forum
das Magazin des Medizinischen Dienstes 3.2026

Unsere Kinder – unsere Zukunft

forum online:
www.md-forum.de



Liebe Leserin!
Lieber Leser!

AKTUELL
Die gute Frage: Warum und wie altern wir? 1
Kurznachrichten 3
Auch das noch: Erst das Vergnügen, dann die Arbeit 32

TITELTHEMA
Gesund aufwachsen 6
Kinder weltweit in Not 8
Gleiches Spiel für alle? 10
Kindeswohl in Gefahr 11
Begleitete Elternschaft: Unterstützung statt Bevormundung 12
ADHS in jungen Jahren 14
Zwischen Licht und Schatten 16
Glück auf dem Stundenplan 18

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN 19

WISSEN & STANDPUNKTE
Medizinprodukteverordnung: Das soll sich ändern 20
Patientensicherheit: Jeder Fehler zählt 22

GESUNDHEIT & PFLEGE
Deepfakes im Gesundheitswesen 24
Klare Erkenntnisse aus schmutzigem Wasser 26

GESTERN & HEUTE
Ein Herz für Kinder 28

WEITBLICK
PingPong bei Parkinson 30

KINDER sollen gesund aufwachsen mit guten Lebensbedingungen und gleichen Chancen für Bildung und Teilhabe. Doch zwischen Wunsch und Wirklichkeit klafft eine Lücke: Weltweit leben 412 Mio. Kinder in extremer Armut, jedes fünfte Kind wächst in einem Kriegs- oder Konfliktgebiet auf. In Deutschland sind 23,5% der unter 18-Jährigen von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht. Die soziale Lage beeinflusst das Familienleben, die Wohnsituation, den Zugang zu Freizeit-, Sport- und Bildungsangeboten und auch die Gesundheit: Wie gesund sind unsere Kinder? Warum nehmen psychische Belastungen und Entwicklungsstörungen zu? Wo müssen Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen? Und warum sollten wir unseren Blick schärfen für diejenigen, die im Schatten stehen? Neben dem Schwerpunktthema ›Unsere Kinder – unsere Zukunft‹ gibt es noch mehr Lesenswertes im Magazin und unter *www.md-forum.de*: Wir stellen die geplanten Änderungen der Medizinprodukteverordnung vor, zeigen, was Abwasseranalysen über die Gesundheit der Bevölkerung aussagen und verraten, warum Tischtennisspielen Menschen mit Parkinson guttut. Zu guter Letzt schauen wir auf einen gefährlichen Social Media-Trend: Mit KI werden prominente Mediziner täuschend echt zu Werbeträgern für zweifelhafte Wundermittel. Bleiben Sie aufmerksam & guter Dinge.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch

DIE GUTE FRAGE

Warum und wie altern wir?

Mit jeder Stunde, Minute und Sekunde altern wir. Viele Menschen leben heute zwar länger, verbringen jedoch Jahre in Krankheit oder Einschränkung. Das hat Folgen für jeden Einzelnen, für die Gesellschaft und das Gesundheitswesen. Wie es gelingen kann, die gelebte Lebenszeit zu verlängern, damit beschäftigt sich z. B. das CECAD Exzellenzcluster für Alternsforschung der Universität Köln. Wir haben mit Institutsleiter Prof. Dr. Björn Schumacher gesprochen, welche Maßnahmen für gesundes Altern wissenschaftlich belegt sind und welche Visionen es gibt.

Jeder will alt werden, keiner will alt sein …
In den letzten 150 Jahren hat sich die Lebenserwartung verdoppelt, d. h., die große Zahl der Mitmenschen wird ein langes Leben erwarten, das allerdings aktuell im letzten Drittel von Krankheiten gezeichnet ist. Die Zahl der Älteren nimmt rasant zu und bei der Hälfte der über 65-Jährigen – das betrifft bald ein Drittel der Gesellschaft – kommt es zu Multimorbidität. Genau das ist unsere Herausforderung: gesund bis ins hohe Alter zu bleiben. Wissenschaftlich gesehen, steht deshalb die Gesundheitsspanne im Fokus und gar nicht so sehr die Lebensspanne an sich. Zudem ist es wichtig, dass wir ein positiveres Verhältnis zum Altern bekommen.

In den Medien kursieren verschiedene Begriffe: Anti-Aging, Longevity, Geroprotektion – wo steckt wie viel Wissenschaft drin?
Anti-Aging ist ein sehr alter Begriff, der sich auf alles bezieht, was gegen das Altern ist, und gerade von der Kosmetikindustrie – oft ohne jede Evidenz – sehr stark genutzt wird. Evidenzbasiert ist die Geroprotektion, das bedeutet ›vor dem Alter schützen‹. Das wollen wir wissenschaftlich erreichen: den Schutz vor altersbedingten Krankheiten. Longevity, die Langlebigkeit, wird vor allem von jüngeren Menschen und Influencern verwendet, und ist ein schöner Begriff, der das Positive betont.

Was passiert in unserem Körper beim Altern?
Im Zentrum steht unser Erbgut, die DNA, die in jeder Zelle vorhanden ist und alle Informationen liefert, z. B. ob die Zelle eine Stammzelle ist oder bestimmte Enzyme herstellen soll. Diese DNA wird allerdings ständig beschädigt. 10 000-mal am Tag, jede einzelne Zelle. Deswegen muss ständig repariert werden. Unsere Reparatur ist so ausgelegt, dass sie für 30 bis 40 Jahre perfekt funktioniert – so lange braucht es, die nächste Generation heranzuziehen. Aber für die Extrajahrzehnte, die wir heute noch leben, sind wir genetisch nicht gemacht. Deswegen häufen sich mit dem Alter DNA-Schäden an, die Ursache für das Alter und altersbedingte Krankheiten sind. Dann wird z. B. die Zellteilung behindert oder Nervenzellen bauen ab. So zieht sich der unfassbar komplexe Alterungsprozess durch unseren gesamten Körper.

Also ist man ab 40 Jahren genetisch gesehen alt?
Viele denken, wir altern, wenn wir alt sind. Dabei ist Altern ein lebenslanger Prozess. Das geht schon vor der Geburt los. Mit den geroprotektiven Interventionen, also dem Schützen vor dem Altern und altersbedingten Krankheiten, müssen wir deshalb so früh wie möglich beginnen.

Wie sieht es mit der genetischen Dimension aus? Habe ich gute Karten, wenn meine Großeltern besonders alt geworden sind und lange gesund waren?
Die Genetik beeinflusst uns zu einem Drittel, das haben Studien mit eineiigen Zwillingen gezeigt. Zu zwei Dritteln sind Umwelteinflüsse verantwortlich. Unsere Gene können wir nicht ändern, aber wir haben zu großen Teilen selbst in der Hand, gesund zu bleiben.

Was können wir konkret tun, um gesund alt zu werden? Welche Maßnahmen sind wissenschaftlich belegt?
Mit unserem Lebensstil können wir wirklich viel bewirken, hier gibt es zwei Interventionen, die funktionieren. Die beste geroprotektive Intervention ist die kalorische Restriktion. Wir sollten weniger Kalorien zu uns nehmen. Das wissen wir seit 100 Jahren, es wird aber noch immer nicht

umgesetzt. Warum nicht? Weil wir darauf ausgelegt sind, möglichst viel zu essen, wenn wir können. Aber wir wissen von vielen Tierarten, dass man mit verminderten Kalorien das Leben verlängern kann. Das gilt allerdings für das mittlere Alter. Im hohen Altern hingegen braucht der Körper die Kalorien. Die zweite Intervention ist der Sport. Mit diesen beiden Interventionen kann man seinen Lebensstil positiv beeinflussen.

Ein weiterer Punkt ist, chronische Krankheitszustände wie Bluthochdruck, starkes Übergewicht oder Diabetes Typ 2 zu behandeln. Denn diese chronischen Krankheiten bringen viele andere Krankheitsrisiken mit sich. Es gibt mittlerweile die ersten geroprotektiven Medikamente, die verschiedene andere Krankheitsrisiken vermindern können. Genau das ist das Konzept: Dass ich mit einem Medikament nicht nur eine Krankheit behandle, sondern auch weitere Krankheiten verhindere. Was wir noch nicht wirklich wissen ist, ob das nur bei chronisch Erkrankten wirkt, oder könnte das auch normalen Menschen helfen, gesünder zu sein? Aber zumindest das Prinzip der Geroprotektion, des Schutzes vor altersbedingten Krankheiten, ist damit erbracht.

Die kalorische Restriktion, die Sie empfehlen, klingt anstrengend und unbequem …

Entscheidend ist, dass man eine Ernährungsumstellung langfristig umsetzen kann. Es nützt nichts, einmal Diät zu halten oder einmal eine Fastenwoche zu machen. Langfristig gesund leben, darum geht es. In Studien hat sich gezeigt, dass selbst eine milde kalorische Restriktion (14% weniger) über zwei Jahre Verbesserungen im Immunsystem gebracht hat. Ein gutes Beispiel ist Intervallfasten, acht Stunden über den Tag verteilt gesund – z. B. mediterran – essen und dann 16 Stunden fasten. Wir sollten immer abwägen: Passt es für mich, oder überspanne ich den Bogen? Das Gleiche gilt beim Sport.

Also müssen wir nicht alle für einen Marathon trainieren?

Sport ist wichtig, aber der Marathon passt zu den wenigsten. Man sollte sich eine Sportart suchen, die einem gefällt und bei der man sich nicht verletzt. Zu beachten ist, dass es nicht nur um Cardio geht, sondern man sich auch um die Muskeln kümmern muss. Denn im Alter kommt es unweigerlich zum Muskelabbau. Zugleich kommt die Sturzgefahr hinzu. Da ist es wichtig, dass man sich vorher Muskeln aufgebaut hat, und z. B. eine gute Beinmuskulatur vor einem Sturz schützen kann. Wenn wir über einen gesunden Lebensstil sprechen, beinhaltet das immer beides zusammen: eine gesunde Ernährung und Bewegung.

Wird es in Zukunft ein Medikament gegen das Altern geben?

Am Kölner Exzellenzcluster CECAD forschen wir daran, die molekularen und zellulären Mechanismen des Alterns aufzuklären, um neue Ansätze für Prävention, Diagnose und Behandlung altersassoziierter Erkrankungen, wie Stoffwechselerkrankungen, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Nierenversagen, zu definieren. Dabei wird auch mit Tieren gearbeitet. Ein Beispiel sind Nacktmulle, die im Vergleich zu anderen Nagern eine lange Lebensspanne von 20 bis 30 Jahren haben, und das ohne altersbedingte Krankheiten. Was ist am Stoffwechsel dieser Tiere anders, dass sie so lange leben? Das ist faszinierend herauszuarbeiten. Aus Erkenntnissen wie diesen versprechen wir uns dann, diese ganze Komplexität der Reparatur des Erbguts verbessern zu können – für die Medikamente der Zukunft, die wirklich Altern an der Ursache adressieren, damit wir sehr viel länger gesund sein können.

Also geht es darum, das Altern von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu entkoppeln …

Die eigentliche Vision ist, dass wir bis ins hohe Alter gesund sind. Im Moment gehen wir davon aus, dass der Mensch eine maximale Lebensspanne von 120 Jahren hat. Es läuft vielleicht auf einen Durchschnitt von 100 hinaus, der erreichbar ist. Das Altern vollkommen aufzulösen, ist eine Phantasievorstellung. Aber wo wir hinkommen können, ist, die Gesundheitsspanne zu verlängern, bzw. die Krankheitsspanne am Ende des Lebens, die aktuell durchschnittlich über zehn Jahre ist, zu komprimieren. Das ist unser primäres Ziel.

Wir haben über viele Dinge gesprochen, die uns helfen können, gesund zu altern. Gibt es etwas, das wir vermeiden sollten?

Rauchen ist der Nummer-1-Faktor für altersbedingte Krankheiten – noch viel schlimmer als Alkohol. Zum Rauchen gehört auch das Vaping, das gerade unter jungen Menschen wieder zum Trend wird. Deswegen: Rauchen gar nicht erst anfangen oder aufhören.

Wie wollen Sie alt werden?

Möglichst gesund [lacht]. Deswegen mache ich Sport und 16:8-Intervallfasten, das lässt sich gut in meinem Alltag umsetzen.

Das Gespräch führte Larissa Limbrunner, Medizinischer Dienst Bayern.



Prof. Dr. Björn Schumacher



Neue Leitende Pflegefachfrau

Dr. Bernadette Klapper ist seit 1. September Leitende Pflegefachfrau beim Medizinischen Dienst Bund. In der neu geschaffenen Funktion übernimmt die renommierte Pflegeexpertin eine zentrale Rolle in der strategischen Arbeit des MD Bund und gestaltet die Pflegepolitik auf Bundesebene aktiv mit.

Klapper ist ausgebildete Krankenschwester, Soziologin und promovierte Sozialwissenschaftlerin. Pflegepraktische Erfahrung sammelte sie in Deutschland und Frankreich. Zu ihren beruflichen Stationen zählen die Universität Bielefeld, die Robert Bosch Stiftung, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe und zuletzt der GKV-Spitzenverband.

In ihrer neuen Funktion bringt sie ihre Expertise in Reformprozesse, Richtlinienentwicklung, Qualitätssicherung und Digitalisierung ein. Zudem vertritt sie den MD Bund in bundesweiten Gremien, u. a. beim Bundesgesundheitsministerium und beim GKV-Spitzenverband.

»Die Pflege steht vor großen fachlichen, strukturellen und politischen Herausforderungen. Gerne werde ich meine Erfahrungen und mein pflegewissenschaftliches Wissen einbringen, um die fachliche Arbeit der Medizinischen Dienste weiterzuentwickeln, ihre Expertise sichtbar zu machen und Impulse für eine gute und qualitätsgesicherte pflegerische Versorgung zu setzen«, sagt Klapper.

Fortbildungsprogramm für die Medizinischen Dienste

Der Medizinische Dienst Bund hat die neue bundesweite Fortbildungsbroschüre 2027 veröffentlicht. Unter *https://md-bund.de/ueber-uns/bundesweite-fortbildung* können die Mitarbeitenden der Medizinischen Dienste aus einem breiten Angebot an Fach- und Spezialseminaren zu aktuellen Themen der ärztlichen und pflegefachlichen Begutachtung und Beratung auswählen. Daneben gibt es Angebote, die die Mitarbeitenden in ihrer Rolle als Kommunikationsexpertinnen und -experten stärken. Die Veranstaltungen finden als Onlineseminare, in Präsenz oder als Kombination aus beidem statt.

Deutscher Pflegetag 2026

Beim Deutschen Pflegetag am 12. und 13. November 2026 in Berlin steht der offene Dialog mit Entscheidungsträgern aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft im Fokus. In vielen unterschiedlichen Vortragsveranstaltungen, Diskussionen und Workshops dreht sich alles um die Herausforderungen der Pflege, um die Weiterentwicklung des Berufsbildes Pflege und um die Digitalisierung.

Der Pflegetag, der 2026 zum 13. Mal stattfindet und der jedes Jahr bis zu 10 000 Teilnehmende erreicht, gilt als zentrale Veranstaltung für die Pflegeberufe hierzulande – auch der Medizinische Dienst ist mit dabei. Infos und Anmeldung unter *www.deutscher-pflegetag.de*.

IGeL-Podcast

In einer aktuellen Folge des IGeL-Podcasts dreht sich alles um das Thema ›Leitlinien‹: Welche Funktion haben sie für die medizinische Versorgung? Wer erstellt sie? Wie bindend sind sie? Wie werden Interessenkonflikte berücksichtigt? Und welche Rolle übernimmt die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)? Zu Gast beim IGeL-Podcast ist Dr. Monika Nothacker, stellvertretende Leiterin der AWMF. Reinhören lohnt sich unter *www.igel-monitor.de* und auf allen relevanten Plattformen.

Neue Früherkennungsuntersuchung U10

Für Kinder im Alter von neun bis zehn Jahren soll es künftig eine neue ärztliche Früherkennungsuntersuchung geben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im August die Inhalte der sogenannten U10 beschlossen. Im Mittelpunkt stehen Übergewicht, körperliche Aktivität, der Konsum digitaler Medien sowie psychische Auffälligkeiten. Werden gesundheitliche Risiken festgestellt, beraten die Kinderärztinnen und -ärzte die Familien und informieren über geeignete Präventionsangebote. Auch die Impfberatung, insbesondere zur HPV-Impfung, ist Bestandteil der Untersuchung.

Die U10 schließt die zeitliche Lücke zwischen der U9 um den fünften Geburtstag und der Jugendgesundheitsuntersuchung J1 im Alter von 13 bis 14 Jahren. Vorgesehen sind u. a. eine ausführliche Anamnese zu familiären Krankheitsrisiken sowie ein Fragebogen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Kindes. Die Ergebnisse der J1 sollen künftig im Gelben Heft dokumentiert werden. Zudem wird auch Jugendlichen ein Fragebogen zur Lebensqualität angeboten.

Die U10 soll nach rechtlicher Prüfung durch das Bundesgesundheitsministerium, der Veröffentlichung im Bundesanzeiger und der Festlegung der ärztlichen Vergütung angeboten werden.

Arzneiverordnungen auf Höchststand

Erwerbstätige haben 2025 so viele Arzneimittel verordnet bekommen wie nie zuvor. Einer Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) zufolge lösten TK-versicherte Erwerbspersonen Rezepte für rund 34,3 Mio. Präparate mit insgesamt 2,036 Mio. Tagesdosen ein.

NACHRICHTEN

Im Schnitt bekam jede Erwerbsperson 292 Tagesdosen verschrieben (2,6% mehr als im Vorjahr).

Am häufigsten wurden Herz-Kreislauf-Medikamente, darunter Blutdrucksenker, verordnet. Darauf entfielen 112 Tagesdosen je Erwerbsperson. Männer erhielten mit 142 Tagesdosen nahezu doppelt so viele wie Frauen mit 76. Es folgten Medikamente gegen Magen-Darmbeschwerden und Sodbrennen (rund 37 Tagesdosen) sowie Arzneimittel für das Nervensystem, z. B. Antidepressiva (rund 32 Tagesdosen). Die Verordnungshäufigkeit unterschied sich regional deutlich: Am höchsten lag sie in Sachsen-Anhalt und dem Saarland, am niedrigsten in Baden-Württemberg.

Hitzetote

Schätzungsweise 16 000 Menschen sind in diesem Sommer in Deutschland infolge der Hitze gestorben. Laut Berechnungen des Robert Koch-Instituts (RKI), das die Daten bis Ende August ausgewertet hat, zeichnet sich damit ein neuer Höchststand bei den hitzebedingten Sterbefällen ab. Die bislang höchste Zahl hatte das RKI für die Jahre 2018 und 2019 geschätzt: Damals starben jeweils etwa 7000 Menschen infolge der Hitze.

