

GORDO

GESELLSCHAFT
GESUNDHEIT
GELD

GEFRAGT Verdienen Ärzte zu viel? GEZAHLT Medizin-Mekka für Reiche GEFÄHRDET Krank ohne Versicherung



GOOGELN, BIS DER ARZT KOMMT

Wenn der Arzt nicht helfen kann, verlassen sich viele auf Diagnosen aus dem Internet. Mit gefährlichen Risiken.

Wissen Sie eigentlich, wie teuer Ihre Zahnsperre war? Oder die erste Untersuchung beim Frauenarzt?
Die Stationen von Gabi Gundlach – unserer typischen, gesetzlich versicherten Patientin in Deutschland.

Klein-Gabi kommt in der Geburtsklinik zur Welt: 1.500 Euro

Mit drei Jahren hat sie Fieberkrämpfe und muss eine Woche ins Krankenhaus: 1.600 Euro

Mit elf Jahren braucht sie eine Zahnsperre: 3.500 Euro

Als Teenie geht sie zum ersten Mal zum Frauenarzt: 25 Euro

Schwanger ist Gabi mit 30 Jahren, neun Monate später hält sie Lukas im Arm, die Geburt war unproblematisch: 4.677 Euro

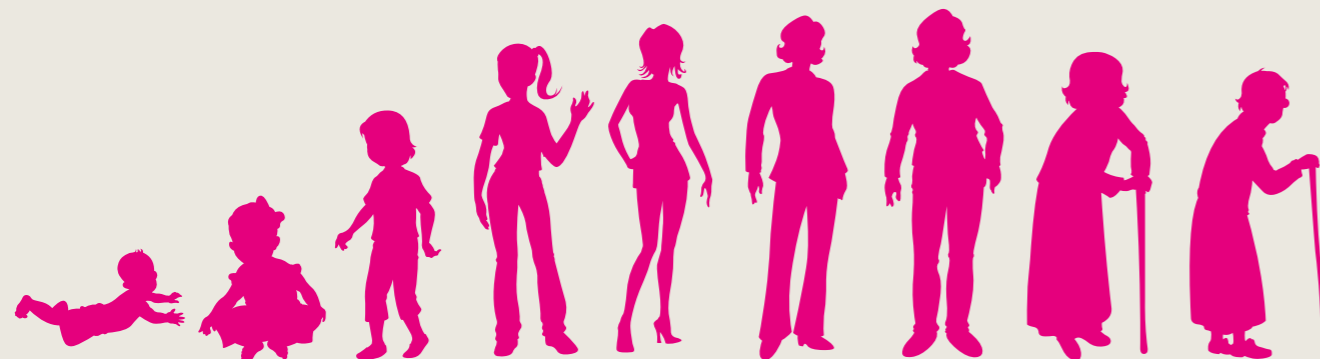
Mit 50 Jahren lässt sich Gabi auf Brustkrebs untersuchen, die erste Mammographie: 55 Euro

Beim Nordic Walking stürzt Gabi unglücklich, ein neues Hüftgelenk für die 70-Jährige muss her: 7.000 Euro

Mit 80 Jahren lebt Gabi noch alleine zu Hause, aber Lukas schickt ihr täglich einen Pfleger vorbei: Monatlich 1.023 Euro

Gabi stirbt mit 81 Jahren. Hier wurden zwar nur einige ihrer Durchschnitts-Kosten aufgeführt.

Trotzdem wird eine Frau wie Gabi Gesundheitsausgaben in Höhe von 200.000 Euro bis zu ihrem Tod verursachen.



EDITORIAL

Sie denken, es geht um Ihre Gesundheit, wenn Sie mit Grippe oder Magenschmerzen zum Arzt gehen? Sicher, auch. Doch in dem Moment, in dem Sie die Türklinke zur Praxis runterdrücken, betreten Sie ein System, in dem es um Leben, Tod, Macht und Geld geht. Gesundheit ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor, an dem eine ganze Industrie hängt. Die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen liegt bei 4,8 Millionen. Zum Vergleich: Die Zahl der Beschäftigten in der deutschen Automobilindustrie liegt bei 0,7 Millionen. Gesundheit ist unser höchstes Gut – in vieler Hinsicht. Mit GORDO, unserem Magazin für Gesellschaft, Gesundheit und Geld, wollen wir Sie informieren, unterhalten und zum Diskutieren anregen; darüber, wie wir in Deutschland die Gesundheit optimal schützen und die beste und dennoch bezahlbare Behandlung ermöglichen.

Längst hat sich im Internet ein paralleles Gesundheitssystem etabliert mit einer halben Million deutschsprachiger Online-Portale, bei denen Sie Symptome googeln, Ferndiagnosen einholen oder über Krebs-Therapien diskutieren können. Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Dr. Google oder schlagen Sie in unserer Titelgeschichte auf Seite 6 nach.

Wären Sie lieber privat versichert? Sind dort nur die Reichen und Gesunden, während die gesetzlichen Versicherungen die Behandlung von Schwerkranken mit wenig Einkommen finanzieren müssen? Über den deutschen Sonderweg mit zwei Versicherungssystemen und darüber, ob er bald beendet wird, haben wir mit Jens Spahn gesprochen, dem gesundheitspolitischen Sprecher der Unionsfraktion. (S. 16).

Mit der 2013 in Kraft tretenden Pflegereform ändert sich Einiges, deshalb haben wir dem Thema einen Schwerpunkt (S. 32-41) gewidmet: Wir stellen das Modell Demenz-WG vor und zeigen, was sich ändert, wenn Sie berufstätig sind und gleichzeitig Angehörige pflegen.

Das und vieles mehr finden Sie in dieser Ausgabe von GORDO. Das Magazin ist das Ergebnis eines zehntägigen Praxiskurses der Journalisten-Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung im September 2012 in Berlin.

Viel Spaß beim Lesen und: Bleiben Sie gesund!
Ihre Chefredakteurinnen

Corina Weber

Maria Grunwald





32

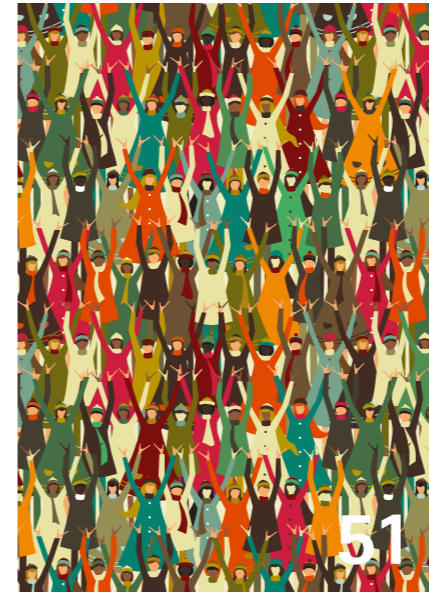
GESORGT



24



GEZAHLT



51

GEFÄHRDET



16



GEFRAGT

Seite 29
**MALEN SIE MAL DAS
GESUNDHEITSSYSTEM**

Seite 23
GESUNDHEIT IN ZAHLEN

Seite 30 - 31
DIE REDAKTION

Seite 56
IMPRESSUM



**Gordo ist fett. Doch unsere
Themen sind fetter.
Und Gordo ist auch der
Schriftzug auf dem Bild in
unserem Redaktionsraum.
Zehn Tage erlebten wir dort
geistige Höhenflüge.
Oder Abstürze. Oder die
Mittagspause. Wir haben
getextet, gekämpft – und
vor allem gelacht. Dabei
immer vor Augen: Gordo.
Für uns der perfekte Name
im Ringen um Gesellschaft,
Gesundheit und Geld.**

Seite 6 - 8
**GOOGLN,
BIS DER ARZT KOMMT**
Wenn der Arzt nicht helfen
kann, verlassen sich viele auf
Diagnosen aus dem Internet.
Mit gefährlichen Risiken

Seite 9
**WORLD WIDE
WARTEZIMMER**
Wir stellen Ihnen unabhängige
Informationsportale vor

Seite 32 - 34
DIE VERGESSENEN
Eine Mutter pflegt ihre schwer
kranke Tochter- und ist zur Lobby-
istin in eigener Sache geworden

Seite 38 - 41
ALT, GESELLIG UND DEMENT
Demenz-WGs: Zusammen wohnen
- gemeinsam vergessen

Seite 36
PFLEGEREFORM 2013
Neben mehr Geld gibt es auch
neue Leistungen

Seite 48 - 50
ZEIT HEILT WUNDEN
Porträt einer Klinikseelsorgerin

Seite 24 - 25
MEDIZIN-MEKKA FÜR REICHE
Spitzenmedizin und Luxus für
Patienten aus dem Ausland

Seite 10 - 11
VERDIENEN ÄRZTE ZU VIEL?
Ein Top-Verdiener und ein Normal-
verdiener im Online-Chat

Seite 26 - 28
**DAS GESCHÄFT
MIT DER HÜFTE**
Nirgendwo werden so viele
künstliche Hüftgelenke eingesetzt
wie in Deutschland

Seite 46 - 47
**PATIENTENWOHL ODER
KOSTENEFFIZIENZ?**
Ein Arzt klagt an –
ein Klinikmanager antwortet

Seite 51 - 53
„MIR BRENNT DIE LEBER“
Wie die Herkunft über Gesundheit
entscheidet

Seite 12 - 14
UND RAUS BIST DU!
Drei Porträts über Menschen
ohne Krankenversicherung

Seite 19 - 22
**FRÜH ERKENNEN,
LEBEN RETTEN**
Ein neues Gesetz soll die
Vorsorge verbessern

Seite 42 - 43
**GUT GEMEINT,
SCHLECHT GEMACHT**
Wie Patienten gegen Arztfehler
kämpfen

Seite 16 - 18
**VERSICHERUNG NICHT NUR FÜR
REICHE, SCHÖNE UND GESUNDE**
CDU-Gesundheitsexperte
Jens Spahn im Interview

Seite 44 - 45
**„SÜNDENBÖCKE JAGEN
BRINGT NICHTS“**
Günther Jonitz im Gespräch über
Ärztfehler, Verantwortung und Tabus

Seite 54
„ÖFFNET EURE TÜREN“
Ramazan Salman fordert eine
kultursensible Medizin

Seite 15
**WIE KÖNNEN WIR DIESE
MENSCHEN AUFFANGEN?**
Eine Expertin der Verbraucher-
zentrale über ein Leben ohne
Krankenversicherung

Seite 37
WELCHER TYP SIND SIE?
Der Gordo-Gesundheits-Test





GOOGELN, BIS DER ARZT KOMMT

von Sina Zimmermann

Peinliche Beschwerden, Bequemlichkeit oder seltsame Symptome – jeder zweite Internetnutzer informiert sich inzwischen online über Gesundheitsthemen. Das Problem dabei: Eine Informationsflut aus unseriösen Angeboten und Horrorszenerien, die Ängste schüren. Der Online-Gesundheitsmarkt boomt, und das kann schnell gefährlich werden.

Der Schmerz schießt wie ein elektrischer Schlag von der Fingerkuppe bis in die Schulter. Dabei hat sie nur kurz mit ihrem Zeigefinger auf die Tischplatte getippt. Den Kaffeebecher kann sie kaum noch anheben. „Psychosomatisch“, lautet die nüchterne Diagnose ihres Hausarztes. Marie Zielinski fällt es schwer zu akzeptieren, dass Stress chronische Schmerzen auslösen kann. Sie ist 25 Jahre alt, studiert Musik-

wissenschaften und kann Unklarheiten nicht ausstehen. Jetzt sucht sie im Internet nach den Antworten, die ihr der Arzt nicht geben konnte.

Während sie in die Suchmaschine ihre Symptome eingibt, blitzt ein schmales dunkles Wacken-Band an ihrem rechten Handgelenk hervor, es erinnert an das Heavy-Metal-Festival im vergangenen Sommer. Sie streicht

ihre blonden Locken zurück und tippt ein: Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, Gewebeschmerzen, Druckempfindlichkeit. Fünf Minuten lang klickt sie sich durch die verschiedenen Foren. Die Diagnose: Borreliose. Schockiert liest sie die möglichen Folgen: chronische Schmerzen, Arbeitsunfähigkeit, Depressionen. Vage erinnert sie sich an einen Zeckenstich. Das könnte es sein. Sie macht einen Termin beim Arzt, ihr

„Einige Patienten steigern sich schnell in die Beschwerden rein, denken, sie seien schwer krank und rennen gleich in die Rettungsstelle.“

Blut wird untersucht. Der Arzt bleibt dabei: Stress. Wieder zu Hause, klickt sie sich durchs Internet. Zahlreiche seriöse Gesundheitsportale weisen darauf hin, dass die medizinischen Borreliose-Tests nicht immer zuverlässig sind und die Krankheit oft unentdeckt bleibt. Marie Zielinski ist nun vollkommen verunsichert.

Wer beim Surfen nach Gesundheitsthemen und Behandlungsmöglichkeiten sucht, ertrinkt leicht in der Informationsflut. Längst hat sich im Internet eine Art virtuelles Gesundheitssystem entwickelt mit mehr als einer halben Million deutschsprachiger Internetseiten.

Mediziner und Wissenschaftler betreuen eHealth-Portale. Es gibt Internetauftritte von Krankenkassen und Gesundheitsinstitutionen, Selbsthilfeorganisationen, Laienforen und natürlich die Online-Enzyklopädie Wikipedia. Frauenzeitschriften bieten im Internet Apps für einen Fruchtbarkeitsrechner an. Aus diesem Ozean der Informationen müssen Internetnutzer selbst

die vertrauenswürdigen Angaben herausfischen. Mit allen Risiken.

In die Sprechstunde der Hausärztin Andrea Mossner kommen regelmäßig Patienten, die sich übers Internet selbst diagnostiziert haben. In den meisten Fällen sind die Ergebnisse ihrer Online-Recherche weit entfernt von der Realität: „Einige Patienten steigern sich schnell in die Beschwerden rein, denken, sie seien schwer krank und rennen gleich in die Rettungsstelle“, kritisiert Andrea Mossner. Es kostet sie viel Zeit und vor allem Vertrauen, um die Patienten wieder zu beruhigen und ihnen die richtige Diagnose zu erläutern.

Gleichzeitig weiß Andrea Mossner, dass man heute niemandem ausreden kann, sich im Internet über Krankheiten zu informieren. Dafür ist die Versuchung viel zu groß, mal eben schnell die Symptome bei Google einzugeben. Deshalb ‚verschreibt‘ sie ihren Patienten lieber gleich den Online-Coach von HausMed, einer Initiative des Deutschen Hausärzterverbands. In diesen zwölf Wochen dauernden Kursen bekommen die Teilnehmer über das Internet Unterstützung bei Diabetes, Depressionen, und besonders häufig bei Diäten. Inzwischen nutzen 1.000 Hausärzte in ganz Deutschland den Gesundheits-Coach von HausMed und vernetzen sich mit ihren Patienten.

Wenn Yasemin Sülflow, 21 Jahre alt, zu viel Fettiges isst und nicht regelmäßig Sport macht, klingelt ihr Telefon – ihr Hausarzt hakt nach. Sie nimmt am Online-Coach von HausMed teil. Zwölf Wochen lang legte ihr der Computer jeden Morgen fest, wie viele Kohlenhydrate und Fette sie den Tag über zu sich nehmen darf. Am Ende der Woche gibt sie

Erfolge und Rückschläge an, und ihr Arzt wird direkt informiert. Der Druck gefällt ihr: „Ich fühle mich dann nicht allein gelassen. Es gibt medizinische Unterstützung, und das hilft.“ Sie wollte zurück zum Nor-

an die Einzelheiten zu erinnern. Es ist ein bekanntes Phänomen, der „Praxis-hochdruck“, wie Ärzte es nennen: Die Patienten sind aufgeregt, nicht aufnahmefähig, und mit dem Verlassen der Praxis schwinde die Erinnerung an das Gespräch und die Details der Diagnose.

Wenn Yasemin Sülflow zu viel Fettiges isst und nicht regelmäßig Sport macht, klingelt ihr Telefon – ihr Hausarzt hakt nach.

malgewicht, hatte aber keine Lust auf Weight-Watchers-Treffen. Acht Kilo hat sie verloren – und konnte ihr Gewicht auch nach Ende des Programms halten.

„Ich schwitze immer recht viel, egal ob im Sommer oder Winter“, sagt Sarina Lal. Sie ist 26 Jahre alt, vertraut auf die Hausmittelchen ihres indischen Großvaters und googelt öfter mal peinliche Symptome. Ihr bleibt nichts anderes mehr übrig, als sich an Dr. Google zu wenden. Als sie ihren Hausarzt eher beiläufig fragte, was sie gegen das Schwitzen machen könne, bekam sie keine Hilfe. In einem Online-Forum wird ihr geraten, sich im Drogeriemarkt einen speziellen Tee zu kaufen. Ein harmloser Tipp? Andrea Mossner warnt vor zu großem Vertrauen in andere Forennutzer. „Es gibt Leute, die bekommen Geld dafür, dass sie Medikamente empfehlen und Erfahrungsberichte in Foren einstellen, ohne diese Erfahrungen je gemacht zu haben.“ Das Problem: Die Patienten erkennen den Unterschied nicht.

Zwei von drei Menschen, die im Internet Gesundheitsfragen und Behandlungsmöglichkeiten recherchieren, sind älter als 65 Jahre. Viele haben Schwierigkeiten, sich nach einem Arztgespräch

Auf dem Portal washabich.de helfen knapp 500 Mediziner den Patienten, ihre Diagnose zu verstehen. Kostenlos erklären sie den komplizierten medizinischen Befund und geben den Nutzern die Informationen schriftlich. Dafür haben Ärzte im Alltag oft keine Zeit, erklärt Johannes Bittner. Er ist einer der Gründer des Portals und kennt den Druck, unter dem Ärzte stehen: „Das Gesundheitssystem lässt ihnen oft keine andere Möglichkeit. Schließlich bekommt der Arzt ja auch nicht mehr Geld, wenn ein Gespräch länger dauert.“ Sein Online-Service schließt eine kleine Lücke im System.

Musikstudentin Marie Zielinski sagt selbst, sie neige zur Hypochondrie. Die Liste ihrer Symptome, die sie immer mal wieder im Internet eingibt, ist lang. „Meistens google ich so lange, bis ich bei Krebs oder Hirntumor lande. Das kann ganz schnell gehen. Fünf

Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie den Foren-Eintrag und fragen Sie Dr. Google.

bis zehn Minuten. Dann fällt mir auf, dass ich mich nur verrückt mache.“ Wer in der Lage ist, mit dem unübersichtlichen Angebot umzugehen, kann viel lernen. Für Nutzer wie Marie Zielinski wird das Internet aber zu einem Strudel, der sie immer tiefer in ihre Ängste zieht.

WORLD WIDE WARTEZIMMER

Diskussionsforen, Blogs und eHealth-Portale: Im Internet finden sich zahlreiche Gesundheitstipps. Nicht immer ist dabei klar, ob die Betreiber wirklich das Wohl des Patienten im Blick haben. Oft finanzieren Pharmakonzerne Info-Seiten, um ihre eigenen Medikamente zu bewerben. Woran erkennen Sie, dass eine Seite vertrauenswürdige Inhalte bietet? Wir stellen Ihnen unabhängige Informations-Portale vor.

von Sina Zimmermann

Was bedeutet mein Befund?
www.washabich.de

Wer steckt dahinter?

