



das Magazin des

forum

Medizinischen Dienstes 4.2025

**psychische
erkrankungen:
entwicklungen
und wege**

forum online:
www.md-forum.de



Liebe Leserin!
Lieber Leser!



AKTUELL

Die gute Frage: Wie können unsere Städte gesünder werden? **1**
Kurznachrichten **3**
Prävention im demografischen Wandel **4**
Auch das noch: Kaffee statt Korn? **32**

TITELTHEMA

Erste Hilfe für die Psyche **6**
Perspektiven der psychiatrischen & psychotherapeutischen Versorgung **8**
Über Grenzen hinweg **10**
Depressionen im Alter **12**
Im Maßregelvollzug – Therapie statt Strafe **14**

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN 16

WISSEN & STANDPUNKTE

Liposuktion bei Lipödem wird Kassenleistung **17**
Krankenhausreform: Was ist geplant? **18**
Kommt die Kompetenzerweiterung in der Pflege im zweiten Anlauf? **19**
Behandlungsfehler verursachen menschliches Leid & hohe Kosten **20**

GESUNDHEIT & PFLEGE

Kinderklinikkonzerte **22**
Gesundheit selbst testen? **24**
Wie Gemeindenotfallsanitäter den Rettungsdienst stärken **26**

GESTERN & HEUTE

Vorkämpferin für die professionelle Pflege **28**

WEITBLICK

Fern der Heimat im Hospiz **30**

AKTUELLEN ZAHLEN zufolge sind in Deutschland jedes Jahr rund 18 Mio. Menschen von einer psychischen Erkrankung betroffen. Ob Angststörungen, Depressionen oder Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch – die Behandlungszahlen steigen. Corona-Pandemie, Kriege, Krisen und Sorgen um die Zukunft tragen ihren Teil dazu bei, dass sich heute mehr Menschen therapeutische Hilfe suchen als früher. Wie entwickelt sich die psychische und psychotherapeutische Versorgung? Was können wir von anderen Ländern lernen? Und warum ist es oft so schwer zu erkennen, wenn ältere Menschen psychisch leiden? Der Schwerpunkt im aktuellen *forum* lenkt den Fokus auf psychische Erkrankungen. **II** Darüber hinaus gibt es weitere interessante Beiträge im Magazin und unter *www.md-forum.de*: Wir berichten u. a. über aktuelle Gesetzesvorhaben im Krankenhaus und in der Pflege; wir blicken auf die ökonomischen Auswirkungen von Behandlungsfehlern, beleuchten das Für und Wider von Gesundheitsselbsttests, und wir haben den zu Herzen gehenden Kinderklinikkonzerten zugehört. **II** Mögen Sie ein friedliches und fröhliches Weihnachtsfest feiern und gesund und zuversichtlich ins neue Jahr rutschen.

Ihr Dr. Ulf Sengebusch **II**

DIE GUTE FRAGE

Wie können unsere Städte gesünder werden?

Gut drei Viertel aller Menschen in Deutschland leben in Städten, und von Jahr zu Jahr werden es mehr. Umso wichtiger wird es, dort gesunde Lebensbedingungen zu schaffen und – auch in Zeiten des Klimawandels – zu erhalten. Wie das gelingen kann, haben wir Prof. Dr. Susanne Moebus gefragt. Sie ist Direktorin des Instituts für Urban Public Health an der Universitätsmedizin Essen.

Was hat die Stadtplanung mit der Gesundheit zu tun?

Ärzte wie Rudolf Virchow, Max Pettenkofer oder Salomon von Neumann haben schon im 19. Jahrhundert erkannt, dass soziale, politische und städtebauliche Faktoren ganz entscheidend für die Gesundheit sind und dass Krankheiten nicht ausschließlich biologische Ursachen haben, sondern auch in den Lebensbedingungen der Menschen wurzeln. Diese frühen Sozialmediziner haben Bevölkerungsgruppen und deren Lebensbedingungen in den Blick genommen, strukturelle Präventionsmaßnahmen auf den Weg gebracht und dabei auch mit Ingenieuren, Stadtplanern und Kommunalpolitikern zusammengearbeitet.

Wie sieht es heute aus?

Nach dem Zweiten Weltkrieg haben die enormen Fortschritte in den Naturwissenschaften und in der Medizin – mit vielen neuen

Diagnose- und Therapieverfahren – dazu geführt, dass wir Gesundheit weitgehend auf die Abwesenheit von Krankheit reduziert haben. Wir haben heute eine biomedizinisch orientierte, stark kurative Medizin, die sich auf den einzelnen Patienten konzentriert. Das ist nicht falsch, und der medizinische Fortschritt kommt vielen zugute. Aber komplexe Zusammenhänge, z. B. der zwischen den Lebensbedingungen der Menschen und ihrer Gesundheit, sind darüber aus dem Blick geraten.

Wie gesund oder ungesund ist denn das Leben in der Stadt?

Städte gelten als krankmachend, weil wir dort vor allem die Risikofaktoren wie Lärm, Enge, fehlendes Sicherheitsgefühl, Stress und Hektik vor Augen haben. Die sind auch vorhanden. Aber Statistiken zeigen deutlich, dass die Menschen in den Städten eine höhere Lebenserwartung haben als auf dem Land. Städte haben enorme gesundheitsförderliche Ressourcen. Neben einer engmaschigeren medizinischen Versorgung bieten sie sehr gute Chancen für eine aktive Mobilität: Es gibt kürzere Wege zur Schule oder zum Einkaufen, die gut zu Fuß oder mit dem Rad zu bewältigen sind. Wenn der städtische Raum gut gestaltet ist, haben Sie dort auch Grünräume und Erholungsräume, die man auf dem Land nicht immer so findet. Da ist es ja auch nicht immer idyllisch, etwa inmitten großer Agrarflächen. In der Stadt stehen zudem vielfältige Angebote für Bildung, Kultur, Sportstätten, soziale Kontakte zur

Verfügung – alles Ressourcen, die Menschen dabei unterstützen, gesund zu bleiben.

Welchen Stellenwert hat die Gesundheit für die Stadtplanung?

Noch immer einen vergleichsweise geringen. Zwar wird inzwischen häufiger über »gesunde Städte« gesprochen. Auch in der Forschung wächst das Interesse. Aber in der tatsächlichen Planungspraxis spielt Gesundheit bislang nur eine Nebenrolle. Städte müssen die Menschen nicht unbedingt gesünder machen. Viele Menschen sind ja gesund. Die Frage ist oft eher, wie man diese Gesundheit erhält. Bei der Stadtplanung geht es um die Lebensverhältnisse, um städtebauliche Funktionen und Strukturen. Hier wäre es sinnvoll, die Perspektive und das Wissen von Public Health in die politischen und in die Planungsprozesse einzubringen. Stadtplanerinnen und Stadtplaner erachten Gesundheit zwar als sehr wichtig, unterschätzen aber häufig den Einfluss, den ihre Profession darauf hat. Umgekehrt wissen viele Akteure aus dem Public-Health-Bereich nur sehr wenig über Planungslogiken und rechtliche Rahmenbedingungen. Es fehlt eine Verknüpfung zwischen diesen Bereichen. Das Bewusstsein dafür, dass alles, was geplant und gebaut wird, Einfluss auf die Gesundheit hat, ist meines Erachtens immer noch viel zu wenig präsent.

Viele Kommunen setzen heute auf Nachverdichtung, also eine effizientere Nutzung von bereits bebauten Flächen. Wie wirkt sich das auf die Lebensqualität aus?

Wenn man nicht klug plant, kann die Nachverdichtung der Städte ein Risiko darstellen. Wir brauchen die Nachverdichtung, um Flächen zu sparen und das Klima zu schützen. Es ist aber wichtig, dabei die vorhandenen Freiräume zu sichern. Und da, wo sie fehlen, müssen sie neu geschaffen werden. Bei jeder Nachverdichtung muss die Frage lauten: Wo können sich die Menschen aufhalten, bewegen, begegnen – und zwar ohne Konsumzwang? Das können Parks sein, aber auch Innenhöfe, begrünte Wege oder Dachgärten. Ein wichtiger Punkt ist auch die akustische Qualität. Dabei geht es nicht nur darum, Lärm zu reduzieren. Vogelstimmen, Blätterrauschen, spielende Kinder oder das Gemurmel auf belebten Plätzen – das sind alles Dinge, die durchaus angenehm klingen können. Aber wir wissen noch sehr wenig darüber, wie die Vielfalt der städtischen Geräusche auf uns wirkt.

Wie können Städte denn gesundheitsförderlicher werden?

Ganz einfach: Wir brauchen sichere, menschenfreundliche Wege und Verkehrsstraßen, natürlich saubere Luft, attraktiv und nachhaltig gestaltete öffentliche Räume für alle, bezahlbaren Wohnraum, gemeinschaftlich nutzbare Freiflächen, eine gute Erreichbarkeit von Bildungseinrichtungen, Kultur und den Bedarfen des täglichen Lebens – und dies vor allem in benachteiligten Quartieren.

Wir brauchen vor allen Dingen Mut zum Perspektivwechsel. Wir müssen weg von einer rein baulichen Nachverdichtung hin zu einer qualitativen Verdichtung, zu einer kompakten, aber lebenswerten Stadt. Da gibt es schon viele

interessante Ideen von Architekten und Stadtplanern. Die müssen aber auch politisch gewollt werden. Auch musste ich als Public-Health-Wissenschaftlerin erstmal lernen: Wenn Sie in einer Stadt etwas ändern wollen, ist das nicht mal eben schnell gemacht. Das sind bauliche Strukturen, die Jahrzehnte Bestand haben.

Dass Planungsverfahren beschleunigt werden sollen, finde ich richtig. Sonst setzen wir dreißig Jahre alte Baupläne um, die viele neue Erkenntnisse gar nicht berücksichtigen. Die müssen aber mitgedacht werden, nicht nur wegen der Gesundheit, sondern auch im Hinblick auf den Klimawandel und den CO₂-Ausstoß.

Welche Prioritäten muss die Stadtplanung setzen, wenn sie gesundheitsförderliche Umgebungen schaffen will?

Auf Quartiersebene gedacht sind Nähe und Erreichbarkeit zwei wesentliche Aspekte: Sind Wohnen, Arbeiten, Bildung, Einkaufen und Freizeitangebote für alle Bevölkerungsgruppen, Jung und Alt, mit und ohne Handicap, gut zu Fuß oder mit dem Rad erreichbar, sodass automatisch mehr Bewegung im Alltag entsteht? Wenn es um Eingriffe in den öffentlichen Raum geht: Sind das Orte, wo die Menschen sich auch aufhalten können, ins Gespräch kommen können, sich sicher bewegen können? Das betrifft zum Beispiel Straßenräume, Plätze und Parks. Zentral ist natürlich eine blau-grüne Infrastruktur, die Wasser- und Grünflächen verbindet. Das spielt angesichts des Klimawandels eine extrem wichtige Rolle, um die Entstehung von Hitzeinseln zu vermeiden und gleichzeitig Erholungsräume zu schaffen.

Wovon wir wegkommen müssen, ist das autozentrierte

Bauen. Wir müssen nicht gegen das Auto, aber für die Menschen planen. Wenn wir das nicht schaffen, wird es extrem schwierig, die Städte gesundheitsförderlich umzugestalten. Eine autogerechte Gestaltung beansprucht extrem viel Platz, den wir aber für andere Dinge, andere Menschengruppen benötigen.

Was können die Menschen selbst dazu beitragen, ihren Lebensraum gesünder zu gestalten?

Die Bürgerinnen und Bürger haben ja ein Mitspracherecht bei der Planung. Das müssen sie einfordern und wahrnehmen. Jedwede Gestaltung in den Quartieren oder den Orten, wo die Menschen leben, sollte partizipativ erfolgen. Das ist das A und O einer erfolgreichen Gesundheitsförderung und Prävention. Das ist zwar anfangs sehr zeitaufwendig und nicht einfach, aber am Ende geht's schneller und mit größerer Zufriedenheit der Bevölkerung. Nur ein Beispiel ist, dass man Schulwege gemeinsam mit den Eltern und Kindern gestaltet. Gesundheit wird letztlich von den Menschen selbst gestaltet. Ich möchte noch einmal betonen, was Stadtplanung und Politik leisten können: die Verhältnisse so zu gestalten, dass die gesunde Wahl die einfachste Wahl ist. Der Rest ist dann aber die Entscheidung der Menschen.

Die Fragen stellte
Dr. Silke Heller-Jung.



Prof. Dr. Susanne Moebus

KURZ NACHRICHTEN

Präventionsbericht

Rund 686 Mio. Euro haben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2024 in Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten, Betrieben und für einzelne Versicherte investiert. Damit haben die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Gesundheitsförderung und Prävention das Niveau des Vor-Corona-Jahres 2019 (rund 630,8 Mio. Euro) deutlich überschritten. Das geht aus dem aktuellen Präventionsbericht von GKV-Spitzenverband und Medizinischem Dienst Bund hervor.

Die Krankenkassen konnten 2024 die Zahl der dokumentierten gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten in Lebenswelten wie Kitas, Schulen und Kommunen im Vergleich zum Vorjahr deutlich steigern. Mit 5160 dokumentierten Aktivitäten (+16 %) erreichten die Krankenkassen fast 8,9 Mio. Menschen (+15 %) in 52 535 Lebenswelten (+12 %). Etwa die Hälfte aller Aktivitäten in Lebenswelten wurden in Kitas und Grundschulen durchgeführt. Bei der Teilnahme an individuellen Gesundheitskursen wurden fast 1,9 Mio. Versicherte von den Krankenkassen unterstützt und damit 17% mehr als 2023. Die Kurse befassen sich mit Bewegungsförderung, Stressbewältigung, Ernährung und Suchtmittelreduktion. Während die Ausgaben 2024 für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) gegenüber dem Vorjahr um 5 % gestiegen sind (auf 282 Mio. Euro), sank die Zahl der mit BGF erreichten Betriebe um 5 % auf 28 142 und die der erreichten Beschäftigten um 6 % auf 2 064 293. Zusätzlich zu den Ausgaben der GKV für Gesundheitsförderung und Prävention hat die soziale Pflegeversicherung 2024 insgesamt 25 Mio. Euro für Präventionsleistungen in stationären Pflegeeinrichtungen investiert. Das sind 25 % mehr als im Vorjahr. Die Präventionsangebote sollen die gesundheitliche Situation der pflegebedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen

stärken und deren Lebensqualität positiv beeinflussen. Erreicht wurden wie im Vorjahr insgesamt 125 000 pflegebedürftige Menschen in rund 2600 Pflegeeinrichtungen (-6 % gegenüber dem Vorjahr).

Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund, betont die zunehmende Bedeutung der Prävention von Pflegebedürftigkeit: »Die Zahl pflegebedürftiger Menschen wird weiterhin ansteigen. Vor dem Hintergrund knapper personeller und finanzieller Ressourcen sollten alle zur Verfügung stehenden Ansätze ausgeschöpft werden, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu verhindern und Einschränkungen der Selbstständigkeit möglichst lange hinauszuzögern.«

Der Präventionsbericht ist unter www.md-bund.de abrufbar.

IGeL-Podcast

Hilft Vitamin C wirklich gegen Erkältungen oder eine Vagusnerv-Stimulation am Ohr gegen Depressionen? In einer aktuellen Folge des IGeL-Podcasts erklären Bernd Kerschner und Dr. Jana Meixner vom Faktencheck-Portal »Medizin-Transparent«, wie sie Gesundheitsmythen aufklären und Werbesprüche entlarven. Herzstück des unabhängigen Webprojekts, das an der »Universität für Weiterbildung Krems« am Department für Evidenzbasierte Medizin und Evaluation angesiedelt ist, ist ein kostenloser Anfrageservice. Alle, die Interesse haben, können bekannte Gesundheitsmythen und Behauptungen aus Werbung, Medien oder Internet zur Überprüfung an das wissenschaftliche Redaktionsteam schicken.

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

Mehr stationäre Krankenhausbehandlungen

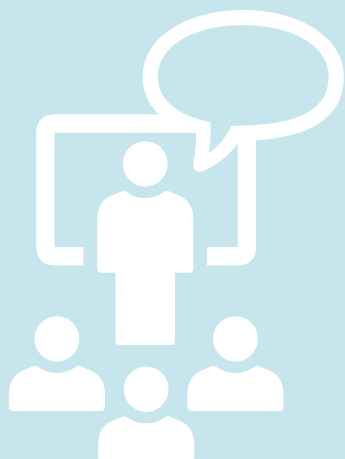
Die Zahl der stationär in Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten ist im Jahr 2024 gegenüber dem Vorjahr um 2 % (344 300) auf rund 17,5 Mio. gestiegen. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, bleibt die Zahl damit aber weiter deutlich niedriger als vor der Corona-Pandemie: So war die Zahl der Patientinnen und Patienten im Jahr 2024 um 9,6 % oder rund 1,9 Millionen geringer als im Vor-Corona-Jahr 2019.

Insgesamt waren in den deutschlandweit 1841 Krankenhäusern im Jahresdurchschnitt 472 900 Betten aufgestellt, darunter 26 000 Intensiv- und 7700 Intermediate Care-Betten. Das waren 0,9 % weniger Betten als im Vorjahr (4,3 % weniger als vor der Corona-Pandemie im Jahr 2019).

Die durchschnittliche Bettenauslastung stieg 2024 gegenüber dem Vorjahr zwar um 0,8 Prozentpunkte auf 72 %, blieb aber trotz der geringeren Gesamtbettenzahl deutlich unter dem Niveau des Jahres 2019 von 77,2 %.

Den größten Anteil an der stationären Versorgung im Jahr 2024 hatten die Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft (528 Einrichtungen, 46,8 % der Krankenhausbetten). Die 575 Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft stellten 32,3 % der Betten. Die meisten Einrichtungen waren in privater Trägerschaft (738 Einrichtungen), stellten jedoch lediglich 20,9 % der aufgestellten Betten.

Ein stationärer Krankenhausaufenthalt dauerte im Jahr 2024 durchschnittlich 7,1 Tage und war damit um 0,1 Tage kürzer als im Vorjahr.



