



Digitalisierung

- *Big Data*
- *Gesundheitsinformationen*
- *Telematik*
- *Therapie mit Apps & Video*

Aktuelles zu COVID-19: Erfahrungen und Berichte aus dem Arbeitsalltag weltweit · **Healing Art** Wie Kunst im Krankenhaus die Heilung fördert · **Gut versorgt?** Geldanlage und ärztliche Ethik



Beruflich: *menschlich*

Entdecke unsere Studiengänge!

→ Bachelor

- Erweiterte Klinische Pflege B.Sc.
- Internationale Not- und Katastrophenhilfe B.A.
- Leitung und Management in Kindertageseinrichtungen B.A.
- Management in der Gefahrenabwehr B.Sc.
- Management in der Gesundheitswirtschaft B.A.
Schwerpunkt Pflegemanagement (auch ausbildungsbegleitend)
- Medizin- und Notfallpädagogik B.A.
- Pädagogik im Gesundheitswesen B.A.
- Soziale Arbeit B.A. ^{+PLUS} (auch dual)

→ Master

- Erweiterte Klinische Pflege / Advanced Nurse Practice M.Sc.
- Management im Gesundheitswesen M.A.
- Pädagogik und Erwachsenenbildung in der Gesundheitswirtschaft M.A.
- Pflegepädagogik M.A.

Voll-/Teilzeit ✓

berufsbegleitend ✓

dual ✓

Liebe Leserinnen und Leser,

bei der Vorbereitung für diese Ausgabe konnten wir noch nicht absehen, wie sehr uns sowohl die Corona-Pandemie als auch das Schwerpunktthema Digitalisierung in der Redaktion betreffen würden: Seit Mitte März 2020 arbeiten wir dank digitaler Möglichkeiten weitgehend im Homeoffice und somit in einem relativ geschützten Umfeld. Gleichzeitig begann für viele Gesundheitsberufler in der direkten Patientenversorgung eine Zeit der Verunsicherung und Belastung. In anderen Versorgungsbereichen wurden Diagnostik und Behandlung aufgrund der reduzierten Infektionsgefahr mithilfe von Telemedizin und Videotherapie neu organisiert.

Schnell war klar: Auch in *Dr. med. Mabuse* muss über die Auswirkungen der Pandemie berichtet werden. Doch die Nachrichten sind seit Wochen so sehr auf die Corona-Berichterstattung konzentriert, dass wir als zweimonatig erscheinende Zeitschrift kaum die tagesaktuellen Entwicklungen abbilden können. Somit entschieden wir uns dann gegen einen expliziten Corona-Schwerpunkt.

Wir haben dagegen für diese Ausgabe viele Erfahrungsberichte aus der Praxis sowie erste Reflexionen von Aktiven aus dem Gesundheitswesen aus aller Welt gesammelt: Eine Psychotherapeutin und eine Bestatterin erzählen von ihrem veränderten Arbeitsalltag. Dagmar Starke berichtet über die wichtige, aber medial kaum beachtete Rolle der Gesundheits-

ämter während der Pandemie. Spannende Einblicke in ihren (medizinischen) Arbeitsalltag gewähren uns AbonnnentInnen und AutorInnen, die im Ausland leben. Wie wichtig Evidenz in diesen Zeiten ist, betont Gerd Glaeske. Und Oliver Tolmein wägt rechtliche Fragen zum Thema Triage ab.

In den Beiträgen zum Schwerpunktthema Digitalisierung reflektieren unsere AutorInnen den Einsatz von Big Data in der Medizin, Gesundheitsinformationen im Internet, digitale Behandlungen sowie eine veränderte Arzt-Patienten-Beziehung im digitalen Zeitalter. Die Telematik-Infrastruktur sowie das Digitale-Versorgung-Gesetz werden hinsichtlich des Datenschutzes und des Ausschlusses der nicht-ärztlichen Berufe kritisiert.

Daneben lesen Sie einen inspirierenden Bericht über die heilende Wirkung von Kunst im Krankenhaus sowie eine Studie darüber, ob die Geldanlage ärztlicher Versorgungswerke ihren eigenen ethischen Richtlinien entspricht.

Wir grüßen herzlich aus Homeoffice und Redaktion!



Franca Zimmermann
Franca Zimmermann



Damaris Schlemmer
Damaris Schlemmer

Inhalt

Eine Pandemie, welche die Welt besser machen wird S. 12

Ansichten einer Therapeutin

Nelia Schmid König

Schutzschirm und Pandemiepläne S. 14

Das 19. Nationale (virtuelle) DRG-Forum

Damaris Schlemmer

Abschied nehmen im kleinsten Kreis S. 17

Verbundenheit und Kreativität in Zeiten

von Corona

Ajana Holz

Akademisierung voranbringen S. 18

Kommentar zum Eckpunktepapier

„Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“

Ute Merz

Arbeitsalltag in der Krise S. 20

Die Rolle der Gesundheitsämter

in der Corona-Pandemie

Dagmar Starke

Das Problem nicht verschweigen S. 46

Ein Gespräch über Suchtprävention

Monika Herrmann

Aufmerksam bleiben S. 48

Warum Evidenz gerade jetzt so wichtig ist

Gerd Glaeske

Healing Art S. 49

Wie Kunst im Krankenhaus die Heilung fördert

Isabel Grüner

Migration, Flucht und Gesundheit S. 53

Interkulturelle Kompetenz in der

Gesundheitsversorgung

Ute Siebert et al.

Solide Entscheidungsgrundlage? S. 56

Empfehlungen zur Triage während

der Corona-Pandemie

Oliver Tolmein

Gesundheit anderswo:

COVID-19 global S. 58

Erfahrungsberichte aus aller Welt

Gut versorgt? S. 63

Was Geldanlage mit ärztlicher Ethik verbindet

Julian Mertens

Gesundheitsexperten von morgen:

Risiko Mangelernährung S. 66

Überprüfung eines Screening-Verfahrens

im Krankenhaus

Katharina Gewecke

Besser reich und gesund als arm und krank S. 82

Karin Ceballos Betancur

Rubriken

Editorial 3

Leserbriefe 6

Cartoon 8

Nachrichten 9

Buchbesprechungen 69

Neuerscheinungen 73

Zeitschriften/Broschüren 77

Stellen/Fortbildung 78

Kleinanzeigen 80

Impressum 81

Schwerpunkt:

Digitalisierung

Schadet oder nutzt Big Data? S. 24

Über Chancen und Risiken von Datenmengen
im Gesundheitswesen

Christiane Fischer

Die Spreu vom Weizen trennen S. 27

Gesundheitsinformationen im Internet

Sonja Siegert

Psychische Gesundheit – digital? S. 30

Von Videoschalten, Übungsprogrammen
und Online-Spielen

Barbara Knab

Digitales im Gesundheitswesen S. 33

Ein kurzes Wörterbuch

Barbara Knab

Pflegeberufe beteiligen S. 34

Hürden des Digitale-Versorgung-
Gesetzes abbauen

*Katja Boguth, Norman Sauerteig
und Sarah Wetz*

Die Arztgeheimnis-Cloud S. 38

Ein patientenorientiertes Plädoyer

Wilfried Deiß

Vertrauen im digitalen Zeitalter S. 42

Zur Veränderung der Arzt-Patienten-
Beziehung

Veit Wambach

Digitalisierung S. 45

Bücher zum Weiterlesen



Unsinnige Qualitätsprüfung

Betreff: „Fachlichkeit statt enges Prüfkorsett“? Erste Erfahrungen mit den neuen MDK-Qualitätsprüfungen (Kathrin Kürsten), Dr. med. Mabuse 244, S. 53–55.

Frau Kürsten hat in ihrem Artikel über erste Erfahrungen mit dem neuen Qualitätsprüfinstrument des MDK berichtet. In allen Punkten kann ich dieser Erfahrung nur zustimmen.

Auch wir haben uns auf die neuen Prüfungen mit den Qualitätsindikatoren vorbereitet. Wir erhielten einen Tag vorher eine E-Mail mit der Ankündigung des Besuchs. Wie schon in den drei Vorjahren kam die gleiche Mitarbeiterin des MDK mit einem Kollegen sowie eine weitere Mitarbeiterin des MDK, die die Prüfungen gemäß des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetzes übernahm. Diese besondere Überprüfungssituation in Hamburg führte dazu, dass an den beiden Tagen 18 BewohnerInnen überprüft wurden, natürlich alle in Begleitung einer Pflegefachkraft. Das heißt, dass wir an den Tagen mehr Personal im Haus haben mussten.

Die MDK-Prüfung selbst unterschied sich tatsächlich nicht besonders von denen aus den Vorjahren. Dass – wie in den Ankündigungen des MDK beschrieben – das Fachgespräch eine zentrale Rolle einnimmt und die Pflegedokumenta-

tion nachgeordnet ist, haben wir so nicht festgestellt. Im Gegenteil: Auch wenn klar war, dass die tatsächliche Pflege professionell umgesetzt wurde, diese Umsetzung aber nicht 1:1 in der Dokumentation auftauchte, wurde dies vom MDK beanstandet.

Den Stress, den eine solche Prüfung für eine Einrichtung bringt, hat Frau Kürsten realitätsnah beschrieben. Obwohl sich meistens alle Beteiligten Mühe geben, die Prüfungssituationen auch aufzulockern, wirkt die „Kontrollkorsage“ (wie Frau Kürsten diese beschreibt) einschüchternd.

In unserem Abschlussgespräch am zweiten Prüftag wurden noch einmal die Ergebnisse zusammengefasst. Ein Thema, das beanstandet wurde, war eine Schmerzerhebung bei einer Bewohnerin. Diese hat eine vorliegende chronische Schmerzsituation, die seit längerem medikamentös eingestellt und stabil ist. Die Prüfer kritisierten den Turnus der vierwöchigen Prüfung und meinten, es müsse genauer gefragt und beschrieben werden, wo genau *keine* Schmerzen vorliegen. Als Pflegeexpertin und Einrichtungsleitung wäre ich hier

gerne in eine konstruktive, aber durchaus kritische Diskussion eingestiegen. Das ist aber bei den einseitigen Rückmeldungen nicht vorgesehen und meiner Erfahrung nach führt das dann zu atmosphärischen Verstimmungen. Schade eigentlich, hier wäre eine Chance für gemeinsame demokratische Lernprozesse gewesen.

Die Ergebnisse, die veröffentlicht werden, umfassen 20 Seiten, auf denen der Verbraucher sich ein Bild machen kann. Ob das ein Laie versteht, wage ich zu bezweifeln. Tatsächlich ist es so, dass mich in den vergangenen zehn Jahren noch niemand auf die Ergebnisse dieser Überprüfungen angesprochen hat. Die Interessenten kommen überwiegend auf Empfehlungen der Angehörigen.

Die Auswertungen für uns als Einrichtung auf den nun 125 Seiten sind sehr unübersichtlich. Natürlich ist es uns wichtig, hier genau zu erkennen, wo unsere Chancen für Weiterentwicklungen liegen. Ich habe aber Zweifel, dass uns diese Anstrengungen in der Qualität der Pflege wirklich weiterbringen. Jetzt müssen wir in ausführlichen Prozessplanungen der Behörde und auch dem MDK zurückmelden, wie wir was genau verbessern. Das bindet mehr Zeit und Energie als mit dem alten Instrument, das auch schon nicht optimal war. Zeit, die uns in der täglichen Pflege und beim Hinterfragen unserer Praxis fehlt.

Die professionelle, menschliche Pflege kranker und sterbender Menschen ist abhängig von guten Rahmenbedingungen. Dazu gehören ausreichend Pflegenden, die in Zeiten des Pflegenotstandes kaum zu finden sind. Laut des Gutachtens von Professor Rothgang zur Personalbemessung in der Altenpflege (Bremen 2/2020) fehlt in der stationären Altenpflege erheblich Personal, um die aktuellen Aufgaben zu bewältigen. Unter diesen gegebenen Rahmenbedingungen, durch die wir nicht einmal mehr genügend Zeit und Personal für unsere Arbeit in der Praxis haben, müssten solche zeitintensiven und fragwürdigen Kontrollen sowie die damit verbundene Bürokratie ausgesetzt werden. Ansonsten droht der Pflege der Kollaps, unter anderem, weil noch mehr Pflegefachkräfte dem Beruf den Rücken kehren, da sie für ihre „eigentliche“ Arbeit im Pflegealltag keine Zeit mehr haben oder weil sie schlichtweg mit der vielen Arbeit überlastet sind.

Wir benötigen andere Lösungsmodelle, um die Qualität der Pflege und die Attraktivität der Profession zu steigern. Solche Modelle können nur mit der Profession entwickelt werden. Dazu müssen Pflegenden gehört werden und ihren Anliegen muss Raum eröffnet werden.

*Sabine Kalkhoff, Leiterin des
Alten- und Pflegeheims
Haus St. Johannis in Hamburg*

Altenpflege muss sich neu aufstellen

Betreff: Das Frankfurter Forum für Altenpflege. Aufstieg und Fall einer basisorientierten Initiative (Michael Graber-Dünow), Dr. med. Mabuse 244, S. 16/17.

Michael Graber-Dünow gilt ein herzlicher Dank, dass er die Geschichte des Frankfurter Forums für Altenpflege (FFA) – sie begann 1992 – aus der Perspektive als Einrichtungsleiter dargestellt hat. Das FFA war ein basisorientierter Kommunikationsverbund der Heimlei-

tenden in Frankfurt am Main. Dieser hat trägerübergreifend durch gemeinsame Kommunikation das erfolgreiche „Frankfurter Programm Würde im Alter“ im Jahr 2000 initiiert, dank dessen die Stadt Frankfurt bis heute für eine bessere Betreuung in den Pflegeheimen sorgt.

DIE BARKE

Bestattung & Begleitung
in Frauenhänden



**Wir sind Bestatterinnen & 'Seelen-Hebammen'.
Liebevoller Begleitung ist unser Herzensanliegen
– überall in Deutschland seit 1999!**

Ajana Holz mit BARKE-Team
Tel 07903 - 943 99 19 · 0700 - 361 797 33
www.die-barke.de · info@die-barke.de

Warum gibt es Pflegenotstand in Deutschland? Der Beitrag Graber-Dünows weist zu Anfang auf den seit Jahren währenden Pflegenotstand hin, der – trotz der Pflegeversicherung ab 1996 – in den Altenpflegeeinrichtungen nicht behoben wurde. Eine Studie des FFA, die im Jahr 2000 zum „Frankfurter Programm“ führte, kam bereits nach vier Jahren Pflegeversicherung zu diesem ernüchternden Ergebnis. Es fehlte besonders an psychosozialer Betreuung in den Einrichtungen! Vieles wurde in den Folgejahrzehnten von Entscheidungsträgern aller Ebenen weiter „verschlimmbessert“ mit dem Ergebnis: Der Pflegenotstand blieb. Muss das so sein? Wir sind nun blitzartig 2020 ins Coronavirus-Zeitalter geraten. Und plötzlich geschehen Zeichen und Wunder. Um

in den Pflegeheimen die Pandemie im Zaum zu halten, werden die verwaltungsintensiven Kontrollen des MDK ausgesetzt und sein Pflegepersonal soll in Pflegeheimen tätig werden. Der „Pflege-TÜV“ werde bis November 2020 eingestellt und er entlaste die Einrichtungen von Dokumentationspflichten, teilte Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) am 19. März 2020 in der ARD-Tagesschau mit. Solche Beispiele könnten Schule machen. Es zeigte sich, dass sich mit zusätzlichem, gut qualifiziertem Pflegepersonal eine „spürbar“ bessere Pflege- und Lebensqualität herstellen ließe, so Spahn (www.tagesschau.de/inland/spahn-corona-pflegebranche-101.html).

Hat sich der Pflegemarkt mit Einführung der Pflegeversicherung also bewährt? Bis heute wird mit

Pflege viel Geld verdient. Trotzdem besteht Pflegenotstand, der in der Fläche unterschiedlich verteilt ist. Wäre der Pflegeberuf mit einem attraktiven Arbeitsplatz samt geregelten Arbeitszeiten und gutem Ansehen ausgestattet, bestünden derartig gravierende Personalprobleme vermutlich nicht. Die starken Player am Markt geben den Takt vor, auf den Pflegekräfte in ihren Berufsverbänden kaum Einfluss haben. Das zeigt: Pflegeberufe führen in dieser Gemengelage ein Gänseblümchen-Dasein ohne wirklichen politischen Einfluss auf Stadt-, Landes- und Bundesebene. Eine Aufgabe, die das FFA für alle Pflegeheime Frankfurts – frei gemeinnützig und privat – seit 1996 auf der Stadtebene anbot.

Doch wie kann qualifizierte Pflege mehr Einfluss gewinnen?

Pflegekammern könnten hier zukunftsweisend sein, weil sie direkten politischen Zugang ermöglichen. Aktuell gibt es hierzulande drei Pflegekammern, und zwar in Rheinland-Pfalz, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Ab 2022 sollen Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bayern folgen. Alle übrigen zehn Bundesländer und Stadtstaaten sind noch nicht entschieden. Wie andere verkammerte Berufe, etwa ÄrztInnen, ApothekerInnen oder TherapeutInnen, könnte die Pflege dann auf der Klaviatur aller relevanten Gesundheitssparten spielen. Das würde einen Zugewinn an politischem Einfluss und eine bessere Reputation bedeuten!

Beate Glinski-Krause,
Frankfurt am Main

Abo zum Vorzugspreis & ein Geschenk

Lesen Sie *Dr. med. Mabuse* ein Jahr lang zum Schnupperpreis* von **39 statt 47 Euro** (zzgl. 6 Euro Porto im Ausland). Außerdem wartet eine frei wählbare Prämie auf Sie: ein Buch aus dem Mabuse-Verlag oder ein Gutschein in Höhe von 10 Euro für den Mabuse-Buchversand. Weitere Informationen zu unseren Prämien finden Sie unter www.mabuse-buchversand.de/Abopraemien

1



Prämie 1: ein Buch aus dem Mabuse-Verlag

2



Prämie 2: Büchergutschein im Wert von 10 Euro
Einlösbar beim Mabuse-Buchversand

* **Bezugsbedingungen:** *Dr. med. Mabuse* erscheint sechsmal im Jahr. Das Abo gilt für ein Jahr und wird automatisch verlängert, falls Sie es nicht zwei Monate vor Ablauf kündigen. Das Abo beginnt generell mit der aktuellen Ausgabe. Das Angebot gilt bis zum 21. Juni 2020.



Nach jahrelangem Yoga und Pilates
ist kontaktloses Händewaschen für
mich kein Problem mehr...

➔ c E 8

Pandemie durch SARS-CoV-2 Thesenpapier veröffentlicht

Ein Zusammenschluss mehrerer VertreterInnen aus Wissenschaft und Versorgung, darunter Mabuse-Autor Gerd Glaeske, hat unter dem Titel „Datenbasis verbessern, Prävention gezielt weiterentwickeln, Bürgerrechte wahren“ ein Thesenpapier zur Pandemie durch SARS-CoV-2/COVID-19 veröffentlicht. Darin werden die epidemiologische Problemlage wissenschaftlich geklärt und Empfehlungen für wirksame Präventionsmaßnahmen abgeleitet, die in einen gesellschaftspolitischen Rahmen gestellt wurden. Die AutorInnen möchten Fakten und Probleme klar benennen und verbinden damit keine Kritik an den handelnden Personen, die in den zurückliegenden Wochen unter den Bedingungen einer „noch unvollständigeren Information“ entscheiden mussten, als dies heute der Fall ist. Die Ausführungen des Thesenpapiers sind als konstruktive Beiträge gedacht, die den Zweck verfolgen, die Entscheidungen der kommenden Wochen zu unterstützen.

Die Bedrohung durch das Virus mache ein Zusammenwirken von Politik und Wissenschaft notwendig, heißt es in dem Thesenpapier. Eine sinnvolle Beratung der politischen Entscheidungsträger müsse mehrere wissenschaftliche Fachdisziplinen umfassen, wobei die diagnostischen Fächer (hier: Virologie), die klinischen Fächer (hier: Infektiologie, Intensivmedizin) und die Pflege ganz im Vordergrund stehen sollten. Da eine Epidemie jedoch nie allein ein medizinisch-pflegerisches Problem darstelle, sondern immer auf die gesamte Gesellschaft einwirke und auch nur im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Anstrengung zu bewältigen sei, erscheine eine Beteiligung der Sozialwissenschaften, Public Health, Ethik, Ökonomie, Rechtswissenschaft und Politikwissenschaft unverzichtbar. Entscheidend sei hier die Einsicht, dass notwendige Verhaltensänderungen auf Ebene der Bevölkerung und in den Institutionen nie allein durch eindimensionale Einzelinterventionen (z. B. gesetzliche Vorschriften) zu erreichen seien.

Im Einzelnen nimmt das Thesenpapier zu den drei Bereichen Epidemiologie, Prävention und

gesellschaftspolitische Relevanz Stellung: Im Bereich „Epidemiologie“ weisen die AutorInnen darauf hin, dass die zur Verfügung stehenden epidemiologischen Daten nicht hinreichend seien, die Ausbreitung und das Ausbreitungsmuster des Virus zu beschreiben. Daher könnten sie nur eingeschränkt zur Absicherung weitreichender Entscheidungen dienen.

Im Hinblick auf mögliche Präventionsstrategien heißt es: „Die allgemeinen Präventionsmaßnahmen (z. B. social distancing) sind theoretisch schlecht abgesichert, ihre Wirksamkeit ist beschränkt und zudem paradox (je wirksamer, desto größer ist die Gefahr einer ‚zweiten Welle‘) und sie sind hinsichtlich ihrer Kollateralschäden nicht effizient. Analog zu anderen Epidemien (z. B. HIV) müssen sie daher ergänzt und allmählich ersetzt werden durch Zielgruppenorientierte Maßnahmen, die sich auf die vier Risikogruppen hohes Alter, Multimorbidität, institutioneller Kontakt und Zugehörigkeit zu einem lokalen Cluster beziehen.“ Empfohlen werden spezifische Präventionskonzepte zur Eindämmung, die Entwicklung eines Risikoscores, eine Trennung der

Betreuungs- und Behandlungsprozesse der Infizierten bzw. Nicht-Infizierten im institutionellen Rahmen sowie die zentrale Etablierung einer Hochrisiko-Task Force, die auf spontan entstehende Herde reagieren kann.

In gesellschaftlicher Hinsicht müsse bedacht werden, dass der partielle Shutdown, der anfangs das richtige Mittel gewesen sein möge, die Gefahr berge, die soziale Ungleichheit und andere Konflikte zu verstärken. Es bestehe zudem das Risiko eines Konfliktes mit den normativen und juristischen Grundlagen der Gesellschaft. Demokratische Grundsätze und Bürgerrechte dürften nicht gegen die Gesundheit ausgespielt werden. Dem könne man entgegenwirken, indem man ExpertInnen aus Wissenschaft und Praxis in Entscheidungsprozesse einbeziehe.

Das gesamte Thesenpapier steht zum Download zur Verfügung unter: <https://kurzlink.de/Thesen2020>

Weitere Themen rund um die Pandemie werden auf dem Blog unseres Autors Joseph Kuhn vorgestellt und diskutiert: <http://scienceblogs.de/gesundheitscheck/?s=Corona>

Unsere Ausbildungen für Health Professionals.



HEALTH INFORMATION MANAGEMENT

Start im Herbst 2020
Online-Studium

- Attraktives Weiterbildungsangebot für Health Professionals (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Fachkräfte aus Qualitäts- und Krankenhausmanagement etc.)
- Digitalisierung im Gesundheitswesen verstehen und aktiv mitgestalten
- Online-basiert in nur 5 Semestern zum Master-Abschluss (Master of Arts)
- Berufsbegleitend und zeitlich flexibel in einer interdisziplinären Gruppe studieren
- Fundiert und praxisnah Kompetenzen erwerben
- Preisgekröntes didaktisches Konzept

Infos unter: www.umat-tirol.at/him

UMIT TIROL
DIE TIROLER PRIVATUNIVERSITÄT

Doctors for Choice

Tatkraft in der Krise

Mitten im Corona-Shutdown eine Jahreshauptversammlung – ja, das geht! Dank hervorragender Organisation und bedachter Wahl der Kommunikationswege konnte am 21. März 2020 die 1. Mitgliederversammlung von Doctors for Choice Germany e. V. (DfC) stattfinden. Der Verein möchte sich aktiv für die Überwindung bestehender Hürden und Zugangsbarrieren im Bereich der reproduktiven Gesundheit einsetzen. Der Fokus liegt v. a. auf dem Schwangerschaftsabbruch, auf Wissensvermittlung und Weiterbildungsmöglichkeiten. Mehr als die Hälfte der Vereinsmitglieder war mit dabei, mit viel Tatkraft und Engagement wurden der Gründungsakt und die erteilte Gemeinnützigkeit gewürdigt.

Pflocke zur Orientierung für die künftige Arbeit sind schon eingeschlagen: So wurde hinsichtlich der Situation zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland eine Eingabe zum CEDAW-Protokoll (Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau) formuliert. Auch ein juristisches Verfahren gegen den erklärten Abtreibungsgegner K. G. Annen wird angestrebt. Er hatte zur Homepage von DfC eine ähnlich lautende Domain im Internet angemeldet, um in die Irre zu führen und von dort auf seine Seiten zu verweisen.

Die Entlastung des Vorstands und die Wahl von Kassenprüfern war auch mit Online-Tools möglich. In virtuellen Gruppen fand näheres Kennenlernen statt, in Arbeitsgruppen wurde entwickelt, was aktuelle und was zukünftige Themenschwerpunkte der Vereinsarbeit sein sollen. Kleingruppen beschäftigten sich mit Abtreibung

in Corona-Zeiten, der Enttabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Öffentlichkeitsarbeit und die Nutzung von digitalen Medien sowie mit einer Strategie, mit der die politische Forderung nach Abschaffung von § 218 und § 219 des Strafgesetzbuchs umzusetzen wäre.

Inhaltlich gearbeitet werden soll auch an der Organisation einer Praktikumsbörse, eines Fachaus-tausches sowie der Vermittlung von WeiterbildungsassistentInnen. Zudem soll ein Weiterbildungszertifikat zur Durchführung von Abtreibungen auf den Weg gebracht werden, wie es in anderen europäischen Ländern schon erworben werden kann. Um die Gründung weiterer lokaler Doctors for Choice bzw. Medical Students for Choice-Gruppen zu unterstützen, wurde die Idee eines Mentoring-Programms geboren. Welche Haltungen der Verein und die Mitglieder zu Fragen der Pränataldiagnostik einnehmen, wird ebenfalls diskutiert werden. Im Spannungsfeld von Frauen- und Behindertenrechten braucht es Zeit für die Entwicklung einer stabilen, vermittelbaren Position.

Die virtuell versammelte Expertise und das große Engagement

der Beteiligten machten Lust auf mehr – insbesondere, wenn die Diskussionsthemen schon kurz darauf in den Medien und in der Politik Wiederhall finden, wie beispielsweise der erschwerte Zugang zu Abtreibungen im Corona-Lockdown (<https://bit.ly/2Y0cmxA>).

*Marion Hulverscheidt,
Ärztin und Medizinhistorikerin,
Gründungsmitglied von DfC, Kassel*

Spendenauf Globaler Virus. Globale Solidarität!

„Wir dürfen in diesen Tagen nicht nur nach Deutschland und Europa schauen. Corona wird auf der ganzen Welt die armen Regionen besonders hart treffen. Es braucht deswegen sofortige Hilfe“, sagt Anne Jung, Gesundheitsreferentin bei medico international.

Seit über 50 Jahren setzt sich medico als sozialmedizinische Hilfs- und Menschenrechtsorganisation für das Recht auf den bestmöglichen Zugang zu Gesundheit ein – mit Partnerorganisationen auf drei Kontinenten. Die medico-PartnerInnen arbeiten unermüd-

lich für und mit all jenen, denen der globalisierte Kapitalismus kein Bett in einem Krankenhaus, keinen Arztbesuch oder Impfung zugesteht. Sie streiten für ein flächendeckendes Gesundheitssystem in öffentlicher Hand, zugänglich für alle Menschen, unabhängig von Einkommen und Herkunft.

Die Corona-Pandemie stellt diese Strukturen auf eine harte Probe. Noch lässt sich nur erahnen, welche Schäden sie in den Ländern des Globalen Südens anrichten wird, in Elendsvierteln und überfüllten Flüchtlingslagern. Überall dort, wo der nächste Arzt, das nächste Krankenhaus nicht erreichbar oder nicht bezahlbar ist. „Die ohnehin desaströse Situation der globalen Gesundheitsversorgung wird durch die Epidemie zur Katastrophe anwachsen“, sagt Anne Jung.

Die Pandemie ist eine Krise der globalen Gesundheit. Und sie hat schon jetzt weitreichende politische und ökonomische Folgen. So berichtet eine pakistanische Gewerkschaft, die medico unterstützt, dass die Textilfabriken allesamt vor der Schließung stehen und eine beispiellose Massenarbeitslosigkeit erwartet wird. Der Staat verfüge über keinerlei Mittel, die zu erwartende soziale Katastrophe aufzufangen.

Die medico-Partnerorganisationen in aller Welt brauchen jetzt Solidarität und umgehende Unterstützung bei flächendeckenden Präventionsmaßnahmen, bei der Bereitstellung von Schutzausstattung und in ihrem politischen Kampf gegen Armut und krankmachende Verhältnisse sowie für das Recht auf ein gesundes und gutes Leben.

Spendenkonto:
medico international
IBAN: DE21 5005 0201 0000 0018 00
BIC: HELADEF1822
Frankfurter Sparkasse
Spendenstichwort: Globale Gesundheit



Ökologische Mode - fair produziert

Blättern Sie online in unserem neuen **Sommerkatalog**
maas-natur.de/kataloge
und bestellen Sie gebührenfrei
0800/0701200 oder
www.maas-natur.de

Einkufen in unseren Läden
Bad Homburg | Berlin | Bielefeld | Bonn | Frankfurt | Freiburg | Gütersloh | Hamburg | Hannover | Konstanz | Münster | Oldenburg

Neues aus der Pflege



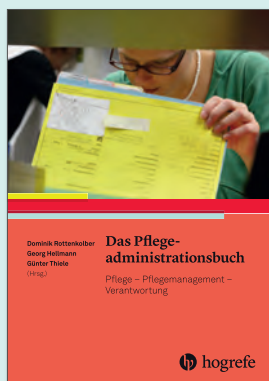
Margrit Hatz-Casparis et al.

Basale Stimulation® in der Akutpflege

Handbuch für die Pflegepraxis

2., überarb. u. erw. Aufl.
2020. 128 S., 237 Abb., Kt
Etwa € 29,95 / CHF 39,90
ISBN 978-3-456-86015-2
Auch als eBook erhältlich

Die Autorinnen führen verständlich in die Grundlagen und Anwendung der Basalen Stimulation in der Akutpflege ein. Anschaulich wird beschrieben und illustriert, wie Pflegende über die verschiedenen Sinne Menschen ansprechen, berühren, stimulieren und beruhigen können.



Dominik Rottenkolber /
Georg Hellmann /
Günter Thiele (Hrsg.)

Das Pflegeadministrationsbuch

Pflege – Pflegemanagement – Verantwortung

2020. 232 S.,
43 Abb., 33 Tab., Kt
Etwa € 49,95 / CHF 65,00
ISBN 978-3-456-85752-7
Auch als eBook erhältlich

Das Pflegeadministrationsbuch ist das erste und umfassende Lehrbuch für Pflegestudierende, Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren, Pflegemanagerinnen und Pflegemanager zu Fragen der Administration, Kontrolle, Verwaltung, Steuerungen, Kontrolle und Finanzierung der Pflege und Pflegeleistungen.

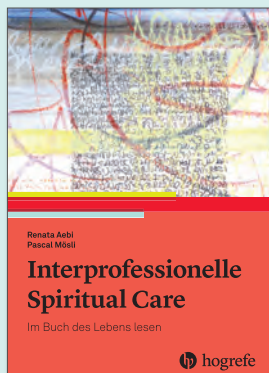


Renata Schneider-Ulmann /
Martina Föhn (Hrsg.)

Lehrbuch Gartentherapie

2., vollst. überarb. u. erw. Aufl. 2020. 432 S., ca. 160 Abb., ca. 56 Tab., Gb
Formulare und Pläne als Download
Etwa € 97,95 / CHF 125,00
ISBN 978-3-456-85742-8
Auch als eBook erhältlich

Dieses erfolgreiche Lehrbuch bietet auch in der zweiten Auflage das grundlegende, praxiserprobte und forschungsgestützte Standardwerk über die Grundlagen, Praxis und Forschung in der Gartentherapie für Pflege-, Grün- und Therapieberufe.



Renata Aebi / Pascal Mösl

Interprofessionelle Spiritual Care

Im Buch des Lebens lesen

2020. 160 S.,
22 Abb., 1 Tab., Kt
Etwa € 29,95 / CHF 39,90
ISBN 978-3-456-85857-9
Auch als eBook erhältlich

Das Fachbuch der interprofessionellen Spiritual Care führt in Grundlagen und -verständnis sowie Theorie und Praxis der Spiritual Care ein. Es arbeitet ihre individuellen, interprofessionellen sowie ihre auf Sorge und Caring bezogenen Aspekte heraus.

Eine Pandemie, welche die Welt besser machen wird

Ansichten einer Therapeutin

Ich stehe da und staune. Fast von einem Tag auf den anderen sind wir hier in Deutschland in Isolationshaft geraten. Corona-Pandemie heißt das neue Schreckenswort. Es verstört. Zunehmend. Mein Mann, Schweizer wie ich und in Basel tätig, teilt mir eben am Handy mit, dass er die Grenze Schweiz – Österreich – Deutschland nicht mehr passieren darf. Letztes Wochenende haben sie ihn am Pfänder noch durchgelassen. Ein unfreundlicher Polizist und drei Soldaten mussten ihn passieren lassen, weil er so überzeugende Dokumente mit sich führte. Jetzt stehen da zwei sehr freundliche Polizisten beim Pfänder und elf Soldaten mit Maschinengewehren. „Tut uns leid. Es geht einfach nicht“, so die zwei Polizisten.

Soziale Auswirkung: Beziehungsentzug

Ein Beziehungsentzug findet statt, wie wir ihn noch nie erlebt haben. Die Großeltern dürfen ihre Enkel nicht mehr sehen. Die Kinder, falls ein Elternteil in Quarantäne ist, das Zimmer von Mutter oder Vater nicht betreten. Ich habe eine Vierjährige in Therapie, die dann draußen vor der Tür ihrer Mama sitzt, nicht weichen will und bitterlich weint. Der Vater kann sie nicht trösten, sie stößt ihn brutal weg.

Ich will hier keinen großen geschichtlichen Abriss machen – dafür haben wir alle gar nicht die nötige, ruhige Aufmerksamkeit. Doch ein Gedanke scheint mir wichtig zu sein: Mit der Industrialisierung wurde die Arbeit erstmals außerhalb. Mit der Globalisierung wurde sie sogar aus Deutschland und Europa hinausgeschoben, um den Preis, dass etwa Novartis, einer der größten Pharmakonzerne weltweit mit Sitz in Basel, die kleine Schweiz mit einfachen Kopfschmerzmitteln nicht mehr ausreichend versorgen kann! Die Produktion ist längst in Billiglohnländer verlagert worden.

Therapeutische Arbeit per Video

Nun aber ganz schnell hinein in die aktuelle Arbeit der Kinder-, Jugendlichen- und Paartherapeutin. Denn diese Arbeit ist durch Videotherapie plötzlich ganz neu, also ziemlich ungewohnt und vor allem aufregend. Täglich komme ich zu neuen Einblicken in die Psyche der Patienten. Natürlich auch in meine eigene! Ich liebe die Videotherapie – und das sagt eine, die sich so ein Arbeiten niemals vorstellen konnte.

Das hat doch nichts mehr mit meiner psychoanalytischen Arbeit zu tun, so habe ich geglaubt. Ich habe mich getäuscht. Ich sehe jede Zuckung auf dem Gesicht meiner/s PatientIn – und er oder sie auf meinem. Das macht die Videotherapie gleichzeitig distanziert und doch so intim. Eine spannende Mischung von Begegnung und Begrenzung. Die Begegnung findet statt, und wie, die Begrenzung ebenso!

In meine Videotherapie-Tage purzeln die Überraschungen wie Ostereier durchs Videobild. Manche davon sind süß, andere wiederum mit bitterem Nachgeschmack. Ein Vater, keineswegs ein Schläger, schlägt seinen Sohn zusammen und gesteht mir im Videobild – ich sehe seine Tränen in Nahaufnahme –, dass ihm einfach eine Sicherung durchgebrannt ist. „Ich kann meine Meetings nicht von zu Hause aus machen mit den drei Kindern! Homeoffice ist nicht ein Segen für jedermann. Meine Frau kann es, ich nicht ... große Auftragssummen verhandeln und draußen vor der Tür toben die Kinder! Ich brauche meine geschützte Arbeitsatmosphäre.“

Männer haben Schwierigkeiten

Frau kann es, Mann viel weniger. Das zumindest ist eine meiner vielen Beobachtungen in dieser Videotherapie-Zeit. Und es sind zu meiner Überraschung gerade zwei Gruppen von Männern und Vätern, die sich mit der politisch verordneten Reduktion aufs kleine Zuhause schwertun: die erfolgsverwöhnten Männer und die geschieden/getrennt lebenden Väter, die ihre Kinder normalerweise nur jedes zweite Wochenende sehen. Die Vielflieger – es gibt auch wenige Vielfliegerinnen, welche dieselbe Schwierigkeit haben – sind jetzt auf die eigenen vier Wände reduziert. Die narzisstische Bestätigung, die sie sich als Unternehmer, Vortragender, Journalist etc. draußen in Mailand, Boston, Hongkong geholt haben, wird jetzt auf die kleine Familie heruntergefahren und findet, naturbedingt, dort nicht statt. Die Ehefrau eines Vielfliegers, Frau K., dazu: „Er möchte dafür bewundert werden, dass er unsere sechsköpfige Familie so gut aushält! Ja, spinn ich denn ... was tue ich denn seit 14 Jahren!“

Die Wochenendväter, also die andere Gruppe, glauben und hoffen in der Mehrheit – leider –, dass die Besuchsregelung so bleibt wie immer. Ich zitiere (und ich hoffe, dass meine Empörung

etwas durchdringt): „Mir geht es selber nicht gut, bin in Kurzarbeit (die Frau übrigens auch), das musste ich zuerst mal verkraften, also jetzt noch die Kinder, ne, ne ... das schaffst du (die Ex-Frau) schon!“ / „Hab kein Corona, doch so ganz sicher ist das natürlich nicht ... besser, wenn die Kinder jetzt keinen Kontakt zu mir haben, stellen wir uns vor, sie stecken mich an ...“ / „Meine Partnerin empfindet das als Belastung, wenn du jetzt noch die Kinder schickst, sie kommt schon so nicht klar mit all dem ...“ / „Vergiss, dass ich mit den Kindern Homeschooling mache, kann ich nicht, he, ich bin kein Lehrer.“ – „Ich bin auch keine Lehrerin, bin nur acht Jahre auf der Schule gewesen und habe die Schule gehasst ...“ – „Ja, aber ihr Frauen könnt das irgendwie besser ...“ Corona lässt an vielen Stellen wie eine Hydra ihre unsichtbaren giftigen Tentakel in die Familie eindringen.

Doch die Krise bewirkt auch Heilendes. Zwei Mütter haben es in kürzester Zeit, also in der Coronazeit, geschafft, sich von ihren Ex-Männern wirklich zu trennen und setzen nun in einer nach der Trennung nie richtig geglückten gemeinsamen Elternschaft nicht mehr auf Hoffnung, wo es keine mehr gibt. Frau B. schreibt: „Die Puzzle-teile fügen sich auf lustige Art! Hab gestern erfahren, dass mein Vater nach Italien auswandern wird ... ich war guter Dinge, dass sich unser Verhältnis und das zu den Kindern vertiefen wird. Er ist aber wohl einfach der Typ ‚einsame Waldhütte‘, und ich kann es endlich annehmen. Lustig, dass es zeitgleich mit dem inneren Abschied von meinem Ex-Mann stattfindet. Freud hätte sich gefreut! Wir haben hier also eine kleine Corona-Familienrevolution ... Ich warte nicht mehr auf Familie! Wir sind es!“

Improvisationstalent gefragt

Gleichzeitig möchte ich an uns Frauen und Mütter appellieren und um Verständnis für die Männer und Väter werben. Eine Eigenschaft ist jetzt gefragt wie nie: die Fähigkeit zur Improvisation. Wir Frauen, die Mütter sind, haben den Männern gegenüber einen fast uneinholbaren Vorsprung, auch wenn ihn die sozialen Rollen festgeschrieben haben. Wo eine wunderbare Simone de Beauvoir noch behauptet hat: „Wir werden nicht als Frau-

en geboren, sondern zu Frauen gemacht“, würde ich ihr zur Hälfte Recht geben, mit der kleinen Einschränkung, dass auch Frauen nicht hundertprozentig nur ein Opfer ihrer Sozialisierung sind.

Durch die Reduktion auf Mutterschaft und auf die Rolle der „Innenministerin“ – der Mann war schon immer „Außenminister“ – haben wir Improvisation üben können. Seit der Industrialisierung also. Meine Improvisations-Heldin lebt in Wien, ist Juristin und hat 13 Kinder (neun eigene und vier aus zweiter Ehe). Sie muss seit vielen Jahren improvisieren. Mal ist das eine Kind krank, mal hat ein anderes Kind schrecklichen Liebeskummer, mal fliegt eines gerade von der Schule, mal leidet eines gerade unter einer Depression – und die zwei Ehemänner haben sich in den Jahren weitgehend auf ihre berufliche Karriere konzentriert.

Verständnis füreinander entwickeln

„Was sind Sie ohne Ihren Beruf?“ Diese Frage habe ich in Coronazeiten bereits mehrmals den Männern gestellt. Einer hat sie so beantwortet: „Ich weiß es nicht, nicht viel, glaube ich.“ Er ist Architekt und hat seine Mitarbeiter alle in Kurzarbeit/Homeoffice geschickt. „Doch diese Frage hat mir auch nie jemand gestellt.“ – „Ich weiß, es ist auch kein Vorwurf, lieber Herr M.“, habe ich geantwortet.

Es soll nicht in einen Geschlechterkrieg münden, bitte. Es gibt, gewöhnen wir uns daran, zwei starke Geschlechter. Und erst der noch etwas zu übende Brückenschlag zwischen den Geschlechtern wird uns alle froher machen. In der Elternschaft sind die Mütter den Vätern etwas voraus. Doch wenn ich mir die jungen Elternpaare anschau, wo die Hausarbeit, die Kinderbetreuung, die beruflichen Vorstellungen kommuniziert und geteilt werden, bin ich positiv gestimmt.

Mein Sohn hat mir gestern auf dem Osterspaziergang gesagt: „Diese Coronakrise wird nicht die letzte gewesen sein. Wenn wir in den nächsten Jahren nicht mehr für ein besseres Immunsystem tun, werden noch ganz andere und viel schlimmere Pandemien auf uns warten. Jetzt haben wir schon mal einen Vorgeschmack bekommen und üben dürfen.“

Ich mag das Wort „üben“ oder besser noch: lernen. Wir haben gerade eine wunderbare Chance bekommen, einiges besser zu machen als es ist. Corona sei Dank. Wir können jetzt, endlich wieder, Möglichkeitendenker und -denkerinnen werden. ■

Dr. phil. Nelia Schmid König

ist Analytische Kinder- und Jugendtherapeutin sowie Psychoanalytische Paar- und Familientherapeutin in München und im Allgäu. Im Mabuse-Verlag ist 2019 ihr Buch „Vom Verschwinden der Kindheit. Jugend im Wandel der Zeit“ (ISBN 978-3-86321-437-1) erschienen. www.neliaschmidkoenig.de



Schutzschirm und Pandemiepläne

Das 19. Nationale (virtuelle) DRG-Forum stand ganz im Zeichen der Corona-Krise

Vom 19. bis 20. März 2020 sollte das 19. Nationale DRG-Forum mit rund 1.700 Teilnehmenden stattfinden. Aufgrund der Maßnahmen gegen die Ausbreitung des Corona-Virus wurde auch diese Veranstaltung abgesagt. Die Verantwortlichen konnten jedoch das Programm in Teilen digital für Interessierte zugänglich machen.

Das Nationale DRG-Forum versammelt einmal im Jahr die führenden VertreterInnen aus dem Krankenhausmanagement, der Gesundheitswirtschaft, Politik, Wissenschaft und den Verbänden zu einer zweitägigen Diskussionsplattform. In Anbetracht der akuten Corona-Pandemie im März 2020 hat der Veranstalter Bibliomed für den 19. März 2020 einen Livestream über YouTube errichtet. Vormittags konnten so ursprüngliche und neue Gäste per Videokonferenz zu Hause oder in ihren Büros interviewt werden. Nachmittags hatten die Zuschauenden die Möglichkeit, sich in Webinare einzuloggen, die von den Referenten des ursprünglichen Programms virtuell gestaltet wurden.

Die Gespräche wurden natürlich von der aktuellen Lage beherrscht. Allgemeine Diskussionen um Krankenhausstrukturen und -finanzierung hatten im Krisenmodus des gesamten Gesundheitswesens keinen Vorrang. Dennoch teilten die Redner auch Spitzen bezüglich der Frage aus, ob die deutsche Kliniklandschaft nun aufgrund ihrer vielen kleinen Standorte und hohen Bettenzahl stark ist oder diese Dezentralisierung in der Krise ein Nachteil sein kann.

Forderung nach Schutzschirm für Kliniken

Zu Beginn des virtuellen DRG-Forums begrüßte Florian Albert, Chefredakteur der Zeitschrift *f&w, führen und wirtschaften im Krankenhaus* des Bibliomed-Verlages, die ZuschauerInnen an den Bildschirmen. Die anschließenden Gespräche moderierte Jörg Debatin, der den Health Innovation Hub (hih) des Gesundheitsministeriums leitet.

Das erste Interview führte Debatin mit dem Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Georg Baum. Dieser legte gleich zu Beginn seinen Vorschlag für eine Klinikfinanzierung in der Corona-Krise dar: „Wir nehmen den Gedanken des Schutzschirms, wie er von der Bundesregierung ja versprochen wurde, gerne auf, denn es ist eine dringende Notwendigkeit,

den Krankenhäusern dieses Signal zu geben. Auch mit der Ergänzung, dass Defizite der Kliniken ausgeglichen werden.“ Wenn die Regelversorgung nicht mehr stattfinde, hätten die Kliniken enorme Erlösausfälle und gleichzeitig Kostensteigerungen zur Vorbereitung auf und während der Corona-Versorgung. „Wir sind der Auffassung, dass das über das DRG-System und dessen Verwaltungsintensität nicht abgebildet werden kann“, konstatierte Baum. „Die Kliniken haben ab sofort einen absoluten Liquiditätsbedarf, der gedeckt werden muss – denn im DRG-System kommen die Gelder erst bis zu sechs Wochen später, nach vorheriger Prüfung.“ Baum wünschte sich deshalb eine pauschalisierte Budgetierung: Man solle die Budgets von 2019 auf dieses Jahr hochrechnen, mit einem Zuschlag von fünf Prozent versehen, dann zwölfteln und die Teilbeträge ab April bis Dezember 2020 an die Kliniken auszahlen.

Eine genaue Abrechnung der tatsächlichen Leistungen einzelner Kliniken lehnte Baum ab: „Der Grundgedanke ist, dass alle etwas leisten. Es wäre falsch, nur die zu bedenken, die Intensivbetten haben. Das ganze System bis hin zu Reha-kliniken ist betroffen.“ Wenn man in die sogenannte Spitzabrechnung gehe, sei man verpflichtet, die ganze Bürokratie bis zum letzten Zusatzentgelt anzuwerfen. Baum betonte, die Kliniken würden bei seinem Konzept auch weiterhin eine patientenbezogene Dokumentation an die Kassen geben, damit klar sei, welche Kasse was bezahlen müsse.

Nicht notwendige Regularien lockern

Laut Baum müssten nun auch weitere Regelungen hinterfragt werden: „Wir müssen ganz grob fragen, was an regulativem Überbau ausgesetzt werden kann.“ Die Pflegepersonaluntergrenzen hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) bereits aufgehoben – Baum forderte nun, auch die Personalvorgaben für die Psychiatrie (PsychPV) auszusetzen, „denn auch die müssen Betten frei machen und sind von der Krise betroffen.“

Jörg Debatin sprach zum Ende des Interviews die allgemeine Diskussion um die Krankenhausstruktur in Deutschland an. Baum erklärte, nach dieser Krise müsse es zu einer Neubewertung kommen: „Ich habe immer gesagt, dass es gut ist, zehn Prozent Überkapazitäten zu haben, anstatt

auf Kante genäht zu planen. Es ist sinnvoll, auch kleine Kliniken zu haben. Jetzt haben wir eine neue Situation und das muss sich auch zukünftig in den Konzepten niederschlagen. In jeder Krise liegt die Chance zu einem konstruktiven Neuanfang.“ Mit diesem Plädoyer für den Erhalt kleinerer Krankenhäuser in der Peripherie richtete sich Baum direkt an Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin, der die Klinikstandorte deutlich reduzieren würde. Im späteren Interview nahm dieser darauf auch Bezug.

Im nachfolgenden Gespräch erklärte Katharina Nebel vom Bundesverband Deutscher Privatkliniken, diese stünden dem System vollumfänglich zur Verfügung. So könnten etwa private Rehakliniken für Corona-PatientInnen genutzt werden, um die Krankenhäuser zu entlasten. Einen Rückgang an PatientInnen merken die Rehakliniken jetzt schon, da elektive Eingriffe verschoben werden.

