



Gibt es ein Organ für die Grammatik? Lange stritten die Forscher – jetzt wurde es entdeckt

Seite 37

35



Illustration: Sebastian Thibault für DIE ZEIT; Foto: Eva Hübner (G.)/Nasa (G)

Susanne Quincke* wohnt in Brandenburg. Zu ihrem Haus in einem kleinen Ort im Mühlenbecker Land führt ein Feldweg mit kanaldeckelgroßen und knietiefen Schlaglöchern, mit denen selbst mancher Rettungswagen Probleme haben dürfte. Nicht gerade beruhigend, wenn man vor einigen Monaten erst wegen einer Herzschwäche im Krankenhaus war.

Der Feldweg ist nicht das einzige Problem. Wenige Ärzte, kaum medizinische Infrastruktur – die Versorgung in Notfällen ist generell schlecht hier draußen auf dem Land. Wer von Berlin aus anderthalb Stunden mit der Regionalbahn hinausfährt, hat dort laut *Deutschem Herzbuch 2014* ein mehrfach höheres Risiko zu sterben, falls er einen Herzinfarkt erleidet. Die 66-jährige Susanne Quincke macht sich trotzdem keine Sorgen. Von der medizinischen Betreuung, die sie zurzeit bekommt, können die allermeisten Berliner und Münchner nur träumen.

Jeden Morgen geht sie ins Gästezimmer und zieht sich aus für die tägliche Untersuchung. Sie stellt sich auf die Waage, misst ihren Blutdruck, legt ein Kästchen auf ihren Brustkorb, das ein einfaches EKG aufzeichnet, und gibt auf einem kleinen Bildschirm ein, wie sie sich fühlt. Die fünfteilige Skala reicht von schlecht bis sehr gut. Alle Daten werden automatisch über das Internet nach Berlin gesendet. »Das gehört für mich inzwischen zum Morgen dazu wie das Zähneputzen«, sagt Quincke, die dank der morgendlichen Messungen den Kopf dafür frei hat, einen von ihr gegründeten kleinen Betrieb auch in ihrem Alter noch zu leiten. Sie weiß: Sollte einer ihrer Werte verdächtig sein, bekommt sie einen Anruf.

Im fünften Stock eines altherwürdigen Gebäudes der Charité in der Nähe des Berliner Hauptbahnhofs treffen Quinckes Daten etwa 90 Sekunden nach dem Messen ein. Friedrich Köhler, Leiter des Zentrums für kardiovaskuläre Telemedizin an der Charité, sitzt vor drei Bildschirmen: Rechts erscheint Quinckes EKG, links ihre Krankenakte, in der Mitte die aktuellen Informationen zu Gewicht und Befinden, dazu ein Foto. Köhler wirft einen kurzen, konzentrierten Blick auf die Werte. Alles gut – nächster Patient. Bei den meisten ist er in 30, 40 Sekunden durch.

Werte von mehr als 500 Patienten, die in jüngster Vergangenheit wegen Herzschwäche im Krankenhaus gelegen haben, treffen täglich in Berlin ein. Viele leben in einer ländlichen Region von Brandenburg, Niederbayern oder Mecklenburg-Vorpommern, wo die Arztdichte gering ist. Die Vernetzung mit den

Patienten mindert Defizite in der medizinischen Versorgung. Allerdings wolle und könne man die behandelnden Ärzte am Ort nicht ersetzen, sagt Köhler. Es sei sogar so, dass alle Patienten, die bei dem Projekt mitmachen, regelmäßig zu ihrem Hausarzt gehen müssten. Man ermögliche lediglich eine kontinuierlichere Überwachung und bringe kardiologisches Expertenwissen zu den Ärzten.