Prävention im demografischen Wandel

Wie kann Prävention gesundes Altern fördern und dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu verhindern und hinauszuzögern? Beim Expertenforum Pflege des Medizinischen Dienstes Bund Ende November in Berlin wurde lebhaft diskutiert.

»Wir müssen bei den pflegebegründeten Diagnosen ansetzen«, meint Prof. Dr. Elmar Gräbel. Er leitet das Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung an der Psychiatrischen Universitätsklinik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg: Demenz, Polyarthrose, COPD, Herz-Kreislaufkrankheiten gehören zu diesen Diagnosen. Dabei hänge jede Diagnose mit Risikofaktoren zusammen, darunter Übergewicht / Adipositas, Luftschadstoffe, Rauchen, körperliche Inaktivität, Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, hoher LDL-Cholesterinwert, Alkoholkonsum, mangelnde soziale Interaktion, die in unterschiedlichen Lebensphasen (frühe, mittlere, späte Lebensphase) beeinflussbar seien. »Ein präventiver Lebensstil ist nicht angeboren, aber doch erlernbar«, sagt Gräbel.

Mehr Mobilität und soziale Teilhabe

»Der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung wird weiter steigen« – auch angesichts 13 Mio. älter werdender Babyboomer, weiß PD Dr. Andrea Budnick vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Universitätsmedizin Berlin. Hier setzt »Prävention von Pflegebedürftigkeit durch Prevention Nursing« an. Das Modellprojekt, bei dem auch der Medizinische Dienst beteiligt ist, zielt darauf, die Selbstständigkeit von

Menschen mit beginnenden kognitiven Einschränkungen zu erhalten und Pflegebedürftigkeit hinauszögern. Für Prävention und Gesundheitsförderung geschulte Fachkräfte (Prevention Nurses) sollen aufbauend auf dem individuellen Bedarf beraten und u. a. dabei helfen, Mobilität, kognitive Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe der Betroffenen zu fördern.

Verbesserungen für die Prävention von Pflegebedürftigkeit werde auch das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege mit sich bringen, ist Maria Becker, Unterabteilungsleitung 42 – Fachkräftesicherung, Recht der Heilberufe beim Bundesgesundheitsministerium, überzeugt: »Pflegefachpersonen, Pflegeberaterinnen und Pflegeberater können künftig eigenständig präventive Maßnahmen empfehlen, um ein Fortschreiten der Pflegebedürftigkeit positiv zu beeinflussen.«

Für Carola Engler, stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund, hat die Pflegebegutachtung eine Schlüsselposition inne und Marcel Silbernagel, Sprecher der Konferenz der Pflegeleitungen der Medizinischen Dienste, pflichtet ihr bei: »Der Medizinische Dienst ist vor Ort bei den pflegebedürftigen Menschen und in der Lage, zielgenau zu steuern und Vernetzung herzustellen«, so Engler. Hierzu brauche auch der MD Zugriff auf die elektronische Patientenakte (ePA).

Prävention größer denken

Die ePA eröffne neue Möglichkeiten, damit das Gesundheitssystem präventiver werden könne, sagt auch Oliver Blatt, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes, und appelliert: »Wir müssen Prävention größer denken, die Menschen abholen und gute Zugangswege finden«. Dabei dürfe der Fokus nicht nur auf den Kassen liegen, sondern auch auf Bund, Ländern und Kommunen.

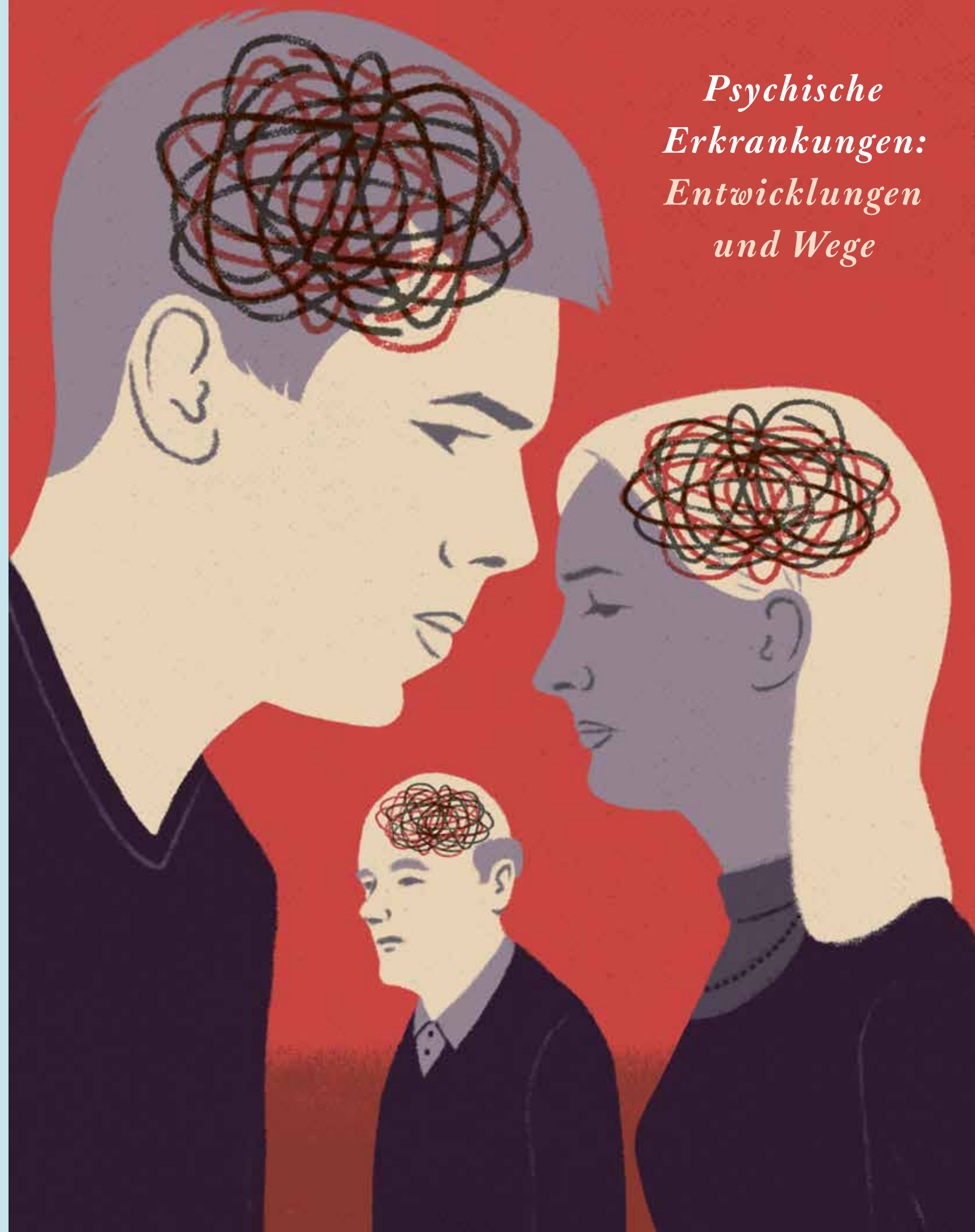
»Wir brauchen ein gutes Zusammenspiel aller Akteure und neue Strukturen. Prävention muss u. a. in die Kitas und Schulen«, fordert Simone Borchardt MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion. Auch müssten Ärztinnen und Ärzte entlastet werden, damit mehr Prävention passieren könne.

Prävention gehöre nicht zuletzt auch ins Quartier, meint Simone Fischer MdB, Sprecherin für Pflegepolitik der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen, und verweist auf bereits gute Strukturen vor Ort, z. B. für die Schulgesundheitspflege in Baden-Württemberg, deren Finanzierung jedoch unbedingt geregelt werden müsse.

Mehr Digitalisierung, mehr Gesundheitskompetenz: »Wir müssen die Rahmenbedingungen verbessern und dafür sorgen, dass möglichst viel Prävention in der Häuslichkeit stattfinden kann«, sagt Christine Vogler, Präsidentin des Deutschen Pflegerats, und fügt hinzu: »Präventive Arbeit ist pädagogische Arbeit, ist Beziehungsarbeit«.

Dorothee Buschhaus

Psychische Erkrankungen: Entwicklungen und Wege



Erste Hilfe für die Psyche

JAHR FÜR JAHR steigen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für psychotherapeutische Leistungen, seit 2014 um rund 83%. Jeder vierte Erwachsene in Deutschland ist im Laufe eines Jahres von einer psychischen Erkrankung betroffen. Die Zeiten, als psychische Leiden tabu waren und verschämt verschwiegen wurden, sind lange vorbei. Heute sprechen Politiker wie Michael Roth (SPD) oder Sportler wie Alexander Zverev öffentlich über ihre Depressionen oder Burn-out-Erkrankung. Schulen bieten Präventionsprogramme (»Gesundheit und Optimismus«) an, in den sozialen Medien werden Tipps zum Erkennen von Depressionen oder Angststörungen ausgetauscht. Die Entstigmatisierung ist ein wichtiger Schritt, um psychisch Kranken professionelle Hilfe zukommen zu lassen, die sie schnell und dringend brauchen. Doch gelingt dies tatsächlich?

Laut der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erfüllt jeder vierte Erwachsene im Zeitraum eines Jahres die Kriterien einer psychischen Erkrankung. Damit sind rund 18 Millionen Erwachsene betroffen. Häufigste Erkrankung sind Angststörungen, Depressionen und Störungen durch Alkohol- oder

Medikamentenmissbrauch. Deutlich gestiegen sind die Behandlungszahlen. Die Gründe? Das Robert Koch-Institut (RKI) spricht zurückhaltend von einem veränderten »Hilfesucheverhalten« im Zuge der Entstigmatisierung. Vielen Betroffenen fällt der Gang zum Therapeuten oder zur Therapeutin offensichtlich leichter als noch vor 25 Jahren. Ob Therapien heute zudem schneller als früher verordnet werden, oder ob eine psychiatrische Diagnose unter jungen Menschen »beliebt« ist, weil sie den Wunsch nach mehr Aufmerksamkeit erfüllt, wird kontrovers diskutiert.

Immer mehr Jugendliche betroffen

Mit den Fallzahlen steigen die Kosten: Laut GKV-Spitzenverband wenden die Krankenkassen 4,6 Mrd. Euro im Jahr für Psychotherapien auf, 83% mehr als vor zehn Jahren. Besonders rasant steigen die Ausgaben für psychiatrische und psychosomatische Fachabteilungen, 2023 um 11% im Vergleich zum Vorjahr. Als alarmierend wertet die GKV, dass sich der Schwerpunkt der Finanzierung seit Jahren noch weiter in die vollstationäre Versorgung verlagert. Gegen den europaweiten Trend zur stärkeren ambulanten psychiatrischen Behandlung sei die Zahl der psychiatrischen Betten in den vergangenen Jahren in Deutschland auf zuletzt etwa 130 Betten pro 100 000 Einwohner gestiegen, bei schlechterer Personalausstattung, mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 75,1 Tagen. Die GKV spricht von einer Über- und Fehlversorgung in der Psychiatrie.

Vor allem bei Kindern und Jugendlichen werden immer häufiger psychische Probleme diagnostiziert. Nach einer Auswertung des Barmer Instituts für Gesundheitssystemforschung (bifg) litten 2018 gut 316 000 junge Menschen zwischen 5 und 24 Jahren, vor allem Mädchen und junge Frauen, unter einer depressiven Episode. Im vergangenen Jahr waren es mehr als 409 000 Betroffene. Das entspricht einem Zuwachs um knapp 30% binnen sechs Jahren. Die Fachleute vermuten, dass ein größeres Maß an Sensibilität in der Gesellschaft für diese Entwicklung mitverantwortlich ist. Kinder und Jugendliche würden mehr in sich hineinblicken, Gefühle artikulieren und dabei von ihren

Eltern bestärkt werden. Die britische Lancet-Psychiatrie-Kommission geht noch weiter. Sie verweist in einer Expertise auf gesellschaftliche Megatrends wie den Klimawandel, den schwindenden sozialen Zusammenhalt und unregulierte soziale Medien, unter denen junge Menschen besonders litten.

Auch diese Zahlen geben zu denken: Depressionen, Belastungsreaktionen und Ängste sind nicht nur die zweithäufigste Ursache für Krankheitstage im Beruf, sie sind auch der häufigste Grund für Frühverrentungen. Der DAK Psychreport 2024 spricht von einem neuen Höchststand. Besonders betroffen seien Erzieherinnen, Sozialpädagogen, Fachkräfte in der Altenpflege und Theologinnen – also durchweg Berufsgruppen, die sich um das Wohlergehen anderer Menschen kümmern und besonders von Personalmangel betroffen sind. Die intensive Beziehungsarbeit würde häufig als psychisch belastend erlebt, schreibt auch die AOK Rheinland/Hamburg in ihrem Diagnosebericht 2023. Der Frauenanteil in diesen Branchen liegt bei mehr als 75%.

Doch noch einmal: Bekommen Betroffene die Hilfe, die sie dringend brauchen?

Gute Versorgungslage?

Vergleicht man die Versorgungslage der europäischen Länder, so schneidet Deutschland nach Ansicht von Fachleuten gut ab. Hierzulande kümmern sich rund 14 600 Psychiaterinnen und Psychiater in Praxen und stationären Einrichtungen und 37 481 niedergelassene ärztliche und psychologische Vertragspsychotherapeuten und -psychotherapeutinnen um Betroffene. 2021 waren das 1,7 Mio. Fälle pro Quartal. Die Behandlungskapazitäten sind seit 2013 um 47% gestiegen. Trotzdem gibt es weiterhin Klagen über zu lange Wartezeiten und zu wenig Vertragspraxen. Sind sie berechtigt? Was läuft schief?

Objektive Aussagen sind schwierig, da die Wartezeiten auf einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz in Deutschland z. B. nicht systematisch erfasst werden. Zahlen beruhen in der Regel auf Befragungen. Während Psychotherapeuten und -therapeutinnen in einer Umfrage von durchschnittlich vier bis sechs Monaten sprechen, ergab eine repräsentative Umfrage unter Versicherten eine durchschnittliche Wartezeit von vier bis fünf Wochen auf das erste Vorgespräch.

Ein Grund für die unsichere Datenlage bei Umfragen: Auf der Suche nach einem freien Therapieplatz lassen sich viele Betroffene

gleich auf mehrere Wartelisten setzen. Werden die Praxen befragt, sind sie in der Regel nicht informiert, wie viele auf ihrer Liste zwischenzeitlich woanders einen Platz gefunden haben. Die zentralen Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, auf deren Anfragelisten die Psychotherapie ganz oben steht, konnten 2024 laut Evaluationsbericht 74% der Vermittlungswünsche nach einer psychotherapeutischen Sprechstunde in der gesetzlich vorgeschriebenen Frist von vier Wochen und nach einer Akutbehandlung innerhalb von zwei Wochen erfüllen, allerdings mit regional großen Unterschieden.

Online-Chat statt Therapiegespräch?

Um eine langfristig flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, hält die DGPPN weitere Reformen und einen Ausbau flexibler, koordinierter Behandlungsangebote für zwingend. Dazu gehört auch die seit 2017 neu eingeführte psychotherapeutische Sprechstunde, der eine Studie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) positive Steuerungseffekte bescheinigt. 40% der Patienten und Patientinnen benötigten nach einem Erstgespräch zur Abklärung der Beschwerden keine weitere ambulante Behandlung. »Nicht jedes Konzentrationsproblem ist eine ADHS, nicht jede Verstimmung eine Depression«, betont eine Sprecherin der DGPPN. »Aber nur Fachleute können Erkrankungen korrekt diagnostizieren.«

Und nicht für jeden und jede ist ein Therapieplatz das richtige Behandlungsangebot. Eine wichtige Hilfe können für die einen auch niedrigschwellige Behandlungsangebote, Selbsthilfegruppen oder internetbasierte Programme sein, während andere eher von medikamentösen oder somatischen Behandlungen oder psychosozialen Therapien profitieren.

Der Einsatz von Künstlicher Intelligenz wird allerdings unter Fachleuten kontrovers diskutiert. Die DGPPN begrüßt Therapie-Apps wie Therapiesitzungen per Video oder Online-Chats für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Werden sie angemessen eingesetzt, könnten sie den Umgang mit der Krankheit erleichtern und die Wartezeit bis zur Therapie überbrücken. Auch beim Einsatz von Chatbots gibt es nach Ansicht der Fachgesellschaft vielversprechende Forschungsansätze. Allerdings unter einer Einschränkung: »Die unbetreute Nutzung von Chat-GPT oder anderer Large Language Models als Therapieersatz ist nicht zu empfehlen.«

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



Perspektiven der psychiatrischen & psychotherapeutischen Versorgung

DIE AUSGABEN für die ambulante und stationäre Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland sind in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Wie gelingt es, zunehmend mehr Patientinnen und Patienten trotz knapper Ressourcen und steigender Kosten bedarfsgerecht zu versorgen? Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, die inzwischen umgesetzt werden. **➔** Mit dem Ziel, den Zugang zur Versorgung niederschwelliger, einfacher und schneller zu gestalten, wurden mit der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie-Richtlinie 2017 verschiedene Maßnahmen eingeführt. So wurde u. a. die Begutachtungspflicht für die Kurzzeittherapie in bestimmten Psychotherapieverfahren aufgehoben. Dies betrifft die ambulante Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die systemische Therapie. Außerdem wurden die psychotherapeutische Sprechstunde und die psychotherapeutische Akutbehandlung eingeführt.

Letztere verspricht z. B. schnelle therapeutische Hilfe für Betroffene mit psychischen Problemen in einer akuten Krise oder einem Ausnahmezustand. Die psychotherapeutische Akutbehandlung muss weder bei der Krankenkasse beantragt werden, noch muss der Medizinischen Dienst eine Begutachtung durchführen – es besteht lediglich eine Anzeigepflicht gegenüber der Kasse.

Gruppentherapien fördern

Um psychotherapeutische Gruppentherapien attraktiver zu machen, wurden im ersten Schritt bestimmte gruppentherapeutische Angebote von der Begutachtungspflicht befreit. Im zweiten Schritt wurden auch Kombinationstherapien aus Einzel- und Gruppentherapie begutachtungsfrei gestellt sowie die Kombination aus analytischer Psychotherapie im Einzelsetting und tiefenpsychologisch fundierter Gruppenpsychotherapie ermöglicht.

