ZWEI 2018

MAGAZIN DER DEUTSCHEN APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK

RICHARD

RAUS AUFS LAND!

Warum Ärzte gegen den Trend aufs Dorf gehen

VERDRAHTET

Niels Birbaumer kommuniziert mit Locked-in-Patienten

VERBREITET

Roboter erobern immer mehr OP-Säle

VERTRAUT

Der Psychologe des DFB-Teams im Interview

Schluss für heute.

SEMINAR

Arbeits-Lebens-Zeit-Gleichgewicht. Sieben Stufen zum besseren Lebensgleichgewicht.

Noch mehr Seminare in der Magazin-Beilage oder im Internet unter apobank.de/seminare

DEEKELSEN WAR GESTERN

Die Landarztpraxis hat ein Image-Problem. Auch deshalb wollen immer weniger Mediziner dort arbeiten. Zu Unrecht.

VON ULRICH SOMMER

Der „Landarzt“ ist die langlebigste Arztserie im deutschen Fernsehen. Von 1986 bis 2012 strahlte das ZDF insgesamt 297 Episoden aus. Erzählt wird die Geschichte einer Praxis in der fiktiven Gemeinde Deekelsen in Schleswig-Holstein. Die Bilder des Doktors, der auf dem Fachwerkhof lebt und aufopfernd für seine Patienten da ist, haben dem Image des Allgemeinmediziners auf dem Land vermutlich eher geschadet als genützt. Nicht nur in Schleswig-Holstein wollen heute immer weniger Ärzte auf dem Land praktizieren. Es droht ein massiver Ärztemangel in strukturschwachen Regionen. Zu viel Arbeit, zu wenig Freizeitangebote, dazu Praxen, deren Einrichtung und technische Ausstattung vorsintflutlich anmuten – so lauten die gängigen Vorurteile.

Dabei sind die Zeiten, in denen Landärzte als Einzelkämpfer rund um die Uhr für ihre Patienten durchs Dorf hetzten, längst vorbei. In vielen Regionen wurde das Notdienstsystem reformiert. Gleichzeitig etablierten sich neue Formen der Zusammenarbeit. Heute kann eine Hausärztin auf dem Dorf problemlos als Angestellte oder in Teilzeit arbeiten. Und bei der digitalen Vernetzung sind ländliche Praxen ihren städtischen Pendants oft weit voraus – Telemedizin wird hier schließlich noch dringender benötigt als im Ballungsraum.

Woran liegt es also, dass sich kaum noch Landärzte finden? Experten nennen ein Bündel an Ursachen. Sie reichen von der fehlenden Infrastruktur, die das Leben auf dem Land unattraktiv macht, über eine falsche Zuteilung von Arztsitzen, die Engpässe verstärkt, bis hin zu vielerorts immer noch fehlenden Kooperationsmöglichkeiten. Ein wichtiger Punkt ist die Kommunikation: Will man Studierende für eine Niederlassung auf dem Dorf begeistern, muss man ihr Bild vom Landleben ändern. Man muss ihnen zeigen: Deekelsen war gestern.

VORBILDER MOTIVIEREN

Für Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, den Vorsitzenden des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ist der Kampf gegen ein Schlechtreden des Jobs deshalb auch zielführender als die Einführung einer Landarztquote (siehe Seite 25): „Wollen wir junge Menschen für den Beruf des Landarztes begeistern, müssen wir sie nicht mit Studienplätzen beschenken, sondern mit motivierten Ärztinnen und Ärzten in Kontakt bringen“, meint der Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Frankfurt am Main. Genau das versuchen wir mit unserer Titelgeschichte (ab Seite 18): Wir lassen Ärzte berichten, was sie aufs Land getrieben hat. Wer ihnen zuhört, wird feststellen: Der Beruf des Landarztes kann attraktiv, sinnstiftend und alles andere als antiquiert sein.

Dass Provinz und Weltoffenheit sich nicht ausschließen, zeigt auch die Geschichte von Hans-Dieter Hermann (Interview ab Seite 50). Wer vor seiner Praxis in einer Wohnsiedlung im badischen Schwetzingen steht, denkt nicht an Glamour und Superstars. Und doch arbeitet Hermann mit den bekanntesten Sportlern Deutschlands: Er war als Sportpsychologe und Mentalcoach daran beteiligt, dass die deutsche Fußballnationalmannschaft 2014 Weltmeister wurde. Für viele Psychologie-Studierende ist er ein Vorbild – aus der Provinz. «

ULRICH SOMMER
ist Vorsitzender des Vorstands der apoBank.

Illustration: Romina Birzer, Titel: Thilo Schmülgen

INHALT

WEISSE KITTEL

6 WIE GEHT'S UNS DENN HEUTE?
Ein Orthopäde, eine Tierärztin, ein Psychotherapeut, ein Anästhesist und ein Apotheker berichten.

8 FOYER
3 Fragen zu Humor im Job | Analog versus digital | Der Cartoon

10 DER GEDANKENLESER
Niels Birbaumer ist ein Pionier der Locked-in-Forschung: Mit Hilfe von Hirn-Computer-Schnittstellen versucht er, mit komplett gelähmten Patienten zu kommunizieren.

14 SCHLAGABTAUSCH
Sollten eingewanderte Ärzte aus Nicht-EU-Ländern das deutsche Staatsexamen ablegen müssen? Ein Pro und Kontra.

16 „ZU VIEL DRAMA"
Elisabeth Fröb berät die Macher der TV-Serie „Die jungen Ärzte" als medizinische Expertin. Ein Interview über fehlendes Kammerflimmern und andere Ungereimtheiten.

17 SLAM!
Warum können manche Menschen keine Stimmen erkennen? Claudia Roswandowitz hat es herausgefunden – und erklärt ihre Studie in einem Bild.

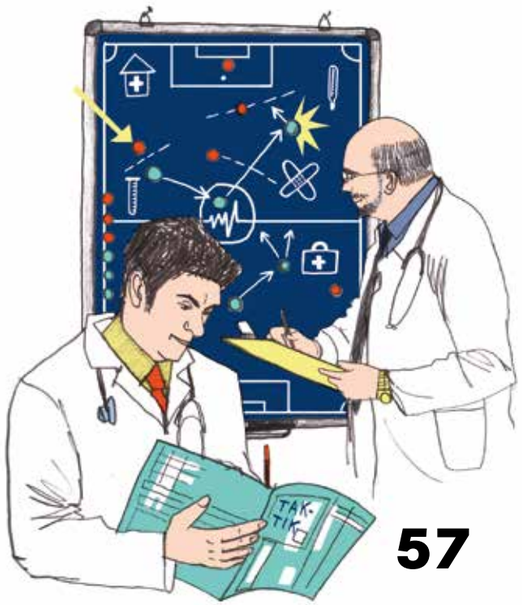
18 INS GRÜNE
Eine Reise zu Ärzten, die den Sprung in die Dorfpraxis gewagt haben – und ein Interview über Sinn und Unsinn der Landarztquote.

26 FERNBEHANDLUNG GANZ NAH
Der Deutsche Ärztetag hat das Fernbehandlungsverbot gelockert. Wie geht es nun weiter?

SCHWARZE ZAHLEN

28 AUS DER FINANZWELT
Wo junge Ärzte gern arbeiten würden | Braucht die Medizin die Blockchain? | Wie investiert eigentlich Philipp Lahm?

Fotos: Daniel Auf der Mauer, Thilo Schmülgen, © M Oeggerli 2017, unterstützt durch Pathologie, Universitätsspital Basel und School of Life Sciences, FHNW, UKSH, Michael Szyszka



30 DR. MANAGER
Je komplexer die Versorgungsstrukturen werden, desto mehr müssen Ärzte in die Rolle des Unternehmers schlüpfen.

32 UNBEZAHLBAR GUT?
Roboter erobern immer mehr Operationssäle. Was denken Mediziner über die neuen Kollegen?

36 DIE QUAL DER WAHL
Heilberufler fällen am Tag Hunderte Entscheidungen. Wie geht man mit diesem Druck um?

38 GRÜNDUNGSFIEBER
Neues aus der Welt der Gesundheits-Start-ups

41 DAS EIGENE AMAZON
Für Apotheken, die ihren Online-Vertrieb ausbauen wollen, gibt es immer mehr professionelle Hilfe.

BLAUER HIMMEL

42 BÜCHER-PICKNICK
Aufgetischt: neue Romane und Sachbücher von und mit Heilberuflern

44 INNENLEBEN
Martin Oeggerli rückt dem menschlichen Körper so nah wie kein anderer Fotograf.

50 „DER KOPF GIBT DIE BEWEGUNG FREI"
Hans-Dieter Hermann, der Psychologe der deutschen Fußballnationalmannschaft, im Interview

54 RETTER AUF VIER RÄDERN
Ein Rettungswagen im Test

56 BANKMENSCH
Michael Gabler leitet den Firmenkundenbereich der apoBank

57 KOLUMNE
Dr. Robert Oberpeilsteiner wünscht sich, dass Ärzte mehr über Fehler sprechen.

SEMINAR-PROGRAMM
2.HALBJAHR 2018
IN DER HEFTMITTE

58 MEHRWERT
Aus den Medien der apoBank

59 RICHARDS RÄTSEL
Wer war der Apotheker, der von seiner Forschung krank wurde? Lösen Sie unser Rätsel und gewinnen Sie eine Reise nach Rügen.

WIE GEHT'S UNS DENN HEUTE?

Die Falken des Scheichs von Abu Dhabi, eine Zauberer-Prüfung oder das Ende einer Baustelle: Fünf Heilberufler berichten, was sie aktuell bewegt.

DR. DOMINIK PFÖRRINGER
Orthopäde und Unfallchirurg

Seit meinem MBA und meiner Zeit als Unternehmensberater interessiere ich mich dafür, das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten. Ich träume vom tastaturlosen Krankenhaus, in dem Computer zum großen Teil selbständig die Dokumentation erledigen. Im Klinikum rechts der Isar in München arbeiten wir gerade zusammen mit einem Start-up an einem intelligenten System: Dieser Prototyp soll aus dem, was ein Arzt diktiert, über semantische Spracherkennung einen kompletten Arztbrief erstellen und in einem zweiten Schritt sämtliche Prozesse erfassen und kodieren können. Außerdem soll er so intelligent sein, selbst nach möglicherweise fehlenden Puzzlestücken zu fragen. Ich erachte es für essenziell, dass wir Ärzte die Entwicklung solcher Systeme nicht allein den Technikern überlassen. Nur wenn wir aktiv mitgestalten, können irgendwann Lösungen auf den Markt kommen, die nicht – wie in der Vergangenheit so oft – an der Realität vorbei entwickelt werden. Was wir brauchen, sind intuitiv bedienbare Helfer im Alltag, die von Ärzten für Ärzte designt sind.

Dr. Dominik Pförringer, 37, ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum rechts der Isar in München.

DR. MARGIT MÜLLER
Tierärztin

Ein Auto hatte den Falken draußen in der Wüste versehentlich überrollt. Ich konnte dem verzweifelten Besitzer beim besten Willen keine Hoffnung mehr machen. Die Haut des Tiers war beinahe komplett zerfetzt, der ganze Rücken mit Reifengummi durchsetzt. Aber da war etwas Flehendes in den Augen des Falken, das mir sagte: „Bitte gib mir eine kleine Chance." Ich verstand und nahm den Vogel mit in den OP. Zu dem völlig aufgelösten Eigentümer sagte ich: „Vergiss ihn einfach. Du hast keinen Falken mehr. Wenn er es doch noch packt, dann rufen wir dich an. Aber nur dann!" Die Operation dauerte drei Stunden, und die Falkendame zeigte Kampfgeist. Sie überlebte den Eingriff wider Erwarten. Sieben weitere sollten noch folgen, dabei konnte ich sogar ein abgerissenes Ohr plastisch wiederherstellen. Über drei Monate habe ich mir das Tier jede Nacht auf der Intensivstation angesehen und jede seiner Bewegungen notiert. Der Fall fesselte mich immer mehr. Als ich kürzlich dann den Falkner angerufen hatte, um ihm zu sagen, dass er sein Tier wieder abholen kann, lachte und weinte er abwechselnd vor Freude. Es sind Fälle wie dieser, die meinen Beruf im Falkenhospital in Abu Dhabi so schön machen.

Dr. med. vet. Margit Gabriele Müller, 49, ist geschäftsführerende Direktorin am Abu Dhabi Falcon Hospital in Abu Dhabi.

Fotos: Privat

DR. TIMO LINDENSCHMIDT
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Noch klappt nicht jeder Trick auf Anhieb. Aber ich bin ja auch erst im zweiten Zauber-Lehrjahr. Nicht in Hogwarts, sondern in einer Zauberschule in Köln. Ich fand Zauberei schon immer faszinierend, und in meinem Beruf bietet sie mir die Möglichkeit, schneller einen Zugang zu Patienten zu bekommen. Kinder und Jugendliche werden ja in den meisten Fällen von Erwachsenen zum Therapeuten geschickt, sie kommen nicht aus eigenem Antrieb. Da ist es umso wichtiger, das Eis zu brechen und Vertrauen zueinander aufzubauen. Ein oder zwei Zaubertricks zu Beginn einer Sitzung helfen dabei enorm. Meist verrate ich meinen Patienten einen einfachen Trick, den sie zu Hause üben und zeigen können. Die positive Aufmerksamkeit, die sie dann erfahren, ist auch aus therapeutischer Sicht wichtig. Aktuell bereite ich mich auf die Aufnahmeprüfung der Zauberkünstler-Vereinigung „Magischer Zirkel" vor. Dazu gehört auch ein theoretischer Teil, bei dem Wissen über Zaubereigeschichte abgefragt wird. Die Historie einiger Tricks reicht bis ins 16. Jahrhundert zurück – ein spannendes Feld.

Dr. Timo Lindenschmidt, 40, ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit eigener Privatpraxis in Köln.

DR. GEORG SCHEEL
Facharzt für Anästhesiologie

Wenn ich mal nicht mit dem Fahrrad zur Arbeit radeln kann, habe ich schlechte Laune. Doch das kommt glücklicherweise nur selten vor. Seit 13 Jahren fahre ich die Strecke zwischen Sprockhövel und Wuppertal bei jedem Wetter: 20 Kilometer hin, 20 Kilometer zurück. Wenn ich nach einem 24-Stunden-Dienst aus der Klinik komme und aufs Rad steige, atme ich auf. Dann beginnt für mich schon Freizeit – was die vielen Berufspendler, die mit ihren Autos im Stau stehen oder sich durch Stop-and-Go-Verkehr quälen, kaum von sich behaupten dürften. Ich nutze die Zeit, die ich ohnehin für das Pendeln brauche, für mein Hobby und tue gleichzeitig etwas für meine Gesundheit. Nebenbei: Bei der Familie käme es auf Dauer nicht gut an, wenn ich nach dem Dienst noch für zwei, drei Stunden zum Radtraining verschwinden würde. Das erübrigt sich so jedoch meist. Noch dazu verbinde ich das Radfahren mit meiner zweiten Leidenschaft, dem Fotografieren. Immer wenn ich unterwegs ein schönes Motiv entdecke, lege ich einen kurzen Stopp ein und mache mit dem Smartphone Fotos. Die poste ich über meinen Instagram-Account (@scheeli_san). Inzwischen schauen sich knapp 4.500 Abonnenten regelmäßig meine Fotos an.

Dr. Georg Scheel, 56, ist Facharzt für Anästhesiologie und Oberarzt am Helios Universitätsklinikum Wuppertal.

PATRICK KWIK
Apotheker

Ach, Sie kann man ja wieder erreichen! Das höre ich zurzeit oft. Sieben Jahre lang war meine Apotheke wegen einer Dauerbaustelle vor der Tür nur schwer zugänglich. Seit kurzem sind die oberirdischen Bauarbeiten endlich abgeschlossen. Die Jahre mit der Baustelle waren eine Herausforderung. Einige Geschäfte in unserer Nachbarschaft mussten sogar schließen. Uns hat geholfen, dass wir über eine Spezialabteilung für traditionelle chinesische Medizin verfügen. Und dass wir über kleine Aktionen versucht haben, die Kunden bei Laune zu halten. Zum Beispiel haben wir bei einer Aktion des Stadtmarketings mitgemacht und wochenlang jeden Morgen ein Klavier vor die Apotheke geschoben: Jeder, der wollte, konnte darauf spielen. Außerdem sind wir digitaler geworden. Unsere Kunden konnten uns zum Beispiel via Kurznachricht Rezepte zusenden und wurden benachrichtigt, wenn sie das Medikament abholen konnten. Das kam so gut an, dass wir es nun beibehalten.

Patrick Kwik, 45, ist Inhaber der Congress-Apotheke in Karlsruhe und im Vorstand des Landesapothekerverbands.

DR. DANIEL MARX
Facharzt für Anästhesie und Notfallmedizin und Cartoonist auf medi-learn.de

3 Fragen zu Humor im Arztberuf

Sie zeichnen seit Ihrem Zivildienst Cartoons über Rettungsmedizin. Heute sind Sie Cartoonist und Notfallmediziner. Was bedeutet Ihnen Humor im Job?
Die Fähigkeit, sich selbst nicht so ernst zu nehmen. Und offen dafür zu sein, Konventionelles mit Ungewöhnlichem zu kombinieren. Meine Cartoons zu beruflichen Themen bieten mir die Möglichkeit, mit wenigen Strichen dem Betrachter – oder auch mir selbst – einen Spiegel vorzuhalten. Es gibt in unserem Job viele kuriose Besonderheiten, zum Beispiel die Hassliebe zwischen Anästhesie und Chirurgie: eine komplexe Interaktion im OP, die in Fachkreisen auch als „Blut/Hirn-Schranke" bezeichnet wird.

Wie reagieren Kollegen und Patienten auf Ihren Humor?
Von Kollegen wird er zuweilen als Bedrohung für Seriosität oder Kompetenz wahrgenommen – was er natürlich nicht ist. Für Patienten kann er Ventil, Angstlöser und Türöffner sein. Ein Witz löst beim Patienten die Anspannung und trainiert einen selbst darin, Dinge gelassener zu nehmen.

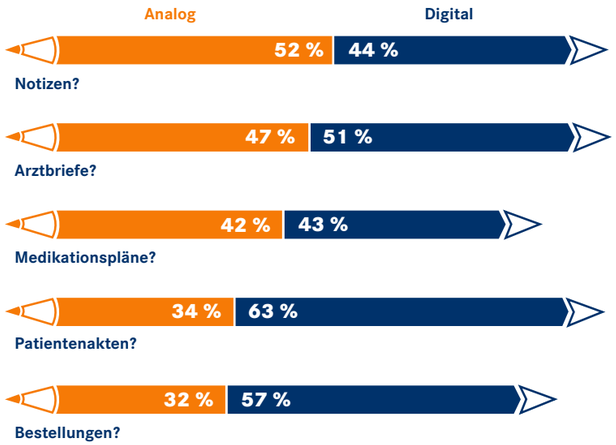
Wo stößt Humor an seine Grenzen?
Es darf nicht darum gehen, Sprüche zu klopfen oder Zustände zu bagatellisieren. Und es geht auch nicht um Zynismus. Wenn ich Verletzungen sehe, von denen ich genau weiß, dass sie irgendwann eine Anekdote sind, da geht Humor immer. Anders ist das bei Krankheiten wie Krebs oder in bedrohlichen Situationen.

HYPNOSE BERUHIGT AM BESTEN

Für jeden vierten Erwachsenen ist der Gang zum Zahnarzt mit psychischem Stress verbunden, bei vier Prozent steigert sich das bis hin zu einer ausgeprägten Behandlungsphobie. In einer Metastudie werteten Forscher des Uniklinikums Jena 29 Studien mit 3.000 Probanden daraufhin aus, mit welchen Maßnahmen – wie Musikhören, Entspannungsübungen, Ablenkung, Hypnose oder ausführlichen Informationen – sich diese Patienten am besten beruhigen lassen. „Die mit Abstand besten Ergebnisse zeigten sich beim Einsatz von Hypnose", erklärt die Psychologin PD Dr. Jenny Rosendahl, die die Metastudie leitete. „Wir waren aber überrascht, dass nahezu alle Interventionen wirksam waren." Mit ihrem Ergebnis wollen die Studienautoren Zahnmediziner bestärken, zusätzlich zur Standardbehandlung auch nicht-medikamentöse Maßnahmen für angespannte und ängstliche Patienten einzusetzen. „Schon ablenkende Bilder oder Musik können die Angst der Patienten verringern", sagt Rosendahl. Auch der Aufwand für Hypnose müsse nicht groß sein: In den untersuchten Studien kamen die Anweisungen hierfür vom Band.

