



forum

das Magazin des Medizinischen Dienstes 3.2025

HERAUS

FORDERUNG

PFLEGE



Liebe Leserin!
Lieber Leser!



AKTUELL

Die gute Frage: Braucht Deutschland eine Zuckersteuer? **1**

Kurznachrichten **3**

Auch das noch: Ruf bitte nicht an! **32**

TITELTHEMA

Pflege am Limit **6**

Wer soll das bezahlen? **8**

Wer pflegt in Zukunft die Eltern? **10**

Die Pflegebegutachtung von morgen **12**

Digitale Perspektiven für die Pflege **14**

Prävention von Pflegebedürftigkeit **16**

Viele wissen nicht, was auf sie zukommt **18**

MEDIZIN & PFLEGE IN ZAHLEN **19**

WISSEN & STANDPUNKTE

»Vor allem nicht schaden« gilt auch für IGeL **20**

Aus Daten lernen: Nationales Geburtenregister **22**

GESUNDHEIT & PFLEGE

Warum wir ein nachhaltiges Gesundheitswesen brauchen **24**

Am besten null Promille **26**

GESTERN & HEUTE

Kurven aus dem Gehirn **28**

WEITBLICK

(Gesundheits-)Coaching: Hilfe oder Humbug? **30**

DIE PROGNOSEN sind eindeutig: Immer mehr Menschen werden pflegebedürftig, immer weniger Menschen werden die Pflege übernehmen, und die Kosten werden weiter steigen. Wie können wir der Herausforderung Pflege gerecht werden? Wie können wir Pflegepersonen stärken, wie mit Prävention Pflegebedürftigkeit vorbeugen, wie mit Digitalisierung Prozesse optimieren? Was muss sich ändern angesichts von Personalmangel und Kostendruck? Der Schwerpunkt im aktuellen *forum* widmet sich der Pflege – ein Thema, das alle Menschen angeht. **II** Daneben gibt es weitere lesenswerte Beiträge im Magazin und unter www.md-forum.de: Wir berichten unter anderem über neue Bewertungen des IGeL-Monitors zu Selbstzahlerleistungen in orthopädischen Praxen. Wir erklären, warum sich Fachleute für ein nationales Geburtenregister einsetzen. Wir warnen vor den Gefahren des Alkoholkonsums und plädieren für mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen. **III** Herbstliche Grüße,

Ihr Dr. Ulf Sengebusch **III**

DIE GUTE FRAGE

Braucht Deutschland eine Zuckersteuer?

Müsli und Milchshakes, Brot und Babynahrung, Salatsauce und Softdrinks – viele Lebensmittel und Getränke enthalten mehr Zucker, als es der Gesundheit guttut. Fachleute warnen vor hohen Gesundheitsrisiken und krankheitsbedingten Kosten. Über Hintergründe des Zuckerkonsums und Möglichkeiten der Zuckerreduktion haben wir mit Dr. Sarah Forberger, leitende Forscherin im Bereich Implementation und Health Policy für Gesunde Lebensstile am Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiologie (BIPS) gesprochen.

Zu viel Zucker macht krank, warnen Fachleute. Welche Erkrankungen drohen?

Zucker wird u. a. mit Diabetes, Übergewicht und Adipositas in Verbindung gebracht. Diese Risikofaktoren gelten als wesentliche Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und verschiedene Krebsarten. Außerdem begünstigt ein übermäßiger Verzehr von Zucker die Entstehung von Karies.

Wie viel Zucker konsumieren die Menschen hierzulande?

Der Pro-Kopf-Verbrauch von Zucker lag 2023/2024 hierzulande bei 30,4 Kilogramm. Laut einer Studie von Foodwatch aus 2023 hat Deutschland im Vergleich zu anderen großen westeuropäischen Ländern den höchsten Pro-Kopf-Verbrauch von Zucker über Softdrinks. 2023 lag dieser bei 23 Gramm pro Tag bzw. etwa 8,5 Kilogramm pro Jahr. Wir

konsumieren also mehr Zucker durch Getränke als durch Süßwaren.

Ist Zucker per se schädlich oder gibt es auch gesunden Zucker?

Ernährungswissenschaftler bewerten Zucker (es gibt über 70 Bezeichnungen für Zucker in Lebensmitteln) meist negativ als »leeren Kalorienträger«. Ob Haushaltszucker, Rohrohrzucker oder alternativ Honig, Agavendicksaft oder Dattelsirup – wer viel davon konsumiert, beeinflusst den Blutzucker- und Insulinspiegel und belastet seinen Körper. Die WHO empfiehlt, täglich maximal 10%, besser nur 5% der gesamten Energiezufuhr als frei verfügbaren Zucker zu sich zu nehmen. »Freier Zucker« meint dabei sämtlichen Zucker, der Speisen und Getränken zugesetzt ist, also auch Zucker z. B. in Honig, Fruchtsäften oder Fruchtsaftkonzentraten.

Brauchen wir mehr Aufklärung?

Viele Menschen wissen um die Gesundheitsrisiken durch hohen Zuckerkonsum, sind aber hilflos gegenüber der Flut an Informationen und Werbung. Das Bedürfnis nach mehr Aufklärung insbesondere über versteckte Zucker, der in vielen Produkten lauert, bei denen man es nicht erwartet, ist groß. Fest steht: Es reicht nicht aus, jemandem zu sagen, er solle weniger Zucker konsumieren und gesünder leben, wenn die Struk-

turen unserer Welt es fast unmöglich machen, Zucker zu vermeiden. Das beginnt bereits im Kleinkindalter, wenn Kinder etwa durch Fernsehwerbung, später Schulmarketing, Produktplatzierungen und gezielte PR-Aktionen gezielt beeinflusst werden.

Gibt es ein Beispiel?

Die WHO hat für Europa 2022 ein Nutrient and Promotion Profile Model (NPPM) veröffentlicht, das u. a. bestimmte Richtwerte für kommerziell hergestellte Kleinkinder-Nahrung vorschlägt. Eine australische Studie zeigt nun aber, dass 78% der Produkte die ernährungsbezogenen Anforderungen für Kinder zwischen sechs und 36 Monaten nicht erfüllen. Laut NPPM enthält jede Verpackung mindestens ein falsches Produktversprechen. Fast die Hälfte der Produkte wirbt mit Formulierungen wie »kein zugesetztes Salz oder Zucker«. Viele Eltern empfinden solche Kennzeichnungen als irreführend und befürchten, dass ihre Kinder so unwissentlich und zu oft mit ungesunden süßen Lebensmitteln in Kontakt kommen. Produkte, die mit Bezeichnungen wie »biologisch« oder »zuckerfrei« beworben werden, suggerieren, dass das Produkt gesünder ist, als es die Nährwertangaben vermuten lassen. Wir sehen, für den Einzelnen ist es schwer, bei allen Informationen das »richtige« Produkt auszuwählen, da viele Informationen versteckt, unzureichend deklariert und so geframt werden, dass man sie gesünder wahrnimmt, als sie sind.

Zuckerkonsum schadet der Gesundheit und verursacht außerdem hohe Kosten. In welcher Größenordnung?

Schwer zu sagen: Im Zusammenhang mit Adipositas z. B. werden die direkten Kosten in Deutschland auf jährlich 29,4 Mrd. Euro geschätzt. Zusätzlich entstehen indirekte Kosten, die sich u. a. aus verminderter Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, häufigeren Krankmeldungen und vorzeitigem Renteneintritt ergeben – ungefähr 33,7 Mrd. Euro im Jahr. Mit Blick auf die steigenden Adipositaszahlen, aber auch auf die alternde Bevölkerung ist auf jeden Fall zu erwarten, dass die Gesundheitskosten generell weiter ansteigen werden.

Ist es folglich eine gesundheitspolitische Aufgabe, den Zuckerkonsum einzudämmen?

Ja, unbedingt: Um die Gesundheitsrisiken und immensen Folgekosten des hohen Zuckerkonsums zu reduzieren, müssen wir verstärkt auf staatliche Maßnahmen setzten, statt ausschließlich auf individuelle Verantwortlichkeit zu bauen. Das können Maßnahmen sein wie eine Besteuerung z. B. auf Softdrinks, konsequente Werbeverbote, Verbot irreführender Produktbotschaften, verständliche Kennzeichnung der Produktinhalte, gesunde Gemeinschaftsverpflegung, z. B. in Men-

sen, Kantinen, Krankenhäusern, Pflegeheimen, in Kitas und Schulen, und mehr Wissensvermittlung in allen Bereichen. Es geht dabei mehr um eine in sich greifende Strategie, ein Maßnahmenpaket, einen ganzheitlichen Ansatz und weniger um eine Sichtweise, die ausschließlich auf Zuckerkonsum als alleinstehenden Faktor fokussiert.

In anderen Ländern gibt es längst eine Zuckersteuer. In Großbritannien ist der durchschnittliche Zuckergehalt in Getränken nach Einführung einer entsprechenden Steuer um 35% gesunken. Wäre das auch für uns ein Modell?

Die Einführung von Steuern auf Softdrinks soll ja vor allem dazu führen, die Zucker- und Kalorienaufnahme zu reduzieren und die Ernährung damit zu verbessern. Was passiert tatsächlich? Es gibt unterschiedliche Effekte: Die Industrie ändert womöglich die Rezeptur, reduziert den Zuckergehalt oder – so geschehen bei jenem bekannten braunen kohlenstoffhaltigen Erfrischungsgetränk – der Hersteller bleibt bei der Rezeptur, verkleinert aber die Flaschengröße und hebt den Preis an, um die Steuer zu kompensieren. Studien zeigen: Der Verkauf von besteuerten Getränken ist in den betroffenen Ländern um 15% zurückgegangen. Ausnahmen sind z. B. Fruchtsäfte, Trinkjoghurts und Smoothies, die von der Besteuerung ausgenommen sind. Studien aus Mexiko, den USA und Großbritannien belegen, dass die Verbraucher weniger Kalorien aus gesüßten Getränken aufgenommen haben und dass die Getränke weniger Zucker enthielten. Eine Evaluation der britischen Zuckersteuer hat nachgewiesen, dass es nach Einführung der Steuer im Durchschnitt zu einer Reduktion von 6600 Kalorien pro Jahr pro britischen Einwohner kam. In 80% der Fälle hatte der Hersteller die Rezeptur verändert.

Dr. Sarah Forberger

Angeichts dieser Ergebnisse wäre eine Besteuerung von zuckergesüßten Getränken sicher auch ein Modell für Deutschland, das jedoch immer wieder kontrovers diskutiert wird. Der Steuersatz müsse regelmäßigen Anpassungen unterliegen, mindestens entsprechend der Inflation, um einen Verlust der Steuerwirkung zu vermeiden, lautet eine Forderung. Und die Zucker-Industrie befürchtet u. a., dass durch die Erhöhung von Verbrauchssteuern auf ungesunde Produkte die Beschäftigung und/oder die Volkswirtschaft insgesamt beeinträchtigt würden – eine Argumentation, die durch Studien wiederholt widerlegt wurde.

Wäre es nicht ein Leichtes, bei zuckergesüßten Getränken einfach nur die Rezeptur zu verändern und andere Süßstoffe einzusetzen?

Ganz so einfach ist es nicht: Wird die Rezeptur verändert und werden nicht-zuckerhaltige Süßstoffe (NSS) eingesetzt, ist Vorsicht geboten. Denn Studien zeigen, dass auch der häufige Konsum von »alternativen Süßstoffen« – gemeint sind synthetische als auch natürliche Substanzen wie Aspartam, Sucralose, Steviolglykoside, Acesulfam K, Cyclamat oder Saccharin – mit einem erhöhten Risiko für vasculäre Ereignisse und für Krebserkrankungen in Verbindung steht. Die WHO hat zudem festgestellt, dass NSS nicht zur Gewichtskontrolle beitragen und potenziell schädlich sein könnten. Länder sollten in Betracht ziehen, Regulationen und Besteuerungen so zu gestalten, dass Produkte mit NSS ebenfalls eingeschlossen werden. Statt auf andere Süßstoffe auszuweichen, sollte das Süßen lieber generell reduziert werden.

Die Fragen stellte
Dorothee Buschhaus.

Deutscher Pflageetag 2025

Pflege stärken mit starken Partnern: Beim Deutschen Pflageetag am 5. und 6. November 2025 in Berlin steht der offene Dialog mit Entscheidungsträgern aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft im Vordergrund. In zahlreichen Vortragsveranstaltungen, Diskussionsrunden und Workshops dreht sich alles um die Herausforderungen der Pflege, um die Weiterentwicklung des Berufsbildes Pflege und dessen Rolle in der Gesellschaft. Der Pflageetag, der in diesem Jahr zum zwölften Mal stattfindet und der jedes Jahr bis zu 10 000 Teilnehmende erreicht, gilt als zentrale Veranstaltung für die Pflegeberufe in Deutschland – auch der Medizinische Dienst ist mit dabei.

Infos und Anmeldung unter www.deutscher-pflageetag.de

Richtlinien für Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten

Sie sind Grundlage für die Prüfung der Qualität der allgemeinen ambulanten Pflege, der außerklinischen Intensivpflege und der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege, die von ambulanten Pflegediensten erbracht werden: Die »Qualitätsprüfungs-Richtlinien ambulante Pflege Teil 1a – Ambulante Pflegedienste« (QPR ambulante Pflege Teil 1a) werden am 1. Juli 2026 in Kraft treten. Am 19. Mai 2025 vom Medizinischen Dienst Bund erlassen und am 7. August 2025 vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt, regeln die Richtlinien zudem die Prüfung der Abrechnungen von ambulanten Pflegediensten mit den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen.

Die Prüfung der Qualität von ambulanten Betreuungsdiensten wird in einem gesonderten Teil 1b der QPR ambulante Pflege geregelt werden.

Infos und Abruf der Richtlinien unter www.md-bund.de

Gesetz zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege

Der Gesetzentwurf zur Befugnis-erweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege wurde Anfang August vom Bundeskabinett beschlossen und am 11. September in erster Lesung im Deutschen Bundestag beraten. Das Gesetz, das auf den bisherigen Entwürfen für ein Gesetz zur Stärkung der Pflegekompetenz aufbaut, verfolgt das Ziel, den Pflegeberuf mit mehr Kompetenzen auszustatten und damit seine Attraktivität zu erhöhen. So sieht das Gesetz ein Modellprojekt vor, in dem untersucht werden soll, wie das Zusammenspiel zwischen Medizinischem Dienst und professioneller Pflege bei der Pflegebegutachtung intensiviert werden kann. Wesentlich dabei ist, dass die Einstufung in Pflegegrade in der Verantwortung des unabhängigen Medizinischen Dienstes bleibt. So können sich die Versicherten darauf verlassen, dass ihre Begutachtung frei von Interessenkonflikten und mit hoher gutachtlicher Expertise erfolgt. Darüber hinaus ist geplant, dass der Medizinische Dienst bei den Qualitätsprüfungen in Abstimmung mit den Heimaufsichtsbehörden in den Ländern auch die heimrechtlichen Vorschriften prüft. Dadurch könnten Pflegeeinrichtungen von Prüfaufwänden deutlich entlastet werden. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates und soll 2026 in Kraft treten.

Zu schnell in die Notaufnahme

Mindestens 41% der Menschen, die in den vergangenen fünf Jahren in die Notaufnahme einer Klinik gegangen sind, haben dies ohne vorherige Ersteinschätzung durch eine kompetente Stelle getan. Laut einer Forsa-Befragung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes erschienen lediglich 11% nach einer Ersteinschätzung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Notaufnahme. Bei knapp einem Viertel der Befragten (24%) lotste die Arztpraxis. Als Gründe sagten 41% der Befragten, sie hätten sich zu schlecht gefühlt, um

KURZ NACHRICHTEN

abwarten zu können. 15% erklärten, plötzlich Angst vor einem Schlaganfall oder Herzinfarkt gehabt zu haben. 10% sagten, keinen schnellen Facharzttermin erhalten zu haben.

Steigende Krankheitskosten

Durchschnittlich 5900 Euro pro Einwohner haben Krankheiten im Jahr 2023 verursacht. Aktuelle Informationen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) zufolge sind die Krankheitskosten im Vergleich zu 2015 um mehr als 40% gestiegen. Insgesamt verursachten Krankheiten im Jahr 2023 direkte Kosten in Höhe von 491,6 Mrd. Euro, 2015 waren es 337,1 Mrd. Euro und 2020 waren es 430,1 Mrd. Euro. Die höchsten Kosten sind bei Kreislauferkrankungen sowie psychischen und Verhaltensstörungen entstanden. Kreislauferkrankungen schlugen mit 64,6 Mrd. Euro zu Buche (13,1% der Gesamtkosten), gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen mit 63,3 Mrd. Euro (12,9%) und Krankheiten des Verdauungssystems, die rund 10% der Gesamtkosten ausmachten. Über die Hälfte der Gesamtkosten sind für Menschen ab einem Alter von 65 Jahren entstanden.

Ältere Hausärztinnen und Hausärzte

Nach Daten der Bundesärztekammer gab es im Jahr 2024 insgesamt rund 66100 Hausärztinnen und Hausärzte in Deutschland – das waren 3,4% mehr als zehn Jahre zuvor. Viele von ihnen werden in den kommenden Jahren voraussichtlich aus dem Berufsleben ausscheiden. So waren im vergangenen Jahr rund 27000 Hausärztinnen und Hausärzte (40,8%) 60 Jahre oder älter – knapp jede oder jeder fünfte (18,5%) war älter als 65 Jahre. Lediglich 7,7% oder rund 5100 Hausärztinnen und -ärzte waren jünger als 40 Jahre.

Mütter beim kranken Kind

Wenn das Kind krank ist, bleiben Mütter in Deutschland häufiger zu Hause als Väter, berichtet die Barmer. Sie hat die Anträge auf Kinderkrankengeld ausgewertet und festgestellt, dass etwa 296 000 dieser Anträge im vergangenen Jahr von Frauen eingereicht wurden. 109 000 Anträge auf Kinderkrankengeld stammten von Männern. Von insgesamt etwa 877 000 Tagen, für die Kinderkrankengeld ausgezahlt wurde, entfielen rund 648 000 auf Frauen und ca. 229 000 auf Männer. Die Zahlen für das Jahr 2023 waren ähnlich.

