

# MDK *forum*

**Palliative Versorgung** **Leben bis zuletzt**



Liebe Leserin, lieber Leser,

»Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben«: Der Leitspruch der britischen Ärztin, Sozialarbeiterin und Krankenschwester Cicely Saunders ist zugleich Anspruch an eine Palliativversorgung, die sie seit den 1960er Jahren maßgeblich mitprägte. Schwerstkranken und sterbenden Menschen ein würdiges, selbstbestimmtes Lebensende zu ermöglichen – ob daheim, im Krankenhaus oder im Hospiz –, ist auch heute Ziel einer ganzheitlich ausgerichteten medizinisch-pflegerischen Versorgung und Betreuung.

Die aktuelle Ausgabe des MDK *forum* versucht eine Bestandsaufnahme: Wo stehen wir bei der Palliativversorgung? Welche Versorgungsformen gibt es? Welche Rolle übernehmen die Medizinischen Dienste? Was ist, wenn Kinder sterben müssen? Und wie erlebt eine Sterbebegleiterin das Abschiednehmen?

Daneben gibt es weitere lesenswerte Beiträge, so zum Beispiel zu religiösen und kulturellen Einflüssen auf die Gesundheitsversorgung, zu Hackerangriffen in Krankenhäusern oder zur Glücksforschung.

Genießen Sie die Frühlingssonne, passen Sie weiter gut auf sich auf und bleiben Sie gesund.

Herzlichst, Ihr Dr. Ulf Sengebusch

## Aktuell

Die Gute Frage **Muss die Infektiologie eine eigene Facharztbezeichnung sein? 1**  
Auch das noch **Botox fürs virtuelle Image 32**

## Titelthema

**Ein starkes Netz fürs Lebensende 6**  
**Gute Palliativversorgung ist mehr als gute Palliativmedizin 9**  
**Die Verantwortung der Medizinischen Dienste 10**  
**Pluspunkt Palliativkultur 12**  
**Tagsüber im Hospiz, abends daheim 13**  
**Wenn Kinder sterben müssen 14**  
**Weil Sterben auch Leben ist 16**

## Wissen & Standpunkte

**Das Dilemma einer Regelung des selbstbestimmten Sterbens 18**  
**Transsexualismus: Neue Begutachtungsanleitung veröffentlicht 20**

## Gesundheit & Pflege

Hackerangriffe im Gesundheitswesen **Die offenen Wunden im System 22**  
**Auf der Suche nach dem Glück 24**  
**Aufforderung zum Tanz 26**

## Weitblick

**Religiöse Vielfalt in der Gesundheitsversorgung 28**

## Gestern & Heute

**Dem Tod den Schrecken nehmen 30**



# Muss die **Infektiologie** eine eigene Facharztbezeichnung sein?



Nicht erst seit Corona gehören laut WHO übertragbare Erkrankungen weiterhin zu den größten Gesundheitsrisiken für die Weltbevölkerung. Warum es in Deutschland im Gegensatz zu vielen anderen Ländern keine eigene Facharztbezeichnung gibt, erklärt Prof. Dr. Gerd Fätkenheuer, Past-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie (DGI) und Leiter der Infektiologie am Universitätsklinikum Köln.

## **Hat die Infektiologie in Deutschland einen angemessenen Stellenwert?**

Nein. Gerade junge Medizinerinnen und Mediziner fragen nach attraktiven Qualifizierungswegen. Vielen fehlt eine Berufsperspektive in der Facharztqualifikation. In vielen Krankenhäusern mangelt es auch an Finanzierungsmöglichkeiten und entsprechenden Stellen für die Infektiologie. Das Krankenhausfinanzierungssystem belohnt eher Leistungen, die mit apparativer und operativer Medizin verbunden sind. Insofern ist es für Kliniken derzeit wenig attraktiv, Infektiologen einzustellen.

## **Das Coronavirus hat es verdeutlicht: Die Infektiologie spielt eine große Rolle. Doch in Deutschland gibt es keine entsprechende Facharztausbildung, sondern lediglich eine einjährige Zusatzausbildung. Ist das zu wenig?**

Ja. Die einjährige Zusatzweiterbildung reicht nicht aus. Durch die Corona-Pandemie ist die Bedeutung der Infektiologie noch einmal sehr klar geworden. Für eine Tätigkeit als Infektiologe braucht man umfassende Kenntnisse im gesamten Gebiet der Medizin, vor allem der Inneren Medizin. Deshalb streben wir an, dass es zukünftig einen Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie geben wird. Die Weiterbildung gliedert sich dann in drei Jahre Basisweiterbildung in Innerer Medizin und drei Jahre fachspezifische Weiterbildung in Infektiologie. Zum Deutschen Ärztetag im Mai 2021 soll ein entsprechender Antrag zur Etablierung der Facharztweiterbildung in Infektiologie eingereicht werden.

## **Gibt es bereits konkrete Lehrpläne für die Facharztausbildung?**

Sowohl innerhalb der Inneren Medizin als auch in Absprache mit anderen Fachdisziplinen wurde bereits ein Curriculum für den Facharzt abgestimmt. Die Deutsche Gesellschaft für Infektiologie hat hier schon Strukturen geschaffen, die für die Weiterbildung bedeutsam sind. So gibt es aktuell ca. 30 zertifizierte Zentren für Infektiologie, die strukturell und personell entsprechend qualifiziert sind. Auf diesen Strukturen können wir die Facharztweiterbildung aufbauen. Auch die bereits bestehenden Einrichtungen für die Zusatzweiterbildung Infektiologie tragen dazu bei.

## **In der öffentlichen Corona-Berichterstattung kamen überwiegend Virologen und Infektiologen zu Wort. Für Außenstehende sind die Schnittmengen beider Disziplinen unklar. Wo liegen die Schwerpunkte?**

Man kann die Frage noch auf die Mikrobiologen erweitern. Während sich die Virologen und Mikrobiologen vorwiegend in Laboratorien auf diagnostische Fragen konzentrieren und eher wenig Kontakt zu Patientinnen und Patienten haben, behandeln die Infektiologen die Erkrankten kurativ. Der Infektiologe ist also direkt für die Behandlung verantwortlich – das ist der entscheidende Unterschied. Natürlich überlappen sich einige Bereiche. Beispielsweise muss der Virologe auch etwas über Krankheitsverläufe wissen und der Infektiologe zum Beispiel über Virustestverfahren.

Die mangelnde öffentliche Wahrnehmung von Infektiologen während der Corona-Pandemie ist ein Ausdruck der strukturellen Schwächen. In der Öffentlichkeit kennt man die Infektiologie bisher kaum als eigenes Gebiet, deshalb werden wir häufig wahlweise als Virologen oder auch als Hygieniker bezeichnet.

**In Schweden verfügt jedes Krankenhaus über ein Infektionskontrollsystem, das von einem Facharzt für klinische Mikrobiologie oder einem Infektiologen geleitet wird. Außerdem gibt es Schwestern für Infektionskontrolle. Wäre so etwas auch in Deutschland sinnvoll?**

In Deutschland sind wir von diesem Modell gar nicht weit entfernt. Dabei spielt die Krankenhaushygiene eine wichtige Rolle, die besonders auf Prävention und Prophylaxe ausgerichtet ist. Je nach Größe der Klinik sind bestimmte personelle Ressourcen dafür vorgeschrieben. Wenn wir vermehrt Infektiologen weiterbilden und einstellen, die sich um die akuten Erkrankungen der Patienten kümmern, erreichen wir eine qualitativ sehr hochwertige Versorgung.

**Immer wieder steht die Verordnungspraxis von Antibiotika in der Kritik. Zu schnell bzw. zu unspezifisch würden Antibiotika verschrieben. In der Folge fördern das gefährliche Resistenzen gegenüber Antibiotika. Fehlt es hier am infektiologischen Wissen von Behandlern? Wie ließe sich das ändern?**

Es ist eine zentrale Aufgabe von Infektiologen, mit Antibiotika professionell umzugehen. Vor allem geht es darum, aus den diagnostischen Daten und dem Abgleich mit den Krankheitsbildern die richtigen therapeutischen Schlussfolgerungen zu ziehen. Das ist eine durchaus komplexe Aufgabe. In Kliniken werden Infektiologen zum Beispiel von anderen Fachdisziplinen bei speziellen Fragestellungen hinzugezogen und entsprechend unterstützt. Im ambulanten Bereich, wie zum Beispiel in einer HNO-Praxis, stehen eher selten Infektiologen zur Seite. Neben der ärztlichen Qualifikation sind hier laufende Fortbildungen erforderlich. Einen Bedarf, infektiologisches Wissen durch Fortbildungen noch weiter zu verbreiten, sehe ich durchaus.

**Wie schätzen Sie die Chancen ein, dass die Infektiologie in Deutschland zu einem eigenen Fachgebiet avanciert?**

Ich denke, die Chancen stehen nicht schlecht. In den letzten Jahren haben wir über die DGI, aber auch mit Unterstützung anderer Fachgesellschaften viel Überzeugungsarbeit geleistet. Deshalb wünsche ich mir natürlich sehnlichst und gehe auch davon aus, dass der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr darüber positiv abstimmt.

*Die Fragen stellte Martin Dutschek.*



**Prof. Dr.  
Gerd Fätkenheuer**

## Was ist Infektiologie?

Die *Infektiologie* (abgeleitet von Infektion, eigentlich Infektologie – von lateinisch *inficere*) ist eine interdisziplinäre Wissenschaft, die sich mit der Erforschung und Behandlung viraler und bakterieller Infektionen beschäftigt. Sie gilt in Deutschland als ein Fachgebiet der Inneren Medizin und ist bis heute hierzulande nicht zu einem eigenständigen und definierten Fachgebiet geworden.

Die Zusatzbezeichnung ›Infektiologin / Infektiologe‹ können Fachärztinnen und Fachärzte der Inneren Medizin, der Allgemeinmedizin oder der Pädiatrie erwerben. Die Weiterbildungszeit beträgt 12 Monate. Infektiologen sind spezialisiert auf die Diagnostik und Therapie von Infektionserkrankungen und bieten unter anderem auch reisemedizinische Beratung vor Auslandsreisen, Impfsprechstunden, Gelbfieberimpfung und Impfungen bei Immunsuppression an. Zu den wichtigsten Infektionserkrankungen, die bislang in Deutschland aufgetreten sind, zählen Virushepatitis, HIV, sexuell übertragbare Erkrankungen, zum Beispiel Chlamydien-Infektionen, Lues (Syphilis), Unklares Fieber, Borreliose und Tropenerkrankungen.

Infektionskrankheiten sind aus der Geschichte in prähistorischer und historischer Zeit nicht wegzudenken. In neuerer Zeit war in Deutschland aufgrund eines veränderten Hygieneverhaltens und effizienter Antiinfektiva und Virustatika das Bewusstsein für die Problematik und Gefahren von Infektionskrankheiten oft nicht besonders ausgeprägt. Das wird sich im Zuge der Coronapandemie grundlegend verändern.

**Ausführliche Informationen über Infektionskrankheiten finden sich auch auf der Homepage des Robert Koch-Instituts unter [www.rki.de](http://www.rki.de)**



### Führungswechsel beim MDS

Dr. med. Stefan Gronemeyer (Foto rechts) wird zum 1. April 2021 neuer Geschäftsführer des MDS. Er übernimmt damit die Nachfolge von Dr. Peter Pick (65), seit 1997 Geschäftsführer des MDS, der dann in die Position des stellvertretenden Geschäftsführers wechseln wird. Das bewährte Führungsduo wird gemeinsam den Übergang des MDS zum *Medizinischen Dienst Bund* gestalten.

Der 60-Jährige ist seit 2010 als leitender Arzt und stellvertretender Geschäftsführer beim MDS tätig. Der Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie engagiert sich insbesondere für die enge Verknüpfung der Arbeit der Medizinischen Dienste mit der Systemberatung des GKV-Spitzenverbandes und der gemeinsamen Gesundheitsselfverwaltung.

### Arbeitsunfähig wegen psychischer Erkrankungen

Noch nie gab es wegen psychischer Erkrankungen so viele Ausfalltage im Beruf wie im Jahr 2020. Laut aktuellem Psychereport der DAK-Gesundheit erreichten sie mit rund 265 Fehltagen je 100 Versicherte einen neuen Höchststand und sind damit in den vergangenen zehn Jahren um 56% gestiegen. Vor allem bei den Frauen war ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen, während bei den Männern die Fehlzeiten fast auf Vorjahresniveau blieben. Ein psychischer Krankheitsfall dauerte 2020 durchschnittlich 39 Tage – so lange wie noch nie.

Wichtigste Ursache für Krankschreibungen waren Depressionen. Bei den Anpassungsstörungen gab es mit 8% den größten Zuwachs gegenüber dem Vorjahr.

Für den Psychereport hat das Berliner IGEs Institut Daten von mehr als 2,4 Millionen bei der DAK-Gesundheit versicherten Beschäftigten ausgewertet.

Infos auch unter [www.dak.de/psyche](http://www.dak.de/psyche)

### Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit COVID-19 aktualisiert

Die Corona-Pandemie stellt medizinisches Personal in Krankenhäusern vor zahlreiche Herausforderungen. Um Ärztinnen und Ärzte mit Empfehlungen zu Pathophysiologie, Diagnostik und therapeutischen Strategien bei Patienten mit COVID-19 zu unterstützen, wurden die Empfehlungen zur stationären Therapie von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 aktualisiert. Die Empfehlungen beziehen sich auf den gesamten Verlauf der stationären Behandlung – von der Aufnahme bis zur Therapie und zum weiteren Krankheitsverlauf. Dabei nimmt die medikamentöse Therapie einen besonderen Stellenwert ein; neue Empfehlungen zu zahlreichen Medikamenten wurden ergänzt. An der Aktualisierung der Leitlinie haben 14 verschiedene medizinische und damit alle an der Therapie beteiligten Fachgesellschaften mitgewirkt, so dass eine fächerübergreifende Betrachtung möglich ist.

Abrufbar ist die S3-Leitlinie *Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19* auf der Website der AWMF: [www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/113-001.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/113-001.html)

### Begutachtungsanleitung Heilmittel

*Heilmittel in der vertragsärztlichen Versorgung* heißt die überarbeitete Begutachtungsanleitung, die der GKV-Spitzenverband im Februar 2021 erlassen hat. Die Überarbeitung wurde notwendig, nachdem die Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie / Heil M-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) aktualisiert worden und Anfang des Jahres in Kraft getreten war.

Diese wurde überarbeitet, um das Verfahren für die Verordnung von Heilmitteln zu erleichtern und Leistungserbringer zu entlasten. Dabei wurden auch maßgebliche Änderungen durch das im Mai 2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) berücksichtigt. Neu ist, dass die Heil M-RL nicht mehr zwischen Verordnungen innerhalb oder außerhalb des Regelfalls unterscheidet. Damit fällt auch das Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls weg. Neu eingeführt wird dafür

eine orientierende Behandlungsmenge. Regelungen zur sogenannten *Blankoverordnung* wurden ebenso in die Richtlinie aufgenommen. Die Medizinischen Dienste werden künftig schwerpunktmäßig eine sozialmedizinische Bewertung von Anträgen auf langfristigen Heilmittelbedarf vornehmen. Für viele Patientinnen und Patienten ist die Versorgung mit Heilmitteln – darunter Maßnahmen der Physiotherapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie sowie der Ernährungstherapie – ein wichtiger Bestandteil bei der Behandlung ihrer Krankheitsfolgen bis hin zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit.

Infos zur Begutachtungsanleitung auch unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

### Regelprüfungen und persönliche Begutachtungen

Nach Beschlüssen der Bundesregierung und der Landesregierungen zur stufenweisen Öffnung der pandemiebedingten Lockdown-Maßnahmen haben die Medizinischen Dienste im März 2021 begonnen, Pflegebegutachtungen im häuslichen Umfeld und Qualitätsregelprüfungen in der ambulanten und stationären Pflege behutsam wieder aufzunehmen. Darauf hatten sie sich gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit und dem Verband der Privaten Krankenversicherung verständigt. Die Aufnahme der Hausbesuche und der Qualitätsprüfungen erfolgt unter Berücksichtigung des Impfstatus der Pflegebedürftigen und des regionalen Pandemiegeschehens. Bei den Regelprüfungen und den persönlichen Hausbesuchen werden die Medizinischen Dienste auf die konsequente Einhaltung der Hygieneregeln achten und Pflegebegutachterinnen und -gutacher sowie Qualitätsprüferinnen und -prüfer regelmäßig testen. Dort wo es Infektionsschutzgründe erfordern, kann die Pflegebegutachtung weiterhin in Form eines strukturierten Telefoninterviews stattfinden. Anlassprüfungen in Einrichtungen sind uneingeschränkt möglich.

Infos auch unter [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de)

### Zusammenführung von Krebsregisterdaten

Mit dem Ziel, die Daten aus den Krebsregistern der Länder auf Bundesebene zusammenzuführen und sie besser für die Forschung und Behandlung von Patientinnen und Patienten nutzen zu können, hat das Bundeskabinett im Februar 2021 den Entwurf eines *Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten* beschlossen. Um das Krebsgeschehen in Deutschland besser analysieren zu können, sollen die Krebsregister der Länder künftig zusätzliche Daten zu Therapie und Verlauf ans Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) beim Robert Koch-Institut weitergeben. Gleichzeitig sollen diese Daten anonymisiert auch für wissenschaftliche Forschungszwecke bereitgestellt werden. Um die Sicherheit der sensiblen Daten zu gewährleisten, werden erweiterte Schutzmaßnahmen eingeführt. Das Gesetz bedarf nicht der Zustimmung des Bundesrates und soll voraussichtlich im Juli 2021 in Kraft treten.

Infos auch unter [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)

### Screening auf spinale Muskelatrophie

Nach einem Beschluss des G-BA werden die Früherkennungsuntersuchungen bei Neugeborenen künftig um das Screening auf spinale Muskelatrophie erweitert. So soll eine schnelle Behandlung dieser seltenen neuromuskulären Erkrankung ermöglicht werden. Mit Hilfe einer Blutuntersuchung können künftig beim Neugeborenen-Screening (möglichst zwischen der 36. und 72. Lebensstunde) insgesamt 16 angeborene Störungen des Stoffwechsels, des Hormon-, des Blut-, des Immunsystems und des neuromuskulären Systems frühzeitig entdeckt werden.

Der Beschluss, der die Kinder-Richtlinie ergänzt, tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Um den Diagnostiklaboren ausreichend Zeit für die Implementierung zu geben, sind die beschlossenen Änderungen erst nach Ablauf von sechs Monaten ab ihrem Inkrafttreten anzuwenden. Das ergänzte Screening kann voraussichtlich ab dem dritten Quartal 2021 angeboten werden.