Besonders viele Todesfälle wurden in diesem Sommer in der Woche vom 22. bis zum 28. Juni verzeichnet. In diesem Zeitraum wurden vielerorts Rekordtemperaturen von mehr als 41 Grad Celsius gemessen.

Die Zahl der Hitzetoten wird nicht direkt aus den Totenscheinen abgelesen. Da Hitze häufig nicht als unmittelbare Todesursache eingetragen wird, ermittelt das RKI die Zahl mithilfe statistischer Verfahren. Dabei wird verglichen, wie viele Menschen in Sommerwochen mit hoher Hitzebelastung und in vergleichbaren Wochen ohne außergewöhnliche Hitze gestorben sind. Die Differenz wird als hitzebedingte Übersterblichkeit geschätzt.

Mentale Gesundheit von Azubis

Psychische Belastungen sind laut einer Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) und der Bertelsmann-Stiftung der häufigste Grund für den Abbruch einer Ausbildung. 90% der Auszubildenden seien mit ihrer Stelle zufrieden, doch jeder siebte berichtet von einem besorgniserregend schlechten Wohlbefinden. Rund 20% fühlen sich durch die Ausbildung häufig oder fast immer emotional belastet. Fast drei Viertel der Betroffenen mit stark eingeschränktem Wohlbefinden denken über einen Ausbildungsabbruch nach. Bei Auszubildenden mit stabilem Wohlbefinden sind es lediglich 12%.

Auch für Betriebe sind psychische Belastungen relevant: Zwei Drittel sehen Auswirkungen auf die Produktivität, ein Drittel berichtet von mehr Konflikten. 35% der Auszubildenden sprechen Belastungen aus Angst vor Nachteilen nicht an. IW und Bertelsmann-Stiftung plädieren daher für einen offeneren Umgang mit mentaler Gesundheit und mehr externe Unterstützung für kleine und mittlere Unternehmen. Derweil fordert das Europaparlament einen besseren EU-Rechtsrahmen zum Schutz vor psychosozialen Risiken. Vorgesehen sind u. a. verpflichtende Gefährdungsbeurteilungen, Schulungen sowie Programme zur Wiedereingliederung nach psychischen Erkrankungen.

Zeitaufwendige Terminsuche

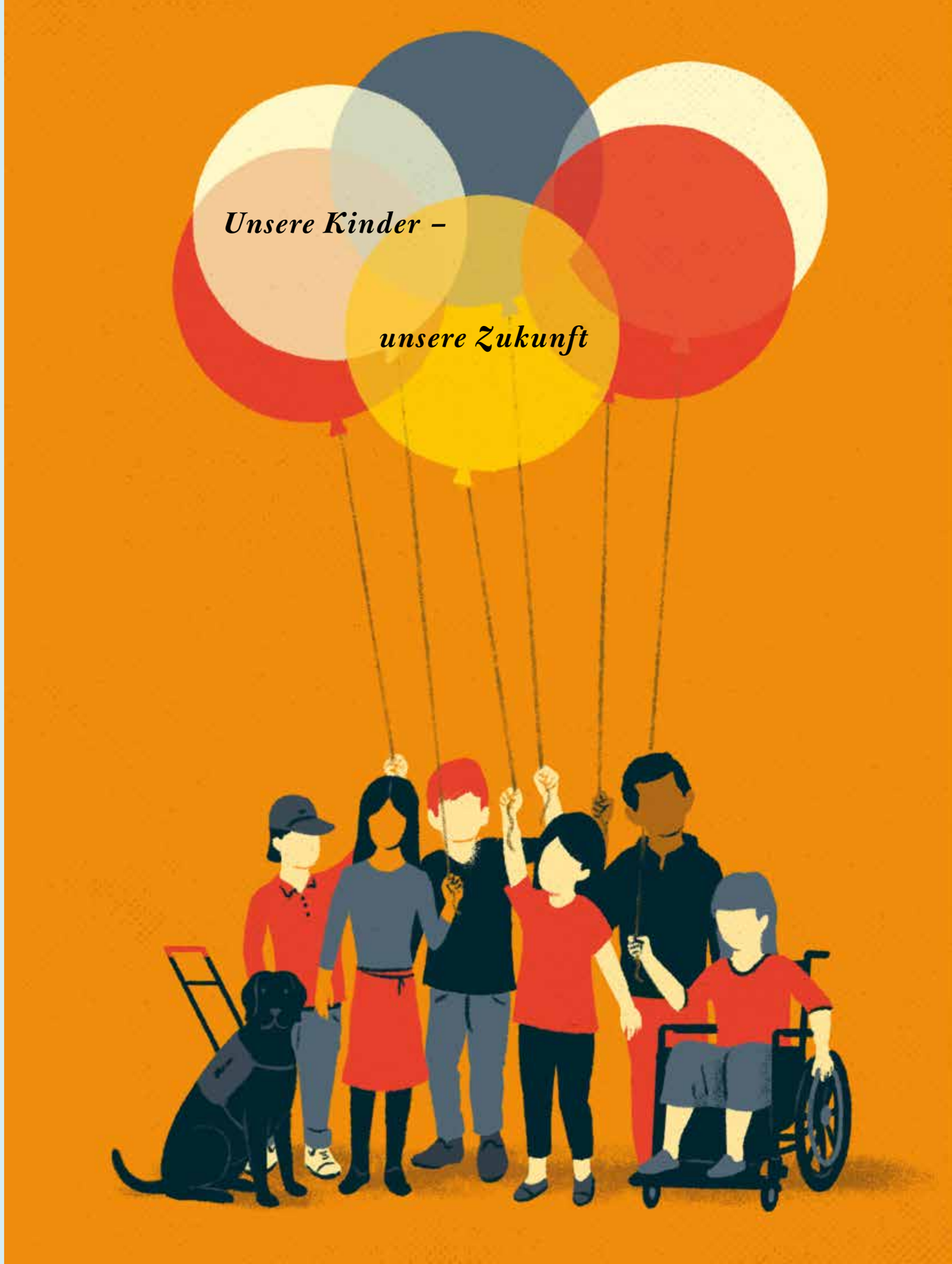
Die Suche nach einem Arzttermin kostet viele Menschen in Deutschland viel Zeit. Laut einer repräsentativen YouGov-Umfrage im Auftrag der SBK Siemens-Betriebskrankenkasse empfinden 58% von mehr als 2000 Befragten die Suche nach einem passenden Arzttermin als häufig zeitaufwendig. 71% geben an, dass es oft schwierig sei, einen freien Termin zu finden. Gleichzeitig wünschen sich drei Viertel (74%) einen besseren Überblick über verfügbare Arzttermine.

Die meisten Menschen vereinbaren Arzttermine nach wie vor am häufigsten direkt in der Arztpraxis – telefonisch oder persönlich (68%). 73% würden jedoch auch ein zentrales Online-Portal nutzen, das freie Arzttermine bündelt. Gleichzeitig haben 80% der Befragten den Eindruck, dass Privatversicherte schneller einen Arzttermin erhalten als gesetzlich Versicherte. 86% sprechen sich dafür aus, dass ein zentrales Terminportal die telefonische oder persönliche Terminvereinbarung ergänzt.

Zu wenig Schlaf

An Wochentagen schlafen 39,6% der Erwachsenen in Deutschland weniger als sieben Stunden. Am Wochenende trifft dies auf 22,7% zu. Laut Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) liegt die durchschnittliche Schlafdauer an Wochentagen bei fünf Stunden und 58 Minuten, am Wochenende bei sechs Stunden und eine Minute. Männer schlafen häufiger kürzer als Frauen. So schlafen an Wochentagen 43,2% der Männer, aber 36,2% der Frauen weniger als sieben Stunden (Wochenende: 25,5% der Männer und 20% der Frauen). Besonders verbreitet sind kurze Schlafzeiten bei Menschen im mittleren Erwachsenenalter. An Wochentagen schläft etwa jeder zweite Mann zwischen 45 und 64 Jahren weniger als sieben Stunden.

Studien legen nahe, dass eine kurze Schlafdauer u. a. im Zusammenhang mit Bluthochdruck Adipositas, Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen steht. Zudem gilt eine kurze Schlafdauer als ein Risikofaktor für die Entstehung von Angstzuständen und Depressionen.



Gesund aufwachsen

DEUTSCHLAND bietet Kindern gute Bedingungen zum Aufwachsen. Doch nicht alle haben die gleichen Chancen auf Gesundheit, Bildung und Teilhabe. Wie stark soziale Faktoren die kindliche Entwicklung prägen und wo frühe Unterstützung ansetzen kann, zeigt der Blick auf die aktuelle Lage. Rund 412 Mio. Kinder leben laut aktuellen Zahlen von UNICEF, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, in extremer Armut. Das entspricht 19,2% aller Kinder weltweit. Ihnen stehen weniger als drei US-Dollar pro Tag zur Verfügung. Gleichzeitig wuchs 2024 rund jedes fünfte Kind in einem von Kriegen oder Konflikten betroffenen Gebiet auf.

Auf den ersten Blick sind die Voraussetzungen für ein gutes Aufwachsen der rund 14 Mio. Kinder und Jugendlichen in Deutschland dagegen deutlich besser. Doch auch hierzulande kommt der Wohlstand nicht bei allen gleichermaßen an: Nach neueren Zahlen einer europäischen Erhebung, auf die sich das Statistische Bundesamt stützt, sind 16% der unter 18-Jährigen armutsgefährdet, 23,5% sind von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht.

»Unser Land vergibt Zukunftschancen« – wer heute nicht in Teilhabe, Bildung und gesundheitliche Versorgung der jüngsten Generation investiere, schade nicht nur den Kindern, sondern zahle morgen einen hohen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Preis, sagt Christian Schneider, Geschäftsführer von UNICEF Deutschland. Dabei bezieht er sich auf eine Studie zum Kindeswohl, die das UNICEF-Forschungsinstitut Innocenti veröffentlicht hat: Unter 37 untersuchten Ländern erreicht Deutschland nur Platz 25.

Ungleiche Startbedingungen

Wohnraum, wirtschaftliche Perspektiven und Infrastruktur prägen Familien schon vor der Geburt eines Kindes: Laut einer aktuellen Auswertung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung beeinflussen sie mit, ob junge Menschen ihre Kinderwünsche verwirklichen. Besonders deutlich zeigt sich soziale Ungleichheit beim Armutsrisiko von Einelternfamilien. Im vergangenen Jahr lebten rund 2,36 Mio. Minderjährige mit nur einem Elternteil zusammen. 28,9% der Menschen in solchen Haushalten waren armutsgefährdet. In Paarhaushalten mit Kindern waren es 12%.

Die soziale Lage wirkt sich auch auf die Gesundheit aus. Laut UNICEF haben 79% der Kinder aus dem wohlhabendsten Fünftel der Familien in Deutschland eine sehr gute gesundheitliche Verfassung. Im einkommensschwächsten Fünftel sind es 58%.

Wie deutlich sich soziale Unterschiede bei konkreten Erkrankungen niederschlagen, zeigt sich z. B. bei Adipositas: Rund 470 000 Fünf- bis 17-Jährige wurden 2023 mit einer Adipositas-Diagnose behandelt. Nach dem Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit lag die Häufigkeit bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien rund 36% höher. Der Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt*innen (BVKJ), Dr. Michael Hubmann, nennt den Zusammenhang zwischen Adipositas und sozialer Ungleichheit »alarmierend«. Er fordert gesundheitsfördernde Maßnahmen, die alle Kinder »unabhängig von ihrer sozialen Herkunft« erreichen.

Schwere körperliche Erkrankungen wie Krebs wiederum sind im Kindesalter vergleichsweise selten. Laut Deutschem Kinderkrebsregister wurden 2024 in Deutschland 2346 Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren gemeldet. 85% der Betroffenen überleben heute mindestens 15 Jahre nach der Diagnose.

Seele unter Druck

Jedes vierte befragte Kind bzw. jeder vierte Jugendliche hierzulande zeigt Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (Vorjahr 21%), hat das aktuelle Deutsche Schulbarometer der Robert Bosch Stiftung herausgefunden. Besonders betroffen sind Kinder aus einkommensschwachen Familien. Fast die Hälfte aller Befragten empfindet hohen Leistungsdruck. »Auch wenn es dem Großteil der jungen Menschen in Deutschland gut geht, ist der erneute Anstieg der psychischen Belastung ein Warnsignal, das wir nicht ignorieren dürfen«, kommentiert Dr. Anna Gronostaj, Psychologin bei der Robert Bosch Stiftung, die Ergebnisse.

Stefanie Roloff
ist freie Journalistin in Berlin mit Schwerpunkt Gesundheitsthemen.
stefanie.roloff@googlemail.com



Auch Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte beobachten die Entwicklung mit Sorge. Der BVKJ berichtet aus den Praxen von zunehmenden psychosomatischen Erkrankungen, psychischen Belastungen und Schulabsentismus. »Was wir derzeit erleben, ist kein vorübergehender Trend, sondern ein strukturelles Versorgungsversagen«, sagt Kinder- und Jugendarzt Michael Achenbach vom Ausschuss Jugendmedizin des BVKJ.

Mediennutzung mit Risiken?

Immer wieder geht es auch um den Umgang mit digitalen Medien. Mehr als ein Viertel der 10- bis 17-Jährigen weist bei der Nutzung sozialer Medien riskante oder pathologische Nutzungsmuster auf, so die DAK-Mediensuchtstudie 2026. Fachleute warnen allerdings vor einfachen Antworten: »Chancen und Risiken bei der Nutzung digitaler Medien durch Kinder und Jugendliche hängen von ihrem Alter und ihrem Entwicklungsstand ab«, sagt Prof. Dr. Michael Kölch, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

Auch die Jugendlichen selbst sehen das Thema differenziert: Laut Social-Media-Report 2026 der Techniker Krankenkasse befürworten 55% eine Altersgrenze für soziale Netzwerke, die meisten halten 14 Jahre für sinnvoll. Fast die Hälfte (46%) wünscht sich außerdem eine Ansprechperson an der Schule für einen gesunden Umgang mit Social Media.

Gesundheit macht Schule

Damit rückt die Schule auch als Ort der Gesundheitsförderung in den Blick. Denn Gesundheitskompetenz entsteht nicht allein in der Familie. Auch Bildungseinrichtungen tragen dazu bei, dass Kinder einen bewussten Umgang mit gesundheitsbewusstem Verhalten, mit Bewegung, Ernährung, Stress und digitalen Medien entwickeln.

Hier setzt z. B. die Initiative ›Eine starke Gesellschaft braucht gesunde Kinder‹ von BKK Dachverband, Bundesschülerinnen*konferenz, Bundeselternrat und Deutschem Pflegerat an. Sie möchte bundesweit Schulgesundheitsfachkräfte etablieren. Unterstützt wird das Bündnis vom Medizinischen Dienst Bund: »Prävention und Gesundheitsförderung sind essenziell, um Gesundheit in allen Lebensphasen zu erhalten und zu stärken. Schulgesundheitsfachkräfte setzen hier frühzeitig und unmittelbar im Lebensumfeld Schule an«, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund.

Prävention von Anfang an

Prävention beginnt nicht erst in der Schule. Früherkennung, Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Beratungsangebote und frühe Hilfen sollen gesundheitliche oder familiäre Probleme möglichst früh erkennen und Unterstützung vermitteln. Jüngst hat der Gemeinsame Bundesauschuss (G-BA) eine zusätzliche Früherkennungsuntersuchung für 9- bis 10-Jährige beschlossen. Mit der neuen U10 sollen unter anderem Übergewicht, körperliche Aktivität, digitaler Medienkonsum und psychische Auffälligkeiten erfasst und der Impfstatus überprüft werden. Bei Auffälligkeiten können Kinder und Eltern beraten und weitere Angebote vermittelt werden.

›Gesundes Aufwachsen von Kindern‹ ist ein Ziel der im Sommer gestarteten Präventionsoffensive der Bundesregierung, die auf frühes Handeln setzt. Schließlich ist Prävention, auch wie Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, sie versteht, »eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe«. Ein aktueller Gesetzentwurf setzt genau dort an: Er sieht Entwicklungschecks für Vierjährige und zusätzliche Unterstützung für Kitas in herausfordernden Lagen vor.

Ganz ungetrübt ist der Blick auf die Gesundheits- und Sozialpolitik derzeit nicht. Beispielsweise werden immer mehr Stimmen laut, die vor geplanten Kürzungen bei der Eingliederungshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe warnen. Die BAG Selbsthilfe z. B. befürchtet, dass Sparmaßnahmen ausgerechnet jene treffen könnten, die auf Unterstützung am dringendsten angewiesen sind – Menschen mit Behinderungen, chronisch Kranke, Kinder und Jugendliche.

Wie wichtig der Schutz von Kindern ist, zeigen nicht zuletzt die alarmierenden Zahlen zur Kindeswohlgefährdung, die mit rund 79 800 Fällen im vergangenen Jahr einen neuen Höchststand erreichten. Zahlen wie diese machen deutlich: Kinderschutz lässt sich eben nicht allein mit einer Offensive verkünden, er muss auch dort ankommen, wo Familien und Kommunen ohnehin schon an ihre Grenzen stoßen.



Kinder weltweit in Not

WELTWEIT wächst jedes fünfte Kind heute in einer Kriegs- oder Krisenregion auf, zumeist ohne ausreichende medizinische Versorgung. Hunderte große und kleine gemeinnützige Organisationen, Stiftungen und Fördervereine engagieren sich global für Kinder in Not. Sie spenden lebensnotwendige Medikamente und Medizintechnik oder sind regelmäßig mit Ärzteteams vor Ort, um medizinische Hilfe zu leisten. Ende Mai war für Gul Ahmad der lang ersehnte Tag gekommen: Mit 18 weiteren Kindern wartete er im Düsseldorfer Flughafen, um zurück in sein Heimatland Afghanistan zu fliegen. Drei Jahre lang hatte er im ›Friedensdorf‹ am Stadtrand von Oberhausen gelebt, um sich von einer Operation in einer deutschen Klinik zu erholen. Das Ärzteteam hatte versucht, sein verletztes Bein zu retten. Am Ende musste der rechte Unterschenkel amputiert werden. Im Friedensdorf, einer Unterkunft für rund 300 Kinder, wurde Gul Ahmad gesund gepflegt. Er lernte, mit der Prothese zu gehen – wie unzählige junge Krisen- und Kriegsopfer vor ihm.

Die ersten Kinder zogen Ende 1967 ins Friedensdorf ein. Sie kamen aus Vietnam; viele von ihnen litten unter schweren Verbrennungen durch den Brandkampfstoff Napalm.



