



forum

das Magazin des

Medizinischen Dienstes 1. 2024

**Gesundheits-
risiko**

Armut



Liebe Leserin!
Lieber Leser!



DIE GUTE FRAGE

Wie zeigt sich Rassismus im Gesundheitswesen?



AKTUELL

Die gute Frage: Wie zeigt sich Rassismus im Gesundheitswesen? 1

Kurznachrichten 3

Auch das noch:

Wissenschaft mit Herz 32

TITELTHEMA

Wenn Armut krank macht 6

Digitalisierung für alle? 8

Ein Platz an der Tafel 10

Viel zu jung auf der Straße 12

Gesundheitliche Ungleichheit: ein weltweites Problem? 14

Auf den Zahn gefühlt:

Präventionsprojekt in strukturschwachen Stadtteilen 16

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN 17

WISSEN & STANDPUNKTE

Dilemma oder Chance?

Leiharbeit in der Pflege 18

Pharma-Sponsoring mit

Nebenwirkungen? 20

GESUNDHEIT & PFLEGE

Asbest im Altbau? 22

Ein Pflegeheim für alle

Nationalitäten 24

Traum(a) Geburt? 26

GESTERN & HEUTE

In Uniform für Gott und gegen

Armut 28

WEITBLICK

Die Influencer der Medizin 30

MEHR ALS 17 Millionen Menschen in Deutschland sind von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht. Etwa 6,5% der Menschen hierzulande erhalten Bürgergeld, um ein menschenwürdiges Existenzminimum zu sichern, Wege aus der Arbeitslosigkeit zu finden und Preissteigerungen bei den Lebenshaltungskosten ein wenig abzufedern. Vielfach bleibt es ein Tropfen auf dem heißen Stein. **1** Dass Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen unterschiedlich verteilt sind, dass von Armut betroffene Menschen ein höheres Risiko haben, krank zu werden und früher zu sterben, ist traurige Wahrheit und längst auch wissenschaftlich belegt. Im aktuellen Schwerpunkt des *forums* schauen wir genauer hin: Weshalb ist Armut ein nicht zu unterschätzendes Gesundheitsrisiko? Warum brauchen wir mehr digitale Teilhabe? Welche Erfahrungen machen die Tafeln derzeit? Und welche Perspektiven gibt es beispielsweise für Kinder und Jugendliche, die auf der Straße leben? **2** Daneben gibt es weitere interessante Beiträge: Wir beschäftigen uns unter anderem mit dem Thema Leiharbeit in der Pflege, dem Sponsoring von ärztlichen Fortbildungen durch Pharmaunternehmen und dem Phänomen der ›Medfluencer‹, die auf Social-Media-Plattformen medizinische Themen diskutieren und Gesundheitstipps geben.

Herzlichst, Ihr Dr. Ulf Sengebusch **3**

Rassismus und Benachteiligung von Schwarzen, muslimischen und asiatischen Personen im Gesundheitssystem sind keine Seltenheit. Das belegt unter anderem ein aktueller Bericht des Nationalen Disriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa), den das Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DEZIM) veröffentlicht hat. *forum* hat nachgefragt bei Dr. Cihan Sinanoğlu, Leiter des DEZIM.

Wer ist besonders von Rassismus im Gesundheitswesen betroffen?

In unserer Studie haben wir uns drei rassistisch markierte Gruppen angeguckt: Schwarze, asiatische und muslimische Menschen. Alle drei Gruppen machen in unterschiedlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen.

Welche Erfahrungen sind das?

Wir haben mehr als 21 000 Personen in Deutschland befragt und unter anderem festgestellt: Rassistisch markierte Personen erhalten schlechter Termine in der ärztlichen Praxis und finden weniger Gehör mit ihren Leiden. So hat knapp jede dritte rassistisch markierte Person angegeben, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden. Besonders muslimische Frauen (39 %) und asiatische Frauen (37 %) haben deswegen die Ärztin oder den Arzt gewechselt.

Welche Folgen hat Diskriminierung im Gesundheitswesen?

Menschen, vor allem Frauen vermeiden es zum Beispiel, zur Ärztin oder zum Arzt zu gehen. So geben 13% bis 14% der Schwarzen, asiatischen und muslimischen Frauen an, eine Behandlung aus Angst vor Diskriminierung verzögert oder komplett gemieden zu haben. Bei Männern liegt der Anteil bei etwa 8%.

Was machen rassistische Erfahrungen mit den Betroffenen?

Je häufiger Diskriminierungs- und/oder Rassismuserfahrungen gemacht werden, desto stärker fallen die Hinweise auf eine Angststörung und depressive Symptome aus. Neben den direkten negativen Konsequenzen für Betroffene, denen die Versorgungszugänge außerdem noch erschwert werden, kann auch die Gesamtgesellschaft durch zusätzliche Gesundheitskosten, zum Beispiel durch Arbeitsausfälle belastet werden. Zudem senken Diskriminierungserfahrungen das generell hohe Grundvertrauen, das gerade rassistisch markierte Menschen in das Gesundheitssystem haben.

Rassistische Diskriminierung wirkt sich laut der Studie auch auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen aus. Was heißt das?

Das Menschenrecht auf Gesundheit ist für Asylsuchende gesetzlich eingeschränkt. Beispielsweise berichten Geflüchtete, wie die gesetzlich vorgeschriebene Vergabe von Behandlungsscheinen durch die Sozialämter die medi-

zinische Behandlung von erkrankten Menschen verzögert oder gar verhindert und wie nicht-medizinisch qualifiziertes Personal über die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung entscheidet. Zudem gilt die im Asylbewerberleistungsgesetz verankerte Einschränkung von Gesundheitsleistungen für Asylsuchende, die dazu führt, dass bestimmte gesundheitsrelevante Leistungen für einige der Befragten nicht übernommen werden.

Ein positives Beispiel: Am Universitätsklinikum Oldenburg fließt die Diagnostik bestimmter Erkrankungen von Patientinnen und Patienten mit schwarzer Hautfarbe in die Ausbildung von Medizinern mit ein. Was müsste sich generell ändern, um rassistische Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung zu reduzieren?

Wollen wir etwas verändern, müssen wir die Verschränkungen von Rassismus auf individueller, institutioneller und struktureller Ebenen in den Blick nehmen und auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig handeln. Wir haben zwölf Handlungsempfehlungen entwickelt:

Mainstreaming: Es gilt, Diskriminierung und Rassismus umfassend zu thematisieren. Das Thema sollte in der Politik und in institutionellen Kontexten, in Schulen, Ausbildungsstätten und der Arbeitswelt, aber auch in zivilgesellschaftlichen Organisationen und Interessenvertretungen oben auf der Agenda stehen.

Institutionen: Forschungsbasierte Maßnahmen gegen Rassismus und Diskriminierung sollten in institutionellen Kontexten etabliert werden: Besonders wichtig ist es, Ungleichbehandlungen in Ämtern und Behörden durch politische Maßnahmen in Angriff zu nehmen.

Wissen: Diskriminierende Wissensbestände in der medizinischen Versorgung müssen durch Ausbildung und Fortbildung abgebaut werden: Beispielsweise sind Vorurteile gegenüber bestimmten Patient*innengruppen und deren >übertriebenes< Schmerzempfinden derartig verbreitet, dass sie sich in diagnostischen Bezeichnungen zeigen. Begriffe wie >Morbus Mediterraneus<, >Morbus Bosphorus< oder >Mammamia-Syndrom< legen nahe, dass insbesondere Menschen mit Migrationserfahrung aus mediterranen Ländern davon betroffen sind.

Sprache: Diskriminierungs- und rassismussensible Sprache und Bilder in der Gesundheitsversorgung und in der medizinischen Lehre sollten gestärkt werden: Beispielsweise werden Hautkrebs-erkrankungen bei Schwarzen Menschen häufig zu spät entdeckt, was auch damit begründet wird, dass dies nicht in medizinischen Lehrmaterialien abgebildet ist. Fach- und Lehrbücher sind also entsprechend zu überarbeiten.

Intersektionalität: Medizinische Forschung muss interdisziplinärer gestaltet – und geschlechtsbasierte Diskriminierung mit Forschung zu Rassismus verknüpft werden: Hier hat zum Beispiel das RKI im Frauengesundheitsbericht 2020 darauf hingewiesen, dass enorme Datenlücken in Bezug auf Migrantinnen, deren Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung bestehen.

Politik: Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) muss reformiert und auf staatliches Handeln ausgeweitet werden, um

vor allem bei institutioneller Diskriminierung angemessenen Rechtsschutz zu gewährleisten.

Beratung: Melde- und Beratungsstellen sollten flächendeckend ausgebaut und unabhängige und niedrigschwellige Meldestellen für betroffene Personen fest verankert werden. Zusätzlich können sozialpsychologische und rechtliche Beratungsangebote helfen, Betroffene zu unterstützen.

Versorgung: Es braucht mehr psychotherapeutische Plätze. Die Auseinandersetzung mit Diskriminierung und Rassismus sollte als ein Teil in die Ausbildung integriert werden. Bereits praktizierende Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten brauchen spezielle Weiterbildungsmaßnahmen. Sind sie selbst potenziell von Rassismus und Diskriminierung betroffen, können sie Betroffenen zudem wichtige Unterstützung bieten und sollten gefördert werden. Insbesondere in strukturschwachen Regionen müssen ausreichend Therapieplätze geschaffen werden.

Versorgung: Es braucht diskriminierungsfreie Terminvergaben: Jede ärztliche Praxis kann dazu beitragen, einen diskriminierungsfreieren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, zum Beispiel indem Termine über digitale Plattformen bzw. Apps vergeben werden, so dass Betroffene nicht im direkten Kontakt mit der Praxis stehen müssen.

Sprache: Wir müssen Sprachbarrieren abbauen: Besonders vulnerable Menschen wie Asylsuchende, die Anspruch auf gesundheitliche Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, benötigen einen gesicherten Anspruch auf Sprachmittlung. Allerdings ist die Sprachmittlung im Gesetz aktuell nur eine Kann-Leistung, die gesondert beantragt und bewilligt werden muss. Das reicht keineswegs aus, um eine Verständigung zu sichern.

Betroffene: Es gilt, Communitys zu stärken: Ein erster wichtiger Schritt für den Aufbau entsprechender Angebote ist das Modellvorhaben der Antirassismusbeauftragten zur Finanzierung communitybasierter Beratungsnetzwerke in Migrant*innenselbstorganisationen.

Versorgung: Notwendig ist es auch, spezifische Maßnahmen für Asylsuchende und Menschen ohne Krankenversicherung zu gestalten: Einige Bundesländer haben Clearingstellen eingerichtet, die beraten und bei der Vermittlung medizinischer Behandlungen helfen. Je nach Konzept ist eine Finanzierung der Behandlungskosten möglich. Damit erfüllen sie eine wichtige Lotsenfunktion und unterstützen Menschen ohne Krankenversicherung dabei, einen Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung zu erhalten. Clearingstellen bundesweit einzurichten und besser auszustatten, ist ein wichtiges Ziel und wird bereits von zivilgesellschaftlichen Akteuren empfohlen

Was können Betroffene selbst tun, um rassistischen Diskriminierungen entgegen zu wirken?

Sie können sich an Beschwerde- und Meldestellen wenden, sofern es diese in den Städten gibt. Ein anderer Weg ist es, sich auch an Parteien oder die Medien zu wenden, um auf die Zustände aufmerksam zu machen.

Die Fragen stellte Martin Dutschek.



Dr. Cihan Sinanoğlu

Richtlinien zur Pflegebegutachtung ergänzt

Der Medizinische Dienst Bund hat die Richtlinien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit vom 29. 9. 2023 um ein Kapitel zur Begutachtung bei Krisensituationen von nationaler und regionaler Tragweite ergänzt. Alle anderen Kapitel der Richtlinien sind unverändert geblieben. Die ergänzten Richtlinien, die am 21. 12. 2023 vom Medizinischen Dienst Bund erlassen und am 9. 1. 2024 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt wurden, sind am 13. 1. 2024 in Kraft getreten.

Hintergrund für die Ergänzung der Richtlinien ist das Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG), das in bestimmten Fallkonstellationen eine telefonische und video-gestützte Pflegebegutachtung durch die Medizinischen Dienste ermöglicht. Die hierzu überarbeiteten Richtlinien wurden vom Medizinischen Dienst Bund am 29. 9. 2023 erlassen und vom BMG mit Ausnahme des Kapitels 3. 4 zu Begutachtung bei Krisensituationen (etwa bei Pandemien oder Katastrophenlagen) am 31. 10. 2023 genehmigt. Die aktuellen ergänzten Begutachtungs-Richtlinien und andere ausführliche Informationen zur Pflegebegutachtung finden sich auf der Homepage des Medizinischen Dienstes Bund unter www.md-bund.de.

Heilmittelverordnungen

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) für Heilmittel sind 2022 im Vergleich zum Vorjahr um 8% gestiegen; binnen zehn Jahren haben sie sich verdoppelt. Laut dem Heilmittelbericht des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) stellen Ärztinnen und Ärzte überdurchschnittlich viele Verordnungen in ostdeutschen Bundesländern aus.

Für die rund 73 Mio. GKV-Mitglieder wurden laut Auswertung im Jahr 2022 rund 37,8 Mio. Heilmittelverordnungen abgerechnet. Diese umfassten insgesamt 317 Mio. einzelne Behandlungen. Der Heilmittelumsatz, also die Summe aus

GKV-Ausgaben und Patientenzuzahlungen, betrug 2022 rund 11,1 Mrd. Euro. Damit lag er 2022 um knapp 8% über dem des Vorjahres. Zum Vergleich: 2013 waren es noch 5,4 Mrd. Euro. In allen vier untersuchten Leistungsbereichen – Physio-, Ergo- sowie Sprachtherapie und Podologie – zeigt die statistische Auswertung ein Umsatzplus. Die Spanne reicht dabei von 6,4% (Physiotherapie) bis 21,9% (Podologie). In jeder Altersgruppe verordneten Ärztinnen und Ärzte pflegebedürftigen Frauen häufiger Heilmittelbehandlungen als Männern.

Lebenszeit in Pflegeeinrichtungen

Pflegebedürftige Menschen verbringen mittlerweile deutlich weniger Lebenszeit in Einrichtungen der Altenhilfe als noch vor wenigen Jahren. Laut einer bundesweiten Erhebung des Deutschen Caritasverbandes in 282 stationären Einrichtungen ging die durchschnittliche Verweildauer der Bewohnerinnen und Bewohner innerhalb von vier Jahren um drei Monate auf 25 Monate zurück.

Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen, die bereits im ersten Jahr in der Einrichtung sterben, liege in fast der Hälfte der befragten Caritas-Altenhilfeeinrichtungen bei mehr als 30%. In deutlich weniger als der Hälfte der Einrichtungen lebe mehr als ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner drei Jahre und länger. Mehr als 40% dieser Personen seien demenziell erkrankt oder ähnlich kognitiv eingeschränkt. Ausschlaggebend für einen späteren Umzug in eine stationäre Einrichtung sei oft der Wunsch, möglichst lange im eigenen Zuhause zu leben, aber auch die Sorge vor hohen Eigenanteilen und dem Aufbrauchen des Ersparten. Weitere Gründe seien ambulante Angebote und lange Wartelisten der Altenhilfeeinrichtungen in der Region.

KURZ

Elektronische Krankmeldung: positive Bilanz

Die elektronische Krankmeldung (eAU) gilt als erste große digitale Anwendung, die sich flächendeckend in der Gesundheitsversorgung etabliert hat. Nach einem Jahr, in dem die eAU im Regelbetrieb von ärztlichen Praxen, Arbeitgebenden und Krankenkassen verpflichtend angewandt wird, zog der GKV-Spitzenverband zum Jahresende eine positive Bilanz: Demnach haben Arbeitgebende im Jahr 2023 insgesamt knapp 82 Mio. eAU ihrer Arbeitnehmenden abgerufen, pro Monat waren es durchschnittlich 6,8 Mio. (da für Dezember 2023 noch keine vollständigen Zahlen vorlagen, wurde ein Durchschnittswert aus den Vormonaten zugrunde gelegt).

Der Abruf der eAU durch Arbeitgebende ist nur ein Teil des Verfahrens. Ärztinnen und Ärzte senden die Krankmeldungen ihrer Patientinnen und Patienten direkt und digital an deren Krankenkasse. Hier werden deutlich mehr eAU verschickt: Im Schnitt sind es monatlich 9,5 Mio. Dass ärztliche Praxen mehr eAU ausstellen, als von den Arbeitgebenden abgerufen werden, kann unter anderem daran liegen, dass einige Arbeitgebende noch immer eine Krankmeldung auf Papier von ihren Mitarbeitenden verlangen. In der Vergangenheit konnte die Gesamtzahl der Krankmeldungen in Deutschland nur grob auf jährlich rund 70 bis 80 Mio. Bescheinigungen geschätzt werden, auch weil Arbeitnehmende insbesondere bei kurzen und akuten Erkrankungen ihrer Krankenkasse nicht immer einen Nachweis über die Krankmeldung einreichen. Diese fehlten in den Statistiken. Die eAU ermöglicht nun exaktere Auswertungen.

Portal:

mehr-patientensicherheit.de Auf der Internetplattform mehr-patientensicherheit.de, die der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und seine Mitgliedskassen TK, BARMER, DAK-Gesundheit, KKH, hkk und HEK eingerichtet haben, ▶

NACHRICHTEN

können Versicherte über kritische Ereignisse und über positive Erfahrungen in der medizinischen Versorgung anonym und in strukturierter Form berichten. Die Schilderungen sollen genutzt werden, um aus den Erfahrungen der Versicherten zu lernen und die Patientensicherheit zu verbessern. Die Initiative begrüßt auch der Medizinische Dienst Bund: Unabhängig von dem neuen Portal sollte für die Krankenhäuser und Praxen eine anonyme und sanktionsfreie Meldepflicht für schwerwiegende Schadensereignisse (Never Events) eingeführt werden, so der MD Bund. Ziel dabei ist es, aus den Fehlern systematisch Präventionsmaßnahmen abzuleiten und die Patientensicherheit weiter zu verbessern.

