während es gleichzeitig an Nachwuchs mangelt. Der Ruhestand der Älteren wird zur Herausforderung einer ganzen Branche. ► Unter selbstständigen Ärztinnen und Ärzten ist heute bereits jeder Dritte 60 Jahre oder älter. In Apotheken hat mehr als ein Drittel das Alter von 55 Jahren überschritten, und in der Pflege müssen in den kommenden zehn Jahren knapp 22% der Pflegenden ersetzt werden.

Während für die »Babyboomer« die letzte Phase ihres Berufslebens beginnt, nimmt der Generationswechsel im Gesundheitswesen deutlich Fahrt auf. »Bereits heute haben fast die Hälfte aller Ärztinnen und Ärzte das 50. Lebensjahr überschritten«, erklärt Dr. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer. Ihr zufolge stehen sich in der Ärzteschaft zwei Gruppen gegenüber: Menschen unter 30 und jene zwischen 50 und 60 Jahren.

Nachwuchs fehlt

Zum einen steigt der Bedarf an Gesundheitsversorgung, zum anderen steht weniger Arbeitszeit von Ärzten und Ärztinnen zur Verfügung. »In den nächsten Jahren muss eine große Zahl von ihnen ersetzt oder motiviert werden, über die Ruhestandsgrenze hinaus zu arbeiten«, erklärt Lundershausen. Denn es fehle der Nachwuchs. »Die Anzahl der Studienplätze steigt nur langsam und liegt nach wie vor unter der Zahl der späten 1980er Jahre. Deshalb darf bezweifelt werden, dass die Ausbildungskapazitäten in Deutschland dieser Herausforderung gewachsen sind.«

Auch viele Apotheken schließen aus Altersgründen, etwa ein Zehntel bleibt ohne Nachfolge. Laut Bundesapothekerkammer sind mehr als 25% der Apothekerinnen und Apotheker zwischen 51 und 60 Jahren alt, rund 7% zwischen 61 und 65, und 6,5% sind sogar 66 Jahre oder älter.

Nicht nur die hausärztliche Versorgung auf dem Land steht vor personellen Problemen, auch der stationäre Sektor umwirbt vielerorts den Nachwuchs. »Headhunter versuchen händierend, Mitarbeitende für Kliniken auf dem Land zu finden«, sagt Dr. Charlotte Kaiser. Die Oberärztin, die am Gemeinschaftskrankenhaus Bonn (Haus St. Elisabeth) in

der Gynäkologie und Geburtshilfe arbeitet, hat die Erfahrung gemacht, dass junge Ärzte und Ärztinnen heute mehr Wert auf Freizeit und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf legen: »Die neue Arbeitsmentalität sowie der allgemeine Personalmangel sorgen für einen Paradigmenwechsel«, sagt sie. »Viele wollen nicht mehr Vollzeit arbeiten und vertreten ihre Bedürfnisse selbstbewusst. Trotzdem sind die Arbeitszeiten deutlich länger und unattraktiver als in anderen Berufen.«

Teilzeitquote steigt

Zunehmend mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten in Teilzeit, die Quote liegt bei etwa 20,6%. Für Ellen Lundershausen ist das letzten Endes der Arbeitsverdichtung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zuzuschreiben. Sie befürchtet: »Es werden mehr Ärztinnen und Ärzte benötigt, um den Wegfall einer Arztstelle aus Altersgründen auszugleichen. Wir rechnen mit etwa anderthalb Personen auf einer Vollzeitstelle.«

Derweil sucht die Branche nach Lösungen. Um den Arztberuf attraktiver zu machen und Nachwuchs zu binden, sei es wichtig, die Aufgaben anders zu verteilen. »Etliche medizinische und bürokratische Aufgaben könnten beispielsweise an gut ausgebildete medizinische Fach- oder Bürokräfte abgegeben werden«, so Charlotte Kaiser. Auf diese Weise würden Ärztinnen und Ärzte entlastet.

Der Schlüssel, um auf individuelle Lebenssituationen auch der jüngeren Mitarbeitenden zu reagieren, liege vor allem in flexiblen Arbeitszeitmodellen und Dienstplänen, in guter Teamführung und in offener Kommunikationskultur. Für mehr Zufriedenheit sorgen auch Möglichkeiten von Freizeitausgleich, mehr gesellschaftliche Anerkennung und dort, wo möglich, ein höherer Verdienst. Auch brauche es Geld, um Strukturen zu stärken. Außerdem könne die Branche auf Etabliertes setzen. »Mentoring-Konzepte, bei denen Expertise weitergegeben wird, sind in der Medizin gelernt«, sagt Kaiser.

Oyindamola Alashe
ist freie Journalistin in Köln
und schreibt über
Gesundheit, Pflege und
Bildung.
info@alashe.de



Arzneimittel: neuer reimt sich auf teuer

PATENTGESCHÜTZTE Arzneimittel machen einen immer kleineren Teil der Patientenversorgung aus. Aber trotzdem belasten sie das Krankenkassen-Budget von Jahr zu Jahr mehr. Das setzt unser Gesundheitssystem zunehmend unter Druck. ► Für Patientinnen und Patienten, bei denen die Medizin an ihre Grenzen stößt, gleicht die Nachricht über ein neu zugelassenes Arzneimittel einem Hoffnungsschimmer. Hier in Deutschland haben sie Glück: Denn die gesetzlichen Krankenversicherungen erstatten die Kosten neuer Arzneimittel, sobald sie zugelassen sind. Dadurch erhalten Betroffene neue Therapien schneller als in jedem anderen EU-Land. Das hat seinen Preis. Tausende oder gar zehntausende Euro kosten viele patentierte Arzneimittel pro Packung. Im ersten Jahr, in dem ein Arzneimittel in Deutschland auf dem Markt ist, bestimmt der Hersteller den Preis. Währenddessen überprüft das IQWiG, ob es wirksamer oder verträglicher ist als andere Therapien, die bereits auf dem Markt sind. Das Ergebnis dieser Prüfung bestimmt den Preis für die neuen Medikamente ab dem zweiten Jahr.

Hohe Kosten durch wenige Medikamente

Eingeführt wurde das System 2011 mit dem Ziel, Kosten zu senken. »Bislang sind alle Maßnahmen in gewisser Weise verpufft«, sagt Andreas Rhode, Leiter der Expertengruppe »Arzneimittelversorgung« der Medizinischen Dienste. Zuletzt schärfte das Bundesgesundheitsministerium mit einem im Oktober 2022 verabschiedeten Gesetz nach. Ob es die steigenden Kosten für patentgeschützte Arzneimittel aufhalten kann, ist offen. Laut dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (wido) gaben die gesetzlichen Krankenversicherungen 2022 für Arzneimittel insgesamt 52,9 Milliarden Euro aus. Mehr als die Hälfte investierten sie in patentgeschützte Medikamente. Mehrere Milliarden Euro fließen auch 2024 wieder in Produkte, bei denen das IQWiG keinen Zusatznutzen im Vergleich zu etablierten Therapien nachweisen wird. Dabei machen patentgeschützte Medikamente einen immer kleineren Teil der Verordnungen aus. Seit 2013 sank der Anteil der patentgeschützten Mittel an allen verordneten Arzneimittel-Dosen von 12,2% auf 6,8%. Trotzdem verdoppelten sich

die Ausgaben für neue Medikamente seit 2013. Sollte sich nichts ändern, drohen Leistungskürzungen oder höhere Krankenkassenbeiträge. »Wir haben die Pflicht, das System bezahlbar zu halten«, sagt Rhode. »Damit den Menschen, die von den neuen Arzneimitteln wirklich profitieren, die Mittel verfügbar bleiben.«

EU ändert Arzneimittel-Regeln

Lösbar ist das Problem nur politisch. Wie das gehen könnte, zeigen andere EU-Mitgliedsstaaten wie Dänemark oder Frankreich: Auch sie prüfen den Zusatznutzen neuer Präparate – und zwar bevor die Medikamente auf dem Markt sind. Die Prüfung bestimmt hier, ob ein neues Medikament überhaupt auf den Markt kommt.

Dass wir uns in einigen Jahren unseren europäischen Nachbarn annähern, ist nicht unwahrscheinlich. Denn den Zusatznutzen soll bald nicht mehr jedes EU-Land einzeln bewerten, sondern eine Zentrale der EU-Kommission für alle Länder. Ab Anfang 2025 beginnt die Umstellung stufenweise. Ein weiteres Gesetz wird nach der Europawahl die Regeln für patentgeschützte Arzneimittel EU-weit ändern: Ein Entwurf der ersten Reform der EU-Pharmagesetzgebung seit über 20 Jahren sieht vor, die Zeit, in der andere Firmen nicht auf die Zulassungsdaten der Originalhersteller zugreifen dürfen, zu verkürzen – von 8 auf 7,5 Jahre. Damit sollen günstigere Nachahmerpräparate früher verfügbar werden.

Rhode ist zuversichtlich, dass bald noch wirksamere Lösungen folgen. »Es ist offensichtlich in der Politik angekommen, dass hier sehr viel Geld ausgegeben wird«, sagt er: »Wichtig ist, dass von diesen Ausgaben die Versicherten auch profitieren.«

Marius Penzel ist
approbierter Apotheker
und arbeitet als freier
Journalist in Berlin.
mspenzel@gmail.com



Neue Ideen für die Pflege

SCHNUPPER-TAGE in Pflegeheimen für Zugewanderte auf Jobsuche, Nachbarn, die älteren Menschen in der Gegend helfen oder Netzwerke für junge demenziell erkrankte Menschen. Die Zukunft der Pflege hängt auch von solchen frischen Ideen ab. ► Eine anhaltende Personalnot in Deutschland bedroht die Pflege unzähliger älterer Menschen. 249 500 von derzeit 1,14 Millionen professionell Pflegenden gehen in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand und müssen ersetzt werden. Anstatt achselzuckend die Situation zu beklagen, werden zunehmend mehr Menschen aktiv, gründen Initiativen und starten Aktionen im Dienst der guten Sache.

Beispielhaftes Engagement

Ein Beispiel aus Wuppertal: Dort will man neu zugewanderten Pflegekräften den Weg ans Pflegebett ebnen. Das *projekt Pflege* Wuppertal unterstützt Zugewanderte (meist aus Syrien und Afghanistan) mit mehreren Seminar-Modulen, darunter Sprachkurse, Bewerbungstrainings oder Praktika. »Besonders beliebt ist die Pflegewoche«, sagt Nadja Shafik, bei der Stadt Wuppertal zuständig für das Projekt. »Da gehen die Teilnehmer drei Stunden am Tag in eine Pflegeeinrichtung, ein Krankenhaus oder zu einem Pflegedienst. Mancher kommt mit einem Termin für ein Bewerbungsgespräch aus dieser Woche«, sagt Shafik. Bei den Pflegeeinrichtungen der Stadt habe man »nur super Erfahrungen mit den Zugewanderten gemacht«. Besonders schön: In einem Pflegeheim haben die Bewohnerinnen und Bewohner ihren zugewanderten Pflegenden Sprachunterricht gegeben.

In Baden-Württemberg macht unter anderem ein Modellprojekt von sich reden, bei dem engagierte Ehrenamtler als sogenannte Einzelhelfer:innen Pflegebedürftige im Alltag unterstützen. Wer mitmachen möchte, kann sich bei einem von sieben Servicepunkten im Bundesland melden, und wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, als »Einzelhelfer« aktiv werden.