Deutsche Kliniken kooperieren

Das Gründungsjahr des Vereins war zugleich die Geburtsstunde der medizinischen Einzelfallhilfe, die bis heute unter dem Namen ›Friedensdorf International‹ fast komplett mit Spenden in Millionenhöhe finanziert wird. Der Ablauf des Hilfseinsatzes folgt einem festen Muster: Mitarbeiter aus Oberhausen schätzen vor Ort – sei es in Afghanistan, Gambia, Angola, Tadschikistan, Usbekistan oder Irak-Kurdistan – gemeinsam mit dortigen Partnerorganisationen die Verletzungen der Kinder ein. Welche Unterstützung ist sinnvoll und notwendig? In der Regel geht es um schwerwiegende Knochenentzündungen, orthopädische Fehlstellungen, urologische Krankheiten oder Narbenkontrakturen nach schweren Verbrennungen. Ist eine medizinische Behandlung im Heimatland nicht möglich, wird eine passende Spezialeinrichtung in Deutschland gesucht. Rund 200 bis 220 Krankenhäuser kooperieren bis heute mit der Hilfsorganisation und spenden regelmäßig ein bis zwei kostenfreie Behandlungen im Jahr. Nach dem Eingriff ziehen die Kinder ins Friedensdorf nach Oberhausen zur weiteren Pflege, die manchmal wie bei Gul Ahmad auch Jahre dauert. 2025 wurden 150 Kinder neu aufgenommen, 77 reisten heim.

»Dieses über Jahrzehnte gewachsene Netzwerk ist für unsere Einzelfallhilfe unverzichtbar«, betont Friedensdorf-Sprecherin Claudia Peppmüller. Seitdem die Kinder (wie alle Patienten und Patientinnen) aus Kostengründen deutlich früher nach einer Operation entlassen werden, wurde nachgerüstet. 2021 wurde ein Medizinzentrum für die medizinische Nachversorgung und kleinere Eingriffe im Friedensdorf eingerichtet.

Operationsprojekte in Kabul

Ziel sei es nicht, dauerhaft so viele Kinder wie möglich nach Deutschland zu holen, sagt Peppmüller. »Wo ein Kind gut und sicher vor Ort behandelt werden kann, sollte es nicht von den Eltern getrennt und nach Deutschland gebracht werden.« Deutliche Fortschritte gibt es in Armenien, Usbekistan oder Kirgisistan. Dort, wo es nach wie vor einen hohen medizinischen Bedarf gibt, wie in Angola und in Afghanistan, finanziert Friedensdorf International zusätzlich zur Behandlung in Deutschland seit ein paar Jahren Operationsprojekte vor Ort. Seit Kurzem gibt es nicht nur drei Kliniken in Kabul, die unterstützt werden, sondern auch eine mobile Klinik, die in schwer zugänglichen Regionen im Einsatz ist.

Herzensangelegenheit

Eine von vielen Institutionen und Vereinen, die sich für die physische und psychische Gesundheit von Kindern in Krisen- und Kriegsgebieten starkmachen, ist auch die Hilfsorganisation ›kinderherzen‹, die 1989 von Eltern herzkranker Kinder und Ärztinnen und Ärzten in Bonn als Fördergemeinschaft Deutsche Kinderherzzentren gegründet wurde. Sie ist bereits vor zehn Jahren dazu übergegangen, Kinder vorrangig in ihren Heimatländern zu behandeln. 900 herzkranke Kinder wurden seitdem bei ehrenamtlichen Einsätzen in Rumänien, Eritrea, Ghana, Burundi und in El Salvador operiert. Nur noch in Einzelfällen, z. B. im ersten Jahr des russischen Angriffskrieges in der Ukraine, wurden Kinder an deutsche Herzzentren vermittelt. Während der Klinikzeit unterstützte ›kinderherzen‹ die Familien in Deutschland finanziell und half bei der Wohnungssuche.

Wissenstransfer durch Partnerschaft

Ein Grund für die Entscheidung, Kinder in der Regel vor Ort zu behandeln und zu operieren, waren nach Angaben von Geschäftsführer Jörg Gattenlöhner die Kosten. Eine Operation am offenen Herzen kostet in Deutschland je nach Aufwand 30 000 bis 70 000 Euro pro Kind. Komplikationen erhöhen die Kosten. Für den gleichen Preis können die Teams von ›kinderherzen‹ vor Ort eine komplette Woche lang operieren und in dieser Zeit acht bis zwölf Kinder behandeln.

Aber nicht nur die Kosten spielten eine Rolle. »Der entscheidende Grund ist die Nachhaltigkeit«, sagt Gattenlöhner. Die deutschen Expertenteams von ›kinderherzen‹ arbeiten vor Ort Seite an Seite mit einheimischen Ärztinnen und Ärzten, Kardiotechnikerinnen und -technikern und Pflegekräften. Daraus entstehen langfristige Partnerschaften, und durch das kontinuierliche Training werden Wissen und Erfahrung weitervermittelt. »Ziel ist ein schrittweiser Wissenstransfer auf medizinischer und technischer Ebene, damit morgen und übermorgen viele Kinder von gut ausgebildeten einheimischen Teams operiert werden können«, sagt Gattenlöhner. Besonders stolz ist der Verein auf die weltweit erste mobile Kinderherzklinik, die seit vergangenem Jahr in Burundi im Einsatz ist. Die ›MOHKI‹ ermöglicht es, hochkomplexe Operationen am offenen Herzen direkt vor Ort durchzuführen. Ihren Piloteinsatz absolvierte MOHKI in El Salvador. ›kinderherzen‹ finanziert sich weitgehend über Spenden. Der Verzicht auf eine staatliche Förderung habe auch Vorteile, heißt es. So hätten Kürzungen in der Entwicklungshilfe keinen unmittelbaren Einfluss auf die eigene Arbeit.

SOS-Kinderdorf: Rettung in Gaza

Zu den jüngsten Hilfsorganisationen gehört ›ArcheMed – Medizinische Hilfe für Kinder in Not‹. 2010 von dem Internisten Peter Schwidtal in Soest in Nordrhein-Westfalen gegründet, konzentriert sich der Verein auf den Aufbau medizinischer Versorgungsstrukturen in unterversorgten Ländern, aktuell vor allem in Eritrea, einem der ärmsten Staaten der Welt. In der Hauptstadt Asmara wurde ein Perinatalzentrum mit einer Kinderintensivstation eingerichtet. Fachpersonal reist ein- bis zweimal im Jahr ins Land, um zu operieren und praxisnahe Schulungen anzubieten, im Gepäck ausgemusterte Betten und Geräte aus deutschen Kliniken.

Zu den großen internationalen Hilfswerken gehören neben Unicef und ›Ärzte der Welt‹ die ›SOS-Kinderdörfer‹, die seit ihrer Gründung 1949 der Grundidee folgen, Kindern ohne elterliche Fürsorge ein liebevolles und sicheres Zuhause zu bieten. Mittlerweile ist unter dem Titel ›SOS-Kinderdorf International‹ ein weltweites Netzwerk mit 40 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entstanden, die in 137 Ländern aktiv sind. Der deutsche Förderverein engagiert sich unter anderem im Gazastreifen und sorgt dort mit Spenden für die psychologische und medizinische Betreuung der Kinder. 2024, wenige Monate nach dem Ausbruch des Krieges zwischen Israel und der Hamas, kam es zu einer spektakulären Rettungsaktion des SOS-Kinderdorfes in Rafah. Unter Vermittlung des deutschen Auswärtigen Amtes wurde das Lager evakuiert und 68 Waisenkinder im Alter von zwei bis 14 Jahren und ihr Betreuerteam ins Westjordanland transportiert. Mittlerweile versorgen die SOS-Kinderdörfer kranke und schwer verletzte Kinder aus dem Gazastreifen in Jordanien.

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

Weitere Infos auch unter
https://friedensdorf.de
https://www.kinderherzen.de
https://www.archemed.org
https://www.sos-kinderdorf.de





Gleiches Spiel für alle?

GEMEINSAM spielen, lachen, streiten, sich bewegen – Spielplätze sind wichtig für Kinder mit und ohne Behinderung. Damit die, die dort gemeinsam spielen, früh lernen, dass Unterschiede normal sind. Doch die allermeisten Spielplätze in Deutschland ermöglichen diese inklusiven Begegnungen bisher nicht. Mit dem Rollstuhl direkt ins Piratenschiff reinrollen, danach eine Runde im Karussell drehen. Und vielleicht wird sogar noch im halbkugelförmigen Netzgebilde ›Ozeandome‹ geklettert, viele Elemente sind vom Boden aus erreichbar. Der ist aus hochwertigem Gummibelag und wie alle Spielgeräte auf dem Spielplatz im Chemnitzer Wohnpark Lebens(T)räume mit kontrastreichen Farben gestaltet – und eine seltene Ausnahme in Deutschland.

Bestenfalls Zuschauer

Spielen zu können gehört zu den grundlegenden Rechten von Kindern. Spielplätze sollten also ein Ort sein, der allen offensteht. Doch für Kinder mit Behinderung bleibt dieser Raum in Deutschland oft verschlossen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie, die das ›Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport‹ (FIBS) im Auftrag der Aktion Mensch durchgeführt hat. Demnach sind rund 80% der begutachteten Spielplätze so gestaltet, dass Kinder mit Behinderung dort bestenfalls zuschauen, aber nicht mitspielen können. Nur etwa ein Fünftel der Spielplätze weist inklusive Merkmale auf – und selbst diese verfügen meist nur über ein einzelnes zugängliches Spielgerät. Ein wirklich inklusives Spielerlebnis, bei dem Kinder mit und ohne Behinderung gleichberechtigt spielen können, bieten Aktion Mensch zufolge bundesweit nur rund 4% aller Spielplätze. »Von Eltern wissen wir, dass sie Spielplätze mit ihren Kindern deshalb oft gar nicht erst besuchen«, sagt Christina Marx, Leiterin Aufklärung und Kommunikation der Aktion Mensch.

Gummi statt Hackschnitzel

Drei Aspekte machen einen Spielplatz inklusiv: seine Zugänglichkeit, die Zugänglichkeit der Geräte und ihre Vielseitigkeit. »Damit ein gemeinsames Spielen möglich ist, müssen alle Kinder den Spielplatz und die Spielgeräte auch erreichen können«, sagt Christina Marx. Wichtig ist die Beschaffenheit der Böden: Nur 2% sind befahrbar und somit z. B. für Kinder im Rollstuhl nutzbar. »Während in Deutschland Hackschnitzel, Kies oder Sand als Bodenbelag weit verbreitet sind, sind barrierefreie Flächen aus stoßdämpfendem Gummi oder aus Korkmischungen in Ländern wie England, Frankreich oder den USA die Regel«, sagt Marx. Die Spielgeräte selbst sollten idealerweise mehrere Zugangsmöglichkeiten wie Rampen, Treppen oder Seile bieten und über sinnesorientierte Elemente sowie eine kontrastreiche Farbgestaltung verfügen.

Gute Planung

»Wir können prinzipiell jedes Spielgerät inklusiv gestalten, ohne dass das automatisch mehr Aufwand oder höhere Kosten bedeutet«, sagt Sebastian Schulte, Geschäftsführer der FHS Holztechnik GmbH. Der Spiel- und Freizeitgerätehersteller aus Arnsberg gestaltet schon seit Jahren unter dem Motto ›INKLUVISION – ALLE SPIELEN ZUSAMMEN‹ inklusive Spielplätze. Das A und O, sagt Schulte, sei eine gute Planung. Schon oft habe er erlebt, dass z. B. barrierefreie Wippen und Schaukeln aufgestellt würden, die Familien dann aber nicht vom Parkplatz auf den Spielplatz kommen – weil eine Tür zu schmal, eine Rampe zu steil oder der Boden aus Sand ist.

In Duisburg baut FHS gerade am vielleicht größten inklusiven Spielgerät Deutschlands. »Wir ermöglichen dort Menschen mit Rollstuhl eine Höhenerfahrung, die bis auf zwei Meter ansteigt«, sagt Schulte, »und das mit unterschiedlich steilen Rampen, auch mal Löchern, denen man ausweichen muss.« Denn, so seine Erfahrung: Auch Rollstuhlfahrer wollen sich mal herausfordern müssen. Und Kinder mit ADHS oder Autismus z. B. brauchten geschützte Rückzugsorte, wenn ihnen alles zu viel wird.

Dass es lohnt, mehr inklusive Spielplätze anzulegen, zeigt die Studie von Aktion Mensch: Dort, wo bereits inklusive Spielplätze existieren, werden sie von Kindern mit und ohne Behinderung gut angenommen und gemeinsam genutzt.

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







Kindeswohl in Gefahr

DIE ZAHL der Kindeswohlgefährdungen hat einen neuen Höchststand erreicht. Wird einem Jugendamt der Verdacht auf Kindeswohlgefährdung gemeldet, startet ein klar geregeltes Verfahren zum Schutz des Kindes. Bei rund 79 800 Kindern oder Jugendlichen haben die Jugendämter in Deutschland 2025 eine Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung, psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt festgestellt. Laut Statistischem Bundesamt (destatis) waren das 10% mehr Fälle als im Vorjahr. Damit hat sich die Fallzahl seit 2012 mehr als verdoppelt.

Die Gründe, warum die Gefährdungsmeldungen so stark zugenommen haben, sind vielfältig. Die Sensibilität für das Thema ist generell größer geworden und damit auch die Bereitschaft, Kindeswohlgefährdung anzuzeigen. Gleichzeitig gibt es gesetzliche Neuerungen und Verbesserungen in der Kooperation zwischen Fachkräften im Gesundheitswesen und den Jugendämtern.

Eindruck beim Hausbesuch

Erfährt ein Jugendamt von einem Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung, ist das weitere Vorgehen strikt geregelt. So ist das Jugendamt gesetzlich verpflichtet, schnell zu handeln und begründeten Hinweisen unverzüglich nachzugehen. Dabei werden grundsätzlich mehrere Fachkräfte des Allgemeinen Sozialen Dienstes (ASD) beim Jugendamt eingebunden – die gemeinsame Einschätzung im Team soll die fachliche Basis der Entscheidungen verbreitern. Ist eine Gefährdung nicht auszuschließen, verschaffen sich Mitarbeitende des Jugendamtes bei einem Hausbesuch einen persönlichen Eindruck. Dabei werden in der Regel sowohl die Eltern als auch das Kind angehört. Kam die Meldung aus einem professionellen Kontext, wie beispielsweise von einer Arztpraxis oder vom Medizinischen Dienst, werden die meldenden Personen an der Gefährdungseinschätzung beteiligt.

Handlungsleitfaden zur Einschätzung

»In unseren Begutachtungen begegnen wir Familien oft in schwierigen Lebenssituationen. Deshalb achten wir aufmerksam auf Anhaltspunkte, die auf eine mögliche Kindeswohlgefährdung hinweisen«, sagt Dr. Anne Trapp, Fachreferentin für Pädiatrie beim Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg. Bei einem begründeten Verdacht seien die Mitarbeitenden des Medizinischen Dienstes befugt, das zuständige Jugendamt zu informieren. »Als medizinischer und pflegefachlicher Begutachtungsdienst fühlen wir uns dem Schutz von Kindern in besonderem Maße verpflichtet«, so Trapp. Die Einschätzung möglicher Gefährdungen und der angemessene Umgang damit seien jedoch oft anspruchsvoll. »Nur wer Warnsignale erkennt und fachlich einordnen kann, kann rechtzeitig handeln. Deshalb haben wir für den Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg einen Handlungsleitfaden entwickelt und bieten seit 2025 bundesweit Schulungen für Begutachtende an«, erklärt Trapp. Die enge Zusammenarbeit mit den Jugendämtern eröffne betroffenen Familien wirksame Unterstützung.

Unterstützung der Eltern

Bestätigt sich der Verdacht, dass eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, versucht das Jugendamt in der Regel zunächst, die Eltern mit helfenden Maßnahmen zu unterstützen und so die Gefährdung abzuwenden. Sind Eltern etwa akut überfordert, aber prinzipiell bereit und in der Lage, mit entsprechender Unterstützung die Situation zu verändern, kann das Jugendamt ambulante Hilfen zur Erziehung vermitteln. Dabei kommen pädagogische Fachkräfte direkt in die Familie. Sie strukturieren den Alltag, unterstützen bei akuten Krisen und sichern die Versorgung der Kinder.

Stimmen die Eltern einem Hausbesuch nicht zu oder sind sie nicht in der Lage bzw. nicht bereit, die Situation zu verbessern, schaltet das Jugendamt das Familiengericht ein. Dieses kann weitere Schutzmaßnahmen einleiten. In extremen Fällen können die Kinder vorübergehend aus der Familie genommen und an einem sicheren Ort untergebracht werden – auch der vollständige Entzug des elterlichen Sorgerechts ist möglich.

Otmar Müller leitet in Hürth ein Redaktionsbüro mit den Schwerpunkten Gesundheit und Gesundheitspolitik.
mail@otmar-mueller.de



Begleitete Elternschaft: Unterstützung statt Bevormundung

MENSCHEN mit Behinderungen haben das Recht, Familien zu gründen. Mütter und Väter mit Lernschwierigkeiten profitieren dabei von Begleiteter Elternschaft: Vielfältige Konzepte und qualifiziertes Personal unterstützen Eltern und Kinder im Familienleben. Wenn Menschen mit Lernschwierigkeiten – die Bezeichnung ›geistige Behinderung‹ kritisieren viele als diskriminierend – eine Familie gründen möchten, stoßen sie immer noch auf erhebliche Vorurteile: Die Gesellschaft, aber auch Angehörige trauen ihnen die verantwortungsvolle Elternrolle oft nicht zu.

Doch vor 20 Jahren wurde ihr Recht auf selbstbestimmte Sexualität und Elternschaft in Artikel 23 der UN-Behindertenrechtskonvention festgeschrieben. Auch Deutschland hat sich 2009 zur Umsetzung verpflichtet.

Etwa drei Viertel der Frauen mit Lernschwierigkeiten sind kinderlos, im Bevölkerungsdurchschnitt nur 20% der Frauen. Zudem sind sie dreimal häufiger sterilisiert. Zwangssterilisation ist seit 1996 in Deutschland verboten. Doch Prof. Markus Schefer, Mitglied des Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen, erklärt dazu im Interview mit dem inklusiven Magazin *andererseits*: »Im Rahmen der Staatenprüfung ist deutlich geworden, dass fragwürdige Sterilisationspraktiken nach wie vor bestehen. Menschen mit Behinderung werden sterilisiert, ohne dass sie ihre freie umfassende persönliche Einwilligung gegeben haben.«

Eltern begleiten und befähigen

Entscheiden sich Frauen mit Lernschwierigkeiten dennoch dazu, Kinder zu bekommen, gibt es zahlreiche Möglichkeiten der Unterstützung, wie z. B. die Assistenz nach §78 des SGB IX. Schon 30 Jahre vor der leistungsrechtlichen Regelung entstand das Konzept der Begleiteten Elternschaft.

