

02/2021



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin



Wenn der Unterschied entscheidet

Gendermedizin auf dem Weg
aus dem Schattendasein

Entwickelt für Ihre Zukunft. Exklusive Vorsorge für Mitglieder des Hartmannbundes.



Setzen Sie auf ein einzigartiges Vorsorgekonzept: DocD'or kombiniert eine flexible Altersvorsorge mit einem speziellen Berufsunfähigkeitsschutz für Ärzte – damit Sie auf alle Wechselfälle vorbereitet sind. Am besten von Anfang an: Berufseinsteiger zahlen in den ersten Jahren stark reduzierte Beiträge bei vollem Versicherungsschutz. **Sichern Sie jetzt Ihre Zukunft mit DocD'or.**

Jetzt beraten lassen: 02 21 / 1 48-2 27 00
www.aerzteversicherung.de

Editorial



Dr. Klaus Reinhardt
Vorsitzender des Hartmannbundes
Verband der Ärztinnen und Ärzte
Deutschlands

*liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,*

ich glaube, darin sind wir uns einig: Egal wie intensiv wir es in den vergangenen 15 Monaten mit Corona zu tun hatten. Es reicht. Nicht, dass wir uns das Ende der Pandemie etwa einfach so herbeiwünschen könnten oder uns unserer Verantwortung bei der weiteren Bekämpfung von Covid-19 nicht bewusst wären. Selbstverständlich nicht. Aber, ich habe es kürzlich schon einmal so formuliert: Wir wollen endlich weg vom Daueralarm, hin zu professioneller Routine im Umgang mit dem Virus. Denn wir werden künftig nicht mehr von Wellen reden, sondern von einem mehr oder weniger latenten Dauerzustand. Alle Beteiligten haben in den vergangenen Monaten so viele Erfahrungen machen und so viel Expertise ansammeln können, dass man sich nicht mehr so einfach auf Überraschungen oder Unvorhersehbares wird berufen können. Deshalb wird auch unsere Bewertung des politischen Managements der Pandemie – von der Impfstoffverteilung über Lockdown bis hin zu Schulschließungen – sicher kritischer ausfallen als bisher.

Was wir in jedem Fall erwarten, sind Maßnahmen, die auf Grundlage des bisher Erlebten eine Balance schaffen. Wir brauchen politische Entscheidungen, die ein vernünftiges Gleichgewicht herstellen zwischen Einschränkungen unseres Lebens und einem verantwortbaren Maß der Akzeptanz vorhandener Infektionen. Das wird, wenn wir auf absehbare Zeit mit dem Virus leben, die eigentliche Herausforderung sein. Denn völlig zu Recht richtet sich der Blick inzwischen immer mehr nicht nur auf die erfolgreiche Bekämpfung der Pandemie, sondern auch auf die „Kollateralschäden“, die die zahllosen Maßnahmen hinterlassen haben. Ich meine damit nicht nur die materiellen volkswirtschaftlichen Auswirkungen der eingreifenden Einschränkungen unseres Alltags. Ich meine auch die vielfältigen psychosozialen Folgen. Die Angst vor dem Verlust der Existenzgrundlage, die Einsamkeit der älteren Menschen, die Situation in den Familien, die sich zwischen Homeoffice und Schulschließungen neu zurechtfinden müssen. Es ist vielleicht übertrieben, von einer „Generation COVID“ zu sprechen. Unbestreitbar ist allerdings, dass der Lockdown in unseren Schulen bei den Kindern und Jugendlichen unserer Gesellschaft schon jetzt gravierende Folgen erkennen lässt. Die Kolleginnen und Kollegen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie berichten von alarmierenden Entwicklungen.

Ich erwarte deshalb von den politisch Verantwortlichen für den Herbst, wenn in der neuen Normalität die Zahl der Infektionen wieder steigen wird, ein Konzept, das Schulschließungen zur ultimativen Ausnahme macht. Wir wissen, was auf uns zukommt. Eine kreative Pause können wir uns nicht erlauben. Unsere Schulen, vor allem aber unsere Schülerinnen und Schüler brauchen ein nachhaltiges Konzept und ein Förderprogramm der Regierung.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, diese Entwicklung werden wir intensiv begleiten, und sicher wird das Zutrauen in Politik bei der Bewältigung derartiger Herausforderungen auch unsere Entscheidung bei der Bundestagswahl beeinflussen.

Für die bevorstehenden Urlaubswochen wünsche ich Ihnen eine gute Zeit.

Ihr

Klaus Reinhardt

JETZT IM STORE: DIE HARTMANNBUND-APP



Hartmannbund



DIGITALISIERUNG MUSS ALLEN NUTZEN

Das ist unser Maßstab. Ob bei Digitalen Gesundheitsanwendungen oder bei unserer App – Ihrem Hartmannbund für die Hosentasche. So haben Sie berufspolitisch alles im Blick und kennen Ihre Vorteile als Mitglied des Hartmannbundes. Informativ. Aktuell. Individuell. Diagnose: Nützlich. Bleiben Sie auch auf allen anderen Kanälen auf dem Laufenden. Ob über App, www.hartmannbund.de, bei Facebook, Twitter oder Instagram.

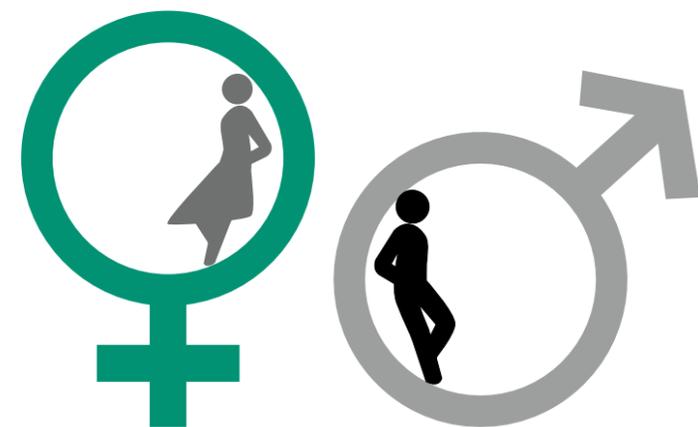
DIAGNOSE: NÜTZLICH



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

Inhalt



... wenn der Unterschied entscheidet

Dass Frauen anders erkranken als ihr männliches Gegenüber, diese Erkenntnis führt – gemessen an ihrer Bedeutung – noch weitgehend ein Leben im Verborgenen. Jenseits von leidenschaftlichen Debatten über Sternchen oder den berühmten berüchtigten Doppelpunkt bei der Umsetzung gendergerechter Sprache setzt sich die geschlechtsspezifische Diagnose und Behandlung von Krankheiten zwar eher im Stillen und nur langsam, dafür aber immer nachhaltiger durch. Und auch wenn bei einer solchen Betrachtung der Gesundheit von Frauen und Männern seit den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts (und bis heute!) Frauen die Vorreiterinnen sind, sollte das nicht den Blick dafür verstellen, dass auch Männer von den wissenschaftlichen Erkenntnissen dieser Forschung profitieren. Gendermedizin ist keine Frauenheilkunde.

6

12
Studie gibt der Lehre in Gendermedizin ein „Unzureichend“
Nachholbedarf an Fakultäten



13
Zwischen Sparen und Reformieren – Vieles wird auf den Prüfstand kommen
Die Diskussionen um grundlegende Reformen der GKV nehmen Fahrt auf



18
Die „grüne (Bürger-) Krankenversicherung“
Das integrierte System als trojanisches Pferd?

14
„Ich hatte gehofft, dass Deutschland es mal schnell und unbürokratisch schafft“
Impfalltag zwischen Engagement und Frust



22
Vom langen Ringen um eine würdige Lösung
Neuregelung der Suizidhilfe

16
Ist der Traum vom „ewigen“ Leben wirklich zum Greifen nah?
Altern als Krankheit – Epigenetische Medizin als Menschheits-Revolution?



24 HB Intern
26 Service Kooperationspartner
32 Ansprechpartner
34 Impressum

... wenn der Unterschied entscheidet

„Gendermedizin
ist keine
Frauenheilkunde“

Dass Frauen anders erkranken als ihr männliches Gegenüber, diese Erkenntnis führt – gemessen an ihrer Bedeutung – noch weitgehend ein Leben im Verborgenen. Jenseits von leidenschaftlichen Debatten über Sternchen oder den berühmt berüchtigten Doppelpunkt bei der Umsetzung gendergerechter Sprache setzt sich die geschlechtsspezifische Diagnose und Behandlung von Krankheiten zwar eher im Stillen und nur langsam, dafür aber immer nachhaltiger durch. Und auch wenn bei einer solchen Betrachtung der Gesundheit von Frauen und Männern seit den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts (und bis heute!) Frauen die Vorreiterinnen sind, sollte das nicht den Blick dafür verstellen, dass auch Männer von den wissenschaftlichen Erkenntnissen dieser Forschung profitieren. Gendermedizin ist keine Frauenheilkunde.

Ausgerechnet Corona könnte für die geschlechtersensible Medizin ein Segen sein. Dass die biologischen Unterschiede zwischen Männern und Frauen zu unterschiedlichen Prävalenzen, Erkrankungen und Reaktionen auf Arzneimittel führen können, zeigt SARS-CoV-2 gerade exemplarisch. Noch steckt die „Gendermedizin“ in den Kinderschuhen, doch Corona könnte die Aufmerksamkeit für sie erhöhen. Denn Gendermedizin ist keine „Extrawurst für Frauen, sondern verbessert auch die Versorgung der Männer“, sagt nicht nur Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, Hausärztin aus Pforzheim.

„Wir lernen aus der Pandemie, dass man in der Medizin auch das Geschlecht unterscheiden muss“, sagt Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk. Während das Risiko für schwere und tödliche COVID-19-Verläufe bei Männern höher ist als bei Frauen, sind fast nur diese nach Impfungen (vor allem mit AstraZeneca) von Sinusthrombosen betroffen. „Das ist eindeutig hormoneller Einfluss“, sagt Kaczmarczyk, die sich seit Jahrzehnten mit geschlechtersensibler Medizin beschäftigt und die erste Professur für „Frauenspezifische Gesundheitsforschung“ an der Berliner Charité mitinitiierte.

Bei den Männern vermuten Forscher, dass die ACE2-Rezeptoren mit ursächlich sind für die hohe Erkrankungsrate. Deren Konzentration ist bei Männern offenbar höher, als bei Frauen. Ein Faktor könnte auch die Serinprotease TMPRSS als Co-Rezeptor für SARS-CoV-2 in Verbindung mit dem Testoste-

ronspiegel spielen. Insgesamt sei die Rolle der Geschlechtshormone bei der COVID-19-Erkrankung jedoch komplex, und „viele Fragen hinsichtlich der Geschlechterunterschiede bei der SARS-CoV-2-Infektion sind derzeit noch ungeklärt“, resümieren Wissenschaftler der Universitäten Bern und Zürich in einem Aufsatz im Swiss Medical Forum unter der Überschrift „COVID-19: ein geschlechtsbezogener Blick auf die Pandemie“ (SMF, 3-4/2021). In der Schweiz wollen Wissenschaftler Antworten finden, dort werden gerade alle COVID-Patienten mit Blick auf relevante Geschlechterunterschiede untersucht.

Corona als Katalysator?

„Corona ist ein interessantes Beispiel für Gendermedizin“, sagt Dr. Nicola Buhlinger-Göpfarth, die als Allgemeinmedizinerin in Pforzheim niedergelassen und Lehrbeauftragte der Universität Heidelberg ist. COVID-19 zeige, dass es nicht mehr Lehrstühle für Epidemiologie und Infektiologie, wie viele gefordert haben, sondern gerade für Gendermedizin geben müsse. An den Hochschulen komme das Thema Gendermedizin kaum vor, erzählt Buhlinger-Göpfarth. In der Uni, an der ihre Tochter Medizin studiert, würden die klinischen Symptome von Frauen bei Herzinfarkt als atypisch bezeichnet. Das zeige eine Haltung, die in der Medizin leider immer noch vorhanden sei, ärgert sie sich: Der männliche Körper werde als der Normkörper betrachtet, Symptome bei Frauen als Abweichungen oder atypisch.

Dass es medizinisch relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, „das wissen wir ja schon“, sagt Prof. Dr. Werner-J. Mayet, bis 2020 Chefarzt und Ärztlicher Direktor des Nordwestkrankenhauses Sanderbusch in Niedersachsen. „Frauen haben zwei X-Chromosomen und mehr Gene als Männer.“ Dass Pharmakokinetik, Pharmakodynamik und Bioverfügbarkeit verschieden sind, ist hinlänglich bekannt. Aber auch in der Praxis hat der inzwischen im Ruhestand befindliche, aber weiter als Rheumatologe praktizierende Mayet – wie viele seiner Kollegen und Kolleginnen auch – die Erfahrung gemacht, dass Krankheiten Männer und Frauen ganz unterschiedlich treffen können. Wenn vor allem Frauen an Lupus, MS oder rheumatoider Arthritis leiden, „lernt man schon sehr früh, dass es da Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt“, so Mayet. Vor allem die gendermedizinischen Erkenntnisse, die mit der Zeit in der Kardiologie gewonnen wurden, führten den Rheumatologen zur geschlechtersensiblen Medizin. Ein Thema, das für



Dr. Nicola Buhlinger-Göppfarth, Lehrbeauftragte der Universität Heidelberg; Prof. Dr. Gabriele Kaczmarczyk, Professorin für „Frauenspezifische Gesundheitsforschung“ an der Berliner Charité; Prof. Dr. Sabine Oertelt-Prigione, Professur zur geschlechtersensiblen Medizin an der Universität Bielefeld (ab dem Wintersemester); Dr. Hildegard Seidl, Fachreferentin für Gendermedizin der München Klinik

den ehemaligen Chefarzt nicht nur eine Modeerscheinung, sondern eine „moderne Geschichte“ und „für mich als Mediziner extrem wichtig“ ist. In Sanderbusch bot er deshalb auch Symposien zu Gendermedizin an.

„Bis vor rund 10 Jahren waren wir Mediziner davon überzeugt, es genüge, Neues am Männerkörper zu erproben und zu erforschen und es könnten die gewonnenen Ergebnisse ebenso für Frauen gelten...“

Die amerikanische Kardiologin und Medizinwissenschaftlerin Marianne Legato in den 80er Jahren

Die Kardiologie ist die Disziplin, in der es bislang die meisten Erkenntnisse über Geschlechterunterschiede gibt. Das klassische Beispiel: der Herzinfarkt, der sich bei Frauen mit ganz anderen Symptomen äußern kann als bei Männern. Während letztere meist starke Schmerzen oder Druckgefühl im Brustraum auf der linken Seite haben, klagen etwa 20 Prozent der Frauen über Übelkeit oder Erbrechen, Schmerzen im Nacken-, Kiefer- oder Schulterbereich, über Unwohlsein oder plötzliche Erschöpfung und Müdigkeit. Das Risiko, ohne richtige Diagnose nach Hause geschickt zu werden, sei bei Patientinnen doppelt bis vierfach so hoch wie bei Patienten mit Brustschmerzen, führt der israelische Arzt Prof. Dr. Marek Clezerman in seinem 2016 erstmals erschienenen Buch „Frauen sind anders krank“ aus.

Bei Herzinsuffizienz haben Frauen eher Probleme mit der Dehnbarkeit des Herzens, Männer mit der Pumpfunktion. ACE-Hemmer und Betablocker benötigen Frauen in niedrigeren Dosen und sie lösen bei ihnen häufiger als bei Männern Nebenwirkungen aus. Vorhofflimmern ist bei Frauen öfter mit Schlaganfall verbunden. Und Diabetes erhöht beim weiblichen Geschlecht das Risiko für eine KHK-Erkrankung um das Fünf- bis Siebenfache, bei Männern ist es „nur“ das Drei bis Vierfache.

Eine Herzkrankheit, die fast nur Frauen betrifft, ist die Tako-Tsubo-Kardiomyopathie, die meist nach der Menopause auftritt und auf die plötzliche Überflutung mit Stresshormonen zurückgeht. Stress erhöht bei Frauen zudem das Risiko für Herzgefäßerkrankungen. Schon eine Steigerung des Blutdrucks von 120 auf 130 bedeutet für sie eine „ernsthafte Ri-

sikoerhöhung“, sagt Prof. Vera Regitz-Zagrosek, von 2007 bis 2019 Inhaberin des ersten Lehrstuhls in Deutschland für geschlechtersensible Medizin am Charité-Institut für Geschlechterforschung. „Für Blutdruckwerte und auch Blutfette müsste es Grenzen geben, die anders sind als bei Männern“, so die Kardiologin, die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für geschlechtsspezifische Medizin und weltweit als Expertin für Gendermedizin anerkannt ist.

Autoimmunerkrankungen suchen größtenteils Frauen heim, „ohne dass klar ist, was dahintersteckt“, sagt Vera Regitz-Zagrosek. 17 Prozent der Frauen, aber nur sechs Prozent der Männer leiden unter Migräne. Bei Frauen ist die Schmerztoleranz zudem niedriger. Trotzdem, so Marek Clezerman, werde ihnen „normalerweise eine weniger intensive Schmerzbehandlung angeboten“. Angesichts der bekannten Unterschiede in der Pharmakokinetik und -dynamik sei es „unlogisch, Schmerzmittel gedankenlos in derselben Art zu verordnen“ bei beiden Geschlechtern, schreibt Clezerman.

Forschung war männlich ausgerichtet

Dass die Medizin mit Blick auf die Geschlechterunterschiede lange blind war, das lag nicht nur an der männlichen Dominanz in diesem Bereich, sondern auch an der Forschung und an den Studien, die früher fast ausschließlich an männlichen Tieren oder in der klinischen Phase mit männlichen Probanden erfolgten. Weibliche Tiere oder Frauen waren meist ausgeschlossen, weil Forscher Verzerrungen aufgrund der hormonellen Schwankungen während des Zyklus fürchteten und – seit Contergan – keine Schäden an Ungeborenen bei nicht bekannten Schwangerschaften in Kauf nehmen wollten.

Die Vorgaben zu klinischen Studien und präklinischen Arzneimittelentwicklungen verfolgen inzwischen das Ziel, eine repräsentative Einbeziehung von Frauen und weiblichen Tieren in die Forschung zu erreichen. 1993 legte beispielsweise die US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA fest, dass bei der Arzneimittelentwicklung Patienten beiderlei Geschlechts einzubeziehen sind und bei der Wirksamkeit wie auch der Unbedenklichkeit nach signifikanten Geschlechterunterschieden zu suchen ist. Seit 2004 ist es laut dem Verband der forschenden Arzneimittelunternehmen (vfa) in Deutschland Pflicht, dass grundsätzlich Frauen und Männer an klinischen Studien teilnehmen müssen. „Es müssen so viele von jedem Geschlecht eingeschlossen werden, dass es möglich ist, Unterschiede im Ansprechen auf die Behandlung auf-

zudecken“, teilt vfa mit. Verschiedene Leitlinien, etwa von ICH und der europäischen Zulassungsbehörde EMA, verlangen für die präklinische Arzneimittelentwicklung ebenfalls, dass Tiere beiderlei Geschlechts in die Untersuchungen einbezogen werden sollen.