Was die Charité anbietet, ist ein hoch dotiertes Studienprojekt – mit der Realität in weiten Teilen des Landes hat es allerdings noch wenig zu tun. Diese sieht meist trübe aus. In der entlegenen hessischen Gemeinde Gilsberg etwa mit rund 3000 Einwohnern sind Ärzte und Pflegepersonal ebenfalls rar. Dort versuchen die Allgemeinmediziner

sprechen. Die elektronische Krankenakte, heißt es, sei ihm eine Herzensangelegenheit. Und die Ärzte wollen in Erfurt über eine weitere Lockerung des Fernbehandlungsverbots diskutieren. Beides zusammen verheißt: ein erweitertes Angebot per Telefon und Internet für Patienten sowie eine bessere Nutzung medizinischer Informationen. Im Idealfall entlastet dies nicht nur die Landärzte, sondern auch die überlaufenen Notfallambulanz in den Städten.

Das Berliner Pilotprojekt zeigt, was die Telemedizin leisten kann. Die Ärzte im Zentrum für kardiovaskuläre Telemedizin haben zwar nur ein Foto, die Akte und ein paar Informationen zur Hand. Trotzdem sind Köhler und seinen Kollegen

Kranken. Aber kann die moderne Technik die Unterschiede in der Versorgung so weit ausgleichen, dass dereinst jeder – egal, wo er wohnt – immer eine optimale fachärztliche Überwachung und Behandlung bekommt? Bislang gibt es Hoffnungen, Vermutungen und Hinweise darauf, handfeste Beweise jedoch fehlen. Fast alle Studien sind zu klein, um daraus Rückschlüsse auf die Gesamtbevölkerung ziehen zu können. Deshalb bezahlen die gesetzlichen Krankenkassen bis heute nur wenige telemedizinische Angebote.

Friedrich Köhler, der Telemediziner von der Charité, könnte – dank einer umfassenden Finanzierung durch den Bund – diese Wissenslücke füllen. Die Studie über sein Projekt hat eine Größenordnung, die valide Aussagen über den Nutzen (oder die Schwächen) der Telemedizin zulässt – sie ist inzwischen abgeschlossen, die Ergebnisse werden im August veröffentlicht.

Sollte sich herausstellen, dass Patienten wie Susanne Quincke mit täglicher telemedizinischer Betreuung seltener an Herzschwäche sterben oder seltener ins Krankenhaus kommen als die Patienten einer Vergleichsgruppe ohne Überwachung, dann müssten die Krankenkassen diese Form der Fernbetreuung künftig erstatten. In Deutschland werden jährlich rund 200 000 Menschen mit Herzschwäche im Krankenhaus behandelt. Künftig dürften in einigen der größten kardiologischen Abteilungen telemedizinische Zentren ähnlich wie in der Charité entstehen. Eine flächendeckende Betreuung, so die Hoffnung, könnte die Folgen des Ärztemangels in bestimmten Regionen entschärfen. Konkret sähe die Hilfe folgendermaßen aus: »Vor dem Termin eines Patienten in der Praxis informieren wir die dortigen Kollegen über die aktuelle Entwicklung des Patienten und geben Empfehlungen von kardiologischer Seite«, sagt Köhler, »das erspart Allgemeinmedizinern gerade bei komplexen Krankheitsbildern eine Menge Zeit und Aufwand.«

Gleichzeitig gelangt Fachkompetenz in Regionen, denen nicht nur Allgemeinmediziner fehlen, sondern auch – oft in größerem Maß – die Fachärzte. Vielerorts haben sich wegen des Mangels an Spezialisten bereits telemedizinische Lösungen etabliert. Dabei steht weniger die direkte Patientenüberwachung durch Telemedizin im Vordergrund als vielmehr der Datenaustausch unter Medizinern. Angefangen hat es mit Röntgenbildern und Aufnahmen von Computer- und Magnetresonanztomografen. Längst kommen die Befunde von Radiologen aus einer Klinik, welche die Patienten selbst nie gesehen haben. Und wenn die Ärzte sich

Digitaler Hausbesuch

Ärzte, die ihre Patienten per Internet und Telefon beraten: Zwei Beispiele aus der Telemedizin. Für die Versorgung auf dem Land wäre sie eine Chance. Jetzt berät der Deutsche Ärztetag darüber **VON CHRISTIAN HEINRICH**

