ZWEI 2023

MAGAZIN DER DEUTSCHEN APOTHEKER- UND ÄRZTEBANK

RICHARD

SPRECHSTUNDE

Warum gute Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten wichtig ist

RIESIG

Das größte Klinikgebäude Europas in Aachen

INNOVATIV

In Halle wird das Medizinstudium digitaler

STARK

Mediziner mit Behinderung setzen sich durch

Home sweet home

Das umfangreiche Seminarangebot finden
Sie jetzt auf der Homepage

SEMINAR

Mit der apoBank einfach weiterbilden:
apobank.de/seminare

Alles klar?

So wichtig wie eine treffsichere Diagnose, so unverzichtbar ist eine gute Kommunikation derselben an den Patienten. Dieser Aspekt kommt in der Ausbildung von Heilberuflerinnen und Heilberuflern jedoch oftmals zu kurz.

MATTHIAS SCHELLENBERG
ist Vorsitzender des Vorstands der apoBank.

Titel: Mario Wagner; Illustration (r.): Romina Birzer

Die mit ihrem Fachchinesisch“ – dem Vorwurf, sich oft in unverständlicher Expertensprache auszudrücken, sehen sich Heilberufler und Bankberater gleichermaßen ausgesetzt. Wenn Ärzte eine Cholezystektomie als Therapie anordnen, wissen die meisten Patientinnen und Patienten damit ebenso wenig anzufangen wie viele Bankkunden, wenn ihr Gegenüber von Euribor und Vermögensallokation spricht.

Das ist insofern bedenklich, als finanzielle Sicherheit und noch viel mehr Gesundheit zu den Gütern zählen, über die sich Menschen am häufigsten Sorgen machen. Und das tun sie umso mehr, wenn man sie mit komplizierter Kommunikation überfordert. Insbesondere Heilberufler müssen deshalb nicht nur Profis auf ihrem Fachgebiet sein, sondern auch komplexe Sachverhalte verständlich erklären können.

Die Realität bei den bis zu 300.000 Patientengesprächen, die ein Arzt laut Bundesgesundheitsministerium im Laufe seines Berufslebens führt, sieht jedoch zuweilen anders aus: Einer forsa-Umfrage zufolge geben 30 Prozent der Patientinnen und Patienten an, dass sie zumindest gelegentlich Verständnisschwierigkeiten im Gespräch mit ihrem Arzt haben.

Unsere Titelstory ab Seite 20 geht auf die Suche nach den Gründen für diese unbefriedigende Situation und liefert einige innovative Lösungsansätze für den Praxisalltag. Ein wesentlicher Hebel bleibt gleichwohl, Kommunikation bereits stärker in die universitäre Ausbildung zu integrieren.

Das gilt auch für ein anderes Thema, das den Gesundheitssektor zunehmend beschäftigt: der digitale Wandel. Künstliche Intelligenz und Robotik bieten ganz neue Möglichkeiten für Diagnose und Therapie – vorausgesetzt, das Wissen um diese Möglichkeiten ist bei den Hauptanwendern, den Heilberufsangehörigen, vorhanden. Wir waren mit RICHARD zu Gast in der Universität Halle-Wittenberg und haben erlebt, wie dort digitale Inhalte über ein Curriculum in den Lehrplan integriert werden.

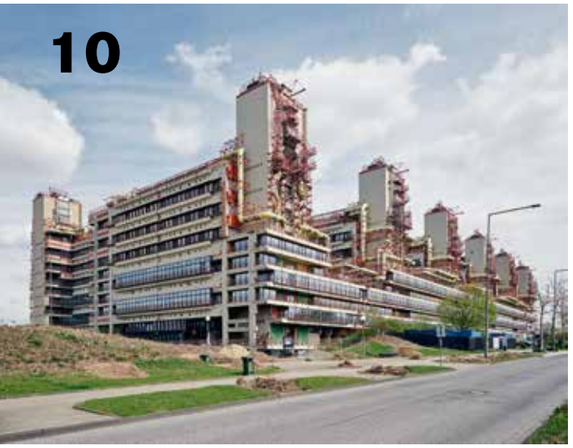
AUCH KI HAT GRENZEN

Durch die fachspezifische Entlastung schafft künstliche Intelligenz übrigens Freiräume für etwas, was sie derzeit (noch) nicht menschengleich leisten kann: die persönliche, empathische Kommunikation zwischen den Heilberufsangehörigen und ihren Patienten – hier schließt sich der Kreis.

Ein offener Dialog ist auch mir persönlich sehr wichtig. Gut zuhören, Gespräche auf Augenhöhe, klar, verständlich, auf den Punkt – so soll die Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrer apoBank sein. Und natürlich ganz ohne Fachchinesisch.

Ich wünsche Ihnen viel Freude mit der Lektüre der 13. Ausgabe des RICHARD!

INHALT



10

RWTH AACHEN: Megaklinik auf einer Fläche von etwa 25 Fußballfeldern

20

KOMMUNIKATION sollte Kernkompetenz medizinischen Personals sein.

WEISSE KITTEL

6 WIE GEHT'S UNS DENN HEUTE?
Ein Hobby-Astronom, eine Ordensschwester, ein Künstler, ein Hämatologie-Experte und ein Hausarzt mit Lastenrad erzählen.

8 WEISSE KITTEL
3 Fragen zu digitalen Zwillingen | Cartoon | Avatare | Nasen-Mikrobiom | Putzende Bakterien

10 ALLES MEGA?
Zu Besuch im größten Klinikgebäude Europas – der Uniklinik RWTH Aachen

14 WO EIN WILLE IST
Wie steht es in der Medizin wirklich um die Chancengleichheit von Menschen mit Behinderung?

18 „MINDESTMASS AN RESPEKT IST EIN MUSS"
Der Rassismusbeauftragte der Landesärztekammer Hessen im Interview

19 SLAM!
Sonnenschutz für Blutzellen und Adern

20 REDEBEDARF
Realistische Hoffnungen, präzise Diagnosen, effektive Behandlungen: Dass gute Kommunikation mit Patienten für positive Veränderungen sorgt, ist keine neue Erkenntnis. Aber mittlerweile tut sich was.

SCHWARZE ZAHLEN

28 Kolumne: Persistente Inflation | Zahnärztliche Existenzgründungen | Lieferengpässe | Wie investiert eigentlich Oprah Winfrey?

30 SCHLAGABTAUSCH
Wie sehen Medizinerinnen und Mediziner den ärztlich assistierten Suizid?

Fotos: Jan Ladwig, Dominique Wollniok; Illustrationen: Mario Wagner, Büro Wünsch & Störmer

32

VR-BRILLEN gehören an der Uni Halle zur Ausbildung.

48

Alternative Arzneimittelverpackungen

32 MEDIZINSTUDIUM 4.0
An der Universität Halle-Wittenberg kommen sprechende Roboter und Virtual-Reality-Brillen zum Einsatz.

36 GUTES NETZWERK – UNVERZICHTBAR
Auf dem Weg in die Existenzgründung wünschen sich Heilberufler Unterstützung.

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

BLAUER HIMMEL

40 Schreibtischutensilien: Wer per Hand schreibt, kann sich Informationen besser merken.

42 IM UNRUHESTAND
Vier Unruheständler berichten aus ihrem zweiten medizinischen Leben.

46 DIE KUNST DES HEILENS
Eine neue Strömung bringt Medizin und Kunst zusammen.

48 DAS AUGE HEILT MIT
Fünf Grafiker zeigen, wie individuell Verpackungsdesign sein kann.

50 BANKMENSCH
Nicole Wortmann ist immer auf der Suche nach Inspiration.

51 RICHARDS TOP 5
Die häufigsten Apothekennamen

52 ALTE SCHÄTZE
Im Deutschen Medizinhistorischen Museum finden sich mehr als 2.000 Jahre Medizingeschichte.

58 MEHRWERT
Aus den Medien der apoBank

59 RICHARDS RÄTSEL
Wie heißt der Arzt, dem ein lilienartiges Gewächs seinen Namen verdankt?

Wie geht's uns denn heute?

Ein Notfall im Weltall, eine Pharmazeutin im Kloster und Kunst aus Medikamentenmüll – fünf Menschen aus Heilberufen erzählen, was sie aktuell bewegt

SCHWESTER URSULA
Dominikanerin und promovierte Pharmazeutin

Ins Kloster? Niemals! So dachte ich lange. Allerdings interessierte mich neben den Naturwissenschaften auch immer schon die Theologie. Nach meiner Promotion in pharmazeutischer Biologie fragte mich ein Priester in meiner Gemeinde erstmals, ob ich mir nicht ein Leben als Ordensschwester vorstellen könnte. Dieser Gedanke arbeitete in mir – auch als ich im Folgejahr in der Apotheke meiner Familie angestellt war. Also entschied ich mich zu einem Probeaufenthalt im Kloster Arenberg und fühlte mich sofort am richtigen Platz.
Meine Faszination für die Natur, Schöpfung und Naturwissenschaft hält bis heute an. Auch deshalb arbeite ich – neben meinen Aufgaben in der Seelsorge und Ausbildung junger Schwestern – intensiv daran, dass unser Kloster bis 2028 treibhausgasneutral wird und Menschen bei uns wieder den Kontakt zur Natur finden. Klimaneutral sind wir auf dem Arenberg sogar jetzt schon. Außerdem wollen wir in unserem Vitalzentrum die traditionelle europäische Medizin in den Vordergrund stellen und altes Heilwissen ins Heute holen. Da ist meine Ausbildung natürlich ein großes Plus!

Schwester Ursula Hertewich ist Seelsorgerin und geistliche Begleiterin im Kloster Arenberg.

JOST JAHN
Zahnarzt auf Amrum

Eigentlich wollte ich dieses Jahr in den Ruhestand gehen, ich bin aber der einzige Zahnarzt auf Amrum und finde einfach keine Nachfolge für meine Praxis. Wenn ich nicht mehr praktiziere, müssten die Bewohner und Gäste für einen Zahnarztbesuch mindestens eine Stunde nach Föhr oder noch länger aufs Festland fahren. Also mache ich in reduziertem Betrieb und ohne Assistenz weiter, solange ich gesund bleibe, Lust darauf habe und sich die Praxis trägt. Fünf bis sechs Patienten behandele ich pro Tag. Für mich ist das eine gute Lösung: Ich weiß, dass meine Mitmenschen versorgt sind, und meine Frau sagt, ich bin schon entspannter geworden. Außerdem habe ich schon jetzt mehr Zeit für mein großes Hobby, die Astronomie. Und das hat sich schon ausgezahlt: Im März habe ich einen bisher unbekannten Kometen entdeckt, der jetzt nach mir benannt ist. Wenn man wie ich seit Jahrzehnten das Sonnensystem nach unbekannten Kleinkörpern absucht, entwickelt man einen Blick dafür – so wie für Karies im Mund.

Jost Jahn ist Zahnarzt auf der Nordseeinsel Amrum und Hobby-Astronom.

Fotos: privat

MICHAEL HARTEL
Hausarzt

Ich bin seit meiner Jugend großer Fahrrad-Fan. Als ich die Hausarzt-Praxis in Weitnau bei Kempten übernommen hatte, saß ich allerdings nur noch im Auto oder auf dem Schreibtischstuhl – und kaum noch im Fahrrad-Sattel. Ich habe nach einem Weg gesucht, Bewegung in meinen Alltag zu bringen, und mich daher entschlossen, mit dem Lastenrad zu den Hausbesuchen zu fahren. Das hält fit und macht den Kopf frei. Im Allgäu ist das auch mit Motorunterstützung teilweise richtig anstrengend, gerade wenn 20 Prozent Steigung zu bewältigen sind. Da kommen auf das Jahr gerechnet nicht nur einige Kilometer, sondern auch Höhenmeter zusammen. Mit wetterfester Kleidung für mich und Spikereifen für das Fahrrad funktioniert das selbst im Winter wunderbar. In der Frachtkiste des Lastenrads kann ich alles transportieren, was ich für einen Hausbesuch brauche. Sogar ein kleines Ultraschallgerät findet Platz. Ausreden, nicht mehr aufs Rad zu steigen, habe ich definitiv nicht mehr.

Michael Hartel ist Hausarzt in Weitnau und kommt mit dem E-Lastenrad zum Hausbesuch.

DR. STEPHAN MOLL
Hämatologie-Experte für die NASA

Als langjähriger Experte für Blutgerinnsel werde ich häufiger von Kollegen bei Fachfragen konsultiert. Doch eine Anfrage war für mich ganz besonders. Sie kam von der amerikanischen Weltraumbehörde NASA. Ein Astronaut auf der International Space Station (ISS) hatte bei sich im Rahmen einer Studie ein asymptomatisches Blutgerinnsel in der linksseitigen Jugularvene entdeckt. Wie sollte man damit umgehen – fern von jeder Arztpraxis? Ich habe natürlich sofort meine Hilfe zugesagt. Die Diskussion über mögliche Ursachen des Gerinnsels und die Therapieoptionen waren herausfordernd: Zu einem solchen Fall gab es bis dato keine Daten und wir mussten einen Therapieplan erstellen, der trotz der beschränkten Medikamentenvorräte auf der ISS umsetzbar war. Zudem war für den Astronauten die Injektion der Gerinnungshemmer gar nicht so einfach. Das Aufziehen der Spritze dauerte rund 20 Minuten, da sich der flüssige Wirkstoff in der Schwerelosigkeit anders verhält als auf der Erde. Er kann nicht in einem Zug aufgenommen werden, sondern nur tropfenweise. Nach mehreren Monaten landete der Astronaut wieder auf der Erde, 24 Stunden nach der Landung war das Gerinnsel verschwunden. In Folge wurde von NASA-Experten intensiv diskutiert, ob solche Vorfälle auf der ISS häufiger auftreten können und wie sie zu vermeiden wären.

Dr. Stephan Moll ist Professor an der University of North Carolina im Fachbereich Hämatologie.

DR. DORIAN RECKER
Kardiologe im Ruhestand und Künstler

Gemeinsam mit dem Fotografen Andreas Willems mache ich Kunst aus Medikamentenmüll. Blister, lose Tabletten und Verpackungen werden zu Blumenwiesen, Stränden oder Skylines. Jährlich landen tonnenweise Medikamente im Wert von mehreren Milliarden Euro im Abfall – zum Teil originalverpackt und noch lange haltbar. Das Problem rund um die Pharmazie ist komplex: Packungen sind zu groß und zu günstig, Krankenkassen und Pharmaindustrie liefern sich Preisrabattschlachten und die Produktion in Niedriglohnländern hat Lieferengpässe, Umweltverschmutzungen und die Zunahme multiresistenter Erreger zur Folge. Mit meiner Kunst möchte ich in einer globalisierten Welt, in der viel konsumiert und weggeworfen wird, für das wertvolle Gut Pharmazie sensibilisieren und wieder mehr Respekt und Wertschätzung dafür bei allen Beteiligten einfordern – auch der Umwelt zuliebe. Deswegen verkaufen wir unsere Bilder auch und unterstützen mit dem Erlös Organisationen, die sich ähnlichen Aufgaben widmen.

Dr. Dorian Recker war Kardiologe in Krefeld und hat mit Andreas Willems das Kunstprojekt DRAW geschaffen.

Nachrichten, Zahlen und Fakten rund um Beruf und Berufung für Menschen in Heilberufen

WEISSE KITTEL

BAKTERIEN PUTZEN SAUBERER

Ein Experiment in der Berliner Charité hat zu einem erstaunlichen Ergebnis geführt: Putzlösungen voller Mikroben wirken besser gegen gefährliche Klinikkeime als Desinfektionsmittel. Die Reinigungskräfte der Charité verteilten in ausgewählten Krankenzimmern erst über 13 Wochen jeden Tag eine Flüssigkeit mit 50 Millionen Mikroben pro Milliliter und dann 13 Wochen lang einen herkömmlichen Oberflächenreiniger. Die Idee: Statt die gefährlichen Keime zu zerstören, will man sie durch gute Bakterien ersetzen. Diese Bakterien besetzen nicht nur die Flächen, sondern konkurrieren mit den gefährlichen Keimen auch um eventuell vorhandene Nahrungsbestandteile. Eine neue Strategie im Kampf gegen Klinikkeime.

Illustration: Schilling & Blum (l.), Romina Birzer (r.)

KOLLEGE AVATAR

Therapeuten am Institut für Psychiatrie des King's College London nutzen Avatare zur Behandlung von Schizophrenie. Der Patient sitzt einem Computer gegenüber, auf dem ein künstliches Gesicht erscheint, das die eigene innere Stimme imitieren soll. Eine Software ermöglicht, dass der Betroffene die Computerstimme in identischer Tonlage wie seine eigene innere Stimme wahrnimmt. Während der Behandlung soll der Patient der Stimme widersprechen. Hierdurch ist für die Therapeuten ein Trialog möglich, der neue Behandlungsmöglichkeiten eröffnet. Nach ersten Studien sind bereits positive Effekte zu verzeichnen. Die Häufigkeit der akustischen Halluzinationen nahm ab und sie wurden von den Versuchspersonen als weniger stressig wahrgenommen.

DIE ZAHL

15 Prozent

GERINGER IST DIE WAHRSCHEINLICHKEIT von Komplikationen bei Operationen, wenn eine Frau operiert. Das hat eine Analyse von 1,3 Millionen Operationen ergeben.

(Quelle: bmwk.de)

GUTER RIECHER

Stuhltransplantationen sind bereits seit vielen Jahren etabliert. Nun haben schwedische und australische Forschende untersucht, ob auch das Nasenmikrobiom aus therapeutischen Gründen transplantiert werden kann. Bei chronischer Rhinosinusitis erwies sich die Maßnahme zumindest teilweise als erfolgreich. In der Pilotstudie waren die nasalen Symptome bei 16 von 22 Patienten mit chronischer Rhinosinusitis so deutlich reduziert, dass die Verbesserung als klinisch bedeutsam angesehen wurde. Bei sechs Probanden trat keine klinisch bedeutsame Verbesserung ein. Die Ergebnisse müssen allerdings noch in größeren Studien belegt werden.

DR. STEFAN WESARG *koordiniert das Fraunhofer-Leitprojekt MED²ICIN, das sich mit digitalen Zwillingen im Gesundheitswesen beschäftigt.*

3 FRAGEN ZU ...

digitalen Zwillingen

Digitaler Zwilling – das klingt wie aus einem Science-Fiction-Film. Was kann man sich darunter vorstellen?
Digitaler Zwilling ist ein schöner Medienbegriff. Korrekter wäre es, wenn wir – speziell im Gesundheitswesen – von einem verbesserten Datenmodell für Langzeitprognosen und Therapieempfehlungen sprechen. Und es ist wichtig zu wissen, dass ein digitaler Zwilling nie ein vollständiges Abbild eines Patienten sein kann. Was aber möglich ist: Wir können ein problembezogenes Abbild eines Organs, eines Systems oder eines Krankheitsbilds schaffen. Digitale Zwillinge von Herzen gibt es zum Beispiel schon seit 15 Jahren.