Betreut wird das Portal von einem ehrenamtlichen Team aus über 300 Medizinstudenten, die kurz vor ihrem Abschluss stehen. Hinzu kommen mehr als 150 Ärzte verschiedener Fachbereiche.

Wie funktioniert es?

Oft halten Patienten nach dem Arztbesuch den medizinischen Befund in den Händen und sind heillos überfordert vom Ärzte-Latein. Auf www.washabich.de können Sie Ihren Befund als Text eingeben oder das Dokument hochladen. Innerhalb von ein paar Tagen übersetzen Mediziner den Befund in verständliches Deutsch. Wenn der Arzt etwa schreibt, dass in der ‚axialen Schnittführung eine regelrechte Darstellung der Bizeps-Sehne‘ ist, dann heißt das eigentlich: ‚Die Sehne im Bizeps-Muskel sieht von unten betrachtet normal aus.‘ Eine eigene virtuelle Diagnose stellt das engagierte Team dem Patienten dabei nicht.

Wie ist das Fazit?

Die Seite ist nicht mal zwei Jahre alt und wird jetzt schon mit Anfragen überflutet. Das Mediziner-Team übersetzt jede Woche etwa 150 Dokumente und kommt bei dem großen Andrang zurzeit gar nicht hinterher. Trotz längerer Wartezeiten ist das ein Durchbruch im Diagnose-Dschungel. Jeder Nutzer bleibt anonym, und der Übersetzungsservice ist kostenlos.

Wie finde ich das richtige Krankenhaus?
www.weisse-liste.de

Wer steckt dahinter?

Die Weisse Liste ist ein gemeinsames Projekt der Bertelsmann Stiftung und einiger Dachverbände von Patienten- und Verbraucherorganisationen. Dazu gehören unter anderem der Bundesverband der Verbraucherzentrale und der Sozialverband VdK Deutschland.

Wie funktioniert es?

Das Gesundheitsportal bietet umfassende Informationen, die bei der Wahl eines Krankenhauses entscheidend sein können. Etwa, wie viele Patienten ein Arzt durchschnittlich betreuen muss. Oder welche Erfahrungen das Krankenhaus mit bestimmten Operationen hat, zum Beispiel mit Hüft-OPs. Außerdem zeigt die Seite, wie zufrieden die Patienten waren. Der Nutzer gibt Behandlungswunsch und Wohnort ein und kann verschiedene Krankenhäuser in seiner Umgebung vergleichen.

Wie ist das Fazit?

Die Internetseite finanziert sich aus Projektmitteln der Bertelsmann Stiftung und ist frei von Werbung. Der Patient muss sich also keine Sorgen machen, dass die empfohlenen Krankenhäuser das Portal finanzieren. Dafür gibt es das Gütesiegel von der unabhängigen Qualitäts-Initiative Health on the Net, die sich für verlässliche medizinische Informationen im Internet einsetzt.

Wo finde ich verständliche Gesundheitsinformationen?
www.patienten-information.de

Wer steckt dahinter?

Betreiber der Seite ist das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung.

Wie funktioniert es?

Von A wie ‚Abhängigkeit‘ bis Z wie ‚Zystische Fibrose‘: Das Stichwortverzeichnis bietet mehr als 2.000 Gesundheitsinformationen. Fragen wie ‚Welche Behandlungsmöglichkeiten habe ich?‘ und ‚Welche Rechte habe ich als Patient?‘ werden verständlich und umfassend beantwortet. Der Nutzer sieht auf einen Blick, von wem die Informationen stammen, wann die Angaben zuletzt geprüft wurden und wie gut das Portal die Qualität der Infos einschätzt.

Wie ist das Fazit?

Leider haben Ärzte oft nicht ausreichend Zeit, um dem Patienten Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten ausführlich zu erklären. Dieses Patienten-Portal schließt die Lücke und bietet unabhängige Gesundheitsinformationen, die auch Laien verstehen.





„DIE ZITRONE IST AUSGEQUETSCHT.“

Thomas Dietz, Nierenarzt



„WIR SIND DEM VERDACHT DER BEUTELSCHNEIDEREI AUSGESETZT.“

Michael Janßen, Hausarzt

Die Forderung der Ärzte nach mehr Geld erhitzt die Gemüter. Niedergelassene Ärzte verdienen mehr als der Durchschnitt: Einem Nierenarzt bleiben am Monatsende durchschnittlich 21.169 Euro Überschuss vor Steuern und weiteren Abgaben, einem Hausarzt 7.967 Euro. Zu viel? Zu wenig? Genug? Der Nierenarzt Thomas Dietz und der Hausarzt Michael Janßen diskutieren online in ihrer Mittagspause.

Ich weiß nicht, was Sie verdienen, Herr Janßen, aber ich hoffe sehr, dass es angemessen ist, für die Leistung, die Sie in Ihrer Kiezpraxis erbringen müssen. Die vielen Wochenarbeitsstunden, Hausbesuche und die telefonische Erreichbarkeit außerhalb der Sprechzeiten.

Ja, ich bin zufrieden. Ich verdiene genug. Es könnte natürlich immer mehr sein ;)

Ich mag es, gleichzeitig Arzt und Unternehmer zu sein.

Ich schätze die Unabhängigkeit von einem Chef.

Die Unabhängigkeit gefällt mir auch sehr gut. Wir haben als Selbstständige das große Glück, dass uns kein Wirtschaftler sagt, was wir zu tun oder zu lassen haben, denn es gibt immer Dinge, die nicht wirtschaftlich sein können. Das ist aus meiner Sicht der Riesenvorteil gegenüber einer Klinik Tätigkeit, ohne gleich alle „Wirtschaftler“ diskreditieren zu wollen.

Naja, man muss schon bedenken, dass der Spagat zwischen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten schwierig ist.

Natürlich auch in meiner Praxis. Ich finde es schwer zu sagen, was am Ende des Monats für mich als Arzt übrig bleiben sollte. Die aktuellen Forderungen nach mehr Geld finde ich nervig. Ich verdiene, wie gesagt, genug. Aber was ist genug,

wenn ich es in Zahlen festmachen sollte? Am ehesten sollte man sich am Oberarzt-Gehalt im stationären Bereich orientieren oder an ähnlichen Berufen wie zum Beispiel Rechtsanwälten und Architekten.

Ihren Vorschlag, sich am Oberarzt-Gehalt zu orientieren, finde ich an sich ganz richtig, aber es sollte schon noch mehr sein, denn man darf hier das wirtschaftliche Risiko, das man als Selbstständiger hat, nicht vergessen.

Ein Kollege, leitender Oberarzt eines Krankenhauses, hatte einen Unfall. Er fällt sicher drei Monate aus. Wenn mir als Selbstständiger so etwas passieren würde, wäre das für mich katastrophal. Und wir müssen uns bitte auch über die Jahresarbeitszeiten bei diesen Vergleichen unterhalten! 30 Tage Urlaub sind bei uns ein Traum...

Das angeblich hohe Risiko als Selbstständiger ist doch immer das Totschlagargument für die Rechtfertigung des höchstmöglichen Honorars. Meiner Erkenntnis nach liegen die Konkurszahlen von niedergelassenen ÄrztInnen im Mikrobereich, es ist also ein sehr krisensicherer Beruf.

Außerdem sollte man sich im Rahmen der Krankenversicherung entsprechend absichern. Das ist für Ärzte recht günstig. Zur Arbeitszeit: Ich zähle nicht die Stunden, aber 45 überschreite ich selten, außer ich fahre freiwillig zusätzliche Bereitschaftsdienste.

Ich muss ein wenig schmunzeln über die Aussage „Totschlagargument“. Ich will gar kein höchstmögliches Honorar, nur angemessen soll es sein. Natürlich tragen wir Ärzte ein hohes finanzielles Risiko, das können Sie nicht wegreden: Ich habe mich vor fünf Jahren in Konkurrenz zu industriellen Anbietern an der Praxis beteiligt und das über eine Bank finanziert. Jetzt brauche ich natürlich Einnahmen, aber statt eines Inflationsausgleichs bekomme ich immer weniger Geld: 2002 wurden mit Einführung der Dialysepauschale pro Woche 580 Euro pro Patient gezahlt. 2003 lag die Pauschale bei 550 Euro und ging bis heute auf 504 Euro runter. Zeitgleich sind Wasser um 60 Prozent und Strom um 40 Prozent teurer geworden. Das wird bei unserer Bezahlung überhaupt nicht berücksichtigt. Außerdem finde ich es nur fair, auch das Pflegepersonal angemessen zu bezahlen. Ganz ehrlich, wo soll man noch kürzen, um überhaupt noch selbst Geld zu verdienen? Ein Freund von mir (Kliniker) sagt immer: „Die Zitrone ist ausgequetscht!“

Da haben Sie Recht, die Zitrone ist ausgequetscht. Übrigens wird die Verteilung des begrenzten Geldtopfs für Gesundheit – seit Jahrzehnten gemessen am BIP gleichbleibend – immer noch teilweise fehlgesteuert. Ich denke da an Unter-, Fehl- und Überversorgung (!).

Natürlich wünsche ich mir als Arzt hier bessere Regelungen. Dann wären sicherlich mehr Ärzte mit ihrem Einkommen zufrieden.

Trotzdem finde ich das Herunterbrechen der ärztlichen Tätigkeit auf die rein monetäre Schiene nervig.

Das schadet ganz sicher unserem Image. Die Gesellschaft fängt, glaube ich, leider auch an zu vergessen, worauf sich der Arztberuf und das Wesen des Krankenhauses eigentlich begründen. Diese Gedanken kommen mir vielleicht verstärkt, weil ich erst vor zwei Wochen unter dem Baum des Hippokrates auf Kos stand...

Ich befürchte, unser Image wird immer gespalten bleiben. Einerseits genießen wir sehr hohes Ansehen in der Bevölkerung – nach den Pfarrern –, andererseits sind wir immer dem Verdacht der Puscherei und Beutelschneiderei ausgesetzt. Bei den aktuellen Honorarverhandlungen scheint Letzteres zu überwiegen, weshalb mich die radikal auftretenden Kollegen mit ihren Forderungen ärgern.

Wir leben eben in hysterischen Zeiten und sollten als Ärzte mehr Zurückhaltung üben, vor allem was dieses Anstacheln betrifft.

Hier stimme ich zu und sende Grüße nach Tiergarten :-)

Meine Patienten warten.

Gruß zurück nach Neukölln

UND RAUS BIST DU!

Sie sind Außenseiter: In einer Gesellschaft, in der fast jeder eine Krankenversicherung hat und laut Gesetz auch haben muss. Schmerzen ertragen sie, bis der Besuch beim Arzt unvermeidlich ist. Drei Menschen aus Berlin, drei Porträts über das Leben ohne Krankenversicherung in Deutschland.

von Susanna Zdrzalek

MICHAEL, 43 JAHRE

An die Kälte hat sich Michael schnell wieder gewöhnt. Daran, dass weiße Sandstrände fern sind und der Karneval in den Winter fällt. Mit dem leeren Fach in seinem Geldbeutel klappt das nicht so gut. Es ist das Fach, in dem früher die Krankenversichertenkarte steckte.

Michael ist Deutscher, hat aber die Hälfte seines Lebens in Brasilien verbracht. Der Liebe wegen. Er lernte Portugiesisch, heiratete, machte sich selbstständig in dem Land am Zuckerhut. Leben, wo andere Urlaub machen – sein großer Traum. Als seine Mutter schwer erkrankt, kehrt er nach Deutschland zurück. Allein. „Um sie in den Tod zu begleiten“, sagt der 43-Jährige mit den schwarzen Haaren. Das war vor zwei Jahren. Inzwischen ist seine Mutter gestorben und Michael immer noch hier. Er müsse Geschäfte erledigen, sagt er.

In die Heimat zurückzukehren, kann für einen deutschen Staatsbürger zum Problem werden. Wenn Michael heute zum Arzt geht und die Arzthelferin nach seiner Versichertenkarte fragt, muss er passen. „Hab ich leider nicht.“ Es klingt, als würde er sich für etwas entschuldigen. Für Arztbesuche zahlt er bar. Heute wandern 40 Euro über den Holztresen. Seit Wochen plagen ihn Rückenschmerzen.

„In Brasilien gibt es eine Basisversicherung für alle. Wenn ich mehr Leistungen möchte, versichere ich mich zusätzlich privat.“ Michael hatte solche privaten Zusatzversicherungen. Das wird ihm jetzt zum Verhängnis. In Deutschland heißt es: Wer zuletzt privat krankenversichert war, ob im Ausland oder in der Bundesrepublik, muss sich wieder privat versichern.

400 Euro würde ihn die private Krankenversicherung im Monat kosten. „Das sehe ich nicht ein, so viel Geld zu zahlen. Die spinnen doch.“ Hat er Angst, krank zu werden? „Na ja, ich habe gute Gene. Aber man weiß nie. Es würde schon reichen, dass ich zuhause die Treppe herunterfalle.“ Erst einmal schluckt er Schmerzmittel gegen seine Kreuzschmerzen. Morgen will er ins Schwimmbad. Schwimmen stärkt den Rücken.

JÜRGEN, 53 JAHRE

„Sag mal, haste noch ‘n bisschen Knete?“ Jürgen holt einen Zehn-Euro-Schein aus der Tasche und steckt ihn dem schnorrenden Kumpel zu. Der Mann humpelt davon, Jürgen lehnt sich an die ockerfarbene Wand. „Ich hab Geld, hast du gesehen? Ich bin hier der, der Geld verteilt. Ich würde dir ein Auto kaufen, wenn du das wolltest.“ Der 53-Jährige, den Freunde seit Schulzeiten liebevoll Batschi nennen, steht im Flur des Mut-Gesundheit-Gebäudes gegenüber vom Berliner Ostbahnhof, einer Anlaufstelle für Obdachlose. Eine leichte Alkoholfahne umgibt ihn. Er hat sich „was eingefangen“ und will sich untersuchen lassen. „Keine Ahnung, was das ist. Irgendein Virus.“ Jürgen schiebt den schwarzen Pulloverärmel hoch und seufzt. Sein rechter Arm ist übersät mit violett-roten Flecken, manche so groß wie 50-Cent-Stücke. Auch auf dem linken Arm und an beiden Beinen hat der Ausschlag sich ausgebreitet.

Jürgen zieht sich die schwarze Kappe vom Kopf, streicht sich durch die kurzen grauen Haare. „Tschuldigung, ich schwitze wie ein Pferd. Bin gerade fünf Kilometer hierher gelaufen, von Lichtenberg.“ Jürgen behauptet zwar, sich jederzeit ein Auto leisten zu können – ein Ticket für die S-Bahn ist zum Ende des Monats aber nicht drin. In Lichtenberg ist er bei einem Freund untergekommen, nachdem er fünf Jahre lang draußen geschlafen hatte. „Direkt hier ums Eck, an der Spree. Sommer wie Winter. Ich war immer kerngesund.“ Und jetzt der Ausschlag. Zum Arzt kann er nicht gehen, denn er hat keine Krankenversicherung mehr. Schulterzucken. „Hab mich halt nicht darum gekümmert.“

Früher hatte er sein Leben noch im Griff. Nach der Wende machte er sich selbstständig, im Landschafts- und Gartenbau. Er war jung, gesund, die Prämienbeiträge waren günstig – er versicherte sich privat. Jürgens Firma lief gut: Ende der neunziger nahm er einen Großauftrag an, investierte, nahm Kredite auf. Doch der Auftraggeber zahlte nicht. Sein Leben geriet aus den Fugen. Erst war die Firma weg. Dann die Frau. Das Haus. Und schließlich auch die private Krankenversicherung. Er fing an zu trinken, landete auf der Straße. Und lebt seither mit dem Risiko, ernsthaft krank zu werden. Ohne Sicherheitsnetz, das ihn auffängt.

Jürgen könnte sich krankenversichern. Er müsste nur zum Amt und Hartz IV beantragen. Sich wieder in das System eingliedern. Aber das will er nicht: „Mit den Behörden will ich nichts zu tun haben. Ich hab ja noch Geld auf der Bank.“ Dann erzählt er von seinem Häuschen in Neuenhagen, an der östlichen Stadtgrenze von Berlin. 50 Quadratmeter mit Garten. „Ich renoviere das Ding gerade. Bad mit Marmor. Fast ein Palast! Wenn ich wollte, könnte ich mir jetzt schon eine Luftmatratze auf den Boden legen und dort schlafen.“ Erst muss der violett-rote Ausschlag weg.

KSENIA, 45 JAHRE

Das Kreuzworträtsel mit den kyrillischen Buchstaben ist so gut wie gelöst. Ksenias rechte Hand hält den Kugelschreiber, die linke wandert immer wieder Richtung Magen. Die 45-Jährige verzieht kaum merkbar das Gesicht. Magenschmerzen. Und es kann noch Stunden dauern, bis die Sprechstundenhilfe sie aufruft. Im Wartezimmer der Malteser Migranten Medizin in Berlin-Wilmersdorf ist jeder Stuhl besetzt. Babylonisches Sprachenwirrwarr, die Patienten stehen bis draußen auf dem Gang. Die Praxis ist begehrte Anlaufstelle für Außenseiter: Menschen ohne Krankenversicherung. Manche Patienten haben noch nicht einmal eine Aufenthaltsgenehmigung. So wie Ksenia.

Vor 15 Jahren hat sie ihre Heimatstadt Tscherniwzi in der Westukraine verlassen, ihren Job als Lehrerin gekündigt. Tauschte ukrainische Literatur gegen Putzeimer. „Mein Lehrer Gehalt hat nicht gereicht, deshalb habe ich angefangen, in Deutschland Geld zu verdienen. Mit Putzen. Schwarz.“ Ein resigniertes Lächeln, sie senkt ihren Blick, schaut auf das Kreuzworträtsel. Ein Aufstieg erkauft mit einem Abstieg.

Der Traum von einem besseren Leben geht zunächst auf. Immer häufiger kommt Ksenia nach Berlin, besorgt sich dafür dreimonatige Touristenvisa, putzt bei verschiedenen Familien. Bleibt schließlich ganz in Deutschland, wohnt bei einer Freundin. Illegal. Das geht gut – bis die Magenkrämpfe ihr Leben in Beschlag nehmen. Morgens, mittags, abends. Ksenia muss zum Arzt, doch den kann sie sich nicht leisten. Was machen? „Ohne Krankenversicherung ist man wie nackt. Schutzlos“, erzählt sie und streicht sich den Pony aus dem Gesicht. Eins siebzig groß, hellblonde Haare, gebügelte Bluse. Eine Frau, der die Männer hinterherschauen.

Aus der Ukraine ist sie es gewohnt, beim Arzt bar zu bezahlen. „Ich war noch nie krankenversichert, auch früher nicht. Die Ukraine ist ein korruptes Land. Da ziehen sie einem beim Arzt das Geld... na Sie wissen schon.“ Sie hat sich in der Apotheke beraten lassen, investierte 150 Euro in Magenpillen, machte Diäten. Die Schmerzen blieben. Eine polnische Freundin, ebenfalls Putzfrau, erzählte ihr von der Malteser Migranten Medizin, wo ehrenamtliche Ärzte Menschen wie sie kostenlos und anonym untersuchen. „Operieren können sie mich hier nicht. Aber mir hoffentlich sagen, wie viel mich eine Magenspiegelung im Krankenhaus kosten würde.“

Wissen ihre deutschen Arbeitgeber, dass sie nicht versichert ist? Ksenia schüttelt den Kopf. Positiv denken. Auch wenn ihre Chancen, in Deutschland jemals krankenversichert zu sein, verschwindend gering sind. Ohne festen Job, ohne Arbeitsvisum. Gibt es wirklich keine Möglichkeit? Aus dem resignierten Lächeln wird plötzlich ein breites Lachen „Heiraten!“ Einen Freund hat Ksenia, er ist Deutscher. Sie sind schon viele Jahre zusammen. „Aber heiraten? Nein, heiraten will ich ihn nicht.“ Auch nicht für die Krankenversicherung. Sie ist eine unabhängige Frau.



