EINS 2021

MAGAZIN DER DEUTSCHEN APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK

RICHARD

FREUNDLICHE ÜBERNAHME

Wie gelingt die Praxisübergabe? Eine Reportage aus der Provinz

IN DER KRISE

Wie Heilberufler die Corona-Zeit erleben

ÜBER DEM SCHNITT

Werden 1,0er-Abiturienten die besseren Ärzte?

NICHT ALLES GLEICH

Gendermedizin und der kleine Unterschied

~~#wirbleibenzuhause~~

#wirbleibenzuhauseundlernendazu

Mit der apoBank einfach online weiterbilden

univiva Alle Seminare der apoBank unter **www.univiva.de/apobank**

ZEIT SCHENKEN STATT STEHLEN

Die Corona-Krise zeigt einmal mehr: Zeit ist ein knappes Gut, mit dem wir verantwortungsvoll umgehen sollten.

VON ULRICH SOMMER

Unsere Aufgabe als Bank besteht in allererster Linie darin, Ihnen in ökonomischen Angelegenheiten den Rücken frei zu halten, damit Sie Ihrer Berufung folgen können. Diesem Anspruch sind wir zuletzt leider nicht gerecht geworden. Unsere IT-Migration hat vielen von Ihnen unnötig Arbeit bereitet, und sie hat vor allem eines: Ihnen viel Zeit gekostet. **Dafür möchte ich mich aufrichtig entschuldigen.**

Seien Sie versichert: Wir arbeiten mit Hochdruck daran, noch bestehende Probleme schnellstmöglich zu lösen. Damit Sie künftig nicht nur den Service von uns bekommen, den Sie erwarten können, sondern vieles an Leistungen mehr, die Ihnen bei der Bewältigung Ihrer beruflichen Herausforderungen helfen werden. Mehr dazu lesen Sie auf vier Sonderseiten in diesem Heft, auf denen ich mit Dr. Markus Müschenich über die Digitalisierung im Finanz- und Gesundheitswesen diskutiere.

Eines können wir leider nicht: Ihnen die Zeit zurückgeben, die wir Ihnen genommen haben. Diese Zeit ist nicht aufzuwiegen, wie also könnten wir das wieder gut machen?

WERTVOLLE ZEIT

Wir wollen trotzdem ein klares Zeichen setzen und – stellvertretend – Menschen unterstützen, die anderen Zeit spenden. Darum fördern wir den Verein betterplace. Betterplace betreibt eine Plattform mit über 5.000 Angeboten von Freiwilligenagenturen, Vereinen und Hilfsorganisationen, bei denen Menschen Zeit spenden können. Konkret investieren wir 100.000 Euro in einen Fonds, aus dem verschiedene Angebote unterstützt werden. Betterplace hat dafür eine Landingpage ***apobank-zeitspende.betterplace.org*** erstellt, auf der Sie nachverfolgen können, welche Vereine welchen Anteil der Spende erhalten haben.

Mir selbst ist das Thema „Zeit spenden“ sehr wichtig, und ich will Menschen bei ihrem Einsatz für stark Belastete und Krisen Geschwächte unterstützen. Deshalb ist die Spende auch eine Würdigung derer, die sich in Ihrem sozialen Engagement von der Pandemie nicht entmutigen lassen. Es ist mir eine Herzensangelegenheit, allen Heilberuflerinnen und Heilberuflern in Deutschland an dieser Stelle ausdrücklich zu danken. Mit Ihrem Einsatz haben Sie bis zum heutigen Tag Großartiges geleistet. Danke, dass Sie sich in herausragendem Maße für die Gesundheit unserer Gesellschaft einsetzen! «

ULRICH SOMMER
ist Vorsitzender des Vorstands der apoBank.

Illustration: Romina Birzer, Titel: Jan Ladwig

INHALT

WEISSE KITTEL

6 WIE GEHT'S UNS IM NEW NORMAL?
Heilberufler berichten, wie die Corona-Krise ihre Arbeit beeinflusst.

12 WEISSE KITTEL
3 Fragen zu Klinikarchitektur | Dolmetscherservice | Trend zur Größe

14 HOFFNUNGSTRÄGER
Seit 2019 muss jede Klinik einen Transplantationsbeauftragten benennen. Die Aufgabe wird in verschiedenen Krankenhäusern unterschiedlich interpretiert.

16 RISIKOFAKTOR: FRAU
Krank ist nicht gleich krank – die Gendermedizin zeigt, dass Männer und Frauen individueller behandelt werden müssen.

18 AUF EIS
Ist der Körper gekühlt, kann ein Mensch auch mit Verzögerung reanimiert werden. Ein Interview mit dem Anästhesiologen Bernd Böttiger.

19 SLAM!
Kann man einen Herzschrittmacher mit körpereigener Energie betreiben? Maxi Frei forscht daran.

20 EXTRA: DIGITALE CHANCEN UND RISIKEN
apoBank-Vorstandsvorsitzender Ulrich Sommer im Gespräch über die IT-Migration der Bank und Digitalisierung im Finanzsektor und im Gesundheitswesen.

SCHWARZE ZAHLEN

24 Kolumne: Besonnen bleiben | Müssen Ärzte Manager sein? | Wie investiert eigentlich Gwyneth Paltrow?

26 MEINE PRAXIS, DEINE PRAXIS
Eine Hausarztpraxis in Goch am Niederrhein wechselt im Frühjahr 2020 den Besitzer. Welche Gefühle treiben Abgeber und Existenzgründerin dabei um?

Fotos: mauritius images / Reisegraf.ch / Alamy, Jan Ladwig, Gabriele Galimberti; Illustration: Christoph Hoppenbrock

50
FINDEN SIE DIE ZAHNFEE?

34 SCHLAGABTAUSCH
Werden aus 1,0er-Abiturienten die besseren Ärzte? Zwei Experten streiten über die neuen Zulassungsregeln.

36 KEINE LANGEWEILE GARANTIERT
Amtsarzt – ein verkannter Job?

39 GEMEINSCHAFTSPRAXIS DEUTSCHLAND
30 Jahre nach der Wiedervereinigung: Wie unterscheidet sich die Gesundheit in Ost und West?

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

42 „WIR MÜSSEN UNSER DENKEN ÄNDERN"
Welche Führungskräfte brauchen Kliniken in einer digitalisierten Welt? Ein Interview mit Jochen A. Werner

44 EINS, ZWEI ODER MEHR?
Welche rechtlichen Kooperationsmodelle gibt es bei einer Praxisgründung?

BLAUER HIMMEL

48 Schlafen Sie schöner!

50 WO IST DER CHIRURG?
Kostümball mit Doktorhut: Finden Sie die Fachärzte in unserem Wimmelbild.

52 BANKMENSCH
Richard Fietz leitet das Private Banking der apoBank. In der Freizeit geht er regelmäßig in die Luft.

53 „SCHREIBEN ALS MIKROSKOP"
Ein Buch über Freude und Trauer im Krankenhausalltag

54 WIE DIE WELT SICH HEILT
Der Fotograf Gabriele Galimberti hat die Hausapotheken von Menschen aus aller Welt fotografiert. Eine Fotoreportage

62 MEHRWERT
Aus den Medien der apoBank

63 RICHARDS RÄTSEL
Wie heißt der Mediziner, der oft auf Friedhöfen forschte? Lösen Sie unser Rätsel und gewinnen Sie eine Reise.

WIE GEHT'S UNS IM NEW NORMAL?

Die Corona-Pandemie hat das Leben vieler Heilberufler auf den Kopf gestellt. Wie verändert die Krise ihre Arbeit?

Dezember 2019
In der chinesischen Stadt **Wuhan** verbreitet sich ein neuartiges Coronavirus, **SARS-CoV-2.**

28. Januar 2020
Erster Corona-Fall in Deutschland: Ein Mann aus Starnberg, Bayern, steckt sich bei einer Kollegin aus China an.

19. März
10.999 Covid-19-Fälle in Deutschland, **209.839** weltweit

PATRICK BLUHM

leitet den Pflegedienst Meditas in Bonn.

VIEL ZU WENIG SCHUTZKLEIDUNG

Bei den steigenden Infektionszahlen momentan bekomme ich Bauchschmerzen. Da ist immer die Angst im Hinterkopf, dass sich doch mal ein Mitarbeiter oder Patient infiziert – bisher sind wir glücklicherweise verschont geblieben. Unsere Tagespflege mussten wir im Frühjahr komplett einstellen. Finanziell konnten wir das nur stemmen, weil in der ambulanten Pflege kaum Arbeit weggebrochen ist. Anfänglich gab es bei den Patienten viel Verunsicherung wegen Corona. Aber viele meiner Mitarbeiter haben ihre Stammpatienten, zu denen sie ein enges Vertrauensverhältnis haben. So konnten wir Ängste nehmen. Inzwischen hat sich sowohl bei den Patienten als auch im Team eine gewisse „Normalität" eingestellt. Im Frühjahr war es zeitweise schwierig, an Schutzkleidung zu kommen, weil Krankenhäuser und Pflegeheime Vorrang hatten. Derzeit haben wir einen guten Vorrat. Aber zu erleben, dass es in Deutschland Engpässe bei Schutzmaterial gab, finde ich mehr als kritisch.

„Bei den steigenden Infektionszahlen bekomme ich Bauchschmerzen."

Patrick Bluhm

„WIR SIND AUCH SYSTEMRELEVANT"

Wie hat Corona Ihren Arbeitsalltag verändert?
In der Praxis hat sich nicht viel geändert. Wir Zahnärzte haben uns und unsere Patienten schon vor Corona vor Viren zu schützen gewusst. Mehr geworden sind die Zusatzaufgaben: Ich musste meine Kinder im Homeschooling unterstützen, war Sprecherin der Zahnärzte im Corona-Krisenstab meiner Heimatstadt Erlangen und helfe immer noch in Vereinen und Schulen, Hygienekonzepte zu erarbeiten.

Wofür haben Sie sich im Krisenstab eingesetzt?
Dass Zahnärzte auch als systemrelevant erkannt werden. Denn wir müssen da sein, um Schmerzen zu nehmen. Neben Notfällen – wie zum Beispiel Unfällen – wurden „nicht aufschiebbare Behandlungen" eingeführt. Damit konnten wir auch dringende Behandlungen wie schmerzende Prothesen sofort behandeln. Den Krisenstab gibt es inzwischen nicht mehr, da in allen Bereichen – auch bei uns Zahnärzten – inzwischen recht klar ist, wie wir mit Corona umzugehen haben.

Wie groß ist die finanzielle Belastung durch die Pandemie?
Das kann ich noch nicht sagen. Im Lockdown hatten wir aber definitiv höhere Ausgaben pro Patient. Die Kosten für Schutzkleidung sind in die Höhe geschossen, die Vergütungen für die erbrachten zahnmedizinischen Leistungen allerdings nicht.

DR. TANJA TRAPPER

Niedergelassene Zahnärztin in Erlangen

Fotos: picture alliance/Sebastian Kahnert (l. o.), Robert Michael (l. u.)/dpa, privat (r.)

22. März
„Unser eigenes Verhalten ist derzeit das wirksamste Mittel.“
Angela Merkel kündigt bundesweite Kontaktsperren an.

9. April
108.202 Covid-19-Fälle in Deutschland, **1.436.198** weltweit

22. April
In Deutschland wird die erste Zulassung für die klinische Prüfung eines **Impfstoffs** gegen das Virus erteilt.

27. April
Bundesweit gilt nun eine **Maskenpflicht** im öffentlichen Nahverkehr und im Einzelhandel.

30. April
159.119 Covid-19-Fälle in Deutschland, **3.059.642** weltweit

4. Mai
In vielen Bundesländern werden Geschäfte, Museen und andere **öffentliche Einrichtungen** unter Auflagen wieder **geöffnet.**

4. Juni
Die Bundesregierung beschließt ein **Corona-Konjunkturprogramm** von **130 Milliarden** Euro.

CORINNA LAUSBERG

Apothekerin aus Köln

AUF ABSTAND MIT „DRIVE-IN-APOTHEKE“

Kann der Kunde nicht zur Ware kommen, kommt die Ware eben zum Kunden. Dazu hat Apothekerin Corinna Lausberg ein besonderes Konzept entwickelt.

„Umsatzeinbußen wegen Quarantäne können wir uns nicht leisten.“

Corinna Lausberg

Eine „Drive-in-Apotheke“ – das war unsere Idee, um Team und Kunden bestmöglich vor Corona zu schützen. Mit Absperrband und Pylonen haben wir auf den Parkplätzen vor unserer Filiale eine Einfahrt gebaut, Bestellungen durch einen Spalt am Beifahrerfenster angenommen und die Waren direkt ins Auto gereicht. Die Idee kam gut an – allerdings nicht beim Gesundheitsamt. Da wir mit dem Service vor der Tür gegen die Apothekenbetriebsordnung verstoßen, mussten wir uns wieder hinter den Tresen stellen – mit den entsprechenden Hygienemaßnahmen wie Schutzscheibe und Masken.

Teilweise kamen ominöse Verkäufer wie „fliegende Händler“ direkt in die Offizin, um uns Schutzmaterial zu absurden Preisen anzubieten. Auf solche Deals haben wir uns natürlich nicht eingelassen. Außerdem verzeichnen wir Umsatzeinbußen: Viele bestellen gerade lieber bei Versandapotheken, statt in einen Laden zu gehen. Dabei bieten wir auch eine kostenlose Zustellung an. Manche Medikamente, wie zum Beispiel Impfstoffe für Fernreisen, werden wir gar nicht mehr los. Und durch die erhöhten Hygienemaßnahmen wurden Infekte im Sommer fast ausgemerzt und die Nachfrage nach Erkältungsmitteln sank. Hinzu kommt die Angst, dass sich eine Mitarbeiterin infiziert und wir alle eine Zeit lang in Quarantäne müssen. Die Apotheke zu schließen würde uns mehrere Tausend Euro Umsatz am Tag kosten. Das können wir uns angesichts der schwierigen finanziellen Situation dieses Jahr nicht leisten.

Fotos: privat

„FORSCHUNG BRAUCHT ZEIT“

DR. THOMAS FRISCHMUTH

Geschäftsführer der baseclick GmbH. Das biotechnologische Start-up entwickelt RNA-basierte Medikamente.

Sie forschen an einem Impfstoff gegen das Corona-Virus – wie sieht diese Arbeit aus?
Wir arbeiten unter enormem Druck. Wir haben von Anfang an gesagt, dass wir sauber forschen wollen – inklusive belastbarer klinischer Testphasen. Und daran halten wir uns. Umso schwieriger finde ich es, wie sehr sich andere Unternehmen drängen lassen und schon früh über Zeiträume spekuliert haben, wann sie ein Mittel präsentieren können. Das befeuert den sowieso schon hohen Erwartungsdruck zusätzlich.

Wie beurteilen Sie dieses Forschungswettrennen?
Ich sehe das mit Skepsis. Seriöse Forschung braucht Zeit. Mich hat überrascht, wie früh einige Mittel an Menschen getestet wurden, ohne dass umfassende Daten aus Tierversuchen vorlagen. Ich hoffe sehr, dass die sonst so hohen Zulassungsanforderungen an Impfstoffe bei Corona nicht vernachlässigt werden.

Herrscht harte Konkurrenz – oder tauschen Sie sich mit anderen Forschern aus?
Wir verfolgen natürlich die Forschungen anderer Wissenschaftler. Wir arbeiten eng mit der Ludwig-Maximilians-Universität in München zusammen sowie mit Immunologen der Universität in Groningen, Niederlande. Darüber hinaus haben wir Partner in Oxford, England, und tauschen uns mit Immunologen von der Charité aus.

Wie geht Ihr Team mit der Situation um?
Hochprofessionell und verantwortungsvoll. Alle versuchen, das Ansteckungsrisiko klein zu halten, verzichten auf Partys und Reisen ins Ausland. Und im Labor bewahren alle die Ruhe: Wir forschen Stück für Stück und testen vielversprechende Ansätze auf Herz und Nieren. Trotz allen Drucks bleibt wissenschaftlich saubere Arbeit unser Anspruch.

DR. RALF ENGELS

Klinikdirektor des Bethanien-Krankenhauses in Moers, Nordrhein-Westfalen

WERDEN DIE HILFEN REICHEN?

Im Frühjahr haben wir einen kompletten zweiten Klinikalltag parallel zum normalen Betrieb aufgebaut. Eine gesamte Station haben wir für Covid-19-Patienten freigehalten, die Zahl der Intensivbetten zeitweise vervierfacht. Diese Maßnahmen waren natürlich auch kostenintensiv. Gleichzeitig sind viele Einnahmen weggefallen, die wir als Klinik normalerweise haben. Damit meine ich nicht nur die Erlöse aus den stationären Behandlungen, sondern auch aus den Ambulanzen, dem Besuchercafé oder dem Parkplatz. Staatliche Hilfen haben uns bisher geholfen, Corona-bedingte Verluste auszugleichen. Wie es weitergeht, werden wir sehen.

1. Juli
194.725 Covid-19-Fälle in Deutschland, **10.357.662** weltweit

23. September
100 Tage Corona-Warn-App: 18 Millionen Downloads, mehr als **1,2 Millionen** übertragene Testergebnisse.

8. Oktober
„Klassischer Beginn einer zweiten Welle."
Kanzleramtsminister Helge Braun, als die Zahl der Neuinfektionen erstmals seit Anfang April wieder auf **4.000** pro Tag steigt.

10. Oktober
In Berlin gilt eine abendliche **Sperrstunde.**

2. November
Um die zweite Welle abzumildern, gibt es einen erneuten **Lockdown –** vorläufig bis Ende November.

18. November
Biontech/Pfizer vermelden: **Impfstoff** zu 95 Prozent wirksam – eine Notfallzulassung wird für Dezember erwartet.

25. November
Die **Ausgangsbeschränkungen** werden bis zum 20. Dezember verlängert, Feuerwerke zu Silvester werden verboten.

DR. MATTHIAS MÜLLER

Pneumologe mit eigener Praxis in Hamburg

GRIPPEIMPFUNG GEFRAGT

Bin ich Risikopatient? Diese Frage höre ich seit dem Beginn von Corona sehr oft. Als Pneumologe behandle ich viele Menschen mit chronischen Lungenerkrankungen. So mancher war anfangs verunsichert, wie er sich verhalten soll. Ich muss viel mehr aufklären und Ängste nehmen. Bestimmten Risikopatienten empfehle ich, erstmal zu Hause zu bleiben, um das Infektionsrisiko zu minimieren. Wir haben im Frühjahr zudem viel per Telefon behandelt und Rezepte direkt zugeschickt. Das machen wir jetzt eher nicht mehr. Wir haben eine sehr gute Routine im Umgang mit Corona in der Praxis gefunden. Außerdem kommen nur noch sehr wenige Neuinfizierte zu uns.

Viele Menschen, die den Verdacht haben, mit Corona infiziert zu sein, suchen vermutlich inzwischen direkt die extra eingerichteten Covid-19-Ambulanzen auf. Was wir aber momentan merken, ist, dass die Nachfrage nach Grippeimpfungen enorm gestiegen ist – und das ist gut so. Denn die große Herausforderung jetzt liegt darin, durch ein Verringern der Grippekranken das Gesundheitswesen zu entlasten, um mehr Kapazitäten beim Anstieg der Covid-19-Zahlen zu haben. Corona bleibt aber trotz aller Routine ein Risiko für die Patienten: Im letzten Frühjahr musste ich ein älteres Ehepaar, das seit längerem in meine Praxis kommt – beide über 80 mit schweren Vorerkrankungen –, mit Covid-19 ins Krankenhaus überweisen. Ich habe über die Tochter und den behandelnden Klinikarzt Kontakt gehalten. Beide hatten einen schweren und langen Krankheitsverlauf.

NEUE INFORMATIONSWEGE

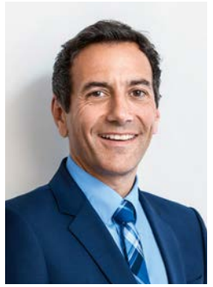
Als die Pandemie anfing, hatten unsere Mitarbeiter viele Fragen. Umgekehrt wurden sie alle in ihrem privaten Umfeld als Experte betrachtet und mit Fragen gelöchert. Neben dem Virus selbst also gab es schnell ein zweites Problem: Wie schaffen wir es, alle im Klinikum gut über die Studienlage zu Corona zu informieren? So bin ich auf die Idee mit den Videos gekommen. Ich habe regelmäßig kleine „Corona-Spotlights" aufgenommen und darin versucht, die jeweils neuesten Erkenntnisse der Corona-Forschung allgemeinverständlich zu erklären. Zuerst habe ich die Clips nur intern im Haus verschickt. Dann haben sie sich zigtausendfach in WhatsApp-Gruppen verbreitet. Wegen der hohen Nachfrage habe ich dann einen eigenen YouTube-Kanal daraus gemacht. Vom Feedback war ich völlig überwältigt. Menschen haben mir in Mails gedankt, mich angerufen – teilweise gab es auch negative Kommentare. Mittlerweile besteht ein breites Basiswissen zu Corona und ich habe mit dem Drehen der Videos aufgehört. Die interne WhatsApp-Gruppe zu Corona ist aber geblieben – und hat sich erfreulicherweise zu einem Forum der Schwarmintelligenz entwickelt, in dem nicht mehr nur der Chef von oben informiert, sondern alle Kollegen neue Infos miteinander teilen. Auch den YouTube-Kanal habe ich noch nicht gelöscht. Corona zeigt: Das Interesse an gut aufbereiteten, leicht verständlichen medizinischen Inhalten im Netz ist da. Ich plane daher, den Kanal bald anderweitig zu nutzen: für kurze Info-Videos zu neurologischen Themen.