### Digitalisierung im Gesundheitswesen

Die Digitalisierung in Arztpraxen und Krankenhäusern schreitet voran, wenn auch nur langsam. Laut einer Umfrage des Digitalverbandes Bitkom und des Hartmannbundes unter mehr als 500 Medizinern bieten inzwischen 17% der niedergelassenen Ärzte Video-Sprechstunden an; 11% davon haben während der Coronapandemie damit begonnen. Weitere 40% können sich dies für die Zukunft vorstellen. Bei den Klinikärzten sind sogar drei Viertel (73%) bereit, Videosprechstunden anzubieten; 4% tun dies im Zuge der Pandemie. Die Befragung habe auch gezeigt, dass jeder zweite Arzt Medikationspläne überwiegend digital ausstellt und dass eine digitale Patientenakte bei 66% im Einsatz sei, während 31% die Patientenunterlagen in der Papierversion aufbewahren. Jeder vierte Mediziner will künftig digitale Gesundheitsanwendungen (Apps auf Rezept) verordnen; 2% hätten dies bereits getan, 28% würden dies kategorisch ausschließen. Nach wie vor ist das Telefon wichtigstes Medium im Austausch mit Patienten (77%), Apotheken (61%) und anderen Praxen (53%). Jeder fünfte Arzt (19%) kontaktiert Arztpraxen überwiegend per Briefpost, 22% nutzen das Fax. Nur jeder zwanzigste Arzt kommuniziert überwiegend per E-Mail. Laut Befragung sehen 86% der Klinikärzte in der Digitalisierung in erster Linie Chancen für das Gesundheitswesen – 10% halten sie für ein Risiko. Bei den Niedergelassenen betonen lediglich 53% die Chancen, 39% sehen vor allem Risiken. Vor allem Frauen und jüngere Mediziner verstehen die Digitalisierung generell als Chance.

### Produktion von Beatmungsgeräten

Die Verbreitung der Infektionskrankheit COVID-19, die vor allem die Lungen angreift, hat zu einer gesteigerten Nachfrage nach medizinischen Geräten bei Beatmungs- und Sauerstofftherapie geführt. So stieg die Produktion von Apparaten und Geräten für Sauerstoff- und Beatmungstherapie in Deutschland in den ersten drei Quartalen 2020 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um ein Drittel (33,4%) auf 426 Millionen Stück. Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, erhöhte sich der Produktionswert im selben Zeitraum um rund 60% auf 900,6 Millionen Euro. Zu den Geräten für Sauerstoff- und Beatmungstherapie gehören Geräte für die invasive und nichtinvasive Beatmung wie zum Beispiel Beatmungsapparate, Atemmasken oder Beatmungsbeutel. Auch die Importe von Geräten für die Sauerstoff- und Beatmungstherapie stiegen von Januar bis November 2020 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum wertmäßig um 46% auf rund 567,9 Millionen Euro. Die Exporte nahmen im gleichen Zeitraum um 88% zu (979,7 Millionen Euro).

### Mandelentzündungen: zu früh operiert?

Bei chronischen Mandelentzündungen wird in Deutschland nach einer Ende 2020 veröffentlichten Datenanalyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (wido) immer noch zu früh operiert. Laut wido zeige die Auswertung, dass eine konservative Therapie mit Antibiotika nach wie vor nicht ausgeschöpft werde, obwohl die Leitlinie zur Behandlung der Tonsillitis dies seit 2015 so vorsehe. Das sei bei etwa der Hälfte der AOK-Versicherten der Fall, denen zwischen 2012 und 2018 die Gaumenmandeln entfernt worden seien.

Infos unter [www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020](http://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2020)

*Palliative  
Versorgung:  
Leben bis  
zuletzt*





☞ Die **erste Palliativstation** Deutschlands wurde **1983** an der Universitätsklinik Köln eröffnet. Das **erste Hospiz** in Deutschland nahm **1986** in Aachen seine Arbeit auf. Das **erste Kinderhospiz** in Deutschland öffnete **1998** in Olpe seine Pforten. ☞ **13 188 Ärztinnen und Ärzte** mit der Zusatzweiterbildung *Palliativmedizin* verzeichnet die Deutsche Ärztestatistik zum Stichtag 31.12.2019. 2005 waren es laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erst **101**.

☞ Mehr als **120 000 Menschen** bundesweit kümmern sich laut des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes ehren- oder hauptamtlich um schwerstkranken und sterbende Menschen. ☞ Für das Jahr 2020 meldeten die Standesämter bundesweit **982 489 Sterbefälle** an die amtliche Statistik (Stand: 29.01.2021). ☞ Die Online-Datenbank der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin listete Mitte Februar 2021 **338 Palliativstationen** sowie **245 stationäre Hospize** für Erwachsene auf. Für Kinder und Jugendliche waren dort **3 Palliativstationen** und **18 stationäre Hospize** verzeichnet. ☞ Bundesweit gibt es **361 Teams der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung**, **35** davon für Kinder und Jugendliche. ☞ Rund **1500 ambulante Hospizdienste** sind für Schwerstkranke und ihre Familien da. Etwa **150** davon kümmern sich speziell um Kinder und Jugendliche. ☞ In einer us-amerikanischen Studie lebten palliativ betreute Patienten mit fortgeschrittenem Lungenkrebs im Durchschnitt **3 Monate** länger als Teilnehmer, die nur eine Krebstherapie erhielten.



## Ein starkes Netz fürs Lebensende

Ziel der Palliativversorgung ist es, schwerkranken und sterbenden Menschen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und Lebensqualität zu erhalten und ihnen ein angst- und schmerzfreies Sterben zu ermöglichen. Oft wirkt dabei ein ganzes Netzwerk von Spezialisten zusammen.

GUT JEDER ZWEITE in Deutschland (58%) möchte am liebsten zu Hause sterben, im Krankenhaus hingegen nur etwa 4%. Das ist das Ergebnis einer Umfrage, die der *Deutsche Hospiz- und Palliativverband* (DHPV) vor einigen Jahren durchführte. Tatsächlich stirbt aber etwa jeder Zweite im Krankenhaus und nur jeder Vierte zu Hause. Um die Mitte des 20. Jahrhunderts, so beschreibt es der Theologe und Soziologe Reimer Gronemeyer in seinem Buch *Sterben in Deutschland*, habe sich der Umgang mit dem Sterben und dem Tod radikal verändert: Parallel zum rasanten medizinischen Fortschritt sei innerhalb einer Generation aus dem »unspektakulären, irgendwie selbstverständlichen Sterben« zu Hause »ein medizinisch kontrolliertes Sterben geworden, das meist im Krankenhaus oder Altenpflegeheim« stattfinden. Der Anteil der Menschen, die im Krankenhaus verstarben, erreichte im Jahr 1980 mit 55% aller Todesfälle in der alten Bundesrepublik Deutschland einen Höchstwert. Bis 2016 ging er im mittlerweile wiedervereinigten Deutschland auf 46% zurück.

### Unnötiges Leid vermeiden

Zu dieser Trendwende hat nicht zuletzt die Hospiz- und Palliativbewegung beigetragen, die in den 1960er Jahren im angelsächsischen Raum einsetzte. Eine ihrer Pionierinnen, die Ärztin Cicely Saunders, gründete 1967 in London ein erstes Hospiz, um schwerkranken Menschen ein würdiges, selbstbestimmtes Lebensende zu ermöglichen. Im Vordergrund stand dabei die Vermeidung unnötigen Leidens. War eine Heilung nicht mehr möglich, so sollte zumindest die verbleibende Zeit so lebenswert wie möglich gestaltet werden. Dieser Gedanke fand nach und nach weltweite Verbreitung. 2002 definierte die Weltgesundheitsorganisation WHO die Palliativversorgung (Palliative Care) als einen »Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeiti-

ges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art.«

### Lebensqualität erhalten

Das lateinische Wort *pallium* bedeutet Mantel, und wie ein wärmender, schützender Mantel soll die Palliativversorgung einen unheilbar kranken Menschen und seine Angehörigen einhüllen. »Wir können leider nichts mehr für Sie tun« – ein solcher Satz käme einem Palliativmediziner wie Prof. Dr. Sven Gottschling nie über die Lippen. Der Chefarzt am Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie am Uniklinikum des Saarlandes sieht seine Aufgabe darin, die verbleibende Lebenszeit seiner Patienten »mit der bestmöglichen Lebensqualität zu füllen«. Denn: »Wir behandeln nicht Sterbende, sondern Lebende, die bald sterben werden. Das ist ein riesengroßer Unterschied.«

**Die meisten Menschen möchten zu Hause sterben**

Palliative Care geht ihrem ganzheitlichen Verständnis entsprechend weit über eine reine Sterbebegleitung hinaus. Im Idealfall ermöglicht sie den Schwerstkranken, bis zum Schluss selbst zu entscheiden, ihr Leben nach ihren eigenen Wünschen selbst zu gestalten und schließlich ohne Angst und Schmerzen zu sterben. Die Palliativversorgung zeichnet sich aus diesem Grund durch eine starke Interdisziplinarität aus. »Hospiz- und Palliativarbeit ist immer Netzwerkarbeit«, betont auch Prof. Dr. Winfried Hardinghaus, der Vorsitzende des DHPV.

### Schwerkranke besser betreuen

Die palliativen Versorgungsstrukturen im Gesundheitssystem in Deutschland sind in den vergangenen Jahrzehnten Zug um Zug erweitert worden. 1983 wurde in Köln die erste Palliativstation in Deutschland eröffnet, 1994 die *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin* (DGP) gegründet. Seit 2003

können Ärztinnen und Ärzte die Zusatzweiterbildung *Palliativmedizin* absolvieren, seit 2009 ist Palliativmedizin Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium. Die 2010 veröffentlichte *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*, die sich für eine bessere Betreuung der betroffenen Menschen einsetzt, haben inzwischen weit über 2000 Organisationen und Institutionen unterzeichnet. Seit 2011 gibt es ein *Nationales Hospiz- und Palliativregister*, 2015 wurde die S3-Leitlinie *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung* veröffentlicht. Das seit Dezember 2015 geltende *Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland* (Hospiz- und Palliativgesetz – HPG) hat den flächendeckenden Ausbau der Palliativversorgung noch einmal forciert.

Im Prinzip ist eine solche Begleitung mittlerweile fast überall möglich. Mit Hilfe einer ambulanten Palliativversorgung kann die medizinische und pflegerische Betreuung in den eigenen vier Wänden organisiert werden. Hausärzte, Palliativmediziner und ambulante Palliativpflegedienste begleiten Betroffene in ihrer vertrauten Umgebung. Auf Wunsch stehen zusätzlich ambulante Hospizdienste Schwerstkranken und ihren Familien mit ehrenamtlichen Kräften zur Seite. Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben seit der Gesundheitsreform im Jahr 2007 einen Rechtsanspruch darauf, ergänzend zu Hausärzten und Pflegediensten eine *Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung* (SAPV) in Anspruch zu nehmen. Die Versorgung übernimmt ein spezialisiertes, multiprofessionelles Team, das an sieben Tagen pro Woche rund um die Uhr erreichbar ist.

Ist eine ambulante Versorgung zu Hause nicht mehr möglich, bieten stationäre Hospize einen würdevollen Rahmen für den letzten Lebensabschnitt. Etliche Krankenhäuser verfügen mittlerweile entweder über eine Palliativstation oder einen Palliativdienst, der sich um die Versorgung schwerstkranker Patientinnen und Patienten kümmert. Auch hier

arbeiten multiprofessionelle Teams Hand in Hand, um schwerwiegende Symptome zu mildern und Schmerzen wirkungsvoll einzudämmen. Die Kosten für SAPV oder die Betreuung in einem Hospiz übernimmt die Krankenkasse; der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) prüft im Auftrag der Kassen, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistungen im Einzelfall vorliegen.

### Strukturen weiterentwickeln

Zum Ende seiner Amtszeit zog der scheidende Präsident der DGP, Prof. Dr. Lukas Radbruch, im Januar dieses Jahres eine positive Bilanz: »Palliativversorgung ist nicht mehr ein ›Hobby‹ einer kleinen Zahl von Pionieren, sondern ist Teil der Gesundheitsversorgung in Deutschland geworden: Jeder Mensch hat mittlerweile einen Anspruch auf eine angemessene Palliativversorgung bei schwerer Erkrankung und bis zum Lebensende.« Angesichts der Debatte zum Thema Sterbehilfe fordert die DGP jedoch eine breite gesellschaftliche Diskussion über die Rahmenbedingungen am Lebensende in Pflegeheimen, Krankenhäusern und im häuslichen Umfeld.

Auch aus Sicht des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands besteht trotz großer Fortschritte auf dem Gebiet der Palliativversorgung noch Handlungsbedarf: In strukturschwachen Gebieten sind noch Versorgungslücken zu schließen. Eine stärkere Koordination und Vernetzung würde zu einer besseren Versorgung und Versorgungskontinuität beitragen. Auch die palliativpflegerische Versorgung in Pflegeeinrichtungen sollte weiter ausgebaut werden. Außerdem fordert der DHPV die Einführung obligatorischer Palliativdienste in allen Krankenhäusern und eine breite Informationskampagne über die Angebote und Möglichkeiten der Palliativversorgung. Denn, so Winfried Hardinghaus: »Damit jeder Mensch am Lebensende die bestmögliche Versorgung und Begleitung erhält, müssen die notwendigen Versorgungsangebote nicht nur vorhanden, sondern auch bekannt sein.«

### Jeder hat Anspruch auf eine angemessene Palliativversorgung

Die medizinische und pflegerische Betreuung in den eigenen vier Wänden organisiert werden. Hausärzte, Palliativmediziner und ambulante Palliativpflegedienste begleiten Betroffene

in ihrer vertrauten Umgebung. Auf Wunsch stehen zusätzlich ambulante Hospizdienste Schwerstkranken und ihren Familien mit ehrenamtlichen Kräften zur Seite. Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben seit der Gesundheitsreform im Jahr 2007 einen Rechtsanspruch darauf, ergänzend zu Hausärzten und Pflegediensten eine *Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung* (SAPV) in Anspruch zu nehmen. Die Versorgung übernimmt ein spezialisiertes, multiprofessionelles Team, das an sieben Tagen pro Woche rund um die Uhr erreichbar ist.

Ist eine ambulante Versorgung zu Hause nicht mehr möglich, bieten stationäre Hospize einen würdevollen Rahmen für den letzten Lebensabschnitt. Etliche Krankenhäuser verfügen mittlerweile entweder über eine Palliativstation oder einen Palliativdienst, der sich um die Versorgung schwerstkranker Patientinnen und Patienten kümmert. Auch hier



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

## Gute Palliativversorgung ist mehr als gute Palliativmedizin

Internationale Vergleiche der Palliativmedizin sind hilfreich, sagen aber nicht alles über die Art der nationalen Versorgung. Deutschland steht nach Ansicht von Experten besser da, als viele Vergleiche zeigen.

IST DEUTSCHLAND bei der Palliativversorgung nur Mittelmaß? Ein Vergleich der Palliativversorgung in 49 europäischen Ländern legt diesen Verdacht nahe. Der Atlas der Palliativversorgung in Europa, veröffentlicht 2019 von der European Association for Palliative Care (EAPC), vergleicht unter anderem die nationalen Strategien und kommt zu dem Ergebnis: Deutschland erreicht im Ranking der Palliativversorgung von Erwachsenen nur den 15. Platz.

Die EAPC hatte die Anzahl der spezialisierten Palliativdienste, darunter auch SAPV-Teams, pro 100 000 Einwohner erhoben. Danach stehen im EU-Durchschnitt pro Land 0,8 spezialisierte Palliativdienste oder -einrichtungen zur Verfügung. In Deutschland mit 914 Einrichtungen sind es 1,1 Dienste und Einrichtungen pro 100 000 erwachsener Einwohner. An der Spitze liegen Österreich (2,2), Irland (1,9) und Luxemburg (1,8). Die EAPC empfiehlt einen Schnitt von zwei Diensten und Einrichtungen der Palliativmedizin für 100 000 Einwohner.

### Andere Strategien

Neben der Anzahl der Dienste interessiert sich die Untersuchung auch für die Integration der Palliativmedizin in die Gesundheitssysteme und den Gebrauch von Opiaten bei Krebspatienten – hier stand Deutschland übrigens ganz oben.

Prof. Dr. Lukas Radbruch von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) zieht manche Kriterien der Studie in Zweifel. Er sieht Deutschland nicht nur im Mittelfeld. In einer Vorläuferversion des Atlas seien etwa der Stand der Versorgung und seine Entwicklung getrennt betrachtet worden, erklärt er. »Da stand Deutschland besser da, weil es bei der Entwicklung gute Werte zeigte.«

Weitere Untersuchungen fragen etwa nach 24-Stunden-Diensten. »Da liegt dann Belgien weiter vorne als Deutschland, weil man hier nur alle Dienste zählte und dort alle Hausärzte mit palliativmedizinischem Grundkurs. So etwas verzerrt natürlich die Bewertung.«

In anderen Vergleichen komme Deutschland ebenfalls

recht gut weg, meint Radbruch. Bereits 2010 haben der *Economist* Beratungsdienst und die Lien-Stiftung aus Singapur die »Qualität des Lebensendes« in einem größeren Rahmen verglichen: Unter 40 Ländern stand Deutschland auf Platz 6.

Auch in der Systematik der Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA), die 2020 zusammen mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Palliative-Atlas veröffentlicht hat, steht Deutschland gut da. Unter vier Bewertungsstufen (1 = keine Versorgung, 4 = fortgeschrittene Versorgung) steht Deutschland auf der höchsten Stufe.

### Mehr als medizinische Versorgung

Allerdings entscheidet sich die Qualität der Palliativversorgung eines Landes nicht nur an medizinischen Parametern, erklärt Radbruch. »Palliativpatienten verbringen während ihres letzten Lebensjahres nur 5% ihrer Zeit mit der medizinischen Versorgung«, erklärt Prof. Dr. Raymond Voltz, Direktor des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln. »95% ihrer Zeit verbringen sie mit Fernsehen, dem Haustier, unter Umständen auf der Arbeit, mit der Familie oder den Freunden.« Das bedeutet, dass sich in Zukunft eine gut funktionierende Palliativversorgung in einem viel größeren Rahmen entfalten müsste als einzig in dem der medizinischen Versorgung. Die internationalen Vergleiche seien zwar hilfreich, aber eben nur für den kleineren Teil der gesamten Arbeit am sterbenden Menschen, sagt Voltz.

In Köln hat er vor einem Jahr eine neuartige Initiative mit ins Leben gerufen: die *Caring Community Köln*. Die Initiatoren überlegen am runden Tisch, wie das soziale Umfeld die Patienten in ihrem letzten Lebensjahr unterstützen könnte und welche Faktoren hinderlich oder förderlich sein könnten. Voltz: »Köln soll hier Perspektiven für eine umfassendere Palliativversorgung aufzeigen.«



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



## Die Verantwortung der Medizinischen Dienste

Wer an einer unheilbaren fortschreitenden Erkrankung leidet und eine begrenzte Lebenserwartung hat, hat Anspruch auf eine palliative Versorgung. Dabei wird zwischen ambulanten und stationären Versorgungsangeboten unterschieden. In vielen Fällen beauftragen die Krankenkassen die Medizinischen Dienste mit einer Begutachtung.

