WAS UNS FEHLT
WAS WIR BRAUCHEN
WIE WIR HEILEN

VIRAL

KONRAD ADENAUER STIFTUNG

Liebe Leser, liebe Leserinnen,

was heißt es eigentlich, in unserer Wohlstandsgesellschaft gesund zu sein? Heutzutage ist doch niemand mehr gesund. Jeder hat Kopfschmerzen vom Stress, Bauchschmerzen vom Essen, Rückenschmerzen vom Sitzen. Es ist der Virus der digitalen Welt, des Spagats zwischen Arbeit und Leben, zwischen Wunsch und Wirklichkeit.

Dabei vergessen wir manchmal, was Gesundheit wirklich bedeutet, wie eng Leben und Tod miteinander verbunden sein können. Wie viel es wert ist, zwei Nieren zu haben, ein funktionierendes Immunsystem, ein lebendiges Kind. Was es bedeutet, eine Krankenversicherung zu haben und Menschen, die sich kümmern, wenn man alt ist. In diesem Magazin zeigen wir, was Menschen fühlen, denen das fehlt.

Und wir blicken in die Zukunft. Werden irgendwann Roboter unsere Großeltern pflegen? Werden Apps Therapeuten ersetzen? Wir haben uns gefragt, was Menschen wirklich brauchen, um gesund zu sein. Und, was das Gesundheitssystem braucht, um zu funktionieren. Damit es heute und in Zukunft das erfüllt, wofür es da ist: Heilen.

Wir wünschen viel Spaß bei der intensiven Lektüre!

Die Redaktion

PS: Wir freuen uns, wenn Sie Ihre Lieblingsgeschichte aus diesem Heft über die sozialen Netzwerke mit **#jona_viral** *verbreiten, damit sie viral gehen. Denn es sind Themen, die anstecken – weil sie uns alle betreffen.*

Inhalt

05 **GESUNDHEITSWERTE**
Was unser Gesundheitssystem kostet und wie die Bürger es bewerten

WAS UNS FEHLT

08 **WARTEZEIT**
Eine Frau braucht eine neue Niere – aber ihr läuft die Zeit davon
12 **„AUFS HERZ KANN ICH EIGENTLICH AUCH VERZICHTEN"**
Interview: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn über fehlende Organspenden und Ärztemangel
15 **PFLEGENOTSTAND IN ZAHLEN**
Warum der Pflegeberuf so belastet
16 **DIGITALE PFLEGEHELFER**
Technische Innovationen sollen die Pflege in Deutschland retten
20 **MEDIZIN FÜR DIE UNSICHTBAREN**
Wie eine Berliner Praxis Menschen ohne Krankenversicherung betreut
23 **STOFF, AUS DEM TRÄUME SIND**
Wenn Leistung und Lifestyle nicht mehr stimmen: Warum die Deutschen auf einem gefährlichen Medikamente-Trip sind

WAS WIR BRAUCHEN

30 **„UNSER GESUNDHEITSSYSTEM IST ZU STARR"**
Interview: Warum unser Gesundheitssystem bei der Digitalisierung aufholen muss
32 **DIGITAL VS. DEPRESSION**
Wie Apps bei Erkrankungen wie Depression helfen können
36 **EINE FRAGE DER HALTUNG**
Vier Gynäkologen, vier Meinungen zur Diskussion um das Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche
42 **ÜBERZEUGEN STATT ZWINGEN: WARUM DIE MASERN-IMPFPFLICHT NICHT SINNVOLL IST**
Kommentar: Die Impfpflicht ist kontraproduktiv

WIE WIR HEILEN

46 **WINTER IM KOPF**
Auf der Suche nach positiven Gedanken in den dunklen Monaten
50 **22 MONATE MEERESRAUSCHEN**
Ihr Kind wurde nur 22 Monate alt: Wie Familie Neustadt den Tod in einem Blog verarbeitet
54 **SPUREN IM HERZEN**
Interview: Eine Hebamme hilft Eltern, die ihr Baby begraben müssen
56 **DER KREBS, DER FREMDE UND WIR**
Ein anonymer Stammzellenspender rettet ein Kind - die Eltern wollen ihn kennenlernen
62 **EMPÖRT EUCH NICHT!**
Meinung: Ein persönlicher Vergleich zwischen dem Alltag in einer deutschen und in einer chinesischen Klinik
66 **STREICHELEINHEITEN**
Therapiehündin Feefie hat keinen Plan, was sie tut, aber sie hilft sehr

Gesundheitswerte

DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM IN ZAHLEN

VON MARLENE RESCH

PERSONAL

WER ARBEITET FÜR UNSERE GESUNDHEIT?

Das Gesundheitswesen ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor, an dem eine ganze Industrie hängt – mit **5,6 MILLIONEN** Beschäftigten. Zum Vergleich: In der Autoindustrie arbeiten **880.000 PERSONEN**.

(Statistisches Bundesamt, 2019)

Das System ist weiblich: **75,8%** des Gesundheitspersonals sind Frauen.

(Statistisches Bundesamt, 2019)

In Deutschland stehen derzeit mehr als **2.600 HAUSARZTPRAXEN LEER.** Vor allem in ländlichen Regionen fehlen Ärzte.

(Umfrage der Rheinischen Post bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, 2018)

Jeder dritte Hausarzt in der Bundesrepublik ist **ÜBER 60 JAHRE** alt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schätzt, dass im Jahr 2030 mehr als 10.500 Hausärzte fehlen werden.

(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2016)

GELD

WAS KOSTET UNSERE GESUNDHEIT?

Im Jahr 2018 haben die gesetzlichen Krankenkassen **239,37 MILLIARDEN EURO** ausgegeben. Das entspricht 71% des gesamten Bundeshaushaltes im selben Jahr.

(Bundesministerium für Gesundheit, 2019 Bundesministerium der Finanzen, 2019)

PRO TAG hat uns im Jahr 2018 unser Gesundheitswesen **MEHR ALS EINE MILLIARDE EURO** gekostet – und im ganzen Jahreszeitraum 387 Milliarden Euro.

(Statistisches Bundesamt, 2018)

475 EURO kostet im Schnitt die ambulante Versorgung eines Patienten pro Jahr. Die stationäre Versorgung im Krankenhaus ist mit durchschnittlich 4.239 Euro fast zehn mal so teuer.

(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2014)

BEWERTUNG

WIE SCHÄTZEN WIR UNSER GESUNDHEITSSYSTEM EIN?

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den **TOP 3 WELTWEIT**, sagen 55% der Krankenversicherten in Deutschland.

(PwC Healthcare Barometer, 2019)

JEDER FÜNFTE DEUTSCHE ÄRGERT SICH ÜBER ZU LANGE WARTEZEITEN FÜR EINEN TERMIN BEIM ARZT.

(Versichertenbefragung der KBV, 2019)

42% der gesetzlich Versicherten finden, der Arzt nehme sich **ZU WENIG ZEIT.** Bei den Privatversicherten sind es nur 25%.

(PwC Healthcare Barometer, 2019)

Schon gewusst?

„GESUNDHEITSREFORM" WURDE 1988 ZUM WORT DES JAHRES GEWÄHLT.
Grund: Die Beitragssätze für die Versicherten wurden gesenkt.

1996 WURDE ES ZUM UNWORT DES JAHRES NOMINIERT.
Grund: Hinter dieser Reform verbargen sich vor allem Kürzungen bei den Versicherungsleistungen.

WAS UNS FEHLT

WARTE ZEIT

VON JOHANNES TRAN

Nur eine neue Niere kann sie retten: Seit Jahren wartet Bärbel Dittmann auf ein Spenderorgan, ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich. Ob sie bis zur Operation überlebt, weiß sie nicht. Wie hält sie das aus?

An dem Montagmorgen, der ihr Leben für immer verändern wird, verlässt Bärbel Dittmann das Haus wie gewohnt um sechs Uhr. Sie fährt auf die Stadtautobahn in Berlin, dann durch den Britzer Tunnel, Ausfahrt Siemensdamm. In Berlin-Spandau stellt sie das Auto ab, da verkauft sie Toiletten, Waschbecken und Rohre in einem Lager für Sanitäranlagen. Das Frühstück hat sie ausgelassen, keinen Bissen hätte sie runterbekommen, nachdem sie sich das ganze Wochenende über erbrochen hat. Und wie sehr ihr der Rücken weh tat, das weiß sie noch heute: „Ein stechender Schmerz, fast unerträglich, so als ob dir jemand tausend Messer in die Seite rammt."

Zwei Stunden läuft sie gekrümmt durch die Lagerhalle, „wie ein Klappmesser in Winkelstellung". Dann denkt sie: Geht nicht mehr, du musst zum Arzt. „Haben Sie irgendwelche Krankheiten", fragt er. „Nein", sagt sie. Er tastet sie ab, und als seine Hände ihren Bauch berühren, schreit sie auf vor Schmerz. Der Arzt nimmt sie mit ins Nebenzimmer, da legt sie sich auf die Liege für den Ultraschall. „Zystennieren, Sie haben Zystennieren", sagt er dann, und während sie überlegt, was das überhaupt ist, holt er die Belegschaft ins Zimmer, denn Zystennieren hatten sie noch nie in der Praxis. „Die waren ganz begeistert. Ich hatte nachher zehn Leute um mich herum, ich wusste gar nicht, was los ist", sagt Bärbel Dittmann.

Sie lässt sich krankschreiben, fährt nach Hause und setzt sich an den Computer. Im Internet liest sie, dass Zystennieren den Körper nicht richtig entgiften können, dass sie krankhaft anwachsen. Dass kleine flüssigkeitsgefüllte Bläschen daran schuld sind, die sogenannten Zysten. Dass die Betroffenen viel zu viele davon haben, millionenfach. Dass die kranken Nieren fast immer irgendwann aufhören, zu arbeiten und dann nur noch eine Organspende hilft. „Was ich da rausgefunden habe, fand ich gar nicht mehr witzig", sagt Bärbel Dittmann. Aber die negativen Gedanken verdrängt sie erstmal. Stattdessen fliegt sie einen Monat nach ihrer Diagnose nach Sri Lanka, Strandurlaub. Den sagt sie doch nicht ab wegen der Krankheit. „Der Arzt hat das verboten. Aber ich bin hingeflogen, logisch." Damals ist sie noch trotzig, nimmt die Erkrankung auf die leichte Schulter. Sie arbeitet weiter im Lager, Vollzeit, zehn Jahre, und wenn es zu sehr weh tut, wirft sie eine Schmerztablette ein. Was soll schon passieren, denkt sie. Muss ich halt mit leben. Sie ist keine, die sich unter der Bettdecke verkriecht und nicht mehr hervorkommt. Das Warten bestimmt noch nicht ihr Leben.

Während Bärbel Dittmann von ihrer Diagnose im Frühjahr 2001 erzählt, sitzt sie in ihrem Wohnzimmer und isst Kalten Hund, so heißt der Schokoladenkuchen, den sie in Wurstscheibenform geschnitten hat. An den Wänden hängen Familienfotos und Gemälde in Holzrahmen, Landschaftsmalerei, von den Deckenlampen in ein warmes Licht getaucht. Draußen dämmert es, im Garten wird es kalt und still. Still ist es hier sowieso meistens, die einzigen, die Krach machen, sind die Vögel. Vor fünf Jahren ist sie mit ihrem Mann hierhergezogen, in das Dorf Marienfließ mit 700 Einwohnern, auf halber Strecke zwischen Berlin und Hamburg. Vierhundert Kilo Birnen haben sie letztes Jahr geerntet, im eigenen Garten, aber da ging es ihr noch nicht so schlecht wie jetzt, wo sie so schwach ist, dass sie keine zwei Treppenstufen steigen kann, ohne sich am Geländer hochzuziehen. „Mein Körper zerfällt", sagt Bärbel Dittmann.

„Ein stechender Schmerz, fast unerträglich, so als ob dir jemand tausend Messer in die Seite rammt."

Nur eine neue Niere kann sie retten. Sie ist eine von achttausend nierenkranken Menschen, die in Deutschland auf ein Spenderorgan warten. Weitere zweitausend Patienten stehen auf Wartelisten für Lungen, Herzen, Bauchspeicheldrüsen, Lebern und Dünndärme. Für viele kommt die Hilfe zu spät. Im Durchschnitt sterben jeden Tag drei Menschen, weil sie das lebensrettende Organ nicht rechtzeitig erhalten. Oder weil sie in der Zwischenzeit so krank geworden sind, dass sie die anstrengende Operation nicht überstehen würden. Acht bis zehn Jahre warten die Patienten in der Regel auf ein Spenderorgan. Wer zu krank ist für den Eingriff, den streichen die Ärzte wieder von der Warteliste. Davor hat Bärbel Dittmann besonders Angst: Dass es umsonst ist, das Warten.

An diesem Nachmittag steigt sie in ihren zitronengelben Seat und fährt ins Fitnessstudio, zwanzig Kilometer durch die weiten Felder. Draußen scheint die Sonne, Bärbel Dittmann zieht ihre Jacke aus. Wenn sie im Winter unterwegs ist, schaltet sie die Sitzheizung ein. Das hilft gegen die Nierenschmerzen. Ankunft um 15 Uhr, Bärbel Dittman geht durch die Tür zur Rezeption. „Hallo, einmal Sport bitte." Die Empfangsdame drückt ihr den vierten Stempel auf die Zehnerkarte. Einmal in der Woche versucht sie herzukommen. Ein Abo hat sie nicht, das würde sich nicht lohnen, sagt sie.

Wenn sie im Winter unterwegs ist, schaltet sie die Sitzheizung ein. Das hilft gegen die Nierenschmerzen.

Ihre Großmutter ist mit 42 gestorben, ihr Vater mit 38. Sie ist jetzt 62 und lebt immer noch.

Manchmal geht es ihr so schlecht, dass sie einen Monat lang Pause machen muss. Mit der Zehnerkarte ist sie flexibel. Sie zieht sich um und geht in den Trainingsbereich, vorbei an einem Plakat mit dem Spruch „Aktivier' deine Wunschfigur". Um die Wunschfigur geht es ihr nicht, sie will wieder zu Kräften kommen, denn wenn das Telefon klingelt und die Niere da ist, will sie fit sein. „Wenn du vor der OP gesund bist, dann erholst du dich nachher wieder schneller", sagt sie. Mit Sport gegen die Krankheit anzukämpfen, gegen die Müdigkeit und Schwere in den Armen und Beinen, das ist eine ihrer Strategien, mit den Zystennieren umzugehen.

„Ich sehe aus wie ein Michelin-Männchen."

„Zehn Kalorien hab ich schon verbrannt", ruft sie und lacht. Bärbel Dittmann sitzt mit weißen Sportschuhen auf einem Fahrradsimulator und strampelt. Den Widerstand hat sie auf die niedrigste Stufe eingestellt, sie hat kaum Kraft. Zwei Liter Wasser schleppt sie in den Beinen mit sich rum, weil ihre Niere den Wasserhaushalt nicht regulieren kann. „Ich sehe aus wie ein Michelin-Männchen." Sie hat nur noch eine Niere, die linke. Die rechte haben ihr die Ärzte vor sechs Jahren rausgenommen. Sie war es, die ihr die meisten Schmerzen bereitet hatte.

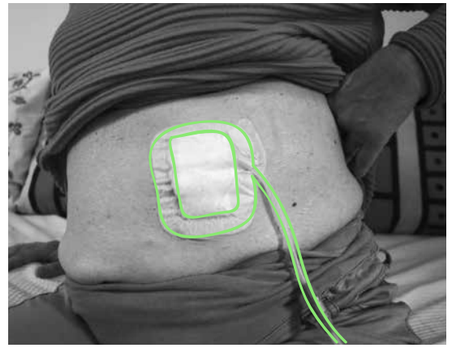
Schon ihr Vater hatte Zystennieren, auch ihre Großmutter. Das hat sie aber erst nach der Diagnose erfahren, von ihrer Mutter. „Früher hat man eben nicht drüber gesprochen, das war ein Familiengeheimnis", sagt Bärbel Dittmann. Ihre Großmutter ist mit 42 gestorben, ihr Vater mit 38. Sie ist jetzt 62 und lebt immer noch. „Ich halte den Rekord in der Familie." Da ist es wieder, dieses Lachen, laut und durchdringend, wenn sie über ihre Krankheitsgeschichte spricht. Tut sie das, um sich selbst Mut zu machen? Aus Verlegenheit, aus Trotz? Oder weil sie das Leben einfach nicht so schwernimmt? „Ohn' Fleiß, kein Preis", steht in blauer Schrift auf Kacheln in ihrer Küche geschrieben.

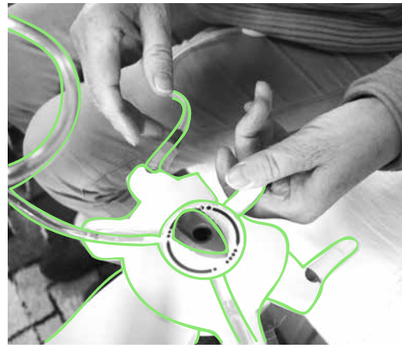
Seit fünfeinhalb Jahren steht sie jetzt auf der Warteliste für ein Spenderorgan. Erst wenn die Nieren eines Patienten so sehr versagen, dass er seinen Körper mit einer Blutwäsche, der Dialyse, entgiften muss, kommt er auf die Liste. Eigentlich wollte ihr Mann ihr seine Niere spenden. Zusammen mit einer Freundin hat er sie überredet. Bärbel Dittmann wollte erst nicht, dass er sich einem solchen Risiko aussetzt. „Wenn bei der Operation was passiert wäre, hätte ich nicht weiterleben können". Aber sie ließ sich überzeugen, in langen Gesprächen, 2014 war das. Die Ärzte führen alle Tests durch, ihre Blutgruppen passen zusammen, A positiv, aber fünf Wochen vor dem Operationstermin hat ihr Mann einen Herzinfarkt. Da ist sie gerade selbst wieder im Krankenhaus. Abends ruft sie ihren Nachbarn an, weil ihr Mann den ganzen Tag nicht ans Telefon gegangen ist. Der Nachbar sagt, dass ihr Mann zusammengebrochen ist, auf der Terrasse, und dass die Rettungssanitäter auf dem Weg in die Klinik stoppen mussten, um ihn zu reanimieren. Am nächsten Morgen fährt sie zu ihm, von Krankenhaus zu Krankenhaus, rammt auf der Strecke noch eine Absperrung, so durch den Wind ist sie. Ihr Mann liegt im künstlichen Koma. Als ein Arzt ihr sagt, dass das mit der Spende nichts mehr wird, denkt sie nicht an die Niere, sie denkt an ihren Mann. Er überlebt, aber er hadert bis heute. Fragt sich oft, wie es gelaufen wäre ohne Herzinfarkt. Bärbel Dittmann sieht das anders. „Es sollte eben nicht sein", sagt sie.

Wie fühlt sich das an auf der Warteliste, wie ist das, wenn einem die Zeit davonrennt? Bärbel Dittmann zuckt mit den Schultern. „Das ist kein besonderes Gefühl." Sie sagt das so, als sei nichts dabei. Die Frau, die gegen Zystennieren kämpft, redet manchmal über ihre Erkrankung wie andere über eine Grippe. Natürlich würde sie sich, so sagt sie das, „unheimlich freuen", wenn es klappt mit dem Spenderorgan. Bis dahin bleibt sie auf der Warteliste.

18:40 Uhr, der Handywecker klingelt, Zeit für die nächste Dialyse. Bärbel Dittmann geht ins Gästezimmer und setzt sich auf ein olivgrünes Bett mit bunten Kissen. Früher hat sie die

„Jahrelang habe ich gesagt: Ich lebe mit der Krankheit, sie nicht mit mir. Das sage ich jetzt nicht mehr."





Dialyse oben gemacht, im Schlafzimmer, aber unterm Dach wurde es ihr im Sommer zu heiß. Deshalb sitzt sie jetzt hier. In der Ecke neben der Tür stapeln sich 27 Kartons mit Infusionsbeuteln. „Die kommen immer mit der Post", sagt sie, greift sich einen Beutel und hängt ihn an den Metallständer vor dem Bett. Dann desinfiziert sie ihre Hände und die Schläuche, die am Ständer herunterbaumeln. Sie macht das mit einer Routine, mit der andere Menschen ihr Frühstücksei kochen.

Zuerst lässt sie die alte Infusionsflüssigkeit aus dem Bauch fließen. Durch einen Katheter, den die Ärzte ihr eingesetzt haben, tropft die Lösung in einen leeren Beutel, gelb wie Urin, die Farbe kommt von den Abfallstoffen. Nach zwanzig Minuten steckt Bärbel Dittmann den Schlauch um und leitet die neue Infusionsflüssigkeit in ihren Bauch. Es dauert sieben Minuten, dann ist der Beutel leer und die durchsichtige Lösung in ihrem Körper. Viermal pro Tag macht sie das. So will sie die Zeit bis zur Transplantation überstehen. Die Flüssigkeit entgiftet den Körper, weil die Niere das kaum mehr leisten kann. Die meisten Patienten gehen dafür in ein Dialysezentrum, Bärbel Dittmann bleibt zu Hause. „Man findet immer einen Weg", sagt sie. Die Dialyse macht sie auch, wenn sie unterwegs ist. Sie war schon mit ihrem Mann in Schweden, im Wohnwagen. „Den Galgen haben wir zwischen Fahrersitz und Beifahrersitz eingeklemmt." „Galgen", so nennt sie ihren Infusionsständer.

Man sieht es ihr nicht an, so viel lacht sie, aber es gibt Momente, in denen sie verzweifelt. Dann geht sie zu ihrem Mann und er hört sich ihren Frust an. Wenn sie den Haushalt mal wieder nicht machen kann, weil alles zu anstrengend ist. Wenn sie auf den Feldweg schaut, auf dem sie mit ihm immer gejoggt ist, vom Nachbarshaus bis zum Wald, einen Kilometer hin, einen zurück. Wenn sie sich an die Motorradtouren erinnert, die sie jetzt nicht mehr machen kann, ins Erzgebirge, nach Brandenburg und Thüringen. An die Tage, an denen sie morgens keine neun Tabletten einwerfen musste. Jetzt ist das anders. Nach dem Aufstehen geht sie ins Bad, zum Medikamentenschrank, oberstes Fach, Aufschrift „Tabletten – Bärbel". Ein paar helfen gegen den Bluthochdruck, eine stärkt die Knochensubstanz, eine senkt den Phosphatspiegel im Blut. Hängt alles mit ihren Nierenproblemen zusammen. „Entweder du machst das mit oder du lässt es bleiben." Neben dem Kämpfen und Lachen ist das ihre dritte Strategie: der Pragmatismus.

Wie lange sie noch durchhalten muss, wie lange es noch dauert, das Warten, das weiß sie nicht. Vor kurzem hat sie ihren Arzt gefragt, auf welchem Warteplatz sie steht. „Können wir Ihnen nicht sagen, das regelt der Computer", hat er geantwortet. Für jedes verfügbare Spenderorgan erstellt ein Algorithmus eine eigene Warteliste. Kinder bekommen einen Bonus, außerdem rücken Patienten nach vorne, die schon lange warten. „Mittlerweile müsste ich ziemlich weit oben sein", sagt Bärbel Dittmann.

In den letzten zwei Jahren hat sie gemerkt, wie sie immer schwächer wurde, dass sie nur noch kurze Strecken gehen kann. Der Trotz, die Leichtigkeit, mit der sie kurz nach der Diagnose in den Urlaub geflogen ist, sind kleiner geworden. „Jahrelang habe ich gesagt: Ich lebe mit der Krankheit, sie nicht mit mir. Das sage ich jetzt nicht mehr." Sie gibt alles dafür, nicht in Selbstmitleid zu versinken, will nicht, dass die Krankheit ihr Leben bestimmt, aber das tut sie längst. Manchmal denkt sie daran, was sie nach der Organspende machen will, mit einer neuen Niere im Bauch. Reisen zum Beispiel. Nach Las Vegas, nicht wegen der Casinos, sondern zu den Shows und Musicals. Und nach Vietnam will sie, mit dem Rucksack durchs Land. Das wäre was, ganz ohne Infusionsständer und Dialyseflüssigkeit. „Ich bin doch erst 62", sagt Bärbel Dittmann. „Ein bisschen leben will ich schon noch."

