



das Magazin des Medizinischen Dienstes 1.2025

Gegen Gewalt
in
Gesundheitswesen
und Pflege



Liebe Leserin!
Lieber Leser!



AKTUELL

Die gute Frage: Warum muss sich das Gesundheitssystem verändern? **1**

Kurznachrichten **3**

Auch das noch: Ey, Alter **32**

TITELTHEMA

Hilfe in Not **6**

»Gewalt zu bremsen müssen wir lernen« **8**

Gewalt in Pflegebeziehungen **10**

Gewalt-iges Problem **12**

Wie Krankenhäuser Gewalt begegnen **14**

Gewaltfreie Pflege – gemeinsam

Flagge zeigen **15**

Der falsche Enkel am Telefon **16**

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN **17**

WISSEN & STANDPUNKTE

Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz: nur ein erster Aufschlag? **18**

Brustkrebs: mehr individuelle Unterstützung im Job **19**

Arzneimittelversorgung: Ausgabensteuerung stößt an Grenzen **20**

GESUNDHEIT & PFLEGE

Die fliegende Augenklinik **22**

Radon: Risiko in der Raumluft? **24**

Was kommt nach dem Amalgam-Aus? **26**

Akne schürt Vorurteile **27**

GESTERN & HEUTE

Ein Revoluzzer für die moderne Medizin **28**

WEITBLICK

Glaube und Psychotherapie **30**

ES TRIFFT die Seniorin im Pflegeheim ebenso wie den jungen Arzt im Krankenhaus, das Personal in der Hausarztpraxis, den Patienten beim Facharzt oder die pflegende Angehörige: Gewalt in Gesundheitswesen und Pflege ist kein neues Thema, aber eines, das lange Zeit im Verborgenen blieb und nun zunehmend in den Fokus gerät. **II** Nimmt die Gewaltbereitschaft zu? Wenn ja, warum? Was können wir tun, um Patientinnen, Patienten, aber auch Pflegende besser zu schützen? Brauchen wir mehr Gewaltschutzkonzepte und Präventionsmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen? Müssen wir uns stärker rückbesinnen auf gesellschaftliche Werte und mehr Zivilcourage? **II** Neben dem Schwerpunktthema »Gegen Gewalt in Gesundheitswesen und Pflege« gibt es weitere lesenswerte Beiträge im Magazin und unter www.md-forum.de: So haben wir Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege, gefragt, warum sich das Gesundheitssystem verändern muss. Wir berichten über Ausgabensteigerungen bei der Arzneimittelversorgung, Alternativen zu Amalgam, Gesundheitsgefahren durch Radon in der Raumluft, und wir blicken schmunzelnd auf die Erkenntnis, dass wir alle das Alter am liebsten aufschieben würden. **II** Mögen Sie die Sonnenstrahlen des Frühlings genießen.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch **III**

DIE GUTE FRAGE

Warum muss sich das Gesundheitssystem verändern?

Deutschland nach der Wahl – die Herausforderungen im Gesundheitswesen sind gewaltig. Eine alternde Gesellschaft, Fachkräftemangel, steigende Kosten durch Digitalisierung und medizinischen Fortschritt. Wie kann eine gerechte und solidarisch finanzierte Versorgung unter diesen Bedingungen in Zukunft gelingen? Fragen an Professor Ferdinand M. Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main und langjähriger Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege.

Ihre Kollegen fordern eine Zeitenwende im Gesundheitssystem. Überall herrsche eine beispiellose Unsicherheit, heißt es. Was ist da los? Diese Unsicherheit hat sich über Jahre aufgestaut. Wir haben seit langer, langer Zeit Strukturprobleme im System, die nicht gelöst wurden. Stattdessen wurden Verteilungskonflikte von der Politik zumeist nur mit mehr Geld zugekleistert.

Jetzt sind die Kassen leer.

Ja. Das geht nun nicht mehr. Die Reserven sind verbraucht, die Krankenkassen haben kein Geld mehr, um die wachsende Lücke zwischen Einnahmen und Ausgaben zu schließen. Hinzu kommt: Wir haben ein ineffizientes Gesundheitssystem, mit Über-, Unter- und Fehlversorgung nebeneinander. Die Kosten sind hoch, die Versorgungsqualität ist durchschnittlich. Es ist klar, dass es so nicht weitergehen kann. Das führt zu großer Verunsicherung.

Was tun?

Den allermeisten ist bewusst, dass eingreifende Maßnahmen notwendig sind. Aber es fehlt eine klare Strategie.

Eins der wenigen Gesetze, die in letzter Minute noch verabschiedet wurden, ist die Krankenhausreform. Gehört sie zu den eingreifenden Maßnahmen, die Sie fordern?

Die Klinikreform ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Aber es fehlt die Schnittstelle zum ambulanten Bereich. Wir müssen konsequent Versorgungsleistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten verlagern. Da haben wir in Deutschland einen riesigen Nachholbedarf im Vergleich zu anderen Ländern.

Es gibt noch Streit über die Finanzierung der Reform.

Zu Recht. Die Finanzierung ist verunglückt. Die Vorgabe, dass Milliarden-Investitionen von den Beitragszahlern geschultert werden, ist weder vernünftig noch zulässig. Da diese Reform sehr viel Geld kostet und man die Auswirkungen der sinnvollen Zentralisierung und Zusammenlegung von Kliniken erst in vielen Jahren spüren wird, halte ich eine andere Reform für sehr viel wichtiger: die umfassende Reform der Notfallversorgung.

Der Gesetzentwurf liegt vor. Warum sollte er schnell verabschiedet werden?

Es ist traurig. Bereits zum zweiten Mal scheiterte das Vorhaben – jetzt in letzter Minute. Aber es

sollte das erste Projekt der neuen Regierung sein, weil die fehlende, bedarfsgerechte Steuerung in der Notfallversorgung eines unserer zentralen Probleme ist. Wichtigste Bausteine sind die Steuerung mit digital gestützter Ersteinschätzung und die Einrichtung integrierter Notfallzentren. Diese Reform würde viel schneller wirken und sehr viel weniger kosten.

Aber es geht um Geld, das nicht in der Kasse ist.

Deshalb ist zunächst ein Vorschaltgesetz zur finanziellen Stabilisierung der Pflege- und Krankenversicherung erforderlich. Man kann nicht warten, bis die Strukturreformen wirken, und wird wahrscheinlich auf altbekannte Kostendämpfungsmaßnahmen, zum Beispiel Zwangsrabatte, zurückgreifen.

Auch im ambulanten Bereich knirscht es gewaltig: überfüllte Praxen, lange Wartezeiten, Abweisung von Neupatienten. Was läuft schief?

Es fehlt hierzulande eine flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung [HZV]. In anderen Ländern ist es üblich, dass sich alle Bürger und Bürgerinnen eine Hausarztpraxis ihrer Wahl suchen, die dann die Koordinierung ihrer Versorgung übernimmt. Sogar Fachärzte sind mittlerweile für eine hausarztzentrierte Versorgung, weil das unkoordinierte Verstopfen von Praxen untragbar ist.

Wie sähe das Modell konkret aus? Bundesweit, vor allem in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen und Niedersachsen, wird die HZV angeboten; zehn Millionen Versicherte nehmen bereits teil. Ideal sind positive Anreize zur Teilnahme. Sinnvoll wäre etwa die Zusage, dass man bei qualifizierter Überweisung durch den Hausarzt schneller einen Termin beim richtigen Facharzt bekommt und vor zu viel und falscher Medizin geschützt wird. Oder: Wer weiterhin unkoordiniert direkt hochspezialisierte Fachärzte oder sogar mehrere ansteuern will, zahlt einen Teil der entstehenden Mehrkosten.

Schafft man damit nicht die freie Arztwahl ab?

Nein. Sie haben weiterhin die Wahl zwischen allen Hausarztpraxen, und wenn Sie eine qualifizierte Überweisung Ihres Hausarztes haben, können Sie zwischen allen Fachspezialisten wählen. Den Augenarzt oder die Gynäkologin können Sie sogar direkt, ohne Überweisung aufsuchen. Das Einzige, was bei der HZV nicht mehr möglich ist, ist die unkoordinierte Inanspruchnahme der nächsten Versorgungsebene.

Was halten Sie von einer stärkeren Selbstbeteiligung?

Selbstbeteiligungen könnten eine intelligente Steuerung unterstützen. Im Vergleich mit vielen europäischen Nachbarn ist Deutschland ein Land mit sehr geringer Selbstbeteiligung. Sie darf selbstverständlich nicht dazu führen, dass sich Einzelne den Arztbesuch nicht mehr leisten können. Aber im Moment gehen

Deutsche viel zu oft zum Arzt und liegen außerdem viel zu häufig im Krankenhaus. Wir haben ein chaotisches, ungesteuertes System, das dazu führt, dass sich in Praxen und Kliniken Hamsterräder drehen. Das ist schlecht für die Patienten und für alle Beschäftigten.

Unser System war mal vorbildlich. Jetzt scheint es chaotisch. Wie konnte es dazu kommen?

Es ist einerseits eine Frage der Mentalität in Deutschland. Hinzu kommt das Quartalsabrechnungssystem in den Praxen. Auch das Fallpauschalen-System der Krankenhäuser wurde in Deutschland überreizt. Verkürzt: Wenn nicht operiert oder implantiert wird, verdienen Kliniken nichts.

Viele dieser Probleme sind seit Jahren bekannt. Warum hat sich trotzdem nichts verändert?

Wir haben 16 Landesgesundheitsminister, die alle selbst entscheiden wollen, einen Bundesgesundheitsminister, 17 KVen, einen Gemeinsamen Bundesausschuss und eine überschießende Reglungsdichte durch diverse dicke Sozialgesetzbücher. Wenn Sie den Entscheidern, die derzeit vom System profitieren, eine Neuerung vorschlagen, überlegen alle zuerst, ob und wie es sie betrifft. Und bevor eine Verschlechterung auch nur riskiert wird, wird lieber abgelehnt. Das System ist so verkrustet, dass grundlegende Reformen enorme Widerstände überwinden müssen.

Sie erwähnten bislang nicht den Ärztemangel, der laut Bundesärztekammer die Versorgung in naher Zukunft gefährdet. Was sagen Sie zu dieser Warnung?

Wir haben Engpässe und eklatante Fehlverteilungen nach Disziplinen und Regionen, aber keinen allgemeinen Ärztemangel. Im internationalen Vergleich gibt es bei uns sehr viele Ärztinnen und Ärzte. Von 2000 bis 2023 stieg die Zahl der berufstätigen Ärzte zum Beispiel um 45% auf rund 429 000.

Hätten wir den Durchschnittswert anderer Länder, wären viele Ärzte bei uns arbeitslos. Auch die Zahl der in- und ausländischen Medizinstudierenden ist mit rund 22 000 pro Semester völlig ausreichend.

Aber Sie stimmen zu, dass in der Altenpflege ein bedrohlicher Fachkräftemangel herrscht?

Bei der Langzeitpflege im Pflegebereich gibt es tatsächlich Mängel. Da muss dringend investiert werden. Es muss Anreize für Ausbildung, für mehr Teamarbeit und sogar für den stärkeren Einsatz von Robotik geben.

Abschließend: Ist unser solidarisch finanziertes Gesundheitssystem zukunftsfest?

Es hat eine Zukunft. Aber es muss weiterentwickelt werden. Laut IGeS Institut könnten die Sozialbeiträge in den nächsten zehn Jahren auf fast 50% steigen. Über die ursprünglich angestrebte Grenze von 40% redet heute keiner mehr. Zukünftige Kosten für extrem hochpreisige Medikamente und neue Therapien sind da noch nicht berücksichtigt.

Sind Sie Optimist?

Ich bin vorsichtig optimistischer Realist. Es gibt im deutschen Gesundheitssystem keine Revolutionen, sondern nur Evolution. Der Druck, der jetzt durch die finanziellen Engpässe entsteht, ist offenbar notwendig, um in Deutschland grundlegende Reformen durchzusetzen. Große Reformen sind Kinder der Not. Das fühlt sich bestimmt nicht gut an, ist für notwendige Erneuerungen aber gut. Klinikreform, Digitalgesetze und Notfallreform sind Schritte in die richtige Richtung. Die Zeiten, in denen man Probleme mit Geld zukleistern und Gruppen ruhigstellen konnte, sind vorbei. Jede Krise ist auch eine Chance.

Die Fragen stellte Gabi Stief, freie Journalistin.



Neuer Leiter EbM

Neuer Leiter des Bereichs Evidenzbasierte Medizin (EbM) beim Medizinischen Dienst Bund ist seit 1. April 2025 Privatdozent Dr. med. Stefan Lange. Der habilitierte Arzt, Biometriker und klinische Epidemiologe war über viele Jahre stellvertretender Leiter des Kölner Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Beim Medizinischen Dienst Bund wird Lange das Team aus wissenschaftlichen Expertinnen und Experten des Bereichs EbM leiten. Im Fokus stehen dabei Nutzenbewertungen zu allen Bereichen der medizinischen Versorgung – zu Arzneimitteln, nicht-medikamentösen Behandlungsmethoden, Medizinprodukten, digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) bis hin zu Diagnose- und Screeningverfahren. Zum Verantwortungsbereich von Stefan Lange gehört zudem der IGeL-Monitor, der evidenzbasierte Nutzenbewertungen zu individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) erstellt und auf dem Informationsportal www.igel-monitor.de veröffentlicht.

Vorstandswechsel

Dr. Martin Krasney ist seit Anfang März Vorstandsmitglied beim GKV-Spitzenverband und in dieser Funktion Nachfolger von Gernot Kiefer, der im Sommer 2024 in Ruhestand gegangen ist. Der 55-jährige promovierte Jurist und Bankkaufmann, zuletzt Partner und Rechtsanwalt in der Strategie- und Rechtsberatung Dierks+Company, hat zwischen 2008 und 2024 die Rechtsabteilung des GKV-Spitzenverbandes geleitet und war in den Jahren davor unter anderem als Justiziar beim BKK-Bundesverband sowie in verschiedenen Rechtsanwaltssozialitäten tätig.

Auf Bluesky und LinkedIn

Der Medizinische Dienst Bund ist auf Bluesky und LinkedIn aktiv und – wie viele andere wissenschaftliche Institutionen auch – nicht länger auf X. Als unabhängige Begutachtungs- und Beratungsinstitution steht der Medizinische Dienst Bund für eine bedarfsgerechte wissenschaftsbasierte Versorgung und Werte wie Toleranz, Chancengleichheit und Inklusion. Für einen respektvollen, sachlichen Austausch finden Sie uns jetzt auf Bluesky ([md-bund.bsky.social](https://bsky.social)), LinkedIn ([md-bund/](https://www.linkedin.com/company/md-bund/)) sowie wie gewohnt auf www.md-bund.de, www.medizinscherdienst.de, www.igel-monitor.de und www.md-forum.de.

Mutterschutz nach Fehlgeburt

Ab 1. Juni 2025 gilt eine Änderung des Mutterschutzgesetzes. Frauen haben künftig ab der 13. Schwangerschaftswoche nach einer Fehlgeburt Anspruch auf Mutterschutz. Die gestaffelte Regelung ermöglicht Betroffenen eine angemessene Regenerationszeit entsprechend ihrer körperlichen und seelischen Belastung. Die Schutzfristen sind nicht verpflichtend und können individuell in Anspruch genommen werden. Schätzungen zufolge gibt es in Deutschland jährlich etwa 6000 Fehlgeburten zwischen der 13. und 24. Schwangerschaftswoche.

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit

Die bisherige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) heißt jetzt ›Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit‹ (BIOG). Mit der Neuausrichtung des Instituts, das eng mit dem Berliner Robert-Koch-Institut (RKI) zusammenarbeiten wird, soll die öffentliche Gesundheit in Deutschland gestärkt und der Public-Health-Ansatz noch besser an internationale Standards in der Gesundheitsförderung und Prävention angepasst werden. Infos unter www.bioeg.de

KURZ NACHRICHTEN

Depressionen im Krankenhaus

Depressionen sind erneut die häufigste Diagnose bei stationären Behandlungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Sie machten 2023 ein Viertel aller 1,05 Millionen Krankenhausbehandlungen wegen psychischer Erkrankungen aus. Laut neueren Daten des Statistischen Bundesamtes (Destatis) waren auch Kinder und Jugendliche stark von Depressionserkrankungen betroffen. Insgesamt mussten 2023 rund 261 200 Patientinnen und Patienten wegen depressiver Episoden oder wiederkehrender depressiver Störungen in eine Klinik – das waren 3,6% mehr als im Vorjahr.

Anzahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen

Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen wächst seit der Corona-Pandemie langsamer als vor deren Ausbruch. Laut Statistischem Bundesamt (Destatis) arbeiteten Ende 2023 knapp 6,1 Millionen Personen in diesem Sektor. Das waren 27 000 Beschäftigte oder 0,5% mehr als im Vorjahr. Zwischen den Jahren 2019 und 2023 betrug die Zunahme demnach 5,3%. Von 2015 bis 2019, dem Vergleichszeitraum vor der Pandemie, hatte sie noch bei 6,9% gelegen. Die stärksten Personalzuwächse gab es seit 2019 im Gesundheitsschutz und in der pharmazeutischen Industrie.

Antibiotika

Aktuellen Zahlen zufolge ist die Nutzung von Antibiotika in Deutschland 2023 um 18,4% gegenüber dem Vorjahr gestiegen und liegt sogar gut 6% höher als vor der Pandemie 2019. Das zeigt eine neue Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido) auf Basis der Arzneimittelverordnungsdaten aller gesetzlich Krankenversicherten. Infos auch unter www.wido.de

Schneller in die Facharztpraxis

Gesetzlich Versicherte wünschen sich einen schnelleren Zugang zu Behandlungen in fachärztlichen Praxen, in der hausärztlichen Versorgung sind sie mehrheitlich zufrieden. Dies ist ein Ergebnis der repräsentativen GKV-Versichertenbefragung 2024, die im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführt wurde. 25% der Patientinnen und Patienten warten demnach länger als 30 Tage auf einen Termin in der fachärztlichen Praxis, aber immerhin jeder Zweite kann innerhalb von zehn Tagen die Fachärztin oder den Facharzt sprechen. Zum Vergleich: In hausärztlichen Praxen wartet die Hälfte der Betroffenen nur einen Tag, 25% warten länger als drei Tage. Zudem geben im Fünfjahresvergleich 43% an, dass sich die Wartezeiten bei Fach- und Hausarztpraxen verschlechtert haben. 44% der Versicherten sind mit der telefonischen Erreichbarkeit der Arztpraxen unzufrieden und 27% bewerten die Öffnungszeiten der Praxen als »zu kurz« oder »viel zu kurz«.