Sie haben an Ihrem Institut kürzlich einen Prototyp für chronisch entzündliche Darmerkrankungen entwickelt ...
Wir haben ein Dashboard entwickelt, das Ärzten alle relevanten Daten eines Patienten im Zeitverlauf darstellt – angereichert mit aktuellen Leitlinien sowie Kohortenanalysen mit Verlauf und Medikation. Eines ist mir wichtig: Wir haben hier keine künstliche Intelligenz geschaffen, die empfiehlt, dies zu tun oder jenes zu lassen. Grundsätzlich sollte für den Einsatz von KI immer gelten: Die Entscheidung muss beim Menschen liegen.

Wie profitieren Ärztinnen und Ärzte von dem Modell?
Aufgrund des enthaltenen Kohortenwissens können unerfahrene Ärzte wie ein Kollege agieren, der schon Hunderte solcher Fälle gesehen hat. Weitere positive Effekte: Zeit- und Kostenersparnis.

Bahnhofsatmosphäre: der Eingangsbereich der Aachener Uniklinik

ALLES MEGA?

Im größten Klinikgebäude Europas findet sich auf geballtem Raum alles: Krankenversorgung, Forschung und Lehre. Welche Vor- und Nachteile hat das Konzept „Alles unter einem Dach“ an der Uniklinik RWTH Aachen?

FLORENTIN BUB JAN LADWIG

Fußballfans sehen Parallelen zum Mailänder Giuseppe-Meazza-Stadion, andere nennen es wenig freundlich Betonklotz, wieder andere Raumschiff. Tatsächlich wirkt das Gebäude der Uniklinik im Aachener Westen mit seinen Türmen, Rohren und Stahlkonstruktionen aus der Ferne wie ein mitten im Grünen gelandetes Raumfahrzeug. Von innen sieht es nicht weniger futuristisch aus. Und nicht weniger grün. 240 Meter ziehen sich die gestreiften Teppichflure in die Länge, 130 Meter in die Breite. Immer wieder schlängeln sich silberne Treppen zu den freiliegenden Rohrkonstruktionen. Fans von Science-Fiction-Serien der 1970er und 1980er Jahre haben an dem Gebäude ihre helle Freude.

Als „futuristisch“ haben auch viele Kollegen aus dem In- und Ausland das Büro von Prof. Dr. Michael Dreher beschrieben, als sie während der Corona-Pandemie per Videokonferenz zugeschaltet waren. Das Büro des Direktors der Klinik für Pneumologie und Internistische Intensivmedizin passt sich wie alle Räume dem architektonischen Konzept der Klinik an. Dreher sieht sich als großer Profiteur des Konzepts „Alles unter einem Dach“. Nach der Chefarzt-Visite ist er in wenigen Schritten für eine Vorlesung im Hörsaal und genauso schnell wieder zurück in seinem Büro zum Gespräch mit einem wissenschaftlichen Mitarbeiter zu einem aktuellen Forschungsprojekt. „Ich empfinde den Mix aus allen drei Disziplinen in einem Gebäude als sehr bereichernd“, sagt Dreher. „Ich bin Arzt geworden, weil mir die Patientenversorgung am Herzen liegt. Als Professor inspirieren mich jeden Tag wissbegierige Menschen und nicht zuletzt habe ich als Forscher die Möglichkeit, die Medizin kontinuierlich mit meinen Kollegen weiterzuentwickeln.“

Ein futuristisches Raumschiff, das mitten im Grünen gelandet ist – die Uniklinik Aachen

Labore, Hörsäle und der ganz normale Klinikalltag – dadurch, dass Forschung, Lehre und Patientenversorgung in einem Gebäude sind, sind die Sensibilität füreinander und das Bewusstsein, für ein gemeinsames Ziel zu arbeiten, laut Dreher sehr ausgeprägt. Und auch wenn die Uniklinik Aachen sich auf insgesamt 27 Hektar erstreckt und 6.600 Räumen verteilt auf 13 Etagen Platz bietet, läuft man sich oft über den Weg. Dreher findet, dass sich das positiv auf das Miteinander auswirkt: „Ich erlebe unsere Zusammenarbeit dadurch als sehr kooperativ. Für Konkurrenzdenken ist hier kein Platz.“ So könne es durchaus vorkommen, dass ein ärztliches Konsil quasi schon auf dem gemeinsamen Weg zum Besprechungsraum gelöst wird.

Und einen weiteren Vorteil gegenüber Campus-Unikliniken hat Dreher ausgemacht: Während man dort als Pneumologe vielleicht nur Kollegen aus der HNO oder Kardiologie sehe, gäbe es in Aachen enge Kontakte zu allen Fachkliniken – auch zu Instituten, die nicht direkt am Patienten arbeiten.

„Wir müssten noch viel mehr als Stationsapotheker unterwegs sein.“

PD Dr. Albrecht Eisert

2.000 PACKUNGEN FÜR 130 STATIONEN

Drei Stockwerke tiefer befindet sich die Klinikapotheke. 40 Mitarbeitende stellen Krebsmedikamente, Ernährungslösungen für Frühgeborene und viele andere pharmazeutische Produkte her oder kümmern sich um die Arzneimittelversorgung. Hier, im Versorgungsgebäude, sind alle Prozesse stark aufeinander abgestimmt. „Das ist auch der Grund, warum wir trotz der immensen Größe so schnell sein können“, erklärt PD Dr. Albrecht Eisert, Leiter der Klinikapotheke.

Einen wesentlichen Beitrag zur Schnelligkeit leistet der riesige Kom- »

Für Prof. Dr. Dreher sind es nur wenige Schritte vom Büro zum Hörsaal (oben). **Freiliegende Rohrkonstruktionen** und U-Boot-Treppen prägen das Bild der Klinik (unten).

missionier-Roboter. An guten Tagen bereitet er mehr als 2.000 Arzneimittelpackungen für 130 Stationen vor. Der Roboter ist in wenigen Schritten erreichbar, ebenso die Automatische Warentauschanlage (AWT), eine unterirdische Schwebebahn, die Essen, Wäsche, OP-Besteck und eben Medikamente transportiert. Die Klinikapotheke ist direkt an die AWT angeschlossen. Der Kommissionier-Roboter packt die Medikamente in grüne Plastikkisten, Mitarbeitende der Klinikapotheke stapeln sie in silberne Container und schon geht es in die AWT und auf die Stationen. Insgesamt vier Kilometer spinnt sich das Schienennetz durch die Uniklinik. Eine Anlage in dieser Art gibt es nur vier Mal auf der Welt. Steht sie still, liegt auch die Uniklinik Aachen lahm.

So kurz die Wege innerhalb der Klinikapotheke buchstäblich sind, so kurz sind sie auch in Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Stationen. „Wir pflegen einen sehr engen Austausch“, sagt Dr. Katharina Schmitz, die die Arzneimittelausgabe leitet. „Die Stationen wissen, dass wir für sie da sind. Im Unterschied zu anderen Häusern kann man bei uns täglich Medikamentenbestellungen aufgeben oder ändern. Das wissen die Kollegen zu schätzen, auch wenn wir uns wünschen, dass sie ein wenig disziplinierter wären“, sagt sie schmunzelnd.

Die Klinikapotheke hat sich auf einigen Gebieten eine Vorreiterrolle erarbeitet. „Unser Telepharmazie-Angebot ist einzigartig in Deutschland“, sagt Eisert stolz. „Unsere Mitarbeitenden nehmen per Videoschalte an Visiten und Konferenzen in unserer Klinik, aber auch in umliegenden Krankenhäusern teil. Allein schon aufgrund der Größe unseres Gebäudes und des Einflusses der Uniklinik im gesamten Kreis Aachen macht das Sinn. Wir leiden alle unter Zeitmangel. Entsprechend müssen wir unsere Zeit möglichst effizient nutzen.“

Mit der gewonnenen Zeit will Eisert zum Beispiel Kapazitäten schaffen, um Mitarbeitende der Klinikapotheke als Stationsapotheker einzusetzen. Stationsapotheker sind eng in die klinische Versorgung eingebunden und überprüfen beispielsweise Medikationen oder begleiten Visiten. „Das müssten wir eigentlich viel mehr machen“, sagt Eisert. „Wir können als Apotheker einen wichtigen Beitrag dazu leisten, Patienten ganzheitlich zu sehen. Außerdem ist es für unsere Mitarbeitenden eine attraktive Aufgabe, weil sie ihr pharmazeutisches Wissen im Sinne der Arzneimitteltherapiesicherheit hier praktisch anwenden können und durch den interdisziplinären Austausch stetig dazulernen.“ In den USA und Australien, wo Eisert hospitiert hat, sind Stationsapotheker Alltag. Doch während dort 15 Apotheker auf 100 Patienten kommen, sind es in Deutschland nur 0,3 Apotheker auf 100 Patienten.

KONTRAPUNKT ZUM KLINIKGEBÄUDE

Auch Dr. Andrea Maier hat es immer geschätzt, wenn ihr Team während ihrer Tätigkeit in der Neurologie von einem Stationsapotheker begleitet wurde. Inzwischen ist sie geschäftsführende Oberärztin des Medizinischen Zentrums für Erwachsene mit geistiger Behinderung und / oder schweren Mehrfachbehinderungen, kurz MZEB. Das MZEB ist etwa fünf Gehminuten von der Uniklinik entfernt in einem containerähnlichen Gebäude untergebracht. Dass die Räumlichkeiten außerhalb der Klinik liegen, ist kein Zufall. „Unsere Patienten verbinden Krankenhäuser häufig mit Angst oder anderen negativen Erfahrungen. Die Hektik und Krankenhausatmosphäre in unserem Hauptgebäude ist da kontraproduktiv“, erläutert Maier. „Entsprechend haben wir uns bei der Innengestaltung viel Mühe gegeben, eine angenehme und möglichst unmedizinische Atmosphäre zu schaffen.“ Das MZEB – ein kleiner Kontrapunkt zum darüber thronenden Klinikgebäude: keine Kittel, keine Barrieren.

Unterirdische Schwebebahn: Die Automatische Warentauschanlage (AWT) versorgt die gesamte Klinik.

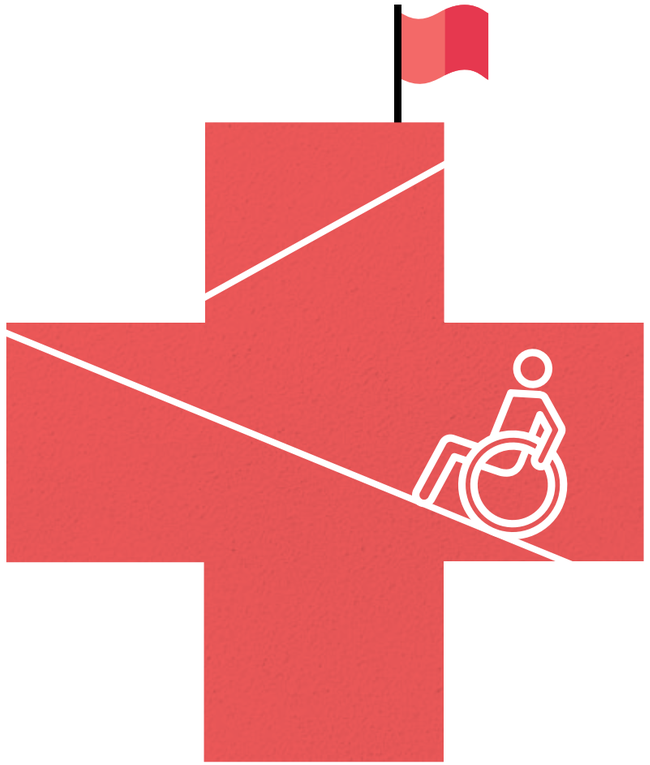
Doch auch hier kommen Kolleginnen und Kollegen verschiedener Fachrichtungen zusammen: Neurologen und Psychiater, aber auch Orthopäden, Dermatologinnen, Ergotherapeuten und Sozialarbeiterinnen. „Diese Interdisziplinarität ist für mich der wichtigste Aspekt“, betont Maier. „Das habe ich in der Form nur an einer Uniklinik und in Aachen eben gebündelt auf engstem Raum.“

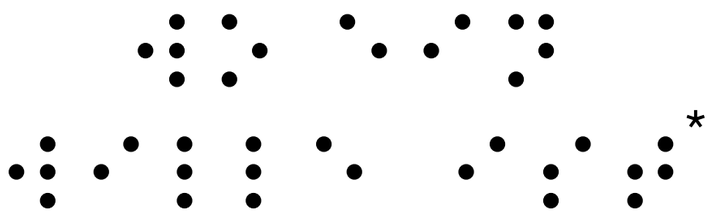
Maier ist ein echtes Eigengewächs. Sie ist in der Region geboren, hat an der Medizinischen Fakultät studiert, ihr praktisches Jahr und ihre Facharztausbildung zur Neurologin an der Uniklinik absolviert und schließlich das MZEB mit aufgebaut. Aber auch ihr fällt es nach 18 Jahren immer noch schwer, sich in dem riesigen Komplex zurechtzufinden. Und tatsächlich kommt es vor, dass sich Patienten in dem Labyrinth aus grünen Gängen verirren. Zum Beispiel, weil die Bereiche für Funktionsuntersuchungen teilweise sehr weit voneinander entfernt liegen. „Wenn wir uns als Mitarbeitende schon verlaufen, muss man sich einmal in die Lage älterer Patienten versetzen“, meint Maier. Das Konzept „Alles unter einem Dach“ birgt also durchaus auch Herausforderungen.

„Interdisziplinarität ist der wichtigste Aspekt meiner Arbeit.“

Dr. Andrea Maier

Und doch: Die Vorteile, dass sich Forschung, Lehre und Patientenversorgung in einem Gebäude begegnen, überwiegen – da sind sich Eisert, Schmitz, Maier und Dreher einig. Ärztinnen, Pfleger und Wissenschaftler arbeiten in Aachen an einem gemeinsamen Ziel: der bestmöglichen Versorgung für die Patienten aus interdisziplinärer Sicht. „Und darauf“, so Maier, „kommt es am Ende des Tages an. Im täglichen Klinikalltag, aber auch mit Blick auf die Medizin von morgen.“ «





*WO EIN WILLE IST

Ob mit oder ohne Behinderung – alle Menschen sollen laut Gesetz die gleichen Chancen haben. Das Problem: Nicht allen wird alles zugetraut. Wie sieht es eigentlich da aus, wo man es besser wissen sollte – in der Medizin?

CAROLIN DIEL

Prof. Dr. Thomas Kapapa erinnert sich noch gut an seine erste Operation. Sein Oberarzt hat ihn mit in den OP-Saal genommen. Er bekommt Haube, Mundschutz, Handschuhe und Kittel. Dann geht es an den Operationstisch. Doch Kapapa kann den für den Eingriff vorbereiteten Bereich nicht überblicken. Seine Position ist zu niedrig. Das Problem: Er sitzt im Rollstuhl.

Knapp ein Viertel aller berufstätigen Menschen mit Behinderung arbeiten in Deutschland im Gesundheits- oder Sozialwesen. Ihre Gleichberechtigung ist gesetzlich verankert. Trotzdem stehen sie im Alltag oft noch vor großen Herausforderungen. Egal ob es um den Zugang zu Seminarräumen geht, den Aufstieg auf der Karriereleiter oder eben – wie bei Kapapa – das Durchführen einer OP. Dabei fühlen sich die Betroffenen in der Regel weniger durch die Behinderung eingeschränkt als vielmehr durch die Infrastruktur oder den gesellschaftlichen Umgang mit Menschen mit Behinderung, sagt Kapapa: „Die größten Barrieren sind die in den Köpfen der Menschen."

Thomas Kapapa ist heute Leitender Oberarzt in der Neurochirurgie der Universitätsklinik Ulm. Er hat eine angeborene Muskelschwäche der Beine. Die Ursache? Unbekannt. Irgendwann habe er die Behinderung als Teil seiner Persönlichkeit akzeptiert, sagt er: „Die Einschränkung, der Rollstuhl, bin ich." Davon abgehalten, Medizin zu studieren, hat ihn das nicht. Doch es funktionierte nur mit vorausschauender Planung. Als Studienort wählte er die Medizinische Hochschule Hannover. Hier findet der Lehrbetrieb direkt in der Klinik statt. Alles ist also automatisch barrierefrei.

VERANTWORTUNG WEGSCHIEBEN

Erst seit 2003 schreibt die Approbationsordnung fest, dass Menschen mit Behinderung zum Medizinstudium zugelassen werden müssen. In der Theorie ist damit Chancengleichheit gegeben. „In der Praxis sind wir aber noch einige Schritte davon entfernt", betont Luisa Imhof. Sie ist Mitinitiatorin von NEMO, einem Netzwerk für Medizinstudierende mit Behinderung, das an die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland angebunden ist. Oft fehle es vor allem an informierten Ansprechpartnern an den Universitäten, so Imhof. Zwar gibt es Behindertenbeauftragte, allerdings wissen diese häufig wenig über die spezifischen Anforderungen im Medizinstudium. Die Lehrbeauftragten an den Medizinischen Fakultäten wiederum kennen sich in der Regel kaum mit den Rechten von Menschen mit Behinderung aus. „Aus Angst, Unlust oder Unwissenheit wird dann häufig auf höhere Instanzen verwiesen, warum irgendetwas »

„Die größten Barrieren sind die in den Köpfen der Menschen."

Prof. Dr. Thomas Kapapa

OP im Sitzen: Prof. Dr. Thomas Kapapa operiert immer aus seinem Spezialrollstuhl heraus.

Foto: privat

nicht ermöglicht werden kann“, sagt Imhof. Oft müssen Medizinstudierende mit Behinderung daher Informationen mühsam selbst recherchieren und ihre Rechte aktiv einfordern.

Diese Erfahrung hat auch Stella Lingen gemacht. Mit Anfang 20 bekommt die heute 25-Jährige das Tourette-Syndrom. Es beginnt mit leichten Muskelzuckungen im Kopf und im linken Arm. Dann geht es in den ganzen Körper über, schließlich kommen vokale Tics dazu: ein Schnalzen, ein Pfeifen, das Wort „nein“. Damals ist Lingen mitten im Medizinstudium, arbeitet nebenbei unter anderem in einer Kinderwunschklinik. Zwei Semester setzt sie aus, um sich erstmal zu „akklimatisieren“. In dieser Zeit macht sie sich viele Sorgen, ob sie überhaupt noch Ärztin werden kann. Doch ihr behandelnder Arzt nimmt ihr diese schnell. Auch Lingen lernt, mit ihrer Einschränkung zu leben. Manchmal müsse sie sich allerdings auch von der Erkrankung distanzieren, erklärt sie. Daher hat sie ihr einen Namen gegeben: Steve. Das helfe auch anderen Menschen im Umgang mit ihrer Behinderung, sagt Lingen: „So konnte mein Chef in der Klinik bei einem unangebrachten Kommentar auch mal sagen: ‚Halt die Klappe, Steve‘. Das hat Vieles lockerer gemacht.“ Das Regeln von Bürokratie gehörte ebenfalls zum Akklimatisierungsprozess, zum Beispiel ärztliche Gutachten einholen oder die ihr zustehenden so genannten Nachteilsausgleiche recherchieren. „Diesen Mehraufwand musste ich allein stemmen“, so Lingen, „obwohl ich ja schon einen Nachteil im Studium hatte.“

Medizinermodus: Wenn sie bei ihrer Arbeit stark fokussiert ist, kommen die Tics bei Stella Lingen seltener durch.