GESETZLICH KRANKENVERSICHERTE, die unter einer unheilbaren, fortschreitenden und fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung von Tagen, Wochen oder Monaten leiden und gleichzeitig eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf SAPV-Leistungen. Anders als bei anderen ambulanten Versorgungsformen ist bei der Verordnung von SAPV die besonders aufwendige Versorgung wesentliche Voraussetzung. Es muss ein komplexes Symptommgeschehen vorliegen, dessen Behandlung spezifische palliativmedizinische und palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär abgestimmtes Therapiekonzept erfordert. SAPV-Leistungen werden von einem Team aus Palliativmedizinern und Palliativpflegefachkräften nach einem festgelegten Konzept erbracht, bei Bedarf werden weitere Berufsgruppen miteinbezogen.

### Hilfe im Team

Das Team kommt regelmäßig (auch in Notfällen, auch nachts) zum Patienten nach Hause, berät ihn, seine Angehörigen, gegebenenfalls auch den Hausarzt, koordiniert die palliative Versorgung, übernimmt die Symptomkontrolle, passt engmaschig medikamentöse und nichtmedikamentöse Maßnahmen an, unterstützt psychosozial. So ist es möglich, Schwerstkranke und Sterbende auch bis zu ihrem Tod im gewohnten Umfeld (Häuslichkeit, Pflegeheim etc.) zu versorgen.

**Sind alle Anforderungen erfüllt?**

Die SAPV wurde 2007 im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WStG) als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt, um die Lebensqualität und Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu Hause oder im Pflegeheim zu ermöglichen.

Das medizinisch-pflegerische Ziel, Symptome und Leiden zu lindern, um die Lebensqualität des Betroffenen zu verbessern, damit der sterbende Mensch ein möglichst würdevolles und selbstbestimmtes Leben bis zum Ende erfahren kann, verfolgt auch die stationäre Hospizversorgung. Deren Anspruch ist im SGB V §39a geregelt. Näheres findet sich in der Rahmenvereinbarung.

### Aus der Praxis

»Die Krankenkassen entscheiden, in welchen Fällen und mit welcher Fragestellung sie den Medizinischen Dienst mit einer Begutachtung beauftragen. Dann ist die ärztliche Verordnung über die SAPV oder der Antrag auf eine stationäre Hospizversorgung mit ärztlicher Notwendigkeitsbescheinigung erforderlich«, erklärt Dr. Carmen-Johanna Steiger, Ärztliche Gutachterin beim Medizinischen Dienst Nord.

Damit die Begutachtung nach einheitlichen Kriterien erfolgt, orientieren sich die MDK-Gutachterinnen und -Gutachter an der Begutachtungsanleitung (BGA) »Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung« (Richtlinie nach §282 SGB V), deren aktualisierte Fassung im Februar 2019 vom GKV-Spitzenverband verabschiedet wurde. Sie erläutert insbesondere die medizinischen Anspruchskriterien bei SAPV und stationärer Hospizversorgung und stellt die besonderen Belange von Kindern und Jugendlichen dar. Die BGA ist für die Gutachterinnen und Gutachter und die Krankenkassen verbindlich.

»Gerade wenn es um die Begutachtung bei Schwerstkranken und Sterbenden geht, ist es wichtig, dass wir mit besonderem Fachwissen, Erfahrung und Sensibilität auf jeden einzelnen Fall schauen«, sagt Carmen-Johanna Steiger. In fast



Dorothee Buschhaus ist  
Redakteurin der MDK-Gemeinschaft.  
d.buschhaus@mds-ev.de

allen Fällen begutachtet der Medizinische Dienst auf Basis umfassender Unterlagen, oft auch mithilfe zusätzlicher Fragebögen. Nur in ganz besonderen Einzelfällen sieht die BGA auch eine persönliche Begutachtung vor. »Und natürlich setzen wir immer alles daran, im Interesse der Betroffenen möglichst schnell zum Ergebnis zu kommen«, so Steiger. »Wie schnell das gelingt, hängt vor allem davon ab, ob die Unterlagen vollständig oder noch Nachfragen bei den behandelnden Ärzten notwendig sind. Es gibt Gutachten, die sind innerhalb weniger Tage vom Tisch, andere bedürfen mehrerer Rückfragen, bleiben aber trotzdem bei uns meist deutlich unter den 21 Tagen, die uns das Patientenrechtegesetz für die Begutachtung bei SAPV und stationärer Hospizversorgung einräumt«, sagt Steiger.

Und was prüft der Medizinische Dienst nun ganz konkret? Bei der Begutachtung einer SAPV-Verordnung werden zwei große Bereiche angeschaut, die beide erfüllt sein müssen: die Anforderungen an die Erkrankung (fortgeschritten, fortschreitend, lebensverkürzend) und die Notwendigkeit der besonders aufwendigen palliativen Versorgung. Bei einer Tumorerkrankung zum Beispiel ist die Diagnose allein nicht ausreichend. Der Arzt muss auch angeben, in welchem Stadium die Erkrankung ist, ob es Metastasen und welche Symptome es gibt.

### Zu schnell und zu lange?

»Als die SAPV 2007 startete, gab es viele Nachfragen und noch mehr Verordnungen, obwohl SAPV erklärtermaßen nur für sehr spezielle Fälle vorgesehen ist«, sagt die Palliativärztin. Genau das muss auch heute noch immer wieder erklärt werden: Wo sind die Grenzen zwischen sogenannter allgemeiner ambulanter palliativer Versorgung, die nicht konkret definiert ist, und der SAPV? Dass die BGA hier für Klarstellung sorgt und konkrete Kriterien benennt, bewertet sie positiv und ergänzt: »Ich habe seit 2008 viele Schulungen gemacht – für Mitarbeitende, für Krankenkassen, aber auch für SAPV-Teams und Hospize. Anfangs war da eine große Unsicherheit: Viele Ärzte haben zu schnell SAPV verordnet, weil sie dachten, ich kann mich nicht so intensiv um meinen Patienten kümmern, ich kann abends nicht da sein, kann am Wochenende keine Hausbesuche machen. Vielen war auch nicht klar, dass eine SAPV-Verordnung nicht als Dauerlösung gedacht ist. Sie ist nicht bis zum Tode notwendig, sondern kann auch enden, wenn sich der Zustand des Patienten stabilisiert hat. Inzwischen haben alle Beteiligten dazugelernt.«

## Drei Fragen an ...

Dr. Joan Elisabeth Panke, Seniorberaterin beim MDS (Palliativmedizinerin und Sozialmedizinerin)

### Was hat sich neben der SAPV verbessert bei der Palliativversorgung?

Lange Zeit gab es neben der SAPV kaum Versorgungsstrukturen für Palliativpatientinnen und -patienten mit vergleichsweise wenigen, beherrschbaren Symptomen. Inzwischen ist das deutlich besser geworden. Denn der Gesetzgeber hat unter anderem neue Strukturen geschaffen, die es ermöglichen, zum Beispiel mit der Verordnung »Häusliche Krankenpflege« qualifizierte Pflegekräfte in die palliative Betreuung einzubinden. Statt unterschiedliche Einzelleistungen verordnen zu müssen, die im Verlauf der Behandlung immer wieder angepasst werden müssen, kann der behandelnde Arzt heute eine »ganzheitliche« Behandlung über eine Komplexleistung »Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten« verordnen. Das schafft deutlich mehr Flexibilität. Auch wurden Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt und Sterbebegleitungen durch ambulante Hospizdienste vermehrt genutzt. Das ermöglicht Patientinnen und Patienten, auf Wunsch sogar bis zum Tod in der Häuslichkeit bleiben zu können. Weiterer Vorteil: Pflegeheime werden befähigt, ihre Bewohner bei der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase individuell über die medizinisch-pflegerische Versorgung am Lebensende zu beraten.

### Wie geht es konkret weiter?

Unter anderem wird gerade die SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) überarbeitet. Hierfür werden drei verschiedene wissenschaftliche Forschungs- und Evaluationsprojekte ausgewertet. Bis alle Ergebnisse vorliegen, wird es aber noch dauern. Auch zu diesem Thema bringen wir uns als Medi-

zinischer Dienst in die Beratungen im G-BA ein. Außerdem steht der Abschluss der SAPV-Rahmenempfehlungen für Erwachsene und Kinder unmittelbar bevor. Das sind Rahmenverträge, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Krankenkassen auf der einen Seite und den Leistungsanbietern, den Pflege- und Wohlfahrtsverbänden auf der anderen Seite geschlossen werden und den individuellen Verträgen zwischen den jeweiligen Vertragspartnern zugrunde liegen. Wichtig ist, dass es getrennte Empfehlungen für Kinder und Jugendliche und Erwachsene geben wird, denn beide haben zum Teil unterschiedliche Bedarfe. Kinder und Jugendliche leiden zum Beispiel häufiger an schwierigen neurologischen Erkrankungen, und es dauert manchmal Jahre bis zum Tod. Trotzdem brauchen sie eine SAPV, weil sie komplexe Symptome haben, die das Leben verkürzen.

### Was muss generell besser werden bei der Palliativversorgung?

Generell ist die Palliativversorgung viel differenzierter und flächendeckender geworden, aber die Leistungserbringer beklagen immer noch, dass qualifizierte Pflegekräfte fehlen. Also sollte man den Fokus auf die Ausbildung im Pflege- und Arztberuf legen und das Verständnis für dieses besondere und wichtige Themenfeld vorantreiben. Dazu gehört für mich auch, dass jede und jeder Neue im Team – auch in der Altenpflege – über die palliativmedizinische und palliativpflegerische Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Menschen fundierte Kenntnisse und Fähigkeiten ausbilden und vorweisen muss.



## Pluspunkt Palliativkultur

Die palliative Versorgung in Pflegeheimen sollte mit dem Hospiz- und Palliativgesetz spürbar verbessert werden. Gelingen ist das bis heute längst nicht überall.

DER GESETZGEBER hat 2015 einen ersten Schritt in Richtung Festschreibung von Palliativversorgung und Hospizkultur in Heimen gemacht. Die Einrichtungen sind seitdem verpflichtet, Kooperationsverträge mit Haus- und Fachärzten abzuschließen, mit ambulanten Hospizdiensten oder Palliativnetzwerken zusammenzuarbeiten, und sie können ihren Bewohnerinnen und Bewohnern eine Versorgungsplanung zur individuellen und umfassenden medizinischen, pflegerischen psychosozialen und seelsorgerischen Betreuung in der letzten Lebensphase anbieten.

Jahr für Jahr sterben mehr als 350 000 Menschen in Pflegeheimen. Diesen Menschen die nötige Zuwendung, Fürsorge, Nähe und Schmerzfreiheit zu gewähren, macht eine gute Palliativkultur aus. Dabei gibt es unterschiedliche Ansätze: Neben Medikamenten zur Schmerzlinderung können zum Beispiel Kälte- und Wärmeanwendungen oder Massagen angewandt werden. Entspannende Düfte, leise Musik, angenehme Beleuchtung und das Vorlesen von Geschichten, Gedichten oder Gebeten können eine ruhige Atmosphäre verstärken. Manche Heime ermöglichen auch, dass vertraute Personen oder Angehörige bei den Sterbenden übernachten können oder erstellen nach dem Tod der Bewohnerin oder des Bewohners Erinnerungsmappen für Familienangehörige.

### Palliativkultur als Chefsache?

Medikamenten zur Schmerzlinderung können zum Beispiel Kälte- und Wärmeanwendungen oder Massagen angewandt werden. Entspannende Düfte,

### Viele gute Konzepte

Wie Palliativpflege und Sterbebegleitung in Pflegeheimen praktiziert wird, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, so zum Beispiel von der Trägerschaft, der Einstellung der Heimleitung und dem Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem Sterben. Zunehmend mehr Heime entwickeln umfassende Konzepte zur Sterbebegleitung und Palliativpflege, um zu ermöglichen, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihre letzte Lebensphase selbstbestimmt und ihren persönlichen Wünschen entsprechend verbringen können. Andere stationäre Einrichtungen sind längst nicht so weit. Defizitäre Rahmenbedingungen seien nur ein Grund dafür, dass diese Planung oft ohne gelebte Praxis bleibe,

betont der Pflegewissenschaftler Prof. Dr. Benjamin Kühme von der Hochschule Osnabrück. Viele Einrichtungen hätten mittlerweile zwar den Handlungsbedarf erkannt und »sich auf den Weg gemacht«. Zur flächendeckenden Implementierung fehle aber oft noch »die Realisierungsstrategie«. Die Qualität der Palliativkultur liege daher meist in den Händen von Einzelpersonen.

Autorin Ingrid Hametner (*100 Fragen zu Palliative Care*) sieht eher systemrelevante Gründe in den Pflegeheimen und fordert, »sich auf der Führungsebene dem Thema zuzuwenden und eine Strukturqualität zu entwickeln, wo man die sterbenden Menschen und ihre Zugehörigen wahrnimmt, um sie nach allen Regeln der Kunst zu pflegen und zu beraten«. Allerdings sollte Palliative Care in den Heimen nach den entsprechenden Grundsätzen auch stärker zu einer abrechenbaren Leistung führen. In der Pandemie bestehe aktuell die Sorge, dass das Pflegepersonal ausgelastet sei mit Testen, Impfen und aufwendigen Hygiene-Maßnahmen, so dass die gelebte Palliativkultur auf der Strecke bleibe.

### Fortbildung schafft Freiräume

In den meisten Einrichtungen gibt es mittlerweile zumindest eine Pflegefachkraft, die sich in Palliative Care fortgebildet hat. Auch zur persönlichen Weiterentwicklung sei diese Fortbildung sehr wertvoll, ergänzt Christiane Klimsch, Pflegedirektorin am Uniklinikum Jena. Denn Professionalität gebe Sicherheit und Freiraum für Entscheidungen und Handlungen. Wenn man ständig mit Sterben, Tod und Trauer konfrontiert werde, ohne entsprechende Handlungskompetenzen und -sicherheit zu haben, könne der Umgang sonst schnell zur Belastung werden.



**Birgitta vom Lehn** ist freie Journalistin und Autorin in Lilienthal bei Bremen. Ein fachlicher Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt auf dem Thema Pflege.  
vom.lehn@t-online.de



## Tagsüber im Hospiz, abends daheim

Tageshospize bilden eine Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Hospizversorgung. Ein aktuelles Forschungsprojekt analysiert den Bestand und Bedarf.

MIT HOSPIZEN kennt sich die Diakonie Mögeldorf in Nürnberg gut aus. 1997 eröffnete sie ein stationäres Hospiz, 2003 einen ambulanten Hospiz- und Palliativdienst. Eine Versorgungslücke gab es dennoch. »Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass eine Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Hospizversorgung fehlt«, sagt Günter Beucker, Vorstand der Diakonie Mögeldorf und Initiator des *TagesHospizes im Mathilden-Haus*. Nach Gesprächen mit den Kostenträgern und durch Unterstützung des Bayerischen Gesundheits- und Pflegeministeriums eröffnete im Oktober 2019 das Tageshospiz in Nürnberg als bundesweit erste teilstationäre Hospizeinrichtung mit eigenem Versorgungsvertrag. Tagsüber ist es geöffnet, abends kehren die Gäste in ihr Zuhause zurück. Neben der Palliativversorgung sei die Entlastung der Angehörigen ein wichtiges Ziel, damit diese ihrem Beruf nachgehen können, betont TagesHospiz-Leiterin Sabine Wittmann. »Zudem unterstützen wir Betroffene auch bei der Antragstellung von Pflegegraden oder SAPV.«

### Projekt ABPATITE 2020-2022

Im Vergleich zu Ländern wie zum Beispiel Großbritannien gibt es hospizlich-palliative Tagesangebote in Deutschland noch nicht lange. Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) hat deshalb gemeinsam mit der AOK Niedersachsen und der Leibniz Universität Hannover im April 2020 das Projekt ABPATITE gestartet – zur Analyse des Bestands und des Bedarfs für palliativmedizinische Tageskliniken und Tageshospize sowie um Empfehlungen zur Versorgungsplanung zu geben. »Aktuell sind die Einrichtungen untereinander und mit den bisherigen Angeboten der Regelversorgung der GKV nicht gut abgestimmt. Auch fehlen Standards zu Strukturmerkmalen und Qualitätsindikatoren für palliativmedizinische Tagesangebote«, sagt Prof. Dr. Stephanie Stiel, Leiterin des Projekts. Ziel sei es daher, zu einem bedarfsgerechten, patientenorientierten Gesamtkonzept der Hospiz- und Palliativversorgung beizutragen. Professor Dr. Nils Schneider, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der MHH: »Zudem möchten wir über die Entwicklung von patienten- und angehörigorientierten Empfehlungen zum Auf- und Aus-

bau von Tageshospizen eine adäquate Integration in bestehende Versorgungsstrukturen in Deutschland fördern.« Günter Beucker begrüßt das Forschungsprojekt, denn: »In der palliativen Versorgung nehmen Tageshospize eine wichtige Rolle ein.« Regelmäßig beantwortet er mit Sabine Wittmann Anfragen von anderen Trägern, aber auch vom Projektteam der MHH. »Ich denke, wir können durch unsere Erfahrungen gezielte Anregungen und praktische Tipps geben«, sagt die Hospiz-Leiterin.

### Bedarfsgerechtes Gesamtkonzept

Inzwischen ist die Bestandsanalyse der bestehenden und geplanten Einrichtungen abgeschlossen. In dieser ersten Projektphase konnten 25 Tageshospize und acht palliativmedizinische Tageskliniken identifiziert werden, von denen die Hälfte noch im Aufbau oder in Planung ist. Die beiden Einrichtungsformen unterscheiden sich dadurch, dass palliativmedizinische Tageskliniken einen besonderen Schwerpunkt auf die medizinische Versorgung legen, während Tageshospize stärker psychosoziale Aspekte sowie Freizeitangebote fokussieren. »Unsere Befragung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen zu ihren Präferenzen zu Angeboten der ambulanten und teilstationären Hospiz- und Palliativversorgung wird im Frühjahr 2021 starten«, erklärt Studienassistentin Hanna Röwer den nächsten Schritt. »Daraus werden wir dann konkrete Empfehlungen zum bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von Tageshospizen und palliativmedizinischen Tageskliniken ableiten«, sagt Dr. Franziska Herbst, stellvertretende Projektleiterin. Beate Apolinariski, wissenschaftliche Mitarbeiterin, ergänzt: »Es wäre schön, wenn den Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen langfristig und flächendeckend individuelle Versorgungsangebote zur Verfügung stünden.«

Infos unter [www.mhh.de/allgmed/abpatite](http://www.mhh.de/allgmed/abpatite)



**Larissa Nubert**  
ist Fachberaterin Unternehmenskommunikation  
beim MDK Bayern.  
[larissa.nubert@mdk-bayern.de](mailto:larissa.nubert@mdk-bayern.de)

## Wenn Kinder sterben müssen

Etwa 50 000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland leben mit einer unheilbaren, lebensbegrenzenden Krankheit. Rund 5000 sterben jährlich daran. Kinderhospize unterstützen Betroffene und ihre Familien ab dem Zeitpunkt der Diagnose.