Wie lange sie noch durchhalten muss, wie lange es noch dauert, das Warten, das weiß sie nicht.

Fotos: Kristin Bässe

„AUFS HERZ KANN ICH EIGENTLICH AUCH VERZICHTEN“

Jeder Bürger hat die Pflicht, sich mit dem Thema Organspende auseinanderzusetzen, sagt Gesundheitsminister Jens Spahn. Er will die Zahl der Organspender erhöhen und fordert die sogenannte Widerspruchslösung. Außerdem im Blickpunkt: Nachwuchsmangel in der Pflege und Ärztenotstand auf dem Land.

VON STEFANIE HUSCHLE UND JOHANNES TRAN

Herr Spahn, sprechen wir über die Organspende. Was ist das überhaupt, eine Spende?
Ein Akt der Nächstenliebe und eine freiwillige Gabe.

Und gerade eine freiwillige Gabe wäre es bei der Widerspruchslösung ja nicht. Also bei der Regelung, dass alle Bürger automatisch zu Organspendern werden, wenn sie nicht zu Lebzeiten widersprechen. Wo bleibt da die Freiwilligkeit?
Die allermeisten von uns würden sich ein Spenderorgan wünschen, wenn sie eins brauchen. Wenn jeder potenzieller Empfänger ist, dann sollte auch jeder potenzieller Geber sein. Ich kenne die Argumente der Kritiker. Aber ich muss feststellen: Wir haben einen Tiefstand bei der Zahl der Organspender und zehntausend Menschen, die auf ein Organ warten. Das Problem haben wir bis jetzt nicht gelöst, obwohl wir viel Geld in Informations- und Aufklärungskampagnen gesteckt haben. Deshalb brauchen wir jetzt einen Neustart, und den sehe ich in der Widerspruchslösung.

Sie zwingen folglich die Bürger dazu, sich mit der Entscheidung auseinanderzusetzen: Organspende, ja oder nein?
Wir müssen es schaffen, dass sich möglichst jeder in seinem Leben mit dieser existentiellen Frage beschäftigt. Ich finde, das „Nein“ aussprechen zu müssen, ist auch in einer freien Gesellschaft zumutbar. Das einzige Recht, das beschnitten würde, wäre das Recht, sich keine Gedanken zu machen. Es wäre auch keine „Organabgabepflicht“. Denn eine Pflicht, zu der man konsequenzlos „nein“ sagen kann, ist auch keine Pflicht.

84 Prozent der Menschen in Deutschland stehen der Organspende positiv gegenüber. Haben Sie Angst, dass diese Zahl mit der Widerspruchslösung sinken könnte, weil die Bürger sich bevormundet fühlen?
Nein. Von 28 EU-Mitgliedsstaaten haben 22 mittlerweile die Widerspruchslösung. In all diesen Ländern ist die Akzeptanz nicht gesunken, sondern eher gestiegen.

„ICH AKZEPTIERE TOTAL, WENN JEMAND GEGEN DIE ORGANSPENDE IST.“

Parteiübergreifend gibt es Widerstand gegen Ihren Vorschlag. Kritiker sagen, die Widerspruchslösung hebelt das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit aus.
Das stimmt nicht. Ich kann ja nein sagen und muss das nicht einmal begründen.

Dieses Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit steht den Bürgern also nicht einfach zu, sondern sie müssen es tatsächlich einfordern?
Nein, einfordern muss ich das nicht. Ich muss einfach nur mein Nein hinterlegen. Umgekehrt hat jeder einen Anspruch darauf, auf die Warteliste für ein Spenderorgan zu kommen. Für mich hat jeder Bürger nicht nur eine Verantwortung für sich selbst, sondern auch für die Gesellschaft. Aus demselben Grund gibt es ja zum Beispiel auch Verkehrsregeln.

Was sagen Sie Menschen, die ihre Organe nicht spenden wollen?
Bei dem Thema gibt es kein richtig und kein falsch. Diese Abwägung muss jeder für sich selbst machen. Ich akzeptiere total, wenn sich jemand dagegen entscheidet, Organspender zu sein.

Wie lange haben Sie selbst eigentlich schon einen Organspendeausweis?
Bestimmt seit zehn Jahren. Am Anfang habe ich immer angekreuzt: alles außer Herz. Aber mittlerweile denke ich: Aufs Herz kann ich eigentlich auch verzichten, wenn es mal so weit ist.

„WER EINE 1,0 IM ABI HAT UND NICHT GERNE MIT ANDEREN LEUTEN IN EINEM RAUM IST, DER SOLLTE NICHT ARZT WERDEN."

Angenommen, die Widerspruchslösung kommt. Haben wir dann mehr Organspenden in Deutschland?
Sonst würde ich sie ja nicht vorschlagen. Heute hat nur ein Drittel der Menschen einen Organspendeausweis. Die achtzig Prozent der Deutschen, die für die Organspende sind, müssten dann auch keinen Ausweis mehr ausfüllen. Ich bin überzeugt davon, dass sich die grundsätzliche Aufgeschlossenheit und Bereitschaft zur Organspende in unserer Gesellschaft in tatsächlich mehr Spenden verwandeln lässt.

Eine andere Zahl, die Sie erhöhen wollen, ist die der Auszubildenden in der Pflege – um zehn Prozent bis 2023. Mehrere Pflegeverbände bezweifeln, dass dieses Ziel erreicht werden kann. Geht's da nur um schöne runde Zahlen...
Nein.

...oder um realistische Politik?
Politik beginnt immer mit dem Betrachten der Wirklichkeit. Um die Ausbildung attraktiver zu machen, schaffen wir ab 2020 das Schulgeld an Pflegeschulen ab – verrückt genug, dass es das überhaupt noch vereinzelt gibt. Und die Auszubildenden bekommen künftig eine Vergütung von mehr als eintausend Euro. Ich finde, das ist für das erste Ausbildungsjahr nicht schlecht. Aber natürlich stößt man beim Nachwuchs an Grenzen. Wir haben eben aufgrund unserer demografischen Entwicklung nur eine bestimmte Anzahl von Achtzehnjährigen in diesem Land.

Aber von zehn Prozent mehr Auszubildenden bis 2023 gehen Sie sicher aus?
Ich bin jedenfalls optimistisch, dass wir das schaffen.

Es fehlen derzeit 80.000 Pflegekräfte in Deutschland. Sie wollen Fachkräfte im Ausland anwerben, zum Beispiel in Mexiko und auf den Philippinen. Das führt doch zu Sprachproblemen.
Ich war kürzlich im Kosovo und habe mit jungen Menschen gesprochen, die fließend Deutsch sprechen. Die wollen nach Deutschland kommen und büffeln auch dafür. Gute Sprachkenntnisse sind Voraussetzung, um hier in der Pflege zu arbeiten. Denn da kommt es sehr auf die Sprache an, auf das Zwischenmenschliche.

Ist es wirklich notwendig, um die halbe Welt zu reisen, um junge Pflegekräfte abzuwerben, die dann ihren Ursprungsländern fehlen?
Fakt ist: Wenn wir unser Pflegesystem erhalten wollen, werden wir nicht ohne ausländische Hilfe auskommen. Und wir wollen nur in Ländern werben, die eine junge Bevölkerung und selbst genug Fachkräfte haben.

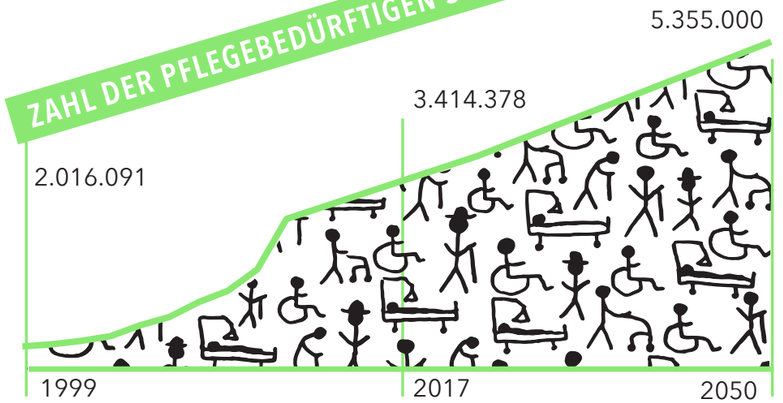
Uns fehlen außerdem 10.000 Ärzte, vor allem auf dem Land. Sie befürworten Landarztquoten wie in Bayern: Dort soll man ab nächstem Jahr auch ohne Abitur-Bestnote Medizin studieren dürfen, wenn man danach im Gegenzug zehn Jahre in Regionen mit Ärztemangel arbeitet. Sollen die Menschen auf dem Land von Ärzten mit schlechterem Abitur behandelt werden?
Auch mit einem schlechteren Abitur muss man im Studium ja dieselben Prüfungen schaffen und dieselben Inhalte lernen wie alle anderen angehenden Ärzte auch. Außerdem: Ein gutes Abitur sagt nichts darüber aus, ob jemand ein guter Arzt ist.

Momentan entscheidet aber vor allem die Abiturnote, ob jemand Medizin studieren darf oder nicht. Müsste das Ihrer Logik nach nicht generell geändert werden?
Die Länder praktizieren ja schon ein Auswahlverfahren, bei dem die Abiturnote weniger Gewicht hat. Man wird aber nie ganz auf sie verzichten. Man braucht möglichst objektive Verfahren, um Studienplätze zu vergeben, sonst klagen die Leute sich ein. Aber ich sage mal etwas zugespitzt: Wer eine 1,0 im Abitur hat und nicht gerne mit anderen Leuten in einem Raum ist, der sollte nicht Arzt werden.

Pflegenotstand *in Zahlen*

VON HELEN BIELAWA

ZAHL DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN STEIGT



(Bundesgesundheitsministerium, 2019)

PFLEGE BELASTET

Leistungsdruck, schweres Heben und ein hohes Arbeitstempo gehören zu den größten Herausforderungen für Pfleger.

Alten- und Krankenpfleger sind überdurchschnittlich oft krank – besonders häufig wegen psychischer Störungen und wegen Erkrankungen der Muskeln oder Gelenke. Mehr als jede dritte Altenpflegekraft glaubt nicht, dass sie ihren Beruf in den nächsten zwei Jahren noch ausüben kann.

(Bundesagentur für Arbeit, 2017/BKK Dachverband, 2017)

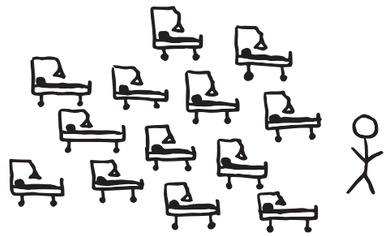
(Bundesgesundheitsministerium, 2018)

DEUTSCHLAND WIRD ALT.

Jeder fünfte Deutsche ist aktuell über 67 Jahre alt. Bis 2040 wird es jeder vierte Deutsche sein. Das führt zu mehr Pflegebedürftigen, denn wer alt ist, braucht häufiger Hilfe im Alltag. In den letzten 20 Jahren ist die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland um 70 Prozent gestiegen. Dieser Trend wird sich fortsetzen.

WENIG ZEIT PRO PATIENT

Deutschland hat europaweit den schlechtesten Betreuungsschlüssel in der Krankenpflege. Im Schnitt muss ein Pfleger im Krankenhaus 13 Patienten gleichzeitig versorgen. Ein Altenpfleger betreut durchschnittlich zwischen vier und fünf Personen.



(RN4Cast, 2012/ Statistisches Bundesamt, 2016, Bundesgesundheitsministerium, 2018)

EMPFEHLUNGEN

aus: Das aktuelle Handbuch für Pflegestufen

Ganzkörperwaschen	20-25 min
Zahnpflege	5 min
Rasieren	5-10 min
Wasserlassen, Intimhygiene	2-3 min
Stuhlgang, Intimhygiene	3-6 min
Umlagern	2-3 min
Ankleiden	8-10 min
Entkleiden	2-3 min
Essen	15-20 min
Duschen	15-20 min

DIGITALE PFLEGEHELFER

Die Pflegebranche leidet unter Fachkräftemangel. Die Digitalisierung soll die Lücke schließen. Ein Besuch bei der Konferenz zur Zukunft der Pflege.

VON HELEN BIELAWA

Zwischen Stehtischen mit Kaffeetassen und Werbebannern mit lachenden alten Menschen steht ein Bett. Auf den ersten Blick sieht es ganz normal aus: graue Matratze, Holzimitat. Die Menschen drumherum aber benutzen Worte wie „sensorische Bettauflage“, „Feuchtigkeits-Assistent“ und „integrierte Bettwaage“. Am Fußende hängt ein Tablet. Es zeigt an, wie viel der Patient auf dem Bett wiegt, ob er liegt oder sitzt, wie der Blutdruck beim letzten Messen war. „Und die Atemfrequenz misst die Matratze auch?“, fragt eine Frau, die überlegt, ob die Matratze ihr bei der Arbeit helfen würde. „Aktuell nicht“, antwortet der Aussteller. „Hmm, aber die Atemfrequenz ist super wichtig für uns.“ Der Aussteller: „Ich schreib’s auf meine To-Do-Liste.“

Ein Montagmorgen in Berlin-Spandau. Auf dem Gelände der Diakonie Evangelisches Johannesstift treffen sich Pflegewissenschaftler, Softwareentwickler und Medizintechniker. Mit Hartschalenkoffern und Aktentaschen sind sie angereist, um im großen Festsaal hinter der Kirche über das zentrale Problem ihrer Branche zu diskutieren.

Im letzten Jahr waren rund 40.000 Stellen unbesetzt. Bis 2025 könnten 200.000 Pflegekräfte fehlen. Gleichzeitig steigt der Bedarf: Bis 2040 wird jeder vierte Deutsche über 67 Jahre alt sein. Die Konferenz zur Zukunft der Pflege soll zeigen, wie Technik diese Lücke schließen könnte.

Ein paar Meter neben dem Bett mit den Sensoren steht ein weiteres Krankenbett, darauf liegt ein Mann auf dem Rücken, die Augen geschlossen. Die Matratze unter ihm bewegt sich, das Plakat hinter ihm erklärt: Die Matratze enthält 28 Luftzellen, die sich abwechselnd mit Luft füllen und wieder leeren, damit die Matratze immer in Bewegung ist – ein bisschen wie bei einem Wasserbett. Es sieht aus, als würde der Mann massiert werden. Nach ein paar Minuten liegt er fast auf der Seite, die rechte Schulter zeigt schräg in Richtung Decke. Das Display am Fußende verrät, dass die rechte Seite der Matratze um 30 Grad nach oben geneigt ist. Was hier die Matratze macht, auf die Seite drehen und zurück, ist sonst Aufgabe der Pflegekräfte und verhindert, dass Patienten sich wund liegen. Umlagern heißt das in der Fachsprache. Laut eines Handbuchs für Pfleger dauert Umlagern zwei bis drei Minuten und soll alle zwei bis vier Stunden gemacht werden, in der Praxis nur schwer umzusetzen.

Melanie Kruse, Krankenschwester und inzwischen Qualitätsmanagerin im Johannesstift, kennt das Problem. Vor allem in der Nachtschicht gibt es manchmal drei Dinge gleichzeitig zu tun: Ein orientierungsloser Patient läuft über den Flur, ein anderer möchte zur Toilette und eigentlich wäre jetzt der nächste mit dem Umlagern dran. Die Matratze würde da wirklich Zeit sparen, meint sie. Aber sie hat noch einen Wunsch. Mit Sensoren misst die Matratze die Bewegungen der Patienten und schickt diese Daten auf das Smartphone von Pflegekräften. Wieso landen sie nicht direkt in der

MEIN PRODUKT RETTET DIE PFLEGE, WEIL ...

... wir den Pflegeteams ermöglichen, online für ihre Patienten im Supermarkt oder in der Drogerie einzukaufen.

Sosan Wardak, Innovationsmanagerin beim Bestell- und Lieferservice BringLiesel

...Pfleger direkt am Bett Daten wie etwa den Blutdruck in die Patientenakte eintragen und somit Zeit gewinnen.

Klaus-Peter Dützmann, Manager beim Pflegebett-Hersteller Wissner-Bosserhoff

...unsere Matratze sich und damit auch die Patienten bewegen kann, so dass sie sich nicht wund liegen.

Michael Sullivan, Director des Medizintechnik-Herstellers MediTec

Martin Schellmann, Geschäftsführer des Medizintechnik-Herstellers GerroMed

Patientenakte? Das müsste verknüpft sein, meint Kruse. Daran hakt es hier bei vielen Technologien: Allein funktionieren sie gut, aber nicht zusammen.

Zwei Stände weiter wird ein Sensor präsentiert, der aussieht wie ein dickes, weißes Hufeisen. Dieses Gerät wird an die Decke des Schlafzimmers montiert. Der eingebaute 3D-Sensor kann dann Bewegungen im ganzen Raum analysieren. „Ach, das könnte ja auch eine Mückenfalle sein, wie das aussieht", sagt eine Besucherin. Der Sensor kann ein Aufrichten von einem Aufstehen unterscheiden und ein Hinsetzen von einem Hinfallen. Wenn ein Patient aufsteht, aber eigentlich zu wacklig auf den Beinen ist, schickt das Gerät dem Pfleger eine SMS oder alarmiert ihn über den Hausnotruf. Das könnte Pflegern Rundgänge ersparen – und Leben retten. 2017 sind in Deutschland fast 14.000 Menschen über 60 wegen eines Sturzes gestorben.

Wer von Stand zu Stand läuft, in Katalogen blättert, sich Keynotes anhört, versteht: Ob wir wollen oder nicht, die Pflege braucht neue Technologien. Präsentiert wird eine Welt, in der digitale Lieferservices Schokolade und Duschgel vorbeibringen, das Blutzuckermessgerät ein Diabetestagebuch führt und Sensoren Daten direkt in die Patientenakte übertragen. Das funktioniert schon in Einzelfällen.

Getestet werden Avatare, die Demenzkranken Anweisungen beim Bügeln, Kochen oder Zähneputzen geben, an Tabletten erinnern oder an den Termin beim Arzt. Geträumt wird bereits von Robotern, die beim Aufstehen, Anziehen und Ausziehen helfen. All das soll Menschen unterstützen, aber Pfleger nicht ersetzen, betonen die Hersteller. Ihr Versprechen: Die Technik macht alles leichter, sie nimmt Handgriffe ab, aber sie gibt keinen warmen Händedruck, schenkt kein Lächeln und kein Mitgefühl.

Zwischen den Betten, Displays und Sensoren läuft Tobias Kley herum, mit einem Headset im Ohr. Er schüttelt Hände, redet zwischendurch auf der Bühne, hat die Konferenz organisiert. Normalerweise arbeitet Kley im Pflegepraxiszentrum Berlin und testet dort neue Techniken für die Pflege. Er weiß: Auch eine kleine Umstellung ist eine Umstellung. Aktuell müssen Pfleger vom Krankenbett ins Stationszimmer laufen und dort am Rechner eintragen, wie der Blutdruck beim Patienten war oder welche Medikamente er bekommen hat. Die Daten direkt am Bett in ein Tablet zu tippen, würde schneller gehen. Dafür sind bereits Produkte auf dem Markt. Kley würde das gerne umsetzen, die Prozesse effizienter machen. Für die Kollegen, die sowieso zu wenig Zeit haben, ist es aber nicht leicht, sich auf eine neue Technik einzulassen. „Die haben Angst, einen falschen Knopf zu drücken", sagt Cornelia Röper, Vorsitzende des Verbands für Digitalisierung in der Sozialwirtschaft und selbst Gründerin einer digitalen Plattform für Pflegedienstleistungen. Sie beschreibt das Problem so: „Es gibt eine Karikatur, da schieben zwei Männer eine Schubkarre mit eckigen Rädern. Und dahinter steht ein Mann mit einem runden Rad. Aber die beiden sagen: ‚Nein, wir haben keine Zeit, das zu ändern'. So ist das aktuell in der Pflege." Der Fachkräftemangel macht technische Innovationen nötig, der Zeitdruck macht es schwer, sich auf sie einzulassen.

Wenn Tobias Kley von Stand zu Stand geht, weiß er, worauf er achten muss. Zum Beispiel: Funktioniert das vernetzte Bett mit einem eigenen WLAN? Oder wird es ans Netz des Wohnheims angeschlossen? „Die neuen Produkte passen nicht immer zur Infrastruktur in Wohnheimen oder Krankenhäusern", sagt Kley. Er erinnert sich, wie in einem Wohnheim mal sechs Videokonsolen mit Spielen gleichzeitig ein Update heruntergeladen haben – das Netzwerk im gesamten Haus war lahmgelegt. Kley testet neue Produkte erst in einem Simulationsraum, zusammen mit Pflegekräften, bevor er sie in den Arbeitsalltag integriert. Wenn die Pfleger selbst sagen, „ja, das bringt mir etwas, das nimmt mir Arbeit ab", wird das Produkt benutzt, vorher nicht.

Hört man den Gesprächen an den Ständen zu, fällt immer wieder ein Wort: Quartier. Das erinnert an Stadtviertel und irgendwie an Militär, was soll das sein? Die Antwort liefert ein Prospekt, das an einem Stand ausliegt. Auf dem Titelblatt lächelt eine Frau mit grauer Dauerwelle, sie hält eine Kaffeetasse in der Hand, vor ihr auf dem Tisch liegt ein Tablet. Unten rechts im Display ein grüner Button, mit weißer Schrift: Pflegenotruf. Oben links ein Videochat mit einer jungen Frau, vielleicht ist es die Enkelin, vielleicht die Pflegerin. Dazwischen die Uhrzeit, das Wetter, der Kalender. Ein Quartier kann überall entstehen, in einem Ortsteil, einem Straßenzug, einem einzelnen Haus, heißt es im Prospekt. Nötig sind ein Tablet, eine Pflegezentrale in der Nähe, Sensoren, die im Haus eingebaut werden, und Menschen, die sich digital vernetzen. Die Pflegenden mit den Nachbarn, die Familie mit den Pflegebedürftigen. Wenn der Sturzsensor Alarm schlägt, kann auch schnell die Nachbarin vorbeischauen, bis der Pfleger da ist. Das Quartier zeigt: Die Technik optimiert den Alltag so weit, dass der Mensch möglichst lange in den eigenen vier Wänden bleiben kann. Aber ohne Menschen funktioniert auch die beste Technik nicht.

MEIN PRODUKT RETTET DIE PFLEGE, WEIL ...

... Patienten mit unserer Technik selbstständig kommunizieren und handeln können.

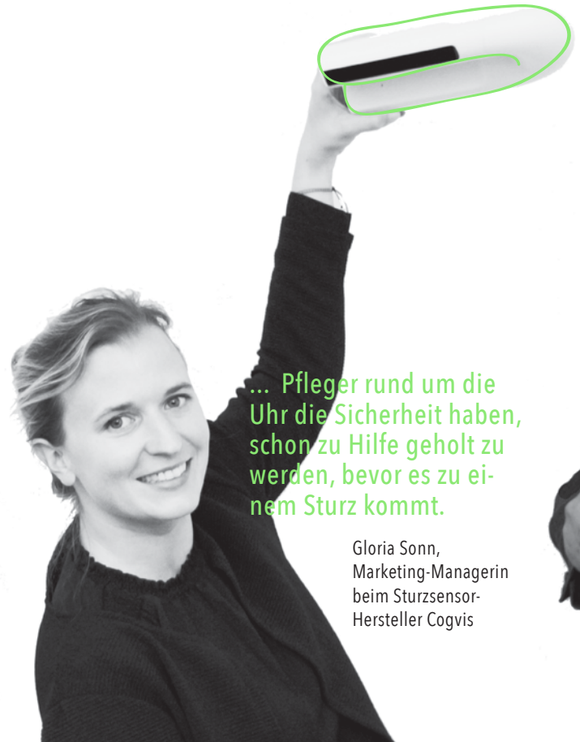
Adrian Kettmann, Berater für Elektrorollstühle und Umfeldsteuerung bei TalkTools

... Pfleger durch unser Türmonitoring genau wissen, was in den Bewohner- und Stationsbereichen passiert. Das entlastet vor allem den Nachtdienst.