Die Erwartungen, mehr gruppenpsychotherapeutische Angebote umzusetzen, um mehr Patientinnen und Patienten in einer Zeiteinheit und mit hohen Effektstärken versorgen

zu können, haben sich nach ersten Erhebungen noch nicht bestätigt. Die Gründe sind vielfältig; bei vielen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten scheitert es z. B. an den räumlichen Gegebenheiten.

Um bei Patientinnen und Patienten ggf. Hemmschwellen und Vorbehalte gegenüber einer Gruppenpsychotherapie abzubauen, hat der G-BA ein weiteres niederschwelliges Angebot eingeführt: die gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung. Obwohl es in Deutschland fast 40 000 niedergelassene ärztliche und vor allem psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gibt, werden in bestimmten Regionen noch immer hohe Wartezeiten beklagt. Das liegt u. a. auch daran, dass viele Therapeutinnen und Therapeuten nur über einen halben Kassensitz verfügen, der es ermöglicht, neben der ambulanten Tätigkeit auch Aufgaben in der Klinik oder Lehrtätigkeiten auszuüben, bzw. dass viele Therapeuten auch bei vollem Kassensitz diesen nicht im vollen zeitlichen Umfang ausfüllen.

Modellprojekt in NRW

Finden gesetzlich Versicherte keinen zeitnahen Therapieplatz bei einer niedergelassenen Therapeutin oder einem Therapeuten, gibt es die Möglichkeit, außervertragliche Psychotherapie im Erstattungsverfahren zu erhalten. Dies hilft zwar, Versorgungslücken zu schließen und sozialmedizinisch notwendige Therapien nach individueller Begutachtung zu ermöglichen, läuft aber dem Sicherstellungsauftrag zuwider. Ein Modellprojekt in Nordrhein-Westfalen widmet sich der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – mit Ergebnissen ist jedoch erst 2031 zu rechnen.

Gemeinsam in Netzverbünden

Sind Versicherte schwer psychisch erkrankt und haben sie einen komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, gelten besondere Anforderungen an die Ausgestaltung einer berufsgruppenübergreifenden, koordinierten und strukturierten Versorgung. Diese sind in der ksvPsych-Richtlinie

geregelt, die der G-BA zuerst für Erwachsene und später für Kinder und Jugendliche umgesetzt hat.

Die ksvPsych-Richtlinie bietet neue Gestaltungsmöglichkeiten in der Regelversorgung. Mit der Gründung von Netzverbünden schließen sich verschiedene Behandler zusammen: Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, stationäre psychiatrische Einrichtungen (Kliniken) und andere Gesundheitsberufe. Eine erste Erhebung zur Umsetzung der ksvPsych-Richtlinie für Erwachsene zeigte jedoch nur eine verhaltene Umsetzung. Insbesondere die Gründung von Netzverbünden mit psychiatrischen Kliniken gestaltete sich schwierig, sodass der G-BA 2024 weitere Erleichterungen zur Bildung von Netzverbünden auf den Weg gebracht hat. Von der künftigen, hoffentlich schnelleren Umsetzung wird eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung ausgehen.

Ausbildung reformiert

Gestärkt wurde auch der Zugang zur ambulanten Soziotherapie, die in der Vergangenheit ausschließlich ärztlich verordnet werden konnte. Mittlerweile dürfen auch Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten ambulante Soziotherapie sowie psychiatrische Häusliche Krankenpflege (PHKP) verordnen.

Reformiert wurde außerdem die psychotherapeutische Ausbildung. Künftig absolvieren Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten ein Direktstudium, das mit der Approbation abschließt. Darauf folgt eine mehrjährige Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren der ambulanten Psychotherapie. Erste Absolventinnen und Absolventen werden voraussichtlich 2027 nach dieser

neuen Ausbildungsordnung ihren beruflichen Einstieg nehmen. Die Bundespsychotherapeutenkammer verspricht sich davon eine bessere Qualifikation künftiger Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Stationärer Versorgungsbereich

Auch im stationären Versorgungsbereich wurden wesentliche Verbesserungen erreicht, so z. B. die Implementierung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB). Diese ermöglicht erstmalig eine stationäre Behandlung von psychisch kranken Versicherten in der Häuslichkeit durch ein multiprofessionelles Team. Noch wird dieses Angebot bisher nur zögerlich umgesetzt.

Weiterentwickelt wurde auch die Richtlinie zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern (PPP-RL). Auf Grundlage der PPP-RL und der Qualitätskontroll-Richtlinie der Medizinischen Dienste (MDQK-RL) wird die Personalausstattung psychiatrischer und psychosomatischer sowie kinder- und jugendpsychiatrischer Krankenhäuser regelmäßig überprüft. So wird erstmalig die ausreichende Ausstattung dieser Kliniken mit dem erforderlichen Personal in den unterschiedlichen Berufsgruppen evaluiert.

Für die Budgetverhandlungen der Krankenhäuser wurde eine Übersicht über strukturelle und regionale Besonderheiten erarbeitet, um diese bedarfsgerecht in der Budgetplanung der psychiatrischen Krankenhäuser zu berücksichtigen.

Ausblick

All diese Maßnahmen werden kontinuierlich weiterentwickelt und werden dazu dienen, Unterversorgungen akut und schwer erkrankter Patientengruppen in den Bereichen Psychiatrie, Psychosomatik, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapie zu verbessern. Politische Entwicklungen, die psychische Gesundheit zu stärken und Mental Health zu fördern, sind unbedingt zu begrüßen. Das gilt auch für die Kampagne des Bundesgesundheitsministeriums zur Verringerung von Einsamkeit. Trotzdem besteht die große Herausforderung in den nächsten Jahren darin, die Versorgung psychisch kranker Versicherter sektorenübergreifend zu verbessern, d. h. die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden. Die ksvPsych-RL für Erwachsene und die für Kinder und Jugendliche sind dabei von entscheidender Bedeutung, ebenso die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V. Wenn es gelingt, die sektorenübergreifende Versorgung zu optimieren und eine bessere Zusammenarbeit in Netzverbünden zu erreichen, kann eine wesentliche strukturelle Stärkung der Versorgung psychisch kranker Versicherter erreicht werden. **➔**



Dr. med. **Christoph J. Tolzin** ist Facharzt für Psychiatrie u. Psychotherapie/Sozialmedizin. Er leitet das Kompetenz-Centrum Psychiatrie u. Psychotherapie c.tolzin@md-mv.de



Über Grenzen hinweg – Impulse für die Psyche

10
Titelthema

WELTWEIT LEBEN laut WHO mehr als eine Milliarde Menschen mit psychischen Erkrankungen – seit der Corona-Pandemie haben Angststörungen und Depressionen global um rund 25% zugenommen, europaweit berichten 22% mehr Menschen von Einsamkeit. Geht es um die seelische Gesundheit, liegt Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelfeld. ▶ Laut dem Flash Eurobarometer 530, einer Umfrage der Europäischen Kommission, befindet sich Deutschland beim persönlichen Wohlempfinden zwar über dem EU-Durchschnitt, doch beim Zugang zu Gesundheitsdiensten liegt es deutlich darunter. Auch der internationale Krankenversicherer Foyer Global Health stuft die Versorgung psychisch Erkrankter im weltweiten Vergleich nur als Mittelmaß ein. Ursachen sind strukturelle Probleme wie vergleichsweise längere Wartezeiten auf Therapieplätze, teils überdurchschnittlich lange Klinikaufenthalte, Fachkräftemangel und große regionale Unterschiede in der Versorgung.

Zu den Vorreitern im Einsatz für die psychische Gesundheit gehören die nordeuropäischen Länder, während Staaten mit geringem oder mittlerem Einkommen – etwa Pakistan oder Mexiko – häufig zu den Schlusslichtern zählen. Doch der Blick über die Grenzen zeigt: Nicht der Wohlstand eines Landes allein entscheidet über die psychische Gesundheit seiner Bevölkerung, sondern der politische Wille zu Reformen und der Mut, neue Wege zu gehen.

Sri Lanka: Task-Sharing-Modell

»Wertvolle Erkenntnisse lassen sich aus Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen gewinnen, die aufgrund des Mangels an Fachkräften erfolgreich geschulte Laien und Gemeindemitglieder in die Versorgung einbinden«, betont die European Alliance Against Depression (EAAD), die Dachorganisation der Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention. Ein Beispiel dafür sei Sri Lanka. Dort reisen nicht-fachliche Mitarbeitende, die an Kliniken angebunden sind, regelmäßig in Dörfer, begleiten Patientinnen und Patienten, erfassen Symptome und greifen bei Rückfallgefahr frühzeitig ein.

Die Regierung Sri Lankas verfolgt diesen Ansatz systematisch: Laut der nationalen Mental Health Po-

licy soll eine umfassende, gemeindenahe Versorgung den bisherigen Schwerpunkt auf institutionelle Versorgung ablösen und Prävention, Wohlbefinden und Rehabilitation in den Mittelpunkt rücken. Dieses sogenannte Task-Sharing-Modell, so die EAAD, lasse sich auch auf wohlhabende Länder übertragen – gerade jetzt, wo die Nachfrage nach psychischer Versorgung stark gestiegen ist. Ein Beispiel ist der Aufbau sogenannter »mental health community support Centre«, Zentren, die psychosoziale Unterstützung, Tagesangebote, Beratung und gemeindebasierte Hilfe bündeln und koordinieren. Dort arbeiten Fachleute mit freiwilligen Unterstützerinnen und Unterstützern zusammen.

Nordeuropa: flächendeckende Versorgung

Wie der Krankenversicherer Foyer Global Health betont, sind die nordeuropäischen Länder im Bereich psychische Gesundheit »durchweg führend, da sie eine niedrige Prävalenz psychischer Störungen mit robusten Gesundheitssystemen und einer Politik kombinieren, die Glück und Wohlbefinden fördert.«

In Finnland ist psychische Gesundheit fest im Alltag verankert – von einer flächendeckenden schulischen Beratung bis zu kommunalen Kliniken mit erschwinglichen Angeboten. Schweden setzt Fachkräfte für psychische Gesundheit direkt in den Kliniken für die Grundversorgung ein und ergänzt dieses System durch mobile Einsatzteams für ländliche Regionen.

Norwegen gilt mit seinen laut Bericht »bahnbrechenden telepsychiatrischen Diensten« als digitaler Vorreiter: Unter anderem sind dort Online-Beratungen mit zugelassenen Therapeutinnen und Therapeuten rund um die Uhr erreichbar. Die Niederlande verbinden kostenlose Jugendberatung mit einer Stadtplanung, die gezielt auf Grünflächen als Schutzfaktor für die seelische Gesundheit setzt. Das sorgt nachweislich für eine geringere Depressionsrate. Auch Dänemark legt den Fokus auf Prävention, unter anderem mit jährlichen Depressions-Screening-Tagen und informellen »Psycho-Cafés«.

Italien: Abschaffung von Großpsychiatrien

In Italien leitete die sogenannte »Basaglia-Reform« bereits 1978 einen tiefgreifenden Wandel der psychiatrischen Versorgung ein: Sie beendete die Ära der abgeschotteten Großanstalten und schuf wohnortnahe Zentren für psychische Gesundheit. Heute erfolgt die stationäre Krisenversorgung überwiegend in Akutabteilungen allgemeiner Krankenhäuser – ein entscheidender Schritt hin zu einer dezentralen, integrierten Versorgung.

Als internationales Vorbild für die gemeindenahe psychiatrische Versorgung gilt die Stadt Triest. Sie schloss ihre psychiatrische Großanstalt vollständig und ersetzte sie durch rund um die Uhr geöffnete, gemeindenahe Zentren für psychische Gesundheit mit wenigen Betten. Ergänzt wird dieses Netzwerk durch eine kleine psychiatrische Einheit im Allgemeinkrankenhaus, soziale Kooperativen sowie eine Vielzahl innovativer Programme zur Genesung und sozialen Teilhabe.

Österreich: Brücken zwischen Klinik und Alltag

In Österreich setzt die Versorgung psychisch erkrankter Menschen auf eine enge Verzahnung von stationären und ambulanten Angeboten. Psychiatrische Abteilungen sind meist in allgemeine Krankenhäuser integriert, während Tageskliniken, Home Treatment und sozialpsychiatrische Dienste stetig ausgebaut werden. Beim Home Treatment findet die Behandlung nicht in der Klinik, sondern im häuslichen Umfeld statt: Multiprofessionelle Teams besuchen Patientinnen und Patienten regelmäßig zu Hause, um Krisen frühzeitig abzufangen, Einweisungen zu vermeiden und die therapeutische Kontinuität zu sichern.

Besonders erfolgreich zeigt sich das in Salzburg erprobte Modell des »Flexible Assertive Community Treatment« (FACT). Dabei betreut ein Team aus Ärztinnen, Pflegekräften und Sozialarbeiterinnen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen flexibel – im Alltag, zu Hause oder in akuten Phasen. Die Intensität der Behandlung passt sich dem jeweiligen Bedarf an. Studien deuten darauf hin, dass dieses Modell die Dauer stationärer Aufenthalte deutlich reduziert und zugleich die Versorgungsqualität verbessert.

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



11
Titelthema
forum
das Magazin des Medizinischen Dienstes 4./2025

Vereinigtes Königreich: stufenweise Hilfe nach Bedarf

Ein besonders gut erprobter Ansatz ist das sogenannte Stepped-Care-Modell, das – wie die EAAD erläutert – im britischen National Health Service (NHS) das organisatorische Rückgrat der Depressions- und Angstbehandlung bildet. Dabei werde die Behandlungsintensität individuell an den Bedarf angepasst: »Sie wird hochgestuft, wenn Symptome anhalten oder sich verschlimmern, und heruntergestuft, sobald deutliche Fortschritte erkennbar sind.«

Ziel sei ein effizienter Ressourceneinsatz, bei dem Betroffene zunächst die am wenigsten intensive, aber dennoch wirksame Intervention erhalten – von aktivem Monitoring leichter Symptome und Psychoedukation bis hin zu hochintensiver Psychotherapie oder – falls nötig – stationärer Behandlung.

Blick über den Tellerrand nutzen

Die Beispiele aus dem Ausland zeigen: Psychische Gesundheit entsteht dort, wo Prävention, Teilhabe und niedrigschwellige Hilfe konsequent zusammengedacht werden – ob durch geschulte Laien in Sri Lanka, flexible Teams in Österreich oder digitale Dienste in Norwegen. Auch zahlreiche andere Länder haben innovative Modelle entwickelt – etwa Neuseeland mit dem Programm »Like Minds, Like Mine«, das Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter reduzieren soll.

Von all diesen Ansätzen kann Deutschland lernen – etwa durch den Ausbau gemeindenahe Angebote und durchlässigere Versorgungsstrukturen. Denn wie die WHO in ihrem »World mental health today«-Report betont, braucht es weltweit weiterhin entschlossenes politisches Handeln und größere Investitionen, um die mentale Gesundheit der Menschen nachhaltig zu schützen und zu fördern. ○

Ulrike Elisabeth Moormann
ist Fachärztin für Allgemeinmedizin
und Geriatrie und Fachgutachterin im
Kompetenz-Centrum Geriatrie.

**Ulrike
Elisabeth
Moormann**

Wie entstehen Depressionen im Alter?

Depressionen entstehen durch ein Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren. Biologisch können Veränderungen der Botenstoffe im Gehirn, vaskuläre Prozesse oder chronische Erkrankungen eine Rolle spielen. Psychologisch belasten Verlusterlebnisse, Einsamkeit, Überforderung oder das Gefühl, nicht mehr gebraucht zu werden. Soziale Faktoren wie finanzielle Unsicherheit oder fehlende Unterstützung können das Risiko zusätzlich erhöhen. Wichtig ist: Eine Depression ist keine normale Alterserscheinung, sondern eine ernstzunehmende, aber gut behandelbare Erkrankung.

Wie wird diagnostiziert und therapiert?

Häufig bleibt eine Altersdepression unerkannt, weil Symptome wie Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Schmerzen oder Konzentrationsprobleme nicht als Anzeichen einer psychischen Erkrankung wahrgenommen werden. Betroffene selbst sprechen selten darüber – aus Scham oder Angst vor Stigmatisierung. Wird die Diagnose gestellt, orientiert sich die Behandlung grundsätzlich an den gleichen Prinzipien wie bei jüngeren Menschen: Medikamente, Psychotherapie, und aktivierende Maßnahmen. Im Alter müssen diese jedoch individuell angepasst werden – aufgrund von Multimorbidität, Polypharmazie und eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, Pflege und Angehörigen ist dabei entscheidend.

Wie lässt sich die Versorgung verbessern?

Viele ältere Menschen erhalten keine bzw. keine ausreichende Behandlung. Es mangelt an altersgerechten Therapieangeboten und vor allem an Psychotherapieangeboten. Außerdem ist die Vernetzung zwischen den Versorgungsbereichen noch nicht ausreichend. Um die Situation zu verbessern, braucht es Früherkennungsmaßnahmen, z.B. kurze geriatrische Assessments wie die »Depression im Alter-Skala« (DIA-S) oder die »Geriatrische Depressionsskala« (GDS-15). Auch wohnortnahe, niedrigschwellige Angebote und Schulungen für medizinisches Personal sind wichtig. Eine bessere Versorgung senkt nicht nur das Leid der Betroffenen, sondern spart auch Kosten – durch weniger Klinikaufenthalte und geringere Folgekosten.

Depressionen im Alter: verstecktes Leid?

12

forum Titelthema

4/2025 das Magazin des Medizinischen Dienstes

WENN MENSCHEN im Alter unter einer psychischen Erkrankung, z.B. einer Depression leiden, bleibt dies häufig unentdeckt und unbehandelt. Dafür gibt es unterschiedliche Ursachen. **Edith** ist 94 Jahre und blickt auf ein ereignisreiches Leben: Sie hat den Zweiten Weltkrieg überstanden, die Wirtschaftswunderjahre erlebt. Sie hat zwei Töchter großgezogen, ihrem Mann jahrelang den Rücken freigehalten. Sie hat ihre pflegebedürftige Mutter umsorgt, eine Krebserkrankung überwunden, und vor allem hat sie nie geklagt.