Homeoffice

Fast jede / jeder Vierte arbeitet nach wie vor zumindest teilweise von zu Hause aus. Laut Münchner ifo-Institut lag der Homeoffice-Anteil im August bei 24,4%. Am häufigsten arbeiten Beschäftigte bei Dienstleistern von zu Hause aus (ein Drittel). Danach folgen das verarbeitende Gewerbe (15,7%), der Handel (11,9%) und die Baubranche mit 4,4%. Die Homeoffice-Quote sei seit April 2022 nahezu unverändert, es gebe keine Hinweise darauf, dass das Homeoffice auf dem Rückzug sei.

Hände waschen

Fast die Hälfte der Menschen wäscht sich nach dem Toilettengang in einem Krankenhaus nicht die Hände. Einer Studie der britischen Universität von Surrey zufolge haben in einer dänischen Klinik 43,7% der Toilettengänger nicht das Waschbecken benutzt (teilweise waren es sogar 61,8%). Für die Untersuchung wurden im Bispebjerg Hospital in der Region Kopenhagen Sensoren in zwei öffentlich zugänglichen Toilettenräumen eingebaut. Das deutsche Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit rät, nicht nur nach jedem Toilettengang die Hände zu waschen, sondern dies auch ausreichend gründlich 20 bis 30 Sekunden lang zu tun.

Übergewicht bei Kindern

Starkes Übergewicht hat laut UNICEF, dem Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, erstmals Untergewicht als die häufigste Form der Fehlernährung bei Kindern und Jugendlichen abgelöst. Mit Ausnahme von Subsahara-Afrika und Südasien ist weltweit jeder Fünfte im Alter von 5 bis 19 Jahren (391 Mio.) übergewichtig, jeder Zehnte (188 Mio.) sogar fettleibig. Das geht aus dem »Kinder-Ernährungsbericht 2025« von Unicef hervor, der sich auf Daten von mehr als 190 Ländern bezieht. Demnach ging Untergewicht bei den 5- bis 19-Jährigen seit dem Jahr 2000 von rund 13% auf 9,2% zurück, während Fettleibigkeit von 3% auf 9,4% stieg.

Wenig Gesundheitskompetenz bei Schulkindern

Die meisten Schulkinder in Deutschland haben laut einer aktuellen DAK-Studie keine ausreichende Gesundheitskompetenz. 84% von ihnen haben nur eine niedrige bzw. moderate Motivation und Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und anzuwenden. Für den DAK-Präventionsradar wurden im Schuljahr 2024/2025 mehr als 26 500 Schülerinnen und Schüler verschiedener Schularten in 14 Bundesländern befragt. Demnach sind Schulkinder ohne ausreichende Gesundheitskompetenz auch häufiger von psychosomatischen Beschwerden wie Erschöpfung (67%), depressiven Symptomen (18%) und Einsamkeit (34%) betroffen.

Mehrkosten für Hilfsmittel

Gut eine Milliarde Euro haben gesetzlich Krankenversicherte 2024 für Hilfsmittel aus eigener Tasche bezahlt, obwohl diese eigentlich übernommen werden. Laut Mehrkostenbericht des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) griff insgesamt jeder fünfte Hilfsmittelnutzer in die eigene Geldbörse. Ausgewertet wurden 31,75 Mio. Hilfsmittelversorgungen mit einem Ausgabenvolumen von 11,5 Mrd. Euro aus dem Jahr 2024. Rund 80% der Hilfsmittel wie Hör- oder Gehhilfen, Rollstühle, Bandagen und Prothesen wurden erneut mehrkostenfrei bezogen. In rund 7 Mio. Fällen (22%) fielen jedoch zusätzliche Kosten an. Die Versicherten zahlten dabei im Schnitt 148,70 Euro obendrauf. Die Gesamtsumme beläuft sich auf 1,04 Mrd. Euro.

Infos unter www.gkv-spitzenverband.de

Informationen vermeiden

Rund ein Drittel der Menschen geht Informationen über mögliche schwere Erkrankungen aus dem Weg – selbst wenn sie potenziell betroffen sind. Darauf weist das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung hin. Die Forschenden haben Daten aus 92 Studien mit insgesamt 564 497 Teilnehmenden aus 25 Ländern (auch aus Deutschland) analysiert. Am höchsten war die Vermeidungsquote, wenn Menschen Alzheimer (41%) oder Chorea Huntington (40%) befürchteten. Bei angenommenen schweren, aber behandelbaren Krankheiten wie HIV oder Krebs lag die Quote bei 32 bzw. 29%. Mögliche Gründe für das Vermeidungsverhalten sind kognitive Überforderung, weil z. B. eine Krebserkrankung komplex und aufreibend sein kann, der Eindruck, die Gesundheit nicht selbst in die Hand nehmen zu können, die Furcht vor Stigmatisierung und mangelndes Vertrauen in das medizinische System.



Pflege am Limit

DIE MENSCHEN in Deutschland leben immer länger. Damit steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen. Vor welchen Herausforderungen steht die Pflege angesichts von Fachkräftemangel und Milliardendefizit in der gesetzlichen Pflegeversicherung? ► Bessere Lebensverhältnisse, vor allem aber der medizinische Fortschritt sorgen dafür, dass immer mehr Menschen in Deutschland ein hohes Alter erreichen. Die Lebenserwartung ist seit den 1960er Jahren deutlich gestiegen. Heute geborene Mädchen werden im Durchschnitt elf Jahre älter als damals geborene Mädchen, bei den Jungen sind es sogar durchschnittlich zwölf Jahre. Die Babyboomer, also die geburtenstarken Jahrgänge, die zwischen 1955 und 1969 geboren sind, kommen ins Rentenalter (ab 67 Jahre) und dürfen sich im Schnitt auf 18 bis 21 weitere Lebensjahre freuen. Zugleich hat die Geburtenrate in den vergangenen Jahrzehnten stark abgenommen.

Die Entwicklung führt dazu, dass der Anteil jüngerer Menschen an der Gesamtbevölkerung in Deutschland weiter abnimmt, während der Anteil älterer Menschen wächst. So werden in den nächsten zehn Jahren mindestens 20 Mio. Menschen hierzulande das Rentenalter erreicht haben. In den 2050er- und 2060er-Jahren werden zwischen 7 und 10 Mio. Menschen älter als 80 Jahre sein, so die Prognose der fünfzehnten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes.

Mehr Pflegebedürftige, weniger Pflegende

Da mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, steigt, wird es zunehmend mehr pflegebedürftige Menschen geben. Diesen stehen künftig jedoch immer weniger jüngere Menschen gegenüber, die die Pflege übernehmen können und die Pflegeversicherung mit ihren Beiträgen (und denen ihrer Arbeitgeber) finanzieren. Prognosen zufolge wird der Bedarf an erwerbstätigen Pflegekräften von 1,62 Mio. im Vor-Corona-Jahr 2019 bis zum Jahr 2049 voraussichtlich um ein Drittel (33%) auf 2,15 Mio. steigen, sodass dann zwischen 280 000 und 690 000 Pflegekräfte in der Versorgung fehlen.

Auch der finanzielle Druck ist groß. Die soziale Pflegeversicherung hat das Jahr 2024 mit einem Defizit in Höhe von 1,54 Mrd. Euro abgeschlossen. Obwohl der Gesetzgeber zum Jahresanfang den Beitragsatz um 0,2 Prozentpunkte angehoben hat, rechnet der GKV-Spitzenverband bis zum Jahresende mit einem Minus von rund 160 Mio. Euro. Um die Finanzsituation kurzfristig zu stabilisieren, stellt der Bund der sozialen Pflegeversicherung in den Jahren 2025 und 2026 zwei nicht zu verzinsende Darlehen zur Verfügung. Die gesetzlichen Kranken-/Pflegekassen mahnen eine nachhaltige finanzielle Stabilisierung der Pflegeversicherung an. Als ersten Schritt forderte ein breites Bündnis verschiedener Kassenverbände bereits im September 2024 eine Refinanzierung der pandemiebedingten Kosten in Höhe von 5,5 Mrd. Euro sowie die steuerliche Gegenfinanzierung der Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige.

Perspektiven für die Pflege

»Die Pflege steht angesichts der demografischen Entwicklung vor großen Herausforderungen – nicht nur hinsichtlich der finanziellen und personellen Ressourcen – sondern auch hinsichtlich der Strukturen, die es zu reformieren gilt«, mahnt Carola Engler, Stellvertretende Vorstandsvorsitzende des Medizinischen Dienstes Bund. Der Medizinische Dienst bereitet sich bereits intensiv auf die weiter wachsenden Anforderungen vor. Im Jahr 2024 erhielten rund 5,6 Mio. Menschen Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung – rund doppelt so viele wie zehn Jahre zuvor. Auch die Zahl der Pflegebegutachtungen hat sich im gleichen Zeitraum verdoppelt und lag 2024 bei rund 3 Mio. Um dieser Aufgabe auch künftig gerecht werden und den Versicherten eine möglichst bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgungsplanung zu ermöglichen, arbeitet der Medizinische Dienst in verschiedenen Modellprojekten mit wissenschaftlicher Unterstützung an einer Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung. Zugleich fordert er mehr Flexibilität und Entscheidungsfreiheit in der täglichen Begutachtung sowie eine intensivere Vernetzung mit Pflegekassen und regionalen Pflegeberatungen.

Steigende Ausgaben, mehr Pflegebedürftige, weniger professionelle Pflegekräfte, weniger pflegende An- und Zugehörige – die Pflege zukunftsfest zu machen, ist eine gewaltige Aufgabe. Eine zentrale Herausforderung wird es sein, die Finanzierung der Pflege nachhaltig zu sichern, die Kosten für die Pflegebedürftigen zu senken und die Eigenanteile zu begrenzen. Mitte 2024 hat eine interministerielle Arbeitsgruppe unter Leitung des damaligen Bundesgesundheitsministeriums einen Bericht »Zukunftssichere Finanzierung der sozialen Pflegeversicherung« vorgelegt, der unterschiedliche Handlungsoptionen beschreibt.

Mehr Unterstützung für Angehörige

Etwa neun von zehn Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, überwiegend von Angehörigen. Diese brauchen mehr Unterstützung, um diese Aufgabe weiter bewältigen zu können: mehr Beratung und Qualifizierung, einen einfacheren, unbürokratischen Zugang zu Leistungen, eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und stabile nachbarschaftliche, kommunale und ehrenamtliche Netzwerke, die sie unterstützen und entlasten. Ein möglicher Ansatz dafür ist der Aufbau sogenannter Caring Communities: sorgende Gemeinschaften im Quartier oder der Kommune, die gemeinsam mit professionellen Akteuren die Versorgung und Teilhabe von Pflegebedürftigen sicherstellen. Größere Handlungsspielräume für die Kommunen könnten die Schaffung pflegefreundlicher Sozialräume unterstützen.

Der Mangel an Pflegefachkräften führt schon jetzt dazu, dass stationäre Pflegeeinrichtungen ganze Abteilungen schließen müssen. Das verknüpft das Angebot an Pflegeplätzen und kann für die Einrichtungen existenzgefährdend werden. Um die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern und den Pflegeberuf attraktiver zu machen, wurde ab 2018 im Rahmen der Konzierten Aktion Pflege ein umfangreiches Maßnahmenpaket erarbeitet und verabschiedet. Neben Verbesserungen bei der Bezahlung und den Arbeitsbedingungen wurde auch beschlossen, den Pflegepersonen mehr Verantwortung zu über-



tragen und den Beruf so attraktiver zu machen. Der vorerst jüngste Anlauf in dieser Richtung ist das Gesetz zur Befugnisserweiterung und Entbürokratisierung in der Pflege, das derzeit das Gesetzgebungsverfahren durchläuft und Anfang 2026 in Kraft treten soll. Es sieht unter anderem vor, dass Pflegepersonen selbstständig mehr heilkundliche Aufgaben in der Versorgung übernehmen können. Durch eine beschleunigte Digitalisierung könnte die Pflege zudem von administrativen und bürokratischen Aufgaben entlastet werden.

Prävention fördern

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld ist die Prävention und Gesundheitsförderung: Wer länger gesund ist, muss erst später gepflegt werden. Während die Generation der Babyboomer deutlich gesünder alterte als die Generationen vor ihnen, sieht es bei den später Geborenen weniger rosig aus: Sie werden wieder früher und häufiger krank, ergab eine Studie an der Medizinischen Hochschule Hannover. Viele Erkrankungen, die häufig zu einer Pflegebedürftigkeit führen, könnten durch einen gesundheitsförderlichen Lebensstil, etwa den Verzicht auf Rauchen und Alkohol sowie eine gesunde Ernährung, verhindert werden. Dazu zählen zum Beispiel Herz-Kreislauf- und schwere Atemwegserkrankungen.

Angesichts der vielfältigen Herausforderungen hat die Bundesregierung einen »Herbst der Reformen« angekündigt. Bereits Anfang Juli tagte erstmalig die Bund-Länder-Arbeitsgruppe »Zukunftspakt Pflege«, die bis zum Ende dieses Jahres umsetzungsfähige Eckpunkte für eine anschließende große Pflege-reform vorlegen soll. Denn: »Eine grundsätzliche Reform der Pflegeversicherung ist dringend notwendig«, erklärte Bundesgesundheitsministerin Nina Warken (CDU) dem Deutschen Ärzteblatt zufolge. »Wir brauchen keine Reförmchen, sondern eine Reform. Und wir brauchen schnelle Ergebnisse.« ►

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





Über aktuelle und künftige Herausforderungen bei der Finanzierung der Pflegeversicherung sprach **forum** mit **OLIVER BLATT**, Vorstandsvorsitzender des GKV-Spitzenverbandes.

Die Koalition verspricht, die Beitragssätze stabil zu halten, sagt aber nicht wie. Stattdessen gibt es für die Pflegeversicherung erstmal Darlehen statt Lösungen. Reichen die wenigstens?

Wir sind nicht zufrieden mit der Art und Weise, in der sich die Politik aktuell um das Thema kümmert. Das betrifft auch die Höhe der Darlehen, aber wir haben darüber hinaus den grundsätzlichen Einwand, dass kurzfristige Kredite nicht die Probleme lösen, sie werden damit einfach nur in die Zukunft verschoben.

Reicht es?

Wir gehen davon aus, dass wir mit den 500 Mio. Euro für dieses Jahr in der Sozialen Pflegeversicherung »save« sind. Es könnte wegen der starken Beitragserhöhung zum vergangenen Jahreswechsel sogar für ein kleines Plus zum Jahresende reichen. Die 1,5 Mrd. Euro für 2026 sind dagegen zu wenig. Auch mit diesen zusätzlichen Mitteln erwarten wir ein Defizit von über einer Milliarde Euro im

nächsten Jahr. Deshalb rechnen wir unterjährig mit Liquiditätsengpässen und Finanzhilfersuchen einzelner Pflegekassen, sollte der Gesetzgeber nicht rechtzeitig tätig werden.

Und sind sie nicht auch eine Verhöhnung angesichts der Milliardensummen an Beitragsgeldern, die die Politik in den vergangenen Jahren für Aufgaben des Bundes zweckentfremdet hat?

Ich habe Verständnis für die schwierige Haushaltslage des Bundes. Ich hätte mir dennoch gewünscht, dass die Politik unsere Appelle angesichts der kritischen Lage ernster nimmt und die Finanzierung ins Lot bringt. Es geht um die Erstattung von einmalig 5 Mrd. Euro für Coronahilfen des Bundes und um rund 5 Mrd. Euro, die wir jedes Jahr für die Rentenbeiträge pflegender Angehöriger ausgeben müssen, obwohl das mit der Pflegeversicherung nichts zu tun hat. Darlehen sind da schon eine seltsame Antwort – zumal gleichzeitig der Steuerzuschuss für den Ausgleich der versicherungsfremden Leistungen bis 2027 ausgesetzt wurde.

Kann man sagen, dass die Pflegeversicherung ohne diese ganzen Manöver kein Problem hätte?

Die Pflegeversicherung würde jedenfalls besser dastehen, wenn sie nicht jedes Jahr den Bundeshaushalt subventionieren müsste. Die Strategie, Rücklagen abzuschmelzen oder zu plündern, hat dazu geführt, dass jede Ausgabenpitze sofort zu massiven Liquiditätsproblemen führt.

Unionsfraktionschef Jens Spahn meinte kürzlich, die Pflegeversicherung brauche einen Zuschuss von 2 Mrd. Euro. Hat er das ernst gemeint?

Es würde zumindest sehr helfen, wenn wir schon mal 2 Mrd. Euro Abschlagszahlung auf unsere Forderungen gegen den Bund erhalten würden.

Wie optimistisch sind Sie, dass die doch sehr breit aufgestellten Beratungen bis zum Jahresende zu einem Reformkonzept führen, das anschließend auch umgesetzt werden kann?

Ich habe ein wenig die Sorge, dass es am Ende viele neue Erkenntnisse geben wird, die ohne Folgen bleiben. Alles hängt von dem Willen der Bundesregierung ab, vom Reden ins Handeln zu kommen.

Was muss aus Ihrer Sicht mindestens herauskommen?

Wir müssen beim Thema Finanzierung zu Ergebnissen kommen, die die Pflegeversicherung mindestens mittelfristig in ruhigeres Fahrwasser bringen. Wir brauchen auch eine Antwort auf die Frage der stark steigenden Zahl der Leistungsbeziehenden und der hohen Heimkosten. Und last but not least: Wer pflegt uns morgen? Wie sichern wir die Pflegeinfrastruktur in einer von Fachkräftemangel geprägten alternden Gesellschaft? Wie stärken wir insbesondere pflegende An- und Zugehörige, ohne die es auch in Zukunft nicht gehen wird?

Nun geht der starke Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger bislang ja weniger auf die Demografie als die Pflegereform 2017 zurück ...

In der Tat hat sich seither die Zahl verdoppelt. Das heißt aber nicht, dass die Reform, mit der aus drei Pflegestufen fünf Pflegegrade wurden, falsch war. Es war richtig, neben körperlichen auch seelische und geistige Handicaps bei der Prüfung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen. Aber es hat damals eine Reihe von Leistungsverbesserungen gegeben, bei denen es gerechtfertigt ist, zu überprüfen, ob die mit ihnen verbundenen Ziele erreicht wurden.