Diese Vorgaben halten Kritiker jedoch für zu weich. Sie seien nur eine Empfehlung, sagt etwa der Gesundheitswissenschaftler Prof. Gerd Glaeske vom Sotom Forschungszentrum der Universität Bremen im Newsletter in einem Interview mit dem Informationsportal „gendermed.info“ („Verordnungsgewohnheiten werden älteren Patientinnen und Patienten oft nicht gerecht“). Frauen seien in maximal ein Drittel der klinischen Studien beteiligt. Ähnlich stelle sich die Situation bei Tierexperimenten dar: Hier würden die Versuche zu 70 Prozent an männlichen Ratten oder Mäusen vorgenommen, sagt Prof. Gabriele Kaczmarczyk, die Mitglied der Berliner Tierversuchskommission ist. Eine Untersuchung ergab 2010 sogar, dass nur zehn Prozent der Tierexperimente an weiblichen Tieren vorgenommen wurden. „2018 hatte sich daran nach einer neuen Erhebung gar nichts geändert“, berichtet Prof. Vera Regitz-Zagrosek.

„Der typische Schmerzpatient ist über 55 Jahre alt und weiblich. Das typische Forschungsobjekt in der Pharmakologie ist jedoch eine acht Wochen alte männliche Maus.“

Die US-amerikanische Wissenschaftlerin E.C. Hayden



Grafik: Chaos101/shutterstock.com

In pharmakologischen Studien werden fast immer männliche Versuchstiere verwendet und in klinischen Studien nehmen immer noch mehr Männer teil, sagt auch Oliver Werz, ebenfalls in einem Gespräch mit „gendermed.info“ („Männliche Maus – weibliche Maus – Geschlechterspezifität beginnt in der Grundlagenforschung“). An der Universität Jena arbeitet der Pharmazeut an einer gender-tailored therapy. Das Ziel seiner Forschung ist die geschlechtsspezifische Regulation von Entzündungsprozessen und deren pharmakologische Therapie. Wenige Wissenschaftler beschäftigen es auch, ob die Zelle männlich oder weiblich sei. „Damit gehen aber ganz wichtige Erkenntnisse verloren“, weil es belastbare Fakten dafür gebe, dass die Zellen unterschiedlich reagieren. „Was natürlich dann auch zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen bei der Wirkweise von Arzneistoffen führen kann“, so Werz.

Ein weiteres Problem in der Forschung sieht Gabriele Kaczmarczyk darin, dass Studienergebnisse nicht umfassend geschlechtsspezifisch ausgewertet werden. „Das geschieht meiner Meinung nach viel zu wenig“, sagt sie. Auch Prof. Dr. Sabine Oertelt-Prigione, die ab dem Wintersemester an der Universität Bielefeld die neue Professur zur geschlechtersensiblen Medizin bekleiden wird, findet, dass getrennte Analysen „nicht so intensiv gemacht werden, wie wir es uns wünschen würden“. Bei den Covid-Vakzinen etwa

Anzeige

PVSforum
FORTBILDUNGSINSTITUT

**GOÄ-WISSEN
FÜR IHREN
PRAXISERFOLG**

**Sicher weiterbilden
mit Online-Seminaren:**

GOÄ – Urologie 07.07. // 18.08.
GOÄ – Grundlagen 21.07. // 25.08.
GOÄ – Orthopädie 18.08. // 15.09.

Alle Seminare: pvs-forum.de



Bei Herzinsuffizienz haben Frauen eher Probleme mit der Dehnbarkeit des Herzens, Männer mit der Pumpfunktion. ACE-Hemmer und Betablocker benötigen Frauen in niedrigeren Dosen und sie lösen bei ihnen häufiger als bei Männern Nebenwirkungen aus.

seien Geschlechterunterschiede in den Nebenwirkungen nicht dargestellt worden.

Laut vfa werden Studien jedoch „konsequent“ ausgewertet. „Denn es verlangt u.a. der Gemeinsame Bundesausschuss, dass jedes Dossier für die frühe Nutzenbewertung eines Medikaments eine geschlechtergetrennte Auswertung enthält“, teilt ein Sprecher des vfa mit.

Dennoch: Die meisten Erkenntnisse in der Gendermedizin stammen nach wie vor nicht aus prospektiven Studien, sondern beruhen auf retrospektiven Beobachtungen. Eines der bekanntesten Beispiele dafür ist Digoxin. Das Medikament wurde nahezu flächendeckend zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen und -schwäche eingesetzt, bevor sich 1999 bei einer nachträglichen Auswertung der Daten herausstellte, dass nur Männer von dem Arzneimittel profitieren, Frauen nicht.

Anzahl der geschlechtersensiblen Studien überschaubar

Daten zu den Unterschieden werden nach und nach zwar generiert, doch die Anzahl der geschlechtersensiblen Studien sei immer noch überschaubar. „Dadurch landet wenig in den Leitlinien, wodurch man aber auch keine Erfahrungen aus der Praxis bekommt. Die Katze beißt sich hier in den Schwanz“, sagt Sabine Oertelt-Prigione. Für ein leitliniengerechtes Evidenzniveau sei es nötig, viel mehr geschlechtersensible Daten zu generieren. Nur 20 Prozent der Studien enthielten getrennte Analysen zu Nebenwirkungen von Arzneimitteln bzw. Therapien. „Solche Daten müssten Standards werden“, so Oertelt-Prigione.

In den Leitlinien hat die Gendermedizin zum großen Teil noch keinen Niederschlag gefunden, das bestätigt auch Prof. Vera Regitz-Zagrosek. Als einen Erfolg sieht sie die Leitlinie für das Management von Herzkreislauferkrankungen in der Schwangerschaft an. Bei Vorhofflimmern gebe es „immerhin kleine Sätze“ in der Leitlinie, dass „das weibliche Geschlecht ein Risikofaktor“ ist für Schlaganfälle, so Regitz-Zagrosek.

Neben der Pharmaforschung sieht die in Zürich arbeitende Genderexpertin die „universitären Leitungen“ in Deutschland als ein

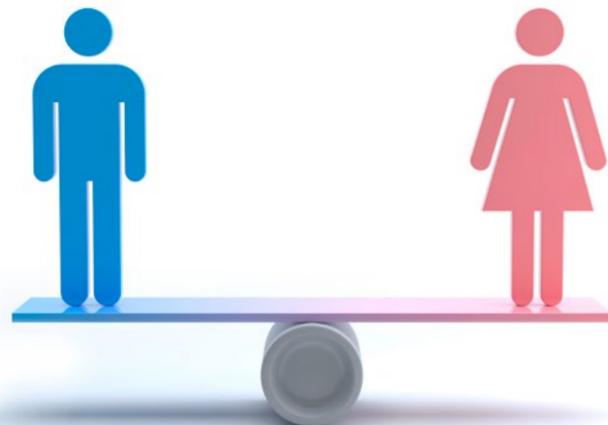
Hindernis, das der Verbreitung der geschlechtersensiblen Medizin im Wege steht. Bislang gibt es nur ein Institut für Geschlechterforschung in der Medizin, das 2007 an der Berliner Charité gegründet wurde. Ab dem Wintersemester 2021/2022 wird es an der neuen medizinischen Fakultät der Universität Bielefeld eine Professur für geschlechtersensible Medizin geben, die mit der Internistin Sabine Oertelt-Prigione besetzt ist. In Sachsen-Anhalt kündigte im vergangenen Jahr das Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal an, zusammen mit der Margarete-Ammon-Stiftung eine Stiftungsprofessur für geschlechtsspezifische Medizin ins Leben rufen zu wollen. Die Gespräche dazu laufen nach Auskunft des Johanniter-Krankenhauses aber noch.

Darüber hinaus sieht es mit Gendermedizin in der Ärzteausbildung mau aus (siehe Artikel Studie zur Implementierung an Unis). In der Regel hängt es vom Engagement der Lehrenden ab, ob Seminare oder Wahlfächer zur geschlechtersensiblen Medizin angeboten werden. Dabei sei das Interesse unter den Studenten und Studentinnen da, „sie fordern es mehr ein“, hat Sabine Oertelt-Prigione festgestellt.

Freilich: Was nicht Prüfstoff ist, wird auch nicht gelernt. Ob in Bielefeld die Studenten über ihr Wissen zur Gendermedizin examiniert werden, sei geplant, aber noch offen, da die Curriculumsentwicklung noch voll im Gange sei, sagt Oertelt-Prigione. Doch entkommen werden die angehenden Ärztinnen und Ärzte in Bielefeld der geschlechtersensiblen Medizin nicht. Die medizinische Fakultät hat sie zum Querschnittsthema erhoben, „um das Thema im Bewusstsein aller zu verankern“, sagt Sabine Oertelt-Prigione.

Fest verankert ist Gendermedizin in der München Klinik. Seit inzwischen 14 Jahren pflegt und initiiert der zweitgrößte kommunale Klinikverbund Deutschlands Projekte, die geschlechtersensible Medizin zum Gegenstand haben. So gibt es seit 2019 in Zusammenarbeit mit der TU München Rechts der Isar eine Jungensprechstunde, die Jungen im Übergang vom Kinderarzt zur Erwachsenenmedizin begleitet. Ferner verfügt die München Klinik über eine Onlinebibliothek zur Gendermedizin, integriert Gendermedizin in der Facharztweiterbildung und Pflegeausbildung und bietet zwei Vorlesungen im Tertial im Praktischen Jahr an. Seit 2020 gibt es zudem eine geschlechterspezifische Auswertung der Qualitätsindikatoren. Im Juni 2021 startet die München Klinik außerdem ein dreijähriges Projekt, das von der Stadt München finanziert ist, für alle Erstversorgenden im Raum München: Sowohl die Sanitäter und Notärzte als auch die Mitarbeitenden in den stationären Notaufnahmen werden über Genderaspekte bei Notfallpatienten geschult.

Wichtig findet Dr. Hildegard Seidl, Fachreferentin für Gendermedizin der München Klinik, aber auch, dass die Patienten selbst über



Geschlechterunterschiede aufgeklärt werden. Denn wissen Frauen nicht, dass sie mit Schulter- oder Bauchschmerzen einen Herzinfarkt haben können, gehen sie zu spät zum Arzt. Die München Klinik stellt deshalb Informationen für Laien zur Verfügung, die auch niedergelassene Ärzte und Ärztinnen nutzen können, so Seidl.

Gendermedizin ist keine Frauenheilkunde

Eine Studie der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf (DISPAR-HF) zeigte im Übrigen kürzlich, dass auch Geschlechterunterschiede auf Seiten der Ärzte und Ärztinnen bei der Anamnese eine Rolle spielen. Vor allem die Ärztinnen, die über ein Video einen vermeintlichen Herzinsuffizienz-Patienten vorgestellt bekamen, interessierten sich für die psychosozialen Aspekte, dagegen wollte nur eine Minderheit der Ärzte dazu Fragen stellen. War der Patient männlich, wollten die Ärzte, besonders aber die Ärztinnen, mehr zum „Lifestyle“ wissen. Dahinter, so die Studienautoren, stecke wohl der „allgemeine Glaube“, dass Frauen gesünder leben. Relevante Risikofaktoren könnten so aber bei Frauen übersehen werden.

„Gendermedizin ist keine Frauenheilkunde, es geht um beide Geschlechter“, betont Gabriele Kaczmarczyk. „Das Ziel ist, die Medizin für beide Geschlechter zu verbessern“, sagt Vera Regitz-Zagrosek. Denn auch Männer profitieren von geschlechtersensibler Forschung und Behandlung. Die Therapie etwa von Brustkrebs bei Männern beruht bislang laut Marek Clezerman auf Erfahrungen, die bei Brustkrebs an Frauen gemacht wurden. Osteoporose und Depression werden bei Männern häufig nicht erkannt, weil sie zum einen als typische Frauenkrankheiten gelten, zum anderen die Symptome sich anders äußern. Depression zeigt sich bei Patienten auch durch gesteigerte Aggressivität oder Suchtverhalten. Doch der PHQ-9-Gesundheitsbogen, mit dem Depressivität bei Patienten diagnostiziert werden soll, erfasse Symptome, „die auf typischen Fragen depressiver Frauen beruhen“, so Clezerman.



Der Traum von einer Krebsprävention, die nach Geschlechtern unterscheidet

Bei vielen Krebsarten sind Männer das „schwache Geschlecht“. Nimmt man Tumore in Organen, die

nicht wie Prostata oder Eierstöcke nur bei einem Geschlecht vorkommen, sind Männer von Krebserkrankungen fast immer häufiger betroffen als Frauen. Nicht nur Lebensstil und berufliche Exposition, sondern auch Gene und Hormone spielen bei der Entstehung von Krebs eine wichtige Rolle. „Wird im Labor ein chemisches Kanzerogen verabreicht, sind Männchen häufiger befallen als Weibchen“, sagt Privatdozentin Dr. Andrea Kindler-Röhrborn, Krebsforscherin am Institut für Pathologie der Universitätsmedizin Essen. Beispiel Leberkrebs, hier gibt es Parallelen zwischen Mäusen und Menschen. Das weibliche Geschlecht ist vier- bis achtmal weniger von Leberkrebs betroffen als das männliche Pendant. „Ein Riesenunterschied, bei dem man weiß, dass die Geschlechtshormone eine Rolle spielen“, so Kindler-Röhrborn.

Ursächlich für die Geschlechterunterschiede sind zum einen die Geschlechtschromosomen. Der Umstand, dass Frauen zwei X-Chromosomen besitzen, beschert ihnen einen klaren Vorteil. Tumorsuppressorgene etwa, die auf dem X-Chromosom sitzen

Auch bei Osteoporose werden aus Daten, die fast ausschließlich bei Frauen gewonnen wurden, Therapien für Männer abgeleitet. „Aufgrund klinischer Erfahrungen mit dem einen Geschlecht diagnostische Rückschlüsse auf das andere Geschlecht zu ziehen, ist allerdings, als würde man anhand eines Modells mit einem männlichen Durchschnittskörper Abendgarderobe für Frauen entwerfen. Es ist Zeit für einen Paradigmenwechsel“, so Clezerman.

„In unterschiedlichsten Untersuchungen werden Details ermittelt, genetische Faktoren diskutiert und Labordaten interpretiert, aber die einfachste differenzierende Frage wird oft gar nicht gestellt: Handelt es sich bei dem Patienten um einen Mann oder eine Frau“.

Prof. Dr. Petra Thümann, ehemaliges Mitglied des Sachverständigenrates der Bundesregierung

Gendermedizin ist inzwischen auch in der digitalen Medizin ein Thema. Wenn Datensätze, Modelle und Algorithmen Frauen nicht ausreichend berücksichtigen und Frauen zudem auch in der Entwicklung und Programmierung von Künstlicher Intelligenz (KI) unterrepräsentiert seien, wirke sich das auch auf die KI-basierte Forschung und Anwendung aus, warnt Epidemiologin Brigitte Strahwald von der LMU München auf einer Veranstaltung laut einem Bericht des Deutschen Ärzteblatts („Den Gender-Bias vermeiden“, 10/2020). „Das ist ein blinder Fleck, auf den wir uns fokussieren müssen.“

Verzerrungen aufgrund nicht gendergerechter Daten fürchtet der Deutsche Ärztinnenbund auch bei digitalen Gesundheitsapps. Wenn in der analogen Welt Genderaspekte noch nicht selbstverständlich in die Medizin integriert seien, bestehe die große Gefahr, dass sie in einer digitalen Welt erst recht übersehen werden.

und durch Mutation oder andere genetische Veränderungen bei Männern zerstört sind, können bei Männern zu Krebserkrankungen führen. Frauen dagegen haben „noch eine zweite Kopie, die dagegen hält, das entscheidende Protein macht und Frauen damit vor dem Tumor schützt“, so Andrea Kindler-Röhrborn.

Einige Mechanismen bei der Entstehung von Tumoren also bekannt. Die Forschung strebt aber weiter in die Tiefe. „Ich möchte ganz genau wissen, wie es im kleinsten Molekül funktioniert“, sagt die Leiterin der Forschungsgruppe „Molecular Cancer Prevention Research“ in Essen. „Mein Traum ist eine Krebsprävention, die sich nach Männern und Frauen unterscheidet. Ich sehe in meinen Tierversuchen, dass es Faktoren gibt, die weibliche Tiere gegenüber Krebs schützen.“ Die genauen Kenntnisse der diesem Phänomen zugrunde liegenden Prozesse könnten dann auch Männern zugute kommen. Möglicherweise gelinge es, über Medikamente bestimmte Gene zu aktivieren. „Vielleicht nimmt man in 20 bis 30 Jahren einmal im Monat eine bestimmte Pille und ist gegen Krebs geschützt“, sagt Dr. Andrea Kindler-Röhrborn.