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



Die Einsätze werden entweder vom Servicepunkt vermittelt, oder die Helfenden bringen einen »Fall« losgelöst von Organisationsstrukturen selbst mit. Als Aufwandsentschädigung können Einzelhelferinnen und -helfer unter Umständen den Entlastungsbetrag, der Pflegebedürftigen zusteht, erhalten. Dabei geht es aber nicht einfach um Entlohnung, so Christine Freymuth vom Kuratorium Deutsche Altershilfe, Träger des Projekts. »Für die Menschen mit Pflegebedarf ist es eine schöne Sache, wenn sie Dankbarkeit und Wertschätzung zumindest in Form einer Aufwandsentschädigung als Gegenleistung ausdrücken können.«

Aus der Selbsthilfe geboren

Das Projekt *JaDe* steht für »Unterstützung für jung an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen«. Martin Schicht vom NRW-Landesverband der Alzheimer Gesellschaften, Träger des Projektes, schätzt, dass rund 47 000 Menschen zwischen 40 und 59 Jahren betroffen sind. Die aus der Selbsthilfe geborene Initiative hat die Bedürfnisse der Jüngeren besonders im Auge. »Etwa die Tagespflege«, sagt Schicht. »Da sitzen unsere noch jungen Leute oft mit 80-Jährigen zusammen, das passt natürlich nicht. Viele früh Erkrankte wollen auch nicht gleich ihren Arbeitsplatz räumen. Da braucht es vielleicht neue Jobs oder neue Aufgaben.« Weil die Erkrankten weit verteilt sind im Land, führt JaDe sie zumeist online zusammen – im *JaDe-Forum*, wo sie sich in festen Gruppen austauschen können, oder bei *JaDe-Wissen*, wo sie sich zu Zoom-sitzungen zusammenschalten und mit Experten diskutieren. *JaDe-Aktiv* schließlich bietet Wochenendworkshops für Erkrankte und ihre Partner.

Es gibt es viele Beispiele, die zeigen, dass die Baby-Boomer keineswegs nur ein Problem für die Sozialsysteme sind, sondern auch eine Chance. Denn sie sind zahlreich und viele sind bereit, zu unterstützen. ◻

Wie sieht Prof. Dr. Heinz Rothgang, Leiter der Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung am *socium* Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Uni Bremen, die Entwicklung der Pflege? Christian Beneker fragte nach.

Herr Professor Rothgang, allorts wird die Pflegemisere beklagt. Die Zahlen sind in der Tat nicht ermutigend.

Das stimmt. Erstens haben wir unbesetzte Pflegestellen, etwa 20 000 bis 30 000. Zweitens haben wir zu wenig Stellen, um gut pflegen zu können. Allein in der vollstationären Langzeitpflege sind das rund 100 000 Vollzeitäquivalente, die einfach fehlen. Und drittens wird die Zahl der Pflegebedürftigen noch 30 Jahre lang steigen. Nach unseren Berechnungen steigt der Pflegekraftbedarf in Köpfen im Vergleich zu 2020 bis 2030 um 200 000, bis 2040 um 350 000 und bis 2050 um 650 000. Gleichzeitig sinkt die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter.

Können Pflegende aus dem Ausland Teil der Lösung sein?

Durchaus. Aber nicht so, dass die Pflegekräfte fertig ausgebildet aus den Philippinen oder aus Mexiko quasi »importiert« werden. Vielmehr sollten wir in diese Länder gehen, dort junge Menschen ausbilden und ihnen dabei die notwendigen Sprachkenntnisse vermitteln, wobei der letzte Teil der Ausbildung dann in Deutschland erfolgen sollte. Dann sind sie nach Abschluss der Ausbildung auf das vorbereitet, was sie in Deutschland erwartet.

Sie betreuen derzeit mehrere Projekte zum Personaleinsatz. Worum drehen sie sich?

Wir wollen in den Pflegeheimen mehr Assistenzkräfte einsetzen, die die Fachkräfte entlasten können. Die Organisationsentwicklung ist hier ein sehr wichtiger Teil der Projekte: Sie verteilt die Arbeit orientiert an den Kompetenzen der Pflegenden und den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen. Zweitens setzen wir in einem Teil dieser Projekte digitale Techniken zur Arbeitserleichterung ein. Das beginnt bei der Sprachsteuerung der Dokumentationen über die computergestützte Einsatzplanung bis hin zum Putzroboter und zum intelligenten Pflegebett.

80% der Pflegebedürftigen werden zuhause gepflegt. Werfen wir einen Blick auf die heimische Pflege ...

Die Lage ist schlecht. Viele pflegende Angehörige fühlen sich überfordert. Freundeskreise schrumpfen, die Sozialkontakte nehmen ab, viele haben keinen halben Tag in der Woche frei, andere leiden unter Schlafstörungen, werden selber krank und gehen buchstäblich am Krückstock.

Wie lässt sich die Situation pflegen der Angehöriger verbessern?

Die Pflege eines Menschen muss auf viele Schultern verteilt werden. Viele Angehörige pflegen ja ohne professionelle Hilfe. Das kann und muss sich ändern! Wir benötigen dringend Pflegearrangements, in denen Familienangehörige und Profis zusammen die Versorgung übernehmen. Außerdem bekommen wir

es noch nicht richtig hin, Freunde und Nachbarschaften für die Pflege zu aktivieren. Aber es gibt Ansätze. Zum Beispiel gibt es viel Potenzial bei den »jungen Alten«, die noch fit sind und eine sinnvolle Tätigkeit suchen.

Zum Beispiel?

Zum Beispiel *deinNachbar e. V.* in München. Dort können pflegende Angehörige Unterstützungsleistungen von Freiwilligen erhalten, die sich unter dem Dach von *deinNachbar e. V.* zusammengeschlossen haben. Oder nehmen Sie den *Oma-Opa-Hilfsdienst* in Bremen. Der war eigentlich für die Entlastung junger Eltern gedacht. Inzwischen stehen die Leih-Omas und -Opas aber auch für Entlastungsangebote wie Arztfahrten oder Einkäufe bei Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zur Verfügung.

Braucht die Pflege eine Graswurzelrevolution?

Ja, wir brauchen alles: Wir müssen die berufliche Pflege attraktiver machen, insbesondere durch mehr Personal in den Einrichtungen. Wir müssen noch mehr Pflegekräfte ausbilden – auch im Ausland. Zudem müssen die pflegenden Angehörigen unterstützen und die Zivilgesellschaft muss stärker mobilisiert werden. Nur wenn an allen Stellschrauben gedreht wird und wenn auch die Möglichkeiten digitaler Technologien genutzt werden, haben wir eine Chance, die Pflege auch für die Zukunft sicherzustellen.



Pflege statt Freizeit

MEHR als vier Millionen pflegebedürftige Menschen werden zu Hause gepflegt – zu meist von Angehörigen und oft bis zur Erschöpfung. Was sich für pflegende Angehörige ändern muss. »Die Pflege macht mich kaputt – ich gehe ein wie eine Primel«, beschreibt Kornelia Schmid ihre Situation als pflegende Angehörige. Die 64-Jährige pflegt ihren an Multipler Sklerose (MS) erkrankten Mann mit Pflegegrad 5 seit Jahren in der gemeinsamen Wohnung in Amberg. Sie ist rund um die Uhr für ihn da, stimmt den Pflegedienst ab, kümmert sich um Ergo- und Physiotherapie, fährt zu Arztterminen, koordiniert die Betreuung und schmeißt den Haushalt.

Mehr Aufklärung und Entlastung

Viele pflegende Angehörige reduzieren ihre Berufstätigkeit oder geben sie ganz auf – wie Kornelia Schmid. Die Folge: Diese Arbeitskräfte fehlen in anderen Bereichen der Wirtschaft und Gesellschaft. Ein Drittel der Menschen, die aufgrund von Pflege ihren Arbeitsumfang reduzieren (meist Frauen), ist ungewollt in dieser Situation, weil es keine oder zu wenig Betreuungsplätze gibt. Wie viele pflegende Angehörige es hierzulande gibt, kann nur hochgerechnet werden. Schätzungen gehen von 9 bis 37% der Bevölkerung in Deutschland aus.

»Pflegende Angehörige sind ein unverzichtbarer Versorgungsakteur im deutschen Gesundheits- und Pflegesystem«, bestätigt das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP). Da diese Gruppe ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Probleme habe, sei Prävention besonders wichtig. »Gesetzlich vorgesehene Entlastungsangebote bzw. Leistungsansprüche, etwa ambulante Pflege oder Tagespflege, sollten in angemessener Quantität und Qualität flächendeckend verfügbar sein«, fordert das ZQP. Weitere Ansatzpunkte seien eine professionelle Beratung, die Identifikation individueller Belastungsfaktoren, gezielte Unterstützungsmöglichkeiten und Schulungsangebote.

»Als mein drittes Kind im Kindergarten war, ist mein Mann erkrankt«, erinnert sich Kornelia Schmid. »Das heißt, neben meinen Kindern habe ich zugleich begonnen, meinen Mann zu pflegen. Aber anders als bei der Kindererziehung – die ohne Frage auch anstren-

gend und anspruchsvoll ist – gibt es bei der Pflege von Angehörigen keine Perspektive. Im Gegenteil: Bei Erkrankungen wie Parkinson, MS oder Demenz wird es mit den Jahren immer schlimmer«, gibt sie offen zu.

»Die Leute fühlen sich so alleingelassen«

Natürlich gebe es Unterstützungs- und Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige – das weiß Kornelia Schmid aus erster Hand. 2017 hat sie den Verein *Pflegende Angehörige e. V.* in Amberg gegründet, um zu informieren und zu vernetzen. »Die Leute fühlen sich so alleingelassen. Wir brauchen mehr Aufklärung zur Pflegebedürftigkeit«, berichtet sie aus ihrem Netzwerk. »Unser Pflegesystem gibt schon viel her, wenn man die richtigen Leute kennt, am richtigen Ort wohnt und sonst nichts dazwischenkommt, zum Beispiel man selbst erkrankt – dann bricht nämlich das ganze schön organisierte System zusammen. Pflegende Angehörige brauchen Auszeiten, um wieder zu Kräften kommen zu können. Dafür benötigen wir flächendeckende und praxisnahe Unterstützungsmöglichkeiten – sowohl finanziell als auch körperlich und emotional«, sagt sie.

Die Problematik ist auch der Fachwelt bekannt: »Pflegende Angehörige müssen sich wieder darauf verlassen können, die benötigte professionelle Unterstützung zu finden. Dafür sind schnellere und vor allem auskömmliche Refinanzierungen der steigenden Kosten bei den Pflegeeinrichtungen ebenso notwendig wie massive Maßnahmen zur Gewinnung zusätzlicher Pflegekräfte«, sagt Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste e. V.

Es gibt viele Forderungen, politische Konzepte, Vorschläge für Veränderungen. Dass sich etwas verändern muss, ist allen klar. Nur in der Praxis sei dies oft (noch) nicht zu spüren. Kornelia Schmid indes liegt eines besonders am Herzen: »Ich wünsche mir mehr Anerkennung für die riesige Pflegeleistung der Angehörigen.«

Larissa Limbrunner
ist Referentin
Kommunikation beim
Medizinischen Dienst
Bayern
larissa.limbrunner@
md-bayern.de



Jede Hilfe ist willkommen

FACHKRÄFTE MIT Migrationshintergrund leisten einen essenziellen Beitrag zur Gesundheitsversorgung in Deutschland. Zahlreiche Institutionen und Interessenverbände machen sich daher stark für Vielfalt in Gesundheit und Pflege. Ganz gleich ob Alten- oder Krankenpflege, Rettungsdienst oder Physiotherapie, Chirurgie oder Onkologie – zugewanderte Menschen sind in allen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens tätig. Ohne sie stünde das deutsche Gesundheitssystem vor einem Kollaps. Bereits jetzt ist jede beziehungsweise jeder sechste Erwerbstätige in den Gesundheits- und Pflegeberufen im Ausland geboren. Mehr als ein Viertel der Ärztinnen und Ärzte hat einen Migrationshintergrund. Tendenz: deutlich steigend.