Globalisierung hat ihren Preis

Der dritte Interviewpartner des virtuellen DRG-Forums hatte interessante Details aus der Branche der Medizintechnologie parat. Meinrad Lugan, Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Medizintechnologie und Vorstand der B. Braun Melsungen AG, sagte: „Wir haben schon vor 40 Jahren angefangen, in Malaysia und China zu produzieren. Und ein Teil des Preises dieser Globalisierung ist, dass die Lieferketten sehr eng zusammenhängen. In dieser Zeit ist es ein enormer Aufwand, diese aufrechtzuerhalten.“ Man versuche zwar, die Produktion, etwa von Mundschützen, auf diese erhöhte Nachfrage umzustellen, sagte Lugan. Das sei aber nicht leicht, weil man dafür natürlich neben den Produktionsmaschinen auch die passenden Textilien benötige. Er gehe davon aus, dass es drei bis sechs Monate brauche, bis diese Umstellung auf europäische beziehungsweise deutsche Produktion erfolgt sei. Und dann komme noch das Problem der Zulassung dazu: „Neue Produzenten haben ja nicht zwangsläufig die medizintechnische Zulassung. Die Frage ist dann: Wie geht man dauerhaft mit dem Thema um?“

Mit Blick auf die kilometerlangen Staus an den innereuropäischen Grenzen äußerte Lugan seinen Wunsch an die Politik: „Alles was behindert, zum Beispiel in den Kliniken, bei den Herstellern, Logistikern,



Markus Mai, Reinhard Busse, Meinrad Lugan, Kathrin Leffler und Georg Baum im Video-Interview (von links unten nach rechts oben).

soll so schnell wie möglich aus dem Weg geschafft werden.“ Der freie Warenverkehr soll zwar in Europa wiederhergestellt werden, allerdings hätten noch nicht alle Staaten ihre nationalen Regulierungen aufgehoben.

Zudem betonte Lugan, dass sämtliche Materialien aus dem Ausland unbedenklich in ihrer Verwendung seien: „In der aktuellen Situation werden wir in Europa Produkte verwenden müssen, die nach FDA [Food and Drug Administration, verantwortlich für die Zulassung in den USA] und nicht nach CE [Produkt genügt europäischen Anforderungen, Anm. d. Red.] zertifiziert sind. Denn wir werden einfach auf dem Weltmarkt nicht genug Produkte finden. Die Überwachungsbehörden haben in allen Ländern die gleiche Strenge an Qualitätsanforderungen“, stellte er fest. „Inhalte und Forderungen sind absolut die gleichen. Ich würde mich 100 Prozent wohlfühlen mit einer Mundhaube, die nach japanischem, chinesischem oder brasilianischem Recht zugelassen ist.“

Forderung nach Zentralisierung

Reinhard Busse von der TU Berlin, der vierte Gast beim virtuellen DRG-Forum, zeigte gleich zu Beginn seines Interviews eine Schwachstelle des Systems auf: „Obwohl es Pläne zur Pandemievorbereitung gab, stellen wir jetzt fest, dass diese zurückhaltend waren.“ Sein Plädoyer lautete: „Wir müssen bevölkerungsfokussiert den-

ken. Die Krankenhäuser stimmen sich normalerweise nicht so ab, weil sie im Wettbewerb um Patienten stehen. Es muss jetzt strukturiert vorgegangen werden, etwa mit Oberzentren, die die Corona-Versorgung koordinieren. Da haben wir eben einen Nachholbedarf in Deutschland.“ Weiter erklärte Busse, dass es Länder gebe, die belastbarere Zahlen hätten: „In Italien wird trotz des Stresses täglich um 17 Uhr gezählt, wie viele Patienten stationär und auf Intensivstation liegen.“ Ähnlich sei es in Dänemark, wo auch die Zuständigkeiten klarer verteilt seien. Zentralisieren ist sein Stichwort: „Das ist mein Gruß zurück an Herrn Baum: Wir müssen überlegen, wie wir die Kapazitäten in so einer Situation möglichst schnell hochfahren können. Aber in der Normalität haben wir diese Reservekapazitäten unnötigerweise ständig in unserem System. Wir haben so viele Krankenhäuser, aber wir müssen trotzdem zentralisieren, um die Versorgung zu verbessern – nicht nur jetzt, sondern auch in Zukunft.“

Vorbereitungen der Pflegekräfte

Die Patientenzahl in den Kliniken sei noch sehr überschaubar, berichtete im Anschluss Kathrin Leffler, Leiterin des Direktorates Pflegestrategie und Betreuungsmanagement bei Vivantes im Gespräch mit f&w-Chefredakteur Albert. Dennoch bereite man sich in Krisenstäben intensiv auf das Coronavirus und die damit zu er-

wartende erhöhte Patientenzahl vor. „Wir geben den Mitarbeitern noch einmal Freizeit und nutzen die Zeit für Schulungen in der Intensivpflege, damit das nicht alles erst im Notfall stattfindet“, so Leffler. Zudem wurden Hotlines eingerichtet, Infoveranstaltungen durchgeführt und eine psychologische Betreuung eingerichtet, damit Mitar-

beiterInnen mit ihren Ängsten gehört werden. „Auch unser Hygienemanagement haben wir geändert, um sparsam mit den Ressourcen umzugehen“, erläuterte Leffler. Denn es mangle am meisten an den FFP3-Masken, und auch ihre Kliniken seien von Diebstahl betroffen.

Um das Fachpersonal für Beatmungsbetten zu erhöhen, habe man etwa RentnerInnen angeschrieben und es werde versucht, ÄrztInnen und PflegerInnen aus dem Verwaltungsbereich zu mobilisieren. Auch die Dokumentationspflicht werde man auf ein Minimum herabsenken. „Wir schreiben dann nur noch das nieder, was zur Patientensicherheit dient.“ Leffler wünschte sich, dass das Personal von Vorschriften und Datenlieferungen ferngehalten werde. Man müsse bedenken: Es werde noch mehr Engagement von medizinischem Personal abverlangt, das bereits vorher stark beansprucht war. „Das dürfen wir auch nach der Krise nicht vergessen.“

Notlage in der Langzeitpflege und im ambulanten Bereich

Kurzfristig zugesagt für das virtuelle DRG-Forum hatte Markus Mai, Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Er brachte es auf den Punkt: „Ich gehe nicht von einer Krise, sondern von einer Katastrophe aus.“ Die Arbeit der ersten Pflegekammer Deutschlands sei nun komplett im Krisenmodus. Mai hat eine Taskforce gegründet, startete ein Kommunikationsangebot für die Kammermitglieder sowie eine Hotline für Fachfragen. „Wir werden eine zentrale Meldestelle im Land haben für die Kurzqualifizierung von Pflegefachpersonen, um in der Intensivversorgung eingesetzt zu werden und wir werden auch eine zentrale Stelle sein zur Meldung von ‚stillen Reserven‘, die wir noch requirieren können.“

Mai appellierte allerdings auch, man dürfe bei der Verteilung von Schutzklei-



Martin Albrecht (oben), Andreas Beivers (li.) und Michael A. Weber diskutieren in einem Webinar.

dung nicht nur an Kliniken und niedergelassene ÄrztInnen denken. Gerade in der Langzeitpflege sei der Mangel ein großes Problem: „Durch die vielen Entlassungen von Patienten aus Kliniken entsteht eine Notlage im ambulanten Bereich und der Langzeitpflege. Aus dieser Gruppe erreichen uns derzeit viele Fragen, wie man dauerhaft an Schutzkleidung komme.“ Die Langzeitpflege bekomme zu wenig Aufmerksamkeit, bemängelte Mai. „Das Material muss aber in allen Settings zur Verfügung stehen.“ Mai rief Langzeitpflegende aber auch dazu auf, Schutzkleidung nicht unnötig zu verschwenden. Derzeit würde sie teils unnötig eingesetzt.

In der Analyse der Krise schließt sich für Mai der Kreis: „Ich wünsche mir, dass Politik und Gesellschaft nach der Krise nicht vergessen, wie wichtig die einzelnen Pflegeberufsgruppen für die Versorgung sind. Im Klartext heißt das, die Sektoren müssen endlich stärker zusammenwachsen. Die Frage, ob wir uns zwei Sektoren noch leisten können, muss nach der Krise endlich ernsthaft diskutiert werden.“

Parallel stattfindende Webinare

Am Nachmittag fanden parallel sechs Webinare statt, bei denen die jeweiligen Referenten sich untereinander zu einer virtuellen Diskussion einfanden oder in Einzelvorträgen referierten. So diskutierte etwa Andreas Beivers, Studiendekan für Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fresenius in München, mit Martin Albrecht vom IGES Institut und Michael A. Weber, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, zum Thema „Ambulantisierung – Die Mauer muss weg“. Dabei beleuchteten sie die Ursachen der Schnittstellenprobleme, die zwischen ambulant und stationär auftauchen, und wogen eine sektorenenabhängige Vergütung ab.

Weitere Themen der Webinare waren der Neustart der MDK-Prüfungen, Interimsmanagement, Fusionen und Übernahmen, die Reha-Qualitätsbemessung sowie die Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik.

Absage von Spahn an pauschalen Schutzschirm für Kliniken

Auch Bundesgesundheitsminister Spahn kam letztlich eine Woche später zu Wort. In einem Live-Interview am Donnerstag, den 26. März 2020 mit Florian Albert beantwortete er Fragen zum Schutzschirm für Krankenhäuser, der einen Tag zuvor im Bundestag verabschiedet worden war. Dieses neue Krankenhausentlastungsgesetz wird allerdings kein gezwölfteltes Jahresbudget beinhalten, wie die DKG es forderte: „Es klingt einfach, ein Zwölftel des Budgets zu überweisen, ist aber regelungstechnisch völlig jenseits dessen, was wir im SGB V und im Krankenhausgesetz an Regelungen haben“, begründete Spahn. „Das sind völlig neue Abrechnungswege und Modalitäten. Völlig losgelöst von Nachweisen können wir auch in einer Lage wie dieser nicht zielgerichtet steuern. Der Pflegezuschlag ist schon eine enorme Vereinfachung, ebenfalls die Reduzierung der MDK-Prüfungen auf fünf Prozent. Aber ganz ohne Wahrheit geht es nicht, in keinem System.“

Nach Kritik an Spahns erstem Gesetzesentwurf besserte er noch einmal nach. Nun erhalten Kliniken für jedes Intensivbett 50.000 Euro, eine pauschale Pflegekostenfinanzierung mit 185 Euro pro Pflegeplatz sowie eine Pauschale von 560 Euro für Kliniken, die Operationen und Behandlungen verschieben. Auf die Frage, wie es mit der deutschen Krankenhauslandschaft hinsichtlich einer Strukturbereinigung nach der Krise weitergehe, antwortete Spahn: „Pandemieplanung haben wir natürlich alle in unseren Büchern stehen, aber hinreichend geübt haben wir sie meist nicht. Wir merken, dass die Krankenhaus- und Pandemieplanung besser konzeptionell zusammengedacht werden. Das heißt nicht, weniger oder mehr Häuser. Das heißt für mich eine noch bessere Abstimmung.“ ■

Ein Mitschnitt des virtuellen DRG-Forums ist abrufbar unter <https://kurzlink.de/DRG-Forum>

Damaris Schlemmer

geb. 1992, ist Redakteurin bei Dr. med. Mabuse. redaktion@mabuse-verlag.de

Abschied nehmen im kleinsten Kreis

Verbundenheit und Kreativität in Zeiten von Corona

Derzeit dürfen Trauerfeiern auf dem Friedhof, wenn überhaupt, nur noch im engsten Kreis stattfinden, und dann draußen vor der Trauerhalle oder am Grab. Fünf bis zehn Menschen, wo sonst oft viel größere Kreise zusammenkamen. Die Bundesländer haben hier verschiedene Regelungen. Bei den örtlichen Friedhofsverwaltungen erfahren Angehörige die jeweils mögliche Anzahl an Trauergästen und ob der Pfarrer oder die Trauerrednerin mitgezählt wird oder nicht. Von Todesanzeigen, die über die Bestattung informieren, wird offiziell abgeraten. Die Blumenläden haben geschlossen. Ob und wo Blumenschmuck für die Bestattung noch telefonisch bestellt werden kann, muss organisiert werden.

Unter normalen Umständen sterben täglich etwa 2.600 Menschen in Deutschland einen überwiegend natürlichen Tod, ohne Viruserkrankung. Sehr viele nahe Angehörige müssen nun in diesen Zeiten allein am Grab stehen, ohne Unterstützung aus dem Freundeskreis oder ihrem sozialen Umfeld.

Manche Gedenkfeiern können vielleicht später nachgeholt, Urnen auch später beigesetzt werden. Aber in den Tagen nach dem Tod ist der Kreis der Menschen, die sich gegenseitig unterstützen und ihre Trauer teilen, besonders wichtig: Es fehlen liebevolle Umarmungen und ein warmer Händedruck. Das ist nicht nur in der Trauer tröstlich, wenn Worte fehlen. Es hilft allen Trauernden, auch jenen, die nicht zum „engsten Kreis“ gehören und die bereits unter normalen Umständen nicht immer nach ihrem Bedürfnis Abschied nehmen können, weil ihre nahe Beziehung nicht „offiziell“ ist. Gerade Menschen, die ihre/n Lebenspartner/in verloren haben, sind jetzt meist ganz allein in der akuten Trauerzeit. Und so manche müssen ohne ihre Lieben sterben – isoliert in Pflegeheimen oder weil sie mit COVID-19 infiziert in Kliniken sterben. Es gibt Richtlinien vom Robert Koch-Institut im Umgang mit diesen Verstorbenen. Diese Vorsichtsmaßnahmen können von BestatterInnen in der Regel befolgt werden. Wenn sie eingehalten werden, ist auch das Abschiednehmen von mit COVID-19 infizierten Verstorbenen grundsätzlich möglich.

Lassen wir uns also nicht entmutigen. Wir können Botschaften der Verbundenheit an die nahen Angehörigen schicken, auf dem Postweg,

als Video oder Musik: Gute Wünsche, ein letztes „Danke“ und Erinnerungen, die eventuell vom Pfarrer oder der Rednerin bei der Bestattung vorgelesen werden können. Manches davon kann vom engen Kreis auf den Sarg geschrieben, kleine Botschaften und Geschenke können ins Grab mitgegeben werden. Blumen, Zweige und anderes dürfen auch aus der Natur oder dem Garten kommen und vieles mehr. Bleiben wir kreativ und in Verbindung – jetzt mehr denn je.

Berührend schöne Abschiedsmomente gibt es immer noch. Wie bei der alten Dame, die bis wenige Tage vor ihrem Tod von ihren Töchtern zu Hause gepflegt und versorgt wurde. Sie war nicht mit COVID-19 infiziert und so haben wir die Verstorbene aus der Klinik noch einmal für ein paar Stunden in ihr Zuhause gebracht. Dort konnte dann in aller Ruhe Abschied genommen werden. Die Töchter teilten Erinnerungen und jede hielt zärtlich eine Hand ihrer Mutter. Die Musik für die Trauerfeier haben ihre Enkel aufgenommen und sie wurde bei der Bestattung am Grab abgespielt. Sie gaben ihr dieses Geschenk mit auf den Weg, weil sie nicht alle dabei sein durften.

Oder der alte Mann, der im Pflegeheim gestorben ist, auch er nicht mit COVID-19 infiziert. Besuch durfte er, wie alle im Heim, schon eine Weile nicht mehr bekommen, aber nach seinem Tod beschloss der Heimleiter, dass zwei Angehörige für eine gute Stunde zu ihm ins Zimmer durften. Ansteckungsgefahr bestand nun für ihn nicht mehr. Von den anderen HeimbewohnerInnen konnte sicherer Abstand gehalten werden, Mundschutz und Händedesinfektion hatten wir dabei. Seine Tochter und ihr Mann waren noch einmal bei ihm und dann haben wir ihn liebevoll versorgt und in den Sarg gebettet. In Dankbarkeit für diese friedlichen Momente. ■



Ajana Holz

ist Bestatterin und hat 1999 DIE BARKE gegründet, um eine lebendige Bestattungskultur in diesem Land wieder aufzubauen und dafür zu sorgen, dass mit Toten und Trauernden liebevoll umgegangen wird.
<https://die-barke.de>

Akademisierung voranbringen

Kommentar zum Eckpunktepapier „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“

Ute Merz

Die 90. Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer hat im Juni 2017 angeregt, eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe einzurichten, die bis Ende 2019 einen Aktionsplan für eine bedarfsorientierte Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen sowie eine Neustrukturierung der Aufgaben- und Kompetenzprofile erstellen sollte. Am 5. März 2020 hat das Bundesministerium für Gesundheit das 13-seitige Eckpunktepapier „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ aus der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorgestellt. Unsere Autorin kommentiert das Papier als Vertreterin des Bündnisses „Therapieberufe an die Hochschule“.

Das vor Kurzem vorgestellte Eckpunktepapier fasst die Vorschläge zur künftigen Ausgestaltung der beruflichen Ausbildungen in Gesundheitsfachberufen zusammen, die seit dem Frühjahr 2018 unter der Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) in der Arbeitsgruppe gemeinsam entwickelt wurden. Eingeschlossen sind darin Diätassistenten, Ergotherapeuten, Logopäden, Masseure und medizinische Bademeister, Medizinisch-technische Assistenten für Funktionsdiagnostik, Medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten, Medizinisch-technische Radiologieassistenten, Orthoptisten, Physiotherapeuten, Podologen sowie Pharmazeutisch-technische Assistenten und Anästhesie- und Operationstechnische Assistenzberufe.

Die bestehenden Berufsgesetze für diese Berufsgruppen sind rund zwanzig oder deutlich mehr Jahre alt. Deshalb sieht der Koalitionsvertrag für die aktuelle Legislaturperiode des Bundes vor, die Ausbildung der Gesundheitsfachberufe im Rahmen eines Gesamtkonzeptes neu zu ordnen und zu stärken. Erste Schritte hin zu einer Öffnung der Berufsgesetze für ein primärqualifizierendes Studium (staatliche Prüfung plus Bachelorabschluss) erfolgte für einige dieser Berufe bereits 2009 im Rahmen der Modellklausel (siehe <https://kurzlink.de/Modellklausel>).

An der Entwicklung des „Gesamtkonzept Gesundheitsfachberufe“ waren die Berufsverbände

sowie weitere Interessengruppen im Rahmen einer außerparlamentarischen Verbändebefragung mittels eines schriftlichen Fragenkataloges eingebunden.

Folgende Themenschwerpunkte hat die Bund-Länder-Arbeitsgruppe im Eckpunktepapier gesetzt:

► **Schulgeldabschaffung:** Der Zugang zu den Berufen soll ohne finanzielle Hürden erfolgen.

► **Revision der Berufsgesetze:** Die Berufsgesetze einschließlich der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen werden modernisiert, kompetenz- und in der Lehre qualitätsorientiert ausgestaltet, die Möglichkeit von Teilzeitausbildungen wird angesprochen.

► **Durchlässigkeit der Ausbildungen:** Diese soll horizontal zwischen den Ausbildungsberufen sowie vertikal hin zum Studium ermöglicht werden.

► **Akademisierung und Einführung eines Direktzugangs:** Für jeden Beruf soll gesondert geprüft werden, ob eine akademische Ausbildung in Betracht kommt und wenn ja, in welchem Ausmaß (Teil- oder Vollakademisierung). Dabei sind insbesondere die Teilbarkeit des Tätigkeitsspektrums (verschiedene Niveaus), die Größe der Auszubildendengruppe, der schon bestehende Akademisierungsgrad und der Anteil der Auszubildenden mit (Fach-)Hochschulreife relevant. Des Weiteren soll auch die Einführung eines Direktzugangs für jeden Gesundheitsfachberuf gesondert geprüft werden.

► **Ausbildungsvergütung:** Soll in den Berufsgesetzen als Bestandteil der Ausbildungsverträge verankert werden, für die akademisierten Ausbildungsgänge ist die Vergütungsfrage gesondert zu prüfen.

► **Neu zu regelnde Berufe:** Es sind keine Berufe unterhalb der fachschulischen Ausbildung auf Assistenz- oder Helferniveau vorgesehen.

► **Finanzierung:** Die Finanzierung der (staatlichen) Schulen und Hochschulen erfolgt verfassungsgemäß durch die Länder, als weitere mögliche Finanzierungsträger werden der Bund und die Sozialversicherungsträger genannt. Eine Arbeitsgruppe „Wissenschaft und Gesundheit“ soll bei der Finanzierungsfrage weiter beraten.

Erhöhte Anforderungen an die Ausbildung

Das Bündnis „Therapieberufe an die Hochschulen“ erkennt an, dass die Bund-Länder-Arbeitsgruppe in dem Eckpunktepapier die zukünftigen



In diesem Bündnis haben sich mit dem Deutschen Bundesverband für Logopädie e. V. (dbf), dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten e. V. (DVE), dem Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e. V. (HVG), dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e. V. (IFK), dem Deutschen Verband für Physiotherapie e. V. (PHYSIO-DEUTSCHLAND), dem Verbund für Ausbildung und Studium in den Therapieberufen (VAST), dem Verband Physikalische Therapie e. V. (VPT) und dem Fachbereichstag Therapiewissenschaften (FBTT) die mitgliederstärksten Berufs- und Ausbildungsverbände dieser Berufsfelder zusammengeschlossen. Gemeinsam repräsentiert das Bündnis die führenden Zusammenschlüsse der Hoch- und Berufsfachschulen sowie über 130.000 Ausübende und Auszubildende der Gesundheitsfachberufe Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie, die die künftige Patientenversorgung in Deutschland gewährleisten sollen. Dies ist der Großteil der jeweiligen organisierten Arbeits- und Ausbildungsleistenden.

Parallelität der Ausbildungsformen ganze Berufsgruppen spaltet. Dieser Ansatz löst nicht die Herausforderung, mittelfristig eine flächendeckende wohnortnahe Patientenversorgung auf erforderlich hohem Niveau zu sichern.

Die Herausforderungen im Gesundheitswesen erfordern eine Erhöhung des Ausbildungsniveaus, was nur mit einer vollständigen hochschulischen Verankerung der Berufsausbildung der Therapieberufe erreicht werden kann. Das Nebeneinander von verschiedenen Ausbildungswegen in der jeweiligen Profession bringt schon heute für alle Beteiligten – Berufseinsteigende, Arbeitgebende sowie PatientInnen – enorme Verunsicherung und Unklarheit mit sich und wird durch das Bündnis „Therapieberufe an die Hochschulen“ als nicht zukunftsfähig gewertet.

Mit der Verortung unserer Berufsausbildungen an Berufsfachschulen nimmt Deutschland europaweit aktuell schon eine Sonderstellung ein, was zu einer gravierenden Benachteiligung der Berufsangehörigen in Bezug auf die Berufsankennung führt und damit auch die Durchlässigkeit zum europäischen Arbeitsmarkt gefährdet. Darüber hinaus sind Berufsfachschulen aufgrund ihres Auftrags und

ihrer Strukturen keine Institutionen, an denen wissenschaftlich reflektierende PraktikerInnen ausgebildet werden können. Evidenzbasierte Diagnostik und Interventionen, die komplexen Versorgungsbedarfen gerecht werden, erfordern eine wissenschaftliche Qualifikation aller Berufsangehörigen. Das Nebeneinander von schulischer und hochschulischer Ausbildung muss daher vollständig an die Hochschulen überführt werden, um die Qualität und Attraktivität der Ausbildungen zu steigern. Hochschulische Ausbildungen sichern die Patientenversorgung, indem sie die jeweilige Fachexpertise durch Wissenschaft und Forschung weiterentwickelt.

Praxisnähe auch an der Hochschule gesichert

Die Sorge, dass eine hochschulische Ausbildung nicht zur Therapie mit PatientInnen qualifiziert, ist schon aufgrund des hohen praktischen Ausbildungsanteils im Studium unbegründet. Dieser ist in keinem zur Therapie qualifizierenden Studium geringer als in einer berufsfachschulischen Ausbildung. Davon abgesehen würde auch niemand ÄrztInnen Praxisferne vorwerfen, weil sie an einer Universität ausgebildet wurden.

Das Bündnis „Therapieberufe an die Hochschulen“ ist davon überzeugt, dass die erforderlichen Studienkapazitäten für eine flächendeckend hochschulische Ausbildung in den Fachrichtungen Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie in einem sukzessiven Transformationsprozess innerhalb der nächsten zehn Jahre erreicht werden können und müssen. Voraussetzung dafür ist allerdings der politische Wille und die Einsicht, dass dieser Schritt längst überfällig ist. ■

Ute Merz

ist Physiotherapeutin und Referatsleiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit beim Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V. kontakt@bueundnis-therapieberufe.de

Herausforderungen im Gesundheitswesen bestätigt. Aber aus Sicht des Zusammenschlusses der acht mitgliederstärksten Berufs-, Hochschul- und Berufsfachschulverbänden leitet die Arbeitsgruppe daraus noch nicht die erforderlichen nächsten Maßnahmen ab.

Um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu sichern und den veränderten Versorgungsbedarfen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sowie der Zunahme chronischer Erkrankungen gerecht zu werden, ist ein erhöhtes Anforderungsprofil bei der Ausbildung der Gesundheitsfachberufe unabdingbar. Das Eckpunktepapier sieht dazu ausdrücklich vor, dass die Ausbildungen „insbesondere zur evidenzbasierten Entscheidungsfindung und zu evidenzbasiertem Handeln in der individuellen Patientenversorgung befähigen und Kompetenzen zur Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit vermitteln“ sollen.

Die Empfehlung der Arbeitsgruppe für eine künftige vollakademische Ausbildung in der Logopädie ist ein erstes richtiges Signal. Im Hinblick auf die gestiegenen Bedarfe in der Versorgung müssen die Angehörigen der Gesundheitsberufe ihr eigenes Handeln auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und Evidenz reflektieren und kritisch hinterfragen können. Dafür bildet die primärqualifizierende Ausbildung zum Erreichen des Bachelor-Grades die entsprechende Voraussetzung – und das nicht nur für die Logopädie. Die angedachte gesetzliche Festschreibung einer „Teilakademisierung“, also das Nebeneinander von hochschulischen und berufsfachschulischen Abschlüssen bei den übrigen Therapieberufen, wäre ein massiver Rückschritt und keine Weiterentwicklung dieser systemrelevanten Berufe. Diese Berufe sind in ihren Tätigkeitsfeldern unteilbar.

Nebeneinander verschiedener Bildungswege nicht zielführend

Die bisherigen Erfahrungen insbesondere in der Ergotherapie und der Physiotherapie zeigen bereits heute, dass diese Pa-



Sandra Kochs leitet die
Coronavirus-Einsatzzentrale
im Rathaus Berlin-Wedding.
Foto: Julia Weiss/Der Tagesspiegel

Arbeitsalltag in der Krise

Die Rolle der Gesundheitsämter in der Corona-Pandemie

Dagmar Starke

Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird in der breiten Öffentlichkeit kaum wahrgenommen, auch während der aktuellen Corona-Pandemie wird nur wenig über die Arbeit und die Rolle der Gesundheitsämter berichtet. Unsere Autorin erläutert, welche wichtigen Aufgaben und Herausforderungen dort tagtäglich bewältigt werden müssen.

Die mediale Aufmerksamkeit für das Gesundheitssystem ist in dieser Zeit ausgesprochen hoch. Im Kontext der Corona-Krise richtet sich der Blick vor allem auf die Kapazitäten der stationären Versorgung und die Intensivmedizin, auf die Fallzahlen zur Verbreitung von COVID-19 in der Bevölkerung sowie die Mortalität. Wenig Beachtung – und wenn doch, dann oftmals mit unrichtigen Unterstellungen und Annahmen – erfährt das Öffentliche Gesundheitswesen, mit Ausnahme des Robert Koch-Instituts, dessen Expertise und Lageeinschätzung hohe Aufmerksamkeit erhält. Insbesondere der Öffentliche Gesundheits-

dienst (ÖGD) in den Städten und Landkreisen, der unmittelbar in das Ausbruchmanagement vor Ort involviert ist, kommt zumindest in den überregionalen Medien, die in erster Linie von der Bevölkerung wahrgenommen werden, kaum vor. Positive Ausnahmen gibt es vor allem in regionalen Informationsangeboten, etwa im *Tagesspiegel* aus Berlin vom 25. März 2020 (<https://ogy.de/0duu>) oder in der Sendung „Lokalzeit“ aus Düsseldorf vom 26. März 2020. Nur gelegentlich wird in die wöchentlichen Fernsehtalkshows, so bei „Maischberger“ am 18. März 2020, neben VirologInnen ein/e VertreterIn des Öffentlichen Gesundheitsdienstes eingeladen (<https://ogy.de/06k4>).

Aufgaben der Gesundheitsämter gemäß Infektionsschutzgesetz

Der Zweck des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist es, übertragbare Krankheiten bei Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern (§ 1 IfSG).

Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und Nachweise von Krankheitserregern werden anhand der Falldefinitionen bewertet, die vom Robert Koch-Institut entsprechend den epidemiologischen Erfordernissen formuliert wurden. Die Übermittlung erfolgt in der Regel spätestens am folgenden Arbeitstag durch das Gesundheitsamt an die zuständige Landesbehörde sowie von dort spätestens am folgenden Arbeitstag an das Robert Koch-Institut (§ 11 IfSG). Im Falle einer gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite (PHEIC) übermitteln das Gesundheitsamt und die Landesbehörde unverzüglich auf elektronischem Weg – das ist jetzt der Fall.

Damit einher geht die Veranlassung von antiepidemischen Maßnahmen, um die Weiterverbreitung der Erkrankung zu verhindern. Die Gesundheitsämter müssen – wenn notwendig – Schutzmaßnahmen initiieren, wie die Quarantänisierung von Personen oder Gruppen und deren Beobachtung (§ 28ff. IfSG). Bei anderen Erkrankungen als COVID-19 umfasst das auch die Einleitung von Chemoprophylaxe, Riegelungsimpfungen und Postexpositionsprophylaxe.

Kontaktermittlung und Information

Was zunächst vielleicht aussieht wie eine einfach umzusetzende Aufgabe, stellt sich in der Realität des Arbeitsalltages in der Corona-Krise anders dar. Sobald die Meldung eines Falles eintrifft, hat das Gesundheitsamt die Aufgabe, die Kontakte

der betroffenen Person zu ermitteln und nachzuverfolgen. Dabei kann die Anzahl der Kontakte zwischen einer und mehreren hundert Personen liegen. Diese aufwendig zu machen, gestaltet sich als „intensive Detektivarbeit“, schildern der *Tagespiegel* in seinem Bericht über das Einsatzzentrum in Berlin-Wedding und die *Welt* zu Berlin-Spandau (<https://ogy.de/0duu>; <https://ogy.de/0qya>).

Insbesondere Personen, die sich nicht in klar umrissenen Settings bewegt haben, sondern beruflich viel unterwegs waren, stellen die Einsatzteams vor enorme Aufgaben. Direkte Kontakte eines Falles werden (orientiert an einem Flusschema des RKI) unter häusliche Quarantäne gestellt (<https://ogy.de/na6u>). Mit ihnen steht das Gesundheitsamt in telefonischem Kontakt, um über gegebenenfalls auftretende Symptome informiert zu sein oder bei anhaltender Symptommfreiheit die Quarantäne nach 14 Tagen wieder aufzuheben. Für medizinisches und Pflegepersonal oder Personen, die in kritischen Infrastrukturen (KRITIS) arbeiten, gelten andere Regelungen (<https://ogy.de/4t1v>).

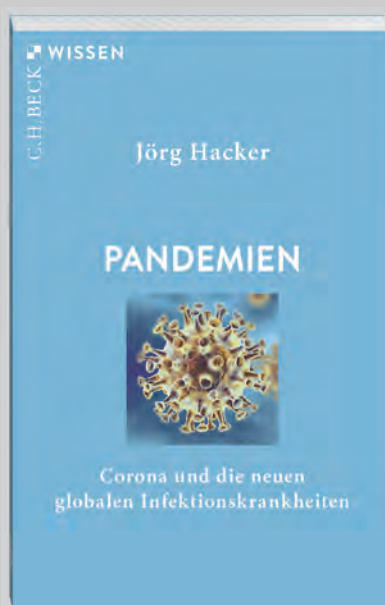
Aber es geht nicht nur um die Kontakt-ermittlung und Nachverfolgung. Viele Gesundheitsämter haben Hotlines eingerichtet. „Im Einsatzzentrum im Rathaus Wedding klingeln die Telefone im Minutentakt“ (<https://ogy.de/0duu>). BürgerInnen melden sich dort auch, wenn sie in Sorge sind, selbst an COVID-19 erkrankt zu sein und Symptome beobachtet haben. Hier können die Gesundheitsämter nur auf die hausärztliche Versorgung ver-

weisen, Tests können sie diesen Personen nicht anbieten.

Hohe Motivation gefordert

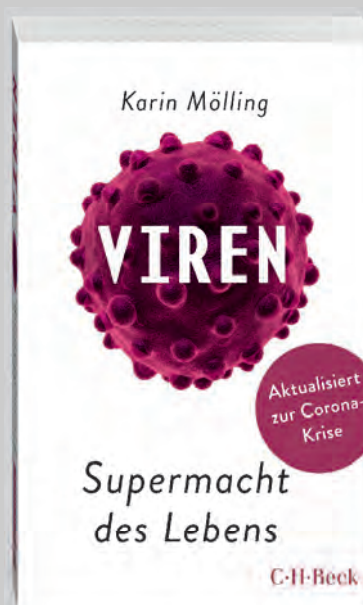
Eine besondere Rolle kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Koordination vieler Abläufe vor Ort zu – unabhängig davon, ob in kreisfreien Städten oder Landkreisen. Um die Kräfte zu bündeln, erfolgt eine Konzentration auf die aktuellen Aufgaben der Corona-Pandemie. Andere Arbeiten wie zum Beispiel zahnärztliche Untersuchungen oder Gruppenprophylaxe in Kindergärten und Schulen, Schuleingangs- oder amtsärztliche Untersuchungen sowie die Erstellung von Gutachten werden in den Gesundheitsämtern oft nicht mehr durchgeführt oder sind wegen der Schließung von Einrichtungen schlicht nicht mehr möglich. Viele Gesundheitsämter berichten von einer engen, guten Zusammenarbeit mit den örtlichen Krankenhäusern, den niedergelassenen ÄrztInnen und den leitenden NotärztInnen (<https://ogy.de/6qao>, <https://ogy.de/ho18>). In zahlreichen Städten und Landkreisen sind Krisenstäbe eingerichtet, in denen die Gesundheitsämter als ExpertInnen eingebunden sind.

Große Teile der Kommunalverwaltung sind für BürgerInnen geschlossen. Die zu meist fachfremden KollegInnen aus anderen Bereichen der Verwaltung werden abgeordnet, um den seit Jahren von teils massiven Personalkürzungen betroffenen Öffentlichen Gesundheitsdienst zu unterstützen. Gleichwohl sind die KollegInnen in den Gesundheitsämtern nicht vor



Mit Blick auf die aktuelle (Corona)-Situation erläutert der Band die Strategien zur Eindämmung von Pandemien sowie ihre Auswirkungen auf Wirtschaft, Politik und die Teilhabe am öffentlichen Leben.

128 S. Pb. € 9,95
ISBN 978-3-406-75792-1



«Eine hervorragende und kompetente Einführung in den aktuellen Stand der Wissenschaft und die offenen Fragen, denen diese sich gegenübersteht.»
Thomas Weber, FAZ

318 S., 26 Abb. Br. € 16,-
ISBN 978-3-406-76029-7

einem 2- oder 3-Schicht-System, Überstunden und Wochenendarbeit gefeiert. Unisono werden die hohe Motivation und die gute Form der Zusammenarbeit betont. Es sei ein guter Geist in der Gruppe, so der Leiter eines Gesundheitsamtes.

Gute Vernetzung zahlt sich aus

Weiterhin zahlt sich die seit Jahren bestehende Vernetzung im Gesundheitsbereich bei der Einrichtung sogenannter Abstrich-/ Diagnosezentren aus. Diese werden teils gemeinsam mit den niedergelassenen ÄrztInnen und der Kassenärztlichen Vereinigung realisiert, teils mit anderen Organisationen wie etwa dem Deutschen Roten

„Die Gesundheitsämter sind personell zu gering ausgestattet, um eine Pandemie erfolgreich zu bekämpfen.“

Kreuz. In Krefeld hat das Gesundheitsamt zum Beispiel eine Telefonhotline nur für die Terminvergabe im Diagnosezentrum eingerichtet. Mittlerweile werden dort drei Abstrichräume genutzt und rund 150 Abstriche pro Tag durchgeführt. Aufgrund der begrenzten Laborkapazitäten sind mehr Tests zurzeit nicht möglich. Für einen Termin gibt es im Moment Wartezeiten von ein bis zwei Tagen (<https://ogy.de/ho18>). Ein Landkreis berichtete zudem von einem bereits bestehenden E-Mail-Verteiler für ÄrztInnen, der nun den Nebeneffekt hatte, dass unversorgte Praxen von anderen mit persönlicher Schutzausrüstung unterstützt werden konnten.

Strukturen schaffen und Ängste ausräumen

Neben der Vernetzung und engen Kooperation sind für viele KollegInnen aus dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine gute Vorbereitung (Pandemieplan) und ein strukturierter Informationsaustausch zentrale Elemente im Arbeitsalltag in der Krise. Viele koordinieren zusätzlich zur Stabsarbeit mindestens einmal wöchentlich stattfindende Telefonkonferenzen mit den Leitungen der Krankenhäuser, den Rettungsstellen und Notaufnahmen, der Polizei und je nach Bedarf weiteren AkteurInnen.

Die Krise stellt den Öffentlichen Gesundheitsdienst vor große Herausforderungen. Insbesondere weiter steigende Fallzahlen und damit einhergehend eine höhere Zahl schwer erkrankter Personen, die hospitalisiert, isoliert und gegebenenfalls sogar intensivmedizinisch behandelt werden müssen, führen zu einer deutlichen Zunahme der Ängste und Sorgen in der Bevölkerung, mit denen die Gesundheitsämter vor Ort konfrontiert werden. Gleichzeitig müssen oftmals auch die Gesundheitsämter den BürgerInnen erklären, warum Laborergebnisse nicht zeitnah nach dem Abstrich zur Verfügung stehen. Insbesondere diejenigen Teile der Bevölkerung, die nicht medienaffin sind, erreichen manche Informationen nicht. Podcasts, so gut verständlich sie für viele Bevölkerungsteile sind, werden von manchen Medien verkürzt wiedergegeben, so dass dies Menschen verunsichert. In ihrer Not wenden sie sich auch an die Gesundheitsämter.

Die Kernaufgaben in der Krise sind zusammengefasst:

- Ermitteln und Anordnen (Erkrankungs- und Verdachtsfälle, Kontaktpersonenermittlung, Quarantäne- und Schließungsverfügungen) etc.;
- Beraten und Vermitteln von Informationen an BürgerInnen, ÄrztInnen, Krankenhäuser, Gemeinschaftseinrichtungen und Firmen (z.B. Hotlines, Sprechstunden, Kriseninterventionen);
- Organisation der Labordiagnostik (Abstrichzentren) und Schutzausrüstung vor Ort, im Idealfall in Zusammenarbeit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesärztekammern, sowie
- fachliche Expertise und Koordination (z.B. Mitarbeit im Krisenstab, Erstellung von Pandemieplänen, Beratung der Kommunalpolitik, Pressearbeit).

Unterstützung notwendig

Diese umfangreichen Aufgaben bringen die Gesundheitsämter an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit. Längst werden KollegInnen aus dem Ruhestand reaktiviert, um die Lage halbwegs beherrschen zu können. Der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hat die Initiative MEDIS4-ÖGD gestartet (<https://ogy.de/t2bl>), über 2.000 Medizinstudierende haben sich bereits registriert, um die Gesundheitsämter zu unterstützen. Auch das Robert Koch-Institut hatte einen Aufruf gestartet, hier

gingen Tausende von Bewerbungen ein. Geschult werden die Medizinstudierenden gemeinsam von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, dem Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und dem Robert Koch-Institut.

Die aktuelle Situation zeigt sehr deutlich, wo das Problem liegt: Die Gesundheitsämter sind personell zu gering ausgestattet, um eine Pandemie erfolgreich zu bekämpfen. Das sind die Folgen jahrelanger Sparpolitik. Hier ist sofort und dringend Korrektur notwendig, da die Krise noch länger andauern und viele Ressourcen erfordern wird.

Die KollegInnen in den Gesundheitsämtern arbeiten gemeinsam mit anderen Teilen der Verwaltung und vielen weiteren AkteurInnen unermüdlich für die Aufrechterhaltung und zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Ihnen gebührt ebenso viel Aufmerksamkeit, wie dies die ambulante und stationäre Versorgung zurzeit erfährt – und genau wie dort eine gerechte Vergütung ihrer Leistungen. ■

Danksagung

Für hilfreiche Kommentare zu dem Artikel bedanke ich mich bei KollegInnen aus dem ÖGD, die trotz allem die Zeit dazu gefunden haben, bei Dr. med. Ute Teichert, MPH, Direktorin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, sowie bei Dr. med. Claudia Kaufhold (BVÖGD).

Quellen

- www.bvoegd.de/medis4oegd
- <https://oegd.gmp-podcast.de/podcast/oegd016>
- www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Grafik_Kontakt_allg.pdf?__blob=publicationFile
- www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Grafik_Kontakt_HCW.pdf?__blob=publicationFile
- www.tagesspiegel.de/berlin/einsatz-in-der-pandemie-zentrale-so-kaempfen-berliner-gesundheitsaemter-gegen-das-coronavirus/25679756.html
- www.welt.de/wirtschaft/plus206704117/Corona-Berliner-Amtsärztin-Widders-jagt-das-Virus.html
- www.youtube.com/watch?v=IHF0IDtW6LA

Prof.in Dr. phil. Dagmar Starke

ist stellvertretende Leiterin der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und dort verantwortlich für die fachliche Koordination.
starke@akademie-oegd.de



Schwerpunkt:

Digitalisierung

In diesem Schwerpunkt befassen sich unsere AutorInnen mit dem Thema Digitalisierung, das im Gesundheitswesen inzwischen an unzähligen Punkten eine wichtige Rolle spielt: Christiane Fischer fragt nach Chancen und Risiken von großen Datenmengen in der Medizin. Wie es um den Datenschutz in der Arztpraxis und im Krankenhaus bestellt ist, beleuchtet Wilfried Deiß. Er macht auf mögliche Gefahren aufmerksam, die die Telematik-Infrastruktur birgt. Warum es aber ebenso wichtig ist, alle Gesundheitsfachberufe von Beginn an gleichberechtigt in die Telematik-Infrastruktur einzubinden, erläutern Katja Boguth und KollegInnen.

Können Informationen aus dem Internet die Selbstbestimmung von PatientInnen im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit stärken? Wie lassen sich gute von schlechten Informationen unterscheiden? Und welche Rolle spielen ÄrztInnen als Lotsen im „Informationsdschungel“? Diese und andere Fragen klärt Sonja Siegert in ihrem Beitrag. Barbara Knab hat untersucht, ob sich die psychische Gesundheit auch auf digitalen Wegen unterstützen lässt. Sie stellt unterschiedliche Möglichkeiten vor, die in der Praxis bereits genutzt werden. Und schließlich befasst sich Veit Wambach mit dem Einfluss der Digitalisierung auf die Arzt-Patienten-Beziehung.





Schadet oder nutzt Big Data?

Über Chancen und Risiken von Datenmengen im Gesundheitswesen

Patientendaten vernetzen und Zusammenhänge aufdecken – das soll mit Big Data gelingen.
Foto: istockphoto.com/gremlin

Christiane Fischer

„Nihil nocere“, vor allem nicht schaden: Die Schadensabwehr sollte immer die oberste Maxime der Medizin sein. Dies muss auch für den Umgang mit großen medizinischen Datenmengen gelten. Birgt Big Data mehr Nutzen oder mehr Schaden für den einzelnen Menschen? Welche Chancen und Risiken bieten große Datenmengen in Bezug auf die unveräußerlichen Rechte des Individuums und seine oder ihre Selbstbestimmung? Steht Big Data für gesellschaftlichen Fortschritt oder führt es zu einem Rückschritt? Zu diesen Fragen sucht unsere Autorin Antworten.

Nur ein strenger Datenschutz garantiert die Rechte des einzelnen Menschen und das Gemeinwohl. Er ist für einen freiheitlichen und sozialen Rechtsstaat konstitutiv. Dazu im Gegensatz stehen die Wünsche der (Gesundheits-)Wirt-

schaft nach einem immer umfassenderen Einblick in alle Lebensbereiche der Menschen.

Dennoch birgt Big Data ein großes Potenzial: Bei der Behandlung von diversen Erkrankungen wie zum Beispiel Ebola, Tuberkulose oder Malaria werden Daten gesammelt. So können zum Beispiel Public Health-Probleme wie die Ebola-Krise mithilfe solcher Datenmengen durch die Forschung angegangen werden. Es werden Zusammenhänge von Gesundheit und ihren sozialen und gesellschaftlichen Determinanten wie bei der Tuberkulose erkannt. Und es können neue Ansätze zur gesundheitsförderlichen Gestaltung verschiedenster Lebensbereiche wie etwa beim Tabakkonsum erarbeitet werden. In diesen Fällen könnten die Daten von Nutzen sein, um die schwerwiegenden Erkrankungen besser behandeln zu können. Aber die Nutzung von Daten muss bestimmten Regelungen unterliegen.

Wann bringt Big Data Nutzen?

Big Data erweist sich erst dann für die Gesundheitsvorsorge und die Medizin als nutzbringend, wenn der oder die Einzelne als EigentümerIn seiner/ihrer personenbezogenen Daten zu jedem Zeitpunkt entscheiden kann, wem er oder sie diese in welchem Umfang – auch im Falle der Sekundärnutzung¹ – zur Verfügung stellt. Das heißt: Der oder die BesitzerIn der Daten muss immer gefragt werden. Nur dann können Daten zum Nutzen aller und des/der Einzelnen verwendet werden. Der Datenschutz muss eine absolute Ausschlussmacht gegenüber Dritten

tungsstrategien festgeschrieben werden. Die Speicherung und Analyse personenbezogener Daten darf nur im eng definierten Rahmen und nur mit Einwilligung der Betroffenen erlaubt sein. Weitere Schutzmechanismen müssen außerdem Datensparsamkeit und eine Zweckbindung beinhalten. Zusätzlich müssen analoge Schutzräume im Gesetz festgeschrieben werden, etwa Praxen, die nur analog arbeiten. Nur durch diese Instrumente wird der Ausbau des Persönlichkeitsschutzes und des Datenschutzes gewährleistet – und somit eine bestmögliche Datensouveränität und Selbstbestimmung implementiert.

„Datenschutz ist ein sehr hohes Gut und muss deshalb auch regulatorisch und strafrechtlich abgesichert werden.“

bedeuten. Er ist ein sehr hohes Gut und deshalb auch regulatorisch und strafrechtlich abzusichern. Nur so kann die Selbstbestimmung gewährleistet werden, die der informierten Einwilligung zugrunde liegt.

Der Datenschutz bedarf daher einer präziseren gesetzlichen Regelung im Bundesdatenschutzgesetz. Darin sollten geeignete Schutzmechanismen und Gestal-

Überwiegen Chancen oder Risiken?

Ob Big Data in diesem Sinne im Gesundheitsbereich eher Chancen oder vermehrt Risiken bietet, entscheidet sich daher an folgenden Bedingungen:

► Keine zentrale Speicherung von PatientInnendaten

Daten von PatientInnen sind prinzipiell nicht auf zentralen Servern, sondern auf dezentralen Speichermedien, in der Regel in der Hand der PatientInnen zu speichern. Alternativ können die Daten verschlüsselt beim Hausarzt oder der Hausärztin gespeichert werden. Die Entscheidung zur – auch begrenzten – Freigabe liegt in der Hand der PatientInnen und/oder sollte gemeinsam mit dem Hausarzt oder der Hausärztin getroffen werden. Insbeson-

dere jegliche personenbezogenen Daten, einschließlich derer, die mit der elektronischen Gesundheitskarte erhoben werden, dürfen nicht zentral und nicht ohne strikte individuelle Zustimmung im Falle der Primär- und Sekundärnutzung gespeichert werden. Die elektronische Gesundheitskarte muss ebenso an die strikte individuelle Zustimmung gebunden werden.

Nach dem Vorsorgeprinzip ist der Datenschutz, etwa bei der elektronischen Patientenakte, bisher nicht gewährleistet. Durch das Vorsorgeprinzip sollen Gesundheitsgefahren im Vorfeld vermieden oder zumindest verringert werden. Es ist eine Risiko- oder Gefahrenvorsorge.

► Die Zustimmung der Versicherten hat Priorität vor anderen, auch vor Forschungsinteressen

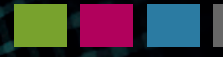
In diesem Sinne muss eine Einsicht Dritter in die dezentralen Datenspeicher ohne Zustimmung der Versicherten auch für die Sekundärnutzung verboten bleiben. Das betrifft auch den Austausch und die Integration von gesundheitsrelevanten Daten zwischen vielfältigen institutionellen Akteuren. Technologische Sicherheitsvorkehrungen müssen getroffen werden, wie etwa eine effektive Anonymisierung und Pseudonymisierung, die Rückschlüsse auf die Person unmöglich machen.

Immer wieder werden Forschungsinteressen als Gegenargument zum Datenschutz aufgeführt. Dies ist bei einer bedarfsorientierten Forschung jedoch nicht der Fall. Die Erforschung insbesondere seltener Erkrankungen steht nur in einem



TECHNISCHE UNIVERSITÄT
KAISERSLAUTERN

DISTANCE AND INDEPENDENT
STUDIES CENTER





FERNSTUDIUM NEBEN DEM BERUF

TECHNOETHIK

ZERTIFIKAT

NEU

INFOS UNTER
WWW.ZFUW.DE

-  2 SEMESTER / 100 CME-PUNKTE FÜR
ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
-  ONLINEBASIERT, PRÄSENZ NUR
EINMAL PRO SEMESTER (FR-SO)

-  BEGINNT IM OKTOBER JEDEN JAHRES
-  STUDIUM AUCH OHNE ERSTEN
HOCHSCHULABSCHLUSS MÖGLICH

-  SPEZIALISIERUNGEN:
- TECHNOETHIK DER MEDIZIN
- TECHNOETHIK DER INFORMATIK

scheinbaren Widerspruch zu einer Datensouveränität, da gesetzgeberische Regulierungsmaßnahmen den Bedarf unabhängig feststellen und Scheininnovationen somit verhindern.

Datenschutz – also das Recht der oder des Einzelnen an seinen und ihren Daten – muss daher auch einen höheren Stellenwert gegenüber Forschungsinteressen behalten. Im Sinne des Vorsorgeprinzips ist die Vorab-Analyse möglicher Folgen neuer Verfahren auf den Datenschutz und die informationelle Selbstbestimmung geboten (Datenschutz-Folgeabschätzung).

„PatientInnendaten sind nach Warnungen des FBI auf dem Schwarzmarkt zehnmal teurer als Kreditkartennummern.“

Die technische Realisierung der Auswertung von Datenmassen muss demzufolge rechtlich eingeschränkt werden, so dass Anwendungen möglich sind, jedoch personenbezogener Missbrauch in jedem Fall verhindert wird. Analog dem Gendiagnostikgesetz muss es dezidierte Verbote von diskriminierenden Verwendungen personenbezogener Daten geben.