Nachholbedarf an Fakultäten Studie gibt der Lehre in Gendermedizin ein „Unzureichend“

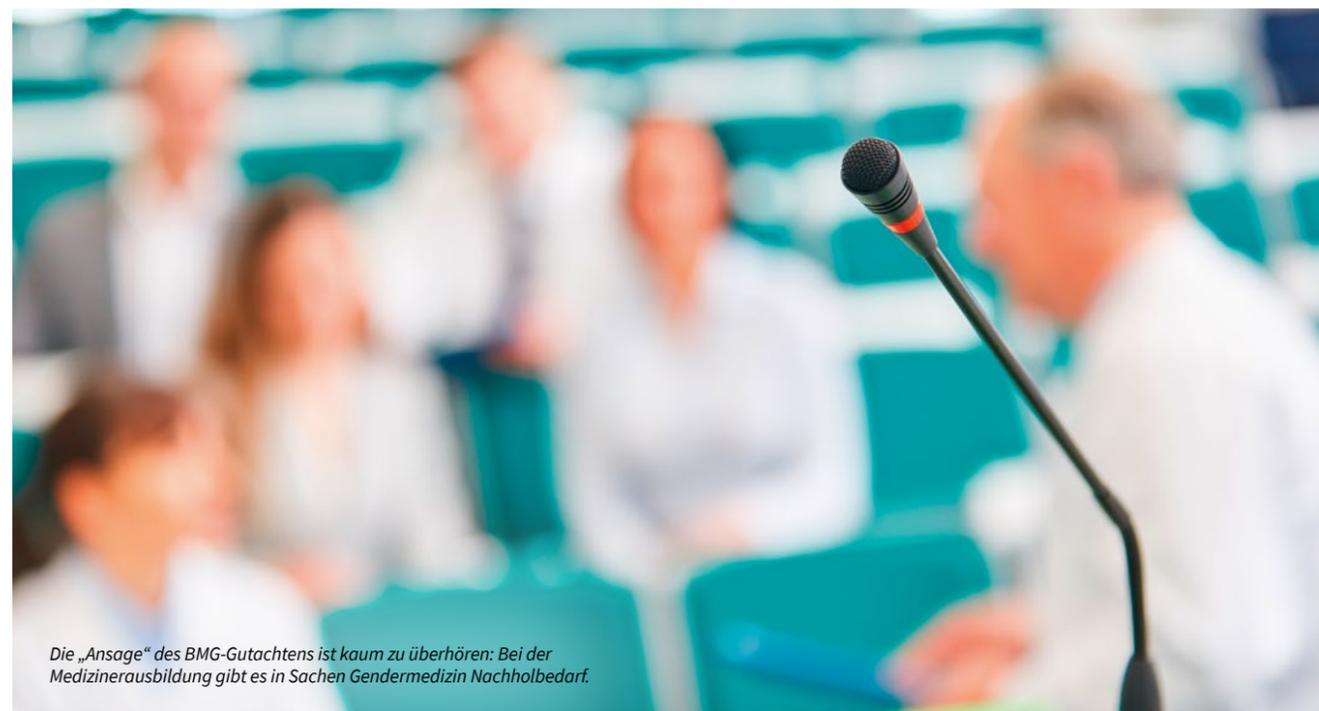
Über geschlechtersensible Medizin erfahren viele angehenden Ärzte und Ärztinnen während ihrer Ausbildung nicht sonderlich viel. Gendermedizin führt an den meisten medizinischen Fakultäten ein Nischendasein. Bei 70 Prozent von ihnen sei die Vermittlung von geschlechtersensiblem Wissen „als unzureichend zu bezeichnen“, heißt es in einem Gutachten, das im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) durchgeführt wurde und den aktuellen Stand der Integration von Aspekten der Geschlechtersensibilität und des Geschlechterwissens in die Ausbildung von Medizinerinnen, Pflegekräften und Physiotherapeuten untersucht. Veröffentlicht wurde es Anfang 2021.

Insgesamt zeigt sich, dass das Gros der Fakultäten nur einzelne Lehrveranstaltungen zum Thema Gendermedizin anbietet. Am weitesten fortgeschritten bei der Wissensvermittlung sind die Universitäten mit Modell- oder Reformstudiengängen. Ihnen, so das Gutachten, sei die Integration von Gendermedizin in die Curricula am häufigsten gelungen – allerdings auch nur auf „einem niedrigen Niveau von 50 Prozent dieser Fakultäten“. Einen Lichtblick gibt es immerhin in den Disziplinen Kardiologie und Pharmakologie: Hier gaben fast alle der befragten 31 Fakultäten an, geschlechtsspezifische Unterschiede zu lehren. Bei einer Umfrage 2016 waren es nur fünf Fakultäten.

„Gendermedizin muss Prüfstoff werden“, fordert Prof. Gabriele Kaczmarczyk, Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes und Mitautorin der BMG-Studie. Dazu sei es sinnvoll, den Nationalen Kompetenzorientierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM), der viele geschlechtersensible Aspekte enthalte, in die neue ab 2025 gültige Approbationsordnung als verbindlichen Bestandteil zu integrieren. Begleitend müsste Gendermedizin schon ab dem ersten Semester

in alle obligatorischen Veranstaltungen des Studiums eingebunden werden. Wichtig seien zudem verbindlich festgelegte Verantwortlichkeiten an den Hochschulen: Gremien oder feste Ansprechpartner müssten mit der strukturellen Verankerung ins Curriculum beauftragt sein.

Die Autoren der Studie fordern außerdem, Gendermedizin in Fort- und Weiterbildungen mehr zum Thema zu machen. „Ebenso sollten beim Erwerb von Zusatzbezeichnungen (Kardiologie u.a.) Kenntnisse von Geschlechterunterschieden in Prävalenz, Inzidenz, Diagnostik, Therapie, Pathophysiologie nachgewiesen werden und entsprechend in den Weiterbildungsordnungen“ integriert sein, heißt es in dem Gutachten. Zum Standard jeder medizinischen Fakultät sollten Angebote gehören, die Lehrende auf den verschiedenen Qualifikationsstufen auf den Umgang mit „Gender in der Medizin“ vorbereiten. Auch bei der Erstellung von Lehr- und Forschungskonzepten im Rahmen von Bewerbungen auf Professuren könnte Gendersensibilität ein wesentliches Kriterium werden.



Die „Ansprache“ des BMG-Gutachtens ist kaum zu überhören: Bei der Medizinerbildung gibt es in Sachen Gendermedizin Nachholbedarf.

Foot: Robert Kneschke/shutterstock.com

Die Diskussionen um grundlegende Reformen der GKV nehmen Fahrt auf Zwischen Sparen und Reformieren – Vieles wird auf den Prüfstand kommen

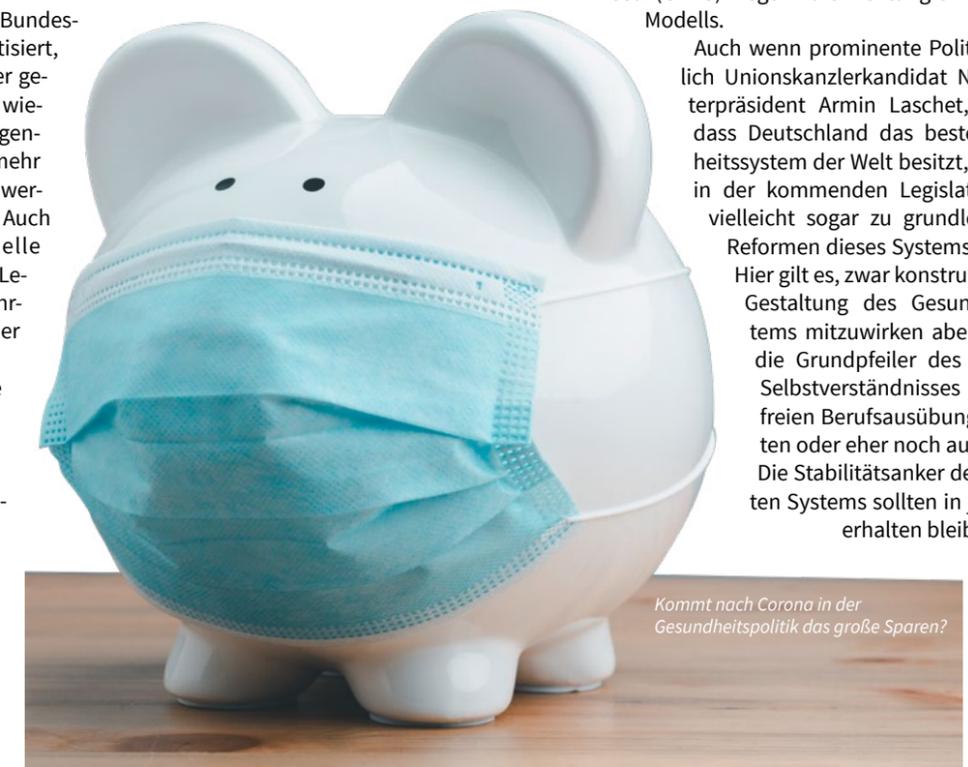
Mit Gesundheitspolitik kann man Wahlen verlieren, aber mit Gesundheitspolitik kann man keine Wahlen gewinnen. Dieser eherne Grundsatz könnte zum ersten Mal in der Geschichte der Bundesrepublik nicht für die am 26. September stattfindende Bundestagswahl zutreffen. Durch „Corona“ steht die Gesundheitspolitik seit nunmehr anderthalb Jahren auf der großen Bühne der Bundespolitik. In der Coronakrise hat sich das Gesundheitssystem durchaus als robust erwiesen. Mit der Krise stehen aber nun zuvor jahrelang nur in gesundheitspolitischen Fachzirkeln bekannte und diskutierte Probleme im Licht der Öffentlichkeit. Die großen Fragen der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens, des Krankenversicherungswesens, des öffentlichen Gesundheitswesens, der Ausgestaltung des ambulanten und stationären Sektors, der Personalausstattung mit Ärzten und Pflegekräften in den Krankenhäusern, der Arzneimittelpolitik oder auch im Bereich der Versorgung mit Medizinprodukten, der weiteren „Digitalisierung“ in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens sind stärker in den Fokus gerückt.

Die demografische Entwicklung bildete schon vor der Krise eine große Herausforderung für die Stabilität der Sozialsysteme. Die Diskussion um die Abhängigkeit der Sozialsysteme vom Faktor „Arbeit“ bzw. „Lohn“ dürfte nach der Bundestagswahl erheblich an Fahrt aufnehmen. Die Bundeszuschüsse zur gesetzlichen Krankenversicherung und nunmehr auch zur Pflegeversicherung haben gerade auch in der Krise den scharfen Blick der Finanzpolitiker auf diese Systeme herausgefordert. Nach der Bundestagswahl dürften das „Sparen“ und die Generierung weiterer Finanzmittel aufgrund des krisenbedingten gewaltigen Lochs im Bundeshaushalt für jeden Bundesfinanzminister, gleich welcher Parteifarbe, prioritär werden. Einerseits werden in den möglichen Szenarien über den richtigen Reform-Weg die schon „bekannteren“ Finanzierungsszenarien aktiviert werden, so zum Beispiel die mögliche Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die GKV-Finanzierung. Es gibt aber auch neue Überlegungen: Der Gesundheitspolitiker Erwin Rüdell MdB (CDU), Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, hat kürzlich thematisiert, er habe es für einen Fehler gehalten, die Praxisgebühr wieder aufzugeben, die „Eigenverantwortung“ müsse mehr in den Blick genommen werden. Mit anderen Worten: Auch Selbstbeteiligungsmodelle werden in der nächsten Legislaturperiode aller Wahrscheinlichkeit nach wieder zur Diskussion stehen.

Neue Strukturmodelle für die gesetzliche Krankenversicherung werden schon entwickelt, die noch weit über die mit einer Bürgerversicherung verbundenen Veränderungen hinausgehen würden. BÜNDNIS 90/

DIE GRÜNEN haben in einem Antrag für den Deutschen Bundestag ein Modell für kooperative und integrierte Gesundheitsregionen vorgestellt, das eine sektorenübergreifende Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Pflegekräfte und weitere Gesundheitsberufe ermöglichen soll. In kommunalen oder regionalen Gesundheitskonferenzen soll zusätzlich die Einbindung gesellschaftlich relevanter Akteure wie Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Unternehmen, Sportvereine und Bildungseinrichtungen erfolgen. Ein „Gesundheitsverbund“ in Gestalt einer Managementgesellschaft übernimmt als Vertragspartner der Krankenkassen in solch einer Gesundheitsregion die Organisation der ambulanten und stationären Versorgung und trägt die virtuelle Budgetverantwortung. Doch auch die Koalitionsfraktionen von CDU/CSU und SPD eröffnen mit der Ausweitung von Selektivvertragsmöglichkeiten gesetzlicher Krankenkassen durch das Ende 2020 verabschiedete Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GVPG) Wege in die Richtung eines solchen Modells.

Auch wenn prominente Politiker, kürzlich Unionskanzlerkandidat NRW-Ministerpräsident Armin Laschet, betonen, dass Deutschland das beste Gesundheitssystem der Welt besitzt, könnte es in der kommenden Legislaturperiode vielleicht sogar zu grundlegenden Reformen dieses Systems kommen. Hier gilt es, zwar konstruktiv an der Gestaltung des Gesundheitssystems mitzuwirken aber dennoch die Grundpfeiler des ärztlichen Selbstverständnisses sowie der freien Berufsausübung zu erhalten oder eher noch auszubauen. Die Stabilitätsanker des bewährten Systems sollten in jedem Fall erhalten bleiben.



Kommt nach Corona in der Gesundheitspolitik das große Sparen?

Foot: LookerStudio/shutterstock.com

Impfalltag zwischen Engagement und Frust

„Ich hatte gehofft, dass Deutschland es mal schnell und unbürokratisch schafft“

Die Zahl der Geimpften steigt rasant an, seitdem auch Arztpraxen die Corona-Schutzimpfung durchführen. Fast 70.000 Niedergelassene beteiligen sich an der bundesweiten Impfkampagne. Ein Kraftakt für die Ärztinnen und Ärzte, die ihren Praxisalltag wegen des Ansturms der Impfwilligen komplett neu organisieren mussten. Dr. Antonia Stahl, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Falkensee, engagiert sich in vorderster Linie des Hartmannbundesverbandes Brandenburg und impft seit der ersten Stunde mit. Die Unsicherheit bei der Vakzinversorgung, entgegen der politischen Zusagen, ärgert sie.

„Bitte Abstand wahren. Vielen Dank!“, steht in großen Lettern auf dem Boden der Praxisgemeinschaft Falkensee. Zögerlich tritt eine Mittzwanzigerin an den Empfang und fragt mit leiser Stimme nach einem Impftermin. Es müsse nicht gleich und sofort sein – vielleicht August? Im Kalender nachgeschaut, klappt es schon Ende Juli mit dem heiß ersehnten Piks. Der jungen Frau fällt sichtlich ein Stein vom Herzen.

Ganz so friedlich läuft es dieser Tage nicht immer ab, weiß Dr. Antonia Stahl zu berichten. 2018 hat die Allgemeinmedizinerin die Praxis in der stetig wachsenden Stadt vor den Toren Berlins mit drei angestellten Ärzten eröffnet. „Von Anfang an, seit Impfbeginn, sind wir massiv überrannt worden.“ Sie selbst war bereits Ende Dezember bei der Impfkampagne mit dabei, hat in den von ihr betreuten Pflegeheimen Wirkstoff verabreicht. Damals war die 34-Jährige schwanger, aber trotzdem voller Tatendrang und großer Erwartungen. „Ich habe gedacht, wir müssen jetzt impfen, wir müssen in die Masse gehen und deshalb nehme ich mein persönliches Risiko in Kauf. Ich hatte gehofft, dass Deutschland es mal schafft, schnell und unbürokratisch zu agieren. Dass man da richtig Druck reinbringt und nicht auf das Geld schaut, Manpower zur Verfügung stellt und mehr. Das war leider nicht der Fall“, sagt sie heute ernüchtert mit den Erfahrungen der vergangenen Monate.

Der Impfstoffmangel macht alles unplanbar

An diesem Freitagnachmittag stehen nach der regulären Sprechstunde wieder Impfungen an. Still ist es im Warteraum, geordnet und vor allem schnell wird hier geimpft, die Patienten verlassen mit einem Lächeln selig die Praxisräume. Allein das bürokratische Drumherum sorgt für Kopfschmerzen und Unzufriedenheit bei allen Beteiligten. 96 Ampullen stehen diese Woche zur Verfügung, da hätten sie im Gegensatz zu Einzelpraxen noch Glück, so Antonia Stahl. Der Impfstoffmangel mache jede Planung zunichte. „Eine unerträgliche Lage. Das ist es jede Woche ein Rechnen, ein Umbestellen – da ist so viele Extraarbeit, die würde wegfallen, wenn wir jetzt genug Impfstoff hätten. Wenn wir jetzt alle hintereinander wegimpfen, wären wir bald in einem akzeptablen Status.“

Fünf Kolleginnen befassen sich mit der Praxisorganisation, etwa 1800 Patienten werden insgesamt betreut. Sabine Hintze ist als Quereinsteigerin zum Team hinzugestoßen, vorher war sie Zahnmedizinische Fachangestellte. Sie kümmert sich vor allem um die unzähligen Anrufer und die Abrechnung. „Meistens sind die Reaktionen am Telefon sehr positiv.“ Auf der anderen Seite habe man mit

dreisten Anfragen zu kämpfen. Vielen würde ausgerechnet jetzt einfallen, dass sie einen neuen Hausarzt brauchen. Der Nerven liegen blank. Erst letztens wurde eine Frau ausfällig, weil das PCR-Ergebnis nicht farbig ausgedruckt wurde. Mit solchen Situationen haben die Angestellten zwangsweise gelernt, umzugehen. Nicht einfach sei, dass zum Beispiel für jedes Vakzin andere Formulare gelten, andere Stellen zuständig seien, berichtet Sabine Hintze weiter. Der Aufwand sei einfach enorm. „Wir arbeiten aktuell eine Warteliste von etwa 300 Leuten ab und mussten sogar neue Mitarbeiterinnen einstellen“, sagt Antonia Stahl. Eigens für die Impfwilligen wurden die Telefone neu geschaltet und trotzdem seien alle vier Leitungen permanent verstopft. Patienten, die andere Anliegen haben, erreichen die Praxis nicht. Und so sehe es in ganz Deutschland aus. „Je länger das anhält, umso weniger Verständnis gibt es. Das wird durch die Politik befeuert“, sagt die Ärztin. „Die rennen uns hier die Bude ein. Da hilft es auch nicht, wenn ein Herr Spahn sagt, bitte seien Sie nicht sauer auf die Arztpraxen. Wenn man den Leuten erzählt, es gibt Impfstoff und dann gibt es nichts, sind sie enttäuscht und lassen ihre Wut dort ab, wo sie gerade sind, bei uns und nicht im Bundesgesundheitsministerium.“ Die Aufhebung der Priorisierung mache die heikle Situation zudem nicht einfacher.



Fast jeden Tag wird in der Praxisgemeinschaft in Falkensee geimpft.

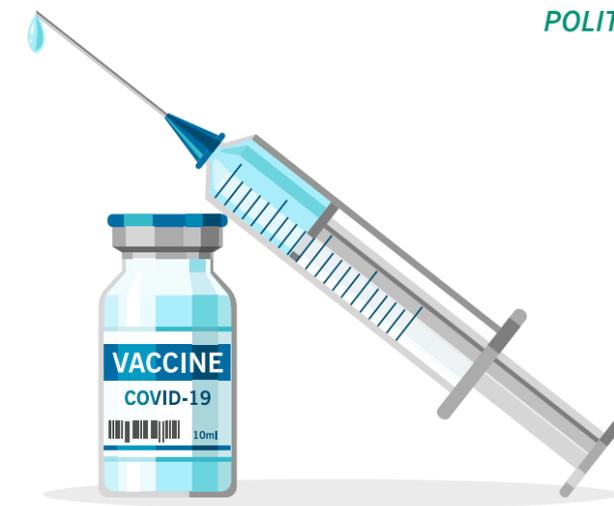
Impfzentren sorgen für Mehraufwand in den Praxen

Die Schließung der Impfzentren hält sie für unausweichlich und richtig. „Wir versuchen der Situation Herr zu werden, bringen enorme Zeit auf, um das aufzufangen, was ein Impfzentrum durch seine Bürokratie nicht leisten kann. Die Atteste muss ich sowieso ausstellen, da kann ich gleich impfen. Mir wäre es lieber, ich hätte eine unbegrenzte Menge Impfstoff zur Verfügung und könnte so planen, wie ich möchte.“ Es gibt viele solcher „Baustellen“. Erst kürzlich ist der Feldtest für den Digitalen Impfpass in Brandenburg angelaufen. „Auch das wird wieder schiefgehen und dass, obwohl man sich seit Monaten darauf vorbereiten konnte“, ist sie sich sicher. Die Entlohnung ist ebenfalls Thema: Für eine normale Impfung seien 20 Euro durchaus gerechtfertigt. Mit dem aktuellen Aufwand zu wenig – hinzukomme das Bereitstellen der Einwilligungserklärung, die Nachbeobachtung etc.