Heute lebt Edith zurückgezogen in einer Zwei-Raum-Wohnung in einer Neubausiedlung, der Pflegedienst kommt zweimal am Tag, die Kinder nur zum Geburtstag und zu Weihnachten. Edith fügt sich still in die Situation: »Jammern bringt doch nichts«, sagt sie mit brüchiger Stimme, traurigem Blick und spürbarer Resignation.

In Zahlen

Die alte Dame zeigt immer öfter typische Anzeichen einer Altersdepression, bemerkt auch der Pflegedienst: Phasen der gedrückten Stimmung nehmen zu, sie wirkt antriebslos, traurig, unkonzentriert, isst weniger. Und damit ist sie keineswegs allein.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden weltweit ca. 14% der Erwachsenen über 70 Jahre an einer psychischen Erkrankung. Allein 4% der Weltbevölkerung (332 Mio. Menschen) sind von einer Depression betroffen. Dem Robert Koch-Institut zufolge wurde 2023 in Deutschland bei 16,7% der gesetzlich versicherten Erwachsenen eine Depression diagnostiziert. 21,5% waren 60 bis 69 Jahre alt; 19,3% waren 70 bis 79 Jahre alt und 21,2% waren 80 Jahre und älter.

Depressionen im Alter

Die Altersdepression gehört zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter, wird aber oft nicht erkannt, »weil man Symptome schnell verwechseln kann mit Krankheitsfaktoren, auch mit einer beginnenden Demenz«, sagt Dr. Pascal Schlechter, Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Münster, Arbeitseinheit Klinische Psychologie, Psychotherapie und Gesundheitspsychologie. Wenn ältere Menschen z.B. weniger essen,

sich weniger gut konzentrieren können oder schlechter schlafen, wisse man nicht auf Anhieb, ob dies dem Alter geschuldet ist oder ob Symptome einer Depression dahinterstecken. Oft sei es schwierig, das eine vom anderen zu trennen. »Ärztinnen und Ärzte insbesondere, z.B. in hausärztlichen Praxen, müssen genau hinsehen, tiefer nachfragen, typische Bagatellisierungen des Patienten nicht einfach hinnehmen oder auch nicht vorschnell Antidepressiva verordnen.«

Studien belegen, dass wenige ältere Menschen therapiert werden, dass der Bedarf an Psychotherapie aber viel höher und überhaupt nicht gedeckt ist – »aus unterschiedlichen Gründen«, wie Schlechter sagt: »Viele Menschen wollen z.B. keine solche Therapie.« Sie gehören wie Edith einer Generation an, in der psychische Probleme stigmatisiert waren, in der man nicht darüber sprach, sondern sie einfach ignorierte. Stattdessen fällt es leichter, zu sagen, man habe Bauch- oder Kopfschmerzen, als zu sagen, ich fühle mich wirklich nicht gut. Wieder andere sind der Auffassung, dass sich eine Therapie in ihrem Alter nicht mehr lohne oder dass man Jüngeren den Therapieplatz wegnehmen würde – ungeachtet der Tatsache, dass Ältere das gleiche Anrecht auf eine Therapie hätten wie Jüngere, findet Schlechter.

Auch im fortgeschrittenen Alter seien Therapien oft Erfolg versprechend und könnten zu weniger Leid und mehr Lebensqualität beitragen.

Ursachen und Wirkung

»Wir haben im Alter ganz viele Lebensereignisse, die sich auswirken«, erklärt Schlechter: »Rollen und Funktionen ändern sich – das Ende des Berufslebens, der Eintritt in die Rente, der Verlust von Angehörigen oder Freunden. Grundsätzlich wird der soziale Part kleiner. Vielleicht muss man in eine kleinere Wohnung umziehen, vielleicht ist man körperlich eingeschränkter, weniger mobil, weniger selbstständig, dafür mehr abhängig von der Unterstützung anderer. Dann kann auch schnell Einsamkeit auftreten und sich in depressiven Symptomen widerspiegeln.« Auch Angehörige sollten

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



13

forum Titelthema

Im Maßregelvollzug – Therapie statt Strafe

BEGEHT EIN MENSCH aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Straftat und wird daraufhin vom Gericht als schuldunfähig beurteilt, wird er im Maßregelvollzug untergebracht. Dort soll er geheilt statt bestraft werden. Doch die Einrichtungen sind bundesweit überlastet. ► Die Mauern sind mehrere Meter hoch, alle Fenster vergittert, die Türen fest verschlossen, jeder Winkel ist mit Kameras ausgestattet. Es handelt sich nicht um ein Gefängnis, die Bewohner und wenigen Bewohnerinnen (etwa 6%) sind Patienten des Maßregelvollzugs. Sie haben eine Straftat begangen, wurden aber aufgrund eines forensischen Gutachtens vom Gericht für schuldunfähig befunden, da eine psychische Erkrankung oder Suchtverhalten der Tat zugrunde lag. In solchen Fällen ordnet das Gericht eine Maßregel an, das heißt, die Freiheit wird entzogen und eine psychiatrische Behandlung auferlegt.

Patienten statt Straftäter

Die Straftaten im Maßregelvollzug umfassen gefährliche Körperverletzung, Mord, Brandstiftung und seltener Sexualdelikte. Der Maßregelvollzug leistet daher einen Spagat: Die gesicherte Unterbringung soll die Gesellschaft vor weiteren Straftaten schützen. Zugleich gibt es einen Heilungsauftrag. Das Fachper-

sonal des Maßregelvollzugs spricht daher auch von Patienten statt von Straftätern.

Etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten haben eine psychische Erkrankung und werden in einer forensischen Psychiatrie untergebracht. Ein weiteres Drittel wird mit Suchtproblemen in eine Entziehungseinrichtung eingewiesen. Allerdings ist diese klare Abgrenzung, wie sie § 63 und § 64 StGB vorsehen, eher Theorie: »Es kommt fast kein einziger schizophrener kranker Patient mehr ohne zusätzliches Drogenproblem zu uns,« erklärt Jutta Muysers, stellvertretende Leiterin des forensischen Referats der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und bis zum Ruhestand Fachbereichsleiterin der forensischen Psychiatrie in Langenfeld.

Von denjenigen, die nicht ausschließlich suchtkrank sind, leiden ca. 70% unter einer schizophrenen Psychose. Doch in mehreren Studien ließ sich nachweisen, dass die soziale Prägung (zum Beispiel eigene Gewalterfahrungen) eine größere Rolle für Gewalttätigkeit spielt als die psychische Erkrankung. »Menschen mit psychischen Erkrankungen sind nicht gefährlicher, gewalttätiger oder häufiger straffällig als Menschen ohne psychische Erkrankungen,« erklärt Prof. Dr. Andreas Heinz, Seniorprofessor an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen.

Therapie statt Strafe

Viele Patientinnen und Patienten erleben den Maßregelvollzug als stabilen Alltag nach einer Phase des psychischen Ausnahmezustands. Restriktionen wie Freiheitsentzug, Überwachung oder eine strenge Hausordnung können im besten Fall auch Struktur und Versorgung der Grundbedürfnisse wie Wohn- und Rückzugsraum bedeuten.

Doch die Patientinnen und Patienten kommen nicht freiwillig in den Maßregelvollzug und müssen sich im ersten Schritt auf eine Therapie einlassen. Dieses Fundament kann viel Vertrauensarbeit und Zeit beanspruchen. Anschließend wird ein Therapieplan aus individuell zusammengesetzten Elementen entwi-

ckelt. Dazu gehört die medikamentöse Therapie mit Psychopharmaka. In Einzel- und Gruppengesprächen werden Gesprächs- oder Verhaltenstherapie sowie tiefenpsychologische Verfahren angewandt. Aus der Auseinandersetzung mit der Straftat ergeben sich ebenfalls spezifische Maßnahmen, zum Beispiel Antiaggressionstrainings.

Neben den medizinischen und psychotherapeutischen Interventionen braucht es Arbeits- und Beschäftigungstherapien, die an die Fähigkeiten und Vorlieben der Patienten anknüpfen: In großen, gut strukturierten Einrichtungen kann das von der Gartenarbeit über die Theatergruppe bis hin zur Bürotätigkeit reichen. Auch schulische und berufliche Ausbildungen können abgeschlossen werden. Die Sport- und Bewegungstherapie hilft vielen, den Körper bewusster wahrzunehmen und Impulse zu regulieren.

Lassen regelmäßig geprüfte Therapieerfolge es zu, darf eine Patientin bzw. ein Patient das Gelände in Begleitung einer Pflegekraft verlassen. Im nächsten Schritt sind Freigänge und Beurlaubung möglich. Auch die Entlassung – nach durchschnittlich zehn Jahren – kann dann thematisiert werden. Dafür braucht es stabile Anschlussstrukturen, vor allem Wohnraum und zuverlässige ambulante Nachsorgeangebote, die auf forensische Psychiatrie spezialisiert sind.

Ideal und Wirklichkeit

Doch all diese Bausteine lassen sich nur dann optimal zusammensetzen, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Dass dies zunehmend seltener der Fall ist, zeigt eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) aus dem Jahr 2021, die sich an die bundesweit 78 Einrichtungen des Maßregelvollzugs richtete. Von diesen nahmen 45 an der Umfrage teil, in denen 7500 von deutschlandweit insgesamt ca. 1300 Patientinnen und Patienten untergebracht sind.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Maßregelvollzug in einer Krise befindet: Fast 60% der Einrichtungen gaben an, dass erforderliche Therapieangebote aus finanziellen oder personellen Gründen nicht angeboten werden können. Mehr als zwei Drittel (68,5%) sind deutlich überbelegt: In Patientenzimmern werden mehr als die vorgesehenen Betten aufgestellt, wichtige Therapie- und Isolationsräume umfunktioniert. Einzelzimmer gibt es kaum. Die räumliche Enge schürt Aggressionen: Ein Drittel der Kliniken berichtet über zunehmende körperliche Übergriffe auf Mitpatienten und Personal. Das wiederum erschwert die Arbeitsbedingungen und verstärkt das ohnehin schon erhebliche Personalproblem: Es fehlen 20% Pflegekräfte, zudem Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeuten.

All diese Faktoren verzögern eine erfolgreiche Therapie und damit die Entlassung. Nicht nur werden die Einrichtungen immer voller und handlungsunfähiger – ein offenkundiger Teufelskreis. Auch die Lebenszeit, die die Patientinnen und Patienten in den hohen Mauern des Maßregelvollzugs verbringen, wird zunehmend länger.

Perspektiven

Für die Entlassung ist der Therapieerfolg maßgeblich. Gelingen trotz aller Widrigkeiten Therapie und Nachsorge, ist die Prognose vergleichsweise gut: Während aus dem Justizvollzug entlassene Straftäter bis zu 70% rückfällig werden, kommen Patientinnen und Patienten des Maßregelvollzugs zu ca. 15% erneut die Verwahrung.

Doch welche Rolle spielt die allgemeinspsychiatrische Versorgung, bevor die psychische Erkrankung zur Straftat führt? Und wie ist sichergestellt, dass die Krankheit nicht erneut ausbricht und zu einer Straftat führt? Dazu braucht es ein engmaschiges Netz ambulanter Versorgungsstrukturen. »Aber ich habe nicht den Eindruck, dass es schon gute Netzwerke gibt oder dass die Netzwerke, die da sind, gut genug sind,« bemängelt Jutta Muysers.

Der Hamburger Psychiatrieplan 2025, der Anfang des Jahres vorgestellt wurde, setzt auf Prävention, damit es gar nicht erst zur Straffälligkeit kommt. Er hat sich die bessere Vernetzung und Koordination von medizinischen Fachkräften, Gemeinden und spezialisierten Projekten zum Ziel gemacht. Dazu sollen niedrigschwellige und aufsuchende Angebote geschaffen werden für Personen, die aufgrund von Erkrankung und Überforderung, Obdachlosigkeit und anderer Hindernisse schwer zu erreichen sind, die sich selbst kaum Hilfe suchen und deswegen immer wieder durch bestehende Raster fallen und womöglich auch straffällig werden. Ein wesentliches Element des Psychiatrieplans, für den jährlich ca. 7 Millionen Euro eingeplant werden, ist der Aufbau von sieben gemeindepsychiatrischen Verbünden, die Patientinnen und Patienten dauerhaft und verbindlich statt nur punktuell in Krisen versorgen sollen.

Bestehende forensische Institutsambulanzen, die Menschen nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug versorgen, sollen um dezentrale Einrichtungen ergänzt werden und bei der Rückkehr in ein straffreies Leben unterstützen. Mit all diesen Maßnahmen könnte nicht nur der Maßregelvollzug entlastet werden. Viele Menschen hätten zudem eine Perspektive jenseits der Abwärtsspirale aus Krankheit und Gewalt. ◻

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

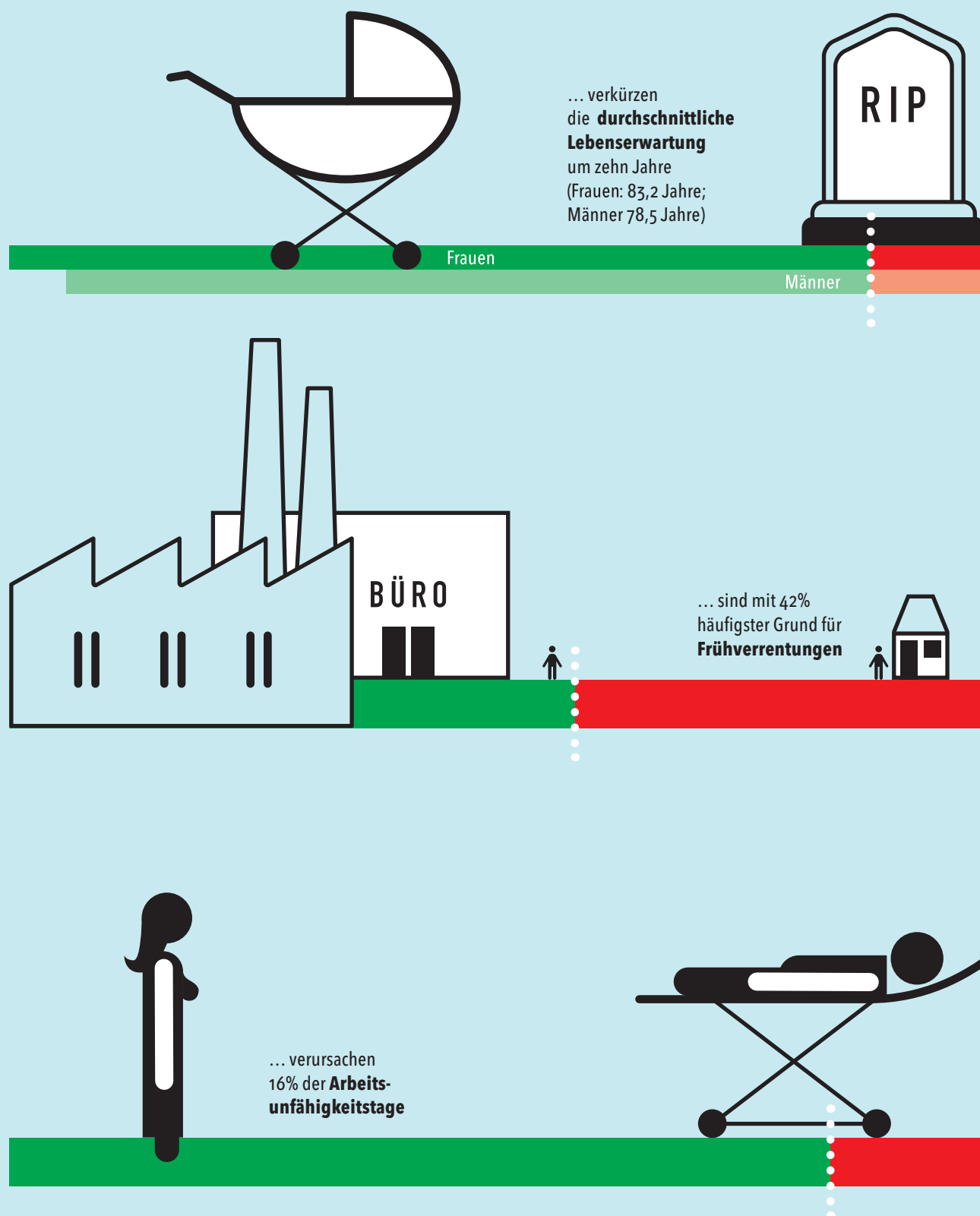




Psychische Erkrankungen ...

16

Medizin und Pflege in Zahlen



Quelle: DGPPN e. V. (2025) Basisdaten Psychische Erkrankungen, Stand Februar 2025

Liposuktion bei Lipödem wird Kassenleistung

DIE LIPOSUKTION bei Lipödem ist ab 2026 unabhängig vom Stadium der Erkrankung eine Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung – ambulant und stationär. Dies hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Juli beschlossen und die Versorgung an bestimmte Vorgaben geknüpft. Wissenschaftliche Grundlage des Beschlusses ist die vom G-BA 2019 beauftragte randomisiert-kontrollierte Erprobungsstudie (LIPLEG), die im Zwischenergebnis eine signifikante Reduktion der Schmerzsymptomatik, des Leitsymptoms des Lipödems, gezeigt hatte. Auch das Verständnis der Leitlinie änderte sich: Man sah, dass Komorbidität mit Adipositas eine größere Rolle spielt als erwartet und dass die Einteilung in Stadien nicht zielführend ist. Todesfälle traten in der Studie nicht auf. Auf Basis dieser Erkenntnisse sind Liposuktionen, d. h. operative Eingriffe, mit denen das krankhaft veränderte Unterhautfettgewebe des Lipödems reduziert wird, nun in allen Stadien der Erkrankung zusätzlich zu den konservativen Behandlungen wie Kompressionsstrümpfen eine reguläre Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Diagnose und Indikationsstellung

Laut Richtlinie müssen Indikationsstellung und operative Durchführung getrennt voneinander durch unterschiedliche Ärzte erfolgen. Die Diagnose muss eine Fachärztin oder ein Facharzt für Innere Medizin und Angiologie, für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder für Haut- und Geschlechtskrankheiten oder eine Fachärztin oder ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Phlebologie stellen.