Zukunftspotenzial KI

Ein Drittel aller Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nutzt bereits Künstliche Intelligenz (KI) in der Praxis. Zu diesem Ergebnis kommt eine neuere Studie des Netzwerks »Gesundheitsstadt Berlin«. Demnach schätzen fast zwei Drittel von 300 befragten Ärztinnen und Ärzten das Zukunftspotenzial von KI als hoch oder sehr hoch ein. Die größte Entlastung versprechen sich die Mediziner bei der Dokumentation, Abrechnung und Entscheidungsfindung. Allerdings besteht die Sorge, dass KI-Modelle sich nur unzureichend auf Daten aus Deutschland stützen könnten.

Online-spielende Jugendliche

Ob an der Konsole, am Handy oder PC – 85% der Kinder und Jugendlichen zwischen zehn und 18 Jahren spielen zumindest hin und wieder Video-, Computer- oder Onlinespiele. Im Schnitt verbringen sie damit 95 Minuten, also rund 1,5 Stunden täglich – unter der Woche rund 80 Minuten, am Wochenende mit 123 Minuten sogar im Schnitt etwa zwei Stunden pro Tag. Das sind Ergebnisse einer repräsentativen Studie im Auftrag des Digitalverbands Bitkom, für die mehr als 600 Kinder und Jugendliche zwischen zehn und 18 Jahren in Deutschland befragt wurden. Der Anteil der Gamer sinkt mit dem Alter, die Spieldauer jedoch steigt. Auch zocken Jungen im Schnitt doppelt so lange wie Mädchen (121 Minuten pro Tag gegenüber 64 Minuten bei den Mädchen).

Alkoholsucht

Mehr als 1,4 Millionen Menschen in Deutschland sind aufgrund von Alkoholsucht in medizinischer Behandlung. Einer aktuellen Auswertung des BARMER Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) zufolge waren etwa 1 013 000 Männer und 418 000 Frauen alkoholabhängig. Besonders häufig betroffen waren Menschen in der zweiten Lebenshälfte. Bei den 55- bis 64-Jährigen wurde Alkoholsucht bei rund 293 000 Männern und 114 000 Frauen diagnostiziert. Auch zeigten sich regionale Unterschiede – so sei der Anteil alkoholkranker Menschen in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen über ein Drittel höher als im Bundesschnitt. Dort wurden im Jahr 2023 jeweils etwa 2,6% und 2,3% der Bevölkerung wegen Alkoholsucht behandelt. Der Bundesschnitt beträgt knapp 1,7%. Am seltensten wurde Alkoholabhängigkeit in Hessen und Baden-Württemberg diagnostiziert.

Weitere Infos unter www.bifg.de/atlas/drogen-und-alkoholmissbrauch

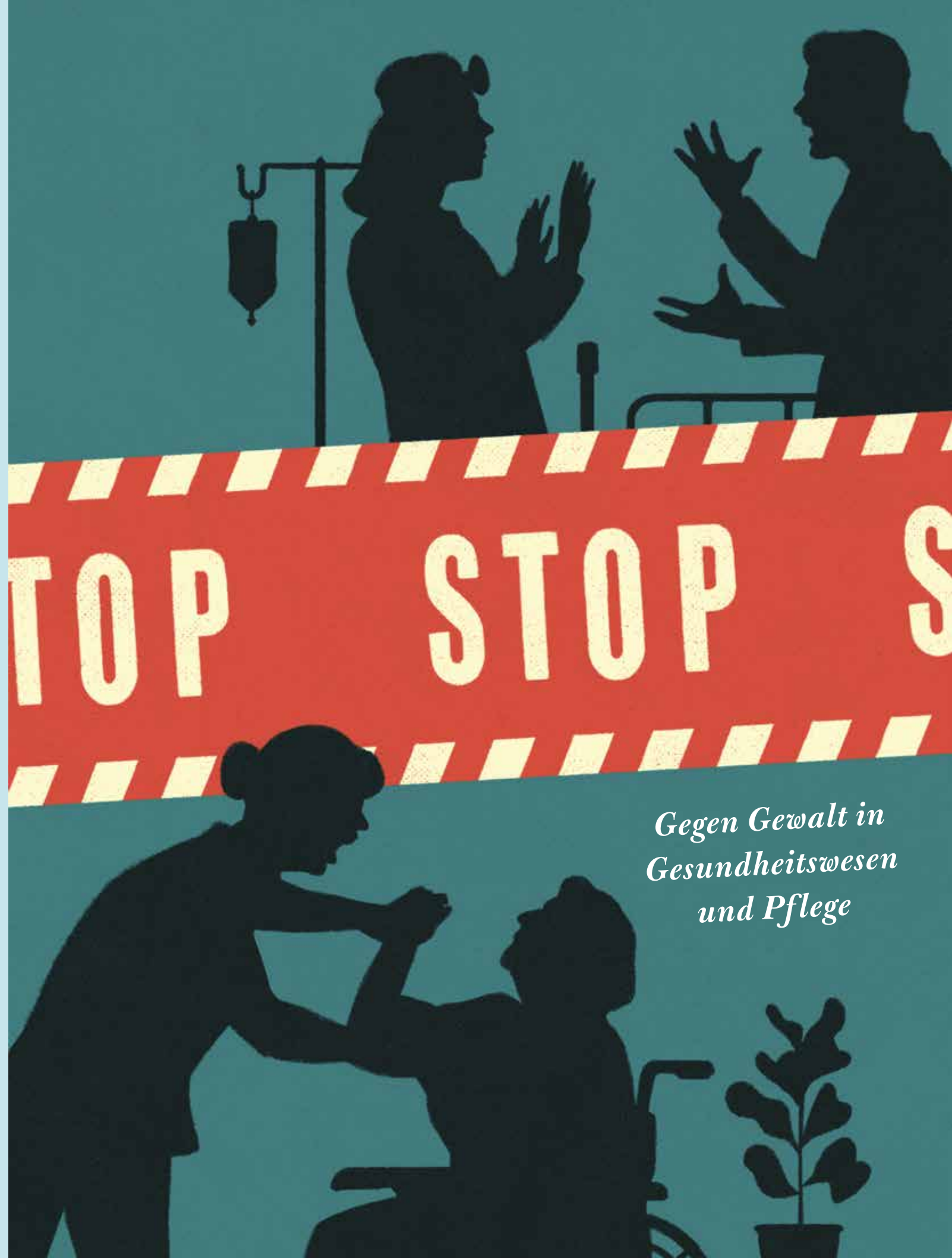
Totgeburten

In Europa kommen immer weniger Kinder tot zur Welt. Ausnahmen sind Deutschland und Belgien, wo es seit mindestens 2010 einen deutlichen Aufwärtstrend gibt. Das zeigt eine neuere Analyse des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung in Rostock. Demzufolge sinkt in den meisten europäischen Ländern die Rate kontinuierlich auf weniger als drei Totgeburten pro 1000 Geburten. In Deutschland sind die Totgeburten jedoch von 2,8 im Jahr 2010 auf 3,7 im Jahr 2021 gestiegen; in Belgien wurde ein Anstieg von 4,6 auf 5,6 verzeichnet. In Spanien sank die Rate von 3,1 auf 2,7 und in Dänemark von 3,1 auf 2,9. Eine Erklärung für die Entwicklung der Totgeburtenrate haben die Forschenden noch nicht entdeckt. Bei der Suche nach Gründen kommen sie zu dem Ergebnis, dass das steigende Alter der Mütter und der sinkende Anteil von Mehrlingsgeburten nur einen kleinen Teil der beobachteten Trends erklären. Zumindest für Belgien könnte es laut Studie aber auch an einer Veränderung der späten Schwangerschaftsabbrüche liegen, da diese in Belgien nicht aus den Totgeburtenzahlen herausgerechnet werden konnten.

forum-Newsletter

Themen und Trends rund um Gesundheit, Pflege und die Arbeit des Medizinischen Dienstes: Der *forum*-Newsletter informiert punktgenau, verlinkt auf ausgewählte Beiträge und kündigt unter anderem viermal im Jahr das Erscheinen einer neuen Magazinausgabe an. Einfach anmelden unter www.md-forum.de

*Gegen Gewalt in
Gesundheitswesen
und Pflege*



Hilfe in Not

ESKALATION im Pflegealltag: Beschimpfen, Treten, Anspucken, Schlagen – nicht nur Beschäftigte in Gesundheitsberufen, auch Patienten und Pflegebedürftige machen in ihrem Alltag Erfahrungen mit aggressivem Verhalten und gewalttätigen Übergriffen. Eine überforderte Tochter schreit ihre zu Hause gepflegte Mutter an, als die sich nicht kämmen lassen will. In der Notaufnahme eines Krankenhauses gehen Angehörige eines Patienten auf einen Pfleger los, weil ihnen die Wartezeit zu lang ist. In einem Altenpflegeheim fasst ein Bewohner beim Umsetzen in den Rollstuhl der Pflegefachkraft an die Brust. Weil sie ihn nicht länger krankschreiben will, beschimpft und bedroht ein Patient eine Ärztin. So unterschiedlich diese Vorfälle auf den ersten Blick erscheinen: Bei allen handelt es sich um Gewalt, wie sie in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern, in Arztpraxen, im Rettungsdienst und in der häuslichen Pflege immer wieder vorkommt.

Ältere Pflegebedürftige besonders gefährdet

Wie häufig es in der professionellen Pflege zu Gewalt kommt, ist schwer zu beziffern. Forscher wie der Pflegewissenschaftler Professor Stefan Schmidt von der Hochschule Neubrandenburg gehen von einer hohen Dunkelziffer aus. Aufgrund von Angst oder Scham kommen viele Fälle wahrscheinlich nie zur Anzeige. Im Rahmen des Forschungsprojekts PEKO (Partizipative Entwicklung eines Konzeptes zur Gewaltprävention) wurden vor einigen Jahren Pflegefachpersonen aus vier Bundesländern befragt, die in der stationären

Langzeitpflege, in Krankenhäusern und in der ambulanten Pflege tätig waren. Das Ergebnis: Rund 70% der Befragten gaben an, sie hätten in den letzten zwölf Monaten mindestens eine Form von Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen ausgeübt. Auch in der häuslichen Pflege kommt es zu Aggressionen und Gewalt.

Das Spektrum der körperlichen und seelischen Gewalt reicht dabei von Beschimpfungen, Ignorieren, Anschweigen oder Anschreien über Vernachlässigung, das Vorenthalten von Zuwendung, Nahrung oder Hilfsmitteln bis hin zu Freiheitsentziehenden Maßnahmen, Schlägen und anderen Misshandlungen. Auch sexualisierte Gewalt kommt im Pflegealltag vor.

Laut dem Zentrum für Qualität in der Pflege sind ältere Pflegebedürftige besonders verletzlich und daher auch besonders gewaltgefährdet. Zu den Faktoren, die Gewalt in der Pflege fördern, zählen Stefan Schmidt zufolge Überlastung und Stress. Ein erhöhtes Risiko besteht daher auch für Menschen mit Demenz oder anderen psychischen Erkrankungen, die mit einem herausfordernden oder aggressiven Verhalten einhergehen.

Gewalt gegen Pflegenden

Auch die Pflegenden sind vor Gewalterfahrungen nicht gefeit. Neun von zehn der im Rahmen des Forschungsprojekts PEKO befragten Pflegefachkräfte gaben zu Protokoll, dass sie in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung psychische oder körperliche Gewalt erlebt hatten. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf befragten 2017 knapp 2000 Beschäftigte aus der stationären und ambulanten Pflege, aus Krankenhäusern und der Behindertenhilfe. 94% von ihnen hatten verbale, 70% körperliche Gewalt durch die von ihnen Gepflegten erlebt. Rund ein Drittel fühlte sich dadurch stark belastet. Am häufigsten waren Beschimpfungen, gefolgt von Kneifen und Kratzen, Schlagen und Bedrohen.

Gewaltprävention in der Pflege

Damit es gar nicht erst zu Übergriffen kommt, gibt es verschiedene Initiativen zur Gewaltprävention in der Pflege. Die Beratungs- und Beschwerdestelle »Pflege in Not« etwa bietet bereits seit 1999 berlinweit Hilfe und Unterstützung bei Konflikten und Gewalterfahrungen in der Pflege älterer Menschen. Das Angebot richtet sich an Menschen, die zu Hause oder stationär gepflegt werden, an pflegende Angehörige und Pflegefachkräfte, kurz: an alle, die im Zusammenhang mit der Pflege Gewalt befürchten, beobachtet oder erfahren haben. Ebenfalls in Berlin wurde 2021 das »Netzwerk Gewaltfreie Pflege« gegründet, in dem sich auch der Medizinische Dienst Berlin-Brandenburg gemeinsam mit vielen anderen Akteurinnen, Akteuren und Institutionen aus den Bereichen Gesundheit und Pflege, Strafverfolgung und Betreuung engagiert.

In Bayern entwickelten Wissenschaftler im Pilotprojekt »Pflege in Bayern – gesund und gewaltfrei« zusammen mit vierzig teilnehmenden Einrichtungen einen Methodenkoffer mit Konzepten und Ansätzen zur Gesundheitsförderung und Gewaltprävention in der stationären Altenpflege. Im November 2024 startete das Nachfolgeprojekt »Gesund und gewaltfrei – Präventionsstrategie Bayern« mit dem Ziel, Beschäftigte in der stationären Altenpflege vor Überforderung, Gewalthandlungen und Gewalterfahrungen am Arbeitsplatz zu schützen und gleichzeitig Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen Gewalterfahrungen zu ersparen. Die Pflegekammer Nordrhein-Westfalen hat angekündigt, ein Meldesystem für Berufspflichtverletzungen in der Pflege aufzubauen, über das Fälle von Gewalt künftig einfach und anonym gemeldet werden können.

Aggression in der Notaufnahme

Nicht nur die Pflege, auch andere Gesundheitsberufe sehen sich zunehmend mit Gewalterfahrungen konfrontiert. »Wir erleben in vielen Bereichen unseres täglichen Lebens eine gesellschaftliche Verrohung, die leider auch Ärztinnen und Ärzte, das Praxispersonal, Pflegekräfte und viele weitere Gesundheitsberufe in ihrer täglichen Arbeit zu spüren bekommen«, erklärte Dr. Klaus Reinhardt, der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), im Oktober 2024. Auch die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste geraten bei ihren Hausbesuchen mitunter in bedrohliche Situationen.

Vor allem im Krankenhausbereich, so scheint es, dreht sich die Gewaltspirale immer schneller. Eine im April 2024 veröffentlichte repräsentative Umfrage im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ergab, dass

in 73% der Kliniken in Deutschland die Zahl der Übergriffe in den vergangenen fünf Jahren zugenommen hat. Besonders häufig eskaliert die Situation offenbar in den Notaufnahmen, wo gestresste Patienten auf überlastetes Personal stoßen. Einer Untersuchung des in Hamburg ansässigen Zentralinstituts für Arbeitsmedizin und Maritime Medizin zufolge hatten 97% der befragten Beschäftigten in Notaufnahmen in den zurückliegenden zwölf Monaten verbale, 87% körperliche Gewalt durch Patientinnen und Patienten erlebt. Fast jede zweite weibliche Pflegekraft in der Notaufnahme war sexualisierter Gewalt ausgesetzt.

Besserer Schutz für Gesundheitsberufe

Als Reaktion auf die zunehmende Gewalt bemühen sich immer mehr Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen darum, ihre Beschäftigten so gut wie möglich zu schützen, und entwickeln Gewaltschutzkonzepte. Die Maßnahmen sind vielfältig und reichen von systematischen Gefährdungsbeurteilungen über Gewaltpräventions- und Deeskalationstrainings für Mitarbeitende und eine Aufstockung des Sicherheitspersonals bis zur Installation zusätzlicher Sicherheitsvorkehrungen wie Notrufknöpfen, Fluchtwegen und Sicherheitsschleusen. Weitere Maßnahmen sind Hausverbote für Personen, die ausfällig werden, und mobile Alarmgeräte für Beschäftigte in gefährdeten Bereichen. Plakate mit Slogans wie »Bei Gewalt hört für mich der Spaß auf« oder »Halt zu Gewalt« mahnen Patienten und Angehörige in Fahrstühlen und Wartebereichen zur Zurückhaltung. Auch die psychologische Unterstützung für Gewaltbetroffene wird vielerorts ausgebaut.

Die Gesundheitsberufe sehen ausdrücklich die Gesellschaft und die Politik in der Pflicht. Bundesärztekammer und Ärzteverbände fordern eine Verschärfung des Strafrechts, um Übergriffe künftig härter zu bestrafen. In Nordrhein-Westfalen hat das Gesundheitsministerium im Februar 2025 eine Initiative gegen Rassismus, Gewalt und Diskriminierung gegenüber den Mitarbeitenden im Gesundheitswesen gestartet. In einem ersten Schritt sollen nun in einer Online-Befragung Betroffene zu Wort kommen. Denn, so betonte NRW-Gesundheitsminister Karl-Laumann zum Auftakt, es sei »wichtig, dass wir den Menschen zuhören, die solche Erfahrungen gemacht haben«.

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



»Gewalt zu bremsen müssen wir lernen«

Die Medienberichterstattung suggeriert, dass Gewalt und Gewaltbereitschaft deutlich zunehmen. Ist das so? Wenn ja, warum? Und wie lässt sich Gewalt vorbeugen? *forum* hat nachgefragt bei Prof. Dr. Andreas Zick, Direktor des Instituts für interdisziplinäre Konflikt- und Gewaltforschung und wissenschaftlicher Leiter der Konfliktakademie (ConflictA) an der Universität Bielefeld.

Hat Gewalt im Gesundheitswesen zugenommen?

Ja, das zeigen die Daten, die wir von einzelnen Einrichtungen, aber auch aus der polizeilichen Kriminalstatistik und von den Ärztekammern haben. Wir sehen: Das Ausmaß ist vor allem da groß, wo es ein hohes Hass- und Gewaltpotenzial gab und wo es zugleich in den letzten Jahren keine Gewaltpräventionsmaßnahmen gab. Wir müssen aber auch den Zusammenhang zur gesellschaftlichen Entwicklung berücksichtigen: In der Gesellschaft insgesamt haben wir eine höhere Akzeptanz und Billigung der Bereitschaft zur Gewalt als Mittel zur Durchsetzung der eigenen Interessen. Das schlägt dann auch in medizinischen Einrichtungen auf.

Wie kommt das?