Antonia Stahl ist eine Macherin, versucht Prozesse im Praxisalltag zu vereinfachen. So wird man in Zukunft Impftermine im Internet bei ihr buchen können. Klar sei ihr jedoch, dass man damit nur die technisch Affinen erreiche. Nichtsdestotrotz bliebe dann die Zeit, sich wieder den vielen „normalen“ Patienten zu widmen. „Die Terminvergabe bindet einfach zu viel Personal.“ Digital sind sie und ihre Kollegen übrigens schon länger unterwegs. cloudbasiert wird gearbeitet und papierlos. „Ich bin ein Fan davon“, erzählt sie begeistert. Während der Pandemie hat sich die Videosprechstunde bei ihr vermehrt durchgesetzt. Im Alter zwischen 25 und 55 Jahren seien die meisten,



Für die Terminvergabe mussten neue Mitarbeiterinnen eingestellt werden.



die das Angebot nutzen. Das Besprechen der Medikamentierung, Laborwerte und Krankschreibungen sei so unkompliziert möglich. Praktisch ist das gleichwohl für ihre persönliche Situation. Als junge Mutter kann sie problemlos im Homeoffice arbeiten. Im März kam Sohn Hugo zur Welt, mit ihrem Mann teilt sie sich die Betreuung.

Selbst das Arbeitsklima als Niedergelassene gestalten

Mit ihrer Praxis ist für Antonia Stahl ein Lebenstraum in Erfüllung gegangen. Als Tochter eines Elektrikers und einer Buchhalterin hat sie sich über den Umweg der Germanistik nach einem Semester für die Medizin entschieden und an der Berliner Charité studiert. Immer im Kopf hatte sie das Bild ihrer Hausärztin in der Kindheit, sie sei ihr Vorbild gewesen. „Das wollte ich sein, mit eigener Niederlassung. Das Beste daran, als Hausärztin zu arbeiten ist, dass man so viel mehr Kontakt mit den Patienten hat. Ich habe eine große persönliche Freiheit so zu arbeiten, wie ich möchte und das betrifft alle Bereiche. Den rein medizinischen Bereich, wie man den Patienten behandeln will. Es betrifft die Mitarbeiterführung, was man für ein Arbeitsklima schaffen will. Welche Arbeitszeiten, welche Arbeitslast man sich wünscht, mit welcher Technik man arbeiten will. Das ist das, was ich will. Ich würde mich jederzeit immer wieder dazu entscheiden, ohne zu zögern.“ Über ihre Chefin hat Sabine Hintze nur Positives zu berichten, bewundert ihre resolute Art – ein Workaholic sei sie. „Manchmal habe ich das Gefühl, Frau Stahl betreut das ganze Havelland.“ Nur zu schaffen sei alles, weil das Team gemeinsam an einem Strang ziehe. In der wöchentlichen Teamsitzung bespreche man, wie man anstehende Aufgaben gemeinsam angeht. Und wenn es mal besonders fix gehen soll, gibt es da noch eine WhatsApp-Gruppe. „Da informiert sie kurzfristig über wichtige Sachen.“

Die Corona-Pandemie hat Antonia Stahl dieses Jahr nach der Geburt ihres Sohnes etwas den Strich durch die Rechnung gemacht. „Ich bin sicherlich schneller mit mehr Arbeit wieder eingestiegen, als ich wollte. Das wäre unter normalen Umständen anders gewesen.“ Als Selbstständige gestaltet sie sich den Arbeitstag immerhin selbst. Ein typischer Tagesablauf: Vormittags Sprechstunde, dazwischen kurz nach Hause, wieder in die Praxis, Kind betreuen und abends noch etwas Bürokratie am heimischen Computer erledigen. „Nebenher“ engagiert sie sich in der Landesärztekammer Brandenburg. „Ich diskutiere seit Beginn von Corona mit den Zuständigen, habe Vorschläge gemacht, konstruktive Kritik geäußert. Bei vielen Entscheidungen wird einfach deutlich, dass diese meilenweit an den Bedürfnissen aller vorbeigehen. Da kann man zehn Mal sagen, dass es keine gute Idee ist, das ändert nichts und das ist schon frustrierend. Man braucht einen sehr langen Atem. Aber man muss den Mund aufmachen. Wenn wir es nicht machen, wer sonst.“ Was ist ihr Wunsch für die Zukunft? „Man muss uns Ärzte endlich ernst nehmen. Das würde die Sache so viel einfacher machen.“

Altern als Krankheit – Epigenetische Medizin als Menschheits-Revolution?

Ist der Traum vom „ewigen“ Leben wirklich zum Greifen nah?

Deutschland ist die zweitälteste Gesellschaft der Welt. Die „Pfleger“ befindet sich aufgrund des demografischen Wandels im politischen Dauer-Reform-Prozess. Die Schieflage der Rentenversicherung war schon in ihrem Ursprung in der irrigen, damals aber als „natürlichem biologischem Gesetz“ etablierten, Voraussetzung von konstanten Geburtenraten angelegt. Die Naturwissenschaften haben aber längst der solide ausfinanzierten Rentenversicherung mit „der Pille“ einen Strich durch die Rechnung gemacht. Heute stellen Naturwissenschaftler – vornehmlich amerikanische Wissenschaftler – das „natürliche“ Ende des Lebens ebenso zur Disposition wie auch bisherige Vorstellungen der Ursache und Behandlung von Krankheiten. „Das Altern selbst ist die Krankheit“, erklärt Prof. Dr. David A. Sinclair in seinem Buch „Das Ende des Alterns“. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat dieses Buch nach eigenem Bekunden im Sommer vorigen Jahres mit großem Interesse gelesen und Sinclair auch schon getroffen. Als Sommerlektüre dürfte sich das Werk nach wie vor lohnen.

Altern, so Sinclair sei kein unvermeidlicher Teil des Lebens, sondern vielmehr „ein Prozess mit einem breiten Spektrum pathologischer Folgen“. Krebs, Herzkrankheiten, Alzheimer und andere Gesundheitsstörungen, die mit dem Altwerden in Verbindung gebracht werden, seien nicht unbedingt eigenständige Krankheiten, sondern „Symptome“ dieses größeren Phänomens, der „Krankheit“ des Alterns, meint Sinclair, der die Professur für Genetik an der Harvard Medical School inne hat. In den USA werden seine Thesen unter renommierten Wissenschaftlern ernsthaft diskutiert. Sinclair ist einer der Pioniere der „epigenetischen Medizin“.

„Das Schicksal einer Zelle werde von Epigenom und Genom gemeinsam bestimmt, erklärt Wissenschaftsjournalist Dr. Peter Spork in seinem Buch „Der zweite Code – Epigenetik: oder wie wir unser Erbgut steuern können.“ Beide Informationen steckten „in einem Molekülgemisch, das die DNA mit verschiedenen Proteinen bildet, die sie umhüllen. Erbgut und Proteine funktionierten wie eine riesige Bibliothek: Die DNA enthält dabei die Texte, während die epigenetischen Strukturen die Bibliothekare, Ordner und Register sind, die die Information verwalten und sortieren.“ In der DNA jeder Zelle des Schwärmers stecke der genetische Code für die Raupe und den Schmetterling, der epigenetische Code entscheide darüber, welcher der Baupläne gewählt wird. Auch „Umweltanpassungen“ werden weiter vererbt, beispielsweise wenn sich Menschen ungesund ernähren, erhöhen sie offenbar nicht nur ihr eigenes Krankheitsrisiko, sondern geben diese Neigung zu Übergewicht und Diabetes auch an ihre Kinder weiter wie deutsche Wissenschaftler (Peter Huypens et al, Nature Genetics, 14. März 2016) erforscht haben. Seit 2013 können Epigenetiker das biologische Alter eines Menschen auf 3,6 Jahre genau bestimmen. Entdecker dieser biologischen Uhr ist ein Deutsch-Amerikaner, der Biostatistiker Steve Horvath, das Alters-Bestimmungs-Verfahrens wird deshalb „Horvaths Uhr“

„Wenn wir aber eines Tages das Altern behandeln, werden wir die größte Triebkraft aller Krankheiten bekämpfen. Wirksame Langlebigkeitsmedikamente werden für einen Bruchteil dessen zu haben sein, was die Behandlung der Krankheiten kostet, die sie verhüten.“

genannt. Die sehenswerte ARD-Reportage über Horvath „Für immer Jung“ gibt einen eindrücklichen und auch kritischen Einblick in die Denken- und Wissenswelt der Altersforscher.

Sinclair hat im Rahmen der Epigenetik einen revolutionären Ansatz: Die Alterung werde durch überlastete epigenetische Signalüberträger verursacht, die auf Schädigungen der Zelle reagieren. Durch einen in der zellulären Frühzeit erworbenen damals sinnvollen Überlebensmechanismus gebe es mehrere Gene, deren Proteine nicht nur epigenetische Aufgaben hätten sondern zugleich „die Befehlshaber einer vielseitigen Katastrophenschutztruppe“ seien: „Sie befehligen verschiedene spezialisierte Notfallteams, die sich um DNA-Stabilität, DNA-Reparatur, Überlebensfähigkeit, Stoffwechsel und die Kommunikation zwischen den Zellen kümmern.“ Wenn solche epigenetischen Faktoren das Genom verlassen, also in Sinclairs Bild als „Notfallteam ausrücken“ und sich um Schäden kümmern, würden immer Gene, die eigentlich ausgeschaltet sein sollten, eingeschaltet, und umgekehrt. Diese epigenetischen Faktoren würden, um im Bild zu bleiben, während der Reparaturen ihre eigentlichen Aufgaben liegen lassen und diese hinterher manchmal gar nicht mehr aufnehmen, weil sie entweder nicht mehr zurückkehren würden oder aber sogar auf dem Rückweg zu anderen Genomabschnitten einkehren und dort dann Gene stummschalten, die eigentlich nicht stumm sein sollten. Zellen verlören dadurch ihre Identität und funktionierten nicht mehr richtig. „Die Folge ist Chaos. Das Chaos zeigt sich als Alterung. Das ist das epigenetische Rauschen, das Kernstück unserer vereinheitlichten Theorie.“

In seinem Buch entwirft Sinclair Vorstellungen über entsprechende Interventionen, um diesen Prozessen entgegenzuwirken, sprich wie man die richtigen Gene wieder aktivieren und so den Organismus heilen und verjüngen kann. Auch die Entwicklung einer Impfung in Kindesjahren gegen Alterungsprozesse hält er für möglich. Ein gesundes Leben bis zu 120 Jahren in naher Zukunft hält er für wahrscheinlich.

Sinclair formuliert in seinem Buch eine große Vision: „Das Alter von Zellen kann tatsächlich vollständig auf null gestellt werden, und ich bin überzeugt, dass wir eines Tages dazu in der Lage sein werden, ohne unser erworbenes Wissen, unsere Erinnerungen oder unsere Seele zu verlieren.“ Würden Sinclairs Vorstellungen auch nur halbwegs wahr, würden sich erhebliche gesellschaftspolitische und auch sozialpolitische Frage stellen, die sich unmittel-

bar aufdrängen, aber an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden können. Sinclair ist hier eher einem – mit Verlaub – unreflektierten Pioniergeist verhaftet: „Die Möglichkeit, in jedem Alter zu arbeiten, wenn die Arbeit gewollt wird und gebraucht wird, wird ihnen (den Menschen) eine Art von Freiheit verschaffen, die noch vor wenigen Jahren unvorstellbar war. Das Risiko, die eigenen Ersparnisse zur Verwirklichung eines Traums, für Innovationen, die Gründung eines Unternehmens oder einen neuen Bildungsweg einzusetzen, wird kein großes Risiko mehr sein, sondern einfach eine Investition in eine lange, glückliche Zukunft.“

Während Sinclair sich in seinem Buch auf Andeutungen baldiger wissenschaftlicher Ergebnisse beschränkte, hat er 12 Monate nach Veröffentlichung schon medizinische Geschichte in seinem Fach geschrieben – das im Fachmagazin „Nature“ publizierte Ergebnis wird unter Fachleuten einhellig als wissenschaftlicher Durchbruch kommentiert: „Wir zeigen hier, dass es möglich ist, ohne Nebenwirkungen das Alter eines komplexen Gewebes im lebenden Organismus zurückzusetzen und damit seine verloren gegangene biologische Funktion wiederherzustellen“, heißt es in dem Nature-Beitrag des Sinclair-Teams. Sinclair hat mit seinem Team bei altersschwachen blinden Mäusen nebenwirkungsfrei die Zellregeneration wieder aktiviert. Danach konnten die Tiere besser sehen als vorher. Allerdings dürften Anwendungen beim Menschen noch lange dauern, denn bis zu diesem erfolgreichen Ergebnis hatte es anders gestaltete Versuche gegeben, bei denen Tumore bei den Mäusen entstanden waren.

Für den ärztlichen Beruf hätte eine epigenetische Breitenmedizin erhebliche Auswirkungen, sollte sie eines Tages Realität werden. Es ist durchaus angeraten, die Diskussion um die Auswirkungen einer solchen Medizin auf Mensch, Gesellschaft und Wirtschaft nicht erst zu beginnen, sollten sich tatsächlich eines Tages erhebliche Erfolge hinsichtlich des Alterungsprozesses abzeichnen, die auch in die Breitenanwendung gehen könnten. Zu nur einem dieser Aspekte soll noch einmal Professor Sinclair zu Wort kommen: „Heute geht das Geld, das wir für medizinische Versorgung aufwenden, zum allergrößten Teil in die Bekämpfung von Krankheiten. Wenn wir aber eines Tages das Altern behandeln, werden wir die größte Triebkraft aller Krankheiten bekämpfen. Wirksame Langlebigkeitsmedikamente werden für einen Bruchteil dessen zu haben sein, was die Behandlung der Krankheiten kostet, die sie verhüten.“

Die „grüne (Bürger-)Krankenversicherung“ Das integrierte System als trojanisches Pferd?

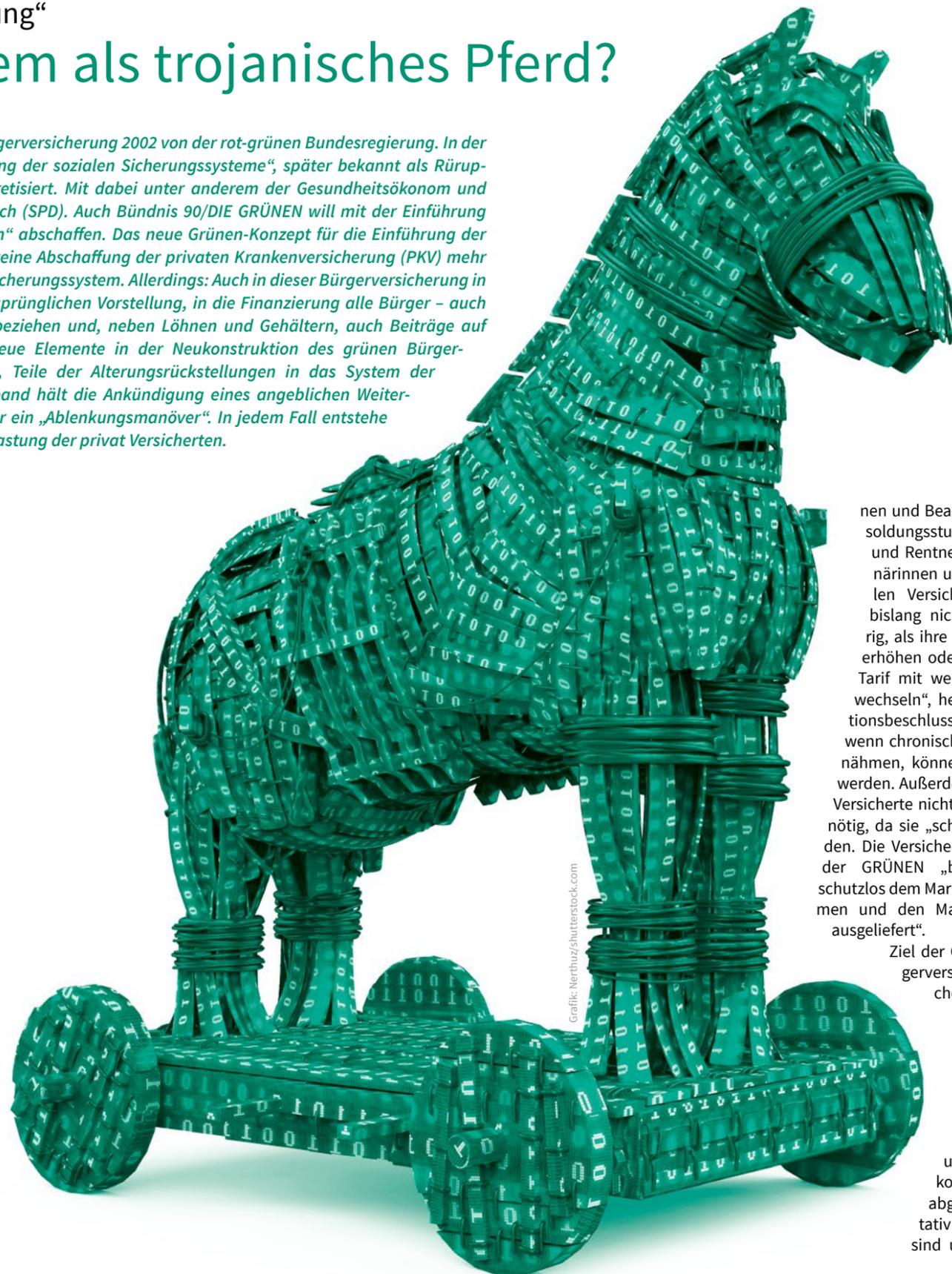
Erstmals in die öffentliche Diskussion gebracht, wurde die Bürgerversicherung 2002 von der rot-grünen Bundesregierung. In der sogenannten „Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“, später bekannt als Rürup-Kommission, wurden erste Ideen zur Bürgerversicherung konkretisiert. Mit dabei unter anderem der Gesundheitsökonom und Mediziner, der Bundestagsabgeordnete Professor Karl Lauterbach (SPD). Auch Bündnis 90/DIE GRÜNEN will mit der Einführung einer Bürgerversicherung noch immer die „Zwei-Klassen-Medizin“ abschaffen. Das neue Grünen-Konzept für die Einführung der Bürgerversicherung sieht im Unterschied zu bisherigen Plänen keine Abschaffung der privaten Krankenversicherung (PKV) mehr vor. Die GRÜNEN sprechen von einem „integrierten“ Krankenversicherungssystem. Allerdings: Auch in dieser Bürgerversicherung in neuem Gewand nehmen die Grünen keinen Abstand von der ursprünglichen Vorstellung, in die Finanzierung alle Bürger – auch Beamte, Selbständige, Unternehmer und Abgeordnete – einzubeziehen und, neben Löhnen und Gehältern, auch Beiträge auf Kapitaleinkommen zu erheben. Aber es gibt auch weitere neue Elemente in der Neukonstruktion des grünen Bürger-versicherungsmodells. Beispielsweise soll es möglich werden, Teile der Alterungsrückstellungen in das System der gesetzlichen Krankenversicherung zu überführen. Der PKV-Verband hält die Ankündigung eines angeblichen Weiterbestehens der PKV in der „integrierten Krankenversicherung“ für ein „Ablenkungsmanöver“. In jedem Fall entstehe durch die „grüne Bürgerversicherung“ eine finanzielle Doppelbelastung der privat Versicherten.