Konservative Maßnahmen wie Kompression, Lymphdrainage, Ernährungstherapie und psychosoziale Maßnahmen bleiben unverändert die Therapie der ersten Wahl und müssen vor Indikationsstellung zur Liposuktion mindestens sechs Monate lang durchgeführt worden sein.

Für die Diagnosestellung entscheidend sind das Vorliegen einer Fettgewebsvermehrung an den Extremitäten (disproportional, symmetrisch, unter Aussparung der Hände und Füße) sowie Schmerzen in den betroffenen Extremitäten.

Bei Indikationsstellung gilt es, eine häufig zusätzlich zum Lipödem vorliegende Adipositas zu berücksichtigen. Ist der Body Mass Index (BMI) größer als 35 kg/m², schließt dies die Liposuktion aus. Bei einem so hohen Übergewicht bringt der Eingriff erfahrungsgemäß keine Erfolge. Die Adipositas sollte dann zunächst leitliniengerecht behandelt werden.

Bei einem BMI von 32 bis 35 kg/m² ist eine Liposuktion grundsätzlich möglich. Zusätzlich zur Adipositas muss dann allerdings ein lipödemtypisches Fettverteilungsmuster (Waist-to-Height-Ratio) nachgewiesen sein. Sechs Monate vor dem Eingriff darf außerdem keine Gewichtszunahme dokumentiert sein.

Qualitätsanforderungen Operation

Die Liposuktion durchführen dürfen ausschließlich Fachärztinnen und Fachärzte für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, andere Fachärztinnen und Fachärzte des Gebiets Chirurgie sowie andere operativ tätige Facharztgruppen, Fachärztinnen und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Darüber hinaus dürfen Fachärztinnen und Fachärzte anderer Fachrichtungen operieren, sofern sie bereits vor dem 9. Oktober 2025 die Methode gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem des G-BA erbringen durften.

Bei dem vorgegebenen Standardverfahren der Liposuktion, der Tumescenz-Liposuktion, dürfen maximal 10% des Körpergewichts an Fettmenge je Eingriff abgesaugt werden. Mehr als 3000 ml abzusaugen, ist nur zulässig, wenn nach der OP eine Nachbeobachtung über zwölf Stunden sichergestellt ist. Wiederholte Eingriffe an derselben Region sind nicht zulässig.

Ausblick

Die LIPLEG-Studie läuft weiter. Es sind daraus weitere Erkenntnisse zu Rezidiven und langfristigen Ergebnissen zu erwarten. Der G-BA wird diese Entwicklungen beobachten und nimmt jederzeit Hinweise aus der Versorgung auf, um seine Regelungen bei Bedarf anzupassen.

Dr. med. **Bernhard van Treeck** ist Unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses. bernhard.van-treeck@g-ba.de



17

Wissen & Standpunkte forum das Magazin des Medizinischen Dienstes 4/2025

Krankenhausreform: Was ist geplant?

DIE KRANKENHAUSREFORM, die Anfang 2025 in Kraft getreten ist, wird mit einem Anpassungsgesetz »flexibilisiert« und die Umsetzung um ein Jahr auf 2030 gestreckt. An Qualitätszielen sollen keine Abstriche gemacht werden, sagt Bundesgesundheitsministerin Nina Warken. »Pragmatismus statt reiner Lehre«, so kommentiert das Bundesgesundheitsministerium den im Frühsommer mit den Bundesländern vereinbarten Kompromiss zur Revision der unter Karl Lauterbach entwickelten und Ende 2024 beschlossenen Krankenhausreform. Zum Gelingen der Reform wird die Mitwirkung der Länder benötigt, Krankenhausplanung ist ihre hoheitliche Aufgabe. Die damit verbundene Verpflichtung, in die Struktur ausreichend zu investieren, haben die Länder jedoch bisher nicht ausreichend erfüllt. Die Folge: Struktur- und Qualitätsmängel, unnötig hohe Komplikationsraten insbesondere bei elektiven Eingriffen und im internationalen Vergleich eher mittelmäßige medizinische Ergebnisse. Trotz der Kompromisse mit den Ländern hinsichtlich größerer Flexibilität bei den zukünftigen Strukturanforderungen und der geplanten Leistungskonzentration sollen die Qualitätsziele nicht infrage gestellt werden, so Bundesgesundheitsministerin Nina Warken bei der ersten Lesung des Krankenhausreform-Anpassungsgesetzes (KHAG) im November im Bundestag.

Die Kompromisselemente

- Der Krankenhaustransformationsfonds – insgesamt 50 Mrd. Euro – soll nicht mehr zur Hälfte aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern aus dem Sondervermögen Infrastruktur und Klimaneutralität des Bundes finanziert werden. Die andere Hälfte zahlen die Länder, ebenfalls aus dem Sondervermögen.
- Weitere 4 Mrd. Euro erhalten die Kliniken für den Sofort-Transformationsfonds zeitnah – das wird ihnen aber aufgrund des Spargesetzes bei der Finanzierung der Betriebskosten wieder weggenommen.
- Für Kliniken im ländlichen Raum können die Länder Kooperationsmöglichkeiten erweitern.

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



- Für abrechnungsfähige Leistungen der Krankenhäuser gelten weiterhin Qualitätskriterien mit Mindestanforderungen. Die Zahl der Leistungsgruppen wird – wie in NRW – auf zunächst 61 plus spezielle Traumatologie beschränkt. Bei Struktur- und Qualitätskriterien für die Zuweisung von Leistungsgruppen sind Ausnahmen möglich, über die die Länder entscheiden.
- Für Kliniken, die onkologische Leistungen erbringen, aber keine Zentren sind, sollen die Mindestfallzahlen abgesenkt werden.
- Der Zeitrahmen bis zur vollen Wirksamkeit der Reform wird bis auf 2030 gestreckt und umfasst eine budgetneutrale Phase 2026/27 und eine Übergangsphase 2028/29.

Nach den Ausschussberatungen soll das Gesetz im Januar 2026 endgültig vom Bundestag beschlossen werden. Bis dahin könnte es Korrekturen geben, denn im Detail kritisieren insbesondere Gesundheitspolitiker von Bündnis 90/Die Grünen, die die Zielsetzung und die Kerninstrumente mittragen, dass so wichtige Disziplinen wie die Kinderheilkunde und die spezielle Infektiologie nicht als eigene Leistungsgruppen definiert sind und somit ihre Existenz künftig nicht mehr gesichert sei. Andererseits versichern Gesundheitspolitiker der Koalition, es solle ein lernendes System entstehen, in dem weitere Leistungsgruppen entwickelt werden können.

Tatsache ist: Der Start in die Reform hat lange gedauert und war holprig. Denn die Reformnotwendigkeit war schon zu Beginn der Corona-Pandemie 2020 offenkundig. Viele Kliniken konnten schwer erkrankte Corona-Patienten mangels geeigneter Personal- und Technikinfrastruktur nicht versorgen. Überkapazitäten führten die Mehrheit der Kliniken trotz steuerlicher Subventionen ins Defizit.

Auch die dringende Reform der Notfallversorgung geht spät an den Start, denn die erste Blaupause hatte der Gesundheits-Sachverständigenrat bereits 2018 geliefert. Immerhin liegt nun ein neuer Referentenentwurf vor, sodass auch hier die parlamentarischen Beratungen bald starten könnten. □

Kommt die Kompetenzerweiterung in der Pflege im zweiten Anlauf?

DER BUNDES RAT, hat am 21. November 2025 das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege in den Vermittlungsausschuss überwiesen. Zum Redaktionsschluss des forum Anfang Dezember war unklar, wann das Gesetz in Kraft treten kann. Das Gesetzesvorhaben basiert auf dem Entwurf zum Pflegekompetenzgesetz, der in der letzten Legislaturperiode aufgrund des Bruchs der Ampelkoalition und der anschließenden Neuwahl nicht mehr abschließend beraten werden konnte. Ziel des Gesetzes ist es, die Attraktivität der Pflegeberufe deutlich zu steigern, indem deren Kompetenzen erweitert und bürokratische Aufwände reduziert werden. Pflegefachpersonen sollen künftig bestimmte Leistungen, die bislang Ärztinnen und Ärzten vorbehalten waren, eigenverantwortlich durchführen können. Die konkreten Leistungen werden durch die Selbstverwaltung unter Beteiligung der Pflegeverbände festgelegt. Über fachfremde Änderungsanträge, die im parlamentarischen Beratungsverfahren kurz vor dem Beschluss im Bundestag ergänzt worden waren, sollten Beitragssteigerungen in der GKV verhindert werden. Durch das Aussetzen der sogenannten Meistbegünstigungsklausel sollte der Anstieg der Ausgaben für Krankenhäuser um 1,8 Mrd. Euro verringert werden. Dies lehnen die Länder mehrheitlich u. a. mit Verweis auf die Einseitigkeit der finanziellen Belastung ab und überwiesen das Gesetz in den Vermittlungsausschuss.

Neuerungen für den Medizinischen Dienst

Für den Medizinischen Dienst würde das Gesetz grundlegende Neuerungen bringen. So soll der Medizinische Dienst Bund ein Modellprojekt beauftragen, in dem untersucht werden soll, wie das Zusammenspiel zwischen Medizinischem Dienst und professioneller Pflege bei der Pflegebegutachtung intensiviert werden kann. Der Medizinische Dienst Bund hatte sich in den Beratungen dafür eingesetzt, dass die Einstufung in Pflegegrade dabei in der Verantwortung des unabhängigen Medizinischen Dienstes bleibt. Damit können sich Versicherte auch weiterhin darauf verlassen, dass ihre Begutachtung frei

Steffen Bartzik arbeitet in der Stabsstelle Politik und Strategie beim Medizinischen Dienst Bund. steffen.bartzik@md-bund.de



von Interessenkonflikten und mit hoher gutachtlicher Expertise erfolgt.

Mit verschiedenen Maßnahmen sollen die Aufwände der Pflegedienste und Pflegeheime reduziert werden. Die Zusammenarbeit zwischen den heimrechtlichen Aufsichtsbehörden der Länder und dem Medizinischen Dienst soll gestärkt werden, indem die Überprüfung nach heimrechtlichen Vorschriften in Zukunft ganz oder teilweise durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Heimaufsichtsbehörden erfolgen kann. Dem Medizinische Dienst wird dadurch ermöglicht, zeitgleich mit der Qualitätsprüfung in einem Termin alle durch die Heimaufsichtsbehörden in ihrem Prüfauftrag näher bezeichneten Fragen zu klären. Außerdem wird die Möglichkeit, den Prüfrhythmus bei guter Qualität der Pflege auf zwei Jahre zu verlängern, nicht mehr auf vollstationäre Pflegeeinrichtungen begrenzt, sondern auf ambulante Pflegedienste und Tagespflegeeinrichtungen erweitert.

Das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege soll gemeinsam mit dem Pflegefachassistentenführungsgesetz, das das parlamentarische Beschlussverfahren bereits durchlaufen hat, den Auftakt für die Pflegereform der neuen Regierungskoalition darstellen. Mit den Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Zukunftspakt Pflege«, die noch im Dezember 2025 vorliegen sollen, wird bereits das nächste Gesetzgebungsverfahren in der Pflege vorbereitet. □

Behandlungsfehler verursachen menschliches Leid und hohe Kosten

PATIENTINNEN und Patienten erwarten zu Recht hohe Sicherheitsstandards, wenn sie in der ärztlichen Praxis oder im Krankenhaus behandelt werden. Behandlungsfehler und daraus resultierende Gesundheitsschäden gilt es in jedem Fall zu verhindern, denn sie verursachen nicht nur großes menschliches Leid, sondern haben auch erhebliche ökonomische Auswirkungen. 12 304 fachärztliche Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern hat der Medizinische Dienst im Jahr 2024 bundesweit erstellt. Dabei haben die Gutachterinnen und Gutachter 3731 Behandlungsfehler festgestellt; in 2825 Fällen konnte ein Schaden kausal mit dem Fehler in Verbindung gebracht werden.

Diese Zahlen klingen hoch, doch sie zeigen nur einen kleinen Ausschnitt des tatsächlichen Problems. »Zahlreiche wissenschaftliche Studien, die immer wieder zu ähnlichen Ergebnissen kommen, gehen davon aus, dass es in etwa zwischen einem und fünf Prozent aller stationären Behandlungen zu Fehlern und zu vermeidbaren Schäden kommt«, sagt Dr. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund, anlässlich der Veröffentlichung der Jahresstatistik der Behandlungsfehlerbegutachtung der Medizinischen Dienste.

Hohe Dunkelziffer

Zehntausende Menschen werden jedes Jahr im Gesundheitssystem geschädigt – obwohl viele Behandlungsfehler verhindert werden könnten. Die Dunkelziffer ist groß, weil viele Vorfälle nicht erkannt, dokumentiert oder gemeldet werden.

Dabei geht es nicht um unvermeidbare Nebenwirkungen, die manchmal trotz bester Behandlung auftreten können. Es geht um vermeidbare Fehler, also um Situationen, in denen etwas schief läuft, das bei besserer Organisation, klarer Kommunikation und mehr Sicherheitsbewusstsein hätte verhindert werden können. Fehler entstehen häufig dort, wo Sicherheitsstrukturen fehlen, Teamarbeit und Absprachen nicht gut funktionieren oder Zeit- und Kostendruck die Qualität der Behandlung beeinflussen. Das zeigt: Patientensicherheit liegt nicht allein im Verantwortungsbereich Einzelner, sondern hängt auch von der Struktur und der Organisation der Einrichtungen des Gesundheitswesens ab.

Internationale Daten

Auch internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) beschäftigen sich intensiv mit dem Thema Patientensicherheit. Laut WHO treten in modernen Gesundheitssystemen – also auch in Deutschland – in mindestens 5% aller Krankenhausaufenthalte vermeidbare Schäden auf. Das bedeutet: Bei etwa jedem zwanzigsten Krankenhausaufenthalt passiert etwas, das der Patientin oder dem Patienten schadet, obwohl es hätte verhindert werden können.

Gesundheitsökonomische Auswirkungen

»Unsichere Versorgung hat nicht nur Folgen für die geschädigten Patientinnen und Patienten. Sie hat auch massive gesundheitsökonomische Auswirkungen. Denn wenn Patientinnen und Patienten durch Behandlungsfehler geschädigt werden, dann sind weitere Eingriffe, Operationen und Nachbehandlungen erforderlich«, so Gronemeyer.

Die Behandlung von vermeidbaren Schäden kostet viel Geld – Geld, das dann an anderer Stelle fehlt, z. B. für Prävention, gute Pflege oder bessere Arbeitsbedingungen im Krankenhaus.

Würde mehr Geld in Sicherheitsmaßnahmen investiert, könnten langfristig hohe Folgekosten gespart werden: durch kürzere Krankenhausaufenthalte, weniger Medikamente, weniger Pflegebedürftigkeit und weniger Arbeitsausfälle.

Was bedeuten die internationalen Zahlen für Deutschland?

Die OECD hat in mehreren aufeinander aufbauenden Untersuchungen zu ökonomischen Schäden durch unsichere Versorgung (»The Economics of Patient Safety«) herausgefunden, dass im Schnitt etwa 15% der Krankenhauskosten direkt durch die Folgen unsicherer oder fehlerhafter Behandlungen entstehen.

Prof. Dr. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin und renommierter Gesundheitsökonom, hat nachgerechnet, was die internationalen Zahlen für Deutschland bedeuten, und festgestellt:

»Überträgt man diese Zahl auf Deutschland, ergibt das mehr als 15 Mrd. Euro pro Jahr. Rechnet man die gesamte Gesundheitsversorgung ein – also auch Pflege und Rehabilitation –, liegen die Kosten bei etwa 9% der gesamten Gesundheitsausgaben. Das entspricht etwa 1% des Bruttoinlandsprodukts (BIP). Und 1% des BIP sind auf Deutschland gerechnet rund 40 Mrd. Euro.« Zum Vergleich: 2023 betrugen die gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland etwa 501 Mrd. Euro, also rund 12% des BIP.



Wirtschaftliche Folgen

Diese Zahlen zeigen, dass die wirtschaftlichen Folgen von Behandlungsfehlern größer sind als bei vielen anderen Gesundheitsrisiken. Trotzdem fließt nur ein kleiner Teil der finanziellen Mittel in die Vorbeugung solcher Fehler. Stattdessen werden jedes Jahr Milliarden dafür ausgegeben, die entstandenen Schäden zu beheben – während Investitionen in Sicherheit und Prävention oft als Zusatzkosten gesehen werden.

Selbst wenn man nur die bestätigten Fehlerfälle betrachtet, sind die finanziellen Folgen beträchtlich. Denn es geht nicht nur um die Kosten, die aus der Behandlung des Fehlers selbst entstehen, sondern auch um die Folgekosten durch längere Arbeitsunfähigkeiten, dauerhafte Behinderungen oder Todesfälle. Jeder vermeidbare Fehler bedeutet also auch menschliches Leid – für die Betroffenen, ihre Familien und die Menschen, die sie pflegen.

Gegen den weltweiten Trend

Die neuesten internationalen Daten stammen aus der »Global Burden of Disease«-Studie. Diese Studie untersucht weltweit, wie viele Todesfälle durch medizinische Fehler oder unerwünschte Ereignisse verursacht werden. Seit 1990 ist die Zahl dieser Todesfälle weltweit um etwa ein Drittel gesunken – ein Zeichen dafür, dass viele Länder aus Fehlern lernen und ihre Systeme verbessern.

In Deutschland zeigt sich jedoch ein anderer Trend: Hier hat sich die Zahl der Todesfälle durch medizinisch verursachte

Ereignisse verdoppelt. Im Jahr 2023 lag die Sterblichkeit bei 1,9 Todesfällen pro 100 000 Einwohner – das entspricht rund 1600 Menschen pro Jahr. Zum Vergleich: In der Schweiz liegt dieser Wert bei nur 0,6 pro 100 000 Einwohner.

Diese Zahlen sind alarmierend. Sie zeigen, dass Deutschland bei der Patientensicherheit deutlich hinter anderen Ländern zurückliegt. Es fehlt an einer konsequenten Sicherheitskultur, an klaren Meldewegen und an der Bereitschaft, aus Fehlern systematisch zu lernen.