PROF. DR. LARS TIMMERMANN

Direktor der Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg am Standort Marburg

Die Videos findet man unter „Marburger Corona-Spotlight" auf

youtube.de



DR. REINER KERN

Sprecher der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

DIE KRISE ALS LUPE

Die Corona-Krise ist für Apotheken wie eine Lupe. Sie macht zum einen bestehende Probleme noch sichtbarer: Lieferengpässe, die Bedeutung fester Abgabepreise für Medikamente und die fehlende Vergütung pharmazeutischer Dienste. Zum anderen zeigt sie, wie wichtig die Apotheken als Teil des Gesundheitssystems sind: als Versorger, aber auch als niedrigschwelliger Anlaufpunkt für Bürger, um sich zu informieren. Dadurch sind politisch einige Dinge schneller ins Rollen gekommen, als es wahrscheinlich ohne Corona der Fall gewesen wäre. Zum Beispiel werden inzwischen die Botendienste der Apotheken vergütet – nicht nur während der Pandemie, sondern dauerhaft.

Wir Apotheker haben außerdem viel Eigeninitiative und Kreativität im Umgang mit der Corona-Krise bewiesen. Viele Apotheken haben sich zum Beispiel mit lokalen Brauereien zusammengetan und dort Alkoholreste abgeholt, um daraus selbst Desinfektionsmittel herzustellen. Außerdem waren Apotheker eine der ersten Berufsgruppen, die Maßnahmen ergriffen haben, um sich bei der Arbeit aktiv vor einer Corona-Infektion zu schützen. In Apotheken wurden Plexiglasscheiben an Beratungstischen aufgestellt, die Kundenzahl im Verkaufsraum wurde beschränkt und strikte Sicherheitsabstände waren einzuhalten – lange bevor das überall gang und gäbe wurde.

Das stieß bei einigen Kunden anfangs auf Unverständnis oder sogar Unmut. Es war aber der richtige Weg: Nur 30 der rund 19.000 Apotheken in Deutschland mussten in der Hochphase des Virus zwischen März und April vorübergehend schließen, weil sich Mitarbeiter mit Corona infiziert hatten.

Fotos: privat; Grafik: S. 7–10: AdobeStock/designua

„IMMER WIEDER AN DEN VERSTAND APPELLIEREN"

Sie waren selbst an Covid-19 erkrankt. Was war passiert?
Eine Patientin kam aus dem Skiurlaub mit Anzeichen eines grippalen Infekts in die Praxis. Ich habe zwar bei der Untersuchung einen Mundschutz getragen, aber ein paar Tage später fühlte ich mich schlapp, hatte Halskratzen, Husten und Atemnot. Da war mir klar, das ist Corona.

Und dann?
Da das Gesundheitsamt ziemlich lahm reagiert hat, habe ich mich auf eigene Initiative von einem befreundeten Arzt testen lassen. Der Test war positiv und ich bin in Quarantäne gegangen. Außerdem musste ich die rund 100 Patienten informieren, die ich zuletzt behandelt hatte. MIttlerweile bin ich zurück in der Praxis.

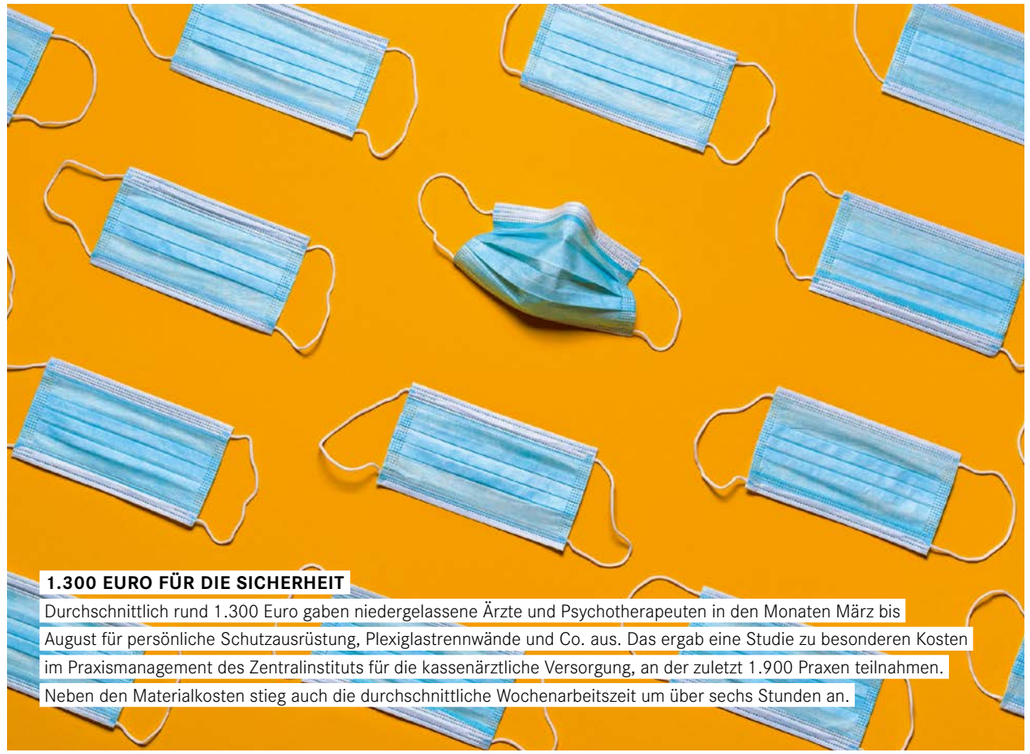
Ihre Praxis ist Corona-Schwerpunktpraxis – was bedeuten steigende Fallzahlen für Sie?
Wir haben enorm viel zu tun. Jeden Tag kommen Dutzende Leute, um sich auf Corona testen zu lassen. Wir machen diese Tests vor und nach den offiziellen Sprechstunden, um Infektionen zu vermeiden. Oft sind die positiven Fälle Reiserückkehrer oder sie haben sich bei Familienfeiern angesteckt. Unsere Herausforderung ist, immer wieder an den Verstand der Leute zu appellieren.

Und wie sieht es mit der Behandlung der Nicht-Corona-Patienten aus?
Unsere regulären Sprechstundenzeiten sind deutlich reduziert und es kommen weniger Patienten – aus Angst vor Corona. Ich glaube allerdings nicht, dass das problematisch ist. Denn wir Deutschen gehen ja fast schon zu häufig zum Arzt, also auch wenn es nicht wirklich notwendig ist. Viele meiner Patienten, die regelmäßig kommen, erscheinen jetzt eben nur einmal statt dreimal im Monat in der Praxis.

DR. SEBASTIAN LOCHBRUNNER

Niedergelassener Allgemeinmediziner im bayerischen Schwabmünchen

WEISSE KITTEL



1.300 EURO FÜR DIE SICHERHEIT
Durchschnittlich rund 1.300 Euro gaben niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten in den Monaten März bis August für persönliche Schutzausrüstung, Plexiglastrennwände und Co. aus. Das ergab eine Studie zu besonderen Kosten im Praxismanagement des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, an der zuletzt 1.900 Praxen teilnahmen. Neben den Materialkosten stieg auch die durchschnittliche Wochenarbeitszeit um über sechs Stunden an.

NUMMER GEGEN SPRACHBARRIEREN

Rund fünf Prozent der Bevölkerung in Deutschland mangelt es an Deutschkenntnissen. Das ist auch für Heilberufler ein Problem. Denn wo die Verständigung mit dem Patienten misslingt, kann auch keine ordentliche Behandlung gelingen. Dieses Dilemmas nimmt sich Triaphon an. Die Non-Profit-Organisation bietet einen telefonischen Dolmetscherservice für Ärzte und Pflegepersonal. Knapp 150 ehrenamtliche Sprachmittler stehen rund um die Uhr zur Verfügung, um kurze Patientengespräche in der Behandlungssituation direkt zu übersetzen. Die Triaphon-Mitarbeiter sind keine professionellen Dolmetscher, sondern Muttersprachler. Sieben Sprachen – Arabisch, Polnisch, Farsi, Rumänisch, Russisch, Türkisch und Vietnamesisch – deckt der Service ab. Weitere Sprachen sind im Aufbau. Kliniken können Triaphon gegen eine monatliche Pauschale nutzen, niedergelassene Ärzte zahlen quartalsweise.

Weitere Informationen gibt es unter: 030 8632274-0 oder *anfrage@triaphon.org*

Fotos: Photocase (l.), Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Stabsstelle Integrierte Kommunikation, Pressesprecher Oliver Grieve (r.); Illustration (r.): Romina Birzer

FRAUENSACHE?

In drei von vier Fällen erblicken Kundinnen und Kunden beim Betreten einer Apotheke eine Frau: Mit 73,1 Prozent machen Apothekerinnen den Löwenanteil in der Branche aus. Anders sieht es in der Medizinerwelt aus: Hier kommen Frauen nur auf einen Anteil von 47,6 Prozent. Besonders häufig entscheiden sich Ärztinnen für die Allgemeinmedizin.

Quellen: ABDA: ZDF 2019, Ärztestatistik 2019

MEHR LIFE ALS WORK

Individuelle Arbeitszeitgestaltung und mehr Flexibilität wünschen sich Ärztinnen und Ärzte der jüngeren Generation. Das zeigt eine Studie der apoBank zum Generationenvergleich. Über die Hälfte der befragten U-50-Jährigen legt großen Wert auf weniger starre Arbeitszeiten – und bestätigt damit den Trend zu alternativen Arbeitsmodellen. Denn der Anteil von Ärztinnen und Ärzten in Teilzeitanstellungen steigt kontinuierlich – zuletzt um sechs Prozent.

Die **Uniklinik Kiel** ist eines der größten Krankenhäuser Deutschlands.

GROSS IST TREND
Deutschland hat immer weniger Kliniken, dafür werden diese immer größer. 165 Häuser mit bis zu 599 Betten mussten laut Statistischem Bundesamt zwischen 2007 und 2017 schließen. Währenddessen stieg die Zahl der Häuser mit über 600 Betten um 25 an.

DR. WOLFGANG SUNDER (46) *ist Architekt und forscht an der TU Braunschweig über infektionspräventives Bauen.*

3 Fragen zu Klinikarchitektur

Jährlich sterben bis zu 10.000 Menschen in Deutschland durch multiresistente Keime, mit denen sie sich in Kliniken infizieren. Könnte eine spezielle Innenarchitektur das verhindern?
Sie könnte viele Infektionen vermeiden. Keime übertragen sich zwar in erster Linie von Mensch zu Mensch. Räume liefern aber den Rahmen für diese Übertragung. Ein Ansatzpunkt ist, die Anzahl der Kreuzungspunkte zu minimieren, an denen Personen miteinander in Kontakt kommen. Ein anderer Punkt sind die Oberflächen: Die sollten sich gut reinigen lassen, damit sich keine Keime ansammeln können.

Wie sieht ein „infektionspräventives Patientenzimmer“ aus?
Die Betten stehen einander gegenüber – nicht nebeneinander. Jeder Patient hat so seinen eigenen Pflege- und Besuchsbereich und vor allem sein eigenes Bad. Das Zimmer ist also gespiegelt. Die Oberflächen bestehen hauptsächlich aus pflegeleichtem HPL, also Laminaten mit spezieller Harzbeschichtung.

Andere Länder setzen auf mehr Einzelzimmer. Ist das nicht effizienter?
Die aktuelle Studienlage zeigt, dass eine reine Einzelzimmerstruktur im Normalpflegebereich die Verbreitung von Keimen kaum stärker eindämmt. Darauf umzuschwenken wäre in Deutschland zudem extrem aufwendig und kostenintensiv.

HOFFNUNGSTRÄGER

Sie sind Organisatoren, Öffentlichkeitsarbeiter und Organspende-Botschafter in einem: Transplantationsbeauftragte. Seit 2019 muss jede Klinik einen solchen benennen. Wie sieht der Alltag dieser Ärzte aus?

CAROLIN DIEL JAN LADWIG

An Weiberfastnacht 2020 um 6.20 Uhr kommt die Meldung von der Intensivstation: Es gibt einen potenziellen Organspender, einen 71-Jährigen mit Hirnblutungen. Von einem auf den nächsten Moment ist für Dr. Ebru Yildiz der normale Arbeitstag vorbei. Die nächsten 48 Stunden gehören allein dem Spender. Yildiz ist seit 2018 Transplantationsbeauftragte (TxB) an der Universitätsmedizin Essen: 1.260 Betten, knapp 160 davon Intensivbetten. Wenn irgendwo ein Patient zum potenziellen Spender wird, erfährt es Yildiz zuerst – und koordiniert die weiteren Schritte vom Angehörigengespräch bis zur Organexplantation. 1.799 Transplantationsbeauftragte gibt es derzeit in Deutschland. Sie fungieren als Koordinatoren: zwischen Ärzten und Angehörigen, Spende-Institutionen und der Öffentlichkeit, ihrem Krankenhaus und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Seit April 2019 ist jedes Krankenhaus, das Organe entnimmt, verpflichtet, mindestens einen TxB zu benennen und ihn für diese Aufgabe freizustellen. 0,1 Vollzeitkräfte pro zehn Intensivbetten müssen es sein. Am Universitätsklinikum Essen macht das 1,7 Stellen, Yildiz kann also hauptberuflich als TxB arbeiten. Ein Luxus, den nicht alle Kliniken haben.

Wenn an der Universitätsmedizin Essen ein Patient zum potenziellen Organspender wird, erfährt die Transplantationsbeauftragte **Ebru Yildiz** es zuerst.

DER NEBENBEI-BEAUFTRAGTE

In kleineren Häusern ist der Job des Transplantationsbeauftragten meist eine zusätzliche Nebentätigkeit, so auch am St. Bernhard-Hospital in Kamp-Lintfort. Zum Krankenhaus führt eine Landstraße, vorbei an Windrädern, Backsteinhäusern und Bauernhöfen. Die Intensivstation hier hat zehn Betten. Das macht eine 0,1-Stelle für den TxB. Diese übernimmt Dr. Gero Frings – neben seinem Hauptberuf als Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin.

Wann er in seiner Rolle als Chefarzt unterwegs ist und wann in der Rolle als TxB, lässt sich nicht immer klar trennen, sagt der 57-Jährige. „Ich bewege mich sowieso jeden Tag auf der Intensivstation, da integriere ich schon viele der Aufgaben als TxB automatisch.“ Jeden Morgen um 7.15 Uhr überprüft er bei seiner Visite auf der Intensivstation nebenher, ob ein Patient als potenzieller Spender infrage kommt.

Alle Betten täglich selbst ablaufen? „Das ist hier bei unserer Größe nicht machbar“, sagt Ebru Yildiz. Sie hält stattdessen Kontakt mit den Kollegen und ist durch ein klinikweites Meldesystem immer informiert. Statt auf Station arbeitet sie meist im Büro. Denn bei einem Maximalversorger wie der Uniklinik Essen geht es für den TxB vor allem darum, den Überblick zu behalten. Umso glücklicher ist Yildiz, dass sie sich als hauptberufliche TxB dafür ausreichend Zeit nehmen kann: „Als ich auf die Position nachgerückt bin, habe ich mehr Ressourcen verlangt. Der Deal war damals: 50 Prozent TxB, 50 Prozent Ärztin.“ Das habe viel Gegenwind gegeben, besonders von Kollegen, die den Organisationsaufwand hinter dem Job kaum wahrnehmen. Aber die Zahlen geben Yildiz Recht: Seit sie hauptberuflich als TxB arbeitet, haben sich die Organspenden im Universitätsklinikum Essen verdoppelt. Es könnten noch mehr sein. Doch die meisten Transplantationen scheitern noch immer an der fehlenden Bereitschaft zur Spende.

NEUTRALE AUFKLÄRUNG

„Umfragen zufolge sind rund 50 Prozent der Deutschen bereit, selbst zu spenden. Nur entscheidet man oft nicht für sich, sondern für einen Liebsten“, sagt Yildiz. Und man entscheidet in einer Situation des Verlusts: „Wo Trauer ist, ist die Bereitschaft oft weg.“ Ihre Aufgabe sieht Yildiz daher vor allem darin, die Angehörigen in dieser Situation zu unterstützen. Fragen zu beantworten, Ängste zu nehmen. Das kann den Spendenwillen durchaus erhöhen. Geht sie denn immer mit dem Ziel einer Organspende in ein Gespräch? „Natürlich wollen wir Transplantationsbeauftragten alle eine Organspende, aber wir müssen die Aufklärung neutral halten.“

In Kamp-Lintfort gab es 2019 gerade mal einen potenziellen Spender. Trotzdem hat Gero Frings in seinen 25 Jahren als TxB schon viele Angehörige erlebt. „Wir dürfen niemanden überrumpeln. Jeder muss die Zeit haben, die er braucht“, sagt der Intensivmediziner. Deshalb sei es so wichtig, dass Menschen ihren Willen zur Organspende zu Lebzeiten selbst dokumentieren. So lasse sich viel Zeit sparen. Und die ist bei Organspenden kostbar.

Seit der Bundestag 2019 gegen die so genannte Widerspruchslösung (siehe Kasten) gestimmt hat, lastet noch mehr Verantwortung auf den Schultern der TxB. Viele von ihnen werben für die Organspende, Chefarzt Frings war schon im örtlichen Gymnasium und in der Volkshochschule. „Der PR-Aufwand ist enorm“, sagt der Mediziner. Aber wenn ich am Ende die gesunden Transplantationspatienten sehe, ist das ganz wunderbar. Das motiviert mich.“

Der 71-jährige Patient von Weiberfastnacht konnte am Ende keine Organe spenden. Um 16.30 Uhr, nach einem Tag voller Untersuchungen, entdeckten die Ärzte ein bösartiges Krebsgeschwür in seiner Blase. Der Fall macht dennoch Hoffnung: Laut seinen Angehörigen hatte sich der Mann zu Lebzeiten aktiv mit dem Thema Organspende auseinandergesetzt: und sich zum Spenden entschieden. «

WER IST ORGANSPENDER?

In Deutschland gilt die Entscheidungslösung: Nur wenn ein Patient zu Lebzeiten ausdrücklich zugestimmt hat, dürfen ihm Organe entnommen werden. Andere Länder wie beispielsweise Spanien handhaben Organspende anders. Hier ist automatisch jeder Spender, der sich nicht aktiv dagegen ausspricht. Diese so genannte Widerspruchslösung wurde seit dem vergangenen Jahr auch intensiv für Deutschland diskutiert. Am 16. Januar 2020 stimmte der Bundestag jedoch mit knapper Mehrheit dagegen.

Illustration: Romina Birzer

„SELBST AKTIV WERDEN“

Gero Frings über Chancen und Schwachstellen des neuen Transplantationsgesetzes

DR. GERO FRINGS
ist Transplantationsbeauftragter am St. Bernhard-Hospital in Kamp-Lintfort und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft der Transplantationsbeauftragten NRW.

Was hat sich mit dem neuen Gesetz verändert?
An jedem Krankenhaus, an dem Organe entnommen werden, ist es jetzt Pflicht, einen Transplantationsbeauftragten (TxB) zu benennen. Das Gesetz ist eine gute Grundlage. Jetzt ist die Frage, wie wir die PS, die uns das Gesetz gibt, auch auf die Straße bringen können.

Wo hakt es denn noch?
Zum Beispiel an der Wertschätzung im Klinikalltag. Viele Kollegen bemängeln, dass sie nicht ausreichend wahrgenommen werden. Mein Rat wäre, dass die Kollegen selbstbewusster auftreten. Es kommt viel auf Eigeninitiative an.

Noch sind Transplantationsbeauftragte nicht zentral in einem Verband organisiert. Ein Manko?
Das ist ein Problem. Die TxB kommen bis jetzt in keinem Netzwerk zur Organspende vor. Im Rahmen unserer Professionalisierung versuchen wir jetzt, Abhilfe zu schaffen. Unsere AG in NRW hat bereits fast 80 Mitglieder. Inzwischen werden auch wir an den Tisch geholt, wenn über Organspende diskutiert wird. Der nächste Schritt ist, dass wir uns in den Ärztekammern institutionell verankern.

RISIKOFAKTOR: FRAU

Der Großteil der Ärztinnen und Ärzte behandelt Frauen und Männer gleich. Die Gendermedizin möchte das ändern. Denn was nach mehr Gleichberechtigung klingt, kann mitunter lebensgefährlich werden.

CAROLIN DIEL

Professor Dr. Gabriele Kaczmarczyks Reaktion auf die Worte der Patientin waren eindeutig: „Ich habe gedacht, die spinnt.“ Die Patientin nämlich behauptete gegenüber der Anästhesistin, sie habe den Rest der Operation noch mitbekommen. Kaczmarczyk glaubte das nicht – auch nicht, als andere Patientinnen Ähnliches berichteten. Erst als ihr eine Studie aus den USA in die Hände fällt, ändert sie ihre Meinung. Die besagte: Frauen erwachen bei gleicher Dosierung des gleichen Anästhetikums schneller aus der Narkose als Männer.