Nils Wagner-Praus und Marei Schoeller mit ihrer Praxis die Versorgung aufrechtzuerhalten. Viele ihrer Patienten sind alt und wenig mobil. Deshalb rücken die beiden in Spitzenzeiten pro Jahr bis zu 3200-mal zu Hausbesuchen aus. Das hatte Konsequenzen: Die Kassenzentrale Vereinigung Hessen fordert mehr als 50 000 Euro zurück, weil die Praxis angeblich viel zu viele und nicht immer gerechtfertigte Hausbesuche abgerechnet hat. »Eine telemedizinische Assistenz für chronisch Kranke wäre für uns eine große Erleichterung«, sagt Nils Wagner-Praus.

Vielleicht geht sein Wunsch bald in Erfüllung. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wird auf dem Ärztetag Anfang Mai in Erfurt über die Digitalisierung im Gesundheitswesen

viele Teilnehmer im Lauf der Zeit vertraut geworden. Das Zentrum ist rund um die Uhr besetzt, damit die Patienten jederzeit anrufen können. Morgens, wenn die Werte eintreffen, ruft man bei dem einen oder anderen Patienten an, wenn es Unregelmäßigkeiten gegeben habe. Und nachmittags in einzelnen Arztpraxen, um die Kollegen über den Zustand ihres Patienten zu informieren.

Weitere Einrichtungen verfahren mittlerweile ähnlich und sorgen so für Entlastung in ländlichen Regionen: Ein Diabetes-Institut in Mecklenburg-Vorpommern hat eine telemedizinische Plattform für Diabeteserkrankte entwickelt. Bei Auffälligkeiten wendet es sich direkt an die Patienten. Und die Resultate der Blutzuckermessungen landen regelmäßig bei den Ärzten der

*Name von der Redaktion geändert

Fortsetzung auf S. 36

www.zeit.de/audio

HALBWEISSEN

Fetter Sound

»Solange die dicke Frau noch singt, ist die Oper nicht zu Ende« – mit dieser Weisheit nahm die Indie-Rock-Gruppe Kettcar vor 16 Jahren jene Ergebnisse vorweg, die uns nun die Adipositas-Forschung besichert. Denn wer besingt in der finalen Arie mit Inbrunst größte Gefühle? Zumeist ein gut genährter Star! Offenbar verhilft Körperfülle zu einer kräftigen Stimme. Den Beweis liefern in dieser Woche Braunmaus-Männchen mit ihrem Gesang (*Proceedings of the Royal Society B*). Ja, diese Mäuse singen. Und am häufigsten geben jene Exemplare den Pavarotti, die viel Leptin und Insulin im Blut haben. Beide Hormone wecken nicht nur den Sänger im Männchen, sie sind auch Indikatoren dafür, wie viel brennbare Energie im Fettgewebe gespeichert ist. Wer laut schmettert, vermuten die Forscher, versichert sich selber seiner Reserven – und lässt das andere Geschlecht hören, wie viel Feuer noch in ihm steckt.

WILL





Soll die Schule erst später anfangen?

Forscher warnen seit Langem, für viele Kinder beginne der Unterricht zu früh. Im Landtag von Schleswig-Holstein wird eine Änderung diskutiert. Was dafür spricht und was dagegen

Um 7.50 Uhr waren wir eine Provokation für unsere Mitschüler. Wir waren wach, die anderen gähnten. Wir machten mit, die anderen dösten. Wir waren »Lerchen«, wie die Forscher sagen, morgens fit, abends müde; die anderen waren »Eulen«, blieben abends lange wach, kamen aber morgens nicht aus dem Bett.

Beides ist angeboren und kaum zu ändern. Aber wir waren drei, die anderen zwanzig.

