

forum

das Magazin des Medizinischen Dienstes 2.2025

INKLUSION
im
Gesundheits-
wesen



Liebe Leserin!
Lieber Leser!



AKTUELL

Die gute Frage: Warum brauchen wir Urlaub? 1

Kurznachrichten 3

Auch das noch: Der Segen des Fluchens 32

TITELTHEMA

Teilhabe im Gesundheitswesen: alles inklusive? 6

»Die Pflicht zur Barrierefreiheit muss endlich her!« 8

Über sichtbare und weniger sichtbare Barrieren 10

Verstehen fördern mit Einfacher Sprache 12

Pioniere der inklusiven Versorgung 14

Ganzheitliche Versorgung 16

Medizin für Menschen mit Behinderungen 17

Fern der Reizüberflutung 18

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN 19

WISSEN & STANDPUNKTE

»Versicherte müssen sich auf Qualität im Krankenhaus verlassen können« 20

Modernisierung der Pflegebegutachtung ist notwendig 21

Kinder auf der Flucht vor Krieg und Trauma 22

GESUNDHEIT & PFLEGE

Gute Pille, schlechte Pille? 24

Zu Besuch im Teddybärkrankenhaus 26

GESTERN & HEUTE

Der ideale Gelehrte 28

WEITBLICK

Suizide sind oft vermeidbar 30

ALLE Menschen haben den gleichen Anspruch auf freien Zugang zur Gesundheitsversorgung – doch auch Jahre nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention 2009 in Deutschland erweist sich die praktische Umsetzung als schwierig. Menschen mit Behinderungen stoßen nach wie vor auf viele Hürden: Viele ärztliche Praxen sind nicht barrierefrei, es gibt bauliche Einschränkungen, es mangelt an barrierefreier Kommunikation und an ambulanten Versorgungsmöglichkeiten z. B. für Menschen mit geistiger Behinderung. Was muss getan werden auf dem Weg zu einem inklusiven Gesundheitswesen? Warum bedarf es verbindlicher Regelungen? Und welche vorbildlichen Projekte gibt es? **II** Neben dem Schwerpunktthema »Inklusion im Gesundheitswesen« gibt es weitere lesenswerte Beiträge im Magazin und unter www.md-forum.de: Wir berichten über aktuelle Zahlen zur Pflegebegutachtung, beleuchten das Für und Wider der Antibabypille und widmen uns der Notwendigkeit von Suizidprävention. Und passend zur Jahreszeit haben wir die Arbeitspsychologin Laura Venz gefragt, wie gute Erholung gelingt. Vielleicht sind ja auch hilfreiche Tipps für Sie dabei. **II** Mögen Sie einen wunderschönen Sommer erleben.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch **II**

DIE GUTE FRAGE

Warum brauchen wir Urlaub?

Ob am Meer, in den Bergen oder auf »Balkonien« – viele Menschen freuen sich auf den bevorstehenden Urlaub. Warum Erholung wichtig ist und wie sie am besten gelingt, haben wir Laura Venz gefragt. Als Professorin für Arbeits- und Organisationspsychologie forscht sie an der Leuphana Universität in Lüneburg unter anderem über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Arbeit, Alter und Digitalisierung.

Frau Professor Venz, warum sind Erholungsphasen wichtig?

Erholung ist wichtig, weil sie dem Stressprozess entgegengesetzt ist. Ich nutze gern die Metapher unseres Smartphones: Was passiert, wenn ich regelmäßig am Handy bin? Der Akku geht runter. Vergesse ich, ihn wieder aufzuladen, geht er aus und ich kann das Handy nicht mehr nutzen. Genau genommen geht es uns genauso: Arbeit strengt an, das ist ganz normal. Eine Tatsache ist aber auch, wenn ich heute Abend meinen Computer runterfahre, bin ich mehr ermüdet als heute Morgen, als ich angefangen habe zu arbeiten. Der Akku geht also runter, und Erholung ist quasi das, was passiert, wenn das Handy am Strom hängt – der Akku lädt auf, so dass wir wieder mit Energie und Elan in den Tag starten können. Leider ist das bei uns Menschen nicht so einfach wie beim Handy – an den Strom hängen und gut ist.

Viele Menschen gehen extrem gestresst in den Urlaub. Man möchte einen geordneten Schreibtisch hinterlassen, alle Aufträge erledigen, alle Reisevorbereitungen treffen. Ist das zu viel des Guten?

Ja, oft arbeiten wir unter Vollampf bis zur letzten Minute und machen den Urlaub damit erst recht so richtig notwendig für uns. Wenn ich Land unter im Büro habe und gleichzeitig weiß, am nächsten Tag geht mein Flieger oder Zug – ich muss noch einkaufen, waschen, aufräumen, Koffer packen, dann steigt unser Stresslevel. Oft arbeiten wir uns regelrecht in die Notwendigkeit des Urlaubs rein, haben dann aber Probleme, gut in den Urlaub hineinzukommen und abzuschalten. Wir nennen das »Erholungsparadox«. Die Erholung fällt gerade dann am schwersten, wenn wir sie am nötigsten haben.

Sind Frauen davon eher betroffen?

Prinzipiell sehen wir keine Hinweise darauf, dass sich Frauen und Männer im Urlaub unterschiedlich gut erholen. Einzig im Bereich Mental Load sind Frauen tendenziell eher betroffen, übernehmen sie doch meist mehr Last und Verantwortung der unsichtbaren Planungs- und Koordinierungsaufgaben im Alltag. So sind sie auch bei Fragen rund um Urlaubsplanung und -vorbereitung oft stärker involviert.

Haben wir generell zu hohe Erwartungen an den Urlaub?

Ja, auf viele trifft das zu – vor allem, wenn man Urlaub als diesen einen großen Jahresurlaub versteht. Da sind die Erwartungen in der Regel zu groß, weil wir uns in drei Wochen unmöglich so gut erholen können, dass wir allen Stress aus den Monaten zuvor abbauen können. Mit zu hohen Erwartungen ist Frust vorprogrammiert, weil wir alles auf eine Karte setzen.

Wie können wir das verhindern, was können wir besser machen?

Helfen kann es, sich nicht ausschließlich auf den einen Jahresurlaub zu konzentrieren, sondern daneben mehrere Erholungsphasen gut aufs Jahr zu verteilen. Das verlängerte Wochenende, der Brückentag, die kleine Auszeit – die Erholungsforschung sagt, dass wir jede Phase, in der wir uns erholen können, nutzen sollten. Wir sehen in Studien, dass, um gut abschalten zu können, häufig schon wenige Tage ausreichen – auch, weil die Erwartungen und der Vorbereitungsaufwand vorher meist weniger groß sind.

Wie steht es um den Erholungseffekt?

Wir wissen: Kurze Urlaube können prinzipiell den gleichen Erholungseffekt haben wie lange. Bei einer kurzen Auszeit ist der Erholungseffekt jedoch weniger nachhaltig – dann brauche ich quasi öfter solche kleinen Auszeiten. Längere Urlaube bieten gerade bei hohem Stresslevel die Chance, langsam in den Zustand

der Erholung zu kommen. Aber wir wissen auch: Etwa drei Wochen nach dem Urlaub sind wir wieder auf ähnlichem Stresslevel wie vorher.

Spielt die Urlaubsgestaltung für die Erholung eine Rolle?

Ja, sie spielt eine Rolle – insofern, als dass sie für den Einzelnen passend sein muss, um Erholung zu erreichen. Das kann für die eine ein Strandurlaub und für den anderen ein Aktivurlaub sein. Wir wissen, dass für Menschen besonders die Dinge erholsam sind, die konträr sind zu dem, was uns erschöpft – die konträr zur Arbeit sind. Ich muss z. B. für meinen Job wahnsinnig viel lesen – da entspannt mich im Urlaub Lesen tatsächlich nicht so sehr. Auch werden Erzieherinnen und Erzieher, die keine eigenen Kinder haben, im Urlaub im Kinder-Clubhotel vermutlich weniger gut ausspannen können.

Was hilft denn, um gut zu entspannen?

Es hilft, einen Schritt weg von der Arbeit zu machen und neue Dinge zu erleben. Wer z. B. einen körperlich stark beanspruchenden Job hat, sollte womöglich nicht auch noch im Urlaub wahnsinnig körperlich aktiv sein, sondern profitiert vielleicht eher vom Faulenzen. Prinzipiell gilt, dass jede und jeder für sich erkennen muss, was ihr und ihm guttut. Hier kann ich immer nur dazu ermuntern, es auszuprobieren: Gerade der Urlaub bietet die optimale Gelegenheit, sich ein bisschen aus der eigenen Komfortzone herauszuwagen und etwas Neues zu versuchen. Stellen Sie sich vor, Sie sind in einem schönen Hotel. Dort wird ein Yogakurs angeboten, Sie nehmen teil und stellen fest: Das liegt mir total, das werde ich auch nach dem Urlaub weitermachen, oder Sie kommen zu dem Schluss: Das ist gar nichts für mich. Dann ist auch das eine Erfahrung.



Prof. Laura Venz

Kann man in der Ferne besser abschalten?

Nein, es muss auf gar keinen Fall eine Fernreise sein – abgesehen davon, dass sich viele Menschen diese nicht leisten können oder z. B. aus Umweltgründen nicht fliegen möchten. Man kann sich genauso gut zu Hause erholen, es braucht dann aber ein paar besondere »Kniffe«.

Welche sind das?

Ein wichtiger Rat: Simulieren Sie den Urlaub, den Sie woanders verbringen würden, so gut wie möglich zu Hause. Schließen Sie die Tür zu Ihrem Arbeitszimmer ab, verzichten Sie aufs tägliche Kochen, gehen Sie essen und lassen Sie die Wäsche im Wäschekorb. Setzen Sie lieber auf Natur und Bewegung und probieren Sie Neues aus. Gehen Sie ins Museum, machen Sie einen Schnupperkurs im Fitnessstudio. In der Umgebung gibt es meist so viele Möglichkeiten, die man noch nicht kennt.

Viele Menschen nutzen den Urlaub, um Liegendebliebenes zu erledigen, um zu renovieren, den Keller aufzuräumen, den Garten zu machen. Kann das erholsam sein?

Ja, denn Erholung bedeutet nicht, nichts zu tun, sondern von dem, was bei der Arbeit stresst und ermüdet, abzuschalten und wegzukommen. Keller aufräumen, Gartenarbeit, Renovieren bringt Sie weg von dem, was Sie sonst tun, und damit können Sie auch Erholung erfahren. Denn wenn die Herausforderung gelingt, entwickeln Sie positive Emotionen und auch das ist erholsam. Es ist eine ganz häufige Fehlannahme, dass Erholung bedeutet, man dürfe sich nicht anstrengen oder man dürfe nicht arbeiten.

Oft bekommen wir Tipps von anderen, wie Erholung angeblich gut funktioniert.

Ja, wir werden zugeschüttet mit Anregungen, was ein guter Urlaub ist, wann man sich erholt, was man machen muss: In der Hängematte liegen und einen Cocktail schlürfen – das mag für die eine funktionieren, für den anderen auf keinen Fall. Wenn wir solchen Ideen nacheifern, wird das Problem der hohen Erwartungen noch größer. Denn wenn Sie Ihre kostbare Urlaubszeit auch noch mit dem verbringen, von dem andere sagen, dass es total erholsam sei, selbst dabei aber gar nicht entspannen und dann auch noch ein schlechtes Gewissen haben, dann ist der Frust noch größer.

Wie gelingt es, nach dem Urlaub entspannt in den Alltag zu starten?

Gelassenheit hilft und eine vorausschauende Planung – die Abwesenheitsnotiz z. B. einfach einen Tag verlängern, um Mails erst mal vorsortieren zu können, nicht zu viele Termine auf den ersten Tag legen und sich bewusst machen, dass der Urlaub keine Rechtfertigung dafür sein darf, nun voller Energie gleich die ganze Woche durchzuarbeiten.

Ein Tipp zum Schluss?

Ich plane den nächsten Urlaub immer im Urlaub. Denn wenn es gerade entspannt und schön ist, hat man am besten Zeit und Muße, darüber nachzudenken, wo es als Nächstes hingehen soll. Was hat uns gerade besonders gut gefallen und was nicht? Wie kann der nächste Urlaub noch schöner werden? Das ist ein guter Moment, um zu planen und Vorfreude zu entwickeln.

Die Fragen stellte
Dorothee Buschhaus.

Ultraschall und MRT zur Früherkennung von Brustkrebs mit »unklar« bewertet

Das wissenschaftliche Team des IGeL-Monitors ist erneut der Frage nachgegangen, ob Untersuchungen der Brust mit Ultraschall oder Magnetresonanztomografie (MRT) dazu beitragen können, brustkrebsbedingte Symptome oder Schmerzen zu verringern oder zu vermeiden, die gesundheitsbedingte Lebensqualität zu verbessern oder zu verhindern, dass Frauen an Brustkrebs sterben. Der IGeL-Monitor bewertet beide Untersuchungen mit »unklar«, weil keine aussagekräftigen Studien zu ihrem Nutzen und Schaden gefunden werden konnten. Ultraschall und MRT zur Früherkennung von Brustkrebs gehören nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern sind selbst zu zahlende Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL).

Mehr unter www.igel-monitor.de

Infos auf TikTok & Co.

Jugendliche in Deutschland informieren sich vor allem bei Youtube, TikTok und Wikipedia über Gesundheitsthemen, so das Ergebnis der repräsentativen Sinus-Jugendstudie 2024/2025 im Auftrag der Barmer. Von bundesweit rund 2000 befragten Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren nutzten 27% Youtube, 26% TikTok und 25% Wikipedia als Online-Infoquellen für Gesundheitsthemen. Während im Jahr 2022 noch 38% der Jugendlichen Youtube als Recherchequelle für Gesundheitsinformationen nutzten, gingen die Werte 2024 deutlich zurück. Ein ähnlicher Rückgang zeigt sich auch bei Nachrichtenmedien von 26% auf 14% und bei Behördenseiten wie dem Robert Koch-Institut von 20% auf 13% – vermutlich sind mit Ende der Corona-Pandemie bestimmte Kanäle für die Jugendlichen weniger relevant für Gesundheitsinformationen geworden. Um beurteilen zu können, welche Informationen auf wissenschaftlichen Fakten beruhen, sei eine Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz unerlässlich.

Hochbetagte im Krankenhaus

Der Anteil hochbetagter Patientinnen und Patienten, die die Krankenhäuser bei begrenztem Personal versorgen müssen, steigt kontinuierlich. Dabei ist die Verweildauer der mindestens 80-Jährigen im Durchschnitt mehr als doppelt so lang wie bei Patienten unter 60 Jahren (8,1 Tage gegenüber 4,2 Tagen). Auch die stationären Kosten je Einwohner lagen 2023 bei den Hochbetagten mit durchschnittlich bei 3.351 Euro deutlich über denen der unter 60-Jährigen mit 470 Euro. Laut dem Krankenhaus-Report 2025 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (wido) gelte es, Klinikaufenthalte zu verkürzen oder zu vermeiden. Dabei bestünde besonderes Potenzial bei den Hochbetagten: Durch eine bessere ambulante und pflegerische Versorgung Pflegeheim-sensitiver Fälle hätten allein im Jahr 2022 rund 1,4 Mio. Krankenhausaufenthalte vermieden werden können, so das wido. Als pflegesensitiv gelten Erkrankungen, die bei guten Strukturen und gezielter Inanspruchnahme ohne qualitative Einbußen ambulant bzw. in einem Pflegesetting adäquat behandelt werden können. Hierzu zählen beispielsweise Herzinsuffizienz und Diabetes.

Infos unter www.wido.de

Fehlverhaltensbericht

Mehr als 200 Millionen Euro Schaden sind der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung durch gefälschte Rezepte und andere Delikte in den Jahren 2022 und 2023 entstanden. Das geht aus dem achten Fehlverhaltensbericht hervor, den der GKV-Spitzenverband vorgelegt hat. Die Schadenssumme ist im Vergleich zum Bericht 2020/2021 (132 Mio. Euro) deutlich gestiegen. Dabei gab es mit 49 982 Hinweisen allerdings auch 21% mehr Meldungen als im Vorbericht. Zu den häufigsten Delikten zählen die »Abrechnung nicht erbrachter Leistungen« (Luftbuchungen), die »Abrechnung erbrachter Leistungen ohne vertragsgemäße Qualifikation, unzulässige Zusammenarbeit oder Urkundenfälschung«.

KURZ NACHRICHTEN

Hautkrebs

Die Zahl der Hautkrebsbehandlungen in Krankenhäusern ist in den vergangenen 20 Jahren stetig gestiegen. Aktuellen Zahlen des Statistischen Bundesamtes zufolge wurden im Jahr 2023 insgesamt 116 900 Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Hautkrebs stationär behandelt, während es im Jahr 2003 noch etwa 62 000 waren. Die Zahl stieg demnach um 87,5%. Besonders stark war der Anstieg beim sogenannten hellen Hautkrebs. Hier haben sich die Zahlen mehr als verdoppelt: von 41 900 Fällen auf 91 000. Wegen schwarzen Hautkrebses habe es etwa 26 000 stationäre Behandlungen gegeben, gut ein Viertel (27%) mehr als 2003.

Personal in Krankenhaus und Praxis

Die Zahl der in deutschen Krankenhäusern Beschäftigten wuchs zwischen dem Jahr 2000 und 2023 um 276 000 auf 1,42 Millionen. Laut Fachkräftemonitoring der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte von 122 000 auf 212 000 gestiegen, die der Pflegekräfte von 414 478 auf 528 323. Deutlich erhöht habe sich auch die Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte: Zwischen 2000 und 2023 sei die Zahl von 6581 auf 50 843 gestiegen.

Im ambulanten Sektor nahmen Ende 2024 insgesamt 189 551 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Versorgung teil, teilt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf Grundlage ihrer aktuellen Arztsatzstatistik mit.

Anspruch auf Zweitmeinung

Gesetzlich Versicherte, denen eine Operation zur Behandlung der Karotisstenose empfohlen wurde, können sich künftig eine unabhängige zweite ärztliche Meinung einholen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschieden. Der Beschluss tritt voraussichtlich am 1. Oktober 2025 in Kraft.