Nachteilsausgleiche spielen im Leben von Menschen mit Behinderung eine große Rolle. Darunter sind Hilfsmittel zu verstehen, die ihnen die gleichen Bedingungen schaffen sollen wie ihren Kollegen oder Kommilitoninnen ohne Behinderung, also Geräte wie Rollstühle und Lupen, aber auch zusätzliche Zeit in Prüfungen oder Assistenzpersonen. Wie diese Hilfsmittel eingesetzt werden dürfen, muss häufig individuell und situativ entschieden werden. „Das lässt großen Interpretationsspielraum“, erklärt Imhof vom Netzwerk NEMO. Nicht selten sei man dadurch dem Vorwurf ausgesetzt, man wolle sich einen Vorteil „erschleichen“ – im Studium wie im Job.

FERRARI UNTER DEN ROLLSTÜHLEN

Um einen solchen Nachteilsausgleich ging es auch bei Kapapas erster OP-Assistenz. Er braucht etwas, das ihm das gleiche Sichtfeld ermöglicht wie einem stehenden Operateur. „Mein Oberarzt und ich haben dann verschiedene Stühle ausprobiert, aber nichts hat gepasst“, erzählt Kapapa. Schließlich wird sein Oberarzt in einem orthopädischen Fachgeschäft fündig. Seither sitzt Kapapa bei seinen OPs in einem elektrischen Stehrollstuhl, der ihn fast komplett aufrichten kann. Zwei Modelle besitzt er heute: einen gelben und einen ferrariroten. Die Kosten der verhältnismäßig teuren Spezialstühle trug damals das Arbeitsamt. Damit kann der Neurochirurg alle OPs durchführen, die sein Fachgebiet umfasst. Diese Freiheit, sagt Kapapa, verdanke er letztlich seinem engagierten Oberarzt.

Dass Chancengleichheit vom persönlichen Engagement Einzelner abhängt, beobachtet Imhof oft. Und letztlich haben auch Diskriminierungserfahrungen meist damit zu tun, dass den Medizinern und Medizinerinnen mit Behinderung Fähigkeiten von Kollegen nicht zugetraut oder sogar offen abgesprochen werden. Falls man aufgrund seiner Einschränkung Aufgaben nicht übernehmen könne, werde das teils als Belastung für das Team wahrgenommen, beschreibt Dr. Katharina Ronstedt. „Dann bleiben im Gegenzug gerne mal die unbeliebteren Aufgaben an dir hängen. Außerdem wirst du häufig bei Beförderungen übergangen oder als Kollegin nicht ernst genommen“, so die Radiologin am Uniklinikum Halle/Saale, die an einer schwer führbaren Stoffwechselerkrankung leidet und daher schwerbehindert ist. Aktuell baut sie unter dem Namen „Yes we can too“ ein Netzwerk für Kollegen mit Behinderung auf. Zudem gründete sie in der Deutschen Röntgengesellschaft eine Arbeitsgruppe zu dem Thema. Besonders eine Denkweise ist Ronstedt über die Jahre aufgefallen: „Es gibt dieses Selbstbild, dass Ärzte die Gesunden sind und Patienten die Kranken. Und jetzt kommen wir als Ärztinnen und Ärzte, die irgendwie nicht so ganz gesund sind, und stellen das infrage.“ So verschwimmen die Grenzen zwischen Arzt- und Patientenrolle, was manche Kollegen als Bedrohung empfinden. Wo ein stark normatives Denken vorherrsche, lasse es sich nur schwer ändern, so ihre Erfahrung: „Dann hilft oft nur ein Jobwechsel.“ Sie selbst hatte zwei hinter sich, bis sie eine wirklich für Inklusion offene Abteilung fand. Anders als Kollegen reagieren Patienten nach Erfahrung der Betroffenen überwiegend positiv auf die Behinderung. Kapapa spricht von einem „Vertrauensvorschuss“, Ronstedt von mehr „Nahbarkeit“. Dass die beiden die Seite des Behandelten zur Genüge kennen, macht sie in den Augen der Patienten empathischer.

> **„Es gibt dieses Selbstbild, dass Ärzte die Gesunden sind und Patienten die Kranken. Und jetzt kommen wir als Ärzte, die irgendwie nicht so ganz gesund sind, und stellen das infrage.“**
>
> Dr. Katharina Ronstedt

Wie weit ist die Medizinbranche also wirklich in Sachen Inklusion? Die Antworten fallen unterschiedlich aus. Für Neurochirurg Kapapa sind wir schon „sehr weit“, für Radiologin Ronstedt stecken wir vielerorts noch „am Anfang des 20. Jahrhunderts“ fest. Fakt ist: Wer mit einer Behinderung eine Medizinkarriere anstrebt, muss häufig härter arbeiten, seine Rechte erst selbst in Erfahrung bringen und dann aktiv einfordern sowie viel Überzeugungsarbeit leisten. Angesichts von Entwicklungen wie dem Ärztemangel oder dem demografischen Wandel werde aber auch eines deutlich, betont Ronstedt: „Das Gesundheitswesen muss langsam einsehen, dass es sich Normativität nicht leisten kann – dafür gibt es zu viele Patienten.“ Ihr Appell an Chefärzte lautet daher: „Wenn es ein Arzt mit Behinderung bis zu Ihnen ins Bewerbungsgespräch geschafft hat, dürfen Sie sich erstmal gratulieren. Sie werden selten jemanden mit mehr Problemlösungskompetenz, Beharrlichkeit und intrinsischer Motivation finden!“ Kapapa ist aber noch ein anderer Aspekt wichtig: „Inklusion wird in unserer Gesellschaft immer mit Mühe verbunden. Dabei darf Inklusion auch Spaß machen.“ Ein Pfleger schlug neulich vor, für seinen Stehrollstuhl ein Ferraripferd-Emblem zu besorgen. Die Idee gefällt ihm. «

Foto: picture alliance/dpa / Christoph Reichwein

JEDER 8.

Einwohner Deutschlands lebt mit einer amtlich anerkannten Behinderung

(Bundesagentur für Arbeit: Bericht zur Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2021, Mai 2022)

11 %

der Studierenden haben eine oder mehrere studienerschwerende Gesundheitsbeeinträchtigungen

(21. Sozialerhebung des Deutschen Studierendenwerks)

14 %

der erwerbstätigen Menschen mit schwerer Behinderung arbeiten in Deutschland im Gesundheits- und Sozialwesen

(Bundesagentur für Arbeit: Bericht zur Arbeitsmarktsituation schwerbehinderter Menschen 2021, Mai 2022)

„Mindestmaß an Respekt ist ein Muss“

Rassismus und Diskriminierung finden auch im medizinischen Umfeld statt. Dr. Ernst Girth, Menschenrechts- und Rassismusbeauftragter der Landesärztekammer in Hessen (LÄKH), kämpft dagegen.

Seit 2020 sind Sie Rassismusbeauftragter der LÄKH. Wie oft sind Sie in dieser Funktion schon konsultiert worden?
Um die 50 Fälle sind an mich herangetragen worden. Tatsächlich bin ich bei der LÄKH schon seit über 20 Jahren Beauftragter für Menschenrechte und dachte eigentlich, in der Funktion auch Anlaufstelle für rassistisch Diskriminierte zu sein. Doch die Bezeichnung war zu abstrakt. Jedenfalls erreichten mich in all den Jahren nur eine Handvoll Diskriminierungsfälle. Wie wichtig die Präzisierung war, zeigen die zahlreichen Rückmeldungen jetzt.

Welche Fälle landen bei Ihnen?
Ich bin Ansprechpartner für alle – sowohl für Ärzte als auch Patientinnen. Es erreichen mich aber deutlich mehr Beschwerden von Patienten, die sich diskriminiert fühlen. Oft geht es um Beleidigungen wegen mangelnder Sprachkenntnisse oder -barrieren. Dann fallen Aussagen wie „in Deutschland hat man Deutsch zu sprechen“.

Wie gehen Sie dann vor?
Im ersten Schritt schreibe ich den Arzt beziehungsweise die Ärztin an und bitte um eine Stellungnahme. Meist zeigt sich, dass Genervtheit zu solchen Worten führt oder dem Arzt in dem Moment nicht bewusst war, wie verletzend die Aussage war. In solchen Fällen gibt es eine Entschuldigung und für mich ist die Angelegenheit erledigt. In schwerwiegenden Fällen wende ich mich an den Justiziar der Ärztekammer, der wiederum das Präsidium informiert. Dort wird entschieden, ob es zu rechtlichen Schritten und einer Anzeige kommt. Möglich sind Sanktionen von einer Geldstrafe bis hin zum Entzug der Approbation.

DR. ERNST GIRTH *Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragter der Landesärztekammer in Hessen (LÄKH)*

Welche Diskriminierung haben Sie innerhalb der Ärzteschaft erlebt?
Erst kürzlich hat mich ein Mediziner konsultiert, der aufgrund seiner nichtdeutschen Herkunft eine massiv persönlich beleidigende Absage auf seine Bewerbung erhalten hat. Auch hier habe ich die Gegenseite um eine Stellungnahme gebeten – aber gleichzeitig darauf hingewiesen, dass ich aufgrund der eindeutigen schriftlichen Beweislage die Ärztekammer informieren werde. Weitere Schritte stehen aktuell noch aus.

Und wie gehen Sie mit ungerechtfertigten Beschwerden um?
Die waren bislang selten, aber es gibt sie. In solchen Fällen kommuniziere ich das Feedback aus der Praxis an die Person, die die Beschwerde eingereicht hat, und fordere auch hier zu einer Entschuldigung auf.

Woher kommt Ihr Engagement? Schließlich könnten Sie ja mit 76 Jahren auch Ihren Ruhestand genießen.
Ich habe durch meine Arbeit erlebt, wie schnell und unbewusst eine diskriminierende Aussage getätigt ist – und wie sehr solche Worte treffen. Mir ist wichtig, Personen, die eine Beschwerde einreichen, für ihren Mut zu danken. Denn sie verleihen damit nicht nur jenen eine Stimme, die sich nicht trauen, etwas zu sagen, sondern sorgen auch für eine Sensibilisierung bei der Gegenseite. Auch im hektischen Praxisalltag darf ein Mindestmaß an Respekt nicht verloren gehen.

Haben Sie denn einen Rat für Ärzte und Ärztinnen, wie sie „Alltagsrassismus“ vermeiden können?
Ich kann nur immer wieder appellieren, dass jede und jeder selbstkritisch darauf achtet, was man sagt und wie. Eine Praxis sollte ein geschützter Raum sein, in dem Patienten ihre Sorgen und Nöte teilen können – ohne Diskriminierung fürchten zu müssen. Ich finde, hier ist die nachwachsende Generation ein positives Beispiel: Bei Studierenden und Jungmedizinern ist das Bewusstsein für inklusive Sprache und Antirassismus viel ausgeprägter. Es tut sich was – und das stimmt mich positiv!

Fotos: privat; Illustration (r.): Christoph Mett

SLAM!*

Biologin PD Dr. Jasmin Barman-Aksözen hat die Schattenspringer-Krankheit – und selbst bei der Entwicklung eines Medikaments mitgewirkt

Die erythropoetische Protoporphyrie, auch Schattenspringer-Krankheit genannt, ist ein seltener Gendefekt. Schon wenige Minuten in der Sonne bereiten den Erkrankten starke Schmerzen, für die äußerlich keine Ursache erkennbar ist. Grund dafür ist nicht die UV-Strahlung der Sonne, sondern die sichtbaren Lichtstrahlen. Aufgrund eines Mangels des Biokatalysators Ferrochelatase, der Eisen in den roten Blutfarbstoff einbaut und dem Blut so seine Farbe beschert, reichert sich im Körper der Betroffenen Protoporphyrin an. Hierdurch verbrennt die Haut der Betroffenen bei Lichteinfall quasi von innen und sorgt im schlimmsten Fall für Verbrennungen zweiten Grades. Die Idee: Ist es möglich, in der Haut einen Filter gegen das sichtbare Licht einzusetzen? Bei der Forschung stießen wir auf Afamelanotid, das eine Variante des körpereigenen Hormons ist, das die Hautbräunung auslöst. Wird es in Form eines Hormonstäbchens eingesetzt, wirkt es nicht nur wie eine Art Sonnenschutz für die Blutzellen und Adern, sondern ist auch stark entzündungshemmend. Das Medikament wird alle zwei Monate in die Haut eingesetzt und löst sich in dieser Zeit vollständig im Körper auf. Nach viel Überzeugungsarbeit um die Zulassung bei der EMA ist das Mittel inzwischen verbreitet im Einsatz und erhöht die Lebensqualität der erwachsenen Betroffenen immens. Der Antrag auf Zulassung für Kinder läuft bereits.

PD DR. JASMIN BARMAN-AKSÖZEN
hat Molekularbiologie in Heidelberg studiert und in Zürich promoviert und habilitiert. Dass ihre eigene Erkrankung lange nicht erkannt wurde, war ihr Antrieb, um an einem Medikament gegen die Schattenspringer-Krankheit zu forschen.

***Englisch für: etwas hinknallen.**

REDEBEDARF

Realistische Hoffnungen, präzise Diagnosen, effektive Behandlungen: Dass gute Kommunikation mit Patienten für positive Veränderungen sorgt, ist keine neue Erkenntnis. Aber mittlerweile tut sich was.

MAIKE GRÖNEWEG & LOTHAR SCHMIDT / MARIO WAGNER

Ich habe dem jungen Mann Dinge versprochen, die ich nicht einhalten konnte, und ihm unrealistische Hoffnungen für seinen Krankheitsverlauf gemacht." Ihre Anfänge als junge Assistenzärztin lassen Dr. Bettina Sandritter bis heute nicht los. Es ist Anfang der 1990er Jahre, als sie einem Mann in ihrem Alter sagen muss, dass er seine Krebserkrankung nicht überleben wird. Sie versucht ihm die Angst vor der Therapie und dem weiteren Verlauf zu nehmen und verspricht ihm, dass sie immer für ihn da sein und ihn begleiten wird. Wenige Wochen später stirbt der Patient. Er stirbt, als die Ärztin sich im Urlaub erholt.

Heute ist Sandritter 61 Jahre alt, Leiterin einer onkologischen Ambulanz und sehr darauf bedacht, ihren Patienten mit den richtigen Worten zu begegnen. „Ich habe noch lange über das Gespräch nachgedacht und mich gefragt, warum ich diese Anfängerfehler gemacht habe", sagt Sandritter. Gesprächsführung, Sachverhalte einfach und klar ausdrücken oder das Überbringen schlechter Nachrichten – all das hat sie in ihrem Studium nicht gelernt: „Heute weiß ich, dass ich diese Dinge gesagt habe, um den Patienten und auch mich selbst zu schützen. Ich dachte, das sei der richtige Weg. Dabei war mir eigentlich schon immer klar, dass ein gutes Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Patient essenziell ist, um gute medizinische Ergebnisse zu erzielen – und dass es vor allem auf einfühlsamer und ehrlicher Kommunikation beruht", erklärt die Onkologin.

Gute Kommunikation ist eine Kernkompetenz für medizinisches Fachpersonal, denn mehr als 90 Prozent aller richtigen Diagnosen, das hat eine Studie am Universitätsspital Basel ergeben, basieren auf dem ärztlichen Gespräch. Umso ernüchternder ist die Einschätzung, wie es mitunter um die Qualität dieser Gespräche bestellt ist: Laut forsa-Umfrage haben 30 Prozent der Patienten in Deutschland Verständnisschwierigkeiten, wenn Ärzte mit ihnen über Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten sprechen. Eine Untersuchung im Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zeigt, dass mehr als 25 Prozent aller Kassenpatienten mit ärztlichen Empfehlungen kaum etwas anfangen können. Die Folge: Nicht nur die Zufriedenheit von Patienten mit ihren Ärzten sinkt, sondern auch ihr Mitwirken an der vereinbarten Therapie und damit die »

„So hart es klingt: In unserem überlasteten und bürokratisierten Gesundheitssystem wird der Patient zum Störfaktor."

Dr. Bettina Sandritter

Wahrscheinlichkeit für Behandlungserfolge. Ein immenser Zeit- und Kostenfaktor in einem ohnehin schon stark belasteten Gesundheitssystem.

Eigentlich sollte das Thema schon längst der Vergangenheit angehören. Denn seit 2012 ist ärztliche Gesprächsführung explizit Teil der Approbationsordnung und muss somit gelehrt und geprüft werden. Angehende Ärztinnen und Ärzte in Deutschland lernen im Studium – abhängig von ihren Universitäten unterschiedlich viel und intensiv – sowohl theoretisch als auch in praktischen Übungen, zum Beispiel mit Schauspielenden, wie Gesprächskultur gelingt.

DER PATIENT STÖRT

Doch das Gelernte scheitert oft am ärztlichen Alltag. „So hart es klingt: In unserem überlasteten und bürokratisierten Gesundheitssystem wird der Patient zum Störfaktor", sagt Sandritter, die ihren ersten Kommunikationskurs Anfang der 2000er Jahre im Rahmen ihrer Palliativausbildung absolvierte. Da auch sie im eng getakteten Praxisalltag nicht immer die Zeit und Ruhe findet, um mit Patienten so zu sprechen, wie es ihr Anspruch ist, bestellt sie sie manchmal noch nach den regulären Sprechzeiten ein. „Denn damit Menschen ihren Gesundheitszustand und die kommenden Behandlungen verstehen können, muss ich ihnen als Ärztin genügend Zeit zur Verarbeitung geben, besonders wenn die Gespräche emotional herausfordernd für die Patienten sind", weiß Sandritter. Aber auch sie selbst habe nach langen Arbeitstagen nicht immer die Kraft und Zeit dazu: „Wir sind auch nur Menschen. Deswegen verstehe ich auch in Ansätzen, warum manche Kollegen sich vor allem für das Überbringen schlechter Nachrichten so wenig Zeit nehmen: Sie möchten sich selbst schützen." Für Sandritter ist das aber keine Option. Die Onkologin versucht sich immer wieder in die Patientenperspektive hineinzuversetzen, stellt sich vor, wie es ihr ginge, wenn ein Arzt sie innerhalb von ein paar Minuten abarbeitet und ratlos zurücklässt. Genau darauf richtet Sandritter ihre Kommunikation aus.