WENN MAN den elfjährigen Tim nach dem Kinderhospiz fragt, leuchten seine Augen und er sagt: »Da bin ich total gerne!« Und auch Tims kleine Schwester schwärmt: »Das ist echt super da.« Tim ist seit zwei Jahren auf den Rollstuhl angewiesen. Teilweise muss er auch schon beatmet werden. Im Alter von vier Jahren wurde bei Tim *Muskeldystrophie Duchenne* diagnostiziert. Das ist eine seltene, unheilbare Genkrankheit, bei der nach und nach die Muskeln verkümmern. Tim verliert dadurch immer mehr seiner Fähigkeiten und ist zunehmend auf fremde Hilfe angewiesen.

### Kraft für den Alltag tanken

Weil irgendwann auch die Atem- und Herzmuskulatur versagt, führt Muskeldystrophie Duchenne mit etwa 20 bis 30 Jahren zum viel zu frühen Tod. In den Wochen, Monaten, Jahren und manchmal auch Jahrzehnten bis dahin helfen Kinderhospize, das Leben von Kindern wie Tim und deren Familien so schön und würdevoll wie möglich zu gestalten ... und am Ende auch ihren Tod.

### Das Leben steht im Mittelpunkt

Anders als Hospize für Erwachsene begleiten Kinderhospize ihre kleinen Gäste nicht nur in der letzten Lebensphase, sondern umsorgen und unterstützen sie und die ganze Familie ab dem Zeitpunkt der Diagnose bis zum Tod und darüber hinaus. »Zentrale Aufgabe von Kinderhospizen ist die Entlastung des gesamten Familiensystems«, erklärt Daniel de Vasconcelos, Geschäftsführer vom Bundesverband Kinderhospiz e.V. »Denn wenn ein Kind lebensbegrenzend erkrankt, steht immer die komplette Familie vor einer riesigen Herausforderung.« So müssen betroffene Familien nicht nur mit extrem vielen Sorgen, Ängsten und der Trauer umgehen, sie haben auch einen schier unüberschaubaren Berg an organisatorischen und pflegerischen Aufgaben zu bewältigen. Zerstreuungen, die normalerweise helfen etwas Kraft zu tanken, wie Ausflüge, Urlaub oder auch nur ein Restaurantbesuch,





werden – je nach Krankheitsstadium des Kindes – immer mehr zur Herausforderung oder sind gar nicht mehr möglich. Freunde und Bekannte haben oft Berührungängste und ziehen sich entsprechend zurück. »So geraten Familien mit lebensverkürzend erkrankten Kindern häufig auch noch in die soziale Isolation«, betont de Vasconcelos. »Durch den Aufenthalt im Kinderhospiz haben Familien die Möglichkeit, aus diesem Teufelskreis auszubrechen und wieder Kraft für den Alltag zu tanken.«

### Erholungsraum für die ganze Familie

Damit das möglich wird, sind Kinderhospize umfassend auf die Betreuung von Familien mit lebensverkürzend erkrankten Kindern und Jugendlichen eingerichtet. Ein multiprofessionelles Team aus Kinderkranken- und Heilerziehungspflegerinnen, Physiotherapeuten, Psychologen und Ärzten steht hier bereit, um sich, in Absprache mit den Eltern, ganz individuell um die Bedürfnisse der erkrankten Gäste kümmern zu können. Neben der optimalen Pflege sollen die Kinder und Jugendlichen im Kinderhospiz aber vor allem das Leben, das ihnen noch bleibt, genießen können. »Dazu werden Kreativbeschäftigungen wie Malen, Basteln oder Musik angeboten und – wenn möglich – auch Feste gefeiert und Ausflüge in die nähere Umgebung organisiert«, erklärt de Vasconcelos. »Außerdem können – je nach Ausstattung der Hospize – auch Therapiebäder, Kuschelzimmer und sogenannte *Snoezelräume* genutzt werden, in denen mit Geräuschen, Gerüchen und Lichtimpulsen Entspannung und umfassende Sinneserfahrungen möglich sind.« Selbstverständlich gibt es auch für die begleitenden Geschwisterkinder altersgerechte und abwechslungsreiche Erlebnisprogramme, geführte Gesprächskreise sowie die Möglichkeit, sich mit anderen Geschwisterkindern auszutauschen.

### Mit Zeit und Ruhe Abschied nehmen

Wenn die Kinder so umfassend betreut sind, können auch die Eltern mal wieder durchatmen und sich um ihre eigenen Bedürfnisse kümmern. »Viele Eltern genießen dabei vor allem die einfachen Dinge, wie endlich mal wieder ausschlafen zu können oder gemütlich ein Glas Wein zu trinken«, betont der Geschäftsführer vom Bundesverband Kinderhospiz. »Auch wieder unbeschwerte Zeit mit dem Partner und den gesunden Geschwisterkindern verbringen und sich mit anderen betroffenen Eltern intensiv austauschen zu können, empfinden viele Eltern als wertvolle Bereicherung.«

### Orte zum Abschiednehmen

Neben der Freude am Leben sind Kinderhospize aber auch Orte zum Sterben. Für die letzte und schwierigste Phase schwerkranker Kinder und Jugendlicher sind in jedem Kinderhospiz spezielle Trauer- und Abschiedsbereiche eingerichtet, in denen die Familien würdevoll Abschied nehmen können. »Unsere Aufgabe in dieser unausweichlichen Situation besteht darin, dem Kind bzw. Jugendlichen bestehende Schmerzen und belastende Symptome so weit wie möglich zu nehmen, um die letzten Lebensmomente so erträglich wie möglich zu gestalten«, betont Dr. Gisela Janßen, ärztliche Leiterin des Kinderpalliativteams *Sternenboot* in Düsseldorf.

Diese Arbeit leisten spezialisierte Kinderpalliativteams wie das *Sternenboot* sowohl im Kinderhospiz als auch bei Familien zu Hause. »Tatsächlich wünschen sich viele Eltern, dass ihr Kind bis zuletzt zu Hause sein kann«, berichtet Janßen. »Das darf jede Familie individuell für sich selbst entscheiden.« Für eine Begleitung im Kinderhospiz spricht die Möglichkeit, dass Familien auch nach dem Tod des Kindes noch mehrere Tage Zeit haben, sich von ihrem Kind zu verabschieden. »Dazu werden die verstorbenen Kinder und Jugendlichen in speziellen Kühlbetten aufgebahrt«, erklärt die Kinderpalliativmedizinerin. »Außerdem steht den Angehörigen in dieser Zeit auch das Team des Kinderhospizes für die akute Trauerbewältigung zur Seite.« Im ambulanten Bereich kann das in diesem Umfang meist nicht geleistet werden.

### Begleitung von der Diagnose bis zum Tod

### Das Konzept stammt aus England

Kinderhospize gibt es in Deutschland seit 23 Jahren. Das erste Kinderhospiz wurde 1998 in Olpe eröffnet. Die Idee dazu stammt aus England, wo 1982 auf Initiative der Nonne und Kinderkrankenschwester Frances Dominica das weltweit erste Kinderhospiz entstand. »Inzwischen gibt es deutschlandweit 17 stationäre Kinderhospize sowie drei teilstationäre Einrichtungen, die Mitglied im Bundesverband sind«, weiß de Vasconcelos. Darüber hinaus bestehen vor allem in Städten und Ballungszentren nochmal weitere etwa 200 ambulante Kinderhospizdienste. Ambulante Kinderhospizdienste unterstützen die betroffenen Familien vor allem im Alltag zu Hause. Teilstationäre Kinderhospize können bei Bedarf daneben tageweise und ohne Übernachtungsmöglichkeit genutzt werden.

Anspruch auf die Unterbringung in einem stationären Kinderhospiz haben Familien ab der Diagnosestellung für jeweils 28 Tage pro Jahr, bis der junge Mensch 27 Jahre alt ist. »95% der Kosten für die Betreuung des erkrankten Kindes bzw. Jugendlichen werden über die gesetzlichen Krankenkassen finanziert. 5% leistet der Träger in aller Regel über Spenden«, sagt de Vasconcelos. »Mit Hilfe von Spenden und Fördermitteln wird außerdem auch die Unterbringung der Eltern und Geschwisterkinder bezahlt.« Auch wenn der Aufenthalt im Kinderhospiz für betroffene Familien in der Regel kostenlos ist, scheuen sich finanziell schlechter gestellte Familien oft, die Hilfe anzunehmen. Nicht selten sind es insbesondere Alleinerziehende, die auf den Besuch verzichten, obwohl sie die Entlastung oft am allernötigsten hätten.

Tim und seine Familie sind sehr dankbar für das Angebot. »Die Auszeit im Kinderhospiz hilft uns allen, den oft schwierigen Alltag mit Tims Erkrankung insgesamt besser meistern zu können«, sagt Tims Mutter. »Wir fahren alle gerne hin.«



Anja Lang ist freie Medizinjournalistin in München.  
info@anjalang-medizintexte.de

## Weil Sterben auch Leben ist

Seit 16 Jahren begleitet sie Sterbende in Hospizeinrichtungen und bringt als Klinikclown schwerstkranke Kinder und Erwachsene zum Lachen. Für Miriam Brenner gehört das Tabuthema Sterben und Tod mitten ins Leben. Warum das so ist, erklärt sie im MDK *forum*.

HANS\* LAG mit gefalteten Händen in seinem Bett im Hospiz. Er war gezeichnet von seiner Krebserkrankung, die ihn auch hatte erblinden lassen. »Ich bin Lilo, und ich möchte ein paar Minuten bei dir sein«, sagte ich. Er sagte nichts. »Ich trage zwei halblange Zöpfe, drei bunte Haarreifen, ein orangefarbenes Dirndl, gelbe Socken, eine rote Handtasche, und ich hab eine kleine Gitarre bei mir.« Stille. Dann sagte er leise: »Spiel.« Ich wusste, dass er aus Österreich kam. Das Kufsteinlied war das einzige Lied, das mir einfiel. Ich begann zu spielen, und während ich sang, sah ich Fotos von seiner Frau und der kleinen Tochter auf dem Nachttisch. Das Kufsteinlied für einen Ende 40-Jährigen erschien mir auf einmal völlig unpassend, und vor dem Refrain dachte ich nur: »Gleich geht's ans Jodeln, und ihm ist sicher nicht danach zumute.« Ich erhob meine Stimme: »Ho la di le, di le, di le, Yo la li o di lai, di ju djio ...« und genau da setzte er plötzlich ein, regungslos, ohne eine Miene zu verziehen, und sang das »Kuckuck«, das letzte Wort im Refrain, alleine. Danach lächelte er, und wir sangen die folgenden Strophen auf die gleiche Weise. Mit jedem »Kuckuck« lächelte er mehr. Zuletzt ließen wir beide

einen lauten Abschluss-Juchzer los. Er sagte: »Das tat gut. Danke.«

Situationen wie diese erlebe ich als Klinikclown, aber auch als ehrenamtliche Hospizhelferin, wenn ich »in Zivil« am Bett eines sterbenden Menschen sitze. Für mich ist es ein unfassbares Geschenk, wenn Menschen sich mir in so intimen Momenten öffnen. Demut empfinde ich dann – auch meinem eigenen Leben gegenüber.

### Mit roter Clownsnase oder ganz in Zivil

Situationen wie diese erlebe ich als Klinikclown, aber auch als ehrenamtliche Hospizhelferin, wenn ich »in Zivil« am Bett eines sterbenden Menschen sitze. Für mich ist es ein unfassbares Geschenk, wenn Menschen sich mir in so intimen Momenten öffnen. Demut empfinde ich dann – auch meinem eigenen Leben gegenüber.

### Von Hause aus

Seitdem ich denken und fühlen kann, will ich wissen, warum Menschen lachen oder weinen. Schüchtern, wie ich früher war, habe ich oft den Sinn des Lebens hinterfragt und fand Clowns gar nicht lustig. Dass ausgerechnet ich Jahre später als Klinikclown zu schwerstkranken Kindern und Erwachsenen gehen würde, schien unvorstellbar. Doch der Ruf

nach dieser Herausforderung war schlichtweg zu laut. Die tägliche Konfrontation mit der Endlichkeit (mein Vater ist Pfarrer, meine Mutter Kirchenmusikerin) hat dazu geführt, dass ich neben der Schauspielerei, Musik und Moderation immer für Menschen in Krisensituationen da sein und Leichtigkeit in schwere Momente bringen wollte. Die Schauspielerei führte mich zur einjährigen Clowns-Ausbildung, und so habe ich seit 2005 im Auftrag des gemeinnützigen Vereins *KlinikClowns Bayern* e.V. zweimal in der Woche Hospize, Altenheime, Kinderonkologien und Palliativstationen in und um München besucht.

### Türöffner

Bevor ich Bens\* Krankenzimmer betrete, schicke ich viele bunte Seifenblasen vor. Der 4-Jährige, der auf der Kinderpalliativstation behandelt wird, lässt sich sofort auf die Situation ein. Kinder sind – anders als Erwachsene – schneller im Hier und Jetzt, wenn ihre Neugierde geweckt ist und sie volle Aufmerksamkeit bekommen. Ich greife nach den Seifenblasen und bringe sie mit dem Zeigefinger zum Platzen, während ich ein kleines Spielzeug versteckt dazu quietschen lasse. Ben zögert, aber seine Mama lacht sofort. Und jetzt lacht auch er – immer lauter, je mehr Seifenblasen kommen. Ben entspannt sich, und das überträgt sich auch auf seine Mutter. Wir drei sind voll und ganz in der Situation, Gedanken über sein bevorstehendes viel zu frühes Lebensende haben da keinen Platz.

Bei Pubertierenden versuche ich es gern mit überzeichnetem Scheitern: Ich stolpere als Diva auf die »Bühne« oder fliege als *Supermäm* nicht elegant in die Luft, sondern unsanft auf den Boden. Während Erwachsene sich früher manchmal peinlich berührt fühlten vom Clown Lilo, lassen sie sich inzwischen viel eher darauf ein. Ganz anders ist es in Pflegeheimen – die Bewohnerinnen und Bewohner waren schon immer ausgesprochen offen und dankbar für neue Impulse, Späße und Zuwendung.

Bei der Entscheidung, wen ich besuchen darf, hilft das Klinik-, Heim- oder Hospizpersonal, das immer erst eine kurze Einschätzung der jeweiligen Situation in den Zimmern gibt. Details über die Erkrankung der Betroffenen erfahre ich meist nicht, und das ist auch gut so, denn auf diese Weise rückt der Mensch, nicht aber seine Erkrankung in den Mittelpunkt.

### Angehörige entlasten

Seit 2011 arbeite ich auch als ehrenamtliche Hospizhelferin für den *Christophorus Hospiz Verein* in München, lasse mich inzwischen vor allem als Sitz- und Nachtwache in akuten Fällen einteilen. So können die Angehörigen ein paar Stunden zu Hause schlafen oder das Personal kann sich um andere Gäste kümmern, während ich bei dem Sterbenden bin. Ich erinnere mich an Lydia\*, eine strenggläubige ältere Dame, die große Angst vor dem Sterben hatte. Ich saß von 22 Uhr bis 6 Uhr in der Früh an ihrem Bett. Währenddessen beteten wir immer wieder das Vaterunser. Sie war desorientiert, blieb immer wieder an derselben Textstelle hängen, wir fingen immer wieder von vorne an. Ich hielt ihre Hand, ich ließ sie wieder los. Ich versuchte Lydia all meine Liebe und Ruhe zu geben. Manchmal kann man nur das tun, doch für den anderen ist genau das oft viel mehr als für einen selbst.

### Emotionen wecken

Sterben ist ein individueller Prozess. Der eine möchte alleine sein, die andere braucht Beistand, um den letzten Schritt zur Abreise gehen zu können. Ich sehe meine Aufgabe vor allem darin, die Energie, die in dem einen Moment im Raum ist, aufzufangen und sie womöglich sogar zu verstärken: eine Verbindung aufzubauen, Nähe zuzulassen, Emotionen zu wecken – über ein Lied, eine Umarmung, ein Sich-Anschauen, ein Lächeln. Auf der einen Seite ist da so viel Trauriges, auf der anderen Seite entstehen auch heitere Momente. Die Erfahrung, die ich gemacht habe: Lächeln und Lachen verbindet auf die schnellste Art und funktioniert in allen Sprachen. Zwei sich zuvor fremde Menschen teilen denselben Moment und fühlen sich lebendig. Das geschieht

genauso am Sterbebett – nicht über Schenkelklopfer und Lachtränen, sondern über die Bereitschaft, bei aller Schwere auch Leichtigkeit zu erlauben. Egal ob mit oder ohne Clownsnase – nur wenn auch ich mir der eigenen Endlichkeit bewusst bin, kann ich Sterbenden auf Augenhöhe begegnen. Und dann gelingt es, die Situation so zu leben, wie sie gerade ist – nichts zu bewerten, nichts zu beschönigen, sondern im Hier und Jetzt und wirklich *da* zu sein mit sperrangelweit offenem Herzen.

### Den Tod ins Leben holen

Seit der Corona-Pandemie kann ich wegen der Hygienebestimmungen leider nur sehr eingeschränkt als Klinikclown auftreten. Daher wollte ich eine neue Herausforderung finden und arbeite nun in einem Münchner Bestattungsunternehmen. Ich führe nicht nur Trauer-, sondern auch Vorsorgegespräche. Dem Tod den Schrecken zu nehmen, einen schonungslosen Blick auf das Ende zu werfen, heißt eben auch, das Thema dahin zu holen, wo wir es eigentlich gar nicht haben wollen: mitten ins Leben. Dass alle Menschen sterben werden, ist kein Geheimnis, aber es wird ständig eins daraus gemacht. Und wir versuchen alles, um die Gewissheit über das eigene Ende weit weg zu drängen. Das funktioniert meist nur, bis irgendwann ein Bekannter, eine Freundin oder jemand aus der Familie stirbt. Die Situation dann, wenn es so weit ist, anzunehmen, Ängste zu teilen, dem Sterben und Tod nicht auszuweichen, sondern vielmehr das Herz aufzumachen und Ruhe und Raum für das zu finden, was im nächsten Moment kommen mag, ist das größte Abschiedsgeschenk, das wir einem Menschen auf seinen letzten Weg mitgeben können.

Neulich traf ich mich mit einer älteren Dame, die ihre zukünftige Beisetzung genau berechnet und geplant haben wollte. Am Ende unseres Gesprächs hatten wir fast alles geklärt – die Bestattung, den Blumenschmuck, die Musik, den Platz auf dem Friedhof, und sie bedankte sich: »Ach, ich fühle mich jetzt richtig gut. Beinahe so, als hätte ich eine neue Küche gekauft.« Genau so soll es sein.

\* Name geändert

**Das Herz aufmachen  
und nicht ausweichen**



Miriam Brenner arbeitet unter anderem als Sterbebegleiterin, Bestatterin und Bloggerin in München.  
[www.fraueendlich.de](http://www.fraueendlich.de)  
[info@miriambrenner.de](mailto:info@miriambrenner.de)

Urteil des Bundesverfassungsgerichts

## Das Dilemma einer Regelung des selbstbestimmten Sterbens

Der Wunsch eines Patienten, zu sterben, ist gesellschaftliches Tabu, juristischer Schulfall und ärztliche Zwickmühle. Die Diskussion über die rechtlichen Rahmenbedingungen ist seit einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 einmal mehr eröffnet. Eine neue gesetzliche Regelung zeichnet sich ab, das Ende des Dilemmas dagegen nicht.