Zuzahlungen bei vollstationärer Pflege

Die durchschnittliche finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen im Pflegeheim ist 2023 laut einer Auswertung durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIDO) erneut gestiegen. Im Vergleich zu 2022 gab es bei den pflegebedingten Zuzahlungen einen Anstieg von 19,2%. Trotz Einführung der Zuschläge zur Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen liegt die durchschnittliche Gesamtbelastung der Bewohnerinnen und Bewohner infolge der steigenden Preise inzwischen wieder auf dem Niveau des Jahres 2021, also vor Einführung der Zuschläge durch die Politik. So wurden den Bewohnerinnen und Bewohnern Ende 2023 von der Pflegeversicherung durchschnittlich 569 Euro pro Monat für ihre pflegebedingten Eigenanteile in Form der nach Wohndauer gestaffelten Zuschläge erstattet. Durchschnittlich 874 Euro mussten die Bewohner selbst für die Pflege zuzahlen, hinzu kamen im Schnitt 909 Euro für Unterkunft und Verpflegung sowie 484 Euro Investitionskosten. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Gesamtbelastung von 2267 Euro monatlich. Weitere Infos unter www.wido.de

Nutzen von DiGA

Die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) kommen langsam in der Versorgung an. Laut dem dritten Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit DiGA wurden zwischen dem 1.9.2020 und dem 30.9.2023 rund 374 000 DiGA in Anspruch genommen. Dafür hat die gesetzliche Krankenversicherung 113 Mio. Euro bezahlt. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich Ausgaben und Inanspruchnahme damit mehr als verdoppelt. Bei der Mehrzahl der DiGA gelinge es nach wie vor nicht, einen positiven Effekt auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu belegen, so der GKV-SV. Im Berichtszeitraum konnte nur jede fünfte DiGA zu Beginn ihrer Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis einen Nutzen für die Patientinnen und Patienten nachweisen.

Der unverändert hohe Anteil von Anwendungen, die aufgrund ihres unklaren Nutzens nur zur Probegelistet seien, sorgte für Unsicherheit und mangelnde Akzeptanz sowohl bei der verordnenden Ärzteschaft als auch bei Patientinnen und Patienten. Gleichzeitig würden die Preise weiterhin steigen. Der durchschnittliche Herstellerpreis bei Aufnahme für eine DiGA im ersten Jahr habe sich gegenüber dem ersten Berichtsjahr um knapp 46% auf 593 Euro erhöht.

Aktuell sind 52 Gesundheits-Apps gelistet, werden also von den Krankenkassen bezahlt. Die meisten werden als begleitende Anwendungen bei psychischen Erkrankungen, bei Adipositas oder bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems verordnet.

Aktueller IGeL-Podcast

»Reiseimpfungen – Welche? Wann? Und wer zahlt?« ist das Thema eines aktuellen IGeL-Podcasts mit der Arbeits- und Reisemedizinerin Dr. Mariam Konner. Viele Menschen planen derzeit ihre nächste Urlaubsreise. Und neben Reiseziel, Unterkunft, An- und Abreise spielt möglicherweise auch das Thema Impfen eine wichtige Rolle. Welche Impfun-

gen werden empfohlen? In welchen Fällen übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten? Wann müssen Versicherte selbst zahlen? Und was gilt es dann zu beachten?

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

Internetregister für Organspenden

Das seit Jahren geplante und 2020 beschlossene Internetregister für Organspenden in Deutschland soll ab dem 18. März 2024 stufenweise seinen Betrieb aufnehmen. Dann soll es möglich sein, die Erklärung zur Spendenbereitschaft online zu hinterlegen. Voraussetzung für die Onlineerklärung ist der Besitz eines Ausweises mit Onlinefunktion (eID). Ab dem 1. Juli sollen Kliniken, die Organe entnehmen, die Erklärungen im Register abrufen können. Nur die erklärende Person und berechtigtes Krankenhauspersonal sollen Zugriff auf die Daten erhalten. Geplant ist zudem, dass Versicherte spätestens bis zum 30. September ihre Bereitschaftserklärungen auch direkt über Krankenkassen-Apps abgeben können. Das Portal, das beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingerichtet wird, erleichtere »es Ärztinnen und Ärzten, die Spendenbereitschaft eines potenziellen Organspenders schnell und verlässlich zu klären«, so Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach.

Infos auch unter www.bfarm.de

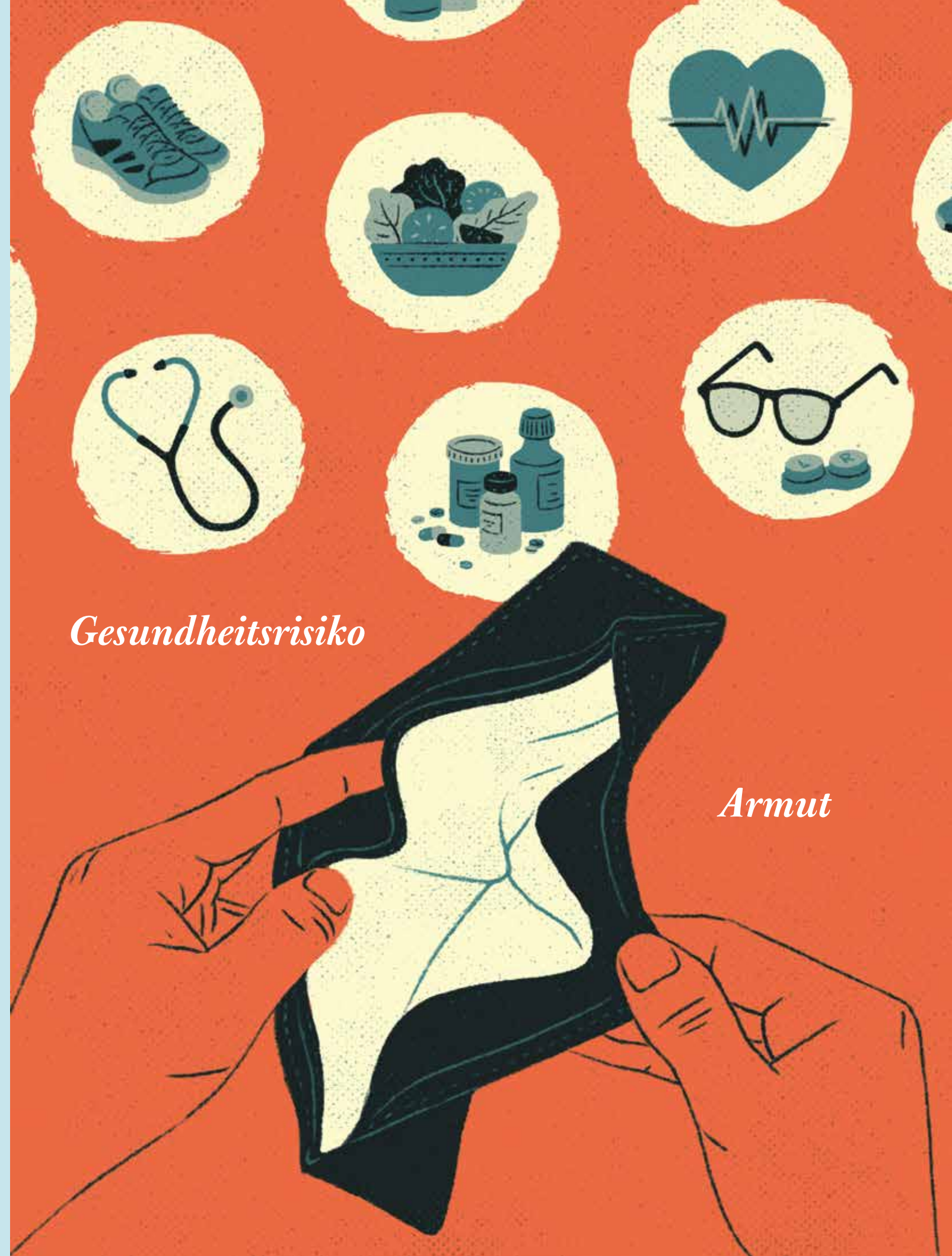
forum-Newsletter

Wissenswertes auf einen Klick: Der forum-Newsletter informiert über Themen und Trends rund um Gesundheit, Pflege und die Arbeit des Medizinischen Dienstes. Er verlinkt auf ausgewählte Beiträge im Magazin forum und kündigt viermal im Jahr das Erscheinen einer neuen Ausgabe an.

Anmeldung unter <https://md-bund.de/presse/forum-das-magazin-des-medizinischen-dienstes/forum-newsletter.html>

Gesundheitsrisiko

Armut



Wenn Armut krank macht

IN DEUTSCHLAND sind 17 Millionen Menschen von Armut bedroht, deutlich mehr als vor der Corona-Pandemie. Wer arm ist, hat nicht nur ein höheres Risiko, krank zu werden, sondern oft auch eine kürzere Lebenserwartung. Die »voranschreitende Polarisierung im Gesundheitssystem« und zunehmende soziale Spaltung müssen dringend durch Reformen gestoppt werden, forderten zahlreiche Wissenschaftler und Public-Health-Experten mit dem *Bielefelder Memorandum zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit* bereits 2006. Die Wahrscheinlichkeit, zu erkranken und früh zu sterben, sei in den unteren Sozialschichten überdurchschnittlich hoch, schrieben sie. Dies belaste die Gesundheitssysteme übermäßig, unter anderem durch hohe Behandlungskosten für chronische Erkrankungen. Schaut man auf aktuelle Zahlen des Statistischen Bundesamtes, hat sich der Wunsch der Wissenschaft nicht erfüllt. 2006 lebten 14% der Bevölkerung in (Einkommens-)Armut. 2022 mussten weiterhin 14,7%, zwölf Millionen Menschen, in Deutschland mit weniger als 60% des mittleren Einkommens (1250 Euro netto im Monat) auskommen. Knapp 21% sind von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht. In einer wohlhabenden Stadt wie München lebt jeder/jede Sechste unterhalb der Armutsgrenze.

Kinderarmut steigt

Auch ein Blick in die Sozialstatistik führt nicht zur Entwarnung. 2021 waren fünf Millionen auf staatliche Sozialleistungen wie Hartz IV und Grundsicherung angewiesen. 2023 stieg die Zahl der Empfänger des neuen Bürgergelds auf 5,5 Millionen, darunter 1,5 Millionen Kinder unter 15 Jahren. Vor allem der Anstieg der Kinderarmut gibt Anlass zur Sorge. Aber auch die Armut im Alter, die zur Jahrtausendwende als weitgehend überwunden galt, steigt wieder – von 11% (2005) auf 17,5% (2022).

Vor allem die Corona-Pandemie, die Energiepreisexplosion und die hohe Inflation haben die Probleme einkommensschwacher Haushalte verschärft. Finan-

ziell prekäre Verhältnisse bedeuten aber nicht nur Einschränkungen beim täglichen Einkauf, beim Wohnen und bei der gesellschaftlichen Teilhabe, sondern, wie viele Untersuchungen in Deutschland seit einigen Jahren belegen, ein signifikant erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko.

Von Armut Betroffene leiden deutlich häufiger an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Adipositas und chronischen Erkrankungen. Laut dem Diabetes-Atlas der BARMER erkranken Menschen in wirtschaftlich schwachen Regionen besonders häufig an Diabetes. Im brandenburgischen Ort Bad Belzig sind 13,5% der Einwohner Diabetiker, in den Vierteln rund um die Hamburger Elbchaussee sind es lediglich 4,3%. Der Forschungsverbund DIAB CORE kommt zu ähnlichen Ergebnissen. Danach ist die Wahrscheinlichkeit, an Typ-2-Diabetes zu erkranken, in Regionen mit der höchsten strukturellen Benachteiligung doppelt so hoch wie in prosperierenden Regionen. Bei Adipositas liegt die Wahrscheinlichkeit sogar bei 30%.

Lebenserwartung ist kürzer

Auch der Verlauf der Krankheit und das Sterberisiko sind von sozialen Faktoren abhängig. Nach Daten des Robert-Koch-Instituts (RKI) ist die Lebenserwartung von Männern, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, im Vergleich zu ihren Geschlechtsgenossen mit höherem Einkommen um rund acht Jahre kürzer, die der Frauen um rund vier Jahre. Jeder vierte Mann mit niedrigem Einkommen erreicht nicht das 65. Lebensjahr.

Beeinträchtigungen sind bereits im Kindesalter nachweisbar. In Bremen, dem Land mit der höchsten Kinderarmutsquote in Deutschland, ergaben die Schuleingangsuntersuchungen jüngst, dass der größere Teil der Kinder zwar immer gesünder aufwächst. Doch bei 40% der Kinder aus sozial benachteiligten Wohnquartieren wurden erhebliche gesundheitliche Probleme diagnostiziert. Viele sind übergewichtig, weil es an einem ausgewogenen Essen fehlt; viele haben schlechte Zähne. In einer Schule mit eher sozial benachteiligten Schülerinnen und Schülern hatten insgesamt 62% der Erstklässler Löcher in den Zähnen,



Verkehr: 8,97%



Wohnungsmieten, Energie und Wohnungsinstandhaltung: 8,84% von € 563 Bürgergeld

Zahnfleischentzündungen oder Zahnstein. Ein Grund: Die Kontrolluntersuchungen bei Zahnärztin oder -arzt werden oft gar nicht wahrgenommen, wie die KIGGS-Studie des RKI feststellt. Die Bilanz bei den Vorsorgeuntersuchungen sieht ähnlich aus: 29% der Erstklässler aus einkommensschwachen Familien haben ein oder zwei Termine (U1 bis U9) verpasst. Nach den KIGGS-Daten berichten Eltern mit niedrigem Sozialstatus zudem doppelt so häufig von einer ADHS-Diagnose ihres Kindes wie Eltern mit einem hohen Sozialstatus. Ob und inwieweit die soziale Lage Ursache für die Entstehung von ADHS ist, ist jedoch nicht geklärt.

Ungesunder Lebensstil, keine Vorbilder

Warum Armut krank macht, wird in der Wissenschaft heftig debattiert. Der Mainzer Mediziner Prof. Dr. Gerd Trabert, der sich seit vielen Jahren um Obdachlose kümmert, ist überzeugt, dass Menschen mit geringem Einkommen häufig weniger auf ihre Gesundheit achten und Krankheiten verschleppen. Warum Kinder ungesund aufwachsen, ist allerdings nicht nur eine Frage der finanziellen Verhältnisse. Die KIGGS-Studie betont, dass die Bildung und die berufliche Stellung der Eltern ebenso entscheidend sind. Je geringer der Schulabschluss und schlechter die berufliche Ausbildung, desto größer sei die Gefahr. Kinder, die eingebettet sind in ein Netz an Angeboten und Förderung, bewegen sich mehr, rauchen weniger und sind seltener übergewichtig.

Fehlt es also »nur« an mehr Aufklärung, Anleitung und »leuchtenden Beispielen«, um auch mit einem kleinen Haushaltsbudget gesund zu leben? Die Autoren der KIGGS-Studie empfehlen, mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention bereits konsequent im Kindesalter zu beginnen und diese vor allem sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen zukommen zu lassen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sammelt seit 2001 in einer frei zugänglichen Datenbank Projekte und Angebote, die sich bundesweit der Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter widmen – von *Freizeit-Fit4Kids* in Düsseldorf, das an Diabetes erkrankte Kinder und Jugendliche unterstützt,

bis zum *Kunstverein KaSo* in Wismar, der versucht übers Kunsthandwerk Langzeitarbeitslosen psychosoziale Hilfe anzubieten. Die Vernetzung der Projekte sei eine der wichtigsten Aufgaben von Public Health, erklärte Prof. Dr. Martin Dietrich, bis vor wenigen Monaten kommissarischer BZgA-Direktor, auf dem jüngsten Kongress »Armut und Gesundheit«, der seit 28 Jahren regelmäßig stattfindet. Immer mehr Fachleute plädieren angesichts der Herausforderungen für eine Reform des 2015 beschlossenen Präventionsgesetzes.

Pläne für 1000 Gesundheitskioske

Das Bundesgesundheitsministerium hat reagiert. Minister Karl Lauterbach plant die bundesweite Gründung von rund 1000 Gesundheitskiosken in sozial benachteiligten Quartieren. Der erste Kiosk wurde 2017 als Modellprojekt von einem regionalen Ärztenetz und fünf gesetzlichen Krankenkassen in Hamburg-Billstedt eröffnet und fand seitdem viele Nachahmer. Ziel der Gesundheitskioske ist es, Patienten und Patientinnen aus schwierigen sozialen Verhältnissen niedrigschwellig zu unterstützen, Tipps für ein gesünderes Leben zu geben und überfüllte Arztpraxen zu entlasten. Trotz guter Noten für das Projekt waren drei Ersatzkassen in Hamburg vor zwei Jahren aus der Finanzierung ausgestiegen – vornehmlich aus Protest gegen Lauterbachs Ankündigung, die Kioske zur Regelversorgung zu machen.

Unbeeindruckt von der Kritik stellte der Minister im Sommer 2023 einen Referentenentwurf für sein Gesetz (zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune) zur Einführung der Gesundheitskioske vor, der allerdings aktuell überarbeitet wird. Ende Januar kündigte Michael Weller, Abteilungsleiter Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im BMG, an, dass es künftig einen Rechtsanspruch auf dieses Versorgungsangebot für alle Menschen unabhängig von ihrem Versichertenstatus geben soll. Starttermin: Januar 2025. □

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



Digitalisierung für alle?

Post und Telekommunikation: 8,94 %



FÜR SEHR VIELE Menschen gehört Digitalität inzwischen zum Alltag und hat einen wesentlichen Anteil an Kommunikation, Arbeit, Freizeit und Versorgung. Doch für Menschen, die in Armut leben, ist der Zugang zur digitalen Welt oft verstellt. Wer vor zwanzig Jahren eine Wohnung suchte, kaufte sich Tageszeitungen aus Papier und kreiste ausgewählte Angebote mit einem Kugelschreiber ein. Heute unterstützen digitale Anwendungen scheinbar selbstverständlich nicht nur bei der Wohnungssuche, sondern überall im Alltag: einkaufen mit der Rabatt-App, arbeiten mit der Office-Software, soziale Kontakte pflegen per Chat, Jobsuche auf Online-Portalen.

Digital – normal?

Doch diese digitale Normalität steht nicht allen Menschen offen: Der Paritätische Gesamtverband veröffentlicht jährlich seinen Armutsbericht und macht darin auf gegenwärtige Schwerpunkte von Armut in Deutschland aufmerksam. So wurde im Armutsbericht 2021 deutlich, dass die Auswirkungen der Corona-Pandemie Menschen, die zu den Einkommensarmen gerechnet werden, besonders trafen. Während beispielsweise ein großer Teil der Bevölkerung vom Digitalschub durch die Pandemie profitierte, brachen für viele Menschen, die staatliche Leistungen beziehen oder darauf angewiesen wären, ganze Versorgungsstrukturen zusammen, darunter auch der Anschluss an die digitale Welt.

»Personen, die keinen eigenen Computer oder kein Smartphone haben, sind auf öffentliche Treffpunkte mit PC-Plätzen, wie beispielsweise Arbeitslosenzentren oder Bibliotheken, angewiesen, um bestimmte Informationen zu bekommen oder E-Mails zu schreiben. Doch diese Einrichtungen mussten alle aufgrund der Kontaktbeschränkungen schließen«, erklärt Gwendolyn Stilling, Pressesprecherin des Paritätischen Gesamtverbands und Leiterin des Projekts Digitale Kommunikation und Teilhabe.

Auch Schulen mussten während der Pandemie schließen und nicht jedes Kind konnte ohne weiteres am Online-Unterricht teilnehmen.