Robert Stephan, Projektmanager beim Sensorik-Anbieter Escos

... Pfleger rund um die Uhr die Sicherheit haben, schon zu Hilfe geholt zu werden, bevor es zu einem Sturz kommt.

Gloria Sonn, Marketing-Managerin beim Sturzsensor-Hersteller Cogvis



... die Pflegebedürftigen mit uns länger zuhause bleiben und am Leben teilhaben können.

Marcus Neuhaus, Geschäftsführer beim Quartiersplattform-Anbieter CareView

Menschen ohne Krankenversicherung sind im deutschen Gesundheitssystem nicht vorgesehen. Zu Besuch in einer Praxis, in der sie trotzdem behandelt werden.

VON PIA STECKELBACH

MEDIZIN FÜR DIE UNSICHTBAREN

Früh am Morgen, Kindersprechstunde bei den Maltesern in Berlin-Wilmersdorf: Laurence muss geimpft werden, sie ist jetzt drei Monate alt. Ihre schwarzen krausen Haare sind mit bunten Gummis zu kleinen Zöpfen zusammengebunden. Sie liegt auf einer Wickelkommode und schreit, als die Ärztin die Nadel ansetzt. Für Laurence ist es die erste Untersuchung nach ihrer Geburt. Denn: Sie ist nicht versichert und auf die Hilfe ehrenamtlich tätiger Ärzte angewiesen.

In der „Praxis für Menschen ohne Krankenversicherung" werden dreimal wöchentlich Patienten wie Laurence behandelt. Erwachsene, Kinder und Babys. Laut Statistischem Bundesamt leben in Deutschland 80.000 Menschen ohne Krankenkarte, die Dunkelziffer ist deutlich höher. Eine Anlaufstelle für sie in Berlin ist die Praxis der Malteser. Dort arbeiten Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Zahnärzte und Orthopäden, alle ohne Honorar.

Laurences Impfung kostet bei den Maltesern 20 Euro. Bei einem regulären Kinderarzt wären es 300 gewesen. Ihre Eltern kommen aus Kamerun und sind vom deutschen Gesundheitssystem überfordert. Die Mutter ist Asylbewerberin, der Vater studiert in Deutschland. Beide sind versichert, einmal über die Asylbehörde, einmal über eine private Kasse. Solche Fälle sind keine Seltenheit, sagt die Sozialberaterin der Malteser-Praxis, Roxana Kuhlow: „Vielen ausländischen Studenten werden private Versicherungen aufgeschwatzt. Sie zahlen geringe Beiträge, bekommen nur in Notfällen finanzielle Unterstützung." Kinder haben darin keinen automatischen Schutz.

Sozialarbeiterin Kuhlow will nochmal mit Laurences Mutter sprechen, schaut abwechselnd sie und das Baby an. „Der Vater muss so schnell wie möglich bei der Krankenkasse nachhaken, ob er Laurence versichern kann!" Die Mutter nickt. Kuhlow ist nicht sicher, ob sie den Ernst der Situation verstanden hat.

Mittlerweile reiht sich am Empfangstresen der Praxis Patient an Patient. Ein hagerer Mann auf Krücken, eine Frau mit zu hohem Blutdruck, ein anderer, dem sein Herz weh tut. Zwei Krankenschwestern nehmen die Menschen auf, versuchen, fremde Sprachen zu verstehen, Ängste zu nehmen. Mehr als 90 Prozent der Patienten in der Malteser-Praxis sind Migranten. Viele von ihnen haben weder einen Ausweis noch eine Adresse, beides brauchen sie hier nicht. Das Angebot spricht sich in den Communities herum. 2018 wurden in der Praxis 8.000 Patienten behandelt. Allein heute haben die Helfer 20 neue registriert. Manche haben einen Übersetzer mitgebracht, ansonsten wird mit Händen und Füßen kommuniziert. Für den Notfall gibt es den Google-Übersetzer.

Gegen 11 Uhr kommt Maria mit ihrem Freund Ronny in die Praxis. Sie ist blass,

Baby Laurence startet ohne Versicherung ins Leben.

hält sich an ihm fest, ihre Stimme klingt dennoch entschlossen: „Ich bin Migrantin und habe keine Versicherung. Am Wochenende hatte ich eine Fehlgeburt." Maria ist 31 Jahre alt, Rumänin und seit drei Monaten in Deutschland. Sie lebt mit Ronny zusammen, wird schwanger, freut sich. Dann wird ihnen plötzlich die Wohnung gekündigt. Ohne feste Adresse kann Maria keine Krankenversicherung beantragen. Da hilft auch ihr nahezu perfektes Deutsch und ihr Geschichtsstudium nicht weiter. Dann kam die Fehlgeburt, Mitten in der Nacht. Vier Stunden verbrachte sie auf der Toilette, um ihr ungeborenes Kind „auszubluten". Ronny wollte sie nicht aufwecken. „Ich konnte nicht ertragen, dass er mich so sieht."

Jetzt stehen die beiden im langen Praxisflur zwischen den anderen Kranken, Schwangeren, Gestrandeten. In einem Fenster bricht sich die Mittagssonne. Ronny zieht Maria an sich, legt ihr den Arm um die Schultern.

Nach der Fehlgeburt fand Ronny seine Freundin im Badezimmer, wählte den Notruf. Für einen Einsatz hätte er 800 Euro

UNVERSICHERTE HABEN DAS RECHT, WIEDER VON IHRER ALTEN KRANKENKASSE AUFGENOMMEN ZU WERDEN.

zahlen müssen, erfährt er. Maria sei schließlich nicht versichert und Kliniken nur in akuten Notfällen dazu verpflichtet, Menschen ohne Krankenkarte zu behandeln. Eine Fehlgeburt gehöre nicht dazu.

Vier Tage danach will Maria heute sichergehen, dass sie sich keine Infektion eingefangen hat. „Mir geht es gut", das sagt sie immer wieder, die ganze Zeit hält sie Ronnys Hand. „Ich habe mich in Deutschland nie fremd gefühlt, jetzt bin ich enttäuscht."

Eine Tür weiter sitzt Hanno Klemm in seinem Sprechzimmer, er leitet die Malteser-Praxis für Menschen ohne Krankenversicherung. Ihm gehen viele der Schicksale nahe. „Politiker müssten mal sehen,

Mirek ist selbst schuld an seiner Lage, trotzdem wird ihm hier geholfen.

In Deutschland haben laut Statistischem Bundesamt rund 80.000 Menschen keine Krankenversicherung. Die Dunkelziffer ist deutlich höher, Schätzungen gehen von Hunderttausenden aus.

Unter den Betroffenen sind vor allem Obdachlose, illegale Einwanderer und Selbstständige, die ihre private Versicherung irgendwann nicht mehr bezahlen konnten.

Unversicherte haben das Recht, wieder von ihrer alten Krankenkasse aufgenommen zu werden. Für die Zeit, in der sie nicht versichert waren, müssen sie aber Versäumniszahlungen leisten. Das sind oft Tausende von Euro. Hinzu kommt: Wer das Alter von 55 Jahren übersteigt und vorher privatversichert war, darf nicht mehr in die gesetzliche Versicherung wechseln, auch wenn er die Beiträge für die private nicht zahlen kann.

aus welchen armseligen Verhältnissen viele kommen!" Er und seine Kollegen wissen: Ihre Patienten dürfte es eigentlich gar nicht geben. In Deutschland besteht die Pflicht, sich in einer gesetzlichen oder privaten Kasse zu versichern. Wer dem nachkommen kann und wer nicht, entscheidet manchmal ein Mietvertrag. Manchmal trifft aber auch Zufall auf Leichtsinn.

Nächster Patient: Ein Mann mit Rollator, einer seiner Füße ist in Gips eingepackt. Nur der große Zeh schaut rot leuchtend heraus. Mirek ist in einem Streit vom Balkon gesprungen, er wollte einem Kumpel hinterher und ihn verprügeln. Das Ergebnis: dreifacher Wadenbruch. „Wenn ich sauer bin, muss ich handeln", Mirek grinst. Er hat seine Freundin Vivien mitgebracht, sie hilft aus, wenn er mit seinem Deutsch nicht weiterkommt. Mirek ist 58 und vor 30 Jahren aus Polen nach Deutschland gekommen. Seitdem hat er immer mal wieder irgendwo gejobbt, zuletzt von Arbeitslosengeld gelebt. Nach seinem Sprung wurde er in einem Krankenhaus behandelt, die Ärzte mussten ihm eine Platte ins Bein schrauben. Jetzt bleiben ihm dort 40.000 Euro Schulden. Mirek ist nicht mehr krankenversichert, weil er kein Hartz IV beantragt hat. Kurz bevor der Unfall passierte, hatte das Jobcenter die Zahlungen gestoppt.

Vivien und Mirek warten auf dem Flur vor dem Behandlungszimmer. Er sitzt auf seinem Rollator, sie daneben auf dem Boden. „Er hat schon lange keine Wundversorgung mehr bekommen, keiner weiß, wie sein Fuß aussieht", Vivien zieht die Stirn in Falten und schaut zu ihm hoch.

Bei den Maltesern wird nicht viel gefragt, sondern geholfen. „Wenn es die Praxis hier nicht gäbe, wären wir aufgeschmissen", sagt Vivien. Wie es weiter gehen soll? „Weiß ich nicht", wieder grinst Mirek, diesmal etwas verzweifelt. Vielleicht fällt Vivien ja noch etwas ein.

Praxisleiter Klemm hat bereits einen Vorschlag. Er will, dass Einrichtungen wie die der Malteser langfristig nicht mehr gebraucht werden. Er wünscht sich eine Universalversicherung, in der alle Menschen eine medizinische Grundversorgung unabhängig von Adresse und Status bekommen. Für diejenigen, die schon einmal privat oder gesetzlich versichert waren, fordert er den Erlass ihrer Beitragsschulden. Der Steuerzahler soll dafür aufkommen.

Mittlerweile ist es fast 14 Uhr, die Praxis schließt für heute. Auch Mirek und Vivien sind schon auf dem Weg nach Hause. Mireks Verband wurde gewechselt, die Fäden von der letzten Operation gezogen. Wie er den nächsten Eingriff und eine Reha bezahlen soll, weiß er nicht. Vivien will sich beim Sozialamt erkundigen. Wenn das nicht funktioniert, sitzen sie bald wieder in der Praxis für Menschen ohne Krankenversicherung. So wie viele andere auch, deren Probleme draußen niemand wahrnimmt, weil es sie offiziell gar nicht geben soll.

Marias Fehlgeburt wird nicht als Notfall anerkannt, den Krankenwagen hätte sie nicht bezahlen können.

STOFF, AUS DEM TRÄUME SIND

Hochleistungsjob, Partys, Instagram und Schule: Medikamente sind als Allzweck-Droge in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Doris Nithammer sieht täglich die Schattenseiten dieser Entwicklung.

VON VICTOR SATTLER

„ICH SEHE ES HOCHKRITISCH, KINDERN STÄNDIG HOMÖOPATHISCHE ZUCKERKÜGELCHEN ZU GEBEN.“

Als die Krankenschwester in der Ausbildung zum wiederholten Mal für eine zusätzliche Nachtschicht eingeteilt wurde, ließ ihr Oberarzt sie nicht im Stich. Er gab der jungen Frau ein psychisch wirksames Medikament in die Hand, damit sie wach bleiben und die Schicht durchstehen konnte. „Damit hat er sie in die Sucht eingeführt“, sagt Doris Nithammer, während sie den Fall in ihren Unterlagen nachliest. Jahre später saß die Krankenschwester genau hier: in der Suchtberatungsstelle Berlin-Friedrichshain, der Leiterin Doris Nithammer gegenüber. Die Notizen, die vor ihr liegen, stammen aus vielen Jahren mit Beratungsgesprächen. Sie findet es wichtig, über diese Fälle zu sprechen, die ihrer Meinung nach zu wenig bekannt sind. Über die Krankenschwester, über einen Partygänger, der sich seine gute Stimmung künstlich erhalten wollte, über einen Ingenieur mit Stress im Beruf und über eine leistungsstarke Studentin.

Seit 25 Jahren ist Nithammer in der Suchthilfe tätig, seit acht Jahren begleitet sie in Friedrichshain Medikamenten- und Alkoholabhängige. Während laut jüngstem Sucht-Survey des Münchner Instituts für Therapieforschung der Alkohol- und Tabakkonsum wie in den Jahren zuvor weiter abnehmen, hat der Konsum von Schmerzmitteln zugenommen. Griffen 1995 noch zwölf Prozent der 18- bis 64-Jährigen wöchentlich oder öfter zu Schmerzmitteln, waren es 20 Jahre später 18 Prozent. Geschätzte 1,6 Millionen Menschen sind in Deutschland aktuell von Arzneimitteln abhängig, weit mehr als bei den illegalen Substanzen. Aber Sucht ist nicht gleich Sucht: Es gibt unterschiedliche Konsumtypen. Die größte Gruppe der Medikamentenabhängigen sind ältere Menschen. Diese werden zwar körperlich abhängig, aber meist nicht psychisch. Das heißt, sie spüren nicht das gleiche Verlangen nach dem Medikament wie nach einem Rauschmittel, nicht den gleichen Kontrollverlust. Doris Nithammer kennt aus ihrer Arbeit den anderen Typ von Konsum: Die, die den Exzess gesucht haben.

Bei ihr melden sich vor allem Klienten zwischen 30 und 60 Jahren. Sie nehmen Medikamente mit dem Ziel, bestmöglich in ihrem Umfeld zu funktionieren. „Um all das, was sie in ihrem Alltag schaffen müssen, zu bewältigen“, sagt Nithammer und seufzt. „Letztlich gleitet es ihnen allen aus der Hand.“ Der Druck unterscheidet sich je nach Geschlechterrolle, er ist aber für alle hoch: Frauen, die Beruf, Haushalt und Fürsorge unter einen Hut bringen müssen, die oftmals Kopf- und Rückenschmerzen aus ihren sozialen Berufen nach Hause bringen. Oder Männer, an die sehr hohe Karriereanforderungen gestellt werden.

Zwei englische Psychologen stellten 2017 fest, dass der Perfektionismus mit jeder neuen Generation weiter zunimmt und dass diese Eigenschaft diverse psychische Störungen begünstigt. Das gilt sowohl für den Perfektionismus, den sich Menschen selbst auferlegen, als auch für den, der von anderen kommt. Perfekt zu sein gestaltet sich schwierig in Berufen, die den Angestellten immer weniger Zeit dafür lassen. In Friedrichshain bemerkte das Team, dass auf einmal gehäuft Menschen aus den medizinischen Berufen in der Beratung ankamen: Abhängige, die im Altenheim, im Krankenhaus oder in einer Apotheke arbeiteten. Dort ist der Zeitdruck besonders hoch und es ist verbreitet, Substanzen, die man verschreibt und zu denen man Zugang hat, auch selbst einzunehmen. Die Forschung reflektiert diese Erfahrung nicht, Studien zu dem Thema sind rar. „Ich empfinde es als ein Tabu, zu fragen, ob medizinisches Personal sich diese Sachen selbst verordnet“, sagt Nithammer, „wäre es nicht so tabu, wüsste man mehr darüber.“

Nithammers Suchthilfe befindet sich in einem Haus mit gelber Ziegelwand und steingrauen Erkern, in Berlins Bezirk mit dem jüngsten Durchschnittsalter. In Friedrichshain ist man in allen Himmelsrichtungen von Clubs umzingelt, dem Berghain, Suicide Circus und Kater Blau, bei der Szene einige der beliebtesten Adressen der Stadt. Unter den Feiernden, die sich in ehemaligen Heiz- oder Kraftwerken tummeln, sind vor allem Benzodiazepine beliebt geworden. Als „Downer“ sollen sie dabei helfen, am Ende der Nacht wieder runterzukommen. Neben den Opioiden sind Benzodiazepine die Substanzen, mit denen Nithammer am häufigsten konfrontiert wird. Sie wirken angstlösend und schaffen „eine rosarote Brille“. Diese Mittel, wie das verschreibungspflichtige Valium, ein Beruhigungsmittel mit hohem Abhängigkeitspotenzial, werden bevorzugt mit anderen Drogen kombiniert. Solche Erfahrungen hatte auch ein junger Mann gemacht, den Nithammer behandelte: Um seine Motivation zu steigern und sich stets in eine „euphorische Grundstimmung“ zu versetzen, schluckte er täglich hohe Dosen eines Beruhigungsmittels. Durch den Umgang mit Partydrogen war seine Hemmschwelle bereits herabgesetzt und er glaubte, die Nebenwirkungen im Griff zu haben. „In der Partyszene entsteht die Illusion, das Befinden mit Chemie von außen steuern zu können“, sagt Nithammer. „Und zwar ganz gezielt: Wann will man fitter und leistungsfähiger sein – wann will man wieder runterkommen?“ Zu jeder Tageszeit, zu jedem Modus findet sich der richtige Stoff.

Das gilt für berufliche wie private Aufgaben. Schon ein Bedürfnis nach mehr positiver Ausstrahlung sei für manche ein triftiger Grund zur Selbstmedikation, berichtet Gerhard Bühringer. Über Suchterkrankungen forscht er seit 45 Jahren, zuletzt in Dresden. Als er jung war, dienten Drogen noch zur Flucht vor der Realität, erinnert sich der Professor. „Sie waren ein Zeichen des Bruchs mit der Gesellschaft.“ Während Drogen ihren Konsumenten früher eher außer Gefecht setzen sollten,

„LETZTLICH GLEITET ES IHNEN ALLEN AUS DER HAND.“

Doris Nithammer leitet die Suchtberatungsstelle Berlin-Friedrichshain.

wolle man heutzutage mithilfe einer Substanz lieber teilnahmefähig werden und zu einer Gruppe dazugehören. „Das passt zu einem Land, das in Frieden lebt und das eine sehr gute Krankenversorgung hat, aber in dem der Einzelne immer weniger Toleranz für persönliche Probleme entgegengebracht bekommt“, sagt Bühringer.

Gerhard Bühringer hat sich als Suchtforscher in Gremien und Publikationen international einen Namen gemacht. Neuerdings denkt er über Player nach, die über eine größere Reichweite verfügen als er: Facebook und Instagram. „Auf diesen Plattformen werden hochgefährliche Handlungen regelrecht propagiert“, sagt Bühringer. Wer den richtigen Hashtag eingibt oder der richtigen Gruppe beitritt, kann sich mit anderen Süchtigen verbinden und sich das Material beschaffen, mit dem sie sich gegenseitig inspirieren. So erscheinen unter dem Hashtag #Xanax zahlreiche Fotos der gleichnamigen Beruhigungs-Tabletten, sowie Preislisten und Anleitungen, auch mal eine Torte in Xanax-Form ist dabei. Die Grenze zwischen Ironie und Ernst ist fließend. In England haben Dealer diese Hashtags schon benutzt, um junge Kunden für das Medikament zu gewinnen und zu kontaktieren. Das bedeutet nicht, dass soziale Medien schuld an der Existenz von Suchtkrankheiten wären. Die sozialen Medien spielen eher eine große Rolle, weil sie Modeerscheinungen rasant verbreiten.

Die Betreiber der Plattformen stellt das vor die Entscheidung, ob sie in das Treiben ihrer Nutzer eingreifen wollen. Der Hashtag #Xanax und seine saloppe Form #Xanny sind auf Instagram mittlerweile blockiert worden, nachdem der Facebook-Konzern in der Politik und Öffentlichkeit unter Druck geraten war. Fotos, die mit diesen Markern versehen waren, sollen jetzt nicht mehr so leicht gefunden werden können wie bisher. Auch die

DROGEN WAREN EIN ZEICHEN DES BRUCHS MIT DER GESELLSCHAFT, HEUTE VERLEIHEN SIE POSITIVE AUSSTRAHLUNG.

Hashtags #Fentanyl und #Opioids stehen auf der schwarzen Liste. Aber das bedeutet nicht, dass diese Codes nicht mit wenigen Zeichen abgewandelt und weiterverwendet werden könnten: Statt #Xanax also #XanaxPlease oder #XanaxMoment.

Insgesamt sind Tabletten in der Popkultur schick geworden und üben eine unbestreitbare Faszination auf Künstler aus. Am beliebtesten ist das Motiv in Hiphop- und Rap-Texten. Dort wird das Medikament Xanax besungen, schmückt CD-Cover oder inspiriert Künstlernamen. „Bestelle jetzt Xanax, jap, tausend Stück", erzählt der Rapper Fruchtmax dem Hörer. „Denn ich bin der Man, chille mein Life und ich poppe die Xan, ficke die Hoes in meinem Van", prahlt der Rapper Hustensaft Jüngling, der sich nach dem in Hustensaft enthaltenen Opioid benannt hat. Meist stehen diese Medikamente in den Texten in Zusammenhang mit Symbolen sozialen Aufstiegs, mit dem Gefühl, angekommen zu sein. Auch der wohlhabende Ich-Erzähler in Michel Houellebecqs 2019 erschienenem Roman „Serotonin" beginnt auf Seite eins mit einer Liebeserklärung an seinen kleinen Helfer: „Es ist eine kleine, weiße, ovale, teilbare Tablette. Gegen fünf Uhr morgens, manchmal auch gegen sechs, wache ich auf, das Bedürfnis ist dann am größten."

So präsent die Medikamente auch sind, die Sensibilität in der Bevölkerung ist es nicht. Im allerhintersten Büro der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit sitzt Thomas Götz. Er ist Berlins Psychiatriebeauftragter und findet: Die Position seines Büros passt ganz gut zum Gesprächsthema. „Leider stehen Medikamentenabhängige nicht so im Fokus, wie sie müssten", erklärt Götz. „Das Augenmerk liegt nach wie vor stark auf den illegalen Drogen." Da Medikamentenabhängige gesellschaftlich nicht ausgeschlossen würden, wenig Einsicht in ihre Krankheit hätten und selten im Hilfesystem ankämen, führe die Problematik ein Schattendasein.

Der fatalste Denkfehler dabei: Menschen empfinden Medikamente als sicher – und deshalb als durch und durch gut. „Wir haben ein recht funktionales Gesundheitsverständnis. Es basiert auf der Überlegung: Ein Medikament wirkt irgendwo spezifisch ein und macht eine vermeintliche Dysfunktion wieder gut. Aber so einfach und schwarz-weiß ist es nicht." Man vergesse dabei, dass die Wirkung von Medikamenten variiere, dass sie sozialen Einflüssen oder Placebo-Effekten unterliege. Der Anwender habe über diese keine Kontrolle. „Wir befinden uns in einer paradoxen Situation. Die Psychiatrie hat eine zunehmend medikamentenkritische Haltung eingenommen, aber in der Bevölkerung gibt es die gegenläufige Tendenz", sagt Götz.

Ein Ingenieur wollte eigentlich nur die Rückenschmerzen behandeln, die sein Bürojob verursachte. Dass er schon einmal Suchtprobleme gehabt hatte, ließ er bei der Selbstmedikation außer Acht. So wurde er schnell von den Opioiden abhängig und meldete sich bei Doris Nithammer in Friedrichshain. Wer in der Vergangenheit mit Substanzmissbrauch in Berührung kam, ist später anfälliger für eine Abhängigkeit.

Die Patienten, die zu Nithammer kommen, haben oft bereits in der Kindheit bei jeder Beschwerde ein passendes Medikament genommen. Ihre Kolleginnen und Kollegen aus der Jugendarbeit berichten, dass die Berliner Eltern wenig Hemmungen hätten, ihren Kindern Kopfweh-Tabletten zu verabreichen, zum Beispiel für eine Klassenarbeit. Wenn der Schulstress sich dann in weiteren körperlichen Beschwerden äußert, kommen Erkältungssirups, abschwellende Nasensprays und Übelkeitsmedizin zum Einsatz. All diese Präparate werden von den Eltern tendenziell unterschätzt. „Daraus entsteht bei den Kindern eine geringere Toleranz gegenüber kleineren Leiden und Zwicken, die ja jeder mal hat. Und mit dieser Voraussetzung werden die Leute dann erwachsen", sagt Nithammer.