IHRE ENTSCHEIDUNG über die Verfassungsbeschwerden von Patienten und Anbietern von Hilfen zur Selbsttötung machten sich die Richterinnen und Richter des Bundesverfassungsgerichts mit ihrem Urteil vom 26. Februar 2020 (2 BvR 2347/15) nicht leicht. Präsident Andreas Voßkuhle führte zum Verhältnis zwischen Staat und Suizident aus:

### Selbstbestimmtes Sterben gehört zum Leben

»Wir mögen seinen Entschluss bedauern, wir dürfen alles versuchen, ihn umzustimmen, wir müssen seine freie Entscheidung aber in letzter Konsequenz akzeptieren.« Ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben sei Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts aus allgemeiner Handlungsfreiheit und Unantastbarkeit der Menschenwürde. Dieses Recht schließe die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, sei im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Hierzu gehöre auch die Freiheit, bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. § 217 Strafgesetzbuch (StGB) in seiner bisherigen Form höhle dieses Grundrecht aus. Das Bundesverfassungsgericht erklärte die Norm daher für nichtig.

### Rechtlicher Hintergrund

Den rechtlichen Hintergrund bildet unter anderem § 212 StGB, der die Grundnorm der sogenannten Straftaten gegen das Leben im Strafgesetzbuch darstellt. Wegen Totschlags wird bestraft, wer vorsätzlich – also mit Wissen und Wollen – einen anderen Menschen tötet. Da der Totschlag stets die Tötung eines anderen Menschen voraussetzt, ist der Tatbestand nicht erfüllt, wenn Täter und Opfer dieselbe Person sind. Deshalb ist die Selbsttötung im deutschen Recht nicht strafbar.

Tatbestandlich liegt auch dann ein Fall des Totschlags vor, wenn der Täter sein Opfer vorsätzlich tötet, obwohl das Opfer dies explizit möchte. Das StGB kennt den Begriff der aktiven oder direkten Sterbehilfe nicht, sondern nennt dies die Tötung auf Verlangen. Der Gesetzgeber erkennt aber das Dilemma (Mitleidskonflikt, Hilfsmotivation), in dem sich der Täter dann befindet, und mildert den Strafrahmen deutlich, wenn das Opfer seine Tötung ausdrücklich und ernstlich verlangt. Der ebenfalls nicht im Gesetz vorkommende Begriff der passiven Sterbehilfe umfasst die Konstellationen des Verzichts auf die Vornahme lebensverlängernder Maßnahmen durch einen Arzt oder durch andere Betreuungspersonen. Sie ist nicht strafbar.

### Beihilfe zur Selbsttötung

Grundsätzlich bestraft das Strafrecht den Täter einer Tat. Das ist diejenige Person, die die Tat als eigene will. Aber auch bloße Helfer werden bestraft. Ihre Hilfstat, die sogenannte Beihilfe, leitet sich dann aber vom Unrechtsgehalt der Grundtat ab. Als Gehilfe kann deshalb nur bestraft werden, wer an der rechtswidrigen Tat eines anderen helfend teilnimmt.

Da die Beihilfe also immer eine rechtswidrige Grundtat voraussetzt, ist die Beihilfe an einer Selbsttötung nicht strafbar, denn wie oben gezeigt, begeht der Suizident keinen Totschlag an sich selbst. Es verläuft daher ein schmaler Grad zwischen der Tötung auf Verlangen (hier ist der Getötete (nur) das Opfer) und der Beihilfe zur Selbsttötung, bei der das Opfer auch der Täter ist und eine weitere Person lediglich untergeordnete Hilfe leistet.

Der Gesetzgeber hatte aber in dem 2015 geschaffenen, nun vom BVerfG für nichtig erklärten § 217 StGB die geschäftsmäßige Beihilfe herausgegriffen und zu einer strafbaren Haupttat erhoben. Geschäftsmäßigkeit bedeutet, dass der Täter seine Tathandlung zu einem dauernden oder wie-



derkehrenden Bestandteil seiner Tätigkeit macht. Eine Gewinnerzielungsabsicht ist nicht erforderlich. Trotz aller juristischen Bemühungen um eine sehr restriktive Auslegung bewegen sich gerade Palliativmediziner in der Nähe einer solchen Geschäftsmäßigkeit. Und selbst wenn es am Ende zu keiner Bestrafung käme, genügt bereits das abstrakte Risiko einer möglichen Strafbarkeit, damit die Gefahr erzeugt wird, dass betroffene Ärzte im Zweifel zurückhaltender agieren könnten, als das wohlverstandene Patientenwohl dies verlangen würde.

### Selbstbestimmungsrecht des Kranken schützen

Das Ergebnis des § 217 StGB war also, dass der eigentliche Täter der Selbsttötung, der Suizident, straflos blieb, während sein Gehilfe bestraft werden konnte. Gerechtfertigt wurde die Norm insbesondere mit dem sogenannten Dammbruchargument. Dieses Argument beruft sich auf das Lebensinteresse schwerkranker Menschen, die nicht sterben wollen. Die dieses Argument vertretende juristische Literatur meint (nach Paul Bockelmann): »Nie mehr könne ein Leidender, dessen Beschwerden ernstlich sind, den Arzt an sein Lager treten sehen, ohne die bange Frage in sich auftauchen zu fühlen, ob der Arzt als Helfer komme oder als Mörder.« So überzeichnet diese Darstellung auch ist, so wenig kann ihr Kerngedanke – insbesondere bei Patienten, die nicht mehr

#### Der Arzt als Helfer oder Mörder?

gänzlich in der Lage sind, ihren Willen zu äußern – von der Hand gewiesen werden, auch wenn die ganz praktische Gefahr sicherlich gering ist. Hinzu tritt schließlich die über allem thronende grundsätzliche Ablehnung der Euthanasie vor der historischen Dimension der Erfahrungen des Nationalsozialismus. Gleichermassen im Blick des Gesetzgebers war die vermutlich viel geringere, aber dafür viel konkretere Gefahr fremdbestimmten Drucks des Kranken, aus rein monetären Gründen »sozialadäquat« sein Leben zu beenden. Letztlich, und dies hat auch eine verfassungsrechtliche Dimension, wollte der Gesetzgeber jede Relativierung des Lebensschutzes schon im Ansatz vermeiden: Der Suizid dürfe nicht den Anschein der Normalität bekommen, um das Selbstbestimmungsrecht des Kranken, weiterzuleben, zu schützen.

### Ausblick

Aufgrund der Nichtigkeit des bisherigen § 217 StGB ist (auch) die geschäftsmäßige Beihilfe zur Selbsttötung (wieder) erlaubt. Einem ärztlich assistierten Suizid steht lediglich das Landesrecht entgegen (§ 16 Satz 3 Musterberufsordnung – MBO), nicht das Strafrecht. Grenzen ergeben sich auch aus dem Betäubungsmittelrecht. Die strafrechtliche Erlaubnis bedeutet andererseits nicht, dass es eine Verpflichtung zur Suizidhilfe gibt.

Mit eigenen Überlegungen, das Dilemma aus Lebensschutz und Freiheit aufzulösen, hält sich das BVerfG zurück. Es sei dem Gesetzgeber gerade nicht verwehrt, Regelungen zur Suizidprävention zu treffen. Möglich seien ein Missbrauchsschutz durch prozedurale Sicherungen, die Prüfung der Zuverlässigkeit von Anbietern oder Verbote besonders gefahrenträchtiger Formen der Suizidhilfe. Es verbiete sich dagegen eine Aufstellung materieller Kriterien, insbesondere die Beschränkung der freien Selbsttötung auf beispielsweise unheilbare Erkrankungen.

### Gesetz in Planung

In diesem Rahmen muss sich also ein zukünftiges Gesetz bewegen. Ein aussichtsreicher Entwurf zielt darauf ab, Sterbewilligen zu garantieren, einen »freien Willen autonom bilden« zu können. Der Suizident müsse in der Lage sein, »auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider abzuwägen« und Handlungsalternativen zu kennen. Nahe an der gesetzlichen Regelung für Schwangerschaftsabbrüche wird eine Beratungspflicht vorgesehen. Aus der Fraktion der Grünen kommt die Modifikation nach differenzierten Voraussetzungen bei einem Sterbewunsch wegen einer schweren Erkrankung und aus sonstigen Gründen.

Gemein ist allen Vorschlägen, dass es keine Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten geben soll, Sterbehilfe anzubieten. Das Dilemma ist damit freilich bereits angelegt, wird doch das todbringende Medikament wohl einer ärztlichen Verschreibung bedürfen.



Dr. Henning Müller ist Direktor des Sozialgerichts Darmstadt.  
henning.mueller@sg-darmstadt.justiz.hessen.de

## Transsexualismus: Neue Begutachtungsanleitung veröffentlicht

Wann und unter welchen Voraussetzungen sind geschlechtsangleichende Maßnahmen für transsexuelle Menschen sozialmedizinisch zu empfehlen? Seit Ende 2020 gilt für die Gutachterinnen und Gutachter der Medizinischen Dienste die Begutachtungsanleitung *Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus*.

SVEN\* WURDE als Junge geboren, doch er fühlt sich als Mädchen. Seit Jahren zieht er sich entsprechend an. Aber das reicht ihm nicht: Der 20-Jährige will so schnell wie möglich auch seinen Körper verändern. Die Folgen eines Geschlechterwechsels sind jedoch, anders als beim Experimentieren mit Kleidungsstilen, weitreichend: Gegengeschlechtliche Hormonbehandlungen, die Entfernung weiblicher Geschlechtsorgane oder der plastische Aufbau männlicher Geschlechtsmerkmale können zu einem großen Teil nicht wieder rückgängig gemacht werden.

Umso wichtiger ist es, vor geschlechtsangleichenden Maßnahmen genau zu prüfen, ob der Eingriff medizinisch notwendig und gerechtfertigt ist. Für die sozialmedizinische Begutachtung entsprechender Anträge von gesetzlich Versicherten ist der Medizinische Dienst zuständig. Verbindliche Grundlage für dessen Gutachterinnen und Gutachter ist die Begutachtungsanleitung *Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus* (BGA Transsexualismus), die Ende 2020 in überarbeiteter Form erlassen wurde. Hintergrund der Überarbeitung war, dass die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften im Jahr 2018 eine neue S3-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie publiziert hatte.

### Immer mehr Gutachten im Bereich Transsexualismus

Bei der Diagnose Transsexualismus handelt es sich gemäß ICD-10, der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme der Weltgesundheitsorganisation, um den »Wunsch, als Angehöriger des anderen anatomischen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden. [...] Es besteht oftmals der Wunsch nach hormoneller und chirurgischer Behandlung, um den eigenen Körper dem bevorzugten Geschlecht soweit wie möglich anzugleichen«.

Eine offizielle Angabe, wie viele Personen in Deutschland transsexuell sind, gibt es nicht. Die Schätzungen reichen von 2000 bis 100 000 Personen. Die Medizinischen Dienste verfassten zuletzt immer häufiger versichertenbezogenen Stellungnahmen zu geschlechtsangleichenden Maßnahmen bei Transsexualismus: Waren es 2015 noch 2144 sozialmedizinische Gutachten, zählten sie 2019 bereits 3560 Stellungnahmen.

### Voraussetzung: krankheitswertiges psychisches Leiden

Die Diagnose Transsexualismus (F64.0) ist in der ICD-10 den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zugeordnet. Danach muss für die Diagnosestellung die transsexuelle Identität mindestens zwei Jahre durchgehend bestanden haben, und sie darf nicht Symptom einer anderen psychischen Störung wie zum Beispiel einer Schizophrenie sein. Ein Zusammenhang mit intersexuellen, genetischen oder geschlechtschromosomalen Anomalien muss ausgeschlossen sein.

Das Bundessozialgericht (BSG) sieht in seiner Rechtsprechung weniger den Transsexualismus als Erkrankung an, sondern vielmehr den im Einzelfall vorhandenen krankheitswertigen Leidensdruck: Als »krank« gelten Betroffene nur dann, wenn die innere Spannung zwischen dem biologischen Geschlecht und der seelischen Identifizierung mit dem anderen Geschlecht derart ausgeprägt ist, dass ein krankheitswertiges psychisches Leiden vorliegt.

Bei der sozialmedizinischen Begutachtung von Anträgen auf geschlechtsangleichende Maßnahmen ist zu klären, ob die Diagnose Transsexualismus gemäß ICD-10 vorliegt und



Nina Speerschneider ist Redakteurin im Team Öffentlichkeitsarbeit beim MDS. N.Speerschneider@mds-ev.de

ob die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme der beantragten geschlechtsangleichenden Maßnahmen gegeben sind.

Begutachtungsanleitungen wie die BGA Transsexualismus stellen sicher, dass die sozialmedizinische Einzelfallbegutachtung nach einheitlichen Standards erfolgt. Sie werden vom GKV-Spitzenverband als Richtlinien erlassen und sind für Krankenkassen und Medizinische Dienste verbindlich.

### Eingriff als Ultima Ratio

Da es sich bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen um einen meist irreversiblen Eingriff an einem biologisch gesunden Körper handelt, sieht die Sozialrechtsprechung geschlechtsangleichende Operationen nur im Sinne einer *Ultima Ratio* vor und gibt folgende Kriterien vor: eine valide Diagnosestellung gemäß ICD-10 sowie ein krankheitswertiger Leidensdruck, der durch eine Psychiaterin oder Psychotherapeutin bzw. einen Psychiater oder Psychotherapeuten individuell festgestellt wurde und durch psychiatrische und psychotherapeutische Mittel nicht ausreichend gelindert werden konnte. Des Weiteren wird geprüft, ob psychiatrische und psychotherapeutische Mittel zur Behandlung dieses Leidensdrucks ausgeschöpft wurden. Aus sozialmedizinischer Sicht ist hierfür eine Kurzzeittherapie von mindestens 12 Sitzungen à 50 Minuten erforderlich.

Darüber hinaus wird eine therapeutisch begleitete Alltagserfahrung der Betroffenen im empfundenen Geschlecht in allen Lebensbereichen über einen ausreichend langen Zeitraum gefordert. Dies soll zum einen eine vollinformierte soziale und medizinische Transition ermöglichen und zum anderen ausschließen, dass Betroffene den irreversiblen Eingriff im Nachhinein bedauern. Insbesondere bei genitalangleichenden Operationen wird in der Regel eine Alltagserfahrung von mindestens einem Jahr vorausgesetzt.

Bei der sozialmedizinischen Begutachtung über eine Behandlung bei Transsexualismus kamen die Medizinischen Dienste in den vergangenen Jahren in mehr als der Hälfte der Fälle zu dem Schluss, dass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme gegeben waren: 2015 waren in 58%, 2019 in 54,1% der Fälle die sozialmedizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung erfüllt beziehungsweise eingeschränkt erfüllt.

\*Name geändert

## Drei Fragen an ...

**Ruth Rohdich, Psychologische Psychotherapeutin am Kompetenz-Centrum Psychiatrie und Psychotherapie, die an der Überarbeitung der BGA Transsexualismus mitgewirkt hat**

### Warum wurde die Begutachtungsanleitung überarbeitet?

Eine Überarbeitung der BGA aus dem Jahr 2009 war bereits seit 2013 immer wieder im Gespräch in der MDK-Gemeinschaft gewesen, da diese sich auf Behandlungsempfehlungen aus dem Jahre 1997 bezogen. Bei der Überarbeitung war es wichtig, den aktuellsten Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zu berücksichtigen, deswegen konnte eine Aktualisierung der BGA erst nach Publikation der S3-Leitlinie zu Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie realisiert werden.

### Betroffenen-Verbände sehen die neu gefasste BGA kritisch. Warum?

Die Kritik bezieht sich zum Beispiel auf die weitere Verwendung der ICD-10 Diagnose F64.0 Transsexualismus, die laut Betroffenen-Verbänden veraltet sei. Dabei wird leider nicht berücksichtigt, dass, solange die in Deutschland gesetzlich vorgeschriebene Diagnoseklassifikation nicht geändert wird, die Diagnosen der ICD-10 weiterhin gültig und sozialrechtlich bindend sind. Eine weitere Kritik bezieht sich auf die Festlegung, dass Alltagserfahrungen im Regelfall weiterhin als Voraussetzung insbesondere für genitalangleichende Maßnahmen angesehen werden. Auch dabei wird übersehen, dass Alltagserfahrungen von der S3-Leitlinie für eine vollumfängliche Transition empfohlen werden und auch die etwas älteren *Standards of Care* (2011) dies für mindestens ein Jahr vor geschlechtsangleichenden Operationen empfehlen.

**Die noch nicht veröffentlichte ICD-11 ordnet die Diagnose Transsexualismus nicht mehr den Persönlichkeitsstörungen zu. Geschlechtsinkongruenz wird in den Abschnitt über >Probleme/Zustände im Bereich der sexuellen Gesundheit< aufgenommen. Was bedeutet das für die BGA Transsexualismus?**

Die BGA sollte nach Veröffentlichung der ICD-11 überarbeitet und aktualisiert werden. Ein Problem wird allerdings dabei sein, ob die für dieses Thema relevante Sozialrechtsprechung, welche sich auf die ursprüngliche Diagnoseklassifikation Transsexualismus mit entsprechendem krankheitswertigem Leidensdruck bezieht, auf diese neue Kategorie angewendet werden kann.



## Die offenen Wunden im System

Immer öfter werden Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Ziel von Hackerangriffen. Anfällig für Attacken sind dabei nicht nur die Netzwerke, sondern auch die medizinischen Geräte.

AM FRÜHEN MORGEN des 10. Septembers 2020 dringen Hacker in das IT-System der Uniklinik Düsseldorf ein und verschlüsseln dort den Zugang zu 30 Servern. Die Täter nutzen dabei die Schwachstelle in einer marktüblichen und kommerziell verbreiteten Zusatzsoftware aus. Mehr als eine Woche lang ist die digitale Infrastruktur des Krankenhauses weitgehend lahmgelegt. Aus Sicherheitsgründen müssen Operationen verschoben, und auch die Notfallaufnahme muss geschlossen werden, weil Mitarbeiter nicht mehr auf das Computerprogramm zugreifen können. Sensible Patientendaten wie Befunde, Laborwerte und Röntgenbilder sind wie eingefroren. Keine Hubschrauber dürfen landen, keine Notarztwagen das Krankenhaus ansteuern. Eine schwer erkrankte Patientin, die im Rettungswagen um ihr Leben kämpft, wird deshalb an der Uniklinik abgewiesen. Der Rettungsdienst fährt weiter nach Wuppertal. Mehr als eine halbe Stunde geht so verloren. Kurz nach ihrer Ankunft im Krankenhaus stirbt die Frau. Die Staatsanwaltschaft ermittelt wegen des Verdachts auf fahrlässige Tötung.