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

men: Insgesamt gelten fast drei Millionen Kinder in Deutschland als arm. In einkommensschwachen Haushalten stehen im Schnitt deutlich weniger oder gar keine internetfähigen Endgeräte zur Verfügung. Vielen Kindern bleibt unter solchen Vorzeichen weit mehr als nur die zukünftig dringend notwendige digitale Kompetenz versagt. 2021, im zweiten Pandemie-Jahr immerhin, entschied das Thüringer Landgericht, dass die Finanzierung von Hardware für den Online-Unterricht als »unabweisbarer Mehrbedarf« vom Jobcenter zu tragen sei.

Arm und offline

Anders als die Pandemie konnte die fehlende digitale Teilhabe bisher nicht überwunden werden. 2023 hat der Paritätische Gesamtverband Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) ausgewertet. Demnach verfügen von 14,1 Millionen Menschen, die 2021 zu den Einkommensarmen in Deutschland gehörten, etwa drei Millionen Menschen zuhause über keinen Internetanschluss. Zwar gibt es auch Menschen, deren Einkommen oberhalb der Armutsschwelle liegt und die kein Internet nutzen. Doch armutsbetroffene Menschen begründen den fehlenden Internetanschluss deutlich häufiger mit hohen Kosten. Zuverlässige sichere Geräte, laufende Flatrate-Verträge und unvorhergesehene Reparaturen bedeuten große finanzielle Belastungen für Menschen, die für den täglichen Bedarf jeden Cent umdrehen müssen. So erklärt Yaska K., die selbst von Armut betroffen ist: »Wenn mein Rechner kaputt geht, bin ich komplett außen vor. Ich kann ihn nicht ersetzen.« Und selbst wenn ein Smartphone zur Verfügung steht, »stellt die Begrenzung des Datenvolumens die Teilhabegrenze dar«, ergänzt Valentina Kerst, Digitale-Strategie-Beraterin für Organisationen und Unternehmen.

Kerst und Fedor Ruhose, Staatssekretär im Ministerium für Arbeit, Soziales, Transformation und Digitalisierung in Rheinland-Pfalz, zeigen in ihrem Buch *Schleichender Blackout*

die Voraussetzungen für eine gelungene Digitalisierung in Deutschland auf und fordern: »Wir müssen also dafür sorgen, dass das Digitalisierungsversprechen für alle in unserer Gesellschaft eingelöst wird. Dafür muss der Staat digitale Daseinsvorsorge gewährleisten.«

Vom Existenzminimum zum Empowerment

Zahlreiche Sozialverbände kritisieren, dass die digitale Teilhabe in der Grundsicherung nicht ausreichend berücksichtigt ist. So fordern unter anderem die Diakonie Deutschland, der Evangelische Verband Kirche-Wirtschaft-Arbeitswelt und das Armutsnetzwerk e.V. ein »digitales Existenzminimum«: Neben einem realistischen Regelbedarf gehören dazu die Ausstattung mit Endgeräten, mehr öffentlich zugängliches und kostenfreies Internet sowie die Investition in digitale Kompetenzen. Auch die Digitalisierung der Behörden, die derzeit auf der Grundlage des Onlinezugangsgesetzes (OZG) vorangebracht wird, sollte nutzerfreundlicher gestaltet werden.

Gwendolyn Stilling vom Paritätischen Gesamtverband ergänzt: »Statt Massenverwaltungstauglichkeit muss ein konsequentes Zielgruppendenken umgesetzt werden: Menüführung, Support, nichtelektronische Verwaltung. Idealerweise würden ja auch Zeit- und Personalressourcen durch die Digitalisierung von Verwaltungsabläufen freigesetzt werden. Diese Zeit könnte sinnvoll in die persönliche Beratung investiert werden.«

Laut den Sozialverbänden ermöglicht eine gelungene Digitalisierung von Armut betroffenen Menschen zudem, sich zu vernetzen und sichtbar zu werden. »Der digitale Raum«, so Stilling, »eröffnet enormes Potenzial für eine niedrigschwellige und gleichwürdige Kommunikation – unabhängig davon, was ich mitbringe, welchen Status ich habe. Das ist eine zentrale Voraussetzung, um sich politisch, kulturell, gesellschaftlich einzubringen, teilnehmen zu können und sein Umfeld mitgestalten zu können.«

Digitale Gesundheitskompetenz

Die Expertise des Paritätischen Gesamtverbands kommt auch zu dem Ergebnis, dass ein Drittel der Menschen in Deutschland befürchtet, mit neuen digitalen Entwicklungen nicht Schritt halten zu können. Diese Sorge ist insbesondere für Menschen mit Armutserfahrung angesichts fehlender Geräte und Kompetenzen nicht von der Hand zu weisen. Schließlich sind davon nahezu alle Lebensbereiche betroffen, so auch die Gesundheit.

Von der elektronischen Patientenakte über digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen bis hin zur umfassenden elektronischen Verarbeitung von Gesundheitsdaten – die sinnvolle Nutzung dieser Neuerungen erfordert nicht nur leistungsfähige Endgeräte und gut durchdachte Software. Überdies müssen alle

Betroffenen von der Entwicklung bis zur Anwendung involviert und umfassend informiert sein. Nur so können Anwendungen nutzerfreundlich gestaltet und Grundlagen für souveräne Entscheidungen geschaffen werden, also: Wie nutze ich was? Welche Daten möchte ich dazu preisgeben? Und welche Dinge möchte ich nicht digital, sondern persönlich regeln?

Die Digitalstrategie der Bundesregierung formuliert das Ziel, »die Digitalisierung so zu gestalten, dass alle Menschen von ihr profitieren können – unabhängig von Alter, Geschlecht, Behinderung, sozialer Lage und ethnischer Herkunft«. Doch gegenwärtig leben fast drei Viertel der Menschen in Deutschland, die keinen Internetanschluss haben, in Armut und ihnen droht bislang mit zunehmender Digitalisierung aller Verwaltungsabläufe eine massive Benachteiligung. Nicht nur für sie muss daher die Wahlfreiheit bestehen bleiben, das Leben auch weiterhin analog regeln zu können. □

Altgeräte (PC, Laptop, Tablet, Handy) können gespendet werden, z. B. an

- Computertruhe e.V. <https://computertruhe.de>
- Projekt des Paritätischen Gesamtverbands zur Digitalen Kommunikation #GleichImNetz <https://www.der-paritaetische.de>



Freizeit, Unterhaltung und Kultur: 9,76 % von € 563 Bürgergeld

Ein Platz an der Tafel



DIE TAFELN in Deutschland wurden ursprünglich gegründet, um der Lebensmittelverschwendung Herr zu werden. Inzwischen werden sie für immer mehr Menschen zum Rettungsanker und kommen dabei selbst in Nöte. Ein Artikel, herausgerissen aus einer amerikanischen Zeitung, gab den Anstoß für die Gründung der ersten Tafel in Deutschland. Die Berliner Ärztin Ursula Kretzer-Mossner hatte im USA-Urlaub einen interessanten Beitrag über die New Yorker Initiative *City Harvest* gelesen. Deren ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter holten täglich überschüssiges Essen bei Supermärkten und Restaurants ab und verteilten es an Menschen am Rande des Existenzminimums. 1993 gründete die *Initiativgruppe Berliner Frauen* die erste Tafel Deutschlands.

Auch hierzulande sammeln die Tafeln überzählige Lebensmittel, die nach den gesetzlichen Bestimmungen noch verwertbar sind, und geben diese an Bedürftige ab. Mittlerweile sind es 974 Tafeln mit über 2000 Ausgabestellen bundesweit, die mit 265.000 Tonnen geretteten Lebensmitteln pro Jahr zwischen 1,6 und 2 Millionen Menschen jährlich unterstützen. Das Prinzip ist überall das gleiche: Zunächst muss, beispielsweise anhand eines Bescheids vom Sozialamt, die Bedürftigkeit nachgewiesen werden. Danach erhalten die Kundinnen und Kunden einen Ausweis, mit dem sie zu bestimmten Terminen bei der örtlichen Tafel gegen eine geringe Gebühr Lebensmittel erhalten können.

Die Tafeln arbeiten »beinahe ausschließlich ehrenamtlich und spendenfinanziert, um Lebensmittel zu retten und diese an armutsbetroffene Menschen weiterzugeben«, erklärte Sirkka Jendis, hauptamtliche Geschäftsführerin des Vereins Tafel Deutschland, Anfang dieses Jahres bei einem Fachgespräch im Deutschen Bundestag. Das Engagement gehe aber längst über die reine Lebensmittelausgabe hinaus. »Die Angebote der Tafeln sind so vielfältig wie die Menschen, die zu uns kommen.« Während manche ausschließlich Lebensmittel ausgeben, bieten andere zusätzlich warme Mahlzeiten an. Manche verfügen über Kleiderkammern oder eine angeschlossene Sozialberatung.



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

Steigende Kundenzahlen ...

Rund 60.000 Menschen sind bundesweit für die Tafeln aktiv, etwa 90% von ihnen ehrenamtlich. »Die Tafeln in Deutschland setzen sich dafür ein, Armut zu lindern und den Betroffenen den Alltag ein wenig zu erleichtern«, so Jendis. Der Bedarf ist groß und wächst weiter. Die Gründe dafür sind vielfältig. »Die Auswirkungen des Krieges in der Ukraine, die Inflation und die sich zuspitzende Klimakrise führen dazu, dass mehr Menschen in Not geraten und ihr Geld nicht mehr für Essen, Wohnen und das Nötigste reicht«, fasst Andreas Steppuhn, der Vorstandsvorsitzende des Dachverbandes Tafel Deutschland e.V., die wichtigsten Faktoren zusammen. Seit Anfang 2021 sind die Lebenshaltungskosten in vielen Bereichen in die Höhe geschnellt. Bei Nahrungsmitteln betragen die Preissteigerungsraten bis zu 20%. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes war im Jahr 2022 etwa jeder Fünfte in Deutschland, insgesamt gut 17,3 Millionen Menschen, von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht.

Der Kreis derjenigen, die auf die Angebote der Tafeln angewiesen sind, beschränke sich längst nicht nur auf »Menschen, die Bürgergeld oder andere Sozialleistungen beziehen«, so Steppuhn. Betroffen seien »immer häufiger auch Menschen, die wenig verdienen, kinderreiche Familien, Alleinerziehende sowie Rentnerinnen und Rentner.« Es handele sich um Menschen, »die arbeiten gehen und mit Bürgergeld aufstocken müssen. Die alleinerziehend sind, in Teilzeit arbeiten und enorm hohe Mieten zahlen. Die ihr ganzes Leben lang so wenig verdient haben, dass ihre Rente jetzt wenige hundert Euro im Monat beträgt. Die psychisch oder körperlich krank sind und deshalb nicht arbeiten können.« Auch viele Geflüchtete zählen zum Kundenkreis.

... rückläufige Spenden

Angesichts der steigenden Nachfrage stoßen immer mehr Tafeln an ihre Grenzen. Laut einer Umfrage des Bundesverbands Deutsche Tafeln im Sommer 2022 sei die Zahl der Hilfesuchenden bei rund 40% der Tafeln um bis zu 50% angestiegen. Bei knapp 8% habe sie sich verdoppelt. Gleichzeitig geht die Menge der gespendeten Lebensmittel zurück, stellt nicht nur Edeltraud Rager, die Leiterin der Nürnberger Tafel, fest. »Viele Supermärkte machen abends einen Abverkauf von Obst und Gemüse zu Sonderkonditionen. Das ist die Ware, die wir sonst am nächsten Tag abgeholt haben«, sagte sie Anfang 2023 in einem Interview für den Tafel-Blog. Und weil vor allem große Firmen ihre Bestellmengen mithilfe Künstlicher Intelligenz immer besser auf den Verkauf abstimmen, bleiben insgesamt weniger Lebensmittel übrig.

Fast zwei Drittel der Tafeln haben angesichts der Knappheit die ausgegebene Lebensmittelmenge pro Haushalt reduziert, etwa jede dritte zeitweise Aufnahmestopps verhängt. Das sei für die Kunden, aber auch für die Ehrenamtlichen belastend, sagt Tafel-Geschäftsführerin Jendis. »Wenn Tafeln geschlossen sind, weil sie Aufnahmestopps haben, dann verschwindet die Not der Menschen nicht, sondern die Menschen werden damit alleingelassen.«

Wenn das Geld nicht einmal mehr fürs Essen reicht, sind die Tafeln oft Retter in der Not. »Vor allem frisches Obst und Gemüse sind im Handel so teuer«, sagt Gerda R.* Seit 2016 zählen sie und ihr herzkranker Mann zu den Kunden der Tafel in Frechen, einer Stadt im Speckgürtel von Köln. Die Tafel Frechen wurde im Frühjahr 2002 gegründet, auch sie finanziert sich größtenteils über Sach- und Geldspenden. Die Stadt Frechen und die katholische Kirchengemeinde stellen Räume zur Verfügung. 72 ehrenamtliche Helferinnen und Helfer packen mit an. Mehrmals pro Woche werden mit dem eigenen Kühltransporter und mit Privat-PKWs bei rund 30 Supermärkten, Bäckereien und Metzgereien, im Großhandel und bei Privatpersonen Lebensmittelspenden eingesammelt, geprüft und im Tafellager mit seinen fünf großen Kühlschränken und einer Gefriertruhe gelagert. An den Ausgabeterminen, dienstags und donnerstags, wählen jeweils rund 80 bis 100 Kunden aus dem Angebot aus. Pro Besuch zahlen sie einen Euro. Insgesamt versorgt die Tafel in Frechen etwa 1100 Menschen mit Lebensmitteln, sagt ihr Sprecher Rolf Dünkeltmann. Immer mehr Menschen seien dabei, »die früher aus Scham nicht kommen wollten, aber es jetzt müssen«.

Armutsbedingte Mangelernährung

Wer auf Transferleistungen angewiesen ist, hat pro Tag etwa fünf Euro für Nahrungsmittel und Getränke zur Verfügung. Eine gesunde Ernährung ist damit kaum zu finanzieren. Das Bundeszentrum für Ernäh-

11
Titelthema *forum* das Magazin des Medizinischen Dienstes 1/2024

rung widmete dem Phänomen der sogenannten Ernährungsarmut im August 2023 ein Expertenforum. Zwar sei die Datenlage in Deutschland unzureichend, hieß es dort. Doch auf der Basis einer Befragung der Ernährungs- und Landwirtschaftsorganisation der Vereinten Nationen (FAO) sei davon auszugehen, dass hierzulande rund drei Millionen Menschen von Ernährungsarmut betroffen seien, sich also aufgrund fehlender finanzieller Mittel nicht gesundheitsfördernd ernähren können.

Wenn das Geld knapp ist, kaufen die Betroffenen oft entweder weniger oder qualitativ schlechtere Lebensmittel ein. Statt Obst und Gemüse landen dann eher preisgünstige Sattmacher im Einkaufskorb. Die Folge ist nicht selten eine unzureichende Nährstoffversorgung. Eine solche, häufig armutsbedingte Mangelernährung wird als »hidden hunger« bezeichnet. Dieser »versteckte Hunger« kann die körperliche und geistige Entwicklung von Kindern beeinträchtigen und auch der Gesundheit Erwachsener schaden. Um dem vorzubeugen, gibt es im Rahmen des IN FORM-Projekts *Tafel i(s)t gesund und nachhaltig* kostenlose Seminare für Tafel-Kundinnen und -Kunden, die praxisnah Wissen über eine ausgewogene, preisgünstige Ernährung vermitteln. Für Sabine Werth, die langjährige Vorsitzende der Berliner Tafel, werden solche Angebote und auch die Tafeln selbst noch lange nötig sein. »Ich denke, dass wir Tafeln unsere Arbeit aufgeben können und müssen, wenn es keine Lebensmittelverschwendung und keine armutsbetroffenen Menschen mehr gibt. Vorher nicht.«

* Name geändert



Bekleidung, Schuhe:
8,3 % von € 563
Bürgergeld

Viel zu jung auf der Straße

WOHNUNGSLOSIGKEIT betrifft auch Jugendliche und führt zu verschiedenen gesundheitlichen Problemen. Streetworker versuchen ihnen zu helfen. ▶ Sie übernachten mal in einer Notunterkunft, mal bei einem Bekannten auf dem Sofa, in einem leerstehenden Gebäude oder auf der Straße: Junge Menschen, die obdachlos sind. Laut Bundeswohnungslosenbericht 2022 haben rund 38 000 Menschen unter 27 Jahren in Deutschland kein eigenes Bett und damit keinen Ort, an dem sie sich sicher und geborgen vom Tag erholen können. Sie kommen aus allen Schichten, doch besonders häufig sind Jugendliche betroffen, die aus sozial benachteiligten Familien stammen. Die meisten suchen sich die Wohnungslosigkeit nicht selbst aus, sondern sie ergibt sich als Folge ganz unterschiedlicher Krisen: Oft sind es unerträgliche Situationen im Elternhaus oder in der Familie, in der sie zuletzt gelebt haben, wie zum Beispiel emotionale Vernachlässigung oder körperliche und sexuelle Gewalt. Manchmal führen eine psychische Erkrankung, ein Suchtproblem oder eine traumatische Erfahrung außerhalb der Familie zur Flucht auf die Straße.

Fliehen vor zerrütteten Verhältnissen

Die Sozialpädagogin Benthe Müller-Nickel kennt viele solcher Geschichten, sie leitet die Hamburger Streetwork Station der Stiftung *Off Road Kids*: »Meistens sind es die Erfahrungen in der Kindheit und Jugend, die dazu führten, dass die jungen Menschen wohnungslos wurden. Gleichzeitig fördert die Obdachlosigkeit eventuell schon vorhandene psychische Instabilitäten.«

Bildungswesen:
0,36% von € 563
Bürgergeld



Off Road Kids ist eine gemeinnützige Stiftung mit Standorten in Hamburg, Berlin, Frankfurt, Dortmund und Köln. Dort versuchen rund 60 Mitarbeiter Straßenkindern und jungen Obdachlosen zu helfen: durch Ansprache, Unterstützung bei der Wohnungssuche, Hilfe mit dem Antrag auf Bürgergeld oder bei gesundheitlichen Problemen etc., je nachdem, welches Problem gerade am dringendsten ist. »Es gibt keine strengen Regeln, es gibt keine Ausschlusskriterien. Das Einzige, was sie mitbringen müssen, ist eine Motivation, irgendwas mit uns besprechen zu wollen«, erklärt Müller-Nickel.

Früher kamen die Streetworker von *Off Road Kids* durch den direkten Kontakt auf der Straße mit den Jugendlichen ins Gespräch, doch Smartphones und Social Media haben die Situation verändert. Durch Social Media und Co. finden Betroffene viel leichter als früher einen Schlafplatz für ein oder zwei Nächte – oft auf dem Sofa eines mehr oder weniger guten Social-Media-Bekanntes. »Sofa hopper« werden diese Jugendlichen genannt und sind damit nach der offiziellen Definition nicht mehr »obdachlos«, sondern »wohnungslos«, denn sie schlafen nicht auf der Straße. Das ändert aber nichts an ihrer prekären Situation, denn es bleibt die Unsicherheit: Wo kann ich nächste Nacht schlafen? Gleichzeitig sind junge Wohnungslose aber weniger sichtbar heutzutage. Darauf hat *Off Road Kids* reagiert. »Wir haben die Online-Plattform »Sofa Hopper« ins Leben gerufen, weil wir merkten: Man trifft nicht mehr ganz so viele junge Menschen auf der Straße an. Sie sind aber nicht weg, sondern eher in einer verdeckten Obdachlosigkeit. Und die sprechen wir sehr intensiv über die sozialen Medien mit unseren Angeboten an«, beschreibt Müller-Nickel.