25 Jahre ist das her. Es war der Moment, in dem Gabriele Kaczmarczyk aus einem Gerechtigkeitsgefühl heraus beschließt, sich der Gendermedizin zuzuwenden. Diese widmet sich als Forschungsfeld den wichtigsten biologischen Unterschieden zwischen Männern und Frauen im Hinblick auf die Folgen für die Medizin. „So wie die Geriatrie auf das ‚Alter‘ des Patienten als Einflussfaktor auf seine Gesundheit und bestimmte Krankheitsverläufe schaut, schaut die Gendermedizin auf den Faktor ‚Geschlecht‘“, erklärt die Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und Beirätin der Deutschen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin (DGesGM). Die Liste der Dinge, die durch das Geschlecht beeinflusst werden, ist lang: Krankheiten äußern sich mit anderen Symptomen, manche Erkrankungen treten bei einem Geschlecht gar nicht erst auf, Medikamente wirken anders oder bleiben komplett wirkungslos. Diese Unterschiede zu ignorieren, kann lebensgefährlich werden – vor allem für Frauen. „Das bekannteste Beispiel ist der Herzinfarkt“, sagt Kaczmarczyk, „er bleibt immer noch oft unentdeckt, weil Frauen ‚unspezifischere‘ Symptome haben können wie beispielsweise Schmerzen im Oberbauch oder Übelkeit.“ Besonders problematisch ist auch die unterschiedliche Reaktion auf Medikamente. 1997 wird in einer großen US-Studie die Wirksamkeit des Herzinsuffizienzmittels Digoxin belegt. Fünf Jahre später analysiert einer der Autoren die Studie erneut – mit Blick auf die Wirksamkeit jeweils bei Männern und Frauen. Das Ergebnis: Männer profitieren von Digoxin, Frauen aber nicht. Sowas ist, laut Kaczmarczyk, vermutlich kein Einzelfall.

MIT DER FORSCHUNG FÄNGT ES AN

„Die Forschung hat immer so getan, als gäbe es keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern“, erklärt Prof. Dr. Vera Regitz-Zagrosek. Die Kardiologin gilt als deutsche Pionierin der Gendermedizin. 2003 besetzte sie die deutschlandweit erste Professur für Frauenspezifische Gesundheitsforschung, 2007 rief sie die DGesGM ins Leben und baute an der Berliner Charité das Institut für Geschlechterforschung in der Medizin auf, das sie bis letztes Jahr leitete.

Das Problem fängt schon bei den Tierversuchen an, so Regitz-Zagrosek: „Viele Forscher experimentieren fast ausschließlich mit männlichen Mäusen. Bei Weibchen befürchtet man, ihr Zyklus könnte zu einer stärkeren Streuung der Versuchsergebnisse führen.“ Wenn die Studien in die klinische Phase gehen, setze sich dieser Trend fort. In den frühen Phasen werden vor allem junge Männer untersucht und an ihnen die Dosierungen erarbeitet. Auch in den späteren Studien zur Wirksamkeit machen Frauen nicht selten nur ein Fünftel der Probanden aus. In nur 15 Prozent der Arzneimittelstudien werden die Nebenwirkungen geschlechtsspezifisch berichtet. Dabei treten diese bei Frauen nachweislich anderthalbmal häufiger auf.

„Wir haben all diese Vorschriften in Europa, dass Frauen gleichermaßen in Studien einbezogen werden oder dass man Studien nach Geschlechtern getrennt auswerten soll. Aber das sind nur Soll-Vorschriften, keine Muss-Vorschriften“, so Regitz-Zagrosek. Sie wünscht sich hier mehr Verbindlichkeit. Doch Gendermedizin bleibt ein Nischenthema. Das Institut für geschlechtsspezifische Forschung der Berliner Charité ist bis heute das einzige seiner Art in Deutschland.

EIN REINES FRAUENTHEMA?

Woran liegt das? Bequemlichkeit, meint Regitz-Zagrosek. Gabriele Kaczmarczyk sieht noch einen anderen Grund: „Gendermedizin kommt aus der ‚Frauenecke‘.“ Männer hätten das Thema lange nicht ernst genommen – und sie besetzen immer noch den Großteil der Führungspositionen in der Medizin. Paradox: Selbst der Präsident der Internationalen Gesellschaft für Gendermedizin war in den letzten vier Jahren ein Mann – obwohl die Mitglieder zu 90 Prozent weiblich sind. Erst langsam findet in der Medizin ein Umdenken statt. „Inzwischen interessieren sich durchaus immer mehr Männer für die Gendermedizin, weil es einfach ein neues, spannendes Forschungsfeld ist und ihnen auch bewusst wird: Gendermedizin hilft allen, nicht nur den Frauen“, so Kaczmarczyk. „Unser Ziel als Ärzte und Ärztinnen ist die personalisierte Medizin – das fängt beim Geschlecht an.“ Was fehle – das betonen beide Medizinerinnen – sei die feste Einbindung der Gendermedizin in die studentische Lehre.

Laut einer Umfrage des Deutschen Ärztinnenbundes von 2016 wurde in weit über der Hälfte der Medizinfakultäten „Gendermedizin“ nicht im Lehrplan thematisiert. Eine Folgeumfrage unter Medizinstudentinnen von 2020 zeigt: Immer noch ist bei rund 70 Prozent der Befragten das Thema im Studium nicht präsent. Doch viele Studierende wollen das ändern. „Ich habe festgestellt, die jungen Mediziner und Medizinerinnen sind von dem Thema schon infiziert, wüssten gerne mehr dazu – viele organisieren auf eigene Faust Veranstaltungen zur Gendermedizin“, sagt Kaczmarczyk. Für sie ist klar: „Meine Hoffnung sind die Jungen. Die wollen es besser machen!“ «

Foto (r.): privat

„ICH THERAPIERE GEZIELTER“

Über die Deutsche Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin können sich Ärzte als „Gendermediziner“ zertifizieren lassen. Was das bringt, erklärt Natascha Hess.

DR. NATASCHA HESS, *niedergelassene Internistin, Kardiologin und Gendermedizinerin*

Wieso haben Sie sich als Gendermedizinerin zertifizieren lassen?
Vor etwa 15 Jahren hatten wir oft Patientinnen, die vorher von Arzt zu Arzt geschickt wurden – ohne dass eine Diagnose gestellt werden konnte. Der Grund: Das Wissen um geschlechterspezifische Unterschiede bei Krankheiten war zum damaligen Zeitpunkt nur schwach ausgeprägt. Die Ursache der Beschwerden konnte dann erst verzögert erkannt werden. Das hat mich sensibilisiert, dass wir Ärzte diese grundlegenden Geschlechterdifferenzen in jeder Behandlung mitdenken müssen.

Was bedeutet diese Zusatzqualifikation für Ihren Praxisalltag?
Frauen haben häufiger arzneimittelbedingte Nebenwirkungen. Auch bei Belastungs-EKGs kommt es oft zu falschen Werten. Diese Besonderheiten berücksichtige ich bei Verschreibungen beziehungsweise sichere Ergebnisse durch eine zweite Untersuchung ab.

Sie haben die Zusatzqualifikation 2011 erworben, was hat sich seitdem getan?
Das Thema ist bei uns Ärzten, aber auch bei Patienten in den letzten Jahren stärker in den Fokus gerückt. Leider ist die Zusatzbezeichnung „Gendermediziner“ noch nicht in den Weiterbildungskatalog der Ärztekammern aufgenommen worden. Es wäre schön, wenn die Gesundheitspolitik das Thema stärker fördern würde.

Informationen zur Zusatzqualifikation „Gendermediziner/in“ unter *www.dgesgm.de/zusatzbezeichnung-gendermediziner.html*

AUF EIS

Erst kühlen, dann wiederbeleben: Bernd Böttiger über die Forschung an der verzögerten Reanimation

In Baltimore haben Forscher kürzlich einen Schwerverletzten in eine Art Scheintod versetzt, um ihn zu operieren. Dabei wurde sein Blut durch eine Salzlösung ersetzt und sein Körper auf 15 Grad Celsius gekühlt. Nach Stunden wurde ihm das Blut wieder zugeführt und er überlebte. Hätten Sie das für möglich gehalten?
Durchaus. Ich kenne den Studienleiter Sam Tisherman und weiß, dass sein Team seit Jahren an dieser so genannten „Suspended Animation“ forscht und dafür auch maßgeblich unter anderem vom US-Militär gefördert wird. Im Tierversuch gab es bereits eindrucksvolle Ergebnisse. Es war nur eine Frage der Zeit, dass dies auch in die klinische Praxis überführt wird.

Der Patient hat keinen Kreislauf mehr, atmet nicht – und wird doch wieder lebendig. Ist das ein neuer Zustand zwischen Leben und Tod?
Dieser Zustand ist seit Jahrzehnten bekannt. Wir hatten einen ähnlichen Fall vor drei Jahren in Köln: Ein damals sechsjähriges Kind war auf einem zugefrorenen Teich eingebrochen, unter Wasser geraten und erstickt. Der Junge konnte erst nach 35 Minuten aus dem Eiswasser geborgen werden. Bis er bei uns auf der Intensivstation lag, war er sicher deutlich länger als eine Stunde tot – aber bei einer Körpertemperatur von 23 Grad. Wir haben ihn wiederbelebt, an eine Herz-Lungen-Maschine angeschlossen, künstlich beatmet, über Tage langsam die Temperatur erhöht. Nach fünf Tagen wachte er auf und fragte, ob er ein Nutella-Brot haben könne.

PROF. DR. BERND W. BÖTTIGER, 61, *ist Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin der Uniklinik Köln, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Rats für Wiederbelebung (GRC) und Initiator des „World Restart a Heart Day“.*

Wie geht es ihm heute?
Heute feiert der Junge zweimal im Jahr Geburtstag – und lädt die Notärztin dazu ein.

Wie ist das möglich?
Wir wissen seit langem: Nichts schützt das Gehirn besser als Kälte. Schon bei den ersten regelmäßigen Herz-OPs überhaupt hat man deshalb die Patienten in Badewannen mit Eis gelegt, um sie im geschützten Zustand am Herzen operieren zu können. Seit es Herz-Lungen-Maschinen gibt, braucht man das nicht mehr.

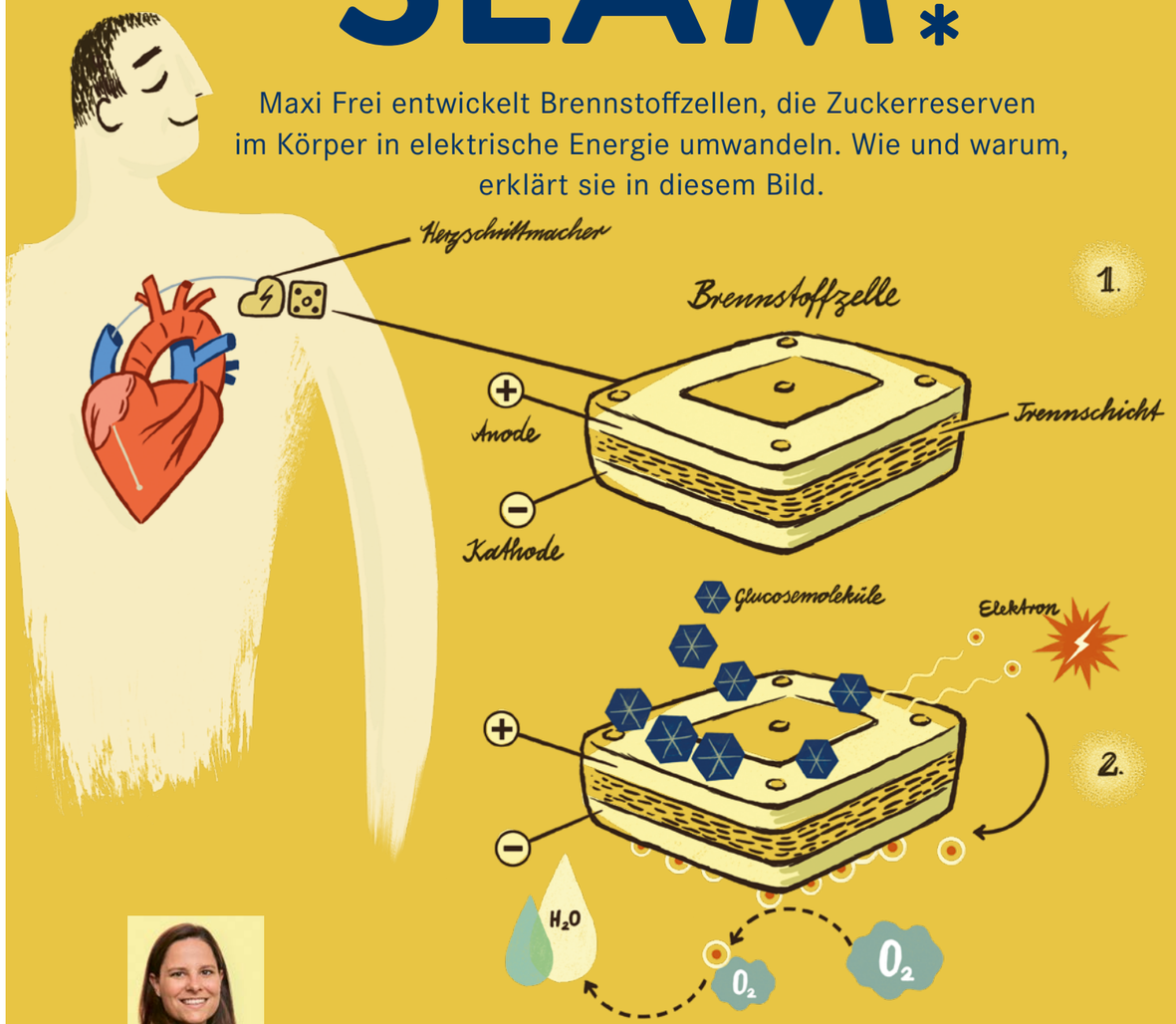
Aber wäre ein Eiswassertank nicht eine Idee für den Rettungswagen?
Vielleicht. Tatsächlich gab es mal eine Firma, die Menschen Eiskappen verkauft hat, die sie einer Person mit Herz-Kreislauf-Stillstand im Notfall aufsetzen können. Das ist nicht so verrückt, wie es sich anhört. Gleichwohl gibt es zur Wiederbelebung nichts Effektiveres als zwei Hände. Deshalb wollen wir mit unserer Initiative „World Restart a Heart Day“ Schülern und Erwachsenen weltweit die Herzdruckmassage beibringen. Der plötzliche Herzkreislaufstillstand ist die dritthäufigste Todesursache, täglich sterben daran in Deutschland 200 Menschen. Es könnten weit weniger sein, wenn nur genügend Laien sofort mit der Herzdruckmassage beginnen würden.

Außer bei der verzögerten Reanimation wird der Nutzen von Unterkühlung auch bei einem anderen Phänomen beforscht: dem Winterschlaf. Wie weit ist man hier?
Dazu haben wir in Köln bereits geforscht, und aktuell laufen dazu weltweit Studien. Wir wissen, dass manche Säugetiere Unterkühlung nutzen, um Winterschlaf zu halten. Murmeltiere und Bären zum Beispiel fahren ihre Temperatur herunter und haben wochenlang nur sehr wenige Herzschläge pro Minute. Klar ist: Sie nutzen dafür bestimmte Neurotransmitter, die an Rezeptoren andocken, die auch wir Menschen haben. Das macht es denkbar, dass dieser Zustand irgendwann auch für uns erreichbar ist.

Fotos: Universitätsklinikum Köln (l.), Privat (r.); Illustration (r.): Christoph Mett

SLAM!*

Maxi Frei entwickelt Brennstoffzellen, die Zuckerreserven im Körper in elektrische Energie umwandeln. Wie und warum, erklärt sie in diesem Bild.



DR. MAXI FREI, 33, *arbeitet als Produktingenieurin für ein großes Medizintechnikunternehmen. Sie promovierte am Institut für Mikrosystemtechnik der Universität Freiburg. 2019 wurde sie deutsche Meisterin im Science Slam. Videos ihrer Auftritte und bundesweite Slam-Termine findet man auf: www.scienceslam.de.*

*** Englisch für: etwas hinknallen.**

„Was, wenn man medizintechnische Geräte im Körper mit körpereigener Energie betreiben könnte? Diese Idee hat mich im Studium fasziniert. Daher habe ich für meine Doktorarbeit eine eigene Bio-Brennstoffzelle entwickelt. Sie nutzt einen Energielieferanten, der ohnehin unendlich im Körper vorhanden ist: Glucose, also Zucker. Die Zelle ist ein kleiner Chip, der im Aufbau einer Batterie gleicht. Es gibt einen Pluspol, die Anode, und einen Minuspol, die Kathode. Sie wird außen an Geräte wie zum Beispiel Herzschrittmacher angebracht (1). Dort tritt sie mit sämtlichen Körperflüssigkeiten in Kontakt. Nun docken Glucosemoleküle an der Oberfläche der Anode an. Es kommt zu einer elektrochemischen Reaktion. Dabei gibt die Glucose Elektronen ab. Die freien Elektronen wandern dann – quasi als Strom – durch den Verbraucher zur Kathode und treiben so den Herzschrittmacher an. An der Kathode sind die Elektronen nun überschüssig. Damit neue Elektronen hinterherrutschen können, nehmen Sauerstoffmoleküle sie auf und verwandeln sie in Wasser (2). Das scheidet der Körper später wieder aus. Meine Brennstoffzelle kann so zwei Mikrowatt Strom pro Quadratzentimeter Oberfläche herstellen, das reicht für einen herkömmlichen Herzschrittmacher. Das Problem ist aktuell noch die Haltbarkeit: Die Zelle nutzt sich nach 30 Tagen ab.“

Digitale Chancen und Risiken

Markus Müschenich, Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin und Vorstand des Bundesverbands Internetmedizin, im Gespräch mit Ulrich Sommer, Vorsitzender des Vorstands der apoBank, über die IT-Migration der Bank, die Digitalisierung im Finanzsektor und im Gesundheitswesen.

DR. MARKUS MÜSCHENICH: Herr Sommer, die apoBank hat Anfang Juni ihre IT umgestellt – und sich dabei den Zorn vieler Kunden eingehandelt, mich eingeschlossen. Bei mir waren die Überweisungen plötzlich aufwändiger und langsamer, die Ansichten schwer nachvollziehbar. Was ist da genau passiert?

ULRICH SOMMER: Mit der Einführung des neuen IT-Systems haben wir sowohl die Software als auch die gesamte technische Infrastruktur mit zahlreichen spezifischen Applikationen für unsere Bank neu implementiert. Auf diese hochkomplexe Umstellung haben wir uns mehr als zwei Jahre intensiv mit unseren IT-Partnern vorbereitet. Wir bedauern sehr, dass unsere Kunden die unvorhersehbaren Störungen nach unserer IT-Umstellung direkt erleben mussten. Dafür entschuldige ich mich auch im Namen meiner Vorstandskollegen ausdrücklich.

MÜSCHENICH: Was haben Sie getan und wie schätzen Sie die Lage heute ein?

SOMMER: Wir haben sofort das Krisenmanagement übernommen und eine Task Force gegründet, die später in eine Stabilisierungsorganisation übergegangen ist. Dieses Team identifiziert und analysiert mit allen IT-Experten und Dienstleistern fortlaufend bestehende Fehler und korrigiert sie schnellstmöglich. Oberste Priorität hat die Behebung der Fehler, die unsere Kunden im Alltag besonders spüren. Und diese Fehler konnten wir mittlerweile auch weitgehend reduzieren. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnten durch hohen persönlichen Einsatz zahlreichen Kunden helfen, dafür bin ich sehr dankbar.

MÜSCHENICH: Warum haben Sie überhaupt migriert?

SOMMER: Durch die Fusion der beiden genossenschaftlichen IT-Dienstleister GAD und Fiducia wurde das bisher von der apoBank genutzte Kernbanksystem 2015 gekündigt. Damit war klar, dass die apoBank ihre Bank-IT migrieren muss. Wir haben uns dann in einem gründlichen Auswahlprozess für Avaloq entschieden, einen stark wachsenden und international führenden Anbieter von Kernbanksoftware und digitaler Technologie. Avaloq hat uns insbesondere durch die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit seiner Software überzeugt. Beides ist uns wichtig, um unsere spezifischen Anforderungen an der Schnittstelle zum Gesundheitsmarkt zu erfüllen sowie unserer Verpflichtung zur zeitnahen Umsetzung von EZB-Anforderungen nachzukommen. Mit der Entscheidung für Avaloq haben wir auch DXC Technology als Betreiber der IT und Hardware-Anbieter gewählt. Unsere IT-Migration bildet die Grundlage für die Weiterentwicklung unserer Bank.

MÜSCHENICH: Mal ganz ehrlich: In Sachen IT und Digitalisierung haben Fintechs klassischen Banken doch längst den Rang abgelaufen. Ist dieser Wettbewerb für eine klassische Bank wie die apoBank überhaupt noch zu gewinnen?

SOMMER: Definitiv – aber nur dann, wenn Banken ihre Angebote konsequent am Nutzungsverhalten der Kunden ausrichten. Als Standesbank mit einer herausragenden Expertise und einer ausgeprägten Kundennähe hat die apoBank die besten Voraussetzungen, diesen Kampf für sich zu entscheiden. Im Übrigen kämpfen wir nicht pauschal gegen Fintechs, sondern arbeiten auch mit ihnen zusammen, wenn wir dadurch Lösungen erzielen, die einen Mehrwert für unsere Kunden und unsere internen Abläufe darstellen.