### Sicherheitsprobleme waren bekannt

Wie sich anhand der Obduktion herausstellt, wäre die Frau wahrscheinlich auch gestorben, wenn die Düsseldorfer Klinik sie aufgenommen hätte. Die Ermittlungen wegen fahrlässiger Tötung werden eingestellt, die

### Menschliche Schwachstelle im System

Suche nach den Hackern geht weiter. Auf einem der Server wird ein Erpresserschreiben hinterlassen, das allerdings nicht an die Uniklinik, sondern an die Düsseldorfer Heinrich-Heine-Universität gerichtet ist. Als den Tätern womöglich bewusst wird, dass ihr Angriff Menschenleben gefährdet, händigen sie den digitalen Schlüssel für den Server aus. Allem Anschein nach wurden weder Daten gestohlen noch unwiderruflich gelöscht. Es hätte also schlimmer kommen können. Und es hätte vor allem vermieden werden können. So hatte das Bundesamt für Sicherheit (BSI), das unter anderem für den Schutz der Regierungsnetze und die Sicherung zentraler Netzübergänge zuständig ist, nach eigenen Angaben bereits Monate zuvor vor Sicherheits-

problemen der Software gewarnt. Die Softwarefirma hatte darauf auch bereits reagiert, nur waren die Hacker allem Anschein nach schneller. Sie nutzten das kurze Zeitfenster, um in das System der Uniklinik einzudringen.

### Eingesetzte Komponenten müssen zertifiziert sein

Die Cyberattacke auf die Düsseldorfer Uniklinik ist bei weitem kein Einzelfall. Laut Bundesregierung ist die Zahl der Angriffe im Gesundheitsbereich in den vergangenen Jahren drastisch gestiegen. Wurden 2018 noch elf und im Jahr darauf 16 Fälle erfasst, waren es im vergangenen Jahr allein im Zeitraum Januar bis Mitte November 43.

Betroffen davon sind vor allem Krankenhäuser. Sie gehören zu den Organisationen und Einrichtungen mit wichtiger Bedeutung für das staatliche Allgemeinwesen und sind Teil der Kritischen Infrastrukturen (KRITIS), deren besonderer Schutz über das sogenannte IT-Sicherheitsgesetz geregelt ist. Ende 2020 hat das Bundeskabinett einen Entwurf für das IT-Sicherheitsgesetz 2.0 gebilligt. Mit diesem werden die Befugnisse des BSI zum Schutz kritischer Systeme erweitert und der Verbraucherschutz gestärkt. Das BSI soll nun auch Verbraucher in der Risikobewertung von Technologien, Produkten, Dienstleistungen und Medienangeboten unterstützen. Zudem dürfen KRITIS-Einrichtungen in ihrer IT nur noch Komponenten einsetzen, die über ein BSI-Sicherheitskennzeichen verfügen. »Wir haben in den letzten Jahren viel gegen den Terror getan. Wir müssen genauso viel dafür tun, dass Hacker und Spione nicht die Schaltzentralen unserer Krankenhäuser oder Energieversorger kapern«, rechtfertigt Innenminister Horst Seehofer den Entwurf des Gesetzes. Es sei ein »Durchbruch für Deutschlands Cybersicherheit«.

### Schnittstellen werden zu Schwachstellen

Fast am gleichen Tag hat das Bundesamt für Sicherheit den Abschlussbericht des Projekts *ManiMed* (Manipulation von Medizinprodukten) vorgelegt. Das BSI-Projekt hat sich mit der Cybersicherheit vernetzter Medizinprodukte befasst.





Untersucht auf ihre Anfälligkeit wurden dabei Herzschrittmacher, Insulin- und Infusionspumpen, Beatmungsgeräte und Patientenmonitore. Elf Geräte mit Netzwerk- und Kommunikationsschnittstellen wurden überprüft, mehr als 150 Schwachstellen wurden dabei definiert. Wie aus dem Bericht hervorgeht, waren die Schwachstellen häufig nicht in den Medizinprodukten selbst, sondern vermehrt in der ergänzenden Infrastruktur zu finden. Die Infusionspumpen beispielsweise erwiesen sich als äußerst robust und selbst bei einem Infrastrukturausfall als zuverlässig, wohingegen die Dockingstationen der Pumpen aufgrund ihrer Kommunikationsschnittstellen eine Angriffsfläche boten. Die Hersteller der medizinischen Produkte wurden im Rahmen der Überprüfung auf die Schwachstellen hingewiesen und diese dann auch sehr schnell beseitigt. Wichtig sei, entdeckte Mängel offen zu kommunizieren, rät die für den ManiMed-Report zuständige BSI-Referentin Dina Trixius betroffenen Unternehmen und Einrichtungen. »Es ist keine Schande, wenn Schwachstellen in Produkten entdeckt werden«, so Trixius.

### Ein kleiner Klick mit großer Wirkung

Eine wesentliche Schwachstelle im System ist und bleibt der Mensch. Ein Klick auf den manipulierten Link in einer E-Mail löst die Kettenreaktion aus. Und die Zahl der Schadprogramm-Varianten, die diese Schwäche ausnutzen, wächst rasant. Laut BSI sind allein im Zeitraum Juni 2019 bis Mai 2020 mehr als 117 Millionen neue Schadsoftware-Varianten aufgetaucht. Als eine der größten Bedrohungen für kritische Infrastrukturen gilt die *Ransomware*. *Ransom* ist das englische Wort für Lösegeld, und genau darum geht es. Der erfolgreiche Einsatz dieser Art von Schadsoftware verhindert den Zugriff auf lokale oder im Netzwerk erreichbare Daten und Systeme. Oft werden Nutzerdaten oder ganze Datenbanken verschlüsselt. Die Opfer erhalten anschließend eine Nachricht, dass die Beschränkung bei Zahlung eines Lösegelds wieder aufgehoben werde. Gedroht wird dabei in der Regel mit einer sukzessiven Löschung oder Veröffentlichung der verschlüsselten Daten.

### Erfolgreicher Schlag gegen gefürchteten Trojaner

Der mit Abstand bekannteste Vertreter der Ransomware ist das Schadprogramm *Emotet*. Vor zwei Jahren wurde das Klinikum Fürth Opfer eines Hackerangriffs, bei dem eben-

falls der gefürchtete Trojaner zum Einsatz kam. Genau wie in Düsseldorf wurde der Krankenhausbetrieb weitgehend lahmgelegt. Eingeschleust wurde das Virus nach Angaben der Klinik per Mail. Wie viel Schaden Emotet bislang weltweit angerichtet hat, lässt sich kaum beziffern. Das Bundeskriminalamt geht aber davon aus, dass der Trojaner, dessen Netzwerk Anfang des Jahres durch eine gemeinsame Aktion von Europol und Eurojust zerschlagen wurde, allein in Deutschland seit 2018 einen Schaden von 14,5 Millionen Euro verursacht hat.

### Corona lässt grüßen

Es gibt aber auch noch ein weiteres Virus, das die IT-Sicherheit von Krankenhäusern gefährdet. Und das ist COVID-19. Seit dem Ausbruch der Pandemie haben die Cyberattacken spürbar zugenommen. Experten vermuten, dass die Hacker die prekäre Situation der Krankenhäuser gezielt ausnutzen. »Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass die Digitalisierung in Krankenhäusern noch nicht im notwendigen Maß entwickelt ist und genutzt wird«, so Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhaus-Gesellschaft (DKG), der in dem vom Bundestag im Herbst 2020 verabschiedeten *Krankenhauszukunftsgesetz* einen deutlichen Schub für die Digitalisierung der Krankenhäuser sieht. Das Gesetz sieht vor, dass von den darin vorgesehenen 4,3 Milliarden Euro aus Bundes- und Landesmitteln mindestens 15% in die IT-Sicherheit investiert werden müssen. Das Corona-Virus hat also ungewollt auch die Entwicklung in die gewünschte Richtung beschleunigt. Wären da nur nicht die vielen anderen Viren, die nach jeder Sicherheitslücke im System Ausschau halten.

### Mehr Cyberattacken seit Corona



Uwe Hentschel lebt und arbeitet als freier Journalist in der Eifel und schreibt dort für deutsche und luxemburgische Medien. [hentschel@gееife.lt.de](mailto:hentschel@gееife.lt.de)

## Auf der Suche nach dem Glück

Im Vergleich zu den meisten Menschen dieser Welt haben wir in Deutschland ein sicheres und gutes Leben. Selbst in der Corona-Krise, die viele sehr stark belastet. Doch richtig zufrieden wirken wir auch in normalen Zeiten oft nicht. Warum nicht? Was fehlt uns zum Glücklichsein?

»WER IST EIGENTLICH der glücklichste Mensch der Welt?«, denke ich, während eine neue Arbeitswoche unter Corona-Pandemie-Bedingungen beginnt. Der Große sitzt endlich vorm Tablet und beginnt mit seinem Online-Unterricht. Derweil hat der Kleine gegen meinen Willen den Fernseher angemacht. Die Lautstärke ist beträchtlich. Meine Frau läuft mit dem Headset durch die Wohnung und macht mir meinen Platz am Wohnzimmertisch streitig. Den brauche sie für ihren Rechner, die erste Video-Konferenz starte gleich.

Kraftlos sinke ich auf meinen Stuhl und weiß genau: Ich bin gerade nicht der glücklichste Mensch der Welt. Deshalb frage ich meinen Freund Google, der für gewöhnlich alles weiß. Und siehe da: Der glücklichste Mensch sei der 74-jährige buddhistische Mönch Matthieu Ricard – Wissenschaftler hätten das mit einem Hirnscan herausgefunden. Die Forscher stellten bei ihm eine ungewöhnlich starke Aktivität in der linken Seite des präfrontalen Kortex fest. Je stärker dieser Bereich ausgeprägt ist, desto positivere Gefühle hat der Mensch.

### Im Training

Während ich mich frage, ob ich überhaupt im Besitz dieses Gehirnnareals bin, lese ich, dass man Glücklichsein trainieren könne. Meine Neugier ist geweckt. Unser Glückspilz Matthieu Ricard erklärt, wie das geht: »Wohllollen, Achtsamkeit, emotionale Ausgeglichenheit und Widerstandsfähigkeit sind Eigenschaften, die wir trainieren können. Zu Beginn des Trainings solltet ihr versuchen, euch zehn bis 15 Minuten am Tag positiven Gedanken zu widmen.«

»Nichts leichter als das«, denke ich und mache mich auf die Suche nach dem Glück. Und siehe da, ich bin nicht der Erste. Eine ganze Wissenschaft widmet sich diesem Thema. Die *Positive Psychologie* geht zurück auf Abraham Maslow, der den Begriff 1954 prägte. Der US-amerikanische Psychologe Martin Seligman griff das Konzept 1998 wieder auf und gewann damit zahlreiche Anhänger. Sie suchen Antworten auf die Frage, was uns Menschen stärkt und unsere Lebens-

freude steigert. Wie gelingen positive Beziehungen, und was macht das Leben lebenswerter? Kurz: Es geht um die Förderung von Lebenszufriedenheit, die Erforschung der positiven Seiten des Menschseins und um die Stärkung der psychologischen Widerstandskraft (Resilienz).

Aber was ist Glück eigentlich? Der **Eine Frage der Einstellung** Duden definiert Glück als eine »angenehme und freudige Gemütsverfassung, in der man sich befindet, wenn man in den Besitz oder Genuss von etwas kommt, was man sich gewünscht hat«. Es sei ein »Zustand der inneren Befriedigung und Hochstimmung«. Das Wort Glück bedeutete ursprünglich »Art, wie etwas (gut) endet«. Es war demnach der günstige Ausgang eines Ereignisses. In anderen Sprachen wird zwischen *Glück haben* und *glücklich sein* deutlich unterschieden. Bereits im Griechischen gibt es *eutychia* und *eudaimonia*, im Lateinischen *fortuna* und *beatitudo*, und die Briten beispielsweise unterscheiden *to be lucky* (Glück haben) und *to be happy* (glücklich sein). Während man, wie bei einem Lottogewinn, Glück einfach so haben kann, hängt die Fähigkeit, glücklich zu sein, auch von eigenen Einstellungen und Bemühungen ab. Man muss etwas tun, um glücklich sein zu können. Das subjektive Wohlbefinden kann daher für jeden etwas anderes bedeuten. Ein Patentrezept zum Glücklichwerden gibt es nicht. Allerdings existieren fundierte Forschungsergebnisse, darunter die Grant-Studie der US-amerikanischen Harvard University in Cambridge, die 1937 begann und bis heute nicht abgeschlossen ist, die zeigen, was zu einem glücklichen Leben beiträgt.

### Stärken stärken

Die eigenen Stärken zu entwickeln, anstatt viel Energie für seine Schwächen aufzuwenden, hilft dem Glücksgefühl nachweislich auf die Sprünge. Wer seine Stärken einsetzt, macht größere Fortschritte. Dadurch werden wichtige Bedürfnisse befriedigt, was sich positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Dabei helfen die drei Enthusiasmus-Fragen: Wor-



auf bin ich stolz? Was tue ich gern bzw. woran habe ich Freude? Worauf freue ich mich in den nächsten Wochen? Gemeinsamkeiten in den Antworten gelten als Stärken, die man sich aufschreibt. Dann gilt es zu überlegen, wie sich diese Stärken besser in den Alltag integrieren lassen.

### **Anderen zu helfen macht glücklich**

»Wer sich besser fühlen will, sollte sein Glück in der Güte und dem Wohlwollen anderen gegenüber suchen«, ist Matthieu Ricard überzeugt. Das führe nicht nur dazu, dass man sich besser fühlt, sondern Sorge auch dafür, dass einem andere Menschen positiver begegnen. Gerade in der Corona-Krise gilt: Wer jetzt agiert und interagiert, nimmt sich als Handelnder und nicht als Opfer wahr. Wer engagiert und Teil einer Gemeinschaft ist, bleibt zuversichtlicher – egal, ob er älteren Nachbarn seine Hilfe beim Einkauf anbietet oder freie Abende nutzt, um Kontakt zu Freunden zu halten.

### **Geld haben und ausgeben – aber richtig!**

»Geld macht nicht glücklich, es beruhigt nur die Nerven«, sang bereits Rio Reiser. Und er sollte recht behalten: Lara Aknin, Michael Norton und Elizabeth Dunn fanden 2008 heraus, dass wir Menschen den Einfluss von Reichtum auf unser Wohlbefinden erheblich überschätzen und Geld nicht annähernd so glücklich macht, wie wir oft glauben. Wenn es um unser Wohlbefinden geht, sind andere Dinge viel wichtiger, zum Beispiel die Art und Weise, wie wir unser Geld ausgeben. Dies untersuchten die amerikanischen Psychologen Ryan Howell und Graham Hill. Sie fanden heraus, dass der Kauf von Erlebnissen und Erfahrungen, wie beispielsweise ein Konzertbesuch oder ein Ausflug ins Museum, glücklicher macht als materielle Errungenschaften. Durch Erfahrungen werden wichtige Bedürfnisse erfüllt – man erlebt eine engere Verbundenheit mit anderen Menschen und fühlt sich lebendig. Außerdem macht man weniger soziale Vergleiche als beim Kauf von Konsumgütern. Die Psychologin Ulrike Bossmann bringt es auf den Punkt: »Wenn du glücklich sein willst, kauf dir Erfahrungen statt Zeug.«

### **Sport und frische Luft**

2013 statteten die englischen Glücksforscher George MacKerron und Susana Mourato Versuchspersonen mit einer App aus und sendeten ihnen dann in zufällig ausgewählten Momenten einen Fragebogen zum subjektiven Wohlbefinden. Während sie die Fragen beantworteten, wurde ihr Standort per GPS ermittelt. Das Ergebnis: Die Probanden fühlten sich glücklicher, wenn sie sich in der Natur aufhielten, als wenn sie beispielsweise gerade in der Stadt waren. Steigern lässt sich dieser Effekt durch die Art der Betätigung im Freien. Es gibt unterschiedliche Erklärungen dafür, warum sich Sport positiv auf das Wohlbefinden auswirkt. Eine davon bietet die Ablenkungshypothese. Sport lenkt uns von Dingen ab, die uns belasten. Auch auf biochemischer Ebene passiert viel. Es werden verschiedene Moleküle, sogenannte Neurotrophine und Endorphine ausgeschüttet, die unser Wohlbefinden steigern. Vermutet wird zudem, dass Sport auch das Immunsystem stärkt und unsere Stimmung hebt.

### **Mit Multitasking zum Glück?**

### **Kreativität und Glück**

Werden kreative Menschen mit glücklichen Menschen verglichen, treten viele Übereinstimmungen zu Tage. Kreativität scheint eine wichtige Säule für Glück zu sein. Das zeigt eine Studie von Tamlin Conner, Colin DeYoung und Paul Silvia von der University Minnesota. Versuchspersonen, die am Vortag Zeit mit kreativen Aktivitäten verbracht hatten, berichteten von mehr positiven Gefühlen und Glücksempfinden.

Auch für die Corona-Krise haben die Forscher ein Motto parat: »Es geht nicht darum, was dir widerfährt, sondern wie du damit umgehst.« Während ich noch überlege, was dieser Satz für mich bedeutet, beantworte ich die Fragen meines Großen zum Englischunterricht, baue ein Legohaus für den Kleinen und versuche, den Chef am Telefon davon zu überzeugen, mir zwei Tage Aufschub zu gewähren. Ach so, kochen muss ich heute auch noch irgendwann. Om ...



**Markus Horn** ist Online-Redakteur der MDK-Gemeinschaft  
Markus.Horn@mdk-sachsen.de

## Aufforderung zum Tanz

Rückenschmerzen sind einer der häufigsten Gründe für den Gang in die Arztpraxis, für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung. Viele Therapien setzen auf gezielte Bewegung – auch und vor allem zur Prävention. Dabei hat sich gezeigt: Positive Effekte erzielen und den Rücken stärken kann auch das Tanzen.

»DAS IST schon ein Kreuz mit dem Kreuz«, Bärbel Schultz\* lächelt gequält. Ihr Rücken schmerzt heftig, vor allem im Bereich der Lendenwirbelsäule. »Das Alter hat meine Bandscheiben müde werden lassen«, sagt die 62-Jährige. Über die Jahre hat sie wegen ihrer Osteochondrose immer wieder Schmerzmittel und Spritzen bekommen, mehrfach Physiotherapie erhalten, doch operieren lassen will sie sich nicht. Stattdessen tanzt sie seit einer Weile. Ein Hobby, das ihr neben neuen Bekanntschaften auch mehr Beweglichkeit beschert hat – trotz ihrer Rückenschmerzen.