Und hier liegt das Problem: Frühes Aufstehen ist eine Qual für die meisten Schüler, für 70 bis 80 Prozent von ihnen, wie Studien zeigen. Sie sind nicht in erster Linie müde, weil sie Nächte durchfeiern oder verdaddeln, nein, bei vielen Jugendlichen tickt die innere Uhr anders als bei Erwachsenen; ihre »Schlafmitte«, wie Chronobiologen das nennen, liegt später als bei Älteren. Wenn von ihnen die erste Stunde schlägt, der fühlt sich, als sei es noch mitten in der Nacht. Die Leistungen sinken, die Unlust steigt. Eine frühe erste Stunde bevorzugt Lerchen und benachteiligt Eulen – sie ist ein Gerechtigkeitsproblem.

Politiker in Schleswig-Holstein wollen das nun ändern. In Niedersachsen haben ihre Kollegen es gerade den Schulen freigestellt, um wie viel Uhr die erste

Stunde beginnt. Man sollte glauben, dass sie dafür bejubelt würden. Dass dieser Schritt nützt, ist anders als bei vielen anderen Reformideen für die Schule sogar wissenschaftlich belegt.

Laut einer »Deutschlandtrend«-Umfrage der ARD wollen jedoch nur 39 Prozent der Wahlberechtigten den späteren Start, 57 Prozent sind dagegen. Bei Eltern von Unter-14-Jährigen ist der

Widerstand mit 63 Prozent noch größer. Auch Lehrverbände sind skeptisch gegenüber einer Verschiebung.

Die Schultechuhr zeigt die Prägnanz der alten Industriegesellschaft: So, wie Papa früh in die Fabrik musste, ging das Kind früh zum Unterricht. In der Dienstleistungsgesellschaft mussten Eltern schon später ran, egal ob sie nun als Friseur arbeiteten oder als Marketingchefin. Und heute, in der Informations-

gesellschaft, schrumpft die Zahl der Zwangsfrühaufsteher-Berufe weiter; viele fangen noch aus Konvention früh an, nicht aber, weil es nötig wäre.

Wenn sich der Rhythmus einer Gesellschaft ändert, könnte sich endlich auch die Schule ändern. Der Unterricht sollte erst um 9 Uhr beginnen – damit aus der übermüdeten Schule die ausgeschlafene Schule wird.

Doch warum ist der Widerstand der Eltern so groß? Weil sie genau wissen, dass ein späterer Start ohne eine große Schulreform nicht zu haben sein wird.

Denn die ausgeschlafene Schule wäre überall Ganztagschule, weil der Unterricht bis in den Nachmittag reichte und es zwingend (Früh-)Betreuung und eine Mittagspause geben müsste – für die flächendeckend Cafeterien mit gesundem Essen nötig wären. Und die Lehrer? »Die meisten haben ihren Beruf in einer Welt gewählt, in der Lehrer nur vormittags arbeiten mussten«, sagte der Bildungsökonom Ludger Wößmann (ZEIT Nr. 39/16). Sie müssten sich umgewöhnen. Genauso wie Sport- und Musikvereine in die Schulen hineinkommen müssten.

Die ausgeschlafene Schule wäre nicht nur gerechter für die meisten Schüler. Sie könnte auch anders sein, ein Begegnungsort werden. Denn wer den Rhythmus ändert, kann Taktgeber werden.

Mehrheit einfach zu spät. Wie soll man es dann noch zum Fußball oder zum Hockey schaffen? Zur Klavierstunde? Zumal wenn es für den nächsten Unterrichtstag noch gilt, Vokabeln zu üben oder ein Buch zu lesen.

Der Biorhythmus der Schüler ist das eine, der Takt der Gesellschaft das andere. Ein riesiges Problem scheint das nicht zu sein.

Man sollte sich dieses Beispiel vor Augen führen, bevor man die Chronobiologie über alles stellt!

Eigentlich standen damals die Chancen, den Unterrichtsbeginn im Winter auf neun Uhr zu verlegen, ziemlich gut. Die Initiative ging von der Schülervertretung aus, Lehrer, Eltern und Schulleiter zeigten sich aufgeschlossen. Die Presse berichtete wohlwollend, von *Ärztzeitung* bis *Spiegel*.