Es fällt auf, dass die Mehrzahl der Leistungsempfänger sich in den unteren Pflegegraden eins und zwei befinden. Spricht das nicht für Mitnahmeeffekte?

Auch die Entwicklung beim Pflegegrad 1 darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich die meisten Pflegebedürftigen in den Pflegegraden 2 und 3 befinden. Ein Grund mehr, nicht einfach den Pflegegrad 1 abzuschaffen, sondern genau hinzusehen.

Im Pflegegrad 1 gibt es nur den Entlastungsbetrag von aktuell 135 Euro im Monat, der sich durch alle Pflegegrade durchzieht. Ist dieses Geld wirklich sinnvoll ausgegeben? Haben sich insbesondere die Erwartungen erfüllt, dass dadurch die Prävention gestärkt, also schwere Pflegebedürftigkeit hinausgeschoben wird?

Wir prüfen das gerade mit einer Studie. Dabei geht es neben der Praxis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst auch um die Frage, ob hier vielleicht Fehlanreize gesetzt wurden. Sollte sich das am Ende herausstellen, hoffe ich, dass die Politik den Mut haben wird, dafür zu sorgen, dass das Geld für die unteren Pflegegrade in Zukunft besser ausgegeben wird. Beliebt würde man sich damit aber nicht machen.

Also brauchen wir doch eine Revision der Pflegereform von 2017?

Nach neun Jahren mal genauer hinzuschauen, ob die Reform ihr Ziel erreicht hat oder ob wir nachsteuern müssen, halte ich für angemessen.

Thema Eigenanteile, die inzwischen im Durchschnitt die 3000-Euro-Schwelle durchstoßen haben. Wie soll es da weiter gehen?

Von den 3000 Euro entfallen 500 Euro auf die Investitionskosten. Die sollten mit Einführung der Pflegereform eigentlich die Länder tragen als Ausgleich dafür, dass sie durch die Pflegeversicherung bei der Sozialhilfe entlastet werden. Ich frage: Warum tun sie das nicht?

Das hilft den Heimbewohnern erst mal nicht.

Das Problem wurde mit den 2022 eingeführten und zuletzt in 2024 erhöhten Zuschüssen von bis zu 75% deutlich entschärft. Dadurch sinkt die Belastung durch den pflegebedingten Eigenanteil ab dem vierten Jahr im Heim von 1500 auf unter 400 Euro. Das kostet die Pflegeversicherung über 7 Mrd. Euro im Jahr. Mehr geht meiner Meinung nach derzeit nicht.

Also keine Deckelung der Eigenanteile bei 1000 Euro, wie sie Sachsens Gesundheitsministerin gerade gefordert hat?

Das ist finanziell nicht darstellbar. Wenn Frau Köpping das will, dann muss sie auch sagen, wie sie das aus dem Landeshaushalt finanziert will. Die Pflegeversicherung kann es nicht.

Sind die hohen Eigenanteile nicht ein Stück weit hausgemacht, weil die Politik die Personalkosten in der Altenpflege per Gesetz nach oben getrieben und die Pflegekassen gezwungen hat, jede Tarifierhöhung automatisch zu refinanzieren?

Tatsächlich war der Anstieg enorm, allein in den vergangenen beiden Jahren um 20% bei den Fach- und 33% bei den Hilfskräften. Pflege wird heute also sehr gut bezahlt. Den dahinterstehenden gesetzlichen Mechanismus, der dazu führt, dass alle Tarifsteigerungen 1:1 zu Lasten der Pflegeheimbewohnenden und der Pflegekassen durchgereicht werden, obwohl diese nicht am Verhandlungstisch sitzen, sollte man kritisch reflektieren. Damit stelle ich ausdrücklich nicht in Frage, dass gute Pflege auch gute Löhne verdient.

Braucht es am Ende nicht eine zusätzliche private Pflichtversicherung zur Absicherung der pflegebedingten Eigenanteile, wie sie ein Expertenrat um den Gesundheitsökonom Jürgen Wasem samt Einfrierung der Leistungskatalogs der sozialen Pflegeversicherung vorgeschlagen hat?

Wir müssen den Menschen deutlicher als bisher erklären, dass die Pflegeversicherung nur einen Teil des Risikos deckt und es sinnvoll ist, auch Eigenvorsorge zu betreiben. Das kann auch die selbst genutzte Immobilie, eine finanzielle Rücklage auf dem Konto oder eine private Zusatzversicherung sein.

Die Fragen stellte Peter Thelen, freier Journalist u. a. für Tagesspiegel Background.



Wer pflegt in Zukunft die Eltern?

10
Titelthema

PFLEGE ist überwiegend Familiensache: 4,9 von 5,7 Mio. pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause versorgt, zumeist von weiblichen Angehörigen. In gerade einmal 20% der Fälle ist ein ambulanter Pflegedienst beteiligt. Studien bezweifeln, dass die Angehörigenpflege mittelfristig noch in diesem Umfang leistbar ist. ► Jahr für Jahr steigt die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland, deutlich stärker als die Prognosen in einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft erwarten ließen. Vor allem die häusliche Pflege nimmt an Bedeutung zu. Binnen zehn Jahren hat sich die Zahl der Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, von rund 1,9 Mio. auf rund 4,9 Mio. (Ende 2023) erhöht. Ein wesentlicher Grund ist der Wunsch, trotz gesundheitlicher Einschränkungen ein Leben in der gewohnten Umgebung fortzuführen. In einer Online-Umfrage der Hochschule Osnabrück im Auftrag des Sozialverbands VdK konnten sich nur 10% der Menschen vorstellen, einmal in einem Pflegeheim zu leben.



Ebenso wenig überraschend: Der Anteil von Frauen unter pflegenden Angehörigen ist noch sehr hoch und liegt laut VdK-Studie bei 72%. Fast die Hälfte kümmert sich um Vater oder Mutter, in jedem fünften Haushalt versorgt ein Lebens- oder Ehepartner den anderen, oft mit Unterstützung weiterer Familienmitglieder. Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) geht von etwa 7,1 Mio. pflegenden Angehörigen aus.

Künftig mehr Pflege auf Distanz

Ob dies auch in naher Zukunft so sein wird, ist ungewiss. Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) rechnet mit einem Rückgang des Pflegepotenzials im familiären Umfeld. Konkrete Zahlen gibt es zwar nicht; aber die Ursachen, die diese Entwicklung befördern, sind bekannt. Dazu zählt die hohe Erwerbsquote von Frauen, die gesunkene Geburtenrate in der Babyboomer-Generation, die jetzt ins Rentenalter kommt und in einigen Jahren voraussichtlich auf Pflege angewiesen ist, die Zunahme an Ein-Personen-Haushalten im Alter sowie die räumliche und berufliche Mobilität in der Gesellschaft, die deutlich gestiegen ist. Die Folge ist, dass die erwachsenen Kinder immer seltener in der Nachbarschaft oder am gleichen Ort wie die pflegebedürftigen Eltern leben. Die Zahl pflegender Angehöriger, die aus der Distanz heraus Eltern oder Verwandte unterstützen, werde deutlich steigen, schätzt das ZQP in einer Studie über die sogenannten Distance Caregiver. Ein Problem sei, dass bislang zu wenig über die spezielle Herausforderung der Pflege auf Distanz bekannt sei.

Fest steht, dass der Bedarf an zusätzlicher Unterstützung für die Pflege in der Familie zunimmt. Fast alle Bundesländer haben mittlerweile per Landesverordnung den Einsatz von Nachbarschaftshelfern und -helferinnen geregelt. Dabei geht es um alltägliche Hilfen wie Begleitung beim Einkaufen und beim Gang zum Arzt, Unterstützung beim Ausfüllen von Anträgen und Formularen oder um ein wenig Gesellschaft beim Spazierengehen. Finanziert werden die ehrenamtlichen Kräfte in der Regel über den sogenannten Entlastungsbetrag der Pflegekassen von aktuell 131 Euro im Monat. Im kommenden Jahr wird es voraussichtlich eine bundesweit einheitliche Regelung für Unterstützungsangebote im Alltag geben. Ein Gesetzentwurf zur Reform der Pflege wurde im August vom Kabinett verabschiedet und steht im Herbst zur Abstimmung im Bundestag.

Zu wenig Geld, zu viel Bürokratie

Fest steht auch: »Nächstenpflege« ist eine starke psychische und physische Belastung. Eine weitere ZQP-Studie über pflegende Angehörige kommt zu dem Ergebnis, dass jeder Zweite bereits Gewalt durch den pflegebedürftigen Menschen erlebt hat. Etwa 40% der Befragten räumten ein, dass sie selbst schon einmal gewaltsam gegen den Pflegebedürftigen gehandelt hätten. Hinzu kommen häufig finanzielle Probleme. Etwa jede zweite Pflegende muss im regulären Job kürzertreten. Sozialverbände fordern deshalb seit Jahren auch eine stärkere finanzielle Unterstützung der häuslichen Pflege und eine Vereinfachung des Leistungssystems, das viele pflegende Angehörige überfordere und frustriere.

Mit der Pflegereform 2023/24 wurden zumindest die Regeln für Verhinderungs- und Kurzzeitpflege vereinfacht. Seit Juli dieses Jahres gibt es ein Entlastungsbudget von jährlich 3539 Euro, mit dem flexibel eine Pflegevertretung, sei es zu Hause oder in einem Pflegeheim, finanziert werden kann. Allerdings hält sich der Beifall der Sozial- und Pflegeverbände in Grenzen. Die Deutsche Stiftung Patientenschutz ist überzeugt, dass das neue Budget wenig verändern wird, da es viel zu wenig Plätze für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege gebe. Von den 16 000 Pflegeheimen würden gerade einmal 1000 Einrichtungen Kurzzeitpflegeplätze anbieten, kritisiert Stiftungsvorstand Eugen Brysch.

Mangel an Tagespflege-Angeboten

Der Verein *Wir pflegen*, die Interessenvertretung und Selbsthilfe pflegender Angehöriger, bedauert vor allem, dass die Tagespflege nicht in das neue Jahresbudget einbezogen wurde. Für pflegende Angehörige, die weiterhin ihrer regulären Arbeit nachgehen, sei die Tagespflege eine wichtige Entlastung, sagt Vorstandsmitglied Edeltraut Hütte-Schmitz. Allerdings sei die Chance, einen Platz zu finden, ähnlich schwierig wie bei der Kurzzeitpflege. Deutschlandweit stünden für weniger als drei Prozent der pflegebedürftigen Menschen Tagespflegeplätze zur Verfügung. Insbesondere für schwerstpflegebedürftige Menschen, die während der Arbeitszeit ihrer pflegenden Angehörigen nicht allein zu Hause bleiben können, gebe es keine ausreichenden Angebote. Ein Ausbau der Pflegeinfrastruktur und ein flexibles Budget seien entscheidend, damit Pflege nicht länger zur Armutsfalle werde.

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



Der vom Bundesfamilienministerium eingesetzte unabhängige Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf hat die Einführung eines Familienpflegegelds als Lohnersatzleistung vorgeschlagen, damit sich Menschen ohne Existenzangst um ihre Angehörigen kümmern können. Für den Vorsitzenden des Beirats, den Gerontologen Andreas Hoff, ist ein Familienpflegegeld nach dem Vorbild des Elterngelds eine Form überfälliger Wertschätzung. »Wer pflegt, verdient Anerkennung und gesellschaftliche Unterstützung.« Bislang werde die Pflege in Deutschland wie eine Privatsache behandelt. »Es wird so getan, als gebe es eine unausgesprochene Verpflichtung, dass Angehörige, vor allem Frauen, die Pflege in der Familie übernehmen.« Dabei liege die Verantwortung dafür, »dass in unserem Land Menschen in Würde altern und gepflegt werden, bei der Gesellschaft«.

Unzeitgemäße Rollenverteilung

Zudem sei die traditionelle Arbeits- und Rollenverteilung in der Angehörigenpflege, wonach fast ausschließlich Frauen pflegen, dafür ihre Arbeitszeit reduzieren oder ihre Berufstätigkeit ganz aufgeben um den Preis der Altersarmut, nicht mehr zeitgemäß. »Das Sozialsystem orientiert sich an einem Erwerbsmodell, dass nicht mehr existiert«, sagt Hoff. Frauen seien heute ebenso erwerbstätig wie Männer, durch die Erhöhung des Renteneintrittsalters auch noch in den Jahren, in denen Angehörige häufig pflegebedürftig werden. »30 Jahre lang haben wir uns auf der Pflegeversicherung ausgeruht, auf deren Einführung wir sehr stolz waren – nun passt sie nicht mehr«, sagt der Gerontologe Hoff.

Den Handlungsbedarf sieht mittlerweile auch die Politik. Bereits die rot-grüne Koalition signalisierte Unterstützung für den Beirats-Vorschlag. Allerdings kam es nicht mehr zur erhofften Gesetzesinitiative.

Auch im aktuellen Koalitionsvertrag von Union und SPD wird das Familienpflegegeld erwähnt. Die Umsetzung ist jedoch ungewiss. Auf die Frage, wann Pflegende mit einem Familienpflegegeld rechnen könnten, antwortete die zuständige Bundesfamilienministerin Karin Prien zurückhaltend: »Wir prüfen, wie perspektivisch ein Familienpflegegeld eingeführt werden kann.« Hoff ist dennoch optimistisch: »Wenn die Ministerin ihre angekündigte Unterstützung wahr macht, bin ich begeistert.«

11
Titelthema
forum
das Magazin des Medizinischen Dienstes 3/2025

Die Pflegebegutachtung von morgen

WIE KÖNNEN WIR die Pflegebegutachtung zukunftsfest aufstellen? Welche Chancen bietet die Begutachtung mit Blick auf eine gute Unterstützung der pflegerischen Versorgung? Diese Fragen untersucht der Medizinische Dienst mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in verschiedenen Modellprojekten. ► Die Einführung des umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff und des dazugehörigen Begutachtungsinstruments vor knapp zehn Jahren war ein sozialpolitischer Meilenstein. Seither gelangen die individuellen Unterstützungsbedarfe, die Ressourcen und Fähigkeiten des pflegebedürftigen Menschen in seiner Gesamtheit in den Blick – unabhängig von den zugrundeliegenden Gesundheitsproblemen. Diese personenzentrierte Sichtweise erlaubt den Gutachterinnen und Gutachtern des Medizinischen Dienstes nicht nur zu prüfen, ob die Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen der sozialen Pflegeversicherung erfüllt sind. Möglich wird auch eine differenzierte Einschätzung, ob und in welchem Umfang Maßnahmen helfen können, die Selbstständigkeit des Menschen zu erhalten und zu fördern – etwa durch Hilfsmittel, Heilmittel, Reha- und oder Präventionsmaßnahmen. Dieser Aspekt der Begutachtung hat in den vergangenen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen und wurde durch verschiedene Gesetzesreformen weiter gestärkt.

Standardisierte Verfahren stoßen an ihre Grenzen

Die Pflegebegutachtung umfasst heute weit mehr als die Prüfung eines Leistungsanspruchs: Sie fokussiert auch rehabilitative und präventive Bedarfe und schließt individuelle Empfehlungen für die weitere Versorgungsplanung durch andere Akteure ein. Zudem prüfen die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes, ob die jeweilige Pflegesituation womöglich schwierig ist oder Risiken birgt. Ein Blick darauf kann vor allem dann wichtig sein, wenn die Pflege allein von An- und Zugehörigen organisiert wird und keine professionellen Pflegekräfte in die Versorgung eingebunden sind. In solchen Fällen sind die Gutachtenden häufig auch die ersten professionellen Ansprechpersonen, wenn Fragen rund um die Organisation der Pflege und die Bewältigung schwieriger Situation auftreten.

Die Anforderungen an die Pflegebegutachtung als ein Ausgangspunkt für die weitere individuelle Versorgung und Versorgungsplanung sind in den vergangenen Jahren insgesamt gestiegen. Dennoch arbeiten die Gutachterinnen und Gutachter mit einem standardisierten Begutachtungsverfahren, das in allen Antragskonstellationen und Versorgungssettings pauschal zur Anwendung kommt. Gleichzeitig steigt die Anzahl der Begutachtungsaufträge weiter an, mit der Folge, dass das Begutachtungsverfahren zunehmend an seine Belastungsgrenzen stößt.

Während die Anzahl der Pflegebedürftigen weiter zunimmt – insbesondere derer mit kognitiven oder psychischen Einschränkungen – und der Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt auch die Personalsituation bei den Medizinischen Diensten beeinflusst, sollte das Begutachtungsverfahren noch einmal grundlegend neu ausgerichtet werden. Denn eine Standardbegutachtung erscheint angesichts der demografischen Herausforderungen weder effizient noch notwendig.

Digitalisierung nutzen

Die Medizinischen Dienste arbeiten daher seit einigen Jahren u. a. daran, digitale Formate wie etwa die Videobegutachtung in die Begutachtungspraxis zu integrieren: Um hierfür eine fundierte Handlungsgrundlage zu schaffen, führt der Medizinische Dienst Bund derzeit gemeinsam mit der Universität Bremen und elf Medizinischen Diensten ein groß angelegtes Modellprojekt zur Eignung der Videobegutachtung durch (siehe auch Beitrag im *forum* auf S. 14). Das Projekt wird vom GKV-Spitzenverband im Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung finanziell gefördert. Die Projektergebnisse sollen dazu beitragen, die Pflegebegutachtung fit für die Zukunft zu machen. Digitale und technische Lösungen sind hierfür ein wichtiges Werkzeug.

Um die Begutachtung wirklich zu verbessern, braucht es zudem eine grundlegende Neukonzeption des Begutachtungsverfahrens: Die Praxis zeigt, dass nicht jede Pflege- bzw. Antragssituation denselben Aufwand in der Begutachtung erfordert. Manche Konstellationen bedürfen einer besonderen Aufmerk-



samkeit, während in anderen ein schlankeres Vorgehen ausreichen kann. Sind professionelle Pflegepersonen aus Pflegediensten oder stationären Pflegeeinrichtungen in die Versorgung eingebunden, könnte deren Wissen um die Situation und die spezifischen Bedarfe der pflegebedürftigen Person sowie die vorhandenen Daten noch stärker als bislang für die Pflegebegutachtung genutzt werden. Das könnte Ressourcen schaffen, um insbesondere bei der Begutachtung von Menschen, die ihre Pflege ohne Unterstützung von professionellen Pflegekräften organisieren, spezifische Unterstützungsbedarfe zu erkennen und wenn notwendig auch auf akute Beratungs- bzw. Informationsbedarfe eingehen zu können.