Die Begleitete Elternschaft setzt sich aus vielfältigen ambulanten und stationären Leistungen der Teilhabe (SGB IX) und des Kinder- und Jugendrechts (SGB VIII) zusammen und verfolgt damit auch zwei untrennbar zusammenhängende Ziele: die Erziehungskompetenzen von Eltern mit Behinderung zu stärken und Kindern ein gutes Aufwachsen zu ermöglichen. Welche Leistungen dazu konkret infrage kommen, variiert von Familie zu Familie: Für eine Mutter mag es ausreichen, dass jemand zu ihr nach Hause kommt, bei der Strukturierung des Alltags unterstützt und mit dem Kind Hausaufgaben macht.

Andere Eltern, die ganz neu in ihrer Rolle sind und z. B. in einer Wohngruppe leben, erlernen Techniken zur Bindung: Blickkontakt mit dem Baby, Hemmungen im Körperkontakt abbauen oder mit ihm sprechen, wenn das Kind selbst noch nicht sprechen kann. Außerdem werden die Familien auch begleitet, wenn Jugendliche sich abnabeln und dies durch alterstypische Entwicklungen nicht immer nur friedlich abläuft.

Vermittlungsarbeit

Ob Sozialpädagogin, Heilerziehungspfleger oder Alltagshelferin – das unterschiedlich qualifizierte Personal leistet häufig Vermittlungsarbeit: zwischen Familienmitgliedern, aber auch zu Institutionen wie Kitas und Schulen, zu Behörden und Leistungsträgern. Sie navigieren durch den Dschungel der Zuständigkeiten oder schaffen dort Verständnis, wo die Erfahrung fehlt, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten Teil einer vielfältigen Elterngemeinschaft sein können.

Die Fähigkeiten der Eltern, aber auch Alter und Entwicklung der Kinder, die institutionelle Anbindung oder ein bereits vorhandenes Netzwerk entscheiden über die Art der individuellen Unterstützung. Das begleitende Personal muss dabei immer zwei Ansprüchen gerecht werden: Das Kindeswohl darf nie gefährdet sein. Die Eltern sollen nicht bevormundet werden, sondern informiert und selbstbestimmt Erziehungsverantwortung übernehmen können.

Die Teams arbeiten daher eng mit den Jugendämtern zusammen, so z. B. auch die Hilfen zur Erziehung in der Trägerschaft der Lebenshilfe Bremen e. V. Deren pädagogische Leitung, Kadidja Rohmann, ist seit über 20 Jahren an der Entwicklung und Umsetzung vielfältiger Konzepte zur Begleiteten Elternschaft beteiligt und überzeugt davon: »Wenn die richtige Unterstützung von Anfang an da ist, dann können Kinder gut bei ihren Eltern aufwachsen.«

Spannungsfelder

Die Begleitete Elternschaft sieht sich vielen Spannungsfeldern ausgesetzt: Zum einen verursacht das Zusammenspiel der beiden Sozialgesetze VIII und IX einen »Verschiebebahnhof der Zuständigkeiten«, wie es Kai Pakleppa, Leiter des Referats Konzepte der Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V., ausdrückt. Es herrscht also nicht immer Klarheit darüber, wer zuständig ist und Kosten trägt.

Zum anderen ist der Grat zwischen Unterstützung und Bevormundung oft schmal. Auch Eltern haben unterschiedliche Sichtweisen auf die professionelle Begleitung: Während sich die einen bewusst sind, dass ein Zusammenleben als Familie nur durch die Unterstützung möglich ist, empfinden andere diese als übergriffig. Und natürlich können sich diese Gefühle auch vermischen: Es erfordert viel Vertrauen, fremde Menschen so weit in die Privatsphäre hineinzulassen. Auch Rohmann erlebt es gelegentlich, dass die Eltern sich »auf dem Prüfstand fühlen, was dann auch zu einer Belastung werden kann.«

Das gilt vor allem, wenn Kindeswohlgefährdung im Raum steht. Schließlich gibt es auch Fälle, in denen eine räumliche Trennung zum Wohl des Kindes unvermeidlich ist. Auch dann bleibt das Ziel der Begleiteten Elternschaft, den Kontakt zwischen Eltern und Kinder aufrecht zu erhalten und den Eltern die Teilhabe am Leben ihrer Kinder zu ermöglichen, z. B. durch Wohngruppen in einer gemeinsamen Einrichtung.

Barrieren

2002 gründete sich die Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) ›Begleitete Elternschaft‹, ein bundesweiter Zusammenschluss verschiedener Einrichtungen, die Eltern mit Behinderung unterstützen. Zu den drängendsten Forderungen der BAG gehört der flächendeckende Ausbau der Einrichtungen. Auch Rohmann bekommt Anfragen aus ganz Deutschland. Sie wünscht sich daher mehr bezahlbaren familientauglichen Wohnraum sowie flexiblere und inklusive Wohnkonzepte.

Nicht selten muss eine werdende Mutter die Einrichtung, in der sie bisher gewohnt hat, aufgrund der Schwangerschaft verlassen und den Vater und ihr vertrautes Umfeld zurücklassen, weil verfügbare Plätze in passenden Häusern rar sind.

Neben mangelndem Wohnraum ist die Kommunikation eine wesentliche Barriere für Eltern mit Lernschwierigkeiten: Viele Hürden erschweren den Alltag, weil notwendige Informationen nicht in einfacher oder Leichter Sprache zur Verfügung stehen. Die Verständigung mit Behörden und Institutionen wird so erheblich erschwert und ist damit auch ein wichtiges Thema für begleitendes Personal.

Bindung, Unterstützung und Erfahrung

»Niemand wird als Mutter geboren«, bekommen viele Mütter nach der Geburt ihres ersten Kindes zu hören: Elterliche Kompetenzen müssten vielmehr erworben, Erfahrungen gemacht werden – von allen Eltern. Und auch: »Um ein Kind aufzuziehen, braucht es ein ganzes Dorf«, sprich Netzwerke zur Entlastung der Eltern, aber auch vielfältige Kontakte für die Kinder.

Auch Rohmann ist überzeugt davon, dass durch Erfahrung und Unterstützung vieles möglich ist und ergänzt: »Es kommt vor allem darauf an, dass die Eltern in der Lage sind, eine Bindung zu ihrem Kind aufzubauen und zuverlässig da zu sein.«

Das bestätigt auch Demi Akpinar im Interview zum Modellprojekt ›Begleitete Elternschaft NRW‹. Akpinar wuchs bei ihrer Mutter mit Lernschwierigkeiten auf: »Ihre größte Ressource war und ist ihre Liebe. Ihr Zuspruch, wie sehr sie mich liebt. Und ihre Verlässlichkeit, dass sie immer da sein wird.«



Diana Arnold
ist Fachreferentin im Stabsbereich Politik & Kommunikation beim MD Bund.
diana.arnold@md-bund.de

ADHS in jungen Jahren

ADHS gehört zu den am häufigsten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung ist eine neurobiologische Entwicklungsstörung, bei der die Gehirnsteuerung anders funktioniert als bei den meisten Menschen. Betroffene Kinder und Jugendliche sind oft unaufmerksam, impulsiv oder ›hyperaktiv‹. Schätzungen zufolge sind ca. 5% der drei- bis 17-Jährigen in Deutschland von ADHS betroffen, mit oft jahrelangen individuellen, familiären und sozialen Auswirkungen: Kinder mit ADHS verhalten sich oft anders, als von ihnen erwartet wird, sie ecken oft an und benötigen viel Aufmerksamkeit. Das Syndrom wirkt sich auf viele Lebensbereiche aus: Durch die Konzentrationsschwäche fällt betroffenen Kindern und Jugendlichen häufig das Lernen schwer, einige haben Schwierigkeiten in der Sprachentwicklung oder eine Lese-Rechtschreib-Schwäche. Das trägt dazu bei, dass viele Kinder und Jugendliche mit ADHS Probleme in der Schule haben. Manche zeigen ein auffälliges Sozialverhalten, Ängste oder Depressionen. Kinder und Jugendliche mit ADHS geraten eher mit Gleichaltrigen in Konflikt und verhalten sich öfter regelwidrig oder auch aggressiv. Die damit verbundenen Probleme können für die Kinder und ihre Familien außerordentlich belastend sein und einen erheblichen Unterstützungsbedarf mit sich bringen.

Wie sehr der Bedarf an Unterstützung und Betreuung bei Kindern und Jugendlichen generell gestiegen ist, zeigen auch die Begutachtungszahlen des Medizinischen Dienstes. Diese beziehen sich auf alle Kinder und Jugendlichen, die auf Pflegebedürftigkeit begutachtet werden – nicht nur auf diejenigen mit ADHS: Innerhalb von zehn Jahren hat sich die Zahl aller Pflegebegutachtungen bei unter 18-Jährigen nahezu vervierfacht: von rund 53 000 im Jahr 2015 auf etwa 190 000 im Jahr 2025.

Bei zunehmend mehr Begutachteten begründen ADHS sowie andere Entwicklungsstörungen eine Pflegebedürftigkeit. Zu dem Anstieg haben vermutlich auch zwei formale Änderungen beigetragen: Zum einen werden seit der Pflegereform 2017 kognitive, psychische und psychiatrische Beeinträchtigungen bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit stärker berücksichtigt. Zum anderen müssen die Symptome für eine ADHS-Diagnose seit 2013 nicht mehr vor dem siebten, sondern vor dem zwölften Lebensjahr auftreten. Diese beiden Faktoren erklären den Anstieg der Zahlen jedoch nur zum Teil.

Jungen werden häufiger diagnostiziert

Kritiker befürchten, dass die Diagnose heute zu oft gestellt wird, auch weil die ADHS- Diagnosen in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen sind: Ein Report der Krankenkasse DAK zeigt: Im Jahr 2024 gab es im Vergleich zum Vorjahr 16% mehr Diagnosen bei Kindern bis zu 17 Jahren.

Möglicherweise erhalten auch Kinder und Jugendliche die Diagnose ADHS, die vielleicht nur etwas unruhig, aber eigentlich gesund sind.

Doch gleichzeitig mehren sich die Anzeichen, dass derzeit gerade Mädchen mit ADHS noch übersehen werden: Deutlich mehr Jungen als Mädchen werden im Kindesalter mit ADHS diagnostiziert, obwohl Forschende davon ausgehen, dass beide Geschlechter ähnlich häufig betroffen sind. »Dies hat auch mit Stereotypen der ADHS zu tun, bei denen die Hyperaktivität und die Impulsivität im Vordergrund stehen«, stellt Prof. Dr. Alexandra Philipsen vom Universitätsklinikum Bonn fest. »Mädchen haben generell eher aufmerksamkeitsbezogene Symptome«, erläutert die Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Während Jungen eher durch Hyperaktivität und lautes, impulsives Verhalten auffallen, äußert sich ADHS bei Mädchen eher durch Verträumtheit und soziale Schwierigkeiten wie Probleme mit Freundschaften oder auch, dass sie sich zurückziehen. Da Eltern und Lehrkräfte diese Symptome nicht mit ADHS verbinden, wird es bei Mädchen häufiger übersehen.

Mehr als eine Modediagnose

In den sozialen Medien ist ADHS ein beliebtes Thema, aber nicht immer werde dort richtig darüber berichtet, kritisiert Prof. Dr. Marcel Romanos vom Universitätsklinikum Würzburg: »Ein Problem stellen gesundheitsbezogene Influencer in den sozialen Medien dar. Sie beschreiben sehr unscharfe und oftmals auch falsche Kriterien von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen, was zu einer zunehmenden Inflation von Selbstdiagnosen führt.« Allerdings gibt der Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie zu bedenken: »Inwiefern diese Entwicklung sich in der Zunahme von Diagnosen bei den Krankenkassen abbildet, bleibt unklar.«

Auch in der Wissenschaft ist das Thema mittlerweile deutlich präsenter als früher. Das könnte ebenso dazu führen, dass heute deutlich mehr Menschen mit ADHS diagnostiziert werden, als früher, gibt Philipsen zu bedenken: »Wir Forschende haben zu den steigenden Diagnosezahlen beigetragen, indem wir aufklären und Vorträge halten.« Die Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie begrüßt das: »Letztendlich denke ich, dass auch das Bewusstsein im Kollegium inzwischen höher ist als vor 25 Jahren oder auch vor zehn Jahren – das ist eine positive Entwicklung. Auch in der Gesellschaft gibt es jetzt eine größere Sensibilität für das Thema.«

Für die Diagnose führen Ärztinnen und Ärzte oder Psychiaterinnen und Psychiater für Kinder- und Jugendliche ausführliche Gespräche mit dem Kind und den Eltern, nutzen Fragebögen, bewerten auch Informationen aus Kita oder Schule und führen Tests zur Aufmerksamkeit durch. Außerdem werden andere mögliche Ursachen für die außergewöhnlichen Verhaltensweisen ausgeschlossen. Die Diagnose im Kindesalter bedeutet in der Regel: ein Leben lang mit ADHS. Allerdings können viele Erwachsene besser mit den Herausforderungen in Alltag und Beruf umgehen, auch weil sie entsprechende Strategien entwickelt haben.

Passend zum Kind

Die richtige Behandlung hängt vom Kind und seinen Symptomen ab. Bei leichter ADHS genügt es oft, die Eltern zu schulen: Was bedeutet ADHS, wie fördere ich mein Kind, wie setze ich Grenzen? Sind die Symptome stärker ausgeprägt und kommt es häufig zu sozialen oder schulischen Problemen, kann zusätzlich eine Verhaltens- oder Familientherapie notwendig sein. Auch schulische Maßnahmen, wie Bewegungspausen oder auch Hilfen bei schriftlichen Arbeiten, können das Kind unterstützen. Wenn solche Maßnahmen nicht ausreichen und es sehr häufig zu Konflikten mit Familie, Freunden und der Umwelt kommt, können Medikamente eingesetzt werden, darunter Methylphenidat, Atomoxetin oder Dexamphetamin. Nur wenn ein Kind außerordentlich hyperaktiv ist und den Alltag kaum bewältigen kann oder wenn schwere psychische Begleiterkrankungen bestehen, kann eine kurzzeitige Behandlung in einer Klinik erwogen werden, um die Symptome abzumildern.

Einflüsse aus der Umwelt?

Einige Forschende argumentieren, dass vor allem gesellschaftliche Faktoren das Risiko für ADHS beeinflussen, wie Reizüberflutung, Bewegungsmangel, Leistungsdruck und veränderte Familienstrukturen. Diese Probleme führten zu einem Anstieg von Kindern und Jugendlichen mit ADHS. Doch dafür gibt es bisher keine wissenschaftlichen Beweise. Ähnlich ist es mit anderen Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol oder Drogenkonsum während der Schwangerschaft: Einzelne Studien deuten auf einen möglichen Einfluss dieser Risikofaktoren hin, doch sichere Belege fehlen bisher.

Dagegen gehen viele Fachleute davon aus, dass die genetische Veranlagung eine Rolle spielt: Kinder, deren Vater oder Mutter oder beide Eltern an ADHS erkrankt sind, haben ein höheres Risiko für ADHS. Das bedeutet aber nicht, dass dieses Kind mit Sicherheit ADHS bekommen wird. Studien deuten zudem darauf hin, dass bei Menschen mit ADHS der Transport bestimmter Botenstoffe im Gehirn verändert ist: in Regionen, die für Lernen und Gedächtnis wichtig sind. Insgesamt vermuten Forschende heute, dass eine genetische Veranlagung zusammen mit äußeren Einflüssen zu ADHS führt.

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



Zwischen Licht und Schatten



WENN ein Kind chronisch krank oder behindert ist, verändert das das Familienleben nachhaltig – auch für die gesunden Geschwisterkinder. Marian Grau war neun Jahre alt, als sein älterer Bruder starb. Marlon war aufgrund eines Gendefekts schwerbehindert. Seine Bedürfnisse, seine Pflege bestimmten über Jahre das Familienleben. »Seine schwere Behinderung hat auch meine Kindheit ganz stark geprägt«, sagt Marian Grau heute. Der Student spricht und schreibt freimütig über seine Erfahrungen. Die Welt seiner Kindheit »war klein und in alle Himmelsrichtungen begrenzt«, so formuliert er es in einem Essay. Und doch wurde aus ihm nicht, »was viele Menschen ein ›Schattenkind‹ nennen: ein kleiner Bruder, der im Schatten seines kranken Bruders« steht und aufwächst. Im Gegenteil: »Ich bin trotzdem ein Gewinner. Nein. Nicht trotzdem. Genau deswegen.«

Viel Zeit, Aufmerksamkeit und Kraft

Die schwere Erkrankung oder die Behinderung eines Kindes stellt den Familienalltag auf den Kopf. Vieles dreht sich dann um Behandlung und Pflege, um Arztbesuche oder Klinikaufenthalte. Die Pflege eines behinderten Kindes nehme »sehr viel Zeit, Aufmerksamkeit und Kraft in Anspruch«, schreibt Bárbara Zimmermann, Mutter eines behinderten und zweier nicht behinderter Kinder, in einem Blogbeitrag. »Das kann am Leben einer Familie stark rütteln.«

Wenn die Eltern alle Hände voll damit zu tun haben, sich um das beeinträchtigte Kind zu kümmern, kann das zulasten der gesunden Geschwister gehen. Zu der Angst, der Gesundheitszustand der Schwester oder des Bruders könnte sich weiter verschlimmern, kommt bei den Geschwistern die Erfahrung, dass ihre Eltern sie nicht immer so unterstützen können, wie sie es sich wünschen würden. Auch Familienaktivitäten oder -urlaube unterliegen oft krankheitsbedingten Einschränkungen. Marian Graus Familie etwa verbrachte die Ferien im Kinderhospiz, denn Urlaubsreisen ans Meer oder in die Berge waren mit Marlon nicht möglich.

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



Naomi Miller hat als Kind schöne gemeinsame Erlebnisse mit ihren Eltern vermisst, erzählt sie in einem Podcast. Bei ihrem jüngeren Bruder hatten Geburtskomplikationen zu einer schweren Behinderung geführt. Vor diesem Hintergrund habe es für sie und ihre Bedürfnisse »nicht so viel Platz« gegeben. Das Verhältnis zu ihren Eltern war irgendwann so angespannt, dass sie aufhörte, sie Mama und Papa zu nennen.

Wenn die psychische Gesundheit leidet

Schätzungen zufolge leben in Deutschland zwischen 1,2 und zwei Millionen Kinder mit einem schwerkranken oder behinderten Geschwister. Dr. Alice Schamong, Leitende Psychologin an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin der Uniklinik Köln, hat sich eingehend mit den Erfahrungen und dem Unterstützungsbedarf von Kindern befasst, die ein Geschwister mit einem angeborenen Herzfehler haben. Ihre Auswertung internationaler Studien ergab: Bei etwa jedem dritten dieser gesunden Geschwisterkinder waren Einbußen bei der Lebensqualität zu verzeichnen, bis zu 40 % wiesen Anzeichen für eine Beeinträchtigung der psychosozialen Gesundheit auf.