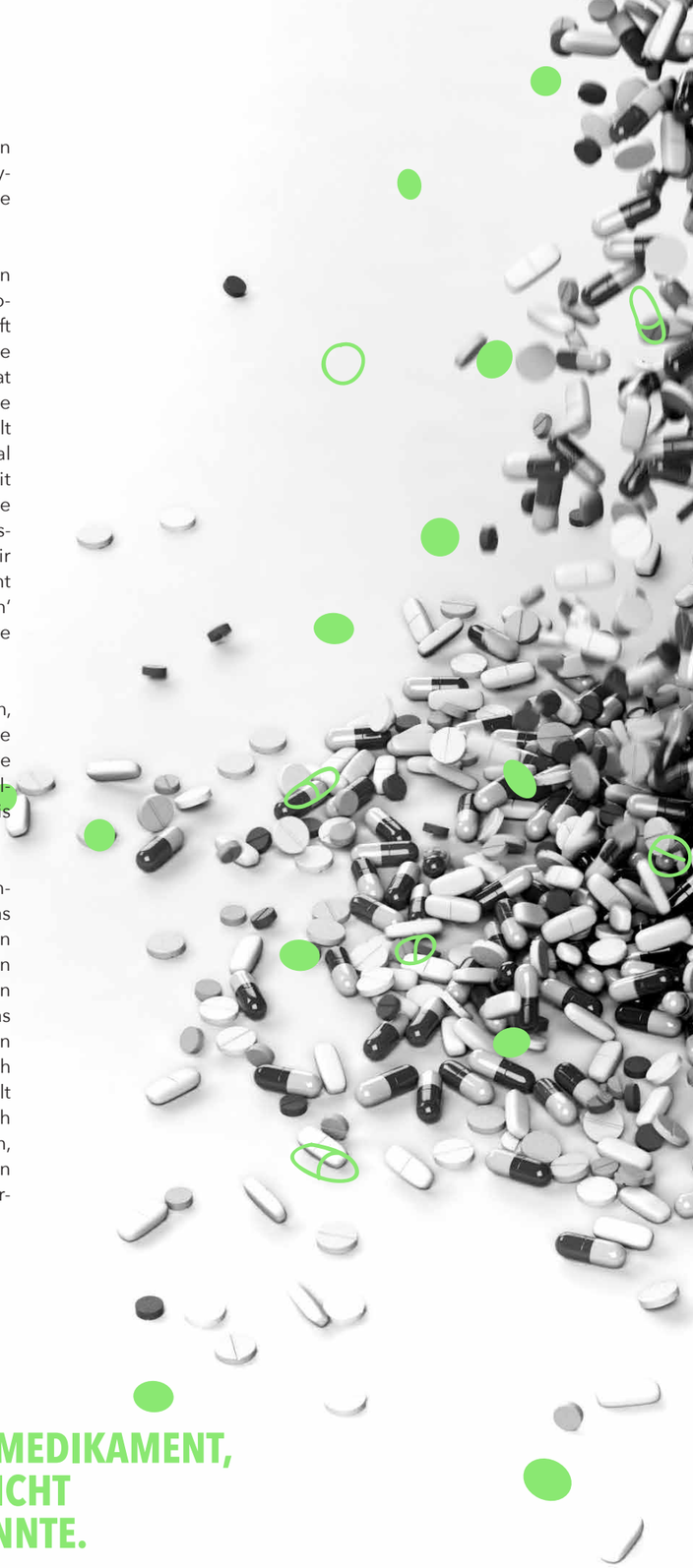
Schon 2008 antworteten zwölf Prozent der Eltern bei einer Umfrage der DAK, dass sie ihren Schulkindern „häufig oder gelegentlich" Medikamente gegen den Lernstress geben. Laut einer anderen Studie nimmt ein Drittel der 12- bis 17-Jährigen mindestens wöchentlich Medikamente ein, die dem Leistungsdruck entgegenwirken sollen. Das kann unabhängig vom Wirkstoff problematisch sein: „Ich sehe es hochkritisch, Kindern ständig homöopathische Zuckerkügelchen zu geben", sagt Nithammer. „Denn so wird diese Haltung von klein auf gelernt und von den Eltern vorgelebt."

Auf Seiten der Medizinerinnen und Mediziner wäre ebenfalls eine Fortbildung nötig. Sie müssten ausführlicher aufklären, näher auf die Dosierung und den Zeitraum der Einnahme eingehen. Eine Studentin aus einem Hochleistungs-Fach hatte von einer Psychiaterin ein Schlafmittel verschrieben bekommen. Nithammer sieht in ihren Notizbüchern nach, weil sie kurz selbst nicht mehr glauben kann, dass es so schnell gegangen war: Bei einer halben Tablette täglich war die Studentin innerhalb von nur sechs Wochen abhängig geworden und zeigte schon Entzugssymptome. Obwohl die Psychiaterin sie in dieser Zeit betreute, unterschätzte sie das Suchtpotenzial des Mittels.

Einer der Umschlagplätze für Medikamente in Berlin ist das Kottbusser Tor. In einer der umliegenden Apotheken arbeitet eine junge Frau. In ihrem Alltag schöpft sie des öfteren Verdacht: Etwa, wenn jemand eine 100er-Packung für die tägliche Einnahme erhalten hat und nach zwei Wochen wieder da ist. Oder, weil die Rezepte jedes Mal von einem anderen Arzt ausgestellt sind. „Für uns Apotheker gilt der Zwang, erst einmal Medikamente rausgeben zu müssen", sagt sie mit gedämpfter Stimme, weil sie nicht sicher ist, ob die Auskunft, die sie gerade gibt, nicht unter das Betriebsgeheimnis fällt. „Und es ist nicht so, als könnten wir dann die Polizei rufen, das würde die Schweigepflicht verletzen. Alles, was wir machen können, ist, ‚Nein' zu sagen. Dann geht derjenige halt in eine andere Apotheke."

Apotheken brauchen Kompetenzen und Info-Materialien, um bessere Aufklärung betreiben zu können und jene weiterzuvermitteln, die sonst nie in einer Hilfestelle ankommen. In jedem Berliner Bezirk gibt es Alkohol- und Medikamentenberatungen wie jene, die Doris Nithammer leitet.

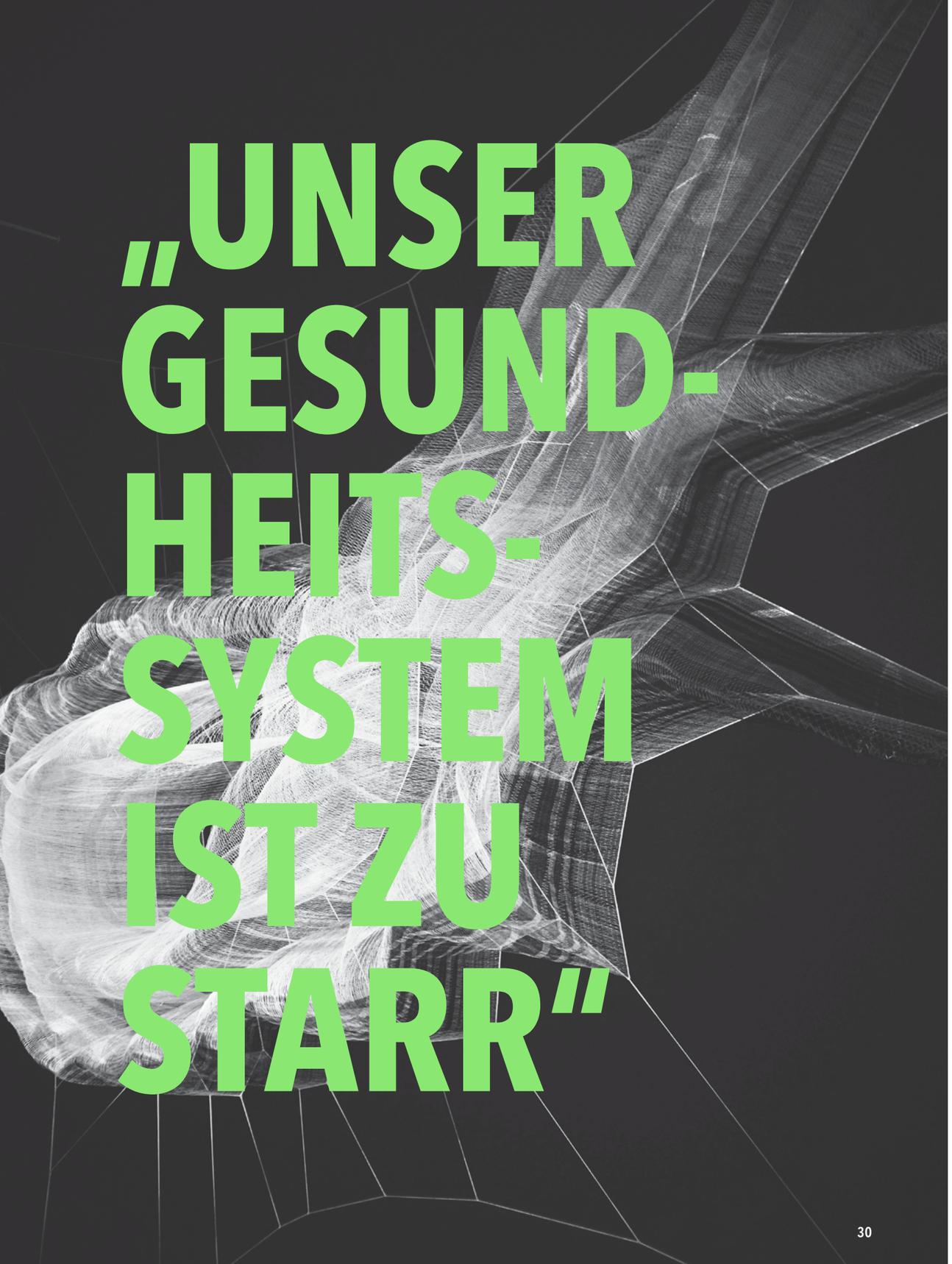
Sie macht sich Gedanken darüber, was sich beim Einzelnen grundlegend ändern muss. „Wie sage ich das jetzt so, dass es nicht schief rüberkommt?", fragt sie in den Raum. Sie rafft ihre wissenschaftlichen Unterlagen zusammen. Es ist ihr wichtig, sich auf Beobachtungen und Studien zu stützen, deshalb fällt es ihr schwer, das Folgende zu formulieren: „Ich will nicht so etwas sagen wie: Jeder soll nur mit ganz viel Achtsamkeit um sich selber kreisen. Das ist es gar nicht", erklärt sie und holt nochmal Luft. „Es geht darum, dass alle lernen, in sich reinzuhören, was ihre Bedürfnisse sind. Zu entscheiden, was davon sie erfüllen wollen. Und mit den richtigen Worten anderen freundlich Grenzen zu setzen. Idealerweise lernt man das im Jugendalter."



DER CHEF GAB DER JUNGEN FRAU EIN MEDIKAMENT, DAMIT SIE DIE SCHICHT DURCHSTEHEN KONNTE.

WAS WIR BRAUCHEN

„UNSER GESUNDHEITSSYSTEM IST ZU STARR"



Während in anderen Ländern künstliche Intelligenz schon Teil der Behandlung ist, diskutieren wir in Deutschland noch über elektronische Patientendaten, sagt Maike Henningsen. Sie ist Ärztin und Expertin für digitale Gesundheit.

VON LEONIE KRISTIN BÄSSE

Alle sprechen davon: Das Gesundheitswesen soll digitaler werden. Deutschland hinkt jedoch immer noch hinterher. Was ist die größte Herausforderung aus Ihrer Sicht?
Uns geht es einfach zu gut. Wir haben Ärzte an jeder Ecke und es ist alles kostenlos. Das haben andere Länder nicht. China hat ein Gesundheitssystem, in dem viele Versorgungslücken existieren, und in den USA ist es mitunter sehr teuer, sich behandeln oder beraten zu lassen. Deshalb ist man in diesen Ländern fast schon zu Innovationen gezwungen. In den USA zum Beispiel eröffnen Technologieunternehmen wie Apple eigene Krankenhäuser für ihre Mitarbeiter. Und in China ist künstliche Intelligenz Teil der Behandlung von Patienten. Medikamente bekommen sie an Automaten. Unser Vorteil wird uns gegebenenfalls zum Nachteil. Das Gesundheitssystem ist zu starr. Es gibt keinen Markt, um Innovationen zu fördern und umzusetzen, wir kommen in der Technologieentwicklung nicht mehr mit.

Die Politik in Deutschland hat mit der Gematik bereits 2005 eine Einrichtung geschaffen – nur um das Gesundheitswesen zu vernetzen. Und die elektronische Patientenakte soll 2021 kommen. Ist Ihnen das zu wenig?
Es ist schwer zu verstehen, dass ein elektronisches Rezept, die elektronische Patientenakte oder die Telemedizin in Deutschland noch nicht existieren. Es kann nicht sein, dass ich für eine Überweisung von einem Arzt durch die ganze Stadt fahren oder mit Fieber im Wartezimmer auf eine Krankschreibung warten muss. Ob Strukturen wie die Gematik große Innovationen schaffen können, wird von vielen Seiten sehr kritisch gesehen. Man muss sich fragen, ob andere unabhängige Technologieunternehmen Innovationen besser umsetzen können. Momentan sind es vor allem ausländische Firmen, die zum Beispiel in der Telemedizin den Ton angeben. Sie kommen aus Ländern wie England, der Schweiz oder Schweden. Wir müssen technologisch auf der Höhe der Zeit bleiben, sonst werden wir abhängig von den Ländern und Unternehmen, die uns Technologien vorgeben.

Wie stellen Sie sich also das Gesundheitssystem der Zukunft in Deutschland vor? Welche Rolle spielt der Arzt?
Ein mögliches Zukunftsszenario aus unserer Forschung: Der Arzt steht weiterhin im Zentrum, ist aber digital vernetzt. Das heißt, die elektronische Patientenakte und Online-Sprechstunden sind eingeführt. Patienten mit einer Blaseninfektion oder einer Erkältung können zu Hause bleiben und bekommen über eine digitale Anwendung Hilfe. Der Arzt verschickt E-Rezepte oder empfiehlt Apps, deren medizinische Qualität ärztlich geprüft ist. Der Patient wiederum benutzt zu Hause Tools, um seine Gesundheit selbst zu beurteilen. Dieses Szenario wünschen sich viele, laut unserer Forschung wurde es aber nicht als wahrscheinlich angesehen.

Wieso nicht? Was müssten wir tun, um dahin zu kommen?
In Deutschland ist es bislang so, dass jeder Arzt mit eigener Praxis und öffentlichem Versorgungsauftrag genug Patienten hat. Das Wartezimmer ist voll, der Arzt also genug beschäftigt. Er hat wenig Spielraum, Neues auszuprobieren. Und es bringt bisher keinen Vorteil, neue Tools einzuführen. Die Verschreibung einer App etwa kann aktuell nicht mit der Kasse abgerechnet werden. Bisher fragen Patienten auch kaum danach. Zudem muss es eine sichere Internetverbindung und Infrastruktur geben, um Patientendaten elektronisch zu übermitteln. Hier muss die Politik andere Rahmenbedingungen schaffen.

„Der Arzt steht weiterhin im Zentrum, ist aber digital vernetzt."

DIGITAL VS. DEPRESSION

Wo Therapeuten fehlen, könnten Apps helfen: Der Markt für psychotherapeutische Onlineangebote wächst. Doch wie viel bringen sie wirklich?

VON MARLENE RESCH

„Fühlst du dich gerade hilflos?“, blinkt es auf dem Handybildschirm auf. Saskia Behrens schaut die Frage einige Sekunden an und kann sich nicht entscheiden. Wie fühlt sie sich eigentlich? Nach einigem Zögern wählt sie „Ja“ und springt zur nächsten Frage. „Wie sehr belastet dich das?“ Wieder hat sie eine Auswahl: „Sehr stark, ziemlich, ein wenig, gar nicht?“ „Ein wenig.“

Seit zehn Jahren lebt die Designerin mit der Diagnose Depression. Ihr neuer digitaler Begleiter in der Krankheit: die App Moodpath. Sie unterstützt inzwischen eine Million Nutzer weltweit dabei, sich besser zu fühlen. „Die App hilft mir, herauszufinden, wie es mir wirklich geht. Sonst lebe ich mit meiner Depression häufig nur mit dem diffusen Gefühl, dass irgendetwas nicht stimmt.“

In Deutschland erkranken jährlich 5,3 Millionen Menschen an Depression. Laut Robert Koch-Institut geht aber nur ein Drittel der Erkrankten zum Therapeuten. Die Gründe: Zum einen gibt es zu wenige Therapeuten und lange Wartezeiten. Zum anderen haben viele Erkrankte Scheu, über ihre Probleme zu sprechen. „Wir wollen nicht krank sein - und schon gar nicht psychisch krank“, sagt David Ebert. Er hat das psychotherapeutische Onlineportal get.on gegründet, um Menschen den Erstkontakt mit Psychotherapie zu erleichtern. Bei get.on chattet der Patient mit einem Therapeuten: „Für einige Menschen ist es einfacher, zunächst nur online über schambesetzte Themen zu sprechen, als einem Therapeuten gegenüber zu sitzen“, so Ebert.

Auch Saskia Behrens kann sich manchmal ihrer App Moodpath gegenüber mehr öffnen, als ihrem persönlichen Umfeld oder ihrer Therapeutin: „Ich kann unverbindlich über die App an Hilfe herankommen. Ich muss niemanden anrufen, niemandem Probleme bereiten. Und wenn ich suizidale Gedanken habe und die Frage danach in der App bejahe, muss ich mir keine Sorgen machen, dass die App sich um mich sorgt. Im persönlichen Umfeld über Selbstmord zu sprechen wäre dagegen ein Klopper.“ Die App hilft ganz sachlich mit Nummern professioneller Anlaufstellen und fragt nach: „Hast du einen Ansprechpartner? Mit wem können wir dich verbinden?“

Moodpath bietet mehr als nur Kontakte für den Notfall. Sie bietet vor allem ein Stimmungstagebuch. Drei Mal pro Tag meldet sich die App per Pushbenachrichtigung: „Hast du kurz einen Moment Zeit?“ Dann folgen Fragen: „Musstest du in letzter Zeit häufig weinen? Traust du dir weniger zu als sonst?“ Mithilfe der gespeicherten Antworten kann Saskia Behrens später ihre Stimmungen objektiver einschätzen und Muster erkennen. „Das ist wie eine Art Realitätscheck. Schaue ich dann auf gefühlt zwei super schlimme Wochen zurück, kann ich durch das Tagebuch erkennen, dass es selbst da bessere Momente und Lichtblicke gab.“

Obwohl viele Nutzer die Anwendung ähnlich positiv bewerten wie Saskia Behrens, dürfe man die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Onlineangeboten nicht überschätzen, warnt Stephanie Bauer. Sie forscht an der Universität

AKTIV
INTERESSIERT
FRÖHLICH
BEGEISTERT
ENTSPANNT
STOLZ
ERLEICHTERT
ZUVERSICHTLICH

TRAURIG
VERÄRGERT
ÄNGSTLICH
BESCHÄMT
NERVÖS
SCHULDIG
EINSAM
LEER
ERSCHÖPFT

Heidelberg zum Thema E-Mental-Health: „Es wurde nachgewiesen, dass Onlineinterventionen wirksam sind und dass sie besser sind als keine Therapie zu machen. Für die Frage aber, ob die digitalen Ansätze genauso helfen, wie eine Face-to-Face Therapie, werden noch großangelegte Studien benötigt." Außerdem sei auf dem Markt Vorsicht geboten: „Nicht jede App, die professionell aussieht, ist auch professionell", so Bauer. Es fehle ein vertrauenswürdiges Gütesiegel.

Einheitlichere Qualitätsstandards könnte das geplante „Digitale Versorgung-Gesetz" mit sich bringen: Damit sollen ab 2020 medizinische und psychotherapeutische Onlineangebote zu den üblichen Leistungen gehören, die die Krankenkassen bezahlen müssen. „Apps auf Rezept" verspricht die Bundesregierung.

Stiftung Warentest hat verschiedene digitale Depressionstherapien getestet. Dabei ging es auch um das Thema Datenschutz: „In einer Arztpraxis ist der Datenschutz durch die Schweigepflicht gesichert, bei einer App bleibt dir nichts anderes übrig, als dem Versprechen des Anbieters zu vertrauen", sagt Projektleiter Gunnar Schwan.

Wer auf der Suche nach einer guten App ist, solle sich auch informieren, wie das Projekt finanziert wird, empfiehlt Schwan. Wer ist der Anbieter? Eine Universität, ein privatwirtschaftliches Unternehmen oder ausgebildete Psychotherapeuten? Gerade junge Start-Ups seien oft darauf angewiesen, schnell Gewinne zu machen, zu Lasten der Qualität, so Schwan.

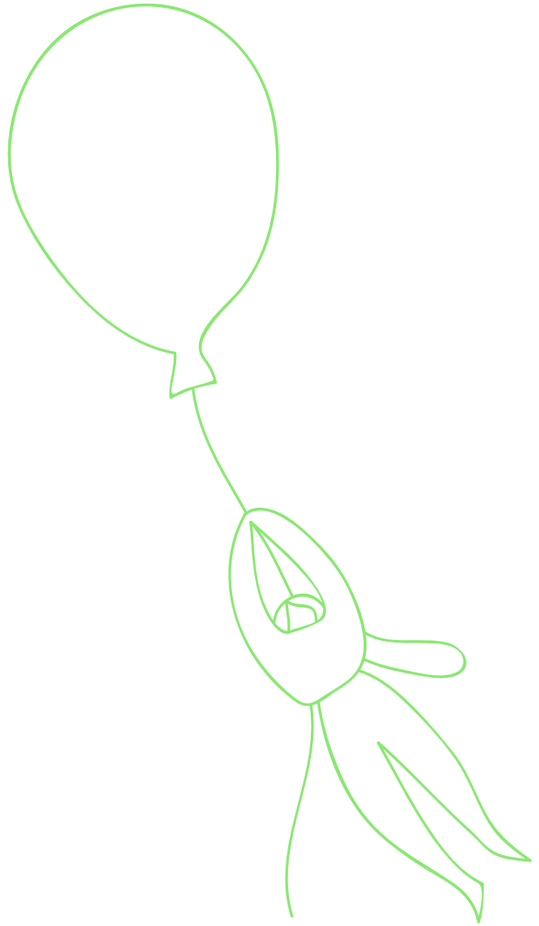
Saskia Behrens weiß, dass sie ihrer App sehr sensible Daten anvertraut. Sie nimmt das aber in Kauf, weil sie den Nutzen als größer empfindet. „Hier ist dein Fazit" meldet die App alle zwei Wochen und erklärt ihr Auffälligkeiten aus ihrem Stimmungsbarometer. „Du zeigst folgende Symptome einer Depression." Doch statt der Ergebnisse blinkte vor kurzem auf: „Wenn du weiterlesen möchtest, melde dich hier kostenpflichtig an." „Das fand ich unfassbar übergriffig in so einem Vertrauensverhältnis. Was ist da das Geschäftskonzept? Macht ihr mich erst süchtig, um mich dann zum Zahlen zu bringen? Da habe ich mich ausgeliefert gefühlt."

Therapie allein per App hält Ulrich Hegerl von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe für riskant. „Depression wird häufig unterschätzt und es herrscht die naive Vorstellung, dass man sie mit ein bisschen Stressmanagement via App regeln kann. Das ist gefährlich." Für eine erfolgreiche Behandlung sei ein Hausarzt oder Psychologe unbedingt notwendig, meint er. Tatsächlich zeigen Studien, dass Betroffene ein Onlineangebot länger nutzen, wenn die App nicht nur Standardfragen stellt, sondern zum Beispiel auch eine Chatmöglichkeit mit einem psychologischen Ansprechpartner bietet.