Modellprojekte als Wegbereiter

Eine solche ›setting-orientierte‹ Pflegebegutachtung, die sich an den Erfordernissen der jeweiligen Versorgungssituation orientiert, lässt sich jedoch nicht einfach so umsetzen und wirft grundlegende, auch strukturelle Fragen auf, die es zu beantworten gilt: Wie lässt sich die Unabhängigkeit von Entscheidungen sichern, wenn Pflegeanbieter stärker in die Begutachtung eingebunden werden? Welche Qualifikationen müssen professionelle Pflegepersonen mitbringen, um Informationen für die Pflegebegutachtung zuzuarbeiten? Wie lassen sich Informationen aus der Pflegebegutachtung im informellen Setting besser nutzen, um in belastenden Situationen gezielt zu unterstützen? Und wie können digitale Kommunikations- und Begutachtungsmöglichkeiten sinnvoll integriert werden?

Diesen und weiteren Fragen wird der Medizinische Dienst im Rahmen eines wissenschaftlichen Modellprojekts nachgehen. Das Pflege-Unterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) ermöglicht dem Medizinischen Dienst,

gemeinsam mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Erfahrungen der bisherigen Begutachtungspraxis zu nutzen, um innovative Ansätze für eine Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung entwickeln und erproben zu können.

In diesem Rahmen soll nun gemeinsam mit den Pflegewissenschaftlerinnen Prof. Alina Dreier-Wolffgramm und Prof. Jana Petersen sowie dem Pflegewissenschaftler Prof. Andreas Büscher und dem Pflegeexperten Prof. Thomas Klie die Pflegebegutachtung im Sinne einer Setting-orientierten Begutachtung weiterentwickelt werden. Dabei wird u. a. geprüft, wie Menschen in häuslichen Pflegearrangements und ihre An- und Zugehörigen durch die Pflegebegutachtung besser unterstützt und entlastet werden können. Für die professionelle Pflege wird untersucht, wie die Verzahnung zwischen unabhängiger Begutachtung durch den Medizinischen Dienst und der Aufgabenwahrnehmung durch professionelle Pflegepersonen praktisch ausgestaltet werden kann.

Ausblick

Seit März 2025 läuft bereits ein Modellprojekt zur Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung: Ein Wissenschaftsteam der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg unter der Leitung von Prof. Thorsten Meyer-Feil untersucht derzeit in ausgewählten Medizinischen Diensten, inwieweit ärztliche Aufgaben bei der Indikationsstellung für eine medizinische Rehabilitation auf die pflegfachlichen Gutachterinnen und Gutachter übertragen werden können. Würde eine solche Übertragung gelingen, würde das Berufsbild professioneller Pflegepersonen beim Medizinischen Dienst gestärkt und Prozesse könnten effizienter gestaltet werden.

Die Pflegebegutachtung ist nicht nur Voraussetzung, damit pflegebedürftige Menschen zeitnah Pflegeleistungen erhalten. Sie ist zugleich ein Ausgangspunkt für die weitere Versorgungsplanung und sie kann Notwendigkeit und Möglichkeiten präventiver Unterstützung aufzeigen. So verstanden ist die Weiterentwicklung der Pflegebegutachtung hin zu einem flexiblen und stärker auf die individuellen Lebensumstände der Pflegebedürftigen abgestimmten Verfahren ist ein wichtiger Schritt, um die Ressourcen der Gutachterinnen und Gutachter noch besser zur Förderung der Selbstständigkeit pflegebedürftiger Menschen nutzen zu können. ◻

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



Digitale Perspektiven für die Pflege

IN DER PFLEGE der Zukunft könnten digitalisierte Abläufe und künstliche Intelligenz Pflegekräften dabei helfen, mehr Zeit für die Pflegebedürftigen zu haben. Aber der Weg zur KI in der Pflege ist noch weit. »Brave New World« rund um die Pflege? Die Pflegebegutachtung könnte bald auch online geschehen statt ausschließlich beim Hausbesuch – die Digitalisierung macht es möglich. Die Dokumentation in der Pflege könnte bald per Spracherkennungssoftware erleichtert werden – Zettelwirtschaft, ade. Speziell trainierte Algorithmen könnten früher als das menschliche Auge die Gefahr eines Dekubitus erkennen. Winzige Flüssigkeitssensoren können die Temperatur der Verbände eines diabetischen Fußes messen und sie über eine Smartwatch an die Pflegenden weiterleiten. Und eigens trainierte KI-Programme könnten den Pflegekräften dann helfen, jene Datenflut zu zähmen, die KI und Co. pausenlos produzieren.

Das Problem liegt auf der Hand: In den kommenden zehn Jahren werden in Deutschland so viele Menschen gepflegt werden müssen wie nie zuvor. Derzeit sind es nach Angaben des statistischen Bundesamtes (Destatis) rund 5,7 Mio. Pflegebedürftige. Bis 2055 könnte die Zahl der Pflegebedürftigen allein durch die Alterung sogar bei 6,8 Mio. liegen. Bis 2049 werden an die 280 000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt.

5,7 Mio. Menschen müssen gepflegt werden

Der Medizinische Dienst muss sich also auf deutlich mehr Pflegebegutachtungen einstellen. Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes machen schon heute mehr als 3 Mio. Begutachtungen jedes Jahr«, um im Auftrag der Kranken- und Pflegekassen den Pflegegrad eines Versicherten festzustellen, weiß Dr. PH Matthias Meinck, stellvertretender Leiter des Kompetenzzentrums Geriatrie (KCG).

Nun haben der Medizinische Dienst Bund, das Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen und das Kompetenzzentrum Geriatrie (KCG) eine Studie gestartet. Sie soll erproben, ob und wann die Pflegebegutachtung auch online vorgenommen werden kann, per Videokonferenz sozusagen. Der Name des Projekts: Videoba-

sierte Begutachtung der Pflegebedürftigkeit (ViBe-Pflege). Geleitet wird die Studie von Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann vom Bremer IPP.

ViBe-Pflege vergleicht die Güte der Begutachtung beim klassischen Hausbesuch vor Ort mit einer Videobegutachtung. Videosprechstunden mit dem Hausarzt oder Therapiesitzungen mit der Psychotherapeutin zeigen längst, dass die Technik bei passenden Rahmenbedingungen funktioniert. Aber der Anwendungsrahmen Pflegebegutachtung ist neu.

Pflegebegutachtung online

Nach Abschluss der Begutachtungen folgt noch in diesem Jahr eine Online-Befragung: Wie hoch ist der Zeitaufwand, die Akzeptanz, die Reliabilität, also die Stabilität der Messergebnisse? Aus den Studiendaten wollen die Forschenden 2026 schließlich ein Anforderungsprofil für die regelhafte Anwendung der videobasierten Begutachtung schmieden. »Wenn nur 5% der Begutachtungen online geschehen könnten, wäre dies schon ein großer Gewinn«, resümiert Meinck.

Einen Fortschritt bei der online gestützten Pflege verspricht sich auch das Projekt »KI-Cockpit« im Dortmunder Pflegeheim der Caritas, St. Antonius. Konkret: »Das Personal wünscht sich Entlastung bei den pflegefremden Tätigkeiten, z. B. bei der Dokumentation, bei den Essens- oder Lagerbestellungen«, berichtet Dr. Andrea Sell von der Hochschule Aalen. Die Wissenschaftlerin betreute das inzwischen beendete Projekt. Digitalisiert werden sollte auch die Aufgabenliste, die bisher mit einem Steckkartensystem geführt wurde. Inzwischen erledigt dies ein großes Dashboard im Schwesternzimmer. Es verzeichnet, wer heute welche Aufgaben erledigt. So erinnert das Gerät die Pflegekräfte zum Beispiel an die Trinkprotokolle der Bewohnerinnen und Bewohner. Hinzu kam ein Spracherkennungssystem. Damit können die Pflegenden auf eigene Notizen verzichten und per Handy eine Nachricht (»Frau Müller ist gestürzt«) ans Dashboard

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



schicken. »Wir haben durch das System eine bessere Übersicht und Arbeitsorganisation gewonnen«, sagt Sell.

Die Projekte aus Bremen und Dortmund haben die Stufe von der Digitalisierung hin zur KI in der Pflege noch nicht erklommen. Anders ein Projekt zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit diabetischem Fußsyndrom (DFS). Es soll die Pflege entlasten und die Versorgung beschleunigen. Das Potenzial ist enorm: Acht Millionen Menschen in Deutschland leben mit Diabetes und der Gefahr, am DFS zu erkranken. »Rund 50 000 Amputationen im Jahr sind auf das DFS zurückzuführen«, sagt Prof. Dr. Hubert Otten von der Hochschule Niederrhein.

KI überwacht die Wundheilung

Die Lösung, die im Projekt entwickelt wurde, besteht aus Sensoren, die Druck, Temperatur und Feuchtigkeit direkt an der Wunde messen und diese Daten in intelligenter Weise verarbeiten: »Die Messwerte werden via Bluetooth an eine Smartwatch übertragen und von da aus weiter über ein beliebiges Mobilfunknetz an die Pflege sowie alle diejenigen, die in den Behandlungsprozess involviert sind«, so Otten. Ein KI-basiertes Kamera-Tool, das die Wunden bei DFS automatisch vermisst, und feststellen kann, wie schnell sie sich schließt, ergänzt die Messungen. Aus den Bilddaten generiert die KI eine Prognose der Wundheilung und erleichtert so die nächsten Schritte der Behandlung.

Allerdings ist nicht alles Gold, was glänzt. Oft fehlt es in den Pflegeheimen an den technischen Voraussetzungen für digitale Dienste oder gar KI-Anwendungen. Andrea Sell z.B. sagt: »Wir haben jetzt zwar eine bessere Arbeitsübersicht. Aber eine digitale Schnittstelle zum Dokumentationssystem fehlt uns weiterhin.«



DREI FRAGEN AN:

Prof. Dr. **Karin Wolf-Ostermann**
ist Professorin für Pflegewissenschaftliche Versorgungsforschung an der Universität Bremen

Karin Wolf-Ostermann

Anwendungen der KI halten Einzug in die medizinische und pflegerische Arbeit. Wird die Pflegebegutachtung eines Tages durch einen Chatbot erledigt, also zu einer Mensch-Maschine-Kommunikation werden?

Derzeit werden KI-gestützte Systeme als unterstützende Hilfsmittel unter strengen rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen in bestimmten pflegerischen Bereichen genutzt, wie etwa Sprachassistenten bei Dokumentationen, Bilddiagnostik oder z. B. Sturzmonitoring. Bei Pflegebegutachtungen werden derzeit videogestützte Verfahren erprobt. Eine Unterstützung von Pflegebegutachtungen durch KI-basierte Systeme ist in Zukunft in bestimmten Bereichen vorstellbar, doch eine reine Mensch-Maschine-Kommunikation ist nicht realistisch. Der Mensch bleibt unverzichtbar – insbesondere wegen Empathie, Verantwortung und ethischer Abwägung.

Wird mehr KI tatsächlich die Pflegekräfte entlasten? Oder werden die neuen Freiräume nur durch neue Aufgaben gefüllt?

Mehr KI kann Pflegekräfte entlasten, aber das passiert nicht automatisch. Ohne gute Rahmenbedingungen – gesetzliche wie organisatorische in den Einrichtungen – werden die Freiräume gegebenenfalls nur durch neue Aufgaben »aufgefüllt«. Es braucht eine kluge Gestaltung, z. B. klare Entlastungsziele, technische Schulung, aber auch vorbereitende Kompetenzerweiterung bei Pflegefachpersonen etc., damit KI tatsächlich die Pflege menschlicher machen kann, weil mehr Zeit für Zuwendung entsteht.

Wird durch den Einsatz von Digitalisierung und KI die Beziehung zwischen Pflegenden und Gepflegten nicht völlig technisiert und dadurch noch mehr entfremdet?

Die entscheidende Frage ist nicht, ob KI eingesetzt wird, sondern wie: KI ist ein Werkzeug – sie sollte Pflegepersonen unterstützen, nicht ersetzen. Entscheidend ist, dass der Mensch im Zentrum bleibt, da Empathie, Beziehung und Vertrauen nicht digitalisiert werden können. Dies bedeutet, dass wir den Einsatz digitaler Technologien bewusst gestalten müssen, um Entlastung für Pflegenden zu schaffen und gleichzeitig Pflegebeziehungen nicht zu technisieren.

Prävention von Pflegebedürftigkeit

UM DIE NACHFRAGE nach medizinischer und pflegerischer Versorgung im Gesundheitssystem künftig besser zu steuern und gesundes Altern nachhaltig zu gestalten, muss die **Prävention von Pflegebedürftigkeit stärker in den Blickpunkt rücken.** Die absolute Anzahl der Jahre ohne Pflegebedürftigkeit bei selbstständiger Lebensführung ist bis heute stetig gestiegen, jedoch in geringerem Maß als die Lebenserwartung. Das führte dazu, dass heute eine Expansion im Anteil der Jahre mit Pflegebedürftigkeit bewältigt werden muss. In den kommenden 25 Jahren wird sich zudem das Altern der Babyboomer-Generation auswirken. Sie sind zurzeit mehrheitlich zwischen 60 und 70 Jahre alt und werden 2055 zwischen 90 und 100 Jahre alt sein. Die stärkste Nachfrage an medizinischer und pflegerischer Versorgung wird diese Generation zwischen 2035 und 2045 hervorrufen. Infolge der gleichzeitig rückläufigen Fachkräfteressource wird die Nachfrage mit heutigen Ansätzen nicht zu bewältigen sein. Prävention von Pflegebedürftigkeit und der Erhalt von Selbstständigkeit bis in die höchsten Lebensalter hinein sind relevante strukturelle Ansätze, um die Nachfrage im Gesundheitssystem zu steuern und Pflege nachhaltig zu gestalten.

Bei Prävention von Pflegebedürftigkeit geht es nicht um die Vorstellung, es könnte gelingen, auch in den höchsten Lebensjahren jede Einbuße körperlicher, sozialer und geistiger Leistungsfähigkeit aufzuhalten oder gar zu vermeiden. Es geht vielmehr darum, jeweils noch vorhandene physische, psychische und soziale Ressourcen in einer besonders vulnerablen Zielgruppe zu identifizieren und mit Blick auf den Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung, Wohlbefinden und Lebensqualität zu stärken und weiteren Ressourcenverlust zu verhindern. Zu den Zielsetzungen einer alterssensiblen Prävention gehören die Vorbeugung genereller Risiken, die Verzögerung von Funktionseinbußen und Vermeidung individueller Gefahren, die Eindämmung unvermeidlicher Belastungen, eine Verbesserung von Chancen und Möglichkeiten sozialer Teilhabe, Verarbeitung dauerhafter Beeinträchtigung und Verstärkung verbliebener Ressourcen.

Wie sich körperliches und kognitives Training auswirken

Es gibt viele belastbare wissenschaftliche Befunde zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen in der Pflege. Diese zeigen unter anderem einen positiven Einfluss von körperlichem Training auf Gebrechlichkeit als ein wichtiges Maß für den Erhalt der Selbstständigkeit im hohen Alter. In einer Studie des Altersforschers Vasiljev Ožic aus dem Jahr 2020 zeigten sich nach einem Jahr deutliche Anstiege der Gebrechlichkeit in der Kontrollgruppe und kein Anstieg der körperlichen Gebrechlichkeit in den Interventionsgruppen. Zudem war ein positiver Effekt auf die Fähigkeit zum selbstständigen Wohnen bei Älteren erkennbar. Körperliche Aktivität zeigt aber auch präventive Wirkungen auf die Kognition. So zeigte ein Wissenschaftsteam um die Finnin Inna Lisko 2021 literaturbasiert auf, dass das Risiko für Demenz und eine Alzheimer-Erkrankung bei aktiven Personen geringer war als bei körperlich inaktiven. Nicht nur körperliches, auch kognitives Training hat Auswirkungen auf die geistige Leistungsfähigkeit und den längeren Erhalt kognitiver Ressourcen bei schon pathologischen Einbußen der geistigen Leistungen. Es zeigt sich zudem, dass sich kognitives Training sowohl bei Personen mit, aber auch ohne kognitive Einschränkungen positiv auf die geistige Leistungsfähigkeit auswirkt. Wissenschaftlich bestätigen konnten 2022 auch Fuu-Jen Tsai und Sheng-Wai Shen die Zusammenhänge: Interventionen waren in der Lage, die kognitiven Fähigkeiten älterer Menschen zu verbessern, den Abbau kognitiver Kompetenzen zu verlangsamen und den Beginn von Demenz zu verzögern.

Sozial eingebunden statt einsam

Einsamkeit wird immer mehr zu einem Gesundheitsrisiko in unseren modernen Gesellschaften, und die Ermöglichung von Teilhabe wird zu einem wichtigen präventiven Ansatz in der Pflege für den Erhalt von Gesundheit und eines selbstständig geführten Lebens in den hohen Lebensjahren. Einsame Menschen bewegen sich weniger, ernähren sich schlechter, trinken mehr Alkohol und rauchen häufiger im Vergleich zu



nicht einsamen Personen. Das führt nicht selten zu gestörtem Schlaf, biologischen Dysregulationen sowie einer negativen sozialen Wahrnehmung. Das Hamburger Forscherteam von Ulrike Dapp kontrollierte die Wirkungen einer Intervention zum Thema »Aktive Gesundheitsförderung im Alter« – einem Programm, das in Kleingruppen über Bewegung, Ernährung, soziale Teilhabe und gesundes Altern informierte und soziale Kompetenz förderte. Im Ergebnis überlebten Teilnehmende des Programms während des Beobachtungszeitraums 2000 bis 2020 signifikant länger und auch länger ohne Pflegebedürftigkeit als Personen, die nicht am Programm teilgenommen hatten. Ein sozial eingebundenes Leben entscheidet folglich mit darüber, ob Menschen im hohen Alter gesund bleiben und gesundheitliche Beeinträchtigungen bewältigen können.