MÜSCHENICH: Stichwort Mehrwert für Kunden – was habe ich denn als apoBank-Kunde konkret von der IT-Umstellung?

SOMMER: Heute können viele Kunden die Vorteile unserer neuen IT noch nicht spüren – Sie haben negative Beispiele angeführt, Herr Dr. Müschenich. Das Online-Banking und unsere Apps sind auch noch nicht so, wie wir uns das vorstellen. Mit der IT haben wir die Basis gelegt, wir werden uns hier kontinuierlich weiterentwickeln. Auch Workshops gemeinsam mit unseren Kunden sind dazu im Jahr 2021 geplant, um die spezifischen Bedürfnisse der Heilberufler stärker einzubeziehen. Ein erstes Beispiel für einen Kundenvorteil in einer schwierigen Lage war bei der Insolvenz des Rezeptabrechners AvP zu erkennen. Dank unserer neuen IT konnten wir die betroffenen Kunden schnell identifizieren und schnelle Hilfestellungen ermöglichen. Auch an der Verbesserung der internen Abläufe und der Weiterentwicklung der IT-Prozesse arbeiten wir. Perspektivisch sehe ich drei wesentliche Vorteile für unsere Kunden. Mehr Beratungszeit, bedarfsorientiertere und individuellere Lösungen sowie den Ausbau unserer Non-Banking-Leistungen.

MÜSCHENICH: Was verstehen Sie unter Non-Banking-Leistungen?

SOMMER: Die Strategie der apoBank besteht aus einem Zwei-Säulen-Modell, »

Ulrich Sommer

ist Vorsitzender des Vorstands der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. 1987 trat er in die apoBank ein und kehrte nach einem Wechsel zur IKB 1994 zur apoBank zurück, wo er zunächst die Institutionelle Kundenbetreuung leitete. 2010 wurde Sommer zum Bereichsvorstand ernannt und leitete die Ressorts Standesorganisationen, Großkunden und Märkte. Seit Juli 2012 ist Sommer Mitglied des Vorstands, seit September 2017 dessen Vorsitzender.

Dr. Markus Müschenich

ist Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Müschenich war bis 2012 Mitglied des Vorstands der Sana Kliniken AG. Seit 2012 ist er Vorstandsmitglied des Bundesverbands Internetmedizin. Müschenich ist zudem Co-Founder von Eternity.Health, einer Life Science Technology Holding, zu der unter anderem FLYING. HEALTH, als das führende Ökosystem für Next Generation Healthcare, gehört.

Digitalisierung

einer Banking- und einer Non-Banking-Säule. Damit erweitern wir unser Leistungsangebot außerhalb des klassischen Bankgeschäfts und stärken unser Alleinstellungsmerkmal „Wir ermöglichen Gesundheit“. Ein erster erfolgreicher Schritt in diese Richtung ist bereits getan: Unsere Tochtergesellschaft naontek, die für uns digitale Non-Banking-Lösungen aufbaut, bietet Heilberuflern mit der Plattform univiva seit Mitte letzten Jahres einen digitalen Marktplatz. Perspektivisch sollen Heilberufler alles, was sie für die Ausübung ihres Berufs benötigen, auf diesem Marktplatz finden. Darüber hinaus erproben wir aktuell unter dem Namen optiPrax ein neues Angebot zur Optimierung von Arztpraxen. optiPrax unterzieht die wirtschaftlichen Kennzahlen einer Arztpraxis einem digitalen Marktvergleich und unterstützt so Kunden individuell bei Standortanalyse und Verbesserungsmaßnahmen. Dank der Flexibilität unserer neuen IT können wir Softwareentwicklungen, -produkte, -dienstleistungen und Infrastrukturen inklusive ganzer Businessprozesse andocken. Das ist die technische Basis, um unser Angebot an Non-Banking-Leistungen für unsere Kunden sukzessive zu erweitern.

MÜSCHENICH: Warum tun Sie das?
SOMMER: Für unsere Kunden. Wir möchten unsere heilberuflichen Kunden nicht nur mit einem Konto, bei der Finanzierung und im Vermögensaufbau begleiten, sondern ihnen eine vollumfängliche Unterstützung bieten – beruflich und privat. Wenn ich zum Beispiel an niedergelassene Ärzte denke oder junge Praxisgründer – da können wir mit unserem Netzwerk und unserem Wissen unterstützen, Praxispotenziale einzuschätzen, Zukunftsfähigkeit zu stärken oder Fragen zu Infrastruktur, Digitalisierung und Prozessoptimierung zu beantworten.

MÜSCHENICH: Dabei müssen Sie aber den Mut haben, auch unangenehme Wahrheiten auszusprechen, zum Beispiel Ärzten zu sagen, dass Praxen künftig leerer sein werden. Es wird tiefgreifende Veränderungen im Gesundheitswesen geben, die es niedergelassenen Ärzten nicht leichter machen.
SOMMER: Woran denken Sie konkret?

MÜSCHENICH: Ich sehe zwei große Herausforderungen, die wir meistern müssen. Zum einen werden wir einen Wettbewerb zwischen Arzt und digitaler Anwendung erleben. Die Gesetzgebung wird dafür sorgen, dass ärztliches Know-how zunehmend digital abgebildet wird. Das wird so weit gehen, dass die Nichtanwendung digitaler Applikationen quasi ein Behandlungsfehler ist. In der Konsequenz werden die Praxen leerer werden, die Patienten holen sich ihre Diagnose erst einmal per App. Das Problem: Parallel werden wir eine massive Sparwelle im Gesundheitswesen erleben. Niedergelassene Ärzte werden sich also in ähnlichen Situationen wiederfinden wie viele Apotheker.
SOMMER: Digitalisierung ist aus meiner Sicht nicht ausschließlich ein Kostenthema. Sie schafft Möglichkeiten zur Unterstützung für Heilberufler. Von großer Bedeutung sind die zur Verfügung stehenden kurativen Ressourcen. Heilberufler stehen leider nicht unbegrenzt zur Verfügung. Daher gilt es, Ärzte, Apotheker und Zahnärzte bestmöglich auf die Patienten und Aufgaben zu verteilen. Digitalisierung kann hier einen wichtigen Beitrag leisten, Zeit zu sparen, wo automatisierte Verfahren schnelle und qualitativ gute Lösungen bieten können. Für mich gehören ärztliche Tätigkeit und Digitalisierung zusammen. Durch die zeitliche Entlastung erhält der Arzt mehr Freiraum für seine Patienten und komplexe Fälle. Ich sehe hier große Parallelen zwischen dem Gesundheitsmarkt und unserer täglichen Arbeit bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Für unsere Kunden bietet das kombinierte Angebot aus persönlicher Beratung und digitalen Lösungen den größten Mehrwert. Davon bin ich überzeugt. Ist das beim Arzt nicht genauso? Dass bei einer einfachen Tätigkeit auch digital unterstützt werden kann?

MÜSCHENICH: Definitiv. Die Frage ist nur: Wenn die Praxis der Zukunft deutlich weniger frequentiert ist, entwickelt sich dann auch das Vergütungssystem entsprechend? Was kann die einzelne Praxis künftig noch in welchem Maße abrechnen? Entsteht vielleicht ein neuer Preisdruck auf die Ärzte? Ich sehe hier einen echten Preiswettbewerb zwischen Mensch und App auf uns zukommen. Und auch für Patienten wird das nur eine gute Entwicklung sein, solange sie noch die Wahl haben: Gehe ich zum Arzt meines Vertrauens oder muss ich mir erst mal digital helfen?
SOMMER: Die Herausforderung für die Heilberufler besteht darin, vor diesem Hintergrund das eigene Selbstverständnis neu definieren: Welche Aufgaben können durch welche digitalen Anwendungen sinnvoll und zuverlässig unterstützt werden? Aus meiner Sicht wird die Arzt-Patienten-Beziehung künftig in dem Maße an Bedeutung gewinnen, wie digitale Anwendungen entsprechende Freiräume schaffen. Und diese Zeit am Patienten muss selbstverständlich angemessen vergütet werden. Klar ist auch, dass künstliche Intelligenz nur dann langfristig von Ärzten und Patienten akzeptiert wird, wenn sie wissen, was sie von ihr erwarten dürfen und wo die ethischen Grenzen liegen.

MÜSCHENICH: Was tut denn die apoBank, um Heilberufler bei der Digitalisierung zu unterstützen?
SOMMER: Univiva und optiPrax habe ich bereits erwähnt. Ein weiteres Beispiel ist unsere „Zahnpraxis der Zukunft“, die in Zusammenarbeit mit der Zahnärztlichen Abrechnungsgenossenschaft entstanden ist. Die erste Praxis dieser Art, die ZAP*8-Zahnarztpraxis in Düsseldorf, die junge Zahnärztinnen schlüsselfertig von uns gemietet haben, hat gerade ersten Geburtstag gefeiert. Wir fördern mit dem Praxismodell die Selbständigkeit von Heilberuflern und sammeln gleichzeitig breite Erfahrungen für unsere Praxisberatung. Nicht zuletzt haben wir über viele Jahre im Start-up-Bootcamp digitale Start-ups bei der Entwicklung ihrer Geschäftsideen unterstützt. Basis, um Heilberufler bei der Digitalisierung zu unterstützen, ist apoHealth, unser Kompetenzzentrum für Digitalisierung im Gesundheitswesen, das wir 2018 gegründet haben und in dem wir unsere Digitalisierungsideen bündeln.

MÜSCHENICH: Und die Kunden honorieren diese Aktivitäten abseits des Kerngeschäfts?
SOMMER: Nicht nur das. Sie erwarten es auch, weil sie uns als Partner sehen, der sie über viele Jahre hinweg in ihrer Entwicklung begleitet. Viele unserer Kunden schenken uns seit Jahrzehnten ihr Vertrauen. Und die meisten verbinden mit unseren Beratern positive Erlebnisse: die Gründung der Praxis, den Hausbau für die Familie oder die Sicherung des Vermögens. Nicht wenige sind auch Eigentümer der Bank. Dieser Zusammenhalt zwischen Kunde und Bank zeichnet unser Haus aus. Das Gemeinschaftsgefühl erfüllt mich mit großer Dankbarkeit. Er ist mein Antrieb, die Deutsche Apotheker- und Ärztebank für unsere Heilberufler weiter zu stabilisieren und zu entwickeln. «

„Ich sehe einen Preiswettbewerb zwischen Mensch und App auf uns zukommen.“

Dr. Markus Müschenich

„Der Zusammenhalt zwischen Kunde und Bank ist mein Antrieb, die apoBank weiter zu stabilisieren und zu entwickeln.“

Ulrich Sommer

Digitalisierung

SCHWARZE ZAHLEN

MEIN GELD

WIE INVESTIERT EIGENTLICH GWYNETH PALTROW?

Was als Newsletter an Freunde begann, ist heute ein millionenschweres Unternehmen. Schauspielerin Gwyneth Paltrow investiert in ihren eigenen Onlineshop „Goop“, der von spirituellen Wellness-Produkten bis zu edlen Küchenutensilien alles für den alternativen Luxus-Lifestyle vertreibt. Als „obszön teuren Schnickschnack“ bezeichnete der „Business Insider“ das Verkaufssortiment. Viele der Produkte wurden als pseudowissenschaftlich kritisiert. Doch Paltrow lächelt die Kritik einfach weg: „Ich war immer die Art Mensch, der Leuten Dinge zeigt, bei denen andere sagen, die sind komisch.“ Unkonventionelle Lifestyle-Startups sind auch unabhängig von „Goop“ Paltrows Investmentstrategie. Ihr Geld steckte sie unter anderem in „Daily Harvest“, einen Lebensmittelproduzenten für gesunde Tiefkühlkost, und „Universal Standard“, ein Label für trendige Plus-Size-Mode.

Müssen Ärzte mehr Manager sein?

Für den Arzberuf braucht es heute immer mehr Managementkenntnisse. Sollten BWL-Kurse Teil des Medizinstudium sein?
So würden wir ein ohnehin sehr komplexes Fach noch komplexer machen. Mehr BWL-Anteile sind wohl kaum vermeidbar und gewiss für die Steuerung des Gesundheitswesens von Vorteil, aber der einzelne Student ist davon auch schnell überlastet. Das ist ein Dilemma. Das Medizinstudium sollte sich auf BWL-Grundkenntnisse beschränken.

Aber wäre nicht eine flächendeckende ökonomische Bildung nötig?
Ärzte sollten sich individuell mit Fortbildungen und Seminaren in Sachen ökonomisches Wissen weiterbilden. Alle durch eine Standardschulung zu jagen, ist völlig sinnlos. Das Wissen kann so kaum im Alltag angewendet werden. Die Frage muss sein: Wo befindet sich der Arzt in seiner Karriere? Welche ökonomischen Fähigkeiten braucht er jetzt? Ab der Oberarztetage ist ein ökonomisches Basiswissen Pflicht.

Was macht einen guten Manager aus?
Ein guter Manager ist sicher kein Übermensch. Es ist jemand, der die Organisation eines Zuständigkeitsbereichs und die Führung seiner Mitarbeiter so gestaltet, dass am Ende gute Ergebnisse herauskommen und die Menschen motiviert arbeiten. Und letztlich lernen wir auch von Vorbildern. Ein Manager sollte also immer versuchen, ein gutes Vorbild zu sein.

PROF. DR. CHRISTOF SCHENKEL-HÄGER
(52) ist Internist und Krankenhausbetriebswirt und lehrt an der Universität Koblenz Krankenhausmanagement.

Foto: GettyImages, Illustrationen: Romina Birzer

24.800

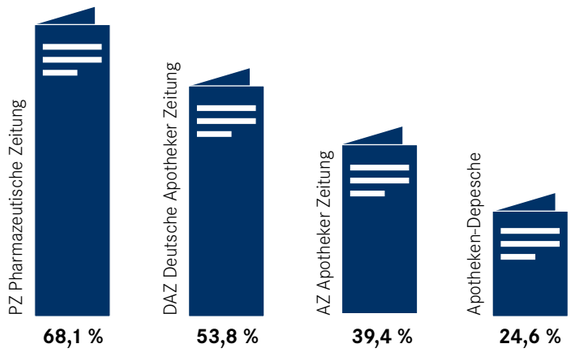
EURO kostet in Deutschland in etwa die Behandlung eines Herzinfarkts vom Rettungswageneinsatz bis zur Reha.

MEDIKAMENTEN-HANDEL IM NETZ BOOMT

Die Zukunft der Apotheken liegt im Internet – zumindest laut Crystal Market Research. Das US-amerikanische Marktforschungsunternehmen ermittelte in einer Studie, dass bereits heute der weltweite Markt der Online-Apotheken jährlich um rund 15 Prozent wächst. Im Jahr 2023 würde der Online-Handel mit Medikamenten so ein Umsatzvolumen von knapp 87 Milliarden US-Dollar erreichen.

crystalmarketresearch.com/report/e-pharmacy-market

DAS SIND DIE BELIEBTESTEN FACHZEITSCHRIFTEN UNTER APOTHEKERN



Quelle: Arbeitsgemeinschaft LA-MED : LA-PHARM-Studie 2017

EINE FRAGE DES GELDES

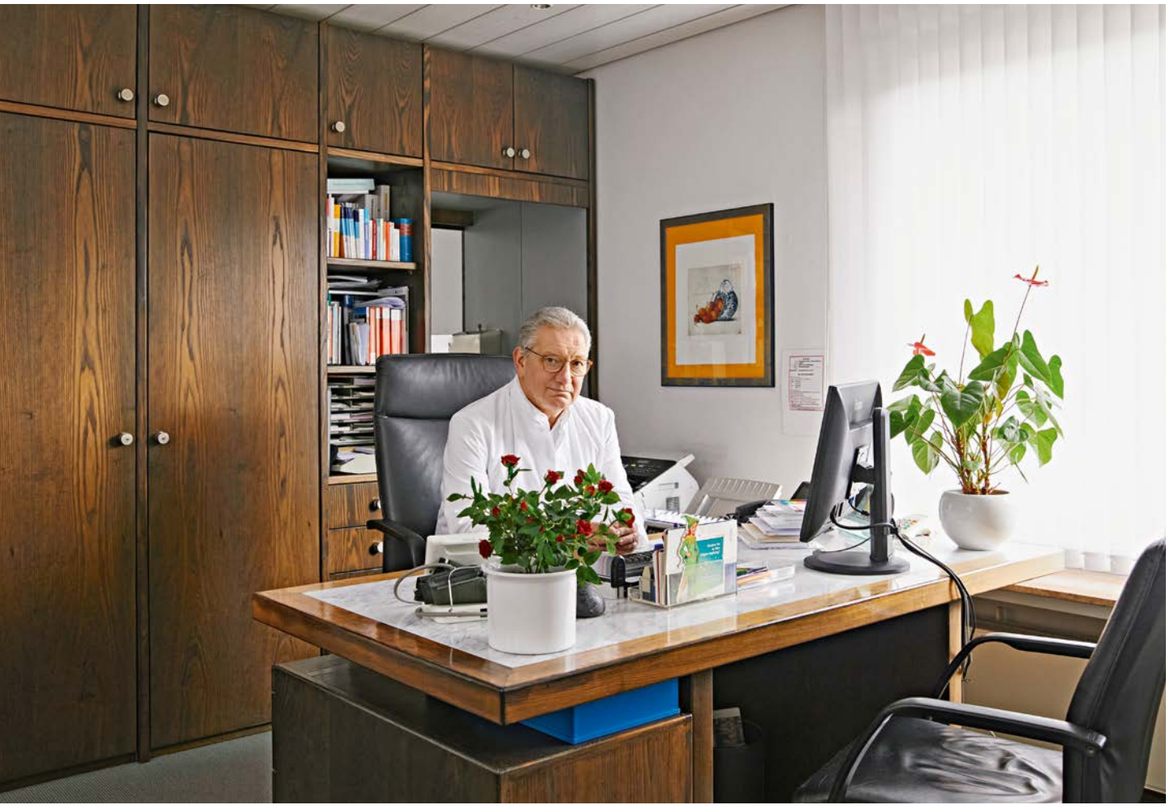
Besonnen bleiben

Wie geht es Ihrem Depot? Prüfen Sie sorgenvoll seine Vitalwerte und blicken ängstlich auf die Fieberkurve der vergangenen Monate? Oder sind Sie optimistisch und prognostizieren seine baldige Genesung? Viele Heilberufler tun offenbar letzteres, wie eine Online-Umfrage der apoBank zeigt. Demnach sagen 52 Prozent der Heilberufler, dass sie ihren Aktienanteil in Corona-Zeiten sogar noch ausbauen wollen. 32 Prozent sehen keine Auswirkungen der Krise auf ihr Anlageverhalten. Lediglich drei Prozent sind nervös und wollen ihr Portfolio abstoßen.

DR. HANNO KÜHN
Chief Investment Officer der apoBank

Beim Thema Geldanlage ist Besonnenheit eine Tugend. In ruhigen Zeiten ist es einfach, einen kühlen Kopf zu bewahren. Aber wichtig ist er vor allem in der Krise. Denn wer bei einer Börsentalfahrt überstürzt seine Wertpapiere verkauft, macht damit aus virtuellen Verlusten reale. Er beraubt sich der Chance, an künftigen Kurserholungen teilzunehmen. Und wirft mit den Werten auch seine womöglich lange gepflegte und ausgeklügelte Strategie über Bord.

Seiner Anlagemaxime treu zu bleiben, heißt natürlich nicht, dass man sein Depot nicht trotzdem von Zeit zu Zeit neu ausbalancieren und den neuen Marktgegebenheiten anpassen muss – schließlich soll es auch unter neuen Rahmenbedingungen noch zur Strategie passen. Allerdings braucht es dazu Zeit, eine gute Marktkenntnis und nicht zuletzt Besonnenheit. Ein guter Vermögensverwalter bringt alle diese Eigenschaften mit.



Blumen für die gute Behandlung: Dr. Lutz Partenheimer an einem seiner letzten Arbeitstage in der Praxis

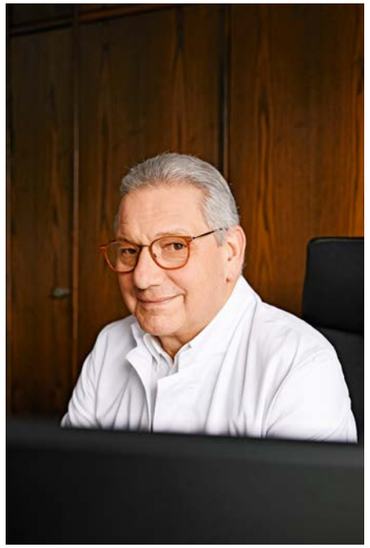
Die Nächste, bitte: Dr. Rodica Prodan hat das Praxismobiliar ihrer Vorgänger übernommen.

MEINE PRAXIS, DEINE PRAXIS

Wenn eine Praxis den Besitzer wechselt, ist das für alle Beteiligten ein emotionales Ereignis. Wie erleben Abgeber und Abnehmer diese Ausnahmesituation? Wir haben eine Übergabe begleitet.