Einer, der sowohl herkömmliche Sprechstunden als auch digitale Angebote in seiner Arbeit kombiniert, ist der Kinder- und Jugendpsychiater Michael Schulte-Markwort: „Ich sage einigen meiner Patienten, dass ich rund um die Uhr für sie erreichbar bin, und das ist wie eine digitale Nabelschnur. Die Jugendlichen wissen selbst, dass ich ihre WhatsApp-Nachrichten um vier Uhr morgens nicht direkt lese. Aber allein das Gefühl, diese Nachricht bei mir zu deponieren, erleichtert sie." Eine ähnliche „digitale Nabelschnur" will er nun mit dem Chatbot Mysoul entwickeln, der gerade in der Testphase ist. Mithilfe von künstlicher Intelligenz sollen in diesem Messenger Kinder und Jugendliche mit einem virtuellen Ansprechpartner chatten können.

„Soziale Kontakte scheinen dich anzustrengen" ploppt auf Saskias Handybildschirm auf. Saskia wischt die Meldung entnervt weg. Das gleiche hat sie vor einigen Wochen schon einmal gelesen: „Wenn ich das zum ersten Mal lese, bringt das was. Aber beim zweiten Mal fühle ich mich auch verarscht. Das weiß ich doch schon. Fuck you, du alter Roboter."

Sich allein auf den Roboter zu verlassen, ist für Saskia deshalb keine Option. Einmal pro Woche geht sie zu einer Therapeutin: „Gerade bei einer Krankheit wie Depression ist es wichtig, sich als Menschen zu begegnen. Selbst dann, wenn es mir schlecht geht, gehe ich zu meiner Therapeutin. Denn dort fühle ich mich sicher. Die Therapiesitzung ist dann mein Antrieb, raus zu kommen. Das kann eine App nicht ersetzen."



EINE FRAGE

DER HALTUNG

Er ist nach wie vor umstritten: Der Paragraph 219a. Dieser verbietet, für Schwangerschaftsabbrüche zu werben. Im März 2019 wurde der Paragraph reformiert. Seitdem dürfen Ärzte auf ihrer Webseite Schwangerschaftsabbrüche als Leistung aufführen. Alle Informationen darüber hinaus sind jedoch strafrechtlich verboten, zum Beispiel, wie genau der Abbruch durchgeführt wird. Mit der Reform wurde zusätzlich beschlossen, eine bundesweite Liste mit Kontaktinformationen zu entsprechenden Ärzten anzulegen. Doch die Diskussion um Schwangerschaftsabbrüche bleibt. Der Konflikt zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmungsrecht, zwischen Informationsfreiheit und Werbungsverbot spaltet nicht nur die Gesellschaft, sondern auch die Ärzte. Vier Protokolle von Berliner Gynäkologen.

VON LEONIE KRISTIN BÄSSE

„FÜR MICH STEHT DAS LEBEN DER MUTTER IM VORDERGRUND."

Bettina Gaber,
56, Praxis in Steglitz

Ich führe Schwangerschaftsabbrüche durch, weil das Leben der Mutter für mich im Vordergrund steht. Ich fühle mich ihr moralisch verpflichtet. Es gibt Zeitpunkte im Leben von Frauen oder Paaren, da wäre eine ungewollte Schwangerschaft eine zu große Belastung. Es kam zum Beispiel eine Frau mit Burnout zu mir, die emotional so instabil war, dass sie eine Schwangerschaft nicht bewältigt hätte. Oder Paare sind auf einmal arbeitslos oder noch in Ausbildung. Da wäre ein Kind eine zu große finanzielle Belastung. Manchmal merke ich, dass die Frauen von ihren Partnern zum Verkehr gezwungen worden sind. Aber sie können oft nicht gegen die Männer vorgehen, weil das strafrechtlich so schwierig ist. Sie sind wegen der Schwangerschaft verzweifelt und müssen dann auch noch so ein Leid ertragen. Ich sitze ihnen gegenüber und ihre Not belastet mich sehr. Aber nicht die Tatsache, dass ich eine Abtreibung durchführe. Natürlich ist es immer ein extremes Spannungsfeld, aber die Priorität liegt für mich eindeutig bei der Frau.

Ich war während meiner Ausbildung in einer Klinik, wo Abbrüche absolut dazu gehörten. Unser Chef, der sehr konservativ war, hat immer gesagt: „Das Wohl der Frau steht im Vordergrund." Als Schwangerschaftsabbrüche gesetzlich noch nicht geregelt waren, hat er Frauen nach illegalen Abbrüchen sterben sehen. Das wollte er nie mehr haben. Und das hat mich geprägt.

Wenn ich auf meine Webseite „Schwangerschaftsabbruch in geschützter Atmosphäre" schreibe, dann will ich der Frau nicht sagen, dass es hier bei mir besonders schön ist. Ich will vielmehr sagen, dass ich ihre Intimsphäre und ihren Wunsch schütze. Eine ärztliche Leistung auf der Webseite aufzuführen, ist für mich keine Werbung. Für mich bedeutet das Werbeverbot, dass es der Frau bewusst schwer gemacht wird. Sie kann sich zwar online selbst informieren, aber es ist mühevoll, zuverlässige Quellen zu finden. Und es ist besonders mühevoll, wenn man emotional in Aufruhr ist. Mir wäre es am liebsten, wenn ich auf der Webseite umfassend informieren könnte: Über das Beratungsgespräch, die Kosten und die Methode des Abbruchs. Bei mir stand, dass ein „medikamentöser, narkosefreier Schwangerschaftsabbruch" zu meinen Leistungen gehört. Und allein deswegen bin ich im Juni 2019 zu einer Geldstrafe verurteilt worden. Das Werbeverbot ist für mich nach wie vor nicht tragbar. Ich gehe jetzt in Revision.

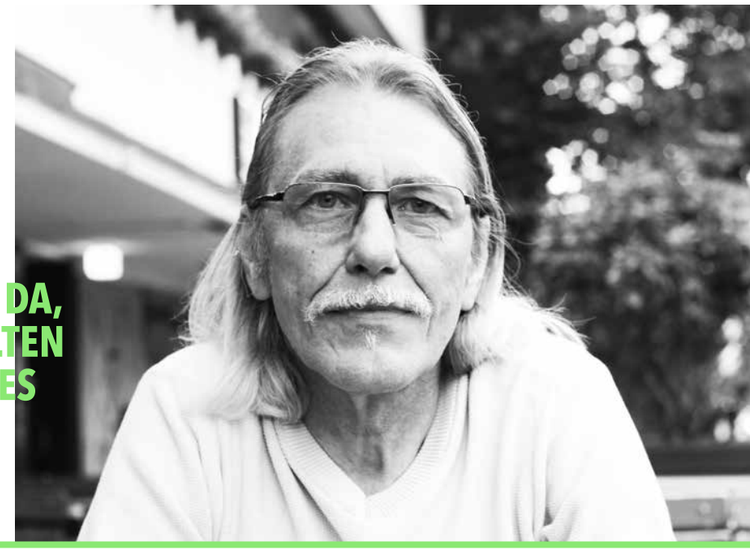
Ich führe keine Schwangerschaftsabbrüche durch. Für mich gilt der Grundsatz, der seit mehreren tausend Jahren für Ärzte gilt: „Wir sind dafür da, Leben zu erhalten und nicht, um es zu beenden." Ich betreue jedoch schwangere Patientinnen, die sich über Abtreibung informieren wollen. Die Frauen bekommen von mir Informationen dazu, an wen sie sich wenden können. Es ist gesellschaftlich vorgegeben, dass Frauen sich entscheiden können, ob sie die Schwangerschaft austragen oder nicht. Ich spreche mich weder dafür noch dagegen aus. Es sei denn, die Frauen fragen mich nach meiner Meinung. Ich bin überzeugt, dass die Frauen zu diesem Zeitpunkt im Leben überhaupt nicht einschätzen können, ob ihre Entscheidung später gut oder schlecht für sie ist.

Abtreibungen widersprechen meiner persönlichen Haltung als Christ. Im fünften Gebot ist eindeutig vorgegeben „Du sollst nicht töten". Die Schwangeren bestimmen immer über zwei und nicht mehr allein über den eigenen Körper. Deshalb sind Schwangerschaftsabbrüche für mich nie gerechtfertigt. Ich kann nur schauen, ob es objektive Gründe gibt, die die ungewollt Schwangere in eine Zwangslage bringen. Es gibt Einzelfälle: Die 19-jährige türkische Patientin, die weint und um ihr Leben bangt, falls herauskommt, dass sie schwanger ist. Da suchen wir Lösungen, damit die Familie es nicht mitbekommt. Die Abbruchmethode interessiert die Schwangere in diesem Moment nicht. Sie will sich jemandem anvertrauen, der ihr helfen kann, das Problem zu lösen. Diese Informationen gehören zur gesetzlich vorgeschriebenen Beratung und nicht auf die Webseite der Ärzte.

Die Informationsfreiheit hat immer Grenzen. Der Schwangerschaftsabbruch ist und bleibt ein rechtswidriges, aber straffreies Vorgehen und die Werbung ist gesetzlich verboten. Für mich ist es so, dass jeder, der seine ärztlichen Leistungen bekannt macht, schon wirbt. Die Information ist also sehr nah an der Werbung. Ich kann damit leben, dass Ärzte auf ihrer Webseite im Leistungskatalog „Schwangerschaftsabbrüche" auflisten. Aber alles andere, was noch darüber hinausgeht – „in gemütlicher Atmosphäre" oder „geschützt" - das gehört dort nicht hin. Außerdem müssen Informationen über Schwangerschaftsabbrüche anderen Patientinnen, die damit nichts zu tun haben wollen, nicht unter die Nase gerieben werden. Wenn Frauen Informationen über Abbrüche brauchen, werden sie sie bekommen, aber sie müssen sie nicht hinterhergetragen kriegen.

„ICH BIN DAFÜR DA, LEBEN ZU ERHALTEN UND NICHT, UM ES ZU BEENDEN."

Johannes Decker, 66,
Praxis in Kreuzberg



„ABTREIBUNGEN SIND IN DER GESELLSCHAFT HEUTE AKZEPTIERT, UND DANN MUSS SIE AUCH JEMAND DURCHFÜHREN.“

Bodil von Bülow, 51,
Praxis im Prenzlauer Berg

Ich habe meine Meinung geändert und werde bald Schwangerschaftsabbrüche durchführen, obwohl ich das jahrelang nicht gemacht habe. Das hat verschiedene Gründe. Ich habe mir lange gedacht „Abbrüche muss ich nicht machen, wenn‘s andere ja tun“, meine Kollegin direkt hier in der Praxis etwa. Das schien mir ausreichend. Und für meine Eltern sind Abbrüche ein Tabu. Ich hätte ihnen ungern gesagt „Liebe Eltern, ich mache Schwangerschaftsabbrüche“. Inzwischen stehe ich darüber.

Heute ist es für mich politisch an der Zeit, Schwangerschaftsabbrüche zu machen. Abtreibungen sind in unserer Gesellschaft akzeptiert, und dann muss sie auch irgendjemand durchführen. Wir Frauenärzte sind dazu verpflichtet, diese Möglichkeit anzubieten, und sollten dafür nicht verteufelt werden. Das ging mir auch immer durch den Kopf, als das Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche so kontrovers diskutiert wurde. Dann kam eine neue jüngere Kollegin zu uns. Sie hat mich davon überzeugt, Schwangerschaftsabbrüche zu machen. Und mir erzählt, dass die Methoden dafür zu wenig im Studium behandelt werden. In Fachzeitschriften habe ich zusätzlich gelesen, dass es in anderen Bundesländern schwierig ist, Gynäkologen für Schwangerschaftsabbrüche zu finden.

Ich werde nur medikamentöse Abbrüche durchführen und ich glaube, dass es eine gute Methode ist. Es ist zwar schmerzhafter, weil die Frauen stärker bluten, aber vielleicht können sie ihr Leid durch das bewusste Erleben besser verarbeiten.

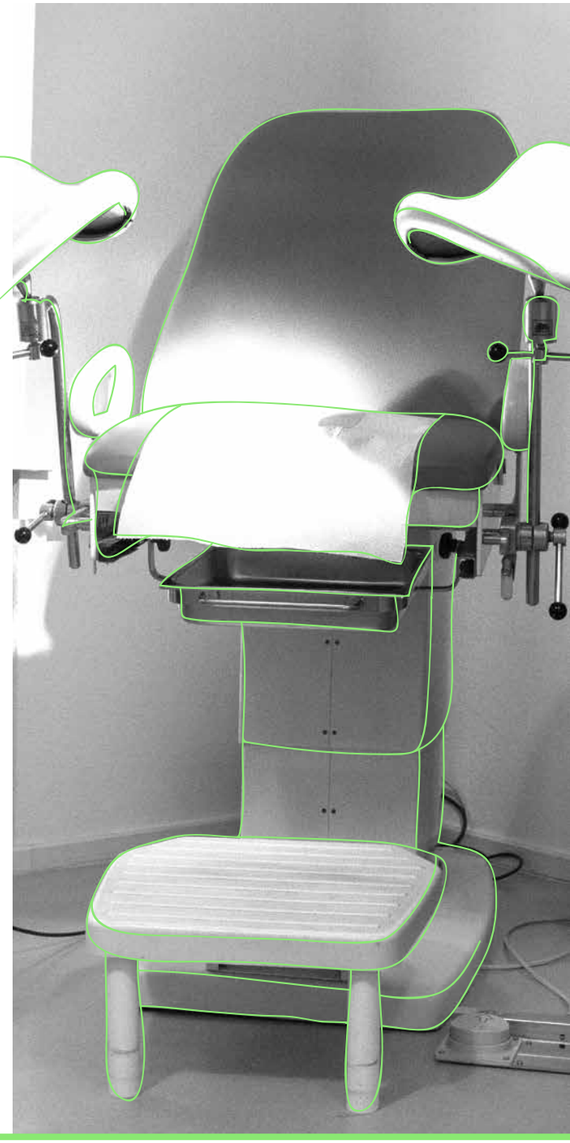
Prinzipiell halte ich Schwangerschaftsabbrüche nicht für etwas Falsches. Ich sehe sie nicht als Mord. Denn für mich überwiegt die Selbstbestimmung der Frau und ich glaube, keine entscheidet sich leichtfertig für einen Abbruch. Aber ich bin auch nicht der absolute Befürworter und will das überall publik machen. Ich habe ein bisschen Angst, dass Abtreibungsgegner das Praxisschild zerkratzen oder fiese Kommentare draufschreiben. Auf unserer Webseite steht auch bisher nicht, dass wir Schwangerschaftsabbrüche machen. Wir wollen nicht, dass hier jeden Tag zehn neue Frauen kommen, die ungewollt schwanger sind. Es geht mir vielmehr darum, meine eigenen Patientinnen gut zu betreuen. Ein Abbruch ist kein normaler ärztlicher Eingriff. Er ist immerhin verboten und nur straffrei. Aber wenn ungewollt schwangere Frauen bei uns anrufen, dann beraten wir sie ausführlich und bieten alle Informationen.

Ich kann heute keine Schwangerschaftsabbrüche mehr durchführen. Das belastet mich zu sehr, auch weil ich mittlerweile zwei eigene Kinder habe. Am Anfang meiner Ausbildung zur Frauenärztin habe ich in einem Krankenhaus in der Schweiz gearbeitet. Im Nachbarkanton waren Abtreibungen strikt verboten, es sei denn, das Leben der Frau war gefährdet. Deshalb kamen von dort viele Frauen zu uns und ich musste sehr viele Abbrüche durchführen. Mir wurde gesagt „mach mal“ und dann habe ich einfach gemacht. Nach meiner Ausbildung bin ich zurück nach Deutschland und dort in die Reproduktionsmedizin gegangen, um bis heute Frauen mit Kinderwunsch zu betreuen. Spätestens dann waren Abbrüche für mich ein Widerspruch. Ich habe tatsächlich eine Strichliste geführt. Für jedes Kind, das ich zur Welt gebracht habe, gab es einen Strich. Und zwar solange, bis ich das Gefühl hatte, die Anzahl der Abbrüche ausgeglichen zu haben. Es war klar: Abbrüche gehen für mich nicht mehr.

Trotzdem bin ich froh, dass es Kolleginnen gibt, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Für unser Fachgebiet sind sie unglaublich wichtig. Es gibt Situationen, da ist ein Abbruch vermutlich die beste Lösung. Dann ist es wichtig, dass eine Frau in Ruhe und gut informiert entscheiden kann. Und zwar so, wie sie es für alle Beteiligten am besten hält - auch für ihr ungeborenes Kind.

Auch wenn es um die Diskussion des Werbeverbots für Schwangerschaftsabbrüche geht, finde ich, dass die Frauen ein Recht haben, zu wissen, wer diese durchführt. Aber es muss auf einer ganz sachlichen Ebene bleiben. Ärzte können auf der Webseite „Schwangerschaftsabbrüche“ angeben, vielleicht auch ein Wort zur Methodik schreiben. Es soll aber nicht so etwas stehen wie „Abtreiben in Wohlfühlatmosphäre“ oder „besonders schöne Räume“. Ich kann auch gut damit leben, dass die Bundesärztekammer deutschlandweit eine Liste über die Ärzte führt, die Abbrüche ermöglichen. Sie sollte aber online gut einsehbar, vernünftig geführt und aktuell sein. Das gibt es so noch nicht und das könnte verbessert werden.

„ES HAT MICH ZU SEHR BELASTET, ABBRÜCHE DURCHZUFÜHREN.“



Die Gynäkologin möchte anonym bleiben.

KOMMENTAR

ÜBERZEUGEN STATT ZWINGEN: WARUM DIE MASERN-IMPFPFLICHT NICHT SINNVOLL IST

VON ISABEL SCHNEIDER

Klar ist, Masern sind gefährlich. Klar ist auch, Impfungen schützen. Aber wäre Aufklärung nicht effektiver als Druck?

In Deutschland soll ab März 2020 eine Impfpflicht für Kita- und Schulkinder eingeführt werden. Heißt: Wenn Kinder zum ersten Mal in die Kita oder Grundschule kommen, müssen sie beide empfohlenen Masern-Impfungen vorweisen, sonst drohen Ausschluss und Bußgelder.
Dabei ist die Masern-Impfrate bei Schulanfängern aktuell recht gut. Sie liegt für die erste Impfung bei 97,1 Prozent. Für die entscheidende Zweitimpfung bei etwa 93 Prozent. Angestrebt werden 95 Prozent. Diese sind nötig, um Masernausbrüche zu verhindern. Das zeigt: Knallharte Impfgegner muss man hier nicht überzeugen. Denn die hätten schon die erste Impfung verweigert.

Außerdem: Mehr als die Hälfte der in Deutschland an Masern Erkrankten sind Erwachsene, bei ihnen sind die Impflücken viel größer als bei Kindern. Erwachsene erreicht man durch die Pflicht jedoch kaum. Viele wissen nicht mal, dass Masern für sie noch zum Problem werden können.

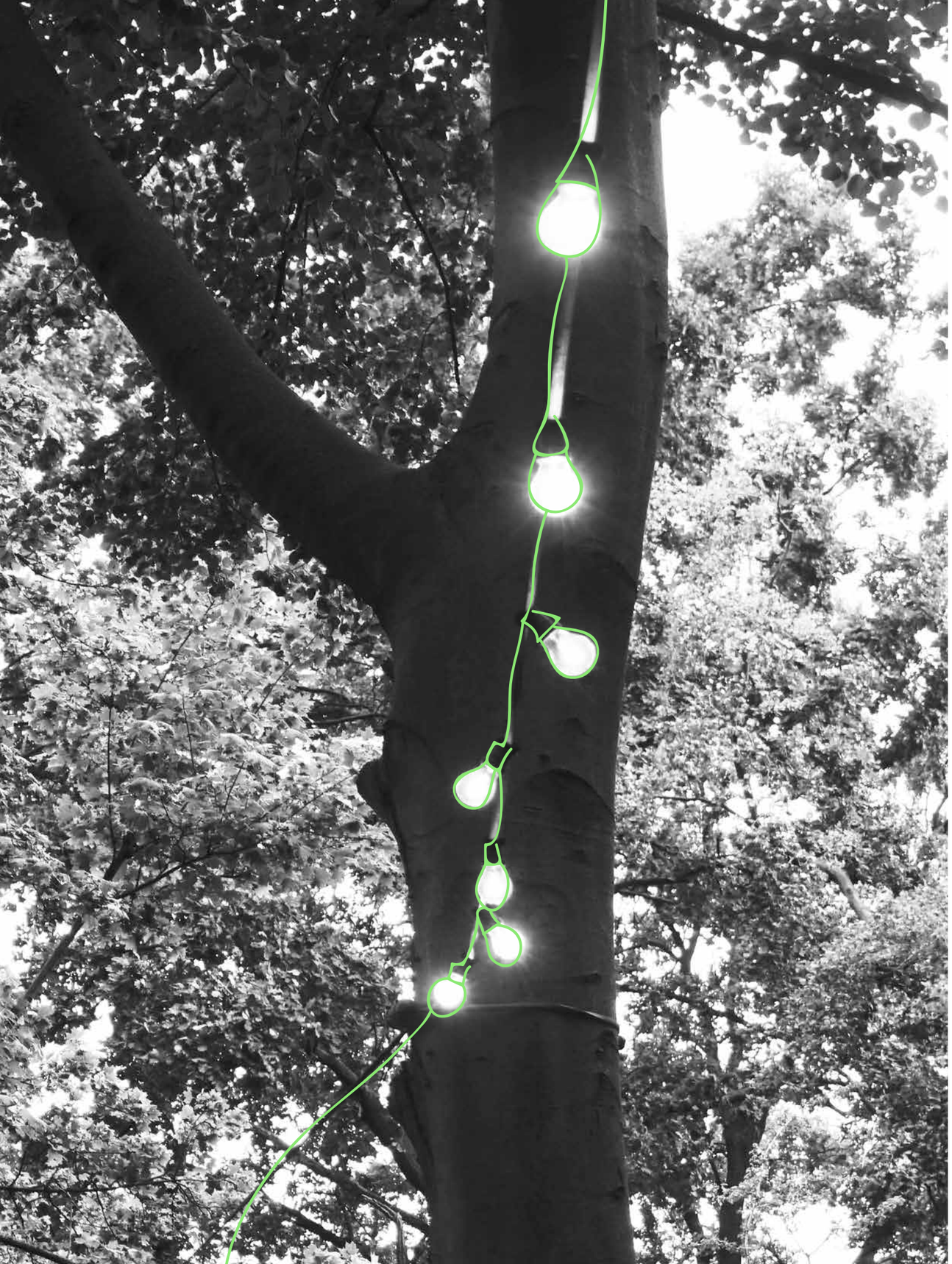
Darüber hinaus sind die Quoten bei anderen impfbaren Krankheiten im Vergleich zu Masern deutlich schlechter.
Die Befürchtung liegt nah, dass Impfskeptiker künftig ihre Kinder zwar gegen Masern impfen lassen, aber sich dann erst recht gegen andere Impfungen entscheiden. Und wie sollen Ärzte noch glaubwürdig vermitteln, dass andere Impfungen ebenso wichtig sind – wenn es die staatlich verordnete Pflicht nur bei der Masern-Impfung gibt?

Studien belegen: Wer dem Gesundheitssystem vertraut, lässt sich impfen. Aber Zwang baut selten Vertrauen auf. Die Masern-Impfpflicht ist also keine geeignete Lösung: Die radikalen Impfgegner, die nur zwei bis vier Prozent der Gesamtbevölkerung ausmachen, wird man sowieso nicht überzeugen. Noch wird man sie zum Impfen zwingen können. Bei den weniger radikalen Impfskeptikern könnte die Pflicht sogar den Druck im Kessel erhöhen, das Misstrauen in die Schulmedizin verstärken und die Impfbereitschaft weiter senken.

Hier hilft nicht Zwang, sondern Überzeugungsarbeit, zum Beispiel durch groß angelegte Aufklärungskampagnen – auf Konzerten, im Fußballstadion oder direkt im Betrieb. Zusätzlich könnten die Honorare für das ärztliche Beratungsgespräch erhöht werden, damit der Arzt mehr Zeit für seine Patienten hat. Dass Impfungen wirken, muss gesellschaftlicher Konsens werden.

Wir haben also noch längst nicht alle Mittel im Kampf gegen Masern ausgeschöpft. Hätten wir aber tun sollen, um eine Impfpflicht wirklich zu rechtfertigen.