Karotisstenosen bezeichnen Gefäßverengungen an der Halsschlagader, die den Blutfluss hemmen und zu einer Unterversorgung am Kopf und Gehirn führen können. Sie entstehen meist durch Ablagerungen an den Gefäßwänden und treten im Alter häufig auf. Karotisstenosen können unterschiedliche Folgen haben wie z. B. eine Durchblutungsstörung der Augen und teilweise auch Schlaganfälle auslösen. Neben der Behandlung mit Medikamenten stehen verschiedene Eingriffe zur Gefäßwiedereröffnung als Therapieoption zur Verfügung.

APPs auf Rezept

Digitale Gesundheitsanwendungen bleiben nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes hinter ihren Möglichkeiten zur Verbesserung der medizinischen Versorgung zurück. Gründe dafür seien zu niedrige Zulassungsvoraussetzungen für die Aufnahme als GKV-Leistung und ein oftmals zu Beginn nicht nachgewiesener Nutzen. Gleichzeitig steigen Ausgaben und Verordnungen kontinuierlich an. Laut viertem Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Inanspruchnahme und Entwicklung der Versorgung mit Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) wurden vom 1. September 2020 bis 31. Dezember 2024 insgesamt 861 000 DiGA in Anspruch genommen. Die GKV hat dafür 234 Millionen Euro gezahlt. Allein zwischen 2023 und 2024 sind die Ausgaben um 71% gestiegen.

Von den zum 31. Dezember 2024 beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelisteten 68 DiGA konnten nur 12 Anwendungen (18%) ihren Nutzen für die Patientinnen und Patienten von Beginn an nachweisen. Von den

56 zur Erprobung aufgenommenen DiGA sind 21 Anwendungen noch in laufender Erprobung. Bei den restlichen 35 wurden neun Anwendungen bereits wieder aus dem DiGA-Verzeichnis gestrichen, ohne jemals einen Nutzen für die Versorgung nachgewiesen zu haben. Nur etwa jeder zweiten DiGA, die vorläufig zur Erprobung in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen wurde, gelingt es, ihren versprochenen Nutzen zu erreichen.

Darmkrebs

Immer weniger Menschen sterben in Deutschland an Darmkrebs. Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) zufolge ist die Zahl der Todesfälle aufgrund von Darmkrebs binnen 20 Jahren um 17% zurückgegangen: von 28 900 Todesfällen im Jahr 2003 auf rund 24 100 im Jahr 2023. Im selben Zeitraum stieg die Zahl der Krebstoten insgesamt um 10%: von 209 300 auf 230 300 Menschen. Und auch die Bevölkerung ist gewachsen – um 2% auf 83,5 Millionen Menschen zum Jahresende 2023. Nach Lungen- und Bronchialkrebs ist Darmkrebs nach wie vor die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache.

Jedes Jahr erhalten etwa 55 000 Menschen hierzulande die Diagnose Darmkrebs. Dank umfassender Vorsorgeprogramme können viele Tumore früh erkannt und so gut behandelt werden. Doch inzwischen sind zunehmend junge Menschen zwischen 20 und 50 Jahren betroffen – so sind in Deutschland 5% der Menschen, die an Darmkrebs erkranken, jünger als 50 Jahre.

Herz-Kreislauf-Medikamente

Die Zahl der Verordnungen von Herz-Kreislauf-Medikamenten für Erwerbstätige hat laut einer Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) im vergangenen Jahr einen neuen Höchststand erreicht. Demnach wurden jeder und jedem TK-Versicherten durchschnittlich 108 Tagesdosen Herzmedikamente verordnet. Zu Beginn der Auswertungen im Jahr 2000 waren es noch 49 Tagesdosen. Mit durchschnittlich 138 Tagesdosen

bekamen Männer 2024 deutlich mehr Herzmedikamente verschrieben als Frauen. Herzmedikamente wie Blutdruck- oder Cholesterinsenker machen damit fast die Hälfte (49%) des Medikamentenvolumens bei Männern aus. Bei den Frauen waren es im Schnitt 74 Tagesdosen (25% am Gesamtvolumen). Für die Auswertung hat die TK die Arzneimittelverordnungen ihrer rund 6 Millionen versicherten Erwerbspersonen betrachtet.

Volkskrankheit Allergie

Mehr als jede dritte Person in Deutschland (36%) hat eine ärztlich diagnostizierte Allergie, so lautet das Ergebnis einer repräsentativen forsa-Umfrage im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Zu den häufigsten Allergien zählen die Pollenallergie, umgangssprachlich als »Heuschnupfen« bekannt (59%), und die Hausstaub- bzw. Milbenallergie (34%). Die forsa-Umfrage zeigt auch, dass weitere 14% vermuten, ebenfalls eine Allergie zu haben, ohne dass dies ärztlich diagnostiziert worden wäre.

Mobbing bei Jugendlichen

Ein Fünftel der 12- bis 19-Jährigen (21%) hat in sozialen Netzwerken schon einmal negative Erfahrungen mit Mobbing gemacht. Ob bloßstellende Fotos, Videos, Gerüchte, Drohungen oder demütigende Fake-Profile – Mädchen und Jungen sind nahezu gleichermaßen betroffen. Laut einer forsa-Umfrage im Auftrag der KKH Kaufmännische Krankenkasse bereitet es weiteren 35% der knapp 1000 befragten Heranwachsenden Sorge, dass sie in sozialen Netzwerken beleidigt, bedroht oder belästigt werden könnten. Fachleute warnen, dass gezieltes Mobbing im Netz Heranwachsende tief treffen, deprimieren, hilflos und krank machen könne. Schlafstörungen, Kopf- und Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, Konzentrationsprobleme bis hin zu Ängsten, Depressionen und Suchterkrankungen können Folgen sein.



Inklusion
im
Gesundheits-
wesen

Teilhabe im Gesundheitswesen: alles inklusive?

DER ANSPRUCH auf einen gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle Menschen besteht schon lange. Bis zu seiner vollständigen Umsetzung ist es noch ein weiter Weg. ▶ Der Backenzahn pocht? Ab zur Zahnärztin! Bei Rückenschmerzen hilft der Physiotherapeut. Und die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen sollte man im Interesse der eigenen Gesundheit auch nicht versäumen. Doch all das ist für Menschen mit körperlichen, kognitiven, psychischen oder sprachlichen Einschränkungen oft leichter gesagt als getan.

Die Frauenärztin Hannelore Sonnleitner-Doll bietet in Frankfurt in Zusammenarbeit mit pro familia gynäkologische Sprechstunden für Frauen im Rollstuhl an. Ein Lifter hilft beim Transfer vom Rollstuhl auf die höhenverstellbare Behandlungsliege. Immer wieder hat sie Patientinnen jenseits der vierzig, die in ihrem ganzen Leben noch nie beim Frauenarzt waren. Der Grund: Es mangelt an entsprechenden Angeboten. Laut einer Studie im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums gab es 2019 bundesweit nur rund ein Dutzend Einrichtungen, die gynäkologische Sprechstunden für Frauen mit Behinderungen abhielten.

Theorie und Praxis

Grundsätzlich haben alle Menschen den gleichen Anspruch auf freien Zugang zur Gesundheitsversorgung. Vor gut dreißig Jahren, 1994, wurde Artikel 3 des Grundgesetzes um den folgenden Satz ergänzt: »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.« Seit 2002 gibt es das Behindertengleichstellungsgesetz (BGG), seit 2016 das Bundesteilhabengesetz. Beide sollen eine Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen beseitigen und die Inklusion fördern. Im März 2009 trat in Deutschland die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) in Kraft. Menschen mit Behinderung haben danach das Recht auf eine medizinische Versorgung, die der Qualität und dem Standard der Versorgung von Menschen ohne Behinderung entspricht. Und zum Ende der vergangenen Legislaturperiode hat das Bundesgesundheitsministerium im Dezember 2024 einen Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen vorgelegt.

Barrierefreiheit reicht nicht

»Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention bedeutet, dass alle Menschen von Anfang an in allen gesellschaftlichen Bereichen selbstbestimmt und gleichberechtigt miteinander leben und allen unabhängig davon, ob sie behindert oder nicht behindert sind, Teilhabe möglich ist«, heißt es im 2015 vorgelegten Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention des Bundesfamilienministeriums. Nach dieser Definition bedeutet Inklusion »mehr als die Gewährleistung von umfassender Barrierefreiheit«.

Doch schon um diese ist es hierzulande nicht gut bestellt, monierte Jürgen Dusel, der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, im Februar 2024. Das führe dazu, »dass Menschen mit Behinderungen noch immer ihren Arzt oder ihre Ärztin nicht frei wählen können, weil die allermeisten Praxen nicht barrierefrei sind.« Tatsächlich hatte im Jahr 2023 erst knapp die Hälfte aller Arztpraxen in Deutschland mindestens eine Maßnahme für mehr Barrierefreiheit umgesetzt. Die meisten (43,9%) verfügten über Angebote für Menschen mit eingeschränkter Mobilität, wie einen stufenfreien Zugang oder verstellbare Liegen. Jede fünfte Praxis war auf Menschen mit Hörbehinderung eingestellt, nicht einmal jede zehnte (8,2%) auf Sehbehinderte. Nur 1,5% der Arztpraxen hatten ein Angebot für Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Betroffen sind viele

Handlungsbedarf besteht laut Dusel noch in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung: Wichtig sei nicht nur der Abbau von Kommunikationsbarrieren, sondern auch eine noch bessere Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln. Rehabilitationseinrichtungen sowie Angebote der Prävention inklusive einer angemessenen Krebsvorsorge müssten ebenfalls besser auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen ausgerichtet werden.

Und das sind nicht wenige: Zum Jahresende 2023 lebten in Deutschland rund 7,9 Millionen Menschen mit schwerer Behinderung; das waren 9,3% der Gesamtbevölkerung. Als schwerbehindert gelten Personen, denen die Versorgungsämter einen Grad der Be-

hinderung von mindestens 50 zuerkannt haben. Nur etwa 3% der schweren Behinderungen waren angeboren oder im ersten Lebensjahr aufgetreten; knapp 91% wurden durch eine Krankheit verursacht. Körperliche Behinderungen hatten 58% der schwerbehinderten Menschen, geistige oder seelische insgesamt 15%. Hinzu kommen Menschen mit Beeinträchtigungen, aber ohne anerkannte Behinderung, sowie Menschen mit chronischen Erkrankungen. Laut dem im April 2021 vorgelegten dritten Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen waren im Jahr 2017 insgesamt 13,04 Millionen Menschen in Deutschland »im Zusammenhang mit Schädigungen ihrer Körperstrukturen und -funktionen in ihrer Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt«.

Vor allem Menschen mit einer kognitiven oder schweren Mehrfachbehinderung sind häufiger krank: Nahezu jeder hat mindestens eine weitere körperliche Erkrankung, etwa jeder Dritte leidet an einer psychischen Krankheit. Auch darum ist ein möglichst unkomplizierter Zugang zur Gesundheitsversorgung wichtig: Früherkennung und frühzeitige Behandlung tragen dazu bei, Verschlechterungen, Folgeerkrankungen und Chronifizierung vorzubeugen.

Von einem inklusiven Gesundheitswesen profitieren viele: Ein stufenloser Zugang zur Arztpraxis nützt auch Eltern mit Kinderwagen oder Menschen, die zeitweise auf Krücken angewiesen sind. Infotexte in Leichter Sprache oder farbige Leitsysteme kommen auch Menschen mit eingeschränkten Sprach- oder Lesekenntnissen zugute. Und je inklusiver das Gesundheitssystem ist, desto höher sind die Chancen, dass sich auch Menschen mit Beeinträchtigungen für einen Gesundheitsberuf entscheiden.

Auf dem Weg zu mehr Inklusion

Die Rechte und Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen sind in den vergangenen Jahrzehnten stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Die Anfänge der Fachgesellschaft Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (DGMGB) etwa



reichen zurück in das Jahr 2003. Die Universität Bielefeld hat 2022 die deutschlandweit erste Professur für »Medizin für Menschen mit Behinderung, Schwerpunkt, psychische Gesundheit« eingerichtet. Die Bundesärztekammer hat zusammen mit medizinischen Fachgesellschaften ein Fortbildungs-Curriculum Medizin für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung oder mehrfacher Behinderung vorgelegt.

Der Medizinische Dienst bietet mit der Möglichkeit von Informationen in Leichter Sprache z. B. zur Pflegebegutachtung niedrigschwellige Zugänge an. Das Portal arzt-auskunft.de der Stiftung Gesundheit erleichtert mit vielfältigen Filtermöglichkeiten die Suche nach barrierearmen Praxen. 2015 wurden die rechtlichen Voraussetzungen für die Errichtung von medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb) geschaffen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit Behinderung hat inzwischen mehr als siebzig Mitglieder. In Nordrhein-Westfalen entstand im Rahmen des Projekts Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben in NRW (KSL.NRW) das Praxishandbuch »Vielfalt pflegen als Lehrwerk zum Thema Behinderung für Pflegeschulen«; ein Praxishandbuch »Inklusive Gesundheit« ist derzeit in Arbeit.

Wie es mit dem im Dezember 2024 vorgelegten Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen weitergeht, bleibt abzuwarten. Der Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung umfasst zwar ein eigenes Unterkapitel zum Thema Inklusion. Doch die darin skizzierten Maßnahmen stehen unter Finanzierungsvorbehalt. Nach Einschätzung des Behindertenbeauftragten Jürgen Dusel zahlt sich der Einsatz für Inklusion aus. In einem Interview formulierte er es einmal so: »Die beste Gesundheitsversorgung hilft nicht, wenn nicht alle Zugang dazu haben.« ◻

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



»Die Pflicht zur Barrierefreiheit muss endlich her!«



Zu wenig barrierefreie Arztpraxen, zu wenig Behandlungszentren für Menschen mit Behinderung – eine inklusive Gesundheitsversorgung ist ein Versprechen, das nach wie vor nicht eingelöst ist. *forum* hat bei VERENA BENTELE, Präsidentin des größten deutschen Sozialverbands, dem VdK, nachgefragt, was sie von der neuen Bundesregierung erwartet.

Ihr Nachfolger als Behindertenbeauftragter der Bundesregierung, Jürgen Dusel, schätzt, dass drei Viertel der Arztpraxen in Deutschland nicht barrierefrei sind. Überrascht Sie diese hohe Zahl?

Nein, diese Zahl überrascht mich nicht. Auch wir beim VdK hören immer wieder von fehlender Barrierefreiheit in Arztpraxen. In einigen Bundesländern sind beispielsweise nur knapp ein Drittel aller Gesundheitseinrichtungen ebenerdig zugänglich. Dies schränkt Millionen ältere Menschen und Menschen mit Behinderung bei der freien Arztwahl und bei Therapiemöglichkeiten ein.

Gibt es Fachrichtungen, in denen das Problem besonders gravierend ist?

In ganz Deutschland gibt es kaum gynäkologische Praxen, die wirklich barrierefrei für Rollstuhlnutzerinnen zugänglich sind. Damit sich Frauen im Rollstuhl frei bewegen können, braucht es ausreichend Platz in den Praxisräumen. Ein Stück weit wird das zwar durch barrierefreie Sprechstunden an einigen Kliniken oder Spezialambulanzen ausgeglichen – aber das ist eher die Ausnahme als die Regel. Besonders in ländlichen Regionen ist das ein großes Problem.

Auch wenn es sie gibt, sind sie oft nicht leicht zu finden. Was würde die Suche erleichtern?

Seit Juli letzten Jahres gibt es eine neue Richtlinie, die Arztpraxen verpflichtet, umfassende Informationen zur Barrierefreiheit anzugeben. Über 70 Kriterien sind dabei unterschiedlichen Arten von Behinderungen zugeordnet: Sehbeeinträchtigung und Blindheit, Hörbeeinträchtigung und Gehörlosigkeit, Mobilitätseinschränkungen und kognitive Beeinträchtigungen. Das ist ein großer Erfolg, dem lange Beratungen im Deutschen Behindertenrat vorausgegangen sind.

Also gibt es auch Fortschritte.

Mit einer kleinen Einschränkung. Die technische Umsetzung, also die Online-Arztsuche, liegt in den Händen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und ist gelinde gesagt noch eine Herausforderung. Es wäre wichtig gewesen, den

Praxen einen Stichtag für die Erfassung der Daten vorzugeben. Das ist leider nicht geschehen. Trotzdem: Diese Onlinesuche wird – wenn sie denn umgesetzt ist – ein wichtiger erster Schritt für die Patienten sein, um wenigstens Informationen zur Barrierefreiheit der Arztpraxen zu bekommen. Der nächste Schritt wäre, dass die Kriterien in der Richtlinie verpflichtend werden. Das wäre dann ein Meilenstein für eine inklusive Gesundheitsversorgung.

Brauchen wir grundsätzlich eine gesetzliche Regelung, die die Praxen auf Mindeststandards zur Barrierefreiheit verpflichtet?

Auf jeden Fall. Laut Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD sollen zwar bis 2035 alle Bundesbauten barrierefrei sein, aber die Barrierefreiheit darf nicht bei Bundesgebäuden enden. Das Leben findet in Restaurants, Arztpraxen, Theatern und Verkehrsmitteln statt. Genau dort muss Barrierefreiheit selbstverständlich sein. Doch bisher setzt man in der Privatwirtschaft oft nur auf Freiwilligkeit. Eine Verpflichtung zur Barrierefreiheit muss endlich her.

Der Präsident der Bundesärztekammer fordert mehr Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZE). Die Versorgung sei mangelhaft.

Grundsätzlich teile ich diese Meinung. Leider gibt es in Deutschland nach wie vor viel zu

wenige solcher Zentren. Seit ihrer Einführung im Jahr 2015 hat die Zahl nur langsam zugenommen. Und in einigen Bundesländern gibt es noch nicht mal ein einziges. Die Versorgung ist also sehr ungleich verteilt. Ein großes Hindernis ist, dass die Antragsverfahren für die Zulassung neuer Zentren oft langwierig und bürokratisch sind. Zusätzlich gibt es vonseiten der Krankenkassen und Zulassungsausschüsse oft Einschränkungen wie Fallzahlbegrenzungen oder sogar den Ausschluss bestimmter Patientengruppen. Das entspricht nicht dem eigentlichen gesetzlichen Auftrag der Zentren. Das muss sich ändern, wenn wir die Versorgungslücke wirklich schließen wollen.