MICHAEL AUST JAN LADWIG

Ein weiß getünchtes Haus, etwas versetzt hinter gepflegten Büschen. Drei Stufen, die zu einer schweren braunen Tür führen. Dahinter: ein Treppenhaus und zwei Stockwerke, die sich über 130 Quadratmeter ausbreiten. Ein Empfang, zwei Wartezimmer, Behandlungsräume, Teeküche und WCs. In dieser Praxis im Ortskern von Goch am Niederrhein haben die Hausärzte Dr. Lutz und Dr. Gabriele Partenheimer 34 Jahre lang gemeinsam praktiziert. Anfang 2020 hat Dr. Rodica Prodan ihren Kassensitz übernommen, im April auch die Praxisräume. »



Gabriele und Lutz Partenheimer haben 34 Jahre als Hausärzte in Goch am Niederrhein praktiziert.

Start in der Corona-Krise: Am 1. April 2020 hat Rodica Prodan die Praxis übernommen.

DIE ABGEBER:

Dres. Gabriele (64) und Lutz Partenheimer (65)

DIE IDEE

Die Vorstellung, irgendwann mal keinen Abnehmer für ihre Praxis im ländlichen Goch zu finden, treibt das Ehepaar Lutz und Gabriele Partenheimer schon seit ein paar Jahren um. Zwar nie konkret, aber immer mal wieder. Vor allem seit klar ist, dass ihre Tochter Anne, die als Ärztin in der Schweiz arbeitet, die elterliche Praxis nicht übernehmen wird. Ihnen sei bewusst, dass der Trend gegen die Niederlassung geht, sagt Dr. Lutz Partenheimer: „Heute wollen viele Ärzte lieber als Angestellte arbeiten, mit festen Urlaubszeiten, einem festen Gehalt und wenig Verantwortung.“ Doppelt schwer sei es, auf dem Land einen Nachfolger zu bekommen.

DIE SUCHE

Als im Frühjahr 2017 plötzlich ein Interessent in der Praxis steht, sind die beiden überrascht. Der junge Arzt wirkt nett – doch die Partenheimers wollen noch etwas warten: „Wir haben kalte Füße bekommen. Uns war das einfach noch zu früh.“ Eine Weile gerät das Thema Abgabe aus dem Blick – bis eine befreundete Apothekerin den Kontakt zu ihrem apoBank-Berater vermittelt. „Sie sagte: Ruf doch da mal an, die haben eine Praxis- und Apothekenbörse“, erinnert sich Dr. Gabriele Partenheimer. Das Ehepaar machte Fotos von der Praxis und schickte sie an die Praxisbörse. „Irgendwann rief mich dann die Beraterin von Frau Prodan an. Sie meinte: Ich glaube, ich habe da jemanden für Sie.“

DAS ERSTE TREFFEN

Im April 2019 ruft Gabriele Partenheimer Rodica Prodan an. „Nach dem Gespräch dachte ich: Das wird doch nichts. Eine einzelne Ärztin, die eine so große Praxis übernehmen will?“ Das erste Treffen findet an einem Mittwochmittag statt. „Frau Prodan hat sich alles angeschaut, mit den Sprechstundenhilfen geredet, und dann haben wir uns noch länger zu dritt unterhalten“, erinnert sich Lutz Partenheimer. Auf ihn und seine Frau macht der zupackende Auftritt der Kollegin Eindruck. „Wir wussten sofort, dass sie ein Sechser im Lotto wäre. Aber wir waren noch skeptisch – auch, um bei einer Absage nicht zu enttäuscht zu sein“, sagt Gabriele Partenheimer. »

DIE ABNEHMERIN:

Dr. Rodica Prodan (38)

DIE IDEE

Eine alleinerziehende Mutter übernimmt eine Hausarztpraxis mit 2.400 Patienten, die vorher von zwei Ärzten geführt wurde? Wer Dr. Rodica Prodan fragt, warum sie sich das antut, bekommt eine klare Antwort: „Ich wollte schon immer meine eigene Chefin sein.“ Die 38-Jährige ist mit diesem Wunsch eine Ausnahme. Seit Jahren entscheiden sich immer weniger junge Ärzte für die Selbständigkeit, wie die apoBank-Umfrage „Inside Heilberufe II“ zeigt. Dabei hätten Abnehmer eine große Auswahl und gute Verhandlungsposition: In den kommenden Jahren wollen mehr als 30 Prozent der Niedergelassenen ihre Praxissitze abgeben.

Es allein schaffen – das war für die 1982 an der rumänischen Schwarzmeerküste geborene Prodan auch der Antrieb, es in Deutschland als Ärztin zu versuchen. Im April 2012 kommt sie nach Düsseldorf, macht vier Monate einen Sprachkurs, legt 2013 die deutsche Approbation ab. Nach einer Hospitation in einer Klinik arbeitet sie als angestellte Ärztin, zuletzt in Bedburg-Hau, einem Nachbarort von Goch an der niederländischen Grenze. „Dann kam Amalia zur Welt. Und ich habe festgestellt, dass sich Muttersein schlecht mit Nachtdiensten verträgt“, sagt Prodan. Anfang 2019 fängt sie an, sich nach einer eigenen Praxis umzuschauen.

DIE SUCHE

Sie macht eine Liste mit Auswahlkriterien. „Wie groß ist die Praxis? Welche Patientenfeedbacks gibt es online? Wie ist die Patientenstruktur?“ Sie googelt, scannt Anzeigen in Ärzteblättern, vereinbart Termine. Eine Erkenntnis aus dieser Zeit: Der wichtigste Aspekt steht gar nicht auf ihrer Liste. „Manchmal hat eine Praxis zwar logisch gepasst, aber ich hatte kein gutes Bauchgefühl.“ Insgesamt zehn Praxen besichtigt Prodan. Der Kontakt in Goch kommt über ihre apoBank-Beraterin zustande. „Sie hat von der Praxisbörse der apoBank erzählt und fragte, ob sie meine Telefonnummer an potenzielle Abgeber weiterreichen darf.“ Prodan stimmt zu.

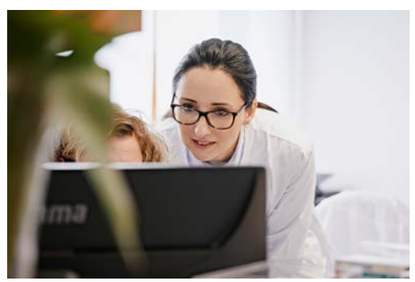
DAS ERSTE TREFFEN

Im April klingelt Rodica Prodans Handy. Die Anruferin: Gabriele Partenheimer. Es gäbe da eine Praxis zur »

Unternehmerin: Rodica Prodan wollte immer schon ihre eigene Chefin sein.

„Das wichtigste Kriterium: mein Bauchgefühl.“

Rodica Prodan



Teamwork: Prodan übernimmt auch das Praxispersonal ihrer Vorgänger.

„Die letzten Wochen fühlten sich an wie Achterbahn.“

Lutz Partenheimer

Nachsorge: Gabriele Partenheimer will für ihre Nachfolgerin ansprechbar bleiben.

DIE ABGEBER:

» DIE ENTSCHEIDUNG

Nach dem ersten Treffen gibt es eine längere Pause. Über Wochen hören die Praxisinhaber nichts von der Interessentin. Die Praxisabgabe ist für die Partenheimers in dieser Phase so etwas wie Verliebtsein: Welche Zeichen gibt die andere? Ist sie immer noch interessiert? Das entscheidende Signal gibt die junge Ärztin im November. Da hospitiert sie bereits seit ein paar Wochen in der Praxis. „Wir waren gerade bei einer Behandlung, als eine ältere Patientin sie fragte: ‚Möchten Sie wirklich übernehmen?‘“, erinnert sich Gabriele Partenheimer. „Da habe ich sie angeguckt – und sie hat genickt.“ Ende November ist die Sache dann klar. „Es war Montagmittag, wir waren gerade auf dem Sprung zu unseren Hausbesuchen, als sie es uns gesagt hat“, erinnert sich Gabriele Partenheimer. „Da habe ich sie spontan in den Arm genommen.“

DIE ÜBERGABE

Die letzten Tage in der Praxis sind für das Ehepaar Partenheimer emotional. Patienten nehmen das Ärztepaar in den Arm, ein Kind bringt Gabriele Partenheimer Blumen mit – „weil du uns immer so schön geimpft hast“. „Es fühlte sich an wie Achterbahn: hoch und runter. Kein Wunder, wir waren ja 34 Jahre hier“, sagt Lutz Partenheimer. Auf die freie Zeit freue er sich zwar. Aber es schwingt auch Unsicherheit mit. „Das Gefühl, gebraucht zu werden, wird mir fehlen.“ Für ihre Nachfolgerin wollen beide ansprechbar bleiben. Außerdem die Tochter in der Schweiz öfter besuchen und Gabrieles Elternhaus renovieren, das neben der Praxis steht. Nach uns die Sintflut? Das käme für das Ärztepaar Partenheimer nicht infrage.

CORONA

Gut ein halbes Jahr später ist die Welt eine andere: Die Corona-Pandemie hat Deutschland fest im Griff. In vielen Bereichen des öffentlichen Lebens ist das Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes Pflicht, Hygienemaßnahmen sind strenger. Reisen, wie die Partenheimer es sich gedacht haben, zeitweise unmöglich. „Ehrlich gesagt, hab ich schon ein paar Mal gedacht, ‚gut, dass wir das nicht mehr in der Praxis mitmachen‘“, sagt Gabriele Partenheimer. Sie und ihr Mann stehen Rodica Prodan bei Bedarf beratend zur Seite, wie kürzlich bei einer Abrechnungs- »

DIE ABNEHMERIN:

» Abgabe. Eine Woche später trifft sie sich mit dem Ehepaar Partenheimer in Goch. Das Bauchgefühl ist gut. „Ich habe sofort gemerkt: Die Partenheimers sind Kontaktmenschen wie ich.“

Es folgen E-Mails und Telefonate – und einige Monate Bedenkzeit. „Ich hatte damals meine Stelle noch nicht gekündigt und wollte erstmal in den Urlaub fahren, um über alles nachzudenken“, sagt Prodan. Die Größe der Praxis flößt ihr Respekt ein. Sie fragt befreundete Mediziner, ob sie sich vorstellen können, sich zusammen mit ihr niederzulassen – aber keiner will nach Goch. Dann stößt sie auf ein Förderangebot: Der Kreis Kleve vergütet Ärzten, die über eine Niederlassung nachdenken, vier Wochen Hospitation. Prodan schlägt Lutz und Gabriele Partenheimer vor, einen Monat bei ihnen mitzuarbeiten. Während der Zeit schaut sie bei Behandlungen über die Schulter, lernt die Sprechstundenhilfen kennen, hilft bei der Organisation. Selbst therapieren darf sie als Hospitantin nicht. Und sie weiß: Die Partenheimers warten auf eine Entscheidung.

DIE ENTSCHEIDUNG

„Ende November habe ich dann gesagt: Ich übernehme! Ziemlich spät – ich weiß“, sagt Prodan. Die Sprechstunde ist gerade vorbei, als sie Gabriele und Lutz Partenheimer informiert. „Die beiden haben sich sehr gefreut. Frau Partenheimer hat mich gedrückt“, erinnert sich Prodan.

DIE ÜBERGABE

Prodan: „Wir haben vereinbart, dass ich im April übernehme und wir vorher für eine Übergangszeit zusammenarbeiten.“ Im Januar bezieht Rodica Prodan ein Behandlungszimmer. Ein Aushang informiert die Patienten über „die Neue“. Die reagieren interessiert – und haben vor allem eine Frage. „Fast alle wollten wissen, wie alt ich bin“, sagt die 38-Jährige. „Ich hab das als Kompliment genommen.“ Sie begleitet die Partenheimers auch auf Hausbesuchen. Für die Klinikärztin eine ganz andere Art des Arbeitens. Auch sonst hält der Praxisalltag neue Herausforderungen bereit. Das Management traue sie sich als Unternehmertochter zu, sagt Prodan, aber sie habe Respekt vor der Bürokratie. Außerdem plant sie, künftig Akupunktur anzubieten und Chiropraktik sowie Homöopathie. Kinderheilkunde, wie Gabriele Partenheimer sie »

Quelle Grafiken: „Inside Heilberufe II“, Studie der apoBank 2019, unterste Grafik: Bundesärztekammer, Ärztestatistik 2018

PLATZ FREI!

Viele Praxen suchen einen Nachfolger – aber es mangelt an Gründern

31 %

Bei 31 % der Selbständigen ist die Rente in den nächsten Jahren das Top-Thema. Für angestellte Ärzte und Apotheker ist es die Kindererziehung mit 34 %.

34 %

36 %

36 % der Selbständigen möchten in der Großstadt arbeiten, nur 6 % auf dem Land.

6 %

25 %

der selbständigen Heilberufler wollen demnächst ihre Praxis oder Apotheke abgeben.

Für 48 % der Heilberufler ist das wichtigste Ziel, einen guten Verkaufspreis zu erlangen.

48 %

1996

Fast sechsmal mehr Ärzte als 1996 sind heute im ambulanten Bereich angestellt. 2018 waren es rund 40.000, das sind 10 % mehr als im Vorjahr. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte ist zeitgleich um 0,7 % auf 117.472 gesunken.

2018

DIE ABGEBER:

» frage. Aber Patientenkontakt hatten sie seit der Praxisabgabe keinen mehr. „Der Aufwand bei Behandlungen ist durch die Schutzmaßnahmen viel höher.“ Die Pandemie sowie positive Rückmeldungen zur Arbeit der Nachfolgerin durch ehemalige Patienten bestätigen beide in dem Gefühl, alles richtig gemacht zu haben. «

Frischer Wind: Seit April 2020 hängt ein neues Schild an der Praxis.

DIE ABNEHMERIN:

» angeboten hat, fällt dafür weg. Sie fragt sich, wie die Patienten wohl reagieren: „Statistiken zeigen, dass sich ein Drittel bei einem Wechsel einen neuen Hausarzt sucht.“ Sie hat sich fest vorgenommen, diese Zahlen zu widerlegen.

CORONA

Im Frühjahr 2020 – just zum Zeitpunkt der Übergabe – spitzt sich die Corona-Pandemie zu. Aus Angst vor einer Ansteckung gehen viele während des Corona-Lockdowns nicht mehr zum Arzt. „Ich war froh, dass ich Ende März für den Umbau der Praxis sowieso zwei Wochen geschlossen hatte“, erinnert sich Prodan. Statt renovieren und neue Bilder aufhängen steht die Beschaffung von Schutzausrüstung im Vordergrund. „Ich habe aber nicht groß gehadert, sondern einfach gemacht – ich bin eher ein pragmatischer Mensch.“ Nach Ende des Lockdowns kommen die Patienten sofort wieder – und zwar genauso zahlreich wie vorher, wie die Quartalsabrechnungen zeigen. Der Start im New Normal ist geglückt, der Draht zum Ehepaar Partenheimer sehr gut: „Wir telefonieren häufig – aber zu nichtmedizinischen Themen.“ Rodica Prodan hat ihr Ziel erreicht: Sie ist Chefin ihrer eigenen Praxis. «

Übergangsphase: Die monatelange gemeinsame Arbeit in der Praxis war wichtig, finden sowohl die Abgeber als auch die Abnehmerin.

INTERVIEW

„BEFREIENDES GEFÜHL“

Apotheker Dominik Bauer über seinen Wechsel in die eigene Offizin

DR. DOMINIK BAUER, 36,
leitet zusammen mit seinem Bruder Tobias die Marien-Apotheken im oberfränkischen Marktredwitz.

Sie haben gerade mit Ihrem Bruder die beiden Apotheken Ihres Vaters übernommen. Wie fühlt es sich an, ein Familienunternehmen weiterzuführen?
Oftmals noch ungewohnt. Ich muss mir immer wieder ins Gedächtnis rufen, dass ich nun der Entscheidungsträger bin. Es ist aber auch ein befreiendes Gefühl. Man ist nun sein eigener Chef – mit allen Freiheiten und der Verantwortung, die damit verbunden sind. Dass ich den Weg der Selbständigkeit gemeinsam mit meinem Bruder gehen kann, sehe ich als großen Vorteil. So können wir uns bei wichtigen Entscheidungen besprechen.

War immer klar, dass Sie eine der Offizinen irgendwann übernehmen?
Mein Bruder und ich hatten das große Glück, nach dem Studium freie Hand zu haben. So konnten wir ganz unterschiedliche pharmazeutische Tätigkeitsfelder kennenlernen: angefangen bei der Patientenversorgung durch die öffentliche Apotheke über Lehrtätigkeiten an Universitäten bis hin zur klinischen Pharmazie in der stationären Patientenversorgung. Ich durfte vier Jahre lang als Stationsapotheker am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München auf der Palliativstation arbeiten. Das hat mich sehr geprägt. Man kann sagen: Ich habe erst in aller Ruhe die Alternativen zur Offizin abgewogen.

Was hat dann den Ausschlag gegeben?
Nach Abschluss meiner Promotion musste ich die Entscheidung treffen, wohin es fortan gehen soll. Das Arbeiten in der stationären Patientenversorgung im multiprofessionellen Team hat mir viel Freude bereitet. Aber ich habe auch gespürt, dass ich gerne mehr Verantwortung übernehmen möchte – letztlich war das der Grund.

Welche Herausforderungen gab es bei der Übergabe?
Rückblickend war vor allem die Aktualisierung unserer Firmendaten bei unseren Lieferanten durchaus herausfordernd. In Erinnerung geblieben sind mir die vielen unterschiedlichen Schreibweisen unserer Firmierung auf den Lieferscheinen oder Rechnungen. Die „Dominik Apotheken OHG“ gefiel mir dabei natürlich am besten. Davon konnte ich meinen Bruder aber nicht überzeugen.

Was sagt Ihr Vater dazu, nach Jahren als Eigentümer jetzt angestellt zu sein?
Ich spüre, dass ihm das etwas stressfreiere Arbeiten guttut. Er nutzt nun die Mittagspausen für längere Spaziergänge mit unserem Hund an der frischen Luft. Ich glaube, er fühlt sich in seiner Beraterrolle wohl.

Worauf sollten Pharmazeuten achten, die überlegen, eine Apotheke zu übernehmen?
Mein Rat wäre, zunächst möglichst viele Erfahrungen in allen Bereichen zu sammeln. Rückblickend empfinde ich nichts als wertvoller. Die Erfahrungen bestätigen mich auch an langen oder schwierigen Tagen darin, die richtige Entscheidung getroffen zu haben. Zudem muss man einem Traum auch Taten folgen lassen: Entscheidungen zu treffen ist wichtiger, als bis ins kleinste Detail zu planen.

SIND 1,0-ER DIE BESSEREN ÄRZTE?

Auch laut der neuen Zulassungsregelung ist die Abiturnote das wichtigste Kriterium für einen Studienplatz in Medizin. Ist das sinnvoll?

PRO

„Die Abiturnote garantiert, dass ein Bewerber die intellektuellen Voraussetzungen für den Arztberuf erfüllt."

PROF. DR. SUSANNE LIN-KLITZING
Vorsitzende des Deutschen Philologenverbandes

KONTRA

„Wollen wir Mediziner, die gut studiert haben? Oder solche, die gute Ärztinnen und Ärzte werden?"

JOHANNES STALTER
Stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses Medizinstudierende im Hartmannbund

WAS ÄNDERT SICH?

Bislang wurden 20 Prozent der Medizinstudienplätze über den Numerus clausus (NC) vergeben, 20 Prozent über eine Warteliste und 60 Prozent der Studenten wurden von den Hochschulen selbst ausgesucht.

Zum Sommersemester 2020 wurde die Wartezeitquote abgeschafft, die Abiturbestenquote stieg dafür von 20 auf 30 Prozent. Über eine so genannte Eignungsquote sollen künftig 10 Prozent der Studienplätze vergeben werden. Diese berücksichtigt nur Kriterien unabhängig vom NC wie medizinische Ausbildungen oder Freiwilligendienste. 60 Prozent der Studienplätze vergeben die Universitäten in Zukunft nach drei eigenen Kriterien, von denen zwei schulnotenunabhängig sein müssen. Pflicht ist ein standardisierter Test. Daneben können Auswahlgespräche, Ausbildungen oder soziales Engagement gewertet werden.

Studieninteressierte müssen zudem künftig keine Ortspräferenzen mehr angeben, sondern können sich an beliebig vielen Hochschulen bewerben.

Fotos: Privat, Sophie Kirchner (r.)

PRO

VON PROF. DR. SUSANNE LIN-KLITZING

—

Ein guter Abiturient wird sein Studium meistens besser abschließen als ein Abiturient mit schlechter Abiturnote. Das ist empirisch belegt. Kein anderes Auswahlkriterium sagt den Studienerfolg so sicher voraus. Daher finde ich es richtig und wichtig, der Abiturnote im Bewerbungsverfahren gerade zu einem solch anspruchsvollen Studium wie dem Medizinstudium so viel Gewicht zu geben. Auf sie zu verzichten, wäre geradezu absurd. Natürlich ist ein guter Student nicht automatisch ein guter Arzt. Aber jeder, der Arzt werden will, muss eben erstmal ein Medizinstudium erfolgreich absolvieren. Es ist also sinnvoll, die Bewerber auszuwählen, die diesen ersten notwendigen Schritt mit der größten Wahrscheinlichkeit bewältigen. In dieser Hinsicht war es auch richtig, die Wartezeitquote abzuschaffen. Denn die meisten Studenten, die später im Physikum durchfallen, stammen nachgewiesenermaßen aus dieser Bewerbergruppe.