Beherbergungswesen-
und Gaststättendienst-
leistungen: 2,61%



Chat ersetzt kein persönliches Gespräch

Die neuen Technologien ermöglichen ein besonders niedrigschwelliges Angebot: Per Chat oder Anruf fällt es vielen Jugendlichen leichter, den ersten Kontakt zu einem Streetworker aufzunehmen. Doch ein Chat kann nicht eine Beratung von Angesicht zu Angesicht ersetzen – schließlich geht es hier auch darum, Vertrauen zu gewinnen. Deswegen laden die Mitarbeiter von *Off Road Kids* nach dem ersten Chat immer auch zu einem persönlichen Gespräch ohne Bildschirm oder Hörer ein – ganz altmodisch von Mensch zu Mensch. In diesen Gesprächen geht es anfangs um akute Probleme, zum Beispiel um einen Schlafplatz für die Nacht oder etwas zu essen. Doch je vertrauter das Gespräch wird, umso schneller geht es auch um gesundheitliche Themen, sagt Müller-Nickel, wie zum Beispiel Zahngesundheit: »Teilweise kann man die gesundheitlichen Probleme sehen, teilweise erzählen sie auch, dass sie zum Beispiel sehr, sehr starke Schmerzen haben. Bei der psychischen Gesundheit ist es nicht immer auf den ersten Blick zu sehen.«

Reden über faule Zähne oder Ausschlag im Schritt?

Wenn man auf der Straße lebt, dann fallen andere Dinge »unter den Tisch«: Hygiene, Zahnpflege, Wundversorgung und auch regelmäßige Kontroll- oder Vorsorgeuntersuchungen. Ein weiteres Problem: Sexuell übertragbare Krankheiten und andere Infektionskrankheiten. Hier setzt das Programm *Streetwork+* an, ein Projekt, das *Off Road Kids* in Kooperation mit der Bahn-BKK 2017 ins Leben gerufen hat. »*Streetwork+* ist entstanden, weil wir merkten, dass die Gesundheitsthemen bei jungen Menschen auf der Straße oder in prekären Wohnsituation einen sehr großen Stellenwert einnehmen, aber von den jungen Menschen selbst meist vernachlässigt werden und dadurch schwierige Situationen entstehen können.« So erinnert sich Müller-Nickel und beschreibt, welche Aktivitäten das Projekt beinhaltet. »Ganz vorne steht der Gedanke, Mitarbeiter zu schulen, damit sie noch besser zu Gesundheitsthemen beraten können. Außerdem gab es Schulungen in der Gesprächsführung: Wie gehe ich überhaupt so ein Thema an, ohne dass es voll Scham besetzt ist?« Egal, ob es um schlechte Zähne geht, einen Ausschlag im Genitalbereich oder psychische Probleme: Den jungen Menschen fällt es nicht leicht, darüber zu reden, die Scham ist groß – da ist viel Fingerspitzengefühl notwendig und Wissen. Sexuelle Aufklärung ist sehr wichtig, denn viele Jugendliche haben schlichtweg falsche Vorstellungen davon, wie sie sich vor HIV und anderen Geschlechtskrankheiten schützen kön-

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



nen oder wie man eine Schwangerschaft verhütet. Aber auch Hygiene und gesunde Ernährung sind Themen, die die Streetworker behutsam mit ihren »Kids« besprechen. »Die Bahn BKK unterstützt uns auch mit Infomaterialien«, erzählt Müller-Nickel. »Zum Beispiel Ernährungsbroschüren oder ein kleines Infektionspaket, um Infektionen vorzubeugen. Auf dem Infektionspaket stehen Infos drauf wie: »Wie wasche ich mir richtig die Hände, welche Impfungen sind wichtig?«

Netzwerk von Ärztinnen und Ärzten

Wenn ein Jugendlicher so starke Schmerzen hat, dass er sofort einen Zahnarzttermin benötigt, oder wenn eine Jugendliche bereit ist, sich von einer Frauenärztin untersuchen zu lassen, dann helfen die Streetworker auch hier. Sie vereinbaren Termine und begleiten ihre Schützlinge in die Praxis, um ihnen die Angst zu nehmen. *Streetwork+* unterstützt, dass die Streetworker ein Netzwerk von Ärzten und Ärztinnen aufbauen, die bereit sind, z. B. auch ohne Versichertenkarte eine akute Zahnbehandlung durchzuführen. Und Verständnis haben für die jungen Menschen, die anders aussehen als ihre üblichen Patienten – und oft auch außergewöhnlich misstrauisch und ängstlich sind. Das Projekt wird gut angenommen, in die Hamburger Station kommen jeden Monat etwa 50 bis 80 junge Menschen und lassen sich helfen. Seit diesem Jahr unterstützen neben der Bahn-BKK weitere Betriebskrankenkassen das Projekt *streetwork+*, so dass Müller-Nickel und ihre Kolleginnen und Kollegen weiterhin jungen Menschen zuhören und helfen können. Auch wenn es oft harte Schicksale sind, die diese jungen Menschen erlebt haben – Müller-Nickel sieht in dem jungen Lebensalter auch etwas Positives: »Das Potenzial der jungen Menschen ist noch so frisch und manchmal noch nicht aufgedeckt. Die haben noch viel vor sich und sie haben noch viele Möglichkeiten, ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen.«

Gesundheitliche Ungleichheit: ein weltweites Problem?

14
Titelthema

NICHT NUR medizinische Versorgung und Vorsorge dienen der Gesundheit, sondern auch Faktoren wie gerechter Lohn und gesundes Klima. Doch nicht jeder hat Zugang dazu. Stattdessen herrscht gesundheitliche Ungleichheit. Dies ist nicht nur ein deutsches Problem. Europa-weit werden Lösungen gesucht. Die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken belegen verschiedene Studien. Menschen mit niedrigem Einkommen, niedriger Bildung und Berufen, die wenig Entscheidungsspielräume und Verantwortung zulassen, weisen deutlich höhere Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken auf. Dabei gilt: Je größer der Grad der Benachteiligung ist, desto schlechter ist womöglich der Gesundheitszustand und desto kürzer ist die Lebenserwartung. Gesundheitliche Ungleichheiten manifestieren sich auf unterschiedliche Weise und sind ein weltweites Problem, das in den vergangenen Jahren angesichts von Pandemie und Krisen spürbar zugenommen hat.

Schlechte Luft

Dass und wie sich auch das unterschiedliche Lebens- und Wohnumfeld auf die Gesundheit auswirkt, zeigt zum Beispiel ein Blick auf die katalanische Hauptstadt Barcelona. Hier war die Luftqualität in der Vergangenheit ausgesprochen schlecht. 2002 riss die Stadt den EU-Grenzwert für Stickoxide in der Luft, so ein Bericht des Gesundheitsamtes der Stadt aus dem Jahr 2017. Die Folge der schlechten Luft: Über 400 Menschen starben zwischen 2010 und 2017 vorzeitig.

Schlechte Luft beeinflusst nicht nur dort die Lebenserwartung. So sind nach einem Bericht des Fachmagazins *The Lancet Planetary Health* im Jahr 2019 weltweit neun Millionen Menschen vorzeitig an Umweltverschmutzung gestorben, die Hälfte von ihnen allein an verschmutzter Luft. Das entspricht einem von sechs Todesfällen weltweit, so *The Lancet Planetary Health*.

Städter leben laut

»Gute Luft und ruhiges Wohnen sind oft nur für die Wohlhabenden, die sich ein Haus in den grünen Villenvierteln leisten können«,

Andere Waren und Dienstleistungen: 7,98 % von € 563 Bürgergeld



sagt die Umwelt-Epidemiologin Prof. Barbara Hoffmann von der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Sie bestätigt, dass Städter, die in beengten, lauten Wohnungen leben und von Schadstoffen belastete Luft atmen müssen, eher und länger krank werden. So hätten Menschen, die in Städten mit hohem Feinstaub- und Stickoxid-Gehalt in der Luft leben und oft Straßenlärm ausgesetzt sind, unter anderem ein erhöhtes Risiko, an Lungen- und Atemwegserkrankungen, Asthma und Herz-Kreislauf-Krankheiten zu erkranken.

Eine Studie des Berliner Max-Planck-Institutes für Bildungsforschung mit 341 Probanden hat sogar einen Zusammenhang zwischen Hirngesundheit und Wohnort ermittelt. Wer nicht in einer lauten Innenstadt, sondern im beschaulichen Grüngürtel oder am Waldrand wohnte, zeigte vermehrt Hinweise auf eine laut MRT-Untersuchung physiologisch gesunde Struktur der Amygdala und vermutlich dadurch einen besseren Umgang mit Stress.

Damit wird klar, warum vor allem von Armut betroffene Menschen zum Beispiel häufiger an chronischen Krankheiten oder Stress erkranken: Sie können sich gesunde Wohnorte im Grünen nicht leisten. Oft führen bereits die Mietkosten in die Armut. Laut einer Studie der Hans-Böckler-Stiftung bleibt 2,1 Millionen Menschen hierzulande nach Abzug der Miete weniger als das Existenzminimum. Klar, dass sie sich in folgedessen seltener gesunde Nahrungsmittel, einen Saunabesuch oder den Mitgliedsbeitrag für den Sportverein leisten können – und deshalb zum Beispiel eher an Adipositas oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen leiden.



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

Große Versorgungsunterschiede zwischen den Ländern der EU

»Diese Zusammenhänge sind vielfach belegt«, betont auch die Epidemiologin Hoffmann. Und zwar nicht nur innerhalb Deutschlands, auch zwischen den Ländern Europas sieht man starke gesundheitliche Ungleichheiten. Der wissenschaftliche Dienst des Europäischen Parlaments hat die gesundheitlichen Ungleichheiten in der EU analysiert. So liegen zum Beispiel in Litauen die Sterbefälle bei Frauen aufgrund von Herzkrankheiten 13-mal höher als in Frankreich (32 bzw. 429 Sterbefälle je 100 000 Frauen). Auch bei der Krebssterblichkeit bestehen innerhalb der EU große Unterschiede: 2016 starben in Ungarn und Kroatien jeweils 330 Menschen je 100 000 Einwohner an Krebs. In Zypern waren es nur 194.

Vielleicht sind in Ungarn auch deshalb relativ viele Menschen an Krebs gestorben, weil es dort 2016 weniger MRT- und CT-Geräte gab als im EU-Schnitt. EU-weit standen je 100 000 Einwohner 2,2 CT-Geräte und 1,4 MRT-Geräte zur Verfügung. »Die niedrigste Verfügbarkeitsrate beider Technologien (0,9 bzw. 0,4 Geräte je 100 000 Einwohner) wurde in Ungarn verzeichnet«, heißt es in dem Bericht des wissenschaftlichen Dienstes des EU-Parlaments »Bewältigung gesundheitlicher Ungleichheiten in der Europäischen Union«.

Einen ganz anderen Zusammenhang verdeutlichte eine Studie aus Finnland: Sie zeigte, dass die Einnahme von Arzneimitteln gegen Asthma, Bluthochdruck und von Psychopharmaka stieg, je seltener sich die Betroffenen im Grünen aufhielten. Umgekehrt sank der Verbrauch, je länger die Probanden sich im Grünen aufhielten. Der Effekt war besonders bei den Blutdrucksenkern zu beobachten. Hier sank die Einnahme der Arznei bei Menschen, die fünfmal in der Woche im Grünen waren, im Vergleich zu denen, die nie oder nur einmal wöchentlich in der Natur waren, um 41%.

Niedrigschwellige Beratungen

Was lässt sich tun gegen die gesundheitliche Ungleichheit? Unzählige Projekte im In- und Ausland bemühen sich um eine gerechte Gesundheitsversorgung diesseits einer Behandlung in Klinik oder Praxis.

In der Poliklinik Hamburg Veddel zum Beispiel versucht man mit gezielten, niedrigschwelligen Beratungsangeboten insbesondere diejenigen zu erreichen, die sozial und gesundheitlich benachteiligt sind. Rund 5000 Menschen leben in dem traditionellen Arbeiterstadtteil, viele mit niedrigem Einkommen, viele ohne Arbeit, etwa drei Viertel mit Migrationshintergrund. Unter dem Dach der Poliklinik werden verschiedene Angebote gemacht, wie eine Sozialberatung, eine psychologische Beratung, die Gemeinwesenarbeit oder die Community Health Nurse zusammen mit einer Hausarzt- und Hebammenpraxis.

Krisenhotline und Schuluntersuchung

Oder in Slowenien: Dort half eine Telefonhotline dabei, psychisch belastete Anrufende während der Corona-Pandemie zu beraten. Organisiert wurden die »Krisen-Telefon-Hotlines« durch die rund 60 Gesundheitsförderungszentren. Sie waren während der Pandemie geschlossen und konnten nun wenigstens einen Teil der Lücken, die bei der psychologischen Beratung entstanden waren, per Telefon schließen. Zwischen März und Mai 2020 wurden fast 1500 Telefongespräche geführt.

In Finnland werden vor allem Kinder und Jugendliche in den Blick genommen: Alle Schulen bieten neben dem Unterricht auch eine Reihe von kostenlosen Gesundheits- und Sozialdiensten an. »Die schulische Gesundheitsversorgung mit ihren regelmäßigen Gesundheitsuntersuchungen soll die Gesundheit der Schüler unterstützen und potenzielle Gesundheitsprobleme so früh wie möglich erkennen«, heißt es auf dem Portal *health-inequalities.eu*. Das System habe im Hinblick auf die Chancengleichheit »sehr gute Ergebnisse erzielt«.

Und Barcelona? Inzwischen hat die alte Römerstadt mit ihrem schachbrettartigen Grundriss buchstäblich die Fundamente gelegt für die »Superblocks«. Sie sollen Lärm und Schmutz in der Stadt reduzieren und Gesundheit und Lebensqualität für alle verbessern. In den Straßengevierten wurden die Durchgangsstraßen mit Pollern und Pflanzkübeln versperrt für alles, was größer ist als Rollstuhl, Kinderwagen oder Fahrrad. Hier herrscht Schrittgeschwindigkeit. Einzig einige Stichstraßen führen die Autofahrer in die verkehrsberuhigten Nachbarschaften hinein und auf demselben Wege wieder hinaus.

Der Effekt liegt auf der Hand. »Berechnungen zeigen, dass durch die Superblocks viele Krankheitsfälle vermieden werden«, resümiert Barbara Hoffmann. »So sind die Bewohner der Superblocks viel mehr zu Fuß unterwegs. Untersuchungen haben gezeigt, dass jede Stunde körperlicher Tätigkeit am Tag das Risiko für einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall um 20% senkt.«



Innenausstattung, Haushaltsgeräte und -gegenstände, laufende Haushaltsführung: 6,09%

15
Titelthema
forum
das Magazin des Medizinischen Dienstes 1/2024



Gesundheitspflege: 3,82%
von € 563 Bürgergeld

Auf den Zahn gefühlt: Präventionsprojekt in strukturschwachen Stadtteilen

16 **forum** Titelthema
1/2024 das Magazin des Medizinischen Dienstes

WER sozial benachteiligt ist, hat oft schlechtere Zähne und mehr Zahnverluste – das zeigt sich sogar schon bei Kindern. In Krefeld sorgen Zahnärztinnen und Zahnärzte für Aufklärungsarbeit in strukturschwachen Stadtteilen. »Leider beobachten wir einen Zusammenhang zwischen Kinderarmut, schlechter Mundhygiene und Karies. Kinder aus sozial schwächeren Bezirken weisen deutlich häufiger kariöse Läsionen sowie starke Beläge auf den Zähnen auf«, sagt David Nowak, stellvertretender Leiter des Fachbereichs Gesundheit der Stadt Krefeld.

Die Gründe dafür sind vielfältig. Oft mangelt es neben den finanziellen Möglichkeiten auch an Informationen und Wissen, auch halten sich mitunter immer noch hartnäckig überkommene Mythen, etwa dass die Milchzähne nicht wichtig seien und daher nicht so gepflegt werden müssten, berichtet Nowak. »Die Kariesbakterien von kariösen Milchzähnen wirken sich aber direkt negativ auf die bleibenden Zähne aus. Zudem nehmen die Milchzähne eine wichtige Funktion als Platzhalter beim Zahnwechsel ein.« Kinder, die schon früh Zahnschmerzen erlebt haben, scheuen außerdem oft den Gang in die Zahnarztpraxis. Und auch Ängste der Eltern vor dem Zahnarztbesuch übertragen sich häufig auf die Kinder. Nicht zuletzt muss das tägliche Zähneputzen zu Hause eingeübt werden, damit sich eine ausreichende Mundhygiene richtig etabliert.

Niedrigschwellige Angebote

Wie anderswo auch werden in den Krefelder Kindergärten und Schulen zwar zahnärztliche Reihenuntersuchungen durchgeführt, doch diese Angebote reichen nicht aus. »In der Schule haben die Kinder viele andere Dinge im Kopf und sehen die Aufklärung teilweise als Pflichtprogramm an«, so Nowak. Darum schickt die Stadt im Rahmen eines 2023 gestarteten Modellprojektes Zahnärztinnen und Zahnärzte einmal in der

Miriam Mirza schreibt am liebsten über Gesundheit, Medizin, Pharma und Pflege und ist freie Journalistin im Rheinland.
miriammirza1@gmail.com



Woche auf Spielplätze in strukturschwachen Stadtteilen, um Kinder und Eltern in entspannter Atmosphäre und auf spielerische Art und Weise aufzuklären. »Wir können auf die Fragen der Kinder eins zu eins eingehen. Das Wissen aus Schule und Kita wird noch einmal verstärkt und zusätzlich erklärt, und die Kinder können alles noch einmal praktisch anhand von Modellen, Fotos und Plüschtieren erkunden und erlernen«, erklärt Nowak. Dabei sind alle Gespräche anonym und nicht mit bürokratischen Hürden verbunden.

Weiterer Pluspunkt: Das niedrigschwellige Angebot senkt die Scheu vieler Eltern, Fragen zu stellen. Sprachbarrieren, eigene Ängste oder die Sorge vor Kosten stellen oft hohe Hürden dar. Um den ersten Kontakt zu erleichtern, wird in Kindergärten und auf den Spielplätzen ein Informationsblatt in acht Sprachen verteilt. Künftig soll das Projekt auf zwölf Stadtteile erweitert und einmal in der Woche von den Zahnmedizinerinnen und -medizinerinnen besucht werden.