Pflegewissenschaftlerin Prof. Dr. Christiane Knecht von der FH Münster ist selbst mit einer chronisch kranken Schwester aufgewachsen. In ihrer Doktorarbeit bestätigt sie, dass die elterliche Aufmerksamkeit für die gesunden Geschwister häufig »durch die Sorge um das von Krankheit betroffene Kind überlagert« werde. Für Kinder und Jugendliche, die mit einem behinderten oder chronisch schwer kranken Geschwisterkind aufwachsen, bedeutet das unter Umständen: Sie müssen sich schon früh anpassen und die eigenen Wünsche und Bedürfnisse häufiger zurückstellen.

Ambivalente Gefühle

Die gesunden Geschwister werden aus diesem Grund oft als ›Schattenkinder‹ oder ›Glaskinder‹ bezeichnet. Dabei schwingt mit, dass sie häufig übersehen werden, weniger Aufmerksamkeit bekommen und im Schatten des beeinträchtigten Geschwisters stehen. Tatsächlich kann auf gesunden oder nicht behinderten Geschwistern der Druck lasten, funktionieren zu müssen. Um ihre Eltern zu entlasten, übernehmen sie Aufgaben im Haushalt, helfen bei der Versorgung des beeinträchtigten Geschwisterkindes, erledigen eigene Verpflichtungen, wie Schulaufgaben, früh selbstständig und stellen eigene Bedürfnisse zurück. Obwohl sie ihre Schwester oder ihren Bruder lieben, empfinden sie aufgrund der besonderen familiären Situation nicht selten Wut, Neid, Angst, Eifersucht oder Scham. Auch diese widersprüchlichen Gefühle können sehr belastend sein.

Andererseits entwickeln Schattenkinder oft Bewältigungsstrategien, gestalten ihr ganz spezielles Familienleben aktiv mit und erwerben dabei wichtige soziale Kompetenzen, betont Pflegewissenschaftlerin Knecht. Da – anders als z. B. bei Heranwachsenden, die ihre Eltern pflegen – die Hauptverantwortung für die Versorgung des pflegebedürftigen Geschwisters nicht bei ihnen liege, empfänden sie ihr Engagement häufiger als freiwillig und selbst gewählt.

Aus dem Schatten

Daneben gibt es Faktoren, die verhindern, dass aus Geschwistern ›Schattenkinder‹ werden: ein starker Familienzusammenhalt, Empathie, eine offene, altersangemessene Kommunikation über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten des betroffenen Geschwisters sowie gemeinsame Familienaktivitäten und regelmäßige ›Alleinzeit‹ mit dem gesunden Kind. Eltern sollten »zur Vorbeugung von Geschwisterkonflikten auf eine möglichst faire und somit gleiche Behandlung ihrer Kinder achten«, empfiehlt Schamong. Dazu gehöre auch, dass beispielsweise ein Kind mit einer Beeinträchtigung im Rahmen seiner Möglichkeiten »zu Hause dieselben Regeln befolgen muss wie seine gesunden Geschwister«. Eine wichtige Rolle spielt auch soziale Unterstützung außerhalb des Familienkreises: Der Zugang zu einer Peer-Gruppe mit gemeinsamen Erfahrungen von klein auf kann zu einer besseren psychischen Gesundheit und mehr Wohlbefinden beitragen, so das Ergebnis einer britischen Interviewstudie.



Es gibt immer mehr Angebote, Hilfen und Unterstützung für Geschwister von Menschen mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung. Beispielsweise hat das gemeinnützige Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg mit dem ›GeschwisterClub‹ ein modulares Präventionskonzept für die psychische Gesundheit von Geschwistern entwickelt. Unterschiedliche Träger, Stiftungen und Bildungseinrichtungen bieten Ferien- oder Tagesfreizeiten, gemeinsame Wochenenden, Workshops und Gesprächsgruppen für Kinder und Jugendliche an. Für eine bundesweite Suche nach solchen Angeboten stellt die ›Stiftung Familienbande‹ eine Online-Datenbank zur Verfügung (*stiftung-familienbande.de*). Mit *geschwisternetz.de* hat die Bundesvereinigung Lebenshilfe ein soziales Netzwerk für Kinder und Jugendliche mit Geschwistern mit Behinderung initiiert.

Ein geschützter Raum für Geschwister

Geschwister bleibt man ein Leben lang – und auch als Erwachsene stehen die gesunden Schwestern und Brüder oft weiterhin vor großen Herausforderungen. Für sie gibt es z. B. Informationen auf *erwachsene-geschwister.de*, unter anderem zu Online-Treffen und Stammtischen, und unter *blickpunktgeschwister.de* bieten mehrere selbst Betroffene, darunter auch Naomi Miller, (kostenpflichtige) Workshops an.

Wie wichtig der Austausch mit anderen ist, weiß auch Marian Grau. Gemeinsam mit dem Verein Philip Julius e. V., der Familien mit mehrfach schwerstbehinderten Kindern unterstützt, hat er darum das Programm ›Von Geschwistern für Geschwister‹ ins Leben gerufen. Regelmäßige Treffen bieten Kindern, wie Marian eines war, einen geschützten Raum, um ihre Erfahrungen und Sorgen, aber auch positive Erlebnisse zu teilen. Für sein Engagement haben das Deutsche Studierendenwerk und der Deutsche Hochschulverband ihn als ›Student des Jahres 2026‹ ausgezeichnet. Für ihn sei das Aufwachsen mit einem beeinträchtigten Geschwister Herausforderung und Bereicherung zugleich gewesen, meint er. Er und viele andere Geschwister wie er seien, so sagt Marian heute, »das beste Beispiel dafür, dass man auch im Schatten reifen kann«.



Glück auf dem Stundenplan

IMMER MEHR Kinder und Jugendliche fühlen sich psychisch belastet. Kann Schule dazu beitragen, ihre seelische Gesundheit zu stärken? An rund 500 Schulen hierzulande steht Glück auf dem Stundenplan. Ein Faden, ein paar Knoten – und plötzlich wird sichtbar, was ein Kind schon alles geschafft hat. Im ›Schulfach Glück‹ steht jeder Knoten für ein bewältigtes Ereignis. Die Kinder erzählen, was passiert ist und welche Stärken ihnen geholfen haben. So lenkt eine einfache Übung den Blick auf persönliche Ressourcen.

Genau darum geht es Prof. Dr. Ernst Fritz-Schubert. Der Oberstudiendirektor entwickelte 2007 an der beruflichen Willy-Hellpach-Schule in Heidelberg das ›Schulfach Glück‹. Schülerinnen und Schüler sollen lernen, bewusster mit sich selbst, ihren Stärken, Zielen und Beziehungen umzugehen. Schubert erinnert sich: »Als Schulleiter hatte ich oft mit Schülerinnen und Schülern zu tun, die nicht zu den Gewinnern, sondern zu den Verlierern des Lebens gehörten.« Disziplinierungsmaßnahmen, so seine Erfahrung, motivierten nicht und halfen kaum, Talente und Stärken zu entwickeln. Er setzte stattdessen auf Erkenntnisse der Positiven Psychologie.

Aufblühen und Potenziale entfalten

Dass dieser Ansatz einen ernsten Hintergrund hat, zeigen aktuelle Zahlen. Nach dem Deutschen Schulbarometer 2025/26 weisen 25% der befragten Schülerinnen und Schüler psychische Auffälligkeiten auf oder liegen im Grenzbereich. 16% fühlen sich in der Schule nur wenig wohl. Für Bildungswissenschaftler Prof. Dr. Henrik Saalbach von der Universität Leipzig ist das besorgniserregend: »Schulisches Wohlbefinden ist eine zentrale Voraussetzung für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.«

Auch der Psychologe Dr. Tobias Rahm hält es für wichtig, Wohlbefinden im Schulalltag bewusst Raum zu geben. »Davon profitieren Schülerinnen und Schüler weit über die Vermeidung psychischer Probleme hinaus. Es geht auch darum, Potenziale zu entfalten, aufzublühen und die Voraussetzungen für eine glückliche und gelingende Lebensgestaltung zu schaffen.«

Wie das gelingen kann, erprobte Rahm mit mehr als 500 Kindern an Braunschweiger Grundschulen. Spielerisch ging es etwa um Achtsamkeit, Stress und Angst, Selbstbewusstsein oder die Wahrnehmung von Gefühlen. Die Evaluation zeigte Hinweise auf individuell unterschiedliche Wirkungen.

Positive Beispiele im Ausland

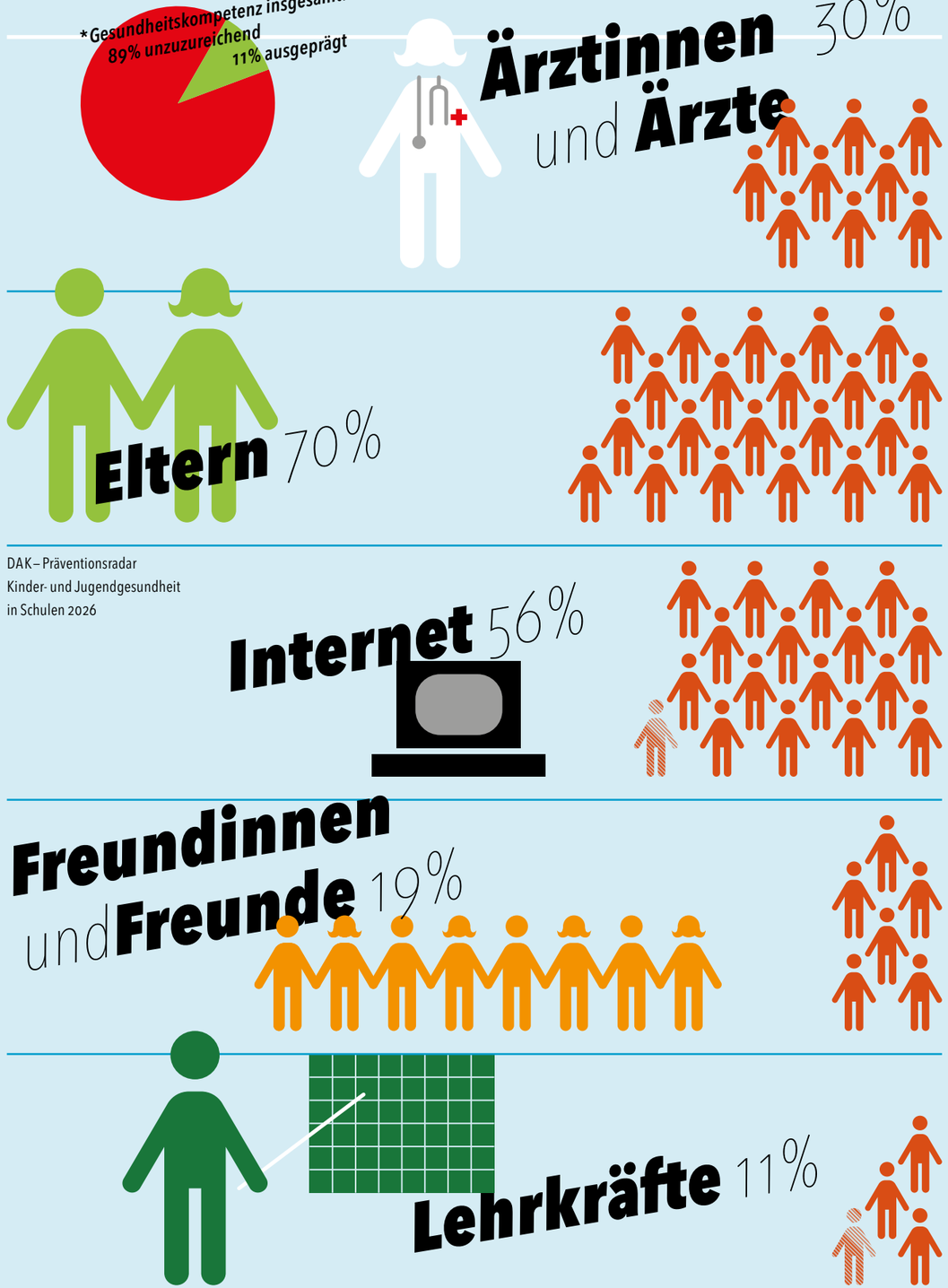
Andere Länder haben die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen längst fest in ihren Lehrplänen verankert. In Finnland gehören entsprechende überfachliche Kompetenzen zum Unterricht, darunter Selbstfürsorge, Alltagskompetenz und soziale Interaktion. Norwegen hat ›Gesundheit und Lebensbewältigung‹ als verbindliches Querschnittsthema eingeführt, bei dem es unter anderem um psychische Gesundheit, den Umgang mit Gefühlen, Beziehungen sowie Erfolg und Misserfolg geht.

Für Rahm steht fest: »Die Förderung von Wohlbefinden und psychischer Gesundheit braucht einen festen Platz in unseren Schulen – am besten mit mindestens zwei Wochenstunden in jedem Jahrgang.« Saalbach sieht dagegen vor allem den Fachunterricht als wichtigen Hebel: Wertschätzende Rückmeldungen, angemessene Anforderungen, ein respektvolles Klima und Mitbestimmung gingen mit besseren Lernleistungen und höherem Wohlbefinden einher.

Entscheidend ist nicht so sehr, ob Deutschland ein Pflichtfach ›Glück‹ braucht, sondern welchen Platz Emotionsregulation, Empathie, Selbstwirksamkeit und der Umgang mit Rückschlägen im Schulalltag erhalten. Schule ersetzt weder Therapie noch professionelle Hilfe. Sie kann aber Fähigkeiten vermitteln, die Kinder und Jugendliche stärken.

Peter Büttner ist Dipl.-Sozialwissenschaftler und Autor für sozial- und gesundheitspolitische Themen.
briefkasten@buettner-pr.de





DAK – Präventionsradar Kinder- und Jugendgesundheit in Schulen 2026

Medizinprodukteverordnung: Das soll sich ändern

MEDIZINPRODUKTE müssen den rechtlichen Anforderungen der Medizinprodukteverordnung (EU) 2017/745 (MDR) entsprechen, um in der Europäischen Union vermarktet werden zu können. Aktuell werden weitreichende Änderungen der MDR diskutiert, die die Europäische Kommission vorgeschlagen hat. Mangelhafte Medizinprodukte wie Hüftimplantate mit hohem Metallabrieb oder toxischer Metallkorrosion, schadhafte Defibrillatorelektroden oder instabile Bandscheibenimplantate haben in der Vergangenheit viele Patientinnen und Patienten teilweise schwer geschädigt. Die Medizinprodukteverordnung (MDR), die 2017 in Kraft getreten ist, sollte die Grundlage schaffen, um solche Fälle künftig zu verhindern und Patientinnen und Patienten besser zu schützen.

Ziele der MDR

Mit der MDR sollten die regulatorischen Mängel der damals geltenden europäischen Medizinprodukterichtlinien (90/385/EWG und 93/42/EWG) behoben und ein hohes Gesundheitsschutzniveau bei der Verwendung von Medizinprodukten für Patientinnen, Patienten, Anwenderinnen und Anwender sichergestellt werden. Dieses Ziel sollte den gleichen Stellenwert erhalten wie das reibungslose Funktionieren des europäischen Binnenmarktes.

Die MDR definiert insbesondere höhere Anforderungen an klinische Nachweise, ein einheitliches, hohes Qualitätsniveau der prüfenden Benannten Stellen, die zuverlässige Rückverfolgbarkeit von Produkten bei Sicherheitsrisiken und eine höhere Transparenz durch eine zentrale Datenbank EUDAMED. In der Datenbank sollen alle zentralen Informationen zur CE-Zertifizierung und Überwachung von Medizinprodukten zusammenfließen.

Zeitverzug in der Umsetzung

Obwohl vor neun Jahren in Kraft getreten, läuft die Umsetzung der Medizinprodukteverordnung nur schleppend und ist längst noch nicht abgeschlossen. Ursprünglich vorgesehene Übergangsfristen für CE-Zertifikate wurden immer wieder verlängert – inzwischen teilweise sogar bis zum Jahr 2028. Die Fertigstellung der EUDAMED-Datenbank war ursprünglich für Mai 2020 vorgesehen. Bis heute fehlen jedoch noch wichtige Module, darunter z.B. eines zur Überwachung von Medizinprodukten nach ihrem Inverkehrbringen. Dieses soll zu mehr Transparenz beitragen und im Schadensfall eine bessere Nachverfolgbarkeit ermöglichen.

Hersteller kritisierten wiederholt, dass die gestiegenen regulatorischen Anforderungen erheblich mehr Zeit und Geld kosten. Sie warnten vor Versorgungsengpässen durch den Wegfall bestimmter Medizinprodukte. Bis heute gibt es keine systematisch erhobenen Daten, anhand derer sich transparent beurteilen lässt, ob und in welchem Ausmaß die MDR zu Versorgungsengpässen bei Medizinprodukten geführt hat.



Richtungswechsel geplant

Auch wenn die Umsetzung der MDR noch nicht abgeschlossen ist und ihre Wirkung längst nicht belastbar bewertet werden kann, zeichnet sich ein deutlicher Richtungswechsel ab. Hauptanliegen der Änderungsvorschläge der Europäischen Kommission scheint die Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit europäischer Hersteller zu sein – insbesondere kleiner und mittlerer Unternehmen. Zahlreiche Erleichterungen und Vereinfachungen für Hersteller von Medizinprodukten machen deutlich, dass die Europäische Kommission den Wünschen der Hersteller weit entgegengekommen ist.

Geringere Sicherheit?

Die Einbindung von Benannten Stellen in die CE-Zertifizierung von Medizinprodukten mit mittlerem Risiko (IIa und IIb, z.B. Beatmungsgeräte, Infusionspumpen, Hörgeräte oder viele Katheter) soll verringert werden.

Fehlende bzw. nicht belastbare klinische Daten waren ein zentraler Kritikpunkt bei den Medizinprodukteskandalen. Daher wurde die Verpflichtung zur Durchführung klinischer Prüfungen bei Medizinprodukten mit einem hohen Risiko (Implantate sowie Produkte der Klasse III, z.B. Herzschrittmacher, künstliche Gelenke) in die MDR aufgenommen. Diese soll gekippt werden und die CE-Zertifizierung auf der Grundlage klinischer Daten vergleichbarer Konkurrenzprodukte wieder möglich sein.

Mit der MDR wurden verbindliche Fristen für die Überprüfungen der Hersteller durch die Benannten Stellen (Audits) eingeführt. Hintergrund war z.B. der Brustimplantateskandal, bei dem diese Audits als unzureichend eingeschätzt wurden. Auch hier senkt der Änderungsvorschlag das Sicherheitsniveau und sieht nun vor, die Zeit zwischen zwei Überwachungsaudits bei unauffälligen Produkten von 12 auf bis zu 24 Monate zu verlängern. Unangekündigte Audits sollen nicht mehr alle fünf Jahre, sondern nur anlassbezogen durchgeführt werden.