WIE KÖNNEN WIR DIESE MENSCHEN AUFFANGEN?

Zahnschmerzen, Ausschlag, gebrochenes Bein. Für 137.000 Menschen in Deutschland kann das den finanziellen Ruin bedeuten. Sie sind ohne Krankenversicherung, obwohl sie legal hier leben. Anke Kirchner, Gesundheitsexpertin von der Verbraucherzentrale NRW, über Lücken und Tücken im deutschen Krankenversicherungssystem.

von Susanna Zdrzalek

Die Bundesregierung hat 2007 die Krankenversicherungspflicht für alle eingeführt. Wie kann es sein, dass immer noch mehr als hunderttausend Menschen durchs Raster fallen?

Der häufigste Grund ist, dass jemand sich seine private Krankenversicherung nicht mehr leisten kann. Das sind vor allem Kleinselbstständige mit geringem Einkommen. Die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen sind in den vergangenen Jahren stetig gestiegen, ihre Kunden müssen immer höhere Beitragsprämien zahlen. Ein selbstständiger Taxifahrer, der im Monat vielleicht nur 800 Euro verdient, kommt an seine finanziellen Grenzen. Schlimmstenfalls fällt er komplett aus der Versicherung heraus, weil er nicht mehr zahlen kann.

Und es gibt Menschen, die Übergangsweise ohne Krankenversicherung sind, zum Beispiel Studenten über 25 Jahre, die nicht mehr über ihre Eltern mitversichert sind. Oder Menschen, die lange im Ausland gelebt haben und sich dann in Deutschland wieder neu versichern müssen.

Warum kann der selbstständige Taxifahrer, der sich die private Krankenversicherung nicht mehr leisten kann, denn nicht in die gesetzliche wechseln?

In Deutschland gilt: Erst ab einem bestimmten Einkommen kann man sich privat versichern, als Selbstständiger oder Beamter muss man es. Wer einmal eine private Versicherung hat, der hat die im Normalfall ein Leben lang. Es sei denn, der Status dieser Person ändert sich: Wenn der selbstständige Taxifahrer den Job wechselt und mindestens ein Jahr lang in einem Angestelltenverhältnis gearbeitet hat, dann kann er wieder einer gesetzlichen Krankenkasse beitreten. Oder er meldet sich arbeitslos, dann ist er über die Agentur für Arbeit bei einer gesetzlichen Kasse pflichtversichert.

Schwierig wird es, wenn jemand über 55 Jahre ist und von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln will. Solche Personen muss die gesetzliche Krankenversicherung nicht aufnehmen – und tut es häufig auch nicht.

Welche Möglichkeit gibt es in einem solchen Fall? Ohne Krankenversicherung leben und darauf hoffen, nicht krank zu werden?

Man kann versuchen, mit seinem Versicherer einen neuen Tarif auszuhandeln. Oder man geht über den Basistarif. Den müssen private Krankenversicherungen laut Gesetzgeber anbieten. Der Basistarif soll die Leistungen beinhalten, die auch eine normale gesetzliche Krankenversicherung bietet.

Das Problem ist aber, dass dieser Tarif häufig sehr teuer ist. Die gesetzlich festgelegte Höchstgrenze liegt bei 592 Euro pro Monat. Für viele ist das unbezahlbar.

Hat also die Bundesregierung mit der Gesundheitsreform von 2009 nichts erreicht?

Der Ansatz war richtig. Allerdings gibt es viele Grenz- und Übergangsfälle – da gibt es im Gesetz noch Lücken. Hier muss die Politik sich fragen: Wie können wir auch diese Menschen auffangen?



„Als Privatversicherter lebt man nicht in einem Land, in dem nur Milch und Honig fließen.“

VERSICHERUNG NICHT NUR FÜR REICHE, SCHÖNE UND GESUNDE

Die privaten Krankenversicherungen geraten zunehmend in die Kritik. Das hat auch Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion, erkannt. Er will private Versicherer für alle öffnen.

von Jenna Behrends

Sie sind, seitdem Sie 2005 in den Bundestag gewählt wurden, privat versichert. Glück gehabt?

Nein, auch als Privatversicherter lebt man nicht in einem Land, in dem nur Milch und Honig fließen. Zweifelsohne kommt man beim Arzt schneller dran, aber die Privatversicherungen haben zum Teil große Probleme: Ihnen rennen im Moment die Kosten weg. Deshalb sollten wir jetzt versuchen, die Kostensteigerung bei den privaten Versicherern, wie wir es bei den gesetzlichen Kassen auch tun, in den Griff zu bekommen. Außerdem kann man schlecht erklären, warum nur Beamte, Selbstständige und gut Verdienende sich privat versichern dürfen. Der einzige Grund, den es gibt, ist: Es war immer schon so. Ich finde, das ist immer die schlechteste Begründung.

Soll also die Dualität von privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen erhalten bleiben?

Wenn sie erhalten bleibt, muss sie mindestens verändert werden. Ich will

keine Neiddebatte führen wie diejenigen, die von Bürgerversicherung reden, wie SPD, Linke, Grüne das tun. Nach dem Motto: Da ist eine Gruppe, die hat sich der Solidargemeinschaft entzogen, und man stärkt das gesetzliche System, indem man das private abschafft. Das ist zu kurz gedacht.

Und die Solidargemeinschaft ist Ihnen egal?

Nein, eine Privatversicherung ist ja auch eine Solidargemeinschaft in sich, weil bei jeder Versicherung diejenigen, die zahlen, für jene einstehen, welche die Leistung brauchen. Es ist nicht so, dass in einer Privatversicherung nur die Reichen, Schönen und Gesunden sind. Von den acht Millionen privat Versicherten in Deutschland sind Beamte und Pensionäre mit rund vier Millionen die größte Gruppe. Der Polizist vor dem Reichstag, das ist kein Millionär. Viele Mini-Selbstständige wie Kioskbesitzer, Taxifahrer und Dönerbudenbesitzer zählen auch nicht zu den Reichen.

Also: Was wollen Sie?

Wir müssen die Probleme des privaten Systems lösen. Dann kann man Schritt für Schritt sicherlich dahin kommen, dass es die bisherige Grenze, dass nur Beamte, Selbstständige, Gutverdienende sich privat versichern können, nicht mehr gibt. Am Ende könnte irgendwann einmal ein einheitlicher Versicherungsmarkt stehen. Ich habe persönlich Interesse daran, dass wir die gute Versorgung in Deutschland erhalten, vor allem auch wenn ich siebzig bin. 2050 wird jeder dritte Deutsche über sechzig sein. Die spannende Frage ist: Haben wir dann noch ein System, das funktioniert?

Was bringt es, wenn sich alle privat versichern können?

Die Aufhebung der Grenze wäre nicht die Lösung aller Probleme, aber dieser Schritt führte ohne Zweifel zu einer höheren Akzeptanz. Was ich auf keinen Fall will, ist eine Einheits-AOK für alle. Eine Bürgerversicherung wäre aber genau das.



„Ich habe persönlich Interesse daran, dass wir die gute Versorgung in Deutschland erhalten, vor allem auch wenn ich siebzig bin.“

Warum nicht?

Der riesige Verwaltungsapparat verhindert Innovationen eher, als dass er sie befördert. Das kann niemand ernsthaft anstreben. Ganz banales Beispiel: Wenn es nur eine Krankenversicherung gäbe in Deutschland, warum soll die den Telefonhörer abnehmen, wenn Sie anrufen? Das heißt: Im Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen gibt es natürlich Anreize, sich um die Versicherten zu kümmern.

Dann hätten wir auf der einen Seite gesetzliche Krankenversicherungen, die Beiträge auf das Einkommen erheben, auf der anderen private Krankenversicherungen, deren Prämien sich am Krankheitsrisiko orientieren. Wie kann ein sinnvoller Wettbewerb entstehen, wenn viele Kunden ihre Entscheidung von der Beitragshöhe abhängig machen und nicht von den unterschiedlichen Leistungen, die gesetzliche und private bieten?

Das ist eine der wichtigen Fragen, die man jetzt angehen muss. Was ich ja sage und anstoße, ist, – und das ist neu für die Union, dass wir diese Fragen offen diskutieren müssen.

Faktisch wären mit Ihrem Vorschlag die privaten Krankenversicherungen in ihrer jetzigen Form abgeschafft. Damit wenden Sie sich gegen den Koalitionsvertrag.

Erstens ist das kein Thema mehr für diese Legislaturperiode, sondern eine Debatte, die Zeit braucht. Zweitens geht es jetzt doch nicht ums Abschaffen. Die meisten privaten Krankenversicherer sind Vereine auf Gegenseitigkeit, die von ihrem Anliegen durchaus mit gesetzlichen vergleichbar sind.

Die Debeka hat angekündigt, für Neugeschäfte maximal 30 Prozent Risikozuschlag zu verlangen. Das heißt, dass sogar Schwerstkranke, die sich bisher nicht privat versichern konnten, zu einem bezahlbaren Preis reinkommen. Man wird sich also irgendwann fragen, was die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen überhaupt noch trennt.

Angela Merkel soll in einer internen Runde gesagt haben, dass sie gerne die private Krankenversicherung in die gesetzliche überführen würde.

Ich weiß nicht, was die Kanzlerin in einer internen Runde gesagt hat oder nicht.

Haben Sie ihre Rückendeckung?

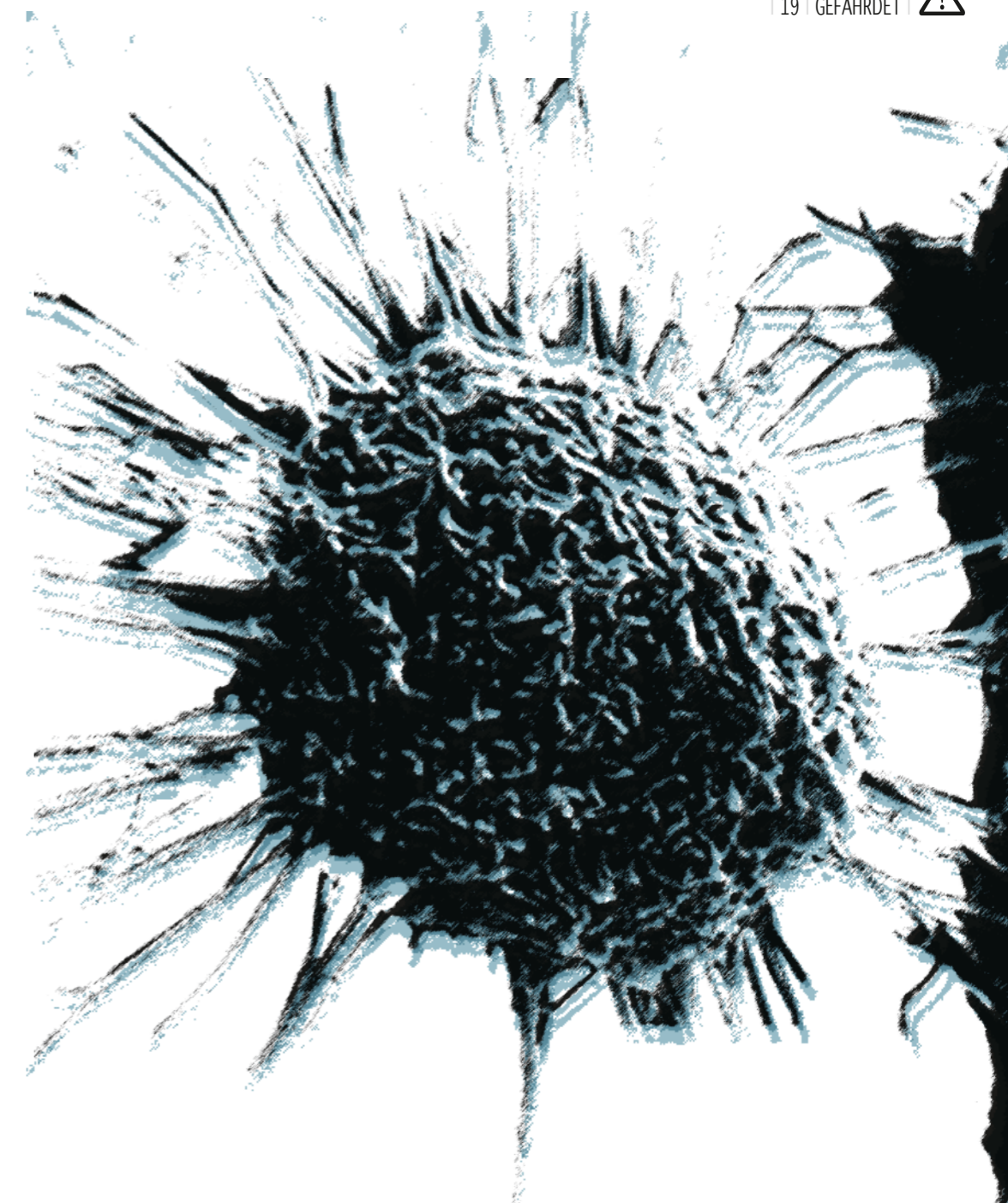
Mein Eindruck ist, dass breite Teile der Union bereit sind, über dieses Thema zu reden, weil sie die Probleme erkennen, die es gibt. Auch die Kanzlerin.

Wird es 2020 noch ein duales System geben?

Es wird sicherlich kein System wie heute mehr geben. Entweder haben die linken Parteien, die später oder früher wieder eine Wahl gewinnen werden – ich hoffe eher später –, eine Einheits-AOK für alle eingeführt, oder wir ein vernünftiges Wettbewerbssystem.

In den Medien werden sie als zukünftiger Gesundheitsminister gehandelt. Schmeichelt Ihnen das?

Obwohl ich jung bin, habe ich nach zehn Jahren im Bundestag schon so viel politische Erfahrung, dass solche Artikel und Mutmaßungen mich nicht weiter beeindrucken. Ich mache einfach meine Arbeit, ich mache sie wahn-sinnig gerne, und den Rest warten wir einfach ab.



FRÜH ERKENNEN – LEBEN RETTEN

Krebs ist in Deutschland die zweithäufigste Todesursache. Noch immer wissen Mediziner nicht genau, was zu dieser Volkskrankheit führt. Deshalb ist es auch so schwer, Krebs effektiv zu bekämpfen. Die Bundesregierung will ein Gesetz schaffen, dass die Krebsfrüherkennung fördert.

von Maria Hörl

KREBSVORSORGE: WAS KANN ICH TUN?

„Meine Mutter hat sich immer gewünscht, sie hätte Krebs, und nicht ich“, sagt Nicole Lange. Sie schweigt, denkt nach, dreht den Kopf mit den kurzen, dunklen Haaren nach links, und ihr Blick geht ins Leere. Nicole Lange ist 30 Jahre alt und hat Brustkrebs. Sie ist besonders jung für diese Diagnose, die überwiegend Frauen erst ab 50 Jahren trifft.

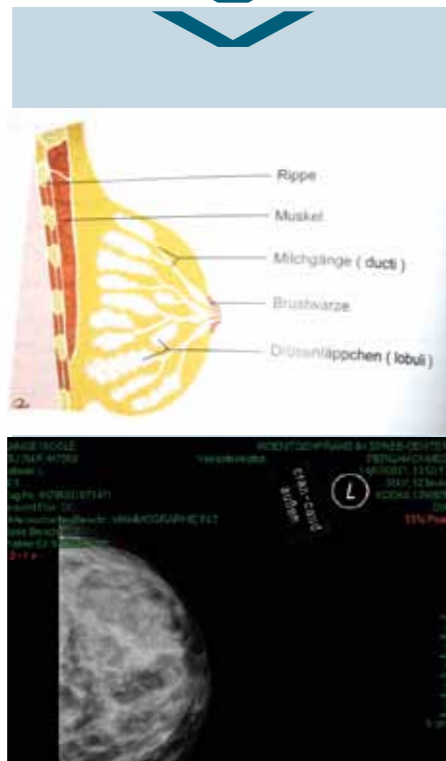
GENERELL GILT:

Die Heilungschancen sind höher, wenn Krebsvorstufen entdeckt werden oder Tumore schon früh erkannt werden und noch keine Metastasen gebildet haben.

Quelle: Deutsche Krebshilfe

Claudia Tees* ist 34 und hat ebenfalls Brustkrebs. Die Krankheit hat an ihren Kräften gezehrt, oft ist sie erschöpft, muss Tabletten schlucken und einen Arzt nach dem anderen aufsuchen. Eine Chemotherapie hat sie schon hinter sich, ihre Haare sind inzwischen nachgewachsen.

Die häufigste Krebsart bei Frauen in Deutschland ist Brustkrebs. Durchschnittlich erkranken Deutsche im Alter von 69 Jahren an Krebs. Rund 43 Prozent aller Frauen und die Hälfte aller Männer müssen damit rechnen, im Laufe ihres Lebens an Krebs zu erkranken. Wenn Krebs oder eine Krebsvorstufe früher erkannt werden, besteht eine bessere Chance auf



BRUSTKREBS

Lassen Sie einmal im Jahr Ihre Brust von einem Arzt abtasten. Ab einem Alter von 30 Jahren übernimmt die gesetzliche Krankenkasse die Kosten. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren haben alle zwei Jahre Anspruch auf eine Mammographie. Diese Röntgenuntersuchung der Brust ist vor dem 40. Lebensjahr nicht unbedingt sinnvoll, es sei denn, es liegt ein Verdacht vor. Tasten Sie regelmäßig selbst Ihre Brust auf Veränderungen ab, ernähren Sie sich gesund, vermeiden Sie Übergewicht und trinken Sie wenig Alkohol.

Heilung. Deswegen hat die Bundesregierung im August einen Gesetzesentwurf zur Krebsfrüherkennung auf den Weg gebracht. Vorsorge ist einer der Schwerpunkte. In Zukunft sollen insbesondere ältere Menschen, die ein höheres Krebsrisiko haben, gezielt angeschrieben und zu Vorsorgeuntersuchungen eingeladen werden. Die Untersuchungen sind bei Männern für Darmkrebs und bei Frauen für Gebärmutterhalskrebs vorgesehen. Diese Krebsarten sind besonders häufig. Bisher wurden ausschließlich Frauen ab 50 zur Vorsorgeuntersuchung für Brustkrebs eingeladen.

Nicole Langes Tumor wurde früh erkannt. Ihre Gynäkologin vermutete erst nur eine gutartige Zyste, nach einer Mammographie bestand dann der Verdacht auf eine Krebsvorstufe. Bei der anschließenden Operation fand man drei Tumore, die man zuvor nicht erkannt hatte. „Ich frage mich immer, wie es gewesen wäre, wenn man auch die Vorstufe nicht gesehen hätte. Bis heute hätte mich wahrscheinlich keiner operiert. Dann

Bild-Quelle: Deutsche Krebsgesellschaft

KREBSVORSORGE: WAS KANN ICH TUN?