Ich sage nicht: Es gibt mehr Menschen, die frustriert sind, und deswegen sehen wir so viel Aggressionen. Das wäre eine zu einfache psychologische Frustrations-Aggressions-These, die davon ausgeht, dass Aggression immer eine Folge von Frustration

ist. Es gibt vielmehr verschiedene Erklärungsebenen, die unterschiedliche Einflüsse hervorheben. Einerseits gibt es eine historische Gewaltentwicklung. Das heißt, das Ausmaß, in dem Gesellschaften an Zusammenhalt verlieren, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Verdrängungswettbewerbe stärker werden. Je weniger bestimmte Normen, die Gewalt bremsen, gesellschaftlich verankert sind, je mehr sehen wir Gewalt an verschiedensten Orten. Dann gibt es auf anderer Ebene soziologische strukturelle Faktoren. Wir sehen Gewalt stärker dort, wo die Lebensverhältnisse prekär sind. Wenn die Taktung in medizinischen Einrichtungen hoch ist, mehr Patientinnen und Patienten mit weniger Zeit und Raum versorgt werden, dann führt das in prekären Milieus häufiger dazu, dass Menschen versuchen, mit Gewalt an ihr Recht zu kommen. Brechen andere Versorgungen weg, gibt es z. B. keine Hausarztpraxen und rennen die Leute in die Krankenhäuser, werden Belastungen zu Stress und die Gewalt liegt näher. Und es gibt eine Ebene, die psychologische wie sozialpsychologische Faktoren deutlich macht: Gewalt vererbt sich. Wer Gewalt erfahren hat, wird sie auch eher anwenden. Stresssituationen und individuelle Belastungen erleichtern Gewalt und schließlich kann Gewalt als Ausdruck von Gruppenzugehörigkeiten und Identitäten ausgelöst werden. Wer sich als

Wutbürger mit anderen identifiziert, wird Gewalt leichter rechtfertigen als andere.

Haben die Menschen heute andere Erwartungen?

Viele Menschen verstehen das Gesundheitssystem als Dienstleistungsverhältnis: Ich bin hier, bin Patientin/Patient oder Angehöriger. Ich bin im Stress, geh in die Praxis, Klinik oder ins Pflegeheim, und die Mitarbeitenden, die Ärztinnen, Ärzte oder Pflegekräfte sind Dienstleister, die genau das tun sollen, was ich möchte. Das heißt, sie werden gar nicht mehr wahrgenommen als Personen mit höherer Kompetenz, sondern ich setze meine Interessen durch, weil ich jetzt und hier Kundin oder Kunde bin.

Und es gibt psychologische Faktoren – das heißt, der Gewalttäter trägt eine bestimmte Disposition, eine Neigung zur Aggression in sich, die immer stärker geworden ist. Und schließlich gibt es mehr Menschen mit psychischen Problemlagen – ganz zu schweigen von Gewalttaten, die nach Drogenkonsum geschehen.

Worauf müssen sich die Einrichtungen einstellen?

Wir sehen: Da, wo Gewalt passiert ist, werden die Gewaltbremsen schon im Vorfeld erhöht. Einrichtungen mit einem guten Gewaltschutz haben ein umfassendes Sicherheitskonzept, haben Mitarbeitende sensibilisiert und in Aggressions-/Gewaltprävention und Deeskalation geschult. Verpflichtend ist das nicht, und es darf auch nicht sein, dass sich das

nur die großen Häuser leisten können. Vielmehr sollte und könnte es ein System geben, das Unterstützung für alle garantiert.

Von vielen Pflegeeinrichtungen wissen wir, wenn da die Taktung zunimmt, die Ausbildung leidet, wenn Personalmangel durch Zeitarbeit kompensiert wird, wenn immer mehr Leute reinkommen, das Tempo steigt, dann erhöht dies die Stressmomente für Mitarbeitende. Solche Stressmomente machen Systeme anfälliger für Gewalt und sind schwer wieder einzufangen. In großen Kliniken z. B. haben wir heute einen Publikumsverkehr, der viel stärker kontrolliert werden müsste – am besten nicht von privaten Sicherheitsdiensten, denen oft das entgeht, was Polizisten weniger übersehen: unterlassene Hilfeleistung.

Der Schutz vor Gewalt geht also jeden Einzelnen an?

Genau, aber es ist, als geraten unterlassene Hilfeleistung und mangelnde Zivilcourage völlig aus dem Blick. Dabei sind wir zur Zivilcourage verpflichtet und man kann sie systematisch erlernen. In speziellen Trainings lernt man, aufmerksam zu sein und zu bleiben, auch wenn z. B. eine aggressive Person in ein überfülltes Wartezimmer kommt und wir dadurch abgelenkt sind, dass wir gleich selber dran sind. Wir können auch lernen, Notsituationen richtig zu interpretieren: Ist jemand aggressiv oder nur genervt oder steigert er sich gerade in Gewalt hinein? Denn es gibt immer eine Eskalationsphase. Bei der Interpretation denken wir z. B.: Da sind so viele Leute in der Klinik mit weißen Kitteln, die müssen kompetent sein. Wenn jemand hier aggressiv ist und niemand reagiert, sehen wir die Verantwortung zu handeln bei den anderen, nicht bei uns, und wir unterstellen, dass Ärztinnen und

Ärzte automatisch mit Aggressionen umgehen können – was für ein Quatsch, wenn sie selbst Opfer sind. Zu guter Letzt geht es auch immer um das angemessene Handeln, also das Lernen von Hilfestrategien: Wie kann man z. B. ein Muskelpaket von 1,90 Metern stoppen, wenn man körperlich unterlegen ist? Drücke ich den Notrufknopf, schreie ich? Dabei kommt es auch darauf an, den Raum der Notsituation zu verstehen und Räume notfalls umzubauen. Ganz oft haben Menschen in einer Situation nicht eingegriffen – weil es keinen Fluchtweg gab. Sie müssen heute wissen, wo der Fluchtweg ist, denn die Gewalt ist härter geworden.

Was steckt dahinter?

Es gibt Leute, die gehen mit Waffen in Gesundheitseinrichtungen. Thematisiert wird das dann, wenn sie einen Migrationshintergrund haben oder Geflüchtete sind. Wir diskutieren die Messergewalt bei Geflüchteten, der ›Normalfall‹ kommt da kaum mehr vor. Dabei wissen wir von jungen Menschen hierzulande, die das Tragen eines Messers selbstverständlich finden – das hat mit Flucht und Asyl nichts zu tun.

Viele Täter haben ein völlig verzerrtes stereotypes Bild von Pflege. Die Meinung, was Pflege und Gesundheitsversorgung ausmachen, ist geprägt von Interessensdurchsetzung und wird nicht mehr als Partnerschaft verstanden – im Sinne von ›medizinische Versorgung, Pflege und Sorge funktionieren besser, wenn es eine gute Arzt-Patienten-Beziehung gibt‹. Auch die sozialen Medien tragen viel zum verzerrten Verhältnis zwischen den Einrichtungen und den Menschen, die sie in Anspruch nehmen, bei. Alles wird diskutiert, bewertet, Einzelfälle



werden hochstilisiert. Bekommt man ständig suggeriert, das Gesundheitssystem sei kaputt, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen denken, dann hole ich mir mein persönliches Recht daraus. Das ist eine Schieflage. Die Politik wäre gut beraten, Einrichtungen mehr als soziale Orte zu verstehen. Orte, in denen etwas passiert, wo es Kontakt, Kommunikation, Interaktion gibt. Gute Einrichtungen stellen sich darauf ein.

Unsere Gesellschaft wird weiter auseinanderdriften – während früher der Pfarrer durch alle Zimmer ging, an Hausordnung, Regeln und Normen appellierte, können wir uns heute nicht mehr so einfach auf traditionelle Werte wie Toleranz, Frieden, Vielfalt oder Gerechtigkeit verständigen. Daran könnten wir arbeiten.

*Die Fragen stellte
Dorothee Buschhaus.*

Oft im Verborgenen: Gewalt in Pflegebeziehungen



OBWOHL MIT TABUS BEHAFTET, hat das Bewusstsein für das Thema ›Gewalt in der Pflege‹ zugenommen. Präventionskonzepte sollten aber in allen Einrichtungen verankert sein. ► Schon als Berufsanfängerin in der Pflege machte Ulli Maria Jefcoat eine belastende Erfahrung mit dem Thema Gewalt: Sie wollte einer psychisch kranken Bewohnerin der Einrichtung, in der sie tätig war, über eine belebte Straße helfen. Doch die Bewohnerin wehrte sich gegen den festen Griff und biss Jefcoat in den Arm. Diese ist ihren Kolleginnen heute noch dankbar, dass sie sich nicht nur um die Verletzung kümmerten, sondern sie auch psychisch unterstützten: »Es war so wichtig für mich, über das Erlebte sprechen zu können«, sagt Jefcoat, die sich heute in einem Alten- und Pflegeheim in Frankfurt als Leiterin für das Gewaltpräventionsprojekt PEKO engagiert.

Wie vielschichtig das Problem ›Gewalt in der Pflege‹ in der Praxis ist, beschreiben der Pflegewissenschaftler Jürgen Osterbrink und die Juristin Franziska Andratsch unter anderem am Beispiel einer Altenpflegerin, die eine Bewohnerin im Pflegeheim auffordert, in ihr Zimmer zu gehen, weil es Zeit für das Abendessen ist. Als sich die alte Dame vehement weigert, packt die Pflegerin sie an der Hand und versucht, sie brüsk in ihr Zimmer zu schleifen.

Hohe Dunkelziffer

»Gewalt in der Pflege kommt häufig vor; sowohl pflegebedürftige als auch pflegende Menschen sind davon betroffen«, sagt Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP). Es handele sich um ein schwerwiegendes Problem mit erheblichem negativen Einfluss auf die Lebensqualität sowie die Gesundheit der Betroffenen.

Dabei seien Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung der besonders vulnerablen Gruppe älterer pflegebedürftiger Menschen ein äußerst tabuhaftes Phänomen, »bei dem viele Ereignisse und Schicksale wahrscheinlich nie bekannt werden, also in einem erheblichen Dunkelfeld liegen«, erklärt Suhr.

Vor diesem Hintergrund müssen auch die Studien zur ›Häufigkeit von Gewalt in der Pflege‹ gesehen werden. In einer Befragung von rund 1000 Leitungs-

personen in der stationären Pflege in Deutschland, die vor drei Jahren durchgeführt wurde, gaben zum Beispiel knapp 70% der Befragten an, in den letzten zwölf Monaten mindestens einen Fall von Gewalt in ihrer Einrichtung mitbekommen zu haben. Zumeist seien das Auseinandersetzungen der Bewohnerinnen und Bewohner untereinander gewesen (63%), aber es habe auch Gewalt durch Beschäftigte oder Angehörige gegeben (jeweils 19%).

Im Rahmen des Präventionsprojektes PEKO (Partizipative Entwicklung eines Konzeptes zur Gewaltprävention) wurden vor zwei Jahren Pflegefachpersonen in unterschiedlichen Pflegezusammenhängen befragt: im Krankenhaus, in der ambulanten Pflege und in der stationären Langzeitpflege. Dabei gaben 92% der Befragten an, in den vergangenen zwölf Monaten im Berufsalltag mindestens eine Form von psychischer oder körperlicher Gewalt erlebt zu haben. 70% bekannten, gegenüber Pflegebedürftigen selbst Gewalt ausgeübt zu haben, zum Beispiel Vernachlässigung oder psychische Gewalt.

In einer Studie aus 2021 hatte etwa die Hälfte der befragten Pflegefachpersonen durch Patienten oder Bewohnerinnen sexuelle Gewalt erfahren, etwa in Form von anzüglichen Bemerkungen, sexuellen Gesten oder unangenehmen Berührungen in sexueller Absicht.

Verschiedene Formen von Gewalt

Es gibt verschiedene Formen von Gewalt in der Pflege, die höchst unterschiedlich empfunden und längst nicht von allen Menschen als ›Gewalt‹ erkannt und zugeordnet werden. Eine einheitliche allgemeingültige Definition von »Gewalt in der Pflege« gibt es nicht. Und »nicht immer ist Gewalt böswillig«, meint das ZQP. Zudem geschieht Gewalt nicht immer bewusst, etwa beim ungefragten Duzen oder bei der Kleinkindansprache. Andere Situationen sind eindeutiger, beispielsweise zum Essen zwingen aber auch Beschimpfungen, Beleidigungen, Einschüchterungen,

Diskriminierung, Verweigerung von Hilfe, Schläge, freiheitsentziehende Maßnahmen, finanzielle Ausbeutung, sexuelle Handlungen. Generell unterscheidet man aktive von passiver Gewaltanwendung. Zu Letzterem gehören zum Beispiel auch eine unzureichende Pflege oder den Pflegebedürftigen ohne Aufsicht allein zu lassen.

Unabhängig davon, wer die Gewalt ausübt – für diejenigen, die sie erfahren, können Gewalterfahrungen erhebliche Folgen haben. Abgesehen von unmittelbaren körperlichen Schäden kann es zu psychischen Symptomen wie Stress, Unruhe, Angst, Verzweiflung, Depressionen, Schlafproblemen und Aggressionen kommen.

Schutzkonzepte sollen Gewalt verhindern

Sascha Köpke, Professor für Pflegewissenschaft an der Universität Köln, der das Präventionsprojekt PEKO leitet, ist der Ansicht, dass eine gewaltfreie Pflege illusorisch sei: »Wir sind sehr nah an Menschen dran. Wir haben extreme Situationen, mit denen wir konfrontiert sind. Das heißt, Gewalt wird es wahrscheinlich immer geben.«

Doch wie kann man Gewalt verhindern? Es gelte, deutlich mehr Menschen, Betroffene, Pflegefachpersonen und Organisationen für das Thema zu sensibilisieren. Zwar hat das Bewusstsein für das Thema in der Praxis zugenommen. Doch in den Einrichtungen sind umfassende Gewaltschutzkonzepte noch nicht sehr häufig verankert. In den Bundesländern bestünden zum Teil erhebliche Regelungs- und Anforderungsunterschiede in Bezug auf strukturelle Gewaltschutzmaßnahmen, sagt Ralf Suhr: »Im Sozialgesetzbuch XI fehlt zudem bisher ein unmissverständlicher Auftrag zur Gewaltprävention in der Langzeitpflege.« Das eine Erfolg versprechende Standardkonzept gebe es nicht, so das ZQP. Wichtig bei der Entwicklung von Schutzprogrammen sei es, alle Beteiligten vor Ort, also die Mitarbeitenden, aber auch die zu betreuenden Personen und deren Angehörige, miteinzubeziehen.

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



Für die Entwicklung solcher Programme ist es erforderlich, die Ursachen für die Gewalt zu verstehen. Emotionale und körperliche Erschöpfung auf der Seite der Pflegenden, zum Beispiel wegen des massiven Personalmangels, trägt dazu genauso bei wie Hilflosigkeit, Scham oder Verzweiflung auf der Seite der Pflegebedürftigen. Aber auch aggressives Verhalten anderer, Missverständnisse, Unsicherheit, Angst, Schmerzen und die eigenen Befindlichkeiten können Gewalt begünstigen. Pflege sei eine asymmetrische Beziehung, das bestehende Gefälle berge die Gefahr eines Machtmissbrauchs, meinen Osterbrink und Andratsch.

Gewaltprävention in der Praxis

»Einrichtungen, in denen Gewaltprävention tatsächlich in der Organisationskultur verankert ist, sind nicht nur bessere Orte für pflegebedürftige Menschen, sie sind auch bessere Arbeitsorte«, sagt Ralf Suhr vom ZQP.

Fortbildungen zum Thema sollen die Kompetenzen des Pflegepersonals stärken, etwa in kritischen Situationen zu deeskalieren oder die verschiedenen Formen von Gewalt zu erkennen. Wichtig in den stationären Einrichtungen und bei ambulanten Pflegediensten sind auch geschulte Führungspersonen, die offen mit dem Thema umgehen und bei Vorfällen eine systematische Aufarbeitung anleiten und ermöglichen.

Schutzkonzepte umfassen vier Hauptfelder: Nach einer Risikoanalyse müssen Präventionsmaßnahmen festgelegt werden, die helfen, Gewalt zu vermeiden, bei Gewalt einzuschreiten und Vorfälle aufzuarbeiten. Diese Pläne gilt es dann über Interventionen und Aufarbeitungsprozesse und den Einsatz einer/eines Präventionsbeauftragten in die Praxis umzusetzen.

Wie das ganz alltäglich aussehen kann, schildert Ulli Maria Jefcoat am Beispiel eines jungen Pflegers, der den Stecker für die Klingel einer Bewohnerin herausgezogen hatte, weil diese alle fünf Minuten offenbar grundlos geklingelt hatte. »Richtig wäre es gewesen, wenn der junge Mann seine Kollegin gerufen und um Entlastung in dieser schwierigen Situation gebeten hätte«, sagt Jefcoat. Ein Gespräch mit einer Führungskraft der Einrichtung führte dem jungen Pfleger schließlich vor Augen, »dass er in einer schwierigen Situation nicht allein auf sich gestellt ist, sondern Unterstützung bekommt, wenn er sich mit seinem Team austauscht«. ◻

Gewalt-iges Problem

GERADE bei der Pflegebegutachtung geraten Mitarbeitende der Medizinischen Dienste immer wieder in heikle Situationen – sie werden verbal angegriffen oder physisch bedroht. Dank umfangreicher Schulungen können Eskalationen meistens vermieden werden. »Es war meine erste Pflegebegutachtung an dem Tag. Kleine Seitenstraße, graues Haus, dritter Stock rechts. Mir öffnete der Sohn des Versicherten, ein Schrank von einem Mann, unfreundlich, ungepflegt. Nichts, was mich aus der Ruhe bringt. Aber als er hinter mir die Tür abschloss, einmal, zweimal, war mein erster Gedanke: Ich sitz in der Falle. Wie komme ich hier wieder lebend raus?« Noch heute spürt man in der Stimme von Susanne (46, Name geändert), seit vielen Jahren Pflegefachkraft des Medizinischen Dienstes Bayern, die Anspannung.