Was halten Sie von der Forderung nach einer Facharzt-Zusatzbezeichnung »Medizin für Menschen mit Behinderungen«?

Es gibt ein Für und Wider bei dieser Frage: Vorteile wären z. B. eine bessere Versorgungskompetenz, weniger Fehldiagnosen und eine gezieltere Behandlung. Außerdem fördert eine Zusatzbezeichnung meist auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung und die Entwicklung von Standards. Aber gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Menschen mit Behinderungen als Sonderfall behandelt werden, anstatt wirklich inklusiv in der Regelversorgung zu sein.

Was schlagen Sie vor?

Ich persönlich finde eine Zusatzbezeichnung wie »behinderungssensible Behandlung« sinnvoll. Es gibt bereits ein entsprechendes Curriculum der Bundesärztekam-

mer. Die Inhalte sind überzeugend und ich denke, wir sollten eher den Ausbau solcher Qualifikationen fördern.

Wie sieht es in der Pflege aus? Werden in der Ausbildung die besonderen Bedarfe von Behinderten ausreichend berücksichtigt?

Es ist einfach entscheidend, dass das gesamte medizinische Personal weiß, wie man auf die besonderen Bedürfnisse dieser Gruppen eingehen kann. Deshalb sollten diese Themen in der Aus- und Fortbildung stärker berücksichtigt werden. Das ist eine der wesentlichen Forderungen des VdK.

Das Bundesgesundheitsministerium hat Ende 2024 einen Aktionsplan für eine inklusive Gesundheitsversorgung vorgelegt. Das öffentliche Beteiligungsverfahren mit mehr als hundert Verbänden dauerte ein Jahr. Waren Sie mit dem Ablauf zufrieden?

Ja, wir als VdK waren in das Verfahren eingebunden und haben uns aktiv eingebracht – unter anderem auch in unserer damaligen Rolle als koordinierende Organisation des Deutschen Behindertenrats. Es war gut und wichtig, dass so viele Verbände beteiligt wurden und es einen breiten Austausch gab.

Welche Forderung aus dem Aktionsplan stimmt Sie besonders optimistisch?

Besonders positiv finde ich, dass inzwischen barrierefreie Informationen zu Impfungen bereitgestellt werden. Das ist ein wichtiger Schritt. Auch die angekündigte Maßnahme, im Krisen- und Kata-

strophnenfall barrierefreie Informationen für Menschen mit Behinderungen bereitzustellen, ist sehr gut. Es muss sichergestellt sein, dass alle behördlichen Informationen von Bund und Ländern im Krisenfall zeitgleich auch in barrierefreier Form, also z. B. in Gebärdensprache, Brailleschrift, Einfacher und Leichter Sprache, zur Verfügung stehen – und zwar schnell auffindbar und ohne Hürden.

Gibt es für Sie auch kritische Punkte in dem Aktionsplan?

Ja. Viele dieser Maßnahmen bleiben bislang eher langfristig gedacht, ohne konkreten Zeitplan. Es fehlen kurz- und mittelfristige Lösungen. Oft sind die Vorgaben nicht weitreichend genug. Wir brauchen deutlich mehr Verbindlichkeit und Tempo. Wir hätten uns einen klaren Maßnahmenkatalog gewünscht – mit konkretem Zeitplan, mit messbaren Zielen und einer systematischen Evaluation.

Haben Sie den Eindruck, dass der gegenseitige Respekt und die Hilfsbereitschaft für Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft zugenommen hat?

Eine Umfrage im Auftrag der Malteser zum sozialen Engagement der Menschen in Deutschland hat erst vor wenigen Monaten gezeigt, dass nicht nur der Wunsch nach mehr Miteinander und gegenseitiger Hilfe groß, sondern dass auch die tatsächliche Hilfsbereitschaft hoch ist. Das ist eine gute Nachricht für uns alle. Ich lebe lieber in einem Land, in dem viele aufeinander Rücksicht nehmen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft?

Dass ein System, das Kranken und pflegebedürftigen Menschen helfen soll, auch tatsächlich auf deren Bedürfnisse ausgerichtet ist.

Die Fragen stellte Gabi Stief, freie Journalistin.



Über sichtbare und weniger sichtbare Barrieren

DIE MEDIZINISCHE Versorgung in Deutschland ist trotz zahlreicher Bemühungen weit davon entfernt, barrierefrei zu sein. Barrieren sind Zeugnisse mehr oder weniger offensichtlicher Benachteiligung von Menschen mit Behinderung. Dabei verstößt die Diskriminierung schon lange gegen geltendes Recht. Das fünfte Sozialgesetzbuch sieht vor, die besonderen Belange behinderter und chronisch kranker Menschen zu berücksichtigen. Zudem gilt: »Die Versicherten können unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten [...] frei wählen.« Doch wie frei ist diese Wahl, wenn es nur wenige zugängliche Praxen gibt? Wenn die Wahl auf eine Ärztin oder einen Arzt fallen soll, der sich Zeit nimmt, komplexe Sachverhalte verständlich zu erklären – Zeit, die oft nicht vergütet wird? Und wenn es viel Frustrationstoleranz braucht, so einen Arzt oder eine Ärztin überhaupt ausfindig zu machen, viele Monate auf einen Termin zu warten und dann das barrierefreie Erreichen der Praxis zu organisieren?

Ambulante Praxen: vielfältige Barrieren, wenig Abbau

Der Begriff der Barrierefreiheit stammt aus dem Bauwesen, weswegen die häufigste Assoziation zu einer Barriere die unüberwindbare Treppe für den Rollstuhl ist. Diese kann bestenfalls durch eine Rampe aufgelöst werden. Doch von der Rampe bis zur Barrierefreiheit ist der Weg noch weit. 2023 verkündete die Stiftung Gesundheit, dass fast die Hälfte der ambulanten Praxen in Deutschland mindestens eine Vorkerbung getroffen habe, die Barrieren abbaut oder vermeidet. Doch zu den ermittelten Zahlen gehört auch: Über 90% der Praxen sind nicht auf Patientinnen und Patienten mit Sehbehinderung vorbereitet, es fehlen also beispielsweise große kontraststarke Beschriftungen oder Leitsysteme durch unterschiedliche Fußbodenstrukturen. Dabei handelt es sich um physische Barrieren.

Noch weniger Praxen stellen sich auf Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung ein, die dann vor allem auf Barrieren bei der Verständigung zu ihrer Gesundheit stoßen: »Kommunikationsbarrieren können schwerwiegend sein, weil sie die Anamnese, Befunderhebung, Behandlung und Nachsorge unmit-

telbar beeinflussen«, erläutert Prof. Dr. Reinhard Burtscher, Professor für Heilpädagogik an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin. »Das Beschreiben von Beschwerden ist selbst für viele Menschen ohne Beeinträchtigung nicht immer einfach. Umso herausfordernder gestaltet sich das Gespräch mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Das Risiko für Fehlannahmen im Anamnesegespräch ist deutlich erhöht.«

Burtscher hat daher unter anderem medizinische Aufklärungsbögen in Leichter Sprache mit entwickelt und engagiert sich im Rahmen verschiedener Projekte dafür, dass sich Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung selbstbestimmt für ihre Gesundheit einsetzen können. Dass es aber insbesondere an (ausreichend vergüteter) Zeit fehlt, die das medizinische Fachpersonal zur Kommunikation aufbringen müsste, stellt vor allem eine strukturelle Barriere dar.

Behindert sein oder behindert werden?

Strukturelle Barrieren sind oft gesellschaftlich verfestigt und auf ein Verständnis von Behinderung zurückzuführen, das von der Soziologie als medizinisches Modell bezeichnet wird. Demnach wird Behinderung ausschließlich als Krankheit oder Defizit betrachtet, als Mangel an Gesundheit, die wiederum als Normwert gilt. Dem gegenüber steht das soziale Modell, das Raúl Aguayo-Krauthausen, Inklusionsaktivist und Gründer des Vereins Sozialheld*innen, in seinem Buch *Wer Inklusion will, findet einen Weg. Wer sie nicht will, findet Ausreden*. veranschaulicht:

»Die Person ist nicht behindert, sondern sie wird durch ihre Umwelt behindert, die individuelle Unterschiede nicht berücksichtigt. Wenn ich als Rollstuhlnutzer vor einer Treppe oder einem defekten Aufzug stehe und nicht weiterkomme, dann werde ich nicht durch meine Mobilitätseinschränkung behindert, sondern durch die Barrieren in der Welt.«

Laura Gehlhaar, Autorin, Unternehmensberaterin und Rollstuhlnutzerin, beschreibt in ihrem Essay »unlearn sex«, wie der medizinische Blick auf ihre Diagnose sie als fünfjäh-

riges Kind zu einem Forschungsobjekt machte, das ungefragt untersucht, beurteilt und herumgezeigt wurde. Ihr Verhältnis zu Ärztinnen und Ärzten habe sich zwar gebessert: »Ich habe gelernt, dass mein Körper nur mir selbst gehört und niemandem sonst.« Doch die unfreie Wahl der zugänglichen (fach)ärztlichen Praxis ist für Gehlhaar eine Diskriminierung, die sie längst als Normalität empfindet. Gegenüber fachlichen, terminlichen und physischen Barrieren hätte die Sympathie für den Arzt oder die Ärztin daher oft das Nachsehen. Ein vertrauensvolles Verhältnis würde so schließlich zum Privileg. Dies kann auch zur Folge haben, dass sie abwägt zwischen gesundheitlicher Selbstfürsorge und dem Verzicht auf eine notwendige Behandlung.

Diskriminierung als Barriere

»Oft erlebe ich auch, dass Beschwerden viel zu schnell mit meiner Behinderung in Zusammenhang gebracht werden, wofür es gar keine Evidenz gibt. Meine Behinderung hat ja beispielsweise nichts mit einem eingewachsenen Zehennagel zu tun.« Laura Gehlhaar beschreibt damit ein Problem, das in den Gesundheitswissenschaften als »diagnostic overshadowing« (diagnostisches Überschatten) bezeichnet wird: Die hohe Gewichtung einer Behinderung oder chronischen Erkrankung führt zur Fehlbewertung davon unabhängiger Symptome und Krankheitsbilder, wodurch sich die passende Behandlung verzögert oder schlimmstenfalls ganz ausbleibt. Dabei könnte diese Barriere im ersten Schritt abgebaut werden, wenn die Patientin als Expertin für ihren Körper erkannt wird.

Zu dieser Expertise gehört beispielsweise auch, dass Gehlhaar den manuellen gegenüber dem elektrischen Rollstuhl vorzieht, um ihre Selbstständigkeit so lange wie möglich auszukosten. Hier hat sie sich letztlich sogar gegen die Empfehlung des Medizinischen Dienstes entschieden.

Barrieren können offenkundig sein wie der fehlende Hebelifter in der gynäkologischen Praxis oder die Website, die nicht mit Tastatur oder Lese-Software erschlossen werden kann. Zu den weniger offenkundigen Barrieren gehört, behinderte Menschen beispielsweise beim Entwickeln der elektronischen Patientenakte zu vernachlässigen. So ist die »ePA für alle« in letzter Konsequenz eine ePA für nichtbehinderte Menschen.

»Inklusion ist nicht nur eine Frage der Barrierefreiheit oder des Nachteilsausgleichs«, so Raúl Aguayo-Krauthausen, »es ist die Idee eines Systems, an dem alle Menschen gleichberechtigt teilhaben und selbstbestimmt zusammenleben.«

Weitere Infos

- Laura Gehlhaar auf Instagram @fraugehlhaar
- Sozialheld*innen e.V. www.sozialhelden.de
- Weibernetz e.V. Politische Interessenvertretung behinderte Frauen www.weibernetz.de

Barrierenabbau beim Medizinischen Dienst

Dass sich auch die Medizinischen Dienste zunehmend für den Abbau von Barrieren einsetzen, zeigt beispielsweise das Engagement des Medizinischen Dienstes Berlin-Brandenburg. Seit rund fünf Jahren reduziert der MD schrittweise Barrieren im Dienst. Das Unternehmensziel ist klar: Alle gestaltbaren Bereiche sollen barrierefrei sein. Die Teilziele sind in vier Dimensionen unterteilt: Standorte und deren Ausstattung, Informationstechnologie, Strukturen und Prozesse sowie die Internetseite des Dienstes.

In der multidisziplinären Projektgruppe wirken Vertreter aus allen Bereichen des Dienstes mit, darunter die Schwerbehindertenvertretung, der Personalrat, die Betriebsärztin und behinderte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zunächst ermittelte die Projektgruppe umfassend die bestehenden Barrieren. Daraufhin wurden Maßnahmen zur Beseitigung der Hindernisse geplant und umgesetzt. Beispiele hierfür sind ein Blindenleitsystem am Hauptstandort und barrierefreie Anfahrtsbeschreibungen auf der Website.

Heute bietet der MD Berlin-Brandenburg mehr Chancengleichheit und Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. Darüber hinaus vernetzt sich der MD, um gemeinsam zu lernen und Barrierefreiheit voranzubringen. So erhielt z. B. Projektleiterin Inga Fischer für ihren Vortrag auf der Public Health Tagung im Januar 2025, die u. a. von der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention sowie der Deutschen Gesellschaft für Public Health getragen wurde, positive Resonanz. Es zeigte sich: Barrierefreiheit und Sozialmedizin sind eng verbunden.



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



Verstehen fördern mit Einfacher Sprache

VIELE GESUNDHEITSTEXTE sind nicht gut verständlich. Manche Menschen können die Texte deshalb nicht nutzen. Das kann auch Probleme für die Gesundheit der Menschen verursachen. Texte in Einfacher Sprache verbessern den Zugang zu Informationen. So können mehr Menschen die Informationen verstehen. Das ist wichtig. Deshalb ist dieser Text auch in Einfacher Sprache geschrieben. ▶

Viele Menschen können Texte zum Thema Gesundheit nicht gut verstehen. Viele Texte sind nämlich nicht verständlich geschrieben. Solche Texte sind zum Beispiel:

- Beipackzettel von Medikamenten,
- Informationen zu Krankheiten,
- Aufklärungen über Behandlungen oder
- Briefe von der Krankenkasse.

Das hat verschiedene Gründe. In den Texten sind zum Beispiel viele Fachwörter. Oder die Sätze sind sehr lang. Manche Texte geben den Lesern nicht genug Informationen. Dann wissen die Leser vielleicht nicht: Was genau muss ich tun?

Es gibt unterschiedliche Schwierigkeiten

Experten haben herausgefunden: Mehr als die Hälfte der Menschen in Deutschland hat Schwierigkeiten mit Informationen über Gesundheit.

Die Schwierigkeiten sind:

- Die Menschen können die Informationen nicht finden.
- Die Menschen können die Informationen nicht verstehen.
- Die Menschen können die Informationen nicht bewerten. Sie können also nicht entscheiden: Ist die Information richtig? Und ist die Information für mich wichtig?
- Die Menschen können die Informationen nicht anwenden. Sie können also zum Beispiel nicht mit dem Arzt über die Information sprechen.

Studien haben auch gezeigt:
Manche Menschen haben mehr Schwierigkeiten mit Gesundheitsinformationen als andere.

Dazu gehören zum Beispiel:

- Ältere Menschen.
- Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten. Eine chronische Krankheit ist nicht heilbar. Eine chronische Krankheit bleibt für immer. Eine chronische Krankheit ist zum Beispiel Diabetes.
- Menschen mit niedrigem Bildungsstand. Bildungsstand bedeutet: Was ist der höchste Abschluss des Menschen? Hat er zum Beispiel eine Ausbildung gemacht?
- Menschen mit einer anderen Muttersprache. Manche Menschen sind vielleicht aus ihrem Land geflohen. Jetzt leben die Menschen in Deutschland. Deshalb verstehen sie die deutsche Sprache vielleicht nicht.
- Menschen mit einer Behinderung. Manche Menschen haben eine Behinderung. Sie haben zum Beispiel Lernschwierigkeiten.

Die Menschen verstehen Informationen nicht? Das kann Folgen für die Gesundheit der Menschen haben. Zum Beispiel: Ein Patient hat Bluthochdruck. Deshalb muss der Patient bestimmte Medikamente nehmen. Aber er versteht den Beipackzettel von seinem Medikament nicht. Deshalb nimmt er das Medikament vielleicht falsch. Er nimmt vielleicht zu viel von dem Medikament. Das kann sehr gefährlich sein.

Warum sind Gesundheitsinformationen schwer verständlich?

Viele Texte im Gesundheitssystem sind schwer verständlich. Die Texte sind nämlich nicht für Menschen mit wenig Fachwissen geschrieben. Oft sind in den Texten viele Fachwörter. Und die Fachwörter werden nicht erklärt.

Die Leser müssen die Fachwörter kennen. Aber man muss die Bedeutung von Fachwörtern erst lernen. Nicht alle Leser haben die Fachwörter gelernt. Dann verstehen sie den Text vielleicht nicht. Oder sie verstehen den Text falsch. Deshalb machen Fachwörter einen Text schwer verständlich.

Fachtexte setzen oft auch viel Fachwissen bei den Lesern voraus. Das bedeutet: Das Fachwissen wird in den Texten nicht erklärt. Die Leser müssen das Fachwissen schon vor dem Lesen haben. Nur dann können sie den Text auch verstehen. In Gesundheitstexten wird zum Beispiel oft Wissen über das Gesundheitssystem von den Lesern erwartet. Der Text sagt dem Leser dann zum Beispiel nicht: Wer hilft mir, wenn ich Rückenschmerzen habe? Soll ich als betroffene Person zum Beispiel zum Hausarzt oder ins Krankenhaus gehen?

Was ist Einfache Sprache?