► Gesetzliche Regelungen statt freiwilliger Selbstkontrollen

Eine Absicherung für persönliche Daten darf nur durch gesetzliche und regulatorische Verpflichtung und nicht durch freiwillige Selbstkontrollen und Selbstregulierungsmaßnahmen geschehen. So bleibt offensichtlich, was erlaubt und was Missbrauch ist. Selbstregulierung funktioniert nicht, denn dadurch entwickeln Industrieverbände ihre eigenen Kodizes und schaffen eigene (Pseudo-)Verfahren, um auf Beschwerden nicht reagieren zu müssen. Dann wird Selbstregulierungsgremien die Verantwortung dafür übertragen, dass ihre jeweiligen Mitglieder sich an die Regeln halten und dass bei Bedarf – aber nur theoretisch – Abhilfemaßnahmen und Sanktionen angewendet werden. In der Praxis geschieht das jedoch fast nie.

Sich auf Koregulierungsmaßnahmen wie etwa auf wirtschaftsinterne Kontroll-

mechanismen bei der Vergabe eines „Datengütesiegels“ zu verlassen, ist naiv. So zeigen die Datenskandale im Sommer 2017 bei dem Datendienstleister Equifax mit 143 Millionen betroffenen KundInnen das Versagen von internen Kontrollmechanismen.² PatientInnendaten sind zudem nach Warnungen des FBI auf dem Schwarzmarkt zehnmal teurer als Kreditkartennummern.³ Bereits 2015 erbeuteten Hacker beim zweitgrößten amerikanischen Gesundheitsdienstleister Anthem Inc. Gesundheitsdaten von 80 Millionen AmerikanerInnen.⁴

► Öffentliche Forschung für eine bedarfs- statt marketingorientierte Forschung

Die Erprobung von innovativen Konzepten ist vorrangig durch öffentliche Forschung oder öffentlich kontrollierte Forschung durchzuführen. Dies gewährleistet die Umsetzung einer bedarfs- statt einer marketingorientierten Forschung und Entwicklung. Die Gelder für Forschung und Entwicklung müssen dabei von den Ausgaben für den Verkauf entkoppelt werden (Delinkage). Unter Wahrung eines strengen Datenschutzes sind Patente und andere Monopole zu untersagen.

► Recht auf Vergessen

Auf der technischen Ebene ist es ein Erfordernis des Datenschutzes, bereits in der Entwicklungsphase von Hardware, Software und Algorithmen Sicherheitslevel zu definieren und auf unterschiedliche Schutzgüter anzuwenden. Den Betroffenen muss die Einwilligung und ein „Recht auf Vergessen“ eingeräumt werden, um die personenbezogenen Daten nachzuverfolgen und gegebenenfalls ausnahmslos löschen zu lassen. Entsprechend hierzu sind die Hersteller zu verpflichten, schon bei der Planung und Herstellung neuer Produkte darauf zu achten, dass diese den Grundprinzipien des Datenschutzes ohne Ausnahme entsprechen (privacy-by-design) und somit ein kompletter Schutz der Privatsphäre gewährleistet ist.

► Bedingungen für eine Datenspende zur Vermehrung des Gemeinwohls

Die Schaffung der rechtlichen Möglichkeit für Individuen, ihre Daten für medizinische Forschung zu spenden, sowie das Zur-Verfügung-Stellen von personenbezogenen Daten darf nur unter Wahrung eines strengen und effektiven Datenschutzes mit konkreter Zweckbindung und nur

für öffentliche Forschung geschehen. Eine obligatorische Datenspende muss ausgeschlossen werden. Denn dies stellt einen missbräuchlichen Datenzugriff dar und dieser – auch bei einer Sekundärnutzung – muss strafrechtlich sanktioniert werden. Dies ist zur Vermehrung des Gemeinwohls notwendig. Es ergänzt die Forderung, PatientInnendaten primär auf dezentralen Speichermedien in der Hand der PatientInnen zu speichern.

► Eigentum an Daten

Das Auskunftsrecht des Einzelnen über die zu seiner Person gespeicherten Daten reicht nicht mehr aus. Nur wenn transparent ist, welche Daten in die jeweiligen Auswertungen und Bewertungsprozesse einfließen, nach welchen Kriterien die Klassifikation erfolgt und wie sie Entscheidungen beeinflussen, lassen sich Aussagen zu deren Rechtmäßigkeit und ethischer Vertretbarkeit gewinnen. Das Eigentum an Daten ist sicherzustellen. Es beinhaltet eine Ausschlussmacht gegenüber Dritten.

Fazit

Sollten ein umfassender Datenschutz, die Umsetzung effektiver Anonymisierungs- und Pseudonymisierungsstandards und das Recht auf Vergessen nicht gewährleistet werden können, wäre ein Verzicht auf die Nutzung von Big Data zu Forschungszwecken oder anderen Anwendungen die notwendige Folge. ■

Anmerkungen

- 1 Daten, die für eine Krankheit freigegeben sind, sind dies nicht zwingend für eine andere Krankheit.
- 2 siehe <https://kurzlink.de/Equifax>
- 3 siehe <https://kurzlink.de/Patientendaten>
- 4 siehe <https://kurzlink.de/Anthem>

Was machen Sie lieber analog als digital?

„Generell führe ich wesentlich lieber analoge als digitale Unternehmungen durch.“



Foto: Reiner Zensen

**Dr. med.
Christiane Fischer**

geb. 1967, war 2012 bis 2020 Mitglied des Deutschen Ethikrates und hat 2018 ein Sondervotum zu Big Data verfasst.
jano.fischer@posteo.de



Foto: istockphoto.com/OrausFocus

Die Spreu vom Weizen trennen

Gesundheitsinformationen im Internet

Sonja Siegert

Es gibt eine riesige Vielfalt an Gesundheitsinformationen im Netz – von hochseriös bis hin zu Fake News. Sie zu beurteilen, zu verstehen und auf die eigene Situation anzuwenden, ist Teil der Gesundheitskompetenz. Wie kann diese gestärkt werden und welche Rolle kann dabei das Nationale Gesundheitsportal spielen?

Was könnte das merkwürdige Jucken für eine Ursache haben? Wo finde ich eine gute Frauenärztin? Was passiert eigentlich genau bei der Operation? Mit all diesen Fragen gehen die Menschen längst nicht mehr nur zur Ärztin oder zum Arzt, sondern auch ins Internet. Einer repräsentativen Umfrage der Bertelsmann Stiftung zufolge, die Internetnutzer zwischen 18 und 80 Jahren befragt hat, informiert sich die Hälfte der Befragten mindestens einmal im Monat im Internet über Gesundheitsthemen. 16 % tun dies sogar einmal pro Woche.¹

Die Gründe dafür, online nach Gesundheitsinformationen zu suchen, sind vielfältig. Oftmals wird ein Arztbesuch vorbereitet oder dort entstandene Fragen werden nachgeschlagen. Am häufigsten wurden als Gründe in der Studie jedoch angegeben, sich über gesundheitliche Risiken und Krankheiten allgemein zu informieren (73 %), Tipps

für eine gesündere Lebensweise zu finden (58 %) und sich selbst bei einem akuten Gesundheitsproblem helfen zu wollen (52 %). Aber auch kommunikative Bedürfnisse wurden genannt: so der Wunsch nach sozialer Unterstützung (16 %) und der Austausch von Erfahrungen und Meinungen (30 %).

Welche Informationen gibt es im Netz?

Das Internet ist voll von Gesundheitsinformationen – sehr gute, mittelmäßige und schlechte liegen dabei nur einen Klick voneinander entfernt. Es gibt zum Beispiel:

- hochwertige evidenzbasierte Informationen, die nach den Kriterien der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“² des Deutschen Netzwerks evidenzbasierte Medizin erstellt werden. Dazu gehören gesundheitsinformation.de, das Portal des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die Website der Stiftung Gesundheitswissen und das Internetportal patienten-information.de des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin,
- offizielle und verlässliche Informationen, etwa des Robert Koch-Instituts, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung oder des Krebsinformationsdienstes,
- das Online-Lexikon wikipedia.de,

- Informationen von Krankenkassen und Ärzteverbänden,
- seriöse Informationen kommerzieller Plattformen, zum Beispiel netdoktor.de, onmeda.de und apotheken-umschau.de,
- Arzt- und Klinikbewertungsportale wie jameda.de oder weisse-liste.de,
- Angebote der Pharmaindustrie, zum Beispiel meine-verhuetung.de,
- Informationen, die auf den ersten Blick neutral und hochwertig aussehen, aber als zweifelhaft eingestuft werden, wie die Seite zentrum-der-gesundheit.de,
- eine unüberschaubare Zahl an kleineren Websites, Blogs, Selbsthilfe-Präsenzen und Foren,
- YouTube-Videos, die von hochseriös bis hin zu Fake News alles abdecken
- und nicht zuletzt unzählige Social-Media-Inhalte, für die das Gleiche gilt.

Wie kann man gute von schlechten Informationen unterscheiden?

Die allermeisten Menschen suchen nach Gesundheitsinformationen über Suchmaschinen, und hier am häufigsten über Google. Der Bertelsmann-Studie zufolge sind 52 % der Menschen mit den Antworten, die sie finden, zufrieden. Dabei wird die Quelle einer Information aber nur selten hinterfragt. Und zwei Drittel der Internetnutzenden gaben an, dass es ihnen schwerfällt, im Wust an Informationen gute von nicht vertrauenswürdigen Angeboten zu unterscheiden.

Nicht allen Menschen ist zum Beispiel bewusst, dass die ersten Treffer bei Google oftmals gekaufte Werbeanzeigen sind (was gekennzeichnet ist, aber nur recht klein). Google bewertet zudem die Qualität der Inhalte nicht – auch wenn hochwertige Seiten durch den Algorithmus des Konzerns offenbar mittlerweile besser platziert werden als früher.

Grundsätzlich ist es wichtig, zu prüfen, wer das Angebot betreibt und finanziert, welches Interesse dahinter steckt, ob unrealistische Heilsversprechungen gemacht werden und/oder etwas verkauft wird. Ein Anhaltspunkt für die Qualität von gesundheitsbezogenen Websites ist der „HON-code“ der Stiftung Health on the Net – ein Siegel, das Websites tragen dürfen, die bestimmte Kriterien wie Angabe der Quellen, Offenlegung der Finanzierung, klare Trennung von Redaktion und Werbung sowie Qualifikation der AutorInnen erfüllen. Das IQWiG hat online einige Hinweise zusammengestellt, wie verlässliche Informationen im Netz zu erkennen sind (unter <https://kurzlink.de/IQWiG-Info>).

Die Gefahr schlechter Informationen

Falsche und irreführende Gesundheitsinformationen können gefährlich sein – etwa wenn eine an Krebs erkrankte Person sich nur auf Naturheilverfahren verlässt, anstatt eine Chemotherapie zu beginnen, wenn eine wichtige Impfung aufgrund falscher Panikmache abgelehnt wird oder Menschen in der Hoffnung auf Heilung Scharlatanen vertrauen. Schaden entsteht aber auch dadurch, dass das Vertrauen in die wissenschaftsbasierte Medizin untergraben wird, wenn Falschmeldungen prominent verbreitet werden.³ Bis jetzt gibt es keinen „Marktwächter“⁴, der schlechte oder sogar gefährliche Gesundheitsinformationen identifizieren und dagegen vorgehen kann. Auch in sozialen Netzwerken können Fake News bisher meist ungehindert kursieren.

Dass es auch anders geht, zeigt das Vorgehen von Facebook bei falschen Inhalten zur Corona-Pandemie: Hier greift das Netzwerk deutlich rigoröser durch, blockt als falsch erkannte Inhalte und verweist

offensiv auf verlässliche Informationen. Und auch Google listet offizielle und hochwertige Informationen konsequent an erster Stelle.⁵

Gesundheitskompetenz stärken

Im „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“⁶ heißt es: „Etwa jeder Zweite in Deutschland weist eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz auf. Ihnen fällt es schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf die eigene Lebenssituation anzuwenden.“⁷ Besonders die Informationssuche und die Bewertung der gefundenen Informationen bereiten vielen Menschen Probleme. Menschen mit niedrigerem Bildungsgrad oder begrenzten Zugriffsmöglichkeiten auf finanzielle und soziale Ressourcen geben größere Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen an. Gesundheitskompetenz hängt dabei einerseits von den Fähigkeiten des Einzelnen, andererseits aber auch von den Anforderungen und der Komplexität der Strukturen des Gesundheitssystems ab.

Daraus wird im Aktionsplan ein dringender Handlungsbedarf abgeleitet, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu verbessern. Entsprechend wird unter anderem gefordert, Gesundheitskompetenz fest in Bildungs- und Lehrplänen zu verankern und Aufklärungskampagnen zu starten. Zudem soll das Angebot verständlicher und übersichtlicher gestaltet werden. Es gibt viel zu wenige Gesundheitsinformationen, die niedrigschwellig zugänglich sind – zum Beispiel in einfacher beziehungsweise Leichter Sprache und barrierefrei. Viele Menschen ziehen zudem persönliche Beratungsgespräche vor, für die in der Arztpraxis aber oft nicht die nötige Zeit ist. Und einige Strukturen des Gesundheitswesens sind wohl für die allermeisten Menschen schwer verständlich, wie so mancher Antrag bei Kranken- oder Pflegekasse zeigt.

Menschen entscheiden nicht immer rational

Menschen sind widersprüchliche Wesen, und das gilt auch für ihre Gesundheitskompetenz sowie die Suche nach Gesundheitsinformationen. Die Befragten in der Bertelsmann-Studie geben an, dass sie verunsichert sind, weil es schwierig sei, vertrauenswürdige Informationen zu finden. Es fällt ihnen schwer, verlässliche Ange-

Literatur

- 1 Mastedt, G.: Das Internet: Auch Ihr Ratgeber für Gesundheitsfragen? Bevölkerungsumfrage zur Suche von Gesundheitsinformationen im Internet und zur Reaktion der Ärzte. Bertelsmann Stiftung 2018, S. 12.
- 2 Autorengruppe GPGI: Gute Praxis Gesundheitsinformation. In: *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundheitswesen* (ZEFQ) 109, 2015, S. 144–152. <https://kurzlink.de/GPGI>
- 3 Haschke, C./Grote Westrick, M. u.a.: Gefährliche Gesundheitsinfos. Wie sie erkannt und eingedämmt werden können. Bertelsmann Stiftung: Spotlight Gesundheit 3, 2019.
- 4 Ebd., S. 6.
- 5 Bender, J.: Facebook kämpft wie noch nie gegen Falschmeldungen. In: *FAZ*, 22.3.2020. <https://kurzlink.de/FAZ-Corona>
- 6 Schaeffer, D./Hurrelmann, K. u.a. (Hg.): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart 2018.
- 7 Ebd., S. 6.
- 8 Hambrock, U.: Die Suche nach Gesundheitsinformationen. Patientenperspektiven und Marktüberblick. Bertelsmann Stiftung 2018.
- 9 Baumann, E.: Gesundheitskompetenz als Kommunikationsherausforderung. In: *GGW* 18/2, 2018, S. 27.
- 10 IQWiG: Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal. 2018. <https://kurzlink.de/Gesundheitsportal>
- 11 Osterloh, F.: Gesundheitskompetenz: Gesundheitsportal im Sommer online. In: *Dtsch Arztebl* 2020; 117(7), https://kurzlink.de/Osterloh_DAB

bote zu erkennen, auch wenn sie sie vor sich haben – die hochwertige Website gesundheitsinformation.de wurde von den Befragten als ähnlich verlässlich eingestuft wie die nicht vertrauenswürdige Seite zentrum-der-gesundheit.de.

Zudem zeigt sich auch, dass oftmals nicht die „harten“ Qualitätsindikatoren darüber entscheiden, was Menschen lesen und zurate ziehen.⁸ Wir nehmen Informationen viel leichter an, wenn sie im Einklang mit unseren bisherigen Annahmen stehen („confirmation bias“). Der erste Eindruck des Angebots, die Ansprache und die Aufmachung spielen eine große Rolle. Vertrauen wächst auch, wenn der Absender bereits bekannt ist und wenn Informationen aus verschiedenen Quellen übereinstimmen. Menschen prüfen in den meisten Fällen nicht kritisch, wer im Impressum der Seite steht. Sie verlassen sich auf Vorerfahrungen, emotionale Reaktionen und die Übereinstimmung von Informationen zum Beispiel mit Tipps aus dem sozialen Umfeld. Sie suchen Beruhigung, Austausch und Unterstützung, und wollen damit Angst, Unruhe, vielleicht auch Scham und Verzweiflung umgehen.

Es reicht also nicht aus, hochwertige Informationen zur Verfügung zu stellen und darauf zu vertrauen, dass die Menschen das Impressum lesen und dann ihr Verhalten an diesen Informationen ausrichten. „Zugespielt formuliert wird [...] häufiger ein zu einfaches Modell der Informationsvermittlung zugrunde gelegt, das im Kern davon ausgeht, den Patienten Informationen wie mit einer subkutanen Injektion verabreichen zu können.“⁹ Daher stehen die Anbieter hochwertiger Gesundheitsinformationen vor der Herausforderung, dass sie auch Unsicherheiten kommunizieren und damit eine informier-

te Entscheidung ermöglichen müssen. Das kann aber sogar dazu führen, dass verlässliche Informationen eher verunsichern – etwa, wenn sie mehrere mögliche Behandlungen vorstellen, die alle Vor- und Nachteile haben – als weniger gesicherte Informationen, die aber eine klare Handlungsempfehlung geben. Gute Gesundheitsinformationen müssen emotionale Bedürfnisse berücksichtigen, um die Menschen zu erreichen, ohne Abstriche bei der Qualität und der Darstellung von Nutzen, Risiken und Unsicherheiten zu machen.

Das Nationale Gesundheitsportal

Im Jahr 2017 wurde die „Allianz für Gesundheitskompetenz“ gegründet. Der damalige Gesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) beauftragte im Zuge dessen das IQWiG damit, ein Konzept für ein Nationales Gesundheitsportal¹⁰ zu entwickeln, das vertrauenswürdige, wissenschaftlich belegte Informationen zusammenführt und so auf einen Blick auffindbar macht. In zahlreichen anderen Ländern gibt es solche zentralen, öffentlich finanzierten Portale, etwa in Großbritannien und den USA. Das Konzept des IQWiG liegt seit 2018 vor und skizziert ein Portal, das von einem inhaltlich und politisch unabhängigen, nicht kommerziellen und gemeinnützigen Träger verantwortet wird. Wesentlich dabei ist, dass alle Institutionen, die Informationen beisteuern, sich auf einheitliche Qualitätskriterien verständigen.

Mitte dieses Jahres soll eine erste Version des Nationalen Gesundheitsportals online verfügbar sein.¹¹ Jedoch ist es zurzeit nicht bei einem unabhängigen Träger verortet, sondern direkt beim Bundesgesundheitsministerium, wo ein eigenes Referat dafür eingerichtet worden ist. Gestartet werden soll mit den Bereichen „Häu-

fige Krankheiten“, „Gesundheit digital“ und „Pflege“. Die Inhalte kommen zunächst vom IQWiG, vom Robert Koch-Institut und vom Deutschen Krebsforschungszentrum, das den Krebsinformationsdienst betreibt. Nach und nach soll der Kreis der Institutionen erweitert werden. Noch sind viele Fragen offen: Wie wird die Unabhängigkeit gewährleistet? Ist ein solches klassisches Internetportal in Zeiten, in denen die Menschen auf so vielen verschiedenen Kanälen unterwegs sind, überhaupt noch zeitgemäß? Wie schnell und wie stark kann es ausgebaut werden? Kann es mit der elektronischen Patientenakte verknüpft werden?

Ein solches Portal muss in jedem Fall barrierefrei sein und die Bedarfe von Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz und jenen, die Schwierigkeiten beim Umgang mit Gesundheitsinformationen haben, besonders berücksichtigen. Das Konzept des IQWiG sieht vor, diese Zielgruppen beim Auf- und Ausbau des Portals in die Entwicklung einzubeziehen und es konsequent an den Bedarfen der NutzerInnen zu orientieren. Wenn es gelingt, dies umzusetzen und das Nationale Gesundheitsportal als bekannte und vertrauenswürdige Marke zu etablieren, kann es ein wichtiger Baustein bei den Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheitskompetenz werden. ■



Was machen Sie lieber analog als digital?

„Bücher lesen!“

Sonja Siegert

geb. 1974, ist freie Journalistin in Köln.
post@sonja-siegert.de



Gesundheit in der Krise Aktuelle Herausforderungen im Gesundheitssystem

Personalmangel, zunehmende Privatisierung von Gesundheitsleistungen, Gefahren für Datenschutz von Patient*innen ...
Das deutsche Gesundheitssystem bedarf an vielen Stellen einer kritischen Überprüfung!

Gen-ethischer Informationsdienst || Zeitschrift für Informationen und Kritik zu Fortpflanzungs- und Gentechnologie
Jetzt bestellen! || Nr. 252 || Februar 2020 || Einzelausgabe 8,50 Euro || Jahresabo (4 Ausgaben) 35,- Euro

GeN

Gen-ethisches Netzwerk e.V.

Stephanstr. 13
10559 Berlin

Tel: 030 - 685 70 73

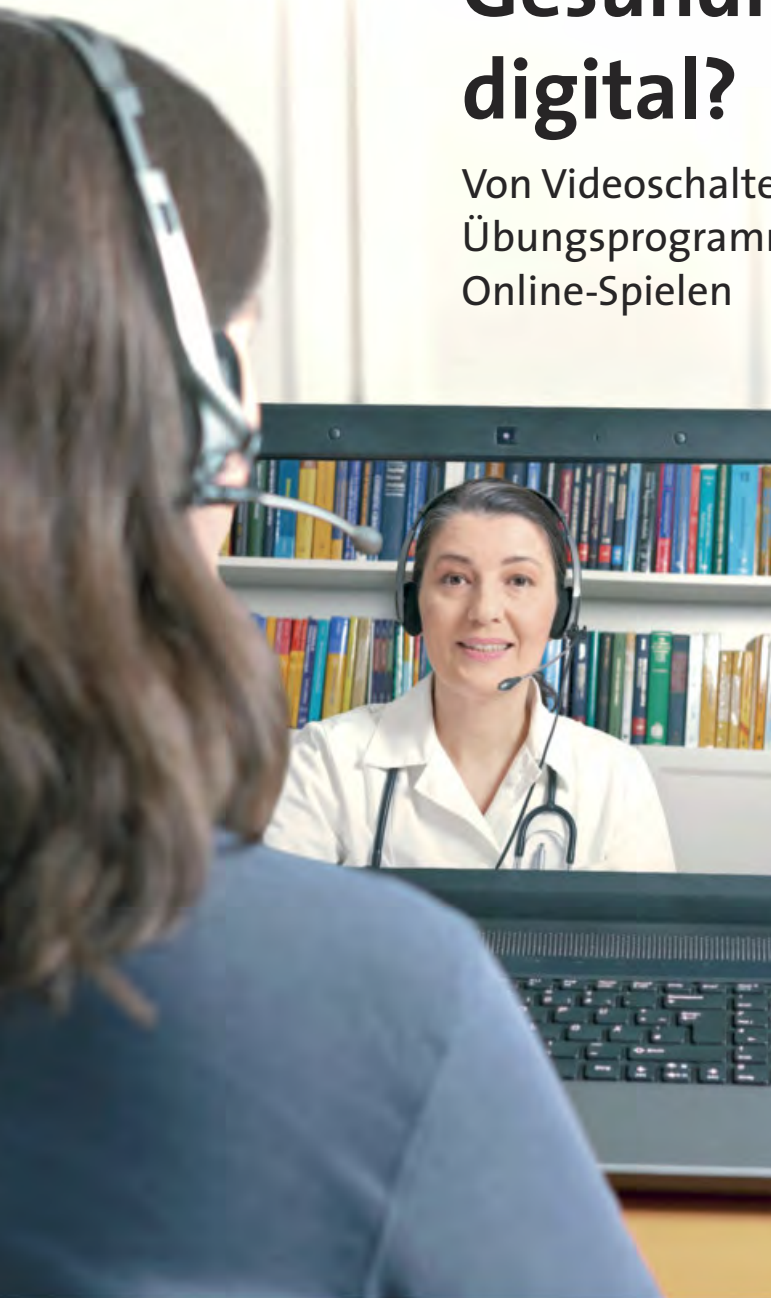
Fax: 030 - 684 11 83

gen@gen-ethisches-netzwerk.de
www.gen-ethisches-netzwerk.de

Spendenkonto (IBAN):
DE15 4306 0967 1111 9023 33

Psychische Gesundheit – digital?

Von Videoschalten, Übungsprogrammen und Online-Spielen



Virtuelle Echtzeittherapie gibt es bereits in vielen Bereichen der Medizin – seit dem 1. April 2020 können PsychotherapeutInnen diese Corona-bedingt leichter mit den Krankenkassen abrechnen.

Foto: mauritius images/Anja Schaefer/Alamy

Barbara Knab

Schon vor der Corona-Pandemie stellte sich die Frage, ob sich die psychische Gesundheit auch auf digitalen Wegen unterstützen lässt. Getestet wurden nicht nur Telefon- und Video-Sprechstunden, sondern auch Online-Programme, mit denen PatientInnen etwa psychotherapeutische Hausaufgaben bearbeiten können. Seit Januar 2020 dürfen TherapeutInnen bestimmte Apps sogar verschreiben. Tatsächlich nutzen Menschen Gesundheits-Apps schon länger, auf eigene Kosten und ohne professionelle Unterstützung, auch für die Psyche. Unsere Autorin stellt vor, worum es geht, und wägt den Nutzen für die Praxis ab.

Kontaktsperren, geschlossene Schulen, Home-Office – die Corona-Einschränkungen des öffentlichen Lebens schützen vor den Viren, und zwar uns alle. Die Nebenwirkungen treffen uns dagegen unterschiedlich, auch die gesundheitlichen jenseits von COVID-19, nicht zuletzt psychische.

Das Corona-Stichwort zur psychischen Gesundheit heißt Stress, und zwar Dauerstress. Es stresst die Sorge, sich selbst anzustecken. Es stresst, wenn man sich berechtigt fragen muss: Was wird aus meinem Job und damit meinem Lebensunterhalt? Es stresst, wenn man in kürzester Zeit isoliert und einsam ist, weil man alleine lebt und

ganztagig zu Hause bleiben muss. Und es stresst das Gegenteil: Es wird schnell sehr eng, wenn man sich 24 Stunden in einer Wohnung aufhalten muss, die weniger Zimmer hat als die Familie Köpfe. Nicht nur Sozialdienste, Terre des Femmes und der Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) Dietrich Munz haben vorhergesagt, was jetzt flächendeckend passiert: Häusliche Konflikte nehmen zu, bis hin zu Gewalt in jeder Form.

Dauerstress und Gewalterfahrungen beeinträchtigen grundsätzlich die psychische Gesundheit. In dieser Lage bekommen besonders viele Betroffene Schlafstörungen, andere trinken zu viel Alkohol, werden depressiv oder geraten in schwere Angstzustände. Normalerweise steuert das psychosoziale Versorgungssystem dagegen, mit niederschweligen Angeboten, aufsuchender Sozialarbeit, psychologischer Beratung und schließlich Behandlung. Die verschärfte Problemlage würde davon mehr erfordern als üblich. Der Infektionsschutz fährt umgekehrt Niederschwelliges herunter.

Wie steht es um Personen, die bereits psychisch erkrankt sind und sich in Behandlung befinden? Sie brauchen mehr Unterstützung als andere und sind ganz besonders darauf angewiesen, dass ihre Behandlung weitergeht, sagt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Außerdem bräuchten auch sie niederschwellige Angebote, und auch sie können zu einer der COVID-19-Risikogruppen gehören oder sich infizieren. Was dann?

Digitale Versorgung – die Anfänge

Ist das die Stunde „digitaler“ psychischer Versorgung, einer Versorgung über digitale, technische, Online-Kanäle? Sollen die Seelenprofis ins Home-Office? Oder geht „digital“ sogar ohne echte Menschen auf der anderen Seite?

Tatsächlich experimentiert man längst mit „digitalen“ Versorgungsangeboten zur psychischen Gesundheit. Die DGPPN widmete der „E-Mental-Health“ auf ihrem Kongress Ende 2019 in Berlin einen ganzen Tag unter dem Dach des EU-Forschungsprogramms mit dem Titel „eMEN“. Es zielt darauf, mehr Betroffene zu erreichen und das zu geringeren Kosten als im persönlichen Kontakt. Dafür finanziert es diverse Projekte über „die Nutzung von onlinebasierten Technologien zur Verbes-

serung des psychischen Wohlbefindens und der psychischen Gesundheit...: Apps, Virtual Reality, Wearables, Onlinetherapiemodule und virtuelle Echtzeittherapie.“

Das nächstliegende Verfahren ist das Videotelefonat – virtuelle Echtzeittherapie. Das dürfen PsychotherapeutInnen seit dem 1. April 2020 Corona-bedingt leichter mit den Krankenkassen abrechnen, neuerdings sogar bei einem Erstkontakt. Trotzdem müssen nicht nur Patient oder Patientin über die passende Computerausstattung verfügen, sondern auch Wohnung wie Wohnort über eine ordentliche Internetverbindung. Mindestens eines davon fehlt oft genug, gerade auf dem Land oder bei Älteren. Behandlungen, die bereits laufen, dürfen deshalb seit dem 6. April sogar rein telefonisch fortgesetzt werden.

Die Wissenschaft sagt, Videotherapie sei fast so wirksam wie live-Psychotherapie. Seit die Kontaktsperren gelten, veröffentlicht die Psychotherapeutenkammer im Netz praktische Erfahrungen ihrer Mitglieder damit. Die bestätigen, dass die Videotelefonie ein Rettungsanker ist. Aber kein vollwertiger Ersatz. Vor allem nimmt die Therapeutin den Patienten über den Bildschirm nur zweidimensional und ausgeschnitten und damit nicht vollständig wahr. Dieser wiederum spricht und verhält sich anders als in der Praxis. Es zeigt sich, dass der physische Schutzraum Praxis mehr Offenheit erlaubt als eine enge Wohnung, wo man nicht einmal allein ist. Überdies bricht im richtigen Leben schon mal die digitale Leitung plötzlich zusammen. In Studien kommt das nie vor. Es kann aber so irritieren, dass die Therapie darunter leidet.

Am Beginn einer Psychotherapie steht notwendig die Diagnostik. Dafür ist gewöhnlich persönlicher Kontakt vorgeschrieben, und das ist gut begründet. Nicht nur nimmt der Therapeut live viel mehr nonverbale Informationen wahr, als ein Bildschirm liefert, und die gehen in eine gute Diagnostik ein. Im geschützten Praxisraum fällt es der Patientin auch leichter, sich erstmals einer fremden Person zu öffnen. Trotzdem darf unter Corona-Bedingungen die Erstdiagnostik über Video laufen. Über Telefon alleine nicht.

Und die Prävention?

Können nun Online-Methoden Menschen wirklich dabei helfen, besser mit Stress zurechtzukommen? Viele Institutionen

www.klett-cotta.de/fachbuch



NEU

Auch als eBook

Robert Bering,
Christiane Eichenberg (Hrsg.)
**Die Psyche in Zeiten
der Corona-Krise**
Herausforderungen und
Lösungsansätze für Psycho-
therapeuten und soziale Helfer

**Die Corona-Krise:
Jetzt der Psyche helfen**

Für die gegenwärtige Akutsituation werden dringend psychotherapeutische Innovationen benötigt. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen und Ängsten stellt die Pandemie ein besonderes Problem dar.

Das vorliegende Buch zeigt:

- allgemeine psychotherapeutische Möglichkeiten
- Maßnahmen für spezifische Personengruppen
- Möglichkeiten der Prävention und der Früherkennung von Belastungsfolgen
- Einsatzmöglichkeiten von Online-Psychotherapie

ca. 256 Seiten, broschiert
ca. € 25,- (D). ISBN 978-3-608-98411-8
Erscheint: 25. Mai 2020
E-Book: € 14,99 (D).
PDF: ISBN 978-3-608-20488-9
EPUB: ISBN 978-3-608-11644-1
Bereits erschienen

**Fach-
buch
Klett-Cotta**

Blättern Sie online in unseren Büchern und
bestellen Sie bequem und **versandkostenfrei**
unter: www.klett-cotta.de

Digitale Schlafforschung und Smartphones

Schlaflosigkeit ist unangenehm, und sie schadet der Gesundheit. Deshalb hat man wissenschaftlich fundierte Therapien entwickelt, auch digitale wie GetSleep. Generell hat die Schlafforschung früh begonnen, digital zu arbeiten, wie man auf dem letzten Kongress der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) betonte. So ist eine – digital analysierte – „Schlafableitung“ im Schlaflabor nötig, um organische Schlafstörungen zu diagnosti-

zieren, etwa die häufige Obstruktive Schlafapnoe. Machen Schlaf-Apps diese Prozedur nicht überflüssig? Nein, tun sie nicht. Smartphone-Sensoren messen nämlich nur indirekte Schlafindikatoren, etwa Matratzenbewegungen oder Atemgeräusche, kein EEG. So ist eine Schlaf-App für Gesunde eher überflüssig. Bei Insomnie kommt noch hinzu, dass der Schlaf umso schlechter wird, je aufmerksamer man ihn beobachtet – egal, wie gut die App technisch ist.

haben kurze Texte ins Netz gestellt, vom Leibniz-Institut für Resilienzforschung in Mainz bis zum Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. Sie enthalten Hinweise, wie man psychisch gesund bleiben kann, wenn man ganztägig zu Hause bleiben und dort womöglich nebenbei die Digitalschule begleiten muss. Systematisch und verständlich finden sich dort bewährte Tricks aus dem Stressmanagement, angewendet auf Kontaktsperren, ängstigende Informationen und mangelnde Privatsphäre. Für Notfall und Krise sind Hotline-Telefonnummern aufgeführt – und sie werden deutlich häufiger gewählt als üblich. Online im eigentlichen Sinne ist ein Telefongespräch allerdings nicht und ausgedruckte Texte auch nur bedingt.

Genuin online wären moderierte Chatprogramme oder Apps. So etwas gibt es bereits zur Prävention psychischer Erkrankungen, von Stress über Rauchen bis zu Depression oder zur Selbsthilfe nach einem Trauma. Für die Apps werden bekannte gute Live-Programme in statische Einzelaspekte zerlegt. Betroffene können sie am Bildschirm abarbeiten, teils mit Rückmeldung, teils ohne. Ob das so wirkt wie gewünscht, prüft die Wissenschaft derzeit in vielen Studien. Kommerzielle Programme sind dagegen völlig ungetestet, wie der Psychiater Peter Tonn in Berlin berichtete. Man darf sie ohne Qualitätsnachweis verkaufen und es haftet niemand. Haftung gibt es nur für Programme, die ärztlich verschrieben werden. Zu den ersten Erkenntnissen gehört, so Tonn, dass die Leute bei kognitionslastigen Programmen aussteigen, bevor sie auch nur die Hälfte bearbeitet haben. Tonn setzt deshalb gerade bei der Prävention nicht auf informative Apps, sondern auf Online-Spiele.

Digitale Versorgung – weiterentwickelt

Ein Art Online-Spiel ist auch das Programm @mytabu. Es soll pädosexuelle Straftäter nach der Entlassung vor einem Rückfall schützen, der Hannoveraner Forensiker Jürgen Müller überprüft es gerade. Bei @mytabu flaniert der „Spieler“ durch dreidimensionale virtuelle Welten, in denen immer wieder Kinder auftauchen. Das Programm misst, wie lange er seinen Blick wohin richtet, und genau das bekommt er zurückgemeldet. Die Idee: Wer die eigenen Blicke nicht unbewusst laufen lässt, sondern sich durch die objektive Rückmeldung bewusst macht, wo sie hängen bleiben, achtet viel besser auf eigene Rückfalltendenzen als nach kognitiven Informationen. Bei dieser Messung ist der Computer unschlagbar.

Psychotherapie verlangt noch etwas mehr. Einen Weg hat die Psychosomatische Klinik Roseneck beschritten, und zwar für die Nachsorge. Die brauchen KlinikpatientInnen eigentlich nach der Entlassung, wenn sich der Therapieerfolg im Alltag „bewähren“ muss. Doch es gibt zu wenig Therapieplätze dafür. Deshalb hat die Klinik, wie Chefarzt Ulrich Voderholzer in Berlin berichtete, eigene digitale Angebote zur Nachsorge entwickelt. PatientInnen können neben Videokonferenzen mit ihren eigenen TherapeutInnen Online-Module bearbeiten, via App ergänzende Hausaufgaben bekommen, Fragen stellen oder etwas eintragen. Das ist zertifiziert und scheint zu wirken.

Bei rein ambulanten PatientInnen denkt man eher an „blended care“. Das bedeutet, dass die Therapeutin dem Patienten für die Zeit zwischen zwei Sitzungen digitale Programme anbietet – „verschreibt“ –, die Behandlungsschritte unterfüttern

oder Übungen erleichtern. Ein Programm dieser Art bietet die Deutsche Depressionshilfe an. Im Zuge von Corona hat sie die „blended“-Voraussetzung ausgesetzt und es zur reinen Selbst„behandlung“ freigegeben. Ob das mehr sein kann als eine Notmaßnahme, wird sich zeigen.

Die nur scheinbar leichteste psychische Erkrankung ist die klassische Insomnie, bei der Menschen schlecht ein- oder durchschlafen und tagsüber beeinträchtigt sind. Man kann sie gut psychotherapeutisch behandeln, aber diese spezielle kognitive Verhaltenstherapie (KVT) bekommt nur einer von 33 Betroffenen, so Kai Spiegelhalter vom Freiburger Schlaflabor. Dort haben sie deshalb das Programm „GetSleep“ entwickelt, das die Schlaf-KVT in fünf mobilen Therapiesitzungen digital anbietet. Ob das ähnlich funktioniert wie live, untersucht Spiegelhalters Arbeitsgruppe momentan in einem pfiffigen gestuften Programm, das aktiv über die Hausarztpraxen angeboten wird.

Achillesferse Datenschutz

Viele digitale Ansätze sind so vielversprechend, dass sie sich wahrscheinlich sinnvoll in bestehende Versorgungssysteme integrieren lassen. Allerdings deutet wenig darauf hin, dass sie ersetzen können, was gerade Menschen in psychischen Krisen dringend brauchen: die persönliche Begegnung.

Bei allen Online-Tools fallen jedoch extrem viele Daten an, die höchst sensibel sind. Private Firmen sammeln diese immer, und was sich hacken lässt, wird auch gehackt. Das gilt für Videokonferenzprogramme, kommerzielle Apps und Clouds. Insofern bleibt die größte Hürde, wie diese Daten zu schützen sind. ■

Was machen Sie lieber analog als digital?

„Kultur – Konzerte, Oper, Theater, Kino, Ausstellungen, Lesungen, Vorträge oder, oder ...“



Foto: Sylvie Köker

Dr. Barbara Knab ist Wissenschaftsautorin und approbierte Psychotherapeutin in München. www.barbara-knab.de

Digitales im Gesundheitswesen – ein kurzes Wörterbuch

Algorithmus: Zunächst ist ein Algorithmus eine Rechenvorschrift, für Menschen oder Maschinen, gegebenenfalls auch eine exakte Handlungsabfolge. Klassische Computerprogramme nutzen Algorithmen, um die eingegebenen Daten determiniert der Reihe nach zu verarbeiten. Neuronale Netze sind nicht derart determiniert.

Big Data: Extrem große Datensätze, etwa Bilder, Verhaltensdaten – auch vom Smartphone – oder Zeitreihen wie kontinuierliche EEG- oder EKG-Daten. In diesen können erst heutige Computer Strukturen suchen und finden. Sinnvolle Ergebnisse erhält man aber nur über gezielt erhobene Daten. Krankenkassendaten sind das nicht.

Datenschutz: Alle e-Health-Anwendungen erheben höchstpersönliche Gesundheitsdaten und schicken sie durchs Internet. Damit nicht jeder diese Daten mitlesen und für alles Mögliche nutzen kann, etwa für Erpressungen, muss man vorsorgen, und zwar technisch. Datenschutz heißt, dass der Adressat die Daten nicht kommerziell nutzt und sie nur verschlüsselt versendet. Das erfordert immer mehr Technik, und die kostet. Gehackt wird trotzdem viel.

Digital: kommt vom lateinischen Wort „digitus“, Finger, im Englischen bedeutet „digit“ im übertragenen Sinne „Ziffer“. Herkömmliche Computer rechnen mit binären Zahlen, kommen also mit zwei Ziffern aus, Null und Eins. Bei Quantencomputern ist das anders.

Digitales Medium: Speichermedium für digitale Daten, etwa Server, Sticks oder CDs. Das Internet ist für den Transport digitaler Informationen zuständig.

Digitalisierung: Digitalisierung bedeutet ursprünglich, dass physikalische Informationen in digitale Daten übersetzt und auf digitalen Medien gespeichert werden. Diese Informationen werden durch klassische Algorithmen oder künstliche Intelligenz (KI; neuronale Netze) verarbeitet. Der Begriff Digitalisierung beschreibt heute aber z. B. auch die Kommunikation zwischen lernenden Robotern. Breitbandinternet ist die Basis dafür.

e-Health, e-Gesundheit usw.: Das e als Vorsilbe bedeutet immer „elektronisch“. Der Begriff e-Health beschreibt, dass bei der Gesundheitsversorgung elektronische, meist digitale Technologien eingesetzt werden (es gibt auch Analogelektronik). Das reicht von der elektronischen Gesundheitsakte über Apps für EndnutzerInnen und Homemonitoring bis zu KI-Nutzung bei der Diagnostik oder OP-Robotern. E-Mental-Health bezieht sich auf die psychische Gesundheit.

Gesundheits-App: Interaktive Applikation auf dem Smartphone, z. B. zur Trainingsmotivation, zur Aufzeichnung von Messergebnissen, zur Anleitung von Übungen etc.

Künstliche Intelligenz (KI): Computer-Aktivitäten, die Algorithmen abarbeiten oder analog zu menschlichen Nervenzellen (neuronale Netze) Neues lernen können. Am besten vorstellen kann man sich KI-Programme, die Dame, Go oder Schach spielen oder Sprache erkennen bzw. übersetzen können. Programme, die ihre Kompetenzen durch neue Informationen ständig erweitern, heißen „selbstlernend“.

Telemedizin: Spezialfall von e-Gesundheit, medizinische Leistungen, die über Entfernungen erbracht werden. Das reicht vom Telefonieren über Datenanalyse via Internet bis zur Therapie via Videokonferenz.

Virtuelle Realität: Computerumgebung, die man (dank einer Virtual-Reality-Brille) als so real erlebt, dass man sich darin so bewegen kann, dass es sich echt anfühlt.

Wearables: von „to wear“, engl. tragen (Kleidung). Geräte wie Smartwatches oder Fitnessarmbänder, die man wie Kleidung am Körper trägt. Integrierte kleine Computer messen Körperfunktionen wie Blutdruck oder Herzfrequenz, verarbeiten sie entweder direkt oder schicken sie an eine Cloud.

Dieses Glossar wurde erstellt von Barbara Knab.

Pflegeberufe beteiligen

Hürden des Digitale-Versorgung-Gesetzes abbauen



Gesundheitsfachberufe sind an der Entwicklung der Telematik-Infrastruktur bislang nicht beteiligt.
Foto: mauritius images/SZ Photo Creative/Jochen Eckel

**Katja Boguth, Norman Sauerteig
und Sarah Wetz**

Die Bundesregierung sieht mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz eine große Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Damit das gelingt, ist es dringend notwendig, alle Gesundheitsfachberufe von Beginn an gleichberechtigt in die Telematik-Infrastruktur einzubinden. Doch wie ist das vor dem Hintergrund der aktuellen Heilberufegesetzgebung möglich? Unsere AutorInnen formulieren einen Weckruf, denn die Pflegeberufe bei der Telematik-Infrastruktur außen vor zu lassen, wäre fatal.

Angesichts bestehender und perspektivisch zunehmender Herausforderungen wie einer alternden Gesellschaft, der Zunahme der Anzahl chronisch Kranker, dem Fachkräftemangel sowie der Unterversorgung in strukturschwachen Regionen muss die Gesundheitsversorgung innovativer gedacht und entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden.¹ So lautet die Begründung zum Entwurf des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG). Zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten zielt es unter anderem darauf ab, mehr Leistungserbringer etwa in der Pflege an die Telematik-Infrastruktur anzuschließen. Das Gesetz bietet aus pflegerischer Perspektive jedoch eine Reihe von Optimierungsbedarfen.

Mehr Verantwortung für Pflegeberufe

Die Forderung nach mehr Kooperation im Gesundheitswesen ist nicht neu. Bereits 2007 wurde

diese Empfehlung vom Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens (SVG Gesundheit) gegeben und in den Folgejahren wiederholt geäußert. Im Grundsatz geht es darum, den Pflegeberufen mehr Verantwortung zu übertragen, um bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem auszugleichen. Besonderer Handlungsbedarf liegt den GutachterInnen zufolge in:

- der Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit bestimmten psychischen Störungen,
- der Etablierung neuer Versorgungskonzepte, etwa integrierte Versorgung oder Disease-Management-Programme,
- der Rehabilitation und der Versorgung in ländlichen Regionen (mit Ärztemangel),
- der Patientenberatung und -schulung,
- der Onkologie, Palliativ- und Hospizversorgung,
- der Versorgung von Suchtkranken, Demenzpatienten, Chronikern, mehrfach erkrankten, älteren und pflegebedürftigen Patienten sowie
- in der Versorgung von Patienten mit komplexen sozialen Problemen.

Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz bestünde nun die Möglichkeit, innovative und sektorenübergreifende Strukturen zu entwickeln und die Pflegeberufe in verantwortungsvollere Rollen einzubinden. Bei näherer Betrachtung des Gesetzes fallen jedoch eine Reihe von Barrieren auf,

die es den Pflegenden schwer, wenn nicht sogar unmöglich machen, an den Innovationen des Gesetzes zu partizipieren.

Barriere 1: keine pflegerische Expertise bei der gematik

Die gematik GmbH wurde 2005 gegründet, um die Telematik im deutschen Gesundheitswesen voranzutreiben. Ihre Gesellschafter sind das Bundesministerium für Gesundheit, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, der Deutsche Apothekerverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Das Ministerium hält 51 % der Anteile. Dies ist erforderlich, da diese Mehrheit für Entscheidungen gesetzlich notwendig ist. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen trägt 22,05 % der Anteile und der Verband der Privaten Krankenkassen 2,45 %. Die Kassen finanzieren die Arbeit der gematik zu 100 % mit einem Betrag in Höhe von 0,65 Euro pro Jahr je Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 291a Abs. 7 Satz 6 SGB V). Die restlichen 24,5 % der Anteile entfallen auf die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer. Diese GmbH ist nun in der Verantwortung, die Umsetzung des Gesetzes zu ermöglichen. Leider fehlt ein Gesellschafter mit Verbindung zur pflegerischen Berufsgruppe.

Solange die Pflegeberufe nicht verpflichtend und von Beginn an an der Entwicklung der Telematik-Infrastruktur beteiligt werden, ist zu befürchten, dass grundlegende Voraussetzungen nicht entwickelt und finanziert werden oder zu einem späteren Zeitpunkt Schnittstellenprobleme auftauchen könnten.

Darüber hinaus fällt auf, dass das DVG ausschließlich die ärztliche Versorgung aufgreift. Dies wird zum Beispiel an den Inhalten deutlich, die in die elektronische Patientenakte (ePA) Eingang finden sollen, wie Röntgenbilder, Blutwerte oder Medikamentenpläne. Obwohl diese Daten sicherlich von großem Nutzen sein können, greifen sie zu kurz. Es fehlt an dieser Stelle die gesetzliche Regelung, dass auch die pflegefachliche Versorgung der Betroffenen maßgeblich in unterstützenden ersten Anwendungen besteht. Aus pflegerischer Sicht wären beispielsweise folgende Inhalte ebenfalls von großer Bedeutung:

- ▶ elektronischer Pflegeentlassungsbericht,
- ▶ Informationsbogen zu multiresistenten Keimen (Hygienebogen),
- ▶ Wunddokumentation sowie
- ▶ Vorliegen einer Vorsorgevollmacht (Ort der Hinterlegung) oder anderer Vollmachten (etwa bei Vormundschaft/Pflegschaft).

Barriere 2: Status und Definition von Heilberufen im DVG

Die Telematik-Infrastruktur stellt ein in sich geschlossenes Netz dar, zu dem ausschließlich zugelassene Nutzer mit einem elektronischen Heil-, Berufs- und Praxisausweis Zugang erhalten. Dieser ist entsprechend stark reglementiert. Mit dem elektronischen Praxisausweis können Nutzer administrative Anwendungen, wie zum Beispiel die Prüfung der Versichertenstammdaten der elektronischen Gesundheitskarte, ausführen. Für weitere medizinische Anwendungen ist eine zusätzliche Karte erforderlich. Bei Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und Apothekern ist das der elektronische Heilberufsausweis der Berufskammern. Diese Authentifizierung mit Praxis- oder Heilberufsausweis soll der gematik zufolge die Sicherheit in hohem Maße steigern.

Damit die patientenbezogenen Daten überhaupt verwendet werden können, muss ein sogenanntes Zwei-Schlüssel-Prinzip eingehalten werden. Hierbei bildet die Gesundheitskarte des Versicherten den einen, der Heilberufs- oder Praxisausweis den zweiten Schlüssel. Nur wenn beide Schlüssel in einem Kartenlesegerät (Konnektor) zusammenkommen, ist die Datennutzung möglich.

Im DVG ist geregelt, dass Ärzte und Apotheker weitere Personen, hier „Gehilfen“ genannt, beauftragen können, unter Aufsicht auf medizinische Daten zuzugreifen (§ 291a Abs. 5 SGB V/GMG). Die Zuordnung einer solchen Person zum beauftragenden Heilberuf muss nachprüfbar festgehalten werden. Im weiteren Verlauf des Paragraphen regelt der Absatz 4e das Leserecht für „Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert“. Damit wären zwar grundlegende Befugnisse für die Angehörigen der Gesundheitsfachberufe verbunden, jedoch kein Schreibrecht.

Wenn nun an diesem Zwei-Schlüssel-Prinzip festgehalten wird, können Hebammen

und Entbindungspfleger, TherapeutenInnen, ambulant und stationär Pflegenden zum jetzigen Zeitpunkt jedoch nicht einmal lesend teilnehmen, da diese Berufe bislang nicht unter das Heilberufegesetz fallen und ihnen daher der entsprechende Zugangsschlüssel fehlt. Dabei wäre es für die Versorgungsqualität von großer Bedeutung, dass neben den Ärzten und Apothekern auch Pflegefachkräfte, die im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Medikamente an Patienten verabreichen, die Medikamentenpläne einsehen und ihre Beobachtungen bezüglich etwaiger unerwünschter Nebenwirkungen mitteilen könnten.