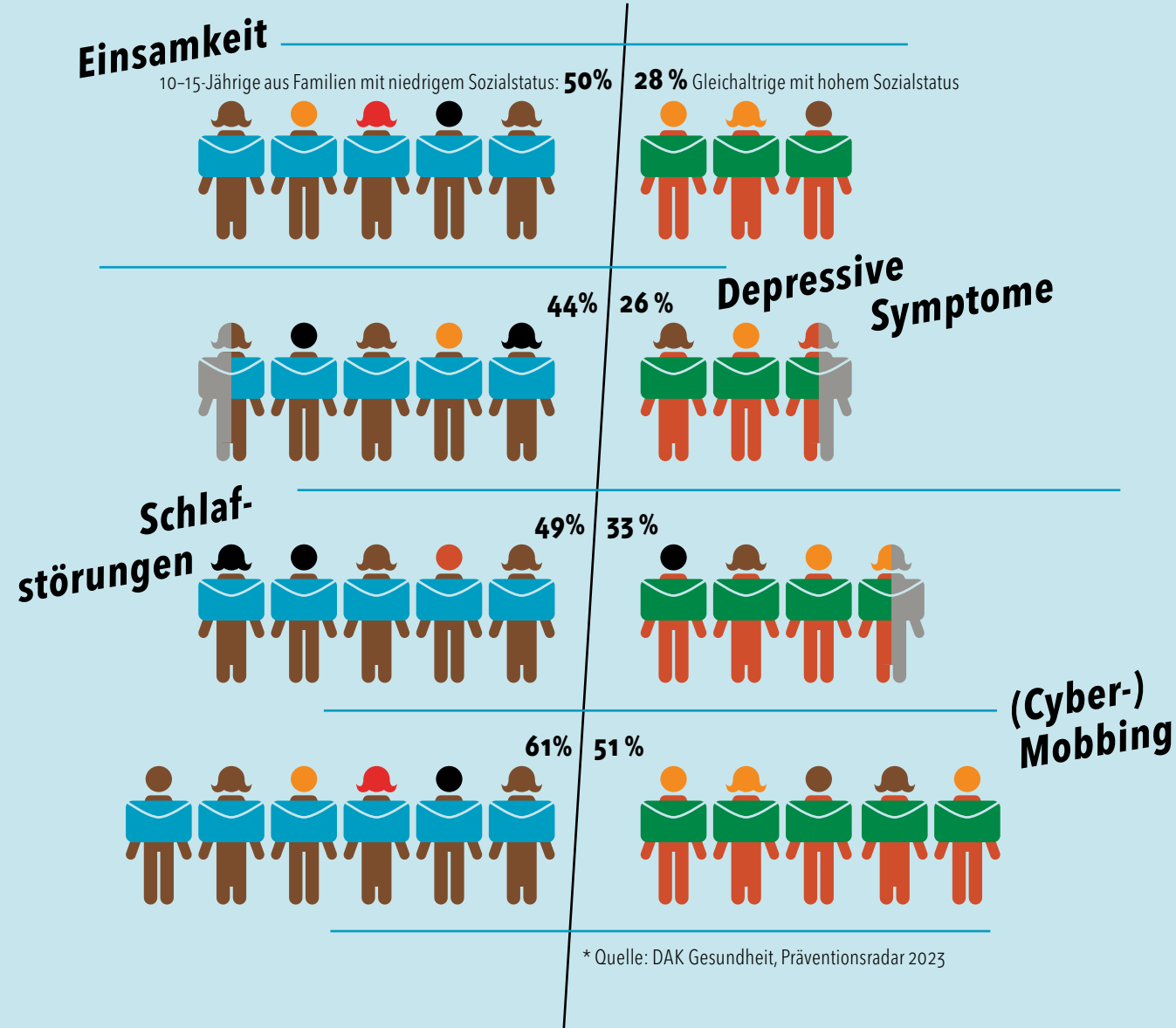
Positive Resonanz

Das Konzept der Krefelder stößt auf gute Resonanz: »Die Eltern, die wir bislang kennenlernen durften, waren sehr dankbar für das Angebot und haben mit großer Freude beobachtet, wie viel Interesse die Kinder nun am Erlernen des richtigen Zähneputzens zeigen und wie neugierig sie sind, zu sehen, was beim Zahnwechsel passiert und wie und warum eine Karies entsteht. Über das ausgeteilte Zahnputzset freuen sich sowohl die Kinder als auch die Eltern«, so Nowak.

Die Stadt Krefeld will das Thema Prävention stärker in den Blick nehmen. Daher will die Kommune insbesondere in Bezirken mit starken sozialen Benachteiligungen mehr Ressourcen aufbringen, um die Lebenssituation der Menschen vor Ort zu verbessern, und stellt einen Etat in Höhe von 250 000 Euro zur Verfügung. Daraus wird auch das Projekt finanziert. □



Worunter leiden Kinder, die von Armut betroffen sind?*



17 Medizin & Pflege in Zahlen

Dilemma oder Chance? Leiharbeit in der Pflege

A M THEMA Leiharbeit scheiden sich die Geister. Die einen halten den Trend zur Zeitarbeit für gefährlich, die anderen sehen darin eine Chance für grundlegende Veränderungen im Gesundheitswesen. In Krankenhäusern und Pflegeheimen fehlt das Personal zurzeit an allen Ecken und Kanten. Nach Schätzungen des Berufsverbandes für Pflegeberufe sind in der Pflege aktuell knapp 200 000 Vollzeitkräfte zu wenig beschäftigt. Um die Versorgung dennoch zu gewährleisten und arbeitsfähig zu bleiben, sind die Häuser auf Leiharbeiterinnen und Leiharbeiter angewiesen, heißt es.

Gleichzeitig zieht es immer mehr Pflegefachpersonen in die Leih- oder Zeitarbeit. Ein gefährlicher Trend, den es unbedingt zu stoppen gilt oder eine alternative Arbeitsform, die unverzichtbar ist und außerdem positive Anreize für substantielle Veränderungen im Gesundheitssystem bietet?

Leiharbeit, Zahlen und Fakten

»Die befristete Leiharbeit in der Pflege und klinischen Geburtshilfe hat in den letzten Jahren rasant zugenommen«, schreibt der Deutsche Pflegerat e. V. in einer Stellungnahme. Knapp 44 000 Leiharbeiterinnen und -arbeiter waren 2022 in der Gesundheits- und Krankenpflege, dem Rettungsdienst, der Geburtshilfe und Altenpflege beschäftigt. Das entspricht einem Anteil von 2,3% aller Beschäftigten in diesem Bereich.

Wie sich dieser Trend weiterentwickelt, ist noch unbekannt. Sicher dagegen ist, dass sich der Fachkräftemangel in den nächsten acht bis zehn Jahren noch dramatisch verschärfen wird. »Wir rennen geradewegs in eine Versorgungskatastrophe hinein«, sagt Carsten Hermes, Vorstandsmitglied der Pflegekammer NRW. Grund hierfür sei der demografische Wandel, der sich auf zweierlei Ebenen auswirke: Die Gesellschaft werde immer älter und damit pflegebedürftiger. Gleichzeitig würden zum Beispiel allein in Nordrhein-Westfalen rund ein Drittel der beruflich Pflegenden in den kommenden zehn Jahren in Rente gehen.

Demgegenüber stehen deutlich zu wenige Berufsanfängerinnen und -anfänger. Über Jahre sei versäumt worden, eine Ausbildungsinitiative zu starten,

kritisiert der Deutsche Pflegerat. Zum Mangel trägt außerdem bei, dass viele professionell Pflegende ihre Arbeitszeit verringern. Die Teilzeitquote lag im Juni 2022 für sozialversicherungspflichtig beschäftigte Pflegekräfte bei 51%. Dazu kommt ein verhältnismäßig hoher Krankenstand. Altenpflegerinnen und -pfleger beispielsweise sind laut einer Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) knapp 14 Tage im Jahr mehr krankgeschrieben als der Durchschnitt der bei der TK versicherten Beschäftigten.

Attraktives, alternatives Arbeitsmodell?

Die Arbeitsbedingungen für Pflegendende sind vielerorts unattraktiv: Aus der Unterbesetzung resultiert ein Zeitmangel, der stresst, auch, weil man dem eigenen Anspruch nicht mehr gerecht werden kann. Ein immer noch vergleichsweise zu niedriges Gehalt, Schichtdienst und das Fehlen einer verlässlichen Dienstplanung bringt Pflegendende an den Rand ihrer Belastungsgrenze, kritisiert das Deutsche Pflegehilfswerk e. V. »Vor diesem Hintergrund gewinnt die Tätigkeit als Leiharbeiterin oder -nehmer an Attraktivität«, meint der Deutsche Pflegerat.

In vielen Fällen sei die Zeitarbeit verbunden mit einem überdurchschnittlichen Gehalt, einer verlässlichen Dienstplanung, der Wahl von Schichten und der Vergütung von Überstunden, so der Deutsche Pflegerat: »Im Gegensatz dazu bieten Arbeitgebende dem Stammpersonal keine derartigen Arbeitsbedingungen, die den Umstieg und die Leiharbeit unattraktiv und damit überflüssig machen würden.«

Situation der Pflegebedürftigen

Der Deutsche Pflegerat fürchtet, dass bei einem Zuviel an Leiharbeit die Patientensicherheit gefährdet sein könnte. Häufige, kurzfristige Wechsel des Personals könnten vor allem ältere Menschen und solche mit kognitiven Einschränkungen verunsichern. Der Pflegerat äußert die Sorge, dass Leiharbeitnehmende den Qualitätsanforderungen nicht im gleichen Umfang gerecht werden wie die Stammebelegschaft.

Carsten Hermes sieht das differenziert: »Leiharbeiter kann man nicht per se abwerten.« Es hänge immer davon ab, wer käme: »Häufig kommen sehr gute, hochqualifizierte Kräfte, die ein hohes Maß an



Flexibilität mitbringen.« Die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen wehrt sich gegen eine pauschale Unterstellung der geringeren Pflegequalität durch Leiharbeitspersonen. Das sei durch Studien nicht bestätigt: »Die Fachlichkeit eines beruflich Pflegenden zeichnet sich durch dessen individuelle Fähigkeit aus, zum Beispiel innerhalb kürzester Zeit das Maß an Beziehungsarbeit zu leisten, um dem Pflegeempfangenden Sicherheit und professionelle Pflege zukommen zu lassen.«

Natürlich gäbe es unter den Leiharbeitsfirmen auch schlechte Anbieter, schränkt Hermes ein: »Ein Altenpfleger hat an einer Herz-Lungen-Maschine erstmal nichts zu suchen.« Es brauche vielmehr dringende klare Profilbeschreibungen sowie übereinstimmende Qualitätsindikatoren für eine gute Pflege, an denen sich Leihfirmen und die entleihenden Einrichtungen orientieren müssen.

Spaltung der Stammebelegschaft?

Leiharbeit kann Personalengpässe überbrücken. Sie ist aber auch teuer und kann das Betriebsklima trüben. Wenn eine Leiharbeitsperson eingearbeitet werden muss, keine Nachtdienste übernimmt und zudem mehr verdient als eine festangestellte Kraft, birgt das Konfliktpotenzial. Carsten Hermes wehrt sich auch hier gegen Verallgemeinerungen. Wenn ein gut eingespieltes Zweierteam der Stammebelegschaft auf einer Intensivstation eine zusätzliche Leiharbeitskraft zugewiesen bekomme, profitierten alle. Wenn allerdings mit der gleichen Besetzung drei Leiharbeitende integriert werden müssen, sehe die Situation schon kritischer aus.

»Wir registrieren, dass die Belegschaften durch Leiharbeit mehr und mehr gespalten werden«, sagt dagegen Dr. Gerald Gaß, Vorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Gaß warnt, dass sich Leiharbeit im Krankenhaus von der Ausnahme zum Regelfall entwickle. Davon ist sie aber mit etwas über 2% Anteil aller Beschäftigten noch weit entfernt. Eine der Haupt Sorgen der Arbeitgeber dürfte eine andere sein: »Im Durchschnitt sind die Personalkosten für Leiharbeitskräfte doppelt so hoch wie für festangestellte Mitarbeiter«, so die DKG.

Verbot der Leiharbeit wird Lage verschärfen

Die DKG fordert Reformen, die die Leiharbeit in der Pflege begrenzen sollen. Wünschenswert sei sogar, Leiharbeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen grundsätzlich zu verbieten. Es gäbe zwar eine gesetzgeberische Initiative, um die Leiharbeit zu verringern, indem die Gehälter begrenzt werden, meint der Deutsche Pflegerat. Außerdem sollen tragereigene Springerpools eingeführt werden. Doch ein gesetzliches Verbot der Arbeitnehmerüberlassung sei keine Lösung, zitiert das Deutsche Ärzteblatt Gesundheitsminister Karl Lauterbach. Stattdessen solle der Leiharbeit durch attraktivere Arbeitsbedingungen für die Stammebelegschaft begegnet werden. Dazu passt eine Entschließung des Bundesrats vom 2. Februar 2024, die von der Ampelkoalition ein Gesetz zur Eindämmung der Leiharbeit in der Pflege fordert.

»Ein Verbot der Leiharbeit wird die Situation nur noch weiter verschärfen«, befürchtet Carsten Hermes. Die Menschen würden dann eher mit der Pflege brechen und das Berufsfeld endgültig verlassen. Seiner Ansicht nach sei es gar nicht so schwierig, Menschen in der Pflege zu halten beziehungsweise neue Pflegefachpersonen hinzuzugewinnen: »Was die Mitarbeitenden wollen, ist ganz klar: planbare Dienste, eine gute Einarbeitung und eine gerechte Bezahlung.« Außerdem müssten sich die Einrichtungen konsequent an die Pflegeuntergrenzen halten und diese nicht permanent untergraben.

Hermes glaubt, das Thema Leiharbeit werde sich ganz von alleine regulieren. Leiharbeit an sich sei weder nur gut noch nur schlecht. Sie habe eine Berechtigung in der aktuellen Situation und auch in zehn Jahren werde es noch Zeitarbeitskräfte in der Pflege geben. Seinen eigenen Erfahrungen zufolge wolle auch längst nicht jede und jeder in die Leiharbeit. Der überwiegende Anteil der Pflegenden schätze ein vertrautes Umfeld. Aber es gebe auch die anderen: »Leiharbeit ist eine Arbeitsform, die manche Menschen einfach glücklich macht.«

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



Pharma-Sponsoring mit Nebenwirkungen?

VIELE ärztliche Fortbildungen werden von Pharmafirmen finanziert. Kritische Stimmen befürchten einen möglichen Einfluss auf Patientenbehandlungen und medizinische Verschreibungen. **▶** Ärztinnen und Ärzte in Deutschland sind verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden, sonst droht ihnen der Verlust ihrer Zulassung. Dem nachzukommen ist nicht schwer, denn das Angebot an anerkannten ärztlichen Fortbildungen in Deutschland ist groß. Dabei werden viele Veranstaltungen von Pharmaunternehmen finanziert. Die Berliner Ärztekammer gab auf Anfrage der Berliner Zeitung bekannt, dass im Jahr 2022 in Berlin 2460 von 18 441 anerkannten ärztlichen Fortbildungen gesponsert waren. Die Tendenz setzte sich auch in der ersten Hälfte des Jahres 2023 fort mit 1155 gesponserten Veranstaltungen von 9749. Dies entspricht insgesamt nahezu 13% der Fortbildungen. Dabei müssen Fortbildungsinhalte laut Gesetz »frei von wirtschaftlichen Interessen sein«. Es habe sich jedoch gezeigt, »dass diese Formulierung aus dem SGB V einen Interpretationsspielraum bietet, so dass in einzelnen Fällen nach gerichtlichen Entscheidungen auch Veranstaltungen anerkannt werden müssen, bei denen das aus Sicht der Kammern zweifelhaft erscheint«, sagt Samir Rabbata, Leiter des Dezernats Politik und Kommunikation der Bundesärztekammer.

Genau hier sehen kritische Stimmen den entscheidenden Punkt. Denn Ärztinnen und Ärzten ist es laut Berufsordnung verboten, Vergünstigungen und Zuwendungen anzunehmen, wenn dadurch der Eindruck entsteht, dass die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen beeinflusst wird. Eine Gefahr der Einflussnahme entstehe laut Rabbata immer dann, wenn das Prinzip der Reziprozität – also der Wunsch, jemandem etwas zurückzugeben, der uns Gutes getan hat – als Marketinginstrument zum Einsatz komme, um Profite zu erzielen. Aus diesem Grund gebe es das oben beschriebene Verbot unerlaubter Zuwendungen. Für den Dezernatsleiter ist deshalb Transparenz eine der wichtigsten Maßnahmen gegen unerlaubte und unbemerkte Beeinflussung – »und dass sich alle an die vorhandenen Regelwerke halten«.



Stefanie Roloff
ist freie Journalistin
in Berlin mit Schwerpunkt
Gesundheitsthemen.
stefanie.roloff@
jrsmedia.de

Mehr Transparenz gefordert

Für mehr Transparenz und gegen Einflussnahme im Gesundheitswesen setzt sich seit 2007 auch die Ärztinnen- und Ärzte-Initiative »MEZIS – mein Essen zahl' ich selbst« ein. Dem eingetragenen Verein gehören rund 1000 Mitglieder an. »Durch neuere gesetzliche Regelungen, den sogenannten »Anti-Korruptions-Paragraphen«, sind direkte finanzielle Zuwendungen an Medizinerinnen und Mediziner schwierig geworden«, sagt Dr. Niklas Schurig, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin in Rastatt und MEZIS Vorstandsmitglied. Dies werde aber von der Pharmaindustrie umgangen, etwa, wenn Medizinerinnen und Mediziner als »Berater« auf Kosten der Industrie zu Kongressen flögen und für diese »Gegenleistung« eingekauft würden. Als weitere Schlupflöcher führt er das »massive Sponsoring von Patient:innenorganisationen und medizinischen Fachgesellschaften« an, da hier keine Regelungen vorlägen. Außerdem werde die Forschung »fast schon routinemäßig über Drittmittel an Universitäten durch die Pharmaindustrie mitfinanziert«.

MEZIS fordert deshalb unter anderem, den Ärztekammern zu ermöglichen, nur noch Fortbildungen zu zertifizieren, die frei von wissenschaftlichen Interessen sind. Dafür bedürfe es einer überarbeiteten Musterfortbildungsordnung, so Schurig. Zudem fordert die Initiative mehr Transparenz beim Sponsoring von Fachgesellschaften, vor allem bei denjenigen, die bei Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) mitwirken, sowie perspektivisch eine klar definierte Grenze für Sponsoring.

Freiwillige Selbstkontrolle?

Um dem Vorwurf der unlauteren Einflussnahme entgegenzuwirken, haben sich 58 Pharmaunternehmen im Verein *Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.* (FSA) zusammengeschlossen, darunter unter anderem Astra Zeneca, Bayer und Boehringer Ingelheim. Der FSA hat es sich laut Selbstverständnis zum Ziel gesetzt, »die korrekte Zusammenarbeit von pharmazeutischen Unternehmen und Ärzten, Apothekern sowie weiteren Angehörigen der medizinischen



Fachkreise und den Organisationen der Patientenselbsthilfe« zu überwachen, und hat hierzu Verhaltensgrundregeln entwickelt.