Doch ausgerechnet die Schüler stoppten das Experiment, noch bevor es losgehen konnte. Zur Überraschung aller stimmten sie mit deutlicher Mehrheit gegen die Reform. Sie konnten nämlich rechnen: Wenn vorne eine Stunde weggenommen wird, muss hinten eine angehängt werden. Und genau das wollten sie nicht.

Im konkreten Fall wäre statt um drei Uhr der Unterricht an den meisten Tagen erst gegen vier Uhr zu Ende gewesen – und mancher Schüler erst gegen fünf Uhr zu Hause. Das war der

Pro

Die müde Schule muss zur ausgeschlafenen werden, fordert

MARTIN SPIEWAK

Contra

Das Problem rechtfertigt nicht, den Takt des Alltags zu ändern, findet

MARTIN SPIEWAK

Theoretisch wäre es natürlich möglich, die Übungszeiten für Sport nach hinten zu verschieben. Praktisch trainieren aber abends die Älteren. Theoretisch könnten Schüler morgens erst gegen acht oder halb neun ihr Zuhause verlassen. Praktisch stellte sich dann die Frage: Wohin mit den jüngeren Schülern? Mit den Lerchen? Mit den Kindern früh arbeitender Eltern? Betreuung für sie würde zusätzlich

kosten. Theoretisch könnte jede Schule autonom entscheiden, wann es zur ersten Stunde klingelt. Praktisch würde dies in weiten Gegenden mit dem Schulbusfahrplan kollidieren, der einheitlicher Zeiten bedarf.

Bliebe als Alternative, die Stundenzahl einfach zu verkürzen, indem man den Lehrplan entrümpelt. Auch diesen Vorschlag gab es in der Debatte, leider ohne den Hinweis, welcher Unterrichtsstoff (Mittelalter? Algebra? *Past tense?*) denn verzichtbar sei.

Bundesländer wie Berlin oder Bayern stellen ihren Gymnasien, Real- oder Gesamtschulen längst frei, wann sie morgens beginnen möchten. Niedersachsen ist da nicht der Primus. Andere wie Mecklenburg-Vorpommern geben ein Zeitfenster vor, in dem der Unterricht starten soll. Häufig genutzt haben Schüler, Eltern und Lehrkräfte diese Freiheit bislang nicht.

Die wenigen immer wieder genannten Vorreiterschulen mit späterem Unterrichtsbeginn sind Berufsschulen mit älterer Klientel oder solche mit spezieller Pädagogik wie das Gymnasium in Alsdorf bei Aachen. Hier haben Oberstufenschüler lange Selbstlernphasen, die sie je nach Chronotyp in den Morgen oder Nachmittag legen können. Ein Muster zum Nachahmen ist das kaum.

Digitaler Hausbesuch Fortsetzung von S. 35

rückversichern wollen, konsultieren sie entfernte Kollegen. In Mecklenburg-Vorpommern testet man sogar einen »Telenotarzt«: Er sitzt in einem Zimmer vor Kamera und Mikrofon, bekommt von Sanitätern Vitalparameter wie Blutdruck und Puls zugesandt und ist vor Ort über Lautsprecher und Bildschirm präsent.

Am erfolgreichsten sind bislang wohl die Netzwerke für Schlaganfallpatienten. Beim Telemedizinischen Projekt zur integrierten Schlaganfallversorgung (Tempis) in der Region Süd-Ost-Bayern beraten spezialisierte Neurologen von Zentren in

»Im Grunde ist eine telemedizinische Unterstützung in allen medizinischen Fächern möglich«, sagt Gernot Marx, Direktor der Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care der Uniklinik der RWTH Aachen. An der Universitätsklinik testet man die Unterstützung aus der Ferne ausgerechnet im kritischsten aller medizinischen Bereiche: in der Intensivmedizin. Von der Zentrale aus überwachen Intensivpflegekräfte und Fachärzte rund um die Uhr Patienten in kleineren Krankenhäusern im Umland. Dank einer eigenen Datenleitung werden hochauflösende Bilder und Messresultate direkt nach Aachen übertragen. Auch in diesem Fall werden die Ärzte nicht etwa ersetzt oder eingespart, sondern

individuelle Behandlung »ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze« durchführen. Zwar sind seit verganginem Jahr schon Videosprechstunden erlaubt – aber nur wenn der Arzt den Patienten kennt und ausschließlich bei leichten Erkrankungen oder in Routinefällen. Diese Möglichkeit wird erst von wenigen Ärzten angeboten und von Patienten kaum genutzt.