Notfalls aufs Handy drücken

»Ich weiß noch genau, meine Worte kamen wie antrainiert: ›Sie schließen jetzt die Tür wieder auf. Sofort. Sonst breche ich den Termin ab und dann wird keiner begutachtet‹, habe ich erstaunlich ruhig gesagt. ›Wenn es sein muss, werde ich auch die Polizei rufen. Aber lassen Sie uns lieber gemeinsam nach Ihrem Vater schauen.‹ Es herrschte kurz Ruhe, gefolgt von so etwas wie: ›War nicht so gemeint‹. Und dann wurde es doch noch eine fast ganz normale Begutachtung«, erzählt Susanne. Meist reicht wie in diesem Fall bereits die Ankündigung des Abbruchs für eine Deeskalation. Alternativ wäre der zweite Schritt das sofortige Verlassen des Raumes. Ist dies nicht möglich, wäre der dritte Schritt dann ein Notruf. Auch deswegen haben alle Mitarbeitenden in der Pflegebegutachtung beim MD Bayern ein Diensthandy mit Notruffunktion.

Beleidigt, beschimpft, bedroht

»Gewalt fängt bereits bei verbalen Übergriffen an. Sie geht weiter über eine aggressive Grundhaltung und konkrete Drohungen bis hin zu körperlicher Gewalt oder Bedrohungen«, sagt Dr. Marianna Hanke-Ebersoll, Lei-

terin Bereich Pflege des MD Bayern. Bedrohlich wird es vor allem in Begutachtungssituationen bei Hausbesuchen, wenn die Wohnungstür abgeschlossen, der Gutachter bedrängt, bedroht oder im Anschluss verfolgt wird. Auf andere Mitarbeitenden wird auf andere Weise Druck ausgeübt: Die Mitarbeitenden aus dem zentralen Telefonservice werden zum Beispiel häufig verbal beleidigt und beschimpft. Und oft wird auch mit dem Einschalten von Anwalt, Presse oder Vorgesetztem gedroht.

Die Folgen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind teilweise gravierend und können von Demotivierung über Stress bis hin zu Angstzuständen oder Schlafproblemen reichen. »In die ersten Begutachtungen nach diesem Vorfall ging ich mit einem komischen Gefühl, habe aber enorm von meiner langen Berufserfahrung profitiert. Auch wenn sich so etwas bislang bei mir nicht wiederholt hat, bin ich noch vorsichtiger, weil ich weiß, wie schnell sich eine bedrohliche Situation entwickeln kann«, sagt Susanne.

Präventionskonzepte

Da sich kritische Begutachtungen nicht im Vorfeld vorhersagen lassen, hat der MD Bayern, wie andere Medizinische Dienste auch, für seine Mitarbeitenden Präventionskonzepte etabliert. In den Schulungsangeboten zum Umgang mit kritischen Situationen lernen die Mitarbeitenden, wie sie verbal deeskalieren und mit Bedrohungen umgehen können. Regelmäßige Kommunikationstrainings, Übungen zur Gesprächsführung und Module zur Konfliktreduktion helfen den Mitarbeitenden, schwierige Situationen vorzubeugen und zu meistern. Ein Fokus des MD Bayern liegt dabei auf dem Konzept der gewaltfreien Kommunikation: Zwei Mitarbeitende des MD Bayern sind darin ausgebildete Coaches und schulen diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die im Bereich Pflegebegutachtung sowie im Telefonservice arbeiten.

Auch, wenn eine schwierige Begutachtung abgeschlossen werden konnte, Situationen, wie Susanne sie erleben musste, werden auf jeden Fall im Nachgang erfasst: Nach jedem



Andreas Timm ist Referent Kommunikation beim Medizinischen Dienst Bayern. andreas.timm@md-bayern.de

kritischen Begutachtungstermin löst die Mitarbeiterin oder der Mitarbeiter eine interne Meldung via E-Mail aus, auf deren Basis sie dann den Vorfall mit der Führungskraft bespricht. Dabei wird zuerst geklärt, ob und wie sich die kritische Situation als objektive Bedrohung einordnen lässt. Wenn ja, wird dies als ›Meldung Bedrohungsfälle‹ an das Ressort Datenschutz/Sicherheit/Compliance gemeldet. Wurde die Begutachtung abgebrochen, wird zusätzlich die Kranken- bzw. Pflegekasse über den ›Abbruch wegen schwerwiegender Gründe‹ oder ›Begutachtung nicht möglich wegen Gewaltandrohung‹ informiert.

Tatsächlich mehr Fälle?

»Wenn man es positiv betrachtet, so ist die Zahl von jährlich über 300 intern gemeldeten bedrohlichen Situationen in den Corona-Jahren auf nur noch 130 im Jahr 2024 zurückgegangen«, fasst Hanke-Ebersoll die Entwicklung zusammen, betont aber: »Da unsere Gutachterinnen und Gutachter viele heikle Situationen in der Begutachtung allein meistern und wir nur die gemeldeten Vorfälle erfassen, dürfte die tatsächliche Zahl der bedrohlichen Situationen höher liegen.«

Alle beim MD Bayern in den letzten Jahren gemeldeten Vorfälle betrafen den Bereich der Pflegebegutachtung. Und fast immer gingen die Bedrohungen von Angehörigen aus und nicht von den zu Begutachtenden. In einem besonders bedrohlichen Fall lag während der Begutachtung eine Pistole auf dem Tisch – angeblich nur, »um die Waffe später zu reinigen«. Diese Argumentation erschwerte eine strafrechtliche Verfolgung. Dies gilt auch bei möglichen Sachbeschädigungen: Kratzer am Dienstfahrzeug der MD-Mitarbeitenden konnten noch nie einem Angehörigen oder Versicherten nachgewiesen werden. Anders war eine Situation Ende vergangenen Jahres: Nach dem Hausbesuch hat ein Angehöriger eine Gutachterin bedroht und sie während ihrer Heimfahrt bis zu ihrer Haustür verfolgt. Da die Gutachterin den Namen des Täters kannte, konnte sie bei der Polizei Anzeige erstatten. Weitere Bedrohungen blieben in diesem Fall aus – je-

denfalls in der realen Welt. Denn Bedrohungen und Beschimpfungen von Mitarbeitenden verlagern sich zunehmend in die virtuelle Welt.

Digitale Gewalt

Unter dem Deckmantel digitaler Anonymität werden im Internet alle Formen von Beleidigungen, Bedrohungen, Bloßstellungen oder Belästigungen in Windeseile verbreitet. Dabei muss man klar unterscheiden zwischen negativen Kommentaren über die Organisation ›Medizinischer Dienst‹ und über einzelne namentlich genannte Mitarbeitende in sozialen Netzwerken.

Geht es um negative Google-Bewertungen zur Organisation, reagiert der Medizinische Dienst Bayern zum Beispiel betont sachlich und weist auf entsprechende Dialog-Angebote für gezielte Beschwerden hin. Wird jedoch eine Gutachterin oder ein Gutachter im Netz beschimpft, indem zum Beispiel unterstellt wird, sie oder er habe fehlerhaft gearbeitet, und wird dabei der Name genannt, kann die oder der Betroffene rechtlich gegen die Verletzung des Persönlichkeitsrechtes vorgehen – nicht jedoch der Arbeitgeber. Gleichwohl unterstützt der MD Bayern dabei seine Beschäftigten nach Kräften, unter anderem mit juristischem Beistand und vorformulierten Lösungsanträgen. Obwohl das Persönlichkeitsrecht deutlich schwerer wiegt als das Interesse einer Organisation, ist die Durchsetzung des Rechtsanspruches langwierig. Nur bei einem Viertel der Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes Bayern, die 2024 gegen die Nennung ihres Klarnamens vorgegangen sind, ist bis dato eine Löschung des diffamierenden Google-Beitrages erfolgt. Gerade online bleiben Attacken gegen Mitarbeitende der Medizinischen Dienste daher ein ›gewalt-iges‹ Problem ...



Schutz statt Eskalation: Wie Krankenhäuser Gewalt begegnen

GEWALTÄTIGE Übergriffe sind in Krankenhäusern keine Seltenheit – besonders in Notaufnahmen, wo immer mehr Patientinnen und Patienten auf weniger Personal treffen. Doch es gibt wirksame Schutzmaßnahmen. Laut einer Umfrage im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ist die Zahl gewalttätiger Übergriffe in den letzten fünf Jahren in 73% der Kliniken gestiegen. Da viele Vorfälle nicht erfasst werden, dürfte laut DKG die Dunkelziffer hoch sein. Besonders betroffen sind Pflegekräfte und Mitarbeitende in der Notaufnahme. Die Folgen sind gravierend: Nur 13% der Kliniken geben an, dass Betroffene psychisch unbeeinträchtigt blieben. In 24% der Krankenhäuser kam es sogar zu Kündigungen. Umso wichtiger sind Präventions- und Schutzmaßnahmen.

Vorbeugen und Verarbeiten

Die häufigsten Sicherheitsvorkehrungen betreffen laut DKG bauliche und technische Maßnahmen wie Zutrittskontrollen, helle Beleuchtung und Videoüberwachung. Knapp ein Drittel der Krankenhäuser arbeitet mit einem Sicherheitsdienst. Zudem werden Mitarbeitende geschult – etwa in Deeskalationstrainings oder anhand klinikinterner Handlungsleitfäden. Nach Übergriffen gibt es Nachsorgeangebote wie psychologische Unterstützung oder regelmäßige Fallbesprechungen. Der online erhältliche Leitfaden »Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus« der Krankenhausgesellschaft NRW fasst mögliche Maßnahmen anschaulich zusammen. Dazu gehören auch niedrigschwellige Angebote zur Beruhigung von Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen, etwa Plakate, Flyer oder Video-clips zu den Abläufen in der Notaufnahme.

Beispiele aus der Praxis

Ein wegweisendes Konzept für Gewaltprävention bieten die Asklepios Kliniken. Mit der Initiative #HaltzuGewalt positioniert sich der Hamburger Konzern klar gegen Gewalt. Zum Präventionspaket gehören neben den gängigen Schutzvorkehrungen, Schulungen und Hilfsangeboten auch spezielle Maßnahmen wie eine Meldeseite im Internet und ein Hilfefon. Dort können Mitarbeitende Fälle erfassen lassen und weitere Schritte besprechen.

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



Zudem wurden Schrällalarne ausgegeben, um im Ernstfall auf sich aufmerksam zu machen. »Der Schutz unserer Mitarbeitenden hat höchste Priorität. Ein Krankenhaus ist kein rechtsfreier Raum und unsere Kolleginnen und Kollegen müssen sich nicht alles gefallen lassen«, betont Thomas Haul, Gesamt- und Konzernbetriebsratsvorsitzender der Asklepios Kliniken Hamburg.

Auch der diakonische Gesundheitskonzern Agaplesion setzt sich mit der Initiative »AGA gegen Gewalt – hinschauen und handeln« gegen Gewalt ein. Dabei liegt der Fokus nicht nur auf den Mitarbeitenden, sondern auch auf Patientinnen und Patienten oder Besuchenden. Teil des Angebots ist deshalb ein Online-Hinweisgeber-System, das Augenzeugen oder Betroffene nutzen können, um anonym und streng vertraulich Gewaltvorkommnisse zu melden. Zudem fordert das Projekt dazu auf, Gewalt immer auch selbstkritisch zu reflektieren: »Benennen Sie eigene Fehler und geben Sie anderen Feedback zu (un)gewolltem Verhalten.«

Das Klinikum Dortmund erwägt drastischere Maßnahmen. Das Krankenhaus machte vor kurzem Schlagzeilen mit der Überlegung, Mitarbeitende in besonders gefährdeten Bereichen mit Bodycams auszustatten. Diese sollen aktiviert werden, falls eine Situation zu eskalieren droht, und eventuelle Übergriffe dokumentieren.

Konsequentes Handeln gefordert

Angesichts zunehmender Gewalt setzen sich 93% der Kliniken in der DKG-Umfrage für härtere Strafen ein.

»Wir fordern eine konsequente Verfolgung der Straftaten und vor allem eine gesellschaftliche Debatte und politisches Handeln über zunehmende Gewalt, soziale Schieflagen und sinkende Hemmschwellen«, sagt dazu Prof. Dr. Henriette Neumeyer, stellvertretende Vorstandsvorsitzende der DKG. Viele Kliniken leben das bereits vor, indem sie mit Hilfe von zielgerichteten Konzepten ihre Mitarbeitenden sensibilisieren und schützen.

Gewaltfreie Pflege – gemeinsam Flagge zeigen

GEWALT IN DER PFLEGE ist ein soziales Problem, mit dem wir uns kontinuierlich auseinandersetzen müssen. Mittlerweile findet genau das zunehmend statt: Zahlreiche Projekte und Initiativen haben sich ganz konkret der Prävention von Gewalt in der Pflege verschrieben. Damit diese funktionieren, ist es wichtig, dass alle, die professionell mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Pflegepersonen in Kontakt kommen, sei es als Einzelperson oder als Organisation, Verantwortung für das Thema Gewaltschutz übernehmen und zusammenarbeiten.

Jemanden zu pflegen, ist anspruchsvoll und körperlich wie seelisch sehr belastend, was gerade pflegende An- und Zugehörige schnell überfordern kann. Überlastung, unausgeglichene Machtverhältnisse, aber auch strukturelle und gesellschaftliche Bedingungen können Gewaltsituationen begünstigen. Man denke nur in Zeiten des Fachkräftemangels an die teils schwierigen institutionellen Bedingungen von Pflege in Pflegeeinrichtungen. Negative Altersbilder können das Selbstvertrauen von älteren und pflegebedürftigen Menschen beeinträchtigen, sich in bestimmten Situationen zu behaupten oder Hilfe einzufordern.

An einem Strang ziehen

Wichtig ist es, ein Verständnis für die Komplexität der Ursachen für Gewaltentstehung zu entwickeln und sich immer wieder bewusst zu machen, wie vulnerabel Pflegebeziehungen sind. Deshalb funktioniert Gewaltschutz auch nur dann, wenn bei der Umsetzung von Präventionsmaßnahmen alle Beteiligten an einem Strang ziehen und eine gemeinsame Haltung dazu etabliert wird: So kann eine Pflegekraft in einem Pflegeheim nur wenig gegen die Anwendung von aus ihrer Sicht unangemessenen freiheitsentziehenden Maßnahmen tun, wenn sie nicht vom Management unterstützt wird. Das neu eingeführte Gewaltschutzkonzept in einem ambulanten Pflegedienst kann erst wirksam werden, wenn auch die Mitarbeitenden davon überzeugt sind. Die Gutachterin des Medizinischen Dienstes wird einem unguten Gefühl nach einer Pflegebegutachtung nur dann nachgehen, wenn sie weiß, an welche Kolle-

Dr. PH Andrea Kimmel
ist Seniorberaterin
und Leiterin des Teams
Evaluation Pflege beim
Medizinischen Dienst Bund.
andrea.kimmel@
md-bund.de



gen und Vorgesetzten sie sich wenden kann und dass sie ernst genommen wird.

Insgesamt fehlen in Deutschland für Gewaltsituationen gegenüber älteren und pflegebedürftigen Menschen verbindliche Zuständigkeitsregelungen wie sie z. B. im Kinder- und Jugendhilfessektor bestehen. Deshalb ist es umso wichtiger, dass alle Institutionen, die mit pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen zu tun haben (z. B. Heimaufsicht, Beratungsstellen, Pflegeeinrichtungen, Medizinischer Dienst) regelmäßig an einen Tisch kommen, Zuständigkeiten und Handlungsabläufe bei Verdacht auf Gewalt harmonisieren, sich abstimmen und gegenseitig informieren, wenn Maßnahmen zur Prävention von Gewalt implementiert werden: Das waren u. a. Ergebnisse des vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projektes »Gewaltfreie Pflege«, das der MDS (Vorgängerorganisation des Medizinischen Dienstes Bund) zwischen 2013 und 2015 umgesetzt hatte. Die Ergebnisse aus dem Projekt sind nach wie vor gültig und mittlerweile werden vielerorts auf kommunaler Ebene an Runden Tischen, in Pflegekonferenzen und -netzwerken Aktivitäten und Maßnahmen speziell zur Prävention von Gewalt in der Langzeitpflege geplant und umgesetzt.

Zu solchen Maßnahmen zählen z. B. regelmäßige Fachtage, um eine breite Öffentlichkeit für das Thema Gewalt und Gewaltprävention in der Pflege zu sensibilisieren.

Kultur des Hinschauens

Vielfach haben sich kommunale Netzwerke zum Thema Gewaltschutz in der Pflege auch im Zuge der Novellierung ordnungsrechtlicher Bestimmungen in den Bundesländern etabliert, wie zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen.

Um eine Kultur des Hinschauens zu schaffen, in der das Wohl und die Würde pflegebedürftiger Menschen und die ihrer Pflegepersonen im Mittelpunkt stehen, ist es insgesamt notwendig, dass die Organisationen im Gesundheitswesen das Thema Prävention von Gewalt in der Pflege als eine gemeinsame Aufgabe verstehen und zusammenarbeiten.



Der falsche Enkel am Telefon

MIT SCHOCKANRUFEN und falschen Polizeibeamten werden vor allem ältere Menschen unter Druck gesetzt, Geld zur Verfügung zu stellen. Die psychischen Folgen können gravierend sein. Es ist ein Anruf, der das Leben völlig aus den Fugen geraten lassen kann: Die Enkelin ist am Telefon, sie habe einen Unfall verursacht. Sie gibt den Hörer an einen Polizisten weiter. Der sagt, andere Menschen seien verletzt, die Enkelin müsse sofort in Polizeigewahrsam. Es sei denn, sagt der freundliche Beamte, jemand stelle eine Kaution für sie bereit. Dieses Vorgehen ist als sogenannter Enkeltrick bekannt und eine beliebte Methode von Betrügern. Eine andere Variante: Der falsche Sohn oder die falsche Tochter meldet sich per Whatsapp. Das Handy sei kaputt, hier komme die neue Nummer. Und übrigens, das Online-Banking funktioniere deshalb leider auch nicht, ob man schnell helfen könne mit 500 bis 1000 Euro.

Sehr hohe Dunkelziffer

Das Bundesinnenministerium bezeichnet solche Betrugsmaschen als »Straftaten zum Nachteil älterer Menschen«. Verlässliche Zahlen darüber, wie oft so etwas passiert und wie viele Menschen, die kontaktiert werden, auch zahlen, gibt es nicht. »Das hat vor allem zwei Gründe«, sagt Florian Wedell, Psychologe bei der Bundesgeschäftsstelle des Weißen Ring, »zum einen ist das sogenannte Victim Blaming bei solchen Betrugsdelikten enorm hoch. Da wird von außen, beispielsweise von Angehörigen, suggeriert, man sei doch selber schuld, wie könne man denn auf so einen Mist reinfallen. Und auch wenn den Betroffenen selber später klar wird, was da gerade passiert ist, schämen sie sich oft sehr.«

Hinzu komme bei vielen Opfern die Einstellung, dass es hätte schlimmer ausgehen können, es seien ja »nur« 1000 Euro weg. Die Kombination dieser beiden Faktoren sorgt dafür, dass sich nur wenig Betroffene Hilfe holen. »Wir gehen also davon aus, dass es eine sehr hohe Dunkelziffer gibt und die Dimension dieser Betrugsform weitaus größer ist, als wir sehen können«, sagt Wedell.