Und auch das schlägt die Europäische Kommission vor: CE-Zertifikate für Medizinprodukte sollen künftig in der Regel zeitlich unbegrenzt gültig sein statt wie bisher maximal fünf Jahre. Es liegt im Ermessen der jeweiligen Benannten Stelle, unter Berücksichtigung des Risikos eines Produktes über die Geltungsdauer der Zertifizierung zu entscheiden.

Auch sollen Hersteller nicht mehr verpflichtet werden, sicherheitsrelevante Produktinformationen bzw. Gebrauchsanweisungen auf ihrer Internetseite öffentlich zugänglich bereitzustellen.

Gesundheitseinrichtungen sind in der Regel verpflichtet, Patientinnen und Patienten nach Implantation eines Medizinproduktes einen Implantationsausweis (mit allen wichtigen Produktinformationen) auszustellen. Nur wenige Implantatgruppen waren bei Einführung der MDR davon ausgenommen. 2026 wurde diese Auflistung bereits erweitert, und durch den Änderungsvorschlag können künftig noch mehr Ausnahmen möglich werden.

Mehr Transparenz

Die Europäische Kommission regt zudem Regelungen an, die zu mehr Transparenz und Versorgungssicherheit beitragen könnten, wie die folgenden Beispiele zeigen.

Hersteller sollen künftig Sicherheitslücken in Medizinprodukten melden müssen, sobald diese für Cyberangriffe ausgenutzt werden können.

In Ausnahmefällen, wenn dies z.B. zum Schutz der öffentlichen Gesundheit notwendig ist, können Medizinprodukte ohne gültige CE-Zertifizierung mit Genehmigung der zuständigen Behörde zur Anwendung kommen. Zukünftig sollen solche nationalen Sonderzulassungen veröffentlicht und zeitlich limitiert werden.

Ausblick

Bevor weitreichende Änderungen auf den Weg gebracht werden, sollte zunächst eine belastbare Evaluation der MDR, ihrer Umsetzung und ihrer Auswirkungen durchgeführt und deren Ergebnisse abgewartet werden. Mögliche Anpassungen sollten auf einer soliden Datenbasis beruhen, gezielt erfolgen und stets dem übergeordneten Ziel des Schutzes der Patientensicherheit verpflichtet sein.

Medizinprodukte werden – auch durch die zunehmende Integration von Software – immer schneller weiterentwickelt. Dies führt zu einer schwer überblickbaren Modellvielfalt.

Weniger strenge gesetzliche Vorgaben könnten diese Entwicklung weiter verstärken. Ein nachhaltiges Gesundheitssystem braucht Medizinprodukte, deren Sicherheit und klinischer Nutzen nach dem aktuellen Stand der medizinischen und medizintechnischen Erkenntnisse belastbar geprüft und nachgewiesen sind. Dies gilt insbesondere für Implantate und andere Hochrisikoprodukte.

Die auf der Website des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) veröffentlichten Herstellermaßnahmen, z. B. zu bestimmten Gelenkimplantaten, Herzschrittmachern, Herzklappen oder Stentsystemen, verdeutlichen, dass bereits geringfügige Änderungen an Material, Beschichtung, Größe oder Design schwerwiegende Vorkommnisse zur Folge haben können.

Insbesondere die Fertigstellung und vollständige Funktionsfähigkeit der Datenbank EUDAMED gehört dringend in den Fokus. Nur durch eine umfassende Datenbasis können Transparenz geschaffen, potenzielle Probleme frühzeitig erkannt und gezielte Lösungen entwickelt werden. Dabei muss insbesondere ein nutzerfreundlicher Zugang zu allen relevanten Informationen für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige der Gesundheitsberufe gewährleistet sein.

Die Änderungsvorschläge der Europäischen Kommission geben in Teilen Anlass zu der Befürchtung, dass das formulierte Ziel eines hohen Sicherheitsniveaus abgeschwächt werden und neue Risiken entstehen könnten. Wann und in welchem Umfang sie umgesetzt werden, ist derzeit noch unklar.

Sigrun Most-Ehrlein
ist Leitende Fachexpertin, Kompetenzfeld Medizinprodukte, beim MD Bund.
sigrun.most@md-bund.de



Dr. **Martin Wieland**
ist Senior-Fachexperte, Kompetenzfeld Medizinprodukte, beim MD Bund.
martin.wieland@md-bund.de



Patientensicherheit: Jeder Fehler zählt

VERMEIDBARE Gesundheitsschäden und Behandlungsfehler werden in Deutschland nicht zentral erfasst. Unzureichende Patientensicherheit verursacht viel menschliches Leid und kostet das Gesundheitssystem Milliarden Euro. Notwendig sind mehr Transparenz und systematische Fehlerprävention. 11 735 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der Medizinische Dienst im Jahr 2025 bundesweit erstellt. In 3098 Fällen stellten die Gutachterinnen und Gutachter einen Behandlungsfehler mit Schaden fest. In 2700 Fällen war der Fehler ursächlich für den erlittenen Schaden. In 97 Fällen hat der Fehler zum Tod geführt oder wesentlich dazu beigetragen – das sind die Kernzahlen der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung des Medizinischen Dienstes.

Diese Zahlen zeigen jedoch nur einen kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Fehlergeschehens. Die genaue Zahl der Patientinnen und Patienten, die jedes Jahr geschädigt werden, ist nicht bekannt. Aber wissenschaftliche Untersuchungen legen nahe, dass es bei etwa 2 bis 4% der stationären Behandlungen zu vermeidbaren Schadensereignissen kommt. Auf Deutschland übertragen entspricht das einer Größenordnung von rund 350 000 bis 700 000 Ereignissen pro Jahr.

Unnötiges Leid und hohe Kosten

Unsichere Versorgung verursacht nicht nur unnötiges menschliches Leid, sondern auch erhebliche Folgekosten, die durch zusätzliche Operationen, Medikamente, längere Krankenhausaufenthalte, vorübergehende und dauerhafte Gesundheitsschäden sowie durch Pflegebedürftigkeit und Arbeitsausfälle verursacht werden. Verschiedene Hochrechnungen der Organisation für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD) zeigen, dass von Kosten in Milliardenhöhe auszugehen ist: Die OECD schätzt, dass in hochentwickelten Ländern rund 15% der Kosten des Gesundheitssystems auf unerwünschte Zwischenfälle in der stationären Versorgung zurückzuführen sind. Das wären allein in Deutschland rund 16,7 Mrd. Euro. Nicht jeder unerwünschte Zwischenfall ist ein Behandlungsfehler, der sich vermeiden lässt, aber die, die man vermeiden kann, sollte man verhindern.

»Wir diskutieren intensiv über steigende Beitragssätze, Finanzierungslücken und Einsparpotenziale. Dann ist auch darüber zu sprechen, wie viele Ressourcen durch vermeidbare Schäden in Medizin und Pflege gebunden werden«, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund. »Jeder vermeidbare Schaden, den wir verhindern, bedeutet weniger Leid und vermeidet unnötige Folgekosten. Mehr Patientensicherheit ist deshalb auch eine Frage der Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitswesens.«

Systematische Maßnahmen zur Fehlervermeidung sollten daher gesetzlich eingeführt und umgesetzt werden. Dazu gehören ein obligatorisches, pseudonymisiertes und sanktionsfreies Meldesystem für schwere, aber eindeutige Schadensereignisse sowie die Pflicht zur Offenheit der Leistungserbringenden. Behandelnde müssen gesetzlich verpflichtet werden, Patientinnen und Patienten auch ohne Nachfrage umgehend zu informieren, wenn bei einer Behandlung etwas Unerwünschtes passiert ist und es Anhaltspunkte dafür gibt, dass ein Behandlungsfehler die Ursache sein könnte.

Aktuelle Zahlen

Die Ergebnisse der aktuellen Jahresstatistik zur Behandlungsfehlerbegutachtung des Medizinischen Dienstes ähneln in ihrer Grundstruktur denen der Vorjahre. In 26,4% der Fälle (3098 Fälle) stellten die Gutachterinnen und Gutachter einen Behandlungsfehler mit einem Schaden fest. In 23% der Fälle (2700) konnte der Medizinische Dienst nachweisen, dass der Behandlungsfehler ursächlich für den erlittenen Schaden war.

Dr. **Charlotte Hölscher**
ist Fachexpertin, Kompetenzfeld Patientensicherheit, beim MD Bund.
charlotte.hoelscher@md-bund.de



»Diese Unterscheidung ist für die Betroffenen wesentlich«, sagt Dr. Christine Adolph, Leitende Ärztin und stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bayern: »Denn ein Fehler allein begründet noch keinen Anspruch auf Schadensersatz. Erst wenn die Kausalität nachgewiesen ist, haben Patientinnen und Patienten eine Grundlage, um Schadensersatzansprüche geltend zu machen.« Aber auch dann, wenn ein Vorwurf nicht bestätigt wird, hilft das den Betroffenen, damit sie das Geschehene einordnen und verarbeiten können.



Betroffene Fachgebiete

Zwei Drittel der Behandlungsfehlervorwürfe (7633 Fälle) betrafen die stationäre Versorgung, überwiegend im Krankenhaus. Ein Drittel (4073 Fälle) entfiel auf den ambulanten Bereich. Allerdings lässt dies keine Rückschlüsse auf die Fehleranfälligkeit der Sektoren zu. Es spricht mehr dafür, dass Fehler bei chirurgischen Eingriffen von Patientinnen und Patienten leichter erkannt und vorgeworfen werden können als z. B. Medikationsfehler.

29,6% der Vorwürfe (3476) entfielen auf Orthopädie und Unfallchirurgie, gefolgt von Innerer Medizin und Allgemeinmedizin (10,6%), Frauenheilkunde und Geburtshilfe (9,4%), Zahnmedizin (8,9%) sowie Allgemein- und Viszeralchirurgie (8,2%). 6,6% der Vorwürfe betrafen die Pflege, 26,7% weitere Fachgebiete. Die Häufung in einzelnen Bereichen lässt keinerlei Rückschlüsse auf die Sicherheit zu. Sie sagt nichts über die Fehlerquote aus. Eine Häufung zeigt lediglich, dass Patientinnen und Patienten auf Behandlungsergebnisse reagieren, wenn diese nicht ihren Erwartungen entsprechen und sie daher eher ein Schadensereignis vermuten.

Never Events: schwerwiegend, aber vermeidbar

Wie wichtig verlässliche Sicherheitsbarrieren sind, zeigt der Blick auf die sogenannten Never Events. Gemeint sind seltene, aber schwerwiegende Schadensereignisse, die klar definiert und sicher vermeidbar sind. Dazu gehören Patienten- oder Seitenverwechslungen, im Körper zurückgelassenes Fremdmaterial nach einer Operation oder schwere Medikationsfehler. Die Gutachtenden der Medizinischen Dienste haben 2025 insgesamt 150 Never Events festgestellt. In knapp 50 Fällen kam es zu Verwechslungen, in 35 Fällen wurde Fremdmaterial im Körper der Patientinnen und Patienten vergessen. Außerdem wurden 25 Medikationsfehler festgestellt, die einen Schaden verursacht haben.

Solche Fehler machen deutlich, dass grundlegende Sicherheitsvorkehrungen entweder nicht zuverlässig funktioniert haben oder nicht angewendet wurden. Die Vorfälle zeigen, dass eine Einrichtung ihre Abläufe überprüfen und verbessern muss. Wichtige Schutzmaßnahmen sind z. B. Identifikationsbänder, ein Team-Time-out vor einer Operation, Zählkontrollen oder elektronische Warnsysteme. Werden diese Sicherheitsbarrieren nicht eingesetzt oder versagen sie, kann das für die betroffene Person schwerwiegende Folgen haben.

Der Medizinische Dienst Bund setzt sich deshalb für eine verpflichtende und bundesweit einheitliche Meldung von Never Events ein. Diese muss anonym, sanktionsfrei und unabhängig von haftungsrechtlichen Fragen möglich sein. Ziel einer Meldung ist es nicht, einzelne Beschäftigte an den Pranger zu stellen. Es geht darum, Ereignisse systematisch zu erfassen, Ursachen zu analysieren und wirksame Präventionsmaßnahmen zu entwickeln, um derartige Zwischenfälle in Zukunft zu vermeiden.

Aus Fehlern lernen

Fehler lassen sich in einem komplexen Gesundheitswesen nicht vollständig vermeiden. Entscheidend ist daher, die Bedingungen zu erkennen, unter denen sie entstehen, und ihre Wiederholung zu verhindern. Dazu gehören eine offene Kommunikation, die Meldung von Risiken sowie klare und verlässliche Sicherheitsstandards. Auch der Faktor Mensch spielt eine wichtige Rolle: Wer unter hoher Verantwortung und Zeitdruck arbeitet oder mit unübersichtlichen Prozessen umgehen muss, ist auf eine gute Organisation und klare Abläufe angewiesen.

Die Jahresstatistik ist weder eine Rangliste besonders fehleranfälliger Fachgebiete noch eine Abbildung der Versorgungsqualität. Sie schafft Transparenz darüber, wie Versicherte ein gesetzlich verankertes Unterstützungsangebot wahrnehmen, und macht deutlich: Krankenhäuser, Praxen, Pflegeeinrichtungen, Kostenträger und Politik müssen durch gute Organisation gemeinsam für eine sichere Versorgung sorgen. Jeder verhinderte Schaden erspart Leid und hilft, knappe Mittel dort einzusetzen, wo sie gebraucht werden.

Jahresstatistik unter www.md-bund.de

Deepfakes im Gesundheitswesen

Es werden immer mehr und sie werden immer perfekter: Deepfakes – mithilfe künstlicher Intelligenz (KI) täuschend echt erzeugte Bilder, Videos oder Audios. Kriminelle stehlen die Identität prominenter Mediziner, um ahnungslose Menschen abzuzocken. Doch es formiert sich Widerstand. Der Begriff Deepfakes kombiniert hochentwickeltes maschinelles Lernen (›Deep Learning‹) mit Fälschung (›Fake‹). Auf Plattformen wie TikTok oder Instagram, Chat-Diensten wie WhatsApp, in der Google-Suche, aber auch im Kleinanzeigen-Dschungel seriöser Medienportale wimmelt es von Deepfakes, die mit dem Renommee bekannter Ärztinnen und Ärzte Kasse machen.

Es geht um überteuerte ›Wundermittel‹, die Probleme mit Übergewicht, Diabetes, Blutdruck, Gelenkschmerzen oder Potenz mühelos und ohne Rezept lösen.

Ein prominentes Opfer des Identitätsdiebstahls ist der Medizinjournalist und Arzt Dr. Eckart von Hirschhausen. Er wehrt sich juristisch und öffentlich. »Glauben Sie mir nicht, wenn ich Ihnen Medikamente verkaufe«, warnte er in einer ARD-Dokumentation über die Deepfake-Mafia. Das dürfte er ohnehin nicht: Das Heilberufegesetz verbietet es, die ärztliche Autorität für Produktempfehlungen zu verwenden. Für die *Apotheken-Umschau* war Hirschhausen zuletzt das Gesicht einer Kampagne gegen ›Medfakes‹. Mitstreiter sind unter anderen ›TV-Ernährungs-Doc‹ Dr. Matthias Riedl und die im Fernsehen und in sozialen Netzwerken als ›Doc Caro‹ bekannte Notfallmedizinerin Dr. Carola Holzner.

Hase und Igel lassen grüßen

Neben der massiven Zunahme bereitet es Riedl Sorgen, dass Bilder und Töne aus Videos oder TV inzwischen täuschend echt manipuliert werden können. »Manchmal brauche ich selbst eine oder zwei Sekunden, um zu erkennen, dass ich das nicht sage. Meine Frau vielleicht vier. Menschen, die mich nicht kennen, zweifeln gar nicht erst«, sagte er der *Apotheken Umschau*. Holzner sieht sich einer Flut von Anfragen oder Beschwerden ausgesetzt, die auf das Konto ihres Fake-Doubles gehen, das erfolgreich so teure wie nutzlose Abnehmpillen bewirbt. Sie ärgert sich, dass die Plattformen an der Fake-Werbung verdienen. Und sie fordert: »Wenn KI-Inhalte mit meinem Gesicht auftauchen, müsste eigentlich sofort Kontakt mit mir aufgenommen werden.« Doch selbst wenn eine Plattform Inhalte löscht, tauchen diese leicht verändert schnell wieder auf – Hase und Igel lassen grüßen.

Der Missbrauch prominenter Köpfe und Stimmen ist das Eine. Die andere Seite sind die Betrogenen. »Verbraucherinnen und Verbraucher sind in gesundheitlichen oder persönlichen Krisensituationen häufig besonders empfänglich für zweifelhafte Gesundheitsversprechen«, erläutert der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv). »Ängste und Sorgen werden gezielt angesprochen, um sie zum Erwerb von Produkten zu bewegen, deren Wirksamkeit wissenschaftlich nicht belegt ist und die unter Umständen sogar gesundheitliche Risiken bergen.« Der Fakeshop-Finder der Verbraucherzentralen liefert Informationen, ob ein Anbieter bereits negativ aufgefallen ist. Auch die unabhängige Organisation MedWatch hilft online beim Entlarven großspuriger Heilsversprechen.

Kampagne gegen ›Medfakes‹

»Medfakes verleiten Menschen einerseits dazu, Geld für bestenfalls wirkungslose Präparate auszugeben. Andererseits bringen sie die betrogenen Menschen in Gefahr, wenn sie der Empfehlung nachgehen, die angepriesenen Produkte einnehmen und dafür ihre bisherigen Medikamente absetzen«, sagt der Arzt und Experte für Gesundheitskompetenz Prof. Dr. Kai Kolpatzik. Er befürchtet, dass die Deepfakes auch »das Vertrauen in die evidenzbasierte Medizin, in Ärztinnen und Ärzte sowie öffentliche Institutionen« untergraben und verschwörungstheoretische Narrative fördern – »etwa, dass das Gesundheitssystem und die Pharmaindustrie der Bevölkerung Wissen über wirkungsvolle Produkte vorenthalten«.