Eine sehr gute Abiturnote garantiert also, dass ein Bewerber die intellektuellen Voraussetzungen für den Arztberuf erfüllt. Weitere Voraussetzungen werden über das hochschuleigene Auswahlverfahren ermittelt. Hier plädiere ich für eine Kombination aus Abiturnote, Eignungstest und medizinischer Vorerfahrung. Ein standardisierter Test wie der Medizinertest kann gezielt medizinisches Wissen und Denken abfragen. Eine Ausbildung oder ein Freiwilligendienst im Gesundheitswesen zeigen, dass ein Bewerber praktische Erfahrung hat und eine hohe Motivation für den Beruf mitbringt.

Statt eine neue „Talentquote" von zehn Prozent einzuführen, hätte ich lieber den Anteil der Studienplätze, die über das hochschuleigene Verfahren verteilt werden, von 60 auf 70 Prozent erhöht. Wer kein Abitur gemacht hat und später dennoch Medizin studieren will, dem würde ich sagen: Wenn du hochmotiviert für diesen Beruf bist, hole im ersten Schritt das Abitur nach. Meine Wunschregelung wäre also 30 Prozent Abiturbestenquote und 70 Prozent über das hochschuleigene Verfahren mit drei Faktoren, von denen eine die Abiturnote ist. Mit dem neuen Zulassungsverfahren bin ich aber schon relativ zufrieden.

KONTRA

VON JOHANNES STALTER

—

Wer sich ohne Spitzen-Abi für ein Studium der Humanmedizin bewirbt, musste zuletzt 14 Wartesemester in Kauf nehmen, um einen Studienplatz zu bekommen. Um diese absurde Situation zu ändern, wurde mit der Reform des Zulassungsverfahrens die Wartezeitquote abgeschafft. Aber was wurde an ihre Stelle gesetzt? Ein System, das die Abiturnote noch höher gewichtet als das vorherige. Dabei ist sie kein gutes Kriterium. Zwar sagt die Note verlässlich den späteren Studienerfolg voraus. Aber wollen wir Medizinstudierende, die gut studiert haben? Oder lieber solche, die später gute Ärztinnen und Ärzte werden und auch in die Versorgung gehen? Hier sollte die Abiturnote nicht das Hauptkriterium sein, auf das wir uns verlassen.

Abiturnoten haben als Kriterium gleich mehrere Probleme. Zum einen sind sie nur scheinbar vergleichbar. Dafür sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern zu groß. Und auch zwischen Stadt und Land: In der Stadt machen mehr Schüler das Abitur als auf dem Land, und auch noch das bessere. Abiturnoten hängen zudem mit der sozialen Herkunft zusammen. Das heißt: Wir fördern ein Kriterium, das sozial ungerecht ist.

Zum anderen kann die Note im Nachhinein nicht mehr geändert werden. Menschen, die mit 17 nicht sehr fleißig waren, aber mit 20 ihr Talent für die Medizin entdecken, haben also keine Chance mehr, daran später etwas zu ändern. Dabei wäre jemand, der etwa schon zwei Jahre in der Pflege gearbeitet hat, in der interprofessionellen Zusammenarbeit sicher im Vorteil.

Wir vom Hartmannbund plädieren dafür, alle Studienplätze nach einem 33-Prozent-Modell zu verteilen, das die Abiturnote nur zu einem Drittel wertet. Zusätzlich könnten die Bewerber in einem standardisierten schriftlichen Test und in einem mündlichen Auswahlgespräch Punkte sammeln. Dieses Verfahren sollte nach Abzug der Quoten – etwa für Migranten oder Sanitätsdienstleistende – angewendet werden. Der Mehraufwand wäre überschaubar. Und das Verfahren allemal zielführender, als einen großen Teil der Studienplätze allein anhand einer Zahl zu vergeben.

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

Gesundheitsamtsleiter
Dr. Rainer Schwertz (links)
und sein Stellvertreter
Dr. Andreas Welker

KEINE LANGEWEILE GARANTIERT

Amtsärztin oder -arzt gehört nicht unbedingt zu den Wunschberufen von Medizinern. Warum eigentlich? Der Job ist vielfältig und bietet Gestaltungsspielraum – und das nicht erst seit der Corona-Pandemie.

ROYA PIONTEK ANDREAS REEG

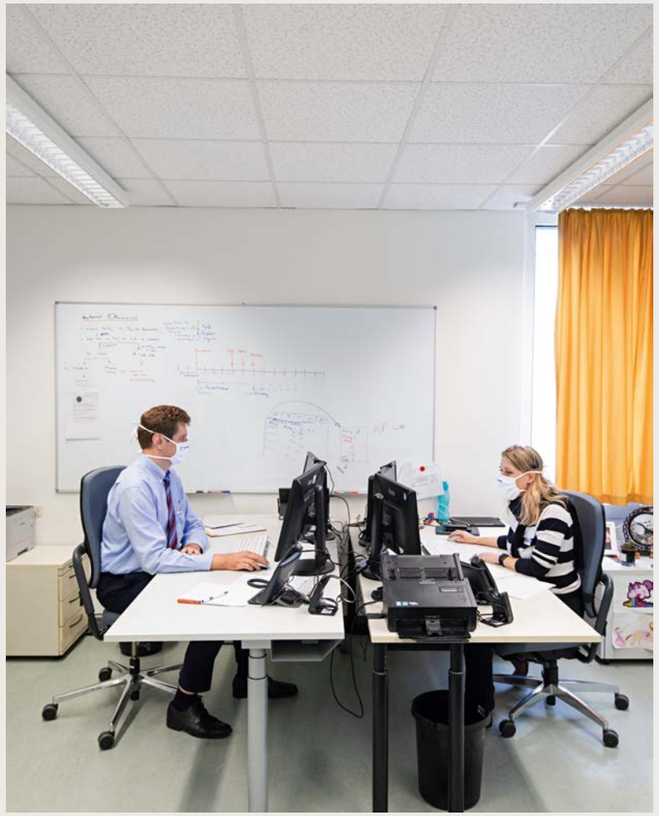
Von der Überwachung der Trinkwasserqualität über die Vorschuluntersuchung bis hin zum Infektionsschutz – das Arbeitsfeld von Medizinern im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist breit. Und trotzdem hat der Beruf eher ein Langweilerimage. Zu Unrecht, findet Dr. Rainer Schwertz, der seit rund zehn Jahren das Gesundheitsamt des Rhein-Neckar-Kreises mit Sitz in Heidelberg leitet: „Seit Beginn der Pandemie stehen wir mehr im Fokus und die Menschen kriegen konkrete Einblicke in unsere Arbeit – aber auch zu ‚normalen' Zeiten ist das Berufsbild abwechslungsreich."

Wie vielfältig der Job ist, scheint sich aber bei vielen Medizinern noch nicht herumgesprochen zu haben. Stattdessen denken die meisten an lange Behördenwege und schlechtere Bezahlung als in Kliniken oder der Industrie. „Der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen Aufgaben ist in der medizinischen Ausbildung nicht wirklich präsent", erinnert sich Dr. Anne Kühn an ihr Studium. Sie hat zunächst als Anästhesistin mit dem Schwerpunkt Intensivmedizin in einer Klinik gearbeitet, bevor sie vor vier Jahren ins Gesundheitsamt wechselte, wo sie bis zur Corona-Krise das Referat für Kinder- und Jugendgesundheit leitete. Der Anstoß kam von ihrem Kollegen Dr. Andreas Welker, den sie noch aus Klinikzeiten kannte, und der den Schritt auf die Behördenseite kurz zuvor gemacht hatte. Ihn hatte die Aussicht gereizt, durch die Arbeit im Gesundheitsamt Dinge im Großen zu ändern. Welker: „Man hat als Amtsarzt zwar seltener direkten Kontakt zum einzelnen Patienten. Aber durch unsere Arbeit können wir ganze Strukturen verändern und so der gesamten Bevölkerung helfen", erklärt er. Außerdem haben beide nach der Erfahrung des hektischen Klinikalltags familienfreundlichere Arbeitsbedingungen gesucht. Kühn: „Als Mutter von zwei kleinen Kindern hätte ich es in einer Klinik sehr viel schwerer, eine Führungsaufgabe mit der Familie zu verbinden." Amtsleiter Schwertz, der außer Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen auch Pädiater ist und zehn Jahre lang in einer Kinderklinik auf Intensivstationen gearbeitet hat, ergänzt: „Wenige Wochen nach meinem Wechsel von der Notaufnahme zum Amt kam von meiner Familie die einhellige Rückmeldung: ‚Papa, du bist viel ausgeglichener!'"

Seine und die Erfahrung seines Teams im Intensivbereich möchte Schwertz trotzdem nicht missen – im Gegenteil: „Ich will keine Theoretiker." Seiner Erfahrung nach ist das praktische Wissen doppelt wichtig: um beim Austausch mit Kliniken ernst genommen zu werden und um eine gewisse Belastbarkeit und Entscheidungsfreude mitzubringen. Denn das sind Eigenschaften, die im Behördenalltag benötigt werden. „Den Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen können meine Leute hingegen berufsbegleitend machen", erklärt Schwertz. Der Facharzt ist zwar außer in Bayern nicht Pflicht, wird Amtsärzten aber dringend empfohlen. »

ÖGD-PAKT

Vier Milliarden Euro will der Bund bis 2026 zur Verfügung stellen, um den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) technisch und personell besser aufzustellen. Unter anderem sind 5.000 neue Stellen geplant. Zudem soll in die Digitalisierung investiert werden – davon allein 200 Millionen Euro im Jahr 2021.



Kontaktketten akribisch nachverfolgen und erkennen, wo sich Fälle kritisch häufen – das ist seit März der Corona-Alltag von Dr. Andreas Welker und Dr. Anne Kühn.

TEAMARBEIT

Ein weiterer Aspekt, den Schwertz, Welker und Kühn an ihrem Job schätzen, ist die Teamarbeit. „Wir sind hier keine Einzelkämpfer, sondern können uns jederzeit austauschen – mit anderen Amtsarztkollegen, aber auch mit unserem Netzwerk aus Krankenhäusern, Feuerwehr und Behörden“, erläutert Welker. In Zeiten der Pandemie gilt das umso mehr. Welker beispielsweise überblickt die Gesamtkoordination der Corona-Maßnahmen – vom Aufbau und Betrieb der Telefon-Hotline bis zur Einrichtung von Teststraßen. Täglich spricht Welker, der zugleich stellvertrender Amtsleiter ist, mit dem Krisenstab, analysiert das aktuelle Geschehen und klärt, was zu tun ist. Kühn hingegen bildet die amtsinterne Schnittstelle für alle positiv getesteten Fälle: „Jeder Fall wird mir vorgelegt und mit meinem Team besprochen. So erkennen wir zum Beispiel, wenn mit einem Mal auffällige Häufungen an einem Ort oder in einer Einrichtung auftreten, und können schnell reagieren.“ Beiden Medizinern kommt in der aktuellen Ausnahmesituation zugute, dass sie Stressphasen aus ihren früheren Jobs in der Notaufnahme kennen. Kühn: „Ein großer Unterschied zur Klinik ist allerdings, dass wir trotz Überstunden jede Nacht zu Hause schlafen.“

Durch Corona sind zudem die Digitalisierung und technisches Verständnis wichtiger geworden. Welker hatte zum Pandemiestart sofort damit begonnen, zu überlegen, wie eine Datenbank aufgebaut sein muss, damit Erkrankte und ihre Kontaktpersonen erfasst und zeitnah informiert werden können. Die Programmierung erfolgte durch die hauseigenen IT-Spezialisten – ein Glücksfall. Welker: „So waren wir sehr schnell in der Lage, Daten zu bündeln und beispielsweise Bescheide elektronisch zu verschicken.“ Ein Vorgang, der in vielen anderen Behörden mit deutlich mehr manuellem Aufwand verbunden war.

AUSNAHMESITUATION

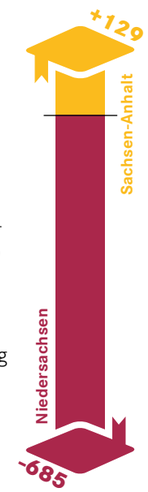
„Die Containment-Strategie ist bei Infektionskrankheiten im Prinzip immer gleich: Erkrankte identifizieren, in Quarantäne schicken, behandeln und je nach Ansteckungspotenzial des Virus nahe Kontaktpersonen ausfindig machen“, erläutert Schwertz. Doch da Corona besonders ansteckend ist, gilt es, bei der Kontaktermittlung möglichst schnell zu sein. Schwertz musste in den vergangenen Monaten das Team massiv aufstocken, um dem Bedarf gerecht zu werden. Von rund 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – davon knapp 25 Mediziner – ist das Team in den vergangenen Monaten auf fast 200 gewachsen. Schwertz: „Ein Großteil davon sind Studierende, die für das Ermittlungsteam und die telefonische Hotline arbeiten, um Kontaktketten nachzuverfolgen und aufzudecken.“ Aber auch drei neue Arztstellen muss der gebürtige Rheinländer möglichst zeitnah besetzen, um für den Corona-Winter gut aufgestellt zu sein.

Umso dringender ist Schwertz’ Wunsch, dass die Corona-Krise das Image einer Anstellung im Öffentlichen Gesundheitsdienst stärkt und langfristig als attraktive Jobalternative zur Praxis oder Klinik etabliert. Und vielleicht führt die Krise auch zu einer neuen Gehaltsstruktur seitens des Bunds – Schwertz jedenfalls würde das die Suche nach guten Jobkandidaten sehr erleichtern. Denn: „Die Einstiegsmöglichkeiten sind derzeit bestens – und unsere Arbeit wird dringender benötigt denn je“, unterstreicht Schwertz. Er muss jetzt los: „Der Corona-Krisenstab ruft.“ «

GEMEINSCHAFTSPRAXIS DEUTSCHLAND

Vor 30 Jahren wurden BRD und DDR vereint. Gibt es heute noch Unterschiede in der Gesundheit in **Ost** und **West**?

Der **Ärztemangel** ist ein gesamtdeutsches Problem. Allerdings liegt das Land mit den wenigsten Ärzten pro Einwohner im Osten: In Brandenburg hat ein Arzt 249 Menschen zu versorgen – im Saarland nur 196.

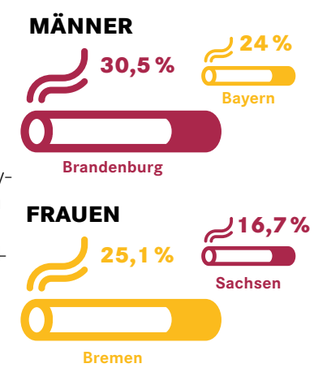


Fast in ganz Deutschland gibt es **zu wenige Studienplätze für Humanmedizin.** Niedersachsen wird im Jahr 2035 einer Projektion zufolge 685 Absolventen weniger haben, als es für die Versorgung seiner Bevölkerung benötigt. Sachsen-Anhalt dagegen wird 129 zu viel haben.

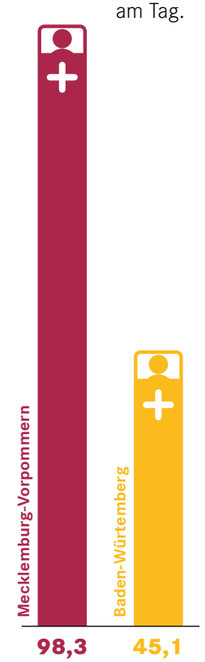
Ist **Gesundheitsvorsorge** vor allem Aufgabe des Staates oder eine individuelle? In Bayern, dem Saarland und in Bremen sehen sich die Bürger eher selbst in der Pflicht. In Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen schätzt man die Rolle des Staats höher.

Die meisten **Medikamente täglich** nehmen die Menschen in Sachsen-Anhalt (2,6) ein. In Schleswig-Holstein nimmt jeder Einwohner im Schnitt 1,5 Arzneimittel am Tag.

Raucher gibt es heute viel weniger als vor 30 Jahren. Bei den Männern qualmen die meisten in Brandenburg, die wenigsten in Bayern. Bei den Frauen ist die Rauchquote in Sachsen am niedrigsten, in Bremen am höchsten.



Die meisten **Betten in Palliativstationen** und Hospizen pro Einwohner gibt es in Mecklenburg-Vorpommern – nämlich 98,3 pro eine Million Einwohner. In Baden-Württemberg sind es nur 45,1. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 55.



Die **häufigste Diagnose** im Krankenhaus ist in Ost und West dieselbe: Herzinsuffizienz.

Quellen: Ärztestatistik 2018, Ergebnisbericht Versorgungsindex, Dez. 2018 – Jänner 2019, Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) und Nielsen Research, Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland. Hrsg. vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland,Journal of Health, Monitoring, Juni 2017, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung, 2019, Statistisches Bundesamt

GRÜNDUNGS FIEBER

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

74 PROZENT

der Deutschen findet es gut, dass Kosten für Gesundheits-Apps künftig von den Krankenkassen erstattet werden.

Quelle: Healthcare Barometer, PricewaterhouseCoopers GmbH, 2020

„Nur sichere Apps kommen in Umlauf“

Jörg Debatin, Leiter des health innovation hubs über Apps auf Rezept

Wie können Apps in Behandlungen genutzt werden?
Sie können zum Beispiel beim Monitoring von chronischen Erkrankungen wie Diabetes helfen, nach einer Hüft-OP die ambulante Rekonvaleszenz interaktiv steuern und so die Physiotherapie unterstützen oder als Tagebuch für eine Verlaufskontrolle dienen. Apps werden daher als Medizinprodukte definiert.

Medizinprodukte durchlaufen ein jahrelanges Prüfungsverfahren. Bei Apps ist der Innovationszyklus viel schneller. Wie läuft die Zulassung hier?
Zunächst müssen Apps nach der MDR (Medical Device Regulation) zugelassen werden. In diesem Prozess werden die Produktsicherheit und der Datenschutz überprüft, um auszuschließen, dass die Apps bei sachgerechtem Einsatz Schaden anrichten.

Damit die App auch von den Kassen erstattet wird, erfolgt in einem zweiten Schritt eine Nutzenbewertung. Um diesen oftmals sehr langwierigen Prozess zu beschleunigen, wurde ein ‚Fast-Track-Verfahren‘ geschaffen, das nur drei Monate dauert. Wenn die Nutzenhypothese die App positiv bewertet, wird sie in eine Liste aufgenommen, die Ärzte sowohl online, zum Beispiel auf der Seite des Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte, als auch automatisch in ihrem Praxismanagementsystem einsehen können.

PROF. JÖRG DEBATIN, 58, *leitet den Think Tank health innovation hub (hih), des Bundesministeriums für Gesundheit.*

Richtig nachgewiesen ist der Nutzen der App damit aber dann noch nicht.
Das stimmt. Die für einen solchen Nachweis notwendigen Daten können aber unter Echtbedingungen während der einjährigen Übergangsphase gesammelt werden. Aufgrund der vorgeschalteten MDR-Prüfung kommen ohnehin nur sichere Apps in Umlauf. Im schlimmsten Fall entsteht einfach kein Nutzen.

diga.bfarm.de/de/verzeichnis

Fotos: apoQlar, Medlanes, Sympatient

HOLOMEDIZIN – EINE BRILLE FÜR DEN RÖNTGENBLICK

Wo sich eben noch ein geschlossener Brustkorb befand, erscheinen nun vor den Augen des Chirurgen die Thoraxaufnahmen aus dem Kernspintomographen. Millimetergenau und dreidimensional auf den Körper des Patienten übertragen – als könnte der Arzt direkt in diesen hineinschauen. Möglich macht den Einblick eine Mixed Reality-Brille und eine AR/KI-Software: Virtual Surgery Intelligence (VSI). Die Brille stammt von Microsoft, die Intelligenz der Plattform vom deutschen Start-up **apoQlar.** Nicht nur CT-Bilder, auch andere Patienteninformationen wie MRT- oder SPECT-Daten können mit der Technologie von apoQlar als 3D-Bilder direkt ins Sichtfeld des Arztes projiziert werden. Reale und virtuelle Welt verschmelzen. So kann sich der Chirurg besser anatomisch orientieren. Gesten und Sprache steuern das System. An 30 Kliniken weltweit wird VSI bereits getestet.

apoqlar.com/de

HAUSBESUCHE AUF ABRUF

Hausbesuche spontan, flexibel und unbürokratisch in den Arbeitsalltag einbauen – das ermöglicht das Start-up **Medlanes.** Der privatärztliche Bereitschaftsdienst organisiert Hausbesuche für Privatpatienten und Selbstzahler. Mediziner können sich einfach für den Pool an Bereitschaftsärzten von Medlanes registrieren. Dabei kann jeder Arzt individuell angeben, wann und wo er Einsätze übernehmen kann. Fällt eine Patientenanfrage in den angegebenen Einsatzzeitraum und -bereich, leitet Medlanes diese inklusive Patientendaten direkt an den Bereitschaftsarzt weiter. Dieser kann bei jedem angefragten Hausbesuch spontan entscheiden, ob er ihn übernehmen möchte oder nicht. Die Koordination übernimmt Medlanes. Momentan sind die Dienste des Start-ups in 20 deutschen Großstädten verfügbar. Eine Ausweitung auf ganz Deutschland ist geplant.

medlanes.com

DIGITALE ANGSTTHERAPIE

Therapiesitzung auf der heimischen Couch, wann man will, im eigenen Tempo: So schaut für **Sympatient** die Zukunft der Angsttherapie aus. Das Start-up hat dazu ein neues Therapieangebot entwickelt – basierend auf einer App, Telemedizin und Virtual Reality. Mit „Invirto“ lernt der Patienten in acht Kurseinheiten über sein Smartphone erfolgreiche Strategien, um seine Angst zu bewältigen, und kann diese mit Hilfe einer Virtual Reality-Brille in simulierten Angstsituationen direkt erproben. Je ein Vor-, Zwischen- und Nachgespräch erfolgen mit einem Therapeuten per Telefon oder Videokonferenz. Der Therapeut bleibt als Ansprechpartner für den Patienten während der gesamten Therapie erreichbar. Die Kosten für die App trägt die Krankenkasse.

sympatient.com

„WIR MÜSSEN UNSER DENKEN ÄNDERN“

Moderne Medizin erfordert einen neuen Typus von Ärzten, sagt Jochen A. Werner, Ärztlicher Direktor der Universitätsmedizin Essen.