ÄRZTE MÖGEN'S ANALOG

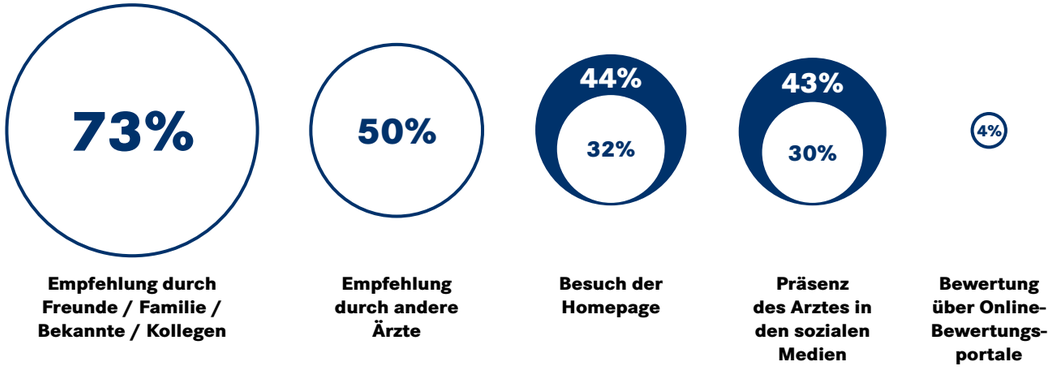
Papier und Stift haben bei vielen Medizinern noch nicht ausgedient. Der Ärzteverband Hartmannbund und der Digitalverband Bitkom fragten 477 niedergelassene oder angestellte Ärzte aller Fachrichtungen: Wie verwalten Sie überwiegend ...



Auf 100 fehlende Prozent: „Gar nicht", „Weiß nicht", „Keine Angabe"

GENERATION Y WÄHLT DEN ARZT DIGITAL

In ihrer Studie „Digitalisierung im Gesundheitswesen" hat die apoBank 1.000 Patienten ab 18 Jahren gefragt: Wie erfahren Sie von einem Arzt, bevor Sie ihn das erste Mal aufsuchen? Gesamt: ○, Generation Y (18–39 Jahre): ●



Quelle: www.newsroom.apobank.de

Illustration: Romina Birzer, Cartoon: Michael Szyszka

DER GEDANKENLESER

Niels Birbaumer hat eine Methode entwickelt, mit vollständig gelähmten Patienten zu kommunizieren. Was sie ihm sagen, erstaunt: Einigen geht es offenbar gut.

INA HENRICHS

Sabina Slotta wirkt gefasst, als sie vom Unfassbaren erzählt. Vor fünf Jahren erhielt ihr Sohn Kevin die Diagnose Amyotrophe Lateralsklerose (ALS). Mit seinen 19 Jahren galt er damals als jüngster Patient mit dieser Krankheit in Deutschland. Bei ALS sterben nach und nach alle Nervenzellen ab, die für Muskelbewegungen zuständig sind. Tatsächlich dauerte es nicht lange, und Kevin war vollständig gelähmt. „Bei vollem Bewusstsein“, sagt Slotta. Seither wird ihr Sohn künstlich beatmet und ernährt – er kann nicht einmal mehr blinzeln. Kevin ist komplett eingeschlossen oder „Locked-in“, wie der englische Fachbegriff dafür lautet.

Noch glaubt seine Mutter am Zucken der Mundwinkel oder am Beben der Nasenflügel ihres Sohns vieles ablesen zu können. Ob er Schmerzen hat. Ob er sich freut. Ob er etwas mag oder nicht. „Aber wenn das eines Tages auch nicht mehr funktioniert, wie soll ich dann mit meinem Sohn kommunizieren?“

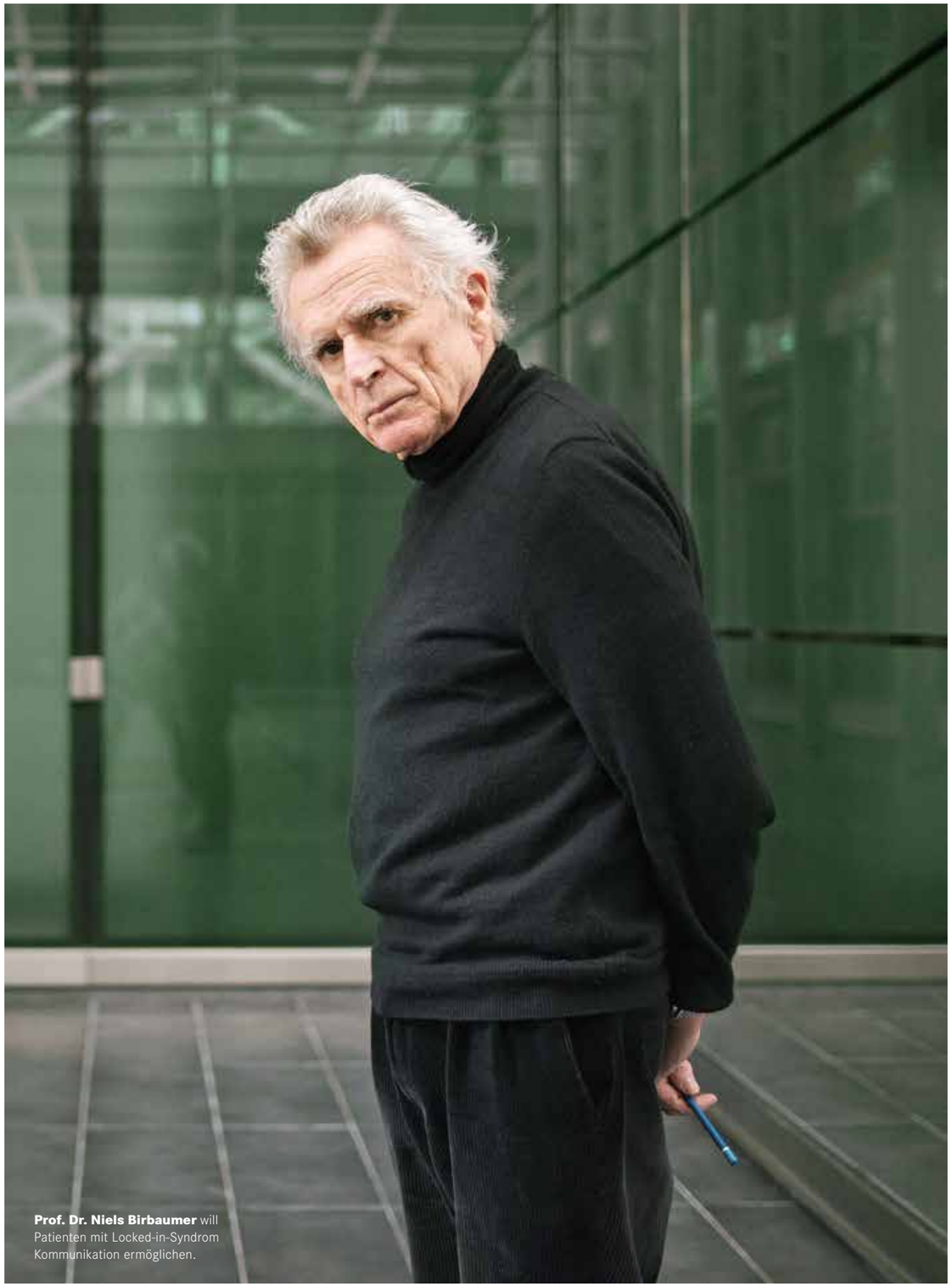
KONTAKT IN DEN KOPF

Es sind Fälle wie dieser aus dem westfälischen Gütersloh, die Niels Birbaumer umtreiben. Der 73-Jährige, Professor am Institut für Medizinische Psychologie und Verhaltensneurobiologie an der Universität Tübingen und am Wyss Center for Bio and Neuroengineering in Genf, ist einer der bekanntesten Forscher auf dem Gebiet der Locked-in-Forschung. Über so genannte Hirn-Computer-Schnittstellen versucht er, mit Patienten zu kommunizieren, die in der gleichen Lage sind wie Kevin. 20 Jahre nach seinen ersten Tests gelang es Birbaumer 2017 erstmals, Kontakt zu komplett eingeschlossenen Patienten aufzunehmen: Sie konnten mit Hilfe des Computers auf Fragen zuverlässig mit „Ja“ und „Nein“ antworten. Eine Sensation.

Bis dahin war es ein beschwerlicher Weg, den Birbaumer mit dem für ihn typischen Feuereifer ging. Vor 30 Jahren brachte er zunächst Epileptikern bei, ihre Hirntätigkeit selbst zu regulieren. Er verkabelte seine Probanden dafür mit Elektroden und zeigte ihnen, wie sie ihre Anfälle abwehren können – nur durch die Kraft ihrer Gedanken. Eine Arbeit, für die der Österreicher 1995 den Leibniz-Preis der Deutschen Forschungsgemeinschaft erhielt.

„Ich dachte, wenn Epileptiker das können, schaffen es vielleicht auch Locked-in-Patienten, die eigenen hirnelektrischen Aktivitäten so zu kontrollieren, dass sie einen Computer steuern können“, »

Kevin Slotta ist durch seine Krankheit vollständig gelähmt. Seine Eltern versuchen, mit ihm in Kontakt zu bleiben.



Prof. Dr. Niels Birbaumer will Patienten mit Locked-in-Syndrom Kommunikation ermöglichen.

Foto links: Andreas Früchtl / Neue Westfälische, rechts: Daniel Auf der Mauer

Über eine Elektroden-Kappe versuchen Birbaumers Mitarbeiter, Kevins Gedankensignale zu lesen.

sagt Birbaumer. Er entwickelte ein Gerät, das Hirnströme in Bildschirmsignale umwandelt. Seine Probanden sollten lernen, sich stark genug zu konzentrieren, um Buchstaben auf diesem Bildschirm auszuwählen. Einige waren schließlich in der Lage, ganze Sätze von sich zu geben. Anfragen bekommt Birbaumer seither von betroffenen Familien aus der ganzen Welt. Acht Mitarbeiter zählt sein Team, mit dem er von einem Patienten zum nächsten reist.

> ***„Voraussetzung für die Zufriedenheit der Patienten ist, dass Familie und Pfleger liebevoll mit ihnen umgehen."***
>
> **Niels Birbaumer**

DIE SPRACHE DES SAUERSTOFFS

Das Pensum ist kaum zu schaffen. Aber Birbaumer ist beseelt von der Idee, den Patienten zurückzugeben, was sie seiner Meinung nach erst zu Menschen macht: die Fähigkeit, „frei zu kommunizieren". Deshalb gab er auch nicht auf, als er mit seiner Methode an Grenzen stieß: Sie funktionierte nur bei Menschen, die sich zumindest noch mit ihren Augen mitteilen konnten. Bei komplett Eingeschlossenen schlugen dagegen alle Versuche fehl. Birbaumer ging deshalb dazu über, die biochemisch-elektrischen Reaktionen zu messen. Ein „Ja" lässt das Blut im Hirn anders fließen als ein „Nein". Die Veränderungen des Blutsauerstoffs machte Birbaumer sichtbar: Er entwickelte eine Kappe mit Leuchtdioden, die ein langwelliges Infrarotlicht durch den Kopf schicken. Die zurückgeworfene Strahlung wird eingefangen und ausgewertet. Die Wissenschaftler können so auf die Gedanken schließen. Auf ein „Ja" oder ein „Nein". Und es funktioniert.

Mit der Kappe im Gepäck fuhren Birbaumer und sein Team 2016 zu Kevin Slotta. „Für mich war sofort klar, dass wir diesem jungen Menschen helfen müssen", sagt der Forscher. Die ersten Testreihen mit ihm starteten vor zwei Jahren und machten der Mutter Mut. „Ich musste mir Fragen ausdenken, deren Antworten wir kennen", erzählt sie. Fragen zu Kevins Kindheit, Familie, seinem Zwergkaninchen, seinem Lieblingsverein. Über ein Elektroenzephalogramm (EEG) finden die Forscher heraus, ob Kevin wach ist. Erst dann beginnt die Befragung. Die Trefferquote liege bei rund 70 Prozent, erklärt die Mutter. Bis man aber von validen Angaben sprechen kann, müssen noch einige Termine folgen. Erst dann kann die Familie die Kappe bei der Krankenkasse beantragen. „Sie würde unseren Alltag enorm erleichtern", sagt Sabina Slotta. Sie würde wissen, wo es ihrem Sohn weh tut, mehr noch: ob er eigentlich zufrieden ist.

Auf die Frage, wie Locked-in-Patienten ihre Lage empfinden, hat Birbaumer bereits eine mutige Antwort: „Diesen Menschen geht es gut." In einer Studie ließ er 2017 die Situation noch mitteilungsfähiger ALS-Kranker mit der von depressiven und gesunden Menschen vergleichen. Erstere fühlten sich zwar schlechter als Gesunde, aber besser als die Depressiven. Andere Untersuchungen kommen sogar zu dem Schluss, dass sich ALS-Patienten mitunter glücklich fühlen.

ELEKTRODEN IM HIRN

Warum das so ist, kann Birbaumer nur vermuten. „Voraussetzung für die Zufriedenheit der Patienten ist, dass Familie und Pfleger liebevoll mit ihnen umgehen", sagt er. Außerdem reagiere das Gehirn eines Locked-in-Patienten sensibler auf positive Reize. Die entsprechenden Areale werden stärker durchblutet als bei einem gesunden Menschen. Auch folgende Erklärung schließt Birbaumer nicht aus: Hirnareale, die nicht mehr gefordert werden, verkümmern schlicht. Er erläutert das so: „Wer ein Glas Wasser nicht mehr anheben kann, der verliert die Motivation, eines anheben zu wollen." Das Gehirn vergisst, was möglich sein könnte.

Genaueres über den Seelenzustand komplett Eingeschlossener zu sagen, bleibt indes Spekulation. Das weiß der Professor und strebt bereits eine neue Methode an: Er will Patienten winzige Elektroden unter die Hirnhaut implantieren. Mit der Kraft der Gedanken sollen die Patienten Buchstaben auswählen. Ein Algorithmus würde dann aus den über die Elektroden übertragenen Buchstaben Wörter errechnen, die von einer Computerstimme vorgelesen werden.

Es gibt bereits eine Reihe von Betroffenen, die sich für ein Implantat entschieden haben. Birbaumer rechnet damit, dass die ersten Operationen schon 2018 stattfinden können. Auch Familie Slotta hat er das Angebot unterbreitet. Die hält sich noch zurück. „Es ist ein Eingriff, und keiner weiß, ob die Technik funktioniert", sagt Sabina Slotta. Sie wartet erst einmal ab. Und ist bemerkenswert zuversichtlich: „Egal wie das Leben ist, wir sind glücklich, zusammen zu sein." «

Foto links: Ludger Osterkamp / Neue Westfälische, rechts: Daniel Auf der Mauer

„WIR SOLLTEN MEHR AUFWAND BETREIBEN"

Niels Birbaumer fordert bessere Diagnosen für Patienten im Wachkoma.

Sie behaupten, dass womöglich 30 Prozent der Wachkoma-Patienten falsch diagnostiziert sind und es sich bei ihnen eigentlich um Locked-in-Patienten handelt. Worauf stützen Sie diese Annahme?

Auf Untersuchungen von Kollegen und auch von mir. Wir haben uns viele Wachkoma-Patienten näher angesehen, neurophysiologische Methoden angewandt und ihre Hirnströme gemessen. Dabei haben wir festgestellt, dass viele eben doch noch bei Bewusstsein sind – oder ihre Gehirne zumindest in der Lage, auf komplexe Sachverhalte korrekt zu reagieren. Das heißt: Mit einer entsprechenden Technologie könnten sie auch wieder Kontakt mit der Außenwelt aufnehmen.

Was heißt das für Ärzte, die mit Wachkoma-Patienten arbeiten?

Man muss viel Aufwand betreiben, um eine Diagnose stellen zu können, und diesen Aufwand sollten wir nicht scheuen. Die technischen Möglichkeiten sind vorhanden, aber sie gehören nicht zum Standard, denn sie kosten Zeit und Geld. Bislang schaut man darauf, ob Patienten auf äußere Reize sichtbar reagieren. Können sie das nicht, geht man davon aus, dass sie sich nur noch in einem vegetativen Zustand befinden. Dabei sind es in vielen Fällen Locked-in-Patienten.

Wir könnten in ihrer Pflege also schon längst weiter sein?

Man könnte vielen Menschen wahrscheinlich mehr Lebensqualität zurückgeben. Auch eingeschlossene Patienten können Glück empfinden und mit ihrem Leben zufrieden sein. Das haben wir durch Befragungen von eingeschlossenen Menschen herausgefunden, die zum Beispiel noch mit den Augen kommunizieren konnten.

PRÜFUNGSFRAGE

Sollten eingewanderte Ärzte aus Nicht-EU-Staaten das deutsche Staatsexamen ablegen müssen, wie es einige Landesärztekammern fordern? Ein Pro und Kontra

„Um die Qualität der Versorgung sicherzustellen, muss das deutsche Staatsexamen für alle gelten.“

DR. MED. MARTINA WENKER
ist Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen und Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

PRO

KONTRA

„Ein Staatsexamen für alle zu fordern, hieße das Kind mit dem Bade auszuschütten.“

DR. GÖTZ BRODERMANN
ist ärztlicher Direktor des Carl-Thiem-Klinikums in Cottbus

Fotos: ÄKN, Christian Wyrwa

PRO

VON DR. MED. MARTINA WENKER

—

Ich plädiere dafür, dass jeder, der in Deutschland als Arzt oder Ärztin tätig sein möchte, zuerst das deutsche Staatsexamen bestehen muss – unabhängig von seiner vorausgegangenen Ausbildung. Denn nur diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die das deutsche Staatsexamen erfolgreich absolviert haben, können eine ärztliche Versorgung auf dem gewohnt hohen Qualitätsniveau sicherstellen.

So handhaben es zum Beispiel auch die USA: Wer in den Staaten als Facharzt tätig sein will, muss – egal ob US-Bürger oder Ausländer – in einem dreistufigen Verfahren das United States Medical Licensing Examination absolvieren. Hier werden die medizinischen Kenntnisse und Fähigkeiten in Theorie und Praxis geprüft sowie die Sprachkenntnisse bestätigt, ohne die ein erfolgreicher Abschluss nicht möglich wäre.

Bislang ist die Anerkennung von ausländischen Ausbildungsnachweisen in den Bundesländern nicht vergleichbar geregelt. Für die Approbationsbehörden ist jeder Vorgang wie ein Einzelfall zu behandeln. Bei jedem Bewerber muss geprüft werden, ob die im Heimatland absolvierte Ausbildung mit der durch das deutsche Staatsexamen gewährleisteten Qualität vergleichbar ist. Diese Prüfung ist hinsichtlich der Sicherheit der Entscheidung und somit des Schutzes der Patienten nicht ausreichend.

Wenn wir das deutsche Staatsexamen für alle fordern, müssen wir aber auch sicherstellen, dass die ausländischen Bewerber entsprechend gefördert werden. Getreu dem Motto „Fordern und Fördern“ müssen wir eine gut strukturierte Betreuung gewährleisten. Diese muss auch eine zentrale Anlaufstelle und die Bereitstellung von Informationen beinhalten.

Auch der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg hat beschlossen, dass „die Gleichwertigkeit der medizinischen Grundausbildung aus Drittstaaten in einem bundeseinheitlichen Verfahren und mittels einer gegenüber der zuständigen Approbationsbehörde abzulegenden Prüfung nachzuweisen ist“. Meiner Meinung nach kann so ein bundeseinheitliches Verfahren nur das deutsche Staatsexamen sein.

KONTRA

VON DR. GÖTZ BRODERMANN

—

Bekämen Ärzte aus Nicht-EU-Ländern demnächst erst dann eine Approbation, wenn sie ein Staatsexamen nachweisen können, würde das die Patientenversorgung in Deutschland verschlechtern. Denn dann herrschte in unseren Kliniken bald ein noch größerer Fachkräftemangel als heute. Viele der ausländischen Ärzte würden das Examen nicht schaffen und in der Versorgung fehlen.

Das liegt nicht nur an den sprachlichen Herausforderungen, die solche Multiple-Choice-Prüfungen mit sich bringen. Beim zweiten Staatsexamen werden alle Fächer des Studiums geprüft. Ein Radiologe aus unserem Klinikum etwa, der in einem Nicht-EU-Staat in Osteuropa bereits acht Jahre in seinem Beruf gearbeitet hat, würde daran wohl auf Anhieb scheitern. Ein deutscher Kollege, dessen Studium ebenso lang her ist, aber auch. Denn er müsste etwa wissen, welches die neuesten Therapieschemata für einen Diabetes Typ II sind. Aber muss ein Radiologe das wirklich wissen? Wie absurd eine solche Pauschalprüfung wäre, zeigt auch das Beispiel eines Ärztepaars aus unserem Klinikum, das kürzlich aus der Türkei eingewandert ist. Er ist ein habilitierter Leberchirurg von internationaler Reputation, sie eine Kinder-Hämatoonkologin, die in Istanbul Knochenmark transplantiert hat. Sollten diese Koryphäen tatsächlich erst ein Staatsexamen ablegen müssen, bevor sie bei uns praktizieren dürfen?