Einfache Sprache ist eine Form der deutschen Sprache. Einfache Sprache ist sprachlich vereinfacht. Das bedeutet: Bestimmte Elemente der Sprache werden in Einfacher Sprache nicht benutzt. Diese Elemente sind nämlich schwer verständlich. Dazu gehören zum Beispiel lange Wörter und lange Sätze.

Texte in Einfacher Sprache sollen für viele Menschen gut verständlich sein. Deshalb sind die Sätze in Einfacher Sprache kurz. Und es gibt keine Nebensätze. Auch die Wörter in Einfacher Sprache sind kurz. Und es gibt weniger Fachwörter. Die Fachwörter werden immer erklärt. Texte in Einfacher Sprache sind meist genauer als andere Texte. In den Texten steht nämlich auch: Wer soll etwas tun? Und wen können betroffene Personen um Hilfe bitten, wenn sie Fragen haben?

Es gibt eine DIN für Einfache Sprache. DIN ist die Abkürzung für: Deutsche Industrienorm. In der DIN für Einfache Sprache steht zum Beispiel:

- Die Sätze sollen höchstens 15 Wörter haben. Es gibt keine Nebensätze. Oder es gibt nur wenige Nebensätze.
- Im Text stehen nur wenige Fachwörter. Die Fachwörter werden erklärt.
- Die Autoren schreiben im Aktiv statt im Passiv. Die Autoren schreiben also nicht: Dem Patienten wird Blut abgenommen. Die Autoren schreiben: Der Arzt nimmt dem Patienten Blut ab.
- Die Autoren überlegen vor dem Schreiben: Für wen schreibe ich den Text? Was wissen die Leser vielleicht schon über das Thema? Und was muss ich erklären?

Was ist Leichte Sprache?

Leichte Sprache ist eine sehr verständliche Form der deutschen Sprache. Leichte Sprache ist sehr stark vereinfacht.

Leichte Sprache ist zum Beispiel für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Leichte Sprache hat sehr strenge Regeln. Die Regeln sind zum Beispiel:

- Die Sätze haben keine Nebensätze.
- In jedem Satz ist nur eine Information.
- Die Wörter sind kurz und bekannt.
- Man soll lange Wörter mit einem Bindestrich trennen. Dann kann man das Wort besser lesen.
- In den Texten gibt es viele Bilder. Die Bilder sollen wichtige Informationen zeigen.

Leichte-Sprache-Texte sehen deshalb anders aus als andere Texte: Die Schrift ist größer. Und die Abstände zwischen den Zeilen sind größer. So sind die Texte in Leichter Sprache auch besser lesbar.

Es gibt verschiedene Regelwerke für Leichte Sprache. Ein Regelwerk ist zum Beispiel vom Netzwerk Leichte Sprache. Das Netzwerk Leichte Sprache ist ein Verein. Der Verein arbeitet für die Rechte von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In den Regeln steht zum Beispiel auch: Menschen mit Lernschwierigkeiten sollen die Texte in Leichter Sprache prüfen. Die Prüfer können sagen: Der Text ist gut verständlich. Oder der Text ist noch nicht gut verständlich.

Der Medizinische Dienst hat auch Informationen in Leichter Sprache. Es gibt zum Beispiel Informationen zur Pflege-Begutachtung in Leichter Sprache. Die Information finden Sie auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes www.medizinischerdienst.de

Was können wir tun, damit Informationen besser verständlich sind?

Das Gesundheitssystem ist sehr komplex. Und das Wissen über die Gesundheit ist sehr komplex. Deshalb brauchen wir mehr Informationen in Einfacher Sprache. Einfache Sprache erleichtert den Zugang zu den Informationen. Und Einfache Sprache kann die Teilhabe für viele Menschen erleichtern. Aber Einfache Sprache ist für manche Menschen nicht leicht genug. Deshalb brauchen wir Texte in Leichter Sprache. Die Texte in Leichter oder Einfacher Sprache sollen immer ein Zusatz sein. Sie sollen die fachlichen Texte nicht ersetzen. Es gibt viele Texte auch in Einfacher oder Leichter Sprache? Dann können mehr Menschen die Texte verstehen. Und die Menschen können vielleicht besser Entscheidungen für ihre Gesundheit treffen. ◻

Information über die Autorin
Janina Kröger ist Übersetzerin für Leichte und Einfache Sprache und arbeitet im Wort & Bild Verlag.

E-Mail
kroeger.bkmed@gmail.com



Pioniere der inklusiven Versorgung

BARRIEREFREIHEIT in der medizinischen Versorgung ist für Menschen mit Behinderung essenziell, jedoch noch immer keine Selbstverständlichkeit. Doch gibt es hierzulande bereits eine Vielzahl an Vorreitern, die Inklusion aktiv umsetzen. ▶ Ob digitale Terminportale, die von Screenreadern nicht gelesen werden können, oder Praxisräume im dritten Stock ohne Aufzug: Menschen mit physischen oder kognitiven Einschränkungen stoßen im deutschen Gesundheitssystem noch immer auf zahlreiche Hürden. Für sie sind Arztbesuche daher oft mit Stress, Angst oder Scham verbunden – oder werden sogar ganz vermieden.

Gleichzeitig entstehen vielerorts innovative Projekte, die zeigen, wie inklusive Gesundheitsversorgung gelingen kann – praxisnah, bedarfsorientiert und im engen Austausch mit Betroffenen. Vielen dieser innovativen Ansätze fehlt es jedoch bislang an einer stabilen Finanzierung. Stattdessen werden sie häufig aus Ehrenamt oder Projektmitteln getragen und bleiben daher oft im Verborgenen. Einige jedoch schaffen es bereits in die Öffentlichkeit und werden für ihr Engagement ausgezeichnet, etwa mit dem Bundesteilhabepreis 2023 zum Thema ›Gesundheit inklusiv – barrierefreie ambulante Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderungen‹. Der Preis wird vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales verliehen und von der Bundesfachstelle Barrierefreiheit koordiniert.

Gynäkologie für alle

Eine der Initiativen ist das vielzitierte Münchner Modellprojekt ›Gynäkologische Sprechstunde für Mädchen und Frauen mit Mobilitätseinschränkungen‹, das den ersten Platz beim Bundesteilhabepreis 2023 belegte. Die Spezial-Sprechstunde kann ohne Zugangshürden für alle regulären gynäkologischen Untersuchungen in Anspruch genommen werden, z. B. von Rollstuhlfahrerinnen – auch bei einer Mehrfachbehinderung. Der Zugang zur Praxis ist barrierefrei. In den Praxisräumen befindet sich ein Hebelifter, mit dessen Hilfe Patientinnen sicher umgesetzt werden können, sowie ein höhenverstellbarer gynäkologischer Untersuchungsstuhl. Die Gynäkologinnen und Gynäkologen nehmen sich extra viel Zeit für den Behandlungstermin



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

und werden dabei von einer Pflegefachkraft sowie einer Medizinischen Fachangestellten unterstützt.

Das 2021 initiierte Projekt ist in Zusammenarbeit der Stadt München mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern entstanden. Beteiligt waren auch Menschen mit Behinderung.

Inklusive Zahnmedizin

Ein weiteres Best-Practice-Beispiel für angewandte Inklusion ist die ›Inklusive Zahnarztpraxis‹ von Dr. Guido Elsässer im baden-württembergischen Kernstetten, die 2023 den zweiten Platz beim Bundesteilhabepreis erzielte.

Mit der Rampe oder dem Aufzug geht es in die Zahnarztpraxis, die sich in direkter Nachbarschaft einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderung befindet. Hier werden mobilitätseingeschränkte Menschen an einem abgesenkten Empfangstresen begrüßt. Für die barrierefreie Untersuchung stehen unter anderem mobile Röntgengeräte und Hilfsmittel zur Umlagerung zur Verfügung, beispielsweise Haltegurte. Zudem legt die Praxis besonderen Wert auf barrierefreie Kommunikation. Für die Idee eines ›Inklusiven Zahnputzplanes‹ wurde die Praxis im vergangenen Jahr mit dem Praktiker-Preis der Deutschen Gesellschaft für Präventivzahnmedizin (DGPZM) ausgezeichnet. Der Plan unterstützt Menschen mit kognitiven Entwicklungsstörungen und Menschen, die sich lautsprachlich nicht ausdrücken können, bei der Zahnhygiene.

›Inklusive Zahnmedizin befasst sich gemeinsam mit und für Menschen mit Behinderung auch mit gesundheitspolitischen Fragestellungen und notwendigen Strukturanpassungen‹, so der Vorstand des DGPZM. Ziel sei es, ein inklusives Gesundheitssystem mit voller, wirksamer und gleichberechtigter Teilhabe an allen zahnmedizinischen Gesundheitsangeboten zu etablieren.

Gesundheitsförderung vor Ort

›Wer gesund ist, kann besser mitreden, mitmachen, mitbestimmen‹ – das ist die Überzeugung der Initiative ›Projekt Gesundheit für alle – jetzt!‹, ebenfalls mit dem Bundesteilhabepreis ausgezeichnet. Das Projekt der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg hat das Ziel, Hürden für Menschen mit Behinderung abzubauen. Dafür setzt es einerseits auf die inklusive individuelle Gesundheitsförderung, andererseits auf die Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgungsangebote. Teil der Initiative ist z. B. das bereits 2016 ins Leben gerufene Projekt ›Gesundheit 25* – Mehr Gesundheit im Quartier‹, das sich um die wohnortnahe medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderung kümmert, indem es nach Feststellung der Bedarfe durch Vernetzung die Versorgungsstrukturen vor Ort verbessert.

Barrierefreies Fitnessstudio

Das deutschlandweit erste inklusive Fitnesszentrum wurde vom Behinderten-Werk Main-Kinzig im Jahr 2019 gegründet. Das Fitnessstudio im Westpark von Hanau-Steinheim in Hessen richtet sich gezielt an Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen, die hier gemeinsam Sport treiben und etwas für ihre Gesundheit tun können. Auch die Betreuung und Beratung erfolgen inklusiv – durch ein gemischtes Team aus Menschen mit und ohne Behinderung.

Gefördert wurde das Projekt durch das Integrationsamt beim Landeswohlfahrtsverband Hessen. ›Alle Betriebe, die Menschen mit Beeinträchtigungen beschäftigen, können Förderungen beantragen‹, sagte dazu bei der Eröffnungsfeier Thomas Niermann, Leiter des Integrationsamts – und verwies auf das Förderprogramm ›HEPAS – Hessisches Perspektivprogramm zur Verbesserung der Arbeitsmarktchancen schwerbehinderter Menschen‹, das noch bis Ende 2026 läuft.

Menschen mit Behinderung als Alltagshelfer

Ein ganz besonderes Projekt hat die ›Herbstresidenz‹, das ehemalige Altenzentrum St. Nikolaus in Bernkastel-Kues in Rheinland-Pfalz, ins Leben gerufen. Bekannt wurde die Residenz im Frühjahr in der gleichnamigen vox-Doku-Reihe mit tv-Koch Tim Mälzer und Schauspieler André Dietz. Die Idee: Menschen mit Behinderung können sich im Pflegeheim zu Alltagshelfern qualifizieren, eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt finden – und gleichzeitig den Pflegeheimbewohnenden eine verbesserte Versorgung und einen schönen Alltag bieten. ›Das Heim soll tatsächlich so etwas wie ein Vorbildheim werden‹, sagt dazu André Dietz in der Doku-Reihe. Der Heimleiter hat den Beteiligten mittlerweile einen Arbeitsvertrag angeboten.

Finanzierung oft fraglich

Die Beispiele zeigen, wie Inklusion im Praxisalltag gelingen kann – durch eine Kombination aus baulicher, kommunikativer und individueller Barrierefreiheit. Damit tragen sie nicht nur zu einer besseren Versorgung bei, sondern sensibilisieren auch andere Akteure im Gesundheitswesen für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen – und setzen damit wichtige Impulse für die Regelversorgung.

Für ein inklusives Gesundheitssystem braucht es jedoch nicht nur Leuchtturmprojekte, sondern klare gesetzliche Rahmenbedingungen, verbindliche Standards und nachhaltige Finanzierungsmodelle. Denn ohne sie droht vielen Projekten das Aus.

So sagte bereits Dr. Volker Sieger, Leiter der Bundesfachstelle Barrierefreiheit, bei der Verleihung des Bundesteilhabepreises: ›Beim Thema Finanzierung ist allerdings noch etwas zu tun, da die Behandlung von Menschen mit Behinderungen oftmals einen Mehraufwand an Zeit, Ausstattung und Personal bedeutet.‹ Wünschenswert sei insofern eine entsprechend gesicherte Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen.

Impulse für mehr Inklusion liefert auch der ›Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen‹, den das Bundesgesundheitsministerium im Dezember 2024 vorgestellt hat. Vorgesehen sind unter anderem Fördergelder aus dem Strukturfonds für barrierefreie Praxen sowie mehr Angebote zur inklusiven Gesundheitsförderung und Prävention. Entscheidend wird nun die konkrete Umsetzung durch die neue Bundesregierung sein. ◻



Ganzheitliche Versorgung – oft ein Leben lang



AMBULANTE Behandlungszentren begleiten Kinder und Erwachsene mit Entwicklungsstörungen, Behinderungen oder chronischen Erkrankungen oft zeit ihres Lebens. Als der Arzt Theodor Hellbrügge (1919–2014) in der Nachkriegszeit Mütterberatungen am Münchner Gesundheitsamt abhielt, begegnete er Kleinkindern, die, obwohl medizinisch zunächst unauffällig, in ihrer Entwicklung weit zurücklagen: Sie sprachen noch kein Wort, konnten nicht mit dem Löffel essen, waren auffällig ängstlich und bewegten sich nicht altersgemäß. Die Kinder hatten ihre ersten Lebensjahre in Heimen verbracht. Dort war ihnen offenbar nicht die Förderung zuteil geworden, die eine gesunde Entwicklung brauchte.

Hellbrügge ließen diese Erlebnisse nicht mehr los. Ende der 1960er Jahre realisierte er an der Uni-Kinderpoliklinik München das erste Sozialpädiatrische Zentrum in Deutschland. Dahinter stand seine Überzeugung, dass rein medizinisch, klinische Konzepte für die Betreuung von Kindern mit Entwicklungsbeeinträchtigungen, Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen nicht ausreichen.

Hellbrügges Konzepte der Frühdiagnostik, interdisziplinären Therapie und sozialen Integration bilden auch heute noch wichtige Grundpfeiler in der Arbeitsweise von inzwischen bundesweit 162 ambulant tätigen Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), die in der Sozialgesetzgebung verankert sind.

Die SPZ sind unterschiedlich ausgerichtet. Nach der Überweisung durch die kinderärztliche Praxis sind sie Anlaufstelle z. B. für Kinder mit Entwicklungsstörungen, körperlichen Beeinträchtigungen, Mehrfachbehinderungen, Intelligenzminderung, schweren neurologischen Erkrankungen, psychiatrischen oder genetisch bedingten Erkrankungen wie etwa Mukoviszidose und vielem mehr.

Enge Zusammenarbeit mit der Familie

In den Zentren arbeiten ärztliche, psychologische, therapeutische und pädagogische Fachkräfte, deren Ziel es ist, den begleiteten Kindern und Jugendlichen eine angemessene Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Typisch ist die enge Zusammenarbeit mit der Familie, mit Kindergarten und Schule. Dabei steht das Wohl der Kinder im

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



Vordergrund, nicht die organmedizinisch orientierte Therapie. Die Kinder sollen angstfrei und gerne wiederkommen. Die Behandlung im SPZ kann theoretisch von der Geburt an bis zum Beginn des Erwachsenenalters erfolgen.

Eine qualifizierte ambulante Versorgung für erwachsene Menschen mit geistiger oder Mehrfachbehinderung war hierzulande lange Zeit nicht gewährleistet. Erst vor zehn Jahren schuf die damalige Bundesregierung die gesetzliche Grundlage für die Errichtung von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen (MZEB).

Bereits im Jahr 2019 gab es 38 MZEB in Deutschland, aktuell sind es 69 Zentren über das Land verteilt. Vergleichbar mit den SPZ steht der einzelne Mensch mit seiner Behinderung im Mittelpunkt der ambulanten Behandlung durch das multidisziplinäre Team. Ihre Aufgaben sehen die Fachleute vor Ort aber nicht nur in der Behandlung, sondern auch in der Früherkennung von Krankheiten.

Die Anamnese braucht viel Zeit

Manche Patientin, mancher Patient kann nicht genau sagen, welche Symptome Schwierigkeiten bereiten, wo es wehtut. Um herauszufinden, wo medizinisch-therapeutisch geholfen werden sollte, muss sich die ärztliche Diagnose beispielsweise auf vielerlei Anhaltspunkte stützen: Neben körperlichen Veränderungen oder auffälligem Verhalten ist auch die sozialpsychologische Situation wichtig. Wie geht es dem Patienten gefühlsmäßig, wie im familiären Miteinander, bei der Arbeit?