DARMKREBS:

Fast alle Darmkrebserkrankungen entstehen aus gutartigen Vorformen. Erkennt man diese früh, kann man sie leichter entfernen und möglicherweise eine Entartung verhindern. Blut im Stuhl kann ein Hinweis auf Darmkrebs sein. Oftmals kann man es jedoch mit dem menschlichen Auge nicht erkennen. Der „Löschblatt-Test“ kann „unsichtbares“ Blut nachweisen. Er kann auch zu Hause durchgeführt werden: Drei Stuhlproben werden auf mehrere Testfelder aufgetragen. Gibt man Entwicklerlösung hinzu, färbt sich das Testfeld blau, wenn Blut vorhanden ist. In diesem Fall sollte man eine Darmspiegelung machen lassen. Die sogenannte Koloskopie gilt als relativ sichere Maßnahme zur Früherkennung von Darmkrebs.

wäre es zu spät“. Ihrer Ärztin ist Nicole Lange sehr dankbar, dass sie so wachsam war und sie zur Mammographie schickte.

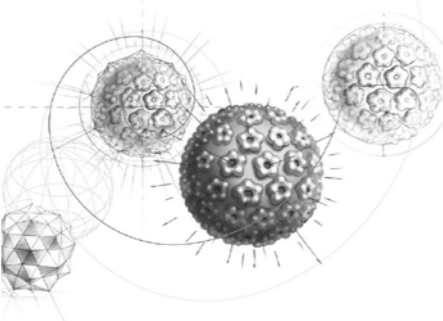
Anders bei Claudia Tees: Ihre Ärzte hielten eine Mammographie für unnötig und nahmen den Hubbel in der Brust nicht ernst. Deswegen wollte sie ihre Ärzte verklagen, doch dazu fehlte ihr die Kraft. „Das hätte nicht sein müssen. Das ist halt einfach Pech, mit den falschen Leuten am falschen Ort zur falschen Zeit zu sein“, sagt sie. Die Gynäkologin hielt den Hubbel für gutartig. Ein anderer Arzt meinte, nur bei einer von tausend Patientinnen entwickle sich so etwas zu einem bösartigem Tumor. „Ich dachte, ich bin die Letzte, die Brustkrebs kriegt.“ Schließlich gehörte sie nicht in die Risikogruppe der Frauen ab 50, rauchte nicht, ernährte sich gesund. Bei der Operation wurde klar, dass die eine Brust komplett befallen war. Sie musste abgenommen werden. „Mich ärgert noch heute, dass wir so spät reagiert haben“, sagt Claudia Tees.

Professor Alexander Katalinic ist Experte für Krebsfrüherkennung und Direktor des Instituts für Krebsepidemiologie in Lübeck. Er hält Einladungen zu Früherkennungsuntersuchungen für sinnvoll. „Durch die Mammographie konnte man die Sterberate bei Brustkrebs um 20 bis 30 Prozent senken.“ Das seien Werte, die man sich auch bei den weiteren Früherkennungsprogrammen wünsche. „Bisher wurde die Erkennung von Darm- und Gebärmutterhalskrebs dem Glück überlassen.“ Wer sich nicht aktiv informiert, weiß nicht, wann eine Früherkennungsuntersuchung sinnvoll ist. Das ändere sich mit den gezielten Einladungsbriefen. Ganz einfach ist die Frage der Früherkennung allerdings nicht: „Je früher, desto besser ist nicht immer richtig. Frauen sollten nicht vor einem Alter unter 40 Jahren zur Mammographie, sofern kein Verdacht besteht“, sagt Alexander Katalinic. Unnötige Strahlenbelastung durch Mammographie sollte man vermeiden. In einigen Fällen sei es trotzdem sinnvoll, die Vorsorgeuntersuchungen früher zu machen, etwa wenn es schon Krebsfälle in der Familie gab. Wie sinnvoll

Bild-Quelle: www.darmkrebszentrale.de

* Name von der Redaktion geändert.

KREBSVORSORGE: WAS KANN ICH TUN?



GEBÄRMUTTERHALSKREBS:
Sie können einen Abstrich am Gebärmutterhals machen lassen, den sogenannten „PAP-Abstrich“. Damit kann man Zellveränderungen frühzeitig erkennen und beurteilen, wie stark diese sind. Solche Veränderungen können auf eine Vorstufe zu Krebszellen hinweisen. Der Test ist nach dem Arzt George Papanicolaou benannt, der den Test entwickelte. Gesetzliche Kassen übernehmen bei Frauen ab 20 Jahren die Kosten für einen PAP-Test.

tatsächlich eine Früherkennung ist, ist wenig erforscht. Studien über Nutzen und Risiken zur Früherkennung gibt es bislang nur wenige, kritisiert die Deutsche Krebshilfe. Krebs könnte bei Nicole Lange genetisch veranlagt sein. Deswegen wird ihr zur Sicherheit in ein paar Wochen auch die zweite Brust abgenommen. Seit der Diagnose hat sie sich verändert: „Ich plane weniger und mach’s jetzt einfach. Man weiß ja sowieso nicht, ob man jetzt an Krebs erkrankt oder einen Unfall hat. Deswegen versuche ich, das Beste daraus zu machen und das Leben zu genießen. Vorher war ich ein Perfektionist; jetzt bringt mich fast nichts mehr aus der Ruhe“, sagt die Dreißigjährige.

Claudia Tees hingegen sagt, sie lebe ihr Leben wie zuvor. Etwas hat sich jedoch radikal verändert: Sie weiß jetzt, dass ihr Krebs nicht heilbar ist und sie keine hohe Lebenserwartung mehr hat. An den Tod will sie nicht denken, und auch mit ihrem Lebenspartner spricht sie nicht darüber. „Ich kann froh sein, wenn ich 40 werde. Wenn ich 50 werde, ist das schon mal ein Riesenerfolg, doch das verdränge ich. Man kann ja nicht jeden Tag wach werden und sagen: „Oh Gott, jetzt habe ich nur noch 5 Jahre und 4 Monate zu leben“. Claudia Tees versucht, positiv zu denken, und arbeitet wieder bei der Graphikabteilung einer Zeitung. Und sie hat gemeinsam mit einer Freundin eine Selbsthilfegruppe gegründet, um Erfahrungen weiterzugeben und sich und anderen Mut zu machen.

WIE FUNKTIONIEREN DIE NEUEN KREBSREGISTER?

DIE QUALITÄT DER ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG SOLL VERBESSERT WERDEN. DESWEGEN HAT DIE BUNDESREGIERUNG IM AUGUST 2012 EINEN GESETZESENTWURF AUF DEN WEG GEBRACHT, DER NÄCHSTES JAHR VERABSCHIEDET WERDEN SOLL.

DIE WICHTIGSTEN FAKTEN:

- In Zukunft sollen die klinischen Daten der Patienten komplett anonym im Register erfasst werden. Zuvor wurden nur Neuerkrankungen aufgenommen, nicht- aber der vollständige Krankheitsverlauf.
- Die Krebsregister sind Sache der Länder. Sie tauschen die Fakten auch untereinander aus. Bundesweit sollen rund 40 Register betrieben werden; pro Bundesland gibt es mehrere Register.
- Dadurch, dass Daten besser vernetzt, verglichen und jährlich ausgewertet werden, wird eine Qualitätssicherung der Vorsorge und der Krebsbehandlung möglich.

0678910	231551000	0122546	014432	100221	39988	11233	002344/0100
89622221456	8875421366	24247852132	321231	465121	216541	16515	234567891011
551000254487	548600001	452315221125	885457	233000	544781	39325	78962221450
542136	22424	521225	315644	120021	412311	15012	56789111213
800001	152315	211299	571233	00254	81863	251478	222214: 05888
325482	31564	120021	316515		891011	132315	0002544: 71222
299988	000254478	3932514	21450	88875	1369022424785	325482	31564
021654	231551	123456789	121323155	25448	225488	001445231562	299988
254478	863932	47892222	88875421	102242	85213	1821231564651	321654
456789	0111213	155100	488000	445231	222112	88854	17123300
962222	50058	754213	42478	132548	123156	51200	5412: 165150
510002	48712	188000	231562	129991	545712	300002	47812
421369	24247	2132548212	156465	00216	123161	50123	67891
00001	4452315	211299988	712330000254	318639325147	0002	87122	80000144523
548212	1564	1200216541	55150	1234	101121323	0002	87122

- Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1950, in Prozent: 6
- Beitragssatz zur Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2012, in Prozent: 15,5
- Patientenkontakte in deutschen Apotheken pro Tag, in Millionen: 4
- Patientenkontakte in deutschen Arztpraxen pro Tag, in Millionen: 6,75
- Umsatz der Pflegebranche im Jahr 2011, in Milliarden: 33
- Umsatz der Pflegebranche im Jahr 2050, geschätzt in Milliarden: 86
- Zahl der Einwohner pro Apotheke in Dänemark: 17.700
- Zahl der Einwohner pro Apotheke in Deutschland: 3.800
- Zahl der Einwohner pro Apotheke in Griechenland: 1.200
- Jährliche Ausgaben eines Deutschen für Medikamente, in Euro: 539
- Gesundheitsausgaben pro Einwohner in Deutschland im Jahr 1992 in Euro: 1.970
- Gesundheitsausgaben pro Einwohner in Deutschland im Jahr 2010 in Euro: 3.510
- Zahl der durchschnittlichen Arztbesuche eines Deutschen pro Jahr: 18
- Zahl der durchschnittlichen Arztbesuche eines US-Amerikaners pro Jahr: 4
- Durchschnittliche Verweildauer von Patienten im Krankenhaus im Jahr 1991, in Tagen: 14
- Durchschnittliche Verweildauer von Patienten im Krankenhaus im Jahr 2011, in Tagen: 7,7
- Durchschnittliche Kosten pro behandeltem Patient in deutschen Krankenhäusern, in Euro: 3.862
- Zahl der Beschäftigten in der deutschen Automobilindustrie, in Millionen: 0,7
- Zahl der Beschäftigten im deutschen Gesundheitswesen, in Millionen: 4,8
- Anteil der übergewichtigen Männer in Deutschland, in Prozent: 67,1
- Davon stark übergewichtig: 23,3
- Anteil der übergewichtigen Frauen in Deutschland, in Prozent: 53
- Davon stark übergewichtig: 23,9

MEDIZIN-MEKKA FÜR REICHE

Deutsche Ärzte und Kliniken haben weltweit einen guten Ruf. Das lockt immer mehr Patienten aus dem Ausland in die Bundesrepublik. Sie erwarten nicht nur eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau, sondern auch gerne etwas mehr Luxus.

von Anastasia Offenberg

Galina Toropowa steht vor dem Eingang der Reha-Klinik in Bad Kreuznach und raucht. Ihre Finger sind leicht gerötet. Es ist ein kalter Herbsttag. Ihr Feuerzeug steckt sie zurück in ihr Portemonnaie, Marke Armani. Der Wind plustert den Kragen ihrer Pelzweste auf, echtes Chinchilla. „Eigentlich rauche ich nur dann, wenn ich Schmerzen habe“, sagt die Russin.

All inclusive: Therapie und Shoppen

„Bad Kreuznach ist zu meiner Datscha geworden. Klein, gemütlich und wohltuend“, sagt sie. Ihre Krankheit führt sie alle sechs Monate zu einer Behandlung nach Deutschland: Galina Toporowa leidet an „Morbus Bechterew“. Bei dieser Krankheit versteift die Wirbelsäule immer mehr. Ihre Schultern sind schon nach vorne gebeugt. Ihren Kopf kann sie kaum noch nach rechts und links drehen.

Galina ist kein Einzelfall. Die Bundesrepublik entwickelt sich zu einem

Mekka für Patienten aus der ganzen Welt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes haben sich im Jahr 2010 insgesamt 77.000 internationale Patienten stationär und 115.000 ambulant behandeln lassen. Das ist ein Zuwachs von fast 10 % im Vergleich zum Jahr 2009. Die meisten Gesundheits-Touristen kommen aus den Niederlanden, Frankreich und Österreich – außerhalb Europas aus Russland, Kasachstan, der Ukraine und den arabischen Golfstaaten.

Die Länder der ehemaligen Sowjetunion bilden einen Riesenmarkt, der Geld hat, aber nicht die beste medizinische Versorgung. „Sie sind die wichtigste Zielgruppe unter den Nicht-EU-Patienten“, sagt Jens Juszcak von der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg. Medizintourismus ist sein Forschungsgebiet. Er und sein Team beraten Kliniken, wie sie sich besser auf ausländische Patienten vorbereiten können. Dazu gehören auch Schulungen für das medizinische Personal. „Die russischen Patienten sind leicht im Umgang, weil sie mit unserer

Kultur vertraut sind und zum Teil auch Deutsch sprechen“, sagt Jens Juszcak.

Angelockt werden die Gastpatienten von der Qualitäts-Medizin „made in Germany“. Sie genießt im Ausland einen hervorragenden Ruf, deutsche Ärzte sind angesehen und gefragt. Außerdem sind die Behandlungskosten in Deutschland relativ preiswert im Vergleich zu anderen Ländern, die ebenfalls für renommierte Medizinstandorte bekannt sind – etwa die USA oder die Schweiz. So kostet eine Hüft-Operation in Deutschland im Durchschnitt 6.000 bis 7.500 Euro. In den USA hingegen fast 10.000 Euro.

Auch Galina Toropowa ist in die Reha-Klinik nach Bad Kreuznach gekommen, in der Hoffnung auf eine bessere medizinische Versorgung. „Ich erwarte viel. Deutsche Ärzte sind bei uns für ihre Fähigkeiten berühmt“, sagt sie. In ihrer Heimatstadt Moskau gebe es zwar auch gut ausgestattete Kliniken, aber die Ärzte seien nicht so gut ausgebildet. „Außerdem ist

meine Therapie in Deutschland nicht viel teurer als in meiner Heimat. Und ich kann noch shoppen gehen“, sagt die Russin. Galina ist eine hohe Verwaltungsbeamte in Moskau – sich Markenkleidung, Parfums und Schmuck zu leisten, ist für sie kein Problem.

Sie hat sich für die Klinik im kleinen Bad Kreuznach entschieden. Zum Shoppen fährt sie gerne nach Baden-Baden. Viele ihrer russischen Freunde bevorzugen jedoch attraktive Großstädte wie München, Köln, Düsseldorf, Hamburg und Berlin. Solche Standorte bieten Universitätskliniken, die bereits über ein sogenanntes International Office verfügen. Die Mitarbeiter sind mehrsprachig und für die Behandlung ausländischer Patienten speziell geschult. Außerdem locken diese Großstädte mit gehobener Gastronomie, zahlreichen Einkaufsmeilen und einer guten Flughafenanbindung. Diese Faktoren sind entscheidend für die Klinikwahl vermögender internationaler Patienten, bestätigt Jens Juszcak vom Forschungsgebiet Medizintourismus.

Und auch der Klinik-Konzern Vivantes hat das längst erkannt und zu seiner Marktstrategie gemacht. In Berlin werden in den vier Vivantes-Komfortkliniken neben deutschen Patienten auch speziell internationale Gäste betreut – mit viel Luxus. Über einen roten Teppich gelangt man hier ins Wartezimmer mit weißen Ledersesseln, statt steriler Krankenhausatmosphäre eher Wohnzimmerflair. „Es geht bei uns ein wenig in Richtung Hotellerie, aber das medizinische Angebot steht

selbstverständlich im Vordergrund“, sagt Mariam Ozod-Hamad, Leiterin des Auslandsmarketings im Vivantes-Konzern.

So viel Luxus wie im Hotel

Das Geschäft mit Gesundheits-Touristen ist lukrativ, denn die meisten bezahlen direkt aus eigener Tasche, und die Kliniken können über dieses Geld frei verfügen. Das trifft besonders bei außereuropäischen Patienten zu.

„Zehn Prozent aller deutschen Kliniken werben aktiv Gäste aus dem Ausland an“, sagt Jens Juszcak von der Fach-

hochschule Bonn-Rhein-Sieg. Und es werden immer mehr Häuser, die bei ihm Rat suchen und interkulturelle Schulungen buchen.

Galina Toropowa hat sich zwei Wochen in der Reha-Klinik in Bad Kreuznach behandeln lassen. Ihre Gelenkschmerzen sind dank Krankengymnastik und gezielter Medikamente geringer geworden. Sie kann ihren Kopf wieder etwas mehr nach rechts und links drehen. Ihre Behandlungskosten: 2.500 Euro. Galina hat sie an der Klinik-Rezeption in bar gezahlt. In einem halben Jahr kommt sie wieder auf ihre „Datscha“ und bringt noch mehr Rubel in deutsche Krankenhäuser.



DAS GESCHÄFT MIT DER HÜFTE

In kaum einem anderen Land werden so oft künstliche Hüftgelenke eingesetzt wie in Deutschland. Die Operationen sind teuer und profitabel für die Kliniken. Längst streiten Ärzte über Sinn und Unsinn der Überdosis Hüfte.

von Katrin Moser



Ingrid Schröder setzt immer wieder einen Fuß nach dem anderen auf – ganz vorsichtig. Ihre Finger umschließen die Griffe der beiden Krücken so fest, dass die Handknöchel weiß hervortreten. Die Gummifüße der Krücken lösen sich mit einem Ploppen vom Laminatboden, um gleich wieder aufzusetzen. Die 69-Jährige läuft langsam über den Krankenhausflur zu ihrem Zimmer. Dort hängt sie die Krücken in eine Halterung, tappst zur Bettkante, hält sich am Haltegriff fest und lässt sich auf die Matratze sinken. Sie lächelt. Fast drei Jahre lang konnte Ingrid Schröder sich nur mühsam mit großen Schmerzen bewegen. Seit einer Woche geht es ihr endlich besser – dank ihrem neuen Hüftgelenk.

So wie Ingrid Schröder bekommen in Deutschland sehr viele Menschen ein neues Hüftgelenk. 2009 waren es 296 Hüftimplantate pro 100.000 Einwohner. Das zeigen die Gesundheitsdaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Damit führt die Bundesrepublik die Liste aller OECD-Länder an.

Für Susanne Mauersbach vom Bundesverband der Verbraucherzentralen sind das zu viele Operationen. Ihr Vorwurf: „Es geht nicht darum, Patienten zu helfen, sondern darum, Geld mit ihnen zu verdienen.“

Ähnlich sieht es auch der Heidelberger Chirurg und Professor Hans Pässler. In den letzten Jahren kamen regelmäßig Patienten zu ihm, die von anderen Ärzten eine Empfehlung für einen Gelenkersatz bekommen hatten. Sie wollten eine zweite Meinung hören.

WANN IST EINE ZWEITE MEINUNG NOTWENDIG?

Ein Patient sollte immer eine zweite Meinung einholen, wenn bei ihm eine schwere Krankheit wie z. B. Krebs festgestellt wird. Vor anstehenden Operationen ist es ebenfalls ratsam, mit einem zweiten Arzt zu sprechen. Sogar wenn ein Patient nur Zweifel an den Erklärungen seines Arztes hat, kann er einen weiteren Experten um Rat fragen. Das empfehlen die Patientenberater bei den Krankenkassen. Grundsätzlich sei es wichtig, Therapieempfehlungen kritisch zu hinterfragen. Rät ein Arzt von einer zweiten Meinung ab, sollte der Patient generell überlegen, ob er nicht die Praxis wechselt.

WELCHE ANLAUFSTELLEN GIBT ES?