Kerngedanke der grünen Bürgerversicherung ist eine „Verwirklichung und Stärkung des Solidaritäts- und Gerechtigkeitsgedankens durch ein einheitliches einkommensbasiertes Krankenversicherungssystem“. Das derzeitige duale Krankenversicherungssystem bezeichnen die Autoren des aktuellen Fraktionsbeschlusses der GRÜNEN als „doppelt unfair“: „Es ist unsolidarisch, weil nicht alle Versicherten zur Finanzierung beitragen. Und es ist ungerecht, weil nicht alle Versicherten qualitativ hochwertig versorgt werden.“ Vom bestehenden System würden nur wenige profitieren, „zum Nachteil vieler“. Ziel der GRÜNEN ist „eine solidarisch finanzierte Bürgerversicherung“, in der jeder unabhängig vom Einkommen die Versorgung bekommen soll, die notwendig sei.

Verbesserungspotential gibt es aus Sicht der GRÜNEN sowohl in der privaten als auch in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das bisherige Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung verhindere, dass alle Versicherten gleichermaßen an der Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt seien, heißt es in dem Konzept des Fraktionsbeschlusses von Bündnis 90/DIE GRÜNEN. Das führe zu ungleichen Bedingungen im Wettbewerb der Krankenversicherungen um gute Qualität und begünstige „Rosinenpickerei“, durch die sich ein Teil der Versicherungen auf die Versicherung „guter Risiken“ konzentrieren könne. In der GKV sei mit weiteren Beitragssteigerungen zu rechnen, da die Finanzierung nicht gerecht gehandhabt werde. Die bestehende Beitragsbemessungsgrenze sowie die Tatsache, dass nur das Erwerbseinkommen der Beschäftigten Grundlage für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung ist, andere Einkommensarten, wie Aktiengewinne, nicht einbezogen würden, werden in dem Beschluss unter anderem bemängelt. Außerdem fehle es den Versicherten der GKV an ausreichender Qualitätstransparenz, um eine informierte Entscheidung für eine bestimmte Krankenkasse treffen zu können.

Kritik an „steigenden Prämien“

An der PKV kritisieren die GRÜNEN die „stark steigenden Prämien“ für etliche Versicherte. Das belaste vor allem Menschen mit geringeren Einkommen wie manche Solo-Selbständige, Beamtin-



nen und Beamte in niedrigen Besoldungsstufen, Rentnerinnen und Rentner oder auch Pensionärinnen und Pensionäre. „Viele Versicherten bleibt dann bislang nicht viel anderes übrig, als ihre Selbstbeteiligung zu erhöhen oder in einen billigeren Tarif mit weniger Leistungen zu wechseln“, heißt es in dem Fraktionsbeschluss. Gerade im Alter, wenn chronische Erkrankungen zunehmen, könne dies zum Problem werden. Außerdem seien viele privat Versicherte nicht so abgesichert, wie nötig, da sie „schlecht beraten“ würden. Die Versicherten seien aus Sicht der GRÜNEN „bislang weitgehend schutzlos dem Marketing der Unternehmen und den Maklerversprechungen ausgeliefert“.

Ziel der GRÜNEN ist die Bürgerversicherung als Versicherungssystem, „das auf wesentlichen Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung basiert und in dem alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig vom Einkommen verlässlich abgesichert und qualitativ hochwertig versorgt sind und Prävention und

Gesundheitsförderungen einen hohen Stellenwert haben“. Sie wollen die „Spaltung des Krankenversicherungsmarktes überwinden und die Krankenversicherung zu einem integrierten System weiterentwickeln“. Das Konzept beschreibt in drei Schritten, wie dies gewährleistet werden soll:

1. Mit einem ersten Schritt soll mehr Transparenz, Verbraucherschutz und Wahlfreiheit vor allem in der PKV aufgebaut werden. Für mehr Transparenz sollen die PKV-Unternehmen gesetzlich verpflichtet werden, alle ihre Versicherten von sich aus „regelmäßig und detailliert über mindestens ebenbürtige und zugleich preisgünstigere Tarife im gleichen Unternehmen zu informieren“. Zudem sei die Unabhängigkeit der für die Überprüfung der Beitragsanpassungen eingesetzten Treuhänder sicherzustellen. Versicherer sollen verpflichtet werden, ihre eingesetzten Treuhänder in einem festgelegten Turnus zu wechseln. Auch sollen in der privaten Krankenversicherung die Sozialtarife aufgewertet werden und die Wechselmöglichkeiten ausgeweitet werden. Die im PKV-Basistarif garantierten Leistungen lägen unterhalb des GKV-Leistungsniveaus. Die ärztliche Vergütung in diesem Tarif soll „mindestens den Honoraren der gesetzlichen Krankenversicherung“ entsprechen. Basistarif und Standardtarif in der PKV sollen zu einem verlässlichen „Bürgertarif“ ausgebaut werden, „der den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ebenbürtig ist“. Zur Ausweitung der Wechselmöglichkeiten sollen PKV-Versicherte ohne Verlust nennenswerter Teile ihrer Altersrückstellung zu einem anderen Versicherer wechseln können.

Für mehr Transparenz, Qualität und bessere Versorgung plädieren die GRÜNEN auch in der GKV. „Damit gesetzlich Versicherte eine informierte Entscheidung zur Auswahl ihrer Krankenkasse treffen können“, soll ein Qualitätsvergleich ermöglicht werden. Maßgeblich für einen solchen Qualitätsvergleich der Krankenkassen solle beispielsweise die Leistungsgewährung beziehungsweise die Quote der Bewilligung von Leistungen sein. Außerdem soll die Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen für Sehhilfen und Zahnersatz schrittweise ausgeweitet werden. Die GRÜNEN möchten zudem die freie Kassenwahl für Beamtinnen und Beamte ermöglichen. Erreicht werden soll dies dadurch, „dass sich Beamtinnen und Beamte ohne finanzielle Nachteile auch für die gesetzliche Krankenversicherung entscheiden können (zum Beispiel durch einen beihilfefähigen Tarif in der GKV)“.

2. In einem zweiten Schritt sollen alle gesetzlich und privat Versicherten in die solidarische Finanzierung einbezogen werden. Dazu sollen privat Versicherte einen einkommensabhängigen Beitrag an den Gesundheitsfonds zahlen und im Gegenzug einen Zuschuss zu ihrer privaten Versicherungsprämie erhalten. Dieser Zuschuss soll in der Höhe etwa der Zuweisung entsprechen, die gesetzliche Krankenkassen für vergleichbare Versicherte aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Davon würden vor allem Versicherte mit mittleren oder geringen Einkommen, mit chronischen Erkrankungen sowie ältere Versicherte profitieren, die besonders auf eine bezahlbare Krankenversicherung angewiesen seien. Zudem soll jeder gesetzlich und privat Versicherte einen individuellen Anspruch auf eine Krankenversicherung erhalten. Kinder und andere Personen, die kein eigenes oder nur ein sehr geringes Einkommen beziehen, sollen von der Beitragszahlung befreit sein.

3. In einem dritten Schritt sollen andere Einkunftsarten bei der Berechnung der Beiträge einbezogen werden. Um kleine Einkom-

men beispielsweise aus Kapitalerträgen zu schützen, soll ein Freibetrag eingeführt werden. Dadurch soll die Gerechtigkeit bei den Beiträgen weiter ausgebaut, für eine größere finanzielle Stabilität des Krankenversicherungssystems gesorgt und die „einseitige Belastung“ von Löhnen und Gehältern reduziert werden. Außerdem soll in diesem Schritt auch einen „Spurwechsel“ zwischen dem privaten und dem gesetzlichen Zweig der Krankenversicherung ermöglicht werden. Damit das klappt, soll ein Ausgleichssystem aufgebaut werden, durch das die Versicherten die individualisierbaren Bestandteile der Altersrückstellung in die gesetzliche Krankenversicherung mitnehmen könnten, wenn sie ein privates Krankenversicherungsunternehmen verlassen. „Alle Versicherten, die mit den Leistungen ihrer Krankenversicherung nicht (mehr) zufrieden sind, sollen diese wechseln können.“ Dies trage dazu bei, dass alle Versicherten sich um kluge Lösungen für eine gute Versorgung bemühen müssten. Damit soll der Wettbewerb um gute Qualität auch in der Krankenversicherung gestärkt werden. Grundsätzlich soll künftig jeder Bürger einen eigenständigen, individuellen Versicherungsanspruch in der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, um den Verlust der Absicherung etwa beim Ende der Familienversicherung durch Trennung zu verhindern.

Die letzte, also dritte Stufe der grünen Krankenversicherung blendet aus Sicht der Kritiker viele schon seit Jahren ausführlich diskutierte neue Ungerechtigkeiten sowie auch wahrscheinliche verfassungsrechtliche Hürden aus, die die Einbeziehung aller Einkunftsarten mit sich bringt. Das Versicherungsprinzip selbst setzt Grenzen in der Beitragshöhe will man nicht das Krankenversicherungssystem in Deutschland gänzlich abschaffen und ein staatliches System installieren, heißt es. Die Einbeziehung anderer Einkunftsarten könne gerade diejenigen benachteiligen, die diese zur Finanzierung eines würdigen Lebensabends heranziehen wollten

und deren Erträge durch die grüne Krankenversicherung dann mit abgeschöpft würden. Auch könne es sehr „kreative“ legale Ausweicheffekte geben, durch die ein großer Teil der anvisierten Zielgruppe sich einer Einbeziehung ihrer „Vermögen“ in die integrierte Bürgerversicherung entziehen könnte. Langjährige Verfechter einer Bürgerversicherung sind der Auffassung, dass ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss für die Krankenversicherung die bessere Alternative ist, da über Steuern auch die „Wohlhabenden“ gerechter einbezogen werden könnten.

Könnte für alle teurer werden!

Darüber hinaus kritisch zu betrachten: Die erste Stufe der grünen Krankenversicherung birgt einige Elemente, die sowohl für die gesetzliche als auch die private Krankenversicherung „teuer“ werden könnten. Die GKV könnte sich bei den genannten Vorstellungen in einem Quotenwettbewerb wiederfinden, der nicht unbedingt mit der Rationalität einer sinnvollen Leistungsgewährung in Einklang stünde. Das könnte gegebenenfalls zu verschleierte „Ausgleichs“-Einsparungen an anderen Stellen bei mancher gesetzlicher Krankenversicherung führen. Der Selbstverwaltungsgedanke verträgt sich auch nicht mit einer rein quantitativen unsystematischen Belohnung von Leistungsgewährungen. Die Mitnahme von Altersrückstellungen ist verfassungsrechtlich wohl eine ausgesprochen heikle Angelegenheit. PKV-Tarife hängen auch mit einer gewissen Mitgliederanzahl und Mitgliederzusammensetzung zusammen. Ein rückwirkendes Eingreifen in bestehende Verträge ist wohl rechtlich hochproblematisch.

Festzuhalten bleibt: Dieser neue Entwurf einer grünen Krankenversicherung zeigt den unbedingten Willen der GRÜNEN in die Systematik beider Krankenversicherungssysteme, gegebenenfalls auch kleinschrittig, eingreifen zu wollen.

Dr. Florian Reuther, Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung Grüne Bürgerversicherung: Abschaffung der PKV durch die Hintertür

In der Corona-Pandemie hat das deutsche Gesundheitssystem seine hohe Leistungsfähigkeit einmal mehr unter Beweis gestellt. Die Private Krankenversicherung (PKV) hat dazu ihren überproportionalen Beitrag geleistet: Nicht nur den PKV-typischen Mehrumsatz, davon mehr als 6 Milliarden Euro jährlich in der ambulanten Versorgung, sondern auch zusätzliche Entgelte für Hygienemaßnahmen in den Arztpraxen. Es ist unverständlich, dass die Grünen trotzdem pünktlich zum Wahlkampf wieder den alten Hut der sogenannten Bürgerversicherung aufsetzen und die PKV abschaffen wollen.

Ein Schlüssel für die im internationalen Vergleich hervorragende Gesundheitsversorgung ist unser duales Versicherungssystem aus Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). Sie bringen im Wettbewerb das Versorgungsniveau voran. Die Menschen wissen das zu schätzen: Nach einer aktuellen Allensbach-Umfrage sind 90 Prozent der Befragten zufrieden mit ihrer Gesundheitsversorgung – die höchste Zustimmung seit 20 Jahren. Im anstehenden Bundestags-Wahlkampf sind die Parteien daher gut beraten, dieses bewährte System nicht anzutasten.

Für Spekulationen sorgte zuletzt der jüngste Beschluss der Grünen Bundestagsfraktion zur Reform des deutschen Krankenversicherungssystems. Im Positionspapier erklärten die Abgeordneten, dass sie für den Fall einer Regierungsbeteiligung weiter die „Bürgerversicherung“ anstreben, dabei aber die PKV keineswegs abschaffen wollten. „Die private Krankenversicherung besteht fort“, heißt es. Eine „weiche“ Variante der Bürgerversicherung unter Beibehaltung der Dualität? Keineswegs, auch der neue Vorschlag der GRÜNEN zielt auf die Schwächung der PKV und des dualen Systems, nämlich durch Einbeziehung der PKV in den Gesundheitsfonds der GKV. Für das Ablenkungsmanöver haben die GRÜNEN eine verstaubte Idee aus der Mottenkiste geholt. Denn exakt diesen Vorschlag hatte 2006 schon einmal die damalige SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt vorgelegt – und ist politisch damit zurecht gescheitert.

Das Bürgerversicherungsszenario sieht vor, dass Privatversicherte wie GKV-Versicherte einkommensabhängige Beiträge in den Gesundheitsfonds einzahlen. Viele Privatversicherte – insbesondere alle Angestellten in der PKV – müssten dann den Höchstbetrag in den Fonds einzahlen –würden aber nur eine deutlich niedrigere Prämie aus ihm zurückerhalten. Nach diesem Minusgeschäft müssten sie dann nochmals Geld drauflegen, um ihren realen PKV-Beitrag zu zahlen. Mit anderen Worten: Privatversicherte würden doppelt bezahlen – für das eigene Risiko, die Vorsorge für das eigene Alter und für die eigenen Angehörigen sowohl in der PKV als auch zusätzlich in der GKV.

Die Auswirkungen für die Versicherten wären gravierend. Davon ist in dem GRÜNEN-Positionspapier jedoch nichts zu lesen. Für einen PKV-Versicherten mit Einkommen ab der Beitragsbemessungsgrenze (2021: 4.837,50 Euro) würden die Zahlungen in den Gesundheitsfonds zu einer Mehrbelastung von etwa 100 Prozent führen. Ein Durchschnittsverdiener (Jahreseinkommen 2021: 41.541 €) müsste immer noch über 50 Prozent draufzahlen.

Das GRÜNEN-Modell sieht außerdem vor, alle Einkommensarten wie Kapitalerträge und Mieteinkünfte in die Beitragsbemes-



Dr. Florian Reuther, Direktor des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

sungsgrenze einzubeziehen. Das wäre nichts anderes als eine außerordentliche Beitragserhöhung für Durchschnittsverdiener und Rentner. Kapitalerträge sind längst kein Privileg von „Besserverdienenden“ mehr, sondern vielfach Bestandteil der mühsam ersparten Altersvorsorge von Normalverdienern. Vor allem Rentner mit Einkünften unterhalb der Bemessungsgrenze müssten dann drastisch höhere GKV-Beiträge von ihrer Altersvorsorge abziehen.

Das deutsche Gesundheitssystem jeden Tag etwas besser zu machen – das sollte der Antrieb für Veränderung sein. Radikaler Operationen am gesunden Herzen wären nun wirklich absurd. Stattdessen sollten die Parteien endlich ernsthaft die Herausforderungen des demografischen Wandels in der Kranken- und Pflegeversicherung angehen. Denn was die Verfassungsrichter im Karlsruher Klimaschutz-Urteil mit den Freiheitsrechten künftiger Generationen schützen, sollte in der Sozialpolitik unter dem Aspekt der Generationengerechtigkeit nicht weniger Beachtung finden. Wenn wir in unserer alternden Gesellschaft die zukünftigen Steuer- und Beitragszahler vor finanzieller Überlastung schützen wollen, müssen wir mehr Menschen und Leistungen kapitalgedeckt absichern. Die PKV zeigt, wie es gehen kann. Die PKV-typische Demografie-Vorsorge beträgt mittlerweile mehr als 287 Milliarden Euro. Hinzu kommen über 12 Milliarden Euro im Jahr, die zusätzlich in die medizinische Versorgung fließen – ein gewaltiger Beitrag, mit dem die PKV das deutsche Gesundheitssystem nachhaltig stabilisiert.

„ Weil wir gemeinsam mehr erreichen können ...



... zum Beispiel eine verpflichtende bundeseinheitliche PJ-Aufwandsentschädigung, die dem BAföG-Höchstsatz entspricht.“

Werde jetzt Teil unserer Gemeinschaft von etwa 25.000 Medizinstudierenden und gestalte mit!