Für das Erfragen der Krankengeschichte, die Anamnese, lassen sich die Fachkräfte daher viel Zeit. Die Patienten seien oft so einzigartig in ihrer Körperlichkeit, dass man mit den Standardkenntnissen der Medizin nicht weiterkomme, sagt Riad Hammad, Psychiater am MZEB Berlin-Süd. □

Medizin für Menschen mit Behinderungen

RUND 7,9 Millionen Menschen in Deutschland leben mit einer schweren Behinderung, trotzdem stellt die Medizin für Menschen mit Behinderungen noch ein Randgebiet der Medizin dar – in Forschung, Lehre und Praxis. Das soll sich ändern. Alle Patientinnen und Patienten in Deutschland sollen gleich gut behandelt werden, egal ob mit oder ohne Behinderung. So steht es – sinngemäß – im Sozialgesetzbuch. Doch in der Realität sieht das anders aus; da stören nicht nur bauliche Barrieren. Probleme gibt es oft im Arzt-Patient-Gespräch, sagt Prof. Dr. Tanja Sappok, die seit 2023 an der Uni Bielefeld die erste Professorin in Deutschland für Medizin für Menschen mit Behinderung ist: »Durch kommunikative Hürden wird es schwierig, die Informationen zu erhalten, die für die Diagnose wichtig sind. Viele Ärztinnen und Ärzte fühlen sich da überfordert.«

Medizinstudierende werden nicht ausreichend vorbereitet

Vor allem wenn Patientinnen oder Patienten eine kognitive Beeinträchtigung haben, fällt es Ärzten schwer, ausreichend gut zu kommunizieren, erklärt Sappok. Das liege unter anderem an der Ausbildung, bedauert sie: »Heute werden Medizinstudierende gezielt auf eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation vorbereitet, z. B. für das Überbringen von schlechten Nachrichten. Aber spezielle Werkzeuge zur Kommunikation mit Menschen mit einer intellektuellen Beeinträchtigung, etwa die Methode der Leichten oder Einfachen Sprache oder der Unterstützten Kommunikation, werden in der Regel nicht vermittelt.« So kann beispielsweise über Symbolkarten kommuniziert werden, wenn Personen nicht oder kaum sprechen können. Auch Gebärden, Sprachcomputer und andere Hilfsmittel können helfen, Gedanken, Wünsche und Gefühle auszudrücken – dies gilt als eine Form der sogenannten Unterstützten Kommunikation. »Ebenso wie die gezielte Einbindung von Angehörigen, um individuelle Ausdrucksweisen richtig zu interpretieren: Drückt dieser Schrei z. B. Schmerz aus oder Freude?«, erläutert die Fachärztin für Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie und Psychotherapie.

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



Bisher ist Medizin für Menschen mit Behinderung kein regulärer Bestandteil des Medizinstudiums an deutschen Universitäten, aber an der Uni Bielefeld wird im Modellstudiengang die Thematik mit Studienbeginn in die Lehre integriert. Die Idee: Studierende der Medizin treten von Anfang an während ihres Studiums mit Patientinnen und Patienten mit kognitiver oder schwerer Mehrfachbehinderung in Kontakt. Und geforscht wird nun auch, freut sich Sappok: »Es gibt derzeit kaum Studien zu diesem Thema, aber nur durch Forschung können wir auch für diese Patientengruppe eine evidenzbasierte Medizin anbieten.«

Ein ganz besonderes Forschungsprojekt

Im Rahmen des Forschungsprojekts »Frimel« werden Menschen mit intellektueller Behinderung als inklusive Lehrassistenten ausgebildet. Sie vermitteln dann als Dozentinnen und Dozenten den Medizinstudierenden ihre Lebens- und Sichtweisen. Ein Austausch, der helfen soll, Wissenslücken über die spezifischen Bedarfe von Menschen mit intellektueller Behinderung zu adressieren.

Insgesamt stößt das Thema bei den Studierenden auf großes Interesse, berichtet Tanja Sappok, was in jedem Fall ein großer Fortschritt sei: »Es ist wichtig zu verstehen, welche Zumutungen Menschen mit Behinderungen im Gesundheitswesen erleben. Nicht die Patientinnen und Patienten müssen sich dem medizinischen Angebot anpassen, sondern die Klinik oder die Praxis den Kranken. Es ist unsere Aufgabe, für alle Menschen, egal ob mit oder Behinderung, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen sie gesund werden können.« □





Fern der Reizüberflutung

EINMALIG in Fußball-Deutschland: Der Zweitligist Arminia Bielefeld hat als erster deutscher Verein einen Stadionbereich errichtet, um Fans mit Autismus den problemlosen und fachgerechten Besuch eines Spiels zu ermöglichen. Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen sollen als Teil der Gesellschaft sichtbar werden – dieser Aufgabe haben sich Peter Heckmann und sein rund dreissigköpfiges Team verschrieben. Heckmann ist Behindertenfanbeauftragter beim Zweitligisten Arminia Bielefeld. Der Verein möchte so vielen Menschen wie möglich ein inklusives Stadionerlebnis anbieten. Knapp 800 Plätze für Menschen mit Behinderungen gibt es im Stadion von Arminia Bielefeld inzwischen. »Wir wollen so vielen Menschen wie möglich eine Teilhabe ermöglichen, doch es gibt nach wie vor sehr viel zu tun«, sagt Heckmann.

Eines der jüngsten Angebote des Vereins ist die sogenannte Autistenloge. Menschen im autistischen Spektrum fühlen sich häufig von vielen Reizen überfordert. So bieten beispielsweise Kinos sogenannte Inklusionsvorstellungen an, bei denen ein Film mit gedimmtem Licht und reduzierter Lautstärke gezeigt wird, auf Werbung wird verzichtet.

Klangwasserbett und Blubbersäule

Die Autistenloge basiert auf einem ähnlichen Gedanken: Trommeln und Bratwurstduft, Fangesänge und Lautsprecherdurchsagen, Musik und Choreografien – ein Fußballspiel live zu erleben, ist ein Fest für die Sinne und vor allem akustisch ein Erlebnis. Menschen im Autismus-Spektrum schauen sich ihren Lieblingsclub daher lieber vorm heimischen Bildschirm an, um sich nicht diesen ganzen Reizen aussetzen zu müssen.

Arminia Bielefeld hat vor sechs Jahren die deutschlandweit erste Autistenloge in einem Stadion eingeführt. Heckmann lernte das Konzept 2018 bei einer Führung durch das Emirates Stadion des FC Arsenal in London. Gemeinsam mit anderen Mitstreitenden der Bundesbehindertenfan-Arbeitsgemeinschaft sah er sich dort den sogenannten Snoozleraum an und war beeindruckt. Wieder in Bielefeld, ging er mit seinem Vorschlag zur Vereinsführung und hatte Glück: Die Panoramaboxen sollten gerade neu vermarktet werden.

Die Autistenloge oberhalb der Nordtribüne war dann schnell beschlossene Sache und nach einem halben Jahr fertig. Sie besteht aus einer Panoramabox, in der bis zu fünf Menschen im Autismus-Spektrum und ihre Begleitpersonen ein Spiel schauen können, und einem abgetrennten schallisolierten Snoozleraum. Wer merkt, dass er in eine Reizüberflutung kommt, kann direkt in den Raum gehen und sich hier ein wenig erholen. Dabei können Fasernebel, Klangwasserbett, Blubbersäulen, Schwarzlicht oder Projektoren, die einen Sternenhimmel an die Decke werfen, helfen. Manchmal braucht es aber auch gar kein Therapie-spielzeug, jeder kommt hier individuell zur Ruhe. »Wir hatten auch schon einen Fan, der hat mit Rammstein entspannt«, erzählt Heckmann.

Stadien mit Snoozleraum

Die Autistenloge kommt bei den Fans super an, sie ist bei jedem Spiel belegt. Betroffene Fans und ihre Begleitung werden auf Wunsch gerne am Stadioneingang abgeholt und in die Loge begleitet. »Gerade vor einem Heimspiel kann es hier sehr turbulent zu gehen, wir wählen dann den schnellsten und menschenärmsten Weg in die Loge«, sagt Heckmann.

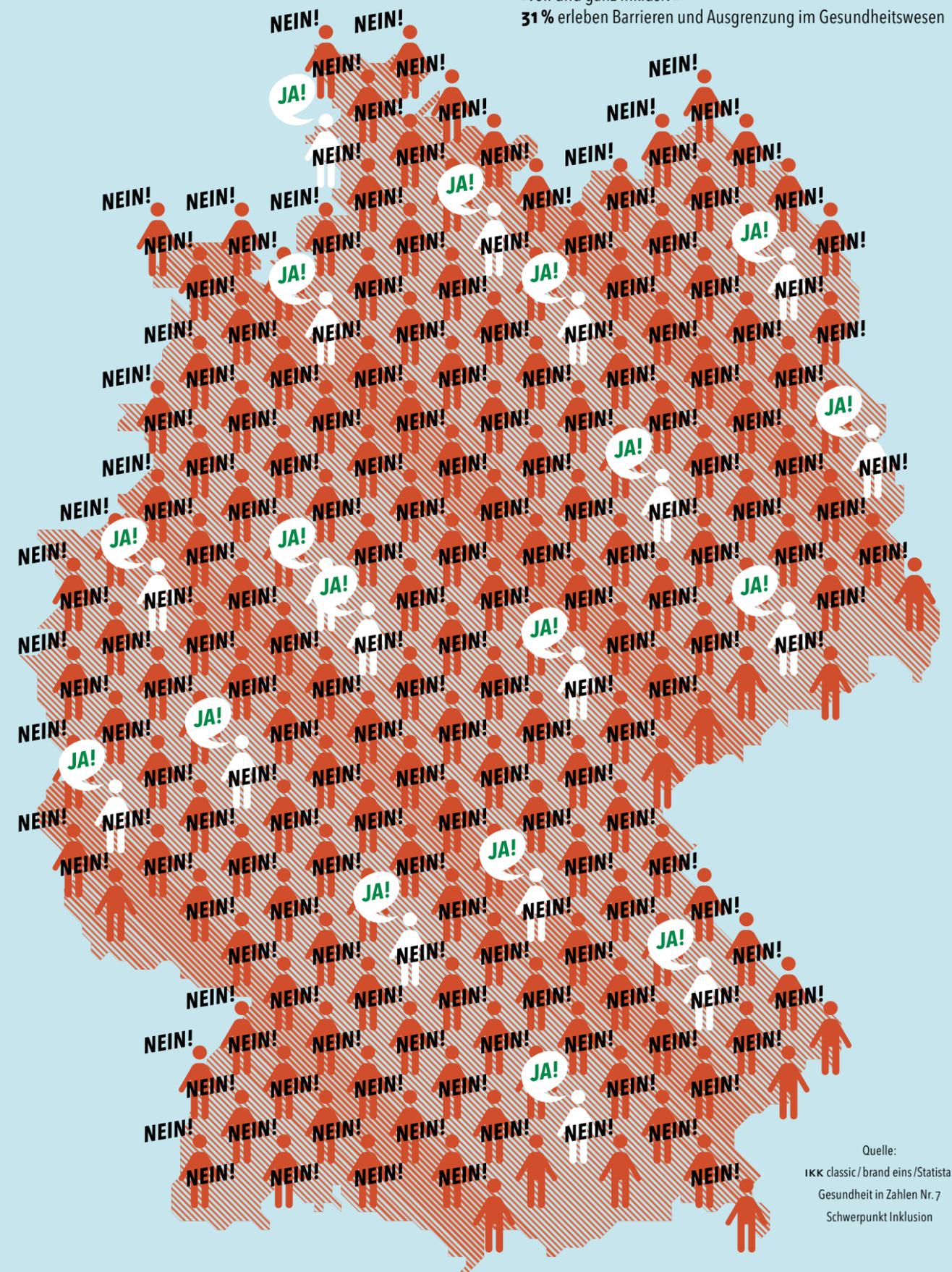
Er wünscht sich, dass noch mehr Stadien dem Bielefelder Vorbild folgen. »Die Engländer sind da viel weiter als wir, dort gibt es bereits in rund 30 Stadien einen Snoozleraum«, sagt Heckmann. Er sieht die spezielle Loge auch als eine Art Einstiegshilfe: Ein Fan, für den ein Stadionbesuch zunächst undenkbar war, hat sich langsam rangetastet und schaut die Spiele mittlerweile auf der Stehtribüne. »Das ist natürlich nicht für alle möglich, aber für uns ein schöner kleiner Erfolg«, freut sich der Behindertenfanbeauftragte.

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



Halten Sie unsere Gesellschaft für inklusiv?

9% der Deutschen halten unsere Gesellschaft für »voll und ganz inklusiv«
31% erleben Barrieren und Ausgrenzung im Gesundheitswesen



Quelle:
IKK classic / brand eins / Statista:
Gesundheit in Zahlen Nr. 7
Schwerpunkt Inklusion

»Versicherte müssen sich auf Qualität im Krankenhaus verlassen können«



Wer im Krankenhaus behandelt wird, muss darauf vertrauen können, dass medizinische Qualitätsstandards eingehalten werden. Mithilfe der neuen LOPS-Richtlinie prüft der Medizinische Dienst, ob Krankenhäuser die Qualitätskriterien für die nach der Krankenhausreform vorgesehenen Leistungsgruppen einhalten. Dr. STEFAN GRONEMEYER, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund, erklärt, worum es dabei geht. Die vom Medizinischen Dienst Bund erlassene Richtlinie »Prüfungen zur Erfüllung von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen« ist seit dem 24. Mai 2025 in Kraft. Sie wurde am 13. Mai 2025 vom Bundesgesundheitsministerium genehmigt und löst die Richtlinie zur Prüfung von Strukturmerkmalen nach OPS-Kodes ab.

Herr Dr. Gronemeyer, was bedeutet LOPS und was steckt hinter der neuen Richtlinie? Gemeint sind die Prüfungen von Qualitätskriterien der Leistungsgruppen und von OPS-Strukturmerkmalen, die Krankenhäuser zu erfüllen haben, um bestimmte Leistungen anbieten und abrechnen zu können. Mit dem Ende

2024 in Kraft getretenen Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz werden Leistungen, die ein Krankenhaus erbringt, in sogenannte Leistungsgruppen eingeteilt. Der Medizinische Dienst prüft, ob das Krankenhaus die erforderlichen Qualifikationen, die Anzahl und Verfügbarkeit des Personals vorhält, um nach anerkanntem medizinischem Standard z. B. eine Stammzelltransplantation oder eine Schlaganfallbehandlung durchführen zu können. Die Versicherten müssen darauf vertrauen können, dass die Versorgungsqualität stimmt. Das ist der Kern der Reform und dazu sollen die Prüfungen beitragen.

Warum verbindet die Richtlinie die Leistungsgruppenprüfung mit den bisherigen OPS-Strukturprüfungen? Die LOPS-Richtlinie regelt beide Prüfungsarten in einer Richtlinie. Damit schafft sie die Grundlage für eine einheitliche Umsetzung und trägt wesentlich zur Sicherstellung einer qualitätsgerechten und einheitlichen Prüfpraxis bei. Ziel ist es, die Prüfungen sowohl für die Krankenhäuser als auch für den Medizinischen Dienst praxistauglich und aufwandsarm auszugestalten.

Welche Vorteile ergeben sich? Mit der Richtlinie wird erreicht, dass die Prüfungen einheitlich und aufeinander abgestimmt durchgeführt werden können. Ein Beispiel: Da für beide Prüfungen häufig dieselben Unterlagen notwendig sind, sollen sie nicht mehrfach eingereicht werden müssen. Viele Unterlagen, die dem

Medizinischen Dienst vorliegen, können mehrjährig genutzt werden, wie z. B. Nachweise über fachliche Erfahrungen, Ausbildungen sowie Gerätenachweise.

Wann starten die Prüfungen? Wie werden sie beauftragt?

Leistungsgruppenprüfungen beauftragen die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Im Unterschied dazu erteilt den Auftrag für eine OPS-Strukturprüfung das Krankenhaus.

Durchgeführt werden die Leistungsgruppenprüfungen von dem Medizinischen Dienst, der für den jeweiligen Krankenhausstandort zuständig ist. Für das Auftrags- und Unterlagenmanagement zwischen Auftraggebern von Leistungsgruppenprüfungen und dem Medizinischen Dienst hat die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste ein Web-Portal entwickelt – ein weiterer wichtiger Schritt zur Digitalisierung und Vereinfachung der Prozesse.

Die Leistungsgruppenprüfungen sind bis spätestens 30. September 2025 zu beauftragen und bis spätestens 30. Juni 2026 abzuschließen. Die Auftragsunterlagen sind auf der Internetseite des für den Krankenhausstandort zuständigen Medizinischen Dienstes veröffentlicht. Die jeweiligen Landesseiten findet man über das gemeinsame Internetportal der Medizinischen Dienste www.medizinischerdienst.de

Die Fragen stellte Michaela Gehms.

Modernisierung der Pflegebegutachtung ist notwendig

FÜR den ersten »Report Pflegebedürftigkeit« des Medizinischen Dienstes Bund wurden bundesweite Daten aus den Pflegebegutachtungen seit 2014 vertiefend ausgewertet. Der Report zeigt, wie sich die Pflegebedürftigkeit in Deutschland entwickelt und welche Potenziale sich für die Modernisierung der Begutachtung ergeben. 5,6 Millionen Menschen erhielten im Jahr 2024 Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung – das sind mehr als doppelt so viele als 2014. Ursache dafür sind der demografische Wandel und die Auswirkung der Pflegereform 2017, die eine bessere Berücksichtigung von psychischen, psychiatrischen und kognitiven Beeinträchtigungen bei der Feststellung des Grads der Pflegebedürftigkeit ermöglicht. Dies führte zu einem Anstieg an neuen, insbesondere auch jüngeren Pflegebedürftigen (18–59 Jahre und 60–69 Jahre). Auch die Anzahl der Begutachtungen bei Kindern hat sich seit 2015 verdreifacht auf 162 000 Begutachtungen – auch wenn sie auf alle Begutachtungen gesehen nur einen Anteil von 3,4% ausmachen.

In der Folge stieg auch die Anzahl der Begutachtungen beim Medizinischen Dienst erheblich: Im Jahr 2024 wurden bundesweit über drei Millionen Pflegebegutachtungen durchgeführt – doppelt so viele als zehn Jahre zuvor.

Pflegebegutachtung – auch eine Voraussetzung für Versorgungsstabilität

Die überwiegende Mehrheit der antragstellenden pflegebedürftigen Menschen (85%) lebt heute im eigenen Zuhause und wird von An- und Zugehörigen häufig ohne Inanspruchnahme von ambulanten Sachleistungen, wie beispielsweise einem Pflegedienst, versorgt. Über die Hälfte (57,4%) der antragstellenden Personen beantragten 2024 Pflegegeld; 11,6% ambulante Sachleistungen. 20,4% der Begutachteten beantragten Kombinationsleistungen aus Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen. Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche werden meistens zu Hause ohne professionelle Unterstützung versorgt

Maike Kapuschinski ist Fachmitarbeiterin im Team Pflegebegutachtung beim Medizinischen Dienst Bund. maike.kapuschinski@md-bund.de



Dr. PH **Andrea Kimmel** ist Seniorberaterin und leitet das Team Evaluation Pflege beim Medizinischen Dienst Bund. andrea.kimmel@md-bund.de



– daher wurde für 93,5% der begutachteten Kinder und Jugendlichen Pflegegeld beantragt. »Die Pflegebegutachtung sollte sich in Zukunft auf Pflegesituationen fokussieren, bei denen An- und Zugehörige die Versorgungssituation oft ohne professionelle Unterstützung organisieren, um gerade diese Menschen zielgerichtet unterstützen und entlasten zu können«, sagt Carola Engler, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund.