Jeder Mensch kann seinen Arzt frei wählen, auch für einen zweiten Rat. Weiß der Patient aber nicht, an welchen Arzt er sich wenden soll, helfen Krankenkassen und unabhängige Patientenvertretungen. Dort sitzen Experten, die in rechtlichen und medizinischen Grundfragen beraten können. Ist tatsächlich ein weiterer Besuch beim Arzt nötig, vermitteln viele Krankenkassen entsprechende Kontakte. Manche Kassen wie die DAK, die AOK oder die Knappschaft vereinbaren auch direkt Termine für die Patienten bei Fachärzten.

Bei der Hälfte dieser Patienten stellte Hans Pässler fest, dass keine Operation nötig war. Dass zu oft und zu schnell operiert wird, habe wirtschaftliche Gründe, sagt er. Chefarzte bekommen ab einer bestimmten Häufigkeit einer Operation Bonuszahlungen. „Haben sie weniger von diesen Operationen, gibt es auch keinen Bonus“, so Hans Pässler. Außerdem müssen Ärzte, die nicht in Kliniken arbeiten, den Operationsaal anmieten. „Wenn sie dann nicht genug Patienten durchschleusen, bekommen sie das Geld für ihre Miete nicht rein.“ Hans Pässler wollte die Zustände nicht weiter dulden. Er gründete mit mehreren Fachärzten 2011 das Online-Portal vorsicht-operation.de. Hier können sich Patienten eine zweite Meinung holen, wenn ihnen bereits zu einer Operation geraten wurde. Sie müssen dazu ihre Arztberichte, Röntgenbilder und Fotos des betroffenen Gelenks einschicken. Zusätzlich beantworten alle Patienten einen ausführlichen Fragebogen.

Auch Ingrid Schröder findet es richtig, wenn Patienten einen ärztlichen Rat hinterfragen. Sie selbst suchte eine andere Klinik auf, als ihre Orthopädin die Röntgenbilder ihrer rechten Hüfte sah und einen Gelenkersatz empfahl. „Ich hatte schon einen Eingriff am Fuß, da ist man mit weiteren Operationen sehr vorsichtig“, sagt sie. Die Ärzte in der Klinik bestätigten der Rentnerin, dass eine Hüftoperation unumgänglich sei, wenn sie wieder ohne Schmerzen laufen wolle.

Dass eine zweite Meinung - gerade bei anstehenden Operationen - sinnvoll ist, bestätigt auch Professor Joachim Hassenpflug. Der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Chirurgische Orthopädie (DGOOC) hält allerdings nichts von der virtuellen Initiative seines Heidelberger Kollegen Hans Pässler. Denn: Eine Zweitmeinung wird normalerweise von den Krankenkassen bezahlt, kostet den Patienten also nichts. Auf dem Online-Portal vorsicht-operation.de muss der Patient dagegen zwischen 200 und 600 Euro für die Zweitmeinung aus eigener Tasche bezahlen. „Man kann nicht einfach eine Zweitmeinung im Internet verkaufen“, wettet Joachim Hassenpflug. Außerdem kritisiert er, dass die Ärzte des Online-Portals die Patienten nicht persönlich untersuchen und sprechen. Nur die eingereichten Unterlagen werden begutachtet.

Eine solch unpersönliche Zweitmeinung über das Internet lehnt Ingrid Schröder kategorisch ab. „Ich muss zu dem Arzt Vertrauen haben, ich muss ihn sprechen, er muss mich fragen können, wie es mir geht“, sagt sie.

Dass Deutschland Spitzenreiter im Bereich der künstlichen Hüft- und auch Kniegelenke ist, begründet Joachim Hassenpflug vor allem mit unsauberer Statistiken. Neben den Erst-Prothesen würden auch Erneuerungs-Operationen und Brüche der Hüfte in die Daten mit einfließen. Das sei in anderen Ländern nicht der Fall. Hinzu komme der demografische Wandel: Bei einer alternden Gesellschaft wie in der Bundesrepublik sei es nur logisch, dass auch Gelenk-

WELCHE MEDIZINISCHEN UNTERLAGEN SIND WICHTIG?
 Ein Patient sollte sich von seinem behandelnden Arzt eine Kopie aller vorhandenen Berichte und Befunde aushändigen lassen. Dazu gehören auch Blutwerte, Röntgen- und CT-Bilder. Außerdem sind Berichte über Vorerkrankungen wichtig. Alle Unterlagen sollten zum Termin mit dem zweiten Arzt mitgenommen werden.

WAS MUSS DER ZWEITARZT WISSEN?
 Bei dem zweiten Arzt ist nicht nur die Auswertung aller Unterlagen, sondern auch das direkte Gespräch wichtig. Der Patient muss seinem Arzt alle Symptome schildern, auch wenn er glaubt, dass einige davon harmlos sind. Der zweite Arzt muss die Möglichkeit haben, sich ein umfassendes und individuelles Bild über den Patienten zu machen.

WAS SIND DIE KOSTEN?
 Für eine zweite ärztliche Meinung muss ein Patient nichts bezahlen. Es fallen nur die Kopierkosten für alle ärztlichen Unterlagen an.



Der wunde Punkt: Wenn es im Gelenk knirscht, muss oft ein neues her.

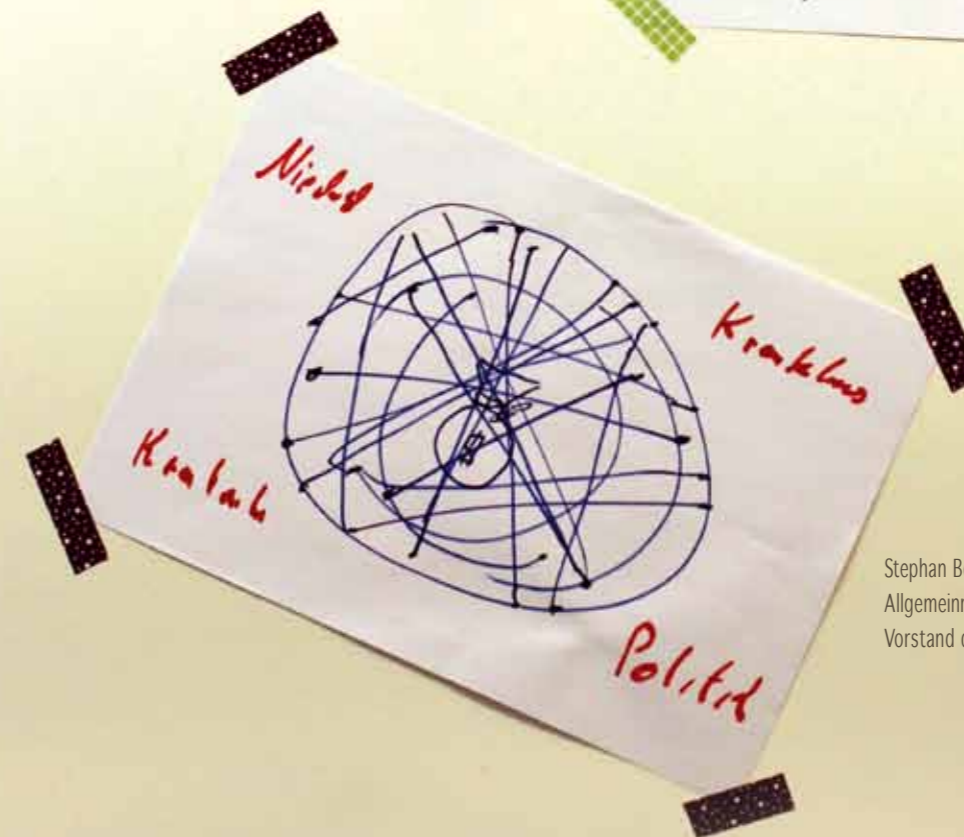
probleme häufiger auftreten. Und die Ansprüche gerade dieser Generation seien gestiegen: „Mobilität ist heute eine wesentliche Anforderung im Alter, man muss mobil sein, um am öffentlichen Leben teilhaben zu können.“ Nur: Gerade in Deutschland, wo viele ältere Menschen leben, wird der demografische Faktor aus den Statistiken meist herausgerechnet. Und weiterhin mobil zu sein ist nicht nur ein Wunsch in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern, sagt wiederum Hans Pässler.

Ingrid Schröder zumindest ist froh, dass sie nun ein künstliches Hüftgelenk hat. Für sie war die Operation der richtige Weg. Inzwischen ärgert sie sich sogar ein wenig, dass sie so lange gewartet hat. Und sie freut sich, dass sie bald wieder voll durchstarten kann: „Ich habe eine große Familie, mein Mann und ich sind viel unterwegs. Dafür braucht man einfach alle Knochen.“

Guido Bohsem, Gesundheitsexperte und Redakteur bei der Süddeutschen Zeitung



Prof. Dr. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen, TU Berlin



Stephan Bernhardt, niedergelassener Allgemeinmediziner und Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Berlin

malen Sie mal...

UNSER GESUNDHEITSSYSTEM

Kaum einer blickt durch und versteht es: das deutsche Gesundheitssystem. Drei Experten, die es wissen müssen, sollen jetzt Licht ins Dunkel bringen. Wir haben sie gebeten, das mysteriöse System für uns zu malen.

DIE REDAKTION UND IHRE GESUNDHEITSTIPPS



ANN-KATHRIN WETTER | 22 | München
Zitroneneis hält die Zähne weiß.



DOROTHEE BARSCH | 24 | Berlin
Über Probleme reden. Mit dem Arzt, oder auch erstmal den Freunden. Und Kaffee.



THOMAS SCHMELZER | 24 | Dresden
Jeden Abend ein Wein - und dir geht es fein.



SUSANNA ZDRZALEK | 23 | Dortmund
Frisch gepresster Zitronensaft. Kalte Duschen. Und lachen, bis der Bauch weh tut.



JENNA BEHRENDT | 22 | Berlin
Nicht krank werden.



SINA ZIMMERMANN | 25 | Oldenburg
Richtig viel Kamillentee. Am besten allerdings aus getrockneten Kamillenblüten und mit etwas braunem Zucker.



KATRIN MOSER | 26 | Münster
Halbgötter in Weiß meiden - und einen guten Doc finden.



ANASTASIA OFFENBERG | 28 | Mainz
Jede Stunde einen Apfel essen.



KATJA SCHERER | 22 | Hamburg
Ganz viel Lachen.



MARIA HÖRL | 25 | Mannheim
Positiv denken und den Regenschirm auch mal optimistisch zu Hause lassen.



MARC PATZWALD | 24 | Freiburg
Schokolade - gute Laune hilft immer.



MARIA GRUNWALD | Berlin
Sich den besten Ehemann der Welt suchen, denn das hält fit.

CORINA WEBER | Berlin
Ingwer-Tee, Ingwer-Tee, Ingwer-Tee und Sonne im Herzen!

JUDITH UHLEMANN | Düsseldorf
Öfter mal die rosa Brille rausholen.



DIE VERGESSENEN

Eltern von chronisch kranken Kindern müssen um jede Unterstützung kämpfen. Claudia Groth pflegt ihre Tochter seit neun Jahren – und ist zur Lobbyistin in eigener Sache geworden.

von Thomas Schmelzer

Mitten in der Nacht springt Claudia Groth aus dem Bett. Sie hastet durch die Dunkelheit, hin zu ihrer Tochter. Katharina liegt im Kinderbett, komplett umschlossen mit Plexiglas. Die 9-Jährige schnappt immer schneller nach Luft. Sie schlägt ihre Arme gegen die Scheibe, bäumt sich auf, sackt wieder zusammen. Claudia Groth bleiben nur ein paar Sekunden. Sie muss das Schloss des Pflegebettes entriegeln, die Tür aufziehen und sich mit aller Kraft auf ihre Tochter wuchten. Für wenige Minuten kämpft die Mutter gegen ihr eigenes Kind, drückt die zuckenden Arme auf die Matratze, versucht alles, damit sich Katharina nicht verletzt. Dann ist der epileptische Anfall vorbei. Claudia Groth schiebt einen Riegel vor das Plexiglas. Katharina hat eine weitere Nacht überstanden. Seit neun Jahren geht das nun so.

Während die Pflege von alten Menschen inzwischen im bundesrepublikanischen Bewusstsein angekommen ist, sind Eltern, die ihre Kinder pflegen, noch immer eine Randgruppe. Ratgeber über Alzheimer füllen ganze

Bücherregale, Google spuckt zum Thema Demenz über fünf Millionen Ergebnisse aus. Dass mehr als drei Prozent der 2,3 Millionen pflegebedürftigen Menschen noch keine 15 Jahre alt sind, ist dagegen kaum jemandem bekannt.

Claudia Groths Tochter ist eine dieser Menschen. In ihrem Gehirn wuchern Tumore. Medizinisch sind sie gutartig, und doch verhindern sie, dass Katharina lernt, zu sprechen, alleine zu laufen, sich selbst zu versorgen. Die Tumore lösen epileptische Anfälle aus. Jede Nacht.

Mit der Geburt ihrer kranken Tochter hat sich das Leben von Claudia Groth radikal verändert. Die Verwaltungswirtin ist 33 Jahre alt, als die Ärzte einen Monat nach der Geburt von Katharina die Diagnose ‚Tuberöse Sklerose‘ stellen. Eine Erbkrankheit, die durch Gendefekte ausgelöst wird und bei einem von 8.000 Neugeborenen auftritt. Damals hat sie von Wörtern wie Bobath-Therapie oder Eingliederungshilfe noch nie etwas gehört. Sie wird viel dazulernen müssen, soviel ist Claudia Groth schnell klar.

In den ersten Monaten rennt sie wie ferngesteuert von Arzt zu Arzt, von Untersuchung zu Untersuchung, von Amt zu Amt. Und jeder Experte erzählt der Mutter eine neue Geschichte. Wie sie die Medikamente dosieren soll. Welche Therapie besonders hilft. Was bei epileptischen Anfällen zu tun ist. Pflegewissenschaftler nennen das den besonders hohen „Komplexitätsgrad“ bei der Pflege eines Kindes. Claudia Groth sagt, dass die Belastung damals mit jedem Tag größer wurde.

Aber sie hat Glück. Ihr Mann kann die Familie finanziell durchbringen, die private Pflegeversicherung deckt teure Anschaffungen ab. Zum Beispiel das etwa 6.000 Euro teure Pflegebett, bei dem die Plexiglasscheiben verhindern, dass sich Katharinas Arme in den Holzstäben verfangen. Mit den Jahren lernt Groth, dass sie ihre Interessen selbst durchsetzen muss, dass es darauf ankommt, gut vernetzt zu sein, zu wissen, wo man was beantragt. Darauf, die richtigen Ärzte zu kennen und sich auch mal quer zu stellen.

„So eine Zeit macht einen im Umgang mit Ärzten und Beamten bestimmt nicht bequemer“, sagt Groth. Vor zwei Jahren gründete sie den Verein „Kinderpflegenetzwerk“, um anderen Betroffenen mit ihren Erfahrungen zu helfen. „Ich bin mittlerweile nicht mehr nur pflegende Mutter, sondern Lobbyistin.“ Wenn die 43-Jährige heute über ihren Kampf spricht, verwendet sie Wörter wie „Pokern“ und „Mission“.

Ende September, Rathaus Schöneberg, Berlin: Claudia Groth steigt wieder einmal in den Ring, um ihre Botschaft zu verbreiten. Sie ist zur Auftaktveranstaltung der Woche der pflegenden Angehörigen eingeladen. Politiker, Kassenfunktionäre und Pflegegewerke möchten Danke sagen und zehn besonders engagierte pflegende Angehörige öffentlichkeitswirksam mit einem „Pflegebären“ auszeichnen. Groth ist eine von ihnen.

„Vergesst die Kinder nicht.“

Also steht sie im Hosenanzug und mit zurückgezopften Haaren vor einem Klapptisch, rückt Info-Flyer ihres Vereins zurecht und denkt über ihre Rede nach. Sie könnte jetzt aufschreiben, dass sich nur 30 Prozent der pflegenden Eltern ausreichend beraten fühlen oder dass 80 Prozent die Bürokratie als Hindernis empfinden, aber sie hat andere Probleme. In einer Plastiktüte liegen ihre Stöckelschuhe für die Ehrung. Vor zwei Wochen hat sie sich den kleinen, linken Zeh gebrochen, als sie nachts wieder zu Katharina hechten musste. Und jetzt

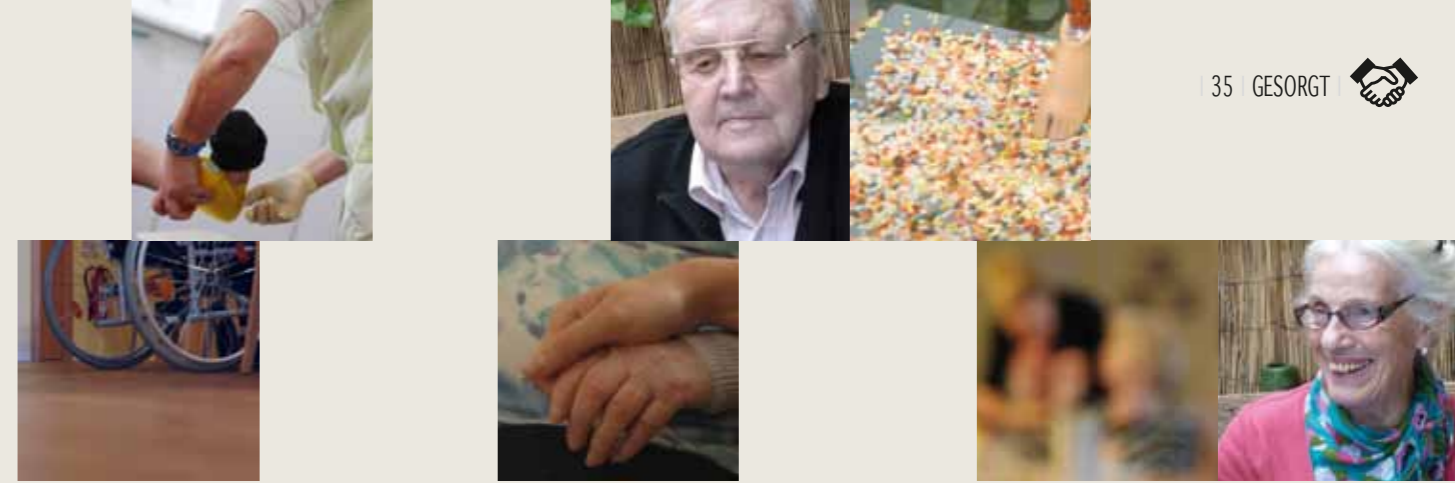
muss dieser kaputte Zeh in einen der Pumps hinein. Zehn Minuten vor ihrem Auftritt kritzelt Claudia Groth doch noch ein paar Worte auf einen Zettel, wartet, bis sie aufgerufen wird, und humpelt zu ihrem Blumenstrauß. „Vergesst die Kinder nicht“, ruft sie den Gästen in ihrer Rede entgegen. Alle klatschen. Dann ist der Nächste dran. Vergesst die Kinder nicht. Wer sich mit Claudia Groth und anderen Müttern schwerkranker Kinder unterhält, hört immer wieder diese Sorge. Es geht um Pflegestützpunkte, die alles über Demenz wissen, aber nichts über behinderte Kinder. Um Versicherungen, die mit Tabellen umgehen können, aber nicht mit Emotionen. Um Ärzte, die mal gut informiert sind – und mal nicht. Dabei könnten die meisten Familien heute gut betreut sein, sagt Claudia Groth. Das Problem sei, dass sie nicht wissen, an wen sie sich überhaupt wenden sollen. Claudia Groth fordert mehr Orientierung und Aufklärung für die Betroffenen. Auch deshalb hat sie das Kinderhilfenetzwerk gegründet.