2022 gab es der Bundesagentur für Arbeit zufolge rund 1,68 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in den Pflegeberufen. Darunter waren insgesamt 244.000 ausländische Pflegekräfte. Ihr Anteil hat sich von 8% im Jahr 2017 auf 14% in 2022 nahezu verdoppelt. Zum Glück. Denn während die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland vor allem aufgrund der demografischen Entwicklung steigt, fehlen immer mehr Arbeitskräfte für die Pflege.

»Jede und jeder, der hilft, diesen Mangel zu beheben, ist willkommen«, sagt Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerats. Menschen mit Migrationshintergrund erhöhen die kulturelle und sprachliche Vielfalt im Gesundheitswesen. Zudem bringen sie ihre Erfahrungen und ihr Wissen mit. »Dies verbessert die Qualität der Patientenversorgung, auch in der kultursensiblen Betreuung«, sagt Vogler.

Eine klare Haltung leben

Angeichts der zunehmenden Debatte um Diskriminierung und Rassismus auch im Gesundheitswesen verweist Vogler auf den Ethik-

kodex des ICN – International Council of Nurses. Das seien die Grundpfeiler des Berufsverständnisses der Profession Pflege. »Gefordert sind wir hier jedoch als gesamte Gesellschaft. Diese Prinzipien müssen von uns allen jederzeit und überall in Deutschland gelebt und umgesetzt werden«, sagt Vogler.

Die Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienst e. V. (DGF) weist darauf hin, dass eine diverse Mitarbeiterstruktur hilft, die verschiedenen Bedürfnisse und Hintergründe der Patientinnen und Patienten besser verstehen und darauf eingehen zu können. Um Diskriminierung und Rassismus in Gesundheits- und Pflegeberufen entgegenzuwirken, bedürfe es eines ganzheitlichen Ansatzes. Dazu gehörten Maßnahmen wie diversitätsfördernde Einstellungspraktiken und regelmäßige Schulungen zur Bedeutung von kultureller Sensibilität, Diversität und Antirassismus. »Institutionen sollten klare Richtlinien und Verfahren zur Bekämpfung von Diskriminierung und Rassismus implementieren«, so die DGF.

Auch der Medizinische Dienst tritt für eine weltoffene und freie Gesellschaft ein und steht daher uneingeschränkt zu den Prinzipien der Toleranz, Chancengleichheit, Vielfalt und Inklusion.

Ein Baustein von vielen

Während sich viele Institutionen für eine Vielfalt im Gesundheitswesen stark machen, wirbt die Bundesagentur für Arbeit (BA) gezielt Pflegekräfte aus dem außereuropäischen Ausland an. Gemeinsam mit der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) hat sie 2013 das Programm *Triple Win* aufgelegt. Bisher haben darüber mehr als 5100 ausländische Pflegekräfte eine Beschäftigung in Deutschland aufgenommen, allein 2023 waren es 834. »Triple Win ist damit ein Baustein von vielen und vertritt nicht den Anspruch, den Fachkräftemangel im Gesundheitssystem allein zu beheben«, so die BA. Eine Abwanderung benötigter Fachkräfte aus den Partnerländern solle durch die Rekrutierungsaktivitäten jedoch unbedingt vermieden werden. Diese fänden nur statt, wenn sie vom jeweiligen Partnerland gewollt sind, um den eigenen Arbeitsmarkt zu entlasten.

Claudia Füllner
arbeitet als freie
Wissenschaftsjournalistin
in Freiburg.
claudiafuellner@web.de

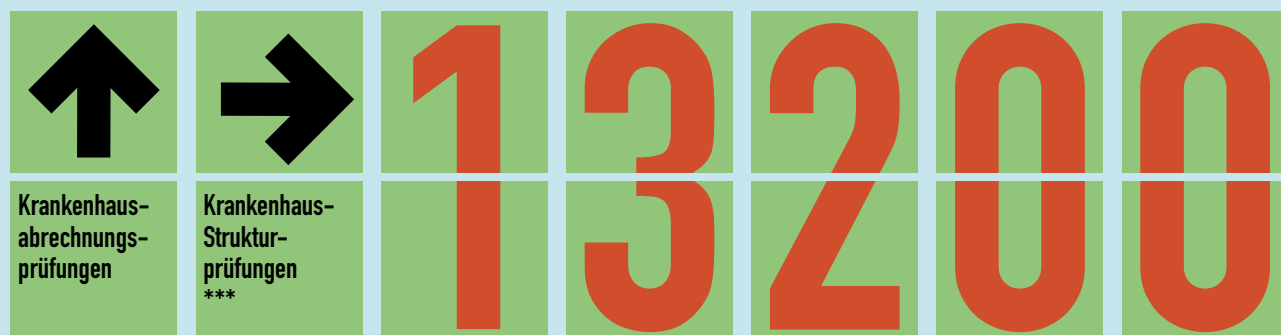




* Pflegebegutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit



** Pflege-Qualitätsprüfungen bei ambulanten Pflegediensten und in Pflegeheimen



*** Krankenhaus-Strukturprüfungen: Geprüft werden technische und personelle Voraussetzungen für bestimmte Leistungen



**** Qualitätsvorgaben des G-BA: Geprüft wird die Einhaltung von Qualitätsvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses

Quelle: Die Arbeit des Medizinischen Dienstes - Zahlen, Daten, Fakten 2023

Gesundheit und Pflege auf einen Klick: Das forum wird digital(er)

WAS plant die Gesundheitspolitik? Wie geht es weiter in der Pflege? Welche Aufgaben erfüllen die Medizinischen Dienste? Antworten gibt es im *forum* – dem Magazin des Medizinischen Dienstes, das ab sofort unter www.md-forum.de online ist. Was 1997 als reine Fachinformation mit viel Text und wenig Gestaltung begann, hat sich bis heute zu einem modernen Imagemagazin gewandelt: Das *forum* kombiniert aktuelle Informationen, Trends und Themen aus Gesundheitswesen und Pflege und erreicht so viele Leserinnen und Leser aus Gesundheitspolitik, Institutionen, Verbänden, Krankenkassen und Medien.

Geändertes Leseverhalten

Mit seinen vier Ausgaben im Jahr hat sich das gedruckte Magazin seit Jahren erfolgreich etabliert und besticht neben den Inhalten durch eine besondere Haptik und eine Gestaltung, die sich bewusst von gängigen Hochglanzmagazinen abhebt. Nicht nur deshalb hat das *forum* einen hohen Wiedererkennungswert und wird gern zur Hand genommen.

Auch wenn die Welt immer digitaler wird, werden gedruckte Magazine weiterhin ihre Leserinnen und Leser haben, sagen Fachleute. Denn der eine hält lieber das Magazin in den Händen, die andere liest lieber flexibel, ortsungebunden und mobil an Handy, iPad oder Desktop. Prognosen zufolge werden in Deutschland im Jahr 2025 rund 25,4 Mio. Menschen gedruckt lesen (damit 7,4 Mio. weniger als 2022). Gleichwohl werden immer mehr Menschen das digitale Lesen bevorzugen, im Jahr 2025 geschätzt 39,5 Mio. (und damit 5,5 Mio. mehr als 2022).

»Ob gedruckt oder digital – beide Varianten haben ihre Berechtigung und ihre Vorzüge«, findet Dr. Ulf Sengebusch, verantwortlicher Redakteur des *forum* – das Magazin des Medizinischen Dienstes: »Deshalb werden wir nun neben der gedruckten Ausgabe das *forum* digitaler und barrierefrei aufstellen. So werden wir den sich ändernden Lesegeohnheiten gerecht und können auch die Menschen erreichen, die bevorzugt online lesen.«

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

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



Digitale Vorteile

Auf den ersten Klick entfaltet sich auf unserer neuen Webpräsenz www.md-forum.de der Schwerpunkt der aktuellen Ausgabe. Von hier aus können die Nutzer entweder tiefer ins Thema einsteigen oder andere Beiträge aus dem breiten Angebot auswählen, das beim Scrollen wächst und auch ältere Artikel umfasst. Inspiriert von klassischer Blogging-Struktur kann so ganz intuitiv durch Kategorien oder Beiträge navigiert werden. Tags wie etwa »Gesundheitspolitik«, »Pflegequalität«, »Digitalisierung« oder »Patientensicherheit« bieten zusätzliche Orientierung.

Genauso gut kann auch die nutzerfreundliche Suchfunktion zum Einsatz kommen: Ob nach bestimmten Autorinnen und Autoren oder beliebigem Suchwort – alles ist möglich und führt zum gewünschten, barrierefrei lesbaren Beitrag. Und wer in älteren Ausgaben stöbern möchte, nutzt das Archiv – hier sind alle seit 2014 erschienenen Magazin-

ausgaben als PDF verfügbar. So wie sich die Medizinischen Dienste und ihre Aufgaben im Laufe der Zeit verändert haben, so hat sich auch das *forum* in den vergangenen Jahren kontinuierlich weiterentwickelt, hat immer wieder auf den Punkt informiert, gezielt kontroverse Positionen aufgegriffen und Praktiker zu Wort kommen lassen. Das wird auch weiterhin der Anspruch sein.

Gegen Betrügereien im Gesundheitswesen

ZWANZIG JAHRE nach der gesetzlichen Verpflichtung von Krankenkassen, Abrechnungsbetrug und Korruption nachzugehen, fordern Fachleute ein effektiveres Vorgehen im gesamten System. Die Ausgaben im Gesundheitswesen liegen in Deutschland bei rund 498 Milliarden Euro jährlich (Stand 2022) und steigen weiter. Da verwundert es nicht, dass auch diese Branche mit Betrug zu kämpfen hat: Der Apotheker, der jahrelang für Krebskranke Infusionslösungen herstellt, die keine oder zu wenig Wirkstoffe enthalten. Die Allgemeinärztin, die »Luftleistungen« im Wert von über 300 000 Euro abrechnet. Der Pflegedienst, bei dem Azubis oder Praktikanten Pflegebedürftige versorgen, jedoch qualifizierte Fachkräfte die Leistungsnachweise unterschreiben. Der Versicherte, der über drei Jahre 24 Arztpraxen aufsucht, um an größere Mengen eines Psychopharmakons zu gelangen.

Seit dem 1. Januar 2004, also seit gut 20 Jahren, sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, gegen Fehlverhalten im Gesundheitswesen, also zum Beispiel Abrechnungsbetrug oder Korruption, vorzugehen. Kranken- und Pflegekassen haben seither Bekämpfungsstellen eingerichtet, die Hinweisen auf Unregelmäßigkeiten nachgehen. Zwar gelingt es heute häufiger als etwa noch vor zehn Jahren, Betrügereien aufzuklären, fasst die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers GmbH (PwC) die Ergebnisse einer Befragungsstudie zusammen. Doch auch das sogenannte »Dunkelfeld«, also die Straftaten, die unerkannt bleiben, dürfte sich seit Einführung des Gesetzes weiter vergrößert haben.

Staatsanwaltschaft ermittelt

»Grundsätzlich sind die Kranken- und Pflegekassen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen zuständig für die Ermittlung«, erklärt Olaf Schrodi, Bereichsleiter Behandlungsfehler und Fehlverhalten bei der AOK PLUS. Diese umfasse jedoch nur eine erste Prüfung, ob sich ein Verdacht erhalte. In den meisten Fällen erhalte eine der genannten Stellen einen Hinweis, dass eine Form von Bestechung oder Betrug vorliegen könne.

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



»Ein externer Hinweisgeber ist zum Beispiel der Versicherte, dem Dinge komisch vorkommen, die er zum Beispiel auf seiner Patientenquittung entdeckt hat, etwa die erfolgte Abrechnung von tatsächlich nicht erbrachten Leistungen«, sagt Dr. Stephan Meseke, Leiter der Stelle zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen beim GKV-Spitzenverband. Hinweise können aber auch von Angestellten einer Arztpraxis kommen, von Strafverfolgungsbehörden oder den »Leistungserbringern« selbst, also etwa Ärztinnen und Ärzten, Hebammen, Apotheken sowie dem Medizinischen Dienst.