Im Gesetz wurde die gematik beauftragt, bis zum 31. März 2021 die notwendigen Spezifikationen und Zulassungsverfahren festzulegen, damit die Pflegeberufe, Hebammen, Entbindungspfleger und PhysiotherapeutenInnen Zugriff auf die ePA erhalten können. Der Deutsche Hebammenverband, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und der Deutsche Pflegerat bezweifeln die Umsetzbarkeit dieses Beschlusses. Sie befürchten, dass die dazu erforderliche registrierende Stelle, das sogenannte Elektronische Gesundheitsberuferegister, nicht rechtzeitig arbeitsfähig ist. Der Grund: In den Bundesländern sind keinerlei Fortschritte in der Ratifizierung des dazu gehörenden Staatsvertrags erkennbar.

Barriere 3: freiwillige Teilnahme

Während die Leistungserbringer in Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern sowie Psychotherapeuten zur Anbindung an die Telematik-Infrastruktur verpflichtet werden, bleibt die Teilnahme ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen oder der Physiotherapie freiwillig. Die gewünschten Effizienzsteigerungen, welche sich etwa aus der Einbindung der Dokumentation von Pflegeberatungen (§ 7a SGB XI) ergeben würden, können sich jedoch nur dann einstellen, wenn alle Pflegeeinrichtungen auch verpflichtend einbezogen werden. Ebenso läuft die Etablierung einer zentralen Kommunikationsstruktur im Gesundheitswesen, eines der Ziele der Telematik-Infrastruktur, ins Leere, wenn sich nicht alle Einrichtungen beteiligen werden.

Regelungen zur freiwilligen Anbindung an die digitale Infrastruktur sind auch nach Meinung des Aktionsbündnisses Patien-

tensicherheit abzulehnen: „Es darf nicht der Entscheidung von ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen und ihren Trägern überlassen bleiben, ob sich diese an die Telematik-Infrastruktur anbinden wollen oder nicht, weil aus einer ablehnenden Entscheidung Brüche im Informationsfluss und damit vermeidbare Risiken für Pflegebedürftige resultieren, die von ihnen selbst nicht kompensiert oder beherrscht werden können.“²

Pflegekammerkonferenz als möglicher Partner

In seiner Stellungnahme vom Mai 2019 beklagt der Deutsche Pflegerat, dass keine Kompetenzen durch eine berufsständische Vertretung der Pflegeberufe in Form von Pflegeberufekammern im DVG berücksichtigt werden. Nur so hätten die Perspektive und Besonderheiten des Pflegebereichs bei der Entwicklung der grundlegenden Strukturen von Beginn an mitgedacht werden können. Bedauerlicherweise ist selbst im Beirat der gematik die pflegerische Expertise nur am Rande durch den Pflegebevollmächtigten der Bundesregierung vertreten, der unter Umständen aber die politischen Interessen seines Ministeriums zu verfolgen hat. Daneben ist der Bundesverband der privaten Anbieter Mitglied, hier stehen jedoch eher die privatwirtschaftlichen Interessen seiner Mitglieder im Vordergrund als eine hochwertige pflegerische Versorgung.

Die Verkammerung des Pflegeberufes wird hierzulande sehr kontrovers diskutiert. Es ist bis heute in drei Bundesländern gelungen, eine Pflegekammer zu gründen: in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Im vergangenen Jahr hat sich aus diesen Kammern heraus eine Pflegekammerkonferenz gegründet mit dem Ziel, als Arbeitsgemeinschaft der bestehenden Landespflegekammern die pflege- und gesundheitspolitischen Entscheidungen im Bund aktiv zu beeinflussen. Diese Arbeitsgemeinschaft könnte nun als Gesellschafter der gematik fungieren und die Interessen der Berufsgruppe vertreten.

Heilberufsausweis für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe

Es ist sinnvoll, die Autorisierung zur Teilnahme an der Telematik-Infrastruktur an den Heilberufsausweis zu knüpfen, sind doch diese Berufe einer besonderen Aufsicht durch ihre Berufekammern ver-

pflichtet. Diese Befugnisse des Datenzugriffs auf sensible patientenbezogene Daten nun auch Berufen zuzusprechen, die keine auf Qualitätsstandards beruhende Berufsaufsicht haben, würde die Ansprüche an den Schutz der Patientendaten untergraben. Wie will der Gesetzgeber die Patientendaten also schützen und gleichzeitig die nicht-ärztlichen Gesundheitsfachberufe an der Telematik beteiligen – mit vollen Zugriffsrechten? Schon in seinem Gutachten von 2007 empfiehlt der SVR Gesundheit, solche Heilberufsausweise auch für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe einzuführen. Der Heilberufsausweis biete eine moderne Form der Zulassung, Registrierung und des Informationszugriffs und sei ein Schritt zur Etablierung der Pflege und anderer Gesundheitsberufe als autonome Dienstleistungsberufe mit anerkannten Kompetenzen und geregelter Selbstkontrolle, heißt es im Gutachten weiter.

Hindernisse aus dem Weg räumen

Pflege- und Therapieberufe müssen also unverzüglich in den Stand eines Heilberufes erhoben werden. Hier sind die Bundesländer gefordert, die entsprechenden Gesetzesänderungen in den Heilberufegesetzen auf den Weg zu bringen und die Gründung der Berufekammern zu veranlassen. Nur so können die berechnete Forderung nach Datensicherheit gewährleistet und die sensiblen Daten vor Missbrauch geschützt werden. Pflegefachpersonen sind derzeit bereits in Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Niedersachsen in die jeweiligen Heilberufegesetze aufgenommen. Damit wäre zumindest in diesen Bundesländern die Zugangsberechtigung zur Telematik-Infrastruktur problemlos möglich.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte 2019 die „Global Strategy on Digital Health 2020–2024“, um ihrem Ziel „Gesundheit für alle“ näherzukommen. Die Mitgliedstaaten sind aufgefordert, entsprechende Maßnahmen, insbesondere im Bereich der Primärversorgung, zu initiieren und umzusetzen. Gleichzeitig würdigte die WHO die Bedeutung der Berufsgruppe der Pflegenden und der Hebammen, da ihnen „zentrale und zunehmend wichtige Aufgaben bei den Bemühungen der Gesellschaft zukommen, die Herausforderungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu bewältigen sowie sichere, wirksame und effiziente Gesundheitsleistungen zu erbringen.“³

Eine diesbezügliche Absicht des deutschen Gesetzgebers ist im DVG durchaus zu erkennen. Für deren Verwirklichung sind jedoch grundlegende Entwicklungen am Gesetz und den nachfolgenden Strukturen erforderlich. Insbesondere der gematik kommt hier eine tragende Rolle zu. Es muss jedoch vor dem Hintergrund der aktuellen Rahmenbedingungen befürchtet werden, dass es am Ende nicht mehr als die bloßen Absichtserklärungen geben wird. Die Chance, die Versorgung der deutschen Bevölkerung zukunftsfähig zu verbessern, wäre dann wieder an dem Ständedünkel der traditionellen Heilberufe und dem Festhalten an veralteten Strukturen gescheitert. ■

Literatur

- 1 <https://kurzlink.de/DVG>
- 2 Stellungnahme des Aktionsbündnis Patientensicherheit zum Entwurf des DVG: <https://kurzlink.de/Stellungnahme>
- 3 WHO: Global Strategy on Digital Health 2020–2024, S. 6: https://kurzlink.de/WHO_Digital_Health

Was machen Sie lieber analog als digital?

„Soziale Kontakte und Sport!“

Prof. Dr. Katja Boguth

lehrt Pflegewissenschaft und -management und leitet die Studiengänge „Gesundheits- und Pflegemanagement“ und „Management in der Gesundheitswirtschaft“ an der Akkon Hochschule für Humanwissenschaften in Berlin.
katja.boguth@akkon-hochschule.de



„Die Mischung macht's ...“

Norman Sauerteig studiert den Bachelor „Gesundheits- und Pflegemanagement“ an der Akkon Hochschule Berlin und ist studentischer Mitarbeiter.



„Lesen, Sozialkontakte pflegen ..., eigentlich alles!“

Sarah Wetz ist wissenschaftliche Mitarbeitende im Fachbereich Pflege & Gesundheit der Akkon Hochschule Berlin.
Sarah.Wetz@akkon-hochschule.de



WAS HABEN DOLLY PARTONS „JOLENE“ UND EMINEMS „LOSE YOURSELF“ GEMEINSAM?

20 Sekunden Refrain! Genau die Zeit, die wir uns nehmen sollten, unsere Hände gründlich zu waschen.

KEIN PROBLEM!

Sie können auch zweimal „Happy Birthday“ singen. Dauert auch 20 Sekunden.

ECHTES PROBLEM!

3 Milliarden Menschen weltweit können ihre Hände zuhause nicht waschen.*

In den am wenigsten entwickelten Ländern dieser Welt haben Frauen, Männer und Kinder nach der Toilette, vor dem Essen oder vor und nach dem Kontakt mit Kranken keine Möglichkeit, ihre Hände gründlich zu waschen. Auch in vielen Schulen und Krankenhäusern gibt es kein Waschbecken, kein Wasser oder keine Seife.

UNSER ÖKOWORLD FOR FUTURE – WASSERPREIS 2020 SUCHT LÖSUNGEN!

ÖKOWORLD sucht im Rahmen des **ÖKOWORLD FOR FUTURE – WASSERPREIS 2020** nach Visionärinnen und Visionären, die sich dafür einsetzen Zugang zu Trinkwasser zu ermöglichen, die Ressource Wasser zu schützen und effizient zu nutzen.



Weitere Informationen finden Sie hier:

www.oekoworld.com/wasserpreis

*Quelle: Vereinte Nationen



Die Arztgeheimnis-Cloud



Vertrauliche Patientendaten sollen künftig zentral gespeichert werden.

Foto: mauritius images/Westend61/HalfPoint

Ein patientenorientiertes Plädoyer

Wilfried Deiß

Die zentralen Projekte der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen sind die elektronische Gesundheitskarte und die Telematik-Infrastruktur. Der Informationsstand der Bevölkerung dazu ist jedoch auffallend schlecht. Nur wenige wissen, dass es sich um eine zentrale, dauerhafte Cloud-Speicherung von intimen Patientendaten handelt, die dem Arztgeheimnis unterliegen. Unser Autor plädiert für eine Nutzen-Risiko-Abwägung, mehr Demokratie und verständliche Erklärungen.

Die Begriffe sind die Griffe, mit denen wir die Dinge greifen und hoffentlich begreifen. Wer begreift „Zentrale Telematik-Infrastruktur“ (TI)? Selbst ÄrztInnen in Deutschland, die mitsamt Sanktionsandrohung gezwungen wurden, ihre Praxen bis zum 1. Juli 2019 an die TI anschließen zu lassen, haben zum Teil nicht verstanden, worum es dabei geht.

Bei Patienten ist der Informationsstand erwartungsgemäß noch schlechter. Die elektronische

Gesundheitskarte (eGK) ist inzwischen bekannt als Versichertenkarte mit Foto und manche Patienten haben gehört, dass irgendwann die persönlichen Arztberichte auf der Karte gespeichert werden sollen. Dass die Karte nur der Schlüssel zum bundesweiten Netzwerk ist, in dem Arztberichte dauerhaft gespeichert werden sollen, wissen nur die wenigsten (v. Grätz, 2018).

Zentrale Datenspeicherung

Die Desinformation ist allerdings kein Zufall. Seit dem Start der Projekte eGK und Telematik-Infrastruktur um 2005 wird nicht über die Notwendigkeit der zentralen Datenspeicherung als Kern des Gesamtprojektes berichtet. Noch heute ist auf der Homepage der gematik GmbH zu lesen: „Neben den Versichertenstammdaten können – mittels der Elektronischen Gesundheitskarte – später auch medizinische Daten gespeichert werden“ (www.gematik.de). Die zentrale und dauerhafte Speicherung wird nirgendwo beschrieben und erläutert.

Selbstverständlich benötigen wir eine zeitgemäße und tatsächlich auch praktikablere Informationsübertragung im Gesundheitswesen. Der Medienbruch von digital zu analog (Post, Fax) und zurück nach digital (Einscannen) ist unsinnig, umständlich und antiquiert. Wir benötigen unzweifelhaft eine gesicherte, verschlüsselte Punkt-zu-Punkt-Übertragung von Dokumenten. Aber es besteht keine zwingende Notwendigkeit für eine dauerhafte und zentralisierte Speicherung von Patienteninformationen in einer Daten-Cloud.

Meine Grundeinstellung diesbezüglich lautet: Das Internet ist eine geniale Erfindung – aber nur für Informationen, die für die Öffentlichkeit gedacht sind. Oder gerade eben noch für Informationen, bei denen kein relevanter Schaden entsteht, wenn sie versehentlich an die Öffentlichkeit, in kriminelle oder potenziell repräsentative Hände geraten.

Einzelfall- vs. Kollektivrisiko

Aber zunächst einen Schritt zurück: Als die Faxgeräte aufkamen, musste niemand von der Anschaffung überzeugt oder dazu gezwungen werden. Der Sinn und die Alltagstauglichkeit des Gerätes waren sofort erkennbar. Beim Telematik-Projekt gibt es nicht einmal ein vollständig funktionierendes Modellprojekt, an dem man Praktikabilität und Nutzen zumindest der wichtigsten medizinischen Anwendungen hätte überprüfen können.

Retrospektiv ist das Faxgerät in seiner analogen Form zudem ein gutes Beispiel für den Unterschied zwischen Einzelfall- und Kollektivrisiko. Faxen ist eine Punkt-zu-Punkt-Kommunikation (heutzutage sind allerdings Fax-Server dazwischen geschaltet, weil die analogen Faxdaten für den Transport digitalisiert werden). Selbstverständlich sind schon unzählige Faxe an falsche Empfänger versendet worden. Allerdings ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Irrläufer-Fax erstens eine kriminell verwendbare Information enthält und zweitens an jemanden gerät, der diese verwenden will und kann, extrem gering. Im Gegensatz dazu wird bei einer dauerhaften, zentralen Speicherung das Einzelfall-zum Kollektivrisiko und der Datenspeicher zur idealen Angriffsfläche für kriminelle Aktivitäten (*Medical Tribune*, 2019).

Unehrlige Frage an PatientInnen?

Nun wieder zur Patientenperspektive: Es gibt eine unehrliche und eine ehrliche Fra-

ge an PatientInnen. Die unehrliche: „Möchten Sie, dass in Zukunft alle ÄrztInnen, denen Sie das erlauben, mithilfe Ihrer elektronischen Gesundheitskarte Ihre medizinischen Befunde einsehen können?“ Fragen dieser Art sind in Akzeptanzstudien oft gestellt und von PatientInnen überwiegend bejaht worden. Die ehrliche Variante aber lautet: „Damit Sie allen ÄrztInnen zu jeder Zeit die Erlaubnis erteilen können, Ihre medizinischen Befunde einzusehen, müssen alle Arztberichte in einer zentralen Datenbank dauerhaft gespeichert werden. Möchten Sie, dass in Zukunft Ihre persönlichen Arztberichte, die alle dem Arztgeheimnis unterliegen, nicht mehr nur bei ÄrztInnen gespeichert werden, sondern zusätzlich alle zusammen und dauerhaft in einer bundesweiten zentralen Datenbank, also in einer Daten-Cloud?“

Die Arztgeheimnis-Cloud

Genau darum geht es aber: Der Kern der TI, der Sitz der elektronischen Patientenakte (ePA), ist nichts anderes als eine Daten-Cloud. Ich habe mich daher entschieden, einen verständlicheren Begriff zu verwenden: nicht mehr zentrale Telematik-Infrastruktur, sondern stattdessen Arztgeheimnis-Cloud. Es geht hier nämlich um ganz besondere Daten, nicht die üblichen Nutzerdaten, die bei Facebook, WhatsApp, Amazon oder Google anfallen (und selbst da ist das Missbrauchspotenzial hoch), sondern persönliche und intime Informationen über Menschen, insbesondere in somatischen und psychischen Ausnahmesituationen. Eine Foto-Cloud speichert Fotos. Eine Musik-Cloud speichert Musik. Die Arztgeheimnis-Cloud speichert Arztgeheimnisse – wenn wir das wirklich wollen. Ich plädiere für eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung.

Selbstverständlich hat die Cloud-Speicherung von Patienteninformationen einen Verfügbarkeitsvorteil. Aber ist der medizinische Nutzen wirklich groß genug, um die Risiken zu rechtfertigen? Wo sind die großen Modellversuche, die den Nutzen nachweisen? Man muss sich klar machen, dass der persönliche Schaden beim Missbrauch von Gesundheitsdaten irreparabel sein kann. Da reicht es nicht, einen Account zu löschen oder ein Passwort zu ändern (ebd.). Und wie ist die Rechtslage, wenn – wie in einigen Ländern schon geschehen – nicht nur einzelne, sondern gleich Millionen Datensätze von Patien-

ten verwendet werden, mit denen jetzt schon ein lukrativer Handel im Darknet betrieben wird? Sicher ist, dass durch die erforderliche Einverständniserklärung der PatientInnen die Risiken auf eben jene verlagert werden.

Verschiedene Anwendungen

Wissen wir, was wir tun, wenn wir die dauerhafte Gesundheitsdaten-Cloudspeicherung favorisieren? Im Zentrum steht die „Wolke“ (Cloud). Sie ist die Schaltstelle für alles, was im Netzwerk passiert. Während traditionell der Hausarzt die Arztberichte seiner PatientInnen in seiner Praxis sammelt (und als lokaler Akteur dem einzelnen Patienten seine Akte auch schon heute sehr einfach zur Verfügung stellen kann, herkömmlich auf Papier oder zeitgemäß digital, z. B. auf speziellen USB-Sticks; www.sichere-patientenakte.de), soll dies nun in der Arztgeheimnis-Cloud für die gesamte deutsche Bevölkerung geschehen – nach aktuellem Stand noch als „freiwillige Anwendung“. Die weiteren Anwendungen werden im Folgenden erklärt:

Das **Versicherten-Stammdaten-Management** ist die erste, rein bürokratische Anwendung der TI: Die Verwaltungsdaten auf der eGK (Name, Anschrift, Versichertenstatus) werden mit den Daten auf dem Krankenkassenserver abgeglichen. Dies ist sozusagen der Test der digitalen Infrastruktur auf Funktionsfähigkeit. Außerdem werden Verwaltungstätigkeiten in die Arztpraxen verlegt und die Kassen sparen (vielleicht) Verwaltungskosten ein.

Notfalldatensatz: Hierunter werden nicht nur Allergien und Unverträglichkeiten, sondern auch die wichtigsten Dauerdiagnosen gespeichert. Denn erst dann hat der Datensatz eine relevante Bedeutung. Diese zweite Anwendung ist geschickt gewählt: Denn der Notfalldatensatz passt tatsächlich noch auf den Chip der eGK, sodass die dauerhafte zentrale Speicherung noch im Nebel bleibt. Aus meiner Sicht ist der Notfalldatensatz in dieser Form wenig praxisrelevant und vor allem ein Mittel, um der eGK zu Akzeptanz zu verhelfen.

Medikationsplan: Den gibt es schon auf Papier. Auch der würde noch auf die Karte passen, natürlich mit „Original“ in der Cloud. Wirklich praktikabel ist der digital gespeicherte Medikationsplan, wenn jederzeit durch einen Tastendruck ein aktueller Ausdruck davon angefertigt werden kann, etwa weil der Patient einen Einnah-

meplan benötigt. Dieser jederzeit aktuelle und medizinisch auf Indikation, Interaktion und individuelle Besonderheiten geprüfte Medikationsplan wird aber nur dann funktionieren, wenn für seine Anfertigung ein Arzt hauptverantwortlich ist, in der Regel der Hausarzt. Wenn das nicht geregelt ist, wird aus dem System, das unerwünschte Wechselwirkungen vermeiden soll, eine potenziell medikamentöse Gefahr für die PatientInnen, zumindest aber ein Durcheinander mit Tendenz zur Polymedikation (Korzilius/Osterloh, 2018).

„PatientInnen, die die elektronische Gesundheitsakte nutzen, leisten sozusagen eine freiwillige Datenspende an ihre Krankenkasse.“

eArztbrief: Es ist dringend notwendig, in Zukunft Arztberichte von ÄrztInnen und Krankenhäusern in digitaler gesicherter Form zu versenden. Im TI-System gibt es das noch nicht. Eine sichere Kommunikationsform existiert in Anfängen im KV-Connect-System der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVWL kompakt, 10/2018). Man könnte die Informationsübermittlung auch Punkt-zu-Punkt gestalten, das heißt, die Nachricht wird nach Abruf durch den Empfänger automatisch im Zwischenspeicher gelöscht. In der Arztgeheimnis-Cloud funktioniert das definitiv nicht Punkt-zu-Punkt, im Gegenteil. Das Grundprinzip ist ja gerade, dass alle medizinischen Dokumente nicht nur versendet und abgerufen werden, sondern dauerhaft gespeichert bleiben. Womit wir wieder beim kollektiven Datenschutzrisiko wären.

Damit kommen wir zur **elektronischen Patientenakte (ePA)**, der wichtigsten Komponente der Cloud-Speicherung. Dort werden alle Berichte dauerhaft gespeichert, damit sie jeder behandelnde Arzt bei Vorlage der eGK, PIN-Nummer sowie des Arzt- oder Praxisausweises rund um die Uhr abrufen kann. Beim jetzigen Stand der Dinge müssen die PatientInnen zustimmen, aber schon einzelne Vorgänge wie der Versand von Arbeitsunfähigkeitsbe-

scheinigungen, die auch Diagnoseziffern enthalten, sollen zur Pflichtanwendung werden. Inwieweit der Arzt die wirklich dringenden Informationen wie aktuelle Diagnosenliste und Medikationsplan findet, ist eine andere Frage (KVWL kompakt, 1/2019).

Telemedizin: Beratung auf Entfernung machen ÄrztInnen schon lange, nämlich meist per Telefon. So lassen sich sehr viele Fragen und Probleme lösen. Der Hausarztalltag wäre gar nicht zu bewältigen, wenn jede Fragestellung im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt bearbeitet werden müsste. Nun kommt die Videokomponente dazu. Das sieht gut aus, ergibt ein gutes Marketing, aber der Zusatznutzen ist noch nicht bewiesen. Zudem ist die Videosprechstunde technisch aufwendig und dauert länger als eine normale Konsultation. Mit Sicherheit ersetzt die Telemedizin in ländlichen Gebieten nicht die externe Versorgungsassistentin (Glied, 2019). Bis hierhin kann man den medizinischen Sinn bei vielem noch erkennen und mit viel gutem Willen an die Möglichkeit einer hohen Datensicherheit glauben. Aber nun wird es noch viel komplizierter (Capurro, 2018).

Jetzt kommt die **elektronische Gesundheitsakte (eGA)** ins Spiel. Das ist etwas anderes als die elektronische Patientenakte. Hier sind die Krankenkassen am Zug, die keine eigenen Patientenakten führen dürfen. Die eGA speist sich aus der ePA und umfasst die Daten, die der Patient für seine Krankenkasse freischalten kann. Zusätzlich kann der Patient eigene Daten, etwa von Fitnesstrackern, in seine Gesundheitsakte laden und, wenn er möchte, dem Arzt vorlegen. PatientInnen, die dem zustimmen, leisten sozusagen eine freiwillige Datenspende an ihre Krankenkasse. Ob dadurch die medizinische Behandlung verbessert wird, ist äußerst fraglich. Mit Sicherheit ist per Datenanalyse eine bessere Selektion von Patientenrisiken möglich. Insofern ist es kein Zufall, dass diese Projekte von Krankenversicherungsunternehmen massiv unterstützt werden – von IT-Firmen sowieso.

Ziel von Hackerangriffen

Die derzeit wohl bekannteste eGA, die Vivy-App für Mobiltelefone, hat übrigens einen eigenen Server in Frankfurt am Main, der an die TI angeschlossen werden soll. Beteiligt sind sowohl gesetzliche (DAK, IKK und BKKen) als auch private Kranken-

kassen (Allianz, Gothaer, Barmenia). Der Datenschutzerklärung von Vivy ist zu entnehmen, dass verschiedene Dienste auch in den USA genutzt werden, um die Daten zu unterschiedlichen Zwecken zu verwenden, zum Beispiel für Werbung und Benutzerunterstützung (KVWL kompakt, 1/2019).

Bis hierhin war das vielleicht noch „Small Data“. Wenn aber irgendwann massive Datenmengen in der Arztgeheimnis-Cloud angesammelt sind, dann wird es für die Big Data-Firmen interessant. Private und gesetzliche Krankenkassen, Krankenhauskonzerne und IT-Firmen wie Bitmarck oder IBM stehen in den Startlöchern. Je größer der Datenpool, desto stärker wird die Nachfrage. Wie es scheint, ist es den Lobbyisten gelungen, die entsprechenden Türen vorsorglich offen zu halten. Der Betreiber der Arztgeheimnis-Cloud selbst ist übrigens die Bertelsmann-Tochter Arvato.

Mit diesen zusätzlichen Zugangswegen über das Smartphone wird die Frage der Datensicherheit endgültig ad absurdum geführt. Genaueres dazu findet man in der Gefahrenanalyse, die auf dem 35. Kongress des Chaos-Computer-Clubs 2018 bezüglich der Patienten- und Gesundheitsakten veröffentlicht wurde (Medical Tribune, 2019).

Die Selbstvernichtung der Datensicherheit

Bezüglich der „digitalen Rückständigkeit“ Deutschlands wird oft auf das Beispiel von Estland verwiesen, wo es schon seit über 15 Jahren eine zentrale Speicherung von Patientendaten gibt. Dies begann damals unter völlig anderen Bedingungen: eine Krankenkasse für alle Esten. Damit galten gleiche Bedingungen für alle und es gab keine Konkurrenz von Kassen untereinander. Daraus folgte ein hoher Grad von Gemeinwohlorientiertheit und Transparenz. Big Data war damals noch kein Thema, es gab keine Interessen von Großkonzernen oder der Pharmaindustrie. Ob das auf Dauer gut gehen wird in Estland, weiß ich nicht. Jedenfalls sind die Voraussetzungen ganz anders als in Deutschland. Zudem sind in Norwegen, Dänemark und den USA bereits Millionen von Patientenakten gehackt worden (ebd.). Diese werden aktuell im Internet für etwa 60 bis 100 Dollar gehandelt, bestens geeignet für Identitätsdiebstahl oder Erpressungen.

Ansonsten möchte ich – gerade auch aus hausärztlicher Sicht – eine Art Lackmustest für die Digitalisierung im Gesundheitswesen anregen, basierend auf einer einfachen Erkenntnis: Digitalisierung ist nur dann sinnvoll, wenn sie mehr ermöglicht als schon analog machbar ist.

Wie nützlich ist die TI?

Das wichtigste Informationswerkzeug im Gesundheitswesen ist eine aktuelle Diagnosenliste (mit Unverträglichkeiten und Allergien) in Verbindung mit einem Medikationsplan. Die Kombination aus beidem nenne ich Diagnosen-Medikations-Dokument. Bei unseren PatientInnen ist das ein im lokalen Praxisverwaltungssystem digital gespeichertes Dokument, das mit einem Tastendruck ausgedruckt werden kann. Dieses Blatt übergibt der Arzt den PatientInnen persönlich. Bei jeglichen Änderungen von Medikamenten, Dosierungen, Diagnosen oder Unverträglichkeiten (das passiert etwa bei jedem zweiten oder dritten Patientenkontakt!) wird es neu ausgedruckt. Der Patient kann das Dokument selbst lesen, Fragen dazu stellen, er kann Fehler erkennen, die ich vielleicht als Arzt beim Eintragen gemacht habe. Und er kann selbst entscheiden, welchem Facharzt oder Krankenhaus er das Dokument vorlegt.

Nun der Test: Schafft es ein digitales System wie die TI beziehungsweise Arztgeheimnis-Cloud, diese alltagsrelevanten Informationen – mit denen sich übrigens jeder Notfall bewältigen lässt – genauso sicher und unkompliziert zur Verfügung zu stellen wie das Diagnosen-Medikations-Dokument? Oder müssen ÄrztInnen und anderes Personal in einer Fülle von Daten nach relevanten Informationen suchen – unter der Voraussetzung, dass sie eine funktionierende Internetverbindung haben?

Aus Digitalisierung wird Digitalismus

Inzwischen hat man den Eindruck, dass in Deutschland aus der Digitalisierung eine Art Digitalismus geworden ist: eine Entwicklung, die wie ein Schicksal hinzunehmen ist und nicht hinterfragt werden darf. Wie wäre es denn, wenn wir zurück auf den Boden der Demokratie kommen, den PatientInnen ehrliche Fragen stellen, und danach mit PatientInnen und ÄrztInnen zusammen die fraglos großen Möglichkeiten digitaler Technik praxistauglich

nutzen: einfache und praktikable Punkt-zu-Punkt-Kommunikation, Vermeidung des Kollektivrisikos bei Akzeptanz eines geringen Einzelfallrisikos – alles unter der Voraussetzung, dass der medizinische Nutzen nachgewiesen wurde. Dies könnte den medizinischen Alltag erleichtern und die Versorgung verbessern. Vielleicht sind wir ja demnächst nicht rückständig, sondern das einzige Land weltweit, in dem einerseits ein funktionierendes digitales Informationsaustauschsystem im Gesundheitswesen ohne dauerhafte zentrale Speicherung von Patienteninformationen existiert und andererseits die Arztgeheimnisse der PatientInnen nicht gehackt worden und auch sicher sind. Und die komplette Patientenakte? Die kann den PatientInnen als digitale Kopie der lokalen, hausärztlichen Daten auch heute schon mit wenig Aufwand in verschlüsselter Form an die Hand gegeben werden, wenn der Patient das wünscht.

Eine alte Regel, die immer noch gilt

Wir ÄrztInnen würden dann das tun, was wir seit dem Altertum schon immer tun sollten: „Primum nihil nocere“ – vor allem nicht schaden. Die notwendige Abwägung von Nutzen und Schaden gilt nicht nur für Medikamente und Operationen, sondern auch für die Verwendung von Technik. Der Gegner dieser Menschlichkeit in der Medizin sind Machtverhältnisse und Profitinteressen bei einem gleichzeitigen Defizit von Demokratie. Genau deshalb die Frage: Wissen wir, was wir tun? ■

Dieser Artikel ist zuerst erschienen in der Zeitschrift für Allgemeinmedizin des Deutschen Ärzteverbands 2019; 95 (11), S. 468–472.

Eine ausführliche Literaturliste finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Was machen Sie lieber analog als digital?

„Die Uhrzeit am Handgelenk ablesen und PatientInnen behandeln.“



Wilfried Deiß

geb. 1960, ist Hausarzt und Internist in Siegen. praxis.deiss@posteo.de


wir uns blöd?

Was macht das Internet wirklich mit uns?

Finden Sie die Antwort hier



Lembke/Lademann/Hagmann (Hrsg.)

Digital (über)leben

Erkenntnisse aus der digitalen Welt
2019. 160 Seiten. Softcover. 19,99 €.
ISBN 978-3-86216-599-5

 medhochzwei

www.medhochzwei-verlag.de/shop

Vertrauen im digitalen Zeitalter

Zur Veränderung der
Arzt-Patienten-Beziehung

Veit Wambach

Das Bild des Patienten, der bei Beschwerden die Sprechstunde aufsucht, um einen Rat vom „allwissenden Halbgott in weiß“ zu erhalten, scheint überholt zu sein. Längst wollen PatientInnen an Entscheidungen, die die eigene Gesundheit betreffen, beteiligt werden. Unser Autor zeigt, wie die Digitalisierung die Arzt-Patienten-Beziehung verändert.



Grafik: istockphoto.com/RLT_Images

Der Patient von morgen wird keinen Arzt mehr ernst nehmen, der nur noch über Karteikarten arbeitet“, sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) über die Digitalisierung von Arztpraxen anlässlich der Vorstellung des neuen Digitalisierungsgesetzes im Mai 2019.

Die Digitalisierung nimmt einen immer größeren Einfluss auf unseren Alltag. Die Informations- und Kommunikationstechnologie ist die Schlüsseltechnologie des 21. Jahrhunderts. Ihr Einsatz gewinnt auch im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung. Digitale Angebote haben das Potenzial, unser Gesundheitssystem zu revolutionieren. Online-Sprechstunden können beispielsweise mithelfen, in dünn besiedelten Regionen die Patientenversorgung zu sichern. Sogenannte Gesundheits-Coaches motivieren die Menschen, gesünder zu leben. Und auch die in Kürze in der Fläche eingesetzten elektronischen Patienten- und/oder Gesundheitsakten bieten große Chancen für die Beteiligten. Informations- und Kommunikationstechnologien ermöglichen eine bessere und effizientere Versorgung und einen breiteren Zugang zu medizinischer Expertise, insbesondere auch in ländlichen Regionen. Ebenso lassen sich damit neue Formen einer besseren Betreu-

ung von Patienten im häuslichen Umfeld realisieren.¹

Digitale Gesundheitskompetenz notwendig

Trotzdem wird die Diskussion um die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiterhin durch unterschiedliche Sichtweisen geprägt sein: Auf der einen Seite stehen Fortschritts Glaube und die Hoffnung auf Qualitätsverbesserung, auf der anderen Seite die Angst um Datensicherheit und Verlust an Humanität bei Patienten und Ärzten. Moderne Techniken schaffen dann Nutzen für alle Beteiligten, wenn sie die Qualität der Behandlung verbessern sowie die Arzt-Patienten-Beziehung vertiefen und vertrauensvoll gestalten. Der Patient wird hierbei immer mehr Eigenverantwortung übernehmen, sodass davon auszugehen ist, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis zunehmend partnerschaftlich wird.

Während die Arzt-Patienten-Beziehung früher weitestgehend auf einem persönlichen Kontakt beruhte, gibt es heute technische Entwicklungen, die ohne einen solchen auskommen, wie die Telematik oder Fernbehandlung. In Zeiten der Corona-Pandemie werden diese Technologien einen

zusätzlichen Schub erhalten, was unter anderem an der rasanten Ausbreitung von Video-Sprechstunden im ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich deutlich wird. Die zunehmende Digitalisierung und Technologisierung im Gesundheitsbereich darf allerdings nicht dazu führen, dass die Grundlagen einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung gestört werden. Die vermehrte Nutzung von elektronischen Medien/Geräten durch die Patienten muss daher in geeigneter Form von flankierenden Maßnahmen begleitet werden. Notwendig hierfür ist insbesondere die sogenannte digitale Gesundheitskompetenz – sowohl aufseiten der Patienten als auch aufseiten der Ärzteschaft beziehungsweise des Fachpersonals. Diese verschafft Anwendern ebenso Transparenz über die Angebote wie die Befähigung, diese zu nutzen.

Mit Vorwissen in die Behandlung

Dass die Digitalisierung grundlegende Veränderungen in der Arzt-Patienten-Beziehung mit sich bringt, zeigen verschiedene Studien. 2019 führte unter anderem das Marktforschungsinstitut Dynata im Auf-

„Ärzte sollten Patienten bei der Suche nach Gesundheitsinformationen stärker unterstützen und beraten.“

trag von jameda eine repräsentative Online-Studie unter 1.067 Patienten durch.² Darin gaben 86 % der Befragten an, dass sie eine deutliche Zunahme der Bedeutung der Digitalisierung in den Arztpraxen erwarten. Die Digitalisierung im medizinischen Bereich bietet für Patienten eine Vielzahl von Möglichkeiten, die eigene Gesundheitsversorgung mitzugestalten: 77 % der Patienten gaben an, dass Gesundheitsinformationen im Internet ihnen helfen, ihren Arzt besser zu verstehen.

Google, der Austausch in Foren und Chats sowie die Selbstüberwachung und -optimierung der eigenen Gesundheit durch Wearables und Smart Devices ermöglichen immer mehr Patienten mit Vorwissen zur Behandlung zu gehen. Auf

diese Weise wird die Entscheidungskompetenz der Patienten gefördert und ihre Rolle gegenüber dem Arzt gestärkt. Entsprechend erwarten auch 64 % der Patienten, dass die Digitalisierung das Rollenbild des Arztes verändern wird. Ein Fazit der Studie: Dem Arzt wird in Zukunft immer mehr die wichtige Rolle des „Gesundheits-Coaches“ zuteil, der den Patienten durch die Fülle verschiedener Gesundheitsdaten und -informationen leitet. Dabei bleibt er unersetzbarer Helfer für die Patienten. Trotz der zunehmenden Digitalisierung und der daraus resultierenden Rollenveränderung bleibt der persönliche Austausch zwischen Arzt und Patient weiterhin von großer Bedeutung. So zeigt die Studie auch, dass 81 % der Patienten deutlich mehr Vertrauen in die Diagnose eines Arztes als in die eines Algorithmus haben.

Erwartungen von Patienten

Es sind insbesondere folgende elementare Eigenschaften und Fähigkeiten, die Patienten von ihren Ärzten in Bezug auf Krankheit beziehungsweise Gesundheit erwarten: Information, Aufklärung und Beratung sowie Zwischenmenschlichkeit, also Zuhören können, Ehrlichkeit, Freundlichkeit, Verständnis und Empathie. Dazu kommt die physische und psychische Unterstützung bei der Bewältigung etwaiger gesundheitlicher Herausforderungen.

Darüber hinaus wünschen sich im digitalen Zeitalter immer mehr Patienten, dass ihr Arzt sie bei der Informationssuche im Internet beziehungsweise bei der „Bewertung“ derselben unterstützt. Das zwingt die Ärzte immer mehr, die Informationsquelle Internet für sich und ihre Anliegen zu nutzen. Dass Patienten sich im Internet informieren, erkennen Ärzte mittlerweile zunehmend an: Mehr als die Hälfte geht – laut den Patienten – bereits auf selbst recherchierte Infos ein, rund 40 % geben laienverständliche Materialien mit und verweisen auf gute Quellen.³

Um das Zusammenspiel von Arzt und Internet – den beiden wichtigsten Informationsquellen der Patienten – noch weiter zu verbessern, sollten unter anderem folgende Maßnahmen vorangetrieben werden: Ärzte sollten Patienten bei der Suche nach Gesundheitsinformationen stärker unterstützen und beraten. Sie müssen fundierte Informationsangebote kennen, um diese weiterempfehlen zu können. Um ihrer Rolle als persönliche Berater gerecht zu werden, benötigen Ärzte mehr Zeit für

ONLINE GUT AUFGESTELLT



€ 25,00 D | **E-Book** € 19,99 D
ISBN 978-3-525-71147-7

Dieses Lehrbuch vermittelt (angehenden) Fachkräften im Kontext von Beratung, Coaching und Supervision praktisches Handlungswissen zur Onlineberatung.



€ 30,00 D | **E-Book** € 23,99 D
ISBN 978-3-525-40674-8

Wie kann Digitalisierung mit menschlichem Maß gelingen? Was hilft, wenn es hakt?



€ 20,00 D | **E-Book** € 15,99 D
ISBN 978-3-525-40687-8

Selbst vor den letzten Dingen Sterben, Tod und Trauer macht die Digitalisierung nicht Halt.

Gespräche mit Patienten. Letztere müssen ermutigt werden, ihrem Arzt Fragen zu stellen und die Ergebnisse ihrer Informationssuche mit ihm zu besprechen. Dabei kann man die Vielfalt von Gesundheitsinformationen im Netz als Chance betrachten. Allerdings ist es unabdingbar, dass dabei die Ärzteschaft in ihrer täglichen Praxis auf verlässliche und unabhängige Informationsquellen zurückgreifen kann.⁴

Patienten werden selbst aktiv

Als idealtypische Arzt-Patienten-Beziehung verstehen wir eine enge und als hilfreich empfundene Beziehung zwischen diesen beiden. Wichtigste Grundlage dieser Beziehung ist gegenseitiges Vertrauen, das sich im Laufe der Zeit entwickelt und sich durch wechselseitige Kommunikation festigt. Je größer das Vertrauen in den Arzt, desto offener und kooperationsbereiter sind die Patienten. Grundlage allen Vertrauens sind persönliche Begegnungen.

Im digitalen Zeitalter sieht sich der Arzt weiteren sichtbaren und unsichtbaren „Mitbewerbern“ gegenüber. Digital affine Patienten übernehmen immer mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit. Sie informieren sich zunehmend über das Internet und Anamnese-Apps über Beschwerden und Krankheiten. Der Arzt vor Ort ist eben nicht mehr die einzige zuverlässige „Gesundheitsquelle“ für Patienten. Diese machen sich oftmals ein eigenes Bild zu ihrem Gesundheitszustand, fordern gleichzeitig immer mehr Transparenz von ihren behandelnden Ärzten und möchten aktiv in den Behandlungsprozess eingebunden sein. Der Weg führt also weg vom reinen „Gesundheitsempfänger“. All das wird die Arzt-Patienten-Beziehungen in Zukunft stark verändern.

Das ärztliche Fachpersonal bewertet diesen gesellschaftlichen Trend ambivalent. Zur Skepsis trägt beispielsweise die schwankende Qualität der Informationen bei. Ebenso stehen intransparente Interessen der Anbieter immer wieder im Fokus. Die Recherche im Internet kann die Suchenden gegebenenfalls verunsichern und verängstigen, zum Teil auch gesundheitlichen Schaden anrichten.

Patientenkompetenz stärken

Allerdings sind Informationen zu sehr speziellen Themen jederzeit verfügbar und die eigene Recherche steigert Wissen. Somit können sich Patienten aktiv für die eigene Gesundheit einsetzen. Die

damit einhergehende erhöhte Selbstbestimmung steht also im Einklang mit der politischen Zielsetzung, die informierte und partizipative Entscheidungsfindung von Patienten zu stärken.⁵

Damit dieses Ziel erreicht wird, müssen Patienten einerseits über Kompetenzen verfügen, um relevante Informationen zu finden, verstehen und bewerten zu können. Andererseits und damit zwingend einhergehend ist es für die Ärzteschaft ratsam, diese neu gewonnen Fähigkeiten der Patienten wertzuschätzen sowie eine partizipative Rolle in der Behandlung einzunehmen. (Vor-)informierte Patienten sollten als „Schatz“ betrachtet werden. Ein neues, gemeinsames Rollenverständnis kann somit langfristig entstehen.

Das persönliche und oft über viele Jahre gewachsene Vertrauensverhältnis bleibt auch in Zukunft die elementare Größe für die Arzt-Patienten-Beziehung. Fachliche Kompetenzen sind hierbei die Basis, um das Vertrauen in die Ärzteschaft zu sichern. Darüber hinaus wird es zukünftig noch mehr auf kommunikative und interpersonale Fähigkeiten ankommen. Und das Zuhören können wird einen noch größeren Stellenwert im Arztalltag einnehmen. Es gilt unter anderem die veränderten und individuellen Erwartungen von Patienten zu erkennen und – je nach Informations- und Entscheidungspräferenz – die weiteren Maßnahmen gemeinsam abzustimmen.

Unbestritten ist auch, dass die Medizin zunehmend spezialisierter und damit noch komplexer wird. Hier den Überblick zu erhalten, koordinierend tätig zu sein und einen individuellen Weg durch das Gesundheitswesen zu weisen, wird weiterhin Aufgabe der Ärzte bleiben. Laien werden dagegen oft an ihre Grenzen stoßen, sollten sie ausschließlich alleine oder mithilfe von „Dr. Google“ versuchen, ihre gesundheitlichen Probleme zu lösen. Nichtsdestotrotz müssen Patienten vermehrt dazu motiviert werden, sich stärker einzubringen und sich aktiv zu informieren. Interaktive Entscheidungshilfen können hier unterstützend wirken.⁶ Die Bereitstellung wissenschaftlicher Evidenz (auch in digitaler Form) wird dabei maßgeblich für Arzt-Patienten-Gespräche sein. Um das große Interesse vieler Patienten zu befriedigen, sind vertrauenswürdige und unabhängige Angebote gezielt und aktiv zu empfehlen. Dies schafft die so wichtige Orientierung für Patienten.

Eine partnerschaftliche Beziehung

War die traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung von einem asymmetrischen, „paternalistischen“ Verhältnis gekennzeichnet, so setzt die zeitgemäße Medizin auf den mündigen Patienten und eine partnerschaftliche Beziehung, die an der Autonomie des Patienten orientiert ist und dessen Kompetenzen – zukünftig auch digitale – einbezieht.

Der persönliche Austausch zwischen Arzt und Patient wird auch in Zeiten des digitalen Wandels von grundlegender Bedeutung für eine erfolgreiche Diagnose und passgenaue Therapie bleiben und vielleicht sogar noch stärker eingefordert werden. Einer individualisierten – also neben einer digitalspezifischen auch kultur- und schichtspezifischen – Kommunikation kommt hierbei besondere Bedeutung zu. Medienkompetenz, Kommunikationsfähigkeit und die Fähigkeit zur Empathie stellen zukünftig zentrale Kompetenzen für Ärzte dar. ■

Quellen

- 1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.
- 2 <https://kurzlink.de/jameda>
- 3 <https://kurzlink.de/Gesundheitsinfos>
- 4 Ebd.
- 5 Vgl. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, *Bundesgesetzblatt* Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9.
- 6 Beispiele hierzu wären u.a. www.arriba-hausarzt.de; www.gesundheitsinformation.de; www.aok.de/pk/bayern/medizin-versorgung/aok-faktenboxen; www.hardingcenter.de/de/faktenboxen

Was machen Sie lieber analog als digital?

„Das Lesen von Lyrik und auch von komplexen philosophischen Texten ist für mich digital sehr schwierig.“

Dr. med. Veit Wambach



geb. 1957, ist seit 1987 als Facharzt für Allgemeinmedizin in Nürnberg tätig. Er ist Vorsitzender des Gesundheitsnetzes Qualität und Effizienz eG. Seit 2010 ist er stellvertretender Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes. www.drwambach.de

Digitalisierung



Ralf Huss
Künstliche Intelligenz, Robotik und Big Data in der Medizin
 Die Informationstechnologien haben längst Einzug in Medizin und Gesundheitsversorgung gehalten. In sieben anschaulich und einprägsam geschriebenen Kapiteln stellt das Buch die Hauptfelder der Digitalisierung in der Medizin dar: sowohl die Chancen, die sie für viele Patienten beinhaltet, als auch die Gefahren, die sie für die Bewahrung der Privatsphäre und die am Patienten orientierte ärztliche Behandlung mit sich bringen kann.
 Springer Nature, Heidelberg 2019, 107 S., 19,99 Euro



Julia Inthorn, Rudolf Seising (Hg.)
Digitale Patientenversorgung
 Zur Computerisierung von Diagnostik, Therapie und Pflege
 Bildgebende und diagnostische Verfahren, Therapien, Pflege, Datenverwaltung sowie Abrechnung: IT-gestützte Prozesse greifen immer tiefer in die Arbeit mit und an PatientInnen ein. Die digitale Technik entwickelt sich zu einem potenziell dritten Akteur zwischen PatientIn und VersorgerIn. Die Beiträge des Bandes widmen sich dieser Technisierung aus interdisziplinärer Perspektive u. a. mit Fragen zu Ethik, Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Auseinandersetzung. Damit tragen sie zur kritischen Reflexion der gegenwärtigen Entwicklungen bei und loten deren Chancen und Risiken aus.
 transcript, Bielefeld, erscheint August 2020, ca. 250 Seiten, 30 Euro



Viviane Scherenberg, Johanne Pundt (Hg.)
Digitale Gesundheitskommunikation
 Zwischen Meinungsbildung und Manipulation
 Mit dem starken Anstieg an Informations- und Kommunikationssystemen im Gesundheitswesen nimmt auch die Bedeutung der digitalen Gesundheitskommunikation zu. Der Band diskutiert etwa die interpersonale Kommunikation, die Arzt-Patient-Perspektive, ethische und datenschutzrechtliche Aspekte sowie zielgruppenspezifische Strategien und Methoden der digitalen Gesundheitskommunikation. Das Fachbuch ist für Praktiker, Studierende und Lehrende geeignet.
 Apollon University Press, Bremen 2018, 372 S., 54,90 Euro



Anja Kalch, Anna Wagner (Hg.)
Gesundheitskommunikation und Digitalisierung
 Zwischen Lifestyle, Prävention und Krankheitsversorgung
 Die Kommunikation über Gesundheit und Krankheit ist mithilfe von Fitnesstrackern zum Lifestyle-Element geworden. Der Band versammelt 13 Beiträge, die die Folgen des digitalen Wandels im Gesundheitsbereich nachvollziehen. Dabei geht es um die Bedeutung digitaler Medientechnologien für die Arzt-Patienten-Beziehungen, die Potenziale und Grenzen digitaler Medientechnologien in der Gesundheitskommunikation sowie um die Wirkungen gesundheitsbezogener digitaler Medienangebote.
 Nomos, Baden-Baden 2020, 235 S., 49 Euro



David Matusiewicz, Volker Nürnberg, Stephanie Nobis (Hg.)
Gesundheit und Arbeit 4.0
 Wenn Digitalisierung auf Mitarbeitergesundheit trifft
 Digitalisierung trifft sowohl auf die Gesundheitsbranche als auch auf die moderne Arbeitswelt. Hier geht es darum, die Herausforderungen an die Gesundheit in Anbetracht der digitalisierten Arbeitswelt (New Work) zu erkennen. Das Personalmanagement sowie das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) müssen neue Aufgaben meistern. Das Buch verknüpft das BGM mit der Digitalisierung in der Arbeitswelt. Zahlreiche Beiträge beleuchten die aktuellen Entwicklungen der Gesundheit und Arbeit 4.0. Zudem werden Möglichkeiten und Grenzen der neuen Arbeitswelt praxisnah herausgearbeitet und erfolgreiche Lösungskonzepte vorgestellt.
 medhochzwei, Heidelberg 2018, 495 S., 79,99 Euro



Du 899 | April/Mai 2020
Gesundheit im digitalen Zeitalter
 Werden Google, Facebook, Apple und andere Hightech-Konzerne in Zukunft unsere Ärzte sein? Die Medizin erlebt durch Künstliche Intelligenz und Digitalisierung eine Revolution, die mit der Entdeckung des Penicillins vergleichbar ist. Wie verändern die technischen Möglichkeiten die Medizin? Wohin führt das, wenn jeder jederzeit seine Gesundheit überprüfen und kontrollieren kann? Was das für Gesellschaft und Kultur bedeutet, beleuchtet diese Ausgabe der *Du*.
 Bezug: www.du-magazin.com



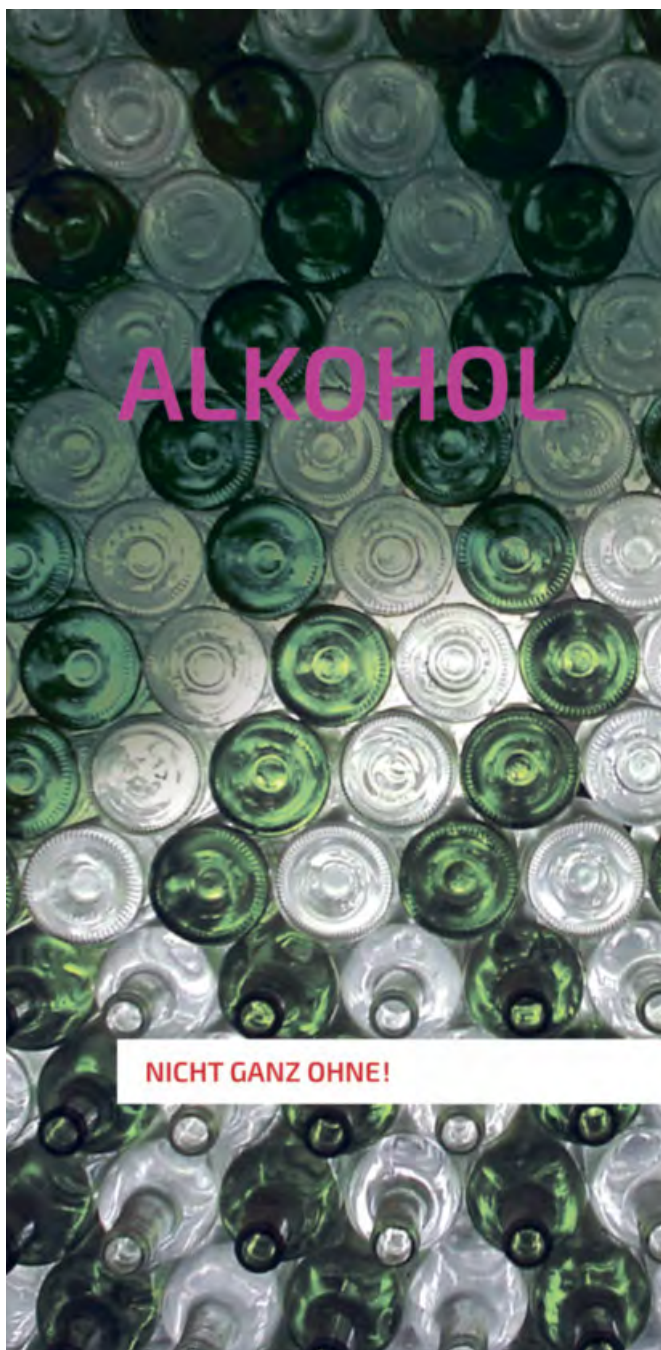
David Matusiewicz, Maïke Henningsen, Jan P. Ehlers (Hg.)
Digitale Medizin
 Kompendium für Studium und Praxis
 Die digitale Transformation des Gesundheitswesens wird auch die medizinische Ausbildung und ärztliche Arbeitsrealität verändern. Erst nach und nach entstehen erste Curricula und Lernformate zur digitalen Medizin. Das Werk füllt Wissenslücken und strukturiert die unterschiedlichen Fragestellungen und Themenbereiche der Digitalen Medizin. Es ist systematisches Kompendium sowie Navigationshilfe in einem dynamischen Wissensgebiet. Studierende und Praktiker erhalten eine Einführung in die digitalen Dimensionen der gesamten Medizin.
 MWV, Berlin, erscheint Juni 2020, 220 S., 49,95 Euro



Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (Hg.)
Konzept für ein nationales Gesundheitsportal
 Der Kern des Konzepts ist, dass Anbieter von evidenzbasierten Informationen zu Gesundheitsfragen sich – freiwillig und unter Beibehaltung ihrer Eigenständigkeit – auf gemeinsame Qualitätsstandards einigen und als Content-Partner ihre Inhalte auf einer kooperativen Plattform, dem nationalen Gesundheitsportal, bereitstellen. Nach einem öffentlichen Stellungnahmeverfahren 2018 hat das IQWiG das Konzept dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben. Dort liegen jetzt die weiteren Entscheidungen.
 Bezug als kostenloser Download unter: <https://kurzlink.de/IQWiG>

Das Problem nicht verschweigen

Ein Gespräch
mit Christina Schadt
über
Suchtprävention



Motiv einer Infokarte der Berliner Fachstelle für Suchtprävention.
www.berlin-suchtpraevention.de

Die Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin informiert und berät Menschen aller Altersklassen zu Suchtverhalten und -erkrankungen. Monika Herrmann hat mit Christina Schadt über ihre Arbeit gesprochen: Sie ist verantwortlich für das Qualitätsmanagement der Fachstelle sowie für die Leitung des Fachteams Suchtprävention.