### Volkskrankheit Rücken

Jedes Jahr am 15. März erinnert der Tag der Rückengesundheit an die Volkskrankheit Nummer Eins: Rückenschmerzen. Etwa 85% der Erwachsenen haben schon einmal darunter gelitten. Zwei von drei Betroffenen haben wiederholt Schmerzepisoden. Mit fast 50% sind Rückenschmerzen die häufigste Diagnose bei Orthopäden. Mit dem Alter nehmen Rückenprobleme zu, aber auch immer mehr jüngere Menschen sind betroffen. Die Krankheitskosten für Rückenschmerzen belaufen sich laut Schätzungen des Statistischen Bundesamtes auf rund neun Milliarden Euro pro Jahr, weitere Kosten durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit kommen hinzu. In Betrieben sind die meisten Fehltagel rückenbedingt. Gut ein Viertel der Arbeitnehmer kämpft oft mit Rückenproblemen, so eine Studie der pronova BKK. Oft sind die Beschwerden nicht von Dauer, kommen aber immer wieder.

Häufig verursachen Muskel- und Bänderprobleme, Fehlhaltungen, Entzündungen oder ein Verschleiß der Wirbelsäule und Bandscheiben die Schmerzen. Bewegungsmangel, langes Sitzen und einseitige Bewegungsabläufe (schweres und falsches Heben) können ebenso Ursache sein wie Überbelastung bei schwerer körperlicher Arbeit. Auch starkes Übergewicht sowie psychische Belastungen oder Stress wirken sich oft negativ aus.

### Regelmäßige Bewegung kann helfen

Die Behandlung chronischer Rückenschmerzen ist meist langwierig, das Krankheitsbild in der Regel ebenso vielschichtig wie die Krankengeschichte. In der Therapie von Rückenschmerzen ist daher ein biopsychosozialer Ansatz, der das Zusammenspiel körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren berücksichtigt, wichtig, findet Dr. Thomas Cegla, Chefarzt der Schmerzambulanz des Helios Universitätsklinikums Wuppertal und Leiter des regionalen Schmerzzentrums der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin: »Die Auslöser sind nicht immer veränderbar, doch Zweitereignisse deutlich seltener, wenn Betroffene sich regelmäßig bewegen. Schon eine geringe sportliche Betätigung kann vor chronischen Schmerzen schützen. Das Tanzen ist dafür eine ideale Möglichkeit und kann auch eine Behandlung effektiv unterstützen, ohne als Therapie empfunden zu werden.«

### Den Rücken stärken

### Aktivität erhalten

Oft haben Rückenleiden weitreichende Auswirkungen, weiß Cegla: »Langanhaltende Schmerzen beeinträchtigen nicht nur die körperliche Leistungsfähigkeit, sondern ebenso die Psyche und die soziale Situation der Betroffenen.« Dieser Mehrdimensionalität müsse eine umfassende Behandlung entsprechen: »Dabei stehen körperliche Aktivität und Bewegung im Vordergrund.« Bei einer multimodalen Schmerztherapie kann auch die Tanztherapie als alternative Form der Psychotherapie einen positiven Einfluss haben, meint er. Sie ist jedoch keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

»Der Tanz ist oft ein wenig unterbewertet in dem, was er alles schaffen kann«, ist Anke Heidemann überzeugt. Für die Tanz- und Yogatherapeutin, die am Klinikum Magdeburg arbeitet und sich daneben als Tanztrainerin im Senioren-



tanz-Zentrum an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg engagiert, ist Tanzen »für Menschen mit Rückenproblemen ein geeigneter Weg, sich mit dem eigenen Empfinden auseinanderzusetzen und zugleich motorisch-funktionelle, koordinative sowie kognitive Fähigkeiten anzusteuern, um die körperlichen Aktivität zu fördern«.

### Tanzen tut Körper und Seele gut

Wie gut ihr das Tanzen tut, hätte Bärbel Schultz sich niemals vorstellen können. »Ich bin ja kaum noch aus dem Haus. Und dann treffe ich auf dem Weg zum Arzt eine Bekannte, die mir von ihrem Kurs im Seniorentanz-Zentrum an der Magdeburger Uni vorschwärmt.«

An einem ihrer guten Tage geht sie schließlich mit, lernt Trainerin Anke Heidemann kennen und ist so begeistert, dass sie sich sofort für ihren Kurs anmeldet. Wie positiv Tanzen auf die Gesundheit wirkt, hat Tanztherapeutin Heidemann in über 30 Jahren immer wieder beobachtet. »Die Freude an Bewegung wird gefördert und die Psyche positiv beeinflusst. Im ganzen Körper passiert dabei so viel. Die Muskeln lockern sich, was Verspannungen und Blockaden löst. Die Gelenkigkeit nimmt zu, die Muskulatur wird kräftiger, Ausdauer und Koordination werden besser. Auch Körper- und Raumwahrnehmung werden trainiert, dadurch wächst das Zutrauen in den Körper und Ängste werden abgebaut. Das Gehirn ist die ganze Zeit gefordert, das hält geistig fit.«

Beim Tanzen würden körperliche, emotionale, psychische, kognitive und soziale Prozesse einbezogen, was gesundheitsfördernd und heilend wirke. Obgleich es bislang nur wenige Studien und Daten dazu gibt und sich nach Cegla »nicht alles wegtanzen lässt«, bestätigen Experten wie Dr. Hubert R. Dinse vom Institut für Neuroinformatik an der Ruhr-Universität Bochum eine positive Wirkung. »Als Therapie wird Tanzen für Parkinson- und Alzheimerpatienten eingesetzt. Zusätzlich werden Tanztherapien in vielen anderen Bereichen wie Demenz, Übergewicht oder psychische Erkrankungen eingesetzt«, weiß auch der Allgemeine Deutsche Tanzlehrerverband (ADTV e.V.). Wissenschaftliche Studien mit Senioren hätten zudem gezeigt, dass selbst ein Beginn im höheren Alter mit geringer Intensität schnell positive Veränderungen bewirkt. »Einige Menschen denken, Tanzen ist nur für Junge, Schlanke und Fitte. Doch Tanzen ist wirklich für jeden geeignet«, so der ADTV.

### **In Bewegung bleiben**

### Weniger Schmerzen, mehr vom Leben

Das Spektrum ist breit gefächert und reicht von Hip-Hop über Standard- und Lateinamerikanische Tänze bis hin zu speziellen Angeboten für Senioren wie Rollator- oder Sitztanz. Schätzungen gehen davon aus, dass 51% der Deutschen zumindest gelegentlich tanzen, und es werden offenbar immer mehr. So freuen sich viele Tanzkurse über steigendes Interesse nach Tanzfilmen und Tanz-Shows im tv.

Bärbel Schultz war schnell vom Hochgefühl beim Tanzen erfasst: »Meine Beweglichkeit wurde deutlich besser, die Schmerzen immer seltener. Ich übe jetzt sogar regelmäßig allein zu Hause. Es ist zwar schade, dass mir ein Tanzpartner fehlt, aber der Besen tut's ja auch«, lacht die Seniorin. Und noch eine wichtige Erfahrung hat sie gemacht: »Es war schön wieder neue Leute kennenzulernen.« Neben den sozialen Kontakten sieht Trainerin Anke Heidemann weitere typische Vorteile: »Die Freude beim Tanzen lässt Schmerzen und Einschränkungen in den Hintergrund rücken. Oft unbemerkt werden vermeintliche Grenzen überwunden, man geht über den Schmerz hinaus und dadurch nach vorne.« Besonders in der Gruppe entwickle sich eine Eigendynamik, die motiviere und mutiger mache.

### **Darf ich bitten?**

Immer wieder stellt sie fest, wie sich vor allem Senioren durch das Tanzen verändern: »Die Körperhaltung strafft sich, der Rücken wird gerader, das Kinn hebt sich, und die Schultern sinken. Das macht auch was mit dem Selbstbewusstsein.« Schaut sie dagegen auf die junge Generation, der oft Bewegung und Beweglichkeit fehlen, ist sie überzeugt, dass Rückenschmerzen weiterhin ein großes Thema bleiben werden. »Zum Glück gewinnt das Tanzen wieder zunehmend an Bedeutung.«

Gemeinsam mit ihrer Tanzgruppe und Bärbel Schultz hat sie für den Welttanztage am 29. April eine eigene Choreografie einstudiert. Zurzeit üben die Tänzer alleine zu Hause vor dem Computer. Doch sie hoffen, am Welttanztage online vereint für ihr gemeinsames Hobby begeistern zu können.

\*Name geändert



**Christine Probst** ist Mitarbeiterin im Fachbereich Personal / Recht / Kommunikation beim MDK Sachsen-Anhalt. christine.probst@mdk-san.de

## Religiöse Vielfalt in der Gesundheitsversorgung

Die Zahl der Muslime in Deutschland steigt. Als Patienten in Arztpraxis, Krankenhaus oder Pflegeheim haben sie besondere Bedürfnisse. In den meisten Fällen kann das Gesundheitssystem damit gut umgehen. Manchmal birgt dies aber auch Herausforderungen und erfordert einen sensiblen Umgang.

EIGENTLICH HAT die Therapie gut begonnen. Ahmed G.\* hatte sich wegen eines urologischen Problems an seinen Arzt gewandt. Dieser verschreibt ein Medikament. Doch als der Patient erfährt, dass das Präparat auch aus der Bauchspeicheldrüse von Schweinen gewonnen wird, bricht er die Behandlung ab. Der Therapieerfolg bleibt aus.

Etwas mehr als 5% der deutschen Bevölkerung – rund 4 Millionen Menschen – bekennen sich zum islamischen Glauben. Viele von ihnen sind in Deutschland geboren, andere haben es sich im Laufe ihres Lebens zur Heimat gemacht. In dem Maße, in dem die Bevölkerung vielfältiger wird, kommt auch das Gesundheitssystem immer öfter mit muslimischen Patienten, Ärztinnen und Pflegefachkräften in Kontakt. Meist geschieht das völlig reibungslos. Hin und wieder kann es jedoch zu Missverständnissen oder Konflikten kommen, zum Beispiel, wenn Pflegekräfte die islamischen Regeln zur Körperhygiene nicht kennen und deshalb von den Patienten abgelehnt werden, wenn sie diese baden statt duschen wollen. Im schlechtesten Fall kann dies den Erfolg der gesundheitlichen Versorgung gefährden.

### Jeder ist selbst verantwortlich

benzene zur Heimat gemacht. In dem Maße, in dem die Bevölkerung vielfältiger wird, kommt auch das Gesundheitssystem immer öfter mit muslimischen Patienten, Ärztinnen und Pflegefachkräften in Kontakt. Meist geschieht das völlig reibungslos. Hin und wieder kann es jedoch zu Missverständnissen oder Konflikten kommen, zum Beispiel, wenn Pflegekräfte die islamischen Regeln zur Körperhygiene nicht kennen und deshalb von den Patienten abgelehnt werden, wenn sie diese baden statt duschen wollen. Im schlechtesten Fall kann dies den Erfolg der gesundheitlichen Versorgung gefährden.

### Gesundheitliche Selbstverantwortung

Diese Sorge beschäftigt auch die Medizinethik, so zum Beispiel den Gesundheitswissenschaftler İlhan İlkılıç, der lange Jahre Mitglied des Deutschen Ethikrates war. Er setzt sich regelmäßig mit dem muslimischen Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Tod und dessen Konsequenzen für das deutsche Gesundheitssystem auseinander und plädiert für einen bewussten und sensiblen Umgang miteinander.

Aus der im Koran festgeschriebenen Handlungsfreiheit des Menschen und der Auffassung, dass die Gesundheit als hohes Gut gilt, schließt İlkılıç: »Das Verständnis von Gesundheit als Gottesgabe und dem Menschen anvertrautes Gut bil-

det zugleich den Ausgangspunkt für die Begründung einer gesundheitlichen Selbstverantwortung.« Der Mensch ist demnach angehalten, mit seinem Körper verantwortungsbewusst umzugehen. Damit lassen sich Regeln zu Ernährung und Hygiene ebenso begründen wie die Aufforderung zur gesunden Lebensführung oder zum Arztbesuch bei Krankheit.

Intensiv beschäftigt sich der Islam auch mit Fragen um das Ende des Lebens. Für gläubige Muslime ist der Tod nicht das Ende der menschlichen Existenz, sondern stellt die Heimkehr des Menschen zu Gott dar. Aus der Heiligen Schrift des Islam lassen sich, ebenso wie etwa aus der Bibel, jedoch nur schwer konkrete medizinische Handlungsempfehlungen für den Alltag im 21. Jahrhundert gewinnen. Besonders deutlich wird dies in Extremsituationen, etwa wenn eine Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass keine Hoffnung mehr auf Heilung besteht. Zwar lehnen gläubige Muslime die aktive Sterbehilfe einhellig ab. Doch bei Fragen zu einer möglicherweise das Leben verkürzenden Schmerztherapie unterscheiden sich die theologischen Positionen. Während manche auch solche Therapien ablehnen, stellen andere die Entscheidung darüber den Betroffenen frei.

### Seit Jahren die gleichen Fragen

Streitfragen wie diese verdeutlichen die enorme Pluralität innerhalb des Islams, der mit knapp zwei Milliarden Anhängern zweitgrößten Religion der Welt, innerhalb derer sich mehrere Konfessionen und Rechtsschulen unterscheiden lassen. Pauschalisierende Aussagen zu *den* Muslimen und *ihren* Vorstellungen zu Gesundheit, Krankheit und Tod lassen sich deshalb, abgesehen von einigen wenigen Grundsätzen, nur schwer treffen, warnt İlkılıç.

Das gilt entsprechend auch für die in Deutschland lebenden Muslime. Mit ihren Erfahrungen im Gesundheitssystem setzt sich unter anderem das *Ethno-Medizinische Zentrum* in Hannover auseinander. Seit das Zentrum vor rund 20 Jahren



eine Umfrage zur Versorgung von Muslimen im Gesundheitswesen durchführte, seien die praktischen Fragen, mit denen sich muslimische Patientinnen und Patienten im deutschen Gesundheitssystem beschäftigten, oftmals dieselben geblieben, sagt Betriebsleiter Ahmet Kimil. Zu diesen zählt die Möglichkeit der Religionsausübung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Bestehen Gelegenheiten zum Gebet in ruhigen Räumen? Können sich Gläubige rituell mit fließendem Wasser waschen? Und kann die Kantine Speisetabus berücksichtigen? »Nicht alle Muslime legen auf diese Fragen in gleicher Weise wert«, sagt Kimil. Den einen sei es wichtig, von Ärzten desselben Geschlechts behandelt zu werden, um dem religiösen Schamgebot zu entsprechen, andere würden darauf weniger achten.

Generell habe sich aber das Bewusstsein für die Bedürfnisse muslimischer Patientinnen und Patienten gebessert, beobachtet Kimil. In zahlreichen Kliniken gebe es mittlerweile Integrationsbeauftragte. Auch an anderer Stelle hat die Sensibilität zugenommen, sagt David Kröll, Pressesprecher des Pflegeschutzbundes Biva: »Bei der Verpflegung, etwa in Pflegeheimen, sind viele Caterer und Köche sowieso darauf eingestellt, Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Diäten zu versorgen. Für sie sind islamische Speisevorschriften dann einfach eine weitere Diät.«

### Unterschiedliche Kulturen, Religionen, Sprachen

Komplizierter wird die Situation jedoch, weil sich individuelle religiöse Vorstellungen mit kulturellen Faktoren vermischen. Wenn der eine laut und expressiv auf Schmerzen reagiert und die andere still und leise leidet, sind diese unterschiedlichen Ausdrucksformen eher kulturell als religiös geprägt, sagt Ahmet Kimil. Dazu kommen unterschiedliche Sprachen in den Herkunftsländern.

Auf die besonderen Bedürfnisse von türkischsprachigen muslimischen Pflegebedürftigen hat sich zum Beispiel der Berliner Pflegedienst *Dosteli* eingerichtet: »Diese Menschen haben jahrelang in die Pflegekassen eingezahlt, wir wollen ihnen deshalb so etwas wie eine muslimische Caritas bieten«, sagt Geschäftsführer Jan Basche. Gerade in der ambulanten Pflege sei dabei die Kenntnis religiöser Regeln alleine nicht ausreichend. Zwar sei es wichtig, neben Ramadan und Opferfest auch die weiteren Feiertage des islamischen Kalenders zu kennen. Zusätzlich aber würden beispielsweise pflegebedürftige Menschen mit Demenz, die einst nach Deutschland

eingewandert seien, ihre erlernten Fremdsprachen vergessen. Deshalb sei es umso wichtiger, dass die Pflegekräfte Türkisch sprechen.

### Kultursensible Pflege fördern

Daher überrascht es nicht, dass immer mehr Pflegedienste gezielt Mitarbeitende einstellen, die unterschiedliche Sprachen sprechen. Auch in der Ausbildung nimmt interkulturelle Kompetenz und kultursensible Pflege inzwischen mehr Raum ein. »Es wäre allerdings vermessen zu glauben, im Lehrplan alle Details behandeln zu können«, gibt Marcus Rasim zu bedenken. Für den langjährigen Leiter mehrerer Pflegeschulen in Bayern ist es vielmehr das Ziel, die Auszubildenden für kultursensible Pflege zu sensibilisieren. »Schon wenn die Azubis über ihre eigenen Wünsche und Ängste beim Thema Sterben reflektieren, zeigen sich große individuelle Unterschiede«, sagt er und rät: »Gerade weil alle Menschen ihre eigenen Vorstellungen haben, ist es wichtig, dem Gegenüber mit Interesse zu begegnen und den Menschen kennenlernen zu wollen, mit dem man es zu tun hat.«

Zunehmend mehr Auszubildende würden den Islam auch aus ihrer eigenen Familie kennen und hätten so einen besseren Zugang zum Thema. Zusätzlich plädieren Experten wie Ahmet Kimil vom Ethno-Medizinischen Zentrum dafür, dem Verhältnis von muslimischen Patienten zum deutschen Gesundheitssystem auch in Fortbildungen regelmäßig Raum zu geben. Dann hätte sich der Fall von Ahmed G. möglicherweise anders aufgelöst. Hätte der Urologe mit seinem Patienten über dessen Vorstellungen gesprochen, wäre es unter Umständen möglich gewesen, eine andere Therapie zu wählen.

Einig sind sich Patientenschützer und Praktiker in einem weiteren Punkt: »Auf individuelle Probleme einzugehen kostet Zeit«, sagt Biva-Sprecher David Kröll. Umgesetzt werden könne das in Aus- und Fortbildungen Erlernte in der angestrebten Qualität nur dann, wenn dafür ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen.

### Pflege mit Fremdsprachen

\*Name geändert



Tobias Sauer arbeitet als Autor und Journalist in Berlin.  
kontakt@tobias-sauer.de

## Dem Tod den Schrecken nehmen

Sie studierte Medizin, um Sterbenden zu helfen. Nicht um Menschen zu heilen. Damals dachte eine Mitstudentin: »Das kann nichts werden.« Aber es wurde etwas – und es veränderte die Welt. Cicely Saunders schuf eine neue medizinische Disziplin, nämlich die palliative Versorgung todkrankter Menschen. Sie ist die Begründerin der modernen Hospizbewegung.

DIE MEISTE ZEIT ihres Lebens hat sich Cicely Saunders mit Tod und Sterben beschäftigt. Doch auf den Fotos, die es im Netz von ihr gibt, lächelt sie warmherzig. Ihre Augen strahlen regelrecht hinter ihrer Brille. Ein Widerspruch? Sicher nicht.