Die Medizinischen Dienste prüfen zum Beispiel im Rahmen der Qualitätsprüfungen auch die Abrechnungen von Pflegediensten. Gibt es dabei oder bei Pflegebegutachtungen und medizinischen Gutachten Auffälligkeiten, die auf kriminelles Vorgehen hindeuten, informieren sie sofort die Kranken- und Pflegekassen. Erhalten die Kassen entsprechende Hinweise, prüfen erfahrene Mitarbeitende, ob der Verdacht gerechtfertigt ist und sich ein Anfangsverdacht auf eine strafbare Handlung ergibt, erklärt Olaf Schrodi. »Ist dies der Fall, wird die zuständige Staatsanwaltschaft unterrichtet, welche die weiteren Ermittlungen führt.«

Schadenssumme auf hohem Niveau

Die Prüfstellen der Krankenkassen berichten alle zwei Jahre über ihre Arbeit und Ergebnisse. Daraus stellt der GKV-Spitzenverband einen Gesamtüberblick aller Krankenkassen zusammen. Der aktuelle, bislang siebte Fehlverhaltensbericht wurde im März 2023 veröffentlicht. Demnach sank entgegen des Trends der Vorjahre die Anzahl der Hinweise auf Fehlverhalten von 42 350 in den Jahren 2018/2019 auf 39 600 in den Jahren 2020 und 2021 – ein Rückgang, der offenbar auf die Corona-Pandemie zurückzuführen ist. In dieser Zeit konnten die Medizinischen Dienste zeitweise weniger Prüfungen durchführen. Außerdem habe die Pandemie die Hinweisprüfung und Ermittlung von Neufällen verzögert sowie die Verfahrensdauer der verfolgten Bestandsfälle verlängert, schätzen Kranken- und Pflegekassen die Situation ein.



»Trotz des Pandemie-bedingten Rückgangs der eingegangenen Hinweise bewegt sich die Schadenssumme auf einem sehr hohen Niveau«, sagt Stephan Meseke. Der ermittelbare Schaden lag laut des aktuellen Berichts bei rund 132 Millionen Euro. Nur knapp 60 Millionen Euro konnten zurückgeholt werden, es bleibt also ein erheblicher Schaden. Man müsse außerdem vermuten, dass das nur die Spitze des Eisbergs sei, so Meseke.

Zwei weitere Zahlen unterstützen diese Einschätzung: Internationale Studien errechnen für andere Länder, wie Großbritannien, die USA, Frankreich, Belgien oder Australien, einen Schaden, der 5 bis 10% der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen ausmacht. Die Statistiken des Bundeskriminalamtes zeigen zudem für das Jahr 2021 einen Anstieg der Fälle von Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen um das Dreifache. Allein durch Manipulationen rund um Corona-Bürgertests ist ein Schaden von mehr als 134 Millionen Euro entstanden.

Alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sind von Betrügereien betroffen. Zuletzt habe sich jedoch die häusliche Krankenpflege zu einem Brennpunkt des Fehlverhaltens entwickelt, sagt GKV-Experte Meseke. Die entstandenen Schäden in diesem Bereich lägen bei rund 30 Millionen Euro. Die privaten Krankenversicherungen sehen den Schwerpunkt woanders: Hier seien die Versicherten selbst häufig die Täter.

Effektiveres Vorgehen gefordert

Die Zahlen deuten insgesamt darauf hin, dass es den Krankenkassen nach wie vor schwerfällt, »Abrechnungsbetrug in den beiden Haupttätergruppen aus Pflege und Versicherten zu bekämpfen«, schlussfolgert die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PwC. Die Aufdeckung von Betrug benötige ein effektiveres Vorgehen. Insgesamt gebe es beispielsweise zu wenig Spezialeinheiten bei Polizei und Staatsanwaltschaften für Betrug und Korruption im Gesundheitswesen, kritisiert der GKV-Spitzenverband. Nur sieben Bundesländer haben entsprechende polizeiliche Spezialdienststellen.

Wichtig sei außerdem ein besserer Schutz für Hinweisgebende. Seit zweieinhalb Jahren betreibt die Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und

Korruption im Gesundheitswesen bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg hier eine vorbildliche Plattform, bei der nicht nur die Hinweise anonym empfangen werden können. Auch Rückfragen sind mit Hilfe eines anonymen Postkastens möglich.

Computergestützte Verfahren sollen helfen

Fachleute fordern außerdem schon seit langem eine »Dunkelfeldstudie«, die hilft, besser einzuschätzen, wie viel Geld tatsächlich in dunklen Kanälen versickert, »statt sinnvoll in der medizinischen Versorgung eingesetzt zu werden«, sagt Gernot Kiefer, stellvertretender Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbands.

Große Hoffnung wird auch in computergestützte Verfahren gesetzt: Die Politik müsse den rechtlichen Rahmen dafür schaffen, im Zeitalter der Digitalisierung auch den Einsatz von künstlicher Intelligenz und maschinellen Lernens zu ermöglichen, sagt Dr. Susanne Wagenmann, Verwaltungsratsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands.

Einer, der auf diesem Gebiet forscht und verschiedene hilfreiche Computer-Tools entwickelt, ist Andreas Wagner, Mathematiker von der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften an der Hochschule Karlsruhe mit dem Schwerpunkt »Applied Data Science«. Zusammen mit Kolleginnen und Kollegen des Fraunhofer Instituts für Techno- und Wirtschaftsmathematik (ITWM) hat er beispielsweise ein Programm entwickelt, das Leistungsnachweise aus dem Pflegebereich automatisiert verarbeitet. »Die Auswertung ist extrem zeitaufwendig. Eine Polizeikraft kann bei der manuellen Erfassung schon gut einmal ein Jahr lang damit beschäftigt sein. Mit der Software geht es wesentlich schneller«, sagt Wagner. Die Daten wären nicht nur rascher auswertbar. Man könne gegebenenfalls zügig weiteres Beweismaterial konfiszieren. »Braucht die Auswertung jedoch Monate oder gar Jahre, sind die Täter längst über alle Berge«, so Wagner. □

Schön um jeden Preis?

S EIT JAHREN steigt die Zahl der Schönheits-
eingriffe in Deutschland, auch bei jungen
Menschen. Das könnte unter anderem am
Einfluss der sozialen Medien liegen. ▶ Jeder
Mensch möchte schön aussehen: Manch einem ist
das wichtiger als anderen – aber wohl niemand kann
sich von ein bisschen Eitelkeit freisprechen. Oder,
wie es die Schweizer Autorin Brigitte Fuchs formu-
lierte: »Schönheit strahlt von innen – aber sie wird
von außen in Form gebracht.«

Immer mehr Menschen genügt es nicht, was sie
durch Sport, Diät, Gesichtscrème oder Make-up
erreichen – sie wählen invasivere Methoden und
lassen sich das durchaus etwas kosten: Etwa 77 000
Eingriffe zählte die Vereinigung der Deutschen
Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (DGÄPC) noch in
2018, 2022 waren es schon mehr als 98 000 Eingriffe.
Darunter fallen unter anderem Operationen zur
Brustvergrößerung, Fettabsaugung oder Bauch-
deckenstraffung, aber auch minimalinvasive Ein-
griffe zur Straffung der Haut, vor allem im Gesicht.

Gerade diese Behandlungen werden immer
beliebter: Fast 30 000 Mal wurden 2022 in Deutsch-
land Falten durch Botox-Spritzen geglättet, rund
22 000 Mal wurde Hyaluronsäure eingesetzt, um
Lippen aufzuspritzen, Wangen voller aussehen zu
lassen oder an anderen Stellen des Körpers Haut
aufzupolstern. Zwei Aspekte finden Experten dabei
besonders bedenklich: den steigenden Einfluss von
Medien auf die Wünsche der Patientinnen und
Patienten und, dass immer öfter minimalinvasive
Eingriffe mit Botox, Hyaluronsäure und Co. von
nicht ausreichend qualifizierten Behandelnden
durchgeführt werden.

Geschönte Bilder auf Insta und TikTok

Wer auf Instagram, TikTok und anderen Social-
Media-Kanälen unterwegs ist, der kann ihnen nicht
entkommen: Fotos von Gesichtern mit makellos
glatter Haut, ohne Augenringe, Falten, Unreinheiten
und oft mit extra dicken Lippen. Auch wenn die
Bilder als spontane Aufnahmen inszeniert werden –
in der Regel sind sie durch Bildbearbeitungspro-
gramme und oft auch durch Filter verändert, so dass
die Haut glatter, reiner, voller aussieht.

»Das prägt«, meint Dr. Alexander P. Hilpert,
Facharzt für plastische und ästhetische Chirurgie:
»Durch den gesteigerten Konsum sozialer Medien
steigt in logischer Konsequenz auch die Beeinflus-
sung – vor allem auf den Selbstwert junger Men-
schen. Das kann dann unrealistische Wünsche
schüren.«

Hilpert kann seine Beobachtung durch Daten
untermauern. Er war bis Ende 2023 Präsident der
DGÄPC, die jährlich eine Befragung unter Patientin-
nen und Patienten durchführt: »Über die letzten
Jahre stieg die Beeinflussung beim Punkt »Soziale
Medien verstärken meinen Wunsch nach körperlicher
Veränderung« gerade in der jungen Zielgruppe unter
30 alarmierend an.«

Filter sind die neue Realität

Doch warum wirken diese geschönten Bilder gerade
auf junge Menschen so stark? Schließlich ist diese
Altersgruppe deutlich erfahrener im Umgang mit
sozialen Medien als ältere Menschen und sollte die
eingesetzten Täuschungsmethoden kennen. »Junge
Menschen sind in ihrem Selbstbild noch nicht so
gefestigt, so dass sie dahingehend leichter beeinfluss-
bar sind«, meint Hilpert. »Was sie konsumieren,
nehmen sie als Wahrheit, als »normal« oder zumin-
dest als eine Art Verbesserungsvorschlag für das
eigene Leben wahr.«

Für seine Einschätzung greift der Präsident der
DGÄPC nicht nur auf Daten und Statistiken zurück:
»Als Vater von drei Kindern sehe ich, wie leicht
junge Menschen durch die Nutzung digitaler Me-
dien zu beeinflussen und auch zu verunsichern sind.
Junge Menschen verbringen nicht selten mehrere
Stunden am Tag mit Instagram und TikTok. Wenn
man andauernd mit gefilterten Bildern und Videos
Umgang hat, nimmt man das automatisch als »neue
Realität« wahr.« Die Konsequenz erlebt der Chirurg
wiederholt bei seiner Arbeit: »In meiner Praxis hat
das zur Folge, dass immer häufiger junge Menschen
mit teils absurden, surrealen Wünschen zu mir
kommen.« Sie wünschen sich zum Beispiel, genauso
auszusehen wie Kim Kardashian oder irgendeine
andere Internet-Berühmtheit, berichten auch Kolle-
gen von Hilpert.