WIE WIR HEILEN



Winter im Kopf

Winterdepressionen kommen, wenn es draußen dunkel und düster wird. Wir haben Menschen gefragt, die diese Stimmungen kennen. Wo sehen sie lichte Momente? Wir haben versucht, ihre Antworten mit Fotos aus dem Stadtleben Berlins auszudrücken.

VON PIA STECKELBACH

Wenn der Tag früher zu Ende geht, sich der Himmel grauer färbt und der Regen fällt, werden die Gedanken düster. Ich fühle mich nicht mehr wie ich selbst, sagt jemand, der dieses Gefühl kennt. Zweifel an sich selbst, Zweifel an allem, beschreibt eine andere. Herbst draußen, Winter im Kopf. Aufstehen fällt schwer, wenn es kalt ist. Ein Mann versucht es mit Zählen: Fünf, vier, drei, zwei, eins, dann raus aus dem Bett. Alles ist anstrengender, das Herz empfindlicher, der Kopf gereizt.

Wenn der Sommer geht, nimmt er die Lebensfreude mit. Winter, so drückt es eine Frau aus, bedeutet Angst. Der November bringt für sie die Traurigkeit, der Januar tiefe Verzweiflung. Sie kämpft gegen die bösen Gedanken, gegen die Selbstzweifel und das dunkle Loch. Sie denkt an Alkohol und Tabletten, an den Frühling auch. Abwarten. Sie weiß, es ist nur eine Phase, wie die dunkle Jahreszeit geht sie vorbei. Dieser Gedanke gibt Kraft. Weitermachen.

Die Winterdepression ist eine saisonal abhängige depressive Störung. Für eine medizinische Diagnose müssen die typischen Symptome innerhalb von zwei Wochen regelmäßig auftreten: Antriebslosigkeit, Müdigkeit, Heißhunger und gesteigerter Appetit gehören dazu. „Die meisten Winterdepressionen sind keine Depressionen", sagt Ulrich Hegerl, Vorstandsvorsitzender der Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Bei ohnehin schon an Depressionen erkrankten Menschen werden die Schübe in den Wintermonaten oft intensiver und häufiger. Bei ihnen spricht man nicht explizit von einer saisonalen Störung. Hegerl empfiehlt, sich so schnell wie möglich an einen Arzt zu wenden. Lichttherapie und in schlimmeren Fällen Antidepressiva können helfen.

Eine Frau rät: Das Monster im Kopf nicht alleine zu bekämpfen. Wenn ein Schub einmal da ist, gilt es, jeden Sonnenstrahl einzufangen, jeden warmen Tag im Herbst zu nutzen. Sich abzulenken, je geordneter das Umfeld, desto klarer die Gedanken. 'Wofür dankbar sein', fragt sie. Für einen lieben Menschen, das Dach über dem Kopf, den Abendhimmel. Eine Liste machen mit noch so kleinen positiven Dingen. Ihr hilft: Wohnung dekorieren, Kerzen anzünden, Tee trinken, neue Musik hören, baden gehen. Abtauchen – auch mal in der eigenen Traurigkeit, findet ein Mann. Für ihn ist wichtig: sich selbst spüren und annehmen, nur nicht versinken. Nicht im Alltagstrott verloren gehen. Draußen sein und im Sturm spazieren gehen – nur nicht umgeweht werden. Der Dunkelheit im Herzen nicht das Feld überlassen.

22 MONATE MEERES-RAUSCHEN

Vor vier Jahren traf Anne und Uli Neustadt ein schwerer Schicksalsschlag: ihr Sohn Josef starb. Seit fast zwei Jahren schreiben sie über sein kurzes Leben.

VON ALINA FISCHER

An den Wänden hängen Fotos von Josef: Auf jedem Bild ist sein kleines Gesicht zu sehen, die Augen weit geöffnet. Vor dem Fenster steht die orangefarbene Couch, die damals für die Pflegekräfte gedacht war. Im Regal, unter den Büchern „Spielen", „Leben", „Lieben", „Sterben" befinden sich sechs Ordner mit Krankenunterlagen. Auf dem Wickeltisch eine Kerze, ein Stück vom Grabstein und ein Foto, das Anne Neustadt in die Hand nimmt. Sie nimmt häufig etwas in die Hände, wenn sie über etwas spricht, das ihr nahegeht. Auf dem Foto: Josef. „Hier waren wir mit der Familie auf einem Ausflug", erzählt sie. „Meine Tochter Klara ist mit Seelöwen geschwommen. Josef konnte ja nicht schwimmen, war aber dabei." Über vier Jahre ist das her. Sie spricht leise, mit einem Lächeln. Ihre Stimme wirkt ruhig, gefasst. Nur die Augen lassen in ihre Trauer blicken. Hier in Josefs Zimmer versucht sie sich ihr immer wieder zu stellen. Sie setzt sich dann an den hölzernen Tisch in der Mitte, der zu ihrem Arbeitsplatz geworden ist. Sie schreibt über Josefs Leben. Von jedem einzelnen seiner 673 Tage.

Sie begann mit diesen Sätzen: „Josef wurde am 30. November 2013 geboren. Kurz vor 22 Uhr. In einem Krankenhaus. Es war still. Er schrie nicht. Uli nabelte ihn ab. ‚Blau ist er', sagt Uli, ‚Blau'. In einem Handtuch wurde er weggetragen. Allein waren wir. Unser Sohn nicht da." Josef konnte nicht atmen. Er musste reanimiert und gekühlt werden. Mit einem Beatmungsschlauch lag er in einem Inkubator. Es gab keine Hoffnung, dass er ohne überleben würde. Anne Neustadt und ihrem Mann Uli blieb keine Wahl. Sie wussten, dass die Ärzte den Schlauch irgendwann ziehen müssten. Am 21. Lebenstag von Josef war es soweit. Die Eltern brachten einen Strauß Freesien mit, setzten sich zu ihrem Sohn und warteten. Sie wollten bei ihm sein, bei seinem letzten Atemzug. Uli Neustadt hielt Josefs rechte Hand, seine Frau die linke. Josef atmete. Ein und aus. Selbstständig. Ein Wunder war passiert. 25 Tage später durfte Josef nach Hause. Doch obwohl er atmen konnte, war klar, dass es auch wieder schnell vorbei sein könnte.

Jeder Tag von Josefs Leben hat Dokumente und Belege, geschrieben von Schwestern, Pflegern und Ärzten. Sie alle verewigten sich in seiner medizinischen Lebensgeschichte. Diese Dokumente forderten die Eltern kurz nach Josefs Tod an. Sie wollten verstehen, was fremde Menschen über ihren Sohn aufgeschrieben hatten. Vor allem aber wollten sie ihre Sicht erzählen. Vor fast zwei Jahren, an Josefs viertem Geburtstag, 789 Tage nach seinem Tod, setzte Anne Neustadt sich zum ersten Mal an den Tisch in seinem ehemaligen Zimmer. Sie begann, die Lebensgeschichte ihres Sohnes noch einmal zu durchleben und machte ihre Geschichte öffentlich. „22 Monate" nannten sie und ihr Mann den Blog. So alt wie ihr Sohn wurde. Ihre Texte handeln von ihrem Leben mit Josef und von seinem Leben im Sterben. Das Sterben erinnerte Anne Neustadt an eine Schwangerschaft: Es dauerte eine Zeit, es wuchs. Josef ist nicht gleich gestorben, es deutete sich an. Sein Körper veränderte sich.

JOSEFS ATMUNG KLANG FÜR DIE ELTERN NACH MEERESRAUSCHEN.

Drei Mal in der Woche schreibt sie. Es ist der immer gleiche Ablauf: Sie kocht sich heißen Tee, geht in Josefs Zimmer, zündet ein Teelicht an, breitet Unterlagen auf dem Tisch aus, Tagebucheinträge, Dokumente aus dem Krankenhaus. Auf einem steht: „Uhrzeit: 7 Uhr. Temperatur Matratze: 35,7 Grad. Temperatur Haut: 36 Grad. Herzfrequenz: 170." Es sind nüchterne Zahlen über das Leben ihres Sohnes. Auch jede seiner Krisen wurde dokumentiert. Josef besaß keine Reflexe, er konnte weder blinzeln noch schlucken. Aber er konnte atmen. Atmung war seine einzige Sprache. „Damit konnte er zeigen, wie es ihm geht. Das war sein Zentrum", sagt Anne Neustadt. Josefs Atmung klang für sie und ihren Mann nach Meeresrauschen. Daher fuhren sie einmal mit ihm an die Ostsee. Es war windig. Sie hielten Josefs Füße ins Wasser, bauten ein Zelt auf.

Anne Neustadt schreibt so lange an ihren Texten, bis das Teelicht ausgeht. Dann weiß sie, drei bis vier Stunden sind vergangen und sie hört auf. Auch die schwierigen Passagen beendet sie immer. Manchmal muss sie weinen, oder sie geht zu ihrem Mann und sagt: „Uli, lass uns eine Runde spazieren gehen." Dann laufen sie die gleiche Strecke wie damals mit Josef.

Es war der 3. Oktober 2015, als sie mit ihm von einem Spaziergang zurückkehrten. Sie zogen ihre Jacken aus und machten es sich auf der Couch

im Wohnzimmer gemütlich. Anne hielt Josef in ihren Armen. Um 17.20 Uhr hörte er auf zu atmen. Endgültig. Als kurze Zeit später ihre Tochter Klara von einem Kindergeburtstag nach Hause kam, war Josef schon abgeholt worden. Sie begann, heftig zu weinen. Die Stimme von Anne wird kurz zittrig, als sie davon erzählt, aber sie fängt sich schnell wieder.

Nach dem Tod verbrachte Josef drei Tage im Hospiz auf einer Kühlplatte, damit sich alle von ihm verabschieden konnten. Sie bemalten seinen Sarg, fuhren an die Ostsee, um auch dort einen großen Stein zu bemalen. Um Josefs Atmung zu hören. Drei Wochen später wurde er zusammen mit seinen Kuscheltieren beerdigt. Anne Neustadt hatte es sich so überlegt: „Er konnte zwar nicht kuscheln, aber sie waren für ihn da. Die Kuscheltiere braucht er jetzt." Durch diese Schritte konnte sie alles besser begreifen: Josefs Leben, das von drei Palliativärzten und 49 Pflegekräften begleitet wurde, das jetzt in vier Kisten mit Kleidung und Spielzeug steckt, das in sechs Ordnern medizinisch erfasst ist, das sie auf 748 Seiten aufgeschrieben hat, das in 673 Blogeinträgen verfasst ist und bis zu 3.000 Mal am Tag aufgerufen wird. Für Anne Neustadt ist der Blog ein zweiter Trauerprozess.

Ihr Mann Uli Neustadt hat für sich eine andere Form gefunden. Er steht in Josefs Zimmer, an der Wand lehnen mehrere Pappwabenplatten, eine holt er hervor. Darauf sind 20 Bilder von Krankenunterlagen zu sehen, die er mir Acrylfarben bemalt hat. Wenn er davon erzählt, nimmt seine Stimme einen helleren, fröhlicheren Klang an. Einmal gab er seiner Tochter Klara einen Silberstift und sagte zu ihr: „Komm Klara, gib mal Gas", und sie malten zusammen. Ein anderes Mal zerriss er Unterlagen und verbrannte die Schnipsel auf dem Balkon. „Ich habe durch diesen gesamten Prozess eine eigene Stimme gefunden, die Geschichte zu verstehen und zu erzählen", sagt er.

Gegenüber von dem Haus, wo die Neustadts wohnen, liegt das ehemalige Hospiz von Josef. Wenn sie davon erzählen, nennen sie es: „Unser damaliges zweites Zuhause" oder „unseren Anker". Damals ist die Familie extra in die Nähe des Hospizes gezogen. Sie brauchten die Sicherheit, dass jemand da ist, der Josef helfen kann. Am Anfang war das Hospiz für die Familie jedoch ein fremder Ort. „Schrecklich", fand ihn Anne Neustadt, nur ein Ort, an dem Kinder sterben. Als sie ihn zum ersten Mal besuchte, weinte sie nur. Dann kamen Schwestern zu ihr und Josef und sagten: „Das ist aber ein Süßer." Sie fühlte sich willkommen, weil Josef als Mensch gesehen wurde und nicht nur als jemand, der schwer krank ist. Ein Drittel von Josefs Leben verbrachten sie hier. Sie führten Gespräche, lachten, Klara lernte andere Kinder kennen und spielte Verstecken.

An manchen Tagen besucht die Familie auch jetzt noch das Hospiz. Jette, die zweijährige Tochter, die Josef nicht mehr erlebt hat, nennt den Ort „Hüpf Hüpf." Wegen des barrierefreien Trampolins, das es dort gibt. Als sie an diesem Tag im September das Hospiz betreten, begrüßt sie eine Mitarbeiterin: „Ach schön, was macht denn die gesamte Familie hier?" Eine andere kommt mit Gummibärchen für die zwei Kinder. Sie gehen in den Wintergarten. Dort befindet sich der Erinnerungsteich, um den viele Steine liegen. Alle sind bemalt und mit Namen der Kinder beschrieben, die hier gestorben sind. Anne Neustadt geht zu Josefs Steinen. Sie haben sie von der Ostsee mitgebracht. Hier kommt die Familie her, um an Josef zu denken und mit Menschen zu reden, die ihn kannten. „Das hilft", sagt Anne Neustadt. Vor kurzem erst hat sie auf der Straße eine Schwester getroffen, die zu ihr sagte: „Mensch, Anne, letztens habe ich wieder an Josef gedacht."

Als Josef krank war, suchte Anne Neustadt nach Familien, denen es ging wie ihnen. Außerhalb des Hospizes fühlte sie sich einsam. Keiner redete über kranke und tote Kinder: „Das ist ein Thema, was überhaupt nicht angesprochen wird." Durch ihren Blog haben sich viele Familien bei ihr gemeldet. Sie schickten Fotos von ihren Kindern, erzählten ihre Geschichte. Einige sollen bald auch auf dem Blog erscheinen. „Familien mit einem kranken Kind fallen aus unserer Gesellschaft heraus. Über diese Familien zu reden, ist aber gesellschaftlich wichtig."

Anne Neustadt hat sich vorgenommen, auf ihrem Blog auch über ihre Trauer zu schreiben. Von den Tagen, an denen sie nicht viel machen konnte, außer eingehüllt auf dem Balkon zu sitzen, heißen Tee zu trinken und auf der Hollywoodschaukel zu schaukeln. Und auch von den Tagen, an denen sie viel lachte.

„Josef hat uns ein Fenster aufgemacht", sagt sie und zählt auf, was ihr Sohn ihr alles in der kurzen Zeit, in der er lebte, hinterlassen hat. Er brachte ihnen bei, nicht zu viel zu wollen, nicht zu sehr die Zukunft zu planen, sich mehr zurückzunehmen. Anne Neustadt arbeitete immer viel, jetzt achtet sie darauf, dass sie sich mehr Zeit für sich und ihre Kinder nimmt. Für ihre zwei Mädchen Klara und Jette – und für Josef.

22 Monate wurde Josef alt. „22 Monate" heißt der Blog, in dem seine Eltern über das Leben mit ihm schreiben. Jedes Foto spiegelt einen Lebensmonat von Josef wieder.

SPUREN IM HERZEN

Clarissa Schwarz, 67, ist Hebamme und Bestatterin für Babys in Berlin. Über hundert Babys hat sie schon beerdigt. Den Eltern kann sie den Schmerz nicht nehmen, aber sie möchte ihnen Halt geben.

VON JING WU

Sie beschäftigen sich als Hebamme auch mit dem Ende des Lebens, mit dem Tod. Warum machen Sie diesen schwierigen Job?
Als ich Hebammenschülerin war, kam in meinem ersten Nachtdienst im Kreißsaal ein totes Kind zur Welt. Die Hebammen zeigten es der Mutter. Das war damals unüblich. Normalerweise bekam die Mutter bei Totgeburten eine Kurznarkose, wenn das Köpfchen schon herausguckte, und wenn sie wieder aufwachte, war das Kind schon weggebracht worden, eine traumatisierende Erfahrung für die Frauen. Einige träumten Tage nach der Geburt noch, dass sie schwanger sind. Die damaligen Hebammen waren meine Vorbilder. Sie zeigten mir, dass man den Tod nicht meiden muss, sondern dass es wichtig ist, für die Frauen da zu sein. Es erleichtert den Abschied, wenn man das Kind erst einmal begrüßen kann. Die Zeit zwischen Tod und Bestattung ist unglaublich wertvoll.

Was tun Sie, nachdem ein Baby gestorben ist?
Ich begleite die Eltern in die Klinik, wo das Kind in der Kühlung aufbewahrt wird. Zunächst gehe ich alleine zum Kind, ziehe ihm eine bunte Windel an, nicht eine weiße, und wickle es in ein kuscheliges Handtuch. Ich lege noch ein Regenbogentuch drum herum. Die Eltern finden ihr Kind so eingekuschelt vor. Nur die Nasenspitze guckt heraus, das minimiert die Berührungsängste. Die Eltern können sich in ihrem Tempo dem Kind nähern, manchmal spiele ich ihnen dabei ein Lied auf der Kinderharfe vor. Gemeinsam ölen wir die Babys ein. Wir haben zwei Aromaöle, Lavendel und Teebaum, die wirken desinfizierend und antibakteriell. Manche Eltern ziehen dem Baby noch etwas Anderes an. Einmal hatte ein Vater das T-Shirt dabei, das er bei der Geburt anhatte, in dieses wickelten sie das Kind. Oft lasse ich die Paare mit dem Baby eine Weile allein. Von draußen höre ich häufig, dass auch der Papa weint. Wenn ich dabei bin, machen das die Männer nicht. Das Kind wird dann im Sarg eingebettet zum Friedhof oder ins Krematorium gebracht und ich bespreche mit der Familie die Trauerfeier.

Mögen Sie uns von Ihrer letzten Bestattung erzählen?
Die Familie wusste, dass ihr Kind eine Trisomie 13 hat. Kinder mit dieser Krankheit überleben nicht lange, oft sind sie bei der Geburt schon tot. Der Wunsch der Eltern war, dass das Kind ganz normal geboren wird, damit sie einmal die Stimme hören und die Augen sehen. Das Kind kam zur Welt und hat eine halbe Stunde gelebt. Das haben sie als ganz großes Geschenk empfunden. Im Sarg haben sie es dem Kind richtig schön gemacht, die ganze Verwandtschaft hatte Briefe geschrieben und Fotos reingelegt. Auf die Innenseite des Sargdeckels haben sie eine Milchstraße mit Sternen und Planeten gemalt, damit das Kind den Himmel sehen konnte. Bei der Trauerfeier wurden Gedichte vorgetragen und Lieder gesungen, der Vater erzählte, an welchen Orten sie während der Schwangerschaft gewesen waren. Während der Sarg ins Feuer ging, hielten sie Wunderkerzen in der Hand.

Wie spenden Sie in solchen Situationen Trost?
Ich habe gelernt, den Eltern mit Mitgefühl zu begegnen, nicht aber mit Mitleid. Mitleid ist etwas, das mich und mein Gegenüber schwächt. Wenn ich aber Mitgefühl habe, dann bleibe ich stark, dann spüre ich den Boden unter meinen Füßen und kann Halt geben. Die Trauer ist da und ich kann in der Situation nicht trösten. Aber ich kann mit Mitgefühl da sein und schaffe einen Raum, in dem wir das Ganze zusammen aushalten.

Weinen Sie, wenn Sie die Babys bestatten?
Normalerweise nicht. Ich bin oft gerührt, aber ich weiß auch, dass es nicht mein Schmerz ist. Das stärkt auch die Menschen. Ich glaube, die Eltern merken, ob ich überfordert bin oder ob ich zwar traurig, aber auch mitfühlend für sie da bin.

Sie selbst haben auch ein Kind verloren.
Daher weiß ich, dass man das aushalten kann. Ich hatte damals Ende der 80er Jahre zuhause eine späte Fehlgeburt, es war schon ein richtiges Kindchen und ich habe es in einen Karton gelegt und am Abend bei uns im Garten vergraben.

Was möchten Sie Eltern mitgeben, deren Kind gestorben ist?
Ich möchte, dass die Eltern gestärkt aus der Situation hervorgehen und begreifen, dass dieses Kind sie zu Eltern gemacht hat, selbst wenn es gestorben ist. Ich erinnere mich an eine Frau, die Künstlerin war und nach dem Tod ihres Kindes eine Malblockade hatte. Sie sagte, sie könne ihr Kind einfach nicht loslassen. Irgendwann verstand sie, dass es beim Loslassen nur um den Körper geht. Die Spuren des Kindes aber trug sie im Herzen und die durfte sie behalten. Das Kind war somit auch ein Geschenk für sie. Es hat einige Wochen gedauert, aber als sie das verstanden hatte, konnte sie wieder malen.

DER KREBS, DER FREMDE UND WIR

Jamie ist dreieinhalb Jahre alt, als er an Blutkrebs erkrankt. Er überlebt dank einer anonymen Stammzellen-Spende. Drei Jahre später will Jamies Mutter den Spender und Retter ihres Sohnes kontaktieren. Nur: Wie die richtigen Worte finden? Eine Geschichte über einen langen Kampf, Stärke und Sprachlosigkeit.

VON STEFANIE HUSCHLE

Dienstag, 23. August 2016

Ein abgeschlossener Koffer aus silbernem Metall, darin ein zweiter, verriegelt. Im Inneren liegt eine Kühlbox. Ihr Inhalt: Zwei dünne Spritzen, gefüllt mit einer rosa Flüssigkeit, wie stark verdünntes Blut. Es sind die Stammzellen eines Fremden. Es ist eine Spende für Jamie.
Jamie ist vier Jahre alt. Er liegt hinter einer Glasscheibe in einem kleinen Krankenhauszimmer, sechs Quadratmeter groß vielleicht. Tageslicht fällt durch milchige Scheiben, als er die Spende bekommt. Noch Jahre später erinnert sich Jamies Mama Danijela Woschofius an diesen Moment: „In der rosa Flüssigkeit schwammen Zellen, ich habe die gesehen, wie kleine rosa Miniperlen", sagt sie. „Ich war voller Adrenalin. Die Stammzellen-Transplantation ging nur zwei Minuten, zwei Spritzen, es ging so schnell." Dann muss sie warten, warten, warten. Bis die neuen Stammzellen ihre Arbeit aufnehmen. Sie sollen Jamies Knochenmark vollständig zerstören, damit es keine Krebszellen mehr produziert. Denn Jamie hat Leukämie.

Akute lymphatische Leukämie ist die häufigste Leukämie-Art bei Kindern. In Deutschland erkranken daran jedes Jahr zwischen 550 und 600 Kinder und Jugendliche. Besonders häufig sind sie jünger als fünf Jahre.

Absender: Danijela Woschofius

Berlin-Spandau, 18. September 2019

Lieber Spender,
seit drei Jahren überlege ich, was ich dir schreiben könnte. Man denkt immer, das ist gar nicht so schwer. Aber doch, es ist wirklich schwer…

Samstag, 21. November 2015

Danijela: „Eine Woche vor Jamies Krebsdiagnose ist etwas passiert, was ich zutiefst bereue. Er saß morgens in seinem Hochbett, ich wollte ihn rausnehmen. Er hat ein bisschen im Mund geblutet. Ich dachte, er hat sich irgendwo angestoßen. Es hat nur ganz leicht geblutet, ich habe mir nicht lange Gedanken gemacht. Ein paar Minuten später hat er Nasenbluten bekommen. Ich habe mit ihm geschimpft, weil ich dachte, er hat gepopelt. Da sagte er mir, er hat nicht gepopelt. Ich war dann kurz im Bad und als ich zurückkam, hat er aus dem Ohr geblutet. Das fand ich dann gruselig, dass er sozusagen aus allen Öffnungen blutet.
Ich bin mit ihm zur Notaufnahme gefahren. Dort haben schon acht Leute gewartet und es dauerte und dauerte. Nach zwei Stunden waren immer noch sechs Personen vor uns und ich war so wütend, dass wir einfach wieder gegangen sind. Das bereue ich bis heute. Jamie war so anstrengend, hat genörgelt, weil wir so lange warten mussten. Er wollte, dass ich ihn zum Auto trage und hat gesagt, ihm tun die Beine weh, er war erst dreieinhalb. Ich war so wütend auf ihn, dass ich ihn gezwungen habe, selbst zum Auto zu laufen, im Regen. Danach war er so erschöpft und ist eingeschlafen. Schon da hatte ich ein schlechtes Gewissen, aber nach der Diagnose noch viel mehr. Ich habe ewig gebraucht, um das hinter mir zu lassen, weil ich mir Vorwürfe gemacht habe. Der Arzt sagt, das hätte jede Mutter so gemacht. Ich habe mich noch Monate später bei Jamie dafür entschuldigt."

Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von Blut- und Krebserkrankungen: Ein Drittel der Patienten leidet unter Blutungen. In der Regel entwickeln sich die Krankheitssymptome akuter lymphatischer Leukämie innerhalb von Tagen und gehen mit einem raschen Verlust der körperlichen Leistungsfähigkeit einher.

Bei der Chemotherapie verlor Jamie seine Haare.

Mittwoch, 2. Dezember 2015

Ein Tag vor der Krebsdiagnose. Jamie hat Fieber, ist sehr schlapp, schläft ständig ein. Die Lymphknoten im Nacken sind walnussgroß geschwollen. Der Kinderarzt geht von einer Mittelohrentzündung aus. Am Abend entdeckt Danijela viele kleine rote Punkte an Jamies Körper: Petechien. Seit ein paar Wochen hat Jamie außerdem oft blaue Flecken. So viele, dass Danijela sich Sorgen macht, was die Erzieherinnen in der Kita denken könnten.

Weitere Symptome: Fieber, Infektneigung, Hämatomneigung, Petechien.

Donnerstag, 3. Dezember 2015

Danijela und ihr Mann Nico sind jetzt so besorgt, dass sie mit Jamie ins Krankenhaus fahren. Seit wann hat Jamie so viele blaue Flecken? Der Arzt umkreist die Flecken mit Filzstift. Verdacht auf Hirnhautentzündung. Untersuchung des Nervenwassers. Verdacht auf Leukämie. Schock. Ein anderes Krankenhaus. Es geht alles ganz schnell. „Ich habe nur noch die Mundbewegungen der Ärzte gesehen, aber nichts mehr gehört." Am Abend steht sicher fest: Jamie hat Leukämie. „Meine erste Frage war: Wird mein Kind sterben? Der Arzt war überrumpelt. Er war ehrlich. Er wusste es nicht. Wären wir nicht den Donnerstag ins Krankenhaus gefahren, den Freitag hätte Jamie wohl nicht erlebt."

3. bis 7. Dezember 2015

Danijela: „Die ersten drei Tage im Krankenhaus habe ich nur geheult. Es hat schon gereicht, wenn mich jemand angeschaut hat. Ich frage mich, wie meine Chefin mich verstanden hat, als ich sie angerufen habe. Ich habe mich selbst nicht mehr verstanden. Nach drei Tagen bin ich aufgewacht und hatte solche Kopfschmerzen von diesem Geheule. Geschwollene Augen, einen dicken Kopf. Ich war ausgelaugt. Ich bin dann aufgestanden, habe die Krankenhausliege zusammengeklappt, meinen Mann Nico angeguckt und meinte: ‚So, das reicht jetzt mit dem Geheule, wir ziehen die Scheiße jetzt einfach durch und das wird alles wieder.'
Du musst die Situation akzeptieren. Egal, wie sehr du weinst, wie sehr du hoffst, dass du aufwachst und der Krebs ist weg. Der Krebs geht nicht weg. Du kannst nur eines beeinflussen: Ob es eine traumatische Zeit wird oder ob es eine schmerzhafte und schöne Zeit wird. Ich habe mir gedacht: Was, wenn er jetzt wirklich stirbt? Ich wollte, dass er schöne letzte Tage hat. Damit ich besser damit abschließen kann. Und ich glaube, das war der ausschlaggebende Punkt, warum ich aufgehört habe, zu weinen."

Berlin-Spandau, 18. September 2019

...So oft saß ich schon hier und wollte dir schreiben, so oft löschte ich den Text, weil ich nicht wusste, was und wie ich schreiben soll. So oft denke ich an dich und frage mich, wer du bist. Und nun sitze ich hier, mit Tränen in den Augen, weil ich an die Zeit zurückdenke und noch immer keine Worte finde.

Dezember 2015 bis April 2016

Drei Blöcke Chemotherapie. Alltag auf Station 30. Um sieben Uhr aufstehen, die Elternliegen zusammenklappen. Gewicht, Blut, Temperatur checken. Acht Uhr Frühstücken. Komplizierte Therapiepläne, immer wieder neue medizinische Details. „Die Ärzte haben versucht, mir das zu erklären. Irgendwann wollte ich nur noch das wissen, was ich wirklich wissen muss. Sonst mache ich mich verrückt", sagt die Mutter.
Sie spielt viele Gesellschaftsspiele mit ihrem Sohn: Zahlenzauber, Mensch ärgere dich nicht, Kakerlakak. „Das hat er geliebt. Da ist so eine vibrierende Plastik-Kakerlake dabei, die klackert ganz eklig auf dem Spielfeld", sagt Danijela und grinst. „Irgendwann bin ich auf die Idee gekommen, den Infusionsständer an das Dreirad zu binden, sodass Jamie alleine herumfahren kann. Die anderen Eltern haben das nachgemacht. Dann sind die Kinder ganz stolz durch die 30 gesaust."
Ende April die Nachricht: Die Chemo zeigt nicht den gewünschten Effekt. Es ist das erste Mal seit langem, dass Danijela wieder weint. „Das war ein Tiefschlag. Irgendwie waren die ganzen letzten Monate für die Katz." Jamie braucht eine Stammzellen-Transplantation, sonst wird er sehr wahrscheinlich nicht überleben. Die Suche nach einem geeigneten Spender beginnt. Danijela ist am Tiefpunkt. Und genau in dieser Zeit stirbt auch noch ein anderes Kind auf Jamies Station, Lola.

Mai 2016

Danijela: „Lola war das erste Kind, bei dem ich den Tod miterlebt habe. Da habe ich auch geheult. Ihre Schwester saß auf dem Flur auf Station 30 und hat gesagt, meine Schwester ist zu den Engeln gegangen. Das war das erste und einzige Mal, dass ich zur Therapeutin gegangen bin. Die hat mir gesagt, ich muss das von mir fernhalten."

Juni bis August 2016

Im Juni erhält die Familie die Nachricht, dass ein passender Spender gefunden wurde. Erleichterung. Die Stammzellen-Transplantation wird über mehrere Wochen vorbereitet. Dafür bekommt Jamie eine Hochrisiko-Chemotherapie. Sieben Tage hochdosierte Medikamente, dann vier Wochen Pause, das alles mehrmals hintereinander. Jamie verliert seine Haare, ist erschöpft, muss sich ständig übergeben. Dazu kommen die Schmerzen.

Bei der Vorbehandlung zur Transplantation wird durch eine hochdosierte Chemotherapie und/oder Bestrahlung die Blutbildung so gut wie vollständig gestoppt und das Immunsystem unterdrückt. Dadurch soll vermieden werden, dass der Körper die gespendeten Stammzellen abstößt. Dieser Vorgang kann nicht mehr rückgängig gemacht werden.

11. bis 23. August 2016

Danijela: „„Am 11. August 2016 kam Jamie auf die Station 39, in sein kleines Isolationszimmer. Ich hatte bis zum letzten Tag Angst, dass der Spender einen Rückzieher macht. Ich habe den Arzt gefragt, was dann passiert. Er meinte: ‚Dann rennt die Zeit.' Es war Ferienzeit und die Transplantation musste wegen einer Blutvergiftung um einige Tage verschoben werden. Ich war unglaublich dankbar, dass der Spender diese Verzögerung mitgemacht hat. Er war erst 26 Jahre alt. Mein Mann Nico und ich unterhalten uns oft darüber, wie bewundernswert wir es finden, dass sich jemand mit Mitte 20 mit dem Thema Stammzellenspende auseinandersetzt."

Berlin-Spandau, 18. September 2019

Unser Sohn, Jamie, war zum Zeitpunkt der Transplantation vier Jahre alt. Er erkrankte mit dreieinhalb Jahren an Leukämie. Die Chemo wirkte nicht und so hat man, kurz nach seinem vierten Geburtstag, nach einem Spender gesucht und dich gefunden. Du warst bereit, unserem Sohn zu helfen. Er konnte das alles nicht verstehen, dafür war er einfach noch zu klein. Aber wir konnten es. Und waren so voller Angst, dass du deine Meinung doch nochmal änderst.

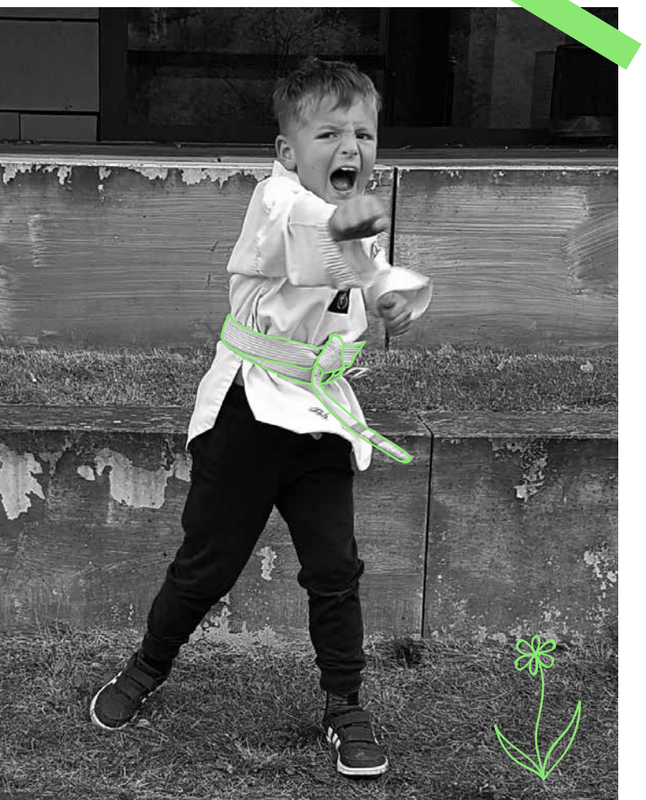
23. August 2016 bis 11. August 2017

Nach der Transplantation entwickelt Jamie die Spender-gegen-Wirt-Krankheit. Er leidet, der Mund ist wund, die Haut am ganzen Körper gerötet. Drei Tage lang sträubt sich Danijela dagegen, dass Jamie Morphium bekommt, wegen der Abhängigkeitsgefahr. Dann erträgt sie die Schmerzen ihres Sohnes nicht mehr. Jamie schläft die meiste Zeit. Wenn er wach ist, starrt er teilnahmslos in die Luft. Jamie bekommt durchgehend Medikamente. Er isst nicht mehr, wird künstlich ernährt. „Das war eklig. Der Inhalt der Beutel sah aus wie Schmalz."

Spender-gegen-Wirt-Krankheit: Nach der Transplantation von Stammzellen entsteht ein neues Immunsystem, das aus den Spenderzellen gebildet wird. Zellen und Gewebe des Empfängers sind für die neuen Immunzellen fremd und werden deshalb angegriffen. Diese Reaktion ist wichtig, um die restlichen Krebszellen zu bekämpfen. Die Immunzellen greifen jedoch oft auch das gesunde Gewebe des Empfängers an, zum Beispiel Haut und Schleimhäute, was dann Spender-gegen-Wirt-Krankheit genannt wird.

Danijela: „Man beschäftigt sich ja schon damit, dass das Kind auch sterben könnte. Ich wollte nicht, dass er im Krankenhaus stirbt. In dem Moment, als ich den Arzt abgefangen habe, um ihn zu fragen, wie das mit der Entlassung im Falle des Falles funktionieren würde, schreit es plötzlich aus seinem kleinen Zimmer: ‚Ich habe Hunger!'"

Das ist der Wendepunkt. Jamie hat wieder Lust am Essen. Eine Zeitlang möchte er nur Buttergemüse, dann nur Wassermelone, dann ausschließlich Spaghetti mit Tomatensauce. Sein Zustand verbessert sich, wenn auch nur langsam. Normalerweise werden Empfänger 30 Tage nach einer Stammzellen-Transplantation entlassen. Bei Jamie dauert es 136 Tage.



Berlin-Spandau, 18. September 2019

Am 23.08.2016 erhielt Jamie deine Zellen und eine neue Etappe begann. Deine Zellen entwickelten sich so schnell, damit hatte niemand gerechnet. Jamie ging durch die Hölle, er hatte Schmerzen und litt sehr unter den Folgen der Transplantation.

Fünf Monate lag er isoliert in einem kleinen Zimmer des Krankenhauses. Weitere sieben Monate wurde er zu Hause von der Außenwelt isoliert. Aber dann, ein Jahr nach deiner Spende, durfte er, mittlerweile schon fünf Jahre alt, wieder raus und ein Kind sein. Er hat es geschafft, mit deiner Hilfe. Die Krebszellen waren weg.

Du hast nicht nur unseren Sohn gerettet, sondern eine ganze Familie. Ohne unseren kleinen Sonnenschein wären wir alle zerbrochen. Und dafür sind wir dir jeden Tag aufs Neue dankbar.

Jamie ist ein Kämpfer. Sein Lieblingshobby ist Taekwondo.

Montag, 16. September 2019

Drei Jahre nach der Transplantation. Danijela steht im Dienstraum der Station 39. Sie ist überrascht, dass dort nicht mehr dieselbe Person am Schreibtisch sitzt wie früher. „Ich möchte den Stammzellen-Spender meines Sohnes kontaktieren." Während sie das sagt, kann sie nicht stillstehen, verlagert ständig ihr Gewicht, nestelt an den Schnüren ihres Kapuzenpullovers. Die Frau am Schreibtisch braucht Jamies Name, Geburtsdatum und den Zeitpunkt der Transplantation. Danijela wird ein Formular zugeschickt bekommen, mit dem sie die Kontaktdaten des Spenders beantragen kann.

Danijela: „Ich wollte das eigentlich schon letztes Jahr machen, direkt als die vorgeschriebenen zwei Jahre Wartezeit vorbei waren. Dann habe ich es aber nicht mehr geschafft. Ich war hochschwanger mit Jamies kleiner Schwester und es war so heiß. Die Fahrt zum Krankenhaus dauert fast eine Stunde. Nach der Geburt habe ich – ich bin ehrlich – alle Fahrten mit dem Baby vermieden. Die Kleine war ein Schreibaby. Erst seit ein paar Wochen kann ich normal mit ihr Auto fahren. Und ja, ich war auch sprachlos, wusste nicht, was ich dem Spender schreiben soll. Er hat uns ja keine Schokolade geschenkt oder so. Es ist nicht selbstverständlich, was er gemacht hat, keine Kleinigkeit. Ich weiß nicht, was ich sagen würde, sollte, müsste, wenn er mal vor mir steht."

Der Oberarzt der Station kommt in den Dienstraum. Er erkennt Danijela sofort. „Wie geht es Jamie?" – „Gut, der ist in der Schule." – „Das freut mich, das freut mich." Bevor sie geht, will Danijela noch Jamies Lieblings-Betreuerin auf Station 30 besuchen. Sie ist nicht da. Danijela will schon gehen, da bleibt ihr Blick an einer großen Frau mit Kopftuch hängen. Eine andere Mutter, die sie während Jamies Krankheit kennengelernt hat. „Was machst du hier?", fragt Danijela. „Ich bin nur so hier", murmelt die Frau und schweigt kurz, bevor sie weiterspricht: „Mein Sohn hat es damals leider nicht geschafft." Sie spricht ganz leise, ihre Augen sind glasig. Die beiden Frauen umarmen sich lange. Vom Tod des Kindes hat Danijela schon über WhatsApp erfahren. Sie chattet dort manchmal mit anderen Müttern, die sie von Station 30 kennt. Es sind alles Mütter, deren Kinder gestorben sind. Jamie hat als Einziger überlebt.

Berlin-Spandau, 18. September 2019

Dieses Jahr erreichte Jamie einen neuen Meilenstein, er wurde eingeschult Er ist so stolz darauf, nun ein Schulkind zu sein. Er geht zum Taekwondo und hat viel Spaß dabei. Letztes Jahr bekam er eine kleine Schwester, die er über alles liebt. All die kleinen, großen Sachen würden wir ohne dich nicht erleben.

Wir wollen uns bei dir bedanken. Aber wir kommen uns so blöd vor mit einem einfachen Dankeschön. Schließlich hast du uns das Liebste erhalten. Ohne dich hätten wir unseren Sohn nicht mehr. Ohne dich wäre nicht nur unser Sohn gestorben, sondern wir als Eltern mit. Wie kann ein einfaches Dankeschön also ausreichen, wo du doch so unendlich viel für uns getan hast? Auch nach drei Jahren bin ich sprachlos und unendlich dankbar. Jeden einzelnen Tag. Denn durch deine selbstlose Tat hast du mein Kind gerettet.

Gerne würden wir dich kennenlernen und Jamie zeigen, wem er sein Leben zu verdanken hat. Wer ihm die Chance gegeben hat, all die Abenteuer zu erleben, die ihn noch erwarten. Natürlich können wir verstehen, wenn du anonym bleiben möchtest oder jetzt nach so viel vergangener Zeit kein Interesse mehr hast. Aber zumindest weißt du dann jetzt, dass uns das nicht egal ist, wir das nicht als selbstverständlich ansehen und du einem Kind das Leben geschenkt hast.

Liebe Grüße, Familie Woschofus

EMPÖRT EUCH NICHT!

Nachdem unsere Autorin ein Praktikum in einer chinesischen Klinik absolviert hat, findet sie: Wir sollten das deutsche Gesundheitssystem mehr schätzen.

VON JING WU

Die Frauenärztin verlor langsam die Geduld. Seit mehr als zehn Minuten blockierte eine Patientin den Behandlungsraum. Dabei ist Zeit schon immer ein knappes Gut bei Ärzten, insbesondere bei denen, die die Patienten in China, im bevölkerungsreichsten Land der Welt, zu versorgen haben.

Im Wartesaal draußen saßen viele weitere Frauen mit Schmerzen jeglicher Art im Unterleib. Sie alle hofften, dass die Tür zum Untersuchungsraum bald aufgehen würde, damit die Nächste dran wäre. Aber die Patientin saß weiter auf dem Stuhl vor der Ärztin, schaute nach unten und, obwohl sie schon über dreißig war, wirkte sie in diesem Moment wie ein kleines Mädchen, unbeholfen und verloren. Sie flüsterte, sie sei sich unsicher, ob sie abtreiben wolle oder nicht. „Sie müssen sich nicht jetzt entscheiden", sagte die Ärztin, es wirkte wie ein Angebot. „Lassen Sie es sich einfach noch eine Stunde durch den Kopf gehen und sagen mir dann Bescheid." Ich starrte die Ärztin an, um mich zu vergewissern, dass ich richtig gehört hatte. Eine Stunde? Eine einzige Stunde sollte der Patientin noch gewährt werden, in der sie ein Urteil über das Leben oder Nichtleben ihres ungeborenen Kindes fällen sollte? Mir kam das in diesem Moment unglaublich absurd vor. In einer Stunde kann man einen Apfelkuchen backen oder eine Ladung Wäsche bügeln, an guten Tagen kommt man in einer Stunde mit dem ICE von München nach Nürnberg und an schlechten wartet man so lange am Gleis. Eine Stunde ist ein Zeitrahmen, in dem man jemandem zumuten kann, ein Abendessen zu kochen. Es ist aber keinesfalls der geeignete Zeitrahmen, um einen Entschluss für oder gegen eine Schwangerschaft zu fassen. Die Ärztin war anderer Meinung. Sie sortierte ihre Unterlagen auf dem Tisch, das Gespräch war vorbei, die Patientin stand zögerlich auf und ging hinaus.

Wir sollten das deutsche Gesundheitssystem mehr wertschätzen.

Es war für mich das Irritierendste, was ich in einer chinesischen Klinik erlebt habe. Ich bin Medizinstudentin im achten Semester. Einen Monat lang hospitierte ich auf der gynäkologischen Station einer Klinik in Hangzhou, einer Millionenstadt im Osten Chinas. In medizinischen Praktika habe ich beim Hausarzt im Bayrischen Wald Omas und Opas mit Gürtelrose behandelt und in einer Dortmunder Klinik bei Kaiserschnitten assistiert. Das deutsche Gesundheitssystem empfand ich bis zu diesem Zeitpunkt als eine Dauerbaustelle. Die Zwei-Klassen Medizin gehörte meiner Meinung nach abgeschafft, die Krankenkassenbeiträge wurden zu ineffizient genutzt und vom Pflegenotstand wollte ich gar nicht erst anfangen zu reden. Durch meine Zeit in China wurde mir klar, wir sollten das deutsche Gesundheitssystem mehr wertschätzen.

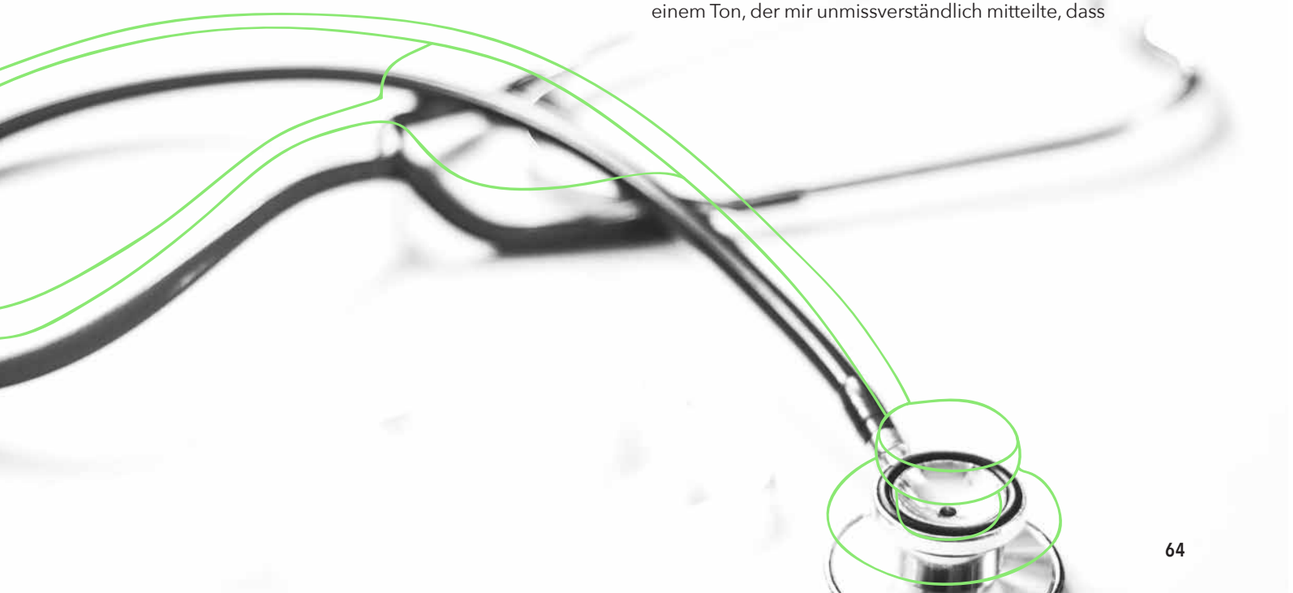
Das Thema Abtreibung ist in Deutschland emotional hoch aufgeladen. In China gibt es Frauen, die zwei, vier oder sogar sechs Abtreibungen hinter sich haben. „Das ist erschreckend, aber alltäglich", sagte die Frauenärztin zu mir. Ich hatte das Gefühl, sie sagte das nur, weil sie wusste, dass ich aus Deutschland kam. Den Chinesen müsse sie das nicht erklären. „Manche Frauen treiben mit einer Gleichgültigkeit ab, mit der andere Leute Nudeln essen." Nach Schätzungen der chinesischen Familienplanungskommission aus dem Jahr 2015 gibt es in China 13 Millionen Abtreibungen im Jahr, die Dunkelziffer sei jedoch hoch, schreibt die Tageszeitung „China Daily". Zum Vergleich: Pro Jahr gibt es 16 Millionen Geburten. Warum treiben so viele chinesische Schwangere ab? Sie wüssten es eben nicht besser, sagte die Ärztin. Viele von ihnen seien nicht aufgeklärt und nicht verheiratet. Die einst so strikt gehandhabte Ein-Kind-Politik spiele sicher auch eine Rolle. Die Patientin, die im Untersuchungszimmer unsicher war, brauchte keine Stunde, um zu überlegen. Sie kam nach fünfzig Minuten wieder und entschied sich für den Eingriff.