Der Verein hält die Zusammenarbeit von Pharmaunternehmen mit Ärztinnen und Ärzten sowie Fachkreisen für unverzichtbar. Das gilt sowohl für Forschung und Entwicklung als auch für die klinische Erprobung von Arzneimitteln und für sachgerechte Therapie- und Ordnungsentscheidungen. Der kontinuierliche Wissenstransfer diene einer besseren Versorgung von Patientinnen und Patienten, sagt Dr. Uwe Broch, Geschäftsführer des FSA. Samir Rabbata von der Bundesärztekammer betont: Es liege auf der Hand, dass ein Know-how-Transfer zwischen Ärzteschaft und Pharmaindustrie wünschenswert sei, »um Bedarf, Entwicklung und Anwendung von Pharmaprodukten im Zusammenschluss zu betreiben«.

Verstöße melden

Ganz anderer Ansicht ist Niklas Schurig von MEZIS: »Für Haus- und Fachärztinnen und -ärzte ergeben sich durch die gesponserten Veranstaltungen oder Kontakte zu Pharmareferentinnen und -referenten keine Vorteile«, sagt er und kritisiert, dass sich die Pharmaindustrie durch eine freiwillige Selbstverpflichtung möglichen gesetzlichen Konsequenzen entziehe. Dem widerspricht der Geschäftsführer des FSA und verweist auf die strengen Verhaltens-Kodizes seines Vereins. Um deren Einhaltung sicherzustellen, prüfe die FSA-Schiedsstelle mögliche Verstöße und sanktioniere das betreffende Mitgliedsunternehmen im Falle eines Kodexverstößes. »Jeder und jede kann einen möglichen Verstoß auf der Website des FSA melden«, so Uwe Broch. Zudem veröffentlicht der FSA Zahlen zum Sponsoring. Laut eigenem Transparenzkodex haben die FSA-Mitgliedsunternehmen im Berichtsjahr 2021 Leistungen – zu einem Großteil für Forschung und Entwicklung – an Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Angehörige von medizinischen Fachkreisen und Institutionen in Höhe von rund 630 Millionen Euro erbracht. Darüber hinaus wurden Patientenorganisationen mit rund 7,7 Millionen Euro unterstützt.

Für Niklas Schurig sind diese Zahlen nur Schall und Rauch. Er verweist darauf, dass längst nicht alle

Kolleginnen und Kollegen damit einverstanden seien, wenn deren Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie öffentlich würde. Aus diesem Grund gebe es insgesamt keine wirklich verlässlichen Zahlen. Laut FSA ist die Zustimmungsquote der Ärztinnen und Ärzte zur Namensveröffentlichung im Berichtsjahr 2021 zwar im Vergleich zu 2020 leicht gestiegen, lag aber weiterhin nur bei 22%.

Prof. Dr. Karsten Scholz, mittlerweile Leiter der Rechtsabteilung der Bundesärztekammer, rät auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Ärztinnen und Ärzten unter anderem dazu, vor einer Veranstaltungsteilnahme zu überprüfen, ob diese einen wissenschaftlichen Charakter habe. Auch solle man sich nur notwendige Kosten wie etwa Reisekosten erstatten lassen und für Zusatzkosten selbst aufkommen. Beim Besuch der Veranstaltung selbst solle auf Transparenz geachtet werden, etwa ob Referentinnen und Referenten auf Interessenkonflikte hinwiesen. Bei Unklarheiten könnten sich Ärztinnen und Ärzte an ihre zuständige Kammer oder die Kassenärztliche Vereinigung (KV) wenden. Eine genaue Information im Vorfeld ist laut Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch wichtig, um nicht in den Verdacht auf Korruption mit schlimmstenfalls strafrechtlichen Konsequenzen zu geraten.

Heißes Eisen

Das Thema Pharnasponsoring bleibt also weiterhin ein heißes Eisen mit vielen verschiedenen Meinungen und Interessengruppen. Für Uwe Broch ist es etwa problematisch, »wenn Landesärztekammern allein deshalb eine Zertifizierung verweigern, weil die Fortbildungsveranstaltung durch ein Pharmaunternehmen gesponsert wird oder aber ein Pharmaunternehmen selbst der Veranstalter ist.«

Samir Rabbata hält trotz aller Kritik und möglicher unlauterer Einflussnahme ein Kontaktverbot zwischen Pharmaindustrie und Ärzteschaft »weder für sinnvoll noch erforderlich«. Unerlaubte Zuwendungen müssten hingegen verboten bleiben. **◻**



Asbest im Altbau?

EINE NEUE RICHTLINIE der Europäischen Union und das Gebäudeenergiegesetz zwingen Millionen private und gewerbliche Immobilienbesitzer in den nächsten Jahren zu Modernisierungen und energetischen Sanierungen. In Altbauten können dabei versteckte Gesundheitsgefahren lauern. Das Klima in unserem Lebensraum zu erhalten, ist wichtig für die Gesundheit. Gebäude haben dabei eine Schlüsselrolle. Mit dem Verbrennen von Holz, Kohle oder Gas verursachen sie allein in Deutschland rund 40% des Treibhausgas Kohlenstoffdioxid. Alle der rund 19 Mio. Wohn- und ca. 2 Mio. Nichtwohngebäude sollen darum bis zum Jahr 2045 klimaneutral werden. Für dieses Ziel werden Vorgaben gemacht, Emissionen und Energieverbrauch durch weniger Abwärme und den Einsatz von erneuerbaren Energien zu verringern. Nach Plänen der EU sollen Wohnhäuser bis zum Jahr 2030 mindestens die Energieeffizienzklasse >E< und bis 2033 mindestens Energieeffizienzklasse >D< aufweisen.

Gesundheitsschädliche Stoffe in vielen Altbauten

Hierzulande wurden zahlreiche Häuser vor 1990 und mehrheitlich zwischen 1950 und 1979 erbaut. Den neuen energetischen Anforderungen entsprechen sie kaum. Wechselt der Eigentümer oder stehen Baumaßnahmen an, die über 10% eines Bauteils wie Außenwand, Fenster, Türen oder Dach verändern, greifen Dämmvorschriften oder Regelungen für Heizungsanlagen. Bei Arbeiten an Dach, Fassade oder Rohrleitungen können jedoch ungeahnte Gesundheitsgefahren auftauchen. »Wenn man ein altes Haus kauft, macht man sich keine Gedanken über die Gefahren von Baustoffen«, sagt Rolf W.* »Da erliegt man einfach dem Altbaucharme.«

In Häusern, die zwischen 1950 und 1993 gebaut oder renoviert wurden, wurden laut Umweltbundesamt vielen Bauprodukten Asbestfasern beigemischt. Asbest ist ein Sammelbegriff für natürlich vorkommende, faserartige silikatische Minerale, die sich gut mit anderen Materialien verbinden ließen. Die Produkte profitierten von den Asbest-Eigenschaften der Elastizität, Feuerfestigkeit und Beständigkeit. Über 3000 verschiedene Produkte wie Dacheindeckungen, Fassadenverkleidungen, Putze,

Abstandshalter, Dichtungen, Fliesenkleber, Spachtelmassen oder Nachtspeicheröfen enthielten Asbest, bevor Verwendung und Herstellung wegen der nachweislich krebserzeugenden Asbestfasern 1993 in Deutschland verboten wurden. »Natürlich hatte ich davon schon gehört, aber nur bei den Eternit-Welldachplatten. Wir wussten ja gar nicht, wo das noch überall drin ist«, sagt Rolf W.

Unbemerkt bis in die unteren Atemwege

Erkennen Heim- oder Handwerker asbesthaltige Produkte nicht, können bei Sanierungs-, Umbau- oder Instandhaltungsarbeiten durch Schneiden, Zerschlagen oder andere Zerstörung die mikroskopisch kleinen Fasern freigesetzt werden. Beim Einatmen geraten diese bis zur Innenwand der Lunge, wo sie im Gewebe hängenbleiben und immer wieder zu Verletzungen führen. In der Folge vernarbt und verdickt das Lungenfell und nach Jahren können unheilbare, tödliche Krankheiten wie Asbestose, Lungen- oder Kehlkopfkrebs, Mesotheliom entstehen. Nach Angaben der Deutschen Krebsgesellschaft liegt die Zeitspanne zwischen dem Einatmen und dem Auftreten einer Erkrankung zwischen 10 und 60 Jahre. »Vor fünf Jahren wurde ich immer kurzatmiger und fühlte mich bei Anstrengung immer schnell erschöpft. Zum Arzt ging ich dann aber erst wegen eines langanhaltenden Hustens«, beschreibt Rolf W. Sein Arzt machte unter anderem eine Computertomografie (CT) des Brustkorbes, auf der er die typische Lungenveränderung erkannte. »Die Diagnose Asbestose hat mich erstmal sehr aus der Bahn geworfen, denn man hat keine Aussicht auf Heilung.«

Die Notwendigkeit, asbesthaltige Produkte oder Gebäudeteile zu entfernen, ergebe sich aus der Bewertung des baulichen und technischen Zustands des betreffenden Produkts, so das Umweltbundesamt. Sind asbesthaltige Bodenbeläge, Fassaden- oder Dachplatten spröde und brüchig, seien diese zu entfernen. Doch selbst von intakten Asbestprodukten, die nicht automatisch eine Gesundheitsgefahr darstellen würden, könne bei Baumaßnahmen eine Gefahr ausgehen, wenn diese unwissentlich beschädigt werden.



Fachliche Expertise nutzen

Die Asbestquellen zu erkennen, ist der erste Schritt zum Gesundheitsschutz, denn noch immer könnten mehrere Millionen Gebäude, die vor dem Asbest-Verbot erbaut oder saniert wurden, asbesthaltige Materialien aufweisen, vermutet das Umweltbundesamt. Die Industriegewerkschaft Bauen-Agrar-Umwelt (IG Bau) schätzt, dass allein 9,4 Millionen Wohnhäuser betroffen sind, die zwischen 1950 und 1989 erbaut wurden.

Neben dem Baujahr kann eine mattgraue, nie reinweiße Baustofffarbe ein Indiz für ein asbesthaltiges Produkt sein. Hilfreiche Hinweise finden sich online in zahlreichen Informationsportalen. Der Bundesverband der Verbraucherzentralen empfiehlt zudem die »Leitlinie für die Asbesterkundung zur Vorbereitung von Arbeiten in und an älteren Gebäuden« der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAUA).

Für Laien bleibt das Erkennen dennoch schwierig und sollte lieber durch fachliche Expertise vor Ort sichergestellt werden – umso mehr, als neben Asbest andere gesundheitsgefährdende Stoffe in einem Haus benutzt worden sein können. Hierzu zählen alte Dämmstoffe aus Mineralwolle, einige Holzschutzmittel, polychlorierte Biphenyle (PCB) in dauerelastischen Fugenmassen oder Flammenschutzmitteln, aber auch polycyclische aromatische Kohlenwasserstoffe (PAK) in teerstämmigen Produkten wie Klebstoff, Dachbahnen oder Abdichtungen von Kelleraußenwänden.

»Mit unserer Renovierung in Eigenregie waren wir sehr unvorsichtig«, erinnert sich Rolf W. »Nur schnell fertig werden und einziehen, war das Motto. Informationsmöglichkeiten wie heute hatten wir direkt nach der Wende nicht. Ich war schon froh über meine Freunde vom Bau, die mir in ihrer Freizeit geholfen haben.«

Besteht ein konkreter Asbestverdacht, müssen Fachleute eingebunden werden, die eine Befähigung über die Technischen Regeln bei Abbruch-, Sanierungs- oder Instandhaltungsarbeiten (TRGS 519) besitzen, um Asbest fachgerecht auszubauen und zu entsorgen. Mit der Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) wurde der Gesundheitsschutz

bei Asbestarbeiten im August 2023 weiter gestärkt. So gelten ein risikobezogenes, verpflichtendes Schutzmaßnahmenkonzept sowie genaue Regelungen für Asbest-Messungen oder zum Überdecken von asbesthaltigen Baustoffen.

Fachpersonal ebenfalls gefährdet

Wie wichtig Arbeitsschutz im Zusammenhang mit Asbest ist, weiß die Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU): Mit 1291 gemeldeten Verdachtsfällen gehörte Lungenkrebs durch Asbest im Jahr 2022 zu den häufigsten Berufskrankheiten. Außerdem ist Asbest die häufigste Todesursache bei Berufskrankheiten. In den vergangenen zehn Jahren sind 3376 Versicherte der BG BAU infolge einer asbestbedingten Berufserkrankung gestorben, im Jahr 2022 allein 320. Die Neuerkrankungen nahmen 2022 ebenfalls zu: Insgesamt 2414 neue Verdachtsfälle asbestbedingter Berufserkrankungen wurden gemeldet. Mehr als die Hälfte davon (1291) waren Verdachtsanzeigen auf Lungenkrebs, Kehlkopfkrebs oder Eierstockkrebs durch Asbest, gefolgt von Asbestose (716).

Mathias Neuser, Vorstandsvorsitzender der BG BAU, betont angesichts der weiteren Zunahme asbestbedingter Erkrankungen: »Deshalb müssen wir hierauf einen noch stärkeren Fokus bei unserer Präventionsarbeit richten, um zukünftigen Erkrankungen vorzubeugen.« Auch Norbert Kluger, Leiter der Abteilung Stoffliche Gefährdungen der BG BAU, weiß: »Asbest ist ein nach wie vor aktuelles Problem, denn wir müssen bei Bestandsbauten immer davon ausgehen, dass Asbest enthalten sein kann.«

»Hätte ich damals um die Gefahr gewusst, wäre ich bei der Sanierung nicht so leichtsinnig vorgegangen«, sagt Rolf W., dessen Pflegeantrag inzwischen durch den Medizinischen Dienst bearbeitet wird.

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

* Name geändert



Ein Pflegeheim für alle Nationalitäten

PFLEGEHEIME müssen sich darauf einstellen, dass es zunehmend mehr pflegebedürftige Menschen mit Migrationsbiografie geben wird. Das ›Haus am Sandberg‹ in Duisburg zeigt eindrucksvoll, wie kultursensible Pflege gelingen kann. Viele der sogenannten Gastarbeiter, die in den 1950er bis 70er Jahren nach Deutschland kamen, haben hier Wurzeln geschlagen, sich eine Existenz aufgebaut, Familien gegründet und sind heute in einem pflegebedürftigen Alter. Schätzungen zufolge haben gut 10% der fünf Millionen pflegebedürftigen Menschen hierzulande eine Migrationsbiografie. Prognosen gehen davon aus, dass ihr Anteil bis 2030 auf bis zu 2,8 Millionen Menschen steigen wird.

Vielfach werden Betroffene zu Hause von Angehörigen, in der Regel von weiblichen Familienmitgliedern, gepflegt. Ambulante und stationäre Angebote werden dagegen nur wenig genutzt, weil Pflege in bestimmten Kulturkreisen vorrangig als familiäre Aufgabe gilt, auch weil es Vorbehalte gegenüber dem deutschen Gesundheitssystem gibt und Angst vor finanzieller Belastung, weil Informationen fehlen, Sprachbarrieren existieren. Erst wenn die Familie die Pflege nicht mehr stemmen kann, denken die Betroffenen über einen Platz im Pflegeheim nach.

Multikulti ist Programm

Ralf Krause kennt solche Situationen nur zu gut. Der Diplom-Sozialarbeiter leitet das Haus am Sandberg in Duisburg-Homburg – ein multikulturelles Seniorenzentrum, das vom Deutschen Roten Kreuz (DRK) getragen wird und zur DRK Nordrhein gGmbH gehört, einer Tochtergesellschaft des DRK-Landesverbandes Nordrhein e. V.

Das Besondere an ›seinem‹ Haus: Die Hälfte der 128 Mitarbeitenden und ein Viertel der 88 Bewohnerinnen und Bewohner haben eine Zuwanderungsgeschichte, kommen aus der Türkei, aus Spanien, Italien, Russland, Holland, Kroatien, Albanien, Syrien oder haben Wurzeln dort. Dass der Anteil der türkischstämmigen Bewohnerinnen und Bewohner höher ist, resultiert daraus, dass mehr als 20% der in Duisburg lebenden Menschen in der Türkei geboren sind.



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

Start als Modellprojekt

Das Haus am Sandberg ist 1994 als Modellprojekt gestartet. »Das alte Heim im Nachbarstadtteil war baufällig, die Stadt wollte nicht mehr investieren. Parallel entwickelten wir mit dem Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung die Idee, ein neues Pflegeheim zu bauen, das im Grunde international ist«, erinnert sich Krause, der von Anfang an mit dabei war. Und »wir wollten alle mitnehmen bei der Planung, nicht nur die Vorstellungen der Wissenschaft berücksichtigen, sondern vor allem den Wünschen der Bewohner gerecht werden.« Damals hätten viele ältere Menschen Vorbehalte gehabt, insbesondere jene mit Zuwanderungsgeschichte. Erst langsam hätten sie sich geöffnet – und die Bereiche benannt, die ihnen für die künftige Pflege am Herzen lagen: »die Sprache, damit man sich verständigen kann, das Essen – dass man nicht nur vorgesetzt bekommt, was günstig ist – und religiöse Aspekte.«

Auch die Angehörigen, vor allem Kinder von älteren Menschen aus südlichen Ländern, hätten seinerzeit wichtige Hinweise beigesteuert: »In der Heimat sitzen unsere Eltern nicht hinten im Garten wie bei euch in Deutschland, sondern sie sitzen vorne vor der Tür oder an einem Platz, wo man gucken kann, wo man reden kann, aber nicht muss.«

»Wir haben damals aufmerksam zugehört«, sagt Ralf Krause: »Wir haben viele Schulungen gemacht, waren mit allen Mitarbeitenden in Moscheen, in Synagogen, haben uns mit Ethnologen, Psychologen, Sozialarbeitern beraten. All das ist miteingeflossen in die Konzeption und Planung des Hauses.«

Architektur spiegelt Philosophie

1997 eröffnete das Haus am Sandberg, zunächst mit 70 Pflegebedürftigen aus dem alten Gebäude im benachbarten Stadtteil. Und alle mussten sich erstmal gewöhnen – statt verwinkelt, dunkel und beklemmend war nun alles offen, hell und großzügig. Denn die Architektur des Neubaus spiegelt die Philosophie des Konzeptes wider. Im Mittelpunkt der Atriumbereich mit großen Fensterfronten, der sich über drei Etagen erstreckt und an vielen kleineren Tischen



Kommunikation und Gemeinschaft möglich macht. »Unsere Idee: Wir wollten nicht mehr wie früher selektieren, wollten keine separate Stationen für unterschiedliche Pflegebedürftige schaffen und auch keine Gruppen nur für Menschen mit Migrationshintergrund. Bei uns ist die bunte Mischung gewollt. Wir haben drei Wohngruppen mit unterschiedlich pflegebedürftigen Menschen und unterschiedlichen Nationalitäten. Und hier im Atrium, das ist das Spannende, da können alle zusammenkommen. Da sitzt die Türkin neben dem Deutschen, der Russe neben der Holländerin. Da prallt Demenz auf Palliativ und auf sogenanntes normales Leben. Das zu erleben, das ist Beziehungspflege und da passiert immer etwas«, weiß Krause: »Denn hier ist ja keine heile Welt, hier fliegen auch schon mal die Fetzen.«

Heimatgefühle

Das Haus am Sandberg möchte allen ein Zuhause bieten – insbesondere jenen, deren Heimat in weiter Ferne liegt. Im Foyer liegt die traditionsreiche *Hürriyet* direkt neben *Bild-Zeitung* und *WAZ*, und jeden Dienstag gibts dank ehrenamtlichem Engagement türkischen Brunch in einem der drei Wohnbereiche. Mehrere türkischstämmige Damen schnipeln dann mit ihren Landsleuten und allen, die Lust dazu haben, kulinarische Spezialitäten.