Junge Menschen sollten geschützt werden

Um solche Situationen zu verhindern und junge
Menschen besser zu schützen, setzt sich Hilpert
zusammen mit Kollegen und Kolleginnen der DGÄPC,
der Deutschen Gesellschaft für plastische, rekon-
struktive und ästhetische Chirurgie und der Vereini-
gung der deutschen ästhetisch-plastischen Chirurgen
für eine Kennzeichnungspflicht von geschönten
und körpermerkmalverändertem Bildmaterial in den
Sozialen Medien und in der Werbung ein. »Wir
haben hierfür sogar eine eigene Petition vorbereitet
und konnten bereits zahlreiche Medienpartner
gewinnen«, erzählt der Chirurg. Er ist überzeugt:
»Eine Kennzeichnungspflicht wie in Frankreich,
Israel oder Norwegen wäre ein wichtiger Schritt zum
Schutz der jungen Zielgruppe.«

Egal, ob jung oder alt: Wer sich zu einem Schön-
heitseingriff entschließt, der sollte sich in erfahrene
Hände begeben. Doch immer mehr Beautyketten
und wenig qualifizierte Anbieter locken mit niedri-
gen Preisen, unter 350 bis 450 Euro, die man in der
Regel zum Beispiel für das Aufspritzen der Lippen
mit Hyaluronsäure erwarten sollte. Dafür zahlen
Patientinnen und Patienten oft mit schlechter
Beratung und einem höheren Risiko für uner-
wünschte Nebenwirkungen oder regelrechte Fehler.

Wichtig ist die Qualifikation

Für Prof. Dr. Claudia Borelli ist ganz klar: »Grund-
sätzlich ist die Injektion von Botulinum eine Be-
handlung, die definitiv nur in ärztliche Hände
gehört. Es ist nicht richtig, wenn Menschen mit ganz
anderen Berufen Botulinumtoxin injizieren, die die
Nebenwirkungen nicht beherrschen können und
Anatomie nicht gelernt haben.«

Die Leiterin der Einheit für Ästhetische
Dermatologie und Laser am Universitäts-
klinikum Tübingen sieht immer wieder Fälle,
bei denen es durch unerfahrene Behandler
zu Problemen kommt: Botox wird an die
falsche Stelle gespritzt oder die Dosierung ist
zu hoch und es kommt zum Beispiel zu
unsymmetrischen Gesichtszügen oder
hängenden Augenlidern. Die derzeit sehr
beliebte Hyaluronsäure, die Gesichtspartien
aufpolstern kann, gibt es in gänzlich unter-

schiedlichen Qualitäten auf dem Markt. Schlechte
Produkte können zu Granulomen führen: sichtbaren
Verhärtungen unter der Haut, die von Fachleuten
entfernt werden müssen. Spätestens hier sind dann
Kosmetikerin oder Heilpraktiker überfordert. Auch
nicht jede Ärztin und jeder Arzt hat ausreichend
Erfahrung. Besser also, man wendet sich gleich an
qualifizierte Ärzte, betont Borelli: »Man sollte genau
darauf achten: Hat der Arzt oder die Ärztin eine Fach-
arztweiterbildung absolviert und wenn ja, welche.
In erster Linie sind es Dermatologen und plastisch-
ästhetische Chirurgen, die mit ihrer Facharztweiter-
bildung dieses Gebiet beherrschen. Mit weiteren
Fortbildungskursen spezialisiert man sich dann noch
mehr für den ästhetischen Bereich, wie zum Beispiel
dem Zertifikat für Ästhetische Dermatologie der
deutschen dermatologischen Akademie.«

Vorsicht vor Fake-Bezeichnungen

Vor bestimmten anderen Bezeichnungen warnt die
Dermatologin: »Es gibt Ärzte, die auf ihrer Website
als »Schönheits-Mediziner/Schönheitschirurg/
Beauty-Doc« bezeichnet werden – hier muss man als
Patientin und Patient genau hinterfragen: Wem sitze
ich da eigentlich gegenüber, was hat er für eine
Ausbildung? Denn »Schönheits-Arzt« ist keine
Qualifikation, dahinter steckt keine existierende
Facharzt-Bezeichnung.«

Zu einer guten qualifizierten Behandlung gehört
zudem eine umfassende Vorbereitung, erklärt sie:
»Wir klären die Patientinnen und Patienten mindes-
tens einen Tag vor dem Eingriff auf, da es ein mini-
malinvasiver Eingriff am gesunden Körper ist und
der Patient wissen muss, was er an Nebenwirkungen
zu erwarten hat oder was entstehen könnte.«

Wer unter 18 Jahre alt ist, der benötigt
außerdem die Einwilligung seiner Eltern.

Wie viel Aufwand jemand betreibt, um
seine Schönheit von außen in Form zu
bringen – das ist eine sehr persönliche
Entscheidung. Man sollte sich nur bewusst
sein: Egal ob Lippen aufspritzen, Falten
glätten oder Bauchdecke straffen – diese Ein-
griffe sind anspruchsvoll und sollten daher
von Ärzten/Ärztinnen gemacht werden, die
dafür qualifiziert sind. ◻

Christina Sartori ist
freie Journalistin für
Themen rund um
Medizin, Gesundheit
und Ernährung.
info@christina-sartori.de



Zwischen Faszination und Forschung: der Vagusnerv

ZUNEHMEND mehr Menschen begeistern sich für den Vagusnerv: Der »Wundernerv« unterstützt den Stressabbau, fördert Erholung und wirkt bei der Regulierung von Emotionen mit, heißt es. Wird der längste unserer Hirnnerven überbewertet oder gar unterschätzt? ▶ Entspannung verbessern, Depressionen bekämpfen, Long-Covid-Symptome mildern und ja, sogar beim Abnehmen soll der Vagusnerv helfen können. Doch kann ein einzelner Nerv diesen Ansprüchen gerecht werden? Und was genau macht diesen Nerv so besonders?

Kurz erklärt

Der Vagusnerv ist der zehnte und längste von insgesamt zwölf Hirnnerven. Das bedeutet, dass er nicht wie die meisten Nerven aus dem Rückenmark, sondern direkt aus dem Gehirn entspringt. Seinen Namen verdankt er dem weiten Weg, den er vom Hirnstamm über den Kehlkopf, die Lunge, das Herz und den Magen bis zum Darm zurücklegt, und den vielen Ästen, in die er sich auf diesem Weg verzweigt. Der lateinische Begriff »vagus« bedeutet nämlich »umherschweifend« oder auch »wandernd«.

Der Vagusnerv ist ein wichtiger Teil des vegetativen Nervensystems, also des Systems, das die unbewussten Körperfunktionen steuert. Dieses lässt sich in zwei Gegenspieler einteilen: den Sympathikus, der unseren Körper auf Kampf oder Flucht vorbereitet (fight or flight), und den Parasympathikus, der für Ruhe und Verdauung zuständig ist (rest and digest). Dabei übernimmt der Vagusnerv zentrale Funktionen des Parasympathikus. So sind zum Beispiel die Regulierung von Atmung und Herzschlag und die Aktivierung der Verdauung seit langem bekannte, wesentliche Funktionen des Vagusnervs.

Doch der Vagusnerv wirkt nicht nur auf die inneren Organe ein, sondern er nimmt vor allem den Zustand der Organe wahr und gibt diese Informationen an das Gehirn weiter. Dies geschieht über einen komplexen Signalweg, der verschiedenste Reaktionen im Gehirn auslösen und beeinflussen kann. So registriert er zum Beispiel einen leeren Magen und leitet diese Information ans

Gehirn weiter. Dies geschieht über sensible Fasern des Vagusnervs, die bei Dehnungsveränderungen der Magenwand reagieren. Es entsteht ein elektrisches Potential, das der Vagusnerv bis an das Gehirn weiterleitet. Die physiologische Reaktion auf diesen Reiz ist dann die Nahrungssuche. Der Vagusnerv stellt also durch seine reizleitenden Fasern die Kommunikation zwischen unserem Körperinneren und dem Gehirn sicher. Wenn es gelingt, den Vagusnerv gezielt zu aktivieren, könnten Krankheitsverläufe, Beschwerden und Verhaltensweisen positiv beeinflusst werden, erhoffen sich Forscherinnen und Forscher.

Motivation durch Stimulation

In der Psychiatrie und der Neurologie ist die gezielte Einwirkung auf den Vagusnerv über elektrische Stimulation bereits seit über zwanzig Jahren etabliert. So werden bestimmte Formen der therapieresistenten Epilepsie oder Depression mithilfe der invasiven Vagusnervstimulation therapiert. Bei Krampfleiden konnte die Anfallsrate dadurch bei 45 bis 65% der Fälle deutlich reduziert werden, wie eine kanadische Übersichtsstudie von 2020 zeigt. Die Implementierung des Stimulators, typischerweise im Halsbereich, ist jedoch mit erheblichen operativen Risiken und Nebenwirkungen verbunden, so dass eine medikamentöse Therapie in den meisten Fällen bevorzugt wird.

Die Möglichkeit, den Vagusnerv auch nichtinvasiv, nämlich mit elektrischen Impulsgebern von außen an der Ohrmuschel stimulieren zu können, hat der Vagusforschung in den vergangenen Jahren neuen Aufwind gegeben. Längst wird die nichtinvasive Stimulation als mögliche neue Therapieoption bei Erkrankungen wie Adipositas, Essstörungen oder Depressionen diskutiert.

Die Forschungsgruppe um den Psychologen Prof. Dr. Nils Kroemer widmet sich unter anderem den Effekten dieser Stimulation auf die menschliche Motivation. »Unser Schwerpunkt liegt im Bereich der Behandlung der Störung von Motivation«, erklärt Kroemer. »Es geht darum, dass man bereit ist, für gewisse Belohnungen auch Aufwand zu investieren.«

Dr. Carolina Villegas Millar arbeitet als Ärztin und freie Journalistin in Lübeck. dr.villegas@outlook.de



Neben der Motivation widmet sich der Professor für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Bonn auch der »Rolle von körpereigenen Signalen in der Steuerung von Verhalten und Stimmung«. Eines der langfristigen Ziele seines Forschungsteams sei es, »dass man Prozesse im therapeutischen Sinne verbessern könnte, die zu einem Neulernen von Verhaltensweisen beitragen«.

Wenn wir einen betont positiven Blick in die Zukunft wagen, könnte die nichtinvasive Vagusnervstimulation womöglich ganz einfach wie eine Art in-ear-Kopfhörer getragen und per Smartphone gesteuert werden. Das neuartige Gerät könnte dann beispielsweise beim Abnehmen helfen, indem es unsere Motivation in kritischen Phasen einer Ernährungsumstellung positiv beeinflusst.

Herausforderungen erkennen

Eine solche Zukunftsvision ist jedoch noch »mit vielen Fragen behaftet«, schränkt Kroemer ein. Beispielsweise fehle es an Erfahrungswerten zu den Stimulationsprotokollen, also der genauen Art und Weise der elektrischen Reizung des Vagusnervs über das Ohr. Inwieweit lassen sich die Protokolle je nach Anwendung optimieren? Auch der Zeitpunkt der Stimulation scheint wichtig zu sein. Aktuell werde in vielen Studien einfach über den Tag verteilt stimuliert, doch das Team um Nils Kroemer arbeitet mit der Vermutung, dass die Stimulation situationsbedingt erfolgen sollte. »Das ist eine Forschungslinie, die wir verfolgen: Wir versuchen zu identifizieren, in welchen körperlichen Zuständen oder Situationen man die Stimulation eigentlich geben sollte, um die bestmöglichen Effekte zu erzeugen«, berichtet er.

Noch gibt es bei der Vagusnervstimulation einige grundsätzliche Modalitäten, die genauer erforscht werden müssen. Kroemer erklärt: »Ich tendiere auch eher dazu zu sagen, wir müssen da vielleicht noch mal den Schritt zurückgehen, und eigentlich besser verstehen, wodurch das wirksam wird, ansonsten können wir diese Parameter nicht sinnvoll eingrenzen.« Einen ähnlichen Gedanken hatte auch die Universität von Minnesota, USA. Sie hat 2022 zusammen mit dem National Institute of Health ein 21-Millionen-Dollar-Projekt zur Analyse der vagalen Erregung und der anatomischen Verknüpfungen ins

Leben gerufen und untersucht mehr als 140 Personen, die einen invasiven Vagusnervstimulator implementiert haben.