Frau Schadt, wir führen dieses Interview im Kompetenzzentrum für Suchtprävention in Berlin-Mitte. Was können Sie von Ihrer Arbeit berichten?

Es geht bei uns um Suchtverhalten und vor allem um Suchtvermeidung. Wir sind vernetzt mit vielen anderen Hilfestellen, wir geben Informationen weiter und bieten Infoveranstaltungen an, an denen Menschen teilnehmen können, die das Thema Sucht ernst nehmen: in Schulen, Betrieben und Pflegediensten zum Beispiel. Wichtig ist uns zu vermitteln, Suchtverhalten möglichst früh zu erkennen, vorzubeugen und dadurch Sucht gar nicht erst entstehen zu lassen.

Sie beraten vor allem Menschen, die das Suchtverhalten von anderen bemerken, sich deshalb Sorgen machen und gegensteuern möchten. Wie geht das und was ist dabei wichtig?

Selten kommen die Suchtgefährdeten oder schon Suchtkranken selbst. Der Grund: Sie nehmen ihr Verhalten nicht so ernst oder schämen sich. Angehörige sind es meistens, die Veränderungen bemerken und hier bei uns Hilfe und Beratung suchen und auch finden. Also wir helfen meistens dann, wenn sich andere Sorgen machen, aber wir vermitteln auch Hilfen für diejenigen, die etwa eine Therapie brauchen.

Sucht ist mit Scham besetzt, sagen Sie. Doch auch die Ratsuchenden müssen sich outen. Fällt ihnen das schwer?

Ja, natürlich, Eltern beispielsweise. Aber sie machen sich Sorgen, wenn sie dahinterkommen,

dass ihr Kind gekifft hat. Sie wollen wissen, ob das schon ein Suchtrisiko ist und wie sie gegensteuern können. Sie wissen nicht, wie sie sich verhalten sollen. Dann sagen wir den Eltern schon, dass es ein Risiko gibt, aber wir raten auch zum offenen Gespräch mit dem Kind, damit es über sein riskantes Verhalten Bescheid weiß. Wir haben ein Projekt, in dem Eltern und suchtgefährdete Kinder gemeinsam über das Problem reden können. Das kommt gut an. Aber Eltern oder Jugendliche können auch – wenn sie das wollen – getrennt voneinander über ihre Probleme mit uns reden.

Und wenn Eltern abends Wein trinken, ihren Kindern aber Saft servieren – wie glaubwürdig sind sie dann noch?

Ja, das ist tatsächlich ein Problem. Aber uns ist wichtig, dass Eltern wissen: Alkohol schadet Kindern in ihrer Entwicklung. Das müssen sie ihren Kindern erklären, klare Grenzen setzen und Angaben machen. Eltern sollten das Jugendschutzgesetz erklären und ernst nehmen, signalisieren, dass ihnen ihre Kinder wichtig sind, ihre Gesundheit, ihr Verhalten und ihre

„Wenn Angehörige, Nachbarn, Freunde, Lehrer kommen und von ihren Sorgen sprechen, ist die wichtigste Frage immer: Wird das Problem angesprochen oder verschwiegen?“

Entwicklung. Von Kindern wird das wahrgenommen und auch akzeptiert. Wichtig ist uns, das in der Familie zu besprechen. Und das kann man bei uns lernen.

Ein großes Problem ist das Trinken von Alkohol in Betrieben, Büros usw.

Genau. Wir werden deshalb immer wieder angefragt, wie Chefs zum Beispiel gegensteuern können, wenn sie bemerken, dass während der Arbeitszeit Alkohol getrunken wird. Wir raten zum Beispiel, Regularien und Instrumente zu schaffen, darüber offen zu sprechen. Wie kann ein

Betriebsklima geschaffen werden, in dem offen mit dem Problem umgegangen wird, damit der Alkoholkonsum letztlich kein Problem mehr darstellt? Wir wissen aus Umfragen, dass das Trinken in Betrieben gang und gebe ist. Viele Firmen sehen die Probleme aber und suchen bei uns Hilfe.

Und wie sieht die dann aus?

Wir erstellen beispielsweise einen Stufenplan, der vorsieht, dass die Entlassung der Süchtigen wirklich der letzte Schritt ist, weil es viele andere präventive Maßnahmen gibt, um den Betroffenen zu helfen. Also, dass sie sich bereit erklären, eine Therapie zu machen und dann dem Betrieb mit ihrer Arbeitskraft wieder voll zur Verfügung stehen. Wichtig ist uns immer zu vermitteln, dass eine Suchterkrankung behandelbar ist und man sich dessen nicht schämen sollte. Auch auf die vielen gesundheitlichen Gefahren der Alkoholsucht weisen wir hin und klären auf.

Frau Schadt, auch bei alten Menschen ist Sucht ein häufiges Thema: Alkohol, aber auch Medikamente, die beruhigen, gute Laune machen, für guten Schlaf sorgen und von Ärzten sogar verschrieben werden, sind beliebte Drogen. Was erleben Sie?

Wir stellen fest, dass Menschen so ab 60 Jahren einen ziemlich hohen Alkoholkonsum haben. Wir wissen auch, dieses Verhalten hat mit Umbruchsituationen zu tun: dem Ende der Erwerbstätigkeit, mit Verlustsituationen, Einsamkeit und Krisen, in denen Alkohol verstärkt konsumiert wird. Also die älteren Menschen und ihre Probleme sind für uns in der Suchtprävention eine wichtige Zielgruppe. Wir geben Informationen und Hilfen. Allerdings selten an die Suchtgefährdeten selbst, sondern an Angehörige oder auch an Pflegedienste. Wir haben zum Beispiel das Projekt „Suchtsensible Pflege“, wo wir Schulungen und Seminare für Pflegepersonen anbieten und auf Gefahren hinweisen.

Was ist denn wichtig für die Pflegenden, oft sind es ja Angehörige?

Dass sie lernen, wie sie selbst präventiv tätig werden können, wenn sie Suchtverhalten bei den alten Menschen bemerken. Sie müssen lernen, damit umzugehen, Risiken einzuschätzen und frühzeitig zu intervenieren, um auch gefährliche Stürze zu vermeiden. Dazu gehört auch, dass

sie Gespräche mit den Suchtgefährdeten führen, für sich selbst aber eine Haltung zu dem Problem haben. Wir wissen, dass sich in der ambulanten Pflege Schwestern und Pfleger unsicher sind, ob sie Alkohol auf Wunsch ihrer PatientInnen mitbringen dürfen. Schließlich sind sie ja erwachsen und in der Lage selbstverantwortlich zu entscheiden, wird dann gesagt. Wir meinen: Es ist nicht immer verboten, für die Pflegebedürftigen Alkohol zu kaufen. Wichtig ist aber, dass man die alten Menschen mal fragt, warum ihnen der Alkohol so wichtig ist.

Es geht in der Präventionsarbeit auch um die sogenannte „stille Sucht“. Was muss man sich darunter vorstellen?

Hier geht es um Medikamentenmissbrauch. Eine Sucht, die lange verborgen bleibt, weil das Medikament vom Arzt verschrieben wird und daher auch gesellschaftlich akzeptiert wird – es hilft ja, um gesund zu werden und zu bleiben. Aber das Risiko der ständigen Einnahme ist oft nicht bekannt. Viele Gefahren gibt es vor allem bei alten Menschen. Also auch hier muss Aufklärung passieren. Uns ist wichtig, dass die Risiken bei der Einnahme von Medikamenten bekannt werden und entsprechend gehandelt wird.

Die Suchtpräventionsstelle in Berlin ist eine offene Einrichtung für alle, die Suchtverhalten entdecken und beizeiten helfen wollen und auch können.

Genau. Wenn Angehörige kommen, aber auch Nachbarn, Freunde, Lehrer und von ihren Sorgen sprechen, ist die wichtigste Frage immer: Wird das Problem angesprochen oder verschwiegen? Wir hier in der Präventionsstelle raten immer zu offenen Gesprächen. Wir beraten, stellen Fragen und bieten Fortbildungen an. Jeder kann eigentlich etwas tun, damit Suchterkrankungen erst gar nicht entstehen.

Liebe Frau Schadt, ich danke Ihnen sehr für dieses Gespräch. ■

Das Gespräch führte Monika Herrmann, Buchautorin und Journalistin in Berlin. monika.herrmann@city-centre-offices.de

Christina Schadt

ist Referentin und Beraterin in der Suchtpräventionsstelle in Berlin-Mitte. Dort gehört sie auch zum Leitungsteam.

Aufmerksam bleiben

Warum Evidenz gerade jetzt so wichtig ist

Es ist schon merkwürdig in diesen Corona-Zeiten: National wie international konzentrieren private und öffentliche Forschungsinstitute all ihre Anstrengungen darauf, einen Impfstoff gegen das neuartige Coronavirus herzustellen. In ersten klinischen Studien wird untersucht, ob antiviral wirksame Wirkstoffe (wie z.B. Remdesivir, Leronlimab, Favipiravir) einzeln, in unterschiedlichen Kombinationen (Ritonavir/Danoprevir; Lopinavir/Ritonavir) oder eventuell in Ergänzung (z.B.

Novoferon und/oder Lopinavir/Ritonavir) bzw. unter Zusatz anderer Mittel (Novaféron; Hydroxychloroquin) erfolgversprechend zur Behandlung von Corona-Patienten eingesetzt werden können.

Verbreitung von irreführenden Informationen

Während die wissenschaftliche Forschung also auf Hochtouren läuft, stellt sich beim Blick ins Internet Ernüchterung ein: Hier wird unter der Überschrift „Grüner Tee und Vitamin C als antivirale Superhelden“ beispielsweise für „zwei Power-Wirk- und Nährstoffe“ geworben, „die laut verschiedener Artikel der medizinischen Forschung einem viralen Infekt die rote Karte zeigen können.“¹ Auch der Chemiker und

Nobelpreisträger Linus Pauling (1901–1994, USA) wird mit seiner Meinung zitiert, „dass Vitamin C ein Allheilmittel sei.“ Dazu passend folgt der Hinweis: „Und obwohl die Einnahme von ‚Megadosen‘ nicht notwendig sein dürfte, kannst du deine Immunität mit einer Erhöhung des Vitamin C-Gehalts stärken.“ Ein solcher Nutzen ist für Vitamin C nie nachgewiesen worden – auch Nobelpreisträger können letztlich irren. Dennoch ist der Bezug zur Corona-Infektion unübersehbar.

Noch viel direkter liest sich der Internetauftritt für das Nasenspray algovir® (Hermes Arzneimittel)². Unter der Überschrift: „Coronaviren – So beugen Sie vor“ heißt es: „Coronaviren sind für die in China aufgetretene neue Lungenkrankheit verantwortlich. Meist treten sie jedoch deutlich harmloser als Erreger von Erkältungskrankheiten auf. Ihr Weg, uns zu infizieren, ist allerdings sehr ähnlich. Und wie wir uns vor ihnen schützen können auch.“ Unabhängig davon, dass es sich aktuell

um ein bislang unbekanntes Coronavirus handelt, heißt es weiter: „Erkältungsviren? Wehr Dich! algovir® kann als unterstützende Maßnahme gegen humane Coronaviren angewendet werden.“ Erst ganz zum Schluss wird eingeräumt, dass algovir® „jedoch nicht an dem neuen Typ (2019-nCoV) [getestet wurde]. Daher können derzeit keine endgültigen Rückschlüsse auf die Aktivität und Effektivität der Carragelose [dem Inhaltsstoff von algovir®, Anm. GG] gegen 2019-nCoV gezogen werden. Allerdings hat algovir® ein ausgezeichnetes Sicherheitsprofil, weshalb es ergänzend zu den gängigen Maßnahmen zum Schutz vor respiratorischen Viren wie Händedesinfektion und Mundschutz angewendet werden können [sic].“

Wissenschaftliche Evidenz fehlt häufig

algovir® ist seit seiner Markteinführung umstritten. Es gibt zwar Studien, die immer wieder als Nachweis der Wirksamkeit herangezogen werden, doch von Beginn an gab es Kritik an deren Methodik und der Darstellung der Ergebnisse. Die Aussagekraft der Daten war auch deshalb fragwürdig, weil allenfalls bei nachträglich definierten Subgruppen marginale Effekte dargestellt werden konnten. Auch das zitierte „ausgezeichnete Sicherheitsprofil“ sollte kritisch hinterfragt werden. So wird in der *Deutschen Apotheker Zeitung* 2013 diskutiert, ob der Inhaltsstoff von algovir®, die aus Rotalgen gewonnene Carragelose, möglicherweise zu toxischen Effekten führen könnte.³ In einem Kommentar heißt es: „Und wenn das Mittel prophylaktisch angewendet wird, wird die Nasenschleim haut recht lange mit dem Carragenaan (der Wirkstoff Carragelose ist eine Lösung von Iota-Carragenaan) exponiert und könnte auf Dauer durchaus immunologische Beeinträchtigungen induzieren.“ Und dies soll ein Mittel sein, um unterstützend gegen eine Corona-Infektion zu wirken?

Wir müssen in der derzeitigen Situation aufmerksam bleiben gegenüber solchen ökonomisch interessierten Trittbrettfahrern, ob bei Arznei- und Nahrungsergänzungsmitteln oder Medizinprodukten. Wenn auch derzeit viele Bürgerrechte eingeschränkt sind und der Eindruck entsteht, dass in unserer Demokratie eine Expertokratie das Sagen hat – der Blick auf die wissenschaftliche Evidenz sollte uns auch in diesen Zeiten erhalten bleiben. ■

1 www.tigovit.com/news/gruener-tee-und-vitaminc

2 www.algovir.de/coronavirus

3 Zündorf und Dingermann. In: DAZ, 13/2013, S. 87.



Foto: privat

Gerd Glaeske, geb. 1945, Arzneimittelexperte, Professor am Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik der Universität Bremen. gglaeske@uni-bremen.de

Healing Art

Wie Kunst im Krankenhaus die Heilung fördert

Isabel Grüner

Seit 1998 verfolgt das Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) in Stuttgart das Ziel, mit anspruchsvoller zeitgenössischer Kunst das therapeutische Milieu im Krankenhaus zu unterstützen. Bis 2018 konnten mit finanzieller Unterstützung der Robert Bosch Stiftung 48 Kunst-am-Bau-Projekte von 39 Kunschtschaffenden in verschiedenen Bereichen der Klinik realisiert werden. Die Projekte sind jeweils abgestimmt auf therapeutische und funktionale Aspekte. In Deutschland existiert bislang kein vergleichbares Projekt.

Als der für Medizin und Gesundheitswesen zuständige Referatsleiter der Robert Bosch Stiftung Hans-Jürgen Firnkorn 1998 die Kunst als Projekt im Robert-Bosch-Krankenhaus (RBK) einführte, hatte man sich bereits intensiv mit Erfahrungen einiger Vorläufer in Deutschland beschäftigt: etwa im Waldkrankenhaus in Bad Godesberg¹ oder dem 1983 neu gebauten Bundeswehrkrankenhaus in Ulm – mit Kunst-am-Bau-Projekten.² Bis zu diesem Zeitpunkt gab es im RBK – wie bei vielen Kliniken teilweise noch bis heute üblich – großformatige repräsentative Kunstwerke ausschließlich vor und im Eingangsbereich des Hauses.

Sinnliche Anregungen in der Geriatrie

Erst nach Bezug der neu erbauten Klinik für Geriatriische Rehabilitation (1996–1998) wurden deren Patientenzimmer, Stationsflure sowie die Durchgangsbereiche zum Haupthaus von der extra dafür eingestellten Kunsthistorikerin suk-

zessive mit Bildern von Stuttgarter KünstlerInnen ausgestattet. Ziel war es, die PatientInnen nicht nur aus medizinischer und pflegerischer Sicht optimal zu versorgen, sondern ihnen darüber hinaus mit Kunst geistige und sinnliche Anregungen zu bieten, die ihren Gesundungsprozess fördern. In dieser Zeit entstanden die beiden ersten Kunst-am-Bau-Projekte „Memory“ von Uwe Schäfer (2000) und das künstlerische Leitsystem „Türhüter“ von Erwin Holl (1999), die auf die Bedürfnisse der oft kognitiv eingeschränkten PatientInnen ausgerichtet sind.

Eine spektakuläre Ausstellung des Düsseldorfer Akademieprofessors Günther Uecker in der Geriatriischen Klinik und auf einer onkologischen Station löste im Jahr 2000 ein breites Medienecho aus.³ Der dadurch entstandene Imagegewinn für das RBK wurde von der Geschäftsführung erkannt. Während Sinn und Zweck der Kunst innerhalb der Mitarbeiterschaft anfänglich kritisch diskutiert wurden, wuchsen beim Geschäftsführer und im Direktorium die Überzeugung und die Weitsicht, dass Kunst im Krankenhaus vielfältige positive Wirkungsmöglichkeiten nach innen und außen entfalten kann.

Erstes zusammenhängendes Kunstkonzept

Noch vor der Fertigstellung der Erweiterungsbauten Nord-West wurde die nachfolgende Kunstbeauftragte 2001 von der Geschäftsführung gebeten, ein zusammenhängendes Kunstkonzept zu verwirklichen. Sieben KünstlerInnen wurden eingeladen, mit ihrer ausgereiften Bildspra-





che die einzelnen Gebäudeteile dauerhaft zu bespielen. Durch Gespräche, Ortsbegehungen und Atelierbesuche wurde für jede Künstlerin und jeden Künstler der passende Ort und Anknüpfungspunkt innerhalb ihrer künstlerischen Werke gefunden. Das in sich stimmige und überzeugende Ergebnis ermutigte die Geschäftsführung zu einer Fortführung dieses Ansatzes.

Die Pflegestationen des Haupt- und Akuthauses wurden im Zeitraum von 2002 bis 2009 flügelweise generalsaniert. Dadurch ergab sich die Chance, die Kunst bereits in der Planungsphase in die Stationen zu integrieren. Das Konzept der Kunstbeauftragten sah jeweils einen Künstler für jede Station vor, der für alle öffentlichen Bereiche einen künstlerischen Gesamtentwurf entwickelte. Dieser sollte auf die besonderen Funktionen sowie die Bedürfnisse der PatientInnen Rücksicht nehmen. So erhielt jede Station durch die Künstler ein individuelles Erscheinungsbild. Das hilft bei der Orientierung innerhalb der oft gleichförmigen Krankenhausflure und trägt dazu bei, dass sich PatientInnen mit ihrem temporären Lebensort und MitarbeiterInnen mit ihrem Arbeitsplatz identifizieren können.

Chancen und Risiken von Kunst in Patientenzimmern

Kunst, die auf Stationen und in Patientenzimmern integriert wird, muss sorgfältig ausgewählt werden. Es geht schließlich um das persönlichste und intimste Umfeld der PatientInnen, dem sie sich teilweise aus eigener Kraft gar nicht entziehen können. Das Zimmer ist auch der Bereich, in dem die PatientInnen mit ihren Schmerzen, Sorgen und Ängsten, aber auch mit ihren Hoffnungen, Freuden und

Sehnsüchten weitestgehend sich selbst überlassen sind. Gerade in diesem Vakuum kann Kunst zum persönlichen Gegenüber werden, den kranken Menschen sinnlich stimulieren, ihn auf andere Gedanken bringen und auf dem Weg der Heilung tröstend begleiten.

Dabei sind sich die Verantwortlichen bewusst, dass nicht jedes Bild und jede Art von Kunst jeden Patienten gleichermaßen anspricht. Die Entscheidung, deswegen ganz auf Kunst in den Patientenzimmern zu verzichten, wie sie andere Krankenhäuser getroffen haben, ist für das RBK jedoch keine Alternative. Vielmehr will man gezielt Erfahrungen sammeln und Kriterien entwickeln, welche Art von Kunst in diesem sensiblen Umfeld auf größtmögliche Akzeptanz und Verträglichkeit bei den PatientInnen stößt.

Die Erfahrungen der ersten Jahre haben gezeigt, dass Kunst für die dauerhafte Begegnung mit PatientInnen in ihrem engsten Umfeld in jedem Fall künstlerisch anspruchsvoll, aber inhaltlich-thematisch nicht konfrontativ sein sollte. Figürliche und abstrakte Darstellungen sollen möglichst keine negativen Assoziationen hervorrufen können. Auch die Darstellung von nicht intakten oder fragmentierten menschlichen Körpern wird vermieden, um die PatientInnen nicht an ihre eigene Verwundetheit zu erinnern.

Ein Beispiel verdeutlicht, wie wichtig es ist, Kunstwerke differenziert auszuwählen und auf einzelne Krankheitsbilder und Patientengruppen abzustimmen: Die farbig besprühten und filigran gearbeiteten Papierschnitte von Gabriele Basch thematisieren Ausschnitte aus der Natur wie Blütenköpfe, Blätterwerk und Baumgeäst. Die blattfüllende, ornamentale Struktur erinnert an eine fein gearbeitete Spitzen-

decke, ohne nur dekorativ zu sein. Wie die Rückmeldungen zeigen, kann eine nicht bewusstseinseingeschränkte, unfallchirurgische Patientin die motivische und farbliche Dichte der Papierschnitte als Anregung empfinden, immer wieder neue Formen und Figuren darin zu entdecken. Auf einen Patienten, der nach einer Operation starke wahrnehmungsverändernde Medikamente einnimmt oder sich etwa auf der onkologischen Station in einer geschwächten psychischen Verfassung befindet, kann die fehlende Klarheit in der Motivik und die Unschärfe der Farbkonturen aber auch eine beängstigende und bedrückende Wirkung haben.

Frühzeitige Einbeziehung des Künstlers

Die Neugeborenenstation steht beispielhaft für die umfassende Einbeziehung eines Künstlers in die architektonische Planung. Peter Pommerer wurde vom Architekten eingeladen, seine künstlerische Kreativität neben den stationsüblichen Räumen auch auf das Still- und Frühstückszimmer sowie die Decke der Neugeborenen-Überwachungseinheit und das Spielzimmer für die Geschwisterkinder auszuweiten. Aus den Motiven eines fantastischen Bilderkosmos fertigte der international gefragte Zeichner in verschiedenen Techniken – durch Schablonen gesprayed, auf Spiegel- oder Glasfolie geplottet und aus Papier oder Sperrholz geschnitten – passende Formate für den jeweiligen Ort und Zweck (siehe Bild 2). Auch auf die Wünsche der PflegemitarbeiterInnen ging er ein, indem er die Decke im Frühgeborenzimmer auf Anregung der Stationsleitung in einem warmen Rot bemalte, das den Babys Wärme und Geborgenheit vermitteln soll.



3



4

Seite 49: Uwe Schäfer, „Rhabarber“, Wand- und Deckenmalerei. Ambulantes Operieren, Ruheraum, 2008.

1) Hannes Trüjen, „painting placement“, Wand- und Deckengestaltung mit applizierter Acrylmalerei. Computertomographie und Sonographie, Wartebereich Röntgen, 2007.

2) Peter Pommerer, „Phantastischer Bilderkosmos“, Mischtechnik auf Papier, Glas und Spiegel folie. Station 2 B, Mutter-Kind-Zentrum, 2005.

3) Jörg Mandernach, „Behüten – Beschützen – Bewahren“, Deckenmalerei mit bemalten und geklebten Papierstreifen. Station 2 A, Operative Überwachungsstation, 2004.

4) Katja Brinkmann, „flow“, Deckengestaltung mit ausgeschnittenen und bemalten Formen aus Aludibond. Endoskopie und Herzkatheter, Aufwachraum, 2011.

Fotos: Bild 3) Uwe Seyl, alle restlichen Fotos: Marc Gilardone

Die frühzeitige Einbeziehung des Künstlers in die gesamtgestalterische Planung des Architekten zahlte sich aus. Die aufeinander abgestimmten Farben, Materialien und Formate ergeben eine durchgängige, in sich stimmige Gesamterscheinung, die sowohl die StationsmitarbeiterInnen als auch die PatientInnen und BesucherInnen als rundum harmonisch wahrnehmen.

Erste Deckenmalerei auf einer Intensivstation

Richtungsweisende Erfahrungen wurden mit der ersten Deckenmalerei im RBK gemacht, die Jörg Mandernach 2004 unter dem Titel „Behüten-Beschützen-Bewahren“ mit entsprechenden Motiven in drei Zimmern der postoperativen Intensivstation der „Intermediate Care Unit“ (IMC) umsetzte (siehe Bild 3). Die Initiative dazu entstand aus Gesprächen der Kunstbeauftragten mit MitarbeiterInnen, welche das Therapiekonzept der Basalen Stimulation anwenden. Dessen Ziel ist es, die Wahrnehmungsfähigkeit bei schwerstkranken PatientInnen durch strukturierte

sensorische Reize zu fördern. Die fehlenden positiven Sinnesreize in einer von Technik dominierten Umgebung werden neben anderen Raumstressoren⁴ und sedierender Medikation für das häufig auftretende postoperative Durchgangssyndrom verantwortlich gemacht, das mit Halluzinationen, Angstzuständen und Orientierungslosigkeit einhergeht. Auf der IMC trägt die Kunst auf visueller Ebene dazu bei, diese Symptome zu verringern. Die wechselnd farbig gestalteten Decken und darauf angebrachten markanten Motive bieten den auf dem Rücken liegenden PatientInnen Fixpunkte und optische Stimulation zum Erleben der Umwelt und zur Wiedergewinnung der Sinneskräfte.

Bei einer im November 2004 durchgeführten stationsinternen Studie beobachteten die PflegemitarbeiterInnen bei zehn von fünfzehn desorientierten PatientInnen unter einer farbig gestalteten Decke eine Verbesserung ihres Zustands. Die schriftlich fixierten Beobachtungen belegten erstmals konkret, dass Kunst einen aktiven Beitrag zum Heilungsprozess der PatientInnen leistet. Mehrere IntensivpatientInnen berichteten nach ihrem Stationsaufenthalt, dass ihnen die Farben und Motive an der Decke während ihres Genesungsprozesses Halt und Orientierung gegeben haben. Elf von zwölf PatientInnen gefielen die bemalten Decken besser als die weiß belassenen und sie empfanden sie als beruhigend und wohltuend.

Farbe statt Krankenhausweiß

Bestärkt durch die positiven Erfahrungen wurden in den Folgejahren insgesamt neun weitere Deckengestaltungen mit unterschiedlichen künstlerischen Ansätzen, Motiven und Materialien realisiert. Der Monotonie des Krankenhausweißes setz-

ten die KünstlerInnen nach Rücksprache mit dem jeweiligen Stationspersonal pastellene Farbtöne an Decken und Wänden entgegen. Bei Hannes Trüjen im Aufwachraum Ambulantes Operieren (2008) haben diese eine flächig-geometrische, bei Uwe Schäfer im Ruheraum desselben Bereichs (2008) eine malerisch-florale Ausprägung (siehe Bild auf S.49). Technische Details wie Lüftungsrosetten, Lichtbänder und Rauchmelder werden als formales Element gekonnt in die Gestaltung integriert und verlieren dadurch ihre nüchterne Dominanz.

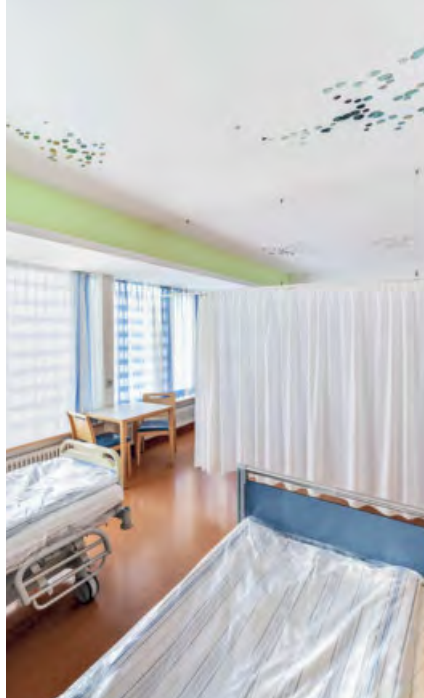
Mit plastischen Farbobjekten aus Aluminium an der dem Bett gegenüberliegenden Wand schuf Klaus-Martin Treder 2017 in der Intensivstation 1D unaufdringliche Blick- und Ruhepunkte für die Halt suchenden Augen der PatientInnen. Mit zwei oder drei farbigen schmalen Streifen an der Decke – seitlich versetzt zum Kopfende des Bettes – bietet er ihnen zudem sinnliche Reize und Orientierungshilfen.⁵ Ein wellenartiges Band aus demontierbaren Aluminiumplatten lässt Katja Brinkmann 2011 im Aufwachraum der Bereiche ambulante Endoskopie und Herzkatheter über Wand- und Deckenpartien schwingen (siehe Bild 4). Die aus der Narkose erwachenden PatientInnen können ihre Gedanken und Gefühle entlang der harmonischen Farbverläufe auf Wanderschaft schicken, ohne sich bedrängt zu fühlen. Im Wartebereich Radiologie (2007) wird auch der liegend transportierte Patient von Hannes Trüjens Farbfeldern an Wand und Decke freundlich begrüßt und während des Wartens abgelenkt (siehe Bild 1). Das Künstlerduo Sounds of Silence⁶ bietet den PatientInnen der Kardiologischen Überwachungs- und Aufnahmestation seit 2016 mit farb-

und lichtreflektierenden Spiegelpunkten eine poetische Anregung ihrer Sinne (siehe Bild rechts).

Farbe wirkt auf das vegetative Nervensystem

Ebenso gute Erfahrungen werden im RBK mit künstlerischen Wandmalereien in Wartebereichen und Durchgangsfluren gemacht. Im höchsten Stressmoment des Wartens stimuliert die abwechslungsreiche und sorgfältig aufeinander abgestimmte Farbgestaltung von Hannes Trüjen auf Schiebetüren, Wand- und Deckenpartien im Wartebereich Radiologie den Blick der PatientInnen (2007). Das Starren auf weiße oder farblose Flächen kann nachweislich Angst und Aggression verstärken und über einen längeren Zeitraum Depressionen fördern. Eine Ärztin des Bereichs bestätigt, dass die PatientInnen nach Umsetzung der künstlerischen Gestaltung sehr viel ruhiger zu ihr in die Untersuchung kommen.

Die ehemals nüchtern-weiße Flurabfolge der Bereiche Herzkatheter und Endoskopie wurde 2011 von Renate Wolff durch farbige Wand- und Deckenfassungen – architektonische Proportionen aufgreifend – rhythmisch untergliedert. In jedem der fünf Flurabschnitte wechseln sich farbige und weiß belassene Wandpartien ab und werden durch scheren-schnittartige Negativ- und Positivmotive aus der Tier- und Pflanzenwelt aufgelockert. Die endlos wirkenden Flure und Türabfolgen verlieren dadurch ihre ermüdende und stressfördernde Wirkung auf PatientInnen und MitarbeiterInnen. Da Farbe nicht nur optisch-psychologisch, sondern auch physikalisch-energetisch auf das vegetative Nervensystem einwirkt⁷, wird es den ständig fröstelnden, schwer



Sounds of Silence, „Light Diaries“, Decken- und Wandgestaltung mit Polystyrolspiegeln in Mintgrün, Bronze und Champagner sowie Fotoabzüge auf Karton. Station 3D, Notaufnahmestation und Kardiologische Überwachungsstation, 2016.

kranken und ambulanten PatientInnen im Altrosa gestalteten Wartebereich für onkologische Studien dadurch spürbar wärmer.⁸

Positive Rückmeldungen

Mit den vielseitigen, innovativen Wand- und Deckengestaltungen im Intensiv-, Aufwach- und Stationsbereich ist das RBK in der deutschen Krankenhauslandschaft einzigartig. Zahlreiche Rückmeldungen insbesondere aus dem Bereich des ambulanten Operierens belegen die positive Wirkung von farbig gestalteten Decken auf die psychische und physische Verfassung der PatientInnen vor und nach einem operativen Eingriff. So äußerte sich ein Patient zur Deckengestaltung von Uwe Schäfer: „Vor der Operation lenkte sie mich ab, nach der Operation fanden meine Augen langsam Halt an den grünen Blättern, und meine Gedanken sortierten sich.“ Und sogar in einer existenziell be-

drohlichen Situation kann Kunst wirken: „Die saftigen grünen Pflanzen weckten in mir den Willen zum Leben“, berichtete eine Patientin.

Die zukunftsweisenden Bestrebungen des RBK, das direkte Umfeld der PatientInnen durch künstlerische Interventionen sinnlich zu gestalten, bestätigen sich durch Forschungen anderer namhafter Kliniken – etwa durch das seit 2013 laufende Pilotprojekt „Modulares Raumkonzept für Intensivpflegezimmer“ der Charité Universitätsmedizin Berlin.⁹

Abschließend zeigt das Zitat der katholischen Krankenhauseelsorgerin Gudrun Herrmann, wie das Kunstkonzept des RBK wechselseitigen Einfluss auf MitarbeiterInnen und PatientInnen hat: „Wenig Zugang hatte ich bis vor kurzem zu Klaus-Martin Treders Objekt auf der Intensivstation 1D. Nie hatte ich es richtig betrachtet, bis mich ein Patient mit chronischer Darm-erkrankung darauf hinwies: ‚Wissen Sie, ich schaue jeden Tag darauf. Langsam gehört es zu mir. Darin erkenne ich meinen Darm. Nur, dass dieser nicht so glatt strukturiert und ebenmäßig ist. Beim Betrachten wünsche ich mir, dass er ihm ähnlicher wird, dass er heilt. Es ist quasi mein Hoffnungsbild.‘ Seither sehe ich das Bild ganz anders.“¹⁰ ■

Die weiterführenden Hinweise finden Sie online unter www.mabuse-verlag.de

Der Text ist ein Auszug aus dem Buch: „Healing Art. Wie Kunst im Krankenhaus Heilung fördert“. Isabel Grüner und Robert-Bosch-Krankenhaus (Hg.), av edition Stuttgart, 2019. Mit Beiträgen von Isabel Grüner, Martin Seidel, Ute Ziegler, Hannes Trüjen, Ulrike Lehmann und Catsou Roberts.

Isabel Grüner

geb. 1963, ist Kunsthistorikerin und Kunstbeauftragte am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart. Isabel.Gruener@rbk.de



Foto: Gordon Welters/laif

Migration, Flucht und Gesundheit

Interkulturelle Kompetenz in der Gesundheitsversorgung

Ute Siebert, Wibke Hollweg, Baharan Naghavi, Theda Borge und Jalid Sehoul

Die wachsende gesellschaftliche Vielfalt spiegelt sich auch in der Diversität von PatientInnen, deren Angehörigen sowie von LeistungserbringerInnen im Gesundheitswesen wider. Dennoch sind interkulturelle Kompetenzen und Zusammenhänge zwischen Migration, Flucht und Gesundheit immer noch unzureichend in Aus-, Fort- und Weiterbildungen im Gesundheitswesen repräsentiert. Das Projekt „Interprofessionelles und Interkulturelles Arbeiten in Medizin, Pflege und Sozialdienst“ hat sich daher das Ziel gesetzt, interkulturelle Kompetenzen von AkteurInnen im Gesundheitswesen zu fördern.

Gemäß aktueller Daten haben 20,8 Millionen Menschen in Deutschland eine eigene oder familienbezogene Migrationsgeschichte¹, das sind 25,5 % der Gesamtbevölkerung². In Berlin sind es 34,5 % der EinwohnerInnen, mit steigender Tendenz in der Zukunft.³ Menschen mit

einer Migrationsgeschichte stellen aber eine sehr heterogene gesellschaftliche Gruppe dar, nicht nur in Bezug auf die nationale beziehungsweise ethnische Herkunft, sondern auch hinsichtlich Migrations- oder Fluchtgründen, Einwanderungsgeneration, Alter, Aufenthaltsrechtlichem Status, Bildungsgrad und sozioökonomischer Situation. Migration und Flucht bergen für viele MigrantInnen Hoffnungen auf ein besseres, erfüllteres und sicheres Leben. Viele Menschen begeben sich auch aufgrund von akuter Lebensbedrohung auf die Flucht.

Gesundheitliche Belastungen

Gleichzeitig tragen Menschen mit eigener oder familienbezogener Migrationsgeschichte in Deutschland ein signifikant höheres Armutsrisiko im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte.⁴ Damit gehen auch erhöhte Gesundheitsrisiken einher.⁵ Die Datenlage zum Gesundheits-

zustand und -verhalten von Menschen mit Migrationsgeschichte ist bisher unzureichend.⁶ Es liegen jedoch Erkenntnisse vor, nach denen das Spektrum von Krankheiten und gesundheitlichen Belastungen von Menschen mit Migrationsgeschichte zwar weitgehend dem von Menschen ohne Migrationsgeschichte ähnelt, es aber Unterschiede in der Häufigkeit und der Ausprägung gibt.⁷ So können beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates und der Atemwege häufiger vorkommen – abhängig von Arbeits- und Lebensbedingungen und vom Alter. Da beispielsweise Männer mit türkischer Staatsbürgerschaft häufig unter körperlich riskanteren Bedingungen beschäftigt sind, haben sie rund eineinhalb Mal häufiger Arbeitsunfälle als Männer mit deutschem Pass.⁸

„Studien zeigen, dass Frauen mit Migrationsgeschichte häufiger von suizidalem Verhalten betroffen sind, insbesondere junge Frauen mit einem türkischen Migrationshintergrund.“

Im Bereich der seelischen Gesundheit betont die Professorin für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie Meryam Schouler-Ocak, dass die aktuelle Studienlage keine eindeutigen Aussagen darüber zulässt, ob Menschen mit Migrationsgeschichte häufiger an einer affektiven oder somatoformen Störung erkranken. Jedoch zeigen Studien aus Deutschland und anderen europäischen Ländern, dass Frauen mit Migrationsgeschichte häufiger von suizidalem Verhalten betroffen sind, insbesondere junge Frauen mit türkischem Migrationshintergrund.⁹ Studien aus der Schweiz zufolge weisen 41,4 % beziehungsweise 54,5 % der AsylbewerberInnen und Geflüchteten eine Posttraumatische Belastungsstörung auf und bei 63,1 % beziehungsweise 84,6 % dieser Gruppen wur-

den Symptome von Angst und Depression diagnostiziert. Schouler-Ocak geht davon aus, dass dies hierzulande ähnlich sein dürfte.

Versorgungsdefiziten begegnen

Neben sozioökonomischen, psychosozialen und (aufenthalts-)rechtlichen Faktoren haben weitere Aspekte Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und die Versorgungssituation von Menschen mit Migrationsgeschichte: etwa Sprachbarrieren, kulturelle Missverständnisse oder unzureichendes Wissen bei den GesundheitsberuflerInnen über Zusammenhänge zwischen Migration, Flucht und Gesundheit. Diese Aspekte tragen dazu bei, dass Menschen mit Migrationsgeschichte häufig eine schlechtere Gesundheitsversorgung erhalten als PatientInnen ohne Migrationsgeschichte.¹⁰ Zu den häufigsten Versorgungsdefiziten zählen vermehrte Fehldiagnosen, inadäquate Therapien, Chronifizierungen und mangelhafte PatientInnenaufklärung. Damit einher gehen zudem oft Frustration, Stresserleben und Unzufriedenheit – sowohl aufseiten der PatientInnen und deren Angehörigen als auch bei BehandlerInnen und Pflegenden.

Um diesen Problemen zu begegnen sowie die Qualität der Behandlung und Pflege von PatientInnen mit Migrationsgeschichte zu verbessern, gilt es, die interkulturellen und interprofessionellen Kompetenzen der AkteurInnen des Gesundheitswesens weiterzuentwickeln und sie für Zusammenhänge zwischen Migration, Flucht und (seelischer) Gesundheit zu sensibilisieren. Die Versorgungsqualität kann durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen verbessert werden, etwa indem Mehrfachbefragungen zur Flucht und Migrationsgeschichte vermieden werden. Eine bessere Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe ist dringend notwendig, um aktuellen und zukünftigen Herausforderungen der Gesundheitsversorgung wie etwa Multimorbidität zu begegnen.¹¹ Demnach kann die Aus- und Weiterbildung zur interkulturellen Kompetenz als Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit angesehen werden.

Berufsübergreifende Fortbildung

Das Projekt „Interprofessionelles und Interkulturelles Arbeiten in Medizin, Pflege und Sozialdienst“ (IPIKA) in Berlin hat sich das Ziel gesetzt, durch praxisrelevan-

te Fortbildungen bei verschiedenen GesundheitsberuflerInnen systematisch interkulturelle Kompetenzen aufzubauen. In der Klinik für Gynäkologie der Charité wurde 2014 ein erstes umfangreiches interkulturelles Fortbildungsprogramm für verschiedene Berufsgruppen entwickelt und erfolgreich durchgeführt. Daraus ging 2016 das Projekt IPIKA hervor, das von der Robert Bosch Stiftung mit dem Förderprogramm „Operation Team“ unterstützt wurde. Weitere Projektpartner sind das Charité Comprehensive Cancer Center und die Alice Salomon Hochschule Berlin.

Die IPIKA-Fortbildung umfasst mehrere zweitägige Module, die sich durch Praxisnähe und Anwendbarkeit für den Klinikalltag auszeichnen. ÄrztInnen, Pflegekräfte, MitarbeiterInnen der Kliniksozialdienste, PsychologInnen, PsychoonkologInnen, Hebammen und andere Berufsgruppen vertiefen hier unter der Anleitung von DozentInnen mit hoher fachlicher Expertise ihre interkulturellen Kompetenzen und tauschen sich berufsgruppenübergreifend aus. Folgende sieben Kerninhalte werden in der IPIKA-Fortbildung vermittelt:

- Zusammenhänge zwischen Migration, Flucht und (seelischer) Gesundheit, die relevant sein können für Diagnostik, Anamnese, Therapie und Kommunikation mit PatientInnen
- soziokulturell geprägte, subjektive Vorstellungen zu Krankheit und deren Bewältigung, die oft Einfluss auf den Behandlungs- und Pflegeprozess nehmen
- Sprachhürden bewältigen, Gespräche mit PatientInnen (und deren Angehörigen) mithilfe professioneller SprachmittlerInnen gestalten, Arbeit mit Video- und TelefondolmetscherInnen sowie die Nutzung von Piktogrammen, Bildtafeln und Kommunikations-Apps
- Auseinandersetzung mit ethischen Fragen in interkulturellen Kontexten, etwa in Bezug auf PatientInnenaufklärung, Entscheidungen am Lebensende und Einflussnahme von Angehörigen
- Bewältigung und Deeskalation von interkulturellen Konfliktsituationen, Erweiterung eigener Handlungsmöglichkeiten
- Auseinandersetzung mit Stereotypen, Vorurteilen sowie Handlungsmöglichkeiten gegen Diskriminierung und Rassismus im Klinikalltag
- interprofessionelle Kooperation und Vernetzung

Unterschiedliche Krankheitskonzepte

Teilnehmende der IPIKA-Kurse berichten häufig davon, dass PatientInnen mit Migrationsgeschichte Anweisungen und Unterstützungsangebote im Rahmen von Therapie und Pflege nicht befolgen (mangelnde Compliance). Dies liegt oft nicht nur an Problemen der sprachlichen Verständigung, sondern auch an einem unterschiedlichen Verständnis von Krankheit, verursachenden Faktoren und unterschiedlichen Vorstellungen von adäquaten Behandlungsmethoden.

Der US-amerikanische Medizinethnologe Arthur Kleinman hat ein Modell entwickelt, das dieses Phänomen gut erklären kann.¹² Nach Kleinman steht dem schulmedizinischen beziehungsweise pflegerischen Verständnis einer Krankheit (engl. disease: Krankheit) ein subjektives Konzept und Erleben der PatientInnen gegenüber (engl. illness: Kranksein). Auf der medizinischen Seite stehen wissenschaftliche Erkenntnisse zu Krankheitsursachen, Leitsymptomen, Laborwerten und indizierten Therapien. Dagegen spielen beim subjektiven Verständnis der Erkrankungen soziokulturelle, individuelle und bildungsabhängige Krankheitskonzepte und -erklärungen eine Rolle.¹³ Die Verständnisweisen von „disease“ und „illness“ klaffen somit oft weit auseinander, nicht nur im Fall von PatientInnen mit Migrationsgeschichte.

BehandlerInnen und PflegerInnen spielen eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, solche Unterschiede zu erkennen, einzuordnen und zu überbrücken, um

einen effektiven Behandlungsprozess zu gewährleisten und zu einer vertrauensvollen Beziehung beizutragen. Im Fall von PatientInnen ohne Migrationsgeschichte sind hiesige „illness“-Konzepte bekannter und viele BehandlerInnen und PflegerInnen stellen sich darauf ein. Menschen mit anderen soziokulturellen Hintergründen haben jedoch häufig „illness“-Konzepte, die den GesundheitsberuflerInnen hierzulande unbekannt sind. Beispielsweise suchen manche Menschen mit Migrationshintergrund aus der Türkei oder arabischen Ländern wie Ägypten oder Syrien Abhilfe bei volksmedizinischen beziehungsweise magischen HeilerInnen oder muslimischen Gelehrten (türkisch: hoca; arabisch: sheikh).

Kultursensible Gesprächsführung

Durch die Vermittlung kultursensibler und individuumszentrierter Gesprächsführung lernen die Teilnehmenden der IPIKA-Fortbildung, die „illness“-Perspektiven von PatientInnen und Angehörigen auf respektvolle Weise zu erfragen. Sie setzen sich damit auseinander, wie im Einzelfall eine Brücke zwischen der medizinischen und der subjektiven Verständnisweise des/r PatientIn geschlagen werden kann.