Wer bei den dubiosen Anbietern anbeißt, wird häufig von nicht in EU-Ländern ansässigen Callcentern unter Druck gesetzt. Selbst wenn es zu keinem Kauf kommt, können die Strippenzieher immer noch mit geschickt herausgekitzelten Gesundheitsdaten krumme Geschäfte machen. Weil niemand gerne zugibt, Betrügern aufgesessen zu sein, wirbt Kolpatzik dafür, »Betroffene und Betrogene aus der



Schamecke herauszuholen. Sichtbarkeit und wertschätzende Kommunikation helfen, damit andere nicht ebenfalls darauf reinfallen.«

›Trusted Flagger‹ melden Verstöße

Für alle in der EU aktiven Online-Dienste setzt seit Anfang 2024 der ›Digital Services Act‹ (DSA) die Regeln. Er sieht vor, dass vertrauenswürdige Hinweisgeber (›Trusted Flagger‹) den Plattformen illegale Inhalte melden können. In Deutschland gehört der vzbv zu den vier von der Bundesnetzagentur zertifizierten Trusted Flaggern. Der Verband meldet regelmäßig rechtswidrige Inhalte. »Darunter befinden sich auch Social-Media-Posts, in denen mit irreführenden Gesundheitsversprechen Produkte beworben werden, wie etwa Nahrungsergänzungsmittel oder KI-generierte Deepfakes«, erläutert vzbv-Digitalexperte Dennis Romberg. Allerdings sind laut DSA allein die Anbieter »dafür verantwortlich, über Mitteilungen zu entscheiden und, soweit gerechtfertigt, Inhalte zu entfernen«. Romberg sieht »dringenden Handlungsbedarf bei der konsequenten Durchsetzung bestehender Regelungen durch die Plattformen«. Zugleich müsse die EU-Kommission die Anbieter zur Einhaltung des DSA verpflichten.

Gesetz schreibt Kennzeichnung vor

Einen Ansatz bietet das neue KI-Gesetz der EU. Seit August müssen Deepfakes und andere mithilfe von KI generierte oder bearbeitete Inhalte eindeutig gekennzeichnet werden. Ausnahmen gelten für Satire, künstlerische oder private Inhalte, wenn sie keine Drittrechte verletzen. Bei Verstößen drohen Bußgelder von bis zu 15 Mio. Euro. Für das Durchsetzen der Transparenzvorschriften ist das KI-Büro der EU-Kommission gemeinsam mit den nationalen Behörden zuständig. Kritiker bemängeln, dass das Verfahren viel zu langsam ist – zumal für Betrüger, die in Echtzeit operieren und sich nicht um Gesetze scheren.

Mit dem Gesetz gegen digitale Gewalt will die Bundesregierung den Persönlichkeitsschutz über den EU-Rahmen hinaus verbessern. Der Entwurf sieht als einen von drei neuen Straftatbeständen die ›Verletzung von Persönlichkeitsrechten durch täuschende Inhalte‹ vor. Das Gesetz soll es den Betroffenen erleichtern, gegen Rechteverletzungen vorzugehen, und soll auch juristische Hürden für Account-Sperren senken.

Gesundheitskompetenz – ein Teil der Lösung

Auch bei der Bundesärztekammer (BÄK) ist das »zunehmende Aufkommen von Fake News und Deepfakes im medizinischen Bereich« ein Thema. Aktuell bereitet die Spitzenorganisation der Ärzteschaft eine Ergänzung ihrer ›Handreichung für Ärztinnen und Ärzte in sozialen Medien‹ vor. Belastbare Erkenntnisse zum konkreten Umfang des Missbrauchs liegen der Kammer nicht vor. Betroffene Ärztinnen und Ärzte will die BÄK jetzt bitten, Vorkommnisse zu dokumentieren und bei den Plattformen anzuzeigen. »Insbesondere bei strukturellen Desinformationsmustern, die über einen Einzelfall hinausgehen«, solle zudem die zuständige Landesärztekammer eingeschaltet werden.

Die Kammer empfiehlt zugleich, Patienten »durch Aufklärung und die Stärkung der Gesundheitskompetenz widerstandsfähiger gegen solche Falschinformationen zu machen«. Ein Anliegen, das Kai Kolpatzik seit Langem umtreibt: »Gesundheitskompetenz ist nicht nur die zentrale Schlüsselqualifikation für ein gesundes Leben, sondern kann im Zusammenspiel mit mehr Medienkompetenz auch dazu beitragen, Medfakes und anderen Onlinebetrügern das Wasser abzugraben.« Doch um die Gesundheitskompetenz ist es hierzulande schlecht bestellt. Laut einer gemeinsamen Studie der Technischen Universität München und des Wort & Bild-Verlages hat sie sich zwischen 2014 und 2024 um 20% verschlechtert. »Drei von vier Erwachsenen haben erhebliche Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen«, warnt Kolpatzik. Deshalb gehöre auch dieses Thema bei der anstehenden Debatte über Strukturreformen im Gesundheitswesen auf den Tisch.

Thomas Rottschäfer ist freier Journalist mit Schwerpunkt Gesundheitspolitik in Bonn.
info@satzverstand.de



Klare Erkenntnisse aus schmutzigem Wasser

DER BLAUE PLANET hat seinen Namen dem Wasser zu verdanken. Rund 71% der Erdoberfläche besteht aus Wasser. Davon sind allerdings nur etwa 0,008% für die Menschheit zugängliches Süßwasser und damit potenzielles Trinkwasser. Rund 4 Mrd. Menschen erleben mindestens einen Monat pro Jahr eine kritische Wasserknappheit. Im Jahr 2025 hatten weltweit etwa 2,2 Mrd. Menschen keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser. Die United Nations (UN) wollen dies ändern und haben sich zum Ziel gesetzt, dass der »allgemeine und gerechte Zugang zu einwandfreiem und bezahlbarem Trinkwasser für alle« bis zum Jahr 2030 erreicht werden soll – ebenso der Zugang zu angemessener und gerechter Sanitärversorgung. Dafür soll vor allem in die Bewirtschaftung von Süßwasserökosystemen und Abwasseraufbereitungseinrichtungen investiert werden.

Trinkwasserqualität ist lebenswichtig

Wie entscheidend die Trinkwasserqualität für ein gesundes Leben ist, zeigte bereits 1892 die Choleraepidemie in Hamburg. Rund 17 000 Menschen erkrankten damals an Cholera, deren Hauptsymptom Brechdurchfall ist; mehr als 8500 verstarben. Die Krankheit verbreitete sich rasant, weil das Trinkwasser direkt aus der Elbe gewonnen wurde, in die zuvor ungeklärte Abwässer eingeleitet worden waren. Verunreinigtes Wasser wurde so zur Hauptursache der Epidemie. Die Installation einer Filtrationsanlage hätte Tausende Menschenleben retten können, wurde jedoch aus Kostengründen verzögert. Dabei hatte der Mikrobiologe Robert Koch bereits 1884 den Cholera-Erreger nachweisen können und entdeckt, dass die Krankheit sich über verseuchtes Wasser ausbreitete. Im Zuge der Epidemie kam er als Experte nach Hamburg und griff angesichts des prekären Zustands zu strengen Hygienemaßnahmen: Er schloss die Hansestadt für Handel und Verkehr und berief einen ›Lockdown‹ für Schulen und öffentliche Veranstaltungen. Auf den Straßen wurden Aufklärungsflyer mit präventiven Verhaltenshinweisen verteilt. Außerdem sorgte Koch dafür, dass die Bevölkerung über sogenannte Fasswägen mit abgekochtem Wasser versorgt wurde. Zusätzlich installierte er auf den öffentlichen Plätzen Garküchen, die keimfreies Essen anboten. So ließ sich die Epidemie bis September 1892 eindämmen. Im Dezember des gleichen Jahres wurde das Institut für Hygiene in Hamburg gegründet, das bis heute regelmäßig die Trinkwasserqualität überprüft. Wenige Monate später wurde auch die lang ersehnte Filtrationsanlage fertiggestellt und damit der Zugang zu sicherem Trinkwasser in Hamburg ermöglicht. Eine Choleraepidemie gab es in Hamburg seitdem nicht mehr.

Schmutzwasser – ein Untersuchungsmedium

Die Bedeutung von Wasser für die öffentliche Gesundheit beschränkt sich nicht nur auf sauberes Trinkwasser. Mit dem Fortschritt der Medizin rückte zunehmend auch das Abwasser in den Fokus der Forschung und wurde vom hygienischen Problem zu einer vielversprechenden Informationsquelle. Denn im Abwasser sammelt sich, was Menschen täglich aufnehmen und wieder ausscheiden – darunter auch Krankheitserreger. Bereits in den 1940er-Jahren wurde in den USA während der Poliomyelitis-Pandemie das Abwasser auf das Vorkommen von Kinderlähmungs-Viren analysiert. Zusammen mit weiteren klinischen Untersuchungen konnte so verstanden werden, wie sich das Virus im Körper verhält und die Kinderlähmung verursacht. Damit wurde die Grundlage für die Entwicklung des seit 1955 zugelassenen Impfstoffes geschaffen.

In Deutschland ist die Analyse des Abwassers seit 2022 im Infektionsschutzgesetz (§13 Absatz 2) definiert: »Das Robert Koch-Institut (RKI) und die Länder können zur Überwachung übertragbarer Krankheiten Sentinel-Erhebungen […] sowie Testungen an bestimmten Wasserproben in bestimmten Gebietskörperschaften durchführen. Sentinel-Erhebungen an Abwasserproben können in Zusammenarbeit mit ausgewählten Einrichtungen der Abwasserbeseitigung und -analytik stattfinden.«

Doch was bedeutet das konkret? An bestimmten Wochentagen werden zu unterschiedlichen Zeiten Proben aus der Kläranlage entnommen und zu einer ›Pool‹-Probe zusammengetragen. Diese wird im Labor mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) auf Virus-



DNA untersucht. Für jeden Standort werden Trends berechnet und mit anderen Standorten verglichen. Untersucht werden unter anderem Corona-, Influenza- und Polio-Viren. Die Datenerfassung erfolgt seit Februar 2022 und wird wöchentlich vom RKI im Infektionsradar veröffentlicht. Seit 2025 werden die Daten auch europaweit gesammelt und im ›European Wastewater Surveillance Dashboard‹ aufbereitet.

Spiegel der öffentlichen Gesundheit

Das Potenzial der Abwasseruntersuchungen geht über die Überwachung von Erkrankungen hinaus. Denn es können auch andere umweltbezogene Einflüsse gemessen werden, darunter z. B. Bestandteile wie Mikroplastik und Weichmacher, aber auch Drogen oder antibiotikaresistente Keime. Die durch die Abwasseranalyse erhobenen Informationen bieten gegenüber klassischen Kohortenstudien klare Vorteile: Es können schnell große Mengen an epidemiologischen Daten erhoben werden, ohne dass die zu Untersuchenden aktiv teilnehmen müssen. Denn gerade hier entsteht oftmals eine relevante Verzerrung, da Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status seltener an medizinischen Studien teilnehmen. Auch datenschutzrechtlich gibt es wenig Bedenken, da die bei der Abwasseranalyse erhobenen Daten bereits ausreichend anonymisiert sind. Prof. Dr. Susanne Moebus, Leiterin des Instituts für Urban Public Health des Universitätsklinikums Essen, sieht hier noch nicht voll ausgeschöpfte Entwicklungsmöglichkeiten: »Im Abwasser stecken Informationen, die zur Charakterisierung unserer Gesundheit oder auch bestimmter Probleme geeignet sind. Die Frage ist: Wie können wir diese Informationen besser nutzen?«

Vom Großen ins Kleine

Moebus sieht unter anderem Potenzial in kleinräumigen Abwasseranalysen. Während auf Klärwerksebene oftmals die Abwasser von bis zu 500 Tausend Menschen zusammenfließen und man nicht differenzieren kann, bieten kleinräumige Untersuchungen die Möglichkeit, Trends und Hotspots in den verschiedenen Bezirken und Stadtteilen festzustellen. »Wir haben ganz viele Informationen zu der gebauten Umwelt, also z. B. wie viele Bäume in bestimmten Straßen stehen. Was wir aber nicht auf dieser Ebene haben, sind verlässliche Gesundheitsdaten.« Für die Erfassung solcher Daten fehle allerdings noch einiges an Grundlagenforschung. Moebus berichtet, dass zurzeit »ganz grundlegende Dinge«, wie beispielsweise die Vermischung und Verdünnung der Parameter von der häuslichen Toilette bis zur Stelle der Probenentnahme untersucht werden: »Das sind Dinge, die wir im Rahmen der kleinräumigen Abwasseranalyse erarbeiten.« Die Daten werden aktuell von der Forschungsgruppe um Dr. rer. nat. Dennis Schmiege am Essener Institut erhoben und sollen sowohl für Gesundheitsberichterstattungen als auch für epidemiologische Studien genutzt werden.

Weltweite Abwasseruntersuchungen

Durch lokale Abwasseruntersuchungen könnten Korrelationen zwischen den gemessenen Gesundheitsparametern und der gebauten Umwelt oder auch den sozialen Bedingungen entdeckt werden. »Wenn man dann noch die verschiedenen Daten zusammenführt aus Versicherungen, aus Statistiken und epidemiologischen Kohortenstudien, dann bekommt man ein gutes Gesamtbild und kann besser beurteilen, wo wir Schwerpunkte haben, an denen gezielte Prävention durchgeführt werden muss«, so Moebus. Für die Zukunft erhofft sich die Professorin weltweite Abwasseruntersuchungen und steht damit nicht allein. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) arbeitet daran, möglichst günstige Erhebungstools zu entwickeln, um zukünftig auch in wirtschaftsschwachen Ländern schnell und zuverlässig Hotspots entdecken und entsprechend reagieren zu können.

Dr. **Carolina Villegas Millar** arbeitet als Ärztin und freie Journalistin in Lübeck.
dr.villegas@outlook.de



Ein Herz für Kinder

DER MEDIZINER Paul Grosser war 1919 der erste Kinderarzt, der in seinem Fach habilitierte. 14 Jahre später floh er mit seiner Familie – Grosser war Jude. Er starb kurz darauf im französischen Exil. Erst 1998 entschuldigte sich die deutsche Kinderheilkunde bei seinem Sohn, dem Publizisten Alfred Grosser.

Die Nazis kamen am 1. April 1933. Sie postierten sich vor dem Kinderhospital in Frankfurt am Main und vor der Privatpraxis in der Mendelssohnstraße 92 im schicken Frankfurter Westend. Ihr Ziel: Paul Grosser. Einer der bedeutendsten Kinderärzte seiner Zeit sollte nicht mehr arbeiten. Sein Vergehen: seine Religion. Im Ersten Weltkrieg hatte er als Stabsarzt für Deutschland gekämpft und war mit dem Eisernen Kreuz Erster Klasse ausgezeichnet worden. All das zählte nun nicht mehr.

Jedes fünfte Kind starb im ersten Lebensjahr

Gut 1400 Kinderärzte gab es 1933 in Deutschland, fast die Hälfte davon waren jüdischen Glaubens. Die sogenannte Pädiatrie war damals noch ein junges Fach. Paul Grosser, geboren am 4. Februar 1880 als Sohn eines Verlagsbuchhändlers in Berlin, hatte 1898 Abitur gemacht und sich direkt für die Kinderheilkunde entschieden. Er studierte in Freiburg, Berlin und München, lernte bei vielen renommierten Ärzten, etwa bei Rudolf Virchow und bei Otto Heubner an der Charité, dem ersten ordentlichen Professor für Kinderheilkunde. Er promovierte zu ›Lungentuberkulose und Trauma‹ und habilitierte 1919 an der Universität Frankfurt – als erster Kinderarzt in Deutschland. Er wollte viel erreichen für seine kleinen Patientinnen und Patienten.

Die soziale Pädiatrie war dringend nötig. Jedes fünfte Kind starb damals im ersten Lebensjahr. 1880, in Grossers Geburtsjahr, überlebte sogar jedes vierte Kind die ersten zwölf Monate nicht. Viele Mediziner nahmen das hin. Man kannte es nicht anders. Die Säuglinge starben meist an Infektionen, vor allem an Durchfall, Diphtherie, Pocken oder Scharlach, an Tuberkulose oder Bronchitis. Gegen die meisten dieser Krankheiten war man machtlos – die Erreger waren unsichtbar, die Verbreitungswege unbekannt.

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



Mehr Schutz für die Kleinsten

Paul Grosser wollte die Kinderheilkunde besser machen. 1908 wurde er Assistenzarzt an der neuen Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses Frankfurt-Sachsenhausen, drei Jahre später eröffnete er seine eigene Praxis für Kindermedizin. Einer seiner Schwerpunkte waren Stoffwechselkrankheiten bei Kindern, etwa die Rachitis, hervorgerufen durch einen extremen Vitamin-D-Mangel, begünstigt meist durch zu wenig Sonnenlicht oder Mangelernährung. In den Kliniken, die er leitete, modernisierte er die Stationen entsprechend, ab 1921 in der Kinderklinik mit Säuglingsheim in der Böttgerstraße, Böttgerheim genannt, und ab 1930 im Clementine Kinderhospital. Grosser ließ dort eine Säuglingsabteilung einrichten mit Einzelboxen, um Infektionen zu reduzieren, dazu eine Milchküche, ein Laboratorium, einen Röntgenapparat sowie eine Höhensonne zur Bestrahlung. Auch den Garten bezog er in das Genesungskonzept ein. Er erlaubte sogar den Eltern, bei ihrem Kind zu bleiben. Dank der besseren Hygiene war die Kindersterblichkeit deutlich niedriger als anderswo.

Entrechtet innerhalb weniger Monate

Seit 1923 war Paul Grosser außerordentlicher Professor für Kinderheilkunde an der Universität Frankfurt. Insgesamt hat er über 50 Fachpublikationen veröffentlicht. Doch schon im April 1933 verboten die Nationalsozialisten den jüdischen Ärztinnen und Ärzten Privatabrechnungen. Am 29. April 1933 untersagte der Dekan der Medizinischen Fakultät in Frankfurt den jüdischen Kollegen die Lehre – offiziell begründet mit »der gegenwärtigen Einstellung der Studentenschaft«. Im Mai 1933 erhielt Grosser von der Fakultät die Aufforderung, alle Vorlesungen abzusagen. Sein acht Jahre alter Sohn Alfred wurde von Mitschülern krankenhausreif geschlagen, und militärische Vereinigungen schlossen Grosser als Weltkriegsveteranen aus ihren Reihen aus. Im Sommer 1933 wurde Paul Grosser als Klinikdirektor entlassen.