Einen Tag nach der Ehrung, zuhause bei Claudia Groth: Normalerweise kommt sie um drei Uhr von der Arbeit, aber heute hat es länger gedauert. Seit zwei Monaten arbeitet die Mutter wieder in ihrem alten Job, Teilzeit, 25 Stunden pro Woche, beim Berliner Senat. Erst ab fünf kann sie sich wieder um ihre Tochter kümmern. Davor hat das eine Pflegekraft übernommen, die gerade mit Katharina vom Spaziergang nach Hause kommt. Die Pflegerin schiebt die 9-Jährige im Kinderwagen in den Hausflur. Dann pfiemelt sie dem Mädchen die

Orthopädie-Schuhe von den Füßen. „Erde an Kathi“, ruft die Mutter, aber ihre Tochter reagiert nicht. Sie hat heute schon vier Anfälle gehabt, die neue Einstellung der Medikamente funktioniert nicht richtig. „Erde an Kathi“, säuselt Claudia Groth und schmust sich so lange ans Gesicht ihrer Tochter, bis Kathi den obligatorischen Kathi-Kuss gibt.

Nicht nur Katharina braucht Schmuseeinheiten. Eigentlich hat Claudia Groths Mann heute auch noch Geburtstag. Aber in einer Stunde beginnt der Pflegestammtisch, den sie vier Mal im Jahr für andere Betroffene organisiert. Also eilt Claudia Groth in die Küche, zermörsert die Pillen für Kathi und macht sich auf den Weg zum Stammtisch. Um ihren Hals baumelt der Pflegebär von gestern, der eigentlich eine Perle ist. Sie trägt das Schmuckstück, weil es ihr Engagement als Lobbyistin anerkennt.

Beim Stammtisch hält sich Groth zurück. Endlich kann sie sich ein wenig ausruhen. Die anderen diskutieren über Therapie-Arten, über 4-Punkt-Lifte für Rollstühle und sture Schulleiter. Manche Mütter notieren sich Nummern von guten Anwälten, Adressen von kompetenten Ärzten. Nach zwei Stunden verabschieden sich die Frauen, jede um ein Stückchen Last befreit. Für Claudia Groth aber fängt der Abend gerade erst an. Zuhause wird sie sich ins Bett legen, das Licht ausmachen und eine Weile schlafen. Dann wird sie aufwachen, hektische Atemzüge hören und mit einem gebrochenen Zeh durch die Nacht sprinten.



„BLINDHEIT IN DEN UNTERNEHMEN“

Wenn ein Angehöriger zum Pflegefall wird, zerreiben sich viele Berufstätige zwischen Bettkante und Bürostuhl. Damit Pflege und Beruf sich besser vereinbaren lassen, wurde Anfang des Jahres die Familienpflegezeit eingeführt. Über das Stigma der Pflegenden und die Blindheit der Arbeitgeber spricht Sofie Geisel vom Netzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ – eine Initiative von Wirtschaftsverbänden und Bundesfamilienministerium.

von Ann-Kathrin Wetter

Die Familienpflegezeit ermöglicht Berufstätigen, die einen Angehörigen pflegen, ihre Arbeitszeit um die Hälfte zu verringern. Ihr Gehalt reduziert sich nur um ein Viertel. Sind damit alle Konflikte beseitigt?

Die Familienpflegezeit ist erst gestartet und kann selbstverständlich nur Teil einer Lösung sein. Pflege zu Hause wird dadurch attraktiver, ökonomisch betrachtet ersetzt sie aber natürlich keinen Job mit gutem Einkommen. Aber es ist ein Schritt, um Menschen zu entlasten, die Zeit für Pflege brauchen und ihren Beruf nicht aufgeben können oder wollen.

Und die Berufstätigen, die es sich leisten können, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, wo stoßen diese auf Hürden?

Pflege kommt oft plötzlich, und die Betroffenen wissen meist nicht, wie Pflege funktioniert. Ich habe mit Leuten gesprochen, die erzählten, dass sie erst nach einem Jahr wussten, an wen sie sich wenden müssen,

welche Leistungen ihnen zustehen, wie man Pflegedienste beurteilt und wie sie selbst mit der Situation klarkommen.

Rund 20 Prozent derer, die einen Angehörigen zu Hause pflegen, sind berufstätig. Sind die Arbeitgeber überhaupt flexibel genug?

Möglicherweise ist Flexibilität gar nicht immer das Problem. Stattdessen hören wir, dass Beschäftigte ihrem Arbeitgeber nicht ohne weiteres mitteilen, dass sie pflegen, weil sie fürchten, als Problemfall gesehen zu werden. Nach dem Motto: Ich will nicht, dass das am Ende in meiner Personalakte auftaucht. Das führt fast automatisch zu einer Art struktureller Blindheit im Unternehmen dem Thema gegenüber. Und zu Überraschungen, wenn man in Unternehmen dann mal anonym erhebt, wie viele Beschäftigte tatsächlich in Pflege involviert sind. Einiges spricht dafür, dass es je nach Altersstruktur bis zu 30 Prozent sind.

Hängt es auch von der Branche ab?

Nach wie vor pflegen mehr Frauen als Männer – auch wenn sich das verschiebt. Daher kann man davon ausgehen, dass es in Branchen mit relativ hohem Frauenanteil mehr Pflegende gibt. Außerdem habe ich den Eindruck, dass Leute in Pflegeberufen auch zu Hause diejenigen sind, die sich um Pflege kümmern.

Unternehmen, die Ihrem Netzwerk beitreten, verpflichten sich nicht, irgendwelche Grundsätze zu erfüllen. Damit machen Sie nicht gerade Druck!

Das stimmt. Es stellt sich aber auch die Frage, ob ein Netzwerk sehr wirkungsvoll wäre, das auf seine Mitglieder Druck macht. Unser Zweck ist, Unternehmen zu überzeugen – davon, dass Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ökonomisch Sinn machen angesichts eines zunehmenden Fachkräftemangels. Der Druck besteht ja schon. Wir setzen auf gute Beispiele.

DAS ÄNDERT SICH MIT DER PFLEGEREFORM 2013

Ab Januar zahlt jeder Arbeitnehmer mehr in die Pflegeversicherung ein. Statt früher 1,95 Prozent des Bruttoeinkommens sind es künftig 2,05 Prozent. Insgesamt fließen so rund 1,1 Milliarden Euro mehr in die Pflegekasse. Neben mehr Geld gibt es auch neue Leistungen für Pflegebedürftige.

von Marc Patzwald

WER PROFITIERT DAVON?

Alle Pflegebedürftigen profitieren davon, darunter vor allem die Demenzkranken. Denn sie machen Experten zufolge mehr als die Hälfte der 2,4 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland aus. Zum ersten Mal erhalten Demenzkranke in der Pflegestufe 0 Geld. Wer zu dieser Kategorie gehört, benötigt weniger als eineinhalb Stunden am Tag Unterstützung. Die Demenzkranken der Stufe 0 erhalten jetzt 225 Euro pro Monat, wenn ein professioneller Pfleger für sie Essen kocht, sie wäscht oder ihnen beim Anziehen hilft. Sollte ein Angehöriger diese Pflegeaufgaben übernehmen, erhält er ebenfalls zum ersten Mal 120 Euro pro Monat.

WAS ÄNDERT SICH FÜR PFLEGE-BEDÜRFTIGE, DIE IN WOHN-GEMEINSCHAFTEN LEBEN?

Wohngemeinschaften erhalten auch mehr Geld. Bisher bekamen sie einmalig 2.557 Euro pro Person für den Umbau der Wohnung. Das kann zum Beispiel Geld für eine behindertengerechte Badewanne oder eine rollstuhlgerechte Wohnung sein. Künftig bekommt jede WG, die sich neu gründet, zusätzlich einen einmaligen Bonus. Das sind 2.500 Euro pro Person, wenn mindestens drei pflegebedürftige Menschen zusammenziehen. Der Staat zahlt maximal 10.000 Euro. Gefördert wird nur eine bestimmte Zahl von neuen Wohngemeinschaften. Sobald 30 Millionen Euro aufgebraucht sind, gibt es keine Förderung mehr.

WELCHE NEUEN LEISTUNGEN WERDEN GEFÖRDERT?

Der Katalog für sogenannte Pflegesachleistungen wird erweitert. Nun bekommen Pflegebedürftige auch Geld, wenn sie jemanden einstellen wollen, der ihnen vorliest oder mit ihnen spazieren geht. Vorher förder-ten die Pflegekassen nur Menschen, die eine Person brauchten, die ihnen beispielsweise beim Waschen, Anziehen oder Aufräumen half.

PROFITIEREN AUCH PFLEGENDE ANGEHÖRIGE?

Pflegende Angehörige werden nun mehr in ihrem Alltag unterstützt und können sich leichter eine Auszeit nehmen. Wenn etwa eine Tochter ihren Vater zu Hause pflegt und in den Urlaub fahren möchte, bekommt sie in der freien Zeit weiterhin die Hälfte des Pflegegeldes. Vier Wochen bezahlter Urlaub im Jahr sind damit möglich. Früher hätte die Tochter in der freien Zeit gar kein Pflegegeld bekommen.

WAS IST MIT PRIVATER VORSORGE?

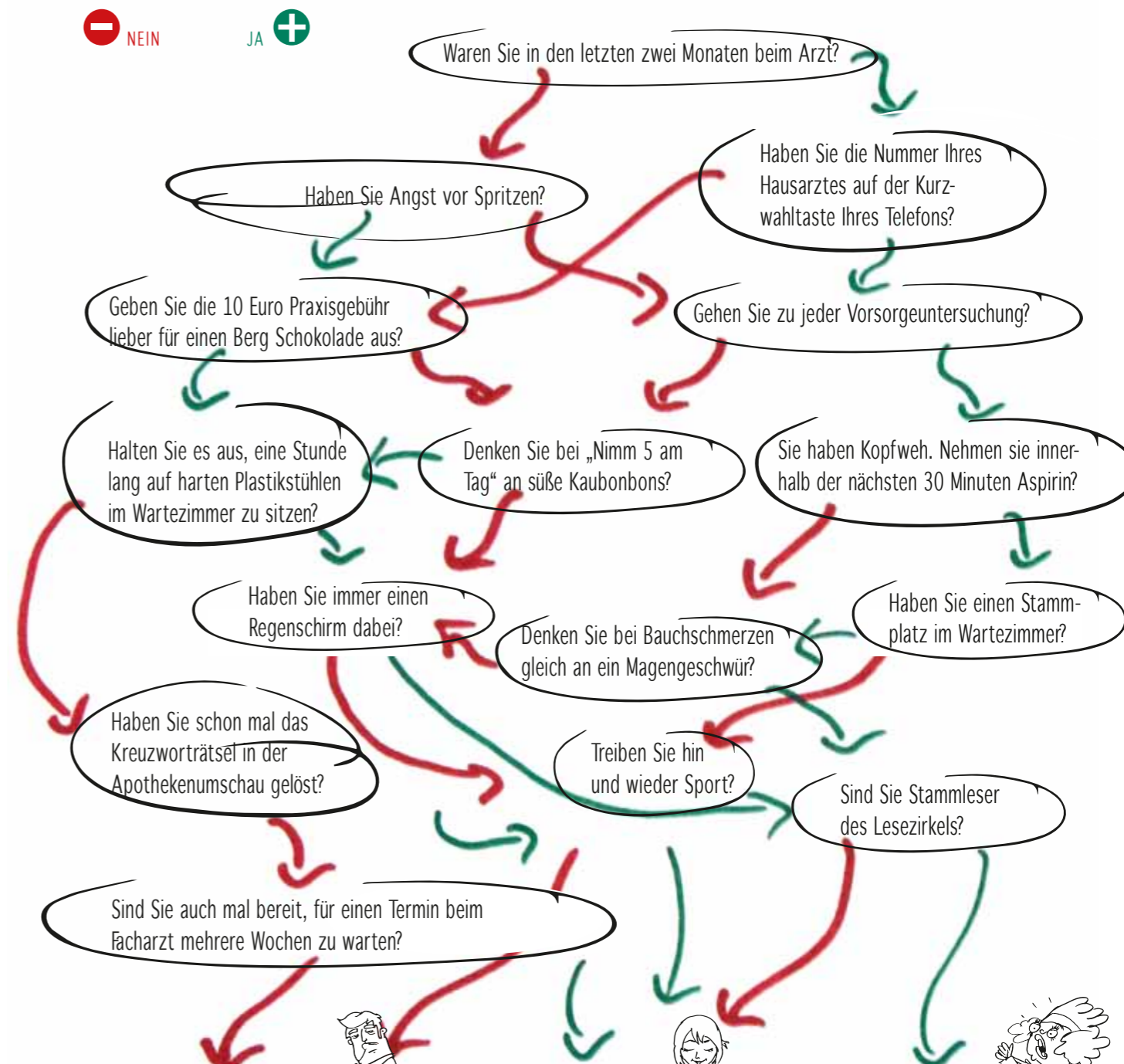
Wer eine private Pflegeversicherung zusätzlich zur gesetzlichen abschließt, erhält nun einen Zuschuss. Er bekommt 60 Euro pro Jahr. Vor der Reform bekam er keine Unterstützung vom Staat.

WELCHER GESUNDHEITSTYP SIND SIE?

von Maria Hörl und Sina Zimmermann

NEIN

JA



TYP: ARZTMUFFEL



Kurzfristig gesehen sparen Sie der Krankenkasse Geld. Und so lange es Ihnen gut geht, gibt es auch kein Problem. Aber Vorsicht: Bei starken Beschwerden sollten Sie unbedingt den Arzt aufsuchen.

TYP: GELASSEN



Sie haben Ihre Gesundheit im Griff und rennen nicht bei jedem Schnupfen zum Arzt. Gleichzeitig wissen Sie, wann es notwendig ist, doch mal längere Zeit im Wartezimmer auszuhalten.

TYP: HYPOCHONDER



Sie lassen sich schnell aus der Ruhe bringen. Denken Sie nicht immer gleich ans Schlimmste. Ein bisschen mehr Gelassenheit tut sicherlich auch Ihrem Bluthochdruck gut.

Vergessen und verwechselt – Alltag mit Demenz

WG GESUCHT: ALT, GESELLIG UND DEMENT

Wohngemeinschaften sind für Studenten eine prima Sache, aber auch für Senioren mit Demenzerkrankung sind sie offenbar die optimale Lebensform: Zusammen wohnen, gemeinsam vergessen.

von Marc Patzwald

Luise Fritz* wartet am gedeckten Tisch. In diesem Moment schreitet Peter Schneider durch die Tür. In einer Eleganz, die seine blaue Jogginghose vergessen lässt. Der 83-Jährige stützt seine faltigen Hände auf die Lehne des einzig leeren Stuhls, blickt höflich lächelnd in die Runde. Er verbeugt sich galant vor Luise Fritz: „Guten Abend, werte Dame.“ „Guten Abend, Herr Schneider.“ Es verstreichen einige Minuten, bis er auf diese Weise jeden der anwesenden Senioren begrüßt hat.

Die Tischrunde ist eröffnet. Peter Schneider hält sich für den Gastgeber des Abendessens. Seine vermeintlichen Gäste sind seine Mitbewohner. Das hat er vergessen. Er lebt in einer Wohngemeinschaft für Demenzkranke in Berlin-Mitte.

Durch seine tief auf der Nase sitzende Brille begutachtet er zufrieden nickend die gebotenen Speisen: Geschnittenes Graubrot, Salami und Kartoffelsalat. Neben jedem Teller steht ein Plastikbecher mit Orangensaft.

Peter Schneider verspeist zum Kartoffelsalat zwei Scheiben Brot, die er fingerdick mit Margarine bestreicht und bittet um eine weitere Scheibe. Sein Messer steckt bereits bis zur Klinge in der Margarine. Die Pflegerin lächelt und schüttelt den Kopf. „Sie müssen doch auf Ihren Cholesterinspiegel achten.“ „Na gut“, brummt Peter Schneider, lehnt sich in den Stuhl zurück, legt die Hände in seinen Schoß.

Peter Schneider bleibt stets freundlich und zuvorkommend. Sogar wenn er sich wundert, dass seine Gäste lange nach dem Essen am Tisch sitzen bleiben und nicht nach Hause gehen wollen. Er will er seine Gäste nicht beleidigen.

Dass Peter Schneider sich manchmal seltsam verhält, ist seiner Tochter Kristine Bormann erstmals vor rund 16 Jahren aufgefallen. Damals zog er sich langsam zurück. Er ging kaum noch zu den Treffen für Senioren, an deren Gesprächsrunden und Kaffeekränzchen er sonst gern teilgenommen hatte.

Wörtlich übersetzt bedeutet Demenz „weg vom Geist“ oder „ohne Geist“. Die Krankheit verläuft bei jedem anders, die meisten Demenzkranken verlieren zuerst ihr Kurzzeitgedächtnis, danach Fertigkeiten wie das Zähneputzen oder die Sprache. Viele ändern durch die Krankheit ihre Interessen, ihr Verhalten oder gar ihre Persönlichkeit. Eine Heilung ist bisher nicht möglich, durch Medikamente kann der Krankheitsverlauf lediglich verlangsamt werden.

Anfangs nahm der gelernte Rundfunkmechaniker Schneider gerne noch den Schraubenzieher zur Hand und reparierte kaputte Fernseher. Dafür interessiert er sich inzwischen nicht mehr. Freundlich war er schon immer, das ist er noch heute: „Er ist nie böse“, erzählt seine Tochter. Geblieben ist ihm auch eine Sucht – das Rauchen. Vier Zigaretten pro Tag. Manchmal vergisst er selbst das.

Demenz ist die neue Volkskrankheit der Deutschen: Rund 1, 4 Millionen

*Namen von der Redaktion geändert

DEMENZ UND ALZHEIMER

Eine Demenz kann bis zu 100 verschiedene Ursachen haben. Ihre häufigste Form ist mit rund 65 Prozent Alzheimer. Während ihres Verlaufs werden die Nervenzellen des Gehirns unumkehrbar zerstört. Die Krankheit beginnt meist schleichend mit kleinen Gedächtnislücken. Später kann der Erkrankte aggressiv und depressiv werden. Nach dem Auftreten der ersten Symptome dauert es durchschnittlich sieben Jahre, bis der Mensch stirbt.

sind an Demenz erkrankt, sagt die Deutsche Alzheimer Gesellschaft: Je länger ein Mensch lebt, desto wahrscheinlicher ist, dass er dement wird. Da es in Deutschland immer mehr alte Menschen gibt, wächst auch die Zahl der Demenzkranken. Bis 2050 soll sie sich verdoppeln: Dann benötigen drei Millionen Menschen eine entsprechende Betreuung.

Demenzkranken brauchen eine andere Pflege als Menschen mit körperlichen Schwächen: „Verständnis, Zuneigung und Empathie sind besonders wichtig“, sagt Sabine Jansen von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft. „Anders als bei der körperbetonten Pflege spielt die nonverbale Kommunikation eine größere Rolle, weil Demenzkranke ihre Bedürfnisse häufig nicht mehr verbal äußern können“, erklärt die Geschäftsführerin des Vereins.