Perspektiven entdecken

Bis zur Zukunftsvision des praktischen »Motivationskopfhörers« werden also gut und gerne noch mehrere Jahrzehnte vergehen. Bisher fehlt es an multizentrischen Studien, die klinische Fragestellungen eindeutig beantworten.

Die Frage, ob der Vagusnerv ein Wundernerv sei, betrachtet Nils Kroemer differenziert: »Auf der einen Seite versuche ich natürlich, die Skeptiker zu überzeugen, dass es sich lohnt, das zu untersuchen. Auf der anderen Seite kann ich nicht so viel mit dem aktuellen Hype anfangen, weil vieles auch nicht wissenschaftlich gedeckt ist, was an Aussagen getroffen wird.« Im Netz kursierende Methoden wie zum Beispiel die Vagusnervstimulation durch Wattestäbchen oder Massagen hält der Psychologe für wenig realistisch: »Da muss man halt sagen, dass das nicht so untersucht wurde, dass man das klar auf eine Aktivierung des Vagusnervs zurückführen kann.«

Dennoch: Dass die nichtinvasive, elektrische Vagusnervstimulation diverse mögliche Anwendungsgebiete für die Zukunft bereithält, führt Kroemer auf die Bedeutung der Kommunikation zwischen Körper und Gehirn zurück: »Ich glaube, es gibt einen Grund, weswegen die Stimulation des Vagusnervs bei verschiedenen Erkrankungen eine Rolle spielen könnte. Einfach, weil dieser Mechanismus, dass körpereigene Signale an das Gehirn weitergeleitet werden und dann wieder abgeglichen werden, schon relevant ist, für die verschiedensten Erkrankungen. Nicht nur für psychische Störungen, sondern auch für somatische Symptome. Trotzdem sollte man das nicht alles in einen Topf werfen.«

Gesundheitsgefahren durch Plastik

AN STRASSEN, an Stränden, in Wäldern und Gewässern – überall auf der Welt sind die Auswirkungen unserer Einweg-Kunststoff-Wegwerfkultur zu sehen. Eine Verschmutzung, die nicht nur der Umwelt, sondern auch der Gesundheit schadet. »Dieser ganze Verpackungsmüll ist einfach unbegreiflich«, sagt Mario und zieht drei rote Paprika aus ihrer Plastikhülle. »Privat kann ich da gegensteuern, indem ich bewusst unverpackt kaufe, aber in der Gastronomie zählt der Kostenfaktor«, erklärt der Koch. »Die Müllmassen sind ja lange nicht das einzige Problem, das der Mensch sich selbst mit seinem Plastikwahn schafft.«

Eine gefährliche Mischung

Plastik ist die umgangssprachliche Bezeichnung für Kunststoff, der nach dem Zweiten Weltkrieg kostengünstig in die Massenproduktion ging und vielseitig in allen verschiedenen Formen billig und hygienisch zunehmend andere Materialien ablöste. Hergestellt wird er meist aus Erdöl bzw. dem daraus gewonnenen Rohbenzin. Die gewünschten Eigenschaften wie Farbe, Härte, Temperaturbeständigkeit oder Elastizität lassen sich durch Zugabe weiterer Stoffe, sogenannter Additive, ganz individuell anpassen. Dazu gehören Farbmittel, Füll- und Verstärkungstoffe, Stabilisatoren oder Weichmacher. Letztere sind seit mehr als 20 Jahren wegen ihrer Gesundheitsgefahren in Verruf geraten.

»Nachdem ich mich intensiver über die möglichen Gesundheitsgefahren durch Plastik informiert habe, bin ich ziemlich schnell auf Glasflaschen und -schüsseln umgestiegen. Das ist inzwischen gut zehn Jahre her«, erinnert sich Mario.

Aus der größten Gruppe der Weichmacher, den Phthalaten, wurden bereits im Jahr 2005 einige aufgrund ihrer negativen Auswirkungen auf die menschliche Fortpflanzung in bestimmten Produkten verboten. Für Kunststoffverpackungen im Lebensmittelbereich hat die Europäische Union (EU) seinerzeit Grenzwerte festgelegt und bestimmte Einsatzbeschränkungen erlassen, etwa Verbote für den Kontakt mit fetthaltigen Lebensmitteln sowie für Säuglings- und Kleinkindnahrung.

Versteckte Weichmacher

Doch Einsatzbeschränkungen und Verbote scheinen die Gesundheitsgefahr noch nicht zu bannen. Ende Januar dieses Jahres meldete das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen (LANUV) den Nachweis hoher Konzentrationen von Mono-n-hexylphthalat in Kinderurin. Im menschlichen Körper entsteht dieses Abbauprodukt unter anderem aus dem krebserregenden, erbgutverändernden und fortpflanzungsgefährdenden Weichmacher Di-n-hexyl-Phthalat (DnHexP). In der EU ist dieser Weichmacher seit 2013 als besonders besorgniserregend eingestuft und seit 2023 zulassungspflichtig.

Da eine DnHexP-Verwendung laut Umweltbundesamt bislang nicht beantragt wurde, könnten Verunreinigungen womöglich aus anderen Stoffen resultieren, zum Beispiel in Verbindung mit Altlasten, Herstellungsprozessen oder DnHexP-haltigen Importerzeugnissen. Laut Bundesverband der Verbraucherzentralen sei beispielsweise eine Verunreinigung über den UV-Filter DHHB denkbar, da deutlich höhere Werte bei Kindern gemessen wurden, die am Tag der Probeentnahme oder an zwei Tagen zuvor Sonnenschutzmittel verwendet hatten.

»Als ich das hörte, war ich richtig schockiert«, sagt Mario. »Ich nutze zwar Apps wie CodeCheck und ToxFox, um manche Lebensmittel und Kosmetik-Produkte auf schädliche Inhaltsstoffe zu prüfen, aber beim Lichtschutzfaktor von Sonnencremes hatte ich bislang keine Bedenken. Umso mehr versuche ich nun herauszufinden, ob auch meine Creme betroffen ist.«

Mögliche Ursachen

Neben dem UV-Filter könnte es auch andere Ursachen geben, vermutet der Bundesverband der Verbraucherzentralen, denn der Weichmacher sei schon in Spielzeugen aus PVC-Kunststoff, in Kinderkleidung aus Asien oder im Hausstaub nachgewiesen worden.

Die im Kinderurin gemessenen Werte stellen laut Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) und Umweltbundesamt kein Gesundheitsrisiko dar. Doch müssten gegebenenfalls Mehrfachbelastungen durch ähnlich wirkende Substanzen berücksichtigt werden.



Im Rahmen der sechsten Deutschen Umweltstudie zur Gesundheit (GERES VI) hat das Umweltbundesamt Mono-n-hexylphthalat in etwa einem Drittel von bislang 750 untersuchten Urinproben bei Erwachsenen nachgewiesen. Da die Studie noch bis in den Spätsommer 2024 andauert, sind Ergebnisse allerdings erst im nächsten Jahr zu erwarten.

Unbeabsichtigte Aufnahme von Plastik

Fest steht, dass jeder Mensch weltweit im Durchschnitt pro Woche auch rund 1972 Mikroplastikpartikel, rund 5 Gramm, unbewusst in sich aufnimmt. Das ergaben Berechnungen der australischen University of Newcastle. Die größte Quelle ist mit 1769 Partikeln das Trinkwasser. Eine amerikanische Studie wies Anfang dieses Jahres darauf hin, dass Wasser aus Plastikflaschen wesentlich stärker mit Plastikpartikeln belastet sei als angenommen, so das Verbrauchermagazin ÖKO-TEST. Wissenschaftler der Universitäten Columbia und Rutgers fanden im Durchschnitt etwa 240 000 Mikro- und Nanoplastikteilchen pro Liter Wasser, fast eine Viertelmillion.

Mikroplastik ist kleiner als 5 Millimeter, Nanoplastik weniger als ein Mikrometer. Zum Vergleich: Ein menschliches Haar ist etwa 60 bis 80 Mikrometer breit. Aktuell sei rund 10- bis 100-mal mehr Nano- als Mikroplastik festgestellt worden. Mögliche Ursachen vermutet Naixin Qian, physikalische Chemikerin der Columbia Universität in New York und Hauptautorin der Studie, in den Plastikflaschen selbst oder in einem speziellen Filter, der bei der Abfüllung Verunreinigungen fernhalten soll.

Über Luft und Lebensmittel

Mikro- und Nanoplastik entstehen zum Beispiel durch Umwelteinflüsse wie UV-Strahlung und Sauerstoff, aber auch durch den Abrieb von Reifen oder Schuhen. So gelangen die kleinen Teilchen auch über Luft und Lebensmittel in den menschlichen Körper. »Selbst eigentlich gesundes Essen wie Fisch und Meeresfrüchte ist nachweislich stark damit belastet«, weiß Mario.

Bestimmten Produkten wie Kosmetika, Peelings, Düngemitteln, Pflanzenschutzprodukten, Haushalts- und Industriereinigern,

Farben und Produkten für die Öl- und Gasindustrie wird laut der Europäischen Chemikalienagentur (ECHA) Mikroplastik bewusst als Bindemittel hinzugefügt oder um die Konsistenz zu verändern bzw. bestimmte Effekte zu erzielen. 2023 wurde das allerdings im Rahmen der Chemikalienverordnung REACH in der EU verboten. Teilweise gelten dabei Übergangsfristen bis zum Jahr 2035.

Unklare Studienlage und Forschungsbedarf

Wie sich die über das Wasser aufgenommenen Nanopartikel auf die Gesundheit auswirken, werde derzeit noch untersucht, so Phoebe Stapleton, Toxikologin an der Universität Rutgers in New Jersey. Das etwas größere Mikroplastik konnte von Forschenden bereits im Blut, in Exkrementen und im Gewebe von Lunge, Leber, Herz, Gehirn und Plazenta, einem wichtigen Stoffwechselorgan während der Schwangerschaft, nachgewiesen werden. Fachleute vermuten darin einen Auslöser von Entzündungsreaktionen, Stoffwechselstörungen, Nervenschädigungen und krebserregenden bzw. -begünstigenden Effekten. Konkret nachweisen konnte ein Forschungsteam aus Italien aktuell ein erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko durch Mikroplastikpartikel in den Blutgefäßen.

Das BfR betont, dass es kaum belastbare Zahlen zur gesundheitlichen Auswirkung von Mikroplastik gäbe. Einen möglichen Grund dafür zeigen im Februar veröffentlichte Studienergebnisse aus dem Sonderforschungsbereich Mikroplastik der Universität Bayreuth: Scheinbar völlig identische Mikroplastikteilchen wirken aufgrund ihrer elektrischen Ladung ganz unterschiedlich auf menschliche Zellen.

Diese Interaktionen sind allerdings eine Grundlage für potenziell schädliche Auswirkungen. Laut Prof. Dr. Holger Kress, einem der Initiatoren der Studie, bietet diese Feststellung eine mögliche Erklärung für bislang immer wieder auftretende Widersprüche in Forschungsstudien zu gesundheitlichen Auswirkungen durch Mikroplastik. Einen weiteren Forschungsbedarf dazu sieht auch das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV). □

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



Evidenz statt Eminenz

HANDLUNGSREISENDER in Sachen EbM: Mit viel Enthusiasmus hat der kanadische Internist David Sackett das Konzept der beweisgestützten Medizin zum Standard gemacht. Ein Witz unter EbM-lern geht so: Melden sich Ärzte zum Kongress der Evidenzbasierten Medizin an, kurz EbM, und wundern sich, dass es um die EbM geht – und nicht um den EBM. EBM steht für schnöden Mammon, für die ärztliche Abrechnung bei der Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und bedeutet ›Einheitlicher Bewertungsmaßstab‹. Echte EbM-ler betrübt das, denn in einer idealen Medizin sollten solche Verwechslungen nicht vorkommen.