Warum sich Investitionen in Sicherheit lohnen

Fest steht: Jede Investition in Prävention, bessere Kommunikation und Sicherheitsmanagement zahlt sich mehrfach aus. Denn werden Fehler vermieden, bedeutet das:

- weniger Leid für Patientinnen und Patienten,
- weniger Belastung für das Personal (Stichwort: »Second-Victim-Phänomen«)
- geringere Kosten für das Gesundheitssystem
- steigendes Vertrauen in Krankenhäuser und Praxen.

Patientensicherheit darf nicht als teurer Zusatz betrachtet werden. Mehr Investition in Patientensicherheit sollte vielmehr als »Investition in Qualität, Effizienz und Vertrauen verstanden werden, während das Unterlassen von Fehlervermeidung ein Vielfaches kostet«, sagt Busse.

Ein Krankenhaus, das der Implementierung und Umsetzung von Sicherheitsstandards höchste Priorität beimisst, arbeitet dagegen langfristig wirtschaftlicher, weil es weniger Komplikationen, kürzere Liegezeiten und zufriedeneren Patienten gibt.

Fazit: Die ökonomischen Folgen von Behandlungsfehlern sind enorm: Milliardenbeträge fließen jedes Jahr in die Behandlung vermeidbarer Schäden. Gleichzeitig wird zu wenig in Fehlervermeidung, Ausbildung und Sicherheitsstrukturen investiert.

Mehr Patientensicherheit ist also keine Frage des guten Willens, sondern eine kluge und wirtschaftlich sinnvolle Entscheidung. Jeder Euro, der in Prävention gesteckt wird, spart mehrfach Geld – und noch wichtiger: Er bewahrt Menschen vor unnötigem Leid.

Deutschland hat die Möglichkeit, aus internationalen Erfahrungen zu lernen und Patientensicherheit zu einem festen Bestandteil seiner Gesundheitsstrategie zu machen. Nur so kann erreicht werden, dass weniger Fehler passieren, weniger Menschen geschädigt werden und das Gesundheitssystem menschlicher, sicherer und effizienter wird.

Zur Jahresstatistik der Behandlungsfehlerbegutachtung der Medizinischen Dienste unter: <https://md-bund.de/themen/patientensicherheit.html>



Dr. Charlotte Hölscher ist Leiterin der Fachstelle Patientensicherheit beim Medizinischen Dienst Bund. c.hoelscher@md-bund.de

Kinderklinikkonzerte: laute und leise Töne am Krankenbett

LIEGEN KINDER im Krankenhaus, wird das Leben oft leise. Der Verein Kinderklinikkonzerte bringt für kurze Zeit Musik in Klinikräume und lässt die Kleinen, ihre Angehörigen und Mitarbeitende aufhorchen. Musiker spielen unplugged auf Fluren, an Betten, auf Intensivstationen. Und manchmal entstehen dabei magische Momente. ► Es ist ein früher Herbstmorgen im September in Berlin-Buch. Vor den Backsteinhäusern des Helios-Klinikums parkt ein Nightliner-Bus, der sonst zu großen Bühnen rollt. Drinnen stimmen Musiker ihre Instrumente, fröhlich, unbeschwert, aber auch ein wenig angespannt. Denn gleich beginnt ein Tag, an dem Musik nicht nur Unterhaltung ist, sondern vor allem Begegnung.

Der Verein Kinderklinikkonzerte ist auf Tour. Seit 2015 bringt die ehrenamtliche Organisation Künstlerinnen und Künstler dorthin, wo das Leben gerade stillzustehen scheint: zu Kindern und Jugendlichen, die (häufig schwer erkrankt) in Krankenhäusern liegen. Die Musiker spielen ohne Gage und ohne großes Equipment auf Fluren, zwischen Monitoren, Infusionsständern und kleinen Kuscheltieren. Und wenn ein Kind das Bett nicht verlassen kann, wird eben am Rand des Bettes gesungen.

Melodien zum Mitfühlen

Antje Reich ist an jenem Septembertag in Berlin-Buch Teil des Teams. Normalerweise arbeitet die 38-Jährige als Musiktherapeutin in der Suchthilfe. Heute schreibt sie in einem Blog über den Tourtag. Die Kinder-Onkologie ist die erste Station des Tages. Obwohl sich vor dem Auftritt der Künstler immer ein beklemmendes Gefühl einstellt, ist dies nach dem ersten Blick in die vorfreudigen Gesichter schnell verflogen. Weder die Kliniken noch die Kinder wissen im Vorfeld, wer für sie musiziert. Heute sind es u. a. Sängerin Mandy Capristo und die Band Kuult, die mit eingängigen Popsongs starten. Schnell wird der Raum zur Party. Manche Kinder klatzen im Takt, andere lächeln vorsichtig, ein Pfleger wippt mit dem Fuß, eine Mutter ist sichtlich gerührt. Dann setzt Anna Grey an: Die 22-Jährige spricht und singt viel über psychische Gesundheit, ist in den sozialen

Medien längst ein Star (mehr als 120 000 Follower auf Instagram) und begeistert mit ihrer weichen Stimme an diesem Tag nicht nur die jungen Patienten, sondern auch Mitarbeitende und Angehörigen. Die besondere Situation auf der Kinder-Onkologie-Station berührt nicht nur die Zuhörenden, sondern auch die Künstlerin. Sie muss kurz innehalten, ringt um Fassung – bevor sie einer jungen Mutter ihren Respekt ausspricht. Die Mutter lächelt unter Tränen. »Diese Verbindung zu sehen, sorgte bei allen Anwesenden für den berühmten Kloß im Hals«, beschreibt Antje Reich die Szene.

Bewegende Momente

Auf der Kinder-Intensivstation werden später ganz bewusst die leisen Töne angestimmt. Ein Vater wiegt behutsam sein schwerkrankes Baby, das an viele Kabel angeschlossen ist. Die Musik ist kaum wahrnehmbar, und doch verändert sie den Raum. Das Kind lauscht scheinbar aufmerksam der Musik und bekommt eine Rassel geschenkt. Die Reaktion zaubert dem Vater ein Lächeln ins Gesicht: Der kleine Patient schüttelt sie mit einer Energie, die alle überrascht. Ein winziger Triumph. »Musik ist genau in solchen Momenten der zarte Kleber, der sich auf die geschundenen Herzen legt und der Seele erlaubt zu fliegen und die Leichtigkeit zu genießen, die sie teilweise lange nicht mehr spüren konnte«, schreibt Antje Reich fast ein bisschen pathetisch in ihrem Blog.

Zum Abschluss des Tages kommt noch mal fröhliche Partystimmung auf: Gemeinsam mit ca. 30 Kids aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie sorgen Mandy Capristo und Kuult für einen kräftigen musikalischen Motivationsschub: »Ain't no Mountain high enough« – was für ein passendes Bild.

Auf Tour durch Deutschland

Das Helios-Klinikum Berlin-Buch ist eine von sechs Kinderkliniken, die der Verein im September ansteuerte. 31 Ehrenamtliche begleiteten die diesjährige Tour, darunter auch Antje Reich, die die Kinderklinikkonzerte seit 2015 unterstützt. Ihr erstes Konzert waren »Jupiter Jones« in Magdeburg. »Ich erinnere mich immer noch an diese Magie,

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



dieses Gefühl, zur richtigen Zeit am richtigen Ort zu sein.« Bis heute haben die Konzerte nichts von ihrer Faszination eingebüßt: Sie erreichen und bewegen alle, die dabei sind, und sie schaffen Gemeinschaft, sorgen für Abwechslung, machen Mut und schenken Hoffnung.

Neben Berlin ging es in diesem Jahr nach Hamburg, Braunschweig, Siegen, Darmstadt und Kassel. Künstler und Künstlerinnen wie Lina, Leony, Glasperlenspiel, Esther Graf, Tonbandgerät, Gregor Hägele, Enkay, Wilhelmine, el., Sebastian Wurth, Nevio, Mandy Capristo, Kuult und Anna Grey erreichten bei insgesamt 54 Auftritten mehr als 600 Kinder.

Konzerte, die zu den Kindern kommen

Jedes dieser Konzerte ist ein besonderer Moment. Nicole John dürfte viele erlebt haben: Gemeinsam mit ihrer Freundin Nadja Benndorf gründete sie vor zehn Jahren den Verein Kinderklinikkonzerte e.V. in Magdeburg. Den Ausschlag gab ein Einsatz, der für die heute 34-Jährige während ihrer Ausbildung zur Notfallsanitäterin kein Einzelfall war: Ein kleines Mädchen war mit dem Fahrrad verunglückt und hatte sich schwer verletzt. Nicole wurde zum Einsatz gerufen und begleitete die Kleine in eine Spezialklinik, es folgten bange Stunden. Während des Transportes fragte sie sich: Was würde in einem solchen Moment helfen? Was würde dem Kind die Zeit des langen Krankenhausaufenthaltes erleichtern?

Für sie, die die Musik liebte, lag es auf der Hand – ein Konzert, laute und leise Lieder, kulturelles Leben und glücklich machendes Miteinander. Das war die Geburtsstunde der Kinderklinikkonzerte: »Wenn die Kinder schon nicht auf Konzerte gehen können, dann müssen die Konzerte eben zu den Kindern kommen.« Kurzerhand wurden eine befreundete Band aus Dresden engagiert, ein Zauberer eingeladen und die Familie zum Kuchenbacken eingespannt – die Idee war nicht nur geboren, sondern wurde 2011 in einer Dresdner Kinderklinik erstmalig umgesetzt.

Inzwischen blicken John und Benndorf auf eine lange Liste bekannter Künstler und Künstlerinnen, die sie für die gute Sache gewinnen konnten – darunter Lea, Kamrad, Elif, Wincent Weiss, Silbermond, Jupiter Jones, Johannes Oerding, Revolverheld sowie

die Paten des Vereins Nico Santos und Max Giesinger. Sie alle haben Kindern, Eltern, Geschwisterkindern und Klinikmitarbeitenden einzigartige Konzertmomente geschenkt und Freude in den mitunter schwierigen Krankenhaus-Alltag gebracht.

Nachklang

Finanziert werden der Verein und die Touren über Spenden. Die Musikerinnen und Musiker engagieren sich gern und ohne Gage – wie etwa Max Giesinger: »Das Kinderklinikkonzert im uke in Hamburg war ein absolutes Highlight für mich. Das waren krasse Momente, die mich extrem berührt haben. [...] Der sterilste Raum kann während der Kinderklinikkonzerte ein kleines Paradies werden.«

Und (Tim) Kamrad sagt: »Ich werde den Tag nicht vergessen, weil es wirklich so ein Moment war, in dem ich realisiert habe, was Musik eigentlich so alles bewegen kann.«

Den 52 Künstlerinnen und Künstlern, die bislang für den Verein aufgetreten sind, sieht man bei den Konzerten die Rührung an: »Sie spüren plötzlich wieder, warum sie ursprünglich mal Musik machen wollten«, meint Nicole John. Sie sagt auch: »Musik kann so vieles.« Musik berührt, Musik bewegt – Musik kann Schmerzen überlagern und Heilung unterstützen. Dies zeigte sich u. a. bei einem Konzert in Neustadt/Holstein, als ein kleines Mädchen, das aus unerklärlichen Gründen noch nicht lief, bei der Musik von Gregor Hägele plötzlich ihre ersten Schritte machte. »Die Therapeutinnen haben geweint, das war sehr berührend«, erinnert sich Nicole John.

Das Engagement des Vereins zeigt Wirkung: Unlängst wurden Nicole John und Nadja Benndorf mit dem deutschen Publikums- und Medienpreis »Goldene Henne« ausgezeichnet. Beide sind sich einig: »Es geht nicht um uns. Es geht um die Kinder. Und um die Menschen, die an Tagen, die allen zu viel abverlangen, trotzdem Liebe in den Raum tragen.«

Infos auch unter <https://www.kinderklinikkonzerte.de/>

Gesundheit selbst testen?

DER MARKT für Gesundheitsselbsttests boomt, aber die Qualität lässt häufig zu wünschen übrig. Seit der Corona-Pandemie sind die meisten Menschen mit medizinischen Selbsttests vertraut. Niemand muss mehr das Haus verlassen und die Ärztin oder den Arzt fragen, um zu wissen, ob die Ursache für Husten und Fieber eine Infektion mit dem Coronavirus ist. Das Ergebnis lässt sich nach korrekter Durchführung leicht ablesen: ein Strich – nicht infiziert, zwei Striche – leider doch.

Der allgemeine Gebrauch von Coronatests und technische Verbesserungen haben dazu beigetragen, dass der Markt für Selbsttests in den vergangenen Jahren stark gewachsen ist. Wirtschaftsfachleute schätzen den Marktwert für das Jahr 2023 weltweit auf rund 15 Mrd. US-Dollar mit einer zukünftigen Wachstumsrate von jährlich fast 7%.

Der Besuch eines Drogeriemarktes zeigt die Fülle des Angebots an Selbst- und Labortests, die mit dem Slogan ›In wenigen Schritten zum Ergebnis‹ beworben werden. Es gibt Produkte, die anzeigen sollen, ob der Körper mit genügend Vitamin D, B12 oder Eisen versorgt ist; ob mit dem vaginalen pH-Wert alles stimmt; ob die Schilddrüse normal arbeitet, der Körper mit Schwermetallen belastet ist, der Magen mit dem Bakterium *Helicobacter Pylori* zu kämpfen hat oder sich im Stuhl verdächtiges Blut befindet.

Die Tests benötigen Probenmaterial wie Blut, Urin, Speichel oder Stuhl. Sie sind in der Regel einfach zu handhaben. Das Material wird auf einen Teststreifen aufgebracht oder in eine Testkassette gefüllt. Nach einer kurzen Wartezeit kann das Ergebnis abgelesen werden. Grundlage für viele Tests ist die sogenannte ELISA-Methode. Ein Verfahren, das farblich sichtbar macht, wenn Antikörper (im Testreagenz) mit der zu bestimmenden Substanz (im Testmaterial) reagieren. Bei anderen Verfahren wird daheim nur die Probe genommen und diese dann in einem geeigneten Gefäß an ein Diagnostiklabor geschickt.

Selbsttests sind oft fehleranfällig

»Selbsttests haben ein klares Potenzial, die öffentliche Gesundheit zu verbessern«, sagt

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



Jonathan Deeks, Biostatistiker an der britischen Universität Birmingham. Damit sie jedoch nützlich und nicht schädlich sind, müssten sie nachweislich genau und einfach in der Anwendung sein.

Deeks und sein Team haben gerade 30 verschiedene Gesundheitstests zu unterschiedlichen Fragestellungen vom Vitamin-D-Spiegel über die Prostata-gesundheit bis zum Darmkrebs geprüft. Obwohl alle Tests die CE-Kennzeichnung trugen, also grundsätzlich alle europäischen Sicherheits- und Leistungsanforderungen erfüllten, stuften die britischen Forschenden 60% dieser Tests als riskant ein. Die Testanweisungen seien schlecht formuliert, das Probenahmeverfahren anfällig oder die Interpretation der Ergebnisse schwierig.

Als Beispiel führen die Wissenschaftler einen Vitamin-D-Test an. Die Blutentnahme aus der Fingerkuppe mit der beigelegten Pipette schlage häufig fehl. Eine beigelegte Farbpalette für die Auswertung des Ergebnisses sei ungenau.

Als extrem fehleranfällig schätzt das Team auch einen ›Menopause‹-Test ein, der die Menge des follikelstimulierenden Hormons im Urin misst. Ein Anstieg des FSH-Spiegels im Blut ist ein häufiges Anzeichen für den Beginn der Wechseljahre. Bei Frauen, die sich im Übergang zur Menopause, also in der Perimenopause, befinden, schwankt der FSH-Wert während des Zyklus aber (noch). Um überhaupt eine Aussage zum FSH treffen zu können, müsste der Test immer am zweiten bis zum fünften Tag des Zyklus gemacht werden. Ansonsten sind die gemessenen Werte kaum zu interpretieren.

Deeks und seine Kolleginnen fordern eine strengere Regulierung von Gesundheitstests für den Heimgebrauch, um Patientinnen und Patienten zu schützen und Missbrauch zu verhindern.

Bei Beschwerden besser in die Praxis

Die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie e.V. (DGE) rät ausdrücklich von der Nutzung von Selbsttests ab, da die Ergebnisse nicht valide seien. »Es kann viele Gründe geben, warum sich Betroffene bei Beschwerden nicht an Endokrinologinnen und Endokrinologen wenden, sondern sich für die kommerziellen Hormon-Selbsttests



entscheiden«, sagt Alexander Mann, Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie am Endokrinologikum Frankfurt. Womöglich sei ihnen die Wartezeit bis zu einem Arzttermin zu lang oder sie fühlten sich dort mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen und erhofften sich von den Hormontests neue Erkenntnisse, so der Facharzt.

Doch: »Diese Selbstdiagnostik kann bei den Betroffenen zu unnötiger Sorge führen, falls die Ergebnisse falsch oder ungenau sind«, so Mann. Wie gut ein Test sei, könne die Nutzerin oder der Nutzer nicht einschätzen. Außerdem werde die Konzentration der gemessenen Hormone von verschiedenen Faktoren beeinflusst, zum Beispiel der Tageszeit: »Selbst wenn die Tests beispielsweise in einem zertifizierten Verfahren durchgeführt werden, sind Hormontests immer stark abhängig von äußeren Bedingungen.«

Die DGE empfiehlt, bei Beschwerden und dem Verdacht, dass die Ursache dafür hormonell sei, nicht auf kommerzielle Hormontests zu setzen, sondern eine Facharztpraxis aufzusuchen.

Sinnvolle Selbsttests

Es gibt Selbsttests, die Fachleute als absolut sinnvoll einschätzen – entweder, weil sie geprüft zuverlässige Ergebnisse liefern und/oder medizinisch begleitet werden. Dazu zählen Covid-19-Antigen-Tests, die das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft hat. Ebenso etablierte Schwangerschaftstests, die bei einem Ausbleiben der Periode durchgeführt werden können und eine Trefferquote von mehr als 95% haben. Dazu zählt auch das Blutzucker-Home-Monitoring für Diabetiker. Für sie gehört die Selbsttestung zum normalen Leben dazu.