Baden-Württemberg ist einen Schritt weiter. Dort läuft seit verganginem Jahr ein Modellprojekt, bei dem Patienten ohne persönlichen Erstkontakt eine ärztliche Hotline anrufen können. Sollte der beratende Arzt Bedenken haben, kann er den Anrufer noch am selben Tag in eine kooperierende Praxis schicken. Und in der vergangenen Woche hat die Landesärztekammer Schleswig-Holstein beschlossen, dass Ärzte ab dem Sommer Patienten ohne vorherigen persönlichen Kontakt fernbehandeln dürfen. Was vor einem Jahr undenkbar schien (ZEIT Nr. 22/17), geschieht vielleicht auf dem Ärztetag in Erfurt: Mit einer Änderung der Musterberufsordnung könnte bundesweit das Fernbehandlungsverbot ohne Erstkontakt fallen. Viele aber rechnen mit Widerständen.

Selbst Gernot Marx hat Vorbehalte: »Der Experte braucht nicht selten auch einen Arzt vor Ort, mit dem er sich besprechen kann, um gegebenenfalls ergänzende Diagnostik und Behandlung durchzuführen.« Selbst wenn der Kollege unerfahren sei und größtenteils nur den Anweisungen des erfahrenen Arztes am anderen Ende der Datenleitung folge, so sei der Arzt am Ort wichtig. Friedrich Köhler von der Charité pflichtet dem bei: »Ich bin wirklich ein großer Freund der Telemedizin, aber der Arzt sollte den Patienten zumindest einmal gesehen haben.« Der hessische Hausarzt Nils Wagner-Praus kann sich die anonyme Beratung eines ihm unbekanntem Patienten ebenfalls nicht vorstellen: »Körperkontakt, berühren,

riechen, fühlen, anschauen – all dies ist unabdingbar. Ich muss mir ein Bild von dem Menschen machen.«

Die herzkrankte Susanne Quincke möchte den Kontakt zu ihrem Hausarzt nicht missen. Aber sie sieht auch, sobald sie in seine Praxis geht, wie groß der Patientenandrang ist. »Wenn dann andere Ärzte bei mir mit draufschauen und meinem Doktor etwas Arbeit abnehmen, dann ist das sogar eher beruhigend«, sagt Quincke. Und sie hat auch bei sich selbst eine Veränderung bemerkt: »Ich achte noch mehr darauf, alles richtig zu machen.«

Werden Patienten täglich beobachtet, zeigen sie offenbar eine höhere Bereitschaft, bei der Therapie aktiv mitzuwirken, hat Friedrich Köhler von der Charité festgestellt: »Unsere älteste Patientin ist 91 Jahre alt, sie lebt im betreuten Wohnen und resettet ihr WLAN-Netzwerk selbst.« Wer einmal nicht messen kann, weil er zum Beispiel im Urlaub ist, meldet sich in der Regel telefonisch ab. Auch Arztbesuche würden kaum versäumt, sagt Köhler. Dies alles wiederum verbessere natürlich die Prognose.