Das Kürzel EbM steht für evidenzbasierte Medizin. Das Konzept hat vieles verändert in Arztpraxen und Krankenhäusern. Vor allem ein Mann hat es vorangetrieben: David Sackett, ein kanadischer Arzt und Forscher, sozusagen der Vater der evidenzbasierten Medizin. Es war im Jahr 1996, als er zusammen mit Kollegen im *British Medical Journal* seine Definition veröffentlichte: »Evidence based medicine: What it is and what it isn't«.

Attacke auf die Koryphäen

Was ist EbM? David Sackett, aufgewachsen in einem großen viktorianischen Haus mit viel Musik und vielen Büchern als drittes Kind eines Künstlers und einer belesenen Mutter, definierte es so: »Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und angemessene Gebrauch der gegenwärtig besten vorhandenen Daten aus der Gesundheitsforschung, um bei Behandlung und Versorgung von konkreten Patienten Entscheidungen zu treffen.« Kurz gesagt ist es eine beweisgestützte Medizin. Man behandelt also nicht einfach wie immer, sondern stützt sich auf aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse. Zwei Beispiele: Bei Brustkrebs wird heute viel schonender behandelt und nicht mehr pauschal die ganze Brust sowie die Lymphknoten und Brustmuskeln entfernt. Denn man weiß durch randomisierte Studien, dass dieses radikale Operieren nicht effektiver ist als ein schonenderes Vorgehen. Bei Knieschmerzen durch Gelenkverschleiß gibt es kaum noch eine therapeu-

tische Arthroskopie. Denn Studien belegen, dass Patienten gleich viele Beschwerden haben, egal ob sie operiert wurden oder nicht.

Das hat enorme Sprengkraft. Denn es stellte das ganze System der Medizin in Frage. Medizinische Entscheidungen hingen bis dahin oft von den Gewohnheiten einzelner Chefärzte oder dem Marketing von Pharmafirmen ab. Folglich hagelte es Protest. Die EbM sei eine »Kochbuchmedizin«, hieß es häufig, entstanden im Elfenbeinturm. Sie sei ein Instrument für Manager, um die Kosten der Krankenversorgung zu senken. Schon die Namensgebung der EbM war ein Politikum, denn zunächst dachte die Gruppe um Sackett an den Begriff »Scientific Medicine« – das klang, als habe die Ärzteschaft bis dahin keine Wissenschaft betrieben. Gegner gibt es bis heute.

Bei der Visite zählen nicht nur Daten

Doch geht es nicht nur um Studien. Das wird oft übersehen. Wenn David Sackett in der Klinik Visite machte, hatte er zwar immer einen Computer dabei. »Alle dachten, dass er nur in seine Daten schauen muss und sofort eine Antwort weiß«, erinnert sich Gerd Antes, von 1997 bis 2018 Direktor von Cochrane Deutschland und hierzulande Wegbereiter der evidenzbasierten Medizin. »Aber wichtiger war ihm zuerst etwas anderes. Er sagte seinen Studierenden: ›Es ist ganz einfach: Schauen Sie dem Patienten in die Augen.« Er hatte eine sehr zugewandte Art.«

Denn David Sackett hat ein Dreieck entworfen, um die richtige Behandlung zu finden. Erstens: Belege für Nutzen und Schaden einer Behandlung aus hochwertigen Studien. Zweitens: die klinische Erfahrung und Expertise von Ärztinnen und Ärzten. Drittens: die Wünsche, Werte und Lebensumstände von Patientinnen und Patienten.

Ein Kanadier, in Chicago geboren

Und David Sackett, 1934 in Chicago geboren, war hartnäckig, durchsetzungsstark, taktisch klug, an den wichtigen Stellen machtorientiert und sehr enthusiastisch. Um die skeptische Ärzteschaft zu überzeugen, reiste er emsig umher. Er wusste, dass dicke

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



»If the evidence
does not fit the patient,
piss on it.« DAVID SACKETT

Bretter zu bohren waren. Die ersten Reaktionen des medizinischen Establishments beschrieb er als »negativ, herablassend und abweisend«.

Kleine Uni – große Chance

Dass er zum EbM-Vorreiter wurde, lag vor allem an seinem Interesse für Epidemiologie. Nach seiner Ausbildung zum Arzt an der Universität von Illinois wollte er sich mit einem Forschungsstipendium eigentlich gerade auf Nierenkrankheiten konzentrieren, da wurde er wegen der Kubakrise 1962 eingezogen und dem US Public Health Service zugeteilt. Ab 1963 befasste er sich dann intensiv mit der klassischen Epidemiologie. Deren Methoden wollte er in der klinischen Medizin anwenden und nannte diese Kombination »klinische Epidemiologie«. 1967, wenige Jahre nach seinem Master of Science an der Harvard School of Public Health, bekam er die Chance: Er erhielt seinen ersten Lehrstuhl – den Gründungslehrstuhl für klinische Epidemiologie und Biostatistik an der kleinen McMaster Universität im kanadischen Ontario. Es war weltweit die erste Abteilung dieser Art und er konnte dort neue Ideen durchsetzen, etwa die, Epidemiologie und Statistik nicht isoliert zu unterrichten, sondern in jeden Teil des Lehrplans zu integrieren.

Rund 20 Jahre lang befasste er sich in Ontario mit der Frage, wie man klinische Studien verbessern könnte, ihre Methodik, ihr Design, ihre Durchführung und am Ende die Berichterstattung. Sein Kollege Gordon Gyatt, ebenfalls an der McMaster Universität tätig, prägte 1990 dann erstmals den Begriff »evidenzbasierte Medizin«. Doch Regeln für gut gemachte Studien sind das eine – sie durchzuführen und schließlich auch zugänglich zu machen, ist das andere. Für die EbM mussten nun Therapien für unzählige Krankheiten verglichen werden. Es brauchte also sehr viele Freiwillige. Und eine Datenbank. Hier kam Sackett ein Schotte zu Hilfe: Der britische Epidemiologe Archibald Cochrane hatte 1972 ein wegweisendes Buch veröffentlicht mit dem Titel: *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Diese und Cochranes weitere Arbeiten trugen dazu bei, dass randomisierte kontrollierte Studien als Standard akzeptiert wurden. Als sich

1993 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus verschiedenen Ländern zusammenschlossen, um sogenannte systematische Übersichten (Reviews) zu erstellen und 1996 die Datenbank dafür online ging, benannten sie beides nach dem Schotten: die *Cochrane Library*, betrieben von der *Cochrane Collaboration*.

In Oxford ohne Standesdünkel

1994 dann der Ritterschlag: David Sackett erhielt einen Ruf nach Großbritannien: In Oxford, wo bereits 1992 das erste nationale Cochrane-Zentrum entstanden war, wurde er Gründungsdirektor des Centre for Evidence-Based Medicine des National Health Service. Unermüdlich betrieb er die Weiterbildung der Mediziner. In mehr als 200 Bezirkskrankenhäusern in Großbritannien hielt er Lehrbesuche ab und kam auch in zahlreiche Krankenhäuser in Europa. Sackett wollte vor allem vermitteln, dass Wissen veraltet. Durchaus öffentlichkeitswirksam wiederholte er im Alter von 49 Jahren seine Facharztausbildung. Und Absolventen in Harvard gab er einmal mit auf den Weg: »In fünf Jahren werden Sie die Hälfte des Gelernten nicht mehr anwenden. Das Dumme ist: Ich kann Ihnen nicht sagen, welche Hälfte.«

Mit 65 Jahren beendete der Mann, der die Medizin verändert hat, 1999 seine Karriere in Oxford und verbrachte den Rest seines Lebens wieder in Kanada, zusammen mit seiner Frau Barbara, einer Versorgungsforscherin, die er 1957 geheiratet hatte und mit der er vier Söhne und acht Enkelkinder hatte. In Ontario gründete er das *Trout Research & Education Centre*, befasste sich dort weiter mit randomisierten klinischen Studien, forschte, schrieb und lehrte. Insgesamt verfasste er zehn Bücher und mehr als 300 Fachaufsätze. Im Jahr 2000 wurde er in die Canadian Medical Hall of Fame aufgenommen. Am 13. Mai 2015 starb David Sackett an Krebs. □

Die neue Empfindsamkeit: Was ist Hochsensibilität?

MENSCHEN reagieren unterschiedlich sensibel auf Reize. Vermutlich jeder Fünfte reagiert besonders empfindsam und ist demnach hochsensibel. Doch was steckt hinter dem Begriff? Und was bedeutet diese Einordnung für Betroffene? »Bist du vielleicht hochsensibel?« Als Sara die Frage von ihrem besten Freund gestellt bekommt, hat sie sich gerade darüber beklagt, dass das aufdringliche Parfum ihrer Kollegin ihr Kopfschmerzen und sogar Übelkeit bereite. Nun fühlt sie sich gekränkt: »Denkt er, ich übertreibe? Hält er mich für eine Mimose?« Zugleich hat sie sich schon oft unverstanden gefühlt. Doch ihr Freund erzählt ihr von der Psychologin Elaine Aron, die 1996 das Konzept der »Sensory Processing Sensitivity«, also sensorische Verarbeitungssensitivität, entwickelt hat. Im Deutschen hat sich dafür inzwischen der vereinfachte Begriff »Hochsensibilität« durchgesetzt. Demnach sind etwa 15 bis 20% der Menschen hochsensibel, das heißt, sie reagieren deutlich stärker auf äußere und innere Reize und verarbeiten diese vermutlich neurologisch komplexer. Betroffene sind schneller überreizt und ziehen sich in der Folge oft zurück.

Aron entwickelte die »Highly Sensitive Person Scale« (HSPS), einen Aussagenkatalog mit 27 Selbstzuschreibungen wie »Ich fühle mich leicht überwältigt durch starke Sinneseindrücke«. Wenn eine Person mehr als 14 Aussagen zustimmt, ist sie vermutlich hochsensibel. Den Aussagen ist zu entnehmen, dass durch die starken ungefilterten Sinneseindrücke einerseits ein gewisser Leidensdruck entstehen kann, andererseits aber auch positive Eindrücke besonders intensiv empfunden werden können. Zudem herrscht weitgehend Einigkeit darin, dass es sich nicht um ein Krankheitsbild handelt, das diagnostiziert und therapiert werden könne, sondern um ein unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal.

Zögerliche Forschung

Die deutsche Forschung nahm das Konzept anfangs nur zögerlich auf. In Standardübersichten zur Persönlichkeitspsychologie wie der des Psychologen Prof. Dr. Jens Asendorpf taucht Hochsensibilität bis heute nicht auf. Doch zwanzig Jahre nach Arons Vorstoß entwickelten die Psychologen Dr. Sandra

Konrad und Prof. Dr. Philipp Yorck Herzberg von der Helmut-Schmidt-Universität / Universität der Bundeswehr Hamburg das Messinstrument weiter, indem sie die Selbstzuschreibungen umstrukturierten und drei Faktoren ausarbeiteten:

- Die niedrige sensorische Reizschwelle beschreibt die schnellere Wahrnehmung externer Reize, die als unangenehm empfunden werden, zum Beispiel starke Gerüche oder Geräusche.
- Die leichte Erregbarkeit bezieht sich dagegen auf die Verarbeitung äußerer und innerer Reize. Eine entsprechende Selbstauskunft wäre: »Es verärgert mich, wenn ich zu viele Dinge in kurzer Zeit erledigen soll«.
- Der dritte Faktor ist die ästhetische Sensitivität, der Aussagen zugeordnet werden wie: »Ich bemerke und genieße feine Düfte, Geschmäcker, Klänge oder Kunstwerke«. Oder: »Wenn sich Menschen in einer Umgebung unwohl fühlen, versuche ich die Umgebung angenehmer zu gestalten«. Diesem Aspekt schreiben die Psychologen das Potenzial zu, Hochsensibilität auch als Ressource zu verstehen statt sie nur als belastend zu empfinden. Und gerade dieser Aspekt wird in der Populärwissenschaft dann auch gern als »Superpower« vermarktet.