Insbesondere zu Beginn der Pflegebiografie und in Versorgungssituationen ohne professionelle Unterstützung benötigen die Betroffenen Beratung, wie sie ihren Pflegealltag besser organisieren und bewältigen können. Neben der Feststellung des Pflegegrads, empfiehlt der Medizinische Dienst individuelle Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt der Selbstständigkeit. So sprachen die Gutachterinnen und Gutachter bei 82,7% der Erstbegutachtenden mindestens eine Empfehlung zur Verbesserung der (Pflege-)Situation aus. Dazu gehören zum Beispiel Empfehlungen für Heilmittelverordnungen wie Physio- und Ergotherapie oder Hilfsmittelempfehlungen wie etwa Geh-, Bade- und Duschhilfen. Bei jeder fünften Begutachtung empfehlen die Gutachterinnen und Gutachter zudem Präventionsmaßnahmen und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen wie zum Beispiel der Einbau einer behindertengerechten Dusche. »Bei der Erstbegutachtung kommt es ganz besonders darauf an, die Weichen für die Versicherten so zu stellen, damit sich die Pflegesituation zuhause stabilisiert und bedarfsgerecht ausgestaltet werden kann«, sagt Dr. Tatjana Harges, Geschäftsbereichsleitung Pflegeversicherung beim Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe. »Darauf sollten wir in Zukunft den Schwerpunkt legen.« Damit könnte der Medizinische Dienst die pflegebedürftigen Versicherten und ihr soziales Umfeld wesentlich stärken.

Der Report Pflegebedürftigkeit ist unter www.md-bund.de abrufbar.



Kinder auf der Flucht vor Krieg und Trauma

SIE HABEN VIEL LEID erfahren und **gesehen auf der Flucht vor Krieg und Gewalt und tragen eine Menge traumatisierender Erinnerungen im Gepäck. Kinder und Jugendliche, die Zuflucht in einem anderen Land suchen, brauchen besonderen Schutz, besondere Fürsorge und häufig auch professionelle Hilfe.** Über zwei Millionen geflüchtete und migrierte Menschen, darunter ein Drittel Kinder unter 18 Jahren, haben zwischen 2015 und 2022 in Deutschland Asyl beantragt. Laut UNICEF wurden im Jahr 2022 zusätzlich über eine Million Schutzsuchende aus der Ukraine registriert, davon ca. 350.000 Minderjährige.*

Eine von vielen geflüchteten Kindern ist Ceylin** – sie ist fünf Jahre als sie mit ihren Eltern und drei Geschwistern aus Syrien über die Türkei und Griechenland, Serbien, Ungarn, Tschechien nach Dresden kommt und von dort aus schließlich ins Ruhrgebiet in eine Erstaufnahmeeinrichtung. Das Zuhause in Trümmern, die geliebten Großeltern krank zurückgelassen und 20 Tage auf der Flucht – Ceylin spricht nicht, reagiert ängstlich, zieht sich zurück.

Fern der Heimat

Die meisten aus Kriegs- und Krisenregionen geflüchteten Kinder haben Krieg und Vertreibung erlebt, sind Zeuge von Misshandlungen, Folter und Inhaftierungen geworden. Auf unsicheren Fluchtwegen waren sie oft körperlicher oder sexueller Gewalt ausgesetzt, mussten Hunger, Durst, Hitze und Kälte ertragen und sich um zurückgelassene Familienmitglieder und Freunde in der Heimat sorgen.

In Deutschland sind die häufig schwer traumatisierten Kids zwar »formal« in Sicherheit, erleben aber neue Herausforderungen: beengte Unterbringung in »Sammelunterkünften«, mangelnde Privatsphäre, schwierige hygienische Verhältnisse, Diskriminierungserlebnisse und nicht zuletzt die Angst, abgeschoben zu werden.

Ein wesentlicher Schutzfaktor für die mentale Gesundheit junger Geflüchteter ist eine bedarfsorientierte Betreuung und Versorgung nach Jugendhilfe-Standards. Diese

sollen im engen Austausch mit niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten, örtlichen Psychosozialen Zentren, Selbstorganisationen und weiteren Akteuren erfolgen, sagt die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF). Durch frühzeitige gezielte Unterstützung könne eine psychische Stabilisierung nach traumatischer Erfahrung erreicht und die Resilienz der Betroffenen gestärkt werden.

Während Unterstützung, Unterbringung und bei Bedarf auch Therapie bei unbegleiteten Minderjährigen von Beginn an in der Hand der Jugendhilfe liegen, können geflüchtete Familien für ihre traumatisierten Kinder Hilfe in einem der bundesweit 48 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge (PSZ) finden. Diese bieten niedrigschwellig eine psychosoziale und therapeutische Versorgung an, können aber nur einen minimalen Anteil des geschätzten Versorgungsbedarfs abdecken (2022: 3,1%). Mit anteilig 16,4% waren Minderjährige im Jahr 2022 nicht annähernd ausreichend versorgt.

Gesetzlich geregelt

Kommen Geflüchtete nach Deutschland, werden sie in der Erstaufnahmestelle zunächst ärztlich untersucht, um Infektionskrankheiten auszuschließen. Ein routinemäßiges Screening auf psychische Erkrankungen ist nicht vorgesehen, entsprechend bleiben diese häufig lange unerkannt.

Es gilt: Asylsuchende gleich welchen Alters haben einen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Dieser ist eingeschränkt, schließt jedoch die Behandlung akuter psychischer Erkrankungen ein. Minderjährige haben darüber hinaus einen Anspruch auf medizinische Hilfen bei psychischen Langzeitfolgen. Je nach Aufenthaltsdauer und -status definiert das Gesetz unterschiedliche Leistungsniveaus. Anspruch auf reguläre medizinische Leistungen, also auch auf eine Richtlinien-Psychotherapie, haben Betroffene in der Regel nach 36 Monaten.

Kritische Stimmen bemängeln, dass der Zugang zu den Hilfesyste-



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



Dr. Wiebke Martinsohn-Schittkowski ist Fachärztin für Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am KC Psychiatrie und Psychotherapie w.martinsohn-schittkowski@md-mv.de

Sind traumatisierte Kinder aus Kriegsgebieten hierzulande ausreichend versorgt?

Minderjährige Flüchtlinge sind besonders schutzbedürftig. Bereits die Befriedigung von Grundbedürfnissen über das Essen und Trinken hinaus kann das Ankommen in einem neuen Leben und die Bewältigung der traumatisierenden Erfahrungen unterstützen. Dem kindlichen Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit stehen jedoch oft die Regelungen des AsylbLG entgegen, die eine Unterbringung begleiteter Minderjähriger in sogenannten Aufnahmeeinrichtungen vorsehen. Kinder haben ein Bedürfnis nach sozialer Bindung, Anregung, Spiel und Leistung. Auf einen Besuch von Bildungseinrichtungen haben sie zwar ein Recht, aber keinen Anspruch, da gibt es bundesweit ein sehr unterschiedliches Vorgehen. Entsprechend ist bereits hier viel Luft nach oben, bevor von einer ausreichenden Versorgung gesprochen werden kann.

Niedrigschwellige Beratungs- und Hilfsangebote können der großen Nachfrage nicht gerecht werden, lange Wartezeiten werden berichtet. Insbesondere die Versorgung von Minderjährigen stellt sich als nicht ansatzweise ausreichend dar. Auch der Zugang zur Jugendhilfe wird für begleitete Minderjährige als schwierig beschrieben. Viele Eltern kennen die Angebote nicht und wenn doch, scheitern sie oft an den Hürden einer Inanspruchnahme. Die medizinische Versorgung ist zwar gesetzlich geregelt, auch psychologische Hilfe zur Deckung besonderer Bedürfnisse ist für Minderjährige möglich. Allerdings behindern sprachliche Barrieren und die oft schwer verständlichen Strukturen der Gesundheitsversorgung und der behördlichen Abläufe die Inanspruchnahme.

Wann müssen Eltern und Fachkräfte alarmiert sein?

Vor allem begleitenden Familienangehörigen wird auffallen, wenn ein Kind sich anders verhält als gewohnt. Betreuende im Hilfesystem müssen aufmerksam werden, wenn Minderjährige sich nicht altersgerecht verhalten. Genau hingesehen werden sollte, wenn sie ängstlich, empfindlich oder völlig niedergeschlagen wirken und sich zurückziehen. Manche Kinder können sich auf einmal nicht mehr konzentrieren, sind extrem unruhig oder ungewohnt aggressiv.

men, insbesondere auch zu Psychotherapien, für junge Geflüchtete schwierig und hürdenreich sei. Neben den besonderen Bedarfen aufgrund unterschiedlicher traumatisierender Erfahrungen bestehen vor allem sprachliche und kulturelle Barrieren, für die es nur wenige spezialisierte Angebote gibt.

Ceylin, das kleine Mädchen aus Syrien, hat es ohne Psychotherapie geschafft. Sie ist mit ihrer Familie in eine Wohnung am Stadtrand gezogen, geht regelmäßig in die Kita und hat sich mit Clara angefreundet. Feste Strukturen, neue soziale Kontakte und ein liebevolles familiäres Umfeld helfen ihr,

DREI FRAGEN AN:



Andere Symptome sind versteckter, etwa wenn Kinder schlecht schlafen und träumen oder im Spiel immer wieder traumatisierende Erlebnisse nachgestalten. Kindliche Traumafolgestörungen zeigen sich stärker in Verhaltensauffälligkeiten. Wenn diese anhalten, sollten sie professionell abgeklärt werden.

Wie können Minderjährige die Traumatisierungen verarbeiten und ein »normales« Leben führen?

Alles deutet darauf hin, dass sich eine Mehrheit der Minderjährigen trotz Traumatisierungen gesund entwickelt. Wichtig dafür sind eine kindgerechte Umgebung und ein weitgehend normaler Alltag. Familien mit Kindern sollte frühzeitig angemessener Wohnraum und damit eine sichere Umgebung gestellt werden. Auch kann eine altersgerechte Eingliederung in Schule oder Kita verhindern, dass die negativen Erfahrungen das weitere Leben bestimmen. Sie ermöglicht nicht nur den wichtigen Kontakt zur Peergroup und eine angemessene Beschäftigung, sondern erleichtert auch den Spracherwerb. Damit kann ein Gefühl der Zugehörigkeit wachsen. Dies sind Ressourcen, die noch nicht ausreichend gehoben sind.

In etwa 30% der Fälle entwickelt sich eine behandlungsbedürftige Traumafolgeerkrankung. In diesen Fällen ist es hilfreich, wenn die Kinder und Jugendlichen bereits durch Lehrerinnen und Erzieher gesehen werden. Sind diese aufmerksam, kann eine frühzeitige Vermittlung in das professionelle Hilfesystem erfolgen. Das erleichtert die Zugangswege. Bei Bedarf steht ein gestuftes Angebot zur Behandlung psychischer Erkrankungen zur Verfügung.

wieder Vertrauen aufzubauen und mit den schrecklichen Erinnerungen besser umgehen zu können.

So wie ihr geht es europaweit etwa 70% der geflüchteten Kinder und Jugendlichen, die erheblich psychisch belastet sind, aber unter sicheren Bedingungen im Zufluchtsland eine gesunde Entwicklung nehmen können. Sie profitieren am meisten von einem stabilen sozialen Netz, das sie auffängt. **Q**

* Für Geflüchtete aus der Ukraine gelten gesonderte Regelungen

** Name geändert

Gute Pille, schlechte Pille?

DI E ANTIBABYPILLE gilt als verlässliches hormonelles Verhütungsmittel, aber eben auch als Medikament mit Nebenwirkungen. Immer häufiger gerät die Pille in die Kritik. **Zu Recht?!** Es war ein gigantischer Schritt für die Selbstbestimmung der Frau, als 1960 die erste Antibabypille in den USA auf den Markt kam. Ein Jahr später war sie in Westdeutschland erhältlich, weitere vier Jahre später in der früheren DDR. Verschrieben wurde sie nur verheirateten Frauen, offiziell »gegen Menstruationsbeschwerden«. Erst am Ende der Packungsbeilage fand sich der Hinweis, dass sie auch vor Empfängnis schützt. Zum ersten Mal waren heterosexuelle Frauen jetzt in der Lage, ihre Sexualität eigenverantwortlich zu leben – entkoppelt von einer möglichen Schwangerschaft.

Die Pille veränderte die Welt und führte von Beginn an zu Diskussionen. Vor allem Männer mit tradierten Moralvorstellungen waren dagegen und für gläubige Katholiken war sie praktisch verboten. Auch Frauen reagierten zurückhaltend, aber nur kurz. Ab Mitte der 1960er-Jahre gab es eine sprunghafte Verbreitung, Anfang der 1970er-Jahre dann den sogenannten Pillenknick. Der damals deutliche Geburtenrückgang geht auf soziale, wirtschaftliche und kulturelle Veränderungen zurück. Auch die Pille spielte eine Rolle, war aber nicht der Hauptgrund.

65 Jahre Pille

Ab den 1970er-Jahren war die Pille das Verhütungsmittel Nummer eins. In den vergangenen zehn Jahren ist ein Abwärtstrend zu erkennen und 2023 hat das Kondom die Pille von der Spitzenposition verdrängt. Während vor 15 Jahren noch mehr als die Hälfte der Erwachsenen mit der Pille verhütete, belegen aktuelle Zahlen, dass nur noch 38% dazu greifen – mehr als die Hälfte nimmt jetzt lieber ein Kondom. Auch entscheiden sich immer weniger junge Frauen für die Pille. Bei den unter 22-Jährigen sind es nur noch 25% (vor zehn Jahren waren es noch 43%).

Dennoch ist die Pille nach wie vor das häufigste hormonelle Verhütungsmittel. Weit abgeschlagen ist die Spirale (14%), und ganz selten kommen alternative Verhütungsmethoden (4%) wie Temperaturmessen oder die Kalendermethode sowie die Steri-

lisation des Mannes, zum Einsatz. Gründe für das veränderte Verhütungsverhalten sind vermutlich eine zunehmend kritische Einstellung gegenüber hormonellen Methoden und ein stärkeres Bewusstsein für mögliche Nebenwirkungen. 2023 stimmten 64% der Aussage zu, die Pille habe »negative Auswirkungen auf Körper und Seele« (2018: 40%). Bemerkenswert ist, dass vor allem Männer kritischer wurden (+24% im Fünfjahresvergleich).

Kleine Pille, große Wirkung

Die Antibabypille enthält weibliche Geschlechtshormone, genauer: immer Gestagen und in einer Kombinationspille auch ein Östrogen. An der Wirkungsweise hat sich bis heute nichts geändert, an der Hormondosierung allerdings schon. Heute ist – im Vergleich zur ersten Pillengeneration – nur noch ein Bruchteil der Hormone enthalten. »Die Anti-Baby-Pille gibt es nicht. Vielmehr wird unter diesem Begriff eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Präparate mit unterschiedlichen Wirkstoffen zusammengefasst – entsprechend unterschiedlich sind daher die Wirkungen«, erklärt Neurobiologin Univ.-Prof. DDr. Belinda Pletzer von der Universität Salzburg. »Gemeinsam haben sie jedoch ein erklärtes Ziel: den Eisprung unterdrücken und damit eine Empfängnis verhindern.« Pletzer hat u. a. herausgefunden, dass die Pille die weibliche Gehirnstruktur beeinflusst, und leitet aktuell eine Längsschnittstudie, um konkrete mögliche Auswirkungen von Antibabypillen auf das Gehirn zu untersuchen. Die Studie, die noch bis 2026 läuft, konzentriert sich vor allem auf die Nutzung der Pille bei Jugendlichen.

Zu Risiken und Nebenwirkungen ...

Seitdem die Pille auf dem Markt ist, sind Nebenwirkungen bekannt. Neben möglichen positiven Auswirkungen, z. B. einer schwächeren und kürzeren Blutung, einer Zyklusstabilisierung, einer Linderung von Periodenschmerzen, PCO oder Endometriose, können auch negative Auswirkungen auftreten. Laut Packungsbeilage der am häufigsten verordneten Pillen zählen hierzu u. a. depressive Stimmungslagen, Kopfschmerzen, Brustschmerzen, Übelkeit, Appetitveränderungen, Gewichtszunahme, Libidoabnahme, Migräne, unregelmäßige/keine/starke Blutungen



oder Müdigkeit/Erschöpfung. Diese könnten je nach Präparat »häufig« (eine von zehn Anwenderinnen) oder »gelegentlich« (eine von hundert Anwenderinnen kann betroffen sein) auftreten. Der Berufsverband der Frauenärzte betont: »Ärztliche Aufgabe der Kontrazeptionsberatung ist es, durch qualifizierte Aufklärung und Unterstützung sowie eine individuelle Risikobewertung den Anwenderinnen zu einer informierten Entscheidung bei der Wahl einer Verhütungsmethode zu verhelfen.«

Depressionen und auch depressive Verstimmungen seien bekannte Nebenwirkungen hormoneller Kontrazeptiva. Das höchste Risiko bestünde bei Beginn der Einnahme im Jugendalter; bei erwachsenen Frauen falle es geringer aus. »Depressionen können schwerwiegend sein und sind ein allgemein bekannter Risikofaktor für suizidales Verhalten und Suizid.« Auf diese Nebenwirkungen werde in den Gebrauchs- und Fachinformationen sowie in der ärztlichen Beratung hingewiesen. Der Berufsverband betont allerdings auch, dass neben der Einnahme der Kombinationspille auch soziodemografische Faktoren wie das Fehlen einer vertrauensvollen persönlichen Beziehung das Risiko beeinflussen, an Depressionen zu erkranken.