Eine traumatische Erfahrung

Dass der Betrug funktioniert, liegt am psychologischen Aufbau: Es wird ein massives Schockerleben erzeugt, die Betroffenen geraten akut in eine Überforderung. »Darunter leidet die Fähigkeit, schlussfolgernd zu denken«, erklärt Wedell, »man geht sofort in die Emotion, macht sich Sorgen und agiert nicht mehr rational.« Der Gedanke »Wie konnte ich nur darauf hereinfallen« taucht erst hinterher auf. Es folgen oft Selbstvorwürfe und eine Schuld-Scham-Spirale, die äußerst belastend für die Betroffenen sein kann. »Man fängt plötzlich an, den eigenen Gefühlen zu misstrauen, entwickelt Zukunftsängste«, sagt Wedell. Denn so ein Betrugserlebnis sei für viele Betroffene eine traumatische Erfahrung, die zu psychischen Folgeschäden wie einer Depression oder generalisierten Ängsten führen kann.

Wedell rät, möglichst früh über das, was man erlebt hat, ins Gespräch zu kommen. »Hier sind auch die Angehörigen gefragt«, sagt der Psychologe, »sie sollten empathisch sein und nachfragen, was genau der Betroffene braucht, ob man Hilfe vermitteln kann.« Experten bei der Polizei und auch bei Opfervereinigungen wie dem Weißen Ring sind geschult für solche Situationen, sie haben Verständnis für das Erlebte und können emotionale Entlastung bieten. Auch eine Anzeige sollte erfolgen.

Ein Codewort in der Familie

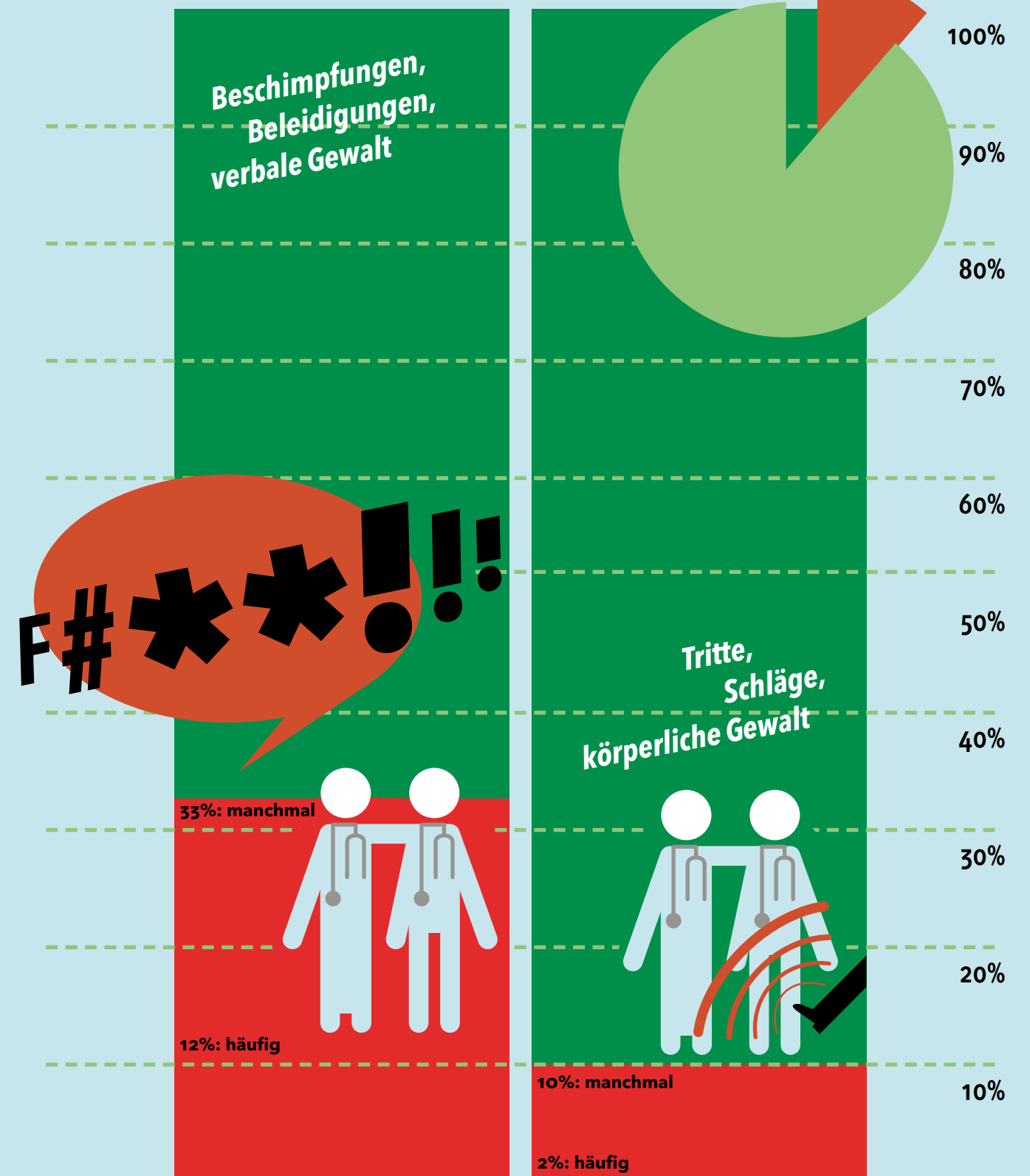
Wedell empfiehlt Familien, sich mit dem möglichen Betrug auseinanderzusetzen, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, was passieren könnte. »Dann gelingt es, wenn der Fall wirklich eintritt, vielleicht etwas besser, Ruhe zu bewahren und sich einen Überblick zu verschaffen.« Sobald Geld gefordert wird, sollte man das Gespräch abbrechen. Auch ein Codewort kann helfen. Das wird mit allen Familienmitgliedern abgesprochen. Kommt ein Schockanruf, kann man nach dem Codewort fragen, um sich zu vergewissern, dass es auch wirklich ein Angehöriger ist, der da in Nöten steckt. □

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



Welche Erfahrung
machen Ärztinnen und Ärzte
mit Gewalt?

41%: Gewalt hat in den
vergangenen 5 Jahren
zugenommen



Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz: nur ein erster Aufschlag?

URSPRÜNGLICH sollte das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) vor allem die Gesundheitsversorgung in den Kommunen fördern. Davon ist in dem Reformtorso, auf den sich die Fraktionen der zerbrochenen Ampel im Januar doch noch verständigen konnten, nichts mehr zu erkennen. Es ist sicherlich kein Zufall, dass zu den übrig gebliebenen Reformelementen vor allem die von der Ärzteschaft seit Jahren gebetsmühlenartig geforderte Entbudgetierung der Hausarztvergütung gehört, zählen die Mediziner doch zur Wählerklientel der FDP. Im Dezember 2024 versuchte die FDP-Fraktion zunächst mit einem Antrag, der alle die Hausärzte betreffenden Regelungen des GSVG enthielt, noch mal Wind unter die Flügel des eigentlich schon abgeschriebenen Reformvorhabens zu blasen, und erntete damit nur Hohn von Gesundheitsminister Karl Lauterbach. Doch nach einem erneuten Versuch der parlamentarischen Geschäftsführerin der Fraktion, Christine Aschenberg-Dugnus, gelang dann doch noch eine Verständigung. Das BMG wurde beauftragt, den konsentierten Reformtorso in einen Gesetzentwurf zu gießen. Dem verabschiedeten Gesetz sieht man an, dass es eilig zusammengestoppelt wurde.

Kritik der Ärzteschaft

So wurde die Kritik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die Neuregelung der Hausarztvergütung sei in der geplanten Form gar nicht umsetzbar und drohe zu einer Umverteilung innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) zulasten der Fachärzte zu führen, nicht aufgegriffen. Das sorgt nun für Unfrieden zwischen KBV und Hausärzterverband. Gemeinsam mit den Verbänden der Fach- und Kindermediziner appellierte dieser zuletzt an die KBV, sich einer konstruktiven Zusammenarbeit bei der Umsetzung durch die Selbstverwaltung nicht zu verweigern. Es sei doch klar, dass das GSVG nur der erste Aufschlag sein könne und mit der neuen Regierung die Entbudgetierung der Fachärzte folgen werde.

Die Krankenkassen wehren sich gegen das Narrativ, dass der Verzicht auf Honorardeckel das Mittel der Wahl sei, Versicherten

sicherer und schneller zu einem Arzttermin zu verhelfen und den Hausarztmangel auf dem Land zu bekämpfen. Das Beispiel der Kinderärzte lässt grüßen. Hier sollte die 2023 erfolgte Sprengung des Honorardeckels dafür sorgen, dass Kinder schneller notwendige Versorgung erhalten. Seither seien aber weniger die Behandlungszahlen gestiegen als die Abrechnungssummen pro Behandlung, monieren die Kassenverbände. Ähnliches erwarten sie nun bei den Hausärzten. Grundsätzlich einverstanden sind sie nur mit der Umwandlung der quartalsweisen Chronikerpauschale in eine jährliche und der neuen Vorhaltepauschale, die aufwandsneutral umgesetzt werden sollen. Man darf gespannt sein, ob das gelingt.

Ohne Prüfrecht

Hohe Mehrkosten bei unsicheren Effekten für eine bessere Versorgung sind auch von einer weiteren Regelung zu erwarten, die es in den GSVG-Torso geschafft hat. Danach soll in Zukunft bei Patientinnen und Patienten, die in einem sozialpädagogischen Zentrum oder einem Medizinischen Behandlungszentrum für Erwachsene mit Behinderungen behandelt werden, die Erforderlichkeit eines Hilfsmittels als gegeben angenommen werden, wenn es von den dort tätigen Ärztinnen und Ärzten empfohlen wird. Damit entfällt das Prüfrecht der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes. Nur wenn die Anschaffung z. B. wegen einer Doppelversorgung offensichtlich unsinnig ist, soll ein Einspruch möglich sein. Der GKV-Spitzenverband befürchtet – bei allem gebührenden Respekt vor der Expertise der behandelnden Ärztinnen und Ärzte in spezialisierten Zentren –, dass es ohne das Prüfrecht in Zukunft zu Kostensteigerungen ohne medizinischen Zusatznutzen kommt, weil zum Beispiel wirtschaftliche Versorgungsalternativen nicht mehr geprüft werden oder teure Innovationen, deren Zusatznutzen noch gar nicht erwiesen ist, zum Einsatz kommen. 

Peter Thelen
arbeitet als freier
Journalist u. a.
für Tagesspiegel
Background.
thelen.p@gmx.net



Brustkrebs: mehr individuelle Unterstützung im Job

BRUSTKREBS trifft in Deutschland jährlich überdurchschnittlich viele Frauen im erwerbsfähigen Alter. Eine Studie des Medizinischen Dienstes Nordrhein zeigt, wie stark die Erkrankung ihre Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und welche Faktoren das Risiko einer verminderten Erwerbstätigkeit bei langzeiterkrankten Frauen erhöhen. Arbeitgeber, Ärzte und Politik sind gefordert, Betroffene in dieser Situation zu unterstützen. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Im Vergleich zu anderen Krebsdiagnosen tritt Brustkrebs häufig bei jüngeren Frauen auf: Jede zweite Brustkrebserkrankung in Deutschland wird bei Frauen im Alter zwischen zwanzig und 64 Jahren diagnostiziert. Laut Robert-Koch-Institut sind jedes Jahr über 36 000 Frauen im erwerbsfähigen Alter betroffen.

Analyse von AU-Gutachten

Erwerbstätigkeit sichert nicht nur das Einkommen, sondern bietet den betroffenen Frauen während oder nach einer Erkrankung auch Struktur im Alltag und positive Selbstbestätigung. Der Verlust des Arbeitsplatzes durch eine Krebsdiagnose beeinträchtigt daher sowohl die Gesellschaft als auch die Lebensqualität der Betroffenen.

Vor diesem Hintergrund untersuchte der Medizinische Dienst Nordrhein in einer Studie, wie häufig bei Frauen mit Brustkrebs eine geminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt und welche soziodemografischen und klinischen Faktoren das Risiko beeinflussen. Dazu analysierte er Arbeitsunfähigkeitsgutachten aus den Jahren 2022 und 2023 von Frauen mit der Diagnose Brustkrebs, die langzeiterkrankt waren. Die Studie wertete die Gutachten zur Erwerbsprognose von insgesamt 468 Frauen im Alter zwischen zwanzig und 64 Jahren aus. Diese Frauen waren aufgrund ihrer Brustkrebserkrankung im Durchschnitt etwa elf Monate arbeitsunfähig. Ihr Durchschnittsalter lag bei 53 Jahren. Rund 90% hatten ein bestehendes Arbeitsverhältnis.

Die Auswertung der Daten zeigte, dass die Erwerbsfähigkeit der Frauen vielfach beeinträchtigt war. In 18% der Fälle bestätigten die Gutachtenden eine Minderung der Er-

Dr. Barbara Marnach
ist Leiterin des Bereiches
Kommunikation beim
Medizinischen Dienst
Nordrhein.
barbara.marnach@
md-nordrhein.de



werbsfähigkeit. Verschiedene Faktoren erhöhten das Risiko dafür deutlich. So korrelierte das Risiko mit der Schwere der Erkrankung: Das Risiko stieg beispielsweise mit der Größe des initial entdeckten Tumors. Hatte der Krebs bereits Metastasen gebildet, waren über 45% der Frauen von einer verminderten Erwerbsfähigkeit betroffen. Die Aggressivität des Tumors spielte hingegen keine signifikante Rolle.

Unterstützung als Aufgabe

Eine verminderte Erwerbsfähigkeit trat auch häufiger auf, wenn die Betroffenen aufgrund der Krebserkrankung pflegebedürftig wurden (44%), an Folgeerkrankungen wie Fatigue litten (25%) oder unerwünschte Arzneimittelwirkungen wie Polyneuropathie auftraten (23%).

Neben den klinischen Faktoren führten auch negative berufliche Kontextfaktoren wie bestehende Arbeitsplatzkonflikte zu deutlich mehr Erwerbsminderungen. Bei über 45% der Frauen mit einer anschließenden Erwerbsminderung besteht ein Zusammenhang mit ihrer Krankheit und Faktoren, die ihr Berufsleben negativ beeinflussten. Viele dieser Frauen fühlten sich den körperlichen und psychischen Anforderungen nicht mehr gewachsen.

Vor diesem Hintergrund sollte die Erwerbstätigkeit bei Frauen mit einer schweren Brustkrebserkrankung stärker in den Blick genommen werden. Eine individuelle Unterstützung der Betroffenen ist eine wesentliche Aufgabe sowohl für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte als auch für Arbeitgeber und Politik. 

Arzneimittelversorgung: Ausgabensteuerung stößt an Grenzen

20 **IS AUF** das vor kurzem verabschiedete und von Wissenschaft und Industrie gelobte Medizinforschungsgesetz hat die gescheiterte Ampelkoalition in der Arzneimittelversorgung kein Problem kausal gelöst: Die Versorgung mit Generika bleibt kritisch, und im Segment der innovativen patentgeschützten Medikamente explodieren die Kosten. ▶ Rund 80% aller Arzneimittelverordnungen sind Generika, sie bilden das Rückgrat der Grundversorgung. Sie so billig wie eben möglich zu machen, um damit Spielraum für Innovationen zu erhalten, stößt an Grenzen.

Rund 500 Fertigarzneimittel sind derzeit von Lieferengpässen betroffen. Gleichwohl sieht das Bundesgesundheitsministerium die Lage nicht mehr ganz so kritisch wie noch vor einem Jahr: Die Versorgung mit Kinderarzneimitteln sei »grundsätzlich stabil«, die mit Fiebersäften inzwischen »sehr gut«, so BMG-Abteilungsleiter Thomas Müller. Nur bei Amoxicillin und Penicillin und salbutamolhaltigen Dosieraerosolen gilt die Versorgungslage noch als »angespannt«. Für die kommenden Monate erwartet das BMG überwiegend Entspannung.

Aus Ministeriumssicht zeigt das im Sommer 2023 verabschiedete Gesetz zur Bekämpfung von Lieferengpässen (ALBVVG) erste Wirkungen. Mit diesem Gesetz wurden Festbeträge und Preise für Kinderarzneimittel und Antibiotika um 50% angehoben, bei Rabattverträgen, ab 2025 wirksam, muss europäische Herstellung berücksichtigt werden.

Generika-Hersteller: Kapazitätsausbau lohnt sich nicht

Die Generika-Industrie bleibt unzufrieden. Das Gesetz sei halbherzig und betreffe nur kleine Segmente des Marktes. Das sei kein ausreichender Anreiz, die Produktion in Europa auszubauen. Bei Kinderarzneimitteln und Antibiotika arbeite man nach wie vor an der äußersten Kapazitätsgrenze; Versorgungsengpässe seien nicht ausgeschlossen.

Vor dem Hintergrund des scharfen Preiswettbewerbs und der Kostenvorteile ist die Produktion generischer Arzneimittel und Wirkstoffe überwiegend nach China und Indien wegen der dort vorhandenen Kosten-

vorteile verlagert worden. Dort werden an 162 Standorten Antibiotika produziert, in Europa sind es noch 54 (meist Italien), in den USA nur noch einer.

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung sind sich deutsche Gesundheitspolitiker und auch Krankenkassenvertreter bewusst, dass die Zitrone auf dem Generikamarkt ausgepresst ist und Ersparnisse zur Finanzierung von Innovationen nicht mehr zu erwarten sind. Dabei boomt das Segment der innovativen Arzneimittel. Das hat verschiedene Gründe.

Innovationen: keine Markteintrittshürden

Mit einigem Stolz verweist der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Prof. Josef Hecken, darauf, dass es in Deutschland im Durchschnitt nur 47 Tage dauert, bis ein in der EU neu zugelassenes Arzneimittel für die Versorgung verfügbar ist. Im nächstschleunigsten Land Dänemark dauert es 109 Tage, in Frankreich 461 Tage. Hinzu kommt: Von den 167 zwischen 2019 und 2022 neu zugelassenen Arzneimitteln sind 147 (87%) auf dem deutschen Markt und werden ohne Beschränkung erstattet. In allen anderen Ländern sind dies 60% oder auch deutlich weniger. Das Gleiche gilt auch für Orphan Drugs. An diesem einmaligen Zustand, in dem auch die forschende Industrie einen entscheidenden Vorteil des deutschen Marktes sieht, will keiner der Stakeholder etwas ändern.