So konnte beispielsweise im Fall einer türkischstämmigen Krebspatientin erreicht werden, dass diese sich der dringend angeratenen Chemotherapie unterzog. Die Patientin hatte dies zuvor ohne Begründung abgelehnt. Durch kultursensible Gesprächsführung fanden die BehandlerInnen heraus, dass die Patientin davon überzeugt war, dass sie nur durch einen machtvollen Heiler in ihrer Nachbarschaft gesund werden könne. Diese Sichtweise hatte die Patientin zuvor aus Angst vor einer ablehnenden Reaktion der ÄrztInnen verschwiegen. Letztlich konnte eine Übereinkunft getroffen werden, nach der sich die Patientin sowohl in der Klinik behandeln ließ als auch durch den Heiler Unterstützung bekam, nachdem von ärztlicher Seite abgeklärt worden war, dass dieser keine kontraindizierten Heilmethoden einsetzt.

Eine Studie der Charité zum Zusammenhang von Traumawahrnehmung und Gesundheit konnte ebenfalls zeigen, dass Frauen mit Migrationsgeschichte der ersten Generation gegenüber Frauen mit Migrationsgeschichte der zweiten Generation und Frauen ohne Migrationsgeschichte

signifikant unterschiedliche Erklärungsmodelle haben.¹⁴

Praxisbezug der Module

Die Praxisnähe der IPIKA-Modulinhalte ist durch den Einsatz von SimulationspatientInnen, professionellen DolmetscherInnen, Rollenspielen und interaktiven Übungen gewährleistet. Darüber hinaus werden ExpertInnen aus der Praxis eingeladen, um ihre Expertise mit den Teilnehmenden zu teilen und die interprofessionelle Vernetzung zu erhöhen. Die Selbstreflexion über eigene soziokulturelle Prägungen sowie den eigenen Umgang mit Fremdbildern und Vorurteilen bildet ebenfalls einen wichtigen Bestandteil der Kurse, um eine interkulturell kompetente Haltung zu entwickeln.

Mittlerweile sind die IPIKA-Module fester Bestandteil des regulären Programms der Charité Fortbildungsakademie. Darüber hinaus wird am Weiterbildungszentrum der Alice Salomon Hochschule Berlin ab 2021 ein Zertifikatskurs angeboten, der nicht nur auf stationäre Kontexte ausgerichtet ist, sondern auch ambulante Praxisfelder adressiert. Dieser Kurs bezieht explizit weitere Berufsgruppen wie Physio- und ErgotherapeutInnen, LogopädistInnen sowie Hebammen und MitarbeiterInnen der Sozialen Arbeit mit ein und vertieft die interprofessionelle Kooperation und Vernetzung. ■

Eine ausführliche Literaturliste finden Sie online unter www.mabuse-verlag.de

Dr. phil. Ute Siebert

ist Ethnologin, Beraterin, Supervisorin und Dozentin für Interkulturelle Kompetenzen im Gesundheitswesen.
www.siebert-interkulturell.de.

Wibke Hollweg

ist Dipl.-Lehr- und Forschungslogopädin und arbeitet im Projekt „Health Care Professionals“ der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Baharan Naghavi

ist Projektkoordinatorin am Charité Comprehensive Cancer Center der Universitätsmedizin Berlin.

Prof. Dr. Theda Borde

ist Professorin für sozialmedizinische und medizinsoziologische Grundlagen der Sozialen Arbeit an der Alice Salomon Hochschule Berlin.

Prof. Dr. Jalid Sehoul

ist Direktor der Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für onkologische Chirurgie am Charité Campus Virchow-Klinikum und Charité Comprehensive Cancer Center.

Quellen

- 1 „Familienbezogen“ bedeutet in diesem Zusammenhang: In Deutschland Geborene mit mind. einem migrierten Elternteil.
- 2 Bundeszentrale für politische Bildung 2019.
- 3 Amt für Statistik Berlin Brandenburg 2019.
- 4 Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration 2016.
- 5 Razum et al. 2008.
- 6 Schenk 2016; Borde & Blümel 2018.
- 7 Razum et al. 2008.
- 8 Ebd.
- 9 Schouler-Ocak 2015.
- 10 Bermejo et al. 2012; Borde 2018; Frank et al. 2017; Razum & Brzoska 2016; Razum et al. 2008.
- 11 Frenk et al. 2010, WHO 2010, Zwarenstein et al. 2009.
- 12 Kleinman 1980; Kleinman & Benson 2006.
- 13 Vgl. auch Zielke-Nadkarni 2007.
- 14 Pirmorady et al. 2019.

Solide Entscheidungsgrundlage?

Empfehlungen zur Triage während der Corona-Pandemie

Die Corona-Krise war in Deutschland noch längst nicht auf ihrem Höhepunkt, als aus Italien und Frankreich beunruhigende Nachrichten die bundesdeutsche Öffentlichkeit bewegten: Dringend behandlungsbedürftige PatientInnen, die nicht mehr in den überfüllten Krankenhäusern aufgenommen werden konnten, starben zuhause. Insbesondere im Elsass und in Bergamo herrschte ein offener Notstand in der medizinischen Versorgung.



Foto: Cordula Kropke

Oliver Tolmein, geb. 1961, ist Fachanwalt für Medizinrecht. Er ist Partner der Anwaltskanzlei „Menschen und Rechte“ in Hamburg. www.menschenundrechte.de

Hintergrund des Triage-Modells

Mit solchen Situationen umzugehen ist Thema der Militärmedizin und der daraus entwickelten Katastrophenmedizin. Das Kerninstrument des Handelns ist die sogenannte Triage (nach dem französischen *trier*: sortieren, aussuchen). Nachdem die deutsche Friedensbewegung Anfang der 1980er-Jahre die Triage angesichts der angenommenen Gefahr eines Atomkriegs zu einem scharf diskutierten Thema gemacht hat, ist die Vorgehensweise, bei der nicht mehr das individuelle Patientenwohl im Mittelpunkt ärztlichen Handelns steht, sondern der möglichst effiziente Einsatz insgesamt zu knapper Ressourcen, aus dem Blick der

Öffentlichkeit geraten.

In der medizinischen Fachdiskussion blieb das Thema gleichwohl präsent – wurde allerdings durch den weniger belasteten Begriff der „Sichtung“ teilweise verdrängt. Im zivilen Bereich haben sich überwiegend fünfstufige Triage-Systeme als Goldstandard durchgesetzt. Sie finden, weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit und ohne Absicherung durch gesetzliche Bestimmungen, in der Praxis Anwendung bei punktuellen Überlastungssituationen in der Notfallmedizin und bisweilen auch bei der Verteilung von Akut-PatientInnen.

Vorbereitungen in Deutschland

In Zusammenhang mit der Ausbreitung der COVID-19-Pandemie stellte sich die Frage, wie in

deutschen Kliniken mit Überlastungssituationen umgegangen werden sollte. Die erste politische Maßnahme war, eine Priorisierung der Behandlung von COVID-19-PatientInnen zu ermöglichen. Eine Besprechung der Bundeskanzlerin mit den MinisterpräsidentInnen der Länder führte am 12. März 2020 zu einem Beschluss, der das deutsche Gesundheitssystem für die befürchteten Anforderungen aufnahmebereit machen sollte. Dafür sollten „soweit medizinisch vertretbar, grundsätzlich alle planbaren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in allen Krankenhäusern ab Montag auf unbestimmte Zeit verschoben und ausgesetzt werden. Im Gegenzug gibt es zusätzlich einen Bonus, für jedes Intensivbett, das zusätzlich provisorisch geschaffen und vorgehalten wird.“

Empfehlungen für Priorisierungsentscheidungen

Am 25. März 2020 verabschiedeten dann sechs medizinische Fachgesellschaften, darunter die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und auch die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), „Klinisch-ethische Empfehlungen zu Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie“.

Motiviert waren diese Vorschläge durch den „Mangel von Empfehlungen in Deutschland durch hierfür legitimierte Institutionen und (den) absehbar dringlichen Bedarf(s)“. Sie sind konzipiert, um „den für die Entscheidungen verantwortlichen Akteuren durch medizinisch und ethisch begründete Kriterien und Verfahrensweisen eine Entscheidungsunterstützung (zu) bieten.“ Trotz dieses defensiv formulierten Zieles enthalten die Empfehlungen, die seit dem 17. April 2020 in einer überarbeiteten Fassung vorliegen, klare Algorithmen für Priorisierungsentscheidungen, einschließlich der dafür für erforderlich gehaltenen Dokumentationshilfen. Die Empfehlungen sind dadurch geprägt, dass sie bei Ressourcenknappheit – die mit Blick auf die Behandlungsmöglichkeiten im eigenen Haus,

die Region und die überregionalen Kapazitäten festgestellt werden muss – neben den patientenzentrierten Grundlagen einer Behandlungsentcheidung „zusätzliche Entscheidungsgrundlagen“ einbeziehen.

Kritisch sind insbesondere die intensivmedizinischen Beatmungsbetten. Dabei soll es sowohl möglich sein, behandlungsbedürftigen PatientInnen trotz Indikation eine Beatmungstherapie vorzuenthalten, als auch PatientInnen, die bereits beatmet werden, die Therapiemöglichkeiten zugunsten anderer PatientInnen zu entziehen. An die Stelle der lebensrettenden Intensivtherapie soll für diese PatientInnen dann eine palliativmedizinische Versorgung treten, die ihr Sterben begleitet. Als Entscheidungskriterien sollen das kalendarische Alter, soziale Merkmale oder bestimmte Grunderkrankungen oder Behinderungen nicht zulässig sein. Rechtlich gesprochen ist also eine direkte Diskriminierung ausgeschlossen.

Auf der anderen Seite wird das Ziel der Priorisierungsmaßnahmen die Behandlung der PatientInnen mit den klinisch besten Erfolgsaussichten sein. Diese Einschätzung soll möglichst von zwei intensivmedizinisch erfahrenen ÄrztInnen vorgenommen werden, von möglichst einem erfahrenen Vertreter der Pflegenden und gegebenenfalls von weiteren FachvertreterInnen, genannt wird als Beispiel „Klinische Ethik“. Als Kriterien für Priorisierungsentscheidungen werden unter anderem Komorbiditäten und der Allgemeinzustand, der beispielsweise über die Clinical Frailty Scale (CFS) erfasst werden soll, angeführt.

Gefahr der indirekten Diskriminierung

Hier setzt die Kritik beispielsweise von Gruppen aus der Behindertenbewegung an, die geltend machen, dass so eine indirekte Diskriminierung etabliert wird: Behinderungen basieren sehr oft auf Einschränkungen, die als Komorbiditäten gefasst werden oder die „Gebrechlichkeit“ nach der CFS begründen. Die Gefahr ist damit außerordentlich hoch, dass älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen im Fall knapper Ressourcen medizinisch indizierte lebenserhaltende Behandlungen vorenthalten und ihnen damit auch passable bis gute Überlebenschancen genommen werden, nur weil es andere gibt, deren Überlebenschancen als besser beurteilt werden.

In den Richtlinien des staatlichen Gesundheitssystems in Großbritannien ist angesichts dieser Problematik und angekündigter Klagen von Behindertenverbänden ausdrücklich festgelegt worden, dass die CFS nicht auf Menschen mit Langzeit-Behinderungen angewandt werden darf.

Einschränkungen ohne gesetzliche Grundlage

Das wirft den Blick auf ein weiteres Problem des Triage-Instruments der medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland: Es werden damit Behandlungsmöglichkeiten in einem durch öffentliche Mittel und Krankenversicherungsbeiträge finanzierten Gesundheitssystem ohne gesetzliche Grundlage eingeschränkt. Das wird von vielen JuristInnen für zumindest ausgesprochen problematisch gehalten, denn wesentliche Einschränkungen von Grundrechten dürfen nur durch Parlamentsgesetze vorgenommen werden. Angesichts der Grundrechtsbindung des Gesetzgebers könnte hier eine alleinige Orientierung an den prognostizierten „klinischen Erfolgsaussichten“ einer Behandlung aber rechtlich ausgeschlossen sein. Ein aussichtsreicheres, weil auch indirekt nicht diskriminierendes Kriterium wäre dagegen die „Dringlichkeit“ einer Behandlung.

Der Deutsche Ethikrat hat aus dieser absehbaren Schwierigkeit den irritierenden Schluss gezogen, dass „die Möglichkeiten des Staates, abstrakt bindende Vorgaben für die Allokation knapper Ressourcen zu machen, somit begrenzt (sind)“. Mit Blick auf die Empfehlung der Fachgesellschaften hat der Ethikrat aber ausdrücklich festgestellt, dass „das aktive Beenden einer laufenden, weiterhin indizierten Behandlung zum Zweck der Rettung eines Dritten“ objektiv nicht rechtens sei.

Gesellschaft an Entscheidungsprozessen beteiligen

Angesichts dessen erstaunt, dass Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), der die COVID-19-Pandemie frühzeitig genutzt hat, um durch eine Reform des Infektionsschutzgesetzes viele zusätzliche Kompetenzen an sein Ministerium zu binden, in dieser Frage wenig entscheidungsfreudig ist. Auf die Frage 3/514 der behindertenpolitischen Sprecherin der Grünen Corinna Rüffer ließ er seinen Staatssekretär Thomas Gebhart am 8. April 2020 antworten: Angesichts der von medizinischen Fachgesellschaften erarbeiteten „Leitlinien“ bestehe kein „gesetzgeberischer Handlungsbedarf zu diesen medizinethischen Fragen.“

Diese Antwort sollte keinen Bestand haben, denn die Frage, welche PatientInnen im Krisenfall für sie medizinisch indizierte Behandlungen nicht erhalten sollen, kann keine Frage sein, die ÄrztInnen allein beantworten – es sei denn, man möchte ihnen wieder den Status von Halbgöttern in weiß zuerkennen. Über die Kriterien hat die Gesellschaft zu entscheiden, die durch die Politik repräsentiert wird und nicht durch medizinische Fachgesellschaften – und Menschen mit Behinderungen und höherem Alter sind an diesen Entscheidungsprozessen zu beteiligen. ■

COVID-19 global



Im Krankenhaus Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Foto: Errico Tomaiuolo, Facebook: Reggioemilianità ai tempi del Corona

Nachrichten aus aller Welt gibt es auch zur aktuellen Corona-Pandemie. Aber oft sind die Meldungen, die Deutschland betreffen, schon so zahlreich, dass keine Zeit für den Blick auf andere Teile der Welt bleibt.

Deswegen haben wir einige unserer AutorInnen und AbonentInnen, die nicht in Deutschland wohnen, gebeten, uns einen Eindruck aus ihrem Land und ihrem (medizinischen) Alltag zu geben. Wir bedanken uns bei allen, die mitgemacht haben.

„Wir sitzen alle im gleichen Boot“

Vielleicht nie zuvor habe ich mich als Weltbürger und als Europäer gefühlt. Mit meiner italienischen und deutschen Staatsangehörigkeit habe ich ungefähr die Hälfte meiner Lebenszeit in diesen beiden Nationen verbracht.

Europa gleicht dieser Tage einem Boot, in dem wir alle gemeinsam sitzen. Es befindet sich in einer relativen Wohlstandswelt mit einem relativ guten Gesundheitssystem. Menschen außerhalb Europas sitzen in einem anderen Boot, oft sehr viel enger, völlig ohne Schutzausrüstung, Bankkonten, Grundbesitz oder Miet- und Arbeitsverträge.

Unser System ist zurzeit regional, national und international in der Krise. Tun wir genug? Reicht es, unsere Landesgrenzen dicht zu machen? Helfen wir uns untereinander oder pochen wir auf unsere Stammtischpolitik? In „unserem“ europäischen Boot helfen wir uns bestens, mit Atemmasken, mit der Aufnahme und Behandlung schwerstkranker Menschen. Wir lernen voneinander und arbeiten zusammen, weil wir gemeinsam aus dieser schwieri-

gen Situation kommen wollen. Das geht nur miteinander, füreinander, mit gegenseitigem Respekt, Abstand und Solidarität.

In diesen Tagen berichten unsere europäischen Medien viel aus Krankenhäusern von den „HeldInnen“, ÄrztInnen und PflegerInnen. Doch uns gibt es schon lange und ohne uns ging es nie. Seit mehr als 30 Jahren bin ich als Pfleger tätig, selten habt ihr mich einen Helden genannt, und das war so auch fast in Ordnung: Alle Generationen der Pflegenden leisteten und leisten Großartiges, sie machen unsere Welt besser. Oft aber arbeiten wir unsichtbar. Seht ihr uns jetzt? Wenn wir denn so wichtig und heldenhaft sind, wie ihr uns gerade feiert, dann solltet ihr uns nicht nur jetzt entsprechenden Respekt zollen. Darunter verstehe ich neben der menschlichen, sozialen Anerkennung auch eine ausreichende Anzahl an MitarbeiterInnen, bessere Arbeitszeiten, Vergütungen und Ressourcen. Wenn wir aus dieser Krise nicht lernen, der Pflege mehr Augenmerk und Wohlwollen zu widmen, dann war sie umsonst.

In dieser Zeit der Quarantäne und Ausgangssperre versuche ich möglichst viel zu kommunizieren, gerne am Telefon, zum Teil in den sozialen Medien. Italien ist im Blickpunkt, Freunde und Bekannte lassen nach langer Zeit von sich hören. Ich versuche Kontakte aufzufrischen und zu erhalten. Was mich

ärger und auch verletzt, ist die mangelnde Einsicht von einigen Personen, die sich der Realität verschließen, die zugegebenermaßen sehr komplex und fremd ist. Sie flüchten sich in nebulöse Verschwörungstheorien, verschicken Unmengen blödsinniger Videos und verlieren sich in ewigen Klagetiraden.

Seit Anfang März 2020 hat sich die Situation im Städtischen Krankenhaus Reggio Emilia (Bundesland Emilia-Romagna) stark verändert, ja radikal verschoben. Mittlerweile ist die Mehrheit der PatientInnen des großen Hauses positiv auf das Virus COVID-19 getestet worden. Auch die Zahl der positiven MitarbeiterInnen, erkrankt oder ohne Symptomatik, ist stark angestiegen und weiter in steigender Tendenz. Alle verfügbaren Pflegenden, die in den vergangenen Jahren im Intensivbereich gearbeitet haben, wurden aktiviert und dorthin zurückversetzt, so wie meine Kollegin, Mutter zweier kleiner Kinder. Die Zustände nicht nur im Intensivsektor, sondern im gesamten Haus, sind immer wieder an der oberen Belastungsgrenze und haarsträubend.

Eine erfahrene Pflegerin arbeitet alleine mit einer Gruppe von bis zu fünf neu angekommenen KollegInnen (ohne Erfahrung in diesem Feld oder nach Jahren anderweitigem professionellen Einsatz) in der Betreuung schwerstkranker, intubierter Menschen. Schulungen an Beatmungsgeräten finden statt, soweit es die Zeit erlaubt. Die Kapazitäten der Intensivbetten wurden massiv aufgestockt, bleiben jedoch in weitem Rahmen begrenzt, erlauben nicht die Aufnahme multimorbider PatientInnen im hohen Alter. Derzeit liegt das Alter der COVID-19-PatientInnen auf der größeren Intensivstation zwi-

schen 35 und 70 Jahren, ausnahmslos beatmet, mit einer deutlichen Mehrzahl männlicher Patienten.

Pflegende werden vor allem über private Agenturen seit Beginn der Pandemie in hohem Maße angeworben. Regional, wie etwa in der sehr stark betroffenen Lombardei, gibt es Aufrufe, die von den Medien national verbreitet werden, um Pflegende und ÄrztInnen zu finden, die unter diesen Extrembedingungen abrufbar sind. Viele haben sich zur Verfügung gestellt, um dem immensen Personalmangel entgegenzuwirken. Die lokale, regionale und nationale Solidarität funktioniert sehr gut. Dennoch vermehren sich die Anzeichen von physischem und psychischem Stress: Angst, Panikattacken und Konsequenzen der Isolierung zeigen sich immer mehr, sowohl unter den MitarbeiterInnen der Kliniken als auch in allen Bevölkerungskreisen.

Die Situation in kleineren Pflegeeinrichtungen und Heimen ist äußerst bedenklich, ja von bedrohlichem Charakter. Es fehlt an Schutzausrüstung und das Virus breitet sich rasant aus. Eine meiner Kolleginnen verlor in diesen Tagen ihren Vater. Die letzten sechs Wochen vor seinem Tod konnte sie ihn nicht mehr besuchen, nur sehr selten mit ihm telefonieren. Die Bestattung verlief ohne Beisein der Angehörigen auf dem städtischen Friedhof. Dieser bleibt für Besucher weiterhin geschlossen.

Jürgen Wildner

ist Gesundheitspfleger im staatlichen italienischen Gesundheitswesen (zurzeit in einem Labor zur Herstellung von Chemotherapien der Krankenhausapotheke und Onkologie) und Pflegewissenschaftler (phd Universität Florenz).

„Soziale Spaltungen kommen ans Licht“

Ich bin (hauptsächlich aber nicht ausschließlich) juristischer Übersetzer und Dolmetscher in verschiedenen Sprachen. Ich bin nicht mehr ganz jung, 58 Jahre alt, aber gesund. Zumindest was die für das Coronavirus relevanten Symptome angeht, habe ich kein Problem.

Seit der zweiten Märzwoche musste ich beträchtliche finanzielle Verluste erleiden. Übersetzungen in Gerichtsverhandlungen gibt es kaum, und jetzt ist es auch verboten, dafür in andere Städte zu fahren. Ich arbeite noch, zum Beispiel fertige ich schriftliche Übersetzungen an, aber es ist viel weniger als früher.

Obwohl ich noch nicht in Panik geraten bin, habe ich inzwischen viele Gewohnheiten geändert – noch vor den letzten, durch die Regierung ergriffe-



Anfang März finden in Haifa die Wahlen mit besonderen Sicherheitsvorkehrungen statt. Foto: picture alliance/AP Photo

nen stärkeren Maßnahmen, die die Bewegungsfreiheit und Arbeitsmöglichkeiten im öffentlichen Raum scharf beschränken. Ich trage draußen immer eine

Maske, benutze Alcolgel und gehe fast um 90 Prozent weniger als früher hinaus.

Obwohl rein wirtschaftlich mein Zustand viel besser ist als bei anderen selbstständig Erwerbstätigen und auch bei fest angestellten Arbeitnehmern, gibt es eine immense Angst und Demütigung in der ganzen Bevölkerung und auch meinerseits angesichts der immensen Arbeitslosigkeit, die es sogar in den schwierigsten Kriegszeiten Israels niemals gegeben hat. Ohne auf Details einzugehen, kann ich zusammenfassend sagen, dass im Laufe dieser andauernden und sich zum Teil dynamisch gestaltenden Krise auch Solidaritätsinitiativen auf verschiedenen Ebenen lanciert wurden. Gleichzeitig kommen aber auch viele soziale und gesellschaftspolitische Spaltungen ans Tageslicht:

zum Teil neue oder früher nur latente Spaltungen zwischen verschiedenen Gruppen und Schichten der israelischen Bevölkerung, hauptsächlich zwischen jüdischen Gruppen, aber auch zwischen Juden und Arabern.

Glücklicherweise ist das Ausmaß der Corona-Erkrankung in meiner Stadt Haifa im Norden Israels soviel ich weiß das niedrigste im ganzen Land, und unter den großen und mittelgroßen Städten in Israel ganz bestimmt. Dennoch sind verschiedene Kontraste zwischen den Regionen in Israel, das flächenmäßig knapp so groß ist wie das Bundesland Hessen, in Erscheinung getreten.

Noam Kessel

ist Abonnent von Dr. med. Mabuse und lebt in Haifa, Israel.



Ein Dankschön vor dem Krankenhaus in York, GB. Foto: privat

„Die hohe Todesrate ist erschreckend“

Das Schlimmste ist vermutlich die Ungewissheit über das wirkliche Ausmaß der Corona-Pandemie, die Dauer der notwendigen strengen Maßnahmen und der generelle Kontrollverlust. Die Unsichtbarkeit und Stille dieses tödlichen Virus, das anscheinend wirklich jeden unverschuldet treffen kann, sind mental besonders belastend.

Die Regierung und das Land haben zu langsam auf frühe Warnungen reagiert, etwa mit schnellen und umfangreichen Tests, und ließen viele unvorbereitet. Das Schutzausrüstungs-Debakel hat Menschenleben gekostet – darunter bisher etwa 30 MitarbeiterInnen im Gesundheitssystem zwischen 23 und 79 Jahren. Die Erkrankung des Premierministers Boris Johnson und die Rede der Königin haben das Land vermutlich eher zusammengebracht, obwohl es immer noch Rebellen gibt und auch Ver-

schwörungstheorien und Leugnung um sich greifen – mit zahlreichen Bußgeldern für Missachtung der Abriegelung, Panikkäufen und Betrugern. Lokale Unterschiede stehen Nachrichten und Statistiken gegenüber, die vor allem London-zentriert sind. Das wirtschaftliche Leid wird enorm, am härtesten gerade für die Verwundbarsten: Geringverdienende und Selbstständige. Es scheint ironisch, dass eine konservative Regierung nun fast sozialistisch handeln muss. Soziale Kluften ähnlich dem altmodischen britischen Klassensystem könnten sich aufs Neue erweitern.

Die vergleichsweise hohe Todesrate hierzulande ist erschreckend. Mehr Tode und Siechtum werden langfristig folgen, durch die Nachwirkungen von reduzierter Präventionsmedizin, besonders bei chronisch Kranken, aber auch durch den Stopp von anderen Gesundheitsmaßnahmen. COVID-19 birgt als Sündenbock für alles eine mögliche Gefahr von Missbrauch und Korruption in Systemen in sich. Kinder können sich momentan in einer gesünderen Umwelt im Frühling und in ihrer Familie mehr selbst entdecken, aber es besteht auch die Gefahr, dass sie geschädigt werden (Missbrauch, Vernachlässigung, häusliche Gewalt, Angst und Einsamkeit).

Hoffnung liegt in der Nutzung von effizienteren medizinischen Arbeitsmethoden – etwa Videosprechstunden – und in dem erhöhten Willen dafür. PatientInnen nehmen ihre eigene Gesundheit vielleicht momentan mehr selbst in die Hand. Zwei britische Qualitäten, der trockene Humor und ein gewisses Solidaritätsbewusstsein, können das Beste in manchen hervorbringen. Es wird viele moralische Verwundungen in dieser Zeit geben, aber auch die Chance für moralisches Wachstum und einen neuen Blick auf die Position des Landes in der Welt.

Tillmann Jacobi

lebt in York, Großbritannien, und arbeitet dort unter anderem als General Practitioner.

„Alle ÄrztInnen werden in die Kliniken geschickt“

Am Anfang war es mehr theoretisch. Wie alle paar Jahre gibt es ein furchtbares Virus in der Welt, Ebola, MERS, SARS, H1N1 und nach der Aufregung war es viel Lärm um nichts.

So war auch diesmal der Besorgnisgrad über ein Virus in China gering, bis es an der Westküste der USA anfang – und meine Tochter (Studium nicht weit von Los Angeles) einen Besuch in Washington State verschob, weil es dort viele Fälle gab. Wenig später hatte dann Kalifornien die meisten neuen Fälle und als die Universität meiner Tochter schloss, hieß es für sie zurückzukommen. Seit drei Wochen sind wir nun zu dritt zu Hause: sehr nett und eine unerwartete Möglichkeit sich zu verbinden. Allerdings sind die Ausflüge zur Arbeit mit dem Risiko für die Familie behaftet und wir haben mit der Zeit immer strengere Regeln eingeführt: von einmal Händewaschen zu Desinfektionsmittel herstellen und benutzen, Schuhe wechseln, Mantel am Eingang lassen. Mit der ansteigenden Prävalenz und Mortalität werden Befürchtungen verstärkt.



Der Times Square in New York City, USA.
Foto: picture alliance/NurPhoto

Als COVID-19 in New York ankam, teilten wir in unserer Gemeinschaftspraxis mit vielen Assistenz-ärztInnen zunächst die PatientInnen in zwei Gruppen: mit COVID-19-Symptomen und ohne Symptome. Unsere Fragen nach Reisen nach Europa oder China sind noch immer auf dem Fragebogen, obwohl mittlerweile jeder Patient das Risiko mit sich bringt. Nach zwei Wochen versuchten wir dann, fast alle PatientInnen aus der Klinik fernzuhalten und nur noch telefonisch oder per Video zu versorgen. Dabei geht es fast immer um COVID-19. Die finanziellen Einbußen haben schon 200 der 1.000 Angestellten unserer Non-Profit-Organisation den Job gekostet.

Viele der ärztlichen Arbeitskräfte wurden auf das Krankenhaus verlagert. Der Gouverneur von New York hat alle Krankenhäuser um eine Aufstockung

um 50 Prozent angehalten. Unser allgemeinärztlicher Krankenhausdienst, der normalerweise 18 PatientInnen sieht, wurde auf 32 PatientInnen aufgestockt. Wir haben unsere AssistentInnen von ihren normalen Rotationen in verschiedenen Fachbereichen abgezogen, damit sie im Krankenhaus mithelfen können.

Bei anderen Krankenhausträgern werden alle ÄrztInnen der ambulanten Einrichtungen in die Klinik geschickt – Internisten, Gynäkologen, alle müssen Dienste machen, um die Kapazität abzudecken oder um kranke KollegInnen zu ersetzen. Chirurgen, Anästhesisten oder Kinderärzte werden für die Aufnahmeabteilung oder die Intensivstation abgestellt. Die AllgemeinmedizinerInnen, die von abgelegenen Praxen in das Krankenhaus beordert werden, hinterlassen große Lücken. Das führt zu einer schlimmen Unterversorgung der PatientInnen in den ärmeren Stadtteilen. Eine Kollegin, die für eine andere Klinikgruppe arbeitet, wurde von ihrer Klinik abgezogen und nun werden Anrufe zu ihrer und vier anderen Gemeinschaftspraxen von einer einzigen Telefonleitung bedient – mit stundenlangen Wartezeiten.

In unserem eigenen Bereich der Allgemeinartz Ausbildung ist eine der 18 AssistentInnen erkrankt, eine schwangere und eine immunsupprimierte Ärztin nehmen an der Krankenhaus-Rotation nicht teil. Alle arbeiten in einer Schicht von sieben Tagen und haben dann drei Tage frei. Eltern von Teammitgliedern sind im Krankenhaus oder verstorben. Begräbnisse und Trauerfeiern finden nicht statt. Keine tröstenden Umarmungen. Einen kleinen Trost gibt es um sieben Uhr abends, wenn aus vielen Fenstern geklatscht und gejubelt wird – man darf sich nicht unterkriegen lassen.

Beatmungsgeräte gibt es zurzeit zur Genüge. Mitte März gab es auf der Intensivstation in meinem Klinikverbund 80 PatientInnen und 60 zusätzliche Intensivbetten. Drei Wochen später sind fast 500 PatientInnen auf der Intensivstation mit 25 Prozent extra Kapazität.

Obwohl sich New York jetzt Mitte April zu stabilisieren scheint, ist ein Ende der Vorsichtsmaßnahmen nicht abzusehen. Sozialer Abstand wird von einigen strikt, von anderen fast gar nicht eingehalten, und ist in den ärmeren und überfüllten Gegenden oder in Altersheimen auch sehr schwer. 150.000 erkrankte (bestätigte) Infektionen am 7. April bei 20 Millionen Einwohnern in New York State ist nur ein kleiner Prozentsatz, wenn auch eine der höchsten weltweit. Fragen, die sich mir stellen, sind: Wie viele asymptomatische Menschen haben Antikörper? Gibt es eine Impfung, bevor alle erkranken? Was wird die „neue Normalität“ sein?

Andreas Cohrssen

ist Allgemeinmediziner und Programmdirektor einer allgemeinmedizinischen Facharztausbildung an einem Krankenhaus in New York City, USA.

„Weiter wie bisher?!“

Wir, ein Paar im Gesundheitswesen beheimatet, hören im Januar 2020 von einer Epidemie in China. Das ist weit weg, SARS1 lange her. Wie das Virus und die neue Krankheit heißen, klärt sich am 11. Februar 2020: SARS-CoV-2 und COVID-19. Zu diesem Zeitpunkt war die erste nachgewiesene Infektion in Schweden bereits 14 Tage im Ryhov Krankenhaus in Jönköping: eine Patientin, die in Wuhan gewesen war. Laut dem schwedischen Amt für Volksgesundheit wurden zu diesem Zeitpunkt 20 Personen auf COVID-19 getestet.

„Es gibt keine Ansteckung durch andere, wenn sie keine grippalen Symptome wie Husten, Fieber und Schnupfen zeigen.“ Anders Tegnell, Schwedens Staatsepidemiologe, hält sich für unverletzlich. Er strebt Herdenimmunität an. Ich staune! Gleichzeitig erreicht die jährlich wiederkehrende Grippesaison ihren Höhepunkt. Das ist wohl der schwedische Sonderweg: alles so weiter wie bisher. Die Kurve der Infektionszahlen steigt steil und wird erst nach öffentlichem Druck Wochen später von Wissenschaftlern veröffentlicht. Wer Symptome zeigt, Kontakt zu Personen hatte, die aus einem kontaminierten Gebiet kommen, oder wer positiv getestet wurde, soll isoliert werden. Die Wissenschaft bestätigt: alles unter Kontrolle. Bei den Pressekonferenzen des Amts für Volksgesundheit sind nun auch andere Ministerien beteiligt und die Wissenschaft gibt Empfehlungen. Beruflich und privat weichen wir aus, so gut wir können. Die Hände waschen wir sowieso regelmäßig. Unser Seifenverbrauch hat sich verdoppelt.

Die schwedische Strategie erinnert an „tillit“. Das bedeutet, den Mut zu haben, sich auf das eigene Vermögen zu verlassen, auf Kontrolle zu verzichten, Furcht zu überwinden. Währenddessen beuge ich mich in private Quarantäne: Nach einem Treffen mit einer Freundin mit Fieber und Atemnot zeige ich selbst Symptome. Inzwischen geht es mir besser, meine Freundin wurde nie getestet.



Ein Zelt für Corona-PatientInnen vor dem Sophiahemmet Hospital in Stockholm, Schweden. Foto: picture alliance/DPR

Mein Mann und ich sind über Nacht Mitglied einer Risikogruppe geworden. Zusammen mit ungefähr 30 % der schwedischen Bevölkerung. Wir sollen uns isolieren und keinen nahen Kontakt zu Menschen haben. Mein Mann hat an Ostern trotzdem Dienst im Linköping Universitätsjukhus. Erste Kollegen sind nach positiven Tests noch nicht zurück aus der Quarantäne. Personell ist es noch enger als sonst. In der Wirtschaft sind die Lieferketten zusammengebrochen. Menschen werden freigestellt. Im Gesundheitswesen geht der Betrieb im Großen und Ganzen so weiter wie immer. Wenn auch die Diskussionen um Schutzkleidung und Vorbereitung lauter werden. Elektive Eingriffe werden, so wie weltweit, nach Dringlichkeit sortiert und die vorhandenen Intensivbetten und Beatmungsplätze gezählt.

Dann wird ein beatmeter Patient positiv auf COVID-19 getestet. Wie konnte das passieren? Um Ostern sind 50 % des Personals auf der Thorax- und Herzstation positiv getestet und es wird öffentlich darüber berichtet. Im Zelt vor dem Krankenhaus werden Patienten mit Verdacht aufgenommen. Es gibt keinen direkten Weg mehr in die Aufnahme. Im Großraum Stockholm steigen die Zahlen der Erkrankten. Kindergärten und Schulen sind geöffnet, damit das Personal in den Sozialberufen ihrer Arbeit nachgehen kann.

Zu strikten Ausgangssperren wie in anderen Ländern soll es in Schweden aber nicht kommen. Auch wenn die Regierung zwischenzeitlich zugegeben hat, die ältere Bevölkerung nicht ausreichend geschützt zu haben. Ich denke, dies ist makabre Ironie. Getoppt wird diese Ironie noch von dem Wissen, dass die einfachsten hygienischen Regeln nicht eingehalten werden: Schutzkleidung und Desinfektionsmittel sind knapp, Vodka kommt zum Einsatz. Am 3. April 2020 trat der „krislägesavtal“ (Krisenlagevertrag) in Stockholm in Kraft, seitdem gibt es Verpflichtungen für alle Berufe im Gesundheitswesen. 12-Stunden-Schichten werden schon seit einiger Zeit angeordnet. Dafür gibt es doppeltes Gehalt. Inzwischen steigt die Zahl der Toten.

Mein Mann kommt irritiert heim: Selbst im Lungensekret lässt sich der Keim nicht bestimmen, trotz mehrmaliger Versuche und Vorhandensein aller Symptome bei einem beatmeten Patienten. Ähnliches hatte ich schon beim Virologen Christian Drosten gehört. Das Ding wandert, es macht mit uns, was es will.

„Das Leben wird nie wieder wie es war, unabhängig davon wie schnell wir das Virus besiegen, während viele Tabus gebrochen werden“, schreibt der bekannte schwedische Historiker Sverker Sörlin, schwer an Corona erkrankt. „Wir versuchen einen Weg zu finden, den es noch nie gab.“

Ruth Freter

ist selbstständige Krankenschwester und studiert Philosophie an der Universität Linköping. Sie lebt in Linköping, Schweden.



Gut versorgt?

Was Geldanlage mit ärztlicher Ethik verbindet

Julian Mertens

ÄrztInnen haben sich der Prävention verpflichtet. Dazu gehört auch die Unterstützung von Maßnahmen gegen die Erderwärmung und Menschenrechtsverletzungen. Auch Renten- und Kapitalanlagestrategien sollten in den Blick genommen werden, denn häufig wird dabei in fossile Energieunternehmen oder Rüstungskonzerne investiert. In einer Studie wurden nun die Kapitalanlagen der 18 ärztlichen Versorgungswerke in Deutschland hinsichtlich des in der Berufsordnung verankerten Wertesystems untersucht – mit ernüchterndem Ergebnis.

Hans-Joachim Schellnhuber wurde drastisch. Bei seinem Abschied als Direktor des Potsdamer Instituts für Klimafolgenforschung 2018 stellte er fest: „Was heute geschieht, gleicht auf unserem überbevölkerten und übernutzten Planeten einem kollektiven Suizidversuch.“ Welche Folgen die Erwärmung der Erde haben kann, haben WissenschaftlerInnen ermittelt. Die WHO etwa rechnet ab 2030 mit zusätzlichen Kosten für

die Gesundheitsversorgung in Höhe von bis zu 3,6 Milliarden Euro jährlich. Hitze, Mangelernährung und Infektionskrankheiten könnten bis zu 250.000 Menschen das Leben kosten – pro Jahr.

Große Transformation notwendig

Ob es dazu kommt, hängt wesentlich vom nächsten Jahrzehnt ab. Das Pariser Klimaabkommen sieht vor, dass die Erde sich um höchstens zwei Grad erwärmen soll. Um deutlich darunter zu landen, ist eine gewaltige Transformation erforderlich. Wenn etwa Deutschlands 30 DAX-Konzerne so weitermachen wie bisher, wäre das katastrophal. Das hat das Startup „right.based on science“ berechnet. Würden alle Unternehmen wie die 30 größten börsennotierten Konzerne wirtschaften, würde das eine Erderwärmung von 4,94 Grad Celsius bis 2050 bedeuten.

Die Notwendigkeit einer Transformation wird an verschiedenen Stellen sichtbar: etwa auf den Straßen durch Demonstrierende von Fridays for Future, die auf den Generationenkonflikt und

die fehlende Klimagerechtigkeit hinweisen. In Brüssel plant die EU einen Green Deal, den sie mit der Mondlandung vergleicht. Jedes Jahr wären 240 Milliarden Euro an Investitionen notwendig. Und in Berlin sieht die Bundesregierung vor, dass CO₂ bis 2050 praktisch keine Rolle mehr spielen soll. Wissenschaftler kritisieren jedoch die bisherigen Maßnahmen. Der Kohleausstieg komme zu spät, der CO₂-Preis sei viel zu niedrig. Sollte dieser in den nächsten Jahren steigen, damit die

„Manch ein Versorgungswerk räumte freimütig ein: Rendite habe Vorrang vor Nachhaltigkeit – ein Trugschluss.“

Klimaziele auch eingehalten werden, wäre das mit sehr hohen Kosten für die ganze Wirtschaft, ja die ganze Gesellschaft verbunden. Je später gehandelt wird, desto disruptiver und teurer wird die Anpassung. Denn sie ist nie wieder so billig zu haben wie jetzt.

Vom Umbau der Wirtschaft und der Gesellschaft ist automatisch die Geldanlage betroffen. Denn die ist immer mit Investments in Unternehmen verbunden. „Die Klimakrise, wenn wir sie nicht konsequent angehen, wird die nächste große Bankenkrise verursachen“, meint der Vorstandssprecher der GLS Bank Thomas Jorberg.

Ethische Ansprüche der Ärzteschaft

Damit sind alle Finanzakteure betroffen, erst recht solche mit langfristiger Perspektive. Stellvertretend für den medizinischen Sektor zeigt nun eine Befragung, dass noch viel zu tun ist. Sechs renommierte Forscher, darunter auch Schellnhuber, haben im vergangenen Jahr die 18 Versorgungswerke der Ärzteschaft nach ihrer Klimagesundheit befragt. Diese verfügen nämlich über rund 100 Milliarden Euro an Rücklagen. Mehr als drei Viertel davon stecken in Aktien und festverzinsten Papieren. Die Forscher wollten wissen: Wo ist das Geld angelegt? Steckt es in der Energiegewinnung aus fossilen Brennstoffen, in der Herstellung von Schusswaffen oder fördert es ausbeuterische Kinderar-

beit? Solche Fragen und noch viele mehr lassen sich auch als Ausschlusskriterium festlegen.

Die Autoren der Studie stellten außerdem fest, dass der ethische Anspruch in der Ärzteschaft erweitert worden ist. Das entsprechende Handbuch des Weltärztebundes konstatiert, dass ÄrztInnen nur selten gesellschaftliche Ursachen von Krankheiten ändern könnten: „Sie können jedoch, vielleicht auch nur indirekt, zu langfristigen Lösungen dieser Probleme beitragen, indem sie an Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ teilnehmen. Noch deutlicher heißt es in der Musterberufsordnung des 121. Deutschen Ärztetages 2018: Zur Aufgabe gehöre es, „an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“ Und der langjährige Präsident der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery mahnte, seine KollegInnen mögen sich für den Ausstieg aus den fossilen Brennstoffen engagieren.

Dieser ethische Anspruch lässt sich also auf die ärztlichen Versorgungswerke übertragen. Denn diese gehören zu den Landesärztekammern, in denen jede/r ÄrztIn obligatorisch Mitglied ist. Durch eine Delegiertenversammlung der jeweiligen Landesärztekammer werden die Versorgungswerke im Grunde demokratisch von der Ärzteschaft kontrolliert.

Anlage nach ESG-Kriterien

Für nachhaltige Anlagen gibt es in der Finanzbranche bereits den Standard der ESG-Kriterien für Anbieter und Produkte: Sie betreffen die Bereiche Umwelt (Environment), Soziales (Social) und Unternehmensführung (Governance). Diese Kriterien setzen sich im Finanzmarkt immer stärker durch.

Anfang des Jahres erregte Larry Fink Aufsehen. Der Chef und Gründer von BlackRock, des größten Vermögensverwalters der Welt, ist der Auffassung, selbst wenn nur ein Bruchteil der prognostizierten Auswirkungen tatsächlich eintrete, stünde eine grundlegende und langfristige Krise bevor. Unternehmen, Anleger und Regierungen müssten sich daher auf eine „beträchtliche Umschichtung von Kapital“ vorbereiten. Die sechs Billionen Dollar seiner Vermögensverwaltung – fast doppelt so viel wie Deutschlands Wirtschaftsleistung – sollten stärker nachhaltig ausgerichtet werden.

Selbst Deutschlands Finanzaufsicht (BaFin) ist dabei, der Branche ins Gewissen zu reden. Sie gab vergangenen Dezember ein Merkblatt zum Umgang mit Nachhaltigkeitsrisiken heraus. Das ist zwar zunächst unverbindlich, dient aber als implizite Vorankündigung eines nahenden Stresstests der deutschen Banken zum Thema Klimarisiken. Demnach fordert die BaFin, dass die Risiken zu erfassen und mit Eigenkapital zu decken sind.

Im Übrigen nehmen auch Investoren Einfluss. Mit ihrer Anlageentscheidung bestimmen sie die Aktienkurse von Unternehmen, bewerten Strategien und haben Rederecht bei Hauptversammlungen. Sie nehmen direkten Kontakt mit Firmenchefs auf und formulieren ihre Forderungen. Nun sind nicht alle Akteure auf dem Finanzmarkt so einflussreich wie BlackRock, aber trotzdem lohnt es sich, ESG-Kriterien zu verwenden. Schließlich geht es auch darum, ob die Vermögensanlage zu den eigenen Werten passt – oder diese womöglich konterkariert. Auch die ökonomische Rendite steht infrage.

Anfrage bei deutschen Versorgungswerken

Womit wir wieder bei den Versorgungswerken der Ärzteschaft wären: „Stehen 100 Milliarden Euro Kapitalanlagen der berufsständischen Versorgungswerke im Einklang mit der ärztlichen Ethik?“, fragten die Autoren der Studie. Dafür wurde ein standardisierter Fragebogen unter Zusage der Anonymität an alle Versorgungswerke versendet. Dessen Rücklaufquote lag jedoch bei null Prozent. Doch immerhin 13 der Versorgungswerke reagierten mit einer schriftlichen Stellungnahme. Darüber hinaus wurden die jeweils aktuellsten Geschäftsberichte gesichtet, um die Kapitalanlagen hinsichtlich ihrer Assetklassen (Aktien, festverzinsliche Renten, Immobilien usw.) zu quantifizieren. Die eingegangenen Stellungnahmen wurden analysiert und in Bezug auf eine effiziente Berücksichtigung von ESG-Kriterien bewertet.

Bei dieser Auswertung zeigte sich ein gängiges Problem, das auf dem gesamten Finanzmarkt vorherrscht: Es fehlt an Transparenz und an Mut, über die genauen Anlagestrategien Auskunft zu geben. Viel wird dieser Tage versprochen und als vermeintlich „grün“ angepriesen. Wirklich überprüfen lässt sich das erst, wenn klar ist, wie und wo investiert wurde. Hier

können Richtlinien helfen, Selbstverpflichtungen oder ein Kriterienkatalog. Viele Initiativen sind auf dem Markt, die Versorgungswerke nutzen etwa häufig die UN-Prinzipien für verantwortliches Investieren. Diese bilden eine Grundlage, gelten unter Experten aber nur als Minimalkonsens im Hinblick auf eine Implementierung, Umsetzung und Einhaltung von ESG-Kriterien.

Die schriftlichen Rückmeldungen der Versorgungswerke ließen jedoch noch keine systematischen Ansätze erkennen. Es werde in Sitzungen kein Papier mehr verwendet, hieß es von einem Versorgungswerk. Man habe Investitionen in Streumunition ausgeschlossen, hieß es von einem anderen. „Dabei ist es ja durchaus denkbar, dass Ärzte grundsätzlich nicht in Waffen investieren“, kritisiert der Mediziner Christian Schulz vom Klinikum rechts der Isar der TU München, einer der Autoren der Studie. Dort heißt es: „Warum Staatsanleihen von Ländern mit einem höchst problematischen Umgang mit Menschenrechten (zum Beispiel Türkei, Venezuela) oder Ländern, in denen die Todesstrafe möglich ist (etwa USA, China), nicht auf der Liste der Ausschlusskriterien stehen, ist auf Anhieb nicht erklärbar bzw. bedeutet, dass diese Werte im Zuge der Bewertung einer möglichen Rendite

„Jeder Euro, der in eine CO₂-abhängige Industrie investiert wird, ist über kurz oder lang ausfallgefährdet.“

verhandelt werden.“ Dies räumte manch ein Versorgungswerk freimütig ein: Rendite habe Vorrang vor Nachhaltigkeit – ein Trugschluss.

Norwegen als Vorbild

Ein Vorbild sehen die Autoren der Studie in Skandinavien. Der norwegische Pensionsfonds ist der größte der Welt. Er ist dabei, sich nach Angaben des norwegischen Finanzministeriums schrittweise aus 95 fossilen Energieunternehmen zurückzuziehen. Die Anteile beliefen sich im Oktober 2019 auf rund 5,9 Milliarden US-Dollar. Der Gedanke hinter diesem Rückzug

ist auch ökonomisch: Um die Ziele des Pariser Klimaschutzabkommens zu erreichen, muss ein Großteil der fossilen Brennstoffe im Boden bleiben. Der Kohleausstieg Deutschlands illustriert diese Entwicklung. Gleichzeitig steigt bei fossilen Investments das Risiko. Jeder Euro, der in eine CO₂-abhängige Industrie investiert wird, ist über kurz oder lang ausfallgefährdet. Deutsche Finanzaufsichter mahnen seit Jahren, die Banken müssten den Klimawandel endlich in Risiken umrechnen und diese in ihre Bücher nehmen.

Auch andere Untersuchungen haben bereits gezeigt: Nachhaltige Investments können mit klassischen Anlagestrategien mithalten. Rendite-Verluste durch nachhaltige Anlagen sind demnach nicht eindeutig belegt worden. Im Gegenteil: „Der Rendite-Vorsprung bei nachhaltigen Fonds wächst“, titelte das *Handelsblatt* Anfang Februar 2020 und zitierte mehrere Analysespezialisten. Forscher der Universität Oxford untersuchten 2015 rund 190 Quellen und resümierten: „Wir haben eine bemerkenswerte Korrelation gefunden zwischen nachhaltigen Geschäftspraktiken und wirtschaftlicher Performance.“ Diese falle in 88 Prozent der Untersuchungen besser aus als bei nicht nachhaltigen Investments. Außerdem sei in 80 Prozent der Quellen Nachhaltigkeit ein positiver Faktor für Investments. Und gerade im Hinblick auf die Folgen des Klimawandels gelte: Wer sich frühzeitig darauf einstellt, erhöht langfristig seine Wettbewerbsfähigkeit.