Prevention Nursing im Test

Ein vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité – Universitätsmedizin Berlin, dem BKK-Dachverband und dem Medizinischen Dienst Bund initiiertes und vom G-BA gefördertes Projekt »PrävPfl eg« soll die Selbstständigkeit von Menschen mit beginnenden kognitiven Einschränkungen erhalten und eine Pflegebedürftigkeit hinauszögern. Dazu wird eine von den Autorinnen gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen entwickelte neue Versorgungsform, das sogenannte Prevention Nursing, beitragen.

Im Projekt werden Menschen ab dem 65. Lebensjahr unter anderem in ihrer Mobilität, kognitiven Leistungsfähigkeit oder sozialen Teilhabe gefördert. Technische Assistenzsysteme begleiten das Prevention Nursing.

Prof. Dr. **Adelheid Kuhlmei** ist Gerontologin, Medizinsoziologin und Seniorprofessorin an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. adelheid.kuhlmei@charite.de



PD Dr. **Andrea Budnick** ist Gerontologin, Sozialwissenschaftlerin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. andrea.budnick@charite.de



Um wissenschaftlich belegen zu können, ob die neue Versorgungsform zu einem längeren Erhalt der Selbstständigkeit im Alltag führt, wird das Prevention Nursing über 15 Monate implementiert und getestet. Dabei wird auf vorhandene Präventions-Tools (Interventionskoffer) zurückgegriffen:

- Förderung der Mobilität durch Vereinbarung eines individuellen Entwicklungsziels, kombiniert mit individuellen Übungen zur Bewegungsförderung,
- Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit erfolgt über die NeuroNation MED-App, die personalisiert und multimodal einsetzbar ist,
- Förderung der sozialen Teilhabe durch bedürfnisorientierte Angebote, bei Interesse und Bedarf mit digitaler Teilhabe kombinierbar,
- Erfassung und Optimierung der medizinischen Versorgungssituation: das Modul zum Abbau von Versorgungsdefiziten wird vom Hausärzterverband unterstützt,
- Optimierung der Ernährungs- und Wohnraumsituation: Teilnehmende mit starkem Übergewicht oder einem Risiko für Mangelernährung werden unter Einbezug von Angehörigen zum Ernährungs- und Trinkverhalten beraten. Zudem können Möglichkeiten einer Wohnraumanpassung geprüft werden.
- Edukation der Angehörigen wird ebenfalls gefördert, da auch Angehörige bei Bedarf aktiv in die Intervention einbezogen werden können.

Vor Beginn des Prevention Nursing wird in einem Assessment die Situation der Studienteilnehmenden ermittelt. Basierend auf den Ergebnissen beginnt die Arbeit der auf Prävention und Gesundheitsförderung geschulten Fachkräfte, der Prevention Nurses.

An dem Projekt werden 384 gesetzlich Krankenversicherte teilnehmen, die bei ihrer Kranken- und Pflegekasse einen Pflegegrad beantragt hatten, jedoch keine Einstufung erhielten. Miteinbezogen werden Personen mit einer leichten kognitiven Störung nach ICD-11, da sie mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Demenz entwickeln können und Demenzen auch in frühen Stadien eine Pflegebedürftigkeit begründen. Wer jünger als 65 Jahre ist, bereits einen Pflegegrad hat oder privat versichert ist, kann nicht am Projekt teilnehmen. Die unabhängige Evaluation wird vom Institut für Klinische Pflegewissenschaft und vom Institut für Biometrie und Klinische Epidemiologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin durchgeführt. Ergebnisse werden bis 2028 erwartet.

Viele wissen nicht, was auf sie zukommt



Pflegende Angehörige könnten oft von mehr Entlastung profitieren. Warum nur wenige von ihnen Unterstützungsangebote nutzen, haben wir ANDREAS BÜSCHER, Professor für Pflegewissenschaft an der Hochschule Osnabrück und Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, gefragt.

Etwa 7,1 Mio. Menschen pflegen Angehörige – ohne sie würde die Pflege zusammenbrechen. Angehörigenpflege ist ein gesellschaftliches Thema, oder?

Unbedingt – auch weil die Zahl der Betroffenen jeden Tag steigt. Heute ist fast ein Zehntel der Bevölkerung täglich mit Pflege befasst. Aber es ist ein Thema, über das viel zu selten laut gesprochen wird: Im Prinzip sind wir froh, dass die Angehörigen die Pflege übernehmen, würden sie es nicht tun, würde es viel mehr Geld kosten und Personal erfordern – beides haben wir nicht.

Es gibt kaum Anhaltspunkte zur Einschätzung der Qualität der Angehörigenpflege: Wie gut sind Betroffene z. B. vorbereitet für die Aufgabe?

Kaum jemand bereitet sich auf eine Pflegesituation vor: Entweder

es geschieht akut etwas, z. B. der klassische Schlaganfall, oder es passiert schleichend – weil jemand nicht mehr so gut zu Fuß ist oder sich nicht mehr alles merken kann. Angehörige kaufen erst mal ein, irgendwann kochen sie dann auch, und so geht es weiter. Die meisten machen das, weil es für sie selbstverständlich ist, sich um nahe-stehende Menschen zu kümmern.

Aber die meisten wissen nicht, welche emotionale, körperliche, finanzielle Belastung auf sie zukommt und holen sich erst Hilfe, wenn es gar nicht anders geht.

Genau – viele Pflegende wachsen in die Aufgabe und kommen irgendwie damit zurecht, bis das oft fragile Pflegearrangement zusammenbricht, z. B. weil die Angehörigen körperlich, aber auch emotional nicht mehr können. Dann braucht man sofort Hilfe, muss ins Krankenhaus, braucht einen Platz im Pflegeheim. Deshalb müsste man vorher flankierend unterstützen.

Und das geschieht nicht?

Natürlich gibt es viele Unterstützungsangebote, aber viele Angehörige nutzen diese erst spät oder gar nicht – z. B. auch aus Scham oder Verpflichtungsgefühl. Aber oft werden wir auch dem riesigen Beratungsbedarf nicht gut genug gerecht: Wo krieg ich welche Informationen? Worauf muss ich mich einstellen? Viele wissen z. B. nicht, welche Fragen ein Pflegestützpunkt besser beantworten kann als die Hausarztpraxis, wann



die Pflegekasse eingeschaltet werden muss oder auch welche Entlastung die Nachbarschaft bieten könnte.

Braucht es unabhängige Kontrollen, um belastete und prekäre Pflegesituationen rechtzeitig zu erkennen und Vernachlässigung zu verhindern?

Was wir brauchen, ist erstens eine Sensibilisierungs-, eine Awareness-Funktion: jemanden, der Zugang zu häuslichen Pflegearrangements hat, Risikopotenziale einschätzen und Maßnahmen z. B. bei den Kranken- und Pflegekassen auslösen kann. Nach dem von Thomas Klie und mir entwickelten Konzept der subjekt-orientierten Qualitätssicherung (sqs) könnten perspektivisch etwa die Medizinischen Dienste eine solche Rolle übernehmen.

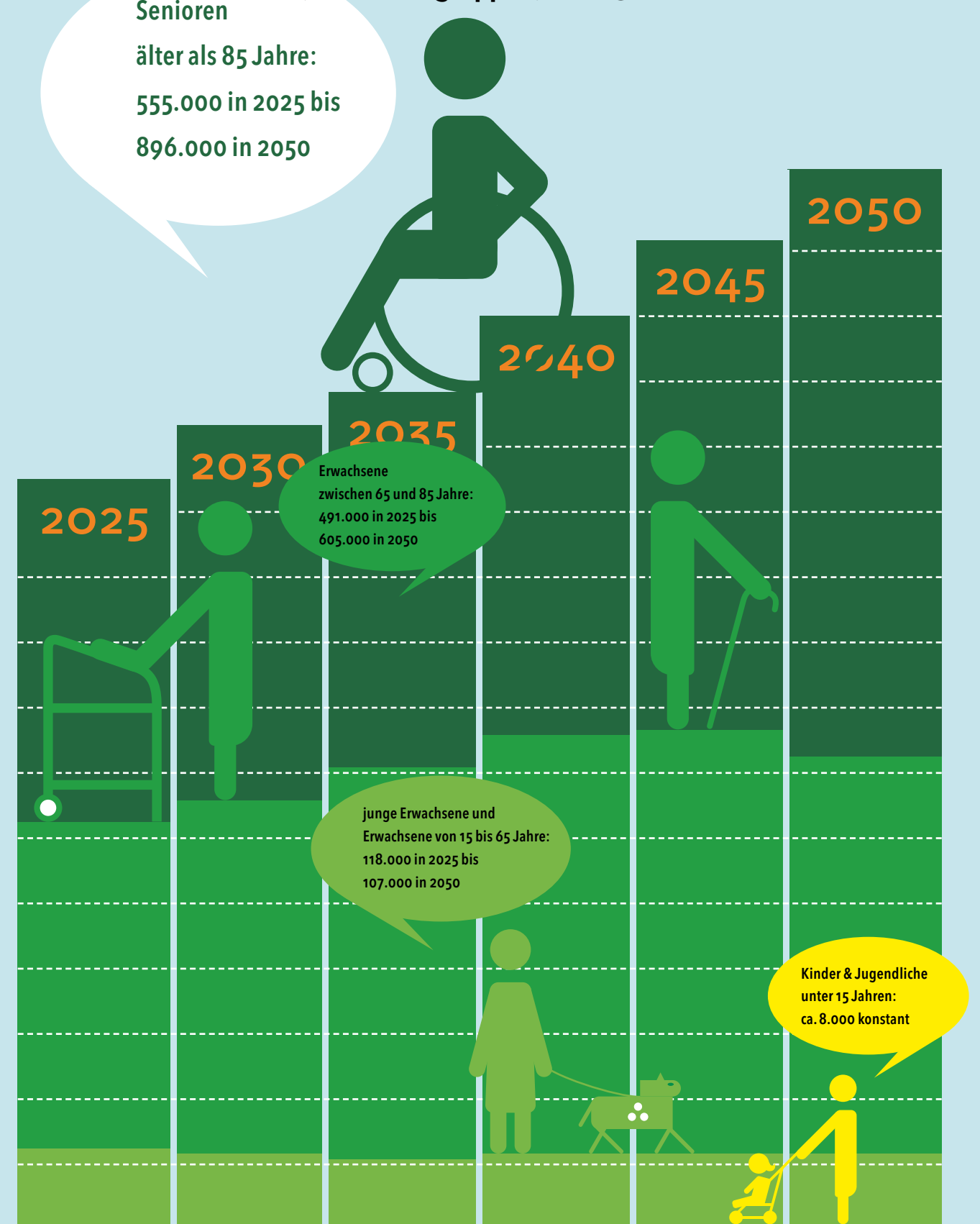
Außerdem braucht es in jedem Fall eine Koordination von Hilfen. Es muss vor Ort, im Stadtteil in der jeweiligen Stadt oder in der Gegend gebündelte Infos dazu geben, welche Akteure wofür zuständig sind.

Und drittens brauchen wir für die professionelle Pflege ein Leistungsspektrum, das all das zulässt. Denn bislang ist die Unterstützung von Angehörigen so nicht vorgesehen.

*Die Fragen stellte
Dorothee Buschhaus.*



Wie entwickelt sich die Zahl der Pflegebedürftigen in ambulanter Versorgungsart (nach Altersgruppen) bis 2050?



›Vor allem nicht schaden‹ gilt auch für IGeL

G ESETZLICH VERSICHERTE geben jedes Jahr viel Geld für Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) aus, die privat von ihnen zu zahlen sind. Weit verbreitet sind dabei IGeL im Bereich der Orthopädie. In der alternden Gesellschaft florieren orthopädische Leistungen. Fast 400 Mio. Euro geben Versicherte jedes Jahr für orthopädische IGeL aus – mehr Geld für IGeL fließt nur noch in die Augenheilkunde und die Gynäkologie. Dabei zählen orthopädische IGeL zu den teuersten Selbstzahlerleistungen. Diese Ergebnisse aus dem IGeL-Report 2024 hat der IGeL-Monitor zum Anlass genommen, vier Methoden, die häufig als IGeL angeboten werden, unter die Lupe zu nehmen: Hyaluronsäure-Spritzen ins Knie- und ins Hüftgelenk sowie die Stoßwellentherapie bei Kalkschulter und Tennisarm. Das ernüchternde Fazit: viel Geld für (fast) keinen Nutzen – zwei dieser Leistungen können sogar erheblich schaden.

Hyaluronsäure-Injektionen bei Arthrose: erhöhtes Schadenspotenzial statt Nutzen

Arthrose, besonders in Knie und Hüfte, ist eine weit verbreitete Erkrankung – degenerativ, altersassoziiert und schmerzhaft. Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen eine Vielzahl verschiedener Behandlungen, um vor allem Schmerzen zu lindern und die Beweglichkeit zu verbessern.

Darüber hinaus bieten orthopädische Praxen Selbstzahlerleistungen wie Hyaluronsäure-Injektionen in den Gelenkspalt an. Die Hyaluronsäure, die auch natürlicherweise in der Gelenkflüssigkeit vorkommt, soll die Folgen des arthrosebedingten Abbaus von Gelenkknorpel mildern, indem sie fehlende Gelenkflüssigkeit ersetzt.

Allerdings zeigen seit Jahrzehnten etliche Studien an Abertausenden Teilnehmenden: Ein Vorteil für Patientinnen und Patienten ist entweder gar nicht nachzuweisen, so bei der Behandlung der Hüfte, oder tendiert – wie beim Knie – zum Bedeutungslosen. Anders das Risiko für Schäden, das nicht nur für harmlosere Nebenwirkungen wie vorübergehende Gelenkschmerzen oder Juckreiz an der Einstichstelle erhöht ist, sondern auch für schwerwiegende unerwünschte Ereignisse,

z. B. Herzbeschwerden oder Gelenksinfektionen. »Von tausend Personen mit Kniegelenksarthrose erleiden bei einer Hyaluronsäure-Injektion 37 ein derartiges Ereignis gegenüber 25 bei einer Scheinbehandlung, also etwa 50% mehr«, berichtet Dr. Stefan Lange, seit April 2025 Leiter des Bereichs Evidenzbasierte Medizin beim Medizinischen Dienst Bund und in dieser Funktion verantwortlich für den IGeL-Monitor. Der IGeL-Monitor bewertete nach systematischer Aufbereitung der verfügbaren Evidenz diese Methoden mit ›negativ‹.

Stoßwellen gegen Kalkschulter und Tennisarm: Wirkmechanismus unklar

Eine ebenfalls weit verbreitete IGeL aus dem orthopädischen Bereich ist die Stoßwellentherapie. Der zugrunde liegende Wirkmechanismus ist bislang unklar. Die Schallwellen sollen Heilungsprozesse angegriffener Sehnen anstoßen, in der Schulter außerdem Kalkablagerungen auflösen. Die Behandlung kann unangenehm sein. Manchmal ist eine lokale Betäubung nötig, um sie auszuhalten.

Doch wie gut hilft die Stoßwellentherapie? Der IGeL-Monitor wollte wissen, ob die Stoßwellentherapie die Beschwerden von Personen mit einem Tennisarm oder einer Kalkschulter lindern kann. Dafür hat das Team die wissenschaftliche Literatur systematisch durchsucht und gründlich aufbereitet. Das Ergebnis: Es gibt keine verlässlichen Belege, dass diese Behandlungen Schmerzen lindern oder die Beweglichkeit verbessern. Immerhin scheinen sie neben vorübergehenden Schmerzen, Blutergüssen und Rötungen keine schlimmeren Nebenwirkungen zu haben. Die Studienlage lässt – anders als bei den Hyaluronsäure-Injektionen – zu wünschen übrig. Es gibt nur wenige Studien, die meisten sind sehr klein, viele von schlechter methodischer Qualität. »So entsteht ein fragmentiertes und uneinheitliches, teilweise widersprüchliches Bild«, fasst Lange die Evidenzlage zusammen. Entsprechend lautete die Bewertung des IGeL-Monitors jeweils »unklar«.

Was auffällt: Zu allen vier Indikationen fehlen klare Vorgaben der ärztlichen Selbstverwaltung. Die medizinische Leitlinie zur

Kniearthrose schätzt die Datenlage als zu dünn ein, um eine Empfehlung für oder gegen die Behandlung auszusprechen. Die für die Kalkschulter einschlägige Leitlinie erwähnt die Stoßwellentherapie nicht. Für die Hüftarthrose und den Tennisarm fehlen gültige Leitlinien.

Zu viel Geld für unnütze und schädliche Behandlungen

Mit Praxis-TV und Info-Flyern werden IGeL häufig in ärztlichen Praxen beworben. Dabei wird oft außer Acht gelassen, dass die gesetzlichen Krankenkassen bei Arthrose, Kalkschulter und Tennisarm viele bewährte Maßnahmen übernehmen – etwa Physiotherapie, ergänzende Wärme-, Kälte- oder Elektrotherapie, Bewegungs- und Ernährungsempfehlungen sowie bei schweren Fällen Operationen.

Hyaluronsäure-Spritzen und Stoßwellentherapien gehören nicht dazu, diese Methoden sind nach wissenschaftlichem Stand bei den genannten Indikationen unnütz bis schädlich – und teuer. Jede Behandlung umfasst mehrere Anwendungen. Bleibt der erwünschte Erfolg aus, wird eine Wiederholung empfohlen. Die Kosten für die Hyaluronsäure-Injektionen liegen für einen Behandlungszyklus zwischen 220 und 500 Euro, oft auch höher. Die Preise für die Stoßwellentherapie schwanken je nach Methode pro Behandlungszyklus zwischen 120 und 620 Euro.

Von fehlenden Informationen und Fehlinformationen

Viele – nicht nur orthopädische – Praxen informieren offenbar entgegen dem aktuellen Stand der ärztlichen Wissenschaft nicht sachgerecht über Vor- und Nachteile von Selbstzahlerleistungen. So führen Sorge und Unwissenheit der Patientinnen und Patienten dazu, dass sie teils fragwürdige Leistungen kaufen. Positive Erfahrungsberichte bestärken diese Haltung; ein bestehendes Vertrauensverhältnis zur Ärztin oder zum Arzt kann die Kaufentscheidung einer IGeL noch weiter begünstigen. Aussagen wie »Damit machen wir nur gute Erfahrungen« schaffen Vertrauen in die ärztliche Praxis und vermitteln Hoffnung, dass die Behandlung wirksam und sicher ist. Das hat nichts mit Evidenz zu tun. Evidenz ist die wissenschaftlich belegbare Grundlage für die Wirksamkeit und Sicherheit einer Behandlung, basierend auf überprüfbareren Daten aus Studien. Wenn auf diese Weise ein Nutznachweis geführt wird, übernehmen die Krankenkassen die Behandlungskosten. Wenn klare Evidenz fehlt und das Ergebnis ›unklar‹ ist, ist der Nutzen nicht ausreichend belegt und Vorsicht geboten. Und wenn nachgewiesen ist, dass eine Leistung schädlich ist, sollte sie entsprechend dem Grundsatz ›Vor allem nicht schaden‹ nicht angewendet werden.