Das ist auch einer der Gründe, warum

sich Kristine Bormann entschieden hat, ihren Vater in einer WG unterzubringen. Dort hat er sein eigenes Reich mit seinen Möbeln: Seinen rotbraunen Ledersessel und den drei Meter langen Wandschrank; in den Fächern stehen unter anderem ein Kassettenrekorder und ein Schwarz-Weiß-Foto seiner vierköpfigen Familie. Und ein Holzrahmen mit dem Bibelspruch: „Befiehl dem Herrn deine Wege und hoffe auf ihn.“

Seit er in der WG lebt, zieht er sich nicht mehr dauerhaft zurück. Er macht mit, wenn getanz, gesungen oder in der Kunststunde gemalt wird. Zwei „Schneider“ hängen auch im Flur. Eines zeigt eine Blumenwiese mit Tulpen und Sonnenblumen, das andere eine Obstschale mit einem Apfel, einer Birne und einem Auto darin.

Es war Zufall, dass seine Tochter vor einem Jahr von dem freien Platz in der Wohngemeinschaft erfuhr. Freie Plätze sind Mangelware. Häufig müssen sich Angehörige zusammenschließen und gemeinsam eine WG gründen. Wie viele es zurzeit in Deutschland gibt, ist unklar, ein zentrales Register existiert nicht. Die erste Demenz-WG wurde 1995 in Berlin gegründet. Das Modell findet längst viele Nachahmer: „Da die Zahl der WGs zunimmt, gibt es mittlerweile aber auch Geschäftemacherei“, warnt Sabine Jansen.

Dafür, dass Kristine Bormanns Vater in einer WG leben kann, zahlt sie jeden Monat 819 Euro aus eigener Tasche: Für Warmmiete, Essen und ein „Taschengeld“ für Ausflüge wie beispielsweise

in den Zoo. Nur die Kosten des Pflegedienstes übernimmt die Pflegeversicherung: Mit Pflegestufe II bekommt er 1.100 Euro, 25 Euro muss er dazuzahlen.

Ab 2013 sollen Wohnformen wie die Demenz-WG und generell Demenzkranke finanziell besser gefördert werden. Das hat im Sommer der Bundestag unter dem schönen Namen „Pflege-Neuausrichtung-Gesetz“ beschlossen. „Das Gesetz verdient den Namen nicht. Es gibt sicherlich Verbesserungen, doch wird letztendlich nur an den Symptomen gedoktert“, kritisiert Sabine Jansen. Mit Blick auf die alternde Gesellschaft sei vor allem mehr Personal nötig.

Peter Schneiders WG-Alltag wird vom Pflegedienst strukturiert: Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee, Abendessen und Ausflüge. Wer morgens länger schlafen möchte, darf das aber auch. Ein Pflegedienst ist im besten Fall helfender Gast in der Wohnung, nicht Hausherr.

Die Abendgesellschaft in der Berliner WG löst sich gegen 20 Uhr auf. Luise Fritz verabschiedet sich von der WG-Katze Lilly: „Du bist ein feiner Vogel.“

Eine Übersicht einiger Demenz-WGs in Deutschland ist unter www.demenz-wg.de zu finden.

Infos zu Demenz und Alzheimer unter: www.deutsche-alzheimer.de www.famev.de



Bis 2050 werden voraussichtlich drei Millionen Menschen an Demenz erkrankt sein

GUT GEMEINT, SCHLECHT GEMACHT

Arztfehler können das Leben der Patienten zerstören. Betroffene kämpfen oft jahrelang um Entschädigung. Ein neuer Gesetzentwurf soll die Patientenrechte stärken. Doch vielen geht das nicht weit genug.

von Katja Scherer



Der Bordstein wird Marion Sturm zum Verhängnis. Ihr Absatz verhakt sich an der Kante, sie taumelt. „Bitte nicht“, denkt sie noch, bevor ihre Schulter auf den Asphalt prallt. Für die 61-Jährige ist jeder Spaziergang in Berlin ein Hindernislauf. Denn Marion Sturm ist auf einem Auge blind.

Schuld ist ein Arztfehler. Die Rentnerin ist damit nicht alleine. Mehr als 12.500 Patienten haben im vergangenen Jahr vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein Gutachten eingefordert, weil sie bei sich einen Behandlungsfehler vermuteten. Bei den Ärztekammern meldeten sich 7.500 Patienten. Insgesamt wurden rund ein Drittel der Vermutungen bestätigt. Da bei Weitem nicht alle Fälle gemeldet werden, schätzen Experten die Dunkelziffer rund zwanzig Mal höher.

Die meisten Vorwürfe gibt es in der Orthopädie und in der Chirurgie, da zum Beispiel bei einer Operation Fehler schnell auffallen. Auch Marion Sturm leidet unter einer verpfuschten OP: Vor neun Jahren ist in ihrem Kopf ein Tumor entdeckt worden, so groß wie eine Zigarettenschachtel. Sofort operieren, rät ihr der Arzt damals. Doch nach der Operation kommt ein weiterer Schock: Ihr rechtes Auge ist zerstört, der Arzt hat fast alle wichtigen Nervenbahnen durchtrennt. Sie riecht nichts, hört nichts, ihre rechte Gesichtshälfte ist so gut wie gelähmt. „Ich hab nur noch geweint“, erinnert sie sich.

Seitdem kann Marion Sturm nicht mehr arbeiten. Sie gravierte Logos und Namen auf Schilder, am liebsten den bunten Schriftzug für das Kreuzfahrtschiff Aida. Eine Detailarbeit,

die mit einem Auge unmöglich ist. Schon fast zehn Jahre kämpft sie nun um Schadensersatz – ein Spießrutenlauf. Denn die Hürde, um bei einem Arztfehler Entschädigung zu bekommen, ist hoch. Zuerst müssen die Betroffenen den Fehler bestätigen lassen. Ein entsprechendes Gutachten können sie vom Medizinischen Dienst, den Ärztekammern oder einem anderen Arzt einholen. Wenn der Behandlungsfehler tatsächlich festgestellt wird, reicht das aber nicht aus. In einem zweiten Schritt muss nachgewiesen werden, dass die Probleme des Patienten eindeutig auf den Fehler und nicht auf andere Ursachen zurückzuführen sind.

Marion Sturm hat diese Hürde sogar genommen. Ihr medizinisches Gutachten bestätigt, dass sie durch einen Fehler bei der Tumor-OP heute be-

hindert ist. Dieses Gutachten muss aber noch vor Gericht anerkannt werden. Sie nahm sich einen Rechtsanwalt, von Freunden empfohlen, aber unerfahren in Medizinrecht. Er versäumte es, beim Prozess das sogenannte Umkehrrecht zu beantragen, wie es in schweren Fällen üblich ist. Damit hätte nicht mehr Marion Sturm die Schuld des Arztes beweisen müssen, sondern der Arzt seine Unschuld. Durch die Unwissenheit des Anwalts verlor sie ihren Prozess, und das, obwohl ihr medizinisches Gutachten den Fehler bestätigte. „Ich wusste von diesen Dingen doch damals nichts“, empört sich die Rentnerin. „Für mich war ein Rechtsanwalt eben ein Rechtsanwalt.“

Viele Betroffene sind wie Marion Sturm mit der Bürokratieflut und den juristischen Feinheiten überfordert. Dazu kommt, dass sechs von zehn Patienten ihre Rechte gar nicht oder nur ungenügend kennen, wie eine Studie der Bundesregierung Anfang des Jahres zeigte. Das soll sich nun ändern. 2013 wird ein neues Patientenrechtegesetz in Kraft treten. Darin wird das Umkehrrecht verbindlich festgelegt – zumindest bei groben Fehlern. Bei diesen offensichtlichen Fällen muss also der Arzt seine Unschuld beweisen. Außerdem werden Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten bei Schadensersatzklagen zu helfen. Etwa bei der Wahl des Rechtsanwaltes.

Diese Regelungen sind nicht neu. Viele Krankenkassen unterstützen ihre Versicherten bereits jetzt schon, und auch die Umkehr der Beweislast ist eigentlich gängige Praxis vor Gericht.

Dass das nun auch gesetzlich festgeschrieben wird, könnte immerhin verhindern, dass Patienten im juristischen Wirrwarr verloren gehen – so wie Marion Sturm.

Geschädigten in der Pflicht, ihre Ansprüche nachzuweisen. Die juristischen Hürden würden dadurch nicht kleiner. Wichtig sei dagegen, dass die Patienten besser über ihre Rechte aufgeklärt werden.



Mehr Aufklärung, das wünscht sich Marion Sturm. „Mit der Erfahrung, die ich heute habe, hätte ich von Anfang an anders gehandelt.“

Experten kritisieren, das neue Gesetz gehe nicht weit genug. So fordert der Bundesverband der Verbraucherzentralen, dass die Umkehr der Beweislast nicht nur bei groben Fehlern, sondern auch bei weniger schlimmen Fällen gelten muss.

Christoph Manthei, Fachanwalt für Medizinrecht aus Berlin, hält das für unrealistisch. „Kein Arzt würde dann noch eine Berufshaftpflichtversicherung bekommen, weil er permanent verklagt werden würde“, sagt der Rechtsanwalt. „Das ganze System würde zusammenbrechen.“ Auch ein Entschädigungsfonds, wie von einigen Politikern gefordert, helfe nicht. Denn auch bei einem Fonds seien die

Marion Sturms Lage ist juristisch fast aussichtslos: Der Prozess ist verloren, die Rechtsschutzversicherung hat ihr gekündigt, und die Rente reicht nicht für einen neuen Anwalt. Sie will dennoch nicht aufgeben und geht nun mit ihrem Fall an die Öffentlichkeit.

Wenn sie an den Arzt denkt, der sie behandelt hat, packt sie die Wut. „Ich will doch einfach nur wissen, warum das passiert ist“, ruft sie. Ihre Hand wirbelt durch die Luft. „Er ist doch auch nur ein Mensch, und Menschen machen Fehler. Aber dann soll er es doch zugeben!“



„SÜNDEBÖCKE JAGEN BRINGT NICHTS“

Günther Jonitz gehört zum Vorstand der Bundesärztekammer und kämpft für eine bessere medizinische Versorgung. Der Chirurg gründete mit Kollegen 2005 das Aktionsbündnis Patientensicherheit. Im Interview spricht er über Ärztefehler, Verantwortung und Tabus, die zu brechen sind.

von Katja Scherer

Herr Jonitz, Ihr Aktionsbündnis setzt sich dafür ein, dass Ärzte weniger Fehler machen. Wie groß ist das Problem?

Von jeweils tausend behandelten Patienten in Deutschland leiden vier unter vermeidbaren Fehlern. Bei jedem Zehnten davon ist der Schaden dauerhaft. Prozentual betrachtet ist das nicht so viel. Trotzdem besteht Handlungsbedarf: Es gibt in Deutsch-

land 500 Todesfälle pro Jahr durch fehlerhafte Behandlungen – und damit 500 Patienten, die noch hätten leben können. Das zu vermeiden ist jede Anstrengung wert.

Und das Bündnis hilft?

Das Bündnis ist ein politischer Schirm. Es bietet Ärzten, Krankenkassen und Versicherern die Chance,

in Arbeitsgruppen offen über Probleme zu reden. Sie müssen hier keine Angst haben, dafür in die Pfanne gehauen zu werden. Außerdem formulieren wir konkrete Lösungsvorschläge.

An die Politik?

An uns selbst im Bündnis. Wir wollen mit gutem Beispiel vorangehen. Wir haben zum Beispiel Broschüren erstellt,

die beschreiben, wie Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger, aber auch Krankenhäuser sich bei Fehlern verhalten sollten und wie sie daraus lernen können. Diese Broschüren sind mittlerweile in fast allen Krankenhäusern und Praxen angekommen.

Dennoch gibt es nach wie vor Fehler.

Es ist vermessen zu erwarten, dass das Bündnis Fehler komplett vermeiden kann. Über neunzig Prozent unserer Mitglieder arbeiten ehrenamtlich. Unsere Initiative kann nicht das Gleiche leisten wie etwa ein staatlicher TÜV.

Was muss also geschehen, um Fehler zu vermeiden?

Zum einen dürfen sie kein Tabu mehr sein. Das haben wir mit dem Aktionsbündnis geschafft. Zum anderen muss es in den Kliniken Verfahren geben, damit Fehler gemeldet und aufgearbeitet werden. Drittens, und da wird's mühsam, müssen wir Ärzten und Pflegern den Rücken stärken, damit sie kritische Ereignisse auch tatsächlich melden.

Also sind Fehler doch noch ein Tabu?

Es gibt immer noch viele Ärzte, die ein Problem damit haben, über ihre Fehler zu reden. Krankenhausleitungen können aber nicht mehr einfach

in der Deckung verschwinden. Oben ist das Thema also angekommen, nun muss es sich bei den einzelnen Ärzten durchsetzen.

Warum übernehmen Ärzte nicht mehr Verantwortung gegenüber ihren Patienten?

Das tun sie doch! Sie übernehmen die komplette Verantwortung. Die Ärzte stehen jedoch unter großem Druck, weil sich ihre Arbeitsbedingungen sehr verschlechtert haben. Sie müssen heute stärker auf die Kosten achten, zu viele Formulare ausfüllen und gleichzeitig immer mehr Patienten behandeln. Ärzte arbeiten zunehmend fremdbestimmt.

Wer also ist schuld:

Der Arzt oder das System?

Niemand soll und darf aus seiner persönlichen Verantwortung entlassen werden. Doch wichtiger als die Frage, wer war schuld, ist die Frage, was war schuld, warum ist es passiert. Wer Sündenböcke sucht, wird immer Sündenböcke finden. Aber wenn man für ein Problem, an dem mehrere beteiligt sind, einen einzigen Arzt verantwortlich macht, ändert sich nichts. Achtzig Prozent der Fehler sind Organisations- und Kommunikationsfehler. Wir haben einen zentralen Systemfehler.



Günther Jonitz berät die Bundesregierung, wenn es um die Sicherheit von Patienten geht.

Wo liegt der?

In der Gesundheitspolitik geht es im Wesentlichen nur noch um Macht und Geld. Es wird gespart, um den Gewinn zu maximieren. Dort, wo früher sieben Ärzte gearbeitet haben, arbeiten heute nur noch vier. Nur die Hälfte davon spricht deutsch. Die ökonomischen Vorgaben schaden also der Versorgung. Die Ärzte haben keine Lust, sich zum Letztverantwortlichen in so einem miesen System machen zu lassen. Ein System, bei dem es auf oberster Ebene nur um Macht und Geld geht, kann nicht auf Arbeitsebene Humanität und Aufopferung verlangen.

Was fordert das Aktionsbündnis?

Wir brauchen den politischen Willen, die Sicherheit von Patienten voranzutreiben. Dieser Wille fehlt nach wie vor. Ein Beispiel: Wir wollten durchsetzen, dass das Thema Patientensicherheit ein fester Bestandteil der medizinischen Ausbildung wird. Der Antrag wurde von der Politik nicht aufgenommen.

Was ist das nächste Ziel?

Ganz einfach: Überleben. Die Existenz des Bündnisses ist noch lange nicht gesichert. Die finanzielle Unterstützung steht auf wackeligen Beinen. Wenn diese nicht gewährleistet werden kann, dann ist das Bündnis in wenigen Jahren tot.

Im Klinikalltag geht es oft um diese Frage: Patientenwohl oder Kosteneffizienz? Ein junger Arzt schreibt sich seinen Frust von der Seele, ein Klinikmanager antwortet.

Lieber Klinikmanager,

Sie kennen mich nicht. Ich arbeite seit etwa einem Jahr als Assistenzarzt in einem Krankenhaus, um dessen Wirtschaftlichkeit Sie sich kümmern. Ich stelle mir Ihre Arbeit spannend vor. Schließlich geht es um die Frage, wie man Medizin effizienter gestalten kann; was bedeutet es, kostensparend zu arbeiten und den Patienten dennoch bestmöglich zu behandeln. Das bedeutet es doch, oder?

Ich habe Medizin studiert. Nicht primär, um die Welt zu verbessern, sondern weil sinnvolle Arbeit mir Befriedigung verschafft. Aber das tut sie oftmals nicht: wahrscheinlich, weil ich keinen Sinn darin sehe, dass ich nur das Allernötigste so kostengünstig wie möglich abklären kann, bevor ich den Patienten nach zwei Tagen hinauswerfen muss. Es stört mich, dass „unlukrative“ Fälle schnell in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, um drei Wochen später mit den gleichen Beschwerden als neue Pauschale abgerechnet zu werden. Das rechnet sich, aber es macht einfach keinen Spaß. Dazu kommt, dass bei einer hohen Patientenzahl pro Arzt Fehler geschehen, die schlichtweg der Überlastung geschuldet sind.

Stellen Sie sich einmal folgendes Szenario vor: Sie – als Manager – wüssten aus eigener Erfahrung, wie die Arbeit im Klinikalltag aussieht, welche misanthropische Massenabfertigung stattfindet. Sie würden für bessere Arbeitsbedingungen durch mehr Personal pro Patient (nicht mehr Gehalt!) sorgen. Wir könnten unsere Patienten besser versorgen, unsere Arbeit bereite uns Freude und wir würden uns dafür einsetzen, dass der Mutterkonzern Gewinn erwirtschaftet. Das können wir, aber im Moment wollen wir es schlichtweg nicht. Im Übrigen könnten Sie vielleicht einige der Controller und Controlling-Controller entlassen – das spart sicher auch noch einmal ein paar Euros.

Auf bald,

Ihr Assistenzarzt

Ihr Assistenzarzt



Lieber Assistenzarzt,

in der Tat habe auch ich einen Beruf im Gesundheitswesen gewählt, weil mir die optimale medizinische Versorgung von Menschen am Herzen liegt. Bei der von Ihnen angesprochenen bestmöglichen Behandlung handelt es sich in unserem Haus immer um modernste Medizin. In keiner unserer Kliniken wird aus Kostengründen auf eine effektive Therapie verzichtet.

Ihren Unmut hinsichtlich der Verweildauer der Patienten kann ich nachvollziehen. Jedoch sind wir alle, vor allem was die Vergütung betrifft, an gesetzliche Rahmenbedingungen gebunden.

Mir ist bewusst, dass viele Ihrer Kollegen einem privaten Klinikbetreiber skeptisch gegenüber stehen. In meinen Augen ist diese Grundhaltung dadurch geprägt, dass Ihrer Meinung nach Wirtschaftlichkeit und Medizin nicht zusammengehören. Dies ist Ausdruck eines Realitätsverlusts, denn eine Gesundheitseinrichtung kann ohne wirtschaftliches Handeln langfristig nicht existieren.

In Ihrem Szenario stellen Sie einen sehr einfachen Lösungsweg dar. Jedoch ist dieser nur sehr schwierig umzusetzen: Mehrausgaben für Personal bedeuten geringere finanzielle Mittel für andere Investitionen und damit eine verringerte Qualität der Patientenversorgung, wenn diese länger auf eine Untersuchung (z.B. bei fehlenden Geräten zu Diagnostik) oder eine Operation (bei fehlender OP-Kapazität) warten müssten.

Ich lade Sie hiermit zu einer Diskussion darüber ein, wie wir Ihre Arbeitsbedingungen und die Versorgung der Patienten in unserem Haus verbessern können.

Ihr
Krankenhausmanager



ZEIT HEILT WUNDEN

Effizienz ist das Schlüsselwort im Klinikalltag. Außer bei Schwester Theresa-Maria. Die Klinikseelsorgerin schließt mit ihrer Arbeit eine Lücke im Gesundheitssystem. Doch sie plagen Zweifel, ob sie damit nicht ein krankes Modell stützt.

von Ann-Kathrin Wetter

Er sitzt und wartet. Sein gesamtes Gewicht lastet auf den beiden Krücken, die er fest umklammert in seiner linken Hand hält. Lichtes, graues Haar säumt seinen Kopf. Unter seinem T-Shirt wölbt sich sein Bauch wie ein Ballon. Ärzte, Pfleger, Krankenschwestern, alle eilen vorbei. Nur selten ein kurzer Blick. Die meisten beachten ihn nicht. Er wirkt wie ein liegendegebliebener Bus zur Rush Hour.