Die Autoren der Studie über die ärztlichen Versorgungswerke listen in ihrem Papier also viele Argumente auf, warum die Kapitalanlagen der Werke nachhaltiger sein sollten. Neben den Interessen der Berufsgruppe sei dies langfristig schon aus wirtschaftlicher Sicht erforderlich. Sie schließen jedoch: „Die Thematik in den von Ärzten kontrollierten Versorgungswerken wird in ihrer Wichtigkeit noch deutlich unterschätzt.“ Handeln tut not. Und so drastisch wie Hans Joachim Schellnhuber die Diagnose zum Klimawandel stellt, so optimistisch bleibt er. ■

Die Studie auf Englisch finden Sie unter <https://kurzlink.de/Geldanlage>

Julian Mertens

ist stellvertretender Pressesprecher und Referent für Kommunikation bei der GLS Gemeinschaftsbank eG.
julian.mertens@gls.de

Neu im Mabuse-Verlag



Sarah Braun, Udo Lakovits,
Andrea Strachota

Leben und gleichzeitig sterben

Diagnose ALS

2. Aufl., 2020, 296 S., 29,95 Euro,
ISBN 978-3-86321-452-4

Sarah Braun erhält mit 24 Jahren die Diagnose ALS, Amyotrophe Lateralsklerose. Es ist ein Todesurteil, denn ihre Lebenserwartung beträgt noch drei bis fünf Jahre. Das Buch liefert Einblicke in den Krankheitsverlauf und Sterbeprozess aus Sicht einer Betroffenen und ihrer WegbegleiterInnen. Es will Hoffnung darauf machen, dass es sich lohnt, dieses Leben zu leben.



www.mabuse-verlag.de

Katharina Gewecke

Risiko Mangelernährung

Überprüfung eines Screening-Verfahrens im Krankenhaus

Obwohl in Deutschland kaum davon die Rede ist, leiden auch hierzulande viele PatientInnen im Krankenhaus unter den Folgen von Mangelernährung. Nicht nur die untergeordnete Rolle der Ernährungsmedizin in der Ausbildung von ÄrztInnen und Pflegefachkräften ist eine Ursache dafür, auch ökonomische Faktoren sind relevant. Unsere Autorin hat im Rahmen ihrer Master-Thesis überprüft, wie das Screening-Verfahren, das am Israelitischen Krankenhaus Hamburg zur Erkennung von RisikopatientInnen eingesetzt wird, noch effektiver gestaltet werden könnte.

Heutzutage wird falsche Ernährung von der allgemeinen Bevölkerung zumeist mit Übergewicht und Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 oder auch mit einer qualitativ schlechten Nahrungsmittelauswahl in Verbindung gebracht. Kaum bekannt ist jedoch, dass abhängig von der Grunderkrankung jeder zweite bis fünfte Krankenhauspatient und die Hälfte aller geriatrischen PatientInnen an Mangelernährung leiden (Pirlich et al., 2006). Allein durch die klinische Mangelernährung entstehen jährlich etwa fünf Milliarden Euro an zusätzlichen Kosten für das Gesundheitssystem (Müller et al., 2007). Für die PatientInnen bedeutet dies in erster Linie eine steigende Morbidität und Mortalität, längere und häufigere Krankenhausaufenthalte, einen erhöhten Pflegebedarf sowie psychologische Folgen wie etwa Depressionen durch sinkende Lebensqualität. Dennoch wird dieses Phänomen kaum thematisiert: Eine krankheitsbedingte Mangelernährung kann man den PatientInnen zumeist nicht ansehen. Zudem betrifft sie unangenehme Lebensthemen wie Krankheit, Einsamkeit und Alter, über die ungern gesprochen wird (ebd.). Hinzu kommt, dass die Bedeutung der Ernährungsmedizin auch vom klinischen und therapeutischen Fachpersonal häufig verkannt wird.

Zahlreiche Studien belegen negative Auswirkungen

Dabei sollte das Thema krankheitsbedingte Mangelernährung bekannt sein: Schon 1977 veröffentlichten Hill und Kollegen eine erste Publikation mit einer systematischen Erfassung der Problematik der Mangelernährung bei chirurgischen PatientInnen (Hill et al., 1977). Heute belegen weitere zahl-

reiche Studien, dass sich eine Mangelernährung negativ auf klinische Parameter und konsekutiv auf Morbidität und Mortalität auswirkt (Hiesmayr et al., 2009; Norman et al., 2008). Dennoch ist die Ernährung kein Bestandteil des klassischen Medizinstudiums und auch in der pflegerischen Ausbildung spielt sie nur eine untergeordnete Rolle (Müller et al., 2007). Eine Resolution des Europarats zur Verpflegung und Ernährungsversorgung in Krankenhäusern sieht seit 2003 vor, dass ein interdisziplinäres Ernährungsteam zu etablieren ist, welches sich systematisch mit dem Risiko der Mangelernährung befasst und entsprechende präventive und therapeutische Maßnahmen einleitet (Committee of Ministers, 2003).

Anstelle eines Rückgangs steigt die Prävalenz in Deutschland jedoch tendenziell weiter an (Löser, 2011b). Dies überrascht nicht: Trotz der Empfehlung des Europarats und der Publikation von Leitlinien zur Klinischen Ernährung verschiedener Fachgesellschaften verfügt lediglich ein Bruchteil von etwa fünf Prozent der Krankenhäuser in Deutschland über ein Ernährungsteam (Shang, 2005; Senkal et al., 2002). Neben der fehlenden gesellschaftlichen Wahrnehmung und der mangelhaften Ausbildung liegen die Ursachen vermutlich vor allem im ökonomischen Bereich. Die Ernährungsmedizin war in Deutschland lange Zeit nur unzureichend anrechenbar und es herrschte eine große Unsicherheit bezüglich der Kostenerstattung. Im heutigen Abrechnungssystem werden die Kosten eines Ernährungsteams und die entsprechenden Maßnahmen bei korrekter Dokumentation in der Regel jedoch kompensiert. Zudem können unter anderem durch eine Verbesserung der Rekonvalenz und Verkürzung der Krankenhausverweildauer Kosten eingespart werden (Müller et al., 2007).

Screening muss Rahmenbedingungen berücksichtigen

Um die Mangelernährung beziehungsweise das Risiko einer solchen bei PatientInnen frühzeitig erkennen zu können, wurden entsprechende Screening-Verfahren entwickelt und validiert. Problematisch ist hierbei, dass es keinen Goldstandard zur Diagnosesicherung gibt, mit dem die Tools verglichen werden können. Darüber hinaus ist die Prävalenz individuell vom Patientenkontext abhän-

gig – und damit können auch die Anforderungen an ein Screening-Verfahren von Klinik zu Klinik unterschiedlich sein (van Bokhorst-de Schueren et al., 2014). Es gibt also keine Methode, mit der das Risiko für eine Mangelernährung mit hundertprozentiger Sicherheit angezeigt werden kann. Es können nur – abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen – annäherungsweise Tools entwickelt werden. Die European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) empfiehlt für Kliniken das sogenannte Nutritional Risk Screening 2002 (NRS) (Schütz und Plauth, 2005). Es handelt sich dabei um ein zweistufiges Screening-Verfahren: Wird im Prescreening eine der vier Fragen mit Ja beantwortet, wird anschließend das Hauptscreening zur Beurteilung des Risikos durchgeführt. Liegt der Score im Hauptscreening bei drei oder mehr Punkten, liegt ein Risiko einer Mangelernährung vor und es sollten entsprechende Maßnahmen vom Ernährungsteam eingeleitet werden.

Das Israelitische Krankenhaus in Hamburg (IKH) ist ein gutes Beispiel dafür, dass eine ernährungsmedizinische Versorgung zur Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung umsetzbar und wirtschaftlich ist. Das im Hause etablierte Ernährungsteam führt ein zweistufiges Screening auf Mangelernährung basierend auf dem NRS durch, leitet entsprechende Maßnahmen ein und kodiert die Mangelernährung zur Abrechnung mit dem MDK. Die praktische Erfahrung des Ernährungsteams hat jedoch gezeigt, dass einige PatientInnen trotz eines Risikos für eine Mangelernährung nicht in der ersten Screening-Stufe erkannt werden. Eine Optimierung der Sensitivität des Prescreenings könnte also die Versorgungsqualität erhöhen und gleichzeitig die Ernährungsmedizin noch ökonomischer machen.

Master-Thesis überprüft Prescreening im Krankenhaus

Um die prognostische Validität des Prescreenings zu ermitteln, wurde in der Master-Thesis in einem ersten Schritt erfasst, bei wie vielen PatientInnen ein Risiko für eine Mangelernährung vorlag, obwohl sie nicht durch das Prescreening erkannt wurden.



Katharina Gewecke ist Oecotrophologin und hat mit dieser Arbeit den Master-Studiengang „Ernährung und Gesundheit“ an der Fachhochschule Münster abgeschlossen. Die Arbeit wurde als beste Master-Thesis 2018 ausgezeichnet. Bereits während des Studiums arbeitete sie in der Fachberatung zum Thema Omega-3-Fettsäuren für therapeutisch tätiges Fachpersonal. Seit Ende des Studiums arbeitet sie in Vollzeit in diesem Bereich.

Kontakt: katharina_gewecke@gmx.de



Junge Menschen beschäftigen sich an Universitäten und Fachhochschulen ebenso wie in Alten-, Krankenpflege- und Hebammenschulen mit spannenden Themen, die oft keinen Raum in der öffentlichen Diskussion finden. Diese Rubrik bietet die Möglichkeit, interessante Projekte, Seminar- oder Abschlussarbeiten zu veröffentlichen. – Die Redaktion freut sich über Vorschläge und Einsendungen!

Kontakt: zeitschrift@mabuse-verlag.de

Dazu wurde über einen Erhebungszeitraum von drei Wochen auch mit denjenigen PatientInnen das Hauptscreening durchgeführt, die im Prescreening nicht auffällig waren. Insgesamt wurden Daten von 212 PatientInnen ausgewertet. Diese zeigten, dass mehr als die Hälfte der im Prescreening als unauffällig klassifizierten PatientInnen im Hauptscreening jedoch einen NRS-Score ≥ 3 erreichten und damit ein Mangelernährungsrisiko aufwiesen.

In einem zweiten Schritt wurde erarbeitet, wie die hohe Falsch-Negativ-Rate von 52,8 Prozent reduziert werden könnte. Hierbei wurde ermittelt, dass die Berücksichtigung des Alters (> 70 Jahre) und des Body-Mass-Index (BMI, $< 20,5 \text{ kg/m}^2$) als Kriterien des Prescreenings dazu geführt hätten, dass lediglich 7,1 Prozent der PatientInnen mit einem Mangelernährungsrisiko nicht erkannt worden wären. Das Alter wird nach dem NRS erst im Hauptscreening berücksichtigt, obwohl es an sich bereits ein Risikofaktor für Mangelernährung ist. Einerseits aus physiologischer Sicht, weil der Appetit häufiger nachlässt, mehr Komorbiditäten vorliegen und die Nährstoffverwertung reduziert ist, andererseits aus sozialer und psychischer Sicht, weil die PatientInnen vermehrt alleine sind, sich nicht mehr optimal versorgen können oder Einsamkeit oder Demenzen vorliegen. Der BMI ist im NRS ebenfalls als Kriterium des Prescreenings vorgesehen. Er wurde in der Vergangenheit im IKH aber durch eine Frage zur Gewichtsentwicklung ersetzt. Die Erhebung konnte jedoch zeigen, dass diese Änderung nicht sinnvoll war und veranschaulicht damit die Notwendigkeit, etablierte Tools regelmäßig zu hinterfragen und ihre Zweckmäßigkeit zu überprüfen.

Durch die Berücksichtigung von Alter und BMI im Prescreening hätten im Untersuchungszeitraum weitere 49 PatientInnen vom Ernährungsteam anhand des Hauptscreenings bewertet wer-

den müssen. 34 von ihnen wiesen ein Risiko einer Mangelernährung auf. Der Mehraufwand geht also mit einer deutlichen Verbesserung der Versorgungssituation einher. Neben dem Alter und dem BMI hätte auch der Laborparameter Gesamteiweiß zu einer weiteren Verbesserung der Falsch-Negativ-Rate geführt. Die Verbesserung war im Verhältnis zum Mehraufwand jedoch so gering, dass es für das IKH nicht empfohlen wird.

Daten elektronisch erheben

Über die Screening-Bögen hinaus hat die Untersuchung noch weitere Möglichkeiten aufgezeigt, wie die Arbeit des Ernährungsteams einheitlicher und effizienter gestaltet werden kann. Dazu zählt eine verlässliche Erhebung der anthropometrischen Daten aller PatientInnen, auf deren Grundlage weitere Erhebungen, Maßnahmen und die Kodierungen basieren. Bisher wird sich im IKH zumeist auf die Angaben der PatientInnen verlassen. Studien zeigen jedoch, dass diese in der Regel unzuverlässig sind (Berghof et al., 2008). Dementsprechend sollte ausnahmslos jede/r PatientIn bei der Aufnahme gewogen und gemessen werden.

Zusätzlich kann eine transparente Verfügbarkeit aller Angaben in elektronischer Form Zeit sparen, Berechnungen erleichtern, Fehlerquoten minimieren und Erinnerungsfunktionen ermöglichen. Hierzu könnte die Anschaffung von Tablet-Computern für das Ernährungsteam sehr lohnend sein. Darüber hinaus ist die enge Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachbereiche mit der Ernährungsmedizin Voraussetzung für eine zuverlässige

Erfassung aller PatientInnen, die rechtzeitige Einleitung von Maßnahmen und eine einheitliche Abrechnung der Maßnahmen gegen Mangelernährung. Dementsprechend ist auch die Sensibilisierung und Fortbildung von ÄrztInnen und Pflegefachkräften sowie PatientInnen und ihren Angehörigen ein wichtiger Baustein der umfassenden Behandlung von Mangelernährung.

Fazit

Die Master-Thesis verdeutlicht, dass eine frühzeitige Erkennung und Behandlung der krankheitsbedingten Mangelernährung in erster Linie eine wirksame Therapiemaßnahme und darüber hinaus auch eine wirtschaftlich lohnende Investition in die Klinik selbst und in das Gesundheitssystem im Ganzen darstellt. Etablierte und evaluierte Screenings-Tools wie das Nutritional Risk Screening 2002 können dabei als Basis eingesetzt werden. Sie sollten jedoch optimalerweise auch an die individuellen Bedürfnisse der PatientInnen und die jeweiligen Strukturen des Krankenhauses angepasst werden, um eine bestmögliche Versorgung der PatientInnen zu ermöglichen und die Abrechnungsmöglichkeiten voll auszuschöpfen. Kliniken wie das Israelitische Krankenhaus Hamburg können dabei als Best Practice-Beispiele dienen. ■

Die Master-Thesis ist 2019 mit dem Titel „Prescreening auf Mangelernährung in der Klinik – Evaluierung der prognostischen Validität in einem Schwerpunkt Krankenhaus“ im Springer Spektrum Verlag erschienen (ISBN 978-3-658-27476-4).

Die Grafik zum NRS-Screening finden Sie unter www.mabuse-verlag.de

Literatur

- Berghof, N./Valentini, L. et al. (2018): Mainzer Mangelernährungsscreening versus NRS-2002 zur Beurteilung des Mangelernährungsrisikos bei stationären Patienten. Posterpräsentation auf der 17. Dreiländertagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V. (DGEM), der Österreichischen Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung (AKE), der Gesellschaft für Klinische Ernährung der Schweiz (GESKES)/Jahrestagung 2018 des Berufsverbandes Oecotrophologie e. V. (VDOE)/ 19. Jahrestagung des Bundesverbandes Deutscher Ernährungsmediziner e. V. (BDEM). In: *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 43(3): 221.
- Committee of Ministers (2003): Resolution ResAP(2003)3 on food and nutritional care in hospitals. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies. Hg. Council of Europe. Online verfügbar: <https://rm.coe.int/16805de855>
- Hiesmayr, M./Schindler, K. et al. (2009): Decreased food intake is a risk factor for mortality in hospitalised patients: The NutritionDay survey 2006. In: *Clinical Nutrition*. 28(5): 484–491.
- Hill, G. L./Blackett, R. L. et al. (1977): Malnutrition in surgical patients. An unrecognised problem. In: *Lancet*. 1(8013): 689–692.
- Löser, C. (2011): Ökonomische Aspekte. In: ders. (Hg.): *Unter- und Mangelernährung*. Stuttgart: Thieme, S. 215–223.
- Müller, M. C./Uedelhofen, K. W. (2007): Mangelernährung in Deutschland. Eine Studie zu den ökonomischen Auswirkungen krankheitsbedingter Mangelernährung und beispielhafte Darstellung des Nutzenbeitrags enteraler Ernährungskonzepte. Online unter: www.monacon.com/publications/Mangelernaehrung_in_Deutschland.pdf
- Norman, K./Pichard, C. (2008): Prognostic impact of disease-related malnutrition. In: *Clinical nutrition*. 27(1): 5–15.
- Pirlich, M./Schütz, T. et al. (2006): The German hospital malnutrition study. In: *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). 25(4): 563–572.
- Schütz, T./Plauth, M. (2005): Subjective Global Assessment – A Method for the Assessment of Nutritional State. In: *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 30(1): 43–48.
- Senkal, M./Dormann, A. et al. (2002): Survey on structure and performance of nutrition-support teams in Germany. In: *Clinical nutrition*. 21(4): 329–335.
- Shang, E./Hasenberg, T. et al. (2005): An European survey of structure and organisation of nutrition support teams in Germany, Austria and Switzerland. In: *Clinical nutrition*. 24(6): 1005–1013.
- van Bokhorst-de Schueren, M. A. E., Guaitoli, P. R. (2014): Nutrition screening tools: does one size fit all? A systematic review of screening tools for the hospital setting. In: *Clinical nutrition*. 33(1): 39–58.

Jan-Hendrik Heinrichs

Neuroethik

Eine Einführung

Es ist ein beeindruckendes Buch, am Anfang erschreckend, dann fesselnd. Als Erstes dachte ich, dieses Buch sei nur für LeserInnen geschrieben, die sowohl philosophisch als auch medizinisch gebildet sind. Dann stellte ich erfreut fest, dass alle verwendeten Begriffe und Theorien kompakt und einprägsam vorgestellt werden, sodass sie einen durch das ganze Buch begleiten. Besonders eindrucksvoll gelingt es dem Autor, die durchaus nicht so einfachen Grundlagen der philosophischen Ethiktheorien vorzustellen. Er führt die LeserInnen dann durch die Geschichte der Neuroethik bis hin zu den aktuellen Fragestellungen, die sich aus den erweiterten medikamentösen wie auch mechanischen und physikalischen Möglichkeiten ergeben. Er zeigt auf, wie es heute möglich ist, die Aktivitäten des Gehirns immer genauer darzustellen und in manchen Fällen auch in die Funktionen einzugreifen. Klar und überzeugend weist er auf vielfältige Probleme hin, die sich im Zusammenhang mit diesen neuen Möglichkeiten stellen. Teils sind es bekannte Probleme wie die der Bias bei der Planung des Forschungsdesigns, etwa bei der selektiven Auswahl der Probanden, teils sind es wenig diskutierte Fragen wie etwa beim Umgang mit den Diagnosen, der Mitteilung von Zufallsbefunden und Ähnlichem. Manchmal sind es auch neue Fragestellungen, etwa die nach der Autonomie des Patienten bei möglichen Wesensveränderungen infolge einer neuen Behandlungsmethode. Es sind viele Aspekte, die der Autor eingehend und nachvollziehbar schildert. Leider können sie hier nur angedeutet werden.

Als eine besondere Bereicherung betrachte ich den Abschnitt über die Neuroethik in der Alltagsmoral jenseits von Labor und Praxis. Hier macht Heinrichs auf Probleme aufmerksam, die in den üblichen Diskussionen innerhalb der Fachdisziplinen, also unter Medizinern oder Philosophen, selten oder nie auftauchen und doch von großer persönlicher, gesellschaftlicher und moralischer Tragweite sind oder noch werden können.

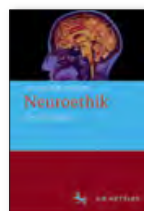
Es ist unmöglich, in kurzer Form die Vielfalt all dieser Fragen zu umreißen. Die äußerst differenzierte Darstellung der ver-

schiedensten Aspekte bei den medizinischen oder privaten Eingriffen, bei Doping und Enhancement bleibt dabei immer sachlich, informativ und spannend. Der Autor enthält sich in den unterschiedlichsten und oft strittigen Schilderungen des Diskurses stets einer eigenen Stellungnahme. Er vertritt aber sehr entschieden seine grundsätzliche Überzeugung, sich nicht von Vorurteilen, gesellschaftlichen Trends oder der Argumentation unterschiedlicher Interessengruppen leiten zu lassen, sondern nur den soliden wissenschaftlichen Erkenntnissen zu trauen. Diesen Anspruch stellt er fairerweise nicht nur an die Theorien der Neurowissenschaften, sondern auch an die philosophischen Stellungnahmen, die nur dann ernst zu nehmen sind, wenn sie ebenfalls den soliden Kriterien ihrer eigenen Wissenschaft genügen.

Über die Bedeutung der Neuroethik für unser Selbstverständnis als Denkende und Handelnde führt er schließlich zu einem Ausblick in die Zukunft. Dabei betont er, welch großes Potenzial die Ergebnisse der Neurowissenschaften für den sozialen und gesellschaftlichen Fortschritt bieten, vorausgesetzt man beschäftigt sich mit soliden Fakten und nicht mit futuristischen Spekulationen.

Es ist ihm gelungen, diese Fakten und die vielen zu diskutierenden Fragen so fesselnd darzustellen, dass ich in diesem Buch sicher noch mehrmals lesen und es auch an Freunde verschenken werde.

*Dr. med. Peter Weyland,
Ingoldingen*



J.B. Metzler, Stuttgart 2019, 222 S.,
39,99 Euro

Jochen Vollmann

Die Galle auf Zimmer 7

Welche Medizin wollen wir?

Hippokrates, der altgriechische Inbegriff des ethisch hochstehenden Arztes, ist bis heute Bezugspunkt der Medizinethik, die Jochen Vollmann in Bochum lehrt. Drei wesentliche Punkte hippokra-

DAS BEWEGT MICH!

PSYCHOLOGIE HEUTE

GELASSENE

Zeiten und ein wohlwollender
Blick auf uns selbst – Yoga und
Meditation verändern unsere

HALTUNG.



AUCH ALS
APP

tischen Denkens stellt er an den Anfang seines neuen Buches: Wer Kranke behandelt, sollte deren gesundheitliches Wohl im Blick haben, Schaden von ihnen abwenden und eigene Interessen zurückstellen.

Leicht war es nie, so zu arbeiten im Gesundheitswesen, aber leichter als heute wohl schon. Nicht, weil die Menschen so schlecht geworden wären. Eher weil das Gesundheitswesen inzwischen Rendite abwerfen „muss“, also zunehmend ökonomisiert wird. Doch es gibt auch eine systematische Ursache: Die moderne Medizin war so erfolgreich, weil sie sich weniger auf Personen konzentriert hat als auf Krankheiten.

Solange die meisten Behandelten unter akuten Krankheiten litten, passte das gut. In nicht einmal hundert Jahren verdoppelte sich die Lebenserwartung, vor allem, weil immer weniger junge Menschen an akuten Krankheiten starben. Das lag an Impfungen, Antibiotika, Kinderuntersuchungen, relativ gefahrlosen Operationen und Hygiene für alle – alles Maßnahmen, die auf die Krankheiten als solche zielten. Das Corona-Virus erinnert uns daran, dass das jederzeit wieder in den Vordergrund rücken kann.

Dennoch sind Epidemien längst die Ausnahme. Die meisten Erkrankten hierzulande sind nicht akut krank, sondern chronisch, sie werden selten vollständig und niemals schnell gesund und sie sind nicht jung, sondern älter. Will man das rein naturwissenschaftlich lösen, wird aus einer individuell kranken Person die „Galle auf Zimmer 7“ – und die fühlt sich prompt als Nummer und deshalb unbefriedigend versorgt.

Praktisch stellt Vollmann viele Fragen rund um Widersprüche dieser Art vor und diskutiert sie fundiert. Zunächst setzt die Ökonomisierung nicht nur falsche Anreize, etwa für einträgliche Operationen, die oft genug bestenfalls sinnlos sind. Sie zwingt Profis des Gesundheitswesens, ihre Arbeit mit Menschen in unprofessionelle kleine Handgriffe zu zerhacken, weil man das für „effizient“ und damit kostengünstig hält. Wen wundert es da, dass Pflegende ihren Job inzwischen nach durchschnittlich acht Jahren quittieren?

Viele Entwicklungen in der Medizin führen dazu, dass bisherige Antworten nicht mehr greifen. Kranke „dürfen“ sich einer Behandlung verweigern. Die Grenzen des Lebens verschieben sich, seit man

Embryonen in der Petrischale „erzeugen“ kann und kaputte Organe durch gesunde ersetzen – die „leider“ erst mal jemand spenden muss. Gräben tun sich auf zwischen Palliativmedizin und Sterbehilfe oder langjähriger Pflegebedürftigkeit und teurer Spezialmedizin für biochemisch definierte Patientengruppen, die erstaunlicherweise „personalisiert“ heißt.

Die wichtigsten Fragen: Wann bezahlt die Solidargemeinschaft was? Wann wird eine niedrige Erfolgsquote zum leeren Versprechen? Wie versorgt man Kranke gut, die man nicht heilen kann? Was ist Therapie, was doch eher Lifestyle? Wie bewerten wir die Spannung zwischen Lebensstagen und Lebensqualität?

Das bündelt sich in der Frage: Welche Medizin wollen wir? Die darf, so Vollmann, nicht die Medizin alleine beantworten. Wir alle müssen sie demokratisch und öffentlich verhandeln. Das notwendige Wissen dafür liefert er in diesem Buch, auf hohem wissenschaftlichen und ethisch-philosophischen Niveau, hoch spannend und überdies gut lesbar. Genau genommen Pflichtlektüre für alle.

Barbara Knab,
Wissenschaftsautorin,
München



Wagenbach Verlag, Berlin 2019,
128 S., 16 Euro

Susette Schumann

Kompetenzen älterer Menschen

Lehrbuch zur praktischen Umsetzung des umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs, Band 1

Der seit 2017 im Pflegeversicherungsgesetz verankerte neue, erweiterte Pflegebedürftigkeitsbegriff fordert nicht nur von den PflegebegutachterInnen der Medizinischen Dienste eine neue Herangehensweise an ihr Arbeitsfeld, sondern auch von den praktisch Pflegenden. Jedoch erschließen sich Begrifflichkeiten aus Gesetzen oder der Pflegewissenschaft nicht immer direkt so für die Praxis, dass

sie dort sofort praktisch umgesetzt werden können. Die neue Buchreihe „Altenhilfe verstehen und umsetzen“ des Kohlhammer Verlags setzt hier an und will insbesondere Begriffe, die sich aus den Pflege-reformen der vergangenen Jahre ergeben, in den Fokus nehmen. Der erste Band beschäftigt sich mit den „Kompetenzen älterer Menschen“.

Ziel dieses Lehrbuchs ist es einerseits, den Begriff „Kompetenz“ für die Pflegenden greifbar und somit in die Pflegeplanung integrierbarer zu machen. Andererseits will es dazu beitragen, pflegerisches Fachwissen mit methodischen Vorgehensweisen zu verknüpfen. Die Methodenkompetenz der Pflegenden soll verfeinert werden, um Kompetenzen der älteren Menschen strukturiert zu ermitteln und diese ganz konkret in eine ressourcen- und einzelfallorientierte Pflegepraxis einzubinden. Auf der Metaebene wird durch die Anwendung pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse auf die Situation der einzelnen älteren Menschen zudem eine Steigerung der Pflegequalität angestrebt. Selbstbestimmung und Teilhabe der älteren Menschen stehen dabei im Mittelpunkt.

Zunächst arbeitet die Autorin mit dem Begriff des Einzelfalls. Was ist überhaupt unter einem Einzelfall zu verstehen? Wie kann ein hermeneutischer und ressourcenorientierter Zugang in der pflegerischen Fallarbeit mit Menschen gestaltet werden? Anschließend werden Ressourcen und Kompetenzen der älteren Menschen in den Blick genommen. Auch hierbei steht das Verstehen im Mittelpunkt der Betrachtung. Daher werden zunächst die verschiedenen Gruppen von Ressourcen (z.B. körperlich, emotional oder sozial) erläutert und praktische Hinweise zu ihrer Ermittlung gegeben. Gleiches geschieht in Bezug auf die Kompetenzen, denen jedoch in der theoretischen Aufarbeitung mehr Raum gegeben wird.

Der dritte Teil des Buchs konzentriert sich auf die Förderung der Kompetenzen älterer Menschen. Hierbei wird ein regelgeleitetes, systematisches Vorgehen empfohlen. Am Beispiel des sogenannten Zürcher Ressourcen Modells wird die systematische Vorgehensweise des Ermitteln und der Förderung individueller Kompetenzen aufgezeigt. Praktische Tipps sollen die Umsetzung des theoretischen Modells erleichtern. Der gemeinsame Aushandlungsprozess zwischen älteren Menschen

und Pflegenden als Grundlage kompetenzorientierter pflegerischer Unterstützung bildet den inhaltlichen Abschluss. Dabei ist zu beachten, dass dieser Prozess sowohl die Ermittlung als auch die Förderung der Kompetenzen ständig begleitet und nie wirklich endet. Auch hier erhalten die LeserInnen Praxistipps für den Arbeitsalltag. Zum Abschluss jedes Kapitels werden die Lernenden mittels der „eigenen Lerngeschichte“ und Lernfragen zur Reflexion der bearbeiteten Inhalte und ihres eigenen Lernens angeregt.

Das Thema des Buches ist im Hinblick auf eine zunehmend alternde Gesellschaft, die Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und Teilhabe als wesentliche Werte erachtet, von immenser Bedeutung. Diese Werte im Pflegealltag zu berücksichtigen, ist eine wichtige pflegerische Aufgabe. Das vorliegende inhaltlich und auch sprachlich anspruchsvolle Lehrbuch spiegelt diesen hohen Anspruch wider. Lernerfahrene Pflegenden können dieses Buch zum Selbstlernen nutzen. Für weniger lernerfahrene Personen erscheint eine angeleitete Erarbeitung der Inhalte notwendig.

*Martin Schieron,
Dipl.-Pflegerwissenschaftler (FH),
Düsseldorf*



Kohlhammer Verlag, Stuttgart
2020, 77 S., 19 Euro

Beat Gerber

Warum die Medizin die Philosophie braucht

Für ein umfassendes Verständnis von Krankheit und Gesundheit

Beat Gerber ist Facharzt für Allgemeine Medizin in der Schweiz und Philosoph. Nur die Philosophie könne es leisten, oft gering geschätzte Fragen zu beantworten: „Was sind die Ziele und worin liegt der Sinn der Medizin? Worin besteht ihre wissenschaftliche Methode? Ist die Medizin tatsächlich erfolgreich? Und wenn ja in welcher Beziehung? Was heißt überhaupt erfolgreich? Für wen ist sie erfolgreich?“ (S. 37).

In den 18 nachfolgenden Kapiteln spannt der Autor einen breiten Bogen auf. Kein Grundbegriff der Medizintheorie bleibt ausgespart: Gesundheit, Krankheit, Medizin, Medikalisierung, Selbstverschulden, Lebensqualität, Salutogenese, Achtsamkeit, Gelassenheit, Leiblichkeit, Gefühle, Unsicherheit, Vanitas – um die vielleicht wichtigsten aufzurufen. Dann ist ein eindeutiger Schwerpunkt des Buches das Nachdenken über Tun und Nichtstun in der Medizin: bewusstes Handeln und bewusstes Unterlassen. Alternativmedizin, Qualität in der Medizin, Palliative Care und Spiritual Care sind weitere Überschriften, ehe abschließend von der „Suche nach der genuine Medizin“ gesprochen wird.

Wirft Gerber selbst die Frage auf, warum es so schwer ist, Philosophie und Me-

dizin miteinander ins Gespräch zu bringen, so stellt sich automatisch die Frage, wie er es bewerkstelligen möchte, diese weitgehende Sprachlosigkeit zu überwinden. Es mangelt nicht an Belegen, wie tief sich immer wieder philosophische Strömungen vor allem mit den Sinnfragen von Leben, Sterben und Tod beschäftigt haben. Ganz im Gegenteil: Jedes Kapitel ist nahezu eine Enzyklopädie, vor allem der geisteswissenschaftlichen Literatur. Für mich wirkte das des Öfteren überwältigend, auch redundant.

Meine eigentliche skeptische Frage an den Autor aber lautet: Wie kann es denn gelingen, dass die Medizin tatsächlich von der Philosophie lernt, wie sie ihr in einer besseren Kooperation auch Aufgaben stellen könnte? Am Beispiel der so unglaublich wichtigen Thematik „Nichtstun“ in der Medizin heißt das: Dass ÄrztInnen nur handeln dürfen, wenn sie die Erlaubnis dazu haben, lehrt uns allein die Rechtslage – auch wenn diese im Alltag nach wie vor häufig negiert wird. Und dass Nichtstun – gern negativ empfunden – PatientInnen nicht selten vor unnötigen Eingriffen schützen kann, lehrt uns nun schon seit beträchtlicher Zeit die evidenzbasierte Medizin. Welchen weiteren Nutzen die philosophischen Grundlagen zu Handeln und Unterlassen für die Medizin dann haben kann: Ich hätte mir sehr gewünscht, das im Buch klarer formuliert zu finden. Und die Vision der genuine Medizin setzt Gerber schließlich aus den Modellen integrierter Medizin, dem biopsychosozialen Modell und der Litera-

Ein Rettungsschirm für die DGSP – helft mit!

Unterstützt uns jetzt!

- **Werdet Mitglied**
- **Werbt ein Mitglied an**
- **Spendet einen Betrag eurer Wahl**

Bank für Sozialwirtschaft (BIC: BFSWDE33)
IBAN: DE87 3702 0500 0007 1108 00



Aufgrund der Corona-Pandemie können wir aktuell keine Fortbildungen und Tagungen anbieten. Hierdurch ist die Existenz unseres Verbands gefährdet – und das in einer Zeit, in der der Einsatz für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wichtiger denn je ist.

**Wofür wir stehen
und was wir tun:
www.dgsp-ev.de**

Danke
und bleibt
gesund!

tur zur Patientenperspektive zusammen: ein Déjà-vu.

Das alles soll kein Herummäkeln sein: Das Buch liefert sehr viel „Material“ zum Nachdenken und zur Überprüfung eigener Grundhaltungen. Man muss freilich einen langen Atem mitbringen, dieses zu durchdringen und zur Bereicherung der eigenen Sicht auf die Medizin zu nutzen.

Norbert Schmacke,
Bremen



hogrefe, Bern 2020, 384 S.,
29,95 Euro

Katinka Schweizer, Fabian Vogler (Hg.)

Die Schönheiten des Geschlechts

Intersex im Dialog

Der Titel dieses Sammelbandes will genau gelesen werden, nicht „das schöne Geschlecht“, sondern um Schönheiten des Geschlechts windet und schlingt sich ein, wie vorausgreifend gesagt werden darf, ästhetisch gelungener transdisziplinärer Dialog über Intergeschlechtlichkeit. Dieses lange Zeit ignorierte Phänomen wird hier sowohl dynamisch als auch ästhetisch wahrgenommen. Das Buch hat als Hardcover einiges an Gewicht und die vielen Farabbildungen geben ihm den Touch eines Kunstbandes, wodurch es wie ein Coffee Table Book daherkommt. Der Inhalt ist in drei Sektionen gegliedert, die unterschiedliche Perspektiven versammeln und auch verlangen.

Erschienen ist dieser Sammelband in einer Art „Zwischenzeit“. Die Arbeit an dem Projekt begann bereits 2016. Dann, fünf Monate vor dem Erscheinen des Buches im April 2018, gab das Bundesverfassungsgericht einer Beschwerde statt, und entschied, dass die gesetzgebenden Organe bis Ende 2018 einen positiven Geschlechtseintrag für Menschen einzurichten hätten, die sich nicht in die binären Kategorien „männlich“ oder „weiblich“ einordnen lassen. Dies geschah dann im Dezember 2018. Seit Januar 2019 exis-

tiert das Akronym „m/w/d“ in Stellenanzeigen und die Bezeichnung „divers“ wird vielerorts verwendet und verunsichert Verwaltungen und Menschen. Somit können die Beiträge dieses Bandes nun herangezogen werden, um offen interessierte Leser:innen informierend anzuregen und selbst über Intersex zu reflektieren. Dieser Reflexionsaufgabe haben sich auch alle Beitragenden gestellt, etwa die mit einem Geleitwort vertretene Soziologin und Psychoanalytikerin Ilka Quindeau und die zweite Hamburger Bürgermeisterin Katharina Fegebank.

Der Band besticht durch die reichhaltige Bebilderung: Objekte des Skulpturkünstlers Fabian Vogler werden anregend in Szene gesetzt. Fotografien, die die Entstehungsprozesse seiner und anderer künstlerischer Annäherungen an das Thema dokumentieren, sind in ebenso guter Qualität abgedruckt wie Abbildungen von antiken Plastiken.

In ihrer Einleitung skizzieren die Psychotherapeutin und Sexualwissenschaftlerin Katinka Schweizer und der Künstler Vogler ihr Ansinnen, sich mit Intersexualität mal anders zu beschäftigen: nicht als Schicksal oder Bedrohung, sondern als wahrzunehmende Schönheit und die Kunst inspirierende Wendung. Schweizer rekurriert in weiteren Beiträgen insbesondere auf Identität – identifiziere ich mich mit meinem Geschlecht, welche Rolle wird der Identität beigemessen? Und wie einflussreich sind einzelne Identitätskategorien? Wie binär denke ich, denkt die Gesellschaft? Diese Publikation versucht, sich dem Intersex nicht über das Konstrukt des Binären anzunähern, vielmehr werden ganz unterschiedliche Blickwege erkundet, die unterschiedliche Resonanz erzeugen.

Im ersten Teil des Bandes mit der Überschrift „Intersex“ kommen Erfahrungsexpert:innen zu Wort und Autor:innen, die mit ihnen und über Intersex arbeiten, versuchen diese zu ergründen. Schön zu sehen, wie sich ein britischer Psychologe und eine australische Kinderärztin darauf einlassen, über Schönheit zu reflektieren. Peter Hegarty und Sonia Grover schauen auf die Entwicklung in verschiedenen Bereichen, nicht nur auf einen beklagbaren Status quo. So kommen Beweugung und auch Leichtigkeit auf.

Unter der Rubrik „Mehr Deutigkeiten“ sind Beiträge von Autor:innen aus der Rechtssoziologie, Philosophie, Biologie,

Kunstwissenschaft und Archäologie versammelt, die aufzeigen, wie vielfältig die Herangehensweisen sein können. Gut lesbar, anregend, sorgfältig redigiert, mit vielen Hinweisen zum Weiterlesen – unter anderem auf den Blog der Hamburg Open Online University beziehungsweise den des Projekts „intersex kontrovers“ (www.hoou.de, <https://intersex-kontrovers.blogs.uni-hamburg.de>).

Mit der irritierenden Zwischenüberschrift „Multi_polare Perspektiven“ ist die dritte Sektion überschrieben. Hier finden sich gut verdichtete Beiträge aus der Kunstgeschichte zu Geschlecht und Ikonografie, zu uneindeutigen Reliquien, zu Phantasmen und zuletzt zur gesellschaftlichen Notwendigkeit, Inter anzuerkennen. Die Verleihung des Preises gegen Diskriminierung der Bundesregierung und der Antidiskriminierungsstelle an Lucie Veith im Oktober 2017 wird in diesem Band durch den Abdruck ihrer Dankesrede dokumentiert. Diese Ehrung hat auf mehreren Feldern etwas bewegt: Intersex wird anerkannt, mit der Preisträgerin wird eine Aktivistin und ein Vorbild geehrt und der Preis besteht aus einer Bronzeplastik von Vogler, verbindet also Kunst, Engagement und Politik auf sinnfällige und schöne Weise.

Nicht alle Beiträge dieses abwechslungsreichen Bandes können hier erwähnt werden. Doch die Herausgeber:innen müssen gelobt werden für dieses Wagnis, Kunst, Aktivismus und Ästhetik in Schwingung zu bringen – auf einem Feld, das in anderen Zeiten von Monstrositäten und Fehlbildungen besetzt war: Hier wird mit Lust und Freude die Vielfältigkeit des menschlichen Seins gefeiert. Jeder Beitrag kann für sich gelesen werden und im Anschluss darf über die Komposition des Bandes sinniert werden, darüber, welche Kunstwerke zu den einzelnen Beiträgen spannungsvoll korrespondieren – anregend und schön.

Marion Hulverscheidt,
Ärztin und Medizinhistorikerin,
Kassel



Campus Verlag Frankfurt
am Main/New York 2018,
423 S., 42 Euro

Gesundheit und Politik



Barbara Städtler-Mach,
Helene Ignatzi (Hg.)

Grauer Markt Pflege

24 Stunden-Unterstützung durch
osteuropäische Betreuungskräfte

Die Unterstützung älterer, pflegebedürftiger Menschen im häuslichen Bereich wird schon seit vielen Jahren u.a. durch Frauen aus Osteuropa geleistet, die in den Haushalten der Pflegebedürftigen wohnen. Die unklare und teilweise ungesetzliche Struktur dieses „Grauen Pflegemarkts“ wird vonseiten verantwortlicher PolitikerInnen und Sozialverbänden billigend in Kauf genommen. Dieser Problematik geht das Buch aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven mit Blick auf die Alltagspraxis nach. Zudem erzählen einzelne osteuropäische Betreuungskräfte von ihren Lebens- und Arbeitssituationen. V & R, Göttingen 2020, 190 S., 23 Euro

Heinz Lohmann

Zukunft braucht Mut

Kolumnen zu Chancen Sozialer
Gesundheitswirtschaft

Das Buch vereint 22 Statements gegen Bürokratie und Entscheidungslosigkeit. Unter dem Titel „Zukunft braucht Mut“ geht es dem Autor um selbstbewusste Partner – auf

der einen Seite einen starken Staat, der seine Grenzen kennt, und auf der anderen Seite ein innovatives Management, das seine Rolle aktiv ausfüllt.

medhochzwei, Heidelberg 2020, 63 S., 19,99 Euro

Franziska Schutzbach Politiken der Generativität Reproduktive Gesundheit, Bevölkerung und Geschlecht. Das Beispiel der Weltgesundheitsorganisation

Bevölkerungspolitik hat sich seit der UN-Bevölkerungskonferenz in Kairo 1994 grundlegend verändert. Geburtensteuernde Zwangsmaßnahmen wurden offiziell abgeschafft und selbstbestimmte Fortpflanzung auf die Grundlage von Menschenrechten gestellt. Allerdings sind auch die hier zugrunde liegenden Konzepte nicht frei von normativen Prämissen in Bezug auf Geschlecht, Sexualität, Ethnie und Gesundheit. Franziska Schutzbach stellt in ihrer Untersuchung – in deren Zentrum die Adaption der UN-Agenda im europäischen Kontext steht – heraus, dass durch die gegenwärtige Essenzialisierung der Generativität im Rahmen einer heteronormativen Zweigeschlechtlichkeit herrschende Gesellschafts- und Geschlechterverhältnisse reproduziert werden. transcript, Bielefeld 2020, 266 S., 40 Euro

Verena Braunschweiger Die Childfree-Revolution Warum „zu radikal“ gerade radikal genug ist

Für viele ist Elternschaft der vermeintlich nachhaltigste Weg, sich in die Weltgeschichte einzuschreiben. Was einem selbst nicht gelungen ist, soll der Nachwuchs schaffen. Die Idee des „eigen Fleisch und Blut“ hat vor allem in Deutschland Konjunktur, obwohl sie zuweilen gleich mehrfach kollidiert: mit den eigenen Ansprüchen an ein eman-

zipiertes Leben, der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung, der permanenten Überlastung der Ressourcen ebendieser Welt. Die Autorin beschäftigt sich mit der Debatte um Kinderfreiheit, setzt sich mit den häufigsten Missverständnissen auseinander und zeigt auf, wie viele Anknüpfungspunkte es für die Ideen einer umweltsensiblen Lebensplanung bereits gibt – nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. Ein gesondertes Kapitel befasst sich mit der Perspektive von Männern auf das Thema Kinderfreiheit – eine Gruppe, die ihre Stimme in der Debatte erstaunlich oft zu Gehör brachte.

Büchner, Marburg 2020, 146 S., 16 Euro

Medizin und Ethik



Christian Maté Medizin ohne Ärzte

Ersetzt künstliche Intelligenz die
menschliche Heilkunst?

Der Einsatz von Artificial Intelligence und Big Data in Diagnostik und Therapie hat das Potenzial, das Selbstverständnis der Mediziner in seinen Grundfesten zu erschüttern. Was über Jahrhunderte als ärztliche Kunst bezeichnet wurde, können Maschinen zum Teil schon jetzt besser: Krankheiten diagnostizieren, individuelle Behandlungen auswählen oder operative Eingriffe durchführen.

Sind Ärzte aus Fleisch und Blut schon bald überflüssig? Was hat der Patient der Zukunft zu erwarten? Christian Maté, selbst Mediziner, geht dieser Frage auf den Grund und entwickelt spannende Thesen für die digitale Zukunft. Residenz, Salzburg 2020, 176 S., 22 Euro

Martin Tulaszewski, Klaus Hock,
Thomas Klie (Hg.)

Was Heilung bringt Krankheitsdeutung zwischen Religion, Medizin und Heilkunde

Im Bereich „Heilung und Heil“ sind kulturell neue Übergangsformen zwischen religiösem Heilsversprechen und medizinischer Heilung zu beobachten. Diese lassen sich als therapeutische Zugänge sinnstiftender Art beschreiben. Für das alternativmedizinische Heilungsfeld ist dabei eine selbstbestimmte Suche des modernen Menschen nach Ausdrucksformen, die das eigene „höhere Selbst“ entfalten, charakteristisch. Dadurch eröffnen sich neue Sozialformen von religiöser, religionshybrider, aber auch religionsdistanzierter Art, in denen mit der Suche nach diesem „höheren Selbst“ die Entwicklung der menschlichen Identität in den Mittelpunkt drängt. transcript, Bielefeld 2020, 218 S., 34,99 Euro

Röbbe Wünschiers

Generation Gen-Schere

Wie begegnen wir der gentechnologischen
Revolution?

Wir erleben derzeit eine neue Dimension der Gentechnik, doch wohin soll die Reise führen? Der Autor erklärt in diesem anschaulich und verständlich geschriebenen Buch den Stand der Gentechnologie ohne allzu viel Vorwissen vorauszusetzen und lädt zu einem offenen Dialog über dieses ambivalente Thema ein. Springer, Berlin/Heidelberg 2020, 307 S., 18 Euro

MABUSE-BUCHVERSAND

Buchhandlung für alle Gesundheitsthemen

Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre, Demenz, Psychotherapie und Psychiatrie, Pflege, Sterben, Tod und Trauer, Alternativmedizin, Ernährung und Kochen, Sexualität, Romane und vieles mehr ...

Bestellen Sie bequem über unseren Online-Shop oder nutzen Sie unsere kompetente Beratung am Telefon.

Wir senden Ihnen jedes lieferbare Buch portofrei zu!

Sie erreichen uns unter:

Tel.: 069-70 79 96-16 | Fax: 069-70 41 52
 buchversand@mabuse-verlag.de
 www.mabuse-buchversand.de

Diagnose aus Kapillarblut

Mikroskopische Untersuchung zur Erkennung
disharmonischer Stoffwechselvorgänge

Fordern Sie unsere Fachinformationen an

SKA LABOR GmbH

Schallerin 1 | 86911 Dießen am Ammersee
 Tel.: 08807 9462242
 Email: info@ska-labor.de
 Homepage: www.ska-labor.de
Empirische Methode. Schulmedizinisch nicht anerkannt.

Kaufen Sie ein Stück Mabuse

Jetzt unseren
Beteiligungsprospekt
anfordern!



Seit über 40 Jahren sorgt der Mabuse-Verlag mit der Zeitschrift *Dr. med. Mabuse* und seinem Buchprogramm für Gegenöffentlichkeit in der Gesundheits- und Sozialpolitik.

Um unsere politische und finanzielle Unabhängigkeit zu bewahren, suchen wir engagierte Menschen, die sich an unserem Verlag beteiligen möchten.

Wir bieten Steuervergünstigungen durch Verlustzuweisungen bzw. Beteiligung an den Gewinnen.

Mehr Informationen unter
www.mabuse-verlag.de/Beteiligung

Mabuse-Verlag

Postfach 90 06 47

60446 Frankfurt am Main

069-70 79 96-11

info@mabuse-verlag.de

Pflege



Kathrin Feldhaus,
Michael Kaiser u. a.

Auf Klingel

Berufsalltag und Leben von Menschen in der Pflege

In der Diskussion um die Pflege bleiben die mehr als eine Million Pflegefachkräfte meist unsichtbar. Dieses Buch porträtiert deshalb Menschen, die in der Pflege arbeiten, und macht ihren Blick auf den Beruf sichtbar. Interviews mit ExpertInnen vermitteln zusätzlich interessante Perspektiven auf Gegenwart und Zukunft unseres Gesundheitssystems. Ein Blick hinter die Kulissen einer Welt, die viele kennen, deren Hintergründe jedoch oft unbekannt sind.

Patmos, Ostfildern 2020, 160 S., 18 Euro

Alexander F. Wormit,
Thomas K. Hillecke u. a.

Musiktherapie in der geriatrischen Pflege

Ein Praxisleitfaden

Musiktherapie kann individuell gestaltet im Alltag der Geriatrie Stimmungen aufgreifen und in schwierigen Situationen helfen. Das Buch beschreibt Ziele und Methoden musiktherapeutischer Begleitung älterer Menschen. Es gibt zahlreiche Tipps zum Ablauf der Intervention, dem Einsatz von Instrumenten, der Musikauswahl und zum begleitenden Gespräch. Ernst Reinhardt, München 2020, 150 S., 26,90 Euro

Susanne Danzer

Wundbehandlung

Die wichtigsten Fragen und Antworten Bei der Wundbehandlung ist der Betroffene immer der Maßstab für die pflegerischen Maßnahmen. Kausal- und lokale Therapie sowie die Mitarbeit des Betroffenen und seiner Angehörigen sind dabei wichtig. Wie das möglich ist, was dabei zu beachten ist und was Pflegekräfte rund um die Wundbehandlung wissen müssen – all das findet sich in diesem Buch. schlütersche, Hannover 2020, 192 S., 29,95 Euro

Karl-Heinz Sahmel (Hg.)

Die praktische Pflegeausbildung auf dem Prüfstand

Herausforderungen und Perspektiven

Im Rahmen der Pflegeausbildung nimmt die praktische Ausbildung einen größeren Raum ein als die theoretische. Während die theoretische Pflegeausbildung zunehmend strukturiert wird, gibt es zur praktischen Ausbildung sowie zum Qualifikationsprofil von PraxisanleiterInnen nur wenige Vorgaben und Anforderungsbeschreibungen. Der praktischen Ausbildung fehlt es daher an Transparenz und Einheitlichkeit. Die Autoren stellen zentrale Probleme, Anforderungen und Best-Practice-Beispiele aus der Sicht von PflegepädagogInnen, PraxisanleiterInnen und Auszubildenden heraus und tragen somit zur Debatte über die Überarbeitung der praktischen Pflegeausbildung bei.