**Menschen helfen,  
nicht heilen** Denn todkranken Menschen ihre letzte Lebensphase zu erleichtern, war ihre Erfüllung. In einem Interview von 1996 hat sie es so beschrieben: »Ich war einer dieser schwierigen Menschen, die sich nicht einfügen können, jedenfalls so lange, bis ich mit meiner Arbeit als Krankenschwester begann – seitdem passe ich in die Gesellschaft hinein und bin glücklich!«

Zielstrebig hat sie sich ihren Platz in der Männerwelt der Medizin erarbeitet. Kollegen und Weggefährten schildern sie als beeindruckende Persönlichkeit. Cicely Saunders, geboren am 22. Juni 1918 in London, war beharrlich, humanistisch und sehr religiös. Sie sprach von einer christlichen Berufung, die sie im Zweiten Weltkrieg auf ihren neuen Weg führte. Sie brach das Studium der Philosophie und Wirtschaftswissenschaften ab, das sie dank wohlhabender Eltern

in Oxford begonnen hatte. Sie wollte etwas Nützliches tun. 1940 wurde sie Krankenschwester in der St. Thomas's Nightingale School. 1947 erhielt sie dort den Titel ›Assistent Almoner‹, zu deutsch Krankenhausfürsorgerin. Bereits in dieser Zeit kümmerte sie sich zusätzlich um mittellose Sterbende. Außerdem wurde sie ›Sozialarbeiterin im medizinischen Bereich‹.

### 25 Besuche bei Patient David

Zwei Schlüsselerlebnisse führten Cicely Saunders auf den Weg, der so viel bewirken sollte. Zunächst war es die Begegnung mit David Tasma. Ihn traf sie auf ihrer ersten Station als Sozialarbeiterin im Krankenhaus. Tasma war polnischer Jude, er hatte das Warschauer Ghetto überlebt. Die Nationalsozialisten hatten seine Familie ausgelöscht, und nun lag er mit 40 Jahren in London im Sterben. Er litt unheilbar an Krebs und fühlte sich, als hätte er keine Spuren hinterlassen. Cicely Saunders kümmerte sich um ihn, auch als er Anfang 1948 in ein anderes Krankenhaus aufgenommen wurde. Sie

*»Sie sind wichtig, weil Sie eben Sie sind.  
Sie sind bis zum letzten Augenblick  
Ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun,  
damit Sie nicht nur in Frieden sterben,  
sondern auch bis zuletzt leben können.«*  
Cicely Saunders





besuchte ihn etwa 25 Mal während der letzten zwei Monate seines Lebens. Sie hörte zu – und gab ihm offenbar einen Lebenssinn zurück. Sein letzter Wille war der Grundstein für Saunders Hospiz-Arbeit: Er hinterließ ihr seine Lebensversicherung von 500 Pfund, um »ein Fenster« in ihrem Heim zu sein. Allerdings dauerte es noch fast 20 Jahre, bis Cicely Saunders 1967 dank vieler Unterstützer ihr eigenes Hospiz gründen konnte, das *St. Christopher's Hospice* in London.

**Sozialarbeiterin  
im medizinischen  
Bereich**

Denn vorher kam noch eine weitere Qualifikation hinzu. Sie wurde Ärztin. Auslöser war das zweite Schlüsselerlebnis, als ein Chirurg, auf dessen Station sie arbeitete, zu ihr sagte: »Gehen Sie und lesen Sie Medizin, es sind die Ärzte, die die Sterbenden im Stich lassen, und es gibt so viel mehr über Schmerzen zu lernen.« So schilderte sie es in einem Interview im Jahr 2003. Im Jahr 1957 wurde Saunders als Ärztin approbiert, da war sie schon 39 Jahre alt. Ihr Ziel war es, die Schmerztherapie zu verbessern. Sie forschte zum Einsatz von Morphin bei Schwerstkranken am Lebensende und widerlegte die damaligen Annahmen, dass Morphin süchtig mache und dass die Gabe durch den Mund nicht nützlich sei. Ihre Erkenntnisse wurden in führenden Fachzeitschriften publiziert und haben in weiten Teilen bis heute Bestand. So heißt es in der aktuellen S3-Leitlinie *Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*: »Bei Patienten mit mittleren bis starken Tumorschmerzen sollen Stufe-III-Opioide verwendet werden.« Und der Merksatz der zentralen Therapieprinzipien lautet: »By the mouth, by the ladder, by the clock« – also möglichst eine orale Verabreichung entsprechend des WHO-Stufenschemas zu festen Einnahmezeiten.

### Schmerz lindern und zuhören

Doch für Saunders waren medizinisch-pharmakologische Fortschritte »nicht die ganze Geschichte«. Sie wollte den Patienten zuhören. Reden, Sorgen teilen, den Menschen Raum geben, sie selbst zu sein. So, wie sie mit einem anderen polnischen Patienten sprach, mit Anthony. Als er sie fragte: »Werde ich sterben?«, antwortete sie mit einem klaren »Ja.« Als er fragte: »Wird es noch lange dauern?«, sagte sie offen: »Nein.« Und als er fragte: »War es schwierig für Sie, mir das zu sagen?«, gab sie ebenso offen zu: »Ja, das war es.«

Das Hospiz St. Christopher's in Sydenham, benannt nach dem Heiligen der Reisenden, war ein Vorreiter. Hier wurde von Anfang an nicht nur betreut, sondern auch geforscht und ausgebildet. Hospize waren ja nicht neu: Eine Versorgung für Kranke und Sterbende gab es schon im Römischen Reich und im Mittelalter, etwa in Klöstern oder bei christlichen Orden. Deshalb gilt Cicely Saunders auch nicht als Gründerin der Hospizbewegung, sondern der modernen Hospizbewegung. Sie wollte eine ganzheitliche Betreuung, hatte also Pfleger, Mediziner, Psychologen, Sozialarbeiter und Seelsorger im Team. Sie legte den Grundstein, dem Lebende Beachtung zu schenken und Schmerz nicht nur körperlich zu sehen, sondern auch psychisch, sozial und spirituell.

### Ihre Idee ging um die Welt

Damit hat sie tatsächlich ein bisschen die Welt verändert. Heute gibt es solche Hospize in mehr als 120 Ländern, allein mehr als 200 Häuser in Großbritannien. Im St. Christopher's wurden mehrere zehntausend Fachleute ausgebildet. Schon in den achtziger Jahren wurde die Palliativpflege in Großbritannien als eigenes Fachgebiet anerkannt. In Deutschland bezuschussen die gesetzlichen Krankenkassen die Personal- und Sachkosten der Hospizdienste und übernehmen seit 2007 die Kosten einer ambulanten spezialisierten Palliativversorgung.

Cicely Saunders blieb bis 1985 die medizinische Leiterin ihres Hospizes. Für ihr Lebenswerk erhielt sie zahlreiche Auszeichnungen und Ehren-Dokortitel. Die Queen verlieh ihr hohe Orden und erhob sie 1980 in den Adelsstand. 2004 erhielt sie die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft. Ihre Leitsätze stehen auf vielen Hospizwänden und Internetseiten. Der bekannteste: »Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben.« Auch diesen gibt es: »Du zählst, weil du Du bist. Und du wirst bis zum letzten Augenblick deines Lebens eine Bedeutung haben.«

Missionarisch war sie übrigens nie. Sie stand für drei Grundlagen der Hospiz-Arbeit: Offenheit des Geistes, Offenheit des Herzens und geistige Freiheit. Anders ausgedrückt: Forschen, Lernen, Verstehen – und immer mit freundschaftlicher Gesinnung im Herzen. Vermutlich half ihr das auch bei ihrem eigenen Tod. Sie starb am 14. Juli 2005 im Alter von 87 Jahren an Brustkrebs, im St. Christopher's Hospice, dem Heim, für das David Tasma ein Fenster sein wollte.



Tanja Wolf ist Medizinjournalistin und Buchautorin. Zudem arbeitet sie für die Verbraucherzentrale NRW und als Gutachterin beim Medien-Doktor. [lupetta@t-online.de](mailto:lupetta@t-online.de)

# Botox fürs virtuelle Image



Schönheitschirurgen warnen vor einem neuen Trend: Immer mehr junge Menschen lassen sich schon Botox gegen Falten spritzen. All das, um möglichst gut auf Instagram auszusehen.

MEIN BIOLOGIE-LEHRER war nie um gruselige Anekdoten und Bilder verlegen. Da waren diese Geschichten von ausbeulenden Konservendosen, die man unbedingt meiden sollte, weil sie verseucht seien mit einem besonders perfiden Bakterium: *Clostridium botulinum*. Die Mikrobe liebt Fleisch und hasst Sauerstoff, weswegen sie sich am liebsten in Wurst- und Fischkonserven einnistet (botulus ist Latein und heißt Wurst). Dabei entstehen Gase, die die Ausbeulungen verursachen. Das Bakterium produziert Botulinumtoxin und das sei, so mein Biologielehrer, das tödlichste Gift der Welt. Wenige Nanogramm könnten einen Menschen töten. Wenige Gramm genüßten, um eine ganze Stadt auszuradiieren.

## Botox wurde zeitgleich mit Photoshop populär

Erstaunlich, dass jemand auf die Idee kam, ausgerechnet damit Falten auszuradiieren. Seit Anfang der 1990er-Jahre lassen sich Menschen das Wurstgift ins Gesicht injizieren, um vermeintlich jünger auszusehen. Botulinumtoxin hemmt die Erregungsübertragung an der Schnittstelle zwischen Nerv und Muskulatur. Der Muskel wird lahmgelegt, die Falte glättet sich, der Mensch freut sich.

Unter seinem Künstlernamen *Botox* wurde Botulinumtoxin zum Faltenkiller Nummer eins, zeitgleich mit Photoshop, dem digitalen Faltenstraffer. Es war der Beginn einer Liaison zwischen virtueller und realer Selbstoptimierung, die bis heute anhält. Laut Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) eifern immer mehr Menschen dem digitalen Ideal nach: 2018 stieg die Anzahl der Schönheitsoperationen um 9% im Vergleich zum Vorjahr. 2019 wurde ein erneuter Anstieg um 7,5% vermeldet. Am beliebtesten: die Faltenunterspritzung. 22 764 Mal ließen sich Frauen, aber auch Männer, mit Botox ihre Falten wegspritzen, oftmals *to go*: »In der Mittagspause sollen in kurzen Sitzungen vornehmlich im Gesicht verschiedene Eingriffe mit Botox und Hyaluron durchgeführt werden«, berichtet der VDÄPC. Am liebsten so, dass es nicht »wie gemacht« aussieht und die Kollegen nicht merken, dass man in der Mittagspause Wurstgift statt Currywurst hatte.

Was den VDÄPC besonders sorgt ist, dass auch immer jüngere Menschen sich Botox spritzen lassen. »Seit etwa zehn Jahren lassen sich vermehrt jüngere Frauen, Mitte, Ende 20 schon Botox spritzen«, sagt Christian Kerpen, plastischer Chirurg in Hamburg. Und wieder gab es eine Verquickung zwischen digitaler und realer Welt: »Instagram und Bildbearbeitungsfilter haben diesen Trend massiv befeuert«, sagt Kerpen. Die sozialen Medien impften jungen Menschen ein vermeintliches Körperideal ein, welches sie dann in der Realität nachzubilden versuchten. Oft auch nicht nur minimalinvasiv. »Häufig kann man dann nur sagen: Das geht nicht, das können wir gar nicht erreichen«, so Kerpen.

## Falsche Anwendung kann zu vorübergehender Entstellung führen

Ein weiterer Aspekt: Eine Botox-Behandlung ist mit rund 360 Euro nicht billig und muss alle paar Monate aufgefrischt werden. Weil das auf Dauer vor allem für jüngere Menschen kostspielig ist, holen diese sich ihre Botox-Behandlungen immer öfter bei Billiganbietern – meist nicht fachgerecht ausgebildete Ärzte oder gar Heilpraktiker. Zwar gilt Botox als relativ sicher, aber bei zu hoher Dosierung oder unsachgemäßer Injektion können falsche Muskelgruppen lahmgelegt werden, was zu Entstellungen im Gesicht führen kann, beispielsweise hängende Lider oder Augenbrauen. »Da kann man dann nicht viel mehr machen, als das auszusitzen«, sagt Kerpen.

Während dieser paar Monate wird der Instagram-Account vermutlich ruhen. Eine gute Zeit, um in sich zu gehen und sich zu fragen: War es das wirklich wert?



Jens Lubbadeh ist freier Journalist und Schriftsteller und arbeitet in Berlin.  
post@lubbadeh.de

## MDK Baden-Württemberg

Ahornweg 2, 77933 Lahr  
Geschäftsführer *Erik Scherb*  
Telefon 07821.938-0  
E-Mail [info@mdkbw.de](mailto:info@mdkbw.de)

## MDK Bayern

Haidenauplatz 1, 81667 München  
Geschäftsführer *Reiner Kasperbauer*  
Telefon 089.67008-0  
E-Mail [Hauptverwaltung@mdk-bayern.de](mailto:Hauptverwaltung@mdk-bayern.de)

## MDK Berlin-Brandenburg e.V.

Lise-Meitner-Str.1, 10589 Berlin  
Geschäftsführer, Ltd. Arzt *Dr. Axel Meeßen*  
Telefon 030.202023-1000  
E-Mail [info@mdk-bb.de](mailto:info@mdk-bb.de)

## MDK im Lande Bremen

Falkenstraße 9, 28195 Bremen  
Geschäftsführer *Wolfgang Hauschild*  
Telefon 0421.1628-0  
E-Mail [postmaster@mdk-bremen.de](mailto:postmaster@mdk-bremen.de)

## MDK Hessen

Zimmersmühlenweg 23, 61440 Oberursel  
Geschäftsführer *Dr. Dr. Wolfgang Gnatzy*  
Telefon 06171.634-00  
E-Mail [info@mdk-hessen.de](mailto:info@mdk-hessen.de)

## MDK Mecklenburg-Vorpommern e.V.

Lessingstr. 33, 19059 Schwerin  
Geschäftsführerin *Dr. Ina Bossow*  
Telefon 0385.48936-00  
E-Mail [info@mdk-mv.de](mailto:info@mdk-mv.de)

## MDK Niedersachsen

Hildesheimer Straße 202, 30519 Hannover  
Geschäftsführer *Carsten Cohrs*  
Telefon 0511.8785-0  
E-Mail [kontakt@mdkn.de](mailto:kontakt@mdkn.de)

## MDK Nord

Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg  
Geschäftsführer *Peter Zimmermann*  
Telefon 040.25169-0  
E-Mail [info@mdk-nord.de](mailto:info@mdk-nord.de)

## MDK Nordrhein

Berliner Allee 52, 40212 Düsseldorf  
Geschäftsführer *Andreas Hustadt*  
Telefon 0211.1382-0  
E-Mail [post@mdk-nordrhein.de](mailto:post@mdk-nordrhein.de)

## MDK Rheinland-Pfalz

Albiger Straße 19d, 55232 Alzey  
Stellv. Geschäftsführerin  
*Dr. Ursula Weibler-Villalobos*  
Telefon 06731.486-0  
E-Mail [post@mdk-rlp.de](mailto:post@mdk-rlp.de)

## MDK im Saarland

Dudweiler Landstraße 151,  
66123 Saarbrücken  
Geschäftsführer *Jochen Messer*  
Telefon 0681.93667-0  
E-Mail [info@mdk-saarland.de](mailto:info@mdk-saarland.de)

## MDK im Freistaat Sachsen e.V.

Bürohaus Mitte – Am Schießhaus 1  
01067 Dresden  
Geschäftsführer *Dr. Ulf Sengebusch*  
Telefon 0351.80005-0  
E-Mail [info@mdk-sachsen.de](mailto:info@mdk-sachsen.de)

## MDK Sachsen-Anhalt e.V.

Allée-Center, Breiter Weg 19 c  
39104 Magdeburg  
Geschäftsführer *Jens Hennicke*  
Telefon 0391.5661-0  
E-Mail [info.gf@mdk-san.de](mailto:info.gf@mdk-san.de)

## MDK Thüringen e.V.

Richard-Wagner-Straße 2a, 99423 Weimar  
Geschäftsführer *Kai-Uwe Herber*  
Telefon 03643.553-0  
E-Mail [kontakt@mdk-th.de](mailto:kontakt@mdk-th.de)

## MDK Westfalen-Lippe

Roddestraße 12, 48153 Münster  
Geschäftsführer *Dr. Martin Rieger*  
Telefon 0251.5354-0  
E-Mail [info@mdk-wl.de](mailto:info@mdk-wl.de)

## MDS e.V.

Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen  
Geschäftsführer *Dr. Peter Pick*  
Telefon 0201.8327-0  
E-Mail [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)

ISSN 1610-5346



MDK *forum*. Das Magazin der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Hrsg. vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS)

## Verantwortlicher Redakteur

Dr. Ulf Sengebusch [ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de](mailto:ulf.sengebusch@mdk-sachsen.de)

## Redaktion

Dorothee Buschhaus [d.buschhaus@mds-ev.de](mailto:d.buschhaus@mds-ev.de)  
Martin Dutschek [martin.dutschek@mdkn.de](mailto:martin.dutschek@mdkn.de)  
Michaela Gehms [m.gehms@mds-ev.de](mailto:m.gehms@mds-ev.de)  
Jan Gömer [jan.goemer@mdk-nord.de](mailto:jan.goemer@mdk-nord.de)  
Markus Hartmann [markus.hartmann@mdkbw.de](mailto:markus.hartmann@mdkbw.de)  
Dr. Barbara Marnach  
[b.marnach@mdk-nordrhein.de](mailto:b.marnach@mdk-nordrhein.de)  
Christine Probst [christine.probst@mdk-san.de](mailto:christine.probst@mdk-san.de)  
Markus Horn [markus.horn@mdk-sachsen.de](mailto:markus.horn@mdk-sachsen.de)  
Larissa Nubert [larissa.nubert@mdk-bayern.de](mailto:larissa.nubert@mdk-bayern.de)

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

## Redaktionsbüro

MDS e. V., Martina Knop  
Theodor-Althoff-Straße 47, 45133 Essen  
Telefon 0201.8327-111  
Telefax 0201.8327-3111  
[m.knop@mds-ev.de](mailto:m.knop@mds-ev.de)

## Gestaltung und Layout

de Jong Typografie, Essen  
**Druck** Memminger MedienCentrum

## Bildnachweis

Titel Collage unter Verwendung von Fotografien von vernonwiley und Vac1, beide über istockphoto.com  
S. 19 Zzsam / photocase.de  
S. 23 giulietta73 / photocase.de  
S. 25 Sonja / photocase.de  
S. 27 schiffner / photocase.de  
S. 29 birdys / photocase.de  
S. 30 Dieses Werk ist unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International zugänglich. Um eine Kopie dieser Lizenz einzusehen, konsultieren Sie <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/> oder wenden Sie sich brieflich an Creative Commons, Postfach 1866, Mountain View, California, 94042, USA.

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