Für Prof. Dr. Sascha Bechmann liegen die Ursachen der kränkelnden medizinischen Kommunikation nicht nur in der mangelnden Zeit: Im Alltag wird der Patient häufig auf seine Symptome reduziert. Das merke man zum Beispiel daran, wenn in Kliniken von „der Herzklappe auf Zimmer sieben" oder „dem Schlaganfall auf Zimmer acht" gesprochen werde. Das mag im Einzelfall harmlos sein. Dennoch sagt es viel über die generelle Sicht des medizinischen Personals auf die Patienten aus.

Bechmann, Professor für Gesundheitswissenschaften und Kommunikation an der Fliedner Fachhochschule in Düsseldorf, forscht seit seiner Promotion zum Themenkomplex medizinische Kommunikation und ärztliche Gesprächsführung. Bei der Forschung nach den Ursachen des Problems geraten auch schnell die überkommenen Rollenbilder ins Visier: Im viele Jahre vorherrschenden und noch immer nachwirkenden hierarchischen Modell, in dem der Arzt beschließt und der Patient nickt, ist keine gleichberechtigte Kommunikation vorgesehen. Einen grundsätzlichen Wandel erhofft sich Bechmann durch eine Veränderung der medizinischen Kommunikation generell, indem Pflege- und Gesundheitsberufe zu Studiengängen aufgewertet werden. Diese Akademisierung könnte Gesundheitsberufe nicht nur attraktiver machen, sie würde auch helfen, Hierarchien abzubauen. Ein wichtiger Schritt, so Bechmann, um auch die Hierarchie zwischen Arzt und Patient zu reduzieren. Ideal für diesen Weg sind

gemeinsame, interdisziplinäre Ausbildungsstätten. Bechmann: „Wenn wir die Zusammenarbeit zwischen den Berufen stärken, wird sich die Kommunikation auf allen Ebenen verbessern – zwischen Ärzten, Pflegekräften, Therapiekräften, Patienten und Angehörigen."

SPRACHE DER PATIENTEN SPRECHEN

Das Thema Hierarchie treibt auch Kathrin Schelonke um. „Wir haben als studierte Medizinerinnen zwangsläufig einen Wissensvorsprung gegenüber unseren Patienten", weiß die Doktorandin und angehende Dermatologin. Das schließe aber nicht aus, sich auf Augenhöhe zu begegnen. Schelonke engagiert sich seit ihrem Studium bei „Was hab' ich?". Das gemeinnützige Unternehmen übersetzt kostenlos Befunde in eine für Patienten leicht verständliche Sprache, um die Beziehungen von Patienten zu ihren Ärzten zu stärken.

„Wie sehr das Vertrauen in Ärzte leiden kann, wenn nicht verstanden wird, was sie sagen, hat mir ein Auftrag letztes Jahr gezeigt", erzählt Schelonke. Ein verzweifelter Mann hatte sich an „Was hab' ich?" gewandt. Kurz zuvor war seine Frau plötzlich in einem Krankenhaus verstorben. Woran, das verstand der Mann nicht, konnte den Verlust so nicht verarbeiten – und den Befund, den man ihm kurz nach dem Tod seiner Frau in die Hand gedrückt hatte, nicht entziffern. „Für Erklärungen hat man sich weder im Krankenhaus noch in seiner hausärztlichen Praxis Zeit genommen. Ich habe den Befund für ihn Wort für Wort in verständlichere Sprache übersetzt, Hintergrundinformationen zur Anatomie und Physiologie des Körpers ergänzt und Zusammenhänge erklärt – in der Hoffnung, dass der Mann so mit dem Tod seiner Frau abschließen kann", sagt Schelonke. »

„Patienten sind durch SDM besser informiert, obwohl die Ärzte dafür weniger Zeit benötigen."

PD Dr. Jens Ulrich Rüffer

Durch ihr Engagement – und auch durch die Kommunikationsausbildung, die sie im Vorfeld absolvieren musste – hat sie ein Gefühl dafür entwickelt, wie viel medizinische Laien begreifen können. „Mir war klar, dass Fachbegriffe oft nicht verstanden werden. Es gibt aber auch versteckte Fachwörter wie ‚Bauchfell' oder ‚Gefäß', unter denen sich manche Menschen nichts vorstellen können", erzählt Schelonke. Damit die Übersetzungen so verständlich wie möglich werden, erklärt die Doktorandin deswegen lieber zu viel als zu wenig. Dabei nutzt sie gern alltagsnahe sprachliche Bilder: „Die Herzklappe wird bei mir zum Ventil, das undicht oder verengt sein kann", so Schelonke.

Das schriftliche Übersetzen hilft der Doktorandin außerdem dabei, ihren Patienten im Alltag auf Augenhöhe zu begegnen. Bilder, Vergleiche und Formulierungen, die sie dafür findet, kann sie auch in Patientengesprächen immer wieder verwenden. Schelonke: „So spart man sogar Zeit. Denn wenn es keine Missverständnisse gibt und stattdessen den Raum für Rückfragen, benötigen Patienten seltener einen zusätzlichen Termin." Dabei helfe ihr, zu Beginn den Kenntnisstand ihres Patienten und seine Erwartungen an das Gespräch zu erfragen.

UNTERBRECHEN KOSTET ZEIT

„Viele Ärzte gehen richtig in die Gespräche rein, indem sie eine offene Atmosphäre schaffen", weiß auch Bechmann. Allerdings hat der Wissenschaftler bei Gesprächsanalysen festgestellt, dass die offene Atmosphäre nicht lange anhält. „Wenn Patienten anfangen zu erzählen, werden sie sehr schnell unterbrochen. Das ist nicht nur unhöflich, das ist auch ein Gesprächskiller", erklärt Bechmann. „Aber dann passiert das, was man »

INTERVIEW

„Wichtige Werte fallen hintenüber"

Mit einem unterhaltsamen Vortrag über die Bedeutung von Arzt-Patienten-Kommunikation ist Luca Schuster schon als Student bei Science-Slams angetreten. Jetzt hat er sein praktisches Jahr absolviert – und fordert eine andere Vermittlung von Kommunikation für angehende Medizinerinnen und Mediziner.

LUCA SCHUSTER

ist *angehender Mediziner und Science-Slammer.*

Wie viel Patientenkommunikation haben Sie in Ihrem Studium gelernt?

Es gab vor allem in der Vorklinik einige Kommunikationskurse, in denen wir Techniken für Gesprächsführung gelernt haben, die in Prüfungen abgefragt wurden. In der Klinik gab es eine mündliche Prüfung, bei der wir Schauspielenden unter anderem schlechte Nachrichten überbringen mussten. Hinsichtlich der Fachterminologie wurde uns vor allem in den ersten Semestern gesagt, dass wir uns Patienten gegenüber einfacher ausdrücken müssen.

Wie sollte Kommunikation gelehrt werden?

Ich glaube, dass man Kommunikation am besten praktisch lernt, wenn man sie praktisch vermittelt – zum Beispiel in einem geschützten Rahmen auf den Stationen, in dem wir die Gespräche unter realen Bedingungen üben können. Ich bin mir aber nicht sicher, ob sich alle Medizinstudierenden gute Kommunikationsfähigkeiten aneignen können.

Warum nicht?

Weil nicht alle Menschen auf derselben Ebene sozial intelligent und empathisch sind – dementsprechend auch nicht alle, die Medizin studieren. Das muss man aber sein, um auf die Patientinnen und Patienten eingehen und mit ihnen kommunizieren zu können. Die wichtigste Zulassungsvoraussetzung ist unser Abiturschnitt, der nur zeigt, dass wir lernen und uns in einem System beweisen können. Bisher gibt es nur einzelne Universitäten, die Vorgespräche ins Auswahlverfahren integriert haben, um die nichtmedizinische Eignung der Bewerber zu prüfen. Und im Studium setzt sich dieser Fokus auf erlernbares Fachwissen dann fort.

Inwiefern?

Das Medizinstudium ist anspruchsvoll und leistungsbezogen. Viele glauben, sie müssen durchhalten und die vielen Prüfungen mit guten Noten bestehen. Dabei fallen wichtige Werte hintenüber. Ich habe im Studium nicht gelernt, was einen guten Arzt über das Fachwissen hinaus ausmacht oder wie der Berufsalltag aussehen und mich und mein Verhalten gegenüber meinen Patienten beeinflussen wird.

Sie haben trotzdem bereits als Student in Science-Slams über die Bedeutung der Arzt-Patienten-Kommunikation gesprochen. Wie sind Sie auf dieses Thema gestoßen?

Mir ist aufgefallen, dass manche Ärztinnen und Ärzte nicht sehr wertschätzend mit ihren Patientinnen und Patienten sprechen. Das liegt auch am Gesundheitssystem, in dem es nicht möglich ist, individuell auf Menschen einzugehen. Was mich zum Beispiel schockiert hat: Bei einer Visite hat ein Chirurg einer Patientin, die mehr als zwei Wochen auf ihre Operation wartete, zum wiederholten Mal mit einer Scheinbegründung mitgeteilt, dass die Operation wieder verschoben wird. Die Patientin ist in Tränen ausgebrochen, woraufhin der Oberarzt den Raum verlassen hat. Ich glaube, die Patientin hat sich, ohne operiert zu werden, selbst entlassen. Im Zweifel wird also das Leben eines Menschen eingeschränkt, wenn ein Arzt nicht gut oder nicht richtig kommuniziert. Das wäre zum Beispiel durch ein angepasstes Studium, Kommunikationstrainings mit spezifischem klinischen Bezug oder durch eine grundlegende Überholung unseres Gesundheitswesens vermeidbar.

Reden ist Gold

Umfragen und Studien belegen: Eine erfolgreiche Behandlung ist nicht alles. Es kommt im medizinischen System letztlich auf jedes Wort an.

160.000–300.000

VIELREDNER

Ärztinnen und Ärzte führen im Laufe ihres Arbeitslebens durchschnittlich bis zu 300.000 **Patientengespräche**

WOHIN JETZT?

60

Prozent der gesetzlich Versicherten haben **Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem** zurechtzufinden

VERSTEHE ICH NICHT

30 Prozent der Patienten haben gelegentliche **Verständnisschwierigkeiten,** wenn Ärzte über Diagnosen und Behandlungsmethoden sprechen

WICHTIGER ALS ALLES ANDERE

Wichtiger als das Essen, die Atmosphäre und die empfundene Behandlungsqualität sind Kommunikation und Interaktion. Sie machen 60 Prozent der **Patientenzufriedenheit** im Krankenhaus aus.

BELASTENDE NACHRICHTEN

Gut 45 Prozent der Medizinerinnen und Mediziner müssen mehrmals im Monat **Hiobsbotschaften** überbringen. 35 Prozent fällt es dabei schwer, ihre eigenen **Emotionen zu kontrollieren.**

35 %

Quellen: AOK (2017); Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (2020); forsa 2021; Andrea Fischer (Hrsg.): Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus, MWV (2015); Charité (2022)

Türklinkenphänomen nennt: Die Patienten kommen irgendwann wieder zu ihrem eigentlichen Anliegen. Dadurch werden die Gespräche insgesamt länger."

Dass bessere Kommunikation nicht automatisch mehr Zeitaufwand bedeutet, konnte auch das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) zeigen. In einem bundesweit einmaligen Modellprojekt wurde in Kiel der Ansatz Shared Decision Making (SDM) in den klinischen Alltag integriert. Die Idee von SDM: Patientinnen und Patienten werden in Entscheidungen über Behandlungen einbezogen. Nicht nur werden die Patienten dazu ermutigt, sondern sie werden auch befähigt, eigene medizinische Entscheidungen zu treffen. Im Zentrum stehen drei Fragen, die im Gespräch mit dem speziell geschulten medizinischen Personal beantwortet werden sollen: Welche Möglichkeiten habe ich als Patient – einschließlich der, nichts zu tun und abzuwarten? Was sind die Vor- und Nachteile jeder dieser Möglichkeiten? Und wie wahrscheinlich ist es, dass diese Vor- und Nachteile bei mir auftreten?

GEMEINSAM ENTSCHEIDEN, GEMEINSAM LERNEN

„Die Auswertung des Projekts zeigt, dass die Patienten durch SDM besser informiert sind, obwohl die Ärzte dafür weniger Zeit benötigen", erklärt PD Dr. Jens Ulrich Rüffer. „Patienten sind gesundheitskompetenter und fühlen sich besser auf die Entscheidung vorbereitet", weiß der Kölner Onkologe. Seit einem Vierteljahrhundert kämpft Rüffer dafür, dass SDM in Deutschland eine Chance bekommt. Sein Kollege und Leiter des Nationalen Kompetenzzentrums SDM am UKSH, Prof. Dr. Friedemann Geiger, kann den Erfolg auch mit Zahlen belegen: „Nach der Entlassung treten weniger Komplikationen auf, die zu Notfalleinweisungen führen. Im Vergleich zu anderen Krankenhäusern waren es 13 Prozent weniger. Das ist ein deutlicher Zuwachs an Patientensicherheit", freut sich Geiger.

SDM wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für eine bessere Patientensicherheit empfohlen und ist in Deutschland auf dem Weg in die Regelversorgung: Rund 100 Kliniken haben schon ihr Interesse angemeldet. Ob und wie sich der SDM-Ansatz in hausärztlichen Praxen umsetzen lässt, wird gerade in einem Pilotprojekt in Bremen untersucht.

Für Jens Ulrich Rüffer geht es bei SDM – und da sind sich auch Bettina Sandritter, Sascha Bechmann und Kathrin Schelonke einig – um einen grundsätzlichen Wandel im deutschen Gesundheitssystem: „Wir müssen die Patientinnen und Patienten als Menschen wieder stärker ins Zentrum rücken", fordert der Onkologe. Gute Kommunikation ist ein wichtiger Bestandteil davon. «

„Nach der Entlassung treten weniger Komplikationen auf, die zu Notfalleinweisungen führen. Das ist ein deutlicher Zuwachs an Patientensicherheit."

Prof. Dr. Friedemann Geiger

Portraits S. 22 – 27: privat

Wirtschaft und Erfolg:
Nachrichten, Zahlen und Fakten
aus der Gesundheitsbranche

SCHWARZE ZAHLEN

2018
265 Meldungen

2022
650 Meldungen

SCHLECHTE VERSORGUNG

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) hat für 2022 insgesamt über 650 Erstmeldungen von Medikamenten-Lieferengpässen aufgelistet. Mit Blick auf die vergangenen Jahre ein Negativrekord – 2018 waren es beispielsweise nur 265 Meldungen. Zu den wichtigsten Gründen zählen erhöhte Nachfrage und Probleme bei der Herstellung.

MEIN GELD

WIE INVESTIERT EIGENTLICH OPRAH WINFREY?

Ihre Talkshow war weltberühmt, ihr Buchklub bewegte die Bestsellerlisten und laut Forbes ist sie die erste schwarze Milliardärin. Oprah Winfreys Vermögen wird auf rund drei Milliarden Dollar geschätzt. Die 69-Jährige investiert in Immobilien, aber auch in Unternehmen aus den Bereichen Gesundheit, Ernährung und Wellness – Themen, mit denen sie sich auch in ihrer Talkshow immer wieder auseinandergesetzt hat. So hat Winfrey beispielsweise in die Restaurantkette **True Food Kitchen,** die auf gesunde Lebensmittel setzt, und in **Weight Watchers** investiert. Eine der jüngsten Beteiligungen: **Oatly.** Die Produkte des schwedischen Herstellers veganer Alternativen zu Milchprodukten sind inzwischen auch in Deutschland in immer mehr Kühlschränken zu finden. Und Winfrey ist nicht die einzige Prominente, die sich für Oatly interessiert: Auch Rapper Jay-Z und Schauspielerin Natalie Portman haben sich beteiligt.

Foto: picture alliance / Chris Pizzello/Invision/AP | Chris Pizzello, Illustrationen: Romina Birzer

DIE ZAHL

55 Prozent

(Quelle: BitKom)

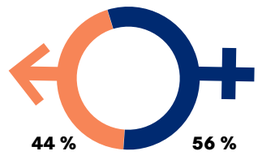
ALLER PATIENTEN schauen vor einem erstmaligen Arztbesuch zunächst auf Online-Bewertungen der Praxis

ZAHNÄRZTINNEN AUF DEM VORMARSCH

Im Jahr 2021 ist der Anteil an Zahnärztinnen, die sich zum ersten Mal niedergelassen haben, deutlich gestiegen – auf 56 Prozent. Das zeigt eine von der apoBank durchgeführte Analyse. Der hohe Frauenanteil unter der angestellten Zahnärzteschaft ist schon lange zu beobachten. Jetzt scheint sich diese Entwicklung zunehmend auch bei den Existenzgründungen abzuzeichnen. Generell beobachtet die apoBank einige geschlechtsspezifische Unterschiede beim Gründungsverhalten: Frauen investieren im Schnitt weniger, bevorzugen öfter Einzelpraxen und lassen sich in der Regel etwas später nieder als ihre männlichen Kollegen. Die Kaufpreise für Einzelpraxen sind derweil stabil geblieben und lagen 2021 mit 202.000 Euro in etwa auf Vorjahresniveau (2020: 208.000 Euro). Das Durchschnittsalter bei einer Gründung lag bei 36,8 Jahren.

Zahnärztliche Existenzgründungen im Jahr 2021

36,8 Jahre
Durchschnittsalter



Geschlechterverteilung

202.000 Euro
Kaufpreis

EINE FRAGE DES GELDES

Persistente Inflation

Die Inflation in Deutschland und im Euroraum erweist sich als hartnäckig. Vor allem die Kerninflation, die Energie- und Nahrungsmittelpreise unberücksichtigt lässt, ist bislang nicht gefallen. Bisherige Erklärungen helfen angesichts gesunkener Energiepreise und einer Entspannung bei den Lieferketten wenig. Die Inflation wird zum hausgemachten Problem. In der Vergangenheit waren es oftmals hohe Lohnzuwächse, die in einer zweiten Runde die Inflation trieben – die gefürchtete Lohn-Preis-Spirale. Doch anders als in den 1970er und 1980er Jahren blieben die Lohnzuwächse bislang hinter der Inflation zurück. Das Argument erklärt somit nur teilweise die Inflationsentwicklung. Dafür sind die Unternehmen in den Blickpunkt gerückt. Trotz des schwierigen Umfelds sprudelten deren Gewinne zuletzt kräftig. Der Grund: Nicht selten wurden die Preise stärker angehoben, als die Kosten bei Vorprodukten gestiegen waren. Vor allem in Branchen, in denen der Wettbewerb gering ist.

DR. HANNO KÜHN
Chief Investment Officer der apoBank

Die Ausweitung der Gewinnmargen hilft zu verstehen, wieso sich die Aktienmärkte entgegen allen Herausforderungen relativ gut entwickeln. Wie geht es hier weiter? Auch wenn sich allein aus der profitgetriebenen Inflation keine Spirale ableiten lässt, zeigen die Lohnverhandlungen gleichwohl, dass Arbeitnehmer ihren Anteil an den Gewinnen einfordern. Wenn die Unternehmen die dadurch entstehenden Kostensteigerungen nicht intern kompensieren, kann es zu weiteren Preiserhöhungen kommen. Die Notenbanken tun also gut daran, die Geldpolitik weiter straff zu lassen. Der Zinssteigerungszyklus geht gleichwohl zu Ende. Für Anleger sind das grundsätzlich positive Aussichten.