Neuregelung der Suizidhilfe

Vom langen Ringen um eine würdige Lösung

Im Februar 2020 hatte das Bundesverfassungsgericht das vom Bundestag 2015 beschlossene Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aufgehoben und ein umfassendes Recht auf selbstbestimmtes Sterben erkannt. Seither läuft eine intensive Debatte über eine Neuregelung der Sterbehilfe. Der Deutsche Bundestag hat im April eine Orientierungsdebatte über mögliche gesetzliche Regelungen zur Neuregelung der Sterbehilfe geführt. Bereits seit 29. Januar 2021 hatten insgesamt drei Gruppen von Abgeordneten fraktionsübergreifende Anträge vorgestellt. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat einen hausinternen Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur Sterbehilfe im April an die Öffentlichkeit gebracht. Auch der 124. Deutsche Ärztetag hat sich mit dem Thema Suizidhilfe beschäftigt und in Konsequenz aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 zum assistierten Suizid die berufsrechtlichen Regelungen für Ärztinnen und Ärzte zur Suizidhilfe geändert.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil den § 217 Strafgesetzbuch, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte, für nicht mit dem Grundgesetz vereinbar und damit für nichtig erklärt. Es leitete in seiner Entscheidung aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ ab. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) bleibt in Deutschland verboten. Das Bundesverfassungsgericht hat es dem Gesetzgeber überlassen, eine gesetzliche Regelung zu treffen.

Der Gesetzentwurf der Gruppe um Karl Lauterbach, Katrin Helling-Plahr und Petra Sitte sieht für Volljährige ein Recht auf Suizidbeihilfe nach eingehender Beratung vor. Der Entwurf formuliert

„Voraussetzungen, damit sich Menschen zukünftig einer Begleitung bis zum Lebensende sicher sein können und auch Zugang zu Medikamenten zur Selbsttötung erhalten.“ „Der vorliegende Gesetzentwurf soll das Recht auf einen selbstbestimmten Tod legislativ absichern und klarstellen, dass die Hilfe zur Selbsttötung straffrei möglich ist.“ Der vom „Bundesverfassungsgericht dargebotene Normierungsspielraum“ solle genutzt werden, „um Menschen, die ernstlich sterben möchten und diesen Wunsch frei und eigenverantwortlich im Vollbesitz ihrer geistigen Kräfte gebildet haben, ebenso wie Personen, die zur Hilfe bereit sind, einen klaren Rechtsrahmen zu bieten“. Der Entschluss zur Selbsttötung müsse ohne unzulässige Einflussnahme oder Druck gebildet worden sein. Ein suizidwilliger Mensch müsse beraten und dabei auch über Handlungsalternativen aufgeklärt werden. Eine Ärztin oder ein Arzt dürfe bei Erfüllung

der Voraussetzungen ein Arzneimittel zum Zweck der Selbsttötung verschreiben. Sie oder er sei verpflichtet, den Betroffenen mündlich und in verständlicher Form über sämtliche Umstände einschließlich Behandlungsmöglichkeiten und Möglichkeiten der Palliativmedizin aufzuklären. Klar sei dabei, dass durch den Gesetzentwurf niemand zur Hilfe verpflichtet werden könne, „dennoch jeder, der dies möchte, einer sterbewilligen, freiverantwortlich handelnden Person helfen darf, ohne mit einer Strafe rechnen zu müssen“.

Die drei Abgeordneten Helling-Plahr, Lauterbach und Sitte sind sich einig, dass sich der Deutsche Bundestag schnell mit einer Neuregelung des Suizidhilferechts beschäftigen muss. Betroffenen würde „schon viel zu lange ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben verweigert, sie verdienen endlich klare rechtliche Rahmenbedingungen“. An die verfassungswidrigen Normen des Paragraphen 217b des Strafgesetzbuches dürfe dabei nicht angeknüpft werden, verlangte Helling-Plahr in der Orientierungsdebatte des Bundestages. Die eigenen Moralvorstellungen dürften nicht über die individuelle Selbstbestimmung gestellt werden. Die Betroffenen bräuchten keine Bevormundung, sondern Verständnis. Dr. Petra Sitte (Die Linke) bezeichnete Sterbehilfe als Lebenshilfe für Menschen, die im Verlaufe ihres Lebens über dessen Ende nachdenken und die vorbereitet sein wollen, für Menschen, denen das Sterben unmittelbar vor Augen steht. Aus welchem Grund auch immer: Darüber habe man nicht zu befinden und habe sich nicht darüber zu erheben.

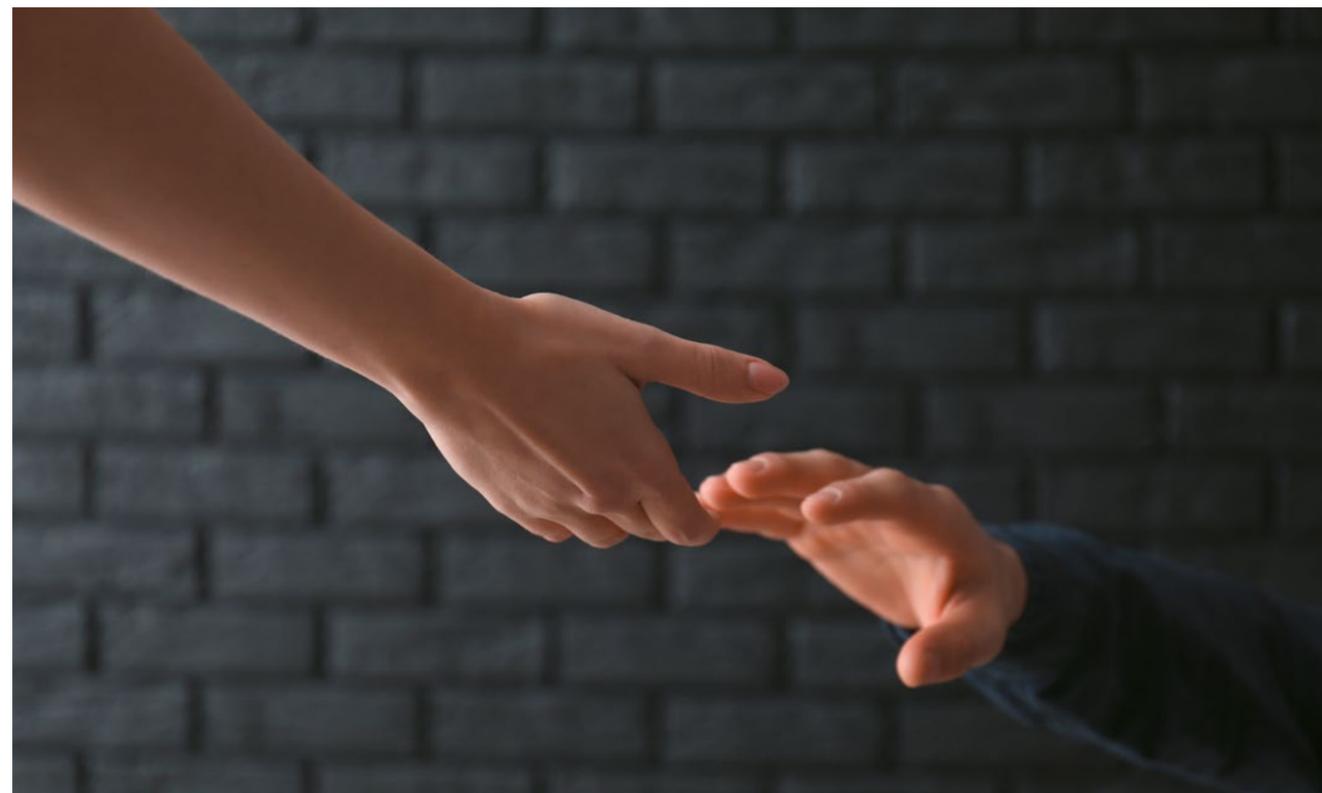
Das Eckpunktepapier der Gruppe um den Abgeordneten Ansgar Heveling und den früheren Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe empfiehlt die Festlegung, die geschäftsmäßige Suizidhilfe grundsätzlich strafbar zu machen, „um die Autonomie der Entscheidung über die Beendigung des eigenen Lebens vor inneren und äußeren Einwirkungen wirksam zu schützen“. Nur unter sehr speziellen Voraussetzungen soll sie nicht unrechtmäßig sein. Dies sei notwendig, um die Umsetzung einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung und die Inanspruchnahme der Hilfe Dritter nicht faktisch unmöglich zu machen. Um festzustellen, ob ein Suizidententschluss wirklich in freier Verantwortung getroffen wurde, sollten grundsätzlich mindestens zwei Untersuchungen mit hinreichendem Abstand durch eine Fachärztin oder einen Facharzt für Psychiatrie Vorschrift sein.

Der Gesetzentwurf der Grünen-Abgeordneten Renate Künast und Katja Keul sieht vor, den Betroffenen einen klaren Zugang zu „den von ihnen vielfach zur Verwirklichung ihres Suizidwunschs erstrebten Hilfsmitteln (bestimmten Betäubungsmitteln)“ zu eröffnen. „Dabei wird – wie es das Verfassungsgericht für zulässig gehalten hat – bei den zu beachtenden Anforderungen danach differenziert, ob die Betroffenen ihren Tod wegen einer schweren Krankheit anstreben oder aus anderen Gründen.“ Im ersten Fall soll Ärztinnen und Ärzten eine entscheidende Rolle bei der Prüfung zukommen, ob das Hilfsmittel zur Verfügung gestellt wird. Im zweiten Fall soll es höhere Anforderungen geben, etwa eine Dokumentation der Dauerhaftigkeit eines selbstbestimmten Entschlusses zum Suizid. Der Ärzteschaft soll dabei keine zentrale Rolle zugewiesen werden. „In jedem Fall wird jedoch die notwendige Autonomie der Entscheidung gesichert und beachtet. Die Selbstbestimmung sichernden Verfahren,

Schutz vor Missbrauch, Regulierung von Sterbehilfevereinen und nötige Sanktionsregelungen schließen sich an.“ Sterbewillige sollen ihren Sterbewunsch in einer schriftlichen Erklärung bekunden. Der Suizid muss vom Sterbewilligen selbst vollzogen werden. Er kann sich dabei von Ärztinnen oder Ärzten sowie von Dritten begleiten und unterstützen lassen.

Der Diskussionsentwurf des BMG beinhaltet „ein abgestuftes Schutzkonzept, das der Wahrung der betroffenen Rechtsgüter dient“. Das Schutzkonzept soll einerseits zwei neue Straftatbestände im Strafgesetzbuch (§§ 217, 217a StGB) und andererseits damit eng verbunden als zweite Säule die Schaffung eines Gesetzes zur Regelung der Hilfe zur Selbsttötung (Selbsttötungshilfegesetz – StHG) beinhalten. „§ 217 StGB ist in diesem Konzept die strafrechtliche Kernregelung. Absatz 1 regelt den Grundsatz: Er stellt die Hilfe zur Selbsttötung unter Strafe. § 217 Absatz 2 StGB sieht von diesem Grundsatz in den klaren Grenzen eines konkreten Schutzkonzeptes eine Ausnahmeregelung vor“, heißt es in dem Diskussionsentwurf. Danach sei die Hilfe zur Selbsttötung ausnahmsweise straflos, wenn das darin vorgesehene abgestufte Schutzkonzept eingehalten werde. Dieses solle die Einzelne und den Einzelnen insbesondere davor schützen, „dass ein Entschluss zur Selbsttötung, soweit dieser auf einem unfreien oder durch eine akute psychische Störung beeinflussten Willen beruht, durch eine andere oder einen anderen gefördert wird“. Das Schutzkonzept soll darüber hinaus darauf abzielen, „der Umsetzung von Entschlüssen entgegenzuwirken, die auf unzulässiger Einflussnahme und Druck durch Dritte beruhen“. Dies gelte auch für in ihrer Dauer begrenzte Entschlüsse zur Selbsttötung. „Das Schutzkonzept stellt durch klare Voraussetzungen, nach denen die Hilfe zur Selbsttötung straflos bleibt, die Ausübung der aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben abgeleiteten Freiheit sicher, sich das Leben zu nehmen. Nach § 217 Absatz 3 StGB werden Angehörige oder andere der oder dem Suizidwilligen nahestehende Personen, die sich lediglich als Teilnehmer an der Tat nach Absatz 1 beteiligen, von der Strafdrohung ausgenommen.“

Der 124. Deutsche Ärztetag hat den Paragraphen 16 Satz 3 der (Muster-)Berufsordnung aufgehoben. Darin hieß es bislang: „Sie [Ärztinnen und Ärzte] dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Es entspreche ganz überwiegender Auffassung, dass § 16 Satz 3 der (Muster-)Berufsordnung in seiner bisherigen Fassung aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht aufrechterhalten werden könne, begründete das Ärzteparlament seine Entscheidung. Die Streichung ändere nach Überzeugung des Ärztetages aber nichts daran, dass „ärztliches Handeln von einer lebens- und gesundheitsorientierten Zielrichtung geprägt ist“. Nach § 1 Abs. 2 der (Muster-)Berufsordnung sei es Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken. Mithin zähle es nicht zu dem Aufgabenspektrum der Ärzteschaft, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten. Das Ärzteparlament forderte den Gesetzgeber auf, die Suizidprävention in Deutschland in den Fokus zu nehmen, zu unterstützen, auszubauen und zu verstetigen.



Foot: Pixel-Sho/shutterstock.com



Foot: Neophike/shutterstock.com

Neues aus dem Assistenzärzteausschuss

Neue Köpfe, digitale Kompetenz und eine spannende Umfrage

Für den Ausschuss der Assistenzärzte stand bei der virtuellen Frühjahrsitzung eine Frage im Vordergrund: Welche digitalen Kompetenzen brauchen Ärztinnen und Ärzte? Zur Erhellung dieser Themensetzung wurden die Bereiche KI, Telemedizin und digitale Gesundheitsanwendungen einzeln beleuchtet – Diana Heinrichs, CEO und Mitbegründerin von Lintera, Dr. Thomas Lipp, Inhaber einer großen telemedizinisch täti-

vor allem im klinischen Bereich nochmal verdeutlicht. Über 70 Prozent der Befragten gaben an, trotz Tarifvertrages mindestens 45 Wochenstunden zu arbeiten, bei fast jedem Zweiten werden die Überstunden dabei nach wie vor nicht angemessen dokumentiert. Die dadurch entstehende hohe Arbeitsbelastung hat zur Folge, dass etwa 36 Prozent der jungen Ärztinnen und Ärzte über einen Berufswechsel nachden-

ken, während fast 56 Prozent sich eine Teilzeitstelle wünschen – um eine normale 40 bzw. 42 Stundenwoche zu erreichen. Neben Teilzeitmodellen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erlauben, wünschen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor allem eine Entlastung von nicht-ärztlichen Tätigkeiten, die Einhaltung der Arbeitszeitgesetze, weniger Profitorientierung im Behandlungskontext und strukturierte Weiterbildungskonzepte. Ein Befragter zitiert in der Umfrage seinen Chef mit dem Satz: „Ausbildung ist in der DRG nicht abgebildet“. Das zeigt für den Ausschuss deutlich, wie problematisch die wirtschaftliche Ausrichtung unseres Gesundheitssystems inzwischen geworden ist. Nicht nur, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte aufgrund des Personalmangels über die Belastungsgrenze hinaus eingesetzt werden, auch die Weiterbildung wird oft vernachlässigt. Dies kann sich langfristig negativ auf die Versorgungsqualität auswirken. Deshalb wird die kommende Ausschusssitzung im Zeichen der Ökonomisierung stehen.

Neben Arbeitsbedingungen und Ökonomie war ein weiteres Kapitel der Umfrage dem Kernthema dieser Ausschusssitzung – Digitalisierung – gewidmet. Ungefähr 60 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilneh-

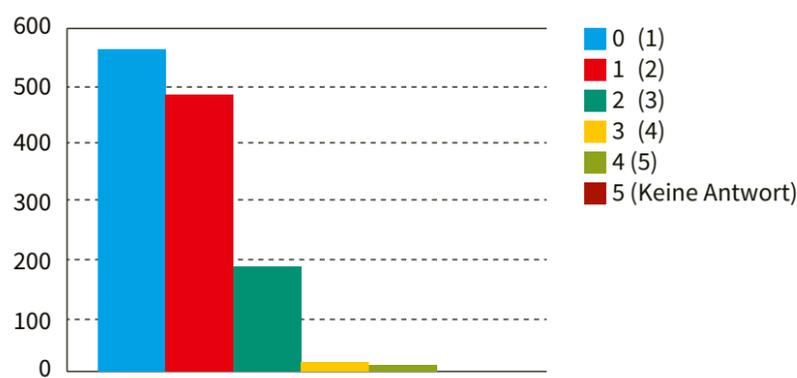
mer gaben an, dass ihre Arbeitsplätze zwar weitgehend digitalisiert wären, allerdings so ineffizient, dass Mehrfachdokumentationen an der Tagesordnung seien. Eine elektronische Patientenakte ist bei der Hälfte der Befragten nicht vollständig vorhanden. Infolgedessen übersteigt der Dokumentationszeitraum an einem regulären Arbeitstag den Zeitraum mit Patientenkontakten. Sicherlich auch deshalb erklären über 80 Prozent, dass Ihnen Digitalisierung im Arbeitskontext wichtig oder sogar sehr wichtig sei. Trotzdem haben fast 99 Prozent der Befragten bisher keine digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGa) verschrieben. Ca. 60 Prozent davon kennen DiGa nicht, 18 Prozent wissen nicht, wie sie die digitalen Medizinprodukte verschreiben können. Für den Ausschuss braucht es hier unbedingt mehr Aufklärung – nicht nur auf ärztlicher Seite, sondern auch auf der Patientenebene.

Mehr Aufklärung scheint auch in Hinblick auf den öffentlichen Gesundheitsdienst notwendig zu sein. Über 70 Prozent gaben an, nur wenig bis gar kein Wissen über den ÖGD zu haben. Als potenziellen Arbeitgeber ziehen etwa 44 Prozent die Behörde in Erwägung, primär wegen der besser geregelten Arbeitszeiten und des reduzierten ökonomischen Drucks. Gegen eine Beschäftigung beim ÖGD sprechen für die andere Gruppe das mangelnde Ansehen, dass mit dieser Beschäftigung einhergeht, die Bürokratie und das im Vergleich deutlich geringere Gehalt.

* Die vollständigen Umfrageergebnisse sind einsehbar unter www.hartmannbund.de/assistentzarztumfrage_2021

Wie wichtig ist Ihnen persönlich die Digitalisierung in Ihrem beruflichen Umfeld?