Der IGeL-Monitor ist ein Informationsportal für Patientinnen und Patienten, das der Medizinische Dienst Bund betreibt. Unter www.igel-monitor.de erhalten Versicherte evidenzbasierte Bewertungen zu IGeL sowie viele weitere Informationen rund um das Thema. Für die Bewertung des möglichen Schadens und Nutzens einer IGeL recherchiert das Wissenschaftsteam in medizinischen Datenbanken und wertet diese systematisch aus. Versicherte erfahren im IGeL-Monitor auch, welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen bei Symptomen übernommen werden.

Einmal im Monat bietet der IGeL-Monitor den IGeL-Podcast an. Darin dreht sich alles um IGeL-Themen: die Rechte der Patientinnen und Patienten, den stetig wachsenden IGeL-Markt, die Relevanz dieses Marktes für Versicherte, aber auch seine Bedeutung im Gesundheitssystem.

Der Podcast ist auf allen relevanten Plattformen und unter www.igel-monitor.de zu hören.

Versicherte mit seriösen Informationen stärken

Bei der Entscheidung für oder gegen eine IGeL fühlen sich viele Patientinnen und Patienten nicht ausreichend informiert. Stefan Gronemeyer, Vorstandsvorsitzender des Medizinischen Dienstes Bund, fordert daher eine verbindliche Verpflichtung für Praxen, zu angebotenen IGeL interessensunabhängige und evidenzbasierte Information bereitzustellen, die Nutzen und mögliche Schäden transparent und verständlich darstellen: »Wir brauchen keine Werbung, sondern wir brauchen Fakten in den Wartezimmern.« Außerdem sollen IGeL nicht am selben Tag erbracht werden dürfen, an dem sie angeboten werden. Denn IGeL sind nie so dringend, dass keine Zeit bliebe, in Ruhe das Für und Wider abzuwägen. Einen Ansatzpunkt für verbindliche Regelungen sieht Gronemeyer im Koalitionsvertrag: »Bei medizinischen Behandlungen stärken wir Patientinnen und Patienten gegenüber den Behandelnden.« In diesem Sinne plädierte Stefan Schwartz, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, unlängst für eine Anpassung des Patientenrechtegesetzes, um Patientinnen und Patienten zu schützen: »Etliche IGeL sind nicht nur nicht sinnvoll, sondern gefährlich.«

Anne Rummer ist freie Journalistin in Köln und Redakteurin des IGeL-Monitors. presse@igel-monitor.de / anne.rummer@darum-koeln.de



Aus Daten lernen: Nationales Geburtenregister

UM DIE VERSORGSQUALITÄT von Schwangeren, Gebärenden und Neugeborenen sicherzustellen und international vergleichen zu können, plädieren Fachleute für die Einführung eines Nationalen Geburtenregisters. Deutschland gehört zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben, sowohl innerhalb der EU als auch weltweit. Trotzdem liegen wir bei wichtigen Kennzahlen wie der Frühgeborenenrate und der Zahl der Totgeburten nur im europäischen Mittel. Warum führen die hohen Gesundheitsausgaben hierzulande nicht zu besseren Ergebnissen in der Schwangerschafts- und Geburtsversorgung? Die Antwort ist ernüchternd: Wir wissen es nicht genau, weil entscheidende Daten fehlen.

Fehlende Daten bei der Müttersterblichkeit

Dass Frauen im Zusammenhang mit Schwangerschaft oder Geburt sterben, ist in Deutschland ein seltenes Ereignis. Laut Statistischem Bundesamt liegt die Müttersterblichkeit seit Jahren bei unter fünf Todesfällen auf 100 000 Lebendgeburten. Doch spiegeln die Zahlen die Realität wider?

Eine Forschergruppe der Charité konnte jüngst zeigen, dass die Müttersterblichkeit in Berlin zwischen 2019 und 2021 mit 9,1 Todesfällen pro 100 000 Geburten doppelt so hoch war wie nach offizieller Statistik im gleichen Zeitraum angenommen. Ob die erhöhten Werte auf Berlin begrenzt sind oder es sich um ein bundesweites Phänomen handelt, weiß niemand. Wie erklärt sich diese Abweichung? Ganz einfach: Eine einheitliche Erfassung der Müttersterblichkeit, wie von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert, ist hierzulande nicht möglich und nicht verpflichtend.

Die WHO definiert Müttersterblichkeit als jeden Todesfall einer Frau während der Schwangerschaft oder bis 42 Tage nach Ende der Schwangerschaft. Der Todesfall muss dabei im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, ihrer Beendigung oder Betreuung stehen (ausgeschlossen sind zufällige oder unbeabsichtigte Ursachen, z. B. ein Auto-unfall). In Deutschland aber unterscheiden sich bereits die Todesbescheinigungen je nach Bundesland. Die Autoren der Berliner

Studie fanden zudem unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllte Bescheinigungen. Im Ergebnis seien mütterliche Todesfälle in der offiziellen Statistik teilweise nicht berücksichtigt worden.

Weitere Forschungsergebnisse legen nahe, dass zahlreiche mütterliche Todesfälle vermeidbar wären, wenn rechtzeitig entsprechende medizinische Maßnahmen ergriffen werden könnten. Doch dafür müssten Risiken erst sichtbar werden.

Vom Einwohnermeldeamt bis zum IQTIG

In Deutschland erheben zwar unterschiedliche Stellen Daten über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Diese Datenerhebung ist jedoch nicht einheitlich, sie ist lückenhaft und für die Forschung nicht oder nur schwer zugänglich. Eine einheitliche Auswertung über alle Versorgungsbereiche hinweg – von der Hebamme, den niedergelassenen Ärzten, der Klinik, dem Geburtshaus, der häuslichen Geburt bis hin zu den Kinderärztinnen und Kinderärzten – ist im Grunde nicht möglich.

Einige wenige Daten zur Geburt erfassen die Einwohnermeldeämter. Auch Krankenkassen verfügen über Daten zu Geburten. Umfangreichere geburtshilfliche Daten im Krankenhaus (z. B. Gewicht des Neugeborenen, Komplikationen während der Geburt) sammelt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), Daten zu Geburten im häuslichen Umfeld oder im Geburtshaus die Gesellschaft für Qualität in der außerklinischen Geburtshilfe (QUAG e. V.). Beide Datensätze enthalten ähnliche Parameter, sind aber nicht komplett gleich. Andere Gesundheitsdaten, z. B. zur Schwangerenvorsorge oder zur Betreuung im Wochenbett, werden bislang gar nicht systematisch erfasst.

Regionale Initiativen und Erfahrungen im Ausland

Mit einer Verbesserung der Datenerhebung und -nutzung beschäftigen sich auch regionale Projekte und Initiativen, wie z. B. das 2024 gegründete Berliner Register für mütterliche und fetale Sterbefälle (GEMORE), das alle mütterlichen und fetalen Todesfälle in Berlin erfassen möchte. Die Daten sollen



Dr. Antje Eneke ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und Fachberaterin Grundsatzberatung Medizin beim Medizinischen Dienst Bund. a.eneke@md-bund.de



jedes Jahr ausgewertet und veröffentlicht werden, um Ursachen erkennen und präventive Maßnahmen erarbeiten und durchführen zu können.

Andere Länder wie die skandinavischen Länder haben umfangreiche und positive Erfahrungen mit einem landesweiten Geburtenregister gemacht. Die systematische Datenerfassung hat dort dazu beigetragen, die Zahl der um die Geburt verstorbenen Kinder von 5,4 bis 7 von 1000 im Jahr 2000 auf 3,2 bis 5,3 von 1000 im Jahr 2021 zu senken. Die Schlussfolgerungen aus diesen Registeruntersuchungen lassen sich aufgrund unterschiedlicher Lebensbedingungen und Gesundheitssysteme zwar nicht direkt auf Deutschland übertragen, doch es wird deutlich: Nur da, wo Probleme erkannt werden können, ist es möglich, Gegenmaßnahmen zu ergreifen.

Fachleute sind überzeugt

Kein Wunder also, dass auch hierzulande Fachgesellschaften und Fachleute aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung die Einführung eines bundesweiten Geburtenregisters fordern, das Daten zu Schwangerschaft, Geburt und zum ersten Lebensjahr des Kindes bündelt.

»Jeder mütterliche Todesfall ist einer zu viel – und jeder unregistrierte ein blinder Fleck in unserem Gesundheitssystem. Wir brauchen ein zentrales Register, um aus Einzelschicksalen Erkenntnisse zu gewinnen, Leben zu retten und im internationalen Vergleich endlich vergleichbar zu sein«, so Prof. Dr. med. Michael Abou-Dakn, Leiter der Arbeitsgemeinschaft für Geburtshilfe und Pränatalmedizin in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).

Dringenden Handlungsbedarf sieht auch Prof. Dr. Ekkehard Schleußner, ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) und Leiter der Klinik für Geburtsmedizin am Universitätsklinikum Jena. Anlässlich eines Fachgesprächs mit Vertretern aus Wissenschaft, Versorgung und Selbsthilfe im Juni resümierte er: »Es ist dringend notwendig, dass wir für die Politik und die Gremien, die für die Gesundheitsversorgung Verantwortung tragen, wirklich belastbare Daten zur Verfügung stellen können. Das ist derzeit nicht oder nur eingeschränkt der Fall.«

Wie soll es weitergehen?

Expertinnen und Experten einer Arbeitsgruppe zum Nationalen Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt« schlagen ein schrittweises Vorgehen vor. Dabei sollten zunächst bestehende Daten aus den verschiedenen Datenquellen (u. a. IQTIG, QUAG, Krankenversicherungen, Einwohnermeldeämter) anonymisiert gebündelt werden. In einem nächsten Schritt könnten fehlende Informationen ergänzt und weitere Datenquellen erschlossen werden, z. B. aus der elektronischen Patientenakte inklusive elektronischem Mutterpass und elektronischem Kinderuntersuchungsheft. Auch sollten Patientenbefragungen Berücksichtigung finden. Das so entstehende neue Register könnte zudem an bereits bestehende Strukturen (z. B. ans IQTIG oder an das neu errichtete Forschungsdatenzentrum beim BfArM) angeschlossen werden, um Doppelstrukturen zu vermeiden und Synergien zu nutzen.

Ein nationales Geburtenregister würde nicht nur Statistiken verbessern. Zuverlässigere Registerdaten zu haben, hieße z. B. auch, die häufigsten Gründe für Müttersterblichkeit identifizieren zu können. Als Ergebnis könnten Präventionsprogramme für Frauen, aber auch Schulungsprogramme für Fachpersonal erarbeitet werden. Das würde die Patientensicherheit erhöhen, die Gesundheit von Müttern und Kindern nachhaltig schützen und die Arbeit von Ärztinnen, Ärzten, Hebammen und Pflegekräften erleichtern und effektiver machen.

»Ich verspreche mir, dass mit diesem Geburtenregister Geburten so erfasst werden, dass wir sehen können, was läuft gut, aber was läuft eben auch nicht gut und was können wir verbessern.« Um diesem Anspruch von Katharina Desery von der Elternorganisation Mother Hood e. V. gerecht zu werden, braucht es schnell konkrete nächste Schritte. Die Arbeitsgruppe empfiehlt, eine Expertengruppe einzurichten, die den Aufbau eines Nationalen Geburtenregisters vorantreibt und konsequent begleitet – die Reaktion der Politik bleibt abzuwarten.

Warum wir ein nachhaltiges Gesundheitswesen brauchen

HITZSCHLAG, Dehydration, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, mentale Belastungen, Atemwegserkrankungen, Allergien oder neue Infektionskrankheiten – unser Gesundheitssystem ist zunehmend von den Auswirkungen des Klimawandels betroffen. Gleichzeitig gehört es zu den Treibern des Klimawandels. ► Klimawandel ist längst ein Gesundheitsthema. Extremwetterereignisse, schlechte Luft oder von Tieren übertragene Krankheitserreger steigern Behandlungszahlen in Kliniken und ärztlichen Praxen und belasten ein ohnehin strapaziertes System personell und finanziell. Klimaschutz und ökologische, ökonomische und soziale Nachhaltigkeit sind daher im Interesse von Gesundheitseinrichtungen.

Zwischen belastet und Belastung

Dabei haben Gesundheitseinrichtungen selbst Auswirkungen auf den Klimawandel – durch ihren Strom- und Wasserverbrauch, durch Heizen oder Narkosegase verursachte Treibhausgasemissionen, Ressourcenverbrauch durch Einwegprodukte wie Handschuhe, Spritzen oder Verbandmaterial und den entstehenden Abfall.

»In Deutschland entfallen rund 5% der CO₂-Emissionen auf Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen«, sagt Lea Eggers von KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. Neben Kohlenstoffdioxid emittiert das Gesundheitssystem auch Methan, Stickoxide und fluoridierte Treibhausgase. Große Klinikkomplexe fallen dabei verständlicherweise mehr ins Gewicht. »Das zeigt, dass Nachhaltigkeit in Krankenhäusern nicht nur eine ökologische, sondern auch eine gesundheitspolitische und ökonomische Notwendigkeit ist«, so Eggers. Ein nachhaltiges Gesundheitswesen trage dazu bei, Versorgung krisenfest, gerecht und vorausschauend zu gestalten. »Es verbindet Klimaschutz mit Resilienz – und stellt sicher, dass die Strukturen, auf die wir in gesundheitlichen Krisen angewiesen sind, selbst nicht zur Krise beitragen. Deshalb ist es so wichtig, ökologische Verantwortung und gesundheitliche Versorgung konsequent zusammenzudenken.« Entsprechende Maßnahmen seien ein Kostenfaktor, der Anreize ebenso brauche wie einen gesetzlichen Rahmen und Finanzierungsmodelle.

Viele Gesetze, zu wenig Wirkung?

»Die politische Unterstützung ist wichtig, aber bislang nicht konsequent genug«, meint Eggers. Gesundheitseinrichtungen werden hierzulande von zahlreichen Gesetzen berührt, die Regelungen zu Umwelt- und Klimaschutzaspekten vorgeben. Das Bundes-Klimaschutzgesetz (KSG) setzt z. B. nationale Klimaschutzziele zur Treibhausgas-Minderung. Gesetze wie das Erneuerbare-Energien-Gesetz (EEG) fördern Ausbau und Nutzung erneuerbarer Energien und steigern die Energieeffizienz. Das Kreislaufwirtschaftsgesetz (KrWG) regelt die Vermeidung, Verwertung und Entsorgung von Abfällen. Unternehmen mit mehr als 1000 Arbeitnehmenden fallen unter das Lieferkettensorgfaltspflichtengesetz (LkSG) und müssen die eigenen sowie die Lieferketten ihrer Zulieferer im Hinblick auf die Einhaltung von Menschenrechten und bestimmter Umweltstandards ausrichten. Besondere Relevanz hat das z. B. für Pharmaunternehmen, die oft in Ländern wie China oder Indien produzieren. Die überarbeitete nationale Wasserstrategie will durch weniger Schadstoffe wie Medikamente die Wasserqualität in Bächen, Flüssen, Seen und dem Grundwasser kontinuierlich verbessern. Aspekte der Nachhaltigkeit und des Umweltschutzes sind auch im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) berücksichtigt. Spezifische Regelungen wie das Infektionsschutzgesetz (IfSG) oder das Chemikaliengesetz (ChemG) beziehen den Umweltschutz ebenfalls mit ein. Im Krankenhaussektor unterstützt das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) Nachhaltigkeitsaspekte durch Förderung von Modernisierung und Digitalisierung. Energiehilfen für die Krankenhäuser wurden politisch an eine Energieberatung gebunden.

Viele Krankenhäuser wären zudem nach der Corporate Sustainability Reporting Directive (CSRD) der Europäischen Union (EU) ab diesem Jahr zur Offenlegung von Umwelt-, Sozial- und Unternehmensführungsthemen nach einheitlichen Standards in einem Nachhaltigkeitsbericht verpflichtet. Das gilt derzeit für Unternehmen, die zwei der folgenden drei Kriterien erfüllen: eine Bilanzsumme von mindestens 25 Mio. Euro, Umsatzerlöse von mindestens 50 Mio. Euro oder mehr als 250 Mitarbeitende. Die EU will die Vorgaben jedoch abmildern



und ab 2027 nur Unternehmen mit mehr als 1000 Mitarbeitenden zum jährlichen Nachhaltigkeitsbericht verpflichtet. »Die ursprünglich vorgesehene Berichtspflicht für Krankenhäuser wäre ein wichtiger Schritt gewesen, um Verbindlichkeit und Transparenz zu schaffen. Gerade in einer Zeit, in der viele Häuser ohnehin unter großem Druck stehen, braucht es klare Rahmenbedingungen und Planungssicherheit. Freiwillige Initiativen sind wertvoll, doch sie reichen allein nicht aus. Wenn Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen systematisch verankert werden soll, muss die Politik noch deutlich mehr tun«, so Eggers. Die Bundesregierung arbeitet derzeit noch an einem Gesetz zur Umsetzung der europäischen Richtlinie zur Nachhaltigkeitsberichterstattung.