SUIZID AUF REZEPT?

Das Bundesverfassungsgericht hat 2020 das Verbot organisierter Sterbehilfe für verfassungswidrig erklärt. Der Bundestag muss den ärztlich assistierten Suizid damit neu regeln. Wie sehen Medizinerinnen und Mediziner die Beihilfe zur Selbsttötung?

PRO

„Ich habe Menschen kennengelernt, deren Suizidwunsch ich unterstützt hätte."

PROF. DR. JOHANNA ANNESER
Leiterin des Palliativmedizinischen Dienstes am Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

„Menschen, die um Beihilfe zum Suizid bitten, wollen dies oft gar nicht wirklich."

PROF. DR. LUKAS RADBRUCH
Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

KONTRA

Fotos: privat

PRO

PROF. DR. JOHANNA ANNESER

—

Insbesondere schwerstkranke Palliativpatienten sollten beim Zugang zum ärztlich assistierten Suizid keine unzumutbar hohen Hindernisse überwinden müssen. Im Urteil des Bundesverfassungsgerichts wurde festgestellt, dass es zum Menschenrecht auf Selbstbestimmung gehört, seinem Leben ein Ende zu setzen und dafür Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ich habe Menschen kennengelernt, die palliativmedizinisch optimal versorgt waren und deren Leiden trotzdem so groß war, dass ich den Suizidwunsch nachvollziehen konnte und auch unterstützt hätte, wenn es entsprechende Rahmenbedingungen dafür gegeben hätte. Es ist wichtig, hospizliche und palliativmedizinische Angebote weiter auszubauen, jedoch wird es auch bei einer optimalen Versorgung den Wunsch nach assistiertem Suizid nach wie vor geben: Die Niederlande haben eines der besten palliativmedizinischen Angebote der Welt. Trotzdem wünschen sich viele Menschen dort assistierten Suizid oder die Tötung auf Verlangen. Ob jemand mit einer Erkrankung weiterleben möchte oder nicht, ist letztlich eine sehr individuelle Frage.

Ich wünsche mir nun eine vernünftige und transparente Regelung. Die Betroffenen müssen hierbei umfassend über ihre Krankheitssituation und die Möglichkeiten, ihre Symptome zu lindern, informiert werden. Weiter ist zu prüfen, ob eine freiverantwortliche Entscheidung zu einem Suizid dauerhaft besteht. Bei solch einem Beratungsgespräch sollte – soweit es Suizidwillige mit einer schweren Erkrankung betrifft – unbedingt ein Arzt oder eine Ärztin dabei sein, weil wir die Krankheitssituation und die Behandlungsmöglichkeiten am besten einschätzen können. Am wichtigsten ist jedoch, dass die Patienten diese Überlegungen uns gegenüber überhaupt äußern und man so ins Gespräch kommen kann. Ich sehe daher die Beihilfe zum Suizid als ärztliche Aufgabe: Wir können Gespräche in einem geschützten Vertrauensverhältnis führen, wissen um die jeweilige Erkrankung und kennen die Anwendung, Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten.

KONTRA

PROF. DR. LUKAS RADBRUCH

—

Ich befürchte, dass eine Regelung des ärztlich assistierten Suizids dazu führen könnte, dass sich Kolleginnen und Kollegen nicht kritisch genug mit der individuellen Situation der Patienten auseinandersetzen. Meine Erfahrung ist, dass Menschen, die um Beihilfe zum Suizid bitten, dies oft gar nicht wirklich wollen. Deswegen sollten wir viel mehr auf Suizidprävention setzen. Wenn Menschen in unserer Klinik nach Beihilfe zur Selbsttötung fragen, sprechen wir mit ihnen über ihre Ängste und über mögliche Alternativen – denn die gibt es immer. Viele Menschen haben zum Beispiel große Angst vor Schmerzen oder vor Atemnot. Beides können wir bis in die letzten Lebensstunden gut lindern und zur Not eine palliative Sedierung vornehmen. Viele Patienten wissen auch gar nicht, dass sie ein Recht darauf haben, jede von ihnen nicht mehr gewünschte Therapie, auch lebenserhaltende Maßnahmen wie eine Beatmung oder Dialyse, jederzeit beenden zu lassen. Wir sprechen auch offen mit unseren Patienten über Sterbehilfevereine oder über die Entscheidung, nicht mehr zu essen und zu trinken und damit das Leben eigenständig zu beenden.

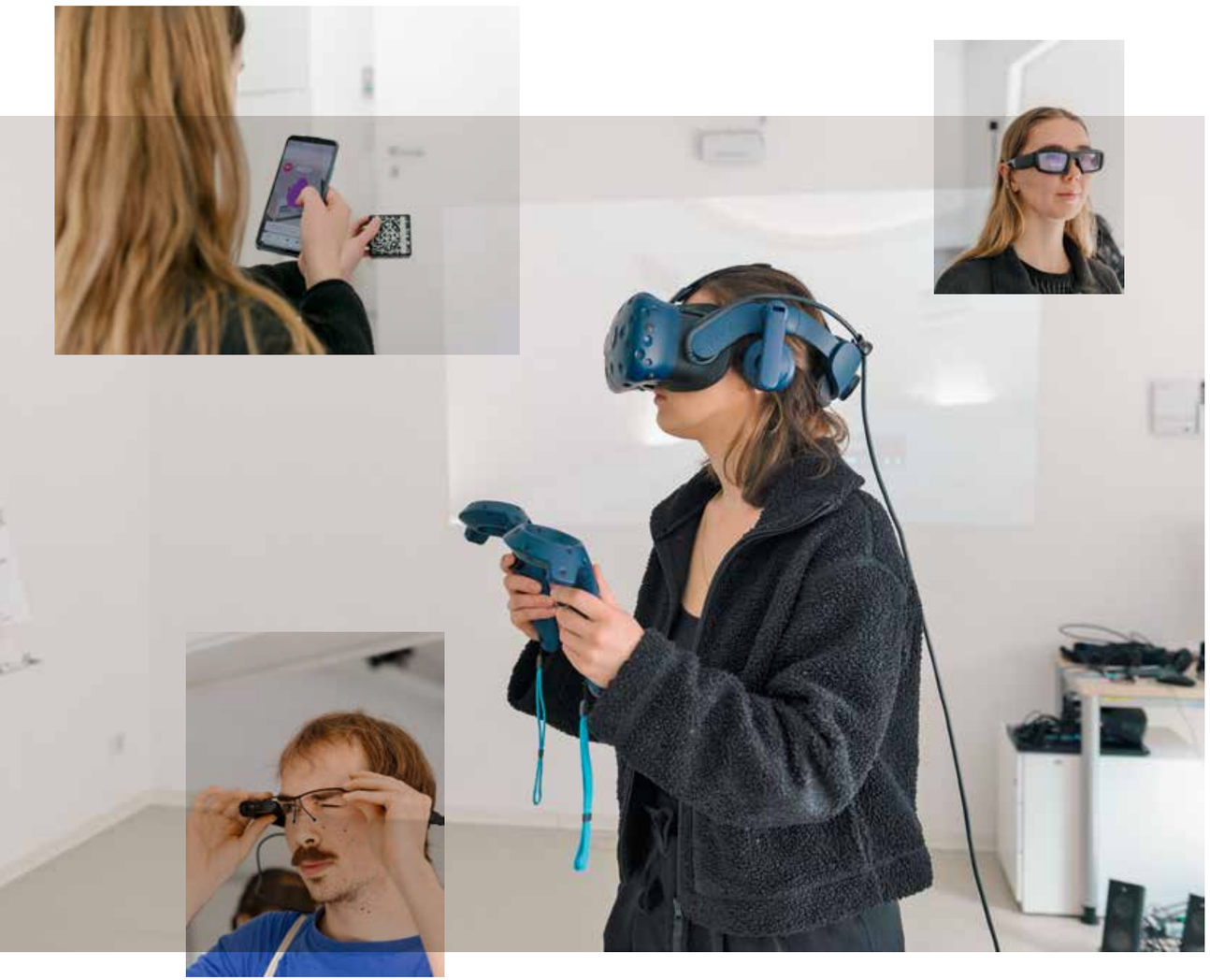
Wir machen oft die Erfahrung, dass Menschen nach einem solchen Gespräch und nach einiger Zeit von ihrem Suizidwunsch abrücken und die Zeit, die ihnen noch bleibt, durchaus genießen können. Außerdem gehört die Beihilfe zum Suizid meines Erachtens nicht zu den ärztlichen Aufgaben. Deshalb sehe ich sie kritisch. Da aber mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts ohnehin eine Regelung zu erwarten ist, würde ich mir eine wünschen, die zumindest viel Zeit und mehrere Beratungsgespräche vorsieht, in denen eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut wird und in denen alle Alternativen aufgezeigt werden. Wichtig wäre dabei, dass die Beratungsgespräche, die Begutachtung der freien Entscheidungsfähigkeit und die Durchführung der Beihilfe durch unterschiedliche Personen erfolgen. Darüber hinaus plädiere ich für eine ethische Beratung für jeden Patienten, der Beihilfe zum Suizid wünscht, und für eine stärkere Suizidprävention.

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

MEDIZINSTUDIUM 4.0

OP-Robotik, künstliche Intelligenz, elektronische Patientenakte: Der Gesundheitsbereich steckt mitten in einem digitalen Wandel. Um angehende Ärztinnen und Ärzte dafür fit zu machen, muss auch das Medizinstudium digitaler werden.

CAROLIN DIEL DOMINIQUE WOLLNIOK



Ein wenig sieht es so aus, als würden die Medizinstudierenden der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg „Blindekuh“ spielen. Jana Babka steht in der Mitte des fast leeren Raumes, tastet sich unbeholfen mit ihren Füßen vorwärts, die Arme vor sich ins Leere gestreckt, die Augen verdeckt. Ihre Kommilitonen stehen im Halbkreis um sie herum. Babka steckt in einem Simulationsspiel. Eine Leinwand hinter ihr zeigt, was die Medizinstudentin durch die Virtual-Reality(VR)-Brille auf ihrem Kopf sieht: Sie steht in einem Schockraum, neben ihr liegt ein instabiler Patient. Blutdruck: 90/50. Mit einem Griff in die Luft bringt sie einen Infusionsbeutel an. Durch einen Klick mit dem Controller spritzt sie ein Medikament. Der Blutdruck steigt langsam. Der virtuelle Patient stabilisiert sich. Babka nimmt die Brille ab.

VR, elektronische Patientenakte (ePA), Robotik – das deutsche Gesundheitssystem steckt mitten im digitalen Wandel. Doch um den Ärzten-Nachwuchs dafür fit zu machen, müssen auch in dessen Ausbildung digitale Kompetenzen vermittelt werden. Der Deutsche Ärztetag stellte diese Forderung bereits 2019, und auch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) macht sich dafür stark. Trotzdem bieten längst nicht alle medizinischen Fakultäten in Deutschland Lehrveranstaltungen mit digitalen Inhalten an – und wenn, oft nur als Wahlfächer.

ÜBERALL ANDERS

Die Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg war in dieser Hinsicht einer der Vorreiter. 2020 führte die medizinische Fakultät als erste Deutschlands ein verpflichtendes Digitalisierungs-Curriculum ein. „Der digitale Wandel wird das Rollenbild des Arztes verändern“, sagt Christiane Ludwig, die das Curriculum in Halle ausgearbeitet hat. Künstliche Intelligenz und Robotik übernehmen Routineaufgaben und helfen bei der Entscheidungsfindung im Praxis- und Klinikalltag. Patienten kommen durch „Dr. Google“ und maschinell trainierte Chatbots wie ChatGPT einfacher an Informationen und werden mit Hilfe von digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) zu aktiven Partnern in der Therapie. „Der Arzt wird immer mehr zum Berater“, so Ludwig. Das Curriculum soll die Medizinstudierenden auf diese neue Rolle vorbereiten, Kompetenzen vermitteln und Grundlagenwissen mitgeben, um die Qualität der Daten und Informationen bewerten zu können.

Robotik zum Anfassen: Informatiker Alexander Linde lässt die Medizinstudierenden in seinem Workshop einmal selbst einen Roboter programmieren.

> **„Bei älteren Medizinern ist die Bereitschaft, digitale Kompetenzen zu erwerben, tendenziell geringer. Also müssen wir bereit sein.“**
>
> **Jakob Klemm, Student**

Einheitliche Leitlinien, welche Kompetenzen die Studierenden konkret erlernen sollen, gibt es in Deutschland bisher nicht. Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog für das Medizinstudium wird dahingehend seit 2019 überarbeitet – konkrete Ergebnisse sind erst 2025 zu erwarten. Dementsprechend unterschiedlich sind die digitalen Fächer an den Universitäten aufgebaut. Sie reichen vom einwöchigen Überblicks-Kurs bis zu themenspezifischen Vorlesungen. In Halle durchlaufen die Studierenden im zweiten Semester zunächst die Vorlesungsreihe „digitalisierte Berufsfelderkundung“ und haben zusätzlich einen Praxistag, an dem sie »

Alexander Linde bringt den Service-Roboter Pepper als Anschauungsmaterial mit in seinen Kurs.

in fünf 45-minütigen Workshops einen Einblick in die Bereiche Robotik, ePA, DiGAs, 3D-Druck sowie virtuelle und erweiterte Realitäten bekommen. Im fünften Semester sollen darauf aufbauend weitere Lehrveranstaltungen stattfinden, die sich gerade in Planung befinden. Und auch die bereits etablierte Vorlesungsreihe ist noch „Work in Progress“. Denn neben den fehlenden Leitlinien mangelt es bei der Umsetzung oftmals an Zeit.

GRETEL TANZT

Alexander Linde kennt dieses Problem. Der Informatiker leitet in Halle den Robotik-Workshop. Die Medizinstudierenden sollen die humanoiden Roboter Hänsel und Gretel zum Tanzen bringen, indem sie ihnen Sprachbefehle einprogrammieren. „Darf ich Sie unterhalten?“, fragt Gretel freundlich-mechanisch. „Ja“, antwortet eine Medizinstudentin. Keine Reaktion. Sie probiert es lauter. „Gretel hat eventuell eine Tendenz zu männlichen Stimmen“, erklärt Linde entschuldigend. Nach ein paar weiteren Versuchen in verschiedenen Stimmlagen hat die Studentin doch noch Erfolg. Saxophonmusik ertönt, Gretel tanzt. Die Übung habe mit echtem Programmieren natürlich wenig zu tun, und tief eintauchen in die Materie könne man aus Zeitgründen auch nicht, erklärt Linde. Er fokussiert sich daher aufs Sensibilisieren. „Die Studierenden sollen verstehen, dass bei Medizinrobotik nicht einfach Informatiker Dinge programmieren, sondern die Mitarbeit der Mediziner gefragt ist. Sie sind schließlich die Anwender“, so Linde.

Mehr als an der Oberfläche kratzen kann man bei den digitalen Themen in der Regel kaum. Denn das Medizinstudium ist ohnehin mehr als voll. In Halle mussten dem Lehrplan drei Stunden aufgeschlagen werden, bei einem anderen Fach wurden Stunden gekürzt. Mit dem Einführen zusätzlicher Fächer ist es zudem bei der Vermittlung digitaler Kompetenzen nicht getan. Auch in den Klinik- und Praxiseinheiten müssen immer wieder digitale Aspekte thematisiert werden. Nur so gelingt der Transfer von der Theorie in die Praxis – und jener von der Uni in die Kliniken und Praxen.

> **„In der Robotik ist die Mitarbeit der Mediziner gefragt. Sie sind die Anwender.“**
>
> **Alexander Linde**

Hier sieht Dr. Dietrich Stoevesandt, Leiter des Dorothea-Erxleben-Lernzentrums, an dem das Digitalisierungs-Curriculum in Halle betreut wird, den kritischen Punkt: „Die Studierenden kommen nach der Uni in der Regel in einen ‚Alte Männer‘-Club, der meint, schon die besten Werkzeuge für seinen Beruf gefunden zu haben. Ihre Aufgabe besteht dann darin, diese Männer von neuen, digitalen Werkzeugen zu überzeugen.“ Er sieht die Studierenden als „Digital Changemaker“, als Treiber des digitalen Wandels. Nur so könne dieser gelingen.

Aber sehen die Studierenden sich auch selbst so? Das Engagement des bvmd in Sachen digitale Lehre legt nahe: ja. Auch die Studierenden in Halle sehen sich in einer gewissen Pflicht. „Auf die Digitalisierung vorbereitet zu sein, ist unfassbar wichtig“, sagt Student Jakob Klemm. „Bei älteren Medizinern ist die Bereitschaft, digitale Kompetenzen zu erwerben, tendenziell geringer. Also müssen wir bereit sein.“ Allerdings sind viele Studierende auch skeptisch, inwiefern die im Studium vorgestellten digitalen Tools im Joballtag wirklich Mehrwert statt nur Mehraufwand bringen. Denn nur weil es sich bei der jetzigen Studentengeneration um „Digital Natives“ handelt, herrscht dort keineswegs blinde Technikbegeisterung. Mit Spielereien lässt sich die Gen Z wenig beeindrucken. Digitale Tools müssen mit Bedienerfreundlichkeit und konkretem Nutzen überzeugen. Das größte Potenzial sehen die Studierenden in der Lehre. Besonders in Anwendungen wie der Schockraum-Simulation. „Am Anfang war es schon etwas gewöhnungsbedürftig mit der VR-Brille“, gibt Studentin Jana Babka zu. „Aber ich könnte mir vorstellen, so etwas nochmal zu machen, um Abläufe zu üben – vor allem dann, wenn ich mir im Laufe des Studiums mehr Medizinwissen angeeignet habe.“ «

Portrait (r.): privat

„Hohe Dynamik“

Prof. Dr. Sebastian Kuhn ist Experte für Digitalisierung in der Medizinausbildung und hat bereits mehrere Universitäten bei der Integration digitaler Lehrinhalte begleitet.

PROF. DR. SEBASTIAN KUHN *ist Professor für Digitale Medizin an der Philipps-Universität Marburg und Direktor des Instituts für Digitale Medizin Universitätsklinikum Gießen-Marburg.*

Warum fällt es Universitäten so schwer, die Vermittlung digitaler Kompetenzen ins Medizinstudium zu integrieren?

Die Vermittlung digitaler Kompetenzen hat keine Zugehörigkeit zu einem einzelnen Fach. Es geht außer um die Auseinandersetzung mit medizinischen Fragen auch um technische, rechtliche und ethische Aspekte. Es handelt sich um ein übergeordnetes Thema, bei dem der Weg zum Erfolg in der Zusammenstellung eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams besteht. Daneben zeigt das Themenfeld aktuell eine sehr hohe Dynamik. Unterrichtsinhalte müssen also kontinuierlich aktualisiert und weiterentwickelt werden. Einzelne Standorte können hierbei überfordert sein, weshalb wir eine Zusammenarbeit und einen Austausch zwischen den Universitäten fördern müssen.