Nervös werden Köhler und seine Kollegen, wenn ein Patient sich nicht meldet. »Wir haben schon dreimal Türen aufbrechen lassen«, sagt Köhler. Einmal hatte ein Patient vergessen, sich abzumelden. Im zweiten Fall lag der Patient seit mehreren Stunden hilflos im Bad, die Einsatzkräfte waren hochwillkommen – womöglich konnte so Schlimmeres verhindert werden. Einen anderen Patienten fand die Feuerwehr tot im Sessel. Für Gunturam Gola, den Mediziner, der Susanne Quincke betreut und der sich vor Patienten kaum retten kann, hat das Projekt Modellcharakter: »Meine Patienten profitieren davon.« Es stelle sich tatsächlich als das heraus, was es zu sein verspreche: keine Konkurrenz, sondern eine Ergänzung und Hilfe.

Vielleicht ist Telemedizin in Zukunft nicht mehr die Ausnahme, sondern die Regel. Denn die Belagerung der Notfalleinrichtungen, die Überalterung der Gesellschaft, die Landflucht und das Aussterben der Landärzte haben den Druck auf das Gesundheitssystem massiv erhöht. Mediziner sind zur kostbaren Ressource geworden, die es zu entlasten gilt.

Der hessische Landarzt Nils Wagner-Praus von der Praxis Gilsberg hat seine Hausbesuche von 3500 im Jahr auf 1100 gesenkt. »Noch weniger geht nicht«, sagt er – und träumt von einer Videoschalt. So könnte er zum Beispiel eine Wunde aus der Ferne inspizieren und viel Fahrzeit sparen. Aber bevor das Realität werde, müsse erst einmal das größte Hindernis beseitigt werden: das lahme oder gar nicht vorhandene Internet auf dem Land. »Wir haben hier Ortsteile, da surfen Sie sich einen Wolf.«

www.zeit.de/audio

Mitarbeit: Harro Albrecht

Erratum

Pardon, liebe Leser, für die Verwirrung, die wir im Artikel »Von wegen süß« (ZEIT Nr. 16/18, Seite 35) gestiftet haben. Julia Klöckner wurden da gleich zwei Bundesministerien zugeschrieben: sowohl jenes für Gesundheit als auch jenes für Ernährung und Landwirtschaft. Dabei kümmert sich um die Gesundheit doch Jens Spahn.

Aktiv im Leben – mit dem mobilen Notruf LIBIFYcare

Auch im Alter ist der Wunsch nach Freiheit und Unabhängigkeit groß. Einkufen und Spazieren, Gartenarbeit oder Baden, darauf möchte keiner verzichten. Doch was, wenn etwas passiert? Moderne Notrufsysteme, wie LIBIFYcare, sind die idealen Begleiter im Alltag. Die Kombination aus Mobilgerät und wasserdichtem Funkarmband ermöglicht per Knopfdruck Sprechkontakt mit der 24-Stunden-Notrufzentrale - zu Hause und unterwegs. Diese verständigt, je nach Situation, hinterlegte Kontaktpersonen oder den Notarzt.

Das Besondere an LIBIFYcare: Durch integrierte GPS-Ortung kann Ihre genaue Position ermittelt werden. LIBIFYcare ist als Pflegemittel anerkannt, und kann von der Pflegekasse bezuschusst oder, je nach Paket, sogar vollständig übernommen werden.

Informieren Sie sich jetzt!
Infos finden Sie unter www.libify.de
oder rufen Sie an 089 - 21 76 67 17



München und Regensburg aus die Kliniken auf dem Land. Dazu wird der Neurologe per Videokonferenz zugeschaltet; er spricht mit dem Patienten und dem Arzt vor Ort, stellt anhand von Befunden eine Diagnose und schlägt Therapien vor. Mehr als 6000 Patienten werden inzwischen jährlich über Tempis behandelt. Seit Kurzem wird dieses »Telekonsil« sogar von den Krankenkassen vergütet.

unterstützt. »Ohne die Kollegen vor Ort sind wir aus der Ferne hilflos«, sagt Gernot Marx, der das vom Land Nordrhein-Westfalen und von der Europäischen Union geförderte Projekt leitet.

Doch eines bremsst den Fortschritt: das sogenannte Fernbehandlungsverbot. Die Musterberufsordnung für Ärzte regelt verbindlich angemessenes ärztliches Verhalten. Danach dürfen Ärzte keine