Keine Frage: Wir müssen eingewanderte Ärzte prüfen. Aber wir brauchen dazu einen differenzierten Ansatz. Sinnvoll wäre es etwa, neben der fachsprachlichen Prüfung eine Gleichstellungs- und Facharztprüfung für ihren Bereich verpflichtend zu machen, und zwar auf einem bundesweit einheitlichen Niveau. Zurzeit gibt es gerade bei den Sprachtests Unterschiede zwischen den Ländern, was schon zu einem „Approbationstourismus“ geführt hat. Auch wegen dieser Ungleichbehandlung wird jetzt nach einem standardisierten Verfahren gerufen. Deshalb aber gleich ein Staatsexamen für alle einzuführen, hieße das Kind mit dem Bade auszuschütten.

Was ist Ihre Meinung? Schreiben Sie uns an: richard@apobank.de

„ZU VIEL DRAMA“

Als Jugendliche wollte Elisabeth Fröb unbedingt zum Film. Jetzt ist sie Assistenzärztin am Universitätsklinikum Münster – und berät nebenbei die Macher der ARD-Serie „Die jungen Ärzte“.

„Emergency Room“ oder „Der Bergdoktor“ – welche Arztserie schauen Sie gern?
Ehrlich gesagt, keine von beiden. Wobei ich „Emergency Room“ früher tatsächlich sehr gern gesehen habe. Aber seit ich tagtäglich selbst den Klinikalltag erlebe, schaue ich lieber Serien und Filme, die nichts mit Medizin zu tun haben.

Wie kommt’s?
Ich kann einfach besser vom Job abschalten, wenn ich was Fachfremdes gucke. Außerdem sind die Serien meist so weit vom echten Medizineralltag entfernt, dass mich das Einschalten eher nervt. Zu viel Drama, zu viel Fiktion.

Dabei wollten Sie ursprünglich Schauspielerin werden …
Oh ja! Als Jugendliche war das ein Traum von mir. Meine Eltern fanden die Idee allerdings wenig überzeugend. Sie haben mir zu etwas Handfesterem geraten. Nach einem Intermezzo als Lehramtsstudentin und einem Praktikum in der Arztpraxis meiner Mutter habe ich mich für die Medizin entschieden. Und bin damit sehr zufrieden.

Die Liebe zum Film hat Sie aber auch als Medizinstudentin in Jena nicht verlassen. Sie arbeiten als Fachberaterin der ARD-Serie „Die jungen Ärzte“. Wie kam es dazu?
Das war Zufall. Ich steckte mitten in einer Studienarbeit und hatte auf Facebook gesehen, dass Komparsen für die Dreharbeiten in Erfurt gesucht werden. Beim Vorsprechen sollte man sagen, was man beruflich macht, und als ich erzählte, dass ich Medizin studiere, wurde das Team hellhörig. Denen war kurz zuvor die Fachberatung abgesprungen und sie suchten dringend Ersatz.

ELISABETH FRÖB, 28,
ist Assistenzärztin in der Klinik für Kardiologie am Universitätsklinikum Münster.

Wobei beraten Sie denn am Set?
Zum Serienstart ging es um die komplette Einrichtung des Sets, mit Intensivstation und OP – inklusive aller Geräte. Ich habe tagelang in Katalogen geblättert, um daraus Medizingeräte zu bestellen, und mir im Krankenhaus jedes Detail der Einrichtung angeschaut. Später habe ich den Schauspielern geholfen, medizinische Begriffe richtig auszusprechen, und gezeigt, wie Blutabnehmen oder eine körperliche Untersuchung real aussehen. Und ich habe die Drehbücher daraufhin geprüft, wie realistisch die medizinische Vorgehensweise ist.

Was ist denn ein typisches TV-Missverständnis?
Oft geht es um Details. Bei einer Notfallszene zum Beispiel lag ein Patient mit Herzstillstand am Boden und sollte per Defibrillator reanimiert werden. Da habe ich darauf hingewiesen, dass in der Realität erst Adrenalin gespritzt und so ein Kammerflimmern erzeugt werden müsste. Bei Herzstillstand geht vom Herzen keine elektrische Aktivität mehr aus, die „schockbar“ wäre. Die Szene wurde umgeschrieben.

Haben Sie nur beraten oder waren Sie auch mal vor der Kamera?
In der ersten Staffel von „Die jungen Ärzte“ bin ich tatsächlich in einigen Folgen als Statistin zu sehen, einmal sogar mit einer kleinen Sprechrolle.

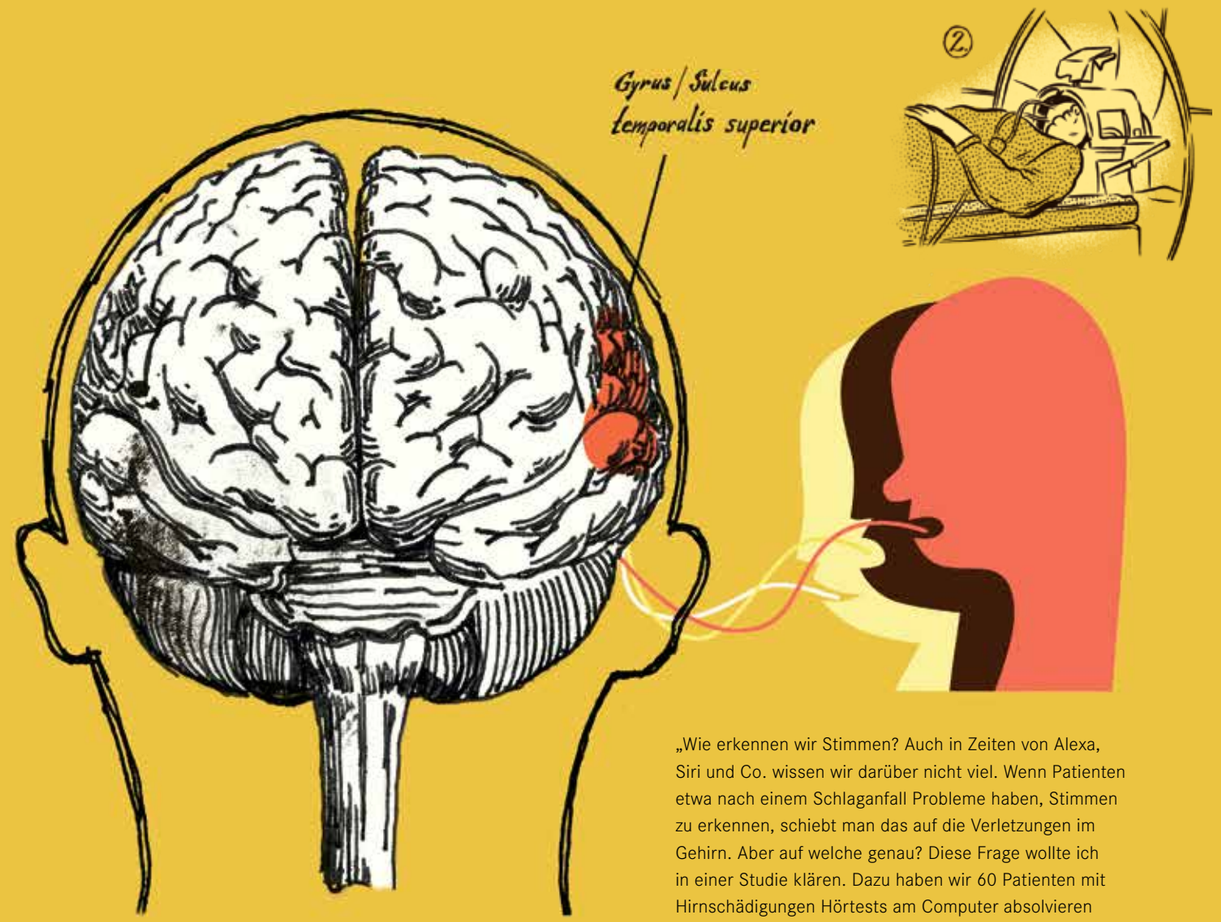
Bereuen Sie manchmal, dass Sie nicht Vollzeit-Schauspielerin sind?
Nein, nicht wirklich. Die Arbeit am Uniklinikum mit den Patienten macht mir Riesenspaß. Ich möchte gern meinen Facharzt machen und im Bereich Herzinsuffizienz forschen. Das finde ich deutlich erfüllender als das Schauspielern.

Haben Sie bei der Arbeit trotzdem manchmal einen Filmarzt als Vorbild im Kopf?
Mark Greene aus „Emergency Room“. Er ist vielleicht nicht gerade mein Vorbild, aber ich finde, er kommt einem echten Arzt schon sehr nahe. Er ist kein George Clooney, überzeugt aber durch Kompetenz, Fachwissen, Ruhe und Menschlichkeit. Das mochte ich an dem Seriencharakter und habe tatsächlich ähnliche Typen schon im echten Klinikalltag erlebt.

Fotos: Privat, Illustrationen (r.): Christoph Mett

SLAM!*

Claudia Roswandowitz hat herausgefunden, warum manche Menschen keine Stimmen erkennen. Wie, erklärt sie in diesem Bild.



„Wie erkennen wir Stimmen? Auch in Zeiten von Alexa, Siri und Co. wissen wir darüber nicht viel. Wenn Patienten etwa nach einem Schlaganfall Probleme haben, Stimmen zu erkennen, schiebt man das auf die Verletzungen im Gehirn. Aber auf welche genau? Diese Frage wollte ich in einer Studie klären. Dazu haben wir 60 Patienten mit Hirnschädigungen Hörtests am Computer absolvieren lassen (1) und anschließend Scans von ihrem Gehirn gemacht (2). Das Ergebnis: Probanden, die Schwierigkeiten bei unseren Stimmerkennungstests hatten, hatten eine Hirnschädigung im Bereich des rechten Gyrus/Sulcus temporalis superior. Dieses Hirnareal ist offenbar unbedingt notwendig für die Stimmerkennung. Unsere Forschung könnte dazu beitragen, dass diese gar nicht so seltene Störung unter Ärzten bekannter und besser verstanden wird. Denn bereits das Wissen, dass es Phonagnosie – also Stimmblindheit – gibt, kann helfen, mit dem Defizit umzugehen, wie uns Betroffene berichten.“

DR. CLAUDIA ROSWANDOWITZ, 31,
forscht am Max-Planck-Institut für Kognitions- und Neurowissenschaften in Leipzig.

* **Englisch für: etwas hinknallen.**

Unterwegs durch Medebach: Tim Förster führt eine Praxis mit Standorten in zwei Dörfern im Sauerland.

INS GRÜNE

Viel Arbeit, wenig Freizeitangebote: Kaum ein Arzt geht freiwillig aufs Land. Wir haben drei Mediziner getroffen, die dort glücklich sind.

MICHAEL AUST

Es ist der erste heiße Tag im Jahr, und Tim Förster steht in der prallen Mittagssonne vor dem Ortsschild von Hallenberg. Er trägt seine Praxiskleidung, grünes Shirt zu weißer Hose, und einen schwarzen Arztkoffer in der Hand. Das Fotoshooting für RICHARD ist für den 41-Jährigen nichts Besonderes. Er ist Presseanfragen gewohnt. Denn Förster hat etwas Besonderes getan: Er hat eine Hausarztpraxis auf dem Land übernommen und es sogar geschafft, weitere junge Kollegen aufs Dorf zu locken. Eine Seltenheit in Zeiten des Landarztmangels.

Als sein Vater Henning dieselbe Praxis im Sauerland 1984 übernahm, hielt ihm niemand ein Mikrofon hin. Und einen roten Teppich rollte man ihm schon gar nicht aus. Im Gegenteil: Förster senior musste sich gegen 30 Bewerber durchsetzen. Als er dann 30 Jahre später in den Ruhestand gehen wollte, dauerte die Suche nach einem Nachfolger drei Jahre. Damals habe er die Praxis bereits mit seinem Sohn zusammen geführt, erinnert sich der 66-Jährige. Schnell sei klar geworden, dass die Patientenzahl zu viel für einen Arzt ist. Also musste ein Nachfolger her. „Ich bin zu Kliniken im Umkreis gefahren und habe unsere Praxis vorgestellt.“ Bewerber habe er so nicht gefunden, aber schließlich ein bisschen Glück gehabt: „Mein Nachfolger kam als Patient zu uns.“ Tim Förster kannte ihn von früher und sprach ihn an. Nach einem Schnupperpraktikum habe Michael Kraushaar dann zugestimmt. Und arbeitet heute als einer von sechs Ärzten in der Gemeinschaftspraxis.

Nicht überall schaffen Landärzte das, was der „Sauerlandpraxis“ gelungen ist. Landauf, landab suchen Praxisinhaber händeringend einen Nachfolger oder Nachwuchs, um die steigenden Patientenzahlen zu bewältigen. Der „Fachkräftemangel bei Experten Humanmedizin“, wie es im Amtsdeutsch der Bundesagentur für Arbeit heißt, ist inzwischen deutschlandweit chronisch (siehe Karte Seite 21). In Brandenburg, Niedersachsen, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern ist die Lage sogar akut. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) gab es zum Jahresende 2017 in Deutschland 2.636 offene Hausarztsitze – den Großteil davon in „strukturschwachen Regionen“. Allgemein gilt: je ländlicher eine Praxis, desto schwieriger die Abgabe.

ATTRAKTIVE ANREIZE

Auch Tim Förster erschien der Job seines Vaters früher alles andere als attraktiv. „Mein alter Herr hatte jedes zweite Wochenende Dienst, zusätzlich musste er unter der Woche an einem Tag 24 Stunden arbeiten – so sah es das Notdienstsystem in Westfalen damals vor.“ Hätte sich das nicht geändert, wäre er nicht Landarzt geworden, sagt der dreifache Vater. Tatsächlich gibt es im Sauerland 2008 eine regionale Notdienstreform. Ein Jahr später steigt Förster als Weiterbildungsassistent in die väterliche Praxis in Medebach ein. 2011 übernimmt er einen freien Arztsitz und die Försters führen die Praxis als Doppelpraxis weiter. Seit kurz darauf ein Kollege im nahen Hallenberg erkrankte, betreuen sie auch dessen Standort mit. »

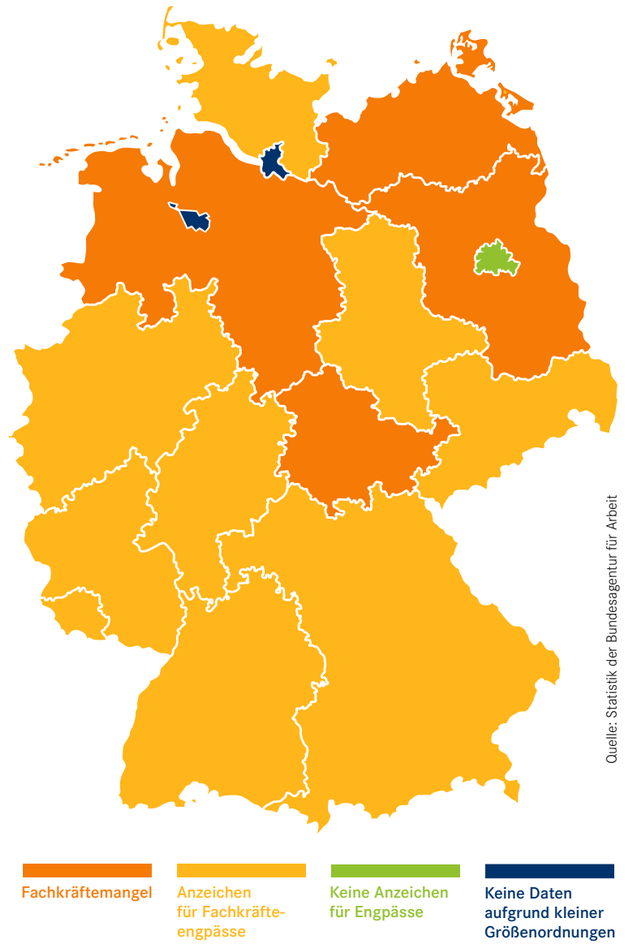
CHRONISCHER ÄRZTEMANGEL

„Hätte sich das Notdienstsystem nicht geändert, wäre ich heute nicht Landarzt.“

Tim Förster

Die Doppelpraxis hat gleichwohl ein Problem, das viele Landärzte kennen: Hallenberg ist mit 4.000 Einwohnern die zweitkleinste Stadt Nordrhein-Westfalens, in Medebach leben knapp 8.000 Menschen. Zahlen, die die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) bei der Bedarfsplanung zugrunde legt. „Leider berücksichtigt die KV nicht, dass wir eine Tourismusregion sind und nur zwei Kilometer von der hessischen Grenze entfernt liegen“, sagt Förster. Mit anderen Worten: Die Patienten aus Hessen und die Urlauber werden nicht in die Bedarfsplanung eingerechnet. „Das hat zur Folge, dass wir im Quartal 4.000 Patienten haben“, sagt Förster. „Der Durchschnitt in Westfalen-Lippe liegt bei 950.“ Es sind auch solche Zahlen, die Ärzte davon abhalten, aufs Land zu gehen. Einer Studie der Bertelsmann-Stiftung zufolge gibt es immer noch ein großes Stadt-Land-Gefälle bei der Verteilung von Arztsitzen – mit der Folge, dass Praxen wie die von Tim Förster keinen weiteren Arztsitz kaufen können, selbst wenn der Bedarf es hergibt.

An der absoluten Zahl der in Deutschland tätigen Ärzte liegt es nicht, dass Deutschland ein Landarztproblem hat. Das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung (WIP) hat kürzlich in einer Studie ermittelt, dass die Ärztedichte lediglich in Österreich, Norwegen, der Schweiz und Schweden höher ist als in Deutschland. Trotzdem fehlt es gerade in ländlichen Regionen an Allgemeinärzten. Ein Grund dafür ist ein Mentalitätswandel: War das Land noch in den 1980er Jahren für Mediziner fast genauso attraktiv wie die Stadt, ziehen heute die meisten die Metropole vor, deren Annehmlichkeiten sie im Studium erlebt haben. Hinzu komme eine immer schlechter werdende Infrastruktur in ländlichen Gebieten, sagt Roland Stahl, der Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): „Es gibt Dörfer, in denen es weder eine Poststation noch Polizei und den berühmten Tante-Emma-Laden gibt.“ Hier könne man nicht verlangen, dass nur noch der Arzt seine Praxis offen hält.



Quelle: Statistik der Bundesagentur für Arbeit

NEUSTART IM MVZ

Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben verschiedene Projekte angestoßen, um Menschen wie Tim Förster aufs Land zu locken. Seit 2012 können niedergelassene Ärzte in Regionen, in denen ein Versorgungsmangel droht, Vergütungszuschläge oder Umsatzgarantien erhalten. Viele KVen bieten Praxisbörsentage an, auf denen Praxisabgeber potenzielle Nachfolger kennenlernen können. Die KV Sachsen-Anhalt veranstaltete im April 2018 zusammen mit der apoBank einen „Tag der Chancen“, an dem sich junge Heilberufler und Studierende über die Chancen der Niederlassung informieren konnten. Die KV Thüringen hat eine „Niederlassungsfahrschule“ ins Leben gerufen, in der Mediziner zunächst als angestellte Ärzte starten und dabei von erfahrenen Kollegen unterstützt werden, deren Praxis sie später im Idealfall übernehmen. „So konnten bereits einige Praxen, die von der Schließung bedroht waren, in Thüringen erhalten bleiben“, sagt KBV-Sprecher Stahl.

Bundesländer wie Bayern oder Nordrhein-Westfalen wollen zudem eine Landarztquote einführen: Bis zu fünf Prozent aller Medizinstudienplätze sollen dann für Studierende vorgehalten werden, die sich verpflichten, später als Hausarzt in unterversorgten Regionen zu arbeiten. Und auch viele Kommunen werden aktiv: Der westfälische Kreis Steinfurt etwa stellt Ärzten einen Gesundheitslotsen zur Verfügung, der günstige Baugrundstücke für sie finden soll. Das niedersächsische Dorf Resse sammelte von seinen Einwohnern Geld für Stellenanzeigen und warb wochenlang mit einem Banner „Resse sucht Arzt“ über der Durchgangsstraße. Kommunen wie das bayerische Bad Kötzting oder das hessische Schwarzenborn gehen noch einen Schritt weiter und bringen sich bereits selbst als Träger von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ins Spiel. »

Tim Förster (Mitte) im Smalltalk mit Kollegen. „In der Landpraxis bleibt immer Zeit für ein Gespräch. Hier gehen die Uhren langsamer als in der Stadt“, sagt der 41-Jährige.