Welche Fähigkeiten sollten vorrangig vermittelt werden?

Wir müssen die Studierenden befähigen, den digitalen Wandel selbst aktiv mitzugestalten. Dabei geht es nicht darum, angehende Ärzte zu Programmierern zu machen. Wir müssen ein Grundwissen über ärztliches Handeln mit neuen Werkzeugen – den digitalen Tools – vermitteln. Den Studierenden also die Möglichkeiten zeigen, aber auch die Limitationen. Am Ende sollen sie bewusst entscheiden können, wann sie im ärztlichen Werkzeugkasten zum digitalen Tool greifen – und wann nicht. Wichtig ist dabei auch, zu verstehen, dass sich das Arzt-Patienten-Verhältnis wandelt. Patienten werden zu Experten ihrer eigenen Gesundheit. Daher ist es auch sinnvoll, Patienten zu bestimmten Themen als Dozierende einzusetzen, zum Beispiel, wenn es um digitale Gesundheitsanwendungen beim Tracking chronischer Erkrankungen geht.

Wie wird in Ihrer Vorstellung das Medizinstudium in zehn Jahren aussehen?

Wir werden weggehen vom Memorieren, dem Auswendiglernen, und klassische – sehr menschliche – ärztliche Fähigkeiten wie kommunizieren, sehen, fühlen und hören wieder stärker in den Fokus rücken. Der kompetente Umgang mit digitalen Tools soll diese Arbeit ganz natürlich ergänzen.

GUTES NETZWERK UNVERZICHTBAR

Seit etwas mehr als einem Jahr betreibt Thorsten Kunst eine eigene Praxis. So wenig er die gewonnene Freiheit wieder hergeben möchte, so klar ist für ihn: Ohne Hilfe hätte er den Sprung in die Niederlassung niemals gewagt.

FLORENTIN BUB JAN DÜFELSIEK

EIGENER HERR: Thorsten Kunst will die Freiheit der Selbstständigkeit gegen nichts in der Welt eintauschen.

Stolz und Vorfreude, aber auch Nervosität und Anspannung. Am Tag der Praxisübernahme am 1. April 2022 durchlebte Thorsten Kunst die ganze Bandbreite der Emotionen. „Es war schon ein erhebendes Gefühl zu wissen, dass das jetzt meine eigene Praxis ist, aber auf der anderen Seite auch ein Gefühl großer Verantwortung. Schließlich hängt jetzt alles von mir ab“, erinnert sich Kunst. Aber die Nervosität war nach den ersten Patienten und Tagen in der Praxis schnell verflogen. „Ich bin auf ein tolles Team getroffen und hatte zum Glück in den ersten Monaten noch meinen Kollegen Rüdiger Tillmanns an meiner Seite, der den Übergang auch für die Patienten sehr leicht gemacht hat.“

Die Praxis in einem Ärztehaus im Herzen Bielefelds hat Kunst aber nicht von Tillmanns übernommen, sondern von Dr. Michael Eisenmeier, der weiter seine Praxis für Allgemeinmedizin und Osteopathie im selben Haus betreibt. Tillmanns war bei Eisenmeier als Lungenfacharzt angestellt, bis er Ende 2022 mit 69 Jahren in den Ruhestand ging. Für Eisenmeier ein guter Zeitpunkt, keinen neuen angestellten Arzt, sondern einen Übernehmer für die Praxis zu finden. Und nach den ersten Gesprächen war schnell klar: Zwischen Kunst und Eisenmeier könnte es passen.

Dabei war eine eigene Praxis gar nicht in Kunsts Lebens- und Karriereplan vorgesehen. „Entsprechend habe ich mich auch nicht intensiv mit den Rahmenbedingungen einer Niederlassung oder Übernahme beschäftigt“, erzählt Kunst. Doch als ein Bekannter von der Möglichkeit der Praxisübernahme erzählte, war Kunst schnell von der Option begeistert. „Die Aussicht, mein eigener Herr zu sein, war schon verlockend“, so Kunst.

Es gab allerdings auch Themen, auf die Kunst wenig Lust hatte: Versicherungen, Umstellung der Praxissoftware, Steuerfragen oder auch Marketing. „Ohne Hilfe hätte ich diese Übernahme nicht gemacht“, gibt der 45-Jährige offen zu. „Man muss so viele Dinge beachten. Gerade weil ich parallel noch voll im Klinikalltag steckte, war mir klar, dass ich Gefahr laufen würde, etwas zu übersehen.“

„Eine Praxisübernahme oder Niederlassung neben dem Berufsalltag zu stemmen, ist unglaublich intensiv.“

Sybille Schultebraucks, Praxisberaterin bei der apoBank

„So wie Thorsten Kunst geht es vielen Ärztinnen und Ärzten“, sagt Sybille Schultebraucks. Schultebraucks ist Spezialistin Praxisberatung bei der apoBank und Expertin für Fragen rund um die Themen Praxisgründung, -optimierung und -abgabe. Konkret begleitet sie Selbständige und jene, die es werden wollen, bei Existenzgründungen und Praxisübernahmen und greift dabei auf ein Netzwerk an relevanten Partnern zurück. „Eine Praxisübernahme oder Niederlassung neben dem Berufsalltag zu stemmen, ist unglaublich intensiv. Eine Übernahme will gut vorbereitet sein und an verschiedenen Stellen braucht es einfach auch ein gutes Netzwerk.“

Wichtig sei darüber hinaus ein gutes Verhältnis zwischen Abgeber und Übernehmer. Bei Kunst und Eisenmeier stimmt auch das Zwischenmenschliche. „Wir verstehen uns sehr gut und kooperieren eng miteinander. Das sieht man daran, dass wir gemeinsam Laborkapazitäten nutzen, manche Patienten gemeinsam fachübergreifend betreuen, aber auch daran, dass wir eine gemeinsame Weihnachtsfeier für unsere Teams organisieren“, so Kunst.

MEHR ZEIT FÜR PATIENTEN, MEHR ZEIT FÜR DIE FAMILIE

Entsprechend reibungslos verlief auch die Praxisübernahme. „Im Prinzip habe ich alles übernommen. An erster Stelle natürlich die Mitarbeiterinnen, aber auch das Inventar und die Patienten“, sagt Kunst. Neu ist hingegen der Name der Praxis: lungenheilkunst – ein Wortspiel eines Marketing-Experten, den Schultebraucks vermittelt hat. Dass die Gründer bzw. Unternehmer auf ein großes Netzwerk zurückgreifen können, findet Schultebraucks wichtig: „Wir arbeiten zum Beispiel mit Fachanwälten für Medizinrecht, spezialisierten Steuerberatern, aber eben auch Marketing-Experten zusammen. Eine Praxisübernahme kann je nach Konstellation so kompliziert sein, dass es ohne externe Expertise nicht geht.“

Nach etwas mehr als einem Jahr in der eigenen Praxis will Kunst die Selbstständigkeit nicht mehr missen – auch wenn ihm zu Beginn insbesondere die vielfältigen diagnostischen Möglichkeiten einer Klinik fehlten. Doch ein großer Vorteil überstrahlt für ihn alles: „Dank meiner Praxis habe ich mehr Zeit. Mehr Zeit für Patientinnen und Patienten, aber auch mehr Zeit für meine Familie. Diese Freiheit möchte ich gegen nichts in der Welt eintauschen.“ «

Portrait (r.): privat

GRÜNDUNGS FIEBER

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

„Folien aus Maisstärke“

NORA STROETZEL *ist Nachhaltigkeitsexpertin und Mitgründerin von „Praxis ohne Plastik“.*

Hand- und OP-Schuhe, Schläuche, Spritzen, Becher und Beutel – in Arztpraxen und Kliniken wird sehr viel Plastik verwendet – und weggeworfen. Nora Stroetzel sucht nach Alternativen. Deshalb hat sie mit Nicolai Niethe „Praxis ohne Plastik“ gegründet.

Eine Praxis ohne Plastik, kann das funktionieren?
Zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht. Der Name ist schon etwas provokativ. Er steht dafür, dass wir uns von der Vorstellung lösen sollten, Hygiene mit Plastik gleichzusetzen. Immer mehr Plastik und immer mehr Einmalprodukte – das ist der Trend der letzten Jahre bei medizinischen Produkten, dem wollen wir etwas entgegensetzen.

Was sind im Praxisalltag die größten Plastikverursacher?
Das fängt schon bei den Handschuhen an. Selbst Hygienetücher sind oftmals mit Kunststoff beschichtet. Oder der ganze Einmalbedarf: Produkte, die ich nur einmal verwende, sind häufig aus Plastik – sie sollen so günstig wie möglich produziert werden. Obwohl sie nur einmal verwendet werden, sind sie zudem oft zusätzlich einzeln verpackt.
Es gibt Alternativen, zum Beispiel Kunststoff, der nicht aus fossilen Rohstoffen hergestellt wird, Folien aus Maisstärke. Oder man macht es so wie früher: Man verwendet wieder mehr Gegenstände aus Edelstahl, die nach Benutzung sterilisiert und wiederverwendet werden. In unseren Workshops hören wir immer wieder, dass der ganze Einmalbedarf auch den Praxen zu viel wird.

Wie hilft Ihr Start-up medizinischen Praxen, damit sie nachhaltiger werden?
Wir recherchieren nach den umweltfreundlichsten Produkten. Der Aufwand ist riesig, denn es ist ein Dschungel aus Zertifikaten und Werbeversprechen. Wir sprechen mit den Herstellern, lassen uns Nachweise geben, ob denn ein Produkt tatsächlich weniger CO_2 verursacht hat. Wenn ein Produkt unsere Kriterien erfüllt, nehmen wir es in unseren Online-Shop auf.
Daneben beraten wir auch und führen Workshops durch. Dabei schulen wir das Praxispersonal und erarbeiten Lösungen, wie Nachhaltigkeit und Klimaschutz im Praxisalltag berücksichtigt werden können.

Immer wieder – in seinem Shop bietet das Start-up zum Beispiel wiederverwendbare Atemschutzmasken.

praxisohneplastik.de

Fotos: Start-ups, Illustration: Romina Birzer

APP FÜR DIE PROSTATA

Eine Million Männer in Deutschland leiden an Inkontinenz, zwei Millionen an erektiler Dysfunktion. Eine App, speziell rund um eine Prostataoperation entwickelt, soll bei der Behandlung unterstützen: **Uroletics.** Im Jahr 2020 haben zwei Urologen die Anwendung entwickelt. Die App setzt sowohl bei der Prävention als auch bei der Therapie nach einer Operation an. Im Mittelpunkt steht das Beckenbodentraining, das anhand von 3-D-Videos erklärt wird. Durch eine Behandlungsberichtsfunktion in der App besteht zudem eine direkte Schnittstelle zum behandelnden Urologen, der so jederzeit die Fortschritte des Patienten einsehen kann. Die App ist in Kürze verschreibungspflichtig auf Rezept erhältlich und wird aktuell von mehreren privaten Krankenkassen vollständig erstattet.

uroletics.com

CELLBRICKS

ORGANE AUS DEM 3-D-DRUCKER

Menschliches, lebendes Gewebe aus dem 3-D-Bioprinter – was nach Science-Fiction klingt, passiert in Berlin-Wedding bereits heute jeden Tag. Die Vision des Biotech-Start-ups **Cellbricks:** Implantate aus echten Zellen per 3-D-bioprinting herstellen. Zunächst soll das mit Brustgewebe gelingen. An Brustkrebs erkrankten Frauen könnte das vom Drucker produzierte Gewebe anstelle eines Silikonimplantats bei der Brustrekonstruktion eingesetzt werden. In der weiteren Entwicklung sollen sogar Organe wie Leber, Niere und Bauchspeicheldrüse im 3-D-Bioprinter produziert werden. Einige Experten aus dem Gesundheitswesen weisen der Idee und dem Verfahren sogar schon Nobelpreispotenzial zu, da es die regenerative Medizin revolutionieren könnte.

cellbricks.com

VERWERTEN STATT VERSCHWENDEN

Es klingt so einfach wie sinnvoll: Zwei Gründerinnen aus Berlin wollen den weiblichen Zyklus für wissenschaftliche Zwecke nutzen. Statt Menstruationsblut zu entsorgen, soll es – aufgefangen in einer Menstruationstasse – anlassbezogen ins Labor geschickt und dort analysiert werden. Einige invasive Blutentnahmen könnten so ersetzt werden. Studien haben darüber hinaus gezeigt, dass sich im Menstruationsblut über 300 Proteine nachweisen lassen, die sonst im Blutkreislauf nicht vorkommen. So will das Start-up **theblood** zu einem individuelleren Gesundheitsbericht für Frauen beitragen. Ende 2023 soll das Testkit auf den Markt kommen.

theblood.io

BLAUER HIMMEL

Wer per Hand schreibt, kann sich Informationen erwiesenermaßen besser merken. Doch diese **Schreibtischutensilien** brauchen keine Studien, um zu überzeugen. Dafür reichen das zeitlose Design und die lange Lebensdauer.

RUNDE SACHE

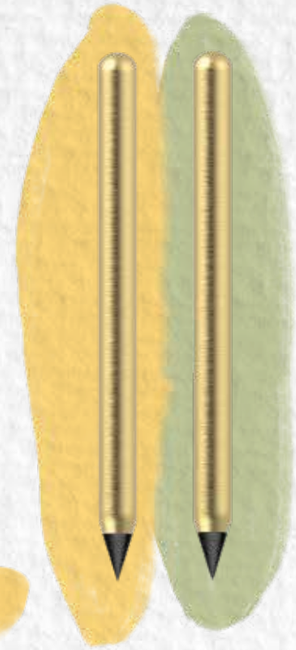
Der Doppelspitzer eignet sich für dicke wie dünne Bleistifte und liegt dank geriffelter Oberfläche besonders sicher in der Hand.
UVP: 7,90 Euro, luiban.com

KEEP IT ROLLIN'

Holz trifft Metall: Durch den spannenden Materialmix wird selbst ein einfacher Klebefilmabroller zum Hingucker.
UVP: 57,90 Euro, manufactum.de

FAST SCHON MAGISCH

Eine besondere Metallspitze sorgt dafür, dass dieser Bleistift ewig hält.
UVP: 109,95 Euro, stilform.com



SPITZENMÄSSIG

Plastik kann nicht edel aussehen? Der Doppelspitzer von DUX beweist das Gegenteil.
UVP: 10,99 Euro, wlkmndys.com

ALLES IN ORDNUNG

Kampfansage gegen das Chaos: Bei diesem Lederetui hat alles seinen festen Platz.
UVP: 99,90 Euro, manufactum.de

AUS TRADITION

Einst war Osaka berühmt für sein Füller-Handwerk. Ohnishi Seisakusho bewahrt diese Tradition. ***UVP: ca. 180 Euro, choosingkeeping.com***

ZEITLOSE ZEITANZEIGE

Neues Jahr, neuer Tischkalender – dieses Modell macht damit Schluss.
UVP: 27,90 Euro, manufactum.de

NACHHALTIGE NOTIZEN

Das Steinpapier in den MOYU-Notizblöcken besteht aus Kalkstein sowie umweltfreundlichem Kunststoff – und ist so wiederbeschreibbar.
UVP: 19,95 Euro, moyu-notebooks.com

STANDHAFT BLEIBEN

Dieser massive Füllfederhalter hält unerschütterlich die Stellung am Schreibtisch.
UVP: ca. 200 Euro, ystudiostyle.com

GEDANKENÜBERTRAGUNG

Notizen und Skizzen vom Papier direkt aufs Handy übertragen – möglich macht's dieses Tablet.
UVP: 199 Euro, faber-castell.de

REIN PFLANZLICH

Das Klebeband mit nostalgischem Pflanzen-Print ist Verpackungsmaterial und Deko zugleich.
UVP: 5,90 Euro, magazin.com

SCHÖN GEALTERT

Durch das unbehandelte Messing setzt dieser Kugelschreiber mit der Zeit eine individuelle Patina an.
UVP: 67,50 Euro, kaweco-pen.com

IM UNRUHESTAND

Viele wählen einen Heilberuf aus innerster Überzeugung, helfen zu wollen – und dieser Wunsch bleibt auch nach der aktiven Berufstätigkeit erhalten. Vier Unruheständler berichten aus ihrem zweiten medizinischen Leben.

MAIKE GRÖNEWEG

Für andere

Dr. Regina Lutterbeck arbeitet ehrenamtlich in der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung

Ich habe großes Glück, dass mich mein Beruf in eine materiell gut abgesicherte Situation gebracht hat. Deshalb möchte ich denen etwas zurückgeben, die nicht so viel haben“, sagt Dr. Regina Lutterbeck und fügt schmunzelnd hinzu: „Das klingt furchtbar pathetisch, stimmt aber.“ 1987 gründete Lutterbeck mit einer Kollegin eine gynäkologische Gemeinschaftspraxis in Berlin, investierte viel Zeit und Kraft – und gönnte sich nur wenige Pausen. „2012 habe ich gemerkt, dass ich so nicht weitermachen möchte. Also habe ich meinen Sitz verkauft, mich bis 2019 in meiner Praxis anstellen lassen und immer weniger gearbeitet“, erzählt die heute 73-Jährige. Das sei ein guter Weg gewesen, sich langsam zu lösen und sich wieder mehr auf ihre eigentliche Leidenschaft zu konzentrieren: das Praktizieren.

Parallel stieg sie in die Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung (MMM) in Berlin ein. Hier behandelt sie im Wechsel mit drei weiteren ehrenamtlichen Gynäkologinnen an zwei bis drei Tagen im Monat Menschen, die sonst keine Chance auf eine ärztliche Untersuchung oder Beratung haben. In die Praxis kommen Menschen mit Migrations- oder Fluchtgeschichte, aber auch Deutsche, die hier durchs System fallen. „Die Tätigkeit erfüllt mich zutiefst: Ich tue, was ich liebe, und helfe gleichzeitig Menschen. Das gute Gefühl, mit dem ich nach Hause gehe, und die Dankbarkeit, die mir entgegengebracht wird, sind unbezahlbar“, sagt Lutterbeck, die so lange weitermachen möchte, wie sie kann – auch weil in der gynäkologischen Versorgung der MMM der Nachwuchs fehlt.

Neben ihrem Ehrenamt bleibt der Gynäkologin genug Zeit für das, was im Praxisalltag auf der Strecke blieb. Fernreisen führten sie unter anderem nach Kuba, Südostasien und Afrika. Außerdem lernte sie Posaune spielen und erfüllte sich einen großen Wunsch: „Ich wollte schon immer zeichnen können. Also habe ich es mir von Grund auf beigebracht und bin darüber schließlich bei der Pastellmalerei gelandet. Inzwischen habe ich schon einige Bilder verkauft“, erzählt die Ruheständlerin. Besonders teuer sind ihre Werke zwar nicht, aber dass Menschen ihre Kunst wertschätzen, und da muss Lutterbeck wieder schmunzeln, sei Gewinn genug.