Kohlhammer, Stuttgart 2020, 200 S., 39 Euro

Psych ...



Maren Lammers

Scham und Schuld

Behandlungsmodule für den Therapiealltag Scham und Schuld sind Emotionen, die den therapeutischen Alltag begleiten und prägen: Einerseits bildet dysfunktionales Scham- und Schuld erleben den Kern der Entwicklung psychischer Erkrankungen, andererseits entstehen Scham und Schuld auch als Folge derselben. Viele PatientInnen schämen sich gar, eine Therapie „nötig“ zu haben, und fühlen sich schuldig. Es nicht alleine hinzubekommen. Das Buch bietet schulen- und störungsübergreifend kompaktes Wissen sowie Übungen, wie an Scham und Schuld gearbeitet werden kann. Schattauer, Stuttgart 2020, 212 S., 30 Euro

Thomas Scheskat

Aggression als Ressource

Eine verkannte Kraft neu erleben

Aggression gilt meist als zerstörerische Kraft, obwohl sie potenziell eine wertvolle Ressource darstellt. Die körperorientierte Aggressions-

Dialog-Arbeit macht die in destruktiven Handlungsmustern vorhandenen Energien bewusst. Sie zielt darauf, die Kraft der Aggression zu „entgiften“ und konstruktiv nutzbar zu machen. Thomas Scheskat zeigt diese Wandlung mit vielen Abbildungen exemplarisch anhand dialogisch-körperbasierter Übungssettings. Anschließend erläutert er in fünf Thesen die zugrunde liegenden Wirkungsweisen und stellt Praxisfelder vor, in denen der Ansatz erfolgreich ist. Psychosozial, Gießen 2020, 214 S., 26,90 Euro

Anja Steingen (Hg.)

Häusliche Gewalt

Handbuch der Täterarbeit

Das Buch gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungs- und Erfahrungsstand im Bereich der Arbeit mit männlichen Tätern häuslicher Gewalt. Erfahrene Fachkräfte aus Praxis und Forschung beschreiben das Phänomen sowie Hintergründe und Zusammenhänge. Das Interventionssystem sowie die Voraussetzungen gelingender Täterarbeit werden erläutert und der Kenntnisstand zur Wirksamkeit ausgeführt. Zahlreiche Übungen und Beispiele ermöglichen den Transfer in die eigene Praxis.

V & R, Göttingen 2020, 314 S., 45 Euro

Bo Hejlskov Elvén,

Sophie Abild McFarlane

Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit psychischen Störungen

Praxisbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe

Klienten in der psychiatrischen Versorgung zeigen mitunter Verhaltensweisen, die das Team herausfordern können, wie agitiertes, ängstliches, desorientiertes, gewalttätiges, manipulatives, selbstverletzendes und suizidandrohendes Verhalten. Auf dieses Verhalten angemessen zu reagieren, zu deeskalieren und eine bedürfnisgerechte Lösung zu finden, ist fachlich und menschlich schwierig. Welche Lösungen in diesen herausfordernden Situationen machbar und praktikabel sein können, zeigen der erfahrene Psychologe Bo Hejlskov Elvén und die psychiatrie-erfahrene Sophie Abild McFarlane. Sie legen ein Praxis-handbuch vor, das Erklärungsansätze und handlungsleitende Prinzipien anbietet, um herausforderndes Verhalten in der Psychiatrie zu verstehen und gekonnt selbst, die Situation und den Klienten zu reflektieren. hogrefe, Bern 2020, 152 S., 26,95 Euro

Schwangerschaft und Geburt



Maria Bettina Fillafer Geburt bewusst erleben

Wie du deine Schwangerschaft achtsam und selbstbestimmt gestaltest

Die Zeit vor, während und nach der Geburt ist besonders wertvoll, aber auch besonders sensibel. Immer mehr Frauen wünschen sich eine kontinuierliche und achtsame Begleitung durch Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge. Die Autorin, selbst Mutter und seit zwanzig Jahren Hebamme, hat ein einzigartiges Konzept zur Geburtsvorbereitung entwickelt. Oberstes Gebot ist dabei das Recht der Frauen auf eine respektvolle und selbstbestimmte Geburt. Am Herzen liegt ihr die gesunde Balance zwischen Körperinstinkt, weiser Mütterlichkeit und den Errungenschaften moderner Geburtsmedizin. Stärkende und praktische Übungen aus der Achtsamkeitspraxis helfen dabei ebenso wie das Verstehen der einzelnen Phasen von Schwangerschaft und Geburt.

Kneipp, Wien 2020, 144 S., 22 Euro

Anna Machin Papa werden

Die Entstehung des modernen Vaters
Das Buch überwindet die alten Stereotype der Vaterschaft in einer unterhaltsamen und informativen Reise durch die historischen Rollen des Vaters. Die evolutionäre Anthropologin Anna Machin erzählt die Geschichte der Vaterschaft von ihren evolutionären Anfängen vor einer halben Million Jahren bis heute und erkundet anhand von neuesten Studien aus der Neurowissenschaft, Genetik, Biologie, Soziologie und Psychologie, was es bedeutet, Vater zu sein, und welche besondere Rolle Väter im Leben ihrer Kinder spielen. Dieses erkenntnisreiche und unterhaltsame Buch stellt den Vater in ein völlig neues Licht. Väter sind essenziell und dieses Buch erzählt ihnen, warum. Kunstmann, München 2020, 270 S., 25 Euro

Ursula Henzinger Stillen

Kulturgeschichtliche Überlegungen zur frühen Eltern-Kind-Beziehung

Stillen gilt als das Natürlichste der Welt und doch ist es für viele Frauen mit Stress und Konflikten verbunden. Auf der Suche nach den Gründen entfaltet Ursula Henzinger eine Kulturgeschichte des Stillens. Dabei betrachtet sie die unterschiedlichen Frauen- und Mutterbilder, Stillmythen und Ammenmärchen sowie die Mutter-Kind- und Vater-Kind-Beziehung aus historischer und soziologischer Perspektive. So zeigt Henzinger, welche Bedeutung das Stillen für die Bindung von Eltern und Kind hat, welche emotionalen Herausforderungen es für stillende Mütter zu bewältigen gibt und wie Eltern bewusster mit eigenen Ambivalenzen, Schwächen und Stärken umgehen können.

Psychosozial, Gießen 2020, 280 S., 32,90 Euro

Craig Canapari Schlafenszeit

Sanfte, individuelle Wege zu gutem Schlaf für Babys und Kinder

Der Kinderarzt, Schlafmediziner und Vater von zwei Söhnen Dr. Craig Canapari beschreibt Schritt für Schritt die wichtigsten Methoden und Tipps, wie Eltern den guten Schlaf ihres Kindes fördern können. Er erklärt, wann der je nach Kind beste Zeitpunkt zum Schlafengehen ist, welche Einschlafrituale Kinder brauchen, was beim Schlafen im Elternbett zu beachten ist oder wie zum Beispiel die Schlaflernmethoden „Kampieren“ und „Schlaf-Fee“ funktionieren. So findet jede Familie individuelle Lösungen für guten Schlaf, abgestimmt auf die Bedürfnisse von Babys, Kleinkindern, Schulkindern und Eltern.

Beltz, Weinheim 2020, 255 S., 19,95 Euro

Sterben, Tod und Trauer

Annette Riedel

Palliative Sedierung im

stationären Hospiz
Konstruktion einer Ethik-Leitlinie mittels partizipativer Forschung

Die Autorin greift ein aktuelles, ethisch reflexionswürdiges Thema in der Praxis stationärer Hospizversorgung auf: die dauerhafte, tiefe palliative Sedierung am Lebensende. Im Rahmen eines partizipativen Forschungsprozesses

wurden wiederkehrende ethische Fragestellungen und Unsicherheiten erfasst, die in den stationären Hospizen im Kontext der Behandlungsoption existieren. Die Autorin beschreibt in ihrem Buch nicht nur die ethischen Konfliktpotenziale, sondern bietet der hospizlichen Praxis zugleich ein konkretes, handlungsleitendes Verfahren für eine ethisch begründete Entscheidungsfindung an: eine Ethik-Leitlinie. Annette Riedel verbindet die pflegewissenschaftliche Forschung mit der Praxis genauso wie die Sensibilisierung für ethische Reflexion mit einer ethisch begründeten Entscheidungsfindung.
V&R, Göttingen 2020, 429 S., 65 Euro

Kathryn Schneider-Gurewitsch

Reden wir über das Sterben

Vermächtnis einer Ärztin und Patientin

Als Kathryn Schneider-Gurewitsch zum dritten Mal an Krebs erkrankt, weiß sie, dass er diesmal unheilbar ist. Wie viele Menschen wünscht sie sich einen guten Tod. Aber was heißt das konkret, wenn es dem Ende zugeht? Sie beginnt ihre Erfahrungen als Ärztin, die jetzt eine Patientin ist, niederzuschreiben. Als Fachfrau, die beide Seiten kennt, geht sie den wichtigen Fragen am Lebensende nach: Was wünschen sich Sterbende, und was erleben sie in der Realität? Wie sterben ÄrztInnen selbst? Und was verhindert, dass sich ÄrztInnen und PatientInnen am Lebensende verstehen? Sie erörtert sinnlose und nutzlose Therapien, das Machbare und das Bezahlbare, die Patientenverfügung, den assistierten Suizid, die Nöte der PatientInnen wie der ÄrztInnen. Und sie beschreibt, was Menschen auf dem Weg in den Tod hilft.

Limmat, Zürich 2020, 160 S., 22 Euro

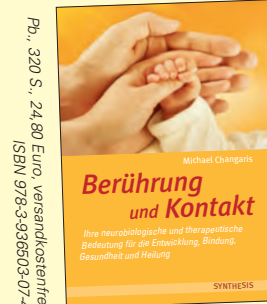
Katrin Brunner, Petra Paul Trauer

Der Reiseführer durch ein fremdes Land
Dieser außergewöhnliche Reiseführer beschreibt die sechs typischen Trauerphasen als Landschaften voller Besonderheiten. Er bietet in kompakter Form Hinweise auf das, was lohnt, wahrgenommen zu werden, und was der Seele guttut sowie Tipps für ReisebegleiterInnen und das notwendige „Reisegepäck“. Eine Reise durch die Trauer bucht niemand freiwillig. Doch wenn man durch den Verlust eines geliebten Menschen in diesem fremden Land ausgesetzt wird, dann ist es gut, einen Reiseführer wie diesen dabei zu haben.

Patmos, Ostfildern 2020, 88 S., 12 Euro

BERÜHRUNG UND KONTAKT

Ihre neurobiologische und therapeutische Bedeutung für die Entwicklung, Bindung, Gesundheit und Heilung



Pp., 320 S., 24,80 Euro, versandkostenfrei
ISBN 978-3-936603-07-4

- Dieses Buch gehört in die Hände aller Therapeuten, Ärzte, Lehrer, Sozialarbeiter, Eltern und Familien.
- Es ist eine Bereicherung für die Erfahrung, das Wissen und das Bewusstsein eines jeden Menschen.

Bestellung über den Buchhandel oder direkt beim Verlag

SYNTHESIS

info@Synthesis-Verlag.com
www.Synthesis-Verlag.com

Unsere Haut –
Spiegel der Seele,
Grenze zur Welt



NEU-
AUFLAGE

Olaf Koob

Die kranke Haut

Organische und seelische Ursachen

112 Seiten, Klappenbroschur

€ 12,90

ISBN 978-3-95779-120-7

Mehr Titel aus dem Info3 Verlag im beiliegenden Mabuse-Versandkatalog oder unter: www.info3.de



INFO3 VERLAG



**RUHR
SCHÄTZE**

**GESCHENKIDEEN
AUS DEM
RUHRGEBIET**

Jetzt im Online Shop!
www.ruhrschaetze.de

Ratgeber und Erfahrungsberichte



Dr. Lieschen Müller
**„Oha, können Sie denn auch
operieren?“**

Eine junge Unfallchirurgin erzählt
aus ihrem Klinikalltag

Wie fühlt es sich an, seine Hände in den Brustkorb eines Mannes zu stecken? Wann sprechen Mediziner eigentlich von einer kleinen Hafenrundfahrt? Warum macht es süchtig, bis zum Umfallen zu arbeiten? Als Dr. Müller den Dienst in der Notaufnahme antritt, wird ihr Leben zur Hölle. Erschöpft wankt sie durch die Flure zwischen abgetrennten Extremitäten, Körperflüssigkeiten und Beschimpfungen. Ihre männlichen Kollegen mobben fröhlich, sofern sie nicht gerade versuchen, sie anzumachen. Mit Herz und Humor zeigt sie die irrsinnige Realität einer Ärztin in Ausbildung. „Eines habe ich gelernt als Ärztin im Klinikalltag: Knochen, Kinder und Beziehungen zerbrechen unter zu viel Druck.“
Hanser, München 2020, 208 S., 14 Euro

Stefan Sassie
vita minima

Ein Arzt berichtet von seinem Locked-in
Syndrom

Steffen Sassie, Familienvater, Chefarzt, ist 48 Jahre alt, als er ein Locked-in Syndrom erleidet. Von Kopf bis Fuß gelähmt, kann er weder sprechen noch schlucken, muss beatmet werden. Seinen Körper spürt er nur eingeschränkt. Sein Sehen ist durch Doppelbilder beeinträchtigt. In sein Leben drängen sich beängstigende Halluzinationen. Als Arzt analysiert Sassie seine Krankheit klar, nimmt die Rolle des Behandelnden ein. Gleichzeitig schreibt er über sein Leben als Patient, der auf den Mediziner angewiesen ist, der er selbst nicht sein kann. Er erlebt, dass sich medizinisches Personal keine Zeit für ein Gespräch nimmt, das er so dringend braucht. Er wird zum Objekt eines gewinnorientierten Gesundheitssystems, dessen Teil er einst war.
LIS e. V., Berlin 2020, 51 S., 5 Euro (+ Porto)

Christine Preißmann
Mit Autismus leben

Eine Ermutung

Menschen mit einer Autismus-Spektrums-Störung empfinden und agieren anders als ihre Mitmenschen. Sie neigen zu stereotypen Verhaltensmustern, erleben Beeinträchtigungen in der Kommunikation und sozialen Interaktion. Trotz der großen Herausforderungen kann ein gutes Leben gelingen, wie Christine Preißmann zeigt. Das Buch folgt ihren Lebensabschnitten bis hin zu den Themen junger Erwachsener mit Berufswahl, Partnerschaft und der Bewältigung des Alltags. Die zu erwartenden Schwierigkeiten werden klar benannt, doch der Schwerpunkt liegt auf den sinnvollen Hilfen, auf wertvollen Hinweisen und Empfehlungen, welche die Autorin aus eigener Erfahrung und der anderer Betroffener weitergibt.
Klett-Cotta, Stuttgart 2020, 192 S., 19 Euro

Shane O'Mara

Das Glück des Gehens

Was die Wissenschaft darüber weiß
und warum es uns so guttut

Kaum etwas bringt uns so schnell auf andere Gedanken und befördert das eigene Wohlbefinden so problemlos wie ein Spaziergang. Der Neurowissenschaftler Shane O'Mara ist selbst leidenschaftlicher Spaziergänger. Er zeigt anschaulich und unterhaltsam, warum der aufrechte Gang entscheidend für unsere Evolution war, was sich, während wir laufen oder wandern, in unserem Gehirn und Nervensystem abspielt und wie wichtig Gehen für den sozialen Zusammenhalt ist.
Rowohlt, Hamburg 2020, 256 S., 22 Euro

Medikamente für Kinder

1.000 Arzneimittel geprüft und bewertet
Welches Medikament braucht mein Kind bei Erkältung, Durchfall, Blasenentzündung oder einer Allergie? Was hilft bei ADHS? Wann sind fiebersenkende Mittel sinnvoll und was gebe ich bei Reizhusten? Und sind alle diese Medikamente überhaupt für Kinder getestet und zugelassen? Das Buch gibt klare Antworten und vor allem Sicherheit. Es umfasst rund 1.000 unabhängig geprüfte und objektiv präsentierte Präparate. In übersichtlichen Tabellen werden die am häufigsten verwendeten Medikamente beschrieben und bewertet. Ein anschauliches Ampelsystem bietet einen schnellen Überblick über die Wirksamkeit der unterschiedlichen Inhaltsstoffe. Zusätzlich vermittelt der Gesundheitsratgeber umfangreiches Hin-

tergrundwissen zu den verbreitetsten Kinderkrankheiten. Das neue Nachschlagewerk der Stiftung Warentest hat es in diesem Umfang noch nie gegeben. Dieses Buch versammelt das nötige Wissen, um Kinder bei Krankheit optimal zu behandeln und zu pflegen sowie dem Kinderarzt auf Augenhöhe zu begegnen.

Stiftung Warentest, Berlin 2020, 384 S., 29,90 Euro

Das besondere Buch



Christina Clemm

AktenEinsicht

Geschichten von Frauen und Gewalt
Gewalt gegen Frauen ist ein alltägliches Phänomen, auch wenn sie nur selten öffentlich wird. „AktenEinsicht“ erzählt Geschichten von Frauen, die körperlicher und sexualisierter Gewalt ausgesetzt waren, und vermittelt überraschende, teils erschreckende Einsichten in die Arbeit von Justiz und Polizei. Nach den neuesten Zahlen des Bundeskriminalamtes ist jede dritte Frau in Deutschland von physischer und/oder sexualisierter Gewalt betroffen. Welche Lebensgeschichten sich hinter dieser erschreckenden Zahl verbergen, davon erzählt die Strafrechtsanwältin Christina Clemm – empathisch und unpathetisch. Wie gewinnt man nach einer Gewalterfahrung die Selbstachtung zurück, die Selbstbestimmung über das eigene Leben? Wie geht man damit um, dass die Polizei einen angekündigten Mord nicht ernst nimmt? Dass man einem Richter gegenübersteht, der auf dem rechten Auge blind ist? Was macht es mit den Betroffenen, die Täter wiedersehen zu müssen und sich bohren den Fragen zur Tat zu stellen? Christina Clemm nimmt uns mit auf eine Reise in die Gerichtssäle der Republik, an die Tatorte, in die Tatgeschehen. Es sind Geschichten, die man nicht mehr vergessen wird.

Kunstmann, München 2020, 206 S., 20 Euro



Gesundheit braucht Politik (1/2020)

Zeitschrift für eine soziale Medizin

Die aktuelle Ausgabe der *Gesundheit braucht Politik* widmet sich „Gesundheit und Krankheit in Zeiten der Abschottung“. Es geht u.a. um die Gesundheitsversorgung für geflüchtete Menschen in Deutschland und ein Projekt für einen Anonymen Krankenschein in Thüringen. Jane Wanjiru von „Women in Exile“ äußert sich im Interview zur unzureichenden Gesundheitsversorgung insbesondere geflüchteter Frauen, beschreibt ihren Kampf gegen die Lagerunterbringung und den rassistischen Status quo. Daneben befassen sich Beiträge mit den Zuständen in den bayrischen Lagern für Asylsuchende, den sogenannten ANKER-Zentren, sowie der Lage auf Lesbos.

Einzelpreis: 5 Euro (Solibeitrag)
Jahresabo (4 Ausgaben): 26 Euro
Bezug: vdäa, Kantstr. 10, 63477 Maintal,
☎ 06181-43 23 48, info@vdaee.de

soziale psychiatrie (2/2020)

Hilfe und Zwang.

Alter Widerspruch im neuen Gewand?

In der aktuellen Ausgabe der *sozialen psychiatrie* sind die Vorträge und Themen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) 2019 dokumentiert. Zu Beginn lässt Martin Osinski den gesamten Kongress Revue passieren. Ilja Ruhl berichtet von der Diskussionsveranstaltung der Stiftung für Soziale Psychiatrie zum Umgang mit Missständen in psychiatrischen Institutionen. Patrick Nieswand und Thomas R. Müller widmen sich dem Symposium zur Personalbemessung in der Psychiatrie. Neben weiteren Fachbeiträgen erzählen Mitglieder zum 50-jährigen Bestehen der DGSP ihre individuellen DGSP-Geschichten.

Einzelpreis: 10 Euro
Jahresabo (4 Ausgaben): 34 Euro
Bezug: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP), Zeltlinger Str. 9,
50969 Köln, ☎ 0221-51 10 02,
dgspp@netcologne.de,
www.dgsp-ev.de

Blätter der Wohlfahrtspflege (2/2020)

Deutsche Zeitschrift für Soziale Arbeit

Um „Soziale und ökologische Transformation“ geht es in dieser Ausgabe der *Blätter der Wohlfahrtspflege*. Darin befassen sich die AutorInnen mit den Chancen einer sozial-ökologischen Wende für die Freie Wohlfahrtspflege ebenso wie mit ökologischen und sozialen Zielkonflikten am Beispiel der Wohnungspolitik. Wie Klimaschutz in Einrichtungen und Diensten der Wohlfahrtspflege umgesetzt werden kann, fragt ein weiterer Beitrag. Schließlich geht es um Postwachstum und Sozialplanung. Neben den Artikeln zum Schwerpunktthema erwarten die LeserInnen Ausführungen zur Stärkung der Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Demenz im Quartier sowie zu „Mütter-Stress“ und warum die daraus resultierende Überforderung wenig mit den Kindern zu tun hat.

Einzelpreis: 19 Euro
Jahresabo (6 Ausgaben): 79 Euro
Bezug: Nomos Verlagsgesellschaft,
Waldseestr. 3-5, 76530 Baden-Baden,
☎ 07221-21 04-0, www.bdwnomos.de

Hebammenforum (4/2020)

20 Jahre Hebammenforum

Das *Hebammenforum* feiert sein 20-jähriges Bestehen und blickt in der aktuellen Ausgabe u.a. zurück zu den Anfängen: Susanne Steppat berichtet im Gespräch mit Magdalene Weiß und Ulrike Geppert-Orthofer, was den Ausschlag für die Gründung der Zeitschrift gab und welche ersten Schritte folgten. Daneben geht es um die Frage, ob die Zeitschrift heute noch den Anforderungen eines sich stark wandelnden Berufs entspricht. Michael Abou-Dakn richtet seinen Blick auf die Veränderungen, die die vergangenen 20 Jahre in der Geburtshilfe mit sich gebracht haben, und zeigt wie Hebammen und ÄrztInnen die neuen Herausforderungen gemeinsam bewältigen können. Weitere Beiträge befassen sich mit evidenzbasiertem Arbeiten, mit neuen Prüfungssituationen im Simulationskreibsaal sowie mit Risikomanagement in der Geburtshilfe. Im Bereich „Wissen“ erscheint der erste Teil einer Serie zur Geschichte des Hebammenberufes in Deutschland, der sich mit der Zeitspanne vom Mittelalter bis zur Neuzeit befasst. Auch Muttermilchspenden nach dem Verlust des Kindes sowie das Impfen werden thematisiert.

Jahresabo (12 Ausgaben): 73 Euro
Bezug: Geschäftsstelle des Deutschen Hebammenverbandes, Postfach 17 24,
76006 Karlsruhe, ☎ 0721-98 18 919,
hebammenforum@hebammenverband.de



Qualität sorgsam gestalten

Bundesrahmenhandbuch stationäre Hospize

In einem dreijährigen Prozess haben die Diakonie Deutschland, der Deutsche Caritasverband und der Deutsche Hospiz- und Palliativ-Verband gemeinsam ein Qualitätsrahmenhandbuch für stationäre Hospize erarbeitet. Der 74-seitige Leitfaden zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass er die individuellen Bedürfnisse der Hospizgäste in den Mittelpunkt stellt. Die Empfehlungen für die Arbeit in der Praxis wurden in Form von Fragen formuliert und sind an stationäre Hospize als Kleinst-Einrichtungen des Gesundheitswesens angepasst. Mithilfe des Handbuchs erhalten stationäre Hospize den größten möglichen Gestaltungsspielraum, ihr Qualitätsmanagementsystem individuell auszugestalten und selbst zu entscheiden, wie und in welcher Form sie Anforderungen umsetzen und nachweisen wollen.
Bezug: als kostenloser Download unter <https://kurzlink.de/BRH>

Report Psychotherapie 2020

Wie viele Menschen leiden in Deutschland an einer psychischen Erkrankung? Gibt es regionale Unterschiede? Wie werden die Betroffenen versorgt? Wie hoch sind die Kosten? Der „Report Psychotherapie“ der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) vereint Fakten und Zahlen zur Situation psychischer Erkrankungen und soll als Nachschlagewerk die öffentliche Diskussion dazu begleiten. „Der vorliegende Report zeigt, dass die Versorgungssituation stärker an den Erkrankungszahlen orientiert sein sollte“, so Gebhard Hentschel, DPTV-Bundesvorsitzender. Grundlage des Reports sind Daten von Krankenversicherungen, Deutscher Rentenversicherung, Statistischem Bundesamt, Ministerien und weiteren Institutionen.

Bezug: als kostenloser Download unter <https://kurzlink.de/Psych-Report>

Berufsethische Standards für Sexualpädagog*innen

Die Gesellschaft für Sexualpädagogik (gsp) hat unter Beteiligung ihrer inzwischen über 300 Mitglieder berufsethische Standards erarbeitet. Sie sollen zur Qualifizierung einer professionsethischen Haltung beitragen und für Konfliktfälle Kriterien für transparente Entscheidungen bereitstellen. Damit soll das Bewusstsein für ethische Fragestellungen geschärft werden als Voraussetzung für eine situationsangemessene ethisch verantwortbare Praxis. Zu den formulierten ethischen Maßgaben für das professionelle Handeln von Sexualpädagog*innen der gsp gehören beispielsweise: die Orientierung an den sexuellen und reproduktiven Menschenrechten; eine Haltung, die davon ausgeht, dass Menschen grundsätzlich in der Lage sind, selbstbestimmt und verantwortlich Sexualität zu leben oder auch nicht zu leben; die unbedingte Achtung der Lebenssituation, Intimsphäre, Schamgrenzen, Rechte und individuellen Ziele der Klient*innen; das Anstreben einer Erziehungspartnerschaft mit Eltern sowie die Reflexion der eigenen Grenzen.

Bezug: als kostenloser Download unter <https://kurzlink.de/gsp-Ethik>

Medienprojekt Wuppertal

Ein Netz, das auffängt

Suchtlotzen begleiten Wege in die Abstinenz (Dokumentarfilm)

Der Film zeigt anhand konkreter Geschichten die Arbeit von Suchtlotzen. Wer sind die Menschen dahinter? Wer wird Lotse und wie finden die Lotsen ihre Klient*innen? Welche Hilfestellungen werden konkret angeboten und welche Ziele haben sie? Die Menschen, die sich als Lotsen ehrenamtlich engagieren, sind selbst Betroffene, haben also ihre eigene Suchtgeschichte. Was motiviert sie, ihre Erfahrungen zum Beispiel als trockene Alkoholiker*innen einzubringen und akut Betroffenen zu helfen? Mehrere ehrenamtliche Lotsen erzählen im Film ihre Geschichte und geben tiefe Einblicke in ihr Leben. Es wird gezeigt, wie wirkungsvoll die beharrliche Arbeit der Lotsennetzwerke zwischen Krankenhäusern, Rehakliniken, Jobcentern sowie den Betroffenen und ihren Angehörigen ist.

Erscheinungsjahr: 2019

Länge: 60 Min. (plus Bonus: 120 Min.)
Bezug: auf DVD zum Kauf (32 Euro) oder zur Ausleihe (12 Euro) und als Video on Demand per Streaming (ab 9 Euro) erhältlich unter <https://kurzlink.de/Netz-Film>



ZUKUNFT IM GESUNDHEITSWESEN GESTALTEN

BERUFSBEGLEITEND WEITERBILDEN



Akademische Weiterbildung

- ▶ Praxisanleitung im Hebammenwesen
- ▶ Zertifizierte/r Berufsbetreuer/in – Curator de Jure

- ▶ Kulturbegleiter/in in Gesundheitsberufen
- ▶ Systemische Prozessberatung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Akademische Weiterbildung | www.th-deg.de/weiterbildung | gesundheit@th-deg.de







**MASTER OF SCIENCE
PFLEGEWISSENSCHAFT**

Der konsekutive Masterstudiengang Pflegewissenschaft richtet sich an Absolventinnen und Absolventen pflegebezogener Bachelorstudiengänge (auch mit Studienschwerpunkten in z.B. Pflegepädagogik oder Pflegemanagement), die über eine Berufsankennung im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, der Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, der Altenpflege oder des Hebammenwesens verfügen.

Der Masterstudiengang wird gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Freiburg und in Kooperation mit der Katholischen Hochschule Freiburg angeboten.

Detaillierte Informationen zum Bewerbungsverfahren erhalten Sie auf www.pflegewissenschaft.uni-freiburg.de.

Kontakt:
 Telefon: +49 (0)761-270-64826
 E-Mail: ipw.beratung@uniklinik-freiburg.de
 Medizinische Fakultät | Institut für Pflegewissenschaft
 Elsässer Straße 2 o | 79110 Freiburg







**BACHELOR OF SCIENCE
PFLEGEWISSENSCHAFT**

Der zweijährige Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft richtet sich an Pflegende mit Berufsankennung in Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinderkrankenpflege oder Altenpflege.

Das Studium ermöglicht Ihnen einen wissenschaftlichen Zugang zum Bereich Pflege und ist gleichzeitig auf praktische Kompetenzen ausgerichtet. Hier können Sie Ihre Potenziale ausschöpfen und patientenorientierte Pflege mit anspruchsvoller Hochschulausbildung verbinden!

Für Interessierte ohne abgeschlossene Berufsausbildung in den o. g. Pflegeberufen bieten wir ein dreijähriges Bachelorstudium mit integrierter Berufsankennung.

Kontakt:
 Telefon: +49 (0)761-270-64890
 E-Mail: ipw.beratung@uniklinik-freiburg.de
 Medizinische Fakultät | Institut für Pflegewissenschaft
 Elsässer Straße 2 o | 79110 Freiburg




FERNSTUDIUM NEBEN DEM BERUF

TECHNOETHIK

ZERTIFIKAT



NEU
 INFOS UNTER
WWW.ZFWU.DE

- 2 SEMESTER / 100 CME-PUNKTE FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
- ONLINEBASIERT, PRÄSENZ NUR EINMAL PRO SEMESTER (FR-SO)

- BEGINNT IM OKTOBER JEDEN JAHRES
- STUDIUM AUCH OHNE ERSTEN HOCHSCHULABSCHLUSS MÖGLICH

- SPEZIALISIERUNGEN
 - TECHNOETHIK DER MEDIZIN
 - TECHNOETHIK DER INFORMATIK

Wir qualifizieren Pflegende



Lehrgänge - staatlich anerkannt

- Praxisanleiterin/Praxisanleiter
- Hygienebeauftragte in Pflegeeinrichtungen
- Palliative Versorgung (Palliative Care)

Lehrgänge - IBMG-Zertifikat

- Fachkraft Gerontopsychiatrie
- Betreuungskraft nach §§ 53c, 43b, 45a+b SGB XI
- Pflegeberatung nach § 7a SGB XI
- Pflegeberatung nach § 45 SGB XI

Fortbildungen

- Fortbildungen für Alltagsbegleiter/Betreuungskräfte



Ein Unternehmen der
F+U Rhein-Main-Neckar gGmbH
Poststraße 4-6, 64293 Darmstadt
Tel.: 06151 8719-40
Fax: 06151 8719-49

ibmg@fuu.de

www.ibmg-darmstadt.de

DIPLOMA

DIPLOMA HOCHSCHULE
Private Fachhochschule Nordhessen
University of Applied Sciences

BESUCHEN
SIE UNSERE
BERATUNGS-
TERMINE



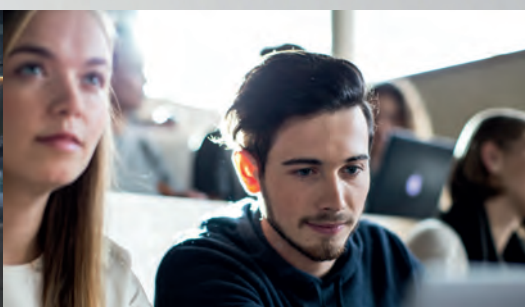
- Naturheilkunde und komplementäre Heilverfahren (B.Sc.)
- Gesundheitsmanagement (B.A. / M.A.)
- Medizinalfachberufe (B.A.)
- Angewandte Gesundheits- und Therapiewissenschaften (M.A.) i.V.
- Psychologie (B.Sc./M.Sc.)
- Psychosoziale Beratung in Sozialer Arbeit (M.A.)

diploma.de

Mehr Infos:

+49 (0)5722 28699732

Die Universität von heute, für das Wissen von morgen.



Alle Infos unter
www.uit-tirol.at/master

Pflege. Master. Kompetenz.

Neue Masterstudien an der Tiroler Privatuniversität UMIT bringen neue Karriere- und Entwicklungsmöglichkeiten in der Pflege.

- **Advanced Nursing Practice**
- **Pflege- und Gesundheitspädagogik**
- **Pflege- und Gesundheitsmanagement**

15 Jahre universitäre Forschung und Lehre im Bereich der Pflege garantieren während des Studiums einen optimalen Wissenstransfer von der Theorie in die Praxis und umgekehrt. Jetzt informieren: www.uit-tirol.at/pflege

UMIT TIROL
DIE TIROLER PRIVATUNIVERSITÄT

NEUE BERUFE -
GUTE CHANCEN

- Heilpraktiker/in
- Psychologische/r Berater/in
- Ernährungsberater/in
- Erziehungs- und Entwicklungsberater/in
- Gesundheitsberater/in
- Entspannungstrainer/in
- Mediator/in
- Fitness- und Wellness-trainer/in
- Seniorenberater/in
- Tierheilpraktiker/in



Staatlich zugelassene Fernlehrgänge mit Wochenendseminaren in vielen Städten. Beginn jederzeit möglich!
Nähere Informationen auf unserer Homepage.

www.impulse-schule.de

Impulse e.V. · Rubensstr. 20a · 42329 Wuppertal · Tel. 0202/73 95 40

WIEN – PREISWERT

Ferienwohnungen mit Du/WC,
Küche, Sat-TV, Tel., Wlan, PkPl.
ab Euro 27,- pro Pers.
Gally Appartements

A-1150 Wien, Arnsteingasse 25
Tel. 0043/1/8929073, Fax 0043/1/8931028
www.gally.biz

Palliative Versorgung –
eine sektorenübergreifende Einführung

30. November - 2. Dezember 2020 in Kloster Irsee

Die würdevolle Versorgung unheilbar kranker und sterbender Menschen stellt unser Gesundheitswesen vor eine große Herausforderung. Diese Aufgabe erfordert interdisziplinäre und sektorenübergreifende Leistungen, die überall dort benötigt werden, wo Sterben von professionellen Helfern begleitet wird.

Renommierte Fachleute widmen sich

- der interdisziplinären Vernetzung und Zusammenarbeit,
- der Schaffung grundsätzlich lebensbejahender Arbeitsfelder,
- der Sicherstellung bestmöglicher Lebensqualität am Lebensende,
- und dem Erkenntnisaustausch von Praktikern und Wissenschaft.

Im anregenden Ambiente der ehemaligen Benediktinerabtei widmen sich in der palliativen Versorgung Tätige und Interessierte diesem Thema.

Weitere Informationen und Programm:



Bildungswerk des Bayerischen Bezirktags
Klosterring 4, D-87660 Irsee

Tel.: +49 (0)8341 906-604/-608, Fax: +49 (0)8341 906-605
info@bildungswerk-irsee.de www.bildungswerk-irsee.de

Reisen

Aktivurlaub
Schweden | Frankreich | Norwegen ...
Kanu | Rad | Trekking | Ski ...
Erwachsene | Familien | Jugendliche

aktiv. abenteuerlich.
außergewöhnlich.

RUCKSACK REISEN
www.rucksack-reisen.de

Frankreich

Pays de Cèze, zwischen Cevennen, Ardèche und Mittelmeer, Urlaub in einem südfranzösischen Mas in malerischem Dorf, mitten im mediterranen Garten,
www.mas-chataigner.com,
☎ +33-466258061

Europa

Bergwandern & Meditation:
Genusswandern Bergell-O-Engadin/ Alpenüberquerung/ Seealpen- Durchquerung,
www.roman-mueller-seminare.de, ☎ 0761-4881664

400 Fasten-Wanderungen! Europaweit. Gesundheitsfördernd. Wo ab 300 EUR. Leiterausstellung! (Versand des Fastenwander-Buches 15 EUR)
☎/Fax 0631-47 472,
www.fasten-wander-zentrale.de

Deutschland

Bayrischer Wald Hotel „Ferien-vom-Ich“, Neukirchen, Pürtl 20. Angebote: www.HFV1.de *Wandern Natur Erholung Hallenbad Sauna frei Mail: INFO@HFV1.DE
☎ 09961-9500

Seminare/
Ausbildungen

Qi Gong Ausbildung - praxisorientiert, zertifiziert. Beginn Sept. 2020. www.qigong-taiji-ausbildung.com. Zum Einstieg Pfingst- oder Herbstretreat 2020.
www.bewegungs-art.net,
☎ 09151-905738

Ohrakupunktur Intensivkurs
In nur zwei Tagen Ohrakupunktur erlernen und sofort erfolgreich therapieren
einfach | klar | effektiv
www.Yase-Institut.de

Medikamente und Lebensmittel: Synergie und Wechselwirkungen
Seminar für Ärzte, Apotheker, Pflege-, Ernährungsfachkräfte
UGB-Akademie, ☎ 0641-808960,
www.ugb.de/seminar-medikamente

walk on the salutogenic side of life
Kohärenz • Kommunikation • Kooperation • SalKom® Salutogene Kommunikation Ausbildungen • Seminare, ☎ 05382-9554730,
salutogenese-zentrum.de

Heilende Kräfte im Tanz - Ausbildungen in Tanzpädagogik und Tanztherapie für Menschen aus psychosozialen Berufen. Infos unter ☎ 05198-9811104 oder
www.heilende-kräfte-im-tanz.de

Kontakte

www.Gleichklang.de:
Die andere Partnerbörse für spirituelle Menschen!

Verschiedenes

Wir suchen im Sommer Praktikant/in für Mitarbeit in unserem selbstversorger Biogarten in Südfrankreich. Vegane Biokost & Logis frei. Kontakt und Infos: stopbywilma@gmail.com

Ich bin diplomierte Sozialpädagogin 60 Jahre alt und lebe in Südfrankreich. Ich suche Partner für **Therapieprojekt** in Frankreich. Habe noch keine konkrete Projektvorstellung würde aber gerne in meiner Muttersprache Deutsch arbeiten - gerne auch mit Kindern. Kontakt, Ideen, Angebote: sabinedilger@gmail.com

annex Massivholzküchen für Naturgenießer
www.annex.de

Vom Sterben und vom Leben im Jenseits erzählt der Prophet Jakob Lorber! Kostenloses Buch unverbindlich anfordern bei Helmut Betsch, Bleiche 22/81, 74343 Sachsenheim

Slipenlagen/Binden aus Baumwolle/Seide, Kulmine, 49088 Osnabrück,
☎ 0541-33 25 99 36,
www.kulmine.de

Medizintechnik An- u. Verkauf
Inzahlungnahme Wilbert-Medizintechnik,
☎ 02628-98 682-0, Fax: -1,
www.wilbertmedical.de

Hochwirksamer Schutz vor Elektrosmog und Stress. Von Baubiologen und Heilpraktikern bestätigt.
www.elektrosmoghilfe.com
☎ +43 680 237 19 08

Überregional. Festival f. Gemeinschaften & Interessierte
29.5.-4.6. + 28.12.2020-2.1.2021
Alternativen zur Krankenkasse, Pranawander-Gästehaus
oekodorf@gemeinschaften.de

Nächste Ausgabe

Dr. med. Mabuse Nr. 246
(Juli/August 2020) erscheint
am 1. Juli 2020.

Anzeigenschluss für die nächste Ausgabe ist der 10. Juni 2020.



Erfolgreich werben mit Kleinanzeigen

Kleinanzeigen kosten 20 Euro für die ersten 5 Zeilen (ca. 150 Zeichen), jede weitere Zeile (ca. 30 Zeichen) 4,50 Euro (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer).

Jahresauftrag: 30% Rabatt
Chiffre: 5 Euro zusätzlich

Bezahlung per Rechnung oder SEPA-Mandat (jederzeit widerrufbar).

Belegexemplar: wird automatisch kostenlos zugeschickt, bei Daueraufträgen einmalig.

Ihre Kleinanzeige senden Sie per E-Mail an: mediaberatung@mabuse-verlag.de

Kleinanzeigen online aufgeben:
www.mabuse-verlag.de/
Zeitschrift-Dr-med-Mabuse/
Anzeigen/Kleinanzeigen/
widerrufbar).

IMPRESSUM

Dr. med. Mabuse

Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe
45. Jahrgang

Verlag: Mabuse-Verlag GmbH,
Kasseler Str. 1 a, 60486 Frankfurt am Main
☎ 069-70 79 96-15, Fax: 069-70 41 52
www.mabuse-verlag.de
info@mabuse-verlag.de
www.facebook.com/mabuseverlag
Geschäftsführer: Hermann Löffler

Eingetragen beim Registergericht:
Frankfurt am Main (HRB 33207)

Redaktion: Franca Zimmermann,
Hermann Löffler, Damaris Schlemmer,
☎ 069-70 79 96-15
redaktion@mabuse-verlag.de

V.i.S.d.P.: Hermann Löffler (Für Beiträge,
die mit vollem Namen gekennzeichnet
sind, übernehmen die AutorInnen die
Verantwortung.)

Layout: Karin Dienst, Frankfurt am Main

Druck: Brühlsche Universitätsdruckerei,
Gießen

Erscheinungsweise: sechsmal pro Jahr

Konten: Postbank Frankfurt am Main,
IBAN DE43 5001 0060 0208 4006 09
BIC PBNKDEFFXXX
Frankfurter Sparkasse,
IBAN DE51 5005 0201 0200 0981 95
BIC HELADEF1822

Jahresabonnement: 47 Euro. Das Abo verlängert sich um ein Jahr, wenn es nicht spätestens zwei Monate vor Ablauf des Bestellzeitraums gekündigt worden ist. Geschenkabos laufen automatisch aus.
Für den Buchhandel gelten die o.g. Preise abzügl. 30 Prozent Rabatt.

Abovertrieb: Mabuse-Aboservice,
Petra Matern, Postfach 90 06 47,
60446 Frankfurt am Main
☎ 069-70 79 96-17, abo@mabuse-verlag.de

Mabuse-Buchversand: ☎ 069-70 79 96-16
bestellen@mabuse-buchversand.de
www.mabuse-buchversand.de

Vertrieb für den Buchhandel:
ProLit-Verlagsauslieferung GmbH,
Julia Diehl, Siemensstr. 16, 35461 Fernwald
☎ 0641-9 43 93-201, Fax: 0641-9 43 93 93
j.diehl@prolit.de

Redaktionsschluss für die nächste Nummer ist der 15. Mai 2020.

Anzeigenschluss ist der 10. Juni 2020.
Die Juli/August-Ausgabe Nr. 246
erscheint am 1. Juli 2020.

Anzeigen:
Nina Dümke ☎ 069-70 79 96-26
mediaberatung@mabuse-verlag.de

Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 32 vom
1. Januar 2020.

Titelbild: mauritius images/ElenaBs/Alamy
ISSN: 0173-430X

Nachdruck: Die Wiedergabe und der Nachdruck von Artikeln aus *Dr. med. Mabuse* sind nur nach Rücksprache und mit Genehmigung der Redaktion möglich.

Beilagen: Dieser Ausgabe liegen Prospekte der BKK Diakonie und der ABZ-Mitte bei.
Wir bitten freundlich um Beachtung.

HANDARBEIT

von Karin Ceballos Betancur

Ich habe jetzt angefangen zu nähen. Es ist nicht das erste Mal, dass ich mich an einem Handarbeitsprojekt versuche. Vor einigen Jahren fing es an mit einem Beinkleid. Den Schnitt hatte ich selbst entworfen, eine Hose auf zwei Bahnen Stoff gemalt, beide Teile zusammengenäht und anschließend erlebt, wie das Konstrukt bei jedem Tragen zuverlässig zwischen den Beinen riss. Wer die Bedeutung des Wortes „Zwickel“ kennt, weiß auch, warum es keinen Sinn macht, Hosen selbst zu nähen, wenn man nicht wenigstens ein bisschen Ahnung davon hat, was man da tut. Man kauft sich dann besser eine. Aber so einfach ist es dieser Tage ja nicht.

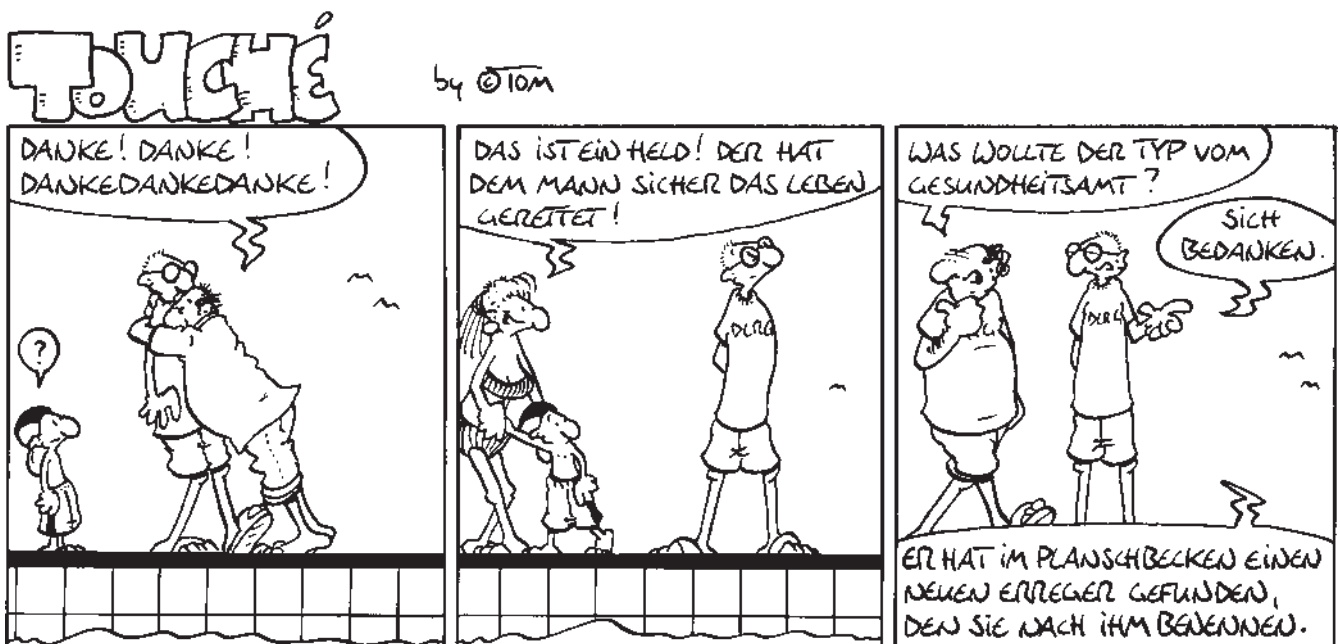
Eine Freundin von mir hat Stoffmasken im Internet bestellt. Lieferzeit: acht Wochen. Leider kann ich noch schlechter rechnen als nähen, deshalb fällt es mir schwer, zuverlässig zu beziffern, wie viele Menschen man innerhalb dieses Zeitraums theoretisch infiziert haben kann, aber wenn ich nach dem gleichen Prinzip verfare, nach dem mein erstes Schnittmuster entstanden ist, würde ich sagen: zu viele. Deshalb hab ich angefangen zu nähen.

Ich mag die Idee dieser sogenannten Community-Masken, die zwar nicht einen selbst und andere vielleicht auch nicht 100-prozentig verlässlich vor Ansteckungen schützen, aber immerhin

besser sind als nichts. Masken sind dieser Tage ein Symbol des Respekts anderen gegenüber. Und umgekehrt betrachtet fungieren sie als Arschloch-Detektor bei denen, die sich weigern eine zu tragen. Rundum praktisch also.

Und so sitze ich Tag für Tag am Esstisch, schneide zu, bügle um, steppe ab, ziehe Gummiband ein und träume von dem Tag, an dem es möglich sein wird, auch mal wieder über andere Gebrechen nachzudenken. Irgendwas Handfestes, das entweder nicht ansteckend ist oder den, den man infiziert, wenigstens nicht umbringt. Fußpilz zum Beispiel oder Warzen. Neulich habe ich meine Ex-Schwiegereltern in Kolumbien angerufen, um auf andere Gedanken zu kommen. Sie sind beide über 80 und haben ihre Wohnung seit vier Wochen nicht verlassen. Es ging dann natürlich doch um Corona.

Kein Mensch weiß, wie lange es noch dauert, bis wir endlich da sind, wo das verdammte Virus uns nichts mehr anhaben kann. Aber wenn es so weit ist, werden Sie mich bei einem sehr ausgelassenen, überfüllten Festival unter freiem Himmel an meiner Hose erkennen. Sie wird aus Masken bestehen und einen Zwickel haben. Ich weiß inzwischen, wie das geht.





Bildung aus Verantwortung

Im Auftrag der bayerischen Bezirke
entwickeln wir in Kloster Irsee
Bildungsangebote für Psychiatrie,
Neurologie und überörtliche Sozialhilfe.

www.bildungswerk-irsee.de



Bildungswerk des
Bayerischen Bezirktags



Mitglied bei Gleichklang werden!
...gerade jetzt ist die richtige Zeit!

**In schweren Zeiten erhalten uns
Liebe, Freundschaft und Solidarität**

Über die **Gleichklang-Community** entstehen wertschätzende und liebevolle Beziehungen zwischen Menschen, die gemeinsam mehr **Mitmenschlichkeit, Freundlichkeit und Solidarität** in die Welt bringen wollen.

Online-Kommunikation hilft, dass die räumliche Distanzierung nicht zur sozialen Vereinsamung führt - so entstehen **Beziehungen** und **Freundschaften für das ganze Leben!**

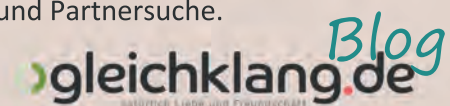
Jetzt mit Corona-Kontaktliste

zur direkten Kontaktaufnahme mit allen Mitgliedern, die dies wünschen!

www.gleichklang.de

psychologie-partnersuche.de

Alles zur Psychologie von Partnerschaft, Liebe und Partnersuche.


natürlich Liebe und Freundschaft