LUTZ ZIMMERMANN

Herr Professor Werner, wie alt sind Sie?
61 Jahre.

Im Buch „Generation Hashtag“, dessen Mitherausgeber Sie sind, beschreiben Sie Ihre Arztgeneration als egozentriert, keinen Widerspruch duldend, statusorientiert und in der eigenen Fachdisziplin verhaftet. Trifft das auf Sie selbst zu?
So bin ich noch ausgebildet worden und so habe ich es früher auch gelebt. Wenn Sie junge Assistenzärzte fragen würden, die ich geführt habe, die würden das bestätigen. Aber zum Glück habe ich dazugelernt.

In dem Buch geht es unter anderem um Wettbewerb, Leadership und Employer Branding. Sind das bislang Fremdwörter im Gesundheitswesen?
Zumindest viele ältere Klinikdirektoren sind mit diesen Themen nicht groß geworden. Und wer als junger Arzt im Krankenhaus arbeitet, der hat natürlich auch wenig mit Bewerbermangel, Teambuilding oder Unternehmensführung zu tun. Interdisziplinäres Denken und Handeln zum Beispiel, der Blick über das eigene Fachgebiet hinaus, das ist vielen noch fremd.

Aber genau das ist jetzt wichtiger denn je?
Absolut, ja. Die Digitalisierung bedeutet für die Medizin die größte Veränderung ihrer Geschichte. Die tradierten Strukturen, Abläufe und vor allem Denkweisen in klassisch organisierten Krankenhäusern werden den Herausforderungen einfach nicht mehr gerecht. Die Chancen der Digitalisierung zu nutzen ist keine Frage der Technologie, sondern des Denkens und Handelns der Akteure im Gesundheitswesen. Und das muss sich ändern.

Inwiefern?
Die Medizin von morgen erfordert einen neuen Typus Mensch: selbstkritisch, interdisziplinär denkend, frei von Standesdünkel. Viele der heute aktiven Führungsgeneration sind aber noch anders sozialisiert worden. Es gibt immer noch die Halbgötter in Weiß, deren Kommunikations- und Führungsverhalten in keiner anderen Branche toleriert werden würde.

Warum kann man das Neue nicht mit den alten Tugenden managen?
Weil die Komplexität schon heute zu groß ist. Die Spezialisierung nimmt weiter zu, deshalb wird das Zusammenarbeiten der Fachdisziplinen wichtiger. Patienten werden informierter und anspruchsvoller, die rechtlichen und administrativen Rahmenbedingungen komplexer. Gleichzeitig eröffnet die Technologie neue Möglichkeiten, die erst im Zusammenspiel mit medizinischer Kompetenz genutzt werden können. Insofern wird sich das Berufsbild dramatisch ändern. Nicht zuletzt formuliert die Generation Hashtag klare Erwartungen: Sie ist nicht dazu bereit, unwidersprochen zu verharren und Hierarchien um ihrer selbst willen zu ertragen.

Konkret: Was gehört jetzt auf die Agenda der Gesundheitsmanager?
Die vier Stichworte sind New Leadership, Employer Branding, Digitalisierung und New Work. Mit New Leadership ist eine werteorientierte Führung gemeint, partizipatives Management, schnelle, nachvollziehbare Entscheidungen und Nähe zu anderen Disziplinen wie IT, Kommunikation, Recht oder Wirtschaft.

Und mit Employer Branding soll ein neues Bild vom Arbeitsplatz Krankenhaus geschaffen werden?
Zunächst mal muss sich der Arbeitsplatz selbst ändern, bevor ich ihn über Employer Branding vermarkten kann. Ob in der Medizin oder in der Pflege – wir müssen Standards schaffen, die modernen Ansprüchen genügen, zum Beispiel bezogen auf Digitalisierung. Es kann nicht sein, dass die jungen Menschen den Alltag mit ihrem Smartphone regeln und im Krankenhaus in Papierbergen ertrinken. Diese Menschen ergreifen den Beruf, weil sie Freude daran haben, kranken Menschen zu helfen, nicht aus Spaß an der Bürokratie.

Digitalisierung ist der große Treiber?
Wir müssen die Chancen sehen, statt uns darüber zu sorgen, ob die Digitalisierung dem Arzt oder Pfleger Macht und Einfluss nimmt. Jeder Arzt weiß, dass die Digitalisierung die Diagnose verbessern wird, wir machen gerade einen Riesenschritt in Richtung personalisierte Medizin. Trotzdem ist die Skepsis noch immer weit verbreitet.

Zuletzt New Work.
Hier geht es einerseits um kreative Arbeitsplatzkonzepte, die flexible Arbeitszeiten oder Homeoffice ermöglichen. Andererseits aber auch um Facetten wie Wissenstransfer, Entwicklungsmöglichkeiten und die Art des Miteinanders. Etwa um eine zielführende Fehlerkultur, interdisziplinäre und interkulturelle Teams. Auch hier haben viele Einrichtungen im Gesundheitswesen großen Nachholbedarf.

Wer soll den Wandel treiben?
Das System muss sich von innen heraus wandeln. Das Establishment muss den Mut zur Veränderung aufbringen und die Generation Hashtag muss ihre unkonventionellen Ideen und ihr digitales Mindset einbringen. Das Wichtigste bei alledem: Der Mensch muss im Mittelpunkt stehen.

Haben Sie Sorge, dass das Menschliche auf der Strecke bleibt?
Mir geht es mehr um das Verhältnis von Medizin und Ökonomie. Die Corona-Krise zeigt eindrucksvoll, wie wichtig es ist, dass die medizinische Expertise die Richtungsentscheidungen trifft, nicht die wirtschaftliche. Krankenhäuser dürfen nicht mit kaufmännischem Primat geführt werden. All die neuen Diagnosen und Therapien sind aus medizinischer Sicht zu bewerten und nicht nach Kosten zu beurteilen. Deshalb: Was in Krankenhäusern notwendig ist oder nicht, müssen Mediziner entscheiden.

Was muss die Generation Hashtag tun, um mehr Einfluss zu gewinnen?
Wenn junge Mediziner sich in einem Umfeld befinden, wo sie sich nicht zu Hause und nicht wertgeschätzt fühlen, dann müssen sie gehen! Dort, wo es keine offene Führungskultur gibt, keine Möglichkeit zu Fortbildung und Teilhabe, da wird man sich als junger Assistenzarzt nicht entfalten können. Es gibt aber genügend Krankenhäuser, die das längst bieten.

PROF. DR. JOCHEN A. WERNER

ist Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender der Universitätsmedizin Essen, wo er die Transformation der Uniklinik zum Smart Hospital vorantreibt. Zuvor war er Ärztlicher Geschäftsführer des Universitätsklinikums Gießen und Marburg.

Generation Hashtag, Managementwandel im Gesundheitswesen, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 39,95 Euro

Foto: Thomas X. Stoll

EINS, ZWEI ODER MEHR?

Immer weniger Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich für die Selbstständigkeit. Dabei ist die Ausgangslage für Gründende vielerorts gut – insbesondere für Praxen mit mehreren Standorten.

ROYA PIONTEK JAN DÜFELSIEK

Gemeinsame Sache: Dr. Niklas Hoffmann (l.) und Bartosz Weiß leiten eine Gemeinschaftspraxis mit zwei Standorten.

Über 330.000 Einwohner und trotzdem 20 freie Kassenarztsitze für Allgemeinmediziner – so sieht die Versorgungssituation im ostwestfälischen Bielefeld aus. An Auswahlmöglichkeiten für einen Praxisstandort mangelt es Dr. Niklas Hoffmann und Bartosz Weiß also nicht. Die beiden Allgemeinmediziner und Internisten kennen sich aus ihrer Zeit als Assistenzärzte am Klinikum Bielefeld und spielen schon länger mit dem Gedanken, gemeinsam eine Hausarztpraxis zu eröffnen. „Anfang 2019 wurden unsere Überlegungen konkreter", erinnert sich Hoffmann. Eine Freundin stellte kurzerhand den Kontakt zur apoBank her und gemeinsam mit dem Bankberater, einem Steuerberater und einem Fachanwalt für Medizinrecht entwickeln sie ein Konzept für die Praxisneugründung. Weil beiden der gegenseitige Austausch wichtig ist und sie flexibel sein möchten, entscheiden sie sich für das Modell einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft. Beide Ärzte sind dabei gleichberechtigte Gesellschafter und können an allen Standorten einen Teil ihres Arztsitzes ableisten und so zum Beispiel den anderen problemlos vertreten.

VERANTWORTUNG TEILEN

Um die medizinische Versorgungslage in Bielefeld zu verbessern und weil es wirtschaftlich aussichtsreich scheint, planen sie gleich zwei Standorte: einen in der Stadtmitte, einen im Ortsteil Sennestadt. Hier ist die Versorgungslage so prekär, dass die Praxisansiedlung finanziell von der Kassenärztlichen Vereinigung gefördert wird. Als Praxisgebäude finden die beiden in Sennestadt eine ehemalige Sparkassenfiliale, die bis zum Praxisstart im Januar 2021 komplett umgebaut werden muss. In der Innenstadt übernehmen die Mediziner zwei allgemeinärztliche Praxen und führen sie an einem Standort zusammen. Knapp 3.000 Patienten betreuen sie hier seit Juli 2020.

Hoffmann und Weiß wollen zunächst zu je 50 Prozent in Sennestadt und in der Stadtmitte praktizieren, jeweils »

unterstützt von einer angestellten Ärztin in Teilzeit. Hoffmann: „Langfristig wollen wir weiter expandieren.“ Weiß ergänzt: „Bis zu drei Ärzte kann jeder von uns als Gesellschafter anstellen – es ist also noch Luft nach oben.“ Bange ist den beiden Neu-Selbstständigen trotz der großen Pläne nicht. Hoffmann: „Der Vorteil an unserem Kooperationsmodell ist, dass wir gemeinsam an die Herausforderungen herangehen und sie auf mehrere Schultern verteilen können.“

„Im Studium wird man null auf die wirtschaftlichen Aspekte einer Praxisgründung vorbereitet.“

Dr. Sebastian Haaß

Außerdem eint die beiden ein gemeinsames Verständnis, was für sie eine gute Hausarztpraxis ausmacht. Weiß: „Was familiäres Flair in einer Praxis bedeutet, weiß Niklas aus der Praxis seines Vaters. Ich habe zuletzt in einem MVZ gearbeitet und dort Erfahrungen gesammelt, was in einem größeren Praxisverbund gut funktioniert.“ Für ihre Praxen wollen beide vergleichbare Standards mit Wiedererkennungswert für die Patienten schaffen und zugleich die persönliche Atmosphäre einer traditionellen Praxis bieten, in der ein Arzt den Patienten langfristig begleitet und Vertrauen entstehen kann.

UNABHÄNGIG SEIN

Tradition hat auch das Praxismodell im rund 230 Kilometer entfernten Düren: Hier führt Dr. Sebastian Haaß drei Praxen – als alleiniger Chef. „Klar, bedeutet das ein großen Managementaufwand und viel Verantwortung“, sagt der 36-jährige Allgemeinmediziner. „Dafür bin ich unabhängig und kann alleine entscheiden.“ Haaß, der die Praxen von seinem Vater geerbt hat, hat sich für eine Einzelpraxis mit zwei Zweigstellen entschieden. Weil er keine Gesellschafter gefunden hat, splittet er seinen Kassenarztsitz auf die drei Standorte und führt insgesamt vier angestellte Ärzte. Die Herausforderung: Er muss der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber belegen, dass er seinen Hauptsitz mit 50 Prozent erfüllt und zugleich an den Zweigstandorten die Leitung und Personalverantwortung innehat. Haaß: „Sonst wären alle Standorte gewerbesteuerpflichtig.“ Dank guten Zeitmanagements und klarer Aufgabenverteilung in seinem Team funktioniert das Modell. Und den knapp 6.000 Patienten, die Haaß von seinem Vater übernommen hat, bleibt der kurze Weg zum Arzt ihres Vertrauens erhalten. Denn auch in und um Düren sind Hausarztpraxen zunehmend Mangelware. „Um dieser medizinischen Unterversorgung vorzubeugen, wurde mir die Führung des vierten Kassenarztsitzes genehmigt“, erklärt Haaß seine Sondergenehmigung.

Ein Arzt, drei Praxen:
Dr. Sebastian Haaß führt neben seiner Hauptpraxis noch zwei weitere Standorte.

Foto (l.): Arton Krasniqi, Möller & Partner (r.)

NETZWERK NUTZEN

So unterschiedlich die Praxismodelle sind, so einig sind sich die Mediziner aus Düren und Bielefeld bei einer Sache. Haaß: „Im Studium wird man null auf die wirtschaftlichen Aspekte einer Praxisgründung vorbereitet.“ Weiß rät deshalb allen interessierten Gründern, sich ein solides Netzwerk von Bank-, Steuer- und Rechtsberatern zu suchen. Außerdem sollte man als Gründer keine Angst vor großen Zahlen haben, so Weiß und Hoffmann. „Natürlich wirken die Kreditsummen zunächst bedrückend – aber ohne Mut und Vertrauen in den eigenen Plan kann man nicht gründen“, fasst Hoffmann zusammen. Wie viele Patienten sie am Standort Sennestadt haben werden? „Das wird das erste Quartal zeigen. Aber der Bedarf besteht nachweislich – und unser Konzept ist gut“, sind Hoffmann und Weiß überzeugt. «

SPLITTEN ODER TEILEN?

Rechtsanwalt Gerrit Tigges ist Experte für Medizinrecht und berät Ärzte bei der Planung von Praxen an mehreren Standorten.

GERRIT TIGGES
ist Rechtsanwalt bei Möller und Partner, einer Kanzlei für Medizinrecht in Düsseldorf.

Herr Tigges, was ist bei der Gründung einer Berufsausübungsgesellschaft (BAG) zu beachten?
Unerlässlich ist ein Gesellschaftervertrag – entweder als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) oder Partnerschaftsgesellschaft (PartG). Darin müssen Zweck der BAG, Rechte, Pflichten, Haftung, Vermögen und Gewinn geregelt sein. Ein Vorteil einer BAG ist, dass die Gesellschafter neben ihrer Arbeit auch ihre Versorgungsaufträge teilen können, etwa um weitere Praxisstandorte in einem gesperrten Planungsbereich mit angestellten Ärzten zu betreiben. Die Gestaltung als überörtliche BAG bringt den Vorteil, dass die Gesellschafter zudem in einem gewissen Maße ohne weitere Genehmigungen an den unterschiedlichen Standorten tätig sein können – solange der eigene Hauptsitz nicht zu kurz kommt. Der Betrieb eines reinen Zweigpraxisstandortes ausschließlich durch Angestellte ist gut zu überlegen. Denn dann können die gesamten Einkünfte einer BAG gewerbesteuerpflichtig werden.

Gibt es für eine BAG eine personelle Obergrenze?
Ja. Pro Gesellschafter können maximal drei – je nach Fachgebiet auch vier – Ärzte in Vollzeit angestellt werden. Wird diese Grenze überschritten, kommt die Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Betracht, für das diese Beschränkungen nicht gelten.

Und was muss Dr. Haaß bei seinen Zweigpraxen beachten?
Für Dr. Haaß besteht die Herausforderung darin, Organisationsstrukturen zu schaffen, die ihm als Praxisinhaber die Möglichkeit geben, die Angestellten in den Zweigpraxen tatsächlich zu führen – heißt insbesondere auch im Einzelfall kontrollieren zu können; und bestenfalls auch persönlich ausreichend Sprechzeiten dort anzubieten. Tut er das nicht, ist für die Einnahmen aus den Zweigpraxen von einer Gewerbesteuerpflicht auszugehen. Seine Lösung bedeutet zum einen hohen Genehmigungsaufwand. Zum anderen dürfen die angestellten Ärzte nicht ohne weiteres an den jeweils anderen Standorten praktizieren. Zudem gilt auch bei Zweigpraxen die Obergrenze von drei angestellten Ärzten. Eine Sonderregelung ist nur in Ausnahmefällen möglich – so wie bei der drohenden Unterversorgung im Dürener Umland.

BLAUER HIMMEL

Kleine Augen vom anstrengenden Nachtdienst? Dann verordnen Sie sich acht Stunden Bettruhe. Mit diesen traumhaften Accessoires bekommt **Schönheitsschlaf** eine ganz neue Bedeutung.

NACHTSCHWÄRMER

Schimmernde Seide, samtiges Futter – nein, das ist keine edle Abendrobe, sondern eine Schlafmaske.
UVP: 66,45 Euro, holisticsilk.com

ZAPFENSTREICH

„Licht aus" fällt bei dieser Lampe schwer – so schön ist sie! ***UVP: 559,– Euro, iittala.com***

SCHLAFMANTRA

Klares Statement für die innere Ruhe.
UVP: 16,90 Euro, typealive.de

ZEITLOS

Das Schlafzimmer sollte smartphonefreie Zone sein. Das Wecken übernimmt dieser Designklassiker.
UVP: 340,– Euro, vitra.com

NOMEN EST OMEN

Vertraute Rituale entspannen nachweislich Nerven und Körper. Also Schuhe aus, Bademantel an, Wasser aufsetzen – und einen Tee genießen. ***UVP: 6,50 Euro, rituals.com***

GOD NATT!

So wünscht man sich in Schweden gute Nacht – kein Problem mit dieser Decke aus Merinowolle aus Schwedens Traditionsweberei. ***UVP: 99,– Euro, klippanyllefabrik.com***

RUHESTAND

Pffff! Ein Sprüher aufs Kopfkissen und Sie fühlen sich wie Gott in Frankreich. Lavendel, Geranie und Orange erinnern an laue Sommernächte in der Provence.
UVP: 19,50 Euro, loccitane.com

AUF STREIFE

Schade, dass Sie diesen Morgenmantel nicht auch bei der Visite tragen können, oder? ***UVP: 250,– Euro, paulsmith.com***

SCHLÜPFRIG

Weiches Leder und kuscheliges Fell machen diese Pantoffeln zum Traumbett für Füße.
UVP: 70,– Euro, shepherdofsweden.com

FALTENFREI

Exklusive Honigextrakte und Vitamin E sollen der Haut bei der nächtlichen Regeneration helfen. ***UVP: 153,– Euro, guerlain.com***

VERLOSUNG

+++ RICHARD verlost drei Exemplare des Buchs: E-Mail an richard@apobank.de, Stichwort: Einschlafen +++

SCHNARCHIG

Wo kommt die Artischocke her? Und wie funktioniert das indonesische Postwesen? Bei der Lektüre dieser Fakten fallen Ihnen garantiert die Augen zu! ***UVP: 14,– Euro, Das langweiligste Buch der Welt, hoffmann-und-campe.de***

HÖHLE DER LÖWEN

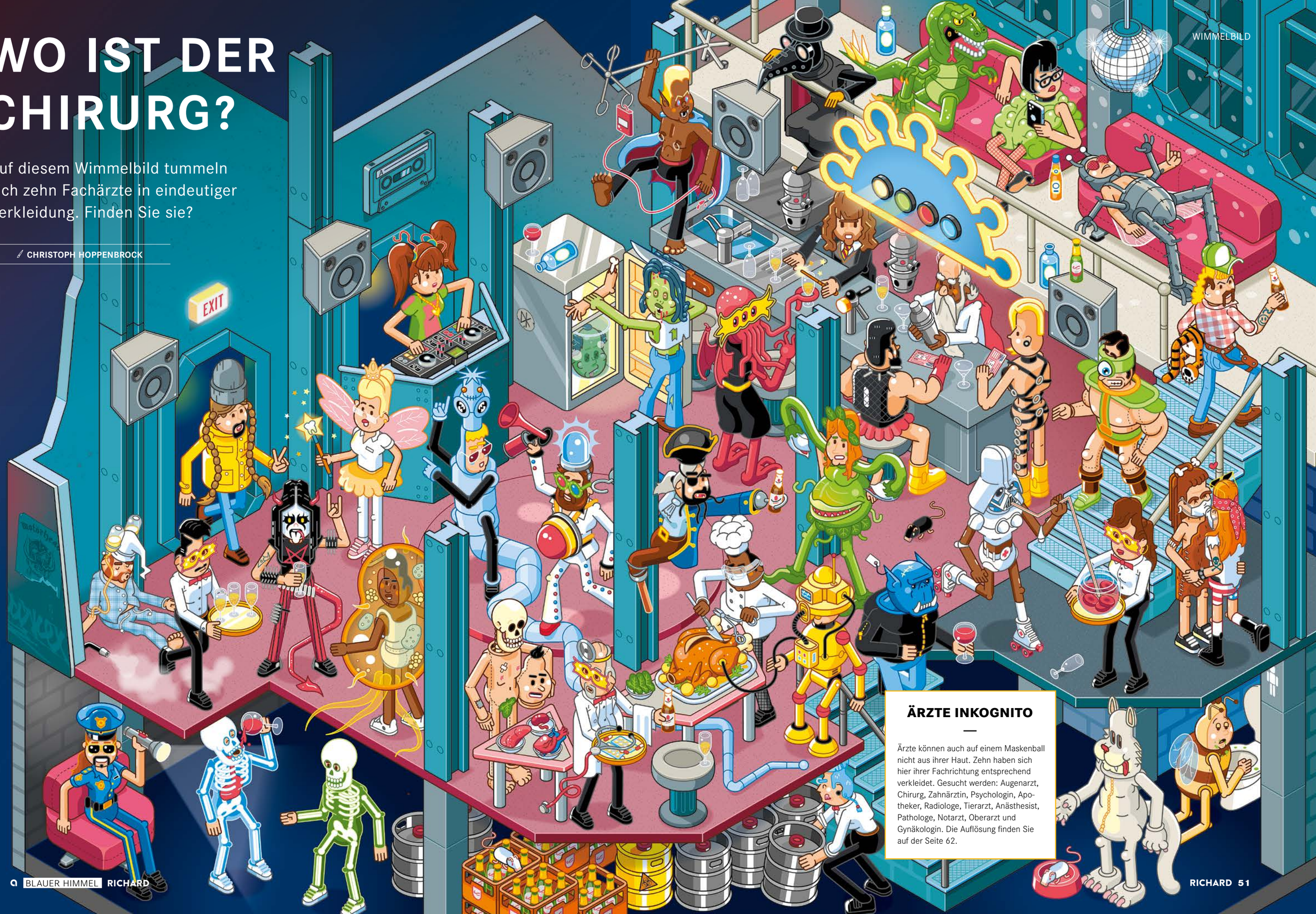
Luxusbett „Kyali" für Stubentiger und Schoßhunde. ***UVP: 189,– Euro, made.com***

Fotos: Hersteller

WO IST DER CHIRURG?