1 = sehr wichtig; 3 = Gute Sache, aber ich kann auch ohne; 5 = unwichtig



gen Praxis und Mitglied des geschäftsführenden Vorstands und Dr. Anne Sophie Geier, Geschäftsführerin des Spitzenverbands Digitale Gesundheitsversorgung gaben hilfreiche Hinweise und Impulse. Am Ende war klar: Das umfangreiche Thema wird den Ausschuss weiterhin beschäftigen. Der Zweijahresturnus sah außerdem die Bestimmung eines neuen Leitungsgremiums vor. Dieses besteht nun aus Dr. Dr. Galina Fischer, Jon Justus Wahnschaffe, Dr. Lisa Rosch, Christian Kunze und Jan Baumann.

Rechtzeitig zur Sitzung konnte die Auswertung der großen Assistenzarzt-Umfrage 2021* abgeschlossen werden, sodass auch die Umfrageergebnisse im Rahmen der Sitzung diskutiert wurden: 1258 Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung hatten an der Umfrage teilgenommen und mit ihren Antworten die teilweise prekären Arbeitsverhältnisse

Werden Überstunden/Mehrarbeit in Ihrer Abteilung konsequent dokumentiert und vollständig anerkannt?



Erfolgreiche Aktion

Hartmannbund und KV Berlin werben gemeinsam um Famulaturplätze



Auch das KV Blatt berichtete ausführlich über die gelungene Kooperation.

Für viele Studierende war und ist es unter Coronabedingungen schwierig, eine Praxis für die vorgeschriebene einmonatige Famulatur im ambulanten Bereich zu finden.

Auf dieses Problem aufmerksam gemacht, initiierte der Vorstand des Hartmannbund Landesverbandes Berlin eine Unterstützungsaktion und appellierte an seine Mitglieder, Plätze für eine Famulatur zur Verfügung zu stellen. Darüber hinaus nutzte der 2. Stellvertretende Vorsitzende und Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Daniel Peukert, zugleich Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV Berlin) seine Kontakte zu der Körperschaft. So stieg die KV Berlin mit an Bord und startete ebenfalls einen Aufruf an ihre Mitglieder mit der Bitte um Unterstützung für die Studierenden.

Die gemeinsame Aktion war ein Erfolg – allen rund 50 suchenden Medizinstudierenden konnte ein Platz für die Famulatur vermittelt werden.

In der Mai-Ausgabe ihres Mitgliederzeitung berichtet die KV Berlin von der Aktion und stellt beispielhaft die Fachärztin für Augenheilkunde Dr. Andrea Lietz-Partzsch und den Medizinstudenten Florian Stammberger vor – beide übrigens HB-Mitglieder. Ein starkes Beispiel für fachgruppenübergreifende Zusammenarbeit der Ärzteschaft und der nächsten Generation von Ärztinnen und Ärzten!

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Mehr Freiheit für Sie

Ihre Steuerspezialisten für Ärzte

Sprechen Sie uns an
www.etl-advision.de

Deutschlandweit in Ihrer Nähe

Hallo, mein Name ist Laura.
Ich bin Assistenzärztin und habe
mich schon immer gefragt ...

Wie müssen Renten aus dem ärztlichen Versorgungswerk für die Krankenversicherung verbeitragt werden?



Das sagen AXA (PKV) und HEK (GKV), unsere Partner im Bereich Krankenversicherung:

In der **gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** werden die Beiträge auch im Rentenalter prozentual von den Einkünften erhoben. Somit unterliegen Renten aus dem ärztlichen Versorgungswerk als sogenannte Versorgungsbezüge grundsätzlich der Beitragspflicht in der Kranken- und Pflegeversicherung. Hierbei spielt es keine Rolle, ob man freiwillig oder pflichtversichert ist. Zur Beitragsberechnung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird der allgemeine Beitragssatz zuzüglich dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag heran-

gezogen. Ebenfalls fallen Beiträge zur Pflegeversicherung an. Hier gilt ein bundeseinheitlicher Beitragssatz. Ist man kinderlos, wird zusätzlich ein Zuschlag fällig.

Ein Unterschied in der **Privaten Krankenversicherung (PKV)** ist, dass Renten aus dem ärztlichen Versorgungswerk sowie weitere individuelle Einkünfte für den Beitrag keine Rolle spielen. Die Beiträge in der PKV sind absolute Beiträge und werden nach dem sogenannten Äquivalenzprinzip berechnet. Demnach hängt die Höhe der Beiträge von mehreren individuellen Faktoren ab: dem Eintrittsalter, dem jeweils gewählten Leistungspaket und dem

persönlichen Gesundheitszustand bei Antragstellung. Durch verschiedene, teilweise verpflichtende Instrumente zur Beitragsstabilisierung bzw. -entlastung lassen sich die Beiträge im Rentenalter zusätzlich reduzieren.

Rentner erhalten nur bei Bezug einer Rente aus der Deutschen Rentenversicherung einen Beitragszuschuss bzw. die (maximal) hälftige Übernahme zum GKV-Beitrag. Dies soll u.a. den Wegfall des Arbeitgeberzuschuss zur PKV kompensieren, welcher mit Renteneintritt entfällt. Das ärztliche Versorgungswerk leistet solch einen Zuschuss weder in der GKV noch in der PKV.

Welche weiteren Einkünfte konkret in die Ermittlung des GKV-Beitrages im Rentenalter einfließen, ist abhängig vom Versicherungsstatus.

Im Gegensatz zum Erwerbsleben hängt der Versicherungsstatus im Rentenalter nicht von der Höhe der Einkünfte ab. Bei pflichtversicherten Rentnern fließen neben der gesetzlichen Rente aus der Deutschen Rentenversicherung auch ausländische gesetzliche Renten, Versorgungsbezüge (u.a. Renten aus dem ärztlichen Versorgungswerk und betriebliche Altersvorsorgen) sowie Einkünfte aus einer nebenberuflichen Tätigkeit in die Kalkulation ein. Um den Status des **pflichtversicherten Rentners** zu erfüllen, muss Anspruch auf eine Rente aus der Deutschen Rentenversicherung bestehen und diese beantragt sein. Darüber hinaus müssen während der zweiten Hälfte des Berufslebens mindestens 90 Prozent anrechenbare Zeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegen. Nur wer diese Kriterien erfüllt, hat Zugang zur sogenannten Krankenversicherung der Rentner (KvdR), alle anderen Personengruppen sind per Definition freiwillig versichert. Bei **freiwillig versicherten Rentnern** müssen hingegen sämtliche Einkunftsarten (also auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Kapitaleinkünften) zugrunde gelegt werden.

Bei allen Fragestellungen rund um das Thema Krankenversicherung hilft Ihnen die Deutsche Ärzte Finanz gerne weiter, um eine optimale Lösung für Sie zu finden.

Zertifizierung aus ärztlicher Hand

Wo zusätzlicher Aufwand sich lohnen kann



Jede Vertragsarztpraxis muss heute eine Vielzahl von externen Vorgaben einhalten, den Praxisbetrieb organisieren und Vieles mehr. Diese Aufgaben sind in den immer häufiger gebildeten Gemeinschaftspraxen noch komplexer und umfangreicher. Qualitätsmanagement, das dabei helfen kann, die anstehenden Tätigkeiten systematisch vorzubereiten und umzusetzen, kann in dieser Situation sehr nützlich sein. Viele Praxen betreiben aus diesen Gründen schon Qualitätsmanagement.

Wenn Ihr Qualitätsmanagement einen gewissen Reifegrad erreicht hat, bietet sich unter Umständen eine Zertifizierung an. So kann die Praxis ein funktionierendes Managementsystem a nach außen darstellen. Eine regelmäßige Auditierung führt erfahrungsgemäß auch zu einer zunehmenden Compliance des gesamten Teams für die getroffenen Regelungen. Teilweise wird eine Zertifizierung bei der Zusammenarbeit



Grafik: AWARD/shutterstock.com

mit den Kostenträgern z.B. im Rahmen der integrierten Versorgung sogar gefordert. Natürlich stellt die Vorbereitung auf eine Zertifizierung für die Vertragsarztpraxis zusätzliche Arbeit dar. Auch fallen für die eventuell erforderliche Ausbildung von Mitarbeitern Kosten an. Dieser Aufwand ist jedoch meist geringer, als angenommen wird. Außerdem wird Ihr Qualitätsmanagementsystem davon profitieren.

Bleibt dann zum Ende noch die Auswahl einer Zertifizierungsstelle. Dabei sollten Sie unbedingt darauf achten, dass die Stelle für Ihre Aufgaben auch zugelassen ist, also akkreditiert wurde.

ÄKzert®, die Zertifizierungsstelle der Ärztekammer Westfalen Lippe, erfüllt diese Bedingung für die DIN 9001 (akkreditiert von der Deutschen Akkreditierungsstelle) und KPQM (akkreditiert durch die Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe).

Sie ist eine der wenigen Zertifizierungsstellen in Deutschland, die von einer Ärztin geleitet wird. Die Zertifizierungsstelle hat sich in ihren eignen Vorgaben verpflichtet, für Audits in ärztlich geleiteten Einrichtungen grundsätzlich einen Arzt oder eine Ärztin als leitenden Auditor einzusetzen.

ÄKzert® betreut ausschließlich medizinische und Medizin-nahe Einrichtungen. Dabei wird das Verfahren und strikter Einhaltung aller Akkreditierungsvorgaben möglichst kundenfreundlich durchgeführt. Auch auf die Bedürfnisse des Praxisbetriebes wird stets so weit möglich eingegangen. **Aufgrund eines Rahmenvertrages zwischen dem Hartmannbund und ÄKzert® gelten für Mitglieder des Verbandes reduzierte Zertifizierungskosten**

Ihre Ansprechpartnerin
ÄKzert® — Die Zertifizierungsstelle
der Ärztekammer Westfalen-Lippe
Gartenstr. 210 — 214
48147 Münster
Wiebke Wagener
0251 929-2601
info@aekzert.de

Rettungsdienst-Kongress im November 2021

Digitale Fortbildung in der Notfallmedizin



Im vergangenen Herbst fand erstmalig und noch dazu komplett online der Rettungsdienst-Kongress von MEDI-LEARN statt. Aufgrund der sehr positiven Resonanz der über 1.000 Kongressteilnehmer erfährt der Kongress in diesem Jahr eine Neuauflage. Vom 11. bis 17.11.2021 wird ein umfangreiches Fortbildungsprogramm rund um die Notfall- und Rettungsmedizin angeboten.

Breite Themenpalette an sieben Kongresstagen: Die Vorträge sind auf die einzelnen sieben Kongresstage thematisch gruppiert verteilt: Internistische Notfälle, Kinder- und Geburtsnotfälle und schließ-

lich psychosoziale Notfälle stehen an den Tagen 1 bis 3 auf dem Programm. An den nachfolgenden vier Kongresstagen geht es um traumatologische Notfälle sowie Unfälle mit chemisch-biologischen Stoffen und um übergreifende Themen wie z. B. Schnittstellen im Rettungsdienst und Strukturen in anderen Ländern.



Vorverkauf mit Vergünstigungen: Angeboten werden Vortragstickets, Tagestickets und komplette Kongresstickets. Dabei gilt: Je frühzeitiger die Anmeldung erfolgt, desto günstiger der Preis. Der Vorverkauf hat bereits begonnen.

Zertifizierung & CME: Bei der Ärztekammer wurden CME-Punkte für die Tages- und Kongresstickets beantragt. Analog dazu wird für Rettungsdienstpersonal eine Fortbildungsbescheinigung gemäß § 5 Rettungsgesetz NRW ausgestellt.

Mehr Informationen:
www.rettungsdienstkongress.de

Ratgeber gibt wichtige Tipps Berufshaftpflicht – für Ärztinnen und Ärzte ein Muss



Fragen zur ärztlichen Haftung sind höchst individuell und sehr komplex. Daher hat die Deutsche Ärzte Finanz in Kooperation mit der Deutschen Ärzteversicherung jetzt den Ratgeber *Arzthaftung* entwickelt, der ab sofort unter www.aerzte-finanz.de/Ratgeber-BHV abrufbar ist. Er liefert wichtige Fakten und gibt Antworten auf alle Fragen nach dem optimalen Versicherungsschutz.

Grundsätzlich haften Ärztinnen und Ärzte immer persönlich, wenn Patienten Schadensersatzansprüche an sie stellen. Das gilt nicht nur für niedergelassene, sondern auch für angestellte Ärztinnen und Ärzte. Wer einen Schaden verursacht, haftet mit seinem Privatvermögen – das ist der rechtliche Grundsatz. Doch warum sind unterschiedliche Tätigkeitsbereiche, steigende Kompetenzstufen und sich ändernde Berufsphasen für eine umfassende Versicherung wichtig? Und: Reicht meine Absicherung überhaupt aus?

Berufsphasen und typische Haftungsrisiken: Von der Approbation bis zum Ruhestand – Ärzte durchlaufen in ihrem Arbeitsleben viele Stationen und Funktionen. Jede Berufsphase hat typische Haftungsrisiken, die eine ganz individuelle Versicherung nötig machen. Unterläuft dem Arzt oder der Ärztin bei der Ausübung ihrer Tätigkeit ein Fehler, woraus ein Schadensersatzanspruch resultiert, springt die Berufshaftpflichtversicherung ein. Diese deckt Schäden ab, die unmittelbar aus der Berufsausübung resultieren. Doch auch die Fachrichtung

ist von enormer Bedeutung: Wer fachübergreifend tätig ist, muss diese Tätigkeiten in den Vertrag mit aufnehmen lassen, um einen umfassenden Versicherungsschutz sicherzustellen.

Besondere Haftungsrisiken für niedergelassene Mediziner: Ärztinnen und Ärzte mit eigener Praxis sind Unternehmer und tragen daher besondere Haftungsrisiken. Sie stehen als Arzt und Arbeitgeber in der Verantwortung. Dabei bietet die Berufshaftpflichtversicherung differenzierten Versicherungsschutz entsprechend der Fachrichtung und der konkret ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten an. Zum Beispiel für die operative oder nicht-operative Tätigkeit, für stationäre Behandlungen und individuelle Tätigkeiten.

Der Versicherungsschutz ist umfassend, so

- bei Ansprüchen aufgrund der gesetzlichen Haftpflicht inklusive des Betriebsstättenrisikos
- für die Praxisangestellten in Ausübung ihrer dienstlichen Tätigkeiten
- die gesetzliche Haftung bei Beschäftigung

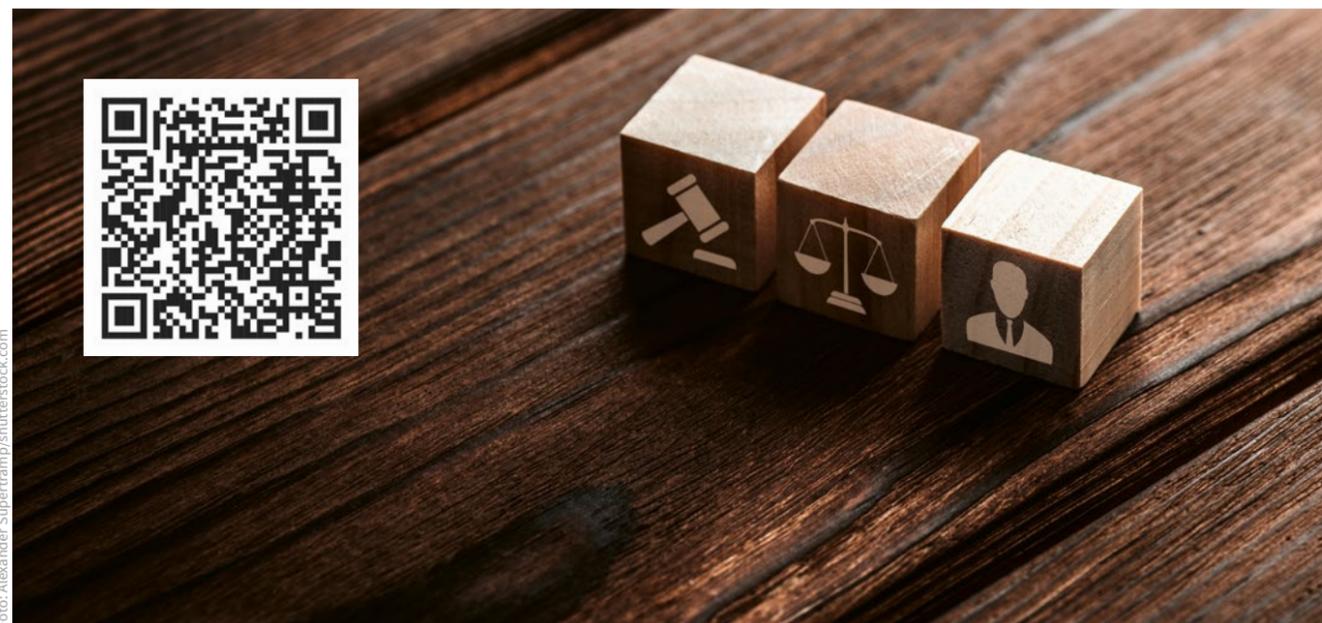
eines vorübergehend bestellten Vertreters

- bei Diebstahl von Patientenhab
- bei ambulanten, nicht operativen Gutachter- und Konsiliartätigkeiten
- für Erste-Hilfe-Leistungen, Nachbarschaftsdienste, etc.

Welche Haftungsrisiken bestehen und wie sich niedergelassene Medizinerinnen und Mediziner optimal absichern, erfahren Sie im neuen Ratgeber *Arzthaftung*. Hier können Sie im **Berufshaftpflicht-Check** leicht herausfinden, ob Sie ausreichend abgesichert sind und wie Ihre aktuelle Absicherung im Schadensfall aussehen würde. Mehr zum Check und viele weitere Informationen zur Berufshaftpflichtabsicherung finden Sie unter www.aerzte-finanz.de/Ratgeber-BHV

Lassen Sie sich individuell beraten und Ihren Versicherungsschutz prüfen.

Unter der Telefonnummer 0221 148-32323 oder über service@aerzte-finanz.de können Sie weitergehende Informationen und konkrete Angebote zur Berufshaftpflichtversicherung anfordern.



Die Praxisbörse der apoBank – eine Zwischenbilanz Digitale Navigation zur eigenen Praxis



Ob für den Weg in die Selbständigkeit, die Suche nach einem Kooperationspartner oder die Nachfolgeplanung: die Praxisbörse der Deutschen Apotheker und Ärztebank (apoBank) bietet Ärzten seit sieben Jahren eine nützliche Plattform und bringt bundesweit Existenzgründer und Praxisinhaber wie auch diejenigen, die einen Kooperationspartner suchen, zusammen.