Preis- und Mengendynamik

Der Innovationsschub der letzten Jahre hat eine doppelte Wachstumsdynamik für die Ausgaben zur Folge: Die Zahl der Orphan-Verordnungen stieg zwischen 2010 und 2020 um 370%, die Ausgaben um 544% auf gut 7,1 Milliarden Euro.

Bei den Onkologika, einem besonders innovativen Segment, wuchs die Zahl der Verordnungen in diesem Zeitraum um 45%, die Ausgaben stiegen um 112% auf 10,6 Milliarden Euro, ein Fünftel der GKV-Arzneiausgaben.

Das heißt: Einerseits werden immer mehr Patientinnen und Patienten auch mit innovativen Arzneimitteln behandelt, andererseits ist ein Trend zu höheren Einstiegspreisen und Erstattungsbeträgen zu erkennen.

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



Ursächlich dafür ist der AMNOG-Mechanismus: Danach wird im ersten Schritt der Zusatznutzen für eine neue Therapie im Vergleich zu einem etablierten Standard ermittelt. War diese Vergleichstherapie in den ersten Jahren des AMNOG häufig noch ein generisches Arzneimittel, so hatte dies auf die Preisgestaltung noch eine gewisse bremsende Wirkung bei Einführungspreisen und Erstattungsbetrag. Inzwischen sind fast alle Vergleichstherapien Innovationen, die schon eine Nutzenbewertung durchlaufen haben, so dass jeder anerkannte weitere Zusatznutzen zu steigenden Preisen und Erstattungsbeträgen führt. Das schlägt sich in Zahlen nieder. Nach Erhebungen des Bielefelder Gesundheitsökonomien Professor Wolfgang Greiner haben sich die Jahrestherapiekosten pro Patient im AMNOG-Gesamtmarkt von 104 000 Euro zwischen 2011 und 2018 um 139% auf 249 000 Euro zwischen 2019 und 2023 erhöht. Genauso stark stiegen die Jahrestherapiekosten bei Orphan Drugs von 235 000 auf 556 000 Euro.

Es ist schwierig, ohne Leistungsbeschränkungen diese Dynamik zu bremsen. Das gilt (noch) als ausgeschlossen. Als kurzfristig wirksam haben sich ziemlich grobschlächtige Instrumente wie beispielsweise der erhöhte Abschlag auf Erstattungsbeträge durch das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) erwiesen: Das entlastete die Krankenkassen einmalig 2023 um 1,3 Milliarden Euro, erwartet worden waren eine Milliarde Euro. Andere Instrumente des Gesetzes haben bislang fast nichts gespart.

Ausgabenzuwachs ist nicht wertgestützt

Die Krankenkassen sehen das mit zunehmender Sorge: Die Arzneimittelausgaben haben die 50-Milliarden-Euro-Grenze überschritten (Budgetanteil 17%), sie liegen um rund vier Milliarden Euro über den Ausgaben für ambulante ärztliche Versorgung. Mit 660 Euro Pro-Kopf-Ausgaben für Medikamente liegt Deutschland EU-weit an der Spitze (Durchschnitt: 462 Euro). Dem steht aber ein unbefriedigender Gesundheits-Outcome gegenüber. Mit einer Lebenserwartung von 80 Jahren liegt Deutschland nur im OECD-Durchschnitt; und diese erhöht sich auch nur unterdurchschnittlich, stellt Dr. Antje Haas, Abteilungsleiterin Arzneimittel im GKV-Spitzenverband, fest.

Eine Erweiterung der Instrumente zur effektiveren Ausgabensteuerung ist schwierig und mit zusätzlicher Bürokratie verbunden: Der Versuch, insbesondere bei Orphan Drugs oder neuen Gentherapien durch anwendungsbezogene Datenerhebungen zusätzliche Evidenz für den Nutzen zu gewinnen, musste oft aufgegeben werden. Das wäre aber wichtig, denn der Ausgabenzuwachs in den letzten Jahren sei nicht wertgestützt, kritisiert Haas, weil im Rahmen der Zulassung zu wenig Evidenz für einen Zusatznutzen gewonnen werde.

Verschiedene Optionen

Auch neuere Instrumente gelten als schwierig in der Umsetzung: Pay-for-Performance-Verträge, sinnvoll etwa bei Einmaltherapien mit Heilungsversprechen, bedürfen präziser Definitionen der Erfolgs- oder Misserfolgsparemeter, die jahrelang nachbeobachtet werden müssen. Eine weitere Option wären Ratenzahlungs-Verträge: Gezahlt würde nur so lange, wie der Erfolg andauert. Zur Diskussion steht auch die Erweiterung der frühen Nutzenbewertung zu einer Kosten-Nutzen-Bewertung. Hier könnten Effekte von Arzneiinnovationen auf Hospitalisierungsraten, Pflegebedürftigkeit, Arbeitsfähigkeit und Frühverrentung einbezogen werden. Aber auch dies erhöht den Managementaufwand.

Es sind also erhebliche intellektuelle Anstrengungen nötig, in der nächsten Legislaturperiode die Ausgabensteuerung für Arzneimittel wirksamer zu gestalten. ◻

Dynamischer Markt

- Die Arzneimittelausgaben der GKV sind 2024 um 9,9% auf 50,3 Mrd. Euro gestiegen; mitursächlich sind dabei auch teils politisch gewollte Sondereffekte.
- Der zum Jahresbeginn 2024 wieder von 12 und 7% gesenkte Herstellerrabatt erklärt 2,9% des Wachstums.
- Aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung sind die Arzneimittelausgaben allein hier um 730 Mio. Euro (plus 30%) gestiegen; das erklärt 1,7% des Wachstums.

Die fliegende Augenklinik

DIE HILFSORGANISATION ORBIS schult medizinisches Personal und behandelt Kranke mit Augenleiden in Entwicklungsländern. Seit ihrer Gründung im Jahr 1982 setzt Orbis auf Flugzeuge, die zur fliegenden Augenklinik umgerüstet werden. ► Für Millionen von Menschen ist die Dunkelheit Realität. Blindheit nimmt einem so viel mehr als nur das Sehvermögen. Sie nimmt einem die Fähigkeit, eine Ausbildung zu erhalten. Sie kann daran hindern, eine Arbeit zu finden. Sie kann ganze Familien zu einem Leben in Armut führen.

1,1 Milliarden Menschen mit Sehbeeinträchtigungen gibt es weltweit. Davon sind 43 Millionen blind und 295 Millionen Menschen stark sehbehindert. Bei mindestens 1 Milliarde Menschen hätte die Sehbeeinträchtigung verhindert werden können oder könnte behandelt werden.

Genau das ist die Mission der Hilfsorganisation Orbis. Jeder Mensch, ob arm oder reich und egal, wo er zu Hause ist, soll Zugang zu hochwertiger medizinischer Versorgung haben. Für dieses Ziel ist eine »McDonnell Douglas DC-10« unterwegs – ob in Südostasien oder Indien, Lateinamerika oder Afrika.

Hörsaal statt First Class

Der dreistrahlige Flieger wurde vom Unternehmen Fedex gespendet und ist seit 2016 im Einsatz. Fedex unterstützt das Projekt auch mit Pilotinnen und Piloten und übernimmt die Wartung der Maschine. Der mitfliegenden Orbis-Crew steht im Flugzeug eine vollwertige, hochmodern bestückte Spezialklinik zur Verfügung – inklusive Laser-Diagnosegeräten, Operationssaal und Aufwachraum. Vor allem aber ist das Orbis Flying Eye Hospital ein »fliegendes Klassenzimmer«:

Wo früher die First Class war, befinden sich heute ein »Hörsaal« für 46 Personen und Labor-Arbeitsplätze. Denn die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten in den angeflogenen Regionen steht immer im Vordergrund, sollen sie doch ihr Wissen gewinnbringend vor Ort einsetzen können. Im mittleren Teil des Rumpfes befinden sich OP und Aufwachraum. In einem weiteren Raum daneben werden Instrumente steri-

lisiert, und das Personal kann sich hier vor dem Eingriff die Hände waschen und desinfizieren. Am Heck gibt es noch eine kleine Krankenstation mit drei Betten, die für die Vor- und die Nachuntersuchung genutzt wird. Generatoren, Wassertanks mit entsprechenden Reinigungssystemen und Sauerstoffkonzentratoren machen die fliegende Klinik autark. Temperatur, Luftstrom und Luftfeuchtigkeit entsprechen dem Standard von Krankenhäusern.

Empfang mit Wasserdusche

Immer wieder kommt es vor, dass der Flieger bei der Landung in der Ferne von der örtlichen Flughafenfeuerwehr mit einer Wasserdusche begrüßt wird. Dies ist ein traditioneller Gruß für ein bedeutendes Ereignis in der Welt der Luftfahrt. Die Zeremonie, bei der gleich mehrere Löschfahrzeuge das Flugzeug mit Wasser besprühen, wird zum Beispiel beim letzten Flug eines Kapitäns vor seiner Pensionierung durchgeführt oder wenn ein neuer Flugzeugtyp zum ersten Mal einen Zielflughafen erreicht.

»Orbis ist einzigartig, weil sie mit lokalen Partnern zusammenarbeiten und so Vertrauen und Kompetenz aufbauen. Ziel ist es auch, die Fähigkeiten der lokalen Augenpflegeteams zu verbessern und sie in der Lage zu versetzen, sich um ihre eigenen Patienten kümmern zu können«, sagt Roberto Pineda, Professor für Augenheilkunde an der Harvard Medical School in Boston, Massachusetts, und ehrenamtlicher Dozent bei Orbis.

Im weltweiten Austausch

Die Orbis-Programme umfassen die Schulung gesamter Behandlungsteams in Bereichen wie Kinder- augenheilkunde, Katarakt, Glaukom, Netzhaut, Okuloplastik (Wiederherstellung und Modellierung des natürlichen Aussehens rund um das Auge) und diabetische Retinopathie. »Um die Zusammenarbeit zwischen Augenärztinnen und Augenärzten auf der ganzen Welt zu fördern, haben wir »Cybersight« entwickelt. Diese Telemedizin-Plattform bietet Augenärzten die Möglichkeit, mit erfahrenen Mentoren in anderen Teilen der Welt in Kontakt zu treten, um die eigene Kompetenz durch Schulungen und Anlei-

Martin Dutschek ist stv. Pressesprecher beim Medizinischen Dienst Niedersachsen. m.dutschek@md-niedersachsen.de



tungen zu erweitern«, erklärt Professor Pineda. Aber auch die Schulungen im »fliegenden Klassenzimmer« zeigen ihre Wirkung. Bei ihrem mehrwöchigen Aufenthalt der DC-10 im vergangenen Jahr in der Mongolei trainierten über siebenzig Augenärzte ihre chirurgischen Fähigkeiten sowohl an künstlichen Augen als auch an speziellen Virtual-Reality-Geräten.

Im Flugzeug werden die Patientinnen und Patienten von ehrenamtlich tätigen Ärztinnen und Ärzten und entsprechendem Assistenzpersonal versorgt. Die Teams sind international zusammengestellt. Einer Behandlung im fliegenden OP geht immer eine Voruntersuchung mit ärztlicher Diagnostik in örtlichen Einrichtungen zuvor. Da diese in der Regel oft nur über eingeschränktes Equipment und Know-how verfügen, schließen die Teams vor Orbis diese Lücken.

Marlas Geschichte

Als das Flying Eye Hospital wieder einmal in der Mongolei Station machte, dachte Marlas Großmutter darüber nach, wie sehr sich die Augenpflege in ihrem Land in den vergangenen Jahren verbessert hat. Die Orbis-Initiativen und der damit verbundene Fortschritt haben ihrer Enkelin eine bessere Zukunft geschenkt.

Als Marla vor sechs Jahren geboren wurde, befürchtete ihre Familie, dass die Zukunft der Kleinen nicht rosig aussehen würde. Denn Marlas Eltern und ihre Großmutter hatten alle mit dem sogenannten »Grauen Star« zu kämpfen – eine Linsentrübung, die zur Erblindung führen kann, wenn sie nicht frühzeitig behandelt wird. Also tat Marlas Familie alles, was sie tun konnte, um eine Diagnose zu bekommen und das Kind bestmöglich zu versorgen. Im Alter von nur 19 Tagen wurde sie in ein von Orbis unterstütztes Krankenhaus in Ulaanbatar gebracht, wo Dr. Shamsiya Murat, ein von Orbis ausgebildeter Arzt, die Befürchtungen der Eltern bestätigte: Das Sehvermögen ihrer Tochter war in Gefahr.

Knapp drei Wochen später hat Dr. Murat Marla zum ersten Mal operiert. Sie war das jüngste Kind in der Mongolei, bei dem ein solcher Eingriff gemacht wurde. Nur wenige Wochen später bemerkte Marlas Mutter, dass ihr Baby zu ihr aufschaute –

sie sah sie endlich zum ersten Mal. »Es war ein Moment voller Freude, zu wissen, dass Marlas Welt gerade »klar« geworden war«, erinnert sie sich. Als ihre Tochter fünf Jahre alt war und damit das Mindestalter für die Folge-Operation erreicht hatte, wurden ihr während einer weiteren OP zwei neue künstliche Linsen eingesetzt. Marla kann nun eine leichtere Brille mit einer geringeren Sehkraft tragen. Heute ist sie sechs Jahre alt und freut sich darauf, in die Schule zu kommen. »Sie ist neugierig und kreativ, liebt das Zeichnen und träumt davon, Designerin oder Schneiderin zu werden. Mit ihrer klaren Sicht ist sie bereit, eine Welt voller Möglichkeiten zu erkunden«, sagt Marlas Mutter erleichtert.



Auf einen Blick

ORBIS International ist eine internationale Nichtregierungsorganisation, die sich der Behandlung und Prävention von Blindheit, Sehbehinderungen und Augenkrankheiten in Entwicklungsländern in Südostasien, Indien, Lateinamerika oder in Afrika widmet.

Die Organisation hat ihren Sitz in New York und unterhält Büros in Houston, Ottawa, London, Hongkong und Taipeh. Sie betreibt ein Flugzeug, das als fliegende Augenklinik in Entwicklungsländern dient.

ORBIS wurde 1982 mit Hilfe von Geldern der u.s. Agency for International Development sowie privaten Spendengeldern gegründet. Die erste fliegende Augenklinik war eine Douglas DC-8, gespendet von United Airlines. Mit Hilfe privater Spendengelder wurde im Jahr 1992 eine McDonnell Douglas DC-10 angeschafft.

Weitere Infos unter orbis.org

Radon: Risiko in der Raumluft?

EINE der wichtigsten Ursachen für Lungenkrebs lauert womöglich im eigenen Zuhause. Denn dringt das radioaktive Edelgas Radon in Keller- und Erdgeschossräume, drohen erhebliche Gesundheitsgefahren. Das zu erkennen und Schutzmaßnahmen zu treffen, ist ein aktiver Gesundheitsschutz. »Von Radon im Haus hatte ich noch nie etwas gehört«, sagt Uwe Böhme. Radon entsteht überall im Boden durch den Zerfall des von Natur aus in der Erde vorhandenen Urans. Gelangt das farb- und geruchlose Edelgas an die Oberfläche, verteilt es sich in der Luft. Dringt es über Risse oder an Leitungen entlang in Keller- oder bodennahe Innenräume ein, kann sich das Strahlung abgebende Element bei schlechter Lüftung in der Raumluft anreichern. Das kann zur ernsthaften Gesundheitsgefahr werden. »Muss ich mir Sorgen machen, weil wir die ausgebauten Kellerräume viel nutzen?«, fragt sich Böhme.

Gefährlicher Innenraumschadstoff

Ist ein Mensch über längere Zeit einer hohen Radonkonzentration ausgesetzt, steigt das Lungenkrebsrisiko. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht von Radon als einer der Hauptursachen von Lungenkrebs. »Der Zusammenhang zwischen Radon und Lungenkrebs ist sehr gut erforscht«, sagt Anja Lutz, Pressereferentin beim Bundesamt für Strahlenschutz (BfS).

Radon selbst reagiert zwar kaum mit anderen Stoffen, zerfällt aber weiter. Die ebenfalls radioaktiven Folgeprodukte wie Polonium, Wismut oder Blei lagern sich an Staubpartikel oder Tröpfchen in der Luft an. Der ganze radioaktive Raumluft-Mix gelangt beim Einatmen in die Lunge. Während Radon größtenteils wieder ausgeatmet wird, lagern sich dessen Folgeprodukte an den Bronchien an. Dort zerfallen sie weiter, wobei radioaktive Strahlung abgegeben wird. Das kann die Zellen im Lungengewebe schädigen und Lungenkrebs auslösen. Von den jährlich fast 45 000 Todesfällen durch Lungenkrebs seien rund 2800 (6,3%) auf Radon zurückzuführen. Seit seiner Gründung forscht das BfS einerseits zu diesem Zusammenhang und setzt sich andererseits

für eine ständige Verbesserung des Schutzes vor Radon ein. Denn »jeder vermeidbare Todesfall durch Radon ist einer zu viel«.

Vorsorgegebiete als Gefährdungsabschätzung

»Wie viel Radon im Boden vorkommt, unterscheidet sich in Deutschland je nach Region. In der norddeutschen Tiefebene überwiegen niedrige Radonkonzentrationen in der Bodenluft, in den Mittelgebirgen und den Alpen überwiegen hohen Werte«, so Lutz. Umso höher die Bodenkonzentration, »desto mehr ist eine Radon-Messung angeraten«. Die meisten Bundesländer weisen auf ihren Länderseiten sogenannte Radon-Vorsorgegebiete aus. Diese waren bis Ende 2020 verpflichtend zu ermitteln, festzulegen und in den Amtsblättern zu veröffentlichen. Sie zeigen, in welchen Gemeinden oder Landkreisen in Gebäuden mit Aufenthaltsräumen oder Arbeitsplätzen der deutsche Referenzwert von 300 Becquerel pro Kubikmeter in der Raumluft im Jahresdurchschnitt häufig überschritten wird.