Essen sei ein ganz wichtiges Thema für alle Bewohnerinnen und Bewohner. Die Einrichtung hat eine eigene Küche, auf dem Speiseplan stehen immer auch Gerichte ohne Schweinefleisch. »Unser syrischer Koch hat das besonders im Blick. Das Einzige, das wir nicht hinbekommen, ist halal Fleisch anzubieten. Das scheitert an Zulieferern und Kühlketten«, so Krause.

Natürlich richtet das Haus auch christliche und muslimische Feste aus, und dann wird gefeiert – mit Bewohnern, mit Angehörigen, Mitarbeitenden und Nachbarn. Letztere seien nach anfänglichem Misstrauen längst zu Freunden geworden.

Auch gibt es einen geschmackvoll gestalteten, bunt gekachelten Gebetsraum für Bewohnerinnen, Bewohner und Mitarbeitende muslimischen Glaubens. »Unsere kleine Mescid«, sagt Krause, »ist quasi das Symbol für unser Projekt«. Doch würde der Gebetsraum eher wenig genutzt, womöglich

»weil die Idee, die wir in unseren Köpfen haben, dass gerade ältere Menschen besonders gläubig sind, sich in unserer Einrichtung nicht bestätigt und viele ihren Glauben nicht mehr so praktizieren.«

Den Nachwuchs fördern

Das Konzept des offenen, toleranten Hauses geht auf: Die Warteliste ist lang, Menschen aus dem gesamten Ruhrgebiet fragen nach freien Pflegeplätzen, und auch um Fachkräftemangel muss sich Ralf Krause, anders als viele andere Einrichtungen, nicht sorgen.

»Wir bilden«, so Krause, »immer auch unseren eigenen Nachwuchs aus. Wir kooperieren mit Schulen, haben regelmäßig Praktikanten, Studenten, junge Menschen im Freiwilligen Sozialen Jahr, im Bundesfreiwilligendienst, haben Auszubildende für die Pflege, Verwaltung und Küche. Dazu arbeiten wir mit 40 Ehrenamtlichen, die insbesondere unsere Betreuungskräfte unterstützen.«

»Ich hab mich hier ganz schnell wohl- und ernstgenommen gefühlt« sagt Latifa Buduri. Nach einem vierwöchigen Praktikum hat die 19-Jährige ein Freiwilliges Soziales Jahr in der Einrichtung gemacht und ist nun in der Ausbildung zur Pflegeassistentin. Als Tochter einer polnischen Mutter und eines albanischen Vaters hat auch sie wie die Hälfte der Mitarbeitenden einen Migrationshintergrund und weiß um die Situation und Sorgen vieler Bewohnerinnen und Bewohner mit ausländischen Wurzeln.

32 Pflegebedürftige leben zurzeit im Wohnbereich 06, den Buduris ›Chefin‹ Susanne Schawert leitet. Sie ist seit 17 Jahren im Haus und hat viele Entwicklungen miterlebt: »Der Druck von außen ist größer, aber die Arbeit ist vielseitiger geworden«, findet sie. Unabhängig davon, welcher Nationalität die Betroffenen angehören – die pflegerischen Aufgaben seien immer die gleichen, nur selten gebe es besondere kulturell bedingte Wünsche wie zum Beispiel rituelle Waschungen bei einem Todesfall. »Ansonsten«, so sagt sie, »verstehen wir uns über alle Grenzen hinweg, manchmal reden wir mit Händen und Füßen, manchmal dolmetschen die Kolleginnen – das klappt gut.«

Traum(a) Geburt?

DI E GEBURT eines Kindes ist eine der intensivsten Erfahrungen, die das Leben bietet. Doch warum erleben viele Frauen dabei Gewalt?  Voreilige Kaiserschnitte, frühzeitige Geburtseinleitungen, ungewollte Dammschnitte und/oder Medikamentengabe, rabiante Vaginal-Untersuchungen, Angst machende, respektlose Kommentare, fehlende Privatsphäre und mangelnde Empathie sind Beispiele für das, was viele Frauen im Zusammenhang mit der Geburt ihres Kindes erleben. Sie berichten von negativen und manchmal sogar traumatischen Erfahrungen während der Geburtsbegleitung durch das Fachpersonal. So wie Johanna,* die bei der Erinnerung an die Geburt ihrer ersten Tochter vor fünf Jahren heute immer noch mit den Tränen kämpft. Sie blieb stundenlang allein ohne Hebamme, weil die sich gleichzeitig um andere Frauen kümmern musste. In der letzten Geburtsphase hinderte die Hebamme sie ohne Erklärung daran, ihre Gebärlage selbst zu bestimmen. Einen medizinisch notwendigen Grund gab es ihrer Meinung nach dafür nicht. Um das Geschehene aufzuarbeiten, brauchte sie therapeutische Unterstützung und ein engmaschiges Netz aus Familie und Freunden, das sie auffing.

Gewaltvolle Geburt – kein Einzelfall

Schätzungen zufolge sind 10 bis 50% der Geburten in Deutschland von verschiedenen psychischen und/oder physischen Gewaltformen in der Geburtshilfe betroffen. Die Dunkelziffer ist sicher höher, da viele Fälle aufgrund von Scham oder ungleichen Machtverhältnissen nicht an die Öffentlichkeit gelangen. Eine Onlinebefragung der Psychologischen Hochschule Berlin ergab, dass von insgesamt 1079 befragten Müttern 30 % Vernachlässigung bei der Geburt erlebt hatten. Körperliche Gewalt wurde von 30,9 % und psychische Gewalt von 23,1% der Befragten berichtet. Insgesamt war jede zweite Frau von irgendeiner Form von Gewalt betroffen.

Psychische und physische Folgen einer traumatischen Geburt betreffen nicht nur Mutter und Kind, sondern oft die ganze Familie, manchmal auch Hebammen, Auszubildende und Ärzte. Negative Folgen für die körperliche, aber vor allem seelische Gesundheit wie Angststörungen, Depressionen,

gestörte Mutter-Kind-Beziehungen, Partnerschaftsprobleme ziehen oft auch finanzielle Kosten nach sich. Notwendige Therapien, zusätzlicher Betreuungsaufwand in Fällen, in denen Mütter nicht das Neugeborene umsorgen können, oder eine Arbeitsunfähigkeit der Väter, die sich um Frau, Kind und Haushalt kümmern müssen, sind Beispiele dafür.

Wenig Vertrauen in die weibliche Gebärfähigkeit?

Obwohl die Geburtshilfe große Fortschritte in Bezug auf die Gesundheit von Mutter und Kind gemacht hat, steht die generelle Einstellung vieler Fachleute und werdender Eltern zu einer medizinisch-durchtechnisierten Geburt im Gegensatz zur jahrhundertalten Hebammenkunst und weiblichen Gebärfähigkeit. Eine Geburt werde vor allem rein medizinisch betrachtet und unter dem Aspekt möglicher Risiken gesehen, kritisiert unter anderem der Deutsche Hebammenverband.

Auch erleben und verarbeiten Frauen Geburtserfahrungen subjektiv verschieden. »Manchmal sind Eingriffe, die von Frauen als gewaltvoll empfunden werden, nicht zu vermeiden. Vor allem, wenn wir sofort handeln müssen. Übergriffe passieren häufig aus der Überlastung heraus. Wichtig ist danach das gemeinsame Gespräch darüber. Natürlich entschuldigt nichts respektloses Verhalten«, sagt Hebamme Kerstin Toms, die in einer Geburtsklinik gearbeitet hat und heute ein Geburtshaus in Unna leitet. Der natürliche Wehenschmerz oder falsche Erwartungen der Gebärenden hingegen, so die Initiative Motherhood e. V., gehören nicht zu den Gründen, warum Frauen eine Geburt als gewaltsam oder belastend erleben.

Kaiserschnitte, Kosten, Kreißsäle

Ein Kaiserschnitt kann Leben retten und ist nicht zwangsläufig mit einer gewaltvollen Geburtserfahrung verbunden. Ohne Indikation, Einwilligung und Aufklärung können Gebärende sich jedoch entmündigt fühlen und so den Eingriff als Gewalt erleben. In den vergangenen 30 Jahren hat sich die Kaiserschnitttrate in Deutschland verdoppelt. Die Gründe dafür sind vielfältig und mitunter umstritten. Fast jede dritte Geburt in einem Krankenhaus in Deutsch-

land erfolgte 2021 durch einen Kaiserschnitt (Statistisches Bundesamt). Nur 10% davon sind medizinisch unbedingt erforderlich. Kliniken profitieren von Kaiserschnitten, da sie höhere Vergütungen von den Krankenkassen erhalten als für eine interventionsarme Geburt.

Der Deutsche Hebammenverband und viele Initiativen wie »Gewaltfreie Geburtshilfe« oder »Roses Revolution Day« kritisieren seit Jahren, dass sich die Situation in der Geburtshilfe deutlich verschärft habe. Weniger Geburtskliniken, erhebliche Personalengpässe, hohe Krankenstände und Kosteneinsparungen hätten die Arbeitsbedingungen von Hebammen massiv verschlechtert, und auch unnötige medizinische Interventionen würden dazu beitragen, dass mehr Fälle von Gewalt unter der Geburt vorkommen könnten.

»Personalmangel, permanente Überforderung und Stress sind heute feste Bestandteile des Arbeitsalltags in vielen Kliniken«, so Ulrike Geppert-Orthofer, Präsidentin des Deutschen Hebammenverbandes: »Ob Ärztinnen und Ärzte, Pflegende oder Hebammen in den Kreißsälen, sie alle leiden darunter. Die Auswirkungen sind überall sichtbar – im schlimmsten Fall als Gewalterfahrung für die Frauen im Kreißsaal. Wir fordern hier eine Null-Toleranz-Grenze.« Stattdessen komme es darauf an, einen offenen gesellschaftlichen und politischen Diskurs zum Thema anzuregen, Fälle von Gewalt unter der Geburt anzuerkennen, Hebammen und medizinisches Fachpersonal zu sensibilisieren, das eigene geburtshilfliche Handeln kritisch zu hinterfragen und Gebärende bei Eingriffen aufzuklären.

Rosen als Zeichen

Das öffentliche Bewusstsein dafür, dass das Recht auf eine gewaltfreie Geburt essenziell ist, wächst. Weltweit setzen sich Organisationen dafür ein, die Situation zu verbessern, indem sie auf die Bedeutung einer respektvollen Geburtshilfe hinweisen. Am »Rose Revolution«-Tag legen seit 2011 jährlich am 25. November Frauen rosafarbene Rosen und Briefe vor Kreißsälen und Kliniken ab, in denen sie physische oder psychische Gewalt erfahren haben.

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



Wer Gewalt bei der Geburt erfahren hat, kann sich unter anderem an folgende Stellen wenden:

- Traum(a)Geburt e.V., www.traumageburtev.de, E-Mail: info@traumageburtev.de
- Hilfetelefon Schwierige Geburt, Telefon: 0228-92 95 99 70
- Roses Revolution – UN Women Deutschland, www.unwomen.de/roses-revolution
- Zu den Patientenrechten: www.bundesgesundheitsministerium.de

Vor allem Gewalterfahrungen bei Klinikgeburten erhalten mediale Aufmerksamkeit. Kein Wunder, denn rund 98% aller Kinder werden hierzulande in Krankenhäusern geboren. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Berufsverband der Frauenärzte betonen, dass die größtmögliche Sicherheit für Mutter und Kind während der Geburt nur in einer Geburtsklinik gewährleistet werden könne. Jedoch steigt die Zahl außerklinischer Geburten seit Jahren an.

Johanna hat sich bei der Geburt ihres zweiten Kindes vor drei Jahren bewusst für ein Geburtshaus entschieden. Sie sagt: »Die zweite Geburt war völlig anders. Klar war sie schmerzhaft, aber ich fühlte mich angemessen behandelt, die Hebamme war die ganze Zeit bei mir. Ich habe diese Geburt selbstbestimmter erlebt und hatte die Zeit, damit mein Kind in Ruhe ankommen kann.«

Bessere Bedingungen in der Zukunft?

Die Rechte von Schwangeren und Gebärenden sind im Patientenrechtegesetz verankert. Angemessene Voraussetzungen für Schwangere und Hebammen, informierte Eltern, eine gute Kommunikation und die Sensibilisierung aller an einer Geburt Beteiligten tragen dazu bei, negative Erfahrungen und traumatische Ereignisse zu vermeiden.

Mit dem aktuellen Krankenhauspflegeentlastungsgesetz soll die Geburtshilfe in Kliniken gestärkt und der Bestand von Krankenhäusern mit einer Fachabteilung für Geburtshilfe gesichert werden. Bisher wurden Hebammen nach dem sogenannten DRG-System, dem Abrechnungssystem nach Fallpauschalen, bezahlt. Geburtshilfestationen erhalten in diesem Jahr zusätzlich über 100 Millionen Euro, und ab 2025 sollen die die Personalkosten für die Hebammenbetreuung vollständig nach tatsächlichem Aufwand refinanziert werden. Ob dann einiges besser wird?

*Name geändert

In Uniform für Gott und gegen Armut

ANFANGS belächelt, teils bekämpft, am Lebensende geehrt: William Booth, der Gründer der Heilsarmee, kümmerte sich um Suppe, Seife und Seelenheil. Manche nennen ihn den General Gottes. Tatsächlich baute er eine Armee auf, ab 1865 in London, bewaffnet nur mit der Bibel. Und sein Werk hat bis heute Bestand: Mehr als 1,8 Millionen Mitglieder führen das Erbe eines Mannes weiter, der arme Seelen dem Teufel entreißen wollte: William Booth, Methodistenprediger und Gründer der Heilsarmee.

Mit heiligem Ernst und straffer Hierarchie

Fest steht: Er hat kompromisslos seinen Weg verfolgt und seine Idee vorangetrieben bis zu seinem Tod. Er gründete eine Organisation, die manchen heute seltsam vorkommen mag. Ein wenig aus der Zeit gefallen. Die mit heiligem Ernst und straffer Hierarchie christliche Sozialarbeit betreibt. Die Heilsarmee, gegründet 1865 in London, 1886 in Deutschland, ist in 126 Ländern aktiv. Es gibt rund 1,25 Millionen Heilssoldaten, dazu mehr als 172 000 Angehörige ohne Uniform und gut 412 000 Jugendsoldaten. Die Offiziere müssen ein Theologiestudium an einer privaten Hochschule absolvieren. Häufig sind Familien über mehrere Generationen dabei – so war es schon bei Familie Booth.

In einem Punkt aber war die Heilsarmee von Beginn an sehr modern: Frauen sind hier absolut gleichberechtigt. Sie dürfen predigen und Chefpositionen übernehmen. Das geht auf Catherine Mumford zurück, die Frau von William Booth, die selbst aus einer Methodistenfamilie stammte. Sie setzte durch, dass die Gleichberechtigung von Frauen und Männern schon in der Gründungsakte der Christlichen Mission festgeschrieben wurde, dem Vorläufer der Heilsarmee. Eine Oberstin oder eine Majorin ist bei der Heilsarmee somit keine Seltenheit.

1878: Wandlung von der Mission zur Armee
Die Christliche Mission, im Rechenschaftsbericht von 1878 als »Freiwilligen-Armee« bezeichnet, wurde im gleichen Jahr zur »Salvation Army«. Grund waren familien-

interne Debatten. Bramwell Booth, der älteste Sohn von William Booth, wollte nach Angaben der Heilsarmee nicht als Freiwilliger bezeichnet werden, denn er sei »ein regulärer Soldat Christi«. Aus der Volunteer Army wurde die Salvation Army, aus dem »Generalsuperintendenten« William Booth wurde der »General«.

William Booth, geboren im April 1829 in Nottingham, wollte anders vorgehen als die traditionelle Kirche. Anstatt sonntags auf die Gläubigen zu warten, suchte er sie aktiv auf. Und zwar die Ärmsten der Armen. Seine Überzeugung: »Die Kirche muss zu den Leuten gehen.« Sein Grundgedanke: Menschen wenden sich nicht Gott zu, wenn sie nicht wissen, woher sie ihre nächste Mahlzeit bekommen. Sein Motto wäre heute noch ein Volltreffer für jede PR-Agentur: »Soup, Soul and Salvation«, also Suppe, Seife, Seelenheil.

Als Junge hatte er eigentlich ein glänzendes Leben vor sich. Sein Vater, ein gelernter Nagelschmied, war im boomenden Nottingham mit Immobilien zu Reichtum gekommen und schickte William als einzigen männlichen Nachkommen auf eine exklusive Schule. Doch als William 13 Jahre alt war, rauschten die Geschäfte von Samuel Booth wegen einer fälligen Bürgschaft in den Bankrott. Schon in einer Wirtschaftskrise von 1837/38 hatte der Vater viel Geld verloren. 1843, ein Jahr nach dem Bankrott, starb Samuel Booth – das bedeutete für William, seine Mutter und seine drei Schwestern den endgültigen Abstieg.

Ungeheure Armut in London

William kannte also Armut, aber was er später in London sah, sprengte sicher seine Vorstellungskraft. Als Reverend kam er in den 1860er Jahren in die Hauptstadt, die damals drei Millionen Einwohner hatte. England war die führende Weltmacht, doch die industrielle Revolution brachte vielen Menschen Not und Elend in ungeheurem Ausmaß. Die mittelalterliche feudale Treuestruktur mit ihrer gegenseitigen Unterstützung war dahin, zahlreich kamen mittellose Menschen in die Städte. Die industrielle Produktion trieb Handwerker in einen



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



»Solange Frauen weinen, wie sie es jetzt tun - will ich kämpfen; solange Kinder Hunger leiden müssen, wie sie es jetzt tun - will ich kämpfen; [...] solange es Mädchen gibt, die auf der Straße unter die Räder geraten, solange es eine Seele gibt, in der das Licht Gottes noch nicht scheint - will ich kämpfen.