Mehr Thrombosen, Embolien, Brustkrebs?

Besonders gewarnt wird zudem vor Thrombosen und Embolien, die eine »bekannte seltene Nebenwirkung bei der Anwendung aller hormonellen Verhütungsmittel« sind, so das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das Risiko zur Entwicklung eines Blutgerinnsels variere je nach Pille und könne 9 bis 12 von 10 000 Frauen betreffen. Zum Vergleich: Bei Frauen, die nicht hormonell verhüten, liegt das Risiko nur bei zwei von 10 000 Frauen. Das BfArM forderte die Ärztinnen und Ärzte deshalb zuletzt 2024 in einem Rundbrief auf, Patientinnen ausführlich über derartige Risiken aufzuklären. Allerdings werde das Thromboserisiko auch durch Aspekte wie Rauchen, Übergewicht oder das Alter beeinflusst.

Zu der Frage, ob die Antibabypille möglicherweise das Risiko, an Krebs zu erkranken, erhöht, sagt die Deutsche Krebsgesell-

schaft: »Wie bei den meisten Krebsarten sind auch beim Brustkrebs die eigentlichen Ursachen nicht bekannt. Man kennt jedoch verschiedene Faktoren, die allein oder zusammen das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, erhöhen können. Die Einnahme von oralen Kontrazeptiva (Antibabypille) erhöht zwar leicht das Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, aber nicht das Risiko, an Brustkrebs zu versterben.« Auf der anderen Seite senke die Pille das Risiko, an Eierstockkrebs oder Endometriumkrebs zu erkranken, deutlich.

Pille nehmen oder nicht?

»Bei den meisten Frauen überwiegt der Nutzen das Risiko für das Auftreten schwerwiegender Nebenwirkungen bei weitem«, meint das BfArM. Klar ist, dass eine intensive Aufklärung notwendig ist und die Antibabypille nicht als Lifestyleprodukt vermarktet werden darf. Der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft fordert eine bessere, unabhängige Aufklärung und »keine Gesundheitsinformationen durch die Pharmaindustrie«. Denn kritisch wird es, wenn Pharmaunternehmen Risiken verschweigen oder unseriöses Influencer-Marketing betreiben wird.

Ist es also eine gute, oder eine schlechte Pille? Bevor diese Frage beantwortet werden kann, gilt es herauszufinden, »ob es Einflüsse auf das Gehirn gibt, wie diese aussehen und wie sie sich zwischen verschiedenen Pillen unterscheiden«, sagt Neurobiologin Pletzer. »Wie bei allen hormonellen Umstellungen im Leben (Pubertät, Zyklus, Schwangerschaft, Menopause) gibt es Frauen, die sich mit der Pille wohlfühlen und solche, bei denen das nicht so ist.«

Die Entscheidung für oder gegen die Pille kann also nur jede Frau für sich selbst treffen.

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



Zu Besuch im Teddybärkrankenhaus

MIT DEM ZIEL, Kindern die Angst vor einem Krankenhausaufenthalt zu nehmen, organisieren Medizinstudierende an zahlreichen Kliniken in Deutschland regelmäßig sogenannte Teddybärkrankenhäuser, so auch in Hannover. Der Patient liegt auf dem OP-Tisch. Um ihn herum herrscht Konzentration. Instrumente werden bereitgelegt, die Sauerstoffzufuhr wird überprüft. »Alles vorbereitet. Wir sind startklar.« Blaue OP-Hauben, Desinfektionsgeruch in der Luft, gespannte Erwartung. Ein prüfender Blick geht durchs Team. Gleich geht es los. Doch heute geht es nicht um Leben und Tod, zumindest nicht im medizinischen Sinne, denn der Patient ist aus Stoff. Es ist ein riesiger Teddy. Und doch ist die Spannung groß im Teddybärkrankenhaus an der Medizinischen Hochschule Hannover. In der Hauptrolle: Die Kuscheltiere der Kita-Gruppen und ihre Besitzerinnen und Besitzer, die an diesem Tag zu Besuch sind.

Das Teddybärkrankenhaus Hannover, kurz TBK, wird getragen von einer studentischen Projektgruppe unter dem Dach des Allgemeinen Studierendenausschusses (ASTA) der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH). Es ist Teil eines bundesweiten Netzwerks, das zur Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. (bvmd) gehört und an zahlreichen Kliniken Teddybärkrankenhäuser organisiert.

Spielerisch die Angst nehmen

Im Fokus des TBK steht ein klares Ziel: Kindern im Vorschulalter spielerisch, mithilfe ihrer kuscheligen Begleiter, die Angst vor Arzt- oder Krankenhausbesuchen zu nehmen. Für diese haben sich die Kinder oftmals schon im Vorfeld überlegt, weshalb sie an diesem Tag zu den »Teddydocs« müssen: Sie sind »krank«, haben Brüche, Halsschmerzen oder müssen sogar operiert werden – und die Kinder begleiten sie durch diesen Prozess.

Das ist niedlich, hat aber auch einen ernsten Hintergrund: In Deutschland sind etwa zwei Millionen Menschen von der sogenannten Latrophobie betroffen, die sich durch starke Angst vor Ärzten oder medizinischen Behandlungen äußert. Diese Angst

kann dazu führen, dass notwendige Behandlungen vermieden oder hinausgezögert werden. Das TBK setzt genau hier an. Durch spielerische Interaktionen lernen Kinder frühzeitig, dass medizinische Untersuchungen nichts Beängstigendes haben müssen. Indem sie ihre Puppen oder Kuscheltiere behandeln lassen und dabei selbst aktiv werden, entwickeln sie ein positives Bild der medizinischen Umgebungen und Behandlungen. Diese frühen Erfahrungen können dazu beitragen, dass Kinder auch in ihrem späteren Leben weniger Angst vor Arztbesuchen haben und medizinische Hilfe rechtzeitig in Anspruch nehmen.

Große Nachfrage

In Hannover engagieren sich rund hundert Medizinstudierende für das Teddybärkrankenhaus, einige von ihnen wirken auch an diesem Tag mit. Sie gestalten Stationen wie eine Arztpraxis, einen OP-Saal, das Notruf-Training oder den Besuch im Rettungswagen. Pro TBK-Tag werden verschiedene Kita-Gruppen empfangen, heute sind es fünf, mit insgesamt 85 Kindern. Die Nachfrage der Kindergärten ist riesig, Wartelisten sind die Regel. Finanziert wird das TBK durch einen kleinen Teil des Semesterbeitrags, hauptsächlich ist es jedoch auf Sachspenden, wie ausgerangiertes Verbandszeug, Pflaster oder Behandlungsinstrumente angewiesen.

Thea Niendorf, Hauptorganisatorin des TBK Hannover beobachtet, wie ein Mädchen unter Anleitung behutsam den Arm ihres Hasen verbindet. Ein Junge untersucht seinen Hund gerade mit dem Stethoskop. Niendorf war als Kind selbst mit ihrem Stoff-Esel im Teddybärkrankenhaus – heute ist sie Medizinstudentin und engagiert sich ehrenamtlich für das Projekt.

Für sie ist klar: »Kinder werden häufig unterschätzt. Sie verstehen viel mehr, als man ihnen zutraut.« Durch das TBK lernen sie medizinische Abläufe in einer sicheren und unterstützenden Umgebung kennen; das fördert nicht nur ihr Verständnis, sondern auch ihr Vertrauen in medizinisches Personal. Auch Marcel Szczerek, der sich im Team des TBK um die Finanzen kümmert und heute den OP-Saal betreut, weiß um die Bedeutung

Nele Siemer ist
Volontärin im Team
Kommunikation & Politik
beim Medizinischen
Dienst Niedersachsen.
unternehmenskommunikation@md-niedersachsen.de



des Projekts. Er erinnert sich an seine eigenen Eindrücke beim Arztbesuch als Kind. »Ich hatte furchtbare Angst – mit richtiger Aufklärung wäre das sicher nicht so schlimm gewesen.« Heute möchte er genau das verändern: Das Teddybärkrankenhaus ist keine reine Lehrstunde, sondern ein Erlebnis. Für die Kinder wird der Tag zu einem spannenden Abenteuer, während die Studierenden wertvolle Lernerfahrungen sammeln. »Der Umgang mit Kindern kann nicht in den Vorlesungen vermittelt werden«, sagt Thea Niendorf. Im TBK geht es daher nicht nur um das medizinische Handwerk, sondern auch um Kommunikation, Empathie und Flexibilität. »Man muss improvisieren, erklären und einfühlsam sein und das auf Augenhöhe.«

Vom Wartezimmer bis zur OP

Der Tag beginnt für die Kinder mit der Anmeldung ihrer Kuscheltiere: Wie heißen Patient oder Patientin? Hat der Hase Husten oder die Puppe ein gebrochenes Bein? Die Teddydocs führen die Kleinen durch die verschiedenen Stationen. In der Arztpraxis startet die erste Untersuchung – mit liebevoll gestalteten Instrumenten wie Röntgengerät oder EKG. Vieles haben die Studierenden selbst gebastelt, aber alles im realen Umfeld des »Skills-Lab« der MHH.

Hier, wo sonst unter Anleitung Blutentnahmen, der Umgang mit EKG, Sonographie oder die Abläufe im OP-Saal geübt werden, ist das »Lab« heute fest in der Hand der Teddydocs und ihres Assistenzpersonals. Die Kinder unterstützen mit dem Stethoskop, messen Fieber oder kleben Pflaster auf. Danach wartet schon der OP. Gekleidet wie bei einer echten Operation stehen die Kleinen am OP-Tisch, während der Teddy bereitliegt. Jeder Handgriff wird erklärt, jeder Schritt gemeinsam gemacht.

Auch die Notrufstation ist beliebt: Hier lernen die Kids, wie man einen Unfallort erkennt, den Notruf wählt und was danach passiert. Weiteres Highlight ist heute der Rettungswagen, der vor dem Skills-Lab vorgefahren ist, bereitgestellt vom Arbeiter-Samariter-Bund. Die Kinder dürfen alles genau anschauen und lernen dabei, dass die Geräte im Inneren nicht wehtun und dass Blaulicht und Sirene kein Grund zur Angst sind, sondern helfen. »Ein Notfall ist für Kinder oft eine überfordernde Situation – umso

besser, wenn die Kinder vorher schon wissen, wie so ein Rettungswagen aussieht«, sagt Rettungssanitäterin Mouna Tabet vom ASB Hannover. Für Rettungsfachkräfte sei es eine große Hilfe, wenn Kinder sich in Stresssituationen besser orientieren können. Viele Rettungsteams haben auch im echten Einsatz oft Stofftiere dabei, um kleine Patientinnen und Patienten zu beruhigen.

Raum für Fantasie und Lernen

Das TBK ist mehr als ein pädagogisches Projekt. Es ist ein Raum für Fantasie, Lernen und respektvolle Begegnung. Es gibt kaum Regeln, außer: Die Kinder selbst werden nicht untersucht und es werden keine Stofftiere genäht. »Ich finde es schön zu sehen, dass die Kinder nach und nach immer mehr auftauen und sich mehr trauen«, sagt Jolanda Lekon, eine Medizinstudentin des heutigen Teams. Manche Kinder seien anfangs zurückhaltend, andere stürzen sich mit Begeisterung in jede Station. Das Wichtigste: Alle dürfen mitmachen und alles wird kindgerecht erklärt.

Dass das Teddybärkrankenhaus Wirkung zeigt, beweist eine Begegnung, an die sich Marcel Szczerek gerne erinnert: Ein Mädchen mit chronischer Magen-Darm-Erkrankung erzählte ihm beim Wiedersehen, dass sie nach der Erfahrung im TBK viel weniger Angst vor Arztbesuchen hätte und heute viel selbstbewusster in ihre Behandlungen gehe.

Es ist Nachmittag geworden. Viele Stunden voller Lachen, Erklären und Staunen liegen hinter dem Team des Teddybärkrankenhauses. Im Raum liegen leere Verbandsrollen und Pflasterreste. Alle Kuscheltiere sind versorgt und die Kinder verlassen das Gebäude mit kleinen Untersuchungsheften und großem Stolz. Zwei Mädchen winken, während sie ihre kleinen Freunde fest mit Arm halten und die Teddydocs noch im Skills-Lab aufräumen müssen. ◻

Der ideale Gelehrte

HERMANN VON HELMHOLTZ war einer der wichtigsten und vielseitigsten Naturwissenschaftler des 19. Jahrhunderts. Heute ist er außerhalb der Wissenschaft nur wenigen bekannt, trotz der gleichnamigen Forschungsgemeinschaft. Der letzte Universalgelehrte, da sind sich die Suchmaschinen relativ einig, war Gottfried Wilhelm Leibniz, geboren 1646, gestorben 1716. Er verfasste grundlegende Beiträge in so unterschiedlichen Fächern wie Philosophie, Logik, Geschichtsschreibung, Sprachwissenschaft, Mathematik und Naturforschung. Doch andere meinen, der Letzte, der das gesamte Wissen seiner Zeit überblickte, war nicht Leibniz, sondern ein gewisser Herr Helmholtz – 175 Jahre später geboren. Nach beiden ist jeweils eine große deutsche Forschungsgemeinschaft benannt. Helmholtz ist heute vielen nicht so geläufig, wenn es um umfangreiche wissenschaftliche Leistungen geht. Doch zu Lebzeiten galt er als absolute Führungsfigur der deutschen Wissenschaft, sogar als »Reichskanzler der Physik«.

Mit 29 den Augenspiegel konstruiert

Fast jeder hat schon einmal eine seiner Erfindungen gesehen: 1850 konstruierte er den Augenspiegel, der es Augenärztinnen und Augenärzten seither ermöglicht, durch die Pupille in das Augeninnere zu schauen und Netzhaut, Papille und Blutgefäße zu untersuchen. Hermann Helmholtz vermutete wie andere Forscher seiner Zeit, dass man das menschliche Auge beleuchten kann, und er erkannte, dass die ins Auge fallenden Lichtstrahlen auf dem gleichen Weg reflektiert wurden. Er konstruierte das Ophthalmoskop: Einen aufgesetzten halb durchlässigen Spiegel, der erstmals den Blick durch die Pupille auf den Augenhintergrund möglich und das vom Auge reflektierte Licht sichtbar machte. Ebenso entwickelte er ein Gerät zur Bestimmung einer Hornhautkrümmung.

Das Gesetz der Energieerhaltung

Hermann Ludwig Ferdinand Helmholtz, wie er mit vollem Namen hieß, geboren am 31. August 1821 in Potsdam, hatte seine Karriere 1843 als Militärarzt begonnen – ein üblicher Weg, wenn der Vater eine Univer-

sität nicht bezahlen konnte. Als Gegenleistung für seinen staatlich finanzierten Studienplatz verpflichtete er sich, einige Jahre beim Militär zu praktizieren. Doch seine Leidenschaft galt mehr der Physik: Schon 1847, mit Mitte zwanzig, hielt er einen Vortrag vor der Physikalischen Gesellschaft »Über die Erhaltung der Energie«. Er stellte seine mathematisch exakt ausgearbeitete Hypothese von einer grundlegenden Einheit der Materie vor. Wärme und Muskelkontraktion, so Helmholtz, entstünden aus physischen und chemischen Reaktionen. Energien seien somit ineinander umwandelbar, könnten aber nicht gebildet oder vernichtet werden. Das war der physikalische Nachweis, dass Energie nicht verloren geht – heute bekannt als das Gesetz der Energieerhaltung oder auch als erster Hauptsatz der Wärmelehre. Helmholtz übertrug dieses Gesetz auch auf Elektrizität und Magnetismus. Damit widerlegte er den damals populären »Vitalismus«, eine Vorstellung von einer geheimnisvollen Lebenskraft.

Töne, Licht, Farben, Nervensystem

Helmholtz interessierte sich für fast alles Naturwissenschaftliche: Physik, Physiologie, Energie, Akustik, Aerodynamik. Er wollte das menschliche Sehvermögen verstehen, die Körperwärme ebenso wie das Tonempfinden. Schon in seiner Doktorarbeit hatte er erstmals Grundprinzipien des Nervensystems beschrieben, die bis heute gelten. Seine Untersuchungen zur Nervenleitgeschwindigkeit wurden später grundlegend für die Neurophysiologie und für die Neurowissenschaften, die es zu Helmholtz' Zeiten noch gar nicht gab. Später bestimmte er, wie schnell sich Reize im menschlichen Nervensystem bewegen und wie lang die Wellen des uv-Lichts sind. Helmholtz zeigte, dass sich alle Farben aus drei Grundfarben bilden lassen und kam von seinen Studien zum Ohr zur Akustik und zur Klangfarbe von Tönen. Seine Erkenntnisse hatten praktischen Nutzen für die Bauweise und Stimmtechnik von Klavieren sowie für die neu entstehende Elektroindustrie.

Helmholtz wirkte an allen wichtigen deutschen Universitäten der damaligen Zeit. Er wurde Lehrer für Anatomie an der



»Die Physik galt damals noch für eine brodlose Kunst. Meine Eltern waren zu großer Sparsamkeit gezwungen; also erklärte mir der Vater, er wisse mir nicht anders zum Studium der Physik zu helfen, als wenn ich das der Medizin mit in den Kauf nähme.«

Berliner Kunstakademie, ab 1849 Professor für Physiologie in Königsberg, ab 1855 Professor für Anatomie und Physiologie in Bonn, dann in Heidelberg, 1870 Professor für Physik in Berlin. Schon zu Lebzeiten wurde er für seine Leistungen und seine Vielseitigkeit bewundert. 1882 erhielt er vom Kaiser den Adelstitel und durfte sich »von Helmholtz« nennen. Er selbst nannte es ein »günstiges Geschick«, dass er »als ein mit einigem geometrischen Verstande und mit physikalischen Kenntnissen ausgestatteter Mann unter die Mediciner geworfen war, wo ich in der Physiologie auf jungfräulichen Boden von grosser Fruchtbarkeit stieß, und dass ich andererseits durch die Kenntnis der Lebenserscheinungen auf Fragen und Gesichtspunkte geführt worden war, die gewöhnlich den reinen Mathematikern und Physikern fern liegen«.