Das Strahlenschutzgesetz verpflichtet Staat, Arbeitgeber und Bauherren zu Maßnahmen zum Schutz vor Radon. So sind Verantwortliche für Arbeitsplätze in Kellern oder Erdgeschossen in Vorsorgegebieten zu Messungen und ggf. zur Reduzierung der Konzentration verpflichtet. Verschiedene Möglichkeiten wie Abdichtungen oder dezentrale Lüftungsanlagen sind im Radon-Handbuch Deutschland des BfS aufgeführt. Bauherren haben in Radonvorsorgegebieten mindestens eine Maßnahme aus §154 Strahlenschutzverordnung umzusetzen, z. B. die Verwendung einer diffusionshemmenden Betonsorte.

»Nachdem ich von der Gefahr durch Radon gelesen hatte, habe ich mir die Karte der Vorsorgegebiete beim Strahlenschutzamt angeschaut und festgestellt, dass ich genau in einem solchen Gebiet lebe«, sagt Böhme.

Das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) stellt jedoch klar, dass innerhalb von Radon-Vorsorgegebieten in der Regel nicht in allen Gebäuden mit Überschreitungen des Referenzwerts zu rechnen sei und außerhalb dieser Gebiete

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



ebenso lokal erhöhte Radonvorkommen auftreten könnten. »Hohe Radonkonzentrationen in der Innenraumluft sind auch bei niedrigen Radonkonzentrationen in der Bodenluft möglich«, sagt Lutz. Gründe können z. B. Risse im Fundament oder eine unzureichende Raumbelüftung sein. Um sicher zu wissen, ob ein bestimmtes Gebäude von erhöhten Radonkonzentrationen betroffen ist, raten BMUV und BfS zu Messungen.

Messung als Gewissheit

Radon-Messungen sind laut BfS vergleichsweise preiswert und unproblematisch. Gemessen werden sollte, wie hoch die Radon-Konzentration im Jahresdurchschnitt (Jahresmittelwert) in den Räumen ist, in denen sich üblicherweise am längsten aufgehalten wird – also Wohn-, Schlaf-, Ess- oder Arbeitszimmer. Mit speziellen Messgeräten (passive Radon-Detektoren) kann die Radon-Konzentration geräuschlos und ohne Strom über mehrere Wochen und Monate bis hin zu einem Jahr erfasst werden. Das BfS bietet eine Übersicht von Messlaboren, bei denen die Geräte erhältlich und die anschließende Auswertung möglich sind. Mit einem Geigerzähler lässt sich Radon hingegen nur bei sehr hohen Konzentrationen nachweisen.

Überschreitet der Mittelwert den deutschen Grenzwert von 300 Becquerel (Bq) pro Quadratmeter, ist Handeln angeraten. Die WHO empfiehlt das sogar bereits ab 100 Becquerel. »Knapp zwei Millionen Menschen sind in Deutschland in ihren Wohnungen einer Radon-Konzentration über dem gesetzlichen Referenzwert von 300 Becquerel pro Kubikmeter Raumluft ausgesetzt. Fast neun Millionen Menschen leben mit Radon-Werten zwischen 100 und 300 Becquerel pro Kubikmeter«, so Lutz.

Abdichten verhindert das Einströmen

Erste Hilfe verspricht regelmäßiges »Querlüften« – dabei sollten die Fenster an unterschiedlichen Gebäudeseiten mehrmals am Tag für fünf bis zehn Minuten weit geöffnet und so ein intensiver Austausch der Innenraumluft ermöglicht werden. Offensichtliche Ritzen, Fugen an Rohrdurchführungen oder kleine Löcher können mit dauerelastischer Kittmasse wie Silikon verschlossen und Türen zum

Keller mit elastischen Dichtungsprofilen abgedichtet werden. Elektronische Radon-Messgeräte, die die Radon-Konzentrationen sofort auf Display oder Computer anzeigen, können vermutete Eintrittsstellen bestätigen und den Erfolg von Dichtarbeiten zeigen.

Lässt sich die Radon-Konzentration durch Eigenmaßnahmen nicht ausreichend reduzieren oder ist unklar, wie das Gas ins Gebäude gelangt, sollte ein Radon-Sachverständiger hinzugezogen werden. Dieser kann z. B. über ein Differenzdruck-Messverfahren (Blower-Door-Test) herausfinden, wo das radioaktive Gas ins Gebäude gelangt. Anschließend können individuelle Schutz- und Sanierungsmaßnahmen wie der Einbau einer technischen Lüftungsanlage (ggf. mit Wärmerückgewinnung) geplant werden. Über »Bauliche und Lüftungstechnische Maßnahmen zum Radonschutz«, die je nach Standort und Bauvorhaben angewendet werden können, informiert seit 2024 die DIN-TS 18117-2. Eine Übersicht zu öffentlich bestellten und vereidigten Sachverständigen bietet z. B. das bundesweite IHK-Sachverständigenverzeichnis unter <https://svv.ihk.de>.

Das BfS und die Universitätsmedizin Göttingen (UMG) bauen nach Hinweisen aus Radon-Studien auf biologische Veränderungen von entzündlichen Reaktionen und Veränderungen im Genom eine Radon-Biobank auf. Ziel ist, die biologischen Wirkungen von Radon etwa auf das blutbildende System oder das Mikrobiom genauer zu untersuchen. »Bioprobenbanken sind eine wertvolle Ergänzung für die epidemiologische Forschung, da sie eine Präzisierung und tiefere Analyse von möglichen krankheitsverursachenden biologischen Vorgängen ermöglichen«, so Lutz. Die gesammelten Biomaterialien wie Blut, Speichel und Abstriche der Mund- und Nasenschleimhaut sollen Vergleiche zwischen hoch- und niedrig belasteten Personen, verschiedenen Altersgruppen sowie Frauen und Männern erlauben. Generell ist aber davon auszugehen, dass das Gesundheitsrisiko mit der Dauer der Radon-Belastung ansteigt. Daher ist es wichtig, diese möglichst früh zu verringern.



Was kommt nach dem Amalgam-Aus?

SEIT ANFANG des Jahres ist in der Europäischen Union Amalgam als Füllstoff für Zähne weitgehend verboten. Nun kommen andere Materialien zum Einsatz. ► Amalgam ist eine Legierung aus Quecksilber und Metallspänen. Es wird in weichem Zustand in den Zahn eingebracht und härtet aus. Als Material für Zahnfüllungen hat es eine lange Tradition. Es wird bereits in einem chinesischen Arzneibuch aus dem Jahr 659 beschrieben und 1528 vom Ulmer Stadtarzt Johann Stocker empfohlen.

Ausgehärtete Amalgamfüllungen geben Quecksilber in minimalen, unschädlichen Mengen ab. Aber beim Legen der Füllungen und auch bei Feuerbestatungen werden trotz eingesetzter Filtertechnologien Quecksilberrückstände freigesetzt. Und in viel größerem Maßstab wird Quecksilber durch Kohleverbrennung zur Energiegewinnung in die Luft getragen. Das Metall verteilt sich weltweit auch im Wasser und findet letztlich seinen Weg in die Nahrungskette.

Zuzahlungsfreie Zahnfüllungen

Die Europäische Union (EU) sieht Gefahren für die menschliche Gesundheit durch Quecksilber. Sie hat Dentalamalgam und auch quecksilberhaltige Leuchten in der EU weitgehend verboten und verweist auf verfügbare quecksilberfreie Alternativen. Amalgam soll nur noch zum Einsatz kommen, wenn die Zahnärztin oder der Zahnarzt dies aufgrund spezifischer medizinischer Erfordernisse beim jeweiligen Patienten für zwingend notwendig hält. Die Weiterverwendung von Amalgam dürfte aber eher gering ausfallen.

Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf die Versorgung mit anerkannten und erprobten plastischen Füllungsmaterialien. Im Frontzahnbereich sind dies adhäsiv – also mit Klebemitteln – befestigte Kompositfüllungen ohne Mehrfarbentechnik. Im Seitenzahnbereich sind es in Ausnahmefällen ebenfalls adhäsiv befestigte Füllungen. Diese Versorgungen sind zuzahlungsfrei, die Krankenkasse übernimmt die Kosten vollständig. Bei aufwendigeren Füllungsarten übernimmt sie die Kosten in Höhe der

zuzahlungsfreien Versorgung, die Mehrkosten müssen die Versicherten selbst tragen. Der Gesetzgeber hat diese Mehrkostenregelung bereits 1996 eingeführt.

Für die ab Anfang 2025 mehrkostenfreie Versorgung im Seitenzahnbereich hat der zahnärztliche Bewertungsausschuss zwei Materialien benannt: selbstadhäsive (selbstklebende) Materialien sowie im Ausnahmefall Bulk-Fill-Komposite. Bei den selbstadhäsiven Materialien handelt es sich um Glasionomerzemente. Sie benötigen keine zusätzlichen Klebemittel, die in einem separaten Arbeitsschritt aufgetragen werden müssten. Ist eine Füllung mit selbstadhäsiven Materialien nicht möglich, z. B. wegen der Ausdehnung und Lage des Hohlraums, sind Bulk-Fill-Komposite die zuzahlungsfreie Versorgung. Sie können in größeren Portionen in die Zahnläsionen eingebracht und rascher als andere Komposite lichtgehärtet werden. Gleichzeitig wurde die zahnärztliche Vergütung insbesondere für größere Füllungen erhöht.

Laut einer Stichprobe aus dem Jahr 2001 verwendeten zahnärztliche Praxen in elf Bundesländern für 16 % der Füllungen Amalgam. 2023 wurden bei GKV-Versicherten bundesweit nur noch 2,1 % Amalgamfüllungen verzeichnet. Offenkundig sind die Tage des Amalgams nach jahrhundertlangem Einsatz gezählt. Es stehen gleichwertige Alternativen ohne finanzielle Mehrbelastung für die Versicherten zur Verfügung.

Karies vermeiden

Davon abgesehen ist es besser, Schäden durch Karies von vornherein zu vermeiden. Das gelingt durch Public-Health-Maßnahmen, die den Zuckerkonsum einschränken und Fluoridanwendungen sowie die Mundhygiene fördern. ◻

Dr. Harald Strippel
ist Zahnarzt im Team
Versorgungsberatung
Medizin beim
Medizinischen Dienst Bund
harald.strippel@
md-bund.de



Akne schürt Vorurteile – vor allem gegenüber Frauen

STUDIEN ZEIGEN: Gesichter mit Akne wirken auf Betrachtende weniger attraktiv, vertrauenswürdig und erfolgreich. Besonders Frauen mit Hautveränderungen um Mund, Kinn und Kiefer sind von diesen Vorurteilen betroffen.

► »Selbst mit viel Make-up habe ich mich selten wohl gefühlt. Man ist ständig gehemmt, und Außenstehende verstehen die Verzweiflung und das permanente Unwohlsein oft nicht«, so die 19-jährige Marie, die ihre zystische Akne professionell behandeln lässt.

Vor dreißig Jahren litten 156,7 Millionen Menschen an der weltweit häufigsten Hauterkrankung. Heute sind es etwa rund 231,2 Millionen – mit unterschiedlich starken Ausprägungen. Etwa die Hälfte aller Jugendlichen in Deutschland hat Akne, ein Drittel davon in schwerer Form. Veränderte Ernährung, Lebens- und Arbeitsbedingungen sowie Umweltfaktoren wie Luftverschmutzung und Chemikalien in Kosmetika fördern den Zuwachs an Aknefällen. Akne wird oft und fälschlich mit mangelnder Hygiene oder ungesunden Lebensgewohnheiten in Verbindung gebracht, meist ist die Erkrankung jedoch hormonell oder genetisch bedingt. Frauen sind häufiger betroffen als Männer – 22,46 % gegenüber 16,31 %, wie neuere internationale Studien belegen.

Mehr als ein Schönheitsmakel

In vielen Kulturen symbolisiert reine, makellose Haut Jugendlichkeit, Vitalität, Erfolg und gilt als Schönheitsideal. Das äußere Erscheinungsbild ist zudem für viele Menschen ein wesentlicher Teil ihrer Identität. Medial verbreitete und allgegenwärtige Schönheitsnormen prägen unsere Wahrnehmung. Das Gesicht spielt dabei eine Schlüsselrolle: Es ist Kommunikationsfläche und Spiegelbild der eigenen Persönlichkeit. Menschen mit Akne leiden oft unter psychischem Stress, Angst, Ausgrenzung – im schlimmsten Fall unter Depressionen. Um Akne zu entstigmatisieren, teilen Betroffene wie Marie auf Social-Media-Plattformen ihre Erfahrungen und präsentieren vor allem unbearbeitete Fotos: »Sich so zeigen, wie man wirklich aussieht, hilft, den eigenen negativen Umgang mit Pickeln, Pusteln und Narben zu



durchbrechen. Gleichzeitig wollen wir erreichen, dass unreine Haut nicht automatisch hässliche Adjektive in den Köpfen der Betrachter auslöst.«

Ins Gesicht geblickt

Aktuelle Studien zu Blickmustern auf Gesichtern mit und ohne Akne lassen vermuten, dass Frauen mit Akne häufiger auf soziale Probleme stoßen könnten als Männer und Jugendliche mit der gleichen Hauterkrankung. Einer Analyse aus Polen zufolge bewerteten 245 Erwachsene Akne-Gesichter generell als weniger attraktiv. Auffälligstes Ergebnis: Frauengesichter mit Akne wirkten auf die Teilnehmenden weniger positiv als makellose Gesichter ohne Lächeln. Zudem wurden Bilder, die eine großflächige Akne zeigten, positiver eingeschätzt als Abbildungen von Frauen mit Akne im Kiefer-, Mund- und Kinnbereich (U-Zone). Sie erhielten die niedrigsten Attraktivitätswerte.

Dr. Marek Jankowski, Studienautor und Professor für Dermatologie an der Nicolaus Copernicus University in Toruń (Polen), betont, dass Läsionen in der U-Zone bei Frauen besonders negativ wahrgenommen werden. Frauen mit Akne in diesem Bereich sind daher von persönlichen und beruflichen Nachteilen stärker betroffen. So könnten Bewerbungsgespräche oder die Kommunikation im beruflichen Umfeld erschwert sein.

Künftig sollten Akne-Behandlungen diese Wahrnehmungshierarchien stärker berücksichtigen und die U-Zone in den Fokus rücken. Bisher zählte vor allem die Anzahl der Läsionen, unabhängig von ihrer Verteilung im Gesicht. ◻

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



Ein Revoluzzer für die moderne Medizin

RUDOLF VIRCHOW prägte das 19. Jahrhundert in Pathologie, Politik und Public Health. Die Pathologie erinnert immer ein bisschen an Fernseh-Krimis. Und damit ist man direkt im Missverständnis. Denn für Todesfälle mit vermuteter nicht natürlicher Ursache oder für Opfer von Gewaltverbrechen sind Rechtsmediziner oder Forensikerinnen zuständig. Die Pathologie dagegen beschäftigt sich vor allem mit dem Gewebe lebendiger Patientinnen und Patienten – jedenfalls heutzutage. In der Mitte des 19. Jahrhunderts, vor rund 175 Jahren, war das noch anders. Kranke starben meist schnell, Gewebeproben von lebenden Patienten waren selten. Vom Inneren des Körpers wusste man nicht viel, obwohl der Begriff der Pathologie da schon rund 1800 Jahre alt war. Er bedeutet »Lehre von den Leiden«.

Dann kam Rudolf Virchow, 18 Jahre alt, 1839 aus der Provinz nach Berlin und saß frustriert in der Medizin-Vorlesung. Dort wurde überliefertes Wissen diktiert, nicht Neues geschaffen. Virchow aber wollte Versuche machen, Ergebnisse herleiten – physikalisch, chemisch oder biologisch. Sein Ehrgeiz und sein Wissensdurst sollten die Medizin verändern. Es war die Schwelle zu einer neuen Zeit – nicht nur medizinisch. Dass er dabei eine Rolle spielte, war nicht selbstverständlich.

Mittels Stipendium nach Berlin

Rudolf Virchow war begabt, aber sein Vater war ein einfacher Kaufmann und hätte ihm kein Studium finanzieren können. Die Wissbegier und der Fleiß des jungen Rudolf fielen schon in seiner Heimat Schivelbein in Hinterpommern auf. Er kam aufs Gymnasium in Köslin und erhielt nach dem Abitur ein Stipendium für ein Medizinstudium in Berlin, an der berühmten militärärztlichen Akademie »Pépinière«, die seit 1818 »Medizinisch-Chirurgisches Friedrich-Wilhelms-Institut« hieß. 1843 promovierte er und wurde Unterarzt an der Charité, kurz darauf Assistent des dortigen Leiters der Pathologischen Abteilung. Schon 1845 hielt er erste öffentliche Vorträge an der Pépinière und Privatvorlesungen. So kam es auch, dass er 1845, zum fünfzigsten Geburtstag des

Friedrich-Wilhelm-Instituts, eine Rede halten durfte. Sie ist bis heute berühmt. Er, der junge Absolvent der Akademie, geboren am 13. Oktober 1821, wischte altes Wissen mit einem Federstrich weg und erklärte den Honoratioren im Saal: »Die Medizin von 1795 existiert nicht mehr.« Sie müsse ganz anders ausgeübt werden, nämlich als angewandte Naturwissenschaft. Jede Forschung müsse auf drei Säulen ruhen. Erstens: Klinische Beobachtung, unterstützt durch chemische und physikalische Methoden. Zweitens: Tierexperimente zur Erforschung der Krankheitsursachen. Und drittens: Pathologische Anatomie unter dem Mikroskop.

Am Mikroskop und auf den Barrikaden

Es war ohnehin eine Zeit der Umbrüche: Mit dem Beginn des Jahres 1848 breiteten sich revolutionäre Unruhen in Europa aus. Immer mehr Menschen forderten eine freiheitliche Verfassung, Presse-, Vereins- und Versammlungsfreiheit, ein Ende der Feudalherrschaft, ein allgemeines und freies Wahlrecht und einen Nationalstaat. Der preußische König Friedrich Wilhelm IV. stand stark unter Druck. Zusätzliche Kritik konnte er nicht brauchen, doch in Oberschlesien wütete seit Monaten eine Typhusseuche, und Gerüchte über ein Versagen der Regierung machten die Runde. Also schickte die Regierung eine Kommission hin, nicht nur mit braven Bürokraten, sondern gezielt auch mit Virchow als kritischem Geist. Er fand Elend, völlige Armut, verwarloste und hungernde Menschen. Sein Bericht umfasste fast 200 Seiten und der Inhalt gefiel dem König sicher nicht: Medizin allein reiche nicht, sondern es brauche bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen für die ärmeren Menschen, so Virchow. Die »Frucht des Schweißes« dürfe nicht immer »nur in die Säcke der Grundherrschaft fallen«.