»Bei einer klaren medizinischen Fragestellung, die in der Regel ärztlich begleitet ist, können Selbsttests ein hilfreiches Instrument sein: Ovulationstests können beispielsweise beim Erfüllen eines Kinderwunsches sinnvoll sein«, sagt die Medizinerin und Juristin Birgit Harbeck, Mediensprecherin der DGE. Die zunehmende Kommerzialisierung allgemeiner Hormontests für zu Hause sähe die DGE dagegen kritisch, da ihre Aussagekraft fragwürdig sei und Betroffene oftmals mit den Ergebnissen vollkommen allein gelassen würden. □

Selbsttests: Darauf sollten Sie achten

Auch im Internet werden zahlreiche Selbsttests angeboten, und es werden immer mehr. Es geht um Hormone, Vitamine, Mineralstoffe, das Mikrobiom und vieles andere. Die Anbieter kommen damit offenbar dem Wunsch der Verbraucher entgegen, die eigene Gesundheit stärker selbst in die Hand zu nehmen und zu optimieren. Aus marktwirtschaftlichen Gründen stellen die Hersteller dabei viele Gründe in den Vordergrund, warum die Testung nützlich sei. Doch ist sie das wirklich?

Die Stiftung Gesundheitswissen empfiehlt jeder und jedem, sich vor der Bestellung eines Tests zu fragen:

- Wer bietet den Test an? Wenn der Anbieter neben dem Test auch gleich die passende Behandlung anpreist, dürfen Sie skeptisch sein.
- Was spricht dagegen, den Test bei einer Ärztin oder einem Arzt durchführen zu lassen?
- Was versprechen Sie sich von dem Test und welche Konsequenzen ziehen Sie aus dem Ergebnis?

Für einen Gesundheitstest zu Hause raten Fachleute:

- Kaufen Sie nur CE-gekennzeichnete Tests oder solche mit BfArM-Liste/Zulassung.
- Bevorzugen Sie Tests aus Apotheken anstelle von Online-Angeboten ohne klare Qualitätsbewertung.
- Lesen Sie die Gebrauchsanweisung sorgfältig und führen Sie den Test exakt nach Anleitung durch.
- War der Test noch haltbar? War er richtig gelagert?
- Beachten Sie: Wann ist der richtige Zeitpunkt für einen Test? Ein Schwangerschaftstest direkt nach dem Geschlechtsverkehr kann z. B. noch keine Schwangerschaft anzeigen.
- Betrachten Sie das Ergebnis als Hinweis, aber nicht als Diagnose: Bei Unsicherheit sollten Sie auf jeden Fall ärztlichen Rat einholen.

Wie Gemeindenotfallsanitäter den Rettungsdienst stärken

S EIT JAHREN steigt die Inanspruchnahme der Notfallversorgung. Strategien zur Bewältigung werden dringend benötigt. Das aus Amerika stammende Konzept der Gemeindenotfallsanitäter soll entlasten und wird derzeit in Modellregionen, u. a. in Sachsen-Anhalt und Niedersachsen, erprobt. Den Notruf wählen und Minuten später ist der Rettungsdienst da – darauf vertrauen die Menschen. Die zeitlichen Hilfsfristen werden jedoch angesichts steigender Einsatzzahlen, zunehmender Bagatelleinsätze und knapper Ressourcen vielerorts überschritten. Neue Ansätze wollen dem entgegenwirken.

»Ich wusste mir nicht anders zu helfen«, erinnert sich Brigitte K.* An einem Sonntagabend wird der 72-Jährigen beim Aufstehen aus dem Sessel schwindelig. »Ich konnte mich zwar abfangen, bin aber ganz blöd mit dem rechten Fuß umgeknickt.« Schmerzen und Schwellung machen der Rentnerin Angst. Weil sie niemanden hat, der sie in die Klinik fahren könnte, wählt sie verzweifelt den Notruf. »Ich dachte, da ist was gebrochen.«

Echter Notfall oder nicht?

8 019 661 Rettungsdienst- und Notarzteinsätze verzeichnet die Statistik für das Jahr 2024. In den vergangenen zehn Jahren sind diese um etwa 18 % gestiegen. Lediglich 10 bis 15 % der Notarzt-Einsätze seien wirklich gerechtfertigt, sagt der Deutsche Berufsverband Rettungsdienst (DBRD).

Die zunehmende Zahl von Einsätzen, in denen kein echter Notfall vorliegt, sei vor allem gesellschaftlich bedingt, schlussfolgern das Wiener Institut für Zukunftspsychologie und Zukunftsmanagement und die opta-data-Zukunfts-Stiftung nach der Befragung zur Zukunft des Rettungswesens von mehr als 4000 Notfall- und Rettungssanitätern, Notärztinnen und -ärzten, Leitstellendisponenten, Auszubildenden und vielen weiteren Akteuren für die Rettungsstudie 2023. Die Menschen werden immer älter, die Zahl (chronisch) Kranker und Alleinlebender steigt. Hinzu kommen psychische und soziale Probleme, Alkoholismus und Drogenmissbrauch. Aber auch strukturelle Probleme, weit entfernte, überlastete Praxen und lange Wartezeiten auf Termine führen dazu, dass der Rettungsdienst

vermehrt in Anspruch genommen wird, obwohl kein echter Notfall vorliegt.

Einsatz für den GNotSan

Brigitte K.s Anruf erreicht die Leitstellendisponentin, die anhand eines Fragenkatalogs schnell und präzise herausarbeitet, dass eine Abklärung des Fußes zwar notwendig ist, jedoch nicht zwingend ein Transport in die Klinik. Also informiert sie den Gemeindenotfallsanitäter (GNotSan). Dieser macht sich sofort mit einem Notarzteinsatzfahrzeug, bestückt mit medizinischen Geräten, Medikamenten und Teststreifen, auf den Weg und ist binnen zehn Minuten bei der Patientin.

Schritt für Schritt erklärt er, was er nun tut: Er kontrolliert Puls und Blutdruck, fragt nach den Schmerzen und prüft, welche Bewegungen funktionieren. Bei Bedarf könnte er eine Ärztin digital zuschalten oder doch noch einen Rettungswagen anfordern. Aber die Beweglichkeit des Fußes ist trotz der Schwellung und der Schmerzen recht gut, eine Fraktur somit unwahrscheinlich. Die Seniorin ist erleichtert, der GNotSan verbindet den Fuß, rät zum Kühlen und empfiehlt, das Bein am besten hochzulegen. Sie sprechen über die Einnahme eines Schmerzmittels, das Brigitte K. noch zu Hause hat, und vereinbaren eine Vorstellung beim Hausarzt am nächsten Tag.

Entlastung für die Rettungsdienste

»Durch den Einsatz von Gemeindenotfallsanitätern kann die Anzahl von Fehleinsätzen verringert werden«, erklärt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt. Einsätze, bei denen ein Rettungswagen alarmiert wurde, die Patientin oder der Patient jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht ins Krankenhaus gefahren wurde – z. B. weil vor Ort behandelt wurde oder der Betroffene partout nicht in die Klinik wollte. »Solche Einsätze ohne Transport können aufgrund gesetzlicher Regelungen nicht direkt mit den Kostenträgern des Rettungsdienstes abgerechnet werden.« Das Konzept Gemeindenotfallsanitäter setzt hier an und steht »für jene Fälle zur Verfügung, bei denen im Ergebnis der Notrufabfrage eine Erkrankung oder Verletzung vorliegt, die kein ärztliches Eingreifen und voraussichtlich auch



keinen Transport in ein Krankenhaus erfordert.« Das entlaste auch die Notaufnahmen und spare Geld. »Die Jahreskosten für einen Gemeindenotfallsanitäter betragen nach unserem Kenntnisstand etwa 50 % der Kosten für einen Rettungstransportwagen«, rechnet die kv vor.

Zudem sind Rettungswagen dadurch für akute Notfälle frei und können insbesondere in ländlichen Gebieten die vorgegebene Zeit bis zum Eintreffen (Hilfsfrist) wieder häufiger einhalten.

Das aus Amerika entlehnte Konzept des GNotSan findet zunehmend mehr Zuspruch und wird derzeit in Sachsen-Anhalt, ebenso in Modellregionen erprobt wie in Niedersachsen und Bayern. In anderen Bundesländern werden alternative Konzepte getestet oder es wird über neue Konzepte im Rettungsdienst nachgedacht.

Ersteinschätzung und -versorgung

Die speziell weitergebildeten Notfallsanitäter helfen, zu filtern. »Mit dem GNotSan muss nicht sofort auf einen Rettungswagen zurückgegriffen werden«, sagt die Pressereferentin des Landesverbandes Sachsen-Anhalt des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), Antje Wimmeler. Das DRK engagiert sich in den zwei Modellprojekten im Bundeland. In weniger akuten oder unklaren Situationen kann der GNotSan die Ersteinschätzung vornehmen und »entscheiden, ob weitere notfallmedizinische Hilfe benötigt wird, ob die Patientin oder der Patient ins Krankenhaus gebracht werden muss oder zu Hause bleiben kann.« Zudem kann er einspringen, wenn gerade kein Rettungswagen in der Nähe verfügbar ist, und die Erstmaßnahmen einleiten. »Das kann sowohl die Rettungsdienste als auch die Notaufnahmen entlasten«, erklärt Wimmeler.

Frank Flake, erster Vorsitzender des Deutschen Berufsverbandes Rettungsdienst e.V. (DBRD), sieht noch weitere Vorteile: »Ältere, erfahrene Mitarbeiter haben hier die Möglichkeit, ihre Kompetenzen einzusetzen, und müssen nicht mehr ausschließlich in der Notfallrettung fahren. Es handelt sich somit um eine alternative Einsatzmöglichkeit, die durchaus geeignet ist, den Beruf attraktiver zu gestalten.«

Voraussetzung und Weiterbildung

Die Weiterbildung zum Gemeindenotfallsanitäter richtet sich in Niedersachsen an Notfallsanitäter über 25 Jahre mit mindestens fünf Jahren Berufspraxis. Der Vollzeitlehrgang dauert drei Monate und umfasst 480 Unterrichtsstunden, die sowohl theoretische Inhalte – zum Gesundheitssystem, zu chronischen Erkrankungen, Arzneimitteln und Wundmanagement – als auch Hospitationen in der hausärztlichen Praxis, der Geriatrie und Urologie beinhalten.

In Sachsen-Anhalt ist die Fortbildung für Notfallsanitäter bereits nach zwei Jahren Berufserfahrung möglich. Mit 160 Stunden, 80 Stunden Theorie und Praxis, ist diese deutlich kürzer. Die Inhalte sind ähnlich: Therapieansätze, Arzneimittelkunde, Deeskalation, Suchthilfe sowie Hospitationen in der Pflege, Palliativmedizin und der hausärztlichen Praxis. Im Unterschied zu Niedersachsen sind bestimmte medizinische Maßnahmen, etwa der Katheterwechsel, damit jedoch nicht erlaubt.

Potenzial für Verbesserungen

Das über den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderte Projekt »Inanspruchnahme, Leistungen und Effekte des Gemeindenotfallsanitäters (ILEG)« sieht in der Auswertung seiner Evaluation noch Verbesserungspotenziale, vor allem bei der Organisation und Schnittstellenkommunikation. Insgesamt wird der Einsatz von GNotSan aber als absolut sinnvoll für die Regelversorgung eingestuft und die Empfehlung ausgesprochen, diese regulär einzuführen. Das Bundesministerium für Gesundheit berücksichtigt das im Entwurf zur Reform der Notfallversorgung ebenso wie Neuregelungen zur Finanzierung. Sachsen-Anhalt und Niedersachsen haben nach der positiven Gesamtbilanz ihrer Modellprojekte die gesetzlichen Grundlagen für einen landesweiten Einsatz bereits angestoßen. □

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

*Name von der Redaktion geändert



Vorkämpferin für die professionelle Pflege

DIE DEUTSCHE Krankenschwester Agnes Karll hat viel für eine bessere Absicherung ihrer Profession erreicht. Sie gründete u. a. die Vorgängerorganisation des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK). »Frau Ehrenpräsidentin, Ihr Einsatz für eine geschulte Krankenpflege steht dem Wirken der Florence Nightingale in nichts nach. Ihre Erkenntnis, die Missstände in dem Krankenpflegeberuf öffentlich darzustellen und alle Verbände zu gemeinsamen Änderungsvorschlägen aufzurufen, ist der einzig gangbare Weg zur Abhilfe. Ich lobe Ihren totalen Einsatz.«

Mit diesen Worten würdigte Hermann Hecker, Regierungs- und Medizinalrat, in der Festhalle des Kölner Gürzenich im August 1912 Agnes Karll – eine Frau, die nur wenigen bekannt ist, die aber Entscheidendes für die Pflegeprofession in Deutschland erreicht hat. Mit viel Energie setzte sie sich für bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege ein. Der Kongress war ein großer Erfolg, es kamen fast tausend Krankenpflegerinnen aus aller Welt, die Medien berichteten umfangreich. Agnes Karll, die ehemalige Rotkreuzschwester, Privatpflegerin und Versicherungsangestellte, war damals 44 Jahre alt. Die von ihr gegründete »Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands« zählte rund 2500 Mitglieder, war national wie international gut vernetzt und nahm zunehmend auch politisch Einfluss. Agnes Karll war ein Vorbild für viele Frauen. Aber ihr Wirken wird heute neu bewertet. »Sie hat Wichtiges geleistet, aber sie war nicht die Reformerin der Pflege«, sagt Elke Vogel, Pflegewissenschaftlerin an der Uni Koblenz. Und an die Strahlkraft einer Florence Nightingale reichte sie nicht heran.

Mit 19 Jahren Rotkreuzschwester

Agnes Karll wurde am 25. März 1868 in der Lüneburger Heide geboren und wuchs auf einem Gutshof auf. Sie kam aus einer gebildeten, einst wohlhabenden Familie und wäre gerne Ärztin geworden, damals ein unerfüllbarer Wunsch. So entschied sie sich, Krankenschwester zu werden. Ihre erste Arbeitsstätte war das Clementinenstift des

Roten Kreuzes in Hannover. Die Krankenpflege war einer der wenigen Berufe, den Frauen um die Jahrhundertwende überhaupt ergreifen konnten. Mit 19 Jahren begann sie, als Pflegerin zu arbeiten.

Die Belastung in Pflegeberufen ist heute immer noch hoch, aber damals war es noch deutlich härter: Überanstrengung, Arbeitstage bis zu 20 Stunden, Nachtwachen, bescheidene Gehälter, keine einheitlich geregelte Ausbildung, fehlende soziale Absicherung. Gerade die kirchlichen Häuser verlangten Pflichterfüllung und Selbstlosigkeit. Die ständige Überlastung führe oft, so Hecker, in »erschütternder Weise« zu vorzeitiger Arbeitsunfähigkeit, in besonders schweren Fällen zum frühen Tod. Während in anderen Berufen längst eine gesetzlich festgelegte Maximalarbeitszeit galt, blieben Krankenpflegerinnen die »Stiefkinder der Sozialpolitik« und meist sich selbst überlassen.

»Mein schöner Beruf«

Immerhin war das Clementinenstift fortschrittlich. Es galt als eines der modernsten Krankenhäuser Europas, bot fließendes Wasser – kalt und warm – und orientierte sich an aktuellen medizinischen Standards. Die Schwesterntracht war exakt vorgegeschrieben: Haube, Kleid, Rock, Schürze und Kragen. Die Haube fand sie anfangs »etwas lästig«. Doch, so schrieb sie an ihre Mutter: »Ich fühle mich sehr befriedigt durch meinen schönen Beruf. Ich hoffe, ihm geistig und körperlich gewachsen zu sein.« Die »grenzenlose Heftigkeit, Strenge und Hochmut« der Oberin machten ihr jedoch mehr und mehr zu schaffen. Schließlich entschied sie sich mit 22 Jahren, das Clementinenstift zu verlassen und als freie

Schwester zu arbeiten. Ende 1891 dann ging sie nach Berlin und wurde Privatpflegerin, etwa für ältere Damen. Das war weniger anstrengend, bedeutete allerdings eine große Nähe und wenig Privatsphäre.

Schon da überlegte sie, einen Verein zu gründen, um die beruflichen Verhältnisse zu verbessern und die Krankenschwestern bei Krankheit und im Alter abzusichern. Das scheiterte zunächst an den hohen Kosten. 1894 aber begleitete Agnes Karll eine kranke Amerikanerin in die USA. Was sie dort sah,

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



Sitzung der Vorstandsmitglieder
des Deutschen Kranken-
pflegeverbandes,
Schwester Agnes Karll
ganz rechts.



war eine andere Pflegestruktur. Sie lag nicht in der Hand christlicher Orden, und berufstätige Frauen waren generell nicht ungewöhnlich. Die Pflege wurde somit nicht als selbstlose Berufung, sondern als Beruf verstanden. Das war für sie eine prägende Erfahrung.

Agnes Karll verschrieb sich dem Ziel, bessere Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege zu erreichen. »Aber sie wollte weiterhin absolute Hingabe für diesen Beruf«, sagt Elke Vogel, die derzeit den Nachlass von Agnes Karll auswertet. »Einen Acht-Stunden-Tag, der damals schon gefordert wurde, konnte sie sich nicht vorstellen.« Und sie bestand stets auf der traditionellen Berufsbezeichnung »Schwester«. Aber sie wusste die Gunst der Stunde zu nutzen. Der Deutsche Reichstag debattierte über die Lage der Krankenschwestern. Die Ordenshäuser steckten an der Schwelle zum 20. Jahrhundert in einer Krise, denn die selbstlose, aufopfernde Pflege entsprach nicht mehr den Bedürfnissen der jungen Frauengeneration, und die Ärzteschaft wollte qualifizierte weibliche Hilfskräfte.

Kluge Netzwerkerin

In dieser Phase wandte Agnes Karll sich an die aufkommende Frauenbewegung. Auf der Generalversammlung des Bundes Deutscher Frauenvereine 1902 in Wiesbaden brachte sie Vorschläge zur Ordnung der Krankenpflege ein – mit Erfolg: Die Versammlung verabschiedete eine Petition, in der die Regierung aufgefordert wurde, unter anderem eine dreijährige Krankenpflege-Ausbildung zu beschließen und die Berufsangehörigen vor Überlastung zu schützen.