Empfänge in der Präsidenten-Villa

1888 wurde Helmholtz der erste Präsident der neu gegründeten Physikalisch-Technischen Reichsanstalt. Sie gilt als das weltweit erste außeruniversitäre Forschungszentrum und ermöglichte staatlich finanzierte Grundlagenforschung mit technischer Anwendung. Es gibt sie immer noch, sie heißt heute Physikalisch-Technische Bundesanstalt (PTB), bekannt von der Zeitumstellung. Aber die legendäre Präsidenten-Villa, in der Helmholtz damals mit seiner Familie residierte, gibt es nicht mehr. Sie wurde im Zweiten Weltkrieg zerstört. Helmholtz und seine zweite Frau Anna empfingen dort die vornehme Berliner Gesellschaft aus Aristokratie, Wissenschaft und Wirtschaft. Helmholtz war eben auch Netzwerker, Wissenschaftsmanager, Gründer und unter anderem mit dem Ingenieur Werner von Siemens befreundet. Sein Wort hatte Gewicht, in Forschungs-, Regierungs- und Gesellschaftskreisen.

Zu seiner Vielseitigkeit in den Naturwissenschaften passt die Helmholtz-Gemeinschaft, deren Namensgeber er wurde. Zu ihr gehören heute 18 Forschungszentren, unter anderem das Deutsche Krebsforschungszentrum und das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt. Die erst 1995 als solche gegründete Helmholtz-Gemeinschaft ging, das wird heute oft übersehen, 1958 aus dem »Arbeitsausschuss für Verwaltungs- und Betriebsfragen der deutschen

Reaktorstationen« hervor. 1970 dann hieß sie »Arbeitsgemeinschaft der Großforschungszentren« mit dem Schwerpunkt Kernforschung. Keimzelle, so die Selbstbeschreibung der Helmholtz-Gemeinschaft, war die Physikalisch-Technische Reichsanstalt.

Seine Schüler bewunderten ihn

Ein eloquenter Vortragsredner soll Helmholtz nicht gewesen sein. Aber er warb emsig für die öffentliche Finanzierung der Wissenschaft und machte sie in populärwissenschaftlichen Vorträgen auch einem breiten Publikum verständlich. Marx, Engels, Nietzsche und Freud lasen seine Werke. Seine Schüler nannten ihn »Meister«, Heinrich Hertz und Max Planck promovierten bei ihm. Seine Vision war ein fächerübergreifendes Forschen, um sich der Einheit allen Wissens zu nähern. Der kanadische Helmholtz-Biograph David Cahan bilanziert: »In Helmholtz' Streben lässt sich eine ganz besondere und vielleicht sonst nie erreichte Befähigung dazu erkennen, Ideen, Begriffe, Theorien und Ergebnisse aus unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen in einer Synthese zusammenzuführen.« Tatsächlich trug sein Lebenswerk am Ende aber dazu bei, dass sich die Wissenschaften weiter spezialisierten. Helmholtz selbst beschrieb 1891 seinen Arbeitsantrieb rückblickend so: »Den ursächlichen Zusammenhang der Erscheinungen zu entdecken, hat mich durch mein Leben geführt.« 1894 starb er an einem Schlaganfall. Er sah Wissenschaft auch als Dienst an der Gesellschaft und als internationalen Austausch, als zivilisatorische Kraft, als Fortschritts- und Friedensband zwischen Nationen. Dass das heute, 131 Jahre später, in vielen Ländern wieder auf dem Spiel steht, hätte er vermutlich nicht gedacht. ◻

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



Suizide sind oft vermeidbar

METHODENRESTRIKTION ist eine der wirksamsten Maßnahmen, um Menschen vom Suizid abzuhalten. Eine gesetzlich verankerte Prävention könnte viele retten. Durch Suizid versterben in Deutschland mehr Menschen als im Straßenverkehr, durch Drogen und durch AIDS zusammen. Laut Statistischem Bundesamt töteten sich 2023 rund 10 300 Menschen in Deutschland selbst, die meisten von ihnen in Sachsen-Anhalt (17%), Sachsen (16,9%) und Hamburg (14,6%). Statistisch nicht erfasst sind assistierte Suizide. Im europäischen Vergleich der Suizidraten liegt Deutschland im oberen Bereich, Litauen und Slowenien an der Spitze, Griechenland und Malta und Liechtenstein am Ende. Die Suizidrate in Deutschland soll mithilfe des Ende 2024 vom Kabinett beschlossenen Gesetzesentwurfes einer nationalen Suizidprävention verringert werden.

Ältere Männer besonders gefährdet

Zwei von drei Suiziden werden von Männern verübt. Insbesondere ältere Männer über 70 Jahre haben ein drastisch erhöhtes Risiko, u. a. aufgrund häufig nicht erkannter psychischer Erkrankungen, Suchterkrankungen, tradiert Rollenbilder oder auch, weil sie seltener Hilfe suchen. Männer verwenden öfter tödlichere Methoden als Frauen, vielfach begehen sie Suizid durch Erhängen, Strangulieren oder Ersticken. Der in einigen Ländern vergleichsweise einfache Zugang zu Schusswaffen gilt als ein zentraler Risikofaktor für Suizid. Aber auch jede zweite durch Suizid verstorbene Frau ist älter als 60 Jahre. Bei den 15- bis 25-Jährigen ist Suizid die zweithäufigste Todesursache weltweit. Die meisten Suizide und Suizidversuche stehen im Kontext psychischer Erkrankungen und Suchterkrankungen.

Prävention als gesellschaftliche Aufgabe

Bisherige Hilfsangebote konnten seit den 1980er Jahren zur Halbierung der Suizidrate beitragen, u. a. weil sich die Versorgung psychisch kranker Menschen verbesserte. Allerdings zeigt die Entwicklung der vergangenen Jahre keine nennenswerte Reduktion mehr. Zwischen 2021 und 2023 ist die Selbsttötungsrate sogar wieder gestiegen.

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



»Wir wissen, dass Krisen, Kriege und Katastrophen einen Einfluss auf die Suizidrate haben können. Daher schließen wir nicht aus, dass ein Teil dieser Zunahme den Belastungen durch Corona geschuldet ist«, so Prof. Ute Lewitzka, Professorin für Suizidologie und Suizidprävention an der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS).

Zu den über 10 000 vollendeten Suiziden kommen in Deutschland jedes Jahr schätzungsweise mindestens 100 000 Versuche hinzu, die meisten verübt von jungen Frauen. Sowohl Suizide als auch Versuche stellen auch für An- und Zugehörige eine Ausnahme-situation dar. »Diese Zahlen und das große Leid, das dahintersteht, verdeutlichen: Wir brauchen Verbesserungen in der Prävention! Es wird immer Suizide geben – einen Großteil der Menschen können wir durch gezielte, gesetzlich verankerte Maßnahmen retten«, so Lewitzka.

Suizidwege versperren

Zwischen Entschluss und Tat liegen im statistischen Mittel zehn Minuten. Vor dem Hintergrund sei es wichtig, Zugänge zu Brücken, Bahngleisen, Hochhäusern oder bekannten »Suizidhotspots« zu erschweren, bestimmte Medikamente nur kontrolliert und Pestizide in geringen Mengen abzugeben. Dass solche Schritte Erfolg versprechen, zeigt ein Beispiel aus den USA. So ist es durch die Installation von Sicherheitsnetzen an der Golden Gate Bridge gelungen, die Zahl der Suizide um 73% zu senken. Nur etwa 5% derjenigen, die so ihr Leben beenden wollten, nutzen später eine andere Methode.

Methodenrestriktion zielt vor allem darauf ab, das Risiko aufgrund impulsiver Entscheidungen zu verringern, denn: »Sehr viele Menschen haben ihre Methode im Kopf, wie sie aus dem Leben scheiden wollen. Klappt das nicht, wählt die Mehrheit der Betroffenen keine andere Methode – nicht an diesem Tag und auch nicht später. Das zeigen Studien, und meine eigene Befragung von Überlebenden zeigt auch, dass der überwiegende Teil der Menschen, die einen Suizidversuch überlebten, froh darüber ist«, so die Expertin.



Gesetzliche Offensive geplant

Die Forschung zu fördern, ist ein wesentliches Ziel der DGS. Welche Faktoren für Suizidalität und die Entscheidung zur Selbsttötung eine Rolle spielen, müsse noch besser erforscht, Daten müssten systematisch erfasst und analysiert werden, um für die unterschiedlichen Zielgruppen passgenaue Präventionsmaßnahmen anbieten zu können.

Um die Suizidrate zu verringern, soll der Bund eine nationale Suizidprävention finanzieren. Zu den Vorschlägen des im Dezember 2024 verabschiedeten Gesetzesentwurfes zählen u. a. die Einrichtung einer Bundesfachstelle im Gesundheitsministerium und einer einheitlichen, kostenlosen Rufnummer (113). Außerdem sollen eine Webseite für Betroffene und Hinterbliebene geschaffen und ein digitales Verzeichnis mit Hilfsangeboten aufgebaut werden.

Im Februar 2025 forderte der Bundesrat die grundsätzliche Überarbeitung des Entwurfes. Bestehende Hilfsangebote müssten im zukünftigen Konzept verankert, die geplante Finanzierung überdacht und kostenintensive Parallelstrukturen vermieden werden.

Prävention durch KI?

In Zukunft könnte auch KI für die Prävention bedeutsam sein. Dresdner Forscher der TU und des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus ließen ein KI-basiertes Sprachmodell Patientenschilderungen aus der psychiatrischen Anamnese analysieren.

Mit hoher Genauigkeit identifizierte das KI-Sprachmodell die Suizidgefährdung bei Patientinnen und Patienten anhand von einhundert Aufnahmedokumenten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Hinweise auf suizidgefährdete Patienten automatisiert aus elektronischen Gesundheitsakten extrahiert werden könnten. Ob und inwieweit KI Diagnosen und Therapien perspektivisch unterstützen kann, wird die Zukunft zeigen. Noch ist vieles, was technisch machbar ist, durchaus umstritten: Beispielsweise wird die Nutzung von Chatbots für eine psychotherapeutische Unterstützung aktuell äußerst kontrovers diskutiert, weil sie die komplexen emotionalen Nuancen eines Menschen nicht vollständig erfassen und der Schutz der Privatsphäre nicht ausreichend gesichert ist.

Reden kann entlasten

Suizidalität ist ein lebenslanges, altersübergreifendes, komplexes Phänomen und in den allermeisten Fällen, da sind sich Forschende sicher, vermeidbar. Hinter Suizidgedanken steht oft nicht das Gefühl »Ich will nicht mehr leben«, sondern eher »Ich will so nicht mehr leben«. Den Verdacht oder sogar eine Drohung im persönlichen Umfeld zu ignorieren, hält Lewitzka für falsch. »In der Regel hilft es dem oder der Betroffenen, dass man über diese Gedanken überhaupt sprechen darf und dafür nicht bewertet wird. Dieses Reden – auch mit Laien – kann entlasten und den Weg für weitere Hilfen ebnen.«

Termine bei Beratungsstellen zu organisieren, die betroffene Person dorthin zu begleiten, Menschen im persönlichen Umfeld miteinzubeziehen, bedeutet oft eine große Unterstützung. »Wichtig ist aber auch zu signalisieren, dass man sich eventuell unsicher, überfordert mit der Situation fühlt und gern weitere Hilfen heranziehen möchte«, weiß Lewitzka.

Wer weiß, dass jemand den nächsten Stunden oder Minuten einen Suizid begehen will, informiert am besten sofort den Rettungsdienst (112).

Ute Lewitzka ist sich sicher: Methodenrestriktion, niedrigschwellige Behandlungsangebote, Früherkennung, Aufklärung über Suizidalität, Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen sowie eine gesetzlich verankerte Prävention könnten 30% weniger Suizidopfer jährlich bedeuten. **Q**

Hilfsangebote

www.telefonseelsorge.de
Telefon 0800/111 0 111 (Evang.), 0800/111 0 222 (Kath.)

www.nummergegenkummer.de
Telefon 0800/111 0 550 (Eltern), 116 111 (Kinder und Jugendliche)

www.sozialpsychiatrische-dienste.de
Sozialpsychiatrische Dienste der jeweiligen Stadt und Gemeinde

www.deutsche-depressionshilfe.de
Telefon 0800/334 45 33

Der Segen des Fluchens

WEM rutscht nicht mal ein lautes Scheiße heraus, wenn der Zeh gegen die Bettkante haut? Wissenschaftler haben Sinn und Wirkung der unflätigen Lautäußerungen untersucht. Tatsächlich entlasten sie nicht nur die Seele – sondern helfen auch dem Körper. ▶ Geburtsvorbereitungskurs, Berlin-Kreuzberg, sechs werdende Elternpaare, sechs Plastikeimer. Die Hebamme, nennen wir sie Emma, eine Frau mit der Aura einer Küchenchefin aus der Oberpfalz, kippt in jeden Eimer Eiswürfel und Wasser. Thema heute: Wehenschmerz. Die Schwangeren sollen zuerst zwei Minuten lang ihre Hand ins eiskalte Wasser tauchen. Danach wir Männer. Die Übung, sagt Emma, sei »sehr aufschlussreich«. Dann wendet sie sich an uns Väter. »Das ist jetzt die ›Ja-Schatz-Phase‹. Egal, was Ihre Frau sagt – ja, Schatz.« Kein Widerspruch, kein Nachfragen – nur nicken, streicheln, schweigen. Meine Freundin taucht ihre Hand ein und ruft sofort: »Fuck!« Ich: »Ja, Schatz.« »Das ist arschkalt!« »Ja, Schatz.«

»Arschkalt«, »scheißweh«, »brüllendheiß« – Sprache kennt keine Zensur, wenn's weh tut. Wer sich jemals den kleinen Zeh an der Bettkante demoliert hat, kennt das Phänomen: Schmerz bringt das Schimpfen zum Blühen und wirkt befreiend.

Fluchen entlastet Psyche und Körper

Fluchen ist eine exklusive Eigenschaft des Menschen – trotz des sprichwörtlich schimpfenden Rohrspatzen. Jede und jeder tut es, im Auto, auf dem Fahrrad, im Fußballstadion, vor dem Fernseher – weil es »kathartische Funktion« besitze, sagt der Fluchforscher André Meinunger vom Leibniz Zentrum Allgemeine Sprachwissenschaft in Berlin. »Es ist ein Druckventil für unsere Psyche.« Wir Deutsche hätten einen Hang zum anal-fäkalen Fluchen, während Engländer, Amerikaner, Italiener und Spanier eher sexualisierte Flüche verwendeten.

Aber Fluchen erleichtert nicht nur die Seele, es lindert sogar körperlichen Schmerz. Der britische Psychologe Richard Stephens beobachtete das bei der Geburt seiner Tochter. Seine Frau fluchte wie ein Seemann mit Nierenkolik. Stephens reagierte angeb-

lich professionell – aber ob er »Ja, Schatz« sagte, ist nicht überliefert. Was wir wissen: Er war fasziniert. Und startete ein Experiment: Zwei Gruppen, zwei Eimer Eiswasser. Die einen durften fluchen, die anderen mussten einen Tisch beschreiben. Ergebnis: Die Flucher hielten länger durch – im Schnitt 40 Sekunden. Sie empfanden auch weniger Schmerz. Und: Frauen profitierten noch mehr vom Fluchen als Männer. Stephens schloss daraus: Fluchen aktiviert uralte Stressreaktionen – Herzschlag rauf, Endorphine raus – und genau die helfen, den Schmerz zu bewältigen. Eine Art biologisches Schmerzmittel, serviert mit Kraftausdruck.

Wer »Scheiße!« ruft, ist stärker und ausdauernder

Aber damit nicht genug. Fluchen macht angeblich sogar stärker. In einem weiteren Versuch ließ der Psychologe Testpersonen beim Radfahren fluchen – und siehe da: mehr Kraft, mehr Ausdauer. Und noch ein Versuch, bei dem die Probanden ein Testgerät mit den Händen kräftig zudrücken mussten, zeigte: Wer »Scheiße!« ruft, drückt kräftiger zu. Zurück nach Kreuzberg. Jetzt bin ich dran mit Entbinden. Ich tauche die Hand ins Eiswasser. Joa. Kalt. Aber ich zeige: nichts. Meine Freundin schaut mich prüfend an. Sie wartet auf einen Fluch, ein Wimmern, wenigstens ein Zucken, irgendwas, um mir dann süffisant das »Ja, Schatz« zu geben. Aber nein, ich bleibe still. Eigentlich bin ich ja eher das Modell »Schmerzmemme«, aber diesmal halte ich durch. Zwei Minuten später ziehe ich die Hand raus, alle schauen anerkennend, sogar Emma lächelt. Ich will sagen: »Seht ihr, ist doch pippileicht!« Da fällt mir das Ibuprofen ein. 800 Milligramm. Wegen meiner verfluchten Kopfschmerzen. ◻

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



KONTAKT

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

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

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

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

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

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

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

Medizinischer Dienst Nord
Hammerbrookstraße 5,
20097 Hamburg
Vorstandsvors. *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
Roddestraße 12, 48153 Münster
Vorstandsvors. *Dr. Martin Rieger*
☎ 0251 5354-0
✉ info@md-wl.de

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

ISSN 1610-5346

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



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
Illustration S. 5 Jens Bonnke
istockphoto.com:
Titel photominus / *S. 9* styf22 / *S. 11* Rose_Carson / *S. 12* NUMAX3D / *S. 15* Mizina / *S. 16* matka_wariatka / *S. 17* eAlisa / *S. 18* Marie Wurm + ~UserGI15633745 [oben] / *S. 25* AaronAmat [links] + Dean-Drobot [mitte] + Sergey Nazarov [rechts] / *S. 29* Luisa Vallon Fumi / *S. 31* Solovyova
Andere S. 2 Leuphana Universität Lüneburg / *S. 7* de Jong Typografie / *S. 8* Susie Knoll / *S. 13* Anja Kunisch / *S. 27* Nele Siemer