Projekte und Positionen

Trotz aller Bemühungen ist das angestrebte Ziel der Klimaneutralität des Gesundheitssektors bis 2030, das 2021 auf dem 125. Deutschen Ärztetag festgelegt wurde, noch weit entfernt. Dennoch: Viele Einrichtungen verankern Nachhaltigkeit zunehmend im Alltag. Mehrere Krankenhausgesellschaften und Initiativen setzen sich für Klimaneutralität im Gesundheitswesen ein. Die Krankenhausgesellschaft NRW hat dafür z. B. die Initiative »Klimaneutrales Krankenhaus« gestartet. Hier will u. a. die Knappschaft Kliniken GmbH 40% der CO₂-Emissionen einsparen und erarbeitet dafür ein Transformationskonzept. In Sachsen-Anhalt haben das BG-Klinikum Bergmannstrost und die Universitätsmedizin Halle das EU-geförderte Projekt »Nachhaltigkeit in der Medizin – Digitalisierung als Chance der Transformation« initiiert. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft unterstützt das Thema Nachhaltigkeit ebenfalls u. a. mit konkreten Positionen und Informationen zu Klimaschutzmanagerinnen und -managern und finanziellen Förderungen. Für Arztpraxen hat z. B. der Verein KlimaDocs e.V. eine spezielle Wartezimmerkommunikation zum Thema Klimaschutz entwickelt. Zunehmend mehr Praxen bieten gezielte Aufklärung in Klimasprechstunden an. Der Hausärztinnen- und Hausärzterverband bündelt Aktivitäten in der AG Klimawandel und Gesundheit. Und auch der

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK) setzt sich mit dem Berufsbildungsprojekt BBNE-PfleGe für nachhaltiges Handeln in der Pflege ein. Die Initiative KliMeG unter dem Dach von KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. unterstützt als Kompetenzzentrum Klimaschutzmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen und den Weg hin zur Klimaresilienz.

Krankenkassen und Medizinische Dienste machen mit

Mit dem Ziel, Über-, Unter- und Fehlnutzung zu vermeiden, begrenzte Ressourcen verantwortungsvoll und wirtschaftlich einzusetzen, Synergien zu nutzen und Emissionen zu verringern, ist der Nachhaltigkeitsgedanke in der gesetzlichen Krankenversicherung tief verwurzelt. Diesen Prinzipien verpflichtet sind auch die Medizinischen Dienste, die sich mit vielen unterschiedlichen Maßnahmen für mehr Nachhaltigkeit starkmachen: mehr digitale Prozesse, mehr recycelte Materialien und nachwachsende Rohstoffe. Ob Mülltrennung, Ökostrom, Jobticket, JobRad oder Baumpflanzaktionen – für eine nachhaltige Gesellschaft müssen ökologische, ökonomische und soziale Ziele Hand in Hand gehen. Dazu gehören auch soziale Gerechtigkeit, Chancengleichheit, Vielfalt und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Eggers sagt: »Viele Mitarbeitende wünschen sich, in einer Einrichtung zu arbeiten, die Verantwortung übernimmt, aktiv etwas bewegt und vorsorgt. Deshalb ist es entscheidend, das Problem bei der Wurzel zu packen, die Emissionen im Gesundheitswesen zu reduzieren und Teil der Lösung statt des Problems zu werden. So leisten wir nicht nur einen Beitrag zum Klimaschutz, sondern tragen auch langfristig zur Entlastung des Systems und zur Gesundheit der Menschen bei.«

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



Am besten null Promille

ALKOHOLKONSUM wird mit mehr als 200 Krankheiten in Verbindung gebracht, darunter diverse Krebsarten. Trotzdem herrscht in unserer Gesellschaft immer noch eine weitgehend unkritische Einstellung zum »Alkoholgenuss«. Fachgesellschaften fordern ein Umdenken.

Kein anderes Rauschmittel ist so weit verbreitet und in unserer Gesellschaft so selbstverständlich präsent wie Alkohol. Nahezu uneingeschränkt in der Werbung sichtbar, oft assoziiert mit positiven Emotionen und ausgelassener Stimmung und zudem leicht verfügbar, wird der Zugang zu Alkohol in Deutschland leicht gemacht. Jugendlichen ist es ab 14 Jahren in Begleitung ihrer Eltern erlaubt, Bier, Wein und Sekt zu trinken, ab 16 Jahren können sie diese Getränke eigenständig kaufen; für Spirituosen und Alkopops gilt die 18-Jahre-Beschränkung. In unserer Kultur ist Alkohol so alltäglich, dass Menschen, die alkoholfrei leben, gesellschaftlich häufig stigmatisiert werden.

Schädlich ab dem ersten Tropfen

Dabei steht fest: Alkohol schadet grundsätzlich der Gesundheit. Denn Alkohol ist ein Zellgift, das jedes Organ des Körpers angreifen kann. Regelmäßiges Trinken kann unterschiedliche körperliche und psychische Krankheiten begünstigen und ein Einstieg in die Abhängigkeit sein. Gefährdet ist auch, wer trinkt, um Stress, Ängste oder Einsamkeit zu verdrängen.

Lange Zeit galt es selbst unter Ernährungswissenschaftlern als akzeptabel, Alkohol in Maßen zu trinken: Ein Glas Wein sollte sich sogar positiv auf das Herz-Kreislauf-System und eine etwas geringere Sterblichkeitswahrscheinlichkeit auswirken.

Das hat sich inzwischen geändert. »Ergebnisse der Wissenschaft zeigen zunehmend, dass es keinen gesundheitsförderlichen und keinen sicheren Alkoholkonsum gibt«, betont die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). »Auch geringe Trinkmengen können zur Verursachung von körperlichen Krankheiten beitragen. Alkoholkonsum sollte von jeder Person reduziert werden, unabhängig davon, wie viel sie trinkt. Am besten ist es, keinen Alkohol zu sich zu

nehmen.« Auch die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) und das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) schließen sich dieser Empfehlung an.

Auf ein Jahr berechnet verursacht Alkohol in Deutschland knapp 62 300 Krankenhausaufenthalte wegen akuter Alkoholvergiftung (-46,5% im Zehnjahresvergleich), darunter fast 7800 Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren (-61% im gleichen Zeitraum). Alkoholkonsum ist für jede zweite Suchtbehandlung verantwortlich, fast jede zehnte Straftat wird unter Alkoholeinfluss begangen und alle 17 Minuten ereignet sich ein Unfall im Straßenverkehr, bei dem Alkohol im Spiel ist. Rund 47 500 Menschen sterben an den Folgen ihres Alkoholkonsums. In Summe kostet schädlicher Alkoholkonsum die Gesellschaft jährlich 57 Mrd. Euro. Diese Kosten umfassen sowohl direkte medizinische Kosten als auch indirekte Kosten durch Produktivitätsverluste, vorzeitige Verrentung und Sterblichkeit. Demgegenüber belaufen sich die Einnahmen durch Alkoholsteuern nur auf 3,2 Mrd. Euro.

Alkohol und Krebs

Was oft unterschätzt wird: »Vielen Menschen ist nicht bewusst, dass Alkohol ein erheblicher Krebsrisikofaktor ist. Allein in Deutschland gehen Schätzungen zufolge jedes Jahr über 20 000 Krebsneuerkrankungen und mehr als 8000 Krebstodesfälle auf das Konto des Alkoholkonsums«, sagt Dr. Katrin Schaller, Stabsstelle Krebsprävention des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ) und Autorin des Alkoholatlas, einer Publikation des DKFZ, die umfassende Informationen über Alkoholkonsum und seine Folgen zusammenfasst. Am stärksten sei der Einfluss auf Darmkrebs, auf Krebserkrankungen des Mund- und Rachenraums, der Leber, Speiseröhre und der weiblichen Brust. »Alkohol ist in jeder Menge krebserzeugend«, heißt es im Alkoholatlas. Alkoholkonsum zähle folglich zu den wichtigen vermeidbaren Krebsrisikofaktoren. Daneben kann Alkoholkonsum die Entstehung von mehr als 200 Krankheiten begünstigen. Dazu zählen Herz-Kreislauf-

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



Erkrankungen, Typ-2-Diabetes sowie Schädigungen des Gehirns und des Nervensystems. Vor allem riskante Alkoholmengen und Rauschtrinken (binge-drinking) sollten in jedem Fall vermieden werden, sind sich medizinische Fachgesellschaften einig.

Mehr Prävention und Aufklärung

Trotz aller Gesundheitsgefahren hat unsere Gesellschaft noch immer eine weitgehend unkritische Einstellung zum Alkoholkonsum. Auch wenn es bereits einige Präventionskampagnen und -programme gibt (Beispiele sind »Alkohol – kenn dein Limit« für Jugendliche und Erwachsene, »Klasse 2000« für Grundschulen oder »IRIS« für Frauen und Schwangere), fordert die Deutsche Gesellschaft für Ernährung: »In Deutschland sind weitere verhältnis- sowie verhaltenspräventive Maßnahmen erforderlich, um den Alkoholkonsum, damit verbundene gesundheitliche und soziale Probleme sowie die alkoholbedingte Sterblichkeit zu reduzieren.«

In vielen anderen europäischen Ländern, darunter Frankreich, Spanien, Italien und Großbritannien, dürfen Minderjährige gar keinen Alkohol kaufen. »Je früher junge Menschen anfangen, Alkohol zu trinken, desto größer ist ihr Risiko, abhängig zu werden«, betont das DKFZ und macht sich mit mehr als 20 weiteren Gesundheits- und zivilgesellschaftlichen Organisationen im Rahmen der Initiative »Kinder ohne Alkohol und Nikotin« für politische Regulationsmechanismen stark, die einen verantwortungsbewussten Umgang mit Alkohol ermöglichen. Die Initiative fordert ein umfassendes Werbeverbot von Alkohol, Warnhinweise auf alkoholischen Getränken, Verkauf ausschließlich in lizenzierten Fachgeschäften sowie ein Mindestabgabalter von 18 Jahren für alle alkoholischen Getränke. Eine große Mehrheit der Bevölkerung hierzulande befürwortet ein Mindestabgabalter von 18 Jahren (63%) sowie ein Verbot von Werbung und Sponsoring für alkoholische Getränke (64%), wie eine Umfrage des Deutschen Krebsforschungszentrums vergangenes Jahr ergab.

Hendrik Streeck, Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen: »Wir brauchen viel mehr Aufklärung in den Schulen und natürlich auch zu Hause ein größeres Bewusstsein, wie gefähr-

lich Alkohol für Kinder und Jugendliche sein kann. Da ist noch viel zu tun. Auch in der Politik können wir unseren Beitrag leisten. Es ist richtig, dass wir endlich offen darüber sprechen, ob Regelungen wie das »begleitete Trinken« noch zeitgemäß sind. Bier und Wein werden schließlich nicht gesünder, nur weil Erwachsene danebensitzen.« Die Gesundheitsminister der Länder sprachen sich im Sommer 2025 für eine Änderung im Jugendschutzgesetz aus, dass Jugendliche erst ab 16 Jahren Bier und Wein trinken dürfen. Bundesgesundheitsministerin Nina Warken unterstützt das Anliegen.

Das Geschäft mit der Sucht

Mit einem Pro-Kopf-Verbrauch von 10,6 Liter reinem Alkohol liegt Deutschland auf Platz 13 im europäischen Vergleich (erster Platz: Lettland mit 11,9 Litern, letzter Platz: Türkei mit 1,69 Litern). Damit ist die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge in Deutschland mehr als doppelt so hoch wie die durchschnittliche Trinkmenge weltweit (5,5 Liter pro Kopf und Jahr). Die Alkoholindustrie behauptet, sie vermarkte ihre Produkte nur an Personen, die diese »verantwortungsvoll« konsumieren könnten. Dabei ignoriert dies die Tatsache, dass Alkohol eine Droge ist. »Stark trinkende Menschen sind eine wichtige Zielgruppe der Hersteller beim Alkoholmarketing«, heißt es im Alkoholatlas der DKFZ. »Die zehn Prozent der Bevölkerung, die am meisten trinken, sind für rund die Hälfte des gesamten Alkoholkonsums verantwortlich.« 7,9 Mio. Menschen (14,8%) zwischen 18 und 64 Jahren (oft mit hohen Bildungsabschlüssen) konsumieren Alkohol in gesundheitlich riskanter Form. Die große Mehrheit (85%) aber gab an, keinen oder höchstens risikoarme Mengen zu trinken. Gesellschaftlich zeichnet sich ein vorsichtiger Trend ab: Vergleicht man die letzten zehn Jahre, ist der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke insgesamt (von 11,4 auf 10,6 Liter Reinalkohol) sowie der regelmäßige Alkoholkonsum bei Jugendlichen (von 11,8 auf 9,7%) zurückgegangen.

Kurven aus dem Gehirn

1. M JAHR 1924 machte Hans Berger erstmals **Gehirnströme sichtbar. Was heute normal ist, war damals eine Sensation. Aber der Psychiater und Neurologe hinterlässt auch ein zwiespältiges Erbe.** ► Signale aus dem Gehirn sichtbar zu machen, ist ein lang gehegter medizinischer Traum. Welche Verheißung, sozusagen Gedanken lesen zu können. Letzteres ist – zum Glück – weiterhin nicht möglich. Aber die Aktivität des Gehirns, die lässt sich abbilden, und zwar in Wellen. Es war der Psychologe und Neurologe Hans Heinrich Wilhelm Ernst Berger, dem es am 6. Juli 1924 gelang, das erste Elektroenzephalogramm, kurz EEG, aufzuzeichnen. Die Sensation blieb der Welt aber zunächst verborgen, denn Hans Berger war von Zweifeln geplagt und ließ die Entdeckung nur registrieren. Publiziert hat er sie erst 1929 – unter dem Titel »Über das Elektrenkephalogramm des Menschen«.

Berger hatte die Idee eigenständig entwickelt, manche nennen ihn einen Einzelkämpfer. Die Mehrheit der Neurologen verfolgte die Einzelaktivität der Nervenfasern, nicht einen Gesamtrhythmus des Gehirns. Man ging davon aus, dass das Gehirn bei einer Reizung starke punktuelle Entladungen produzierte, dass aber ohne Reizung Ruhe herrschte. Das EEG von Hans Berger zeigte etwas anderes, nämlich im Ruhezustand ein gleichmäßiges Erregungsmuster.

Von Alpha bis Delta

Was Berger gefunden hatte, nennt man heute Alpha-Wellen. Der Grundrhythmus erzeugt ein Bild von gleichmäßigen, wellenförmigen Linien. Frequenz: Acht bis 13 Hertz pro Sekunde, also acht bis 13 Wellen pro Sekunde. Die EEG-Wellen werden in der Medizin in fünf Kategorien eingeteilt: Neben den Alpha-Wellen gibt es Beta-, Gamma-, Theta- und Delta-Wellen. Letztere sind die langsamsten, sie werden beim Tiefschlaf aufgezeichnet. Gamma-Wellen signalisieren erhöhte Aufmerksamkeit und liegen bei mehr als 30 Herz. Knapp darunter rangieren die Beta-Wellen bei normaler geistiger Aktivität.

Seit nunmehr über 100 Jahren ist die Elektroenzephalografie eine wichtige

Methode zur Abbildung der elektrischen Hirnaktivität. Das EEG wird verwendet, um Krankheiten zu diagnostizieren oder Hirntumore zu lokalisieren. Epileptische Anfälle etwa verursachen besonders steile Wellen. Das EEG blieb bis zur Erfindung der Computer- und Magnet-Resonanz-Tomografie die einzige Bildgebungsmethodik für das lebende Gehirn und ist weiterhin eines der wichtigsten Verfahren für die Diagnostik von Hirnerkrankungen. Bis heute ist es das entscheidende Werkzeug, um einen Hirntod festzustellen.

Ein Leben in Wellen

Das Leben des Mannes, der auf diesem Gebiet Medizingeschichte schrieb, endete tragisch und verlief fast in ähnlichen Wellen wie seine EEGs. Da ist zum einen der Umstand, dass Bergers Suche danach, Gehirnaktivitäten sichtbar zu machen, ursprünglich von einem eher mystischen Erlebnis getrieben war: Mit 19 Jahren war er bei einer militärischen Übung in Würzburg mit seinem Pferd gestürzt und unter das Rad eines Geschützwagens geraten. Er war überzeugt, nur knapp dem sicheren Tod entgangen zu sein. Am gleichen Abend erhielt er von seinem Vater ein Telegramm mit der für ihn außergewöhnlichen Nachfrage, wie es ihm gehe – veranlasst von seiner Schwester, die die Eingebung hatte, ihm sei ein Unglück zugestoßen. Für Berger war das »spontane Gedankenübertragung« und Telepathie zwischen sich als »Sender« und seiner Schwester als »Empfängerin«.

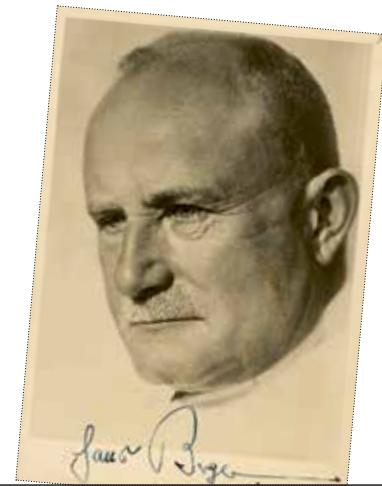
Berger war zudem kein polyglotter Wissenschaftler, sondern blieb während seines kompletten Berufslebens in derselben Stadt und derselben Klinik – in der er 1941 Selbstmord beging. Vor allem aber wirft seine bereitwillige Mittäterschaft im Nationalsozialismus einen dunklen Schatten auf seine Leistung.

Geboren wurde Hans Berger am 21. Mai 1873 in Neuses bei Coburg. Schon sein Vater arbeitete als Arzt und war Direktor des Coburger Landeskrankenhauses. Hans Berger studierte zunächst Astronomie und Mathematik, doch nach einem einjährigen freiwilligen Militärdienst in Würzburg 1892 wechselte er zur Medizin. Bereits ein Semes-

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



»Soeben glänzende
Elektroenzephalogramme
aufgenommen!
Ich danke Dir, mein Gott!«
HANS BERGER



ter später ging er nach Jena – und machte Karriere: 1897 Staatsexamen, kurz darauf Dissertation, seit Sommer 1896 Assistent an der renommierten dortigen Psychiatrischen Klinik. Habilitation im Juli 1901, Privatdozent, 1911 beamteter Oberarzt und 1919 ordentlicher Professor und Klinikdirektor. Später war er auch Dekan und Rektor der Jenaer Universität. Sogar privat blieb er im Klinik-Kosmos, denn er heiratete 1911 die Baroness Ursula von Bülow, die zuvor seine Assistentin war.