Einige Tage später war ich zum ersten Mal bei einer Abtreibung dabei. Der Anästhesist narkotisierte die Patientin, der Chirurg saugte mit einem Schlauch den Mutterkuchen und die Eihäute ab, die Reste des Embryos legte er in eine Petrischale. Auf den Operationsbericht schrieb er „komplikationsloser Verlauf" und entließ die Patientin aus der Klinik. Nicht mal 15 Minuten hatte die Abtreibung gedauert. Ich war überrascht: Das war alles? In Deutschland lässt die Gesellschaft eine Frau mit jedem Abbruch die Schwere ihrer Entscheidung spüren, in China kommt es mir vor, als gingen Schwangere vormittags zur Abtreibung und nachmittags zum Friseur.

Es gibt noch andere Sachen, die mich in der chinesischen Klinik verwunderten: Privatsphäre und Datenschutz wurden kaum gewährt. Einmal wurde eine Patientin gerade gynäkologisch untersucht. Sie hatte sich von der Hüfte abwärts freigemacht, die Beine leicht gespreizt. Die Ärztin tastete mit zwei Fingern die Gebärmutter der Patientin ab, als die Tür des Behandlungsraums aufflog und eine andere Frau fragte, wann sie denn endlich drankomme. „Später, schließen Sie bitte erst einmal die Tür, ich bin mitten in einer Untersuchung", sagte die Ärztin. Die Tür fiel ins Schloss, ging drei Minuten später wieder auf. Noch eine Frau schaute herein, die Ärztin wiederholte: „Schließen Sie bitte die Tür" und die Patientin auf dem Behandlungsstuhl murmelte: „Ach, Sie sind ja immer noch nicht fertig". Vor dem Behandlungsraum hatte man ein Schild angebracht: „Bitte respektieren Sie die Privatsphäre der Patienten und treten nicht ein."

Das ist wie bei den Schildern „Bitte nicht im Zug essen", die in Deutschland auf den S-Bahn-Fenstern kleben. Eine sinnvolle Forderung, dennoch hält man sich nicht dran.

Es geht bei der fehlenden Privatsphäre in China aber nicht nur um ungeduldige Patienten. Das Problem ist tiefer verwurzelt. Verwaltungsstrukturen sorgen dafür, dass man als Patient an der Türschwelle zur Klinik alles preisgibt. Als ausländische Studentin in China musste ich nach meiner Ankunft einen Gesundheitscheck machen. In einer großen Halle saßen an einer Reihe von Schaltern Krankenschwestern, die einem Patienten nach dem anderen Blut abnahmen. Vor den Schaltern befanden sich mehrere Stuhlreihen, alle besetzt. Ich fühlte mich wie auf einem Hauptbahnhof an einem Freitagnachmittag. Auf einer digitalen Tafel standen die Namen der nächsten Patienten für die Blutabnahme. All die Wangs, Lis und Huangs waren in chinesischen Schriftzeichen geschrieben. Dazwischen mein Name in lateinischer Schrift: Jing Wu. Ich bin in China geboren und habe dort vier Jahre gelebt, aber seit ich in Deutschland eingebürgert bin, steht mein Name in lateinischer Schrift in meinem Reisepass. Ich fiel auf. Mein Name wanderte immer weiter ein Stückchen nach oben, bis ich an der Reihe war. Es erschien mir absurd. In Deutschland zerbrechen wir uns seit Jahren den Kopf über den Datenschutz in einer elektronischen Patientenakte und in China stehen die Patientennamen für alle lesbar im Atrium der Klinik. Mir war nicht ganz wohl damit, dann dachte ich: Was hat es schon für Konsequenzen, wenn alle wissen, dass mir gleich Blut abgenommen wird? Ich setzte mich auf den Stuhl vor dem Schalter, lächelte die Krankenschwester an, sie lächelte nicht zurück, nahm mir drei Röhrchen Blut ab und sagte „fertig". Sie tat das in einem Ton, der mir unmissverständlich mitteilte, dass



ich sofort den Platz freizuräumen hatte für den Nächsten. Ich fühlte mich wie ein Objekt auf dem Fließband.

Sollte ich die Stimmung in einer chinesischen Klinik beschreiben, würde mein Urteil lauten: harsch. Chinesische Ärzte sagen den Patienten nicht „Guten Tag" und „Tschüss". Sie fragen nicht, ob der Patient nach dem Gespräch alles verstanden hat, und manchmal wickeln sie alles in weniger als fünf Minuten ab: Das Arztgespräch, die Untersuchung und jegliche weitere therapeutische Planung. Als mir das erste Mal auffiel, dass die Frauenärztin die Menschen ganz schön schnell wieder aus ihrer Sprechstunde rausschickte, schien sie meine Gedanken gelesen zu haben. „Das läuft in Deutschland anders, oder?", fragte sie halb lächelnd, halb entschuldigend. „Wir würden uns auch gerne mehr Zeit für die Patienten nehmen, natürlich wäre das besser. Aber wenn ich bei so vielen Leuten für jeden Einzelnen eine Viertelstunde bräuchte, dann säßen wir bis Mitternacht noch hier." Das leuchtete mir ein. In Chinas Metropolen werden in den Kliniken nicht nur die Einwohner der Stadt behandelt, auch viele Menschen aus kleineren Orten versprechen sich dort eine bessere Behandlung. Es gibt kaum niedergelassene Fachärzte. Wer ein Problem hat, geht direkt in ein Krankenhaus.

China ist auf einem guten Weg. Aber es gibt noch viel zu tun.

An einem Dienstagvormittag sah ich zu, wie ein gutartiger Tumor aus der Gebärmutter einer Patientin entfernt wurde. Der Tumor hatte einen Durchmesser von zehn Zentimetern. Für die Ärztin war es ein Routineeingriff. Als sie nach zwei Stunden die Patientin zunähte, fiel mir auf, dass sie dies mit einer besonderen Sorgfalt tat. Sie schien sich mehr Mühe bei den Stichen zu geben, die Naht sah am Ende besonders gerade und akkurat aus. „Komm mit uns zum Essen", sagte die Ärztin zu mir nach der Operation. „Die Patientin, die gerade auf dem OP-Tisch lag, hat uns alle eingeladen, die Rechnung geht auf sie." Ich war so überrascht von diesem Angebot, dass ich erst einmal gar nichts sagte. In Deutschland zeigen die Patienten ihre Dankbarkeit mit einer Tafel Merci-Schokolade und wer besonders deutlich danke sagen will, der kauft die XXL-Version, so habe ich es auf einer gynäkologischen Station in Dortmund erlebt. In China hingegen gilt alles unter einer Essenseinladung für zehn Personen als kleinlich. An diesem Mittag gab es Reis mit Schweine- oder Rindfleisch vom Lieferdienst.

Solche Szenarien kommen häufiger vor: Patienten laden Ärzte zum Essen ein oder stecken ihnen Geld zu, damit sie besonders gründlich behandelt werden. Ist dies Bestechung? Die Frage ist rhetorisch. Der Arzt, der nicht alle Patienten gleich behandelt, trägt keine weiße Weste. Aber vielleicht mache ich es mir auch zu einfach. Ich lebe in Europa, bin gesund und habe eine Krankenversicherung. Ich muss mir keine Gedanken darüber machen, einem Arzt für seine Leistungen etwas anzubieten. In China besitzen 95 Prozent der Menschen eine staatlich subventionierte Basis-Krankenversicherung, die jedoch auf Breite statt auf Tiefe ausgelegt ist. Für die medizinischen Untersuchungen und Eingriffe müssen die Menschen selbst noch einen erheblichen Teil draufzahlen, kostspielige Behandlungen, etwa für Krebs, decken die meisten Versicherungen überhaupt nicht ab. Dies soll sich ändern. Der Staat möchte den Umfang der Versorgungsleistungen ausweiten, so dass sich der Eigenanteil an den Kosten reduziert. Im ganzen Land werden marode Krankenhäuser modernisiert und neue Kliniken gebaut. Der Staat setzt sich für die Ausbildung der Landärzte ein und fördert Innovationen bei Arzneimitteln. China ist auf einem guten Weg. Aber es gibt noch viel zu tun.

Bei den letzten gesundheitspolitischen Debatten in Deutschland ging es um die Kostenübernahme für homöopathische Mittel oder um die Einschränkung der freien Arztwahl. Es ist sicher gut, darüber zu reden. Aber es scheint mir zugleich, als würden wir hitzig über den Farbton der Kirsche auf dem Sahnehäubchen streiten.

STREICHEL-EINHEITEN

Ihre Patienten sind dement, depressiv oder gelähmt. Therapiehund Feefie kommt, um sie zu berühren.

VON ISABEL SCHNEIDER

Feefies Schritte sind kaum zu hören. Leise trippelt sie über den Krankenhausflur. Ihre Zuckerwattehaare wehen ihr um die grauen Ohren. Ihr Gewicht: gerade einmal dreieinhalb Kilogramm. Sie ist auf dem Weg zu ihrer Patientin, Therapiestunde. Im Zimmer sitzt eine ältere Dame, graues Haar, in einem weißen Bademantel. Gedankenverloren betrachtet sie den Tisch vor sich. Sie hebt den Blick und sieht Feefie. „Is dat süß", „Ach Gottchen", „Komm mal her, Schätzchen". Frau Schaefer, so nennen wir sie in dieser Geschichte, bückt sich zu Feefie, streichelt ihre Besucherin.

Seit Februar arbeitet Feefie in der Caritas-Klinik Dominikus in Berlin-Reinickendorf. Ihr Job: Therapiehündin. Weiße Pfoten, schwarzer Rücken, wuschelige Haare und braune Augen. Die zweijährige Biewer-Yorkshire-Hündin gehört zu Katrin Jahnke, der therapeutischen Leiterin der Klinik. Feefie begleitet die Physiotherapeutin zweimal wöchentlich zu Patienten in der Geriatrie. Vor jeder Therapie legt Jahnke ihrer Feefie das pinkfarbene Therapietuch um den Hals. Wenn sie das trägt, weiß sie, dass sie sich konzentrieren muss, dass es jetzt losgeht. Das hat Feefie in ihrer Ausbildung zum Therapiehund gelernt.

Frau Schaefer will Feefie auf den Schoß heben. Sie streckt ihre Hände aus und greift nach dem roten Geschirr, das die Hündin um Hals und Rücken trägt. Jahnke greift ein, hochheben soll sie Feefie jetzt lieber nicht. Später wird sie erzählen, warum: Menschen mit Demenz verlieren oft das Gefühl für die eigene Muskelkraft. Als erstes soll Frau Schaefer ihre Feinmotorik trainieren. Jahnke zieht einen Kochlöffel aus ihrer Tasche, dazu einen Tennisball und eine graue Dose, in der die Leckerlis rascheln. Mit dem Kochlöffel fischt Frau Schaefer vorsichtig ein Leckerli heraus. Behutsam führt sie den Löffel in Richtung Feefies Schnauze, bis diese sich auf die Hinterbeine stellt. Sie reckt den Kopf und stibitzt das Leckerli vom Löffel. Nächste Übung: Den gelben Tennisball soll Frau Schaefer dreimal quietschen lassen. Frau Schaefer bemüht sich, schließt ihre Hände um den Ball, drückt so fest sie kann. Dann wirft sie den Ball und Feefie läuft ihm nach. „Wie oft war ich schon hier?", fragt Jahnke,

Katrin Jahnke ist die Besitzerin von Feefie und Physiotherapeutin an der Caritas-Klinik Dominikus.

„Der mag dich, egal wie du drauf bist."

und: „Kennen Sie meinen Hund schon?" Frau Schaefer hat Probleme, sich zu erinnern. Feefie ist ihre Stütze: Sie erzählt von ihrem eigenen Hund, der jetzt bei ihrem Sohn lebt, oder ist er schon gar nicht mehr dort? Das fällt ihr nicht mehr ein.

Obwohl Feefie selbst gar nicht weiß, was sie da tut, hilft sie Menschen mit Demenz, Bewegungsstörungen und Depressionen. Als Hund ist sie ein ideales Therapietier, denn: Der Hund ist eines der ältesten Haustiere des Menschen: Der Hund ist sozial, ein Säugetier, dem Menschen meist zugewandt und perfekt auf die Bedürfnisse des Menschen hingezüchtet.

Feefie kam als Welpe zu Jahnke, da war sie gerade zehn Wochen alt. Nachdem ihre beiden Kinder aus dem Haus waren, fehlte Jahnke der Trubel. Plötzlich war da niemand mehr, der irgendwelche Socken zu waschen hatte, der was zu essen oder etwas erklärt haben möchte. Jahnke stand auf einmal wieder im Mittelpunkt und suchte nach einer neuen Aufgabe, einem neuen Sinn. Jetzt wartet Feefie jeden Morgen auf sie, bis sie im Bad fertig ist. Dann holt Feefie sich in der Küche das erste Leckerli ab und will Gassi gehen. Bei Hunden greift genau wie bei Kleinkindern das Kindchenschema: Beim Menschen springen automatisch Fürsorgesysteme an.

Von klein auf lernt Feefie Menschen im Rollstuhl kennen, sie gewöhnt sich an Rollatoren und Krankenzimmer. Damals arbeitet Jahnke noch als Physiotherapeutin in einem Seniorenheim. Schon hier darf Feefie sie manchmal begleiten. Jahnke will Feefie das Leben eines Hundes ersparen, der gelangweilt zu Hause liegt und immerzu auf die nächste Runde Gassi wartet. Sie entschließt sich, Feefie zur Therapiehündin auszubilden. Jahnke muss dafür die Theorie in Seminaren lernen und Feefie die Therapiebesuche in einem Wohnheim für Demenzkranke üben. Zusammen bewerben sie sich bei der Caritas-Klinik Dominikus. Als Bewerbungsbild legt Jahnke nur ein Foto von Feefie bei.

Jahnke beschreibt ihre Beziehung zu Feefie mit großen Worten: Wärme, Geborgenheit, bedingungslose Liebe. Konkrete Worte, für das zu finden, was Feefie ihr gibt, fällt ihr schwer. Ihr Hund ist für sie jemand, der immer da ist, ihr immer zuhört. „Der mag dich, egal wie du drauf bist." Wenn Jahnke gestresst ist, merkt Feefie das sofort, sie weicht ihr dann nicht mehr von der Seite. Die kleine Hündin beobachtet jeden Schritt ihrer Besitzerin genau. Feefie ist aufmerksam, sie spürt, wie sie einem Patienten begegnen muss. Sie ist zu allen freundlich, macht keine Unterschiede. Vielleicht das Wichtigste für ihren Job: Sie wertet nicht.

Sobald Feefie im Raum ist, verändert sich die Beziehung zwischen Therapeutin und Patient. Die bloße Anwesenheit eines ruhigen Tieres führt dazu, dass der Patient sich schneller entspannen kann, der Blutdruck und die Herzfrequenz sinken, das Stresshormon Kortisol wird verringert. Das belegen verschiedene Studien. Immer vorausgesetzt, der Patient hat keine Angst vor dem Tier.

ENTSCHEIDEND IST DER KÖRPERKONTAKT.

Mit Feefie ist jemand drittes anwesend, jemand, über den man reden und kommunizieren kann. Eine der Schwestern, die noch nicht lange hier arbeitet, trifft Feefie an diesem Tag zum ersten Mal. Sie bittet Jahnke darum, ein Foto von Feefie machen zu dürfen. Die Schwester geht in die Hocke, Streicheleinheiten, ein kurzes Gespräch. Ein paar Meter weiter lugt Feefie in eins der Krankenzimmer, die Tür steht halb offen. Sofort wird sie von einer Patientin entdeckt. „Du Kleine, komm doch mal zu Oma. Wie heißt se denn? Feefie. Ein ganz moderner Name. Dit is aber schön. Na komm mal her." Die Patientin lehnt sich aus ihrem Bett, um Feefie über den Kopf zu streichen. Feefie ist eine ruhige Hündin, sie bellt nicht, macht keinen Mucks. Man könnte vergessen, dass sie überhaupt da ist, wenn sie nicht diese Wirkung auf Menschen um sie herum hätte. Ein paar Minuten verbringen Jahnke und Feefie in diesem Krankenzimmer. Das ist keine Therapieeinheit, sondern ein Farbtupfer im zähen Klinikalltag.

Bereits aus dem späten 18. Jahrhundert stammen erste Aufzeichnungen, die belegen, dass Tiere eingesetzt wurden, um Menschen mit psychischen Erkrankungen zu helfen. Sigmund Freud war einer der ersten, der sich mit tiergestützter Therapie befasst hat: Er beobachtete, dass sich seine Patienten ihm gegenüber schneller öffneten, sobald seine Chow-Chow Hündin Jofi dabei war. In den 60er Jahren entdeckte der Kinderpsychotherapeut Boris Levison, dass die Kinder in seiner

Praxis viel eher ansprechbar waren, sobald auch sein Retriever Jingles anwesend war. Und Hildegard von Bingen soll gesagt haben: „Gib dem Menschen einen Hund und seine Seele wird gesund." Der Hund ist als Therapeut im Vorteil: Oft hat derjenige, den es zu therapieren gilt, schon schlechte Erfahrungen mit anderen Menschen gemacht, die meist auch auf den Therapeuten übertragen werden. Auf Tiere können sich Patienten schneller einlassen, denn die Beziehung ist hier nicht so vorbelastet wie die zum Menschen. Entscheidend ist der Körperkontakt. Wenn wir einen Hund streicheln, wird in unserem Gehirn und im Blutkreislauf Oxytocin ausgeschüttet. Oxytocin ist das Bindungshormon, das auch für die Entspannung und für den Vertrauensaufbau zuständig ist. Ist der Oxytocin-Spiegel erhöht, kann das dem Therapeuten helfen, zum Patienten durchzudringen.

Bei einer Patientin, erinnert sich Jahnke, habe sie dies besonders gespürt. Die Frau war noch mobil gewesen, bis ein Sturz sie ans Bett fesselte. Depressionen und Trauer über den eigenen Zustand ließen sie verstummen. Es gab die Idee, es bei ihr noch einmal mit Feefie zu versuchen. Feefie setzte sich erst einmal ganz vorsichtig ans Fußende des Bettes, erzählt Jahnke. Nach wenigen Augenblicken drehte die Patientin den Kopf und lächelte sie an. Sie versuchte, ihren Oberkörper anzuheben, um Feefie zu streicheln. Zuvor hatte sich die Patientin in der Therapie eher hängen lassen.

Durch die Therapie mit Tieren fühlen sich die Patienten motivierter. Sie erscheinen häufiger zur Therapie und machen eher mit, der Heilungsprozess setzt schneller ein. In Deutschland gab es die ersten Forschungen zu tiergestützten Therapieformen in den 70er Jahren. Am bekanntesten sind das therapeutische Reiten und die sogenannte Hippotherapie. Als Pionier auf dem Gebiet gilt Erhard Olbrich, der an der Universität Erlangen lehrte. Eine seiner Studentinnen war Andrea Beetz, heute Psychologin und Professorin für Heilpädagogik an der Internationalen Hochschule in Bad Honnef. „Wir waren am Anfang sozusagen die Verrückten mit den Viechern", erzählt Beetz. Heute ist die Forschung zu tiergestützten Therapien zwar anerkannt, aber sie kommt nur schleppend voran, weil Gelder fehlen

Hilfsmittel für die Therapiestunden: Darunter ein Kochlöffel und ein selbst gebasteltes Memory.

und Studien mit Tieren aufwändig sind. Das Angebot an Tiertherapien entwickelt sich hingegen rasant. „Das geht zu Lasten der Qualität. Immer wieder erreichen uns Berichte oder Videos, die uns Therapietiere zeigen, die eindeutig gestresst sind", sagt Beetz. Wer mit einem Therapiehund arbeitet, sollte ihn sehr gut kennen, damit er nicht überfordert wird. „Hunde schaffen wenige, oft nur zwei oder drei Therapieeinheiten pro Tag. Einen Acht-Stunden-Tag, wie man den selbst vielleicht durchzieht, kann man dem Tier nicht zumuten."

Jahnke merkt, dass es Feefie nicht gut geht, wenn sie besonders anhänglich ist. Dann lässt sie die Therapiestunde ausfallen, denn auf Patienten kann sich Feefie an solchen Tagen ohnehin nicht einlassen. In Jahnkes Büro hat Feefie einen Schlafplatz, ein kleines Körbchen und ein Kissen, ihren Rückzugsort. Hier ruht sie sich nach den Therapieeinheiten aus. An diesem Tag muss sie noch zu einer Gruppentherapie. Fünf Teilnehmer sind gekommen, sie sitzen im Kreis. Die Patienten strecken ihre Hände aus, Feefie kommt angelaufen und schnuppert daran. Einer von ihnen sagt: „Meine Frau hatte einen Hund. Und meine zweite Frau, die hatte auch nen Hund. Icke bin dazugekommen. Ick hab grundsätzlich nichts gegen Tiere." Er balanciert das Leckerli auf dem Kochlöffel und reicht es Feefie. „Na komm her, Tier, dann kriegste auch ein Bonbon." Es passiert etwas, was Jahnke in den Therapiestunden oft beobachtet: Wenn Feefie da ist, fangen die Patienten an zu sprechen. Nicht nur mit Feefie, sondern auch mit den anderen. In der Gruppe erzählen sie von sich selbst, von ihren Haustieren, von früher. Jahnke und Feefie trainieren in der Gruppenstunde auch das Gedächtnis der Teilnehmer.

WENN FEEFIE DA IST, FANGEN DIE PATIENTEN AN ZU SPRECHEN.

Jahnke packt das selbst gebastelte Hunde-Memory aus, sie hat dafür verschiedene Fotos von Feefie einlaminiert, die sie jetzt verdeckt auf dem Boden ausbreitet. Auf einigen ist Feefie als Welpe zu sehen, bei anderen hat sie längere Haare als jetzt. Schon nach kurzer Zeit findet ein Patient das erste Paar, auf den Bildern ist Feefie wenige Wochen alt. Erfolgserlebnisse sind wichtig in der Therapie und auch für Feefie. Für jedes richtige Paar beim Memory bekommt sie zwei Leckerlis. An ihren Therapietagen ernährt sich Feefie nur von ihren Belohnungen. Aufgeregt läuft sie von Stuhl zu Stuhl, trippelt über die Bilder auf dem Boden, bleibt stehen, schaut erwartungsvoll von Jahnke zu den Teilnehmern. Der nächste Patient ist dran. „Dit erste und dit dritte, bitte." Jahnke dreht sie um. Diesmal sind es zwei verschiedene Fotos. Auf einem der Bilder hat Feefie eine Krone auf. „Weil sie ja meine Prinzessin ist", sagt Jahnke.

Herausgeber:
Journalisten-Akademie
der Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
Klingelhöferstr. 23, 10785 Berlin
Tel.: 030-26996-3750
www.kas.de/journalisten-akademie
www.kas.de

Gesamtleitung: Maria Grunwald
Chefredaktion: Maria Grunwald, Sonja Hartwig
Gestaltung: Judith Uhlemann,
www.uhlemann-design.com
Illustration: Julie Matulla
Cover/Rubriken Photos: Kristin Bässe
Druck: Kern GmbH, Bexbach

Redaktion:
Helen Bielawa, Kristin Bässe, Alina Fischer,
Stefanie Huschle, Marlene Resch,
Isabel Schneider, Pia Steckelbach,
Victor Sattler, Johannes Tran, Jing Wu.

Das Magazin **Viral** ist das Ergebnis eines zehntägigen Workshops der Journalisten-Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung im September 2019 in Berlin.

Viral gibt es auch zum Download unter:
www.jonamag.de

© 2019 Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
Alle Rechte vorbehalten.

ISBN: 978-3-95721-597-0