Plötzlich ruckelt er unruhig auf seinem Stuhl, packt seine Krücken und will aufstehen. Da ist sie schon bei ihm. Sagt, er solle sitzen bleiben, und begrüßt ihn, indem sie ihre Hand auf seine legt. Er schaut zu ihr auf. „Ach, Schwester Theresa-Maria, ich bin schon wieder hier.“ Sie nickt. Er beginnt zu erzählen, flüsternd. Von seiner Frau, von seiner Krankheit. Davon, wie schwierig alles geworden ist. Plötzlich laufen ihm Tränen über seine Wangen. Und Schwester Theresa-

Maria steht vor ihm, hört zu. Ohne auf die Uhr zu schauen, ohne sich von der Hektik auf dem Gang aus der Ruhe bringen zu lassen.

Schwester Theresa-Maria ist das farbliche Kontrastprogramm zu den kalkweißen Stationen: Schwarze Kutte, schwarzer Schleier, schwarze Strümpfe, schwarze Klettverschluss-Sandalen. Um den Hals ein Lederband mit großem, silbernen Kreuz. Sie ist 59 Jahre alt und Klinikseelsorgerin im Franziskus-Krankenhaus in Berlin Mitte. Mit 220 Betten ist es ein kleines, kirchliches Krankenhaus. Außer Schwester Theresa-Maria arbeiten dort neun weitere Ordensschwwestern, als Pflegerinnen oder in der Teeküche. Sie haben sich bemüht, das Krankenhaus außerhalb der Station möglichst einladend zu gestalten. Mit cremefarbenen Ledersesseln im Eingangsbereich, den vielen Pflanzen. Die Flure jedoch sehen aus wie klassische Kranken-

hausflure und riechen auch so: Linoleum-Boden, silberne Servierwagen und der scharfe Geruch von Desinfektionsmitteln.

**Jeder Tag
voller Schicksal**

Ein Überbleibsel aus einer Zeit, in der Krankenhäuser noch Orte waren, in denen es nicht nur um High-Tech-Geräte und Patientenzahlen ging. Ein riesiger, aus dunklem Holz geschnitzter Schrank füllt fast den gesamten Raum aus. Überall zieren Marienbilder die Regale. An der Wand hängt ein Portrait von Papst Benedikt. Schwester Theresa-Marias 16-Stunden Tag beginnt mit dem Morgengebet um sechs Uhr und endet, wenn sie abends gegen zehn Uhr ins Bett fällt. Jeder Tag voller Schicksale. Manchmal hört sie 20, manchmal 30 Geschichten. Das sind viele, fast zu viele, findet Schwester Theresa-Maria. Ein Paradox: Sie versucht

möglichst vielen Patienten Zeit zu schenken und doch genug Zeit für jeden einzelnen zu haben. Und sie nimmt sich Zeit für Briefe. Auf Papier. Die schickt sie an Patienten, die wieder zu Hause sind.

Sie hat von der Kirche den Auftrag, die Katholiken in der Klinik zu besuchen. Doch wenn Schwester Theresa-Maria durch die Zimmer geht, begrüßt sie auch alle anderen. Ob religiös oder nicht. Schon beim Handschlag merkt sie, wer gerne mit ihr sprechen möchte. Das auszuloten, hat sie in den knapp acht Jahren im Franziskus-Krankenhaus gelernt: „Ich bin noch nie zurückgewiesen worden“, sagt sie. „Im Krankenhaus fangen viele an, über ihr Leben nachzudenken. Für die bin ich da.“

Die Ärzte, die Pfleger und die Krankenschwestern haben keine Zeit, sich an der Bettkante die Geschichten ihrer Patienten anzuhören. Sie fragen nach Symptomen, stellen Diagnosen. Schwester Theresa-Maria nimmt sich die Zeit: „Körper und Geist hängen ganz eng zusammen. Das ist etwas, was in unserem Gesundheitssystem zu oft vergessen wird“, sagt sie.

Einmal kam ein Arzt zu ihr und fragte: „Schwester, warum öffnen sich Ihnen die Menschen und mir nicht?“ Ihre Antwort: „Weil es Zeit braucht.“

Auch ein kirchliches Krankenhaus muss sich den Regeln des deutschen Gesundheitssystems beugen, muss wirtschaftlich denken, muss Patienten entlassen, die noch nicht ganz gesund sind, weil nur so Betten frei

werden und die Krankenkassen für neue Fälle zahlen. Auch in einem kirchlichen Krankenhaus müssen Ärzte und Pfleger immer mehr dokumentieren und haben weniger Zeit für ihre Patienten. Schwester Theresa-Maria unterstützt dieses System. Aber verstehen könne sie vieles nicht, was der Staat mache, sagt sie nachdenklich.

Meine Dosis Exotik im Alltag.

Dann stellt sie sich die Frage, ob das eigentlich ihre Aufgabe ist oder ob sie ein krankes Gesundheitssystem künstlich am Leben hält. „Wenn es im System irgendwann nicht mehr um den Menschen geht, bin ich dann noch richtig am Platz?“

Wenn Schwester Theresa-Maria eine Pause braucht, geht sie auf die Dachterrasse. Ärzte, Pfleger und Krankenschwestern sind dort nicht. Nur ein paar Patienten. Sie lehnt sich an das Geländer und schaut hinüber zum Zoo auf der anderen Straßenseite. Im Winter, wenn keine Blätter an den Bäumen hängen, kann sie vom Dach der Klinik die Tiere in den Käfigen beobachten. Ihre Dosis Exotik im Klinikalltag. Bevor sie vor acht Jahren nach Berlin versetzt wurde, war sie Missions-Schwester. Die Welt war ihr Zuhause: Brasilien, Indonesien, Papua-Neuguinea. Heute wohnt sie in einem kleinen Zimmer im obersten Stockwerk des Franziskuskrankenhauses. „Alles ist ein wenig enger, seit ich hier bin.“

Weite hat nichts mit fremden Ländern

zu tun, hat sie sich immer wieder gesagt. Doch wenn sie bei der Leiterin ihres Ordens einen Wunsch frei hätte, würde sie sofort wieder nach Brasilien gehen. Das sagt sie offen heraus, ist aber bemüht, keine Forderung zu formulieren. Ihre Ordensgelübde verpflichten sie zu Gehorsam. Sie weiß, dass sie in der Klinik gebraucht wird. Sie muss bleiben, sie wird bleiben - bis sie weitergeschickt wird.



„MIR BRENNT DIE LEBER.“

Entscheidet die Herkunft in Deutschland über die Gesundheit? Für Menschen wie Musa Dal fangen die Probleme erst richtig an, wenn sie zum Arzt müssen: Sprachprobleme und kulturelle Missverständnisse erschweren die richtige Behandlung.

von Dorothee Barsch



Musa Dal* und seine deutsche Stimme trennt ein runder Holztisch von einem Meter Durchmesser. Er ist 68 Jahre alt, sieht aber jünger aus mit seinen dunklen Haaren und der schwarzen Outdoor-Jacke. Seine deutsche Stimme sitzt ihm mit konzentrierter Miene gegenüber, um den Hals eine Kette aus bunten Glasperlen. Die Frau, die seine Stimme geworden ist, heißt Fatma Aydin und ist 45 Jahre alt. Sie ist Dolmetscherin und begleitet heute Musa Dal ins St. Hedwig-Krankenhaus: Ohne sie kann er seinen Arzt nicht verstehen und seine Beschwerden nicht beschreiben.

gelangt seine Erklärung über Fatma Aydin ins Deutsche: Er hat starke Schmerzen, so stark, dass er nachts kein Auge zumacht. Seit einem Jahr kommt er alle ein bis drei Monate zu Untersuchungen ins Krankenhaus. „Wenn ich ohne Dolmetscher zum Arzt gehe, dann ist das so, als hätte ich keine Ohren, keine Augen, keinen Mund.“

Nicht immer haben Menschen wie Musa Dal, die kein oder nur wenig Deutsch sprechen, einen Dolmetscher zur Verfügung. Dann müssen Kinder, Verwandte, Nachbarn oder Freunde für sie übersetzen. Das kann gravierende Folgen haben: Solche Hobby-Dolmetscher verstehen oft selbst nicht genug Deutsch, um medizinische Informationen korrekt zu übersetzen, geben ärztliche Anweisungen falsch weiter oder bringen ihre eigene Meinung ins Gespräch ein.

Vor allem aber: Vielen Patienten fällt es schwer, selbst vor vertrauten Menschen offen über Intimes zu sprechen. „Es gibt viele Bereiche, die tabuisiert oder mit Scham besetzt sind, zum Beispiel Psychiatrie, Suchterkrankungen, Homosexualität, AIDS“, erklärt Sabine Oldag. Sie lei-

tet den Gemeindedolmetschendienst Berlin. Dieser vermittelt professionell geschulte Dolmetscher für rund 40 Sprachen, die interkulturelle und meistens auch medizinische Kenntnisse haben. Solche professionellen Dolmetschereinsätze beim Haus- und Facharzt werden von den Krankenkassen jedoch nicht erstattet. Nur Krankenhäuser und Ämter bieten den Service kostenlos an. Sabine Oldag fordert deshalb, dass geschulte Übersetzer in allen dringenden Fällen eingesetzt werden müssten.

Zusätzlich zu sprachlichen Problemen können kulturelle Missverständnisse den Erfolg einer Behandlung gefährden: „In den verschiedenen Kulturen herrschen unterschiedliche Auffassungen von Krankheit. In anderen Sprachen werden andere Metaphern für Krankheiten verwendet, die schwer zu übersetzen sind. „Mir brennt die Leber“, heißt es im Türkischen. Gemeint ist: „Ich habe viele große Sorgen.“ Schlimme Diagnosen werden in der türkischen oder asiatischen Kultur oft nicht direkt angesprochen.“

Solche kulturellen Besonderheiten wirken sich besonders auf Behandlungen in der sogenannten „sprechenden

Medizin“ aus, zum Beispiel in der Psychotherapie. Dort sind Migranten oft schlechter versorgt, dabei leiden sie häufiger an psychischen Erkrankungen, so die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.

Auch von der Vorsorge sind viele Migranten ausgeschlossen, weil sie zu wenig über die Angebote wissen und diese deshalb nicht nutzen: „Alle Krankheiten, bei denen durch Vorsorge eine frühzeitige Erkennung, Unterstützung und Rehabilitation möglich wäre, sind bei Migranten schlechter im Verlauf und werden später erkannt“, erläutert Ramazan Salman, Leiter des Ethnomedizinischen Zentrums Hannover, die bitteren Konsequenzen. Zum Beispiel bei Brustkrebs, der bei Frauen mit Migrationshintergrund regelmäßig später erkannt und behandelt wird und daher öfter tödlich endet.

Bei Kindern aus Zuwandererfamilien sind die negativen Folgen mangelnder Vorsorge wissenschaftlich gut belegt. So zeigt das Robert Koch-Institut mit seiner KiGGS Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, dass Jugendliche ab elf

Jahren, die aus Zuwandererfamilien kommen, deutlich seltener gegen Tetanus geimpft sind als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Kinder mit Migrationshintergrund sind außerdem deutlich öfter übergewichtig.

Zähne erzählen viel über die Herkunft.

Besonders deutlich erkennbar werden die Unterschiede, wenn man Kindern in den Mund schaut: Der Zustand der Zähne erzählt viel über die Herkunft. „Hier zeigt sich der Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Status“, so Reiner Kern von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung. An Angeboten zur Vorsorge mangelt es nicht. Nur: „Das nützt nichts, wenn die Eltern kein Bewusstsein für Zahnhygiene haben und zu Hause nicht einmal jeder eine eigene Zahnbürste hat“, erklärt Kern.

Viele Zuwandererfamilien wünschen sich mehr Informationen zur Gesundheit. Diese Erfahrung machen die Kreuzberger Stadtteilmütter regelmäßig, wenn sie solche Familien zuhause besuchen. Die Stadtteilmütter sind eine Integrationsinitiative der

Diakonie. Die Idee: Frauen mit Migrationshintergrund werden zu Bildungs- und Gesundheitsthemen geschult und geben ihr Wissen dann direkt an ähnliche Familien weiter. In derselben Sprache und mit demselben kulturellen Hintergrund. Häufige Gesprächsthemen sind Zahnpflege, gesunde Ernährung und Bewegung.

Sükran Topuz, Projektleiterin der Stadtteilmütter Kreuzberg, hat die Erfahrung gemacht, dass viele Eltern mit Migrationshintergrund – auch in der zweiten oder dritten Generation – das Selbstbewusstsein erst entwickeln müssen, ihre Kinder in Gesundheitsfragen zu unterstützen: „Sie müssen mehr Sicherheit gewinnen.“

*Name von der Redaktion geändert

„Keine Ohren, keine Augen, keinen Mund.“

Er lebt nun seit mehr als 40 Jahren in Berlin. Für ein Gespräch mit seinem Arzt über medizinische Probleme reicht sein Deutsch nicht aus. Als er aus der Türkei kam, gab es in Deutschland viel zu tun. „Drei Schichten habe ich gearbeitet, ich war fix und fertig“, übersetzt die Dolmetscherin.

Musa Dal zeigt auf eine Stelle unter dem Knie. Mit kurzer Verzögerung





Ramazan Salman hilft Migranten, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden.

„ÖFFNET EURE TÜREN“

Ramazan Salman ist mit fünf Jahren als Kind eines türkischen Gastarbeiters nach Deutschland gekommen. Seine Erfahrungen hat er zu seiner Mission gemacht: Die gesundheitliche Aufklärung von Menschen mit Migrationshintergrund. Der Mitbegründer und Geschäftsführer des Ethno-Medizinischen Zentrums Hannover über gerechten Zugang zu Gesundheitsangeboten, kultursensible Medizin und die Bedeutung von Vertrauen.

Menschen mit Migrationshintergrund sind in den meisten Lebensbereichen benachteiligt. Inwiefern ist Medizin der Bereich, in dem es buchstäblich lebensgefährlich werden kann?

Das Risiko, dass sich Ihre Gesundheit nachteiliger entwickelt, eine vorhandene Krankheit nicht geheilt oder verschlimmert wird, ist natürlich größer, wenn Sie Migrant sind. Migranten haben oft Probleme mit der Sprache, sie sind vielleicht weniger gebildet. Für diese Menschen ist es schwer sich vorzustellen, wie ausdifferenziert unser Gesundheitssystem ist. Wenn sie Diabetes oder psychische Probleme haben, gehen viele Türken nur zum Hausarzt und nicht zum Spezialisten.

Sie fordern von den medizinischen Institutionen, sich kultursensibel zu öffnen. Was bedeutet das konkret?

Das bedeutet, dass sie Migranten überhaupt als eine spezielle Ziel-

gruppe anerkennen, die von ihnen versorgt werden muss. Es kann schon eine große Wirkung haben, wenn Kliniken Mitarbeiter mit Migrationshintergrund einstellen. Die Mitarbeiter müssen auch entsprechend geschult werden. Denn wir haben hier ein interkulturelles, ein mehrkulturelles Patientenklientel.

Was muss die Politik tun, damit Migranten besseren Zugang zu medizinischen Angeboten haben?

Sie muss vor allem die notwendigen Ressourcen zur Verfügung stellen: Wenn ich einem Krankenhaus sage, dass es die Sprachvielfalt berücksichtigen soll, dann muss ich auch eine Honorarordnung für Dolmetscher einführen. In einer Zulassungsordnung muss ich festlegen, welche Anforderungen diese erfüllen müssen. Ich muss Geld zur Verfügung stellen oder die Krankenkassen gesetzlich

verpflichten, das zu zahlen. Und ich muss Leitlinien entwickeln, in welchen Fällen man überhaupt Dolmetscher nutzen darf.

Was würden Sie Menschen mit Migrationshintergrund empfehlen, die sich vom deutschen Gesundheitssystem überfordert oder ausgeschlossen fühlen?

Ich würde ihnen sagen: Ihr seid hier trotz aller aufgeputschten medialen Diskussionen in einem der besten Gesundheitswesen der Welt. Es gibt keinen armen Menschen in Deutschland, der bei einer Krebserkrankung nicht die volle medizinische Versorgung bekommt, jede notwendige Operation, jedes zugelassene und notwendige Medikament. Vertraut also den Institutionen, achtet aber auch selbst auf eure Gesundheit. Den Versorgern würde ich sagen: Baut noch mehr Vertrauen auf. Geht auf Migranten zu. Öffnet eure Türen.

Die Journalisten-Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung gibt jährlich mehrere Magazine heraus, die bei verschiedenen Praxiskursen entstanden sind. Sie können im Büro der Journalisten-Akademie bestellt oder über die Webseite www.journalisten-akademie.com als PDF-Dokument heruntergeladen werden.

Hier eine Auswahl:



Ätsch
Interdisziplinäres Projekt 2011
in Hamburg



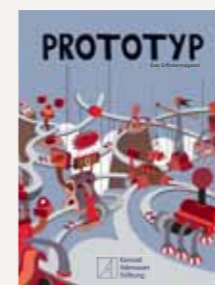
Collina
XXLReisejournalismus 2008
in Cadenabbia, Italien



Klimamacher
Interdisziplinäres Projekt 2008
in Stuttgart



All inclusive
ThemenAkademie Print 2010
in Bonn



Prototyp
Interdisziplinäres Projekt 2007
in Stuttgart



Tahrir
Deutsch-Arabische
Journalisten-Akademie 2011
in Kairo, Ägypten



20 nach
Interdisziplinäres Projekt 2009
in Leipzig



Delikat
Interdisziplinäres Projekt 2012
in Freiburg



GORDO

GESELLSCHAFT
GESUNDHEIT
GELD

GESORGT Modell Demenz-WG GEFragt Keine Medizin für Migranten? GEFÄHRDET Kampf gegen Ärztefehler GEFragt Verdienen Ärzte zu viel? GEZAHLT Medizin-Mekka für Reiche GEFÄHRDET Krank ohne Versicherung

Herausgeber:

Journalisten-Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung, e.V.

Rathausallee 12, 53757 Sankt Augustin

Telefon: 0 22 41 - 246 - 25 50

www.journalisten-akademie.com

www.kas.de/journalisten-akademie

www.kas.de

© 2012 Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Alle Rechte vorbehalten.

Gesamtleitung:

Maria Grunwald (V.i.S.d.P.)

Chefredaktion:

Corina Weber

Maria Grunwald

Gestaltung:

Judith Uhlemann

www.uhlemann-design.de

Redaktion:

Dorothee Barsch, Jenna Behrends,

Maria Hörl, Katrin Moser,

Anastassia Offenberg, Marc Patzwald,

Katja Scherer, Thomas Schmelzer,

Ann-Kathrin Wetter, Susanna Zdrzalek,

Sina Zimmermann.

Das Magazin Gordo ist das Ergebnis eines Praxiskurses der Journalisten-Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung vom 21.- 30. September 2012 in Berlin.

ISBN: 978-3-944015-13-2



GOOGELN, BIS DER ARZT KOMMT

Wenn der Arzt nicht helfen kann, verlassen sich viele auf Diagnosen aus dem Internet. Mit gefährlichen Risiken.