Erste Versuche während einer OP

Wie das Gehirn funktioniert, war damals eine große Frage der Wissenschaft. Berger erlernte in Jena neue grafische Methoden der Puls- und Volumenregistrierung und befasste sich in seiner Habilitation mit der Blutzirkulation in der Schädelhöhle. Stets suchte er nach psychischer Energie oder nach Wechselwirkungen zwischen Psyche und Physis, etwa in seiner Studie »Über die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände«. Seine ersten Versuche, analog zum bereits eingeübten Elektrokardiogramm (EKG) Gehirnströme zu messen, machte Berger bei hirnchirurgischen Operationen. Er nutzte die Öffnung der Schädeldecke (sogenannte Trepanation), um Elektroden einzuführen, mit denen er von der Großhirnrinde elektrische Aktivität ableitete.

Ein Brite half bei der Verbreitung

Bergers Entdeckung des EEG gilt als bahnbrechend, fand aber viele Jahre keine Anwendung. Ein britischer Neurophysiologe und Nobelpreisträger änderte das: Edgar Douglas Adrian hatte 1932 für seine Arbeiten zur Erforschung der Funktion von Neuronen im Zentralnervensystem den Nobelpreis erhalten. Er stieß 1934 auf Bergers Veröffentlichung und erkannte die Bedeutung. Er gab dem Grundrhythmus der hirnelektrischen Tätigkeit beim Menschen den Namen Berger-Rhythmus. Das war der Durchbruch. Die Leopoldina ehrte Hans Berger 1937 für seine Entdeckung. Das EEG als Instrument der neurologischen Diagnostik verbreitete sich rasch und wurde international eingesetzt. Damit war er ein klarer Kandidat für den Nobelpreis.

Die dunkle Seite: Zwangssterilisationen

Doch Hans Berger stand den Nationalsozialisten und der auch international damals verbreiteten Eugenik nahe. Er war zwar kein Mitglied der NSDAP und wurde 1938, also vor dem Ausbruch des Zweiten Weltkriegs, emeritiert. Aber er war förderndes Mitglied der SS und stellte seine Expertise freiwillig zur Verfügung. Ab September 1939 war er als beratender Psychiater in seinem Wehrkreis tätig. Als ärztlicher Beisitzer am Erbgesundheitsobergericht in Jena war er mitverantwortlich für zahlreiche Zwangssterilisationen. Als er im März 1941 gefragt wurde, ob er dort erneut tätig werden wolle, sagte Berger zu. Er sei »sehr gerne bereit, wieder als Beisitzer mitzuwirken«. Zu diesem Einsatz kam es nicht mehr. Berger litt unter Depressionen und erhängte sich am 1. Juni 1941 in der Medizinischen Klinik.

Späte Aufarbeitung

Die Uniklinik Jena hat sich erst spät mit der nationalsozialistischen Vergangenheit ihres großen Neurologen auseinandergesetzt. Fazit der Untersuchung: Berger habe die Unantastbarkeit der Menschenwürde missachtet und die Kerninhalte des ärztlichen Gelöbnisses verletzt. Er habe Menschen großen Schaden zugefügt und das ärztliche Ethos verletzt. Aus diesem Grund wurde 2022 der Name »Hans Berger-Klinik« für die Unikliniken für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie getilgt. Das Namensrelief »Hans-Berger-Klinik« über dem Hauptportal des 2010 sanierten historischen Gebäudeensembles sowie die Gedenktafel für Hans Berger blieben dagegen erhalten. Damit solle die Widersprüchlichkeit von Berger für das »historische Gedächtnis von Stadt und Universität« sichtbar bleiben. Für die Opfer nationalsozialistischer Zwangssterilisationen gibt es seit 2022 eine Gedenktafel.

Eine große Chance, den Nobelpreis zu erhalten, hatte Berger ohnehin nicht. Der Preis wurde 1940 nicht vergeben, und posthum wird er nicht verliehen. Das EEG erlebt derzeit dank Big Data und KI sogar einen Boom. Man arbeitet daran, Epilepsien vorherzusagen. Und vielleicht wird man ja eines Tages wirklich Gedanken lesen können. ◻

(Gesundheits-)Coaching: Hilfe oder Humbug?

SIE VERSPRECHEN Gesundheit, die **Aufarbeitung von Traumata, das Überwinden von Ängsten, die Rückkehr zum Idealgewicht, neue Lebenskraft, Seelenheil: Coachings gibt es viele, Coaches noch viel mehr. Was kann ein gutes Coaching leisten?** Die Klage ist bekannt: Wer sich auf die Suche nach einem Psychotherapieplatz begibt, muss meist viele Monate lang warten. Häufig greifen Menschen daher in emotionalen und mentalen Krisensituationen zu einer scheinbar naheliegenden Lösung: Sie nehmen sich auf eigene Kosten einen Coach. Der ist leicht zu finden, die Coachingbranche boomt nicht erst seit der Coronapandemie. Allerdings tummeln sich auf dem riesigen Markt seriöse und unseriöse Anbieter gleichermaßen.

Rund 14 000 Coaches, schätzt der Deutsche Coaching Verband (DCV), sind zertifiziert und können eine Ausbildung bei den mehr als 30 Coachingverbänden in Deutschland nachweisen. Vielleicht dreimal so viele bieten ihre Dienste an, ohne entsprechend ausgebildet worden zu sein – auch das eine Schätzung. Die Gefahr also, an jemand Unseriösen zu geraten, der viel kostet und wenig hilft, ist durchaus groß. Wie also zurechtfinden in dem Coachingdschungel?

Hilfe zur Selbsthilfe

Psychotherapie z. B. ist ein geschützter Begriff, Psychotherapeutin oder Psychotherapeut kann nur werden, wer eine entsprechende intensive Weiterbildung absolviert hat. Der Begriff Coaching hingegen ist nicht geschützt, daher findet man ein großes Spektrum an Coaches auf dem Markt: Manche haben gar keine spezifische Ausbildung, andere haben einen Wochenendkurs besucht, Dritte verfügen über eine qualitativ anspruchsvolle Ausbildung.

Um ein gutes von einem schlechten Coaching unterscheiden zu können, sollte man wissen, was genau ein Coaching eigentlich ist. »Im engeren Sinn handelt es sich um ein Angebot der Hilfe zur Selbsthilfe für gesunde Menschen mit beruflichen oder privaten Lebensfragen«, sagt Sabine Wöller, Vorstandssprecherin des DCV. Coaches bieten eine Prozessführung an, sie begleiten

Klienten mit Fragen und Interventionen durch Gespräche, mit dem Ziel, dass sie selbst zu Erkenntnissen gelangen. »Dieses Sich-selbst-eine-Lösung-erarbeiten ist ein entscheidendes Kriterium«, sagt Wöller, »es zeigt die Grenze des Coachings auf.« Ist das aus eigener Kraft bei dem Klienten aktuell nicht möglich, wäre vielleicht eine therapeutische Unterstützung, z. B. durch einen Psychotherapeuten, eine bessere Wahl.

Lösung in wenigen Sitzungen

Ein Coaching ist zeitlich begrenzt und widmet sich einer konkreten Frage. Wieso kann ich so schlecht Nein sagen? Ich kenne alle Tipps, wie man mit Stress umgeht – warum hapert es bei der Umsetzung? Ich will mehr Sport machen, bleibe aber einfach nicht dran. »Wenn man das Ziel klar benannt hat, kann man das häufig in wenigen Coachingsitzungen so weit bearbeiten«, sagt Wöller, »dass der Klient oder die Klientin eine Lösung für sich gefunden hat, mit der er von hier aus weitergehen kann.« Grundsätzlich unterliegt ein Coaching einem gewissen Zyklus: »Man arbeitet mit dem Klienten zielorientiert an einem Thema, und wenn das Ziel erreicht ist, findet das Coaching sein natürliches Ende.«

Es sei wichtig, zwischen Business-Coaching und Life-Coaching zu unterscheiden, sagt Claas Lahmann. Der ärztliche Direktor der Klinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg hat sich zum Executive Coach ausbilden lassen und berät u. a. Führungskräfte, Teams und Organisationen. »Beim Business-Coaching ist die Welt ein bisschen klarer«, sagt Lahmann, »die meisten Business-Coaches haben ein Zertifikat und man kann ihre Erfolge über die Referenzen leichter überprüfen.« Ratsuchende möchten meist Hilfe in einer Konflikt- oder Entscheidungssituation, oder sie möchten eine bestimmte Fähigkeit weiterentwickeln.

Jemand, der uns an die Hand nimmt

Beim Life-Coaching hingegen geht es stärker um übergeordnete Lebensthemen oder auch Schwierigkeiten, wie die Definition von Lebenszielen oder das Management von



Stress. Und: Der Effekt stellt sich meist erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung ein. »Das macht die Sache etwas pikant, ich kann so nur schwer einschätzen, ob mir da jemand wirklich Sinnvolles erzählt«, sagt Lahmann, »prinzipiell kann so ein Life-Coaching schon hilfreich sein, aber ich wäre wirklich sehr, sehr vorsichtig, wenn ich mir da jemanden raussuche.«

Dass so viele Menschen gerade in herausfordernden Zeiten das Bedürfnis nach einem Coach oder Mentor haben, der schnelle Lösungen oder Heilung verspricht, sei sehr nachvollziehbar, sagt Sabine Wöller. »In einer Erschöpfung wünschen wir uns, dass uns jemand an die Hand nimmt und rausführt aus der Krise. Wir alle haben die Sehnsucht, dass wir uns nicht quälen müssen und es eine gute, einfache Lösung gibt.« Wenn dann jemand kommt und erzählt, er könne genau das leisten, ist das überaus verlockend. Doch das täusche, sagt Wöller: »Ohne ein wenig Anstrengung und eigene innere Veränderungsarbeit kommt man nun mal nicht raus aus schwierigen Phasen und Situationen. Das kann uns niemand abnehmen, egal, was er oder sie verspricht.« Seriöse Coaches und Therapeuten sind sich dessen bewusst und geben keine Heilsversprechen.

Ein guter Coach hat eine Theorie

Gute Coachings nutzen lehr- und lernbare Techniken. Es gibt ein konkretes Problem, das mit definierten Mitteln und hinsichtlich eines Ziels bearbeitet wird. Das lernt man nicht, indem man selbst mal eine Krise oder Depression durchmacht. »Um das einmal zu vergleichen: Ich kann Ski fahren, wenn ich weiß, wie ich auf den zwei Brettern den Berg runterkomme, aber das qualifiziert mich noch lange nicht zum Skilehrer oder zur Skilehrerin«, sagt Lahmann. Es gehe um Anleitung, wie ich auf Basis einer Theorie zu meinem Ziel komme. Ein guter Coach hat eine Theorie, er kommt aus einer bestimmten Schule und verfolgt z. B. den Ansatz des systemischen oder psychodynamischen Coachings.

Ein Coaching kann vor allem dann sinnvoll sein, wenn man bei sich selbst bestimmte Muster im Verhalten oder Denken beobachtet, die einen persönlich stören. Dabei sollten sie nicht so belastend und lebeenseinschränkend sein, dass man sich krank fühlt.

Auch wer suizidale Gedanken hat, braucht keinen Coach, sondern eine Therapeutin oder einen Therapeuten. Bei kleineren Problemen jedoch kann ein gutes Coaching durchaus verhindern, dass daraus ein großes wird, für das es eine Therapie braucht.

Preise variieren stark

Bei den Kosten für einen Coach oder eine Coachin gibt es kaum Grenzen. »Hochkarätige Business-Coaches nehmen bis zu 500 Euro pro Stunde«, sagt Sabine Wöller. Der DCV gibt auf seiner Internetseite als Richtwert 160 Euro pro Stunde an. Daran könne man sich orientieren, sagt Wöller, müsse sich aber darüber im Klaren sein, dass die Preise regional variieren. Hinzu kämen die verschiedenen Ausbildungshintergründe und Einsatzfelder der Coachinnen und Coaches. Seriös arbeitende Coaches kommunizieren im Vorfeld transparent, welche Kosten da auf einen zukommen.

Und wie findet man nun den seriösen Coach, die seriöse Coachin? Neben persönlichen Empfehlungen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis sollte man sich am besten bei den Verbänden informieren. Hier sind Coaches angeschlossen, die sich einer freiwilligen Selbstkontrolle unterziehen: Sie lassen sich zertifizieren und auch immer wieder nachkontrollieren. Die großen Coaching-Gesellschaften wie der Deutsche Coaching Verband (DCV) oder der Deutsche Verband für Coaching und Training (DVCT) führen Datenbanken mit zertifizierten Coaches, in denen man für seine Region und sein Thema fündig werden kann. ■

Der Deutsche Coaching Verband empfiehlt die ausführliche Zusammenstellung »Kostenfalle Coaching-Programm« der Verbraucherzentrale Bundesverband hinter dem Button »Verträge & Reklamation, unter: www.verbraucherzentrale.de/wissen

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



Ruf bitte nicht an!

KENNEN SIE DAS auch? Wenn das Handy klingelt, zucken Sie zusammen. Ist das normal? Ja, ist es. Leider. Ich habe einen Freund, nennen wir ihn Thomas. Er ist einer der wenigen Menschen, die Text-Messenger verachten. Und nicht nur Whatsapp – Signal, Threema, Telegram – Thomas hasst sie alle, sogar SMS. Wenn er kommunizieren will, dann will er sprechen. Wenn mein Telefon klingelt und im Display steht Thomas, weiß ich, dass ich unter 30 Minuten nicht wegkommen werde. Während es klingelt, frage ich mich: Habe ich jetzt die Kraft und die Lust, eine lange nicht oberflächliche Unterhaltung zu führen? In zwei von drei Fällen lautet die Antwort »Nein«, und ich drücke ihn weg. Ja, dafür schäme ich mich.

Früher war es einfach: »Ruf doch mal an!« ermunterte die Telekom 1994. Ich erinnere mich an ganze Nachmittage und Abende, die ich am Telefon verbracht habe, zum Verdruss meiner Eltern oder WG-Mitbewohner. Jedes Klingeln war eine Überraschung, denn kein Display verriet, wer anrief. Und heute? Es wird gewischt, getextet, geherzt und weitergeleitet. Aber gesprochen? Fehlanzeige. 40% der Deutschen schreiben Freunden und Familienmitgliedern lieber eine Nachricht, ergab eine repräsentative Umfrage des Digitalverbands Bitkom 2025 unter knapp 1000 Menschen hierzulande. Bei den 16- bis 29-Jährigen, also der Generation Z, sind es bereits mehr als die Hälfte. In den USA werden Menschen unter 40 schon als »Generation Mute« bezeichnet – »Generation Stumm«.

Vorwarnung vor dem Anruf?

Die Telefonier-App ist zu einem Statisten auf dem Smartphone verkommen. Vermutlich weiß die Generation Z nur noch mit Ach und Krach, wofür dieses archaische Hörsymbol steht. Was sich mit dem kompetentesten Aufstieg des eigentlich nur als Notfallkommunikationssystem gedachten Short Message Service (SMS) in den frühen 1990ern abzeichnete, ist zum globalen Standard geworden: Reden ist Silber, Texten ist Gold.

Nicht, dass wir uns falsch verstehen: Ich mag Thomas und ich unterhalte mich eigentlich gerne. Was mich stresst, ist der

Verlust der Kontrolle. Jedes Klingeln ruft: Du musst! jetzt! Zeit! haben! Ich stehe nicht allein da: Rund ein Drittel der Deutschen kündigt den Anruf in der Regel vorab bei Freunden und Familie an. Und will umgekehrt auch vorgewarnt werden, wie die Bitkom-Umfrage ergab.

Telefonieren ist aber nicht nur unpopulär, es ist sogar angstbesetzt: 36% der Befragten hat schon einmal aus Angst vor dem Telefonieren notwendige Anrufe aufgeschoben. Mit 44% besonders betroffen ist hier wieder die Generation Z. Dass die Älteren ungerne telefonieren, könnte daran liegen, dass sie aus der Übung sind. Die digitale Generation Z ist nicht nur aus der Übung. Ihr mangelt es vielleicht gar an entscheidenden Kompetenzen. Beim Telefonieren wie beim Texten kann die fehlende Mimik und Gestik zu Missverständnissen führen. Aber der entscheidende Unterschied: Telefonieren ist Kommunikation in Echtzeit. Man muss spontan reagieren, kann seine Worte nicht in aller Ruhe abwägen, feinschleifen, mit Emojis garnieren. Ein verbaler Hochseilakt ohne Netz und doppelten Boden, der Sozialkompetenz erfordert. Für eine Generation, die mit Emojis, Korrekturfunktion und Like-Button sozialisiert wurde, muss das herausfordernd sein.

Wenn Telefonphobie droht ...

Die Angst vor dem Telefon kann überhand nehmen: Telefonphobie ist eine Spielart der sozialen Angst. Direkte Zahlen zur Häufigkeit gibt es nicht. Eine Umfrage unter britischen Büroangestellten ergab 2019, dass 76% der Millennials, also die Jahrgänge 1981 bis 1996, ängstliche Gedanken haben, wenn das Telefon klingelt. Bis zu 17% der Jugendlichen könnten eine Telefonphobie haben, vermuten Psychiaterinnen und Psychiater.

Wenn ich ehrlich bin, bin ich auch schon phonophob. Ich zucke zusammen, wenn mein Telefon klingelt, und nicht nur, wenn Thomas anruft. Dazu die Schuldgefühle, wenn ich den Anruf wegdrücke oder sogar bewusst ausklingeln lasse, um den Anrufer den nicht vor den Kopf zu stoßen. Ich glaube, ich werde Thomas gleich mal zurückrufen. Ob ich ihn vorwarnen sollte? Am besten per SMS? 

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



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 + Katarzyna Bialasiewicz (iStock)
Illustration S. 5 Jens Bonnke istockphoto.com:
S. 7 Ljubco / S. 9 vichie81 / S. 10 Vladimir Sukhachev + dide-sign021 / S. 13 Daisy-Daisy + Ljupco + -slav- / S. 15 Prostock-Studio / S. 17 Andrej Filipovic / S. 18 4x6 + Ljupco / S. 23 Vladimir Volovodov / S. 25 Jatuporn Tansirimas + monkeybusinessimages / S. 27 Jens Rother / S. 31 Rulbento
Andere S. 8 GKV-Spitzenverband / S. 18 Hochschule Osnabrück / S. 29 Universitätsarchiv der Universität Jena, Bestand v Abt. XLVI, Nr. 26, Foto VIII