Im Januar 1903 gründete sie dann in ihrer neuen Heimat Berlin mit gut 30 Schwestern die »Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands« (B.O.K.D.), die Vorgängerorganisation des heutigen Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK). Die erste Vorsitzende: Agnes Karll. Zweck des Vereins: »Die Förderung aller Interessen der Krankenpflegerinnen Deutschlands« und die »Erziehung der Schwestern zur Selbstständigkeit«. Karlls Ziel war eine Professionalisierung des Pflegeberufs, mehr Selbstständigkeit und Selbstverantwortung, eine Anerkennung der Fachkompetenz und die Absiche-

rung der Berufsrisiken. Sie forderte eine dreijährige einheitliche Ausbildung, eine staatliche Prüfung und ein staatliches Zeugnis. Auch eine akademische Bildung in der Pflege hielt sie für wichtig, zumindest für die Führungskräfte. Für all das vernetzte sie sich auch über Ländergrenzen hinweg, etwa mit dem International Council of Nurses (ICN), dem Weltbund für Pflegenden, zu dessen Ehrenpräsidentin sie 1912 im Kölner Gürzenich ernannt wurde.

Von der Pflege zur Versicherung

Mittlerweile arbeitete sie selbst kaum noch als Pflegerin. 1901 hatte sie den Beruf gewechselt und verdiente ihr Geld bei einer Berliner Versicherungsgesellschaft. Was skurril klingen mag, war dem Zufall zu verdanken und ein Glücksfall für ihren Verein. Agnes Karll hatte die Tochter des Chefs der Anker-Versicherung bei einer Kur betreut. Der Chef sah in der wachsenden Berufsgruppe der Krankenpflegerinnen eine vielversprechende Kundschaft – und brauchte Fachleute aus anderen Berufen, um verschiedene Zielgruppen sachverständig ansprechen zu können. Karll konnte nun die Frauen in ihrem Verein fachlich beraten.

Dann kam der Erste Weltkrieg. Von September 1914 bis Juli 1916 organisierte und leitete die B.O.K.D. zahlreiche Quarantäneeinrichtungen und Lazarette. Agnes Karll besuchte die Einrichtungen regelmäßig.

Bis zu ihrem Tod blieb Agnes Karll Vorsitzende des B.O.K.D. Sie starb am 12. Februar 1927 im Alter von 58 Jahren in Berlin an Brustkrebs. Beerdigt ist sie in Gadebusch in Mecklenburg-Vorpommern. Im Februar 2026 soll es eine Sonderbriefmarke für sie geben, im Rahmen der Serie »Helferinnen und Helfer der Menschheit 2.0«.

Kurz vor ihrem Tod schrieb sie: »Wir alle müssen jetzt weit zurückbleiben hinter dem, was wir einst gehofft, und dankbar sein für das, was wir schaffen durften. Ich glaube nicht, dass Arbeit, die in dem Sinn geleistet wird, wie wir es tun, im Sand verinnen kann, wenn es im Augenblick auch so scheinen mag. Die Saat wird doch einmal aufgehen, vielleicht lange hinter uns.«

Fern der Heimat im Hospiz

STERBEN fern der Heimat – das ist für Migrantinnen und Migranten in Deutschland häufig traurige Realität. Dabei wiegt die fremde Kultur des Gastlandes am Lebensende manchmal besonders schwer. Eine psychosoziale Begleitung in Hospizen oder durch ambulante Hospizdienste kann manche Situation erleichtern.

Ende der 1960er Jahre eröffnete die englische Ärztin Dr. Cicely Saunders das erste moderne Hospiz. Damit knüpfte sie an eine alte, aus dem vierten Jahrhundert stammende Tradition an. Seinerzeit entstanden am Rande der Pilger Routen, die durch Europa führten, Unterkünfte für die Gläubigen. Erst später wurden daraus Herbergen für Sterbende. Die vorurteilsfreie Gastfreundschaft und die Offenheit für Menschen aller Kulturen gehören seither gewissermaßen zur DNA der Hospizbewegung. »Die Hospize stehen jedem offen, egal aus welcher Kultur die Menschen stammen«, betont der Geschäftsführer des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes e. V., Benno Bolze.

Offenheit und Toleranz

Dabei nutzen Migrantinnen und Migranten in den Hospizen oft andere Angebote als die deutschstämmigen Hospizbewohnerinnen und -bewohner. Obwohl in den Hospizen soziokulturell und ethnisch ganz unterschiedliche Migranten leben, haben sie offenbar doch eines gemeinsam: »Rein psychosoziale Unterstützungsangebote, wie religiöse Begleitung oder Seelsorge, werden in eher geringem Maß in Anspruch genommen«, sagt Daniela Grammatico, Autorin des Buches *Hospiz- und Palliativarbeit für Menschen mit Migrationshintergrund* und leitende Koordinatorin eines ambulanten Hospizdienstes in Düsseldorf. »Das Interesse der zu Begleitenden im ambulanten Hospizdienst richtet sich vorwiegend auf sachliche Themen«, sagt sie. »Die Betroffenen suchen organisatorische Unterstützung bei medizinischen oder pflegerischen Fragen oder in sozialhilfrechtlichen Dingen.«

Grammatico berichtet von einem jungen Mann, der unter einem Hirntumor litt und bereits sterbenskrank war. »Da hat sich die Familie an den ambulanten Hospizdienst gewandt. Aber nicht, weil sie Gesprächsbedarf hatte, vielmehr suchte die Familie

eine neue Wohnung, denn die aktuelle hatte Schimmel, und die Familie wollte den schwerkranken Sohn nicht zusätzlichen Gesundheitsgefahren aussetzen. Der Hospizdienst konnte tatsächlich bei der Vermittlung einer neuen Bleibe helfen. Diese Familie ist uns bis heute dankbar, dass wir uns um diese organisatorischen Dinge gekümmert haben.«

Weniger Bedürfnis nach religiöser Betreuung

Wenn es in den Familien mit Migrationshintergrund Kinder betrifft, sei die Bereitschaft, Hilfe anzunehmen, sehr viel höher, berichtet Grammatico. Offenbar ist es auch eine Frage der Zustimmung durch die Familie, ob psychosoziale Fragen angesprochen werden oder nicht.

Der Soziologe und wissenschaftliche Mitarbeiter am Palliativzentrum der Uni-Medizin Göttingen, Dr. Christian Banse, bestätigt anhand seiner Forschungsergebnisse, dass bei Sterbenden mit muslimischem Hintergrund z. B. das Bedürfnis nach religiöser Betreuung keineswegs so groß war wie gedacht. »Das gleiche Ergebnis zeigte sich bei den russischen Juden, die zwischen 1991 und 2004 als Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind. Viel wichtiger war ihnen die medizinische Betreuung«, sagt Banse. Oder bei einer ambulant betreuten kurdischen Bewohnerin: »Für sie war es ganz wichtig, für das Palliativteam, das regelmäßig zu ihr kam, zu kochen«, berichtet Banse. Das war wichtiger für sie als ihre palliative Versorgung.

Oft fehlen Sprachmittler

Die Konzentration aufs Praktische bedeutet nicht, dass die sterbenden Migranten und ihre Familien grundsätzlich keine psychosozialen Bedürfnisse hätten. »Sie wollen ganz selbstverständlich auch mit ihren individuellen Bedürfnissen wahrgenommen werden«, sagt Banse. Aber zu groß seien manchmal die Unterschiede in Kommunikation, Habitus, im Beisammensein und natürlich in der Sprache, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. »Viele Hospize sind noch nicht so offen für Menschen mit anderer kultureller Geschichte«, sagt Banse. »Wir würden sagen, dass es hier noch große Probleme gibt.«

Nach seiner Erfahrung fehlen in vielen Hospizen Sprachmittler, die für die Kranken und ihre Familien



die oft komplizierten Diagnosen korrekt übersetzen können. »Es fehlt an vielen Orten ein System professioneller Sprachmittler«, meint Banse. Stattdessen arbeiten viele Einrichtungen mit einer Art Ad-hoc-System. Dabei springt dann z. B. die 15-jährige Tochter ein oder jemand aus der Mitarbeiterschaft. »Aber gerade bei heiklen Befunden oder beim Wechsel des Behandlungsziels von kurativ auf palliativ braucht es sorgfältige und genaue Übersetzungen, die von Laien nicht immer geleistet werden können«, erklärt der Soziologe. Wie soll die Tochter ihrem sterbenden arabisch sprechenden Vater sorgfältig und einfühlsam den Zustand einer Wunde angemessen beschreiben? Das kann in der Regel nur eine ausgebildete Sprachmittlerin.

Unsicherheiten und Ängste

Auch erleben viele Migrantinnen und Migranten immer noch, dass Hospizmitarbeiterinnen und -mitarbeiter unsicher und ängstlich sind. »So haben wir festgestellt, dass die Mitarbeitenden nach schlechten Erfahrungen manchmal verallgemeinern«, sagt Banse. Kommt z. B. die Familie zu Besuch aufs Zimmer eines Hospizbewohners, in dem eigentlich viel zu wenig Platz für Besuch ist, urteilen manche Mitarbeitenden vorschnell: »So sind sie immer.«

Dagegen helfe nur, stets die individuelle Geschichte der Schwerkranken zu berücksichtigen. Längst gibt es Einrichtungen, die sich diesen individuellen Blick auf ihre migrantischen Bewohnerinnen und Bewohner explizit zum Ziel gesetzt haben. Flyer in zehn verschiedenen Sprachen sind sicher gut, genügen aber nicht. Vielmehr geht es darum, Fragen zu berücksichtigen wie: Hat der Betreffende Fluchterfahrungen gemacht? Hat er Angehörige verloren? Wurde er traumatisiert? »Allerdings haben diese Einrichtungen vorher ganz genau geguckt, ob sie überhaupt das Personal für diese Art der Arbeit haben«, ergänzt Banse.

Neben positiven Ansätzen hat der Göttinger Soziologe bei seinen Studien aber auch festgestellt, dass es immer noch Mitarbeitende gibt, die unterstellen, Migranten im Hospiz seien per se Problempatienten,

weil sie aus Osteuropa oder dem arabischen Raum stammen und sich so verhalten würden, wie es das Vorurteil will. »Dabei kommen sie eben auch aus Österreich oder den USA«, weiß Banse.

»Wir lernen, mit Dingen umzugehen, die wir nicht verstehen«

Um solche Vorurteile abzubauen, schult Elisabeth Schmidt-Pabst vom ambulanten Hospizdienst des Berliner Lazarus-Hospizes im Rahmen ihres Projektes »Am Lebensende fern der Heimat« ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Kultursensibilität sei eine »Bewusstseinskompetenz«, die sie vermitteln will, sagt sie. Es geht dabei um die Kunst »in einer Grauzone von Nichtwissen zu verharren«. Das bedeutet, in der Begegnung eher eine offene, fragende Haltung einzunehmen als eine wissende.

»So lernen wir mit Dingen umzugehen, die wir nicht verstehen«, ist Schmidt-Pabst überzeugt. »Warum kommt z. B. bei arabischstämmigen Hospizbewohnern die ganze Familie zu Besuch? Bei uns wird das als Störung erlebt. Denn man glaubt, wenn jemand krank ist, braucht er Ruhe. In anderen Kulturen dagegen übernachtet die ganze Familie in einem Zimmer. Da gibt es keinen Gedanken an wohlthuende Ruhe. Nur die Anwesenheit der Familie hilft dem Kranken.« Für solche Zusammenhänge offen zu sein – das dient der Sterbebegleitung von Migrantinnen und Migranten.

Mehr Offenheit

Letztlich gehe es ihr gar nicht um kulturelle Unterschiede, meint Schmidt-Pabst. »Ich unterrichte nicht die eine Methode für Araber und die andere für Juden. Mir geht es überhaupt nicht um kulturelle Unterschiede. Sondern mir geht es um eine grundsätzliche Offenheit, um eine Menschenoffenheit.«

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



Kaffee statt Korn?

M **EHR ZEIT** mit den Kindern, weniger Zeit an der Bar: Wie Schwedens Politik, Vätern eine Elternzeit zu verordnen, deren Gesundheit nützt. ► Schweden ist das Land, das der Welt ABBA, IKEA und Pippi Langstrumpf geschenkt hat. Was viele nicht wissen: Auch die Idee der gleichberechtigten Elternzeit kommt von dort. Bereits seit 1974, 33 (!) Jahre vor Deutschland, können frischgebackene Mütter und Väter eine Auszeit vom Job nehmen und sich ihrem Nachwuchs widmen.

Aber das Entscheidende: Seit dem Jahr 1995 sind 90 Tage der Gesamtelternzeit allein den Vätern vorbehalten. Diese Väterquote hat eine neue Spezies hervorgebracht, den Homo Paternus Baristacus, wie die (jungen, meist gutaussehenden, oftmals gebarteten, überwiegend in flauschigen Pullovern gekleideten) Männer genannt werden, die ihre Säuglinge und ihren Caffè Latte durch Stockholms, Göteborgs oder Malmös Straßen spazieren tragen. Ein erstaunlicher Nebeneffekt dieser Vätermomente: Nicht nur tun die Swedish Latte Dads ihren Kindern damit etwas Gutes. Nein, auch ihrer eigenen Gesundheit. Denn sie trinken deutlich weniger Alkohol als Väter, die keine Elternzeit nehmen, und verbessern vermutlich auch ihre psychische Gesundheit.

Krankenhauseinweisungen sanken um 34%

Das ergab eine Studie der Universität Stockholm aus dem Jahr 2023. Helena Honkaniemi und Sol Pía Juárez, die Leiterinnen der Studie, wollten wissen, ob die 90-Tage-Väterquote auch die Gesundheit der Väter befördern würde. Dafür schauten sie sich die Daten von rund 220 000 erstmaligen Vätern von Einzelkindern an, die zwischen Januar 1992 und Dezember 1997 zur Welt kamen, also genau in der Einführungszeit der Väterquote. Wichtig hierbei: 1995 betrug die Väterquote noch 30 Tage, 2002 wurde sie auf 60 Tage und 2016 auf 90 Tage erhöht. Etwa die Hälfte der Männer wurde vor der 1995 eingeführten Väterquote Vater, die andere Hälfte wurde es danach. Letztere nahmen die Elternzeit vermehrt in Anspruch (der Anteil der Väter, die Elternzeit nahmen, stieg von 50 auf 67%.

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



Um nun den Zusammenhang zwischen Elternzeit und Gesundheit zu untersuchen, mussten sich die Forscherinnen auf harte Daten konzentrieren. Weil frühere Studien bereits darauf hingedeutet hatten, dass Elternzeit den Alkoholkonsum vermindert, analysierten Honkaniemi und Juárez die Rate der Krankenhauseinweisungen infolge übermäßigen Alkoholkonsums und verglichen diese in den beiden Gruppen miteinander.

Und tatsächlich: In der Gruppe nach 1995 gab es im Zeitraum von zwei Jahren nach der Geburt einen Rückgang von 34% bei den Krankenhauseinweisungen. Sogar 18 Jahre später war der Effekt noch messbar, schreiben Honkaniemi und Juárez. Wenn die Kinder volljährig wurden und vermutlich selbst die ersten Erfahrungen mit Alkohol sammelten, mussten ihre Väter immer noch um 20% weniger ins Krankenhaus eingewiesen werden, weil sie zu viel getrunken hatten.

Mehr Selbstregulation, weniger Zeit zum Trinken

Das ist ein umso bedeutender Befund, weil Elternschaft selbst, kombiniert mit einer womöglich ebenso fordernden beruflichen Tätigkeit, eigentlich ein erheblicher Stressfaktor ist und das Risiko birgt, den Alkoholkonsum zu verstärken, schreiben die Forscherinnen. Wenn Väter jedoch mehr Zeit zu Hause verbringen können, würden sie eher dazu angeregt, ihr Verhalten im Beisein ihrer Kinder stärker selbst zu regulieren. Sprich: Ihre psychische Gesundheit profitiert ebenfalls. »Die Einführung von Anreizen für die Beteiligung von Vätern an der Elternzeit könnte ein wirksames Instrument im Bereich der öffentlichen Gesundheit sein, um alkoholbedingte Erkrankungen in der erwerbstätigen Bevölkerung zu reduzieren«, resümieren die Forscherinnen. Die Frauen haben es schon lange gewusst: Elternzeit ist ein Fulltime-Job. Da bleibt wenig Zeit zum Trinken. Außer Kaffee natürlich. Doch den am besten entkoffeiniert, sonst wird es ungesund. ►

Auch

das

noch:

KONTAKT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ISSN 1610-5346

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



RECYCLED
Papier aus
Recyclingmaterial
FSC® C022176

IMPRESSUM

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

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

Redaktion
Dorothee Buschhaus
dorothee.buschhaus@md-bund.de
Martin Dutschek
m.dutschek@md-niedersachsen.de
Michaela Gehms michaela.gehms@md-bund.de
Wolfram Sieg wolfram.sieg@md-bayern.de
Dr. Barbara Marnach
barbara.marnach@md-nordrhein.de
Christine Probst christine.probst@md-san.de
Corinna Thamm corinna.thamm@md-sachsen.de
Diana Arnold diana.arnold@md-bund.de

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

Redaktionsbüro
Medizinischer Dienst Bund
Galina Peil, Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen
☎ 0201 8327-220
Telefax 0201 8327-3111
✉ presse@md-bund.de

Gestaltung und Layout
de Jong Typografie, Essen
Druck Memminger MedienCentrum

Bildnachweis
Titel de Jong Typografie / iprogress-man+natrot (iStock)
Illustration S. 5 Jens Bonnke
istockphoto.com:
S. 6 solidcolours / S. 9 curtoicurto
+ Fotokita+del-mar / S. 11 koutax73
+ghoststone+nortonrsx /
S. 13 hobo_018 / S. 14 ismagilov
+indigotos+Olekii Mach / S. 19
pcess609 / S. 21 BrianAJackson /
S. 25 CayTee / S. 27 Zoran Zeremski /
S. 31 Rawpixel
Andere S. 2 UK Essen /
S. 17 Svea Pietschmann (G-BA) /
S. 19 Kopf & Kragen Fotografie /
S. 23 Max Saeling / S. 29 Creative
Commons Attribution only licence
CC BY 4.0 <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