Ich kämpfe bis zum letzten Atemzug!«

William Booth

chancenlosen Wettbewerb, Missernten und Kriege verschärften die Situation. Tausende hungerten, lebten im Dreck, zwischen Alkohol, Prostitution, Krankheiten und Tod. »Ich ging und sah die verkommenen Söhne und Töchter der Ausschweifung, des Lasters und Verbrechens, die mich umgaben«, schrieb Booth. »Trunksucht und Prostitution, die Armut, die Wohnungsmisere, die Gotteslästerung und der Unglaube dieser Leute, all das übte einen Anreiz auf mich aus.« Zu seiner Frau Catherine soll er gesagt haben: »Liebling, ich habe meine Bestimmung gefunden.«

Also ging er mitten in das Elend, predigte. Die Uniform der Heilsarmisten – blau mit einem roten H – bot damals, im 19. Jahrhundert, Schutz. Denn die neuen Helfer wurden auch angefeindet und angegriffen. Auch die britische Kirche reagierte zunächst mit Ablehnung, denn sie sah sich als Kirche des Mittelstands und der Oberschicht. Doch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstand eine Erneuerungsbewegung von Priestern und Laien, die sich karitativ engagierten, zunächst außerhalb der amtlichen Kirche. William Booth war bereits 13 Jahre als wandernder Methodistenprediger durch England gezogen, hochgewachsen, mit Hut, Gehrock, schwarzem Bart und einem schmalen Adlergesicht, so beschreibt ihn ein Biograf. 1865 kam er in die Armenviertel von Ost-London, da war er 36 Jahre alt. Eine Missionsstation hatte ihn gebeten, dort eine Woche zu predigen. Er blieb.

Konflikte zwischen Bibel und Moderne

Die Familie Booth sammelte für ihre Idee der Heilsarmee so erfolgreich Spenden, dass sie die Arbeit auf andere Länder ausweiten konnte. Heute unterhält die Heilsarmee rund 4000 soziale Einrichtungen wie Obdachlosenheime, Suppenküchen, Sucht-Therapie-Programme, Krankenhäuser, Kindergärten, Heime und Schulen, Alten- und Pflegeheime. Der Kodex ist geblieben: Die Bibel ist die Grundlage für alle Lebensfragen – das führt auch zu Konflikten, etwa bei der Frage, wie gleichgeschlechtliche Paare oder Transgender-Personen behandelt werden. Die Mitglieder der Freikirche verpflichten sich jedenfalls, Alkohol, Tabak oder andere Drogen zu meiden.

Auch das Militärische ist nicht jedermanns Sache.

Ob die Uniform noch zeitgemäß ist, wird teilweise intern diskutiert. Sie ist ein Erkennungsmerkmal nach außen und nivelliert gesellschaftliche Unterschiede nach innen. Aber sie zeigt auch klare Kante: Laut ihrem Selbstverständnis kämpfen die Heilsarmisten einen guten, einen wirklichen Kampf, gegen Not und für das Reich Gottes. Deshalb trug die Mitgliederzeitschrift den martialischen Titel *Der Kriegsruf* – und zwar von 1890 bis 2004. Tatsächlich sind die Mitgliederzahlen in Europa seit Jahrzehnten rückläufig. Viele Gemeinden mussten deshalb bereits geschlossen werden. In Deutschland hat die Freikirche den Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts, erhält aber keine Kirchensteuer.

Dem Elend den Krieg erklärt

William Booth war ein energischer religiöser Sozialpionier in Uniform, der dem Elend sozusagen den Krieg erklärt hatte. Bis ins hohe Alter blieb er an der Spitze seiner Armee, 34 Jahre war er ihr Leiter und bestimmte seinen Sohn Bramwell zu seinem Nachfolger. Seither wird jeder General von einem eigens dafür zusammentretenden Gremium gewählt. Aktueller General und damit 22. internationaler Leiter der Heilsarmee ist der Neuseeländer Lyndon Buckingham. Drei Frauen schafften es bisher zur Generalin, die erste war von 1934 bis 1939 Evangeline Booth, Tochter von William Booth und das siebte seiner acht Kinder.

Auch Krisen gab es in der Heilsarmee. Im Nationalsozialismus wurde sie verfolgt, in der DDR verboten. Booths Sohn Ballington und seine Frau Maud wurden wegen eines umstrittenen Kurses in den USA 1896 aus dem amerikanischen »Kommando« gedrängt und gründeten mit *Volunteers of America* eine eigene Organisation. Doch Patriarch William Booth erfuhr am Ende seines Lebens große Würdigung: Als Ehrenbürger von London und Ehrendoktor der Universität Oxford starb er am 20. August 1912 in London. Beim Leichenzug säumten tausende Menschen die Straßen. 1965 wurde in der Westminster Abbey eine Marmorbüste von ihm aufgestellt. ◻

Die Influencer der Medizin

SIE ERKLÄREN Krankheiten, geben Tipps zu Therapien und werben für einen gesunden Lebensstil: Sogenannte medizinische Influencer, kurz »Medfluencer«, erreichen mit ihren Videos auf Social-Media-Plattformen oft zigtausende Follower. »Wie du eine Sepsis erkennen kannst, was sie so gefährlich macht und was eigentlich eine Blutvergiftung wirklich bedeutet«, erklärt doc.caro.holzner, Notärztin, 381 000 Follower bei Instagram. »Kann ich einen Kater verhindern?«, fragt dr.juliafischer, Ärztin, 90 000 Follower bei Instagram. »Ich zeige dir 20 Tage lang, wie viel Medizin in deinem Essen steckt«, verspricht doc.felix, Arzt, 591 000 Follower bei Instagram, 776 000 Follower bei Tiktok. »Atherosklerose betrifft alle Gefäße im Körper. Meine 3 Tipps, um euch gegen diesen degenerativen Prozess zu wehren«, sagt der.hausarzt1, Hausarzt in Weiterbildung, 70 000 Follower auf Instagram, knapp 280 000 Follower auf Tiktok. Schwesterkim, Notfallkrankenschwester, knapp 560 000 Follower auf Tiktok, gibt Tipps, wie man Halsschmerzen innerhalb von 24 Stunden wieder wegbekommt, nämlich: »Rennt zur Apotheke und holt euch dieses Medikament ...«

Das Phänomen der Medfluencer hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Ob auf Facebook, Instagram, Youtube oder Tiktok – überall finden sich Menschen, die digitales Marketing und PR für und innerhalb des Gesundheitswesens betreiben, die Gesundheitstipps geben, Behandlungsmethoden vorstellen oder erklären, wie bestimmte Krankheiten entstehen. Die allermeisten, die das tun, haben einen medizinischen Hintergrund. Sie sind Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte oder Medizinstudierende. Aber auch von chronischen Erkrankungen Betroffene, die zwangsläufig zu Fachleuten auf diesem Gebiet geworden sind, nutzen gerne die sozialen Medien, um darüber aufzuklären.

Millionenfach angesehen

Mit den Internetplattformen erreichen die Medfluencer eine Zielgruppe, an die sie sonst nicht ohne weiteres rankommen: Menschen, die keine Gesundheitssendungen im Fernsehen anschauen und keine Gesundheitsmagazine durchblättern. Das sind nicht nur die jungen Generationen. Fachleute gehen

davon aus, dass Tiktok-Nutzende bis etwa 30 Jahre alt sind, bei Instagram tummeln sich die 25- bis 50-Jährigen, auf Facebook finden sich eher die älteren Semester. Eine breite Palette also, die auch mit ganz unterschiedlichen Themen zwischen Medizin und Lifestyle angesprochen werden kann.

Kennzeichen der sozialen Medien ist eine gefühlte Vertrauensbasis, die schnell zwischen den oft mehreren Zehntausend Followern und dem Medfluencer entsteht und zu dem Gedanken führt: Wenn die das empfiehlt, muss es gut sein. Der mutmaßliche Einfluss auf das Verhalten der Follower ist also groß, vor allem wenn man sich bewusst macht, dass die Videos mitunter millionenfach angesehen werden. Das ruft Medfluencer auf den Plan, die weniger aufklären als vielmehr gut verdienen möchten. Wer evidenzbasierte Informationen zu medizinischen und Lifestyle-Themen wie Ernährung, Bewegung und Entspannung sucht, sollte daher darauf achten, dass Medfluencer ihre Qualifikation klar offenlegen und nicht nur ein »doc« im Namen führen. Zudem wichtig: Gibt es Verweise auf nachlesbare Studien und Quellen? Stehen seriöse Institute, Fachgesellschaften oder Leitlinien dahinter? Vorsicht ist geboten, wenn auf dem Medfluencerkanal immer wieder bestimmte Produkte beworben werden – dann steckt meist eine Kampagne dahinter.

Gefahren im Graubereich

Doch gerade Medizinerinnen und Mediziner bewegen sich hier in einem Graubereich. Es gilt das Fremdwerbeverbot, das heißt, sie dürfen sich nicht von kommerziellen Interessen, sondern ausschließlich vom Patientenwohl leiten lassen. Anders sieht das bei Medizinstudierenden und medizinischen Laien aus: Die dürfen sehr wohl werben, müssen dabei aber das Heilmittelwerbegesetz beachten. Wer sich nicht daran hält, läuft Gefahr, abgemahnt zu werden – sofern ihm jemand im Dickicht der sozialen Medien auf die Schliche kommt.

Gleiches gilt, wenn Qualifikationen vorgetäuscht werden. Marius Hossbach, Fachanwalt für Medizinrecht, beschreibt seine Erfahrungen auf der Internetseite der Hamburger Kanzlei *Rose & Partner*: »So wird der Begriff »MedizinerIn« mit einem abgeschlossenen Studium assoziiert, aber teilweise von



Studierenden benutzt. Wer sich »Doc« nennt, muss keinen Dokortitel haben, und einer, der im Namen eine Facharztbezeichnung führt, ist tatsächlich nur Weiterbildungsassistent. Manchmal steht im Impressum sogar eine kommerzielle Agentur.«


Mit starkem Sendungsbewusstsein unterwegs

Gerade junge Medfluencer, die noch Medizin studieren oder ihr Studium gerade abgeschlossen haben, gehen oft hoch motiviert und mit starkem Sendungsbewusstsein online. So ist beispielsweise das Motto von Felix M. Berndt, der als doc.felix bei Instagram und Tiktok unterwegs ist: »Ich zeige Dir, wie geil ein gesundes Leben ist!« Dass ihm trotz sechs Jahren Studium noch einige Erfahrungen fehlen, ist doc.felix bewusst. Er spricht das gegenüber seinen Followern offen an und erzählt, dass er seine Videos auf medizinische Korrektheit prüfen lässt, bevor sie veröffentlicht werden. Dennoch ist das, was Berndt in den sozialen Medien präsentiert, weit mehr als medizinische Aufklärung. Und so findet sich auf seinem Instagramaccount auch mal ein Video, das die Vorteile der feuchten Wundheilung erklärt – versehen mit dem Hashtag #hansaplast.

Die Idee der Aufklärung treibt auch die Abteilung Unternehmenskommunikation des Universitätsklinikums Freiburg an. »In den sozialen Medien sind wahnsinnig viele Falschinformationen unterwegs«, sagt Leiter Benjamin Waschow, »da können wir uns natürlich zurücknehmen und sagen: nicht unser Ding. Wir haben uns jedoch dafür entschieden, ein seriöses Gegengewicht anzubieten und so bestenfalls Fake News aufzudecken.« Wie hilft man jemandem, der an einem Fremdkörper zu ersticken droht? Was genau ist ein Augensonnenbrand? Schlafen wir besser, wenn wir uns nachts den Mund zukleben? Mit solchen Themen, aber auch Veranstaltungstipps und Klinik-PR bespielen drei Mitarbeiter der Unternehmenskommunikation regelmäßig die Uniklinik-Kanäle auf Facebook, Tiktok, Instagram und LinkedIn. Dort, wo früher eine Pressemeldung rausgegeben wurde, die für alle gedacht war, macht man sich heute sehr genaue Gedanken über die Zielgruppe.

»Die Nutzer erwarten heutzutage, dass man zu ihnen kommt, also gehen wir auf die jeweilige Plattform und sprechen sie in den dort üblichen Formaten an«, sagt Waschow.

Ein Avatar hilft

Soziale Medien heißt: Es gibt immer unmittelbar ein Feedback auf alles, was man auf diesen Kanälen postet und kommentiert. Nutzerinnen und Nutzer bewerten jede Information und jedes Video, sie diskutieren in Chats und sind harte Kritiker. »Das ist hochspannend, aber auch anstrengend«, sagt Waschow. Das Gute daran: Die universitären Medfluencer sehen – wie alle anderen auch – sofort, ob etwas funktioniert oder nicht. Das im Blick zu behalten, ist in den sozialen Medien quasi überlebenswichtig. Denn wenn ein Format heute viel Zuspruch findet, heißt das nicht, dass es das auch noch in drei Wochen tut. »Man braucht daher kein Konzept schreiben, das kommt über die Betaversion hinaus«, sagt Waschow, »viel wichtiger ist es, aktiv dranzubleiben, auch zu schauen, was andere machen, was gut ankommt, und schnell zu reagieren.« Alles, was die Uniklinik Freiburg zu medizinischen Themen veröffentlicht, ist von Expertinnen und Experten geprüft. Auch die Aussagen, die seit Ende vergangenen Jahres der Avatar Kim trifft, der überraschend gut bei den Followern ankommt. »Das ist wie ein Mitarbeiter, der nie krank ist und immer gute Laune hat«, sagt Waschow. Der Avatar sei jedoch nur eine Ergänzung, die auflockern soll. Vor allem bei komplexeren Themen greifen die Kolleginnen und Kollegen der Unternehmenskommunikation auf die Expertise der hauseigenen Fachleute zurück. »Da gibt es einige, die das richtig gut machen: Mit Witz, schneller Sprache, direktem Ansprechen der Zielgruppe – und sie haben auch Spaß dabei, medizinische Fakten mal so aufzubereiten«, sagt Waschow. Perfekte Medfluencer also. 

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



Wissenschaft mit Herz

MUSS WISSENSCHAFT immer bierernst sein? Keineswegs. Das zeigen die jährlich verliehenen Ig-Nobelpreise. Stellen Sie sich das vor: Zwei Menschen treffen aufeinander, ihre Blicke verfangen sich, und unbemerkt von ihnen beginnen ihre Herzen im gleichen Takt zu schlagen. Poetisch, oder? Aber hier kommt die Wissenschaft ins Spiel: Forschende fanden heraus, dass sich die Herzfrequenzen zwischen frisch Verliebten tatsächlich angleichen. Was für eine Vorstellung: zwei Herzen, die sich bereits einig sind, während ihre Besitzer vermutlich noch überlegen, ob die Frisur sitzt oder das Deo hält. Romantik trifft Wissenschaft – eine Kombination seltener als das Lächeln im Gesicht eines Physikprofessors.

Die Herzens-Erkenntnis wurde 2022 mit dem Ig-Nobelpreis für Kardiologie (englischsprachiges Wortspiel: ignoble »unwürdig, schmachvoll, schändlich«) ausgezeichnet, dem satirischen Gegenentwurf des Nobelpreises. Der Ig-Nobel ist so etwas wie der kleine, freche Bruder des Nobelpreises. Auf Familienfeiern würde er immer die besten Witze reißen.

Romantik trifft harte Wissenschaft

Der Ig-Nobelpreis hat etwas Erfrischendes und zeigt, dass Wissenschaft nicht immer bierernst sein muss, sondern erinnert daran, woran es im Wesen geht: den Kern der Natur zu verstehen. Die Forschung über die im Gleichklang schlagenden Herzen ist ein perfektes Beispiel dafür: Sie verbindet das Herzstück der Romantik – das Herz – mit harter Wissenschaft. Das Herz, der sprichwörtliche Sitz der Emotionen, manifestiert Liebe nicht nur im metaphorischen, sondern auch im buchstäblichen Sinne. Wissenschaft mit Poesie: Wer hätte jemals gedacht, dass der Sound eines EKG-Geräts zur Liebesarie würde?

Die Forschenden fanden außerdem heraus, dass dieses Phänomen nicht nur bei frisch Verliebten auftritt, sondern auch bei langjährig verheirateten Paaren – in guten wie in schlechten Zeiten. Das erklärt vielleicht, warum manche nach Jahren immer noch wie frisch verliebt wirken und andere sich ansehen, als hätten sie gerade eine saure Zitrone gelutscht. Es geht nicht nur um die

großen Gesten oder die ausgesprochenen Worte, sondern auch um das, was im Verborgenen liegt – um die unbewusste, aber kraftvolle Verbindung zwischen zwei Herzen.


Erst Lachen, dann Nachdenken

Die jährlich an der Harvard-Universität in Cambridge verliehenen Ig-Nobelpreise werden oft auch als Anti-Nobelpreis bezeichnet. Ein paar Beispiele gefällig?

– Haben Menschen eigentlich in beiden Nasenlöchern gleich viele Nasenhaare? Um das herauszufinden, untersuchten die Preisträger des 2023-Medizin-Ig-Nobelpreises die Nasen zahlreicher Leichen. Untersuchungen an Lebenden wären vermutlich von keiner Ethik-Kommission dieser Welt genehmigt worden.

– Und wieder die Nase: Orgasmen verbessern die Nasenatmung genauso gut wie abschwellende Nasensprays. Diese mit dem Medizin-Ig-Nobelpreis 2021 gekrönte Erkenntnis ist hochrelevant, weil sie Millionen Abhängigen von in den Apotheken frei verkäuflichen Nasensprays endlich eine reelle Perspektive bietet, um von ihrer »Droge« herunterzukommen.

– Guten Appetit: 2020 erhielten Forschende den Ig-Nobelpreis für Medizin für die Diagnose des bislang unbemerkt gebliebenen Syndroms der Misophonie: der Stress, den manche erleben, wenn sie die Kaugeräusche ihrer Mitmenschen hören.

Die Ig-Nobelpreise erinnern uns daran, dass hinter jedem trockenen Forschungsbericht ein Funke von Neugier und oft auch ein Hauch von Humor steckt. So lautet denn auch das Motto des Ig-Preiskomitees: Die Arbeiten sollen »erst zum Lachen, dann zum Nachdenken« anregen. Die Auszeichnung für die synchronisierenden Herzen ist dafür ein perfektes Beispiel. Sie zeigt uns, dass Wissenschaft auch das Herz berühren kann. Im wahrsten Sinne des Wortes. 

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



KONTAKT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ISSN 1610-5346

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



IMPRESSUM

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

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

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

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

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

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis
Titel © IBERFOTO / BRIDGEMAN IMAGES
Schwerpunkt de Jong Typografie mit
Motiven von istockphoto.com:
S. 7 Geeratti / S. 8 draskovic /
S. 12 Razvan / S. 14 phanasitti

S. 2 DeZIM
S. 5 Jens Bonke

Andere istockphoto.com:
S. 19 epeterhansen
S. 21 Dzmity Dzmitryieu
S. 23 Adam Sadlak
S. 25 SeventyFour
S. 27 nambitomo
S. 31 RossHelen



S. Rusakov