Fotos S.20-22: Thilo Schmülgen

„Es ist toll, Patienten zu Hause zu erleben und ihre Familie kennenzulernen. Das hilft auch bei der Anamnese.“

Theresa Ruehlmann

Dass solche Programme Erfolg haben können, zeigt das Beispiel von Jennifer Merz. „Ich hatte nicht vor, Landärztin zu werden“, sagt die Internistin, „und als Hausärztin wollte ich auch nie arbeiten.“ Trotzdem praktiziert die 39-Jährige seit Herbst 2017 im Taunus in einem 2.000-Einwohner-Nest mit Bäcker, Frisör und Sparkasse, aber ohne Bahnanschluss als Allgemeinmedizinerin.

Der Grund: In dem Dorf Miehlen schlossen sich 2017 drei Praxen zu einem MVZ zusammen. Den Inhabern erschien das als einzige Chance, Nachfolger zu finden. Merz war die Erste, die sich überzeugen ließ, aus dem Krankenhaus in der nächstgrößeren Stadt Nastätten ins Dorf zu wechseln. Allein eine Praxis zu übernehmen wäre für sie aktuell nicht infrage gekommen, sagt die Internistin. „Als junge Mutter wollte ich unbedingt angestellt und in Teilzeit arbeiten.“

Heute hat Merz einen knapp zwei Jahre alten Sohn und hat alles erreicht, was sie von ihrem Job verlangt. Als angestellte Ärztin im MVZ Mühlbachtal hat sie eine Dreiviertelstelle, das finanzielle Risiko trägt der Geschäftsführer, ebenfalls ein Mediziner. Und an ihrem neuen Job entdeckt sie täglich neue Seiten: „Überrascht hat mich die Vielfalt an Krankheitsbildern und die Nähe zu den Patienten, das kannte ich aus dem Krankenhaus nicht“, sagt Merz. Gewöhnen musste sie sich auch daran, dass Landärzte Generalisten sind. „Ich selbst bin – als Neuling im Dorf – mit meinem Sohn zum Kinderarzt in die Stadt gefahren. Als Hausärztin sehe ich nun: Die Leute kommen mit ihren Kindern selbst bei größeren Sachen zu uns.“ Vom Zweijährigen bis zur Uroma habe sie zudem schon jede Altersgruppe behandelt.

In der Sauerlandpraxis macht Tim Förster ähnliche Erfahrungen: „Wir haben hier viel Abwechslung. Wenn der nächste Facharzt 20 Kilometer entfernt ist, muss man als Hausarzt auch mal in andere Rollen schlüpfen.“ Ein Kollege etwa absolviere gerade eine Weiterbildung in Palliativmedizin. „In der Region klafft diesbezüglich eine große Lücke: Im Umkreis von 50 Kilometern von Medebach gibt es keine spezialisierte ambulante Palliativversorgung“, sagt Förster. Auch andere, eigentlich fachärztliche Aufgaben könne ein Hausarzt auf dem Land übernehmen. „Wir legen zum Beispiel Katheter durch die Bauchdecke. Wenn ich das einem Kollegen aus der Stadt sage, guckt der mich ungläubig an, denn dort macht das der Urologe“, sagt Förster. Auf dem Land ist die Situation anders: „Wenn ich hier einen gelähmten Patienten habe, für den die Fahrt mit dem Krankentransportwagen zum Facharzt ein Riesenaufwand wäre, dann mache ich es doch lieber selbst.“

PRAKTIKUM AUF DEM DORF

Der Patientenkontakt intensiver, das Aufgabenspektrum größer: Diese Aspekte fallen auch den Studierenden der „Klasse Allgemeinmedizin“ auf, wenn sie ihre ersten Hospitationstage in der Landarztpraxis verbringen. Seit 2011 betreibt die Universität Halle-Wittenberg dieses preisgekrönte Lehrprojekt. Jedes Jahr werden hier 20 ausgewählte Studierende ab dem ersten Semester auf eine spätere Tätigkeit als Landarzt vorbereitet. Während des Semesters belegen sie Kommunikationstrainings und Schulungen, in der vorlesungsfreien Zeit hospitieren sie bei einem ärztlichen Mentor aus Sachsen-Anhalt.

Theresa Ruehlmann hat ihre Praxistage in den letzten Semesterferien freiwillig aufgestockt. „Ich habe gern länger mitgearbeitet, weil das unheimlich Spaß gemacht hat“, sagt die 23-Jährige. Vor allem die Hausbesuche, zu denen der Hausarzt Dr. Georg von Ascheraden sie mitnimmt, gefallen ihr: „Es ist toll, die Patienten zu Hause zu erleben und ihre Familie kennenzulernen. Das hilft auch bei der Anamnese.“ Zwar bekommen die Studierenden der „Klasse Allgemeinmedizin“ ihre ärztlichen Mentoren zugelost, aber die 1.700-Einwohner-Gemeinde Mertendorf wäre auch so Ruehlmanns erste Wahl gewesen: „Ich bin in der Nähe aufgewachsen“, sagt die Hallenser Studentin. Sie könne sich gut vorstellen, nach dem Studium wieder in die Region zurückzukehren: „Die »

Fotos: Christoph Busse

Einblicke: Theresa Ruehlmann (l.) macht in ihrem Praktikum regelmäßig Hausbesuche.

Ärztlicher Mentor: Seit dem ersten Semester hospitiert die Hallenser Studentin bei dem Arzt aus Mertendorf.

„Ich hatte nicht vor, Landärztin zu werden. Auch als Hausärztin wollte ich nie arbeiten.“

Jennifer Merz

Stadt ist überhaupt nichts für mich. Ich brauche das Grün und das Gefühl, auch mal keine Menschen um mich zu haben.“

Ruehlmann belegt damit eine These, die Forscher bereits in mehreren Studien nachgewiesen haben: Medizinstudierende, die als Kind auf dem Land lebten, sind später eher bereit, dort auch als Arzt oder Ärztin zu arbeiten. „In Ländern wie Australien, Kanada oder den Vereinigten Staaten wird das Problem Landarztmangel schon seit Jahrzehnten erforscht“, sagt Prof. Dr. Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main (siehe Interview). Langzeitstudien aus diesen Flächenländern zeigten, dass der stärkste Faktor dafür, ob ein Mediziner sich nach seiner Weiterbildung auf dem Land niederlässt, tatsächlich seine Herkunft ist: „Wer auf dem Land gelebt hat, kennt die Grenzen und die Vorteile des Lebens dort aus eigener Anschauung.“ Das schlechte Image des Landarztlebens sei eben auch das: ein Bild – und kein sehr detailgetreues. „Programme wie die ‚Klasse Allgemeinmedizin‘ oder unsere ‚Landpartie 2.0‘ an der Uni Frankfurt versuchen, ein realistischeres Bild zu zeichnen“, sagt Gerlach. „Und das funktioniert am besten über motivierte Landärzte, die ihren Beruf lieben.“

So sieht das auch Tim Förster. Deshalb halten er und seine Kollegen regelmäßig Ausschau nach Medizinstudenten, die aus der Region stammen. „Wir laden sie zum Praktikum ein, um ihnen zu zeigen, dass man auch in der Heimat Spaß haben kann“, sagt Förster. Aktuell beschäftige man drei Weiterbildungsassistenten und führe eine Liste mit drei, vier Sauerländer Studenten. Aktiv sein, Bewerber begeistern: Er kenne viele Kollegen, die diesen Aufwand scheuen, sagt Förster. „Die sitzen auf ihren Arztsitzen und warten, dass ein Nachfolger anklopft. Aber so funktioniert das nicht.“ Der Landarztmangel, so scheint es, ist eben auch ein Kommunikationsproblem. «

Viel zu tun: Weil Tim Försters Praxis in einer Tourismusregion liegt, hat sie rund 4.000 Patienten pro Quartal.

INTERVIEW

„DIE QUOTE SCHRECKT AB“

Ferdinand Gerlach erklärt, wie man Studierende fürs Land begeistert – und wie nicht.

PROF. DR. FERDINAND GERLACH, 57,
ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt am Main und Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Foto: Michael Fuchs / Remseck (r.), Thilo Schmülgen

Sie haben an der Uni Frankfurt das Programm „Landpartie 2.0“ gestartet. Medizinstudierende können dort über sechs Semester in ausgewählten Landarztpraxen hospitieren. Was passiert dabei genau?
Es geht nicht nur um Hospitation in Praxen, sondern um ein Paket: Die Studierenden werden über die gesamte Zeit in Mentoring-Gruppen begleitet, sie besuchen allgemeinmedizinische Seminare und nehmen an Tagesausflügen teil, bei denen wir ihnen innovative Versorgungsmodelle in drei verschiedenen Landkreisen vorstellen.

Warum ist es so schwer, Mediziner aufs Land zu locken?
Weil sich Vorurteile halten. Zum Beispiel, dass man auf dem Land als Einzelkämpfer rund um die Uhr arbeiten muss. Bei uns erleben die Studierenden dann Ärzte, die im Team arbeiten und geregelte Arbeitszeiten haben. Viele denken beim Landarzt auch an Opas Pantoffelpraxis. Und sehen dann in unserem Programm Praxen, die digital vernetzt sind und moderne Medizin machen.

Sie bieten solche Programme seit 2012 an. Ihr Fazit bisher?
Studierende können sich anschließend eher vorstellen, auf dem Land zu arbeiten. Sie sind oft fasziniert davon, wie persönlich es dort zwischen Arzt und Patient zugeht und wie interessant Hausbesuche sind. Viele Studierende wollen mit ihren Patienten sprechen und interessieren sich dafür, was aus ihnen wird. All das erlebt man in der Landpraxis eher als in der Klinik.

Was halten Sie von der Landarztquote, die einige Bundesländer einführen wollen?
Nicht viel. Erstens: Es dauert sehr lange, bis sie den ersten Landarzt hervorbringt – mit Aus- und Weiterbildung mindestens 14 Jahre. Zweitens verlangen wir hier Schülern die Entscheidung ab, sich für eine sehr lange Frist festzulegen. Das ist realitätsfremd. Problematisch ist drittens auch die Konventionalstrafe, die zu zahlen ist, wenn man doch nicht aufs Land geht. Die bedeutet letztlich, dass Studienplätze käuflich werden. Das größte Problem ist aber viertens, dass die Tätigkeit des Landarztes diskreditiert wird: Der Job ist ja scheinbar etwas für Leute, die sonst keinen Studienplatz bekommen. Die Quote motiviert nicht, sie schreckt eher ab.

Wie motiviert man denn?
Zum Beispiel mit attraktiveren Arbeitsbedingungen, mit der Möglichkeit, in Teilzeit zu arbeiten oder dort, wo Kinderbetreuung möglich ist. All das ist auf dem Land machbar. Außerdem braucht es wirksame Programme in der Aus- und Weiterbildung, die Studierenden die Angst vor dem Land nehmen. Und nicht zuletzt braucht es auch finanzielle Anreize in Form eines deutlichen „Landarztzuschlags".

Haben Sie eigentlich selbst mal auf dem Land gearbeitet?
Ich bin im Sauerland aufgewachsen und war in verschiedenen ländlichen Praxen in Niedersachsen tätig.

Aber gelandet sind Sie schließlich in Frankfurt.
Ja. Aber es gibt die Möglichkeit, in Frankfurt zu leben und in einem Gesundheitszentrum etwa an der Bergstraße oder im Hochtaunus zu arbeiten. Die Idee, dass man sich mit Haut und Haaren dem Land verschreiben muss und von da die nächsten 30 Jahre nicht wegkommt, ist auch eines dieser Klischees.

Der Deutsche Ärztetag hat das Fernbehandlungsverbot gelockert. Was genau bedeutet die Entscheidung? RICHARD klärt auf.

1. Was wurde beschlossen?

Bisher mussten sich Arzt und Patient kennen, bevor eine Telefon-, Online- oder Videoberatung stattfinden durfte. Die ausschließliche Fernbehandlung war Ärzten durch Paragraf 7 Absatz 4 der Berufsordnung verboten. Diesen haben die Delegierten des 121. Deutschen Ärztetages im Mai nun geändert. Die neue Regelung lautet: Eine ausschließliche Fernbehandlung ist künftig „im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie der Dokumentation gewahrt wird“.

2. Was bedeutet „im Einzelfall“?

Das ist bislang weitgehend unklar. „Die Formulierung zielt darauf ab, dass der Arzt im Einzelfall entscheiden muss, wo die Grenzen für eine mögliche Fernbehandlung liegen“, sagt Dr. Josef Mischo, Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK). „Wir haben ganz bewusst darauf verzichtet, einzelne Indikationen zu benennen, bei denen eine ausschließliche Fernbehandlung möglich oder ausgeschlossen ist.“ So etwas könne man nicht vorgeben. „Das muss individuell von Fall zu Fall entschieden werden.“ Experten wie der Allgemeinmediziner Dr. Thomas Aßmann aus Lindlar, der seit 2015 Bestandspatienten etwa über Videosprechstunden behandelt, warnen vor einem undifferenzierten Einsatz der Fernbehandlung: „Einen Patienten mit Husten können Sie nicht in der Videosprechstunde beraten. Den müssen Sie abhorchen, um zu wissen, ob es sich um eine Lungenentzündung oder einen grippalen Infekt handelt.“

3. Welche Vorbilder gibt es?

Schweden, die USA, England, die Schweiz: In diesen Ländern gibt es die ausschließliche Fernbehandlung seit Jahren. In Deutschland läuft aktuell ein Modellprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Bei „docdirekt“ können gesetzlich versicherte Patienten aus Stuttgart und dem Landkreis Tuttlingen bei Beschwerden ein Callcenter anrufen, wenn sie ihren Hausarzt nicht erreichen. Im Notfall werden sie an die Rettungsleitstelle weitergeleitet, andernfalls ruft binnen 30 Minuten ein niedergelassener Haus- oder Kinderarzt zurück. Kann der die Beschwerden nicht per Telefon klären, bekommt der Patient einen Termin in einer so genannten Portalpraxis in Wohnortnähe.

4. Wie wird Telemedizin honoriert?

Bei „docdirekt“ rechnen die beteiligten Ärzte über eine eigene Gebührenordnungsposition ab. „Das erfolgt automatisch über das System, sobald der Arzt die Behandlung vorgenommen und dokumentiert hat“, erklärt Kai Sonntag, Sprecher der KVBW. „Auf Dauer müsste sich das sicherlich auch im einheitlichen Bewertungsmaßstab der Kassen widerspiegeln.“ Thomas Aßmann rechnet telemedizinische Behandlungen bislang vor allem mit privaten Kassen ab. „Nur in der KV Thüringen ist das Projekt TeleArzt bereits in der Regelversorgung.“ Er glaubt: „Die ausschließliche Fernbehandlung wird sich nur durchsetzen, wenn mehr Geld in den Topf kommt.“

5. Wie funktioniert die Abrechnung praktisch?

Wer physisch nicht in der Praxis erscheint, dessen Versichertenkarte kann auch nicht eingelesen werden. Im Stuttgarter Modellprojekt behilft man sich deshalb mit der Versichertennummer: „Die Patienten müssen bei der Kontaktaufnahme mit unserer medizinischen Fachangestellten ihre Krankenkasse und die Versichertennummer angeben. Über die können wir dann die Leistung normal mit den Krankenkassen abrechnen“, erklärt Kai Sonntag.

6. Welche Tools braucht es, um Fernbehandlung anzubieten?

„Mediziner, die in ihrer Praxis die Videosprechstunde anbieten, müssen dafür eine zertifizierte Software einsetzen“, erklärt eine Sprecherin der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Die KBV veröffentlicht die zertifizierten Videodienst-Anbieter unter www.kbv.de/html/videosprechstunde.php. Einen Leitfaden mit Basis-Know-how zum Umgang mit Videosprechstunden findet sich auch im Internetangebot der apoBank: www.apobank.de/digitalpraxis

Foto: Freepik

7. Wie integriert man Telemedizin in den Praxisalltag?

„Man muss seine Zeit gut managen und mit seinem Praxisteam absprechen, welche Zeitfenster man dafür frei hält“, sagt Thomas Aßmann. „Zwischendurch mal eben eine Videobehandlung einschieben, das funktioniert nicht.“ Auch einen separaten Raum sollte man bereithalten, rät Aßmann.

8. Gibt es überhaupt eine Nachfrage?

In seiner Praxis nehme die Fernbehandlung aktuell zehn Prozent der Arbeitszeit ein, sagt Aßmann. Vor allem ältere Patienten aus ländlichen Gebieten fragten das Angebot nach. „Es könnten deutlich mehr sein, wenn mehr Kassen mitmachen würden“, sagt Aßmann. Auch Dr. Ulrich Clever, der Vorsitzende der Landesärztekammer Baden-Württemberg, glaubt an steigende Zahlen: „Wir werden für unsere Behandlungen Menschen zurückgewinnen, die im Moment auf Internetportalen unterwegs sind, um sich Antworten auf medizinische Fragen zu holen.“

9. Was sagen eigentlich die Patienten?

Die Deutsche Stiftung Patientenschutz hat sich auf dem Ärztetag kritisch geäußert, vor allem mit Blick auf alte, pflegebedürftige und schwerstkranke Menschen. Stiftungsvorstand Eugen Brysch: „Es finden sich kaum noch Mediziner, die ins Haus kommen. Stattdessen soll es jetzt die Fernbehandlung am Computer richten.“ Für die meisten alten Patienten werde das nicht zu Verbesserungen führen. „Wenn ihnen die Kraft zum Arztbesuch fehlt, drohen sie so noch mehr abgehängt zu werden.“

10. Wie geht es nun weiter?

Rechtsverbindlich wird die neue Regelung erst, wenn die Landesärztekammern sie in ihre Berufsordnungen übernehmen und die zuständige Aufsichtsbehörde zustimmt. Wie die Fernbehandlung dann konkret in die Versorgungsstrukturen integriert wird, soll eine Projektgruppe erarbeiten. „Die Projektgruppe, über deren personelle Zusammensetzung noch entschieden wird, befasst sich mit vielen organisatorischen Fragen wie zum Beispiel sicherer Patientenidentifikation, nachweisbarer Aufklärung, Fragen der Abrechnung und Qualitätssicherung“, erklärt BÄK-Vorstand Mischo. Dieser Prozess könne ein bis zwei Jahre dauern.

DR. TOBIAS D. GANTNER
Geschäftsführer der HealthCare Futurists GmbH

Braucht die Medizin die Blockchain?

Sie leiten eine Denkfabrik für Innovationen im Gesundheitsbereich. Im Moment reden alle von der Blockchain. Was ist das überhaupt?
Eine Möglichkeit der sicheren digitalen Datenübertragung. Die Blockchain ist wie eine Art Bürgerversammlung, auf der jeder für sich alle Wortmeldungen protokolliert, aber auch überprüft, was sein Nachbar aufschreibt. Fälschung wäre so zwar theoretisch möglich, aber extrem aufwändig, weil man die Protokolle aller Teilnehmer manipulieren müsste.

Der Unternehmensberatung Frost & Sullivan zufolge wird die Blockchain-Technologie bis 2025 die Gesundheitsbranche revolutionieren.
Manche Berater leben davon, dass sie Prognosen abgeben und sich dadurch oft erst einen Markt für Beratung schaffen. Wo die Blockchain in den nächsten Jahren genutzt wird, kann heute ehrlicherweise niemand sagen.

Wo wäre ein Einsatz denn denkbar?
Überall dort, wo Daten sicher und schnell übertragen werden müssen. Etwa wenn elektronische Patientendaten vom Notarzt ausgelesen werden müssen oder eine Insulinpumpe ein Upgrade braucht. Aber die Blockchain ist eben nur eine unter vielen Verschlüsselungstechniken. Sie hat auch Nachteile, etwa den hohen Energieverbrauch, der hinter der notwendigen Rechenleistung steckt. Mein Rat wäre: Machen wir erstmal weiter in Sachen digitale Transformation, bevor wir über Revolutionen reden.

WO WÜRDEN JUNGE MEDIZINER GERN ARBEITEN?

Für das Universum-Arbeitgeberranking Young Professionals 2017 wurden 362 junge Berufstätige mit einem Abschluss in Medizin oder Gesundheitswissenschaften befragt, wo sie am liebsten arbeiten würden. Hier die Top-Antworten:

1. Bundeswehr
2. Siemens
3. Charité – Universitätsmedizin Berlin
3. Helios-Kliniken
3. Max-Planck-Gesellschaft

MEIN GELD

WIE INVESTIERT EIGENTLICH PHILIPP LAHM?