»Mein Vater hatte den Krieg 1914–18 mitgemacht als Stabsarzt an der Front. Vier Jahre lang. Und plötzlich sollte er nun kein Deutscher mehr sein, sondern nur noch – wenn ich so sagen darf – Jude. Das gab den Ausschlag zur Emigration.«*

Neuanfang in Frankreich

Grosser reagierte: Am 25. Oktober 1933 trat er aus der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde aus und kündigte an, »als Nichtarier aus Deutschland« auszuwandern. Mitte Dezember 1933 floh die Familie mit dem Zug über die Schweiz nach Frankreich. Grosser sprach Französisch und wollte sich dort eine neue berufliche Existenz aufbauen. Sein Ziel war, in Saint-Germain-en-Laye nahe Paris eine Kinderklinik zu eröffnen. Er fand ein großes Haus mit einem weitläufigen Garten, doch als Arzt arbeiten durfte er nicht. Nach französischem Recht hätte er alle Diplome neu erwerben müssen. So schilderte es Jahrzehnte später sein Sohn Alfred. In den USA wären seine Titel anerkannt worden, aber Paul Grosser beherrschte die englische Sprache nicht. Deshalb plante er, einen jungen französischen Arzt zu finden, der rechtlich das Haus leiten sollte. Offenbar fand er ein Ärzte-Ehepaar, Hubert und Suzanne Canale. Sogar seine deutsche Sprechstundenhilfe und Röntgenassistentin Therese Heck folgte der Familie Grosser ins Exil. Doch am 7. Februar 1934 erlitt Paul Grosser kurz nach seinem 54. Geburtstag einen Herzinfarkt und starb.

Seine Frau Lily führte die Kinderklinik zwar als Kinderheim fort und erhielt 1937 mit ihren Kindern Margarethe und Alfred die französische Staatsbürgerschaft, aber als die Nationalsozialisten 1940 in Frankreich einmarschierten, mussten sie erneut fliehen. Alfred Grosser und seine Schwester Margarethe machten sich auf Fahrrädern auf den Weg in das unbesetzte Südfrankreich. Doch Margarethe starb 1941, mit 19 Jahren, auf der Flucht an einer Blutvergiftung. Lily Grosser und ihr Sohn Alfred überlebten in getrennten Verstecken. Aber Paul Grossers Schwester Ida Landsberger und ihr Mann, ebenfalls Arzt, wurden 1944 von Theresienstadt nach Auschwitz deportiert und dort ermordet. Grossers Assistentin Therese Heck wurde von der Vichy-Regierung interniert.

Späte Reaktion der Fachgesellschaft

Die Deutsche Gesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) hat sich zu ihrer Schuld viele Jahrzehnte nicht bekannt. Erst 1995, 50 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs, ging die sogenannte Historische Kommission den Schicksalen der entrechteten Kinderärztinnen und Kinderärzte nach. Drei Jahre später lud die Fachgesellschaft Überlebende und Angehörige zu einer Gedenkstunde ein und veröffentlichte die sogenannte Dresdener Erklärung. Darin erinnerte die DGKJ an »jene kinderärztlichen Kolleginnen und Kollegen, deren Existenzen in der Zeit des Nationalsozialismus aus politischen Gründen zerbrochen oder vernichtet wurden – nach langen Jahren des Schweigens«. Auch der Sohn von Paul Grosser kam zur Veranstaltung. Alfred Grosser, längst ein bekannter Politologe, Publizist und Wegbereiter der deutsch-französischen Freundschaft, seit 1975 Träger des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels, hatte zuvor bereits kritisiert, dass die deutsche Kinderheilkunde von der Vertreibung und vom baldigen Tod seines Vaters keine Notiz genommen hatte, reichte nun aber die Hand. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin bekannte sich dazu, in der Zeit des Nationalsozialismus Schuld auf sich geladen und »die Zerstörung der Existenz von über 700 jüdischen oder politisch missliebigen Kolleginnen und Kollegen widerstandslos geduldet« zu haben. Im Clementine Kinderhospital erinnert seit dem 5. März 1998 eine Gedenktafel an Paul Grosser und andere Verfolgte und Ermordete des Nationalsozialismus. An Lily Grosser erinnert ein Stolperstein in der Mendelssohnstraße 92. Sie erhielt 1962 das Bundesverdienstkreuz.

*Alfred Grosser über seinen Vater Paul Grosser in: Mein Judentum. Essay von Alfred Grosser über seine von der NS-Diktatur überschattete Frankfurter Kindheit, 1986.

PingPong bei Parkinson

Bis zu 400 000 Menschen leben in Deutschland mit Parkinson – der nach der Alzheimer-Krankheit zweithäufigsten neurodegenerativen Erkrankung. Zunehmend mehr Betroffene entdecken die positiven Auswirkungen des Tischtennisspielens. Geschätzt 6,1 Mio. Menschen waren 2016 weltweit von Parkinson betroffen, 2021 bereits 11,9 Mio. und bis 2050 soll sich die Zahl sogar auf 25,2 Mio. erhöhen, so die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). Hauptgrund für die steigenden Zahlen ist der demografische Wandel. Doch werden daneben auch immunologische, metabolische oder umweltbedingte Einflüsse vermutet. Meist wird Morbus Parkinson zwischen dem 55. und dem 60. Lebensjahr diagnostiziert, bei jeder/jedem Zehnten noch vor dem 40. Lebensjahr.

Mitten aus dem Leben

Petra Kühnert ist gerade 40, Krankenschwester, verheiratet, Mutter von drei Kindern und in der Vorbereitung auf den Köln-Marathon als ihr Trainer bemerkt: »Du lässt Deinen linken Arm beim Laufen nicht pendeln. Lass das mal prüfen.« Den Marathon läuft sie noch – dann geht sie zum Neurologen – die niederschmetternde Diagnose: Parkinson.

Die Erkrankung gilt als nicht heilbar, hat unterschiedliche Ausprägungen und ist z. B. durch motorische Symptome wie Zittern, Muskelsteifheit, Bewegungsverlangsamung oder Gleichgewichtsstörungen gekennzeichnet. Ebenso können nichtmotorische Probleme entstehen, wenn z. B. die Stimme versagt, Wortfindungsstörungen, Depressionen oder demenzielle Veränderungen auftreten. Die Krankheit selbst führt in der Regel nicht zum Tod, vielmehr sind häufig Begleitkomplikationen wie Lungenentzündungen, Sepsis oder Stürze ursächlich. Medikamente und Therapien können den Krankheitsverlauf von Parkinson verlangsamen und Beschwerden über Jahre lindern.

Von New York nach Nordhorn

»Dass es mir heute – 18 Jahre nach der Diagnose – relativ gut geht, hat viel damit zu tun, dass ich regelmäßig Tischtennis spiele«, sagt Petra. Die heute 58-Jährige ist eine von rund 4000 Mitgliedern im Verein ›PingPongParkinson Deutschland‹. Die Idee stammt aus den USA, wo der Musiker Nenad Bach an Parkinson erkrankte und sich infolgedessen von der Bühne verabschiedete. Nach regelmäßigem Tischtennistraining verbesserte sich die Symptomatik so sehr, dass er nur sechs Monate später wieder öffentlich auftreten konnte – ein Erfolg, der ihn dazu motivierte, 2017 PingPongParkinson (PPP) als gemeinnützigen Verein zu gründen. Heute gibt es PPP-Vereine in mehr als 23 Ländern.

In Deutschland nahm die Bewegung 2020 Fahrt auf, nachdem Thorsten Boomhuis und Harry Wißler in Nordhorn PingPongParkinson Deutschland e.V. ins Leben riefen. »Heute zählen wir mit 4000 Mitgliedern und 350 Stützpunkten zu den größten Tischtennis-Vereinen in Europa«, erklärt Jürgen Zender, Pressesprecher von PingPongParkinson Deutschland. Das Konzept beruht darauf, Tischtennis für alle Menschen mit Parkinson wohnortnah und unabhängig vom sportlichen Niveau anzubieten.

»Täglich kommt ein neuer Stützpunkt und Standort hinzu«, so Zender. Dabei sind die Stützpunkte meist an bestehende (Tischtennis-)Vereine angebunden, nutzen deren Halle und Platten, manchmal auch deren Trainer. Menschen mit Parkinson trainieren dort unter sich oder gemeinsam mit nicht betroffenen Sportlerninnen und Sportlern.

Weltmeisterschaft in Hannover

Zender hat vor vier Jahren den ersten PPP-Stützpunkt in München gegründet. Inzwischen gibt es in dort sieben. Auch wenn der Leistungsgedanke bei PPP nicht entscheidend ist, bietet der Verein seinen Mitgliedern jedes Jahr kleinere und größere Turniere an: z. B. den Stada-Cup, die German-Open; und Ende September hat PPP Deutschland die siebte PingPong-Parkinson-Weltmeisterschaft in Hannover ausgerichtet. 850 Spielerinnen und Spieler mit Parkinson aus 35 Nationen haben fünf Tage lang an 90 Tischen rund 4500 Spiele absolviert.

»Dahinter steckt ein riesiger organisatorischer Aufwand, der in erster Linie durch das ehrenamtliche Engagement unserer Mitglieder und deren Angehöriger getragen wird«, sagt Zender. »Und bei dem niedrigen Mitgliedsbeitrag von einem Euro im Monat braucht es natürlich auch Sponsoren. Wir sind sehr froh, dass wir Unternehmen und Privatpersonen haben, die uns und unsere Arbeit unterstützen.«

Dorothee Buschhaus
ist Fachreferentin im Stabsbereich Politik & Kommunikation beim MD Bund.
Dorothee.buschhaus@md-bund.de





Petra konnte die Goldmedaille, die sie 2025 bei der WM im Italienischen Lignano im Mixed Doppel gewann, diesmal nicht verteidigen – sie war im Urlaub, hat aber trotzdem mitgefiebert. Denn viele Spielerinnen und Spieler kennt sie aus anderen internationalen Turnieren.

Handicap, das verbindet

2023 spielt Petra ihr erstes Turnier in Schottland, organisiert und finanziert Flug, Transfer und Unterkunft selbst: »Ich hab das gemacht, um mir zu beweisen, dass ich das trotz Krankheit schaffen kann.« Sie erinnert sich an ihre Sorgen am Flughafen: »Wenn ich aufgeregt bin, fang ich an zu zittern und kann schlecht laufen – das ist eine große Herausforderung«. Am Gate trifft sie Leute mit PPP-T-Shirts, schnell ergeben sich erste Kontakte. Gemeinsam fliegen sie nach Glasgow und teilen das gleiche Handicap. »Wir haben Parkinson und gehen damit spielen – die Offenheit und Herzlichkeit untereinander haben mich sehr beeindruckt.«

»Beim Tischtennis zählt die Erkrankung nicht. Du denkst nur ans Spiel, bewegst Dich einfach – wenn ich fünf oder zehn Minuten gespielt habe, ist alles locker«. Viermal in der Woche trainiert Petra inzwischen beim PPP-Stützpunkt der Spielgemeinschaft Borussia Düsseldorf und beim TUS Breitscheid: »Krankengymnastik müsste ich genauso oft machen – da geh ich lieber zu PPP, treffe dort nette Leute und kann mich bewegen. Daraus ziehe ich meine Kraft.«

Außerdem hat sie eine Selbsthilfegruppe gegründet, in der auch Erfahrungen ausgetauscht werden: Wie war es beim Neurologen? Welche neuen Medikamente gibt es? Wie schlägt die Physiotherapie an? Und wie läuft es mit Job, Partner und Kindern? »Parkinson betrifft nicht nur den Erkrankten, sondern die ganze Familie«, sagt Petra. Ihr Mann und ihre Kinder unterstützen sie und ihr Tischtennis-Engagement nach Kräften.

Wissenschaftlich erprobt?

Dass Tischtennis körperliche und mentale Fähigkeiten bei Menschen mit Parkinson verbessern kann, weiß auch Dr. Timo Klein-Soetebier. Der Sportwissenschaftler forscht an der Deutschen Sporthochschule Köln am Institut für Trainingswissenschaft und Sportinformatik und hat die Erfahrung gemacht: »Menschen, die in die Halle kommen, sich kaum bewegen können und steif sind, werden mit jedem Ball, den sie über die Platte schlagen, lockerer.«

Wissenschaftliche Studien dazu gebe es noch wenige. Zwei Studien aus Japan und Schweden bestätigten positive Effekte auf Motorik und psychisches Wohlbefinden, andere Studien z. B. in Slowenien seien aktuell noch in Arbeit.

Klein-Soetebier und sein Team haben u. a. bei PPP-Turnieren die Perspektive von rund 300 Betroffenen angeschaut und gefragt: Warum denkst Du, dass Dir Tischtennisspielen guttut? Demnach sind viele Betroffene überzeugt, dass Tischtennis die typischen Parkinson-Symptome verbessert und Bewegungsabläufe flüssiger werden. Und es gehe eben nicht primär um die Krankheit, sondern um Sport, Spiel und den Zusammenhalt in der Gruppe. Zudem helfe das Training offenbar vielen, ihren Alltag zu strukturieren. Beispielsweise müssten Trainings-, Therapiezeiten und Medikamenteneinnahme aufeinander abgestimmt werden. »Dieses Argument hatten wir vorher so nicht auf dem Schirm«, sagt Klein-Soetebier. Ab Herbst ist eine zweijährige größere klinische Studie mit Unterstützung des Rehabilitationsforschungsnetzwerks der Deutschen Rentenversicherung NRW und Rheinland geplant, die motorische Aspekte abfragt, aber auch psychologische Auswirkungen und die Sicht der Angehörigen berücksichtigt.

PPP braucht mehr Öffentlichkeit, mehr Ärztinnen, Ärzte und Therapeuten, die den Sport empfehlen und Krankenkassen, die die Kosten tragen, meint Petra: »Mit Tischtennis könnte man so viele Betroffene auffangen – gerade in Zeiten, in denen Therapieplätze rar sind. Jürgen Zender stimmt zu: »Bei PPP geht es um Bewegung und um das soziale Miteinander. Dass wir das gleiche Schicksal teilen, ist so viel wert – es ist die schiere Selbsthilfe und wird leider doch nicht anerkannt.«

Erst das Vergnügen, dann die Arbeit

Auch das noch:

JETZT gibt es die absolut kapitalismuskompatible Variante des Feierns: Pre-Work-Partys. Die Idee: das Feiern einfach vorverlegen und mit Kaffee, Croissant und Techno in den (Arbeits-)Tag starten. Verrückt? Nein. Gesund! Menschen sind – benannt nach zwei Vögeln, die sehr unterschiedliche Lifestyles pflegen – entweder Eulen oder Lerchen. Der frühe Vogel – und so einer bin ich – fängt bekanntlich den Wurm. Lerchen sind super kompatibel mit allem, was (frühe) Arbeit und Leistung angeht. Schule? Uni? Job? Alles kein Problem. Aber wenn die Uhr 22 Uhr schlägt, gehen bei uns die Lichter aus. Besonders schlimm war die Teenagerzeit. In meiner Heimatstadt gab es eine Disko namens ›Ausweg‹ und sie war ein regelrechtes Eulennest. Dort begann die Party erst um 1 Uhr nachts.

Damit sind wir aus allem raus, wo Eulen zur Hochform auflaufen: Essengehen, Kneipenbesuche, Partys, Tanzen. Sogar Kinoabende sind schon schwierig, jedenfalls, wenn der Film länger als zwei Stunden dauert. Man könnte sagen: Alles, was Spaß macht und über ein Stück Schwarzwälder-Kirsch-Torte im Café oder ein Spaghetti-Eis beim Italiener hinausgeht, blieb Lerchen bislang verwehrt. Wie ungerecht, oder?

Die perfekte Party für Selbstoptimierer

Bis heute. Denn nun schlagen die Lerchen zurück. Warum nicht den Spaß einfach vorverlegen und morgens feiern? Pre-Work-Partys fangen da an, wo das Ausweg-Publikum schlafen ging: um sechs Uhr morgens. Dann wird Techno aufgelegt und getanzt. Crazy Berlin hat es schon vor zehn Jahren vorgemacht, London und New York sowieso, in Köln wurde schon seit jeher früh im Karneval gerockt – nun ist der Frühtanz (auch Morning Rave oder Daybreak Party genannt) auch in der Schwaben-Metropole Stuttgart angekommen.

Im Stadtpalais kann man beispielsweise statt eine Morgenrunde mit dem Hund zu drehen, auf dem Dancefloor stehen und zu harten Technobeats zappeln – mit Croissant in der einen und Kaffee in der anderen Hand. Wer Kaffee nicht mag, der kann auch Matcha-Tee, Smoothies oder frisch gepressten O-Saft trinken, selbstredend ohne Wodka – die morgendliche Happy Hour geht auch alkoholfrei. Denn wer möchte schon, dass nach einer alkoholschweren Pre-Work-Party plötzlich ›after work‹ für immer ist?

Je nach Veranstalter gibt es auch noch erweitertes Programm wie Yoga oder Silent Disco: Mit Kopfhörern auf den Ohren tanzt jeder still vor sich hin, ohne die schlafenden Nachbarn zu wecken. Kein Schlafmangel, kein Kater, keine Gefahr für die Leber – so sieht die perfekte Party für Selbstoptimierer aus. Und um neun sitzen alle im Büro, frisch geduscht und Zähne geputzt. Dann folgt die Happy Hour für den Arbeitgeber.

Tanzen senkt Stresshormone und beugt Demenz vor

Pre-Work-Partys mögen wie eine seltsame Idee erscheinen, gesund aber sind sie: Die Partygänger berichten von einem energetisierenden Effekt des morgendlichen Tanzens. Und diese Bewegungsart ist bekanntermaßen ein reines Cardio-Training, egal zu welcher Uhrzeit. Von der Anstrengung und vom Kalorienverbrauch her ist schneller, intensiver Techno-Tanz dem Joggen ebenbürtig.

Noch besser: Glaubt man Fachleuten, senkt Tanzen – genau wie Joggen, Radfahren und andere sportliche Aktivitäten – das Risiko, eine Demenz zu entwickeln. Es vermindert den Pegel von Stresshormonen im Körper (der sich im Büro dann ohnehin wieder einpendeln wird). Und wenn es gut läuft, hat man vielleicht sogar noch positive soziale Interaktionen mit netten Mittänzerinnen und -tänzern um sich herum. Gut jedenfalls ist, dass man als Lerche in seinem gewohnten Chronorhythmus bleibt. Denn: Jetlag ist ungesund – weswegen Eulen lieber beim After-Work-Feiern bleiben sollten.

Jens Lubbadeh
ist Redakteur bei der ZEIT in Berlin. Er schreibt außerdem Wissenschafts-Thriller.
post@lubbadeh.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 Dernedde*
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. *Dr. Jan Liebeneiner*
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.

FSC www.fsc.org
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
Jan-Hendrik Eickmeier
j.eickmeier@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
Willy-Brandt-Platz 5, 45127 Essen
0201 8327-137
presse@md-bund.de

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis
Titel blinow61 [iStockphoto]
Illustration S. 5 Jens Bonnke
istockphoto.com:
S. 7 poplasen / *S. 8* Believe_In_Me /
S. 10 LightFieldStudios /
S. 11 Sergey_Ko / *S. 13* TPopova /
S. 14/15 Michael Nesterov /
S. 16/17 Rala / *S. 18* Naked King /
S. 20 alex-mit / *S. 23* Oleg Marchak /
S. 25 jojoo64 / *S. 27* sutulastock /
S. 31 Freer Law
Andere S. 2 P. Schumacher /
S. 29 wikimedia