Als im März 1848 die Revolution in Berlin ausbrach, ging auch Virchow auf die Barrikaden. Doch die Erfolge der Proteste hielten bekanntlich nicht lange, nach ersten Zugeständnissen konnte der König 1849 das Rad der Geschichte wieder zurückdrehen. Damit war Virchow an der militärärztlichen Akademie nicht mehr haltbar. Er verlor seine

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



Stelle. Gegen eine schriftliche Versicherung, auf radikal-politische Tätigkeiten zu verzichten, erhielt er einen Lehrstuhl für pathologische Anatomie in Würzburg. Seiner Karriere schadete das nicht. Im Gegenteil: In Würzburg formulierte er 1855 den zentralen Lehrsatz seiner Zellenlehre: »Omnis cellula a cellula« – jede Zelle entsteht aus einer Zelle. Mit der Entdeckung, dass Krankheiten auf einer Störung der Körperzellen und ihrer Funktionen beruhen, schuf Rudolf Virchow die Grundlagen der modernen Pathologie. Er wies nach, dass Muskeln, Knochen und Gewebe aus Zellen bestehen. Damit endete die alte Theorie von den Säften als Krankheitsursache. Basis waren seine Gewebeproben aus der Pathologie. Rudolf Virchow definierte die Zelle als letzte, nicht mehr reduzierbare Lebensform.

Politiker, Parlamentarier und Stadthygieniker

1856 kehrte er zurück nach Berlin, verheiratet und bessergestellt als zuvor. Er wurde Direktor eines neu geschaffenen Pathologischen Instituts in der Charité und erhielt einen neuen Lehrstuhl für Pathologische Anatomie und Physiologie an der Friedrich-Wilhelms-Universität, der heutigen Humboldt-Universität. Außerdem ging er in die Politik, und auch dort war er erfolgreich. 1859 wurde er in die Berliner Stadtverordneten-Versammlung gewählt und blieb dort mehr als vierzig Jahre lang aktiv, bis zu seinem Tod. Er setzte sich für den Bau von Krankenhäusern, die Erhebung medizinischer Daten und zentrale Schlachthöfe ein. Auf seine Initiative erhielt Berlin als eine der ersten europäischen Großstädte eine Kanalisation mit zentraler Wasserver- und -entsorgung. Er übertrug sozusagen die medizinische Lehre von den Zellen auf das Gemeinwesen: »Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen.« Heute würde man sagen: Public Health.

Aber die Stadtpolitik reichte ihm dabei nicht. 1861 gründete er zusammen mit Theodor Mommsen und anderen die liberale »Deutsche Fortschrittspartei« und wurde 1862 ins Preußische Abgeordnetenhaus gewählt. Er forderte weniger Ausgaben für Militär und mehr Geld für öffentliche Infrastruktur. Seine scharfe Zunge war gefürchtet, und er geriet

mehrfach mit dem mächtigsten Konservativen aneinander – mit Reichskanzler Otto von Bismarck. Nach einem heftigen Schlagabtausch forderte der Kanzler Virchow 1865 zum Duell, was dieser irritiert ablehnte.

Die Toten lehren die Lebenden

Virchow war einer der berühmtesten Mediziner und einer der bekanntesten Politiker des 19. Jahrhunderts. Er war Gründer und Herausgeber der angesehenen Fachzeitschrift *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für die klinische Medizin* und trug mehr als 23.000 Präparate zusammen. Als Privatdozent befasste Virchow sich mit Venenentzündungen und prägte die Begriffe Embolie, Thrombose und Leukämie. Die drei Faktoren der Thrombose-Entstehung werden auch heute noch als »Virchow-Trias« bezeichnet. Die Toten lehren die Lebenden, das war sein Motto. Die von ihm 1897 gegründete und 1948 umbenannte Deutsche Pathologische Gesellschaft vergibt wie damals weiterhin den Rudolf-Virchow-Preis an Nachwuchswissenschaftler und die Rudolf-Virchow-Medaille an Pathologen für ihr Lebenswerk.

Virchow hatte sechs Kinder. Sein Sohn Hans (1852–1940) trat in diese großen Fußstapfen und wurde Prosektor und Professor am Institut für Anatomie der Universität Berlin. Am 5. September 1902 starb Rudolf Virchow an den Folgen eines Sturzes. Im Januar war er, achtzigjährig, aus einer fahrenden Straßenbahn gesprungen und hatte sich einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen. ■

Hoffnung auf Heilung: Glaube und Psychotherapie

DIE PSYCHIATRIE in Deutschland hat ein ambivalentes Verhältnis zu Glaube und Spiritualität. Dabei können religiöse Überzeugungen bei psychischen Erkrankungen nachweislich als Ressource genutzt werden. Religionssensible Psychotherapie wird zunehmend stärker nachgefragt. Glaube ist eine vielschichtige Angelegenheit: Fast die Hälfte der in Deutschland lebenden Menschen gehört einer Konfession an, doch nur ein Bruchteil davon praktiziert diese auch, z. B. durch regelmäßige Gottesdienstbesuche. Doch auch andere Glaubenskonzepte oder spirituelle Überzeugungen – von der Anthroposophie bis zum Zen – prägen zahlreich den Alltag. Glauben ist komplex und persönlich: Jemand kann Steuern an die katholische Kirche zahlen, zugleich aber die buddhistische Meditation der Beichte vorziehen. Nur ein Drittel der Deutschen bezeichnet sich als atheistisch oder agnostisch und auch davon liest vielleicht die eine oder der andere gelegentlich sein Horoskop.

Fragen nach dem Sinn

Doch woran auch immer Menschen glauben oder nicht glauben, ihnen allen ist gemeinsam, dass sie psychisch erkranken können. Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Psychiatrie e.V. (DGPPN) erfüllt mehr als jeder vierte deutsche Erwachsene im Zeitraum eines Jahres die Kriterien einer psychischen Erkrankung, am häufigsten sind Angststörungen und Depressionen.

Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Fragen nach dem Sinn der Krise gehören zu den typischen Begleitern einer psychischen Erkrankung und beziehen sich zugleich auf Themen, für die auch Religionen Erklärungsmodelle liefern möchten.

Doch die Psychotherapie, die sich die Heilung psychischer Erkrankungen mit wissenschaftlichen Mitteln zur Aufgabe gemacht hat, hat ein gespanntes Verhältnis zur Religion. Diese Abgrenzung der Disziplinen hat vielfältige Wurzeln, vor allem im Zeitalter der Aufklärung, aber auch Sigmund Freud hat seinen Anteil daran. Der Begründer der Psychoanalyse setzte Religion mit einer »kollektiven Zwangsneurose« gleich und beschrieb Glaube als kindliche Sehnsucht nach einem schützenden Vater.

Darin sei die Gefahr eines Machtmissbrauchs angelegt, weswegen eine weltanschauliche Neutralität für die Psychiatrie von besonderer Bedeutung sei.

Ratgeber boomen

Auch wenn diese scharfe Trennung zum Teil methodisch begründet werden konnte, schuf sie zugleich einen blinden Fleck. Prof. Dr. Michael Utsch, Religionspsychologe und Psychotherapeut, spricht von einer Vernachlässigung existentieller und spiritueller Themen: »Daraus entwickelte sich ein großer Widerspruch zwischen einem spirituellen Orientierungsbedarf in der Bevölkerung und wenig psychologischer Reflexion und Verständnis für diese Dimension.« Auch deswegen würden gegenwärtig esoterische Ratgeber boomen. Denn Antworten suchen die Menschen immer und in Krisen besonders. Wenn die Psychotherapie diese Themen nicht in die Praxis lasse, könne sie ihren Patientinnen und Patienten nicht gerecht werden.

Dieser blinde Fleck betrifft auch die Forschung: Zwar weisen zahlreiche Studien nach, dass ein gelebter Glaube signifikante positive Effekte auf die psychische Gesundheit hat. Gläubige genesen z. B. schneller von leichten und mittelschweren Depressionen. Doch die meisten Studien entstehen in den USA, wo Seelsorge und Psychotherapie auffallend wenig Berührungspunkte haben. Die Ergebnisse lassen sich daher kaum übertragen. Die Psychologen Christian Zwingmann und Constantin Klein konnten immerhin auch für den deutschsprachigen Raum leichte positive Effekte von Religiosität auf die psychische Gesundheit nachweisen, auch wenn diese im Vergleich zu nordamerikanischen Studien schwächer ausfielen. Zudem wurden deutlichere Hinweise gefunden, dass negative spirituelle oder religiöse Überzeugungen psychische Beeinträchtigungen hervorrufen können. Ihr Fazit: Glaube oder Spiritualität sind für das psychische Wohlergehen relevant.

Mystische Erfahrungen und Psychose

In Norbert Mönters Buch *Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie* erzählt Angelika von ihrer Erfahrung mit Spiritualität und Psychotherapie: Über die Initiative EX-IN (Experienced Involvement) hat sie sich zur Genesungsbegleiterin ausbilden



lassen, nachdem sie eine Psychose erlitten hatte, die sich anfänglich als intensive spirituelle Erfahrung äußerte und schließlich in eine unerträgliche Entfremdung von der Außenwelt steigerte. Die klassische medikamentöse Behandlung half ihr zwar aus der Psychose. Aber die Themen, die während ihrer psychischen Krise hervortraten, die Sinnsuche, das sinnliche und spirituelle Erleben, wurden auf die Krankheit reduziert. Die Ärzte rieten ihr, sich nicht weiter damit zu beschäftigen. Sie wurde entmutigt, darüber zu sprechen. Gerade dadurch verlor sie erneut den Halt und erlitt eine schwere Depression.

Seither hat sie viele weitere Krisen überwunden und für sich selbst eine fragile Balance aus Sinnsuche und Achtsamkeit gefunden. Heute ist sie der Auffassung, dass Menschen auch bezüglich der Themen, die Gegenstand ihrer Psychosen sind, wertschätzend begleitet werden sollten, dass Empathie und Geduld wesentlich für die Heilung sind. »Gerade die Frage nach dem Sinn des Lebens, die sich in jeder Krise in den Vordergrund drängt und überwältigend wird, ist nicht von heute auf morgen zu klären.«

Ressource oder Belastungsfaktor?

Auch durch Migration und kulturell vielfältigere Lebensentwürfe bekommen religiöse und spirituelle Themen zunehmend mehr Gewicht für eine zeitgemäße Psychotherapie. Wie soll sich beispielsweise eine Muslima auf eine Psychotherapie einlassen, wenn sie annehmen muss, dass ihr Glaube von einem atheistischen Therapeuten ignoriert oder abgewertet wird? Doch allein die Öffnung hin zu diesen Themen reicht womöglich nicht aus.

Die DGPPN hat daher im Jahr 2016 das Referat »Religiosität und Spiritualität« ins Leben gerufen. Das von Michael Utsch geleitete Referat trägt mit seinen Beiträgen zu einem »spiritual turn«, also einer spirituellen Wende in der deutschsprachigen Psychotherapie bei. Dazu fordert es »eine kultur- und religionssensible Versorgung von Patienten« und eine »ganzheitliche Wahrnehmung ihrer Lebenssituation einschließlich deren existentieller, spiritueller und religiöser Dimension«. Empfohlen wird unter anderem, dass schon in der Anamnese

religiöse oder spirituelle Überzeugungen der Patienten sowie deren Stellenwert erfasst werden sollten. Der Behandler sollte zudem unterscheiden können, ob ein vorhandener Glaube eine Ressource oder einen Belastungsfaktor darstellt.

Auch sollten Psychotherapeutinnen und -therapeuten ihre eigene weltanschauliche Orientierung reflektieren, Selbsterfahrungsangebote nutzen und sich zu Religions- und Weltanschauungsfragen fortbilden, um besser auf die spirituellen Bedürfnisse ihrer Patientinnen und Patienten eingehen zu können. Kritiker sehen darin aber auch die Gefahr, dass methodische Grenzen verschwimmen, Psychotherapeuten also z. B. zum Gebet in der Therapie animieren könnten. Das österreichische Bundesministerium für Gesundheit hat daher bereits 2014 eine »Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten« herausgegeben.

Auch die DGPPN spricht sich für die Neutralität des Behandlers aus und damit für eine klare Trennung der Aufgaben von Seelsorge und Psychotherapie. Ein Austausch zwischen den Professionen sei aber durchaus zu begrüßen.

Inzwischen bekommen Fort- und Weiterbildungen zu Religion und Spiritualität in der Psychotherapie mehr und mehr Zulauf, auch Forschungsprojekte und Publikationen nehmen zu. Doch nicht überall hat sich die Skepsis in Wohlgefallen aufgelöst. Auch die Psychologin Herta Brinskele erlaubt sich, kritische Fragen zu stellen, erkennt aber an, dass das Bedürfnis zu glauben zutiefst menschlich ist. Die Frage nach dem Glauben hat für sie den Charakter eines Bekenntnisses und einer Schicksalsfrage und ist damit »therapeutisch höchst relevant«.

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



Ey, Alter

AB WANN ist man eigentlich alt? Wissenschaftler haben das in einer groß angelegten Studie untersucht und herausgefunden:

Altsein beginnt immer später. Die Midlife-Crisis war früher mit vierzig, heute kauft man sich da ein kostspieliges komfortables Gravelbike und nennt es Fitness. Oder man beginnt mit dem Kraft- und Konditionierungsprogramm CrossFit, was vielleicht weniger nach Senioren-Gymnastik klingt, aber womöglich die Gefahr birgt, sich mit fünfzig die erste ernsthafte Sportverletzung einzufangen.

Ob reich, ob arm, ob klug, ob dumm: Alt werden wir alle. Aber ab wann genau zählt man offiziell zum alten Eisen? Mit sechzig? Achtzig? Oder erst, wenn der Bundespräsident zum Geburtstag gratuliert? Um das herauszufinden, starteten Forschende der Humboldt-Universität Berlin eine Umfrage, die fast so lange dauerte wie ein durchschnittliches Altsein selbst: 1996 klingelten die Telefone von 14 000 zufällig ausgewählten Deutschen quer durch die Republik das erste Mal. Die Forscher fragten: »Ab wann würden Sie jemanden als alt bezeichnen?« Eine Frage, so existenziell wie: »Was ist der Sinn des Lebens?« Und es folgten weitere: Fühlen Sie sich jünger, älter, genauso alt wie Ihr wirkliches Alter? Sind Sie einsam? Sportlich? Und, wie läuft's sonst so? Ausbildung, Gesundheit, Finanzen, soziales Umfeld – alles musste raus.

Alle sechs Jahre klingelten die Telefone, 2021 war Schluss, 2024 wurden die Ergebnisse veröffentlicht. Und was kam dabei raus? Dass Altsein so eine Sache ist, die man gerne ein bisschen wegschiebt. Ein 65-Jähriger sagt, alt ist man ab 74. Ein 74-Jähriger meint, ab 77. Und wenn der 65-Jährige irgendwann 70 wird? Dann beginnt das Altsein plötzlich erst mit 75. Es ist wie mit der Diät, die immer erst nach dem Wochenende anfängt.

Männer und Frauen verorten Altsein unterschiedlich

»Es ist unklar, inwieweit der Trend zum Aufschieben des Alters eine positivere Einstellung gegenüber älteren Menschen und dem Altern widerspiegelt oder eher das Gegenteil«, sagt Markus Wettstein, Hauptautor der Studie. Vielleicht ist es auch

einfach der gute alte Trick, sich mit noch älteren Menschen zu vergleichen. Neben einem Neunzig-jährigen fühlt sich doch jeder wie ein Teenager.

Dann gibt es da noch die Geschlechterunterschiede. Für Frauen, so die Studie, beginnt das Altsein im Schnitt 2,4 Jahre später als für Männer. Liegt es daran, dass Frauen im Schnitt fünf Jahre länger leben als Männer? Oder daran, dass sie mehr Altersdiskriminierung erleben? Es bleibt Spekulation.

Was sich aber klar sagen lässt: Die Wahrnehmung des Altseins hat sich verschoben. Früher, in den 1990ern, sagte ein Sechzigjähriger: »Alt ist man mit 73.« Ein Sechzigjähriger im Jahr 2021 hingegen sagt: »Alt? Erst mit 75.« Pro Jahrzehnt rutscht das Altsein um 0,8 Jahre nach hinten. Die Gründe? Höhere Lebenserwartung, bessere Medizin, späterer Renteneintritt, Instagram? Wahrscheinlich aber auch einfach nur die Angst vorm Altern. Oder die schlichte Tatsache, dass man jenseits der sechzig heute immer noch Dinge macht, die vor fünfzig Jahren schlichtweg undenkbar waren. Skifahren mit 65? Normal. Noch ein Studium anfangen mit siebzig? Wieso nicht?

Ost, West und das gefühlte Alter

Und dann ist da noch die Sache mit den regionalen Unterschieden. Im Osten Deutschlands fühlt man sich offenbar früher alt als im Westen. Warum? Vielleicht, weil das Leben dort anstrengender war. Vielleicht auch, weil nach der Wiedervereinigung viele junge Menschen aus den östlichen Bundesländern abgewandert sind. Ganz genau weiß das keiner. Wer krank oder einsam ist, auch das konnte die Studie zeigen, fühlt sich ebenfalls früher alt.

Kurz gesagt: Alt ist eine bewegliche Zielscheibe. Man ist immer so alt, wie man sich fühlt – oder wie es einem das Finanzamt bescheinigt. Vielleicht sagt uns diese Studie nicht nur etwas über das Altsein, sondern auch darüber, wie sehr wir alle versuchen, es zu verdrängen. 

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



KONTAKT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ISSN 1610-5346

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



RECYCLED
Papier aus
Recyclingmaterial
FSC® C022176

IMPRESSUM

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

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

Redaktion
Dorothee Buschhaus
dorothee.buschhaus@md-bund.de
Martin Dutschek
m.dutschek@md-niedersachsen.de
Michaela Gehms michaela.gehms@md-bund.de
Wolfram Sieg wolfram.sieg@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
Galina Peil, Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
☎ 0201 8327-220
Telefax 0201 8327-3111
✉ presse@md-bund.de

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis
Schwerpunkt de Jong Typografie
Illustration S. 5 Jens Bonnke
Andere istockphoto.com:
Titel murat4art / S. 19 People-Images / S. 21 olegkalina / S. 23 Michael Lutz / S. 25 schulzie / S. 26 Diamonds-of-Nature / S. 27 Olga Shever / S. 31 Vieriu Adrian
S. 18 Tagesspiegel / Kai-Uwe Heinrich
S. 29 Rudolf Virchow observing an operation, Berlin. This file comes from Wellcome Images, a website operated by Wellcome Trust [L0003782.jpg].