Pflege, Prävention und gesunde Ernährung: In diese Bereiche steckt Ex-Fußballprofi Philipp Lahm sein Geld. Anfang 2017 übernahm der DFB-Ehrenspielführer die Sixtus Werke Schliersee, einen Anbieter von Pflegeprodukten in seiner oberbayerischen Heimat. Aktiv ist der zweifache Vater auch als Gesellschafter des Unternehmens Danova, das Dienstleistungen für betriebliches Gesundheitsmanagement anbietet. Als bei der WM 2006 die Fanmeile erfunden wurde, war Lahm Teil des deutschen Teams. Heute ist der 34-Jährige am Start-up Fanmiles beteiligt, über das Sportler an ihre Anhänger eine virtuelle Währung verteilen können, die in Prämien eingelöst werden kann. Seit Anfang 2018 hält Lahm zudem die Mehrheit am Müslihersteller Schneekoppe. Erstes Ziel des ehemaligen Abwehrspielers bei dem Traditionsunternehmen: Die Null muss stehen.

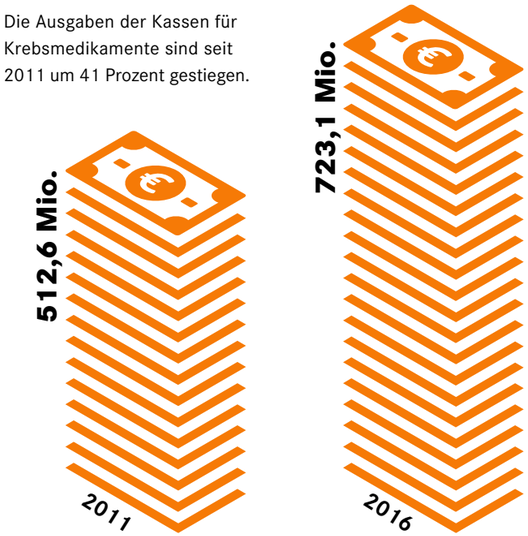
Illustrationen: Romina Birzer, Foto: © Simon Hofmann GettyImages

der Patienten sehen bei der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens Nachholbedarf. So lautet eines der Ergebnisse der repräsentativen Online-Befragung, die die apoBank gemeinsam mit dem Research-Unternehmen Statista durchgeführt hat. Insgesamt wurden 1.000 Menschen über 18 Jahre befragt, ob sie digitale Anwendungen als Patienten nutzen und welche Erwartungen sie an die Digitalisierung haben.

Quelle: www.newsroom.apobank.de

TEURER KAMPF GEGEN DEN KREBS

Die Ausgaben der Kassen für Krebsmedikamente sind seit 2011 um 41 Prozent gestiegen.



EINE FRAGE DES GELDES

Neue Schlagbäume?

Der Brexit, Donald Trumps Abschottungspolitik, der drohende Handelskrieg mit China: Zollschranken werden zunehmend als politisches Werkzeug missbraucht. Die Befürworter versprechen sich von ihnen den Schutz der eigenen Wirtschaft. Kritiker wie Christine Lagarde, die Chefin des Internationalen Währungsfonds (IWF), warnen vor einer Bumerang-Wirkung: Schutzzölle gefährden die Wirtschaftsleistung aller – also auch derjenigen, die sie verhängen.

DR. HANNO KÜHN
Chief Investment Officer der apoBank

Wie unsozial solch ein Ende des grenzüberschreitenden Handels weltweit wäre, hat der britische „Economist“ ausrechnen lassen: Würden alle Grenzen dicht gemacht, verlören die ärmsten zehn Prozent eines beliebigen Landes rund 63 Prozent ihrer Kaufkraft – die reichsten nur 28 Prozent. Das Münchner Ifo-Institut hat berechnet, was den USA droht, wenn Präsident Trump mit seiner „America first“-Politik Ernst macht: Durch sinkende Exporte würde die US-Wirtschaftsleistung langfristig um 2,3 Prozent zurückgehen. Zudem machen Zölle Importe teurer, was besonders der ärmere Teil der Bevölkerung im Portmonee spüren würde. Warum Zusammenarbeit mehr Sinn macht als Abschottung, formulierte schon der britische Nationalökonom David Ricardo 1817 in seiner „Theorie der komparativen Kostenvorteile“: Spezialisiert sich jedes Land darauf, was es relativ zu den anderen am besten und günstigsten herstellen kann, und treibt man dann miteinander Handel, fördert das den Wohlstand aller. An dieser Beobachtung hat sich auch 200 Jahre später nichts geändert.

DR. MANAGER

Die Ansprüche bei der Planung und Organisation ambulanter Versorgungsstrukturen sind komplex. Zwei Heilberufler berichten von ihren Erfahrungen als Unternehmer.

Illustration: mauritius images / Science Photo Library / Fanatic Studio Fotos: Dr. Michael Kann, Andreas Berthel

Entweder Vollblutmediziner oder Betriebswirt? Dr. Götz-Ruprecht von Schön-Angerer, Zahnarzt und ab diesem Sommer Inhaber des zahnmedizinischen Versorgungszentrums ZMK in Kassel, schüttelt den Kopf. „Ich bin beides, und das ist kein Widerspruch“, sagt der 43-Jährige. Gerade noch hat er sich die Röntgenaufnahmen eines Unterkiefers angeschaut. Nun ist er auf dem Sprung in die Zweitniederlassung in Niestetal-Sandershausen, wo er ein Bewerbungsgespräch mit einem Zahnarztkollegen für seine neue MVZ-GmbH führen und anschließend einen Architekten treffen wird. Der gebürtige Mainzer, der bereits mehr als 60 Angestellte beschäftigt, darunter sieben Zahnärzte, will expandieren – und findet, dass ihm das als Gesellschafter eines medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) besonders leicht gemacht wird. „Ich kann jederzeit Kapital investieren und wachsen, aber auch Anteile an Gründungsberechtigte weiterverkaufen, wenn es die Situation erfordert“, erläutert der Zahnmediziner. „Seit 2004 bin ich selbständig und war zwischenzeitlich auch Mitgesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft. Ständig habe ich mir den Kopf zerbrochen, wie ich mit meiner Praxis wachsen kann, die strengen Regularien standen dem aber oft entgegen. Das fällt nunmehr weg.“

Der Besuch eines Seminars zum Thema MVZ sei sein Schlüsselerlebnis gewesen. „Die Fülle der Möglichkeiten, die mir bei dieser Veranstaltung aufgezeigt wurde, hat mich sofort überzeugt.“ Man müsse allerdings bereit sein, sich mit den vielen Regeln für ein MVZ intensiv auseinanderzusetzen, und dürfe nicht überhastet an eine Gründung herangehen.

Seit 2014 gibt es für Heilberufler die gesetzliche Möglichkeit, ein MVZ als Inhaber mit beliebig vielen Angestellten zu führen. Seit Juli 2015 gelten geänderte Regeln für Gründungswillige, um größere Praxiseinheiten noch mehr zu stärken. Wichtigste Neuerung: Auch fachgruppengleiche MVZ können gegründet werden – eine Zäsur besonders für Zahnärzte, denen eine fachgruppenübergreifende Kooperation mit Ärzten nicht möglich ist. Ein niedergelassener Arzt oder Zahnarzt darf laut Bundesmantelvertrag lediglich drei beziehungsweise zwei Vollzeitstellen mit angestellten Ärzten besetzen. Diese Regel kann durch die Gründung eines MVZ, zum Beispiel in der Rechtsform einer GmbH, umgangen werden. Seitdem steigt die Zahl der MVZ in Deutschland Jahr für Jahr. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung zählte Ende 2016 fast 2.500 von ihnen. Hinzu kamen laut Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung knapp 300 für Zahnmedizin. Gleich, ob Gemeinschaftspraxen, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ: Wichtig bei aller Flexibilität ist, den finanziellen Rahmen nicht aus den Augen zu verlieren. „Mehr Möglichkeiten sind immer auch mit zusätzlichen Kosten verbunden“, sagt Carsten Padrok, Leiter Zentrales Geschäftspartner Management bei der apoBank. Mit der Größe der Behandlungseinheit würden auch die Anforderungen steigen. „Das geht stets einher mit einem höheren Investitionsbedarf – sei es für die Ausstattung, das Personal oder die Räumlichkeiten.“ Insofern seien gute Planung und fachkundige Beratung erfolgsentscheidend.

VORRANG PATIENTENWOHL

Kritik, dass ein MVZ allein nach wirtschaftlichen Kriterien arbeite und Patienten nur als zahlende Kunden betrachtet würden, will von Schön-Angerer nicht gelten lassen: „Natürlich muss ich auch auf Rentabilität achten, wenn ich Erfolg haben will. Das gilt aber für jeden Praxisinhaber.“ Dass im Zweifelsfall das Patientenwohl Vorrang hat, beweist der Zahnarzt mit seiner mobilen Behandlungseinheit. Seit Jahren betreut er damit zahlreiche Seniorenheime und Pflegeeinrichtungen und ist aktuell dabei, dieses Projekt auszuweiten, um noch mehr Patienten auf diesem Weg erreichen zu können. „Für mich ein Herzensanliegen, auch wenn hier erstmal keine großen Erträge zu erwarten sind.“

Neben den besseren Expansionschancen kann auch die flexible Praxisübergabe an einen Nachfolger für ein MVZ sprechen. So haben Inhaber eines MVZ die Möglichkeit, Anteile ihres Unternehmens an zugelassene Krankenhäuser, andere MVZ oder an zugelassene Kollegen zu verkaufen und sich schrittweise aus dem Behandlungsbetrieb zurückzuziehen. Allerdings müssen sie weiterhin in einem bestimmten Umfang medizinisch beziehungsweise zahnmedizinisch für ihr MVZ tätig sein, um Gesellschafter bleiben zu können. Niedergelassene Ärzte haben dagegen oftmals Probleme, einen Nachfolger zu finden. Denn für die junge Medizinergeneration scheint der Wunsch nach einer eigenen Praxis nicht mehr so stark ausgeprägt zu sein. Mehr als 43 Prozent der Ärzte zwischen 35 und 49 Jahren praktizieren laut Bundesarztregister mittlerweile als Angestellte.

„Ständig habe ich mir den Kopf zerbrochen, wie ich mit meiner Praxis wachsen kann.“

Dr. Götz-Ruprecht von Schön-Angerer

„Ich bin froh, dass ich viel mehr Übergabeoptionen für das Alter habe.“

Dr. Michael Kann

Als für den niedergelassenen Mediziner Dr. Michael Kann der Ruhestand näher rückte, musste er sich mit der Frage der Betriebsübergabe befassen – ein schwieriges Unterfangen im ländlichen Westerwald. Im Winter 2016 entstand dann die Idee, die Praxis in ein MVZ umzuwandeln. Ein Jahr intensive Planung mit seinem Anwalt und einem auf Gesundheitsrecht spezialisierten Steuerberater gingen dem voraus. „Es war gut, sich die Zeit genommen zu haben, denn es gab so viele Punkte zu beachten, über die ich mir vorher gar keine Gedanken gemacht hatte“, so der Spezialist für Diabetologie.

Im Januar wurde an Kanns Praxis in Ruppach-Goldhausen ein Schild mit der Aufschrift „MVZ Dr. Kann GmbH“ angebracht. Sorgen um seinen Übergang in den Ruhestand macht sich der Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin seitdem kaum noch. „Ein großer Teil meiner Arbeit besteht zwar jetzt mehr aus Adminstration – ich muss etwa die Aufgaben als ärztlicher Leiter im MVZ wahrnehmen, der gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung für die Einhaltung der vertragsarztrechtlichen Vorgaben zu sorgen hat“, sagt der 61-Jährige. „Dafür bin ich froh, dass ich viel mehr Übergabeoptionen für das Alter habe.“ «

UNBEZAHLBAR GUT?

Roboter gehören in vielen Bereichen zum Klinikalltag und verändern mit großem Tempo die Medizinwelt. Wie denken Ärzte über die elektronischen Kollegen?

MARCO WEHR

Operieren ohne Roboterassistenzsystem ist für **Klaus-Peter Jünemann** kaum noch vorstellbar. Er leitet die Urologie am Kieler Uniklinikum.

Foto:

Prof. Dr. Klaus-Peter Jünemann sitzt konzentriert und leicht nach vorn gebeugt auf einem ergonomischen Drehstuhl. In voller OP-Montur entfernt der Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Kiel gerade bei einem Patienten ein Prostatakarzinom – ohne ihn auch nur zu berühren. Denn Jünemann führt das Skalpell nicht selbst. Das erledigt Kollege Da Vinci, ferngesteuert nach dem „Master-Slave-Prinzip“: Der über zwei Millionen Euro teure „Sklave“ schneidet in gut fünf Meter Entfernung vorsichtig nach den Vorgaben des Professors durch den Unterleib des Patienten. Seine Tentakelarme führen eine winzige Schere und eine Mini-Greifzange zwischen Prostata und Harnblase hindurch, ohne dabei die empfindlichen Nervenbahnen zu schädigen.

Der Urologe blickt derweil an seiner Konsole in eine dreidimensionale Welt. „Es ist wie bei einem Flugsimulator oder in Jules Vernes ‚Reise zum Mittelpunkt der Erde‘: Ich tauche über meinen Monitor ins Innere des Körpers ein und kann wie ein kleines Männchen darin spazieren gehen“, sagt Jünemann. Dieses Mehr an visuellen Informationen erweitere seine Spielräume als Operateur erheblich. Was Da Vinci dem Menschen voraushabe? „Er überträgt meine Bewegungen an der Steuerung eins zu eins auf die Instrumente, und das zitterfrei.“ Ein weiterer Fortschritt: Der Operateur muss dank Roboterhilfe nicht mehr stundenlang krumm gebeugt über dem Patienten stehen. Dank der minimalinvasiven Methode wird der Patient zudem bereits am Tag nach der Operation aufstehen können. Im Schnitt verkürzt sich der stationäre Aufenthalt eines Patienten durch den Robotereinsatz in Kiel um zwei bis drei Tage.

Das Beispiel aus Deutschlands Norden ist nur eines von vielen. Die Robotermedizin verändert gerade republikweit die Operationssäle. „In höchstens zehn Jahren werden in Deutschland die allermeisten chirurgischen Eingriffe von Robotern ausgeführt“, glaubt Jünemann. „Die traditionelle offene Chirurgie wird auf lange Sicht verschwinden.“

Eine Einschätzung, die Prof. Dr. Bernd Wullich, Direktor der Urologischen und Kinderurologischen Klinik am Universitätsklinikum Erlangen, für vorschnell hält: „Bis auf einen kürzeren Krankenhausaufenthalt und einen geringeren Blutverlust gegenüber den offenen Operationstechniken sind die reinen Ergebnisse bislang nicht so viel besser“, so Wullich. Tatsächlich gibt es keine wissenschaftlichen Studien, die einen klaren Vorteil von Da Vinci belegen.

GUT FÜRS IMAGE

In der bislang einzigen kontrollierten Vergleichsstudie untersuchten Mediziner der Universität Queensland im australischen Brisbane den häufigsten Robotereingriff: die vollständige Entfernung der Prostata. Das Ergebnis der 2016 im Fachjournal „Lancet“ veröffentlichten Studie: Drei Monate nach dem Eingriff kam es in beiden Patientengruppen fast gleich häufig zu Inkontinenz und Erektionsstörungen. Trotzdem sieht auch Wullich Vorteile durch den Robotereinsatz. „Wir benötigen weniger Blutkonserven, wir sparen Schmerzmittel und brauchen weniger Wund- und Nachbehandlungen.“ Eine willkommene Nebenwirkung ist die Anziehungskraft, die von Da Vinci auf Patienten ausgeht. „Die meisten Patienten suchen uns auf, gerade weil wir es anbieten“, sagt Wullich. Auch Bewerber auf offene Arztstellen fragten gezielt nach, ob die Urologie bereits mit Da Vinci arbeite. „Für das Image einer Klinik ist das längst ein Faktor.“ Die Kehrseite der Medaille sind allerdings die hohen Kosten: Der Preis für einen Eingriff mit dem künstlichen »

Assistenten übertrifft den einer herkömmlichen Operation um mehr als 1.000 Euro. Diese Summe übersteigt die von den Krankenkassen bezahlte Fallpauschale bei weitem.

PLATZHIRSCH DA VINCI

Die hohen Kosten sind vor allem auf die marktbeherrschende Stellung des Herstellers von Da Vinci zurückzuführen. Das kalifornische Medizintechnikunternehmen Intuitive Surgical brachte sein System bereits Ende der 90er Jahre auf den Markt. Inzwischen stehen weltweit über 4.200 Geräte in den OP-Sälen, davon 88 in Deutschland (Stand Ende 2016). Und das, obwohl der Stückpreis im Schnitt bei rund zwei Millionen Euro liegt. Rentabel arbeiten mit dem kostspieligen System können vor allem Kliniken mit einer gesunden Mischkalkulation – und letztlich all diejenigen, die die prestigeträchtigen Maschinen quersubventionieren. Dazu gehören meistens die großen Universitätskliniken, die Zuschüsse vom Bund und von den Ländern erhalten.

Die Vormacht von Intuitive Surgical basiert vor allem auf der rigiden Patentpolitik des Unternehmens: Es verfügt über weit mehr als 600 US-Patente – bisher eine unüberwindbare Barriere für Wettbewerber. Doch einige Patentrechte sind Ende 2016 ausgelaufen. Seitdem ist der Markt in Bewegung geraten. Sowohl Start-ups als auch Medizinkonzerne arbeiten derzeit unter Hochdruck an Alternativen – eine davon trägt das Siegel „Made in Germany“.

An der Leipziger Uniklinik ist Prof. Dr. Jens-Uwe Stolzenburg, Chefarzt der Urologie, die treibende Kraft, was die Entwicklung einer Konkurrenz zum Platzhirsch angeht. „Da Vinci ist mit seinen vielen Funktionen unbestritten ein sensationelles System, aber für die meisten Kliniken schlicht zu teuer. Mein Ziel ist es, weltweit viel mehr Menschen den Zugang zu den Vorteilen der roboterassistierten Chirurgie zu ermöglichen.“ Um die elektronischen Helfer flächendeckend zu verbreiten, hat Stolzenburg gemeinsam mit dem Jenaer Unternehmen avatera eine preisgünstigere Alternative entwickelt, die noch 2018 auf den Markt kommen wird. Das Modell setzt sich aus Standard-Komponenten zusammen, was einen erheblichen Kostenvorteil bedeuten soll.

Jetzt schon wesentlich günstiger als Da Vinci arbeitet ein Cola-Dosen-förmiges Gebilde aus Israel, das mit seinen sechs Beinchen in der Neurochirurgie der Johannes Gutenberg-Universität Mainz über die Rücken der Patienten krabbelt. „Renaissance“ – so sein Name – gehört zu den vielen computergesteuerten „Facharbeitern“ in der Medizin, die nur in ganz eng abgesteckten Teilgebieten zum Einsatz kommen. „Das System zeigt genau an, wo und in welchem Winkel wir den Bohrer ansetzen müssen, um eine Schraube genau so zu implantieren wie zuvor am Computer geplant“, erklärt Prof. Dr. Sven Kantelhardt, leitender Oberarzt an der Mainzer Uniklinik.

SCIENCE-FICTION IM OP?

Tatsächlich zeigt der Miniroboter, ähnlich wie eine Marssonde auf unbekanntem Terrain, über dem Körper exakt die richtige Stelle für den Hautschnitt an. Das spart Zeit und Röntgenaufnahmen. Rund hundert Gramm „Renaissance“ kosteten die Rheinhessen vor sechs Jahren etwa 600.000 Euro. Auch die Folgekosten sind geringer als beim großen Bruder Da Vinci: „Wir verbrauchen bei jedem Eingriff Einwegmaterialien im Wert von rund 150 Euro – das ist relativ überschaubar“, sagt der Neurochirurg. Hinzu komme: „Das Operieren wird insgesamt sicherer.“ Ein Aspekt, der letztlich auch von Hause aus eher konservativ eingestellte Chirurgen überzeuge.