Fotos: Espen Eichhöfer/OSTKREUZ/Ärztekammer Berlin (l.), privat (r.)

Bunter Mix

Dr. Eugen Engels hat im Ruhestand Busreisen mit hausärztlicher Begleitung organisiert und sich endlich wieder der Musik gewidmet

Ich bin Experte für geregeltes Nichtstun“, sagt Eugen Engels lachend, wenn man ihn fragt, wie er seinen Ruhestand verbringt. Dabei kann von Nichtstun eigentlich nicht die Rede sein. Seit 2008 könnte der heute 80-Jährige die Beine hochlegen und aufs Berufsleben in seiner Hausarztpraxis zurückblicken. „Das kam für mich aber nie infrage. Ich hatte noch so viel vor“, erzählt Engels. Kleinere Aufgaben waren schnell gefunden: Schiffsarzttätigkeiten auf Flusskreuzfahrten, Urlaubs- und Notdienstvertretungen, Gutachten für Schwerbehinderungen, Einsätze in einer Rehabilitationsklinik für Drogenabhängige und Fortbildungen für Ärzte und Medizinische Fachangestellte bei der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. „Ein bunter Mix, den ich schon als Hausarzt sehr mochte“, so Engels.

Die Hausarzttätigkeit war es auch, die Engels vor mehr als 25 Jahren auf eine Idee brachte. Bei mehreren Hausbesuchen empfahl Engels älteren Menschen einen Tapetenwechsel. Die Antwort lautete häufig: „Nur, wenn Sie mitfahren.“ Also schloss Engels sich mit einem befreundeten Busunternehmer zusammen – und gemeinsam organisierten sie bis zur Pandemie Busreisen zum Beispiel in die Lüneburger Heide, ins Alte Land oder in die Schwäbische Alb. „Dass der Hausarzt an Bord ist, gibt den Menschen Sicherheit. Und ich hatte vor allem im Ruhestand die großartige Möglichkeit, viele Orte in Deutschland zu erkunden“, erzählt Engels, der schließlich sogar Flugreisen ans Mittelmeer begleitete. Bis auf eine Durchfallerkrankung, die drei Viertel der Gruppe erwischte, kam es auf den Busreisen aber nicht zu nennenswerten Einsätzen.

Durch den Ruhestand hat Engels auch endlich wieder mehr Zeit für seine große Leidenschaft: die Musik. Im Januar 2019 hat er die Gründung des Ärzteorchesters Westfalen-Lippe angestoßen und einen Dirigenten für die Gruppe organisiert. „Einmal im Monat treffen sich Menschen aus Heilberufen, um gemeinsam zu musizieren. Bei Fensterkonzerten in Senioreneinrichtungen oder bei Benefizkonzerten können wir unsere Musik mit anderen teilen“, erzählt der Violinist, „und das ist mir eine große Freude.“ »

Mehrsprachig: Das interkulturelle Praxisteam behandelt Menschen mit Migrationsgeschichte in ihrer Muttersprache.

Interkultureller Austausch

Gabriele Schubert ist Geschäftsführerin eines interkulturellen zahnmedizinischen Versorgungszentrums

Eigentlich wollte Zahnärztin Gabriele Schubert zum Ende des Jahres 2022 ihrem Beruf den kaputten Rücken kehren, ihre Praxis verkaufen und ihren Ruhestand genießen. „Ich habe zwei Jahre lang alles dafür vorbereitet. Ich stand seit 1986 am Behandlungsstuhl und konnte einfach nicht mehr“, erzählt sie. Doch es kam anders. Schubert fand keine Nachfolge für ihre Praxis in Halle/Saale. Gleichzeitig rückte eine ihrer Patientinnen mit einer Idee heraus. „Heike Grasse ist Vorsitzende des Fördervereins des Universitätsklinikums Halle und hatte beobachtet, dass Menschen mit Migrationsgeschichte in ihrer zahnmedizinischen Versorgung auf Barrieren, vor allem Sprachbarrieren, stoßen. Ihre Idee war ein Versorgungszentrum, in dem Menschen in ihrer Muttersprache behandelt werden“, erzählt die 61-Jährige.

Für Schubert war das eine willkommene Lösung. Sie gab wie geplant ihre Zulassung ab und schloss die Praxis, eröffnete sie dann aber als GmbH neu. Jetzt praktizieren und arbeiten in den frisch renovierten Räumen Menschen aus Syrien, der Ukraine und Usbekistan, die vorher schon eine Weile in Deutschland gelebt haben, und versorgen insbesondere Menschen mit Migrationsgeschichte – aber auch Schuberts langjährige Patienten. Offiziell ist sie Rentnerin. Doch um den bürokratischen Aufwand bewältigen zu können, den solch ein neues Konzept mit sich bringt, hat Schubert die Geschäftsführung übernommen. „Meine ausländischen Kollegen haben noch nicht genug Übung in Themen wie Heil- und Kostenplänen oder Abrechnungen. Wir trainieren gemeinsam, damit ich mich Ende 2024 schrittweise wirklich ganz rausziehen kann“, sagt sie.

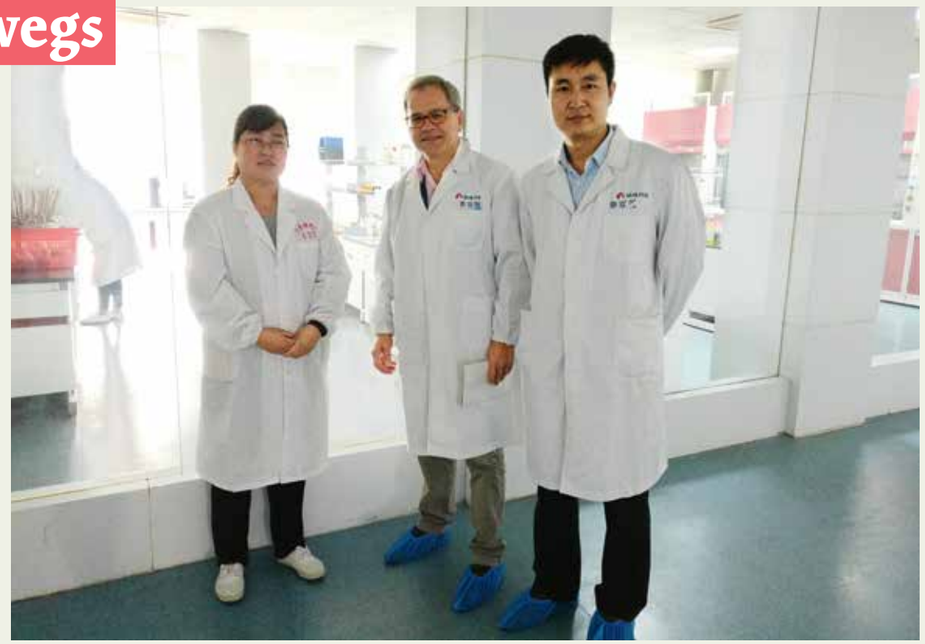
Bis dahin genießt Schubert aber die „Multikulti-Arbeit“, wie sie sie nennt. Es macht ihr Spaß, verschiedene Sprachen um sich herum zu hören und Gespräche über kulturelle Besonderheiten wie den Fastenmonat Ramadan oder Pfingsten zu führen. Und dann ist da noch etwas, was Schubert in ihrem früheren Berufsleben vermisst hat: „Ich kann mich direkt mit Kolleginnen und Kollegen vor Ort austauschen. Es ist schön, dass ich das jetzt nochmal erleben kann.“

„Menschen mit Migrationsgeschichte stoßen in ihrer zahnmedizinischen Versorgung auf Sprachbarrieren.“

Gabriele Schubert

Immer unterwegs

Dr. Wolfgang Hoederath gibt in ehrenamtlichen Auslandseinsätzen sein Fachwissen weiter



Beratung: In China hat Dr. Wolfgang Hoederath (M.) ein Pharma-Unternehmen bei der Vorbereitung auf eine GMP-Prüfung unterstützt.

Japan, Indonesien, Pakistan, Türkei, Bangladesch, China, Thailand, Indien: Als Industrieapotheker hat Dr. Wolfgang Hoederath viele Auslandsstandorte in Produktions- und wirtschaftlichen Fragen sowie bei der Umsetzung und Einhaltung der Good-Manufacturing-Practice-Richtlinien (GMP) unterstützt. „Die Dienstreisen haben mir so gut gefallen, dass ich diesen Job 20 Jahre lang, bis zum Eintritt in den Ruhestand im Jahr 2012, gemacht habe“, erzählt er.

So lag es für den heute 71-Jährigen nahe, sich ein ähnliches Ehrenamt zu suchen, als das Urlaubsgefühl des Rentenbeginns vorbei und alle Vorsätze in Haus und Garten abgearbeitet waren. Das fand er beim Senior Experten Service (SES), einer Entsendeorganisation für ehrenamtliche Fachkräfte im Ruhestand. „2014 ging es für mich in ein großes Pharma-Unternehmen in der Dominikanischen Republik, das die Produktivität verbessern und in neue Maschinen investieren wollte. 2017 hatte ich ein ähnliches Projekt in China. Dort wollte man sich auf eine GMP-Prüfung vorbereiten und suchte Beratung“, erzählt Hoederath. Auch nach Namibia und Mexiko führte ihn der SES. „Es macht Spaß, andere Länder zu erkunden und sein eigenes Fachwissen weiter anwenden zu können“, findet Hoederath.

Zwischen den Einsätzen durfte es aber auch etwas anderes sein: Zeitgleich mit seinem Eintritt in den Ruhestand hat das Landgericht Köln nach Schöffen gesucht. „Das war ein Bereich, in den ich noch nie einen Einblick hatte“, sagt Hoederath. Seither und noch bis Ende des Jahres bringt er ungefähr einen Tag im Monat für das Ehrenamt als Schöffe auf. Langeweile befürchtet Hoederath aber auch danach nicht: „Ich habe Enkelkinder, laufe viel, treibe Kraftsport und gehe jagen. Und vielleicht steht ja der nächste Auslandseinsatz bald schon an.“ «

„Es macht Spaß, andere Länder zu erkunden und sein eigenes Fachwissen anwenden zu können.“

Dr. Wolfgang Hoederath

Fotos: privat

Alba war der erste öffentlich bekannte fluoreszierende Hase. Für das Bio-Art-Projekt „GFP Bunny“ wurde ihm ein spezielles Gen eingesetzt.

DIE KUNST DES HEILENS

Lange Zeit wurden Kunst und Wissenschaft – und damit auch Kunst und Medizin – strikt getrennt gedacht. Die Bio Art bricht mit diesem Denken. Dabei entstehen Kunstwerke, die ethische Fragen zu moderner Forschung und Medizin in neuem Licht erscheinen lassen.

CAROLIN DIEL

Ein in Schwarzlicht getauchter Raum. Das Geräusch von sanftem Meeresrauschen. In der Mitte steht ein Podest mit einer gläsernen Halbkugel. Darunter: Amöben, Pflanzen, Mäuse, Fische. Alles leuchtet neongrün. Den Lebewesen wurde ein fluoreszierendes Protein in ihre DNA eingebaut. Was man hier an der Arizona State University in Tempe, USA, im Herbst 2001 sehen kann, ist die Kunstinstallation „Der achte Tag“ von Eduardo Kac. Ein Jahr zuvor hatte er als Kunstprojekt bereits einen Hasen im Dunkeln leuchten lassen. Der Künstler hat sich der Bio Art verschrieben. Einer Kunstrichtung, die zwei Disziplinen, die lange Zeit strikt voneinander getrennt gedacht wurden, wieder zusammenbringen will: Kunst und Wissenschaft – und damit auch Kunst und Medizin.

Prof. Dr. Ralf Scherer kennt sich mit beidem aus. Sein Vater war Chirurg, seine Mutter Kunsthistorikerin. In seinem Beruf widmete er sich der Medizin, in seiner Freizeit der Kunst. Heute ist er Anästhesist im Ruhestand und hat einen Lehrauftrag an der Kunstakademie Münster. Mit dem Verhältnis zwischen Kunst und Medizin beschäftigt er sich seit über 20 Jahren intensiv. Die Medizin als Gegenstand der Kunst habe eine lange Tradition, sagt Scherer. Zum einen in Form der reinen Darstellung von medizinischen Eingriffen. „Viel spannender wird es aber dort, wo die Medizin zur Metapher der Kunst wird“, so Scherer. Ein häufiges Motiv ist die Medizin als Ersatzreligion. Oft geht mit dieser künstlerischen Auseinandersetzung auch eine Kritik an der modernen Medizin und Forschung einher.

In der Antike beschrieb der Begriff „Techne“ gleichzeitig die Inspiration für die Wissenschaft wie auch für die Künste. Im 15. und 16. Jahrhundert beginnt mit den kunstvollen Zeichnungen von Anatomen wie Vesalius und Leonardo da Vinci die naturwissenschaftlich geprägte Medizin. Und zu Zeiten von Goethe gab es immer noch die Vorstellung des Universalgenies. Die meisten Kunstwerke der letzten zwei Jahrhunderte, die Medizin thematisieren, betrachten Kunst und Wissenschaft gleichwohl als zwei getrennte Welten. „Wahrscheinlich kam die Trennung dadurch, dass die Naturwissenschaften sich nach der Renaissance so rasant entwickelten, dass sie neben sich gar keinen Platz für andere Denkweisen gelassen haben“, erklärt Scherer. Die Wissenschaft war nur noch für die Wahrheit zuständig und die Kunst für das, was wir Schönheit nennen. Erst Ende des 20. Jahrhunderts näherten sich die Bereiche wieder einander an. Der Grund: der biotechnologische Fortschritt.

„Bio Art hilft Forschenden, ihr eigenes Werk richtig zu sehen – als Teil des großen Ganzen.“

Prof. Dr. Ralf Scherer

LEBENDIGE KUNST

Im Bemühen, den Kunstbegriff zu erweitern, wenden sich die Künstler allen modernen Technologien zu, und plötzlich wurde es für sie wieder interessanter, sich auch mit der Wissenschaft auseinanderzusetzen. Sie wollten Biotechnologien verstehen, um an den gesellschaftlichen Debatten darüber sinnvoll teilnehmen zu können. Gleichzeitig nutzten die Künstler die neuen Biotechnologien nicht mehr nur als Thema ihrer Werke, sondern auch als Medium. Die Bio Art war geboren. „Bio Art ist Kunst mit lebender Materie wie beispielsweise mit Bakterien“, so Scherer. Kunstwerke entstehen im Labor, nicht im Atelier. Zum Beispiel mit Hilfe von Gentechnik, Gewebekultur oder Klonen. Die Begegnung mit lebenden Objekten in der Kunst kann – und soll in der Regel auch – beim Betrachter zu affektiven oder mitunter viszeralen Reaktionen wie Angst oder Ekel führen. Das sei typisch für die Bio Art, sagt der Kunstexperte: „Das Erleben davon, dass einen das Leben direkt anguckt.“ Mit diesen Reaktionen wollen die Bio-Art-Künstler bewirken, dass sich die Betrachter mit den ethischen Fragen auseinandersetzen, die sich durch die neuen Möglichkeiten der Biotechnologien ergeben: Dürfen wir alles machen, was wir können? Wo sind die Grenzen von Forschung und Medizin?

Von dieser kritischen Auseinandersetzung könnten schließlich auch Mediziner – insbesondere forschende – profitieren, betont Scherer: „Bio Art hilft ihnen, ihr eigenes Werk richtig zu sehen – als Teil des großen Ganzen. In ihrer Arbeit haben sie die Blickrichtung in die Tiefe. Dabei wird vieles übersehen, was rechts und links liegt.“ Kunst ermöglicht, auch mal auf Distanz zu gehen. Schließlich haben Kunst und Wissenschaft mehr gemeinsam, als man zunächst denkt, zum Beispiel die Kreativität und das Spielerische. Allerdings werde Letzteres heutzutage immer mehr behindert, bedauert Scherer. Da die Forschung vielfach mit Drittmitteln bezahlt wird und damit die Richtung, in die es gehen soll, oft schon vorgegeben ist, bleibt Wissenschaftlern weder die Zeit noch die Muße zum Experimentieren. Obwohl das ein entscheidendes Charakteristikum für Forschung ist. Viele der bahnbrechendsten Erfindungen wie das Penicillin oder das Röntgen entstanden schließlich durch Experimentieren und Zufall. Im Gegensatz zur Wissenschaft hat die Kunst diesen Luxus, nach rechts und links schauen zu können, heute noch. In dieser Hinsicht kann die moderne Medizin von der Kunst also durchaus lernen. «

Fotos: Kac Studios (l.), privat (r.)

DAS AUGE HEILT MIT

Zu ähnlich, zu langweilig. Medikamentenverpackungen könnten einen neuen Look vertragen. Für das fiktive Medikament PainFree® haben fünf Grafiker(-Teams) gezeigt, wie vielfältig Verpackungsdesign sein kann.

Luisa Stömer & Eva Wünsch

Wenn man Schmerzen hat, spielt der Faktor Zeit die wichtigste Rolle. Die Phase zwischen Schmerz und Schmerzlinderung sollte so kurz wie möglich sein. Tabletten wirken, je nach Körperhaltung, unterschiedlich schnell. Im Liegen auf der linken Körperseite dauert es fast 100 Minuten, bis die Wirkung beginnt. In aufrechter Haltung sind es 23 Minuten und auf der rechten Seite liegend 10 Minuten. Unser Verpackungsdesign soll die Information auf genauso direktem Weg dort vermitteln, wo sie vermutlich am meisten gebraucht wird – lass deine Anatomie für dich arbeiten.

Philipp Pätzold

Für die Gestaltung dieser Arzneimittelverpackung habe ich eine klare Lösung entwickelt, bei der der Schriftzug im Fokus steht. Der Ausruf „Autsch!“ wird gestaucht und erleidet dadurch quasi Schmerzen. Das Strecken und Stauchen ist in der klassischen Schriftgestaltung ungern gesehen und kreiert in diesem Design ein aufregendes Moment.

Lennart Rohlfing

Das Ziel bei der Gestaltung von PainFree® war, ein einzigartiges und ansprechendes Design zu schaffen, das die Wirksamkeit des Medikaments betont und gleichzeitig positive Emotionen beim Kunden auslöst. Das Design basiert auf Klarheit und großzügigen Farbflächen. Die Farben stehen sinnbildlich für verschiedene Arten von Schmerzen. Das Design soll Kunden ansprechen und ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen vermitteln. Die Botschaft des Designs: PainFree® bekämpft den Schmerz und stellt die Ordnung im Leben wieder her.

Sandra Bayer

Mit meiner Gestaltung möchte ich die möglichen Schmerzbereiche hervorheben und schon auf der Verpackung zeigen, wie viele Tabletten man pro Tag maximal nehmen sollte. Das wird auf herkömmlichen Verpackungen oft nicht deutlich, finde ich. Man muss sich für diese doch sehr wichtigen Infos häufig erstmal durch eine vier Quadratmeter große Packungsbeilage wühlen, die man danach nicht mehr richtig zusammengefaltet bekommt.