Auf diesem Wimmelbild tummeln sich zehn Fachärzte in eindeutiger Verkleidung. Finden Sie sie?

CHRISTOPH HOPPENBROCK



ÄRZTE INKOGNITO

Ärzte können auch auf einem Maskenball nicht aus ihrer Haut. Zehn haben sich hier ihrer Fachrichtung entsprechend verkleidet. Gesucht werden: Augenarzt, Chirurg, Zahnärztin, Psychologin, Apotheker, Radiologe, Tierarzt, Anästhesist, Pathologe, Notarzt, Oberarzt und Gynäkologin. Die Auflösung finden Sie auf der Seite 62.

DER KAPITÄN

Richard Fietz leitet das Private Banking der apoBank. In der Freizeit geht er regelmäßig in die Luft.

Wenn am Freitag die Arbeit getan ist, steigt Richard Fietz ins Auto und macht den Abflug aus Düsseldorf. Statt an seinem Arbeitsort, in dem er auch eine Wohnung hat, verbringt der Leiter Private Banking der apoBank seine Wochenenden meist in Frankfurt oder in Montabaur, entweder mit seinen zwei Kindern oder mit seiner Partnerin und deren Tochter. „Oder mit allen zusammen. Wir sind eine sehr gut funktionierende Patchworkfamilie“, sagt der 44-Jährige.

Mobil sein ist für den gebürtigen Wilhelmshavener nicht nur eine Notwendigkeit, sondern auch eine Leidenschaft. Vor allem, wenn die Reise Tausende Meter über dem Boden stattfindet. Fietz ist flugbegeistert, seit er ein kleiner Junge war. „Als ich zwölf war, hat mir mein Vater ein Modellflugzeug geschenkt – und damit etwas in Gang gesetzt.“ Während andere auf dem Bolzplatz die Tricks von Diego Maradona einstudieren, baut Richard Fietz fortan an Flugzeugmodellen, schraubt Motoren auseinander und wieder zusammen. Als Teenager hat er nur einen Berufswunsch: Jetpilot bei der Bundeswehr. Doch die Eltern raten von den „Top Gun“-Plänen ab.

Irgendwann sieht auch der Sohn die Realität hinter dem Mythos. „Ich wollte nicht, wie bei Kampfpiloten üblich, schon mit 42 in Rente gehen“, sagt Fietz heute. Er bleibt auf dem Boden, wird Banker statt Berufspilot. Nach einer Lehre bei der Dresdner Bank wechselt er nach Frankfurt.

Fietz wird Filialleiter bei der Commerzbank, studiert berufsbegleitend, macht seinen Master in Business Administration. Doch die Fliegerei lässt ihn nicht los: Im Jahr 2000 tritt er einem Flugverein bei, macht seinen Segelflug- und später den Motorflugschein. Bis heute hebt er regelmäßig von dem Hangar im Hintertaunus ab. „Dann fliegen wir zum Beispiel nach Wilhelmshaven, treffen meine Eltern am Südstrand und fliegen am Abend wieder zurück.“

Im Oktober 2018 landet Richard Fietz bei der apoBank. „Das Private-Banking- und Wertpapiergeschäft in einer Bank zu verantworten, für deren Kunden das Thema Geldanlage oft nicht unbedingt zu den Lieblingsthemen gehört, hat mich sehr gereizt“, sagt er. Bislang verbinden Heilberufler die apoBank immer noch vorrangig mit der Finanzierung ihrer Existenzgründung. Das will Fietz ändern: „Unser Ziel ist es, dass die Ärzte und Apotheker künftig auch beim Thema Anlageberatung als Allererstes an uns denken.“

Und was rät der Fachmann Anlegern in turbulenten Zeiten an den Kapitalmärkten? „So simpel es klingt: Ruhe bewahren. Denn wer angesichts schnell sinkender Kurse in Panik verfällt, verliert gleich zweimal: Er realisiert seine Verluste und verpasst die Erholung, die bislang nach jeder Krise eingetreten ist.“ Das Wichtigste bei der Geldanlage sei eine Strategie, die zu den eigenen Zielen passt – und die auch nur dann verändert wird, wenn sich an ebendiesen Zielen etwas ändert. Und wie findet man diese Strategie? Da ist der Hobbypilot als geübter Navigator bereits heute erster Ansprechpartner. «

Hobbypilot: Richard Fietz fliegt am liebsten Propellermaschinen – zum Beispiel an die Nordsee, wo seine Eltern wohnen.

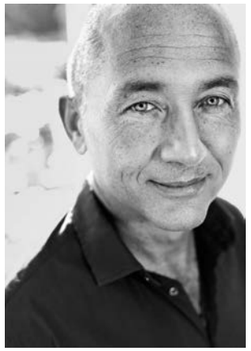
„SCHREIBEN ALS MIKROSKOP“

Freude und Trauer liegen im Krankenhaus nah beieinander. Ein Spannungsfeld, dem der HNO-Arzt Rainer Jund nun einen Roman gewidmet hat.

Oberarzt an der HNO-Universitätsklinik München-Großhadern, dann eine eigene Praxis, jetzt ein Buch. Brauchen Sie denn nie eine Pause?
Ich habe schon immer geschrieben. Ich muss es tun, muss schreiben, um meine Erlebnisse als Arzt zu verarbeiten. Beim Schreiben fühle ich mich, als säße ich an einem Mikroskop, mit dem ich das Geschehene analysiere, das eigene Verhalten durchleuchte.

Die Kurzgeschichten in Ihrem Buch sind voller Kontraste, Leben und Tod liegen nah beieinander. Wie viel eigene Erfahrung steckt in „Tage in Weiß“?
Das Buch ist keine Autobiografie, enthält aber viele eigene Erfahrungen. Die meisten Geschichten habe ich während meiner Karriere als HNO-Arzt ähnlich erlebt und über Jahre des Schreibens hinweg immer wieder wie ein Chirurg bearbeitet. Doch sie bleiben Fiktionen, die sich an die Wahrheit schmiegen. So zum Beispiel die Geschichte des jungen Arztes, der einen Kaiserschnitt begleitet. Die Geburt der eigenen Kinder zu sehen, ist eine fundamentale Erfahrung – das habe ich in dieser Episode am Schluss des Buches verarbeitet.

Ein weiterer Kontrast liegt in Ihrer Sprache, mit der Sie poetisch vom mitunter kühlen Klinikalltag erzählen. Was haben Poesie und Medizin gemeinsam?
Sehr viel. Schaut man sich alte Anatomiebücher an, liest man sehr poetische Beschreibungen des menschlichen Körpers.



DR. RAINER JUND, 55, *studierte Medizin und Wissenschaftsmarketing. Nach Jahren als Oberarzt in der Universitätsklinik München-Großhadern führt er heute eine eigene HNO-Praxis. Er lebt mit seiner Frau und drei gemeinsamen Kindern in München, wo auch die meisten der Geschichten für den Roman „Tage in Weiß“ spielen. Weitere Veröffentlichungen sind in Planung.*

Und auch heute nutzen wir Mediziner im Patientengespräch gerne eine blumige Sprache, um harte Diagnosen abzuschwächen. Sprache ist ein echtes Wunderwerk – das sieht man schon allein daran, wie viele Bereiche im menschlichen Gehirn für die Sprache zuständig sind.

Wie hält man den enormen Druck als Arzt, den Sie in dem Buch beschreiben, eigentlich aus?
Mit Demut. Als junger Mensch möchte man erstmal Erfahrung sammeln und möglichst viele Operationen machen, um ein guter Arzt zu werden. Da werden Patienten schon mal zu Nummern. Aber später, wenn man im Familienkreis einen ersten schweren Krankheitsfall hat oder selbst erkrankt, sieht man wieder die Menschen hinter den Patienten.

Darauf spielen Sie auch in Ihrem Vorwort „Wir sind alle Patienten“ an …
Genau. Ich denke, wir Ärzte dürfen in unserem Alltag nicht vergessen, dass wir alle verwundbar sind und genauso gut auch auf der anderen Seite – der des Patienten – stehen könnten. Das Wunder des Lebens ist fragil und doch leben wir häufig so, als wären wir unsterblich. Das ist es, was ich mit meinem Buch zeigen möchte.

ÜBER DAS BUCH

Rainer Jund hat in seiner Arbeit als Arzt viel zu häufig erlebt, dass scheinbare Kleinigkeiten wie ein millimeterdickes Blutgefäß über Leben und Tod entscheiden. In seinem ersten Roman „Tage in Weiß“ schildert er mit poetischer Sprache den aufreibenden Klinikalltag und was dieser mit jungen Ärzten macht. Eindringlich, schockierend und doch voller Hoffnung.

Rainer Jund, Tage in Weiß, 240 Seiten
Verlag: Piper
ISBN: 978-3-492-05878-0
20 Euro

Fotos: Thilo Schmülgen (l.), privat (r.)

WIE DIE WELT SICH HEILT

Von Blättern bis zu Betablockern: so unterschiedlich die Menschen, so verschieden die Medikamente, die sie einnehmen. Eine Weltreise mit dem Fotoprojekt „Home Pharma“

GABRIELE GALIMBERTI

Schweiz: *Candelita und Arnaud Brunel aus Lausanne haben in ihrem Wohnzimmer alle Medikamente aufgereiht, die sie im Haus haben. Arnaud Brunel ist CEO des Möbelherstellers Tectona – und begeisterter Fotosammler.*

Indien: *Nach einem Schlaganfall ist Familienvater Abbas Ali Sagri, 67, auf Medikamente angewiesen. Weitere Arzneimittel kann sich die Familie kaum leisten. Beide Eltern arbeiten nicht, die Kinder verdienen nur wenig Geld. Die Sagris wohnen in Mumbai gemeinsam in einem Zimmer in Dharavi, einem der größten Slums Asiens.*

Japan: *Yasumasa, 70, und seine Frau Nobuko, 66, in ihrem Schlafzimmer. Die beiden leben in Tokio. Yasumasa ist herzkrank und nimmt täglich einen Medikamenten-Mix (zu sehen in den Tütchen am linken Bildrand). Nobuko nutzt Calcium gegen Osteoporose und Aspirin für ihr Herz.*

USA: *Lara Reaves, 36, lebt in Aliso Viejo in Kalifornien. Sie hat eine lange Krankheitsgeschichte hinter sich: Mit 14 bekam sie zuerst Bulimie, später Anorexie. Um die Erkrankungen zu behandeln, nahm sie lange Antidepressiva und Mittel gegen Angststörungen – diese Pharmazeutika gehören heute nicht mehr zu ihrer Hausapotheke. Reaves ist gesund und engagiert sich in der „Rebecca Foundation", einer Stiftung für Menschen mit Essstörungen.*

Litauen: *Arunas Adriejauskaus, 53, und seine Frau Aliona Andriejauskaite, 52, in ihrem Haus in Preila. Arunas ist Ingenieur, Aliona Lehrerin. Beide glauben an die heilende Kraft der Natur und nutzen keinerlei industriell gefertigte Arzneimittel. Ihre Hausapotheke besteht vor allem aus Kräutern, Beeren und Pilzen, die sie im Wald sammeln oder in ihrem Garten anpflanzen. Sie besitzen auch eine große Auswahl ätherischer Öle.*

Ägypten: *Der 34-jährige Mohammed arbeitet in der Apotheke in einem Beach Resort, das vor allem von europäischen Urlaubern besucht wird. Er selbst kauft eher ägyptische Generika, die wesentlich preiswerter sind.*

„WIR HYPOCHONDER“

Der Fotograf Gabriele Galimberti über sein Projekt „Home Pharma“

Wie ist die Idee entstanden, Menschen und ihre Hausapotheken zu fotografieren?
Ich habe schon vorher verschiedene Projekte gemacht mit dieser visuellen Idee: Porträts von Menschen aus der ganzen Welt mit ihren Besitztümern. Das Konzept dahinter ist fast immer dasselbe. Ich möchte Ähnlichkeiten und Unterschiede zeigen, wie Menschen an verschiedenen Orten der Welt leben, was sie kaufen, sammeln, besitzen.

„Home Pharma“ ist Teil eines größeren Projekts.
Ja, es ist mein Beitrag zum Projekt „Happy Pills“, für das ich mit Paolo Woods, Edoardo Delille und Arnaud Robert zusammenarbeite. Dabei geht es um die Beziehung der Menschen zu ihren Medikamenten. Zu „Happy Pills“ wird es Ende 2020 einen Film, eine Ausstellung und ein Buch geben.

Wie viele Länder haben Sie für „Home Pharma“ bereist?
Rund 20 in den letzten vier Jahren.

Und wie haben Sie Ihre Protagonisten gefunden?
Ich habe einfach Menschen angesprochen oder über Leute angefragt, die ich schon kannte.

Was haben Sie bei der Arbeit über Medizin gelernt?
Dass wir im Westen ein bisschen hypochondrischer sind als der Rest der Welt.

Gabriele Galimberti, geboren 1977 in der Toskana, ist ein italienischer Fotograf. Die gesamte Fotoreportage **„Home Pharma“** gibt es unter:

gabrielegalimberti.com

Haiti: *Wholl-Lima Balhazan, 56, ihre Mutter Charikable, 76, und ihr Sohn Lozèma Astrel, 20 (v. l.), aus Port-au-Prince nutzen vor allem die traditionelle haitianische Medizin, die sie bei einem „Blätterdoktor“ kaufen.*

RICHARD

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

VERANTWORTLICH
Cassie Kübitz-Whiteley, Reimund Koch

PROJEKTLEITUNG
Christoph Koos, Mechtild Randelhoff

KONZEPT & REALISATION
Zimmermann Editorial GmbH, Köln

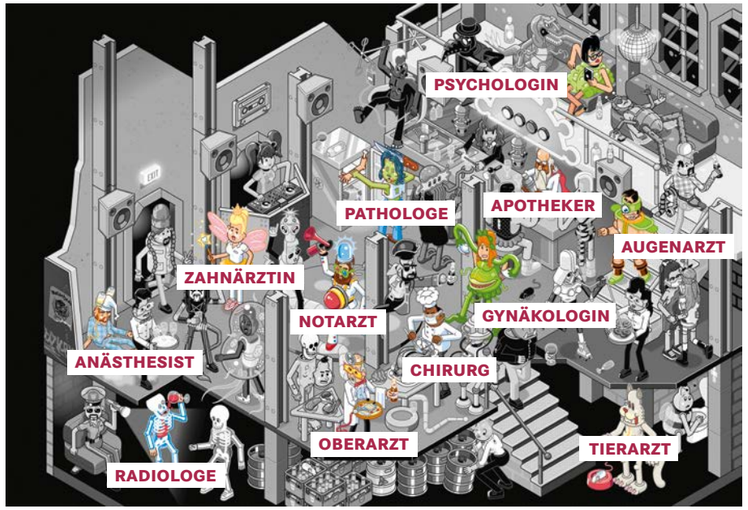
REDAKTION
Michael Aust, Carolin Diel, Roya Piontek, Lutz Zimmermann

ART DIRECTION
Julian Schneider

GRAFIK
Annika Brentrup, Mirjam Sieger

DRUCK
DFS Druck Brecher GmbH, Weiss-Druck GmbH & Co. KG

deutsche apotheker- und ärztebank



Auflösung: Die gesuchten Ärzte verschiedener Fachrichtung aus unserem Wimmelbild von Seite 50 finden sie hier.

AUS DEN APOBANK-MEDIEN

Nachweislich nachhaltig

Als genossenschaftliche Bank mit Fokus auf dem Gesundheitsmarkt leistet die apoBank einen Beitrag zur ökonomischen Nachhaltigkeit des deutschen Gesundheitswesens – und auch zur ökologischen: Schon heute nutzt die apoBank etwa ausschließlich erneuerbare Energien, um ihren Stromverbrauch zu decken. Worauf die Bank in puncto Nachhaltigkeit achtet, kann man im „Nachhaltigkeitsbericht 2019“ nachlesen. Für welche Projekte sie sich konkret einsetzt, in der Förderbilanz.

apobank.de/nachhaltigkeit
apobank.de/mehr-ermoeglichen

AUS DER APOBANK-STIFTUNG

Geburtshilfe in Eritrea

Die Geburtshilfe wird in den Ländern der Subsahara oft ausschließlich von Hebammen durchgeführt. Ein Arzt wird nur im Notfall hinzugezogen. Umso wichtiger sind eine gute Ausbildung und eine regelmäßige Fortbildung der Hebammen, Entbindungshelfer und der angehenden Ärzte. Die Hilfsorganisation Medical Education and Training for Africa (MET4A e. V.) führt solche Trainings von in der Lehre erfahrenen Ärzten und Hebammen zweimal im Jahr in Eritrea durch. Die apoBank-Stiftung unterstützt ihr Engagement mit 7.500 Euro.

apobank.de/ueber-die-apobank/apobank-stiftung

Fotos: apoBank, Christoph Hoppenbrock, Illustration (r.): Dodo Flugge

GEWINNSPIEL

Der Grabräuber

Wie heißt der Mediziner, der gerne mit dem Skalpell arbeitete? Gewinnen Sie eine Reise nach Südtirol.

Unser Mann kommt in der Silvesternacht des Jahres zur Welt, in dem König Manuel der Glückliche dem Papst einen Elefanten schenkt. Sein Vater ist Apotheker, er selbst entwickelt früh eine obskure Leidenschaft für die Medizin. Mit 16 Jahren schneidet er nachts heimlich Leichen vom Galgen, um sie zu sezieren. Während des Studiums in Paris sucht er regelmäßig die Friedhöfe nach Leichen ab. Später als Professor lässt er die Organe, die er Leichen entnimmt, unter seinen Studenten herumreichen. Berühmt macht ihn ein Werk mit Skeletten in skurrilen Posen. Er lässt es in derselben Druckerei fertigen, in der die erste lateinische Übersetzung des Korans gedruckt wurde, und widmet es dem Kaiser. Der nimmt ihn daraufhin als Leibarzt in Dienst. Eine Legende besagt, dass er später den Körper eines Aristokraten seziert – und erst zu spät feststellt, dass dessen Herz noch schlägt. Zur Sühne geht er auf Pilgerreise ins Heilige Land. Dort stirbt er in dem Jahr, als Pieter Bruegel der Ältere seine berühmte „Kreuztragung Christi“ malt.

Wie heißt der Arzt, nach dem auch ein Berg in der Antarktis benannt ist?

Der Gesuchte im letzten Heft war der Apotheker Carl Spitzweg. Die Reise nach München hat unser Leser Rolf Riffel gewonnen. Herzlichen Glückwunsch!

WER IST DER GESUCHTE?
Senden Sie eine E-Mail mit der Lösung und Ihrer Adresse an **richard@apobank.de** (Stichwort „Richards Rätsel“). Unter allen richtigen Einsendungen verlosen wir zwei Nächte im **Dolomiti Wellness Hotel Fanes** in Südtirol (Foto) inkl. Anreise. Highlight ist 25 Meter lange Sky Pool. Einsendeschluss ist der 31. März 2021. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

hotelfanes.it

Geldanlage nach dem Coronaschock.

Durch die Entwicklung rund um das Corona-Virus wurden die Kapitalmärkte kräftig durcheinander gewirbelt. Wie gehen Anleger damit um:
apobank.de/geldanlage-nach-dem-coronaschock

apoPrivat
Der Vermögenspartner für Apotheker und Ärzte