Ob die neuen, praktischen Helfer den Menschen bald völlig aus dem OP-Saal verdrängen? Diese oft geäußerte Angst weist Kantelhardt zurück. „Die Roboter sind unser verlängerter Arm, der uns immer mehr hilft. Dass sie eines Tages ganz selbständig arbeiten, sehe ich nicht.“

Befürchtungen, dass angehende Chirurgen der Generation Y, für die der Umgang mit der Digitalisierung Alltag ist, die Grundlagen vergessen könnten, zerstreut Kantelhardt ebenfalls. „Klar lernen die Jungmediziner bei uns erst einmal, den Roboter zu bedienen, aber wir zeigen ihnen natürlich auch, wie es ohne geht. Schließlich müssen wir bei einem Systemausfall sofort umschalten und dem Patienten eine hochwertige manuelle Behandlung garantieren können. Ohne das Grundhandwerk zu beherrschen, geht es auch zukünftig nicht.“ «

ZORA IM DIENST

Die neue Mitarbeiterin ist 59 Zentimeter groß, 4,5 Kilogramm schwer und hat niedliche Kulleraugen. Der humanoide Roboter erinnert die Patienten daran, ihre Medikamente einzunehmen und zu trinken, oder demonstriert einfache Entspannungsübungen – und das in mehreren Sprachen. Seit Sommer 2017 ist Zora in Kiel am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein im Einsatz. Sehr zur Freude der Patienten. Stefanie Fimm, Leiterin der Physiotherapie: „Zora erleichtert uns besonders den Zugang zu Kindern, die oft bereits eine Leidensgeschichte hinter sich haben. Besonders gut klappt das bei ausländischen Kindern, wenn Zora mit ihnen in ihrer Sprache kommuniziert.“ Den Menschen ersetzen kann der kleine Roboter jedoch nicht. „Wir setzen Zora oft nach der Therapieeinheit als Belohnung ein. Sie kann singen oder Geschichten erzählen, aber ihr Aktionsradius hat Grenzen, zum Beispiel bei der Beweglichkeit der Hände“, meint Fimm. Dass die Spielräume für Zora immer größer werden, dafür sorgt das Klinikpersonal selbst. „Wir loten gemeinsam mit der Herstellerfirma Stärken und Schwächen aus und erweitern so sukzessive ihre Fähigkeiten.“

Sven Kantelhardt und sein verlängerter Arm: Spezialroboter „Renaissance“ sucht die richtige Stelle für einen Eingriff.

In sterile Plastikfolie verpackt: Die Roboterarme von **Da Vinci** kommen in fast 90 deutschen Kliniken im Einsatz.

Fotos S. 32–34: UKSH, S. 35: Pulkowsky

Ärzte fällen täglich mehr Entscheidungen als Manager. Auf der einen Seite geht es dabei um Krankheit, Leben oder Tod, auf der anderen um die Verhältnismäßigkeit der Mittel.

Eine randvolle Hausarztpraxis irgendwo in Deutschland. Ein der Praxis bekannter Patient schaut vorbei, weil er sich seit Tagen erkältet fühlt. Wie meistens, wenn er zum Arzt kommt, hat er keine Zeit und will nur ein Rezept. „Da er die Helferinnen immer arg unter Druck setzt und den Praxisablauf mit seiner Unruhe stört, gab ich am ersten Tag nach unserem Praxisurlaub mit ungutem Gefühl nach und ließ ihm ausrichten, es wäre besser, er käme in die Sprechstunde“, erzählt der Mediziner, der anonym bleiben will, auf dem Portal www.jeder-fehler-zaehlt.de, auf dem Hausärzte ihre Behandlungsfehler schildern können. Als der Patient fünf Tage später nach einem stärkeren Antibiotikum fragt, weil die Schmerzen in seiner Brust immer noch nicht nachgelassen haben, schrillen die Alarmglocken des Mediziners. Nach einer kurzen Untersuchung weist er den Patienten mit kardialen Durchblutungsstörungen ins Krankenhaus ein. Eine unnötig verzögerte Diagnose – und doch auch Arbeitsalltag für viele Mediziner in Deutschland. Denn da, wo täglich tausende Entscheidungen getroffen werden, läuft auch mal etwas schief.

IN DER DEFENSIVE

Forscher am Institut für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main, die das Fehler-Portal gestartet haben, gehen davon aus, dass Hausärzte pro 100 Patientenkontakte drei falsche Entscheidungen treffen. In der Klinik kommen so genannte „kritische Ereignisse mit Schadenspotenzial“ in fast zehn Prozent aller Aufenthalte vor. „Niemand entscheidet immer richtig – auch Ärzte nicht“, meint Prof. Dr. Stefan Bösner. Wie auch? Schließlich werden Entscheidungen oft nicht nur von vollen Wartezimmern, sondern auch von der Komplexität der Fälle beeinflusst. Der Marburger Hausarzt ist deswegen inzwischen dazu übergegangen, seine Patienten ganz bewusst auf Risiken hinzuweisen. „Generell machen wir in unserer Praxis gute Erfahrungen damit, Patienten möglichst viel zu erklären und sie in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen.“

VORSICHT BEIM BAUCHGEFÜHL

Entscheidungen werden aus einer Kombination von rationalem, langsamem und intuitivem, schnellem Denken getroffen. Welche Rolle das Bauchgefühl dabei spielt, merkt man vor allem in Extremsituationen. „Wenn wir an eine Unfallstelle kommen, an der jemand in einem brennenden Auto eingeklemmt ist, kann ich nicht erst eine Nacht über die perfekte Lösung schlafen. Da muss es schnell gehen“, sagt der Notfallmediziner Dr. Christoph Wölfl, Chefarzt am Marienhaus Klinikum Hetzelstift in Neustadt an der Weinstraße. Er schult gemeinsam mit dem Lufthansa Aviation Training Center andere Ärzte zum Thema Entscheidungsfindung. In seinen Kursen lernten die Teilnehmer, ihre Intuition immer wieder auf den Prüfstand zu stellen, sagt Wölfl. Denn: „Bei 70 Prozent der Entscheidungen liegt das Bauchgefühl zwar richtig, aber sicher ist sicher.“

Um Fehler unter Zeitdruck zu vermeiden, folgen Wölfl und seine Kollegen in Notfallsituationen außerdem einem klar definierten Leitfaden: dem sogenannten ABCDE-Schema, mit dem nach und nach alle wichtigen Lebensfunktionen von der Atmung bis zum Blutfluss geprüft und Fehlfunktionen gegebenenfalls therapiert werden. „Das Schema gibt klar vor, wer wie und wann behandelt werden muss. Es hilft, in Stresssituationen strukturiert zu handeln.“

GUTE ENTSCHEIDUNGEN ÜBEN

Das Beispiel von der Unfallstelle zeigt: Paradoxerweise ist es gerade die Zeitknappheit, die beherztes Handeln einfacher macht. Bleibt mehr Zeit, um verschiedene Optionen gegeneinander abzuwägen, fällt selbst professionellen Entscheidern das Urteilen schwer. Hausarzt Stefan Bösner achtet deswegen bei jedem Patienten auf die so genannten Red Flags, also Signale, die auf schwerwiegendere Erkrankungen hinweisen könnten. „Natürlich können wir nicht jeden Patienten mit Bauchschmerzen einer Darmspiegelung unterziehen. Aber wenn jemand mit chronischen Bauchschmerzen in die Praxis kommt und über Blut im Stuhl klagt, ist die Entscheidung schnell klar.“ Eine andere Technik ist der Entscheidungsbaum, mit dem man die Auswirkungen bestimmter Optionen aufzeichnen kann. Auch Gespräche mit Kollegen können helfen. „Das Wichtigste ist aber sicherlich, die eigene fachliche Kompetenz immer weiter auszubilden und so weit wie möglich standardisierte Entscheidungsprozesse zu entwickeln“, erklärt Bösner, der das Thema neben seiner hausärztlichen Tätigkeit an der Universität Marburg erforscht. Wer objektive Standards kenne, müsse nicht lange grübeln, was im Einzelfall das Richtige ist.

Das kennt auch Dr. Rudolf Lange, Amtsarzt und Leiter des Gesundheitsamts Mettmann. Wenn er entscheiden muss, ob eine Kindertagesstätte wegen eines Falls von Meningitis geschlossen oder eine Person in eine Psychiatrie eingewiesen werden muss, könne er sich seiner Verantwortung schlecht verweigern, sagt der 62-Jährige. Neben medizinischem Sachverstand und umfangreichen Kenntnissen der gesetzlichen Rahmenbedingungen braucht es laut Lange für solche Entscheidungen vor allem eins: Berufserfahrung. „Im Vergleich zu meinen ersten Monaten als Amtsarzt fallen mir Entscheidungen heute deutlich leichter – nicht weil die Fälle einfacher werden, sondern weil ich in den letzten 30 Jahren einfach viele Erfahrungen gesammelt habe.“

In der Hausarztpraxis mit dem ungeduldigen Patienten gab es im Anschluss an den Vorfall eine ausführliche Nachbesprechung. „Ich bin entschlossen, in Zukunft keinerlei Akutmedikamente ohne Ansicht des Patienten zu verordnen. Lieber mal einen ungeduldigen Patienten vorziehen“, schreibt der anonyme Mediziner in dem Online-Portal. Für den Patienten mit den kardialen Durchblutungsstörungen sei es zum Glück gut ausgegangen. «

Pro 100 Patientenkontakte treffen Hausärzte drei falsche Entscheidungen.

Quelle: Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt

GRÜNDUNGS FIEBER

DIE GESUNDHEITSBRANCHE IST IM UMBRUCH: NEUES AUS DER WELT DER START-UPS

SCHNELLTEST FÜR ANTIBIOTIKA

Weniger als die Hälfte aller Patienten bekommt auf Anhieb ein passendes Antibiotikum verschrieben. Und im Speziallabor das jeweils geeignete Mittel bestimmen zu lassen, dauert mindestens zwei Tage. Diese Wartezeit wollen Olga Grudniak und Jakub Wysocki aus dem polnischen Danzig mit ihrem Start-up Biolumo verkürzen. Ihre Lösung: Ein handlicher Apparat mit Kartuschen, die mit einer Nährlösung und verschiedenen Antibiotika gefüllt sind. Das Praxispersonal fügt Proben vom Entzündungsherd hinzu – der Rest läuft automatisch. Ein Sensor misst, wie die Bakterien auf das jeweilige Mittel reagieren, und sendet die Daten an Biolumo. Nach sechs Stunden bekommt der Arzt per E-Mail ein Ranking der einsetzbaren Antibiotika. Das Gerät könnte 2019 auf den Markt kommen.

WWW.BIOLUMO.EU

„Eines für alle“

Gründer Samir El-Alami über sein Start-up Doctorly

Doctorly will die unterschiedlichen Computerprogramme, die eine Arztpraxis zur Verwaltung nutzt, in einem einzigen System vereinen. Wie ist die Idee entstanden?
Wir haben über 100 Praxen in Deutschland befragt: Das Thema, mit dem die meisten Praxisteams hadern, ist der Verwaltungsaufwand, den sie erledigen müssen – und, wie sie ihn erledigen müssen. Die Mehrheit hofft, die Digitalisierung könnte ihnen helfen, den Papierkram zu reduzieren. Nur leider klappt das nicht.

Warum nicht?
Weil die Praxismanagement-Software, die die meisten deutschen Ärzte nutzen, veraltet und nicht kompatibel mit digitalen Innovationen ist.

Wie soll es mit Ihrem System gelingen, Zeit für Verwaltungsaufgaben einzusparen?
Doctorly integriert alle Kernprozesse einer Praxis und unterstützt sie mit intuitiven, smarten Eingabemasken. Wir haben sehr viel Zeit in unterschiedlichen Praxen verbracht und gemeinsam mit unseren Partnern an der optimalen Unterstützung gefeilt. Darüber hinaus dazu agiert Doctorly nicht als abgeschottetes System, sondern erlaubt es, Patienten elektronisch einzubinden, und ist offen für mehrwertstiftende Integrationen durch Drittanbieter. Das hat zur Folge, dass der Anwender nicht mehr von System zu System springen muss.

SAMIR EL-ALAMI
Samir El-Alami ist Gründer des Start-ups Doctorly

Ist eine zentralisierte Systemverwaltung nicht sicherheitsanfällig?
Bisher lagern Arztpraxen ihre Patienteninformationen auf Papier oder Datenträgern in Aktenschränken. Das ist weder sicher noch praktisch. Wir werden zudem in puncto Sicherheit streng von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und von staatlichen Stellen geprüft.

Der deutsche Gesundheitsmarkt ist stark reguliert. Wie kann ein solches Angebot hier bestehen?
Die Regierung hat realisiert, dass das deutsche Gesundheitssystem in Sachen Digitalisierung den Anschluss an andere EU-Länder verlieren könnte und man handeln muss. Deshalb glaube ich: Doctorly kommt genau zur richtigen Zeit.

WWW.DOCTORLY.DE

Illustration: Romina Birzer

HEISSER SOMMER IM BOOTCAMP

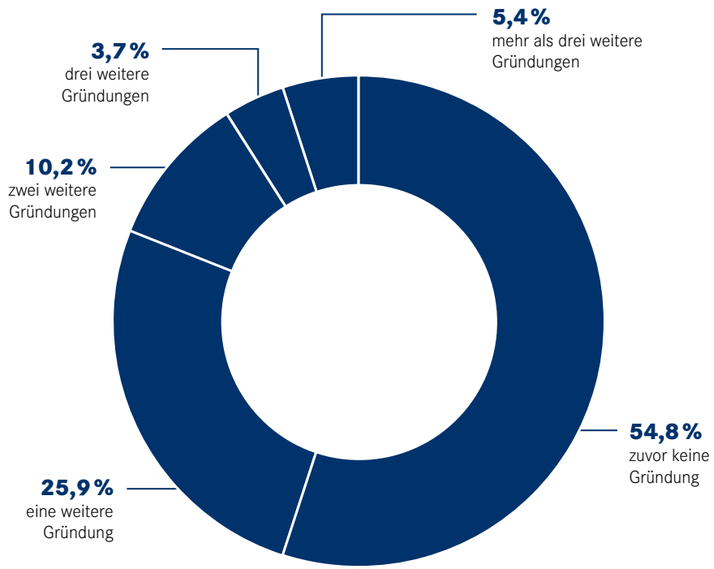
Das Start-up-Bootcamp „Digital Health“ 2018 geht in seine heiße Phase: Bis zum 22. Juni konnten sich Gründerteams aus aller Welt bei dem Accelerator-Programm, das digitale Ideen in der Gesundheitsbranche fördern will, bewerben. Auf „Fast Track“-Veranstaltungen können sie nun ihre Ideen vor einer hochkarätig besetzten Jury präsentieren, die bis Ende Juli ihre Favoriten auswählt. Für diese beginnt ab September das Bootcamp-Programm: Die Gründerteams erhalten jeweils 15.000 Euro Startguthaben und werden drei Monate lang von Mentoren betreut. „Wir freuen uns darauf, die Gründer mit unserem Netzwerk und unserem Know-how zu unterstützen“, sagt Jessica Hanneken, die für den Projektpartner apoBank das Start-up-Bootcamp betreut. „Innovative Anwendungen werden im Gesundheitssystem gebraucht – aber genauso brauchen Gründer Beratung, um auf dem regulierten deutschen Markt Fuß zu fassen.“ Mehr Informationen unter:

WWW.STARTUPBOOTCAMP.ORG

SERIENGRÜNDER

Fast die Hälfte der deutschen Start-up-Unternehmer sind als Gründer Wiederholungstäter. Ein gutes Zeichen: Offenbar gehört es in der Szene dazu, aus Fehlern zu lernen und nicht aufzugeben.

Quelle: Deutscher Startup Monitor 2017



92,1 %

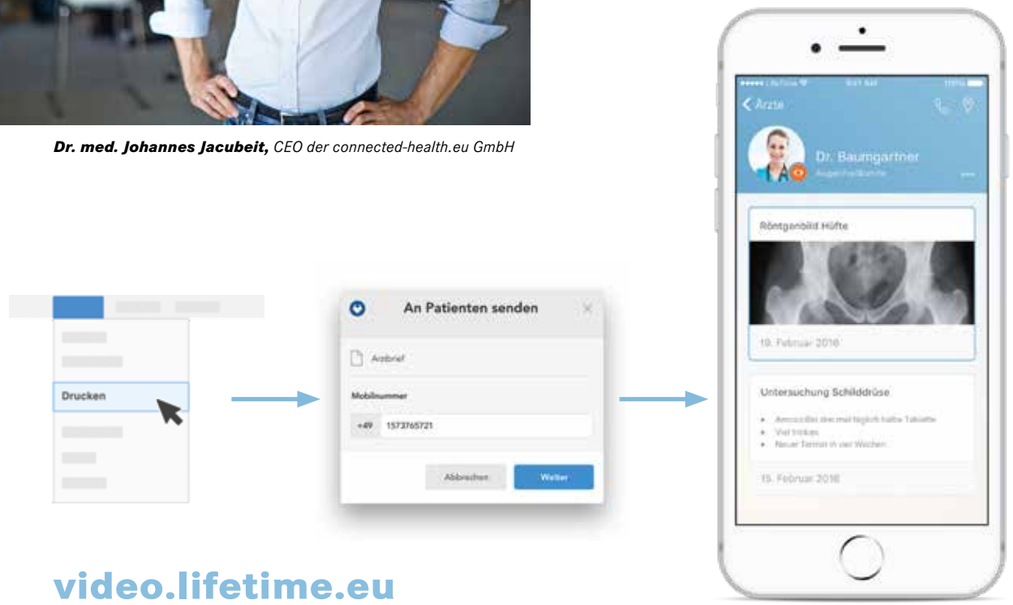
beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass der Infrarotlaser des Start-ups Magnosco richtig erkennt, ob eine verdächtige Stelle schwarzer Hautkrebs ist oder nicht. Das neue Gerät soll das Urteil des Arztes unterstützen und dazu führen, dass weniger Hautstellen vorsorglich herausgeschnitten werden müssen.

DSGVO in Ihrer Arztpraxis

Versenden Sie Befunde gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)? Verschlüsselt vom Praxisrechner bis in die Hand des Patienten? Das ist einfacher als auf Papier – auch wenn der Patient keine App installiert hat.

Dr. med. Johannes Jacubeit, *CEO der connected-health.eu GmbH*

„Ich habe LifeTime entwickelt, da ich mir schon während meiner Tätigkeit als Arzt eine einfache Lösung gewünscht habe, mit der ich datenschutzkonform Befunde an Patienten senden kann. Gemäß §20 der neuen DSGVO haben Patienten nun das Recht, ihre Daten digital zu erhalten. Mittels Therapie-Erinnerungen und einer einfachen und sicheren Ablage für Befunde auf ihrem Smartphone möchte ich Patienten unterstützen. Damit haben sie relevante Befunde immer bei sich und können diese einfach weitergeben. Der Schutz der Arzt-Patienten-Beziehung war mir dabei besonders wichtig. Wir als Unternehmen halten deshalb dauerhaft keine Daten. Diese liegen wie bisher in der Arztpraxis sowie physisch auf dem Smartphone des Patienten. Dieser kann so selbst entscheiden, wo er seine Daten hochlädt. LifeTime ist so einfach, dass das System in einem 1,5-minütigen Video erklärt ist."



video.lifetime.eu

DAS EIGENE AMAZON

Immer mehr Shop-Lösungen zeigen: Die Offizin vor Ort und der Online-Vertrieb von Medikamenten müssen keine Gegensätze sein.

Ralf König ist ein gefragter Mann. Seitdem der Apotheker im März für sein Konzept für den Apothekenshop Curacado mit dem Digitalpreis von „Apotheke Adhoc" und „Apotheken Umschau" ausgezeichnet wurde, steht sein Telefon nicht mehr still. „Vor allem Kollegen wollen wissen, wie sie ihren Online-Vertrieb mit Curacado professionalisieren können", sagt der 47-Jährige, der im Raum Nürnberg vier Apotheken betreibt. Für 149 Euro monatlich können sich Apotheken bei Curacado einen professionellen Online-Shop mieten und unter der eigenen Internetdomain betreiben. Das Besondere: Die einzelne Offizin bleibt mit ihrem Logo sichtbar, sämtliche Vorgaben zum Datenschutz werden eingehalten sowie umfangreiche Beratungstexte mit Angaben zu Nebenwirkungen angeboten. König: „Diese Eigenschaften fehlten mir bei den bisherigen Anbietern, als ich nach einer Shop-Lösung für meine Apotheken gesucht habe."

ABHOLEN ODER LIEFERN

Also setzte er sich im Sommer 2017 mit einem Programmierer und einem Juristen zusammen und entwickelte eine eigene Anwendung. Im vergangenen November ging Curacado online – zunächst für Königs Apotheken. Schnell zogen andere nach. Rund 50 Apotheken richten derzeit einen Shop mit Curacado ein, mit über 100 laufen laut König Vertragsverhandlungen. Das Beispiel zeigt: Der Online-Handel mit Medikamenten ist für Apotheker nicht nur gefürchtete Konkurrenz. Er kann das stationäre Geschäft sinnvoll ergänzen – wenn man ihn selbst macht. Start-ups wie Curacado, aber auch Kooperationen mit anderen Apotheken oder Unternehmern können dabei unterstützen.