Lena Naerger

Bei der Gestaltung der Verpackung habe ich den Fokus auf die Veranschaulichung der „Befreiung von Schmerz“ gelegt. Im Schriftzug „Pain“ knickt der Schmerz – erleichternd – ein. Hierzu habe ich die drei Dimensionen der Verpackung genutzt. Schön, wenn der Schmerz nachlässt. Ohne Schmerzen kann man das Leben vollumfänglich genießen – und zwar in allen Dimensionen.

DIE INSPIRATIONS-SAMMLERIN

Als Leiterin der Abteilung Gesundheitsmarkt und -politik hat Nicole Wortmann mit ihrem Team die Entwicklungen im Gesundheitswesen immer im Blick und ist für den Wissenstransfer innerhalb der apoBank verantwortlich. Entspannung, aber auch neue Ideen findet sie im Museum und auf Reisen.

Ich liebe Museen." Nicole Wortmann macht keinen Hehl aus ihrer Passion für Kunst. Ob im Museum Folkwang in ihrer Heimatstadt Essen oder wie kürzlich bei einem Wochenendtrip nach Den Haag: Wann immer es die Zeit zulässt, besucht sie ein Museum. „Durch die neuen und unterschiedlichen Einflüsse kann ich mich hier wunderbar entspannen."

Ihr Arbeitsalltag ist dagegen oftmals hektisch – wenn auch nicht weniger abwechslungsreich. Gemeinsam mit ihrem Team ist sie ganz nah dran an den Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt. „Im Gesundheitswesen bewegt sich gerade viel. Das finde ich gut, denn ich bin davon überzeugt, dass Veränderung und der Blick nach vorn in unserem Markt enorm wichtig sind", sagt Wortmann.

Damit auch die Beraterinnen und Berater der apoBank auf dem neuesten Wissensstand sind und ihre Kunden aus allen Heilberufsgruppen auf Augenhöhe beraten können, erstellt sie mit ihrer Abteilung verschiedene Materialien – von kurzen Briefings über interaktive Tools bis hin zu eigenen Podcasts. „Wir haben die richtigen Expertinnen und Experten im Team und gestalten das alles komplett selbst", erzählt Wortmann stolz.

Gestalten – das ist der Leiterin Gesundheitsmarkt und -politik wichtig. Das zeigt sich in allen Stationen, die sie in der apoBank durchlaufen hat. Seit elf Jahren im Unternehmen, startete sie im Vorstandsstab, hat die Themen Qualitäts- und Kundenzufriedenheitsmanagement mit aufgebaut und entwickelte die Digitalisierungsstrategie der Bank maßgeblich mit. „Ich hatte in jeder Station die Möglichkeit, eigene Ideen einzubringen und vor allem umzusetzen", sagt Wortmann.

Das möchte sie auch ihrem Team ermöglichen, das sie seit vier Jahren leitet. „Mir ist es wichtig, dass meine Mitarbeitenden eigenständig Themen vorantreiben können. Die gestalterische Freiheit, die ich in meinem Berufsleben habe, gebe ich auch gern weiter." Darüber hinaus setzt Wortmann auf einen häufigen teaminternen Austausch: „Wir lernen jeden Tag voneinander und profitieren enorm von unseren unterschiedlichen Blickwinkeln und vor allem von unserem Wissen."

Wer viel Input erhält, muss auch mal zur Ruhe kommen. Zum Glück hat Nicole Wortmann dafür einen tüchtigen Helfer: Rauhaardackel Theo. Mit ihm und ihrem Partner teilt sie das Hobby Mantrailing, bei dem Hunde Personen aufspüren. Aber auch die täglichen Spaziergänge an der Ruhr will die Essenerin nicht missen: „Als gebürtige Mülheimerin bin ich ein Kind des Ruhrgebiets. Hier liegt alles so eng zusammen und ist so facettenreich, dass man von vielen Einflüssen geprägt wird." Und da zeigt sich: Ohne Inspiration geht es für Nicole Wortmann nicht. «

Foto: Thilo Schmülgen

RICHARDS TOP 5

Wie heißt sie denn?

Die einen heißen wie Heilige, andere wie Pflanzen, dritte sind ganz banal nach dem Ort benannt, an dem sie sich befinden. Die meisten **APOTHEKEN** in Deutschland aber tragen den Namen eines Raubtiers.

1. LÖWEN-Apotheke

475 Mal in Deutschland

So genannte Apotheken gibt es vor allem im Süden Deutschlands. Grund ist der bayerische Löwe, das Wappentier und Symbol des Freistaats. Der Löwe wird zudem mit dem heiligen Markus in Verbindung gebracht, dem Schutzpatron u. a. der Maurer und Korbmacher. Andere häufige Apothekennamen, die an Tiere angelehnt sind, sind die Hirsch- oder die Bären-Apotheke. Ein weiteres Beispiel aus dem Tierreich findet sich auf Platz drei.

2. STADT-Apotheke

462 Mal in Deutschland

Der Name klingt nicht nur offiziell, er ist es auch. Stadt-Apotheken (wie auch Rats-Apotheken) waren historisch im Besitz der Stadt. Der Name hat sich dann über die Jahrhunderte gehalten. Zudem wurden Konzessionen für Apotheken häufig vom Rat der Stadt vergeben, was sich dann gleich im Namen wiederfand. Sehr häufig werden auch Apothekennamen in Anlehnung an den Standort gewählt, zum Beispiel Bahnhofs- oder Rathaus-Apotheke.

3. ADLER-Apotheke

453 Mal in Deutschland

Adler-Apotheken gibt es vor allem in preußischen Gegenden. Hier waren die majestätischen Vögel als Wappentiere quasi allgegenwärtig. Aber auch im Süden findet man Adler-Apotheken: In Bayreuth weist der Name sogar noch ins erste Deutsche Reich zurück. Die dortige Apotheke wurde 1579 eröffnet, seinerzeit als „Apotheke zum goldenen Reichsadler".

4. MARIEN-Apotheke

429 Mal in Deutschland

Die meisten Marien-Apotheken lehnen ihren Namen an die Gottesmutter Maria an. Bei der 1756 gegründeten Marien-Apotheke in Ravensburg ist das auch so. Nur gibt es hier zum Namen auch ein Kunstobjekt: eine etwa 80 Zentimeter hohe Madonna aus Lindenholz, die dem Bildhauer Josef Anton Feuchtwanger zugeschrieben wird und sich bis heute im Besitz der Apotheke befindet. Hunderte Apotheken in Deutschland sind nach Heiligen benannt, die zugleich als Schutzpatrone gelten. Neben Maria sind Georg und Hubertus beliebte Namensgeber.

5. SONNEN-Apotheke

417 Mal in Deutschland

Oft weist der Name auf die heilende Kraft der Sonne hin. Aber manchmal steckt dahinter auch eine kleine Geschichte. In Münster zum Beispiel war Ingeborg Kusch, die Frau des Gründers, Namensgeberin der Sonnen-Apotheke. Sie war eine leidenschaftliche Sonnenanbeterin und Italienurlauberin. In anderen Fällen geht der Name auf die Bezeichnung des Gebäudes zurück. Im Mittelalter kannte man keine Hausnummern, sondern gab Häusern Namen, die man oft auch bildhauerisch an der Fassade darstellte. So entstand zum Beispiel in Haselünne die Sonnen-Apotheke.

ALTE SCHÄTZE

Im Deutschen Medizinhistorischen Museum in Ingolstadt kommen Ärzte, Apothekerinnen und Geschichtsfans voll auf ihre Kosten. Auf 350 Quadratmetern Ausstellungsfläche breiten sich mehr als 2.000 Jahre Medizingeschichte aus.

HUBERT KLOTZECK

Amputationssäge: *Die Säge aus der Renaissance kam unter anderem während des Dreißigjährigen Krieges zum Einsatz. Medizinprofessor Lorenz Heister sprach es in seinem 1719 erschienenen Lehrbuch der Chirurgie unumwunden aus: Amputationen sind grauenvoll. „Die Wegnehmung grosser Glieder, als der Aermen und Beinen, sind unter allen die grausamste und erschrecklichste Operationen der Chirurgie." Dennoch seien „dieselben offt nöthig, um das Leben eines Menschen zu erhalten, wo es auf andere Manier nicht kann erhalten werden."*

Reiseapotheke
(18. Jahrhundert)

Einfache Haus- und Reiseapotheken waren bereits im Mittelalter bekannt. In größerem Umfang wurden sie ab dem 17. und beginnenden 18. Jahrhundert hergestellt. Die Schubladen boten Platz für kleine Utensilien, in Papier eingeschlagene Medikamente oder auch Waagen. Diese recht aufwendigen Reiseapotheken waren einer finanzkräftigen Kundschaft, etwa dem Adel oder Großbauern, vorbehalten.

Orthopädisches Kinderkorsett
(18. Jahrhundert)

Aus Schmiedeeisen gefertigt, wurde das Korsett an Kinder angelegt, die an einer Wirbelsäulenverkrümmung litten. Die Anwendung war nur im Wachstum möglich und zur damaligen Zeit die einzige Möglichkeit, dem Krankheitsbild zu begegnen. Ein bekannter Träger war zum Beispiel der spätere Kardinal Carlo de' Medici.

Klistierschemel
(um 1800)

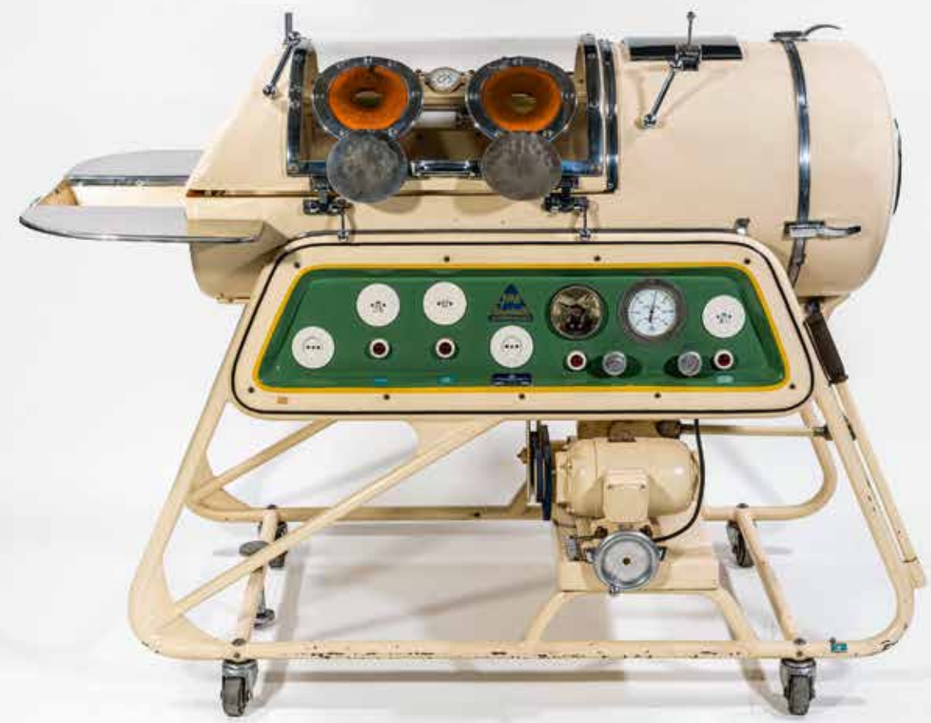
Die üppigen Essgewohnheiten der wohlhabenden Stände führten im 17. Jahrhundert oft zu Obstipationen. Wohl dem, der einen Klistierschemel sein Eigen nennen konnte. Man setzte sich rittlings darauf, wobei die aus dem Polster ragende Düse in die entsprechende Körperöffnung drang. Dann bediente man die im Vorderteil des Schemels eingebaute Spritzapparatur. Ein echtes Stück Patientenautonomie.

ÜBER DAS MUSEUM

Das Deutsche Medizinhistorische Museum (kurz: DMMI) widmet sich der Geschichte der europäischen Medizin. Das barocke Museumsgebäude, die „Alte Anatomie", war einst für die Medizinische Fakultät der Universität Ingolstadt errichtet worden und diente zur Ausbildung junger Ärzte. Seit 1973 befindet sich hier das DMMI. Für die 2020 eröffnete Dauerausstellung wurde dem Museum der Bayerische Museumspreis 2021 verliehen. Direktorin ist Prof. Dr. Marion Maria Ruisinger.

dmm-ingolstadt.de

1) Anästhesiemaske (1900): *die von Curt Schimmelbusch erfundene Maske wurde bis in die 1950er Jahre zur Anästhesie mittels Äther bzw. Chloroform eingesetzt.* **2) Spuckflasche (etwa 1900):** *Auch als „Blauer Heinrich" bekannt, kamen diese Behältnisse bei Tuberkulosekranken zum Einsatz, um das Ausspucken auf den Boden zu vermeiden. Die Funktion des blauen Glases bestand darin, den ekligen Anblick des enthaltenen Sputums erträglicher zu machen.* **3) Nietbrille (17. Jahrhundert),** *jedes Glas war gefasst wie eine Lupe und wurde mit einer Niete zu etwas Brillenähnlichem verbunden.*
4) Schädelbohrer (18. Jahrhundert): *er konnte unter anderem bei epiduralen Hämatomen Lebensretter sein.*



Eiserne Lunge (1950)

Ein Objekt der jüngeren Medizingeschichte. Die Geräte wurden zur Behandlung von Patienten mit chronischer Atemlähmung eingesetzt. Insbesondere bei einer seltenen Form, der in den Jahren 1947 bis 1952 epidemisch auftretenden Poliomyelitis, die die Atemmuskulatur und das Zwerchfell lähmte, sicherte das Gerät vielen Erkrankten das Überleben. Die Betroffenen, vor allem Kinder, mussten allerdings bisweilen Monate, Jahre oder gar lebenslang in der Stahlkammer verbleiben. Sie konnten darin durch den periodischen Wechsel von Über- und Unterdruck und die so bewegte Brustwand gewissermaßen passiv atmen.

RICHARD

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

VERANTWORTLICH
Ina Quilling, Brigitte Salz

PROJEKTLEITUNG
Christoph Koos, Mechtild Randelhoff

KONZEPT & REALISATION
Zimmermann Editorial GmbH, Köln

REDAKTION
Florentin Bub, Carolin Diel, Maike Gröneweg, Roya Piontek, Lothar Schmidt, Lutz Zimmermann

ART DIRECTION
Annika Brentrup

GRAFIK
Marco Czirpek, Simone Kitzinger, Amelia Sanchez

DRUCK
WEISS-Druck GmbH & Co. KG

UMWELTSCHUTZ
Die Druckproduktion erfolgt klimaneutral auf FSC®-zertifiziertem Papier.

MIX
Papier aus verantwortungvollen Quellen
FSC® C011984

eco zoom
Rohstoffe
Transporte
Produktion
271
Core-Emissionen ausgeglichen

apoBank
Bank der Gesundheit

AUS DER APOBANK-STIFTUNG

Alicks großer Traum

Seit 2017 unterstützt die apoBank-Stiftung einen begabten jungen Mann aus dem Luangwa-Tal in Sambia mit einem Stipendium. Alick Nkhoma studierte zunächst drei Jahre „General Nursing“ an der Apex Medical University in Lusaka. Dort zählte er zu den zehn Besten seines Jahrgangs und erhielt Ende 2019 sein „Diploma“ – vergleichbar mit der Ausbildung zum Krankenpfleger in Deutschland. Im September 2019 erfuhr die apoBank-Stiftung im Rahmen eines persönlichen Gesprächs von Alicks großem Traum: Chirurg werden. Nach einem umfangreichen Bewerbungsprozess erhielt er die ersehnte Zulassung für einen Studienplatz. Im Januar 2020 hat unser Stipendiat ein Medizinstudium an der Apex Medical University in Lusaka aufgenommen.

Als Standesbank der Heilberufler ist der apoBank die Nachwuchsförderung von medizinischem Fachpersonal ein großes Anliegen. Auch in Deutschland unterstützen wir angehende Heilberufler mit unserem Förderprogramm „gemeinsam wachsen“. Mehr erfahren Sie unter **apobank.de/stiftung**.

AUS DER APOBANK

Mehr Fokus auf Menschenrechte

Die apoBank hat ihre Nachhaltigkeitsstrategie im Jahr 2022 weiterentwickelt. Zum Beispiel wurde ein größerer Fokus auf Menschenrechte gelegt. In diesem Kontext hat die apoBank eine Menschenrechtsleitlinie veröffentlicht. Zudem wurden zwei Initiativen der Vereinten Nationen – UN Global Compact sowie UN PRI – in Zusammenhang mit ESG-Themen unterzeichnet. Weitere Informationen zur Nachhaltigkeitsstrategie und zu den Maßnahmen gibt es auf der Homepage unter **apobank.de/nachhaltigkeit**. Einen kompakten Überblick bietet die Nachhaltigkeitsbroschüre. Der CSR-Bericht 2022 gibt detailliert Einblick in die Aktivitäten der Bank.

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

GEWINNSPIEL

Der Weitgereiste

Wie heißt der Arzt, dem ein lilienartiges Gewächs seinen Namen verdankt? Gewinnen Sie eine Reise ins Salzburger Land.

Geboren wurde der Gesuchte in einer Stadt, die nach einem Felsen benannt ist und seit einigen Jahren auf der Kandidatenliste der UNESCO als Weltkulturerbe steht. Zur Zeit seiner Geburt war die Gründung dieser Kulturkommission allerdings noch Zukunftsmusik. Stattdessen gehörte ein Kaiser, dem das Inbrandsetzen einer Stadt nachgesagt wird, zu seinen Zeitgenossen – und Arbeitgebern. Berufsbedingt reiste der gesuchte Arzt viel. Dabei ging er seiner Leidenschaft nach und forschte zu pflanzlichen Heilmitteln. Seine schriftlich festgehaltenen Erkenntnisse wurden in viele Sprachen übersetzt und gehörten über 1.600 Jahre zur Grundlage pharmazeutischen Wissens im gesamten europäisch-orientalischen Raum.

Wie heißt der pharmakologisch interessierte Arzt, der die Arzneimittellehre prägte?

PS: Die Gesuchte im letzten Heft war Henriette Hirschfeld-Tiburtius. Die Reise nach Traben-Trarbach an die Mosel hat Dr. Christiane Pfeiffer 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 Wanderhotel Alpenhof (Foto) im Salzburger Land inkl. Anreise. Einsendeschluss ist der 30. September 2023. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

alpenhof.com

Mehr ist möglich
Investieren Sie Geld – nicht Ihre Zeit.
Kümmern Sie sich um das, was Ihnen wichtig ist.
Und wir uns um Ihre Geldanlage.
apobank.de/vermoegensverwaltung
apoBank
Bank der Gesundheit