Hochsensibilität als Markt

Auch Sara hat dieses Potenzial für sich entdeckt. »Als Superpower würde ich es nicht beschreiben. Aber sicher bin ich in meinem Beruf als Grafikdesignerin auch erfolgreich, weil ich gezielt meinen ausgeprägten Sinn fürs Ästhetische dabei einsetze.« Sowohl Aron als auch Herzberg vertreten die Auffassung, dass Hochsensible häufiger künstlerische Berufe ergreifen. Da bleibt die Schlagzeile nicht aus, Richard Wagner oder Marilyn Monroe seien hochsensibel gewesen.

Während die Wissenschaft noch an einem systematischen Verständnis von Hochsensibilität arbeitet, hat der Markt die Hochsensibilität als Erfolgsprodukt entdeckt: Coaching für Eltern hochsensibler Kinder, Seminare wie »Hochsensibilität als Superpower flexibel im Beruf & Business nutzen«, Ratgeber zur Ernährung für Hochsensible und Online-Dating für Hochsensible. Auf entsprechenden



Buchcovern und Webseiten finden sich sanfte Farben, geschwungene Handschriften und Naturfotografien. Die Fülle an Angeboten scheint einen besonderen Bedarf zu spiegeln.

Psychotherapie und Coaching

Herzberg ist die Unterscheidung von Trend und Fakten wichtig: »Auf der einen Seite haben wir das Modekonstrukt mit viel Unwissen, aber starker Medienpräsenz. Auf der anderen Seite arbeitet die Forschung noch an den Basics.« Doch für viele Menschen sei es ein wichtiges Erklärungsmodell dafür, dass die Gegenwart sie überfordere. Das Konzept Hochsensibilität gebe ihnen dann Halt – ohne das Stigma einer psychischen Erkrankung.

Dennoch stellten Herzberg und Konrad auch eine Korrelation von Hochsensibilität mit verschiedenen Symptomen psychischer Erkrankungen fest. Insbesondere Menschen, deren Hochsensibilität im Bereich der leichten Erregbarkeit stärker ausgeprägt ist, weisen häufiger Symptome psychischer Erkrankungen auf als Menschen, die nach dem weiterentwickelten Messinstrument nicht als hochsensibel gelten. Demnach hätten hochsensible Männer ein zwölfmal und hochsensible Frauen ein achtfach erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken. Warum dies so ist, konnte die Studie noch nicht klären: Verstärkt eine psychische Erkrankung die individuelle Sensibilität? Oder belastet es hochsensible Menschen, dass ihre Feinfühligkeit oft negativ bewertet wird, beispielsweise mit Kommentaren wie: »Stell dich nicht so an! So schlimm ist das doch gar nicht ...« Viele Menschen, die sich selbst als hochsensibel beschreiben, erklären daher auch übereinstimmend, dass sie sich oft fremdartig und unverstanden fühlen.

Vanessa Jilg bietet in Mainz psychotherapeutische Unterstützung für Menschen mit traumatischen Erfahrungen, aber auch für hochsensible Menschen an. »Sämtliche traumatherapeutischen Verfahren, die auf eine verbesserte Regulierungsfähigkeit des Nervensystems abzielen, funktionieren hervorragend für Menschen, die hochsensibel sind. Wir sprechen ja in beiden Fällen von einem überreizten System.« Dennoch sei es wichtig, so Jilg, schwere psychische Erkrankungen von einer Überlastung durch Hoch-

sensibilität zu differenzieren und eine fundierte Behandlung sicherzustellen: »Eine Gefahr sehe ich darin, wenn etwas übersehen wird und sich dadurch Störungsbilder manifestieren oder sogar verstärken anstatt adäquat behandelt zu werden.«

Besonders normal

Viele Hochsensible suchen aufgrund von Überlastung oder einem geringeren Selbstwertgefühl Hilfe und werden im Internet auffallend schnell fündig: Neben Selbsthilfegruppen und Ratgeberliteratur finden sich vor allem zahlreiche Coaches, die auf Hochsensibilität spezialisiert sind. Genauso gut kann man auch gleich selbst eine »Premium-Ausbildung« zum Coach in sechs Wochen online absolvieren: Das Zertifikat, das es dafür gibt, wird allerdings von keiner unabhängigen Stelle anerkannt, zumal auch der Begriff »Coach« nicht geschützt ist.

Sara steht diesen Angeboten skeptisch gegenüber, doch auch sie hat bereits Hilfe bei einer Psychotherapeutin gesucht und gefunden: »Für mich war das Label im ersten Moment sehr hilfreich, um zu verstehen, dass Menschen einfach unterschiedlich sensibel sind – die einen mehr, die anderen weniger. Aber viel wichtiger war eigentlich zu erkennen, dass ich für meine Bedürfnisse eintreten darf und muss.« Sara braucht einen gut strukturierten Tag, der nicht überladen ist. Sie wohnt auf dem Land, genießt die Natur und meditiert regelmäßig: »Meine Hochsensibilität bedeutet nicht, dass ich im Schneckenhaus sitze und das Leben an mir vorbeiziehen lasse. Aber ich passe eben gut auf mich auf. Und das kann wohl niemandem schaden.«

Diana Arnold ist Online-Redakteurin der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste.

Lachen ist die beste Medizin ... wirklich?

Auch

das

noch:

LACHYOGA will sich die angeblich gesunden Effekte des Lachens zunutze machen. Was weiß die Wissenschaft? Ein verregneter Sonntagmorgen Ende März in Berlin: Mit entsprechender Laune finde ich mich in der Bibliothek ein. Nicht zum Lesen, sondern zum Lachen bin ich hier.

Ich treffe auf eine Gruppe von etwa zehn Leuten. Manche sehen aus, als hätten sie wenig zu lachen. Andere, als würden sie nie etwas anderes tun. Das ist er also, der Lachclub Kreuzberg. Jeden Sonntag trifft er sich zum gemeinsamen Lachen. Seit 2006. Weil: Lachen ist gesund.

Ich bin nervös und muss auch noch gegen Scham kämpfen. Um uns herum sitzen Menschen, die Bücher lesen, die konzentriert und in Ruhe arbeiten wollen. Immerhin werden sie gewarnt: »Gleich beginnt das Lachyoga. Jeder ist eingeladen mitzulachen.« Niemand macht mit. Stattdessen: neugierige Augen, die an Laptopbildschirmen vorbeilugen.

Lachen, Atmen, Klatschen

Was dann folgt, ist definitiv eines der skurrilsten Dinge, die ich je getan habe. Nicht ganz so skurril wie die Geistheilerin auf Teneriffa, die meine krumme Wirbelsäule per Gedankenkraft begradigte. Auch nicht so skurril wie das yodaeske Orakel von Trier, das meiner einjährigen Tochter ein Kinderarzt-Studium in Schottland und mir ein langes Leben in Wohlstand prophezeite. Aber gut in der Top Ten.

Wir lachen auf Kommando und es fällt mir leichter als gedacht, denn die Szenerie ist so absurd, dass ich wirklich lachen muss. Zwei Frauen leiten die Stunde an. Eine Minute lang wird unter abstrusen Vorstellungshilfen gelacht: Wir lachen uns ins Fäustchen, ha ha, wir lachen uns schief, ho ho, wir lachen nach Norden, hi hi, wir lachen nach Süden, he he. Dann folgt eine Atem- und Entspannungsübung. Dann wird geklatscht. Lachen, Atmen, Klatschen. Und wieder von vorne. Eine Stunde lang.

Lachyoga begann 1995

Ausgedacht hat sich die Lachtherapie der Mumbaier Arzt Madan Kataria 1995. Er war auf der Suche nach einer Anti-Stress-Thera-

pie, erzählt Kataria auf Youtube. Irgendwo schreibt er beiläufig den altbekannten Spruch: Lachen ist die beste Medizin, und wundert sich, warum die Leute dann so wenig lachen. Warum also Lachen nicht therapeutisch nutzen? Er versucht, Leute für seine Idee zu gewinnen ... und wird ausgelacht.

Mit seiner Frau und zwei Bekannten startet er den ersten Lachclub. »Wir erzählten uns im Park Witze. Die Leute liebten es.« Der Club wuchs. Aber irgendwann wurden die Witze negativer, die Leute drohten abzuspringen. Was tun? Kataria las in einem Buch, dass der Körper nicht unterscheiden könne zwischen unechtem und echtem Lachen. Das ist es, denkt er: »Fake it until you make it.« Bis heute die Grundidee des Lachyoga: Das Lachen mag nicht echt sein, wohl aber seine Effekte.

Fake it until you make it – dahinter steckt die Facial-Feedback-Hypothese, die auf Charles Darwin zurückgeht. Mimik allein kann Gefühl erzeugen. Ein berühmtes Experiment des Sozialpsychologen Fritz Strack aus den 80er Jahren verdeutlicht das: Probanden, die mit einem Stift zwischen den Zähnen Cartoons ansahen, fanden diese signifikant witziger als solche, die den Stift auch mit den Lippen hielten. Die Hypothese ist allerdings bis heute nicht unumstritten.

Studienergebnisse fehlen

Doch zurück zum Lachyoga. Ist Lachen nun wirklich die beste Medizin? In mehreren großen Metastudien wurden die versprochenen Effekte untersucht. Das Ergebnis ist ein klares »Ja, aber«. Ja, es könnten depressive Symptome, Angstzustände und Stress lindern. Aber: Es fehlt an gut gemachten Studien, die starke Evidenz für die versprochenen Effekte liefern.

Und wie geht's mir nach der Stunde? Auf jeden Fall besser als vorher. Ich werde wiederkommen. Denn das ist das Schöne am Lachyoga: Man muss nichts üben, man muss nicht schwitzen, man muss nichts bezahlen und auch an nichts glauben. Man muss einfach nur lachen. Was kann daran schon verkehrt sein? 

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



KONTAKT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ISSN 1610-5346

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



RECYCLED
Papier aus
Recyclingmaterial
FSC® C022176

IMPRESSUM

forum - das Magazin des Medizinischen Dienstes. Hrsg. vom Medizinischen Dienst Bund (KÖR)

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

Redaktion
Dorothee Buschhaus
dorothee.buschhaus@md-bund.de
Martin Dutschek
m.dutschek@md-niedersachsen.de
Michaela Gehms michaela.gehms@md-bund.de
Jan Gömer jan.goemer@md-nord.de
Larissa Limbrunner
larissa.limbrunner@md-bayern.de
Dr. Barbara Marnach
barbara.marnach@md-nordrhein.de
Christine Probst christine.probst@md-san.de
Corinna Thamm corinna.thamm@md-sachsen.de
Diana Arnold diana.arnold@md-bund.de

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

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

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis
S. 3 Rebscher © DAK Gesundheit
Schwerpunkt de Jong Typografie mit Motiven von istockphoto.com:
S. 6 Ljupco + Sashkinw / S. 9 z1b + Kenishirotie / S. 10 DrPAS + Tuned-In / S. 12 igoriss + pluceta / S. 13 Koya79 + Pannarai Nak-Im / S. 15 opolja + Bet-Noire / S. 16 MileA + Bjoern Wylezich / S. 17 Ljupco + Василий Авраменко
S. 5 Jens Bonnke
S. 13 Autorenbild © Alex Schelbert
Andere istockphoto.com:
Titel Toa55 / S. 21 Ansastasia Yanishevskaya / S. 23 Home Pixel / S. 25 RoschetzkyistockPhoto / S. 27 Le Manna / S. 31 Sarno Markosasi