Dass sich das lohnt, zeigt ein Blick auf den Markt: Kauften 2012 noch 30 Prozent aller Internetnutzer auch Arzneimittel online, so waren es 2016 bereits 55 Prozent, Tendenz steigend. Apotheken, die online verkaufen, haben zudem gegenüber Internetriesen einen Vorteil: Ihr Service ist schnell – und bequemer. Denn Apotheker liefern in ihrer Region taggleich. Außerdem können Kunden Medikamente vorbestellen, am selben Tag in der Apotheke abholen und sich dabei von ihrem Apotheker persönlich beraten lassen. Pluspunkte, die Marktriesen wie Amazon so nicht bieten können.

Auch das Start-up Apoly setzt auf den regionalen Aspekt und die vorhandene Lieferlogistik der Apotheken. Das Gründerteam aus Leipzig startete 2016 mit einem Mastershop, also einem Sammelauftritt aller Partner-Apotheken. Verbraucher suchen mit Hilfe ihrer Postleitzahl nach der nächstgelegenen Offizin und können dort bestellen – mittlerweile mehrsprachig. Vielerorts ist das Netz an Partner-Apotheken noch lückenhaft. Gründer Luca Christel ist trotzdem optimistisch: „Aktuell haben wir 90 Partner – bei wachsender Nachfrage." Einen Online-Service planen beziehungsweise haben auch die Apothekergenossenschaft Noweda und die Apothekengemeinschaft Linda-Apotheken. Nach dem „Click & Collect"-Prinzip (auf Deutsch: Klicken & Einsammeln) können Kunden online in ihrer Apotheke bestellen und die Ware am selben Tag abholen.

NEUE PARTNER

In Sachen Internetvertrieb und Online-Service müssen sich Apotheken also nicht verstecken. Und der Preiskampf? „Studien zufolge achtet rund die Hälfte der Kunden nur auf den günstigsten Preis. Die sind nicht unser Fokus. Ich möchte Kunden halten, die Beratung schätzen", sagt König. Vielleicht müsse man dafür in Zukunft neue Partner suchen: Lieferdienste wie Lieferando etwa, die das Zustellnetz verdichten. „Mit solchen Synergien können Apotheker ihr Serviceangebot immens erweitern", glaubt König, der weiß, dass viele Kollegen hier noch zurückhaltend sind: „Eigentlich komisch. Bei Betriebsabläufen wie der Herstellung oder im Austausch mit Lieferanten sind wir digital sehr stark. Warum agieren wir in Richtung Kunde so zögerlich?" «

BÜCHER-PICKNICK

RICHARD hat aufgetischt: Spannendes, Heiteres und Wissenschaftliches für den Lesesommer. In der Hauptrolle: Ärzte und Apotheker. Greifen Sie zu!

MICHELLE WEBER

1 ED YONG: WINZIGE GEFÄHRTEN. WIE MIKROBEN UNS EINE UMFASSENDE ANSICHT VOM LEBEN VERMITTELN Sie halten Viren in Schach, bringen dem Immunsystem bei, zwischen Freund und Feind zu unterscheiden, und wirken sich sogar aufs Verhalten aus. Die Rede ist von Mikroben, den kleinen Helden dieses Forschungsbestsellers. *(Aus dem Englischen von Sebastian Vogel, Kunstmann, 28 Euro)*

2 MICHAIL BULGAKOW: ARZTGESCHICHTEN Bevor Michail Bulgakow „Der Meister und Margarita" schrieb und damit zu einem der bedeutendsten sowjetischen Schriftsteller wurde, arbeitete er als Landarzt. In den autobiografischen „Arztgeschichten" schildert er feinfühlig seine Erlebnisse als junger Mediziner im ländlichen Russland. **(Luchterhand, 8,99 Euro)**

3 PHARMAMA: HABEN SIE DIESE PILLE AUCH IN GRÜN? Kunden, die ihre Arzneimittel grillen, Bodybuilder, die nach Hormonen verlangen, und Mütter, die Hustenbonbons mit Fieberzäpfchen verwechseln: Eine Schweizer Apothekerin berichtet über ihren Arbeitsalltag. Herrlich skurril. **(rororo, 10,99 Euro)**

4 MARC ELSBERG: HELIX – SIE WERDEN UNS ERSETZEN „Dann stand nur mehr das Rednerpult auf der Bühne und der US-Außenminister lag reglos daneben." So beginnt dieser Biotechnologie-Thriller über ein Grippevirus, das genetisch derart verändert wurde, dass es nur bestimmte Menschen tötet. Gruselig und spannend. **(Blanvalet, 22,99 Euro)**

5 LINDSEY FITZHARRIS: DER HORROR DER FRÜHEN MEDIZIN Wer 1850 in einer Londoner Klinik operiert wurde, musste das Geld für seine Beerdigung gleich mitbringen. An Infektionen starb damals fast die Hälfte der Patienten. Ändern sollte sich das erst, als der Chirurg Joseph Lister begann, Wunden mit in Phenol getränkten Verbänden zu versorgen. **(Aus dem Englischen von Volker Oldenburg, suhrkamp, 14,95 Euro)**

6 PAUL KALANITHI: BEVOR ICH JETZT GEHE Der CT-Scan, den der US-Neurochirurg Paul Kalanithi am Anfang dieses Buches in der Hand hält, ist sein eigener. Diagnose: Lungenkrebs, viertes Stadium, mit gerade einmal 36 Jahren. In den Monaten vor seinem Tod schreibt Kalanithi dieses Buch über sein Leben und seine Karriere. Bewegende Autobiografie eines Arztes. **(Penguin Verlag, 10 Euro)**

7 MIIKA NOUSIAINEN: DIE WURZEL ALLES GUTEN In Finnland war dieser Feel-good-Roman über einen Zahnarzt ein großer Erfolg. In Kapiteln wie „Untersuchung", „Reinigung des Wurzelkanals" und „Überkronung" geht es um Pekka Kirnuvaara, dessen Zahnarzt denselben seltenen Nachnamen trägt wie er. Die beiden finden heraus, dass sie Halbbrüder sind. **(Übersetzt von Elina Kritzokat, Nagel & Kimche, 20 Euro)**

8 JULIA FISCHER: DIE GALERIE DER DÜFTE Julia Fischer erzählt in diesem Liebesroman von der Apothekerstochter Johanna, die sich für Düfte erwärmt. Auf der Suche nach einem legendären Parfüm zieht es sie in Europas älteste Apotheke nach Florenz. Und zwischen zwei ungleiche Männer. **(Knaur, 14,99 Euro)**

INNENLEBEN

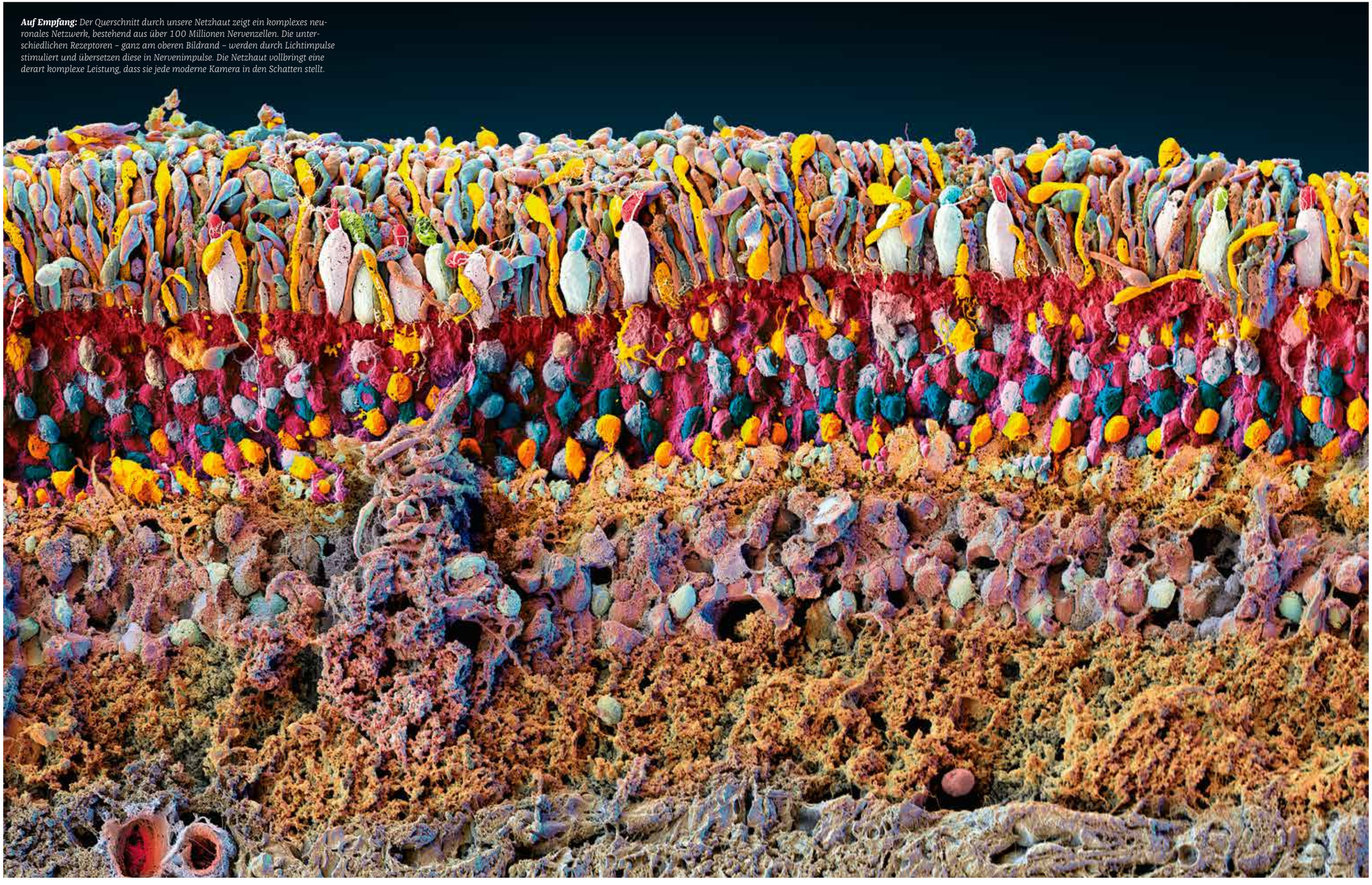
Dr. Martin Oeggerli rückt dem menschlichen Körper so nah wie kein anderer Fotograf. Seine Objekte setzt der promovierte Biologe mittels Raster-Elektronen-Mikroskopie in Szene. Einblicke in eine verborgene Welt

MARTIN OEGGERLI

Elastisch: *Die Linse des menschlichen Auges besteht aus unzähligen Schichten. Benachbarte Zellen greifen darin wie Puzzleteile ineinander. So entsteht keine Lücke, wenn die Linse beim Fokussieren ihre Form ändert.*

Stark: *Das Foto zeigt den Querschnitt eines Muskels in 1.000-facher Vergrößerung. Einzelne Muskelfasern (rot) unterscheiden sich deutlich vom umliegenden Gewebe, der so genannten extrazellulären Matrix (weiß), die die Zwischenräume zwischen den Zellen ausfüllt.*

Links: © M Oeggerli 2010, unterstützt durch Augenspital- und Pathologie, Universitätsspital Basel und School of Life Sciences, FHNW. Rechts: © M Oeggerli 2017, unterstützt durch Pathologie, Universitätsspital Basel und School of Life Sciences, FHNW.



Auf Empfang: *Der Querschnitt durch unsere Netzhaut zeigt ein komplexes neuronales Netzwerk, bestehend aus über 100 Millionen Nervenzellen. Die unterschiedlichen Rezeptoren – ganz am oberen Bildrand – werden durch Lichtimpulse stimuliert und übersetzen diese in Nervenimpulse. Die Netzhaut vollbringt eine derart komplexe Leistung, dass sie jede moderne Kamera in den Schatten stellt.*

© M Oeggerli 2012, unterstützt durch K N Goldie, CCINA, Biozentrum, Universität Basel, sowie Augenspital- und Pathologie, Universitätsspital Basel.

Aufnahmefähig: *Um viel Energie auf möglichst kleinem Raum zu speichern, sind Fettzellen (gelb) nur durch hauchdünne Bindegewebswände (weiß) getrennt. Deshalb ähnelt Fettgewebe in seiner Struktur einer Bienenwabe.*

© M Oeggerli 2010, unterstützt durch Pathologie, Universitätsspital Basel und School of Life Sciences, FHNW.

DR. MARTIN OEGGERLI

ist ein Schweizer Molekularbiologe und Künstler. Als Wissenschaftler arbeitete der 44-Jährige mehr als zehn Jahre lang in der Forschungsabteilung des Universitätsspitals Basel. Seit 2005 sammelt er mikroskopisch kleine Organismen und Strukturen, analysiert diese am Raster-Elektronen-Mikroskop (REM) und koloriert die ursprünglich grauen REM-Bilder in Handarbeit. „Als Wissenschaftler ging es für mich früher um die großen Zusammenhänge“, sagt Oeggerli. „Als Künstler möchte ich den Leuten die Realität stark vergrößert zeigen, um sie mit etwas zu verblüffen, was sie vielleicht schon dachten zu kennen.“ Seine Werke wurden mit zahlreichen Preisen für Wissenschaftsfotografie ausgezeichnet. Die gezeigten Fotos stammen aus dem Buch:

natura obscura. 200 Naturforschende – 200 Naturphänomene – 200 Jahre Naturforschende Gesellschaft in Basel. Hrsg. von der Naturforschenden Gesellschaft in Basel (u.a.), Schwabe Verlag, 243 S., 153 Abbildungen, 40 Euro, ISBN 978-3-7965-3686-1

Impulsgeber: Als Sportpsychologe ist Hans-Dieter Hermann mehr als nur Zuschauer. Beim Training und im Spielertunnel ist er ganz nah bei der Nationalmannschaft – und immer ansprechbar.

„DER KOPF GIBT DIE BEWEGUNG FREI“

Wie motiviert man Weltmeister? Ein Besuch bei Hans-Dieter Hermann, dem Psychologen der deutschen Fußballnationalmannschaft

MICHAEL AUST

Eine Wohnsiedlung im badischen Schwetzingen. Alle Straßen sind nach Ärzten benannt: Albert Schweitzer, Ferdinand Sauerbruch, Ignaz Semmelweis. Mittendrin: ein weißes Haus, zwei Balkone, ein Garten mit einem schneeweißen Zaun. Hier arbeitet Hans-Dieter Hermann, seit 14 Jahren der Sportpsychologe der deutschen Fußball-Nationalmannschaft, Jogi Löws „Mann fürs Mentale“.

An dieser Tür klingeln Fußballstars, die Millionen Zuschauer aus dem Fernsehen kennen. Was sind das für Menschen, mit denen Sie arbeiten?
Ich erlebe unsere Nationalspieler in erster Linie als Menschen, die sehr zufrieden sind mit ihrem Leben. Sie wissen um das Glück, das sie haben, und sind dafür dankbar.

Der ehemalige Nationalspieler Per Mertesacker wirkte nicht so glücklich, als er im Frühjahr in einem „Spiegel“-Interview berichtete, er habe vor jedem Spiel Brechreiz gehabt, so viel Druck habe er empfunden ...
Wir wissen aus physiologischen Messungen, dass der Spiegel an Stresshormonen bei Fußballern tatsächlich sehr hoch ist – und das, obwohl sie zum Teil weniger trainieren und spielen als so manche Athleten aus anderen Sportarten. Bei ihnen ist allerdings das Gesamtpaket belastend: Allein die mediale Beobachtung, die dauernde öffentliche Bewertung und der sehr eingeschränkte private Spielraum, all das wirkt sich auf die Befindlichkeit aus. Dieses Stresserleben beschreiben viele, die in der Öffentlichkeit stehen. Deshalb kann ich Per gut verstehen. Allerdings: Die speziellen Symptome, die er beschreibt, haben meines Wissens nur wenige Fußballprofis. »

Tatsächlich? Warum hat er sich so schwergetan?
Weil Stresserleben individuell sehr unterschiedlich zum Ausdruck kommt und er sicherlich jemand ist, der die Erwartungen von außen spürt und zusätzlich einen sehr hohen Anspruch an sich selbst hat. Als Per 2004 in die Nationalmannschaft kam, war er sehr jung und introvertiert. Er hatte gerade mal zehn Bundesliga-Einsätze absolviert, als er von Jürgen Klinsmann nominiert wurde, und schon bald stand die Weltmeisterschaft im eigenen Land an. Das war schon viel auf einmal, was da auf ihn zukam. Dennoch: Per spielte dann bei der WM so gut, er hat nahezu keine Zweikämpfe verloren und keine Fehler gemacht.

Wie arbeiten Sie eigentlich mit dem DFB-Team?
Ich bin Teil des Betreuerstabs und sorge sozusagen dafür, dass der Kopf mitspielt. Dafür gibt es Einheiten auf dem Platz mit sportpsychologischem Inhalt, psychologische Trainingsformen als Trainingseinheit, Teambuilding-Maßnahmen oder auch Eins-zu-eins-Gespräche, die immer freiwillig sind. Eine Trainingsform ist zum Beispiel das mentale Training. Eine sehr effektive Methode, um Bewegungsabläufe oder Spieltaktiken einzuüben, da man Spielzüge vor dem geistigen Auge ablaufen lassen kann, ohne dass man dabei auf dem Platz stehen muss. Das lässt sich auch gut mit Videositzungen vor dem Training koppeln. Wenn ein Spielzug dann später praktisch auf dem Platz eingeübt wird, hat man ihn richtig verankert.

Also alles eine Frage des Kopfes?
Oder spezieller ausgedrückt: der Psyche. Die kommt immer dann ins Spiel, wenn es keine Automatismen gibt oder sie nicht funktionieren. Wir haben ja von allen Bewegungen mentale Abbilder im Gehirn. Wenn die blockiert sind, wird es schwierig. Der Kopf muss die Bewegung freigeben.

In Ihren Büchern sprechen Sie von Kompetenzerwartung – der Überzeugung, dass man eine Aufgabe auch schaffen kann. Wie stärkt man die?
Durch positive Erfahrungen, die man macht, wenn man sich auch schwierigen Aufgaben stellt. Wichtig sind die Führungskräfte, im Sport sind das die Trainer. Aber auch ein Oberarzt im OP kann in der Art seines Coachings – durch Lob, Korrektur, Verantwortungsübergabe – seine jungen Kollegen dazu bringen, dass sie sich selbst mehr zutrauen.

Wie sind Sie eigentlich bei der Sportpsychologie gelandet? Ihr erstes Studienfach war doch Medizin.
Damals war der Run auf die Medizinplätze so groß, dass ich für mein Studium nach Belgien gegangen bin. Zur Psychologie wollte ich eigentlich nur übergangsweise wechseln, um zurück nach Deutschland zu kommen. Dann hat mich das Fach fasziniert. Nebenbei war ich – wenn ich ehrlich bin – auch nicht unfroh. Ich hatte damals als Praktikant in Krankenhäusern schon einige Erfahrungen gesammelt, die mich nachdenklich gemacht haben, ob die Medizin wirklich mein Fach ist.

Als was haben Sie dort gearbeitet?
Als eine Art Hilfspfleger auf diversen Stationen, als Sitzwache in der Nacht und wenn ich ganz viel Glück hatte, durfte ich auch mal im OP Haken halten. Begrifflich war meine Tätigkeit als „unsteriler Springer“ das Highlight.

Für die Teams, mit denen Sie arbeiten, geht es letztlich immer um Erfolg. Wie geht man eigentlich mit Misserfolgen um – spricht man darüber? Oder lässt man die gedanklich besser nicht zu viel Raum einnehmen?
Da gibt es verschiedene Lehrmeinungen. Es gibt Trainer, die fokussieren immer nur auf das Positive, quasi die amerikanische Schule. Dabei sind Misserfolge – zumindest psychologisch gesehen – eine tolle Geschichte, um daraus zu lernen. Ein typisches Beispiel war das 4 : 4 der deutschen Fußballnationalmannschaft gegen Schweden im Qualifikationsspiel zur WM 2014. In der Halbzeit stand es 3 : 0 für uns, dann haben die Schweden beim Stand von 4 : 0 rund um die 60. Minute das Spiel gedreht. Jogi Löw hat danach verbal nicht auf die Jungs draufgehauen, sondern zugehört und gefragt: „Was ist hier passiert?“ Als wir dann bei der WM einen ähnlichen Vorsprung hatten …

… gegen Brasilien im Halbfinale …
… hat die Mannschaft es besser gemacht und 7 : 1 gewonnen. Ohne die Blaupause des Schweden-Spiels wäre das vielleicht anders gelaufen.

Was haben die Spieler denn anders gemacht?
So banal es klingt: Sie haben völlig unabhängig vom Spielstand nur immer wieder das nächste Tor machen wollen.

Die Vision für die WM 2018 heißt Titelverteidigung. Wie motiviert man Weltmeister, die alles erreicht haben?
Pardon, eine kleine Korrektur: Das Ziel für Russland ist, den WM-Pokal nochmals zu holen. Motiviert werden muss außerdem niemand in der Mannschaft, die Leistungsdichte ist hoch, das System pusht sich selbst. Aber natürlich kann man etwas für die Inspiration tun: Hier geht es um gruppendynamische Prozesse, die wir unterstützen. Viel hängt auch von der Rhetorik des Trainers ab: Was sagt er wann zu wem, was zur Mannschaft? Letztlich ist aber auch viel Intuition gefragt, das Gespür, dass es dieser Worte exakt in diesem Augenblick bedarf. So wie der Satz, den Jogi Löw im WM-Finale 2014 zu Mario Götze bei dessen Einwechslung gesagt hat: „Zeig der Welt, dass du besser bist als Messi!“ Das war spontan, das hat gewirkt. Das war Jogi, wie ich ihn kenne. «

Ein Sommermärchen: 2014 feierte Hans-Dieter Hermann zusammen mit Bundestrainer Joachim Löw (r.) den Gewinn der Fußballweltmeisterschaft.

Foto S. 50/51: picture alliance / Eibner-Pressefoto, S. 52: © Getty Images / Pool

HANS-DIETER HERMANN

Weltmeister
Prof. Dr. Hans-Dieter Hermann ist einer der bekanntesten Sportpsychologen Deutschlands. Er betreute Kaderathleten des Deutschen Sportbunds und Nationalteams aus den Sportarten Hockey, Boxen, Turnen, Leichtathletik, Schwimmen und Judo. Nach dem tödlichen Ski-Unfall der Abfahrerin Ulrike Maier 1994 war Hermann mehrere Jahre Psychologe des österreichischen Ski-Teams. 2004 holte ihn der damalige DFB-Trainer Jürgen Klinsmann zur deutschen Fußballnationalmannschaft, die 2014 Weltmeister wurde. Nach wie vor ist er Mitglied im Betreuerstab der Nationalmannschaft.

Akademiker
1960 im württembergischen Ludwigsburg geboren, begann Hermann zunächst in Antwerpen ein Medizinstudium, bevor er zur Psychologie wechselte. Nach seinem Abschluss ging er 1988 an die Universität Heidelberg, wo er eine Stelle als Assistent des Sportpsychologen Prof. Hans Eberspächer antrat. Nach verschiedenen Engagements als Lehrbeauftragter unterrichtet Hermann seit 2010 als Professor an der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement in Saarbrücken und hat seit 2017 eine Honorarprofessur an der Universität Tübingen inne.

Coach
Gemeinsam mit seinem Geschäftspartner Prof. Jan Mayer betreibt Hermann ein eigenes Coaching-Institut, die Coaching Competence Cooperation. Er ist Autor einer Vielzahl von Publikationen. Gemeinsam mit Jan Mayer veröffentlichte er gerade das Buch „Make them GO! X – Essenz aus dem Coaching für Spitzensportler“ (Murmann, 10 Euro).

Mercedes Sprinter 519 CDI 1a

Leistung	190 PS
0 – 100 km/h	ca. 14 Sek.
Höchstgeschwindigkeit	ca. 150 km/h
Zylinder	6
Hubraum	2.987 ccm
Verbrauch auf 100 km	ca. 18 l
Gewicht	5.000 kg
Getriebe	Vollautomatik
Lautstärke Martinshorn	120 dB

TEST

RETTER AUF VIER RÄDERN

Rettungswagen sind hochgerüstet zur rollenden Miniklinik. Aber halten sie auch einer Testfahrt stand? RICHARD hat den Mercedes Sprinter 519 CDI gefahren.

Mehr als 20.000 Krankenwagen und Notarzteinsatzfahrzeuge sind auf Deutschlands Straßen unterwegs. Einsätze in oberbayerischen Alpendörfern, in den Straßenschluchten von Frankfurt Downtown oder inmitten der flachen Weiten Mecklenburg-Vorpommerns. Die Ansprüche an einen Rettungswagen können kaum unterschiedlicher sein. Häufig vertrauen Rettungsdienste auf den kraftstrotzenden Schwabenpfeil mit dem Stern. Der Mercedes Sprinter 519 CDI bietet dank seines elektronischen Stabilitätsprogramms ADAPTIVE ESP auch bei rasanter Fahrt reichlich Fahrkomfort. Und das gilt sowohl für den Fahrer, der auf dem ergonomischen Sitz am Lenkrad Platz nimmt, als auch für den, der auf der Rettungstrage im „Koffer" behandelt wird – so heißt die beliebig konfigurierbare Fahrgastzelle des Rettungswagens im Fachjargon. Mercedes-Benz baut das Fahrzeug – wie alle anderen Hersteller auch – in einer Grundversion. Der eigentliche Rettungskoffer wird auf das Chassis in einem zweiten Schritt nach den individuellen Vorstellungen der Kunden aufgesetzt. Die Wünsche der Rettungsdienste in Bezug auf das Fahrzeug unterscheiden sich von Stadt zu Stadt schon beträchtlich, was Ausstattung und Erscheinungsbild betrifft. Zwillings- oder Einfachbereifung? Allrad- oder Heckantrieb? Von der medizinischen Innenausstattung ganz zu schweigen. Selbst bei der Fahrzeugfarbe gilt das Motto „Wie es euch gefällt". Die EU empfiehlt zwar europaweit den Farbton Schwefelgelb als Grundlackierung, doch ist man in Deutschland noch weit von einer einheitlichen Gestaltung entfernt. Einig ist man sich jedoch in puncto Umweltschutz, und da überzeugen die Sprinter mit ihren sauberen Motoren. Mit ihren Dieselpartikelfiltern erfüllen sie die Kriterien der Abgasnorm Euro 6c.

SONDERAUSSTATTUNG:

DEFIBRILLATOR
Preis: ca. 25.000 €

TATÜ-TATA *Das Martinshorn verdankt seinen Namen dem Unternehmer Max Martin. Dessen Firma stellte ab 1880 Fanfaren und Jagdhörner her. Als 1932 auf einer Konferenz beraten wurde, wie man Verkehrsteilnehmer zum Freimachen der Straße auffordern könnte, entwickelte die Firma das so genannte Folgetonhorn, das unter dem Namen Martin-Horn bekannt wurde. In Deutschland ist heute in der DIN 14610 geregelt, dass ein Martinshorn eine Quarte spielen muss, deren Töne zwischen 360 und 630 Hertz liegen. Meistens sind das ein „a" und ein „d".*

ABSAUGGERÄT
Preis: ca. 1.000 €

VAKUUMMATRATZE
Preis: ca. 660 €

HYDRAULISCHE TRAGE
Preis: ca. 5.400–9.000 €

RETTUNGSKORSETT
Preis: ca. 230 €

RETTUNGSTRAGE
Preis: ca. 2.500 €

DER SPARRINGSPARTNER

Michael Gabler steht Unternehmen zur Seite, um sie noch stärker zu machen. Er leitet den Bereich Firmenkunden in der apoBank

Einmal im Jahr muss Michael Gabler da rauf, auf diesen Pass, 2.757 Meter über dem Meer. Über 48 Kehren fährt er dann mit dem Motorrad durchs Gebirge, seine Frau Tina auf dem Sozius mit dabei. Das Stilfser Joch, Italiens höchste Asphaltstraße, ist für Biker so etwas wie die europäische Route 66. Und für Gabler der Ort, an dem er mit seiner Frau seit 2008 jedes Jahr ein Wochenende verbringt.

Fast ebenso lange arbeitet der 39-Jährige im Bereich Firmenkunden bei der apoBank, seit drei Jahren leitet er ihn. Mit einem Team von fast 50 Mitarbeitern berät er Großkunden, die vor allem in der stationären Versorgung und der Gesundheitsindustrie tätig sind: Kliniken und Pflegeheime, Medizintechnikunternehmen und Pharmagroßhändler, Laborketten und Abrechnungsstellen. Ein Job, der Mobilität verlangt: Wenn er nicht gerade im Betrieb eines Kunden sei, verbringe er seine Arbeitszeit vor allem auf der Straße und in der Luft, sagt Gabler mit dem weichen Akzent seiner niederbayerischen Heimat: „Mein Büro habe ich immer im Rucksack dabei."

Was reizt ihn an der Welt der Gesundheitsunternehmen? Dasselbe, was ihn schon am Anfang seiner Karriere als Firmenkundenberater gereizt habe, sagt er: „Man hat viel mit Menschen zu tun, man hilft Dinge zu ermöglichen, man ist Sparringspartner und Vertrauensperson." Sein Job führt Gabler nicht nur in Konferenzräume und Geschäftsführerbüros, sondern oft auch in Produktionshallen und auf Krankenhausstationen. Für ihn, den ausgebildeten Bankkaufmann und studierten Betriebswirt, sind solche Termine oft wie „Sendung mit der Maus" für Erwachsene: „Ich lerne unheimlich viel." Dabei bekommt er auch mit, wie in anderen Unternehmen Führungskultur gelebt wird. „Da gibt es oft Sachen, die ich für mich selbst mitnehme." Vorbild zu sein, das ist der jungen Führungskraft wichtig: „Ich verlange von niemandem etwas, das ich nicht selbst bereit wäre zu tun."

Aufmerksam sein, zuhören können, verstehen wollen. Man merkt Michael Gabler an, dass ihm diese Tugenden wichtig sind. „Mit jedem neuen Termin, mit jedem Sichbeschäftigen kommst du mehr auf Augenhöhe mit einem Kunden. Das macht das Gespräch für beide Seiten wertvoll." Von einem solchen Sparring profitieren die Kunden: „Durch unsere Branchenkenntnis können wir als Bank den Gesundheitsunternehmen wichtige Impulse geben, etwa zu der Frage, wie andere mit der Digitalisierung ihres Geschäfts umgehen." Zudem helfe man Kunden mit dem weitgefächerten Netzwerk der Bank und nicht zuletzt – etwa, wenn es um Finanzierungsfragen geht – mit der eigenen Fachexpertise. Zum Beispiel mit dem apoPlaner 5, einem Tool, das Krankenhäuser dabei unterstützt, Mehrjahresplanungen professionell anzugehen. Auf dem Weg, die apoBank selbst im Firmenkundensektor weiter bergan zu bringen, ist Gablers Team zuletzt ein gutes Stück weitergekommen: Lag das Darlehensvolumen von Firmenkunden im Jahr 2015 noch bei 1,5 Milliarden Euro, hat es sich bis Ende 2017 bereits auf drei Milliarden Euro verdoppelt.

Privat hantiert Gabler, der mit seiner Familie in München lebt, eher mit kleineren Zahlen. Aktuell ist die wichtigste die Sechs: So alt ist seine Tochter. Wenn der Motorrad-Fan mit seiner Frau in diesem Sommer wieder hoch aufs Stilfser Joch fährt, bleibt sie bei den Großeltern. Für die Fahrt auf dem Rücksitz ist sie noch zu klein. «

»BERUFSKRANKHEITEN«

MEDIZINISCHE FEHLPÄSSE

Normalerweise lernt man aus Fehlern. Bei Ärzten ist diese Technik irgendwie verpönt. Wann redet man als Mediziner schon über Misserfolge? Viel zu selten, findet Dr. Robert Oberpeilsteiner.

Mein Kollege Sigi ist Fan des FC Bayern – und Perfektionist. Nach jedem Spiel studiert er eingehend alle verfügbaren Fehlerstatistiken seines Teams. Er macht dies pflichtbewusst wie eine Qualitätskontrolle der eigenen Praxis. Also: Wie viele Zweikämpfe hat ein Spieler verloren, wie präzise waren seine Flanken, wie war die Passquote, wie oft stand wer im Abseits, solche Sachen. Er erklärt mir dann wortreich, warum zum Beispiel eine Mannschaft einen Vorsprung sozusagen zwangsläufig – als Konsequenz all der Fehler – noch verspielt hat. „Logisch, oder?", sagt er dann. Und dabei sieht er mich jedes Mal so an, dass ich mir beim besten Willen nicht „Nein" zu sagen traue.

Wir Ärzte pflegen einen heiklen Umgang mit Misserfolgen, dies zählt zu unseren Berufskrankheiten. Natürlich sagt keiner, aus Kunstfehlern lernt man. Das wäre zynisch. Fehler sind für uns einfach schwer zu akzeptieren (für den Patienten schon zweimal nicht). Denn sie bedeuten Krankheit, Schmerzen, im schlimmsten Fall den Tod.

In der Medizin hat sich deshalb eine Art „Unfehlbarkeitsanspruch" etabliert. Der Papst und der Arzt können, sie dürfen nicht irren. Andererseits weiß jeder: Auch Ärzte treffen falsche Entscheidungen. Von Päpsten ganz zu schweigen.

Wie sollten wir Ärzte also mit unseren Fehlern umgehen? Das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt hatte dazu vor ein paar Jahren eine gute Idee. Die Kollegen ließen ein Online-Forum programmieren, in dem jeder Hausarzt und jede medizinische Fachangestellte Fehler schildern kann, die in der Praxis passiert sind – offen und anonym (unter www.jeder-fehler-zaehlt.de). Das Motto des Forums: Man muss nicht jeden Fehler selber machen, um daraus zu lernen.

Ein guter Vorsatz, findet mein Freund Sigi. Er träumt jetzt von einer Datenbank, in der Fußballer ihre Fehlpässe, Fouls und taktischen Fehler zugeben – natürlich völlig anonym. Vielleicht würden sie dann im nächsten Match befreiter aufspielen, glaubt er. Seine Theorie: Beim FC Bayern gibt es ein solches Fehler-Forum längst. Das würde einiges erklären. «

DR. ROBERT OBERPEILSTEINER
arbeitet als praktischer Arzt in Berchtesgaden. Gerade schreibt er an seinem ersten Buch.

Foto: Thilo Schmülgen (l.), Privat, Illustration: Michael Szyszka

Portal für Studierende

RICHARD*

HERAUSGEBER Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG, Richard-Oskar-Mattern-Straße 6, 40547 Düsseldorf

VERANTWORTLICH Cassie Kübitz-Whiteley, Claudia Finke, Reimund Koch

PROJEKTLEITUNG
Christoph Koos, Mechtild Randelhoff

KONZEPT & REALISATION
Zimmermann Editorial GmbH, Köln

REDAKTION Michael Aust, Ina Henrichs (freie Autorin), Julia Jansen, Roya Piontek, Nicole Thesen, Marco Wehr, Lutz Zimmermann

ART DIRECTION Julian Schneider

GRAFIK Annika Brentrup, Mirjam Sieger

DRUCK DFS Druck Brecher GmbH, Köln

*RICHARD OSKAR MATTERN

Am 5. Dezember 1902 erfüllte sich der Apotheker Richard Oskar Mattern einen Traum: Zusammen mit 17 Kollegen gründete er in Danzig den Kredit-Verein Deutscher Apotheker, die Vorläuferorganisation der apoBank. Für seine Idee einer genossenschaftlichen Apotheker-Bank hatte Mattern lange gekämpft. Heute steht das von ihm gegründete Institut allen akademischen Heilberuflern, deren Familienangehörigen und Standesorganisationen offen.

deutsche apotheker- und ärztebank

AUS DEN APOBANK-MEDIEN

NEUES STUDENTENPORTAL IM WEB

Die apoBank hat ihr Angebot für Studenten im Internet relaunch: Auf studenten.apobank.de sind jetzt sämtliche Produkte und Services der Bank für Studierende der Human-, Veterinär- und Zahnmedizin und der Pharmazie gebündelt. Die übersichtliche Kachel-Optik auf der Startseite sichert angehenden Heilberuflern den schnellen Zugang zum Studentenpaket, den Studentenberatern der Bank, dem Online-Magazin Scrubsmag und zahlreichen weiteren Angeboten der apoBank.

studenten.apobank.de

AUS DER APOBANK-STIFTUNG

TOLLWUT-IMPFUNGEN IN KENIA

Tollwut ist am Horn von Afrika eine verbreitete Tierkrankheit. Für Menschen und Tier kann eine Ansteckung tödlich sein. Wirksam bekämpft werden kann die Seuche nur, wenn mindestens 70 Prozent aller Hunde flächendeckend geimpft werden. Mit ihrem Projekt „Impfen für Afrika“ will die Organisation Tierärzte ohne Grenzen dazu beitragen. Ziel ist es, in fünf Siedlungen am Rande der kenianischen Hauptstadt Nairobi Impfungen durchzuführen und lokale Tiergesundheitsmitarbeiter auszubilden. Die apoBank-Stiftung unterstützt das Projekt mit einer Spende in Höhe von 10.000 Euro.

stiftung.apobank.de

AUS DEM APOBANK-TEAM

NEUE VERMÖGENSSPARTE APOPRIVAT

„Ganz privat – können die auch!“ – unter diesem Slogan verstärkt die apoBank ihre Vermögensberatung. Mit der neuen Marke apoPrivat bietet die Bank künftig ihr komplettes Spektrum der Vermögensplanung von der Geldanlage bis hin zum komplexen Generationenmanagement. Für die entsprechende Kampagne hat sich die apoBank mit dem Schauspieler Joe Bausch prominente Unterstützung geholt. Einer breiten Öffentlichkeit bekannt ist der 65-Jährige durch den Kölner „Tatort“, wo Bausch den Gerichtsmediziner Dr. Joseph Roth spielt. Neben seinen Schauspiel-Engagements arbeitet der langjährige apoBank-Kunde als Arzt in der Justizvollzugsanstalt Werl.

apoprivat.de

Fotos: iStock, apoBank; Illustration (r.): Dodo Flugge

GEWINNSPIEL

Der Experimentator

Wer war der Apotheker, der seine Gesundheit im Dienste der Wissenschaft ruinierte? Gewinnen Sie eine Reise nach Rügen.

In die Welt der Chemie schlägt unser Mann ein wie ein Meteorit. Kein Wunder, dass Astronomen später eine Senke nach ihm benennen, die ein kosmischer Gesteinsbrocken hinterlassen hat. Als siebtes von elf Kindern wächst er in der Familie eines Brauers auf. Mit 15 Jahren beginnt er die Ausbildung zum Pharmazeuten, die ihn durch mehrere Städte und von der Offizin „Zum Einhorn“ über den „Gefleckten Adler“ zur Apotheke „Zum Raben“ führt. Doch Defektur und Rezeptur füllen den jungen Apotheker nicht aus. Im „Einhorn“ liest er sich quer durch die chemische Bibliothek, im „Adler“ und im „Raben“ nutzt er das Labor, um in seiner Freizeit zu experimentieren. Biografen schätzen, dass unser Gesuchter zeitlebens 15.000 bis 20.000 chemische Versuche durchführt – und dabei oft so sorglos vorgeht, dass sein früher Tod wohl kein Zufall ist. Geblieben sind seine zahlreichen Entdeckungen. Den Ruhm für die bedeutendste von ihnen muss er allerdings bis heute mit einem englischen Geistlichen teilen, weil er seine bahnbrechende Studie zu spät veröffentlicht. Ironischerweise im selben Jahr, als er endlich sein Apothekerexamen ablegt.

Wer war der Mann, dessen frühester urkundlich belegter Vorfahr einst Pfarrer auf Rügen war?

PS: Die Gesuchte im letzten Heft war die Ärztin Rita Levi-Montalcini. Die Reise nach Rom hat unsere Leserin Susanne Rothkegel gewonnen. Herzlichen Glückwunsch!

WISSEN SIE DIE LÖSUNG?
Dann schicken Sie eine E-Mail mit dem Namen des Gesuchten, Ihrer Adresse und Telefonnummer an **richard@apobank.de** (Stichwort „Richards Rätsel“). Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir zwei Nächte im **Grand Hotel Binz** (Foto) inkl. Anreise. Das Fünf-Sterne-Haus ist für sein umfangreiches Wellness- und Ayurveda-Angebot bekannt. Einsendeschluss ist der 30. September 2018. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

www.grandhotelbinz.com

apoprivat.de

Ganz privat – können die auch!

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank – der Vertrauenspartner, wenn es um Ihre persönliche Vermögensanlage geht.

Joe Bausch
Schauspieler, Autor, Arzt
und apoBank-Mitglied

apoPrivat
Der Vermögenspartner für Apotheker und Ärzte