Bereits 2014 wurde die Praxisbörse als eine der ersten digitalen Plattformen eingeführt. Die Wünsche und Vorstellungen der Praxisabgeber und der Gründer haben sich in dieser Zeit nicht wesentlich geändert. Das sieht man an den Angaben, die in den Angeboten und Gesuchen hinterlegt werden. Abgeber und Übernehmer finden hier einen digitalen und diskreten Raum, um ihre Vorhaben und Pläne zu formulieren. Das Versprechen der umsichtigen Vermittlungsberatung ist ein wesentliches Merkmal der Praxisbörse.

Mit 380 abgeschlossenen Vermittlungen gehört die Praxisbörse zur erfolgreichsten Plattform dieser Art, die derzeit auf dem Markt ist. Die apoBank trieb die Digitalisierung der Vermittlung schon früh voran und hat sie seit 2014 stetig weiterentwickelt. Für die Kunden wurde das Erfassen von Daten immer einfacher, die nachträgliche Verwaltung eigener Daten leichter. Die Ergebnisse des Matching-Prozesses sind präzise und – im Bestfall – punktgenau.

Heute sind ca. 7.800 Registrierungen aus dem gesamten Bundesgebiet hinterlegt. Rund 1.900 Praxisangeboten von Humanmedizinern stehen ca. 2.050 interessierte Praxissuchende gegenüber. Für die Qualität der Börse spricht, dass die Gesuche wie auch die Angebote sehr detailliert erfasst werden. Die Eingabekriterien sind standardisiert, ermöglichen also gute Vergleichbarkeit. Gleichzeitig sind sie detailgenau, weil in Freifeldern auch zusätzliche Informationen eingegeben werden können. Wir beobachten, dass die Abgeber die Exposéés immer umfangreicher gestalten, sie nehmen sich viel Zeit, um die Besonderheiten ihrer Praxis durch Fotos, Skizzen oder Videos zu beschreiben. Das kommt insbesondere den Fachmedizinern zugute, die besondere Ansprüche an die Immobilie und die medizinische Geräteausstattung haben oder baurechtliche Vorgaben erfüllen müssen. Entsprechend verzeichnen wir zunehmend mehr Fachärzte, die sich bei uns registrieren und diese Funktionalität schätzen.

Praxisbörse als Entscheidungshilfe

Wie informativ die Exposéés sind, hängt immer auch davon ab, wie schnell Daten eingegeben werden können und wie intuitiv die Navigation ist. Sucht eine Ärztin oder ein Arzt

eine Praxis, werden ihre oder seine Vorstellungen punktgenau abgefragt: Wunschstandort, die Anzahl der Behandlungszimmer, Behandlungsspektrum oder gewünschter Mindestgewinn. Auch für Abgeber, die einen „sanften“ Übergang anstreben, gibt es die Suchmöglichkeit nach „Praxisübernahme mit vorgelagerter Anstellung“. Vorformulierte Antwortangaben reduzieren die Fehlermöglichkeiten. Das Programm sucht dann aus dem passenden beruflichen Schwerpunkt, dem anvisierten Zeitraum und der Wunschregion ein geeignetes Angebot. Auf diese Weise zeigt die digitale Praxisbörse auch, mit welchen Fragen sich die Interessenten bei einer Praxisübernahme auseinandersetzen müssen – sie ist also gleichzeitig eine Art Entscheidungshilfe.

Die Praxisbörse gehört heute zum festen Bestandteil der Existenzgründungsberatung der apoBank und ein gefragtes Service-Angebot der apoBank. Doch obwohl der digitale

Einstieg in den Vermittlungsprozess unersetzbar ist, kann die Vermittlung nicht ausschließlich digital abgewickelt werden. Der Faktor Mensch ist bei der Beratung wesentlich, deshalb wird jeder Existenzgründer oder jede Existenzgründerin von Anfang an von einem apoBank-Berater durch den Gründungsprozess gelotet.

Analog steht auch jedem Abgeber ein Berater zur Seite. Beide können das Expertennetzwerk, auf das die apoBank zugreift, nutzen. Auf diese Weise kann der Weg, der mit einer Registrierung bei der Praxisbörse beginnt, zu einer erfolgreichen Praxisübergabe führen.

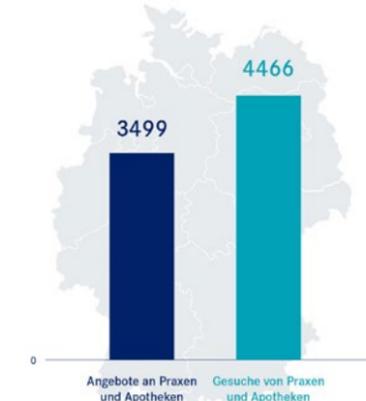
Weitere Informationen unter www.apobank.de/praxisboerse



Benjamin Lehnen, Leiter der Praxis- und Apothekenbörse bei der apoBank.

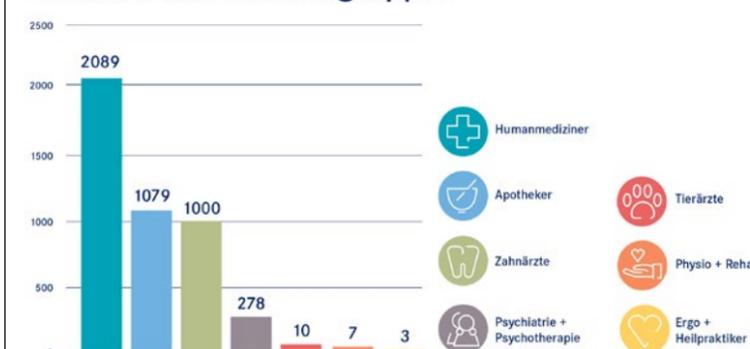
Gesamtgesuche und -angebote in Deutschland

Stand IV/2021



Gesuche nach Berufsgruppen

Stand IV/2021



Die attraktiven Alternativen zu Leasing und Autokauf von Europcar Von der Langzeitmiete zum flexiblen Mobilitäts-Abo

Sie suchen für sich oder Ihr Team ein neues Fahrzeug, schrecken aber vor der großen finanziellen Belastung und der langfristigen Bindung zurück? Bei Europcar können Sie Ihr passendes Fahrzeug ab 1 bis 24 Monaten mit einer flexiblen Kündbarkeit mieten. Ohne Startgebühr oder versteckte Kosten.

Stellen Sie ihr Abo einfach ganz nach Ihren Bedürfnissen zusammen und wählen Sie dabei aus einer großen Fahrzeugflotte: Vom Kleinwagen über Limousinen und SUVs bis zu Transportern und LKWs. Mit Elektroantrieb oder Verbrennungsmotor sowie inklusive verschiedener Kilometeroptionen. Wartung und Versicherung sind im monatlichen Festpreis inbegriffen, sodass Sie Ihre Ausgaben jederzeit im Griff haben. Und auch über Verschleiß, GEZ und KfZ-Steuer müssen Sie sich keine Gedanken machen.

Weil es nicht die eine Lösung für jeden Bedarf gibt, haben wir verschiedene Abo-Modelle für Sie erstellt:

• **Europcar SuperFlex** bietet Ihnen ab 1 Monat Laufzeit mit einer täglichen Kündbarkeit die größtmögliche Flexibilität. Sie benötigen Ihr Fahrzeug doch nicht so lan-

EUROPCAR LONG-TERM SOLUTIONS

Von der Langzeitmiete zum flexiblen Mobilitäts-Abo: Ihre Alternative zu Leasing und Autokauf ab 1 Monat. Erfahren Sie mehr unter [europcar.de/its-promo](https://www.europcar.de/its-promo)

own your mobility, not a car.

Ab **350 €** pro Monat*

*zzgl. MwSt.; Kategorie Mini inkl. 2.500 km, Laufzeit 18 Monate

Europcar
moving your way

ge, wie gedacht? Kein Problem! Sie zahlen lediglich die effektiven Miettage.

• **Europcar Flex** ist das besonders kosteneffiziente Abo-Modell. Sie wählen eine Mindestlaufzeit von 3, 6, 12 oder 18 Monaten – je länger, desto günstiger – und fahren Ihr Fahrzeug danach mit einer monatlichen Kündbarkeit so lange weiter wie Sie wollen.

• **Europcar DuoFlex** ist das neueste Abo im Portfolio und ermöglicht Ihnen einen Mix verschiedener Fahrzeuge innerhalb des monatlichen Abonnements. Sie können damit zusätzlich zu Ihrem primär ausgewählten Fahrzeug ab 1 Monat Laufzeit ein weiteres in einer anderen Größe für 2 x 2 Tage im Monat dazu buchen. Alles in einer festen

Rate inkludiert und bis zu 31% günstiger gegenüber Einzelanmietungen.

• **Europcar MobilityFlat** bietet Ihnen die deutschlandweite Mobilität im Abo. Sie sind viel unterwegs und benötigen dort wo Sie gerade sind ein Fahrzeug? Dank der Flatrate können Sie sich jederzeit und so oft wie gewünscht an einer der rund 500 Europcar Stationen in Deutschland ein Fahrzeug mieten und dieses für bis zu 30 Tage fahren – oder eben abgeben und bei Bedarf erneut eines mieten.

Die Abos von Europcar bieten für jeden Mobilitätsbedarf die richtige Lösung.

Weitere Informationen dazu finden Sie unter: [europcar.de/business/long-term](https://www.europcar.de/business/long-term)

praktischArzt Das Job- und Karriereportal für Ärzte und Mediziner

praktischArzt



Das medizinische Karriereportal www.praktischArzt.de bietet Ärzten und Medizinstudenten die optimale Unterstützung für ihre Karriereplanung. Als langjähriger Partner des Hartmannbunds ist praktischArzt die Adresse für Arbeitgeber, die ihre Vakanzen im medizinischen Bereich kosteneffizient besetzen möchten.

Leistungsstarkes Ärzte-Recruiting: Bei praktischArzt finden Mediziner nahezu alle relevanten Stellenangebote in nur einer Stellenbörse. Die hohe Zahl von Besuchern, ein komplexes Ärzte-Retargeting, die starke Präsenz in den sozialen Netzwerken und die Kooperationen mit hochwertigen Partnernetzwerken machen praktischArzt zu einem der reichweitenstärksten Stellenmärkte für Ärzte. Das umfassende Stellenangebot deckt einen Großteil der vakanten Stellen in ganz Deutschland ab.

Aktiv- als auch latent jobsuchende Ärzte: Herkömmliche Stellenbörsen

werden hauptsächlich von aktiv jobsuchenden Ärzten besucht. Das macht jedoch lediglich einen Bruchteil aller Ärzte in Deutschland aus. Im Gegensatz dazu spricht praktischArzt vor allem auch die latent jobsuchenden Ärzte an. Also Ärzte, die sich über aktuelle Geschehnisse in der Medizin, über generelle Karriereinfos oder medizinische Themen auf praktischArzt informieren. Diese Ärzte werden zielgerichtet mit passenden Stellenangeboten immer wieder angesprochen. In Kombination mit den sozialen Netzwerken, einem komplexen Ärzte-Retargeting und einer enormen Sichtbarkeit in Google, erreicht das Portal einen großen Teil der gesamten Ärzteschaft und damit potenzielle Bewerber.

„Bei akutem Ärztemangel in vielen Regionen Deutschlands kann man lange nicht mehr jede Stelle mit herkömmlichen Kanälen und dem Fokus auf aktive Jobsucher besetzen. Fast zwei Drittel der Ärzte sind latent wechselwillig und damit

eine essenziell wichtige Zielgruppe, die erreicht werden muss. Und genau das haben wir uns seit sieben Jahren erfolgreich zur Aufgabe gemacht“, sagt Timo Krasko, Geschäftsführer hinter dem Portal.

Informationsstarkes Karriere-Magazin: Das medizinische Karriereportal bietet umfassende Informationen über interessante Themen rund um Medizin und Karriere. In über 1.500 Artikeln finden Interessierte alles über Weiterbildungsmöglichkeiten oder Gehälter und erhalten wertvolle Tipps für das Studium oder die Bewerbung.

Das bewährte System wird unter anderem bestätigt durch das Bewertungsportal Jobbörsencheck, welches praktischArzt im Jahr 2020 gleich zweimal mit dem Prädikat „Beste Jobbörse“ ausgezeichnet hat – jeweils in den Kategorien „Bewerberempfehlung“ und „Bewerberzufriedenheit“.

DIAGNOSE: NÜTZLICHE APP

Jetzt aufs Smartphone laden und jederzeit alles im Blick haben.



Ansprechpartner für Mitglieder

Der Hartmannbund steht Ihnen mit qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die politische Verbandsarbeit, die Mitgliederberatung und den Mitgliederservice zur Verfügung. Haben Sie Fragen? Dann können Sie sich direkt an Ihren Gesprächspartner wenden. Unten stehend finden Sie die Kontaktdaten. Weitere Informationen finden Sie im Internet auf www.hartmannbund.de. Schauen Sie doch mal vorbei.



Ärztliche Niederlassung und Kooperationen

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31

Ärztliche Tätigkeit im Ruhestand

Sabine Eckhardt

Tel.: 030 206208-15

Ärztliche Weiterbildung

Ina Reiber

Tel.: 030 206208-24

Ausbildung/Medizinstudium

Ina Reiber

Tel.: 030 206208-24

Auslandstätigkeit/Internationale Angelegenheiten

Dr. med. Michael Vogt

Tel.: 030 206208-20

Berufsbezogene Rechtsberatung

Sabine Haak/Caroline Kessler/Sandy Stephan

Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Fortbildungen/Seminare

Johanna Heinrichs

Tel.: 030 206208-53

GKV-Vertragsrecht

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31

Honorar- und Abrechnungsfragen (GKV/GOÄ)

Frances Camin

Tel.: 030 206208-31

Praxisbewertung und Praxisanalyse

Christian Rahe

Tel.: 030 206208-46

Rechtsberatung Krankenhaus

Caroline Kessler

Tel.: 030 206208-58

Rechtsberatung Niederlassung

Sabine Haak/Sandy Stephan

Tel.: 030 206208-43

Sektorübergreifende Versorgung und Krankenhausstrukturen

Petra Meiners

Tel.: 030 206208-27

Regional

Regionalreferat Nord

(Landesverbände Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein)

Olivia Hahn

Tel.: 030 206208-56

Regionalreferat Ost

(Landesverbände Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen)

Philipp Hoffmann

Tel.: 030 206208-41

Regionalreferat West

(Landesverbände Nordrhein, Westfalen-Lippe, Hessen)

Jeannette Hristov

Tel.: 030 206208-62

Regionalreferat Süd

(Landesverbände Baden-Württemberg, Bayern, Rheinland-Pfalz, Saarland)

Sara Daub

Tel.: 030 206208-65

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*



Kurpark-Klinik Bad Nauheim sucht Assistenzarzt (w/m/d) bzw. Arzt (w/m/d) – die Stelle ist auch für Ruheständler geeignet

Die Kurpark-Klinik Bad Nauheim ist ein modernes Rehaszentrum mit den Fachkliniken für Innere Medizin, Urologie und Orthopädie. Für unsere internistische Fachklinik suchen wir zum nächst möglichen Zeitpunkt einen Assistenzarzt (w/m/d) / Arzt (w/m/d) mit Erfahrung in Allgemeinmedizin oder Innere Medizin in Voll- oder Teilzeit. Die Stelle ist auch für interessierte Ärzte (w/m/d) im Ruhestand geeignet.

Ihre Aufgaben

- Aufnahmeuntersuchung, Diagnostik, medikamentöse und physiotherapeutische Therapie, sowie regelmäßige Visiten und Entlassungsuntersuchungen
- Dokumentation der Patientendaten und Erstellung eines Entlassungsberichtes mit Nachsorgeempfehlung
- Enge Kooperation mit den Mitarbeitern der Fachkliniken Orthopädie und Urologie
- Teilnahme am Bereitschaftsdienst

Ihr Profil

- Nachgewiesene klinische Erfahrung in dem Gebiet der Inneren Medizin
- Besitz der deutschen Approbation und Beherrschen der deutschen Sprache (Level C1)
- Teamfähigkeit und Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit
- Interesse an physikalischer Therapie und sozialmedizinischen Fragestellung
- Hohe Eigenverantwortung und Zuverlässigkeit
- Interesse an wissenschaftlicher Arbeit

Wir bieten Ihnen

- Einen abwechslungsreichen Arbeitsplatz in einer zukunftsorientierten Klinik
- Ein engagiertes Team und flache Hierarchiestrukturen
- Teamfähigkeit und Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit
- Interesse an physikalischer Therapie und sozialmedizinischen Fragestellung
- Hohe Eigenverantwortung und Zuverlässigkeit
- Interesse an wissenschaftlicher Arbeit
- Eine gute Work-Life-Balance durch flexible individuelle Arbeitsgestaltung
- Weiterbildungsmöglichkeit im Fachgebiet Innere Medizin (12 Monate)
- Regelmäßige Fort- und Weiterbildung
- Einen attraktiven Standort am Rande des Rhein-Main-Gebietes in 40 km Entfernung zur Metropole Frankfurt a. M.

Wir freuen uns auf Sie.

Senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen bitte an (bevorzugt per E-Mail, max. 2 Datenanlagen im PDF-Format, max. % MB):
Kurpark-Klinik Bad Nauheim
Verwaltungsdirektor Uwe Ruffeth
Kurstraße 41-45
61231 Bad Nauheim
Tel.: 06032 / 499-600
bewerbung@kurpark-klinik.com

Hausarztpraxis in Erftstadt sucht Weiterbildungsassistenten (m/w/d)

Für meine Hausarztpraxis suche ich ab sofort einen Weiterbildungsassistenten (m, w, d) mit Interesse an der Kombination aus Alternativ- und Schulmedizin. Die Anstellung ist in TZ oder VZ möglich, ebenso ein späterer Einstieg in die Praxis. WBE Allgemeinmedizin 2 Jahre. Eine gute Infrastruktur (Verkehrsanbindung, alle Schulen vor Ort, Freizeitangebote, Notdienstregelung) sowie ein nettes und kompetentes Praxisteam erwarten Sie.
Kontaktaufnahme unter: rhein-erft-praxis@netcologne.de

Gesucht wird ein Langzeit-Blutdruck-Set

Suche gebrauchtes Langzeit-Blutdruck-Set, unbedingt kompatibel für Schiller-Software.
Dr. Jakob, 089-848002, Fax 089-84006611,
Münchnerstr.1 in 82110 Germerin

Praxisabgabe: FÄ/FA für Allgemeinmedizin im Kreis Gütersloh gesucht

FÄ/FA für Allgemeinmedizin für Hausarztpraxis für Praxisabgabe im Kreis Gütersloh gesucht.
Anfragen bitte unter: 0173-9492071

MKG-Chirurg im Ruhestand bietet Unterstützung an

MKG-Chirurg im Ruhestand bietet dermatochirurgische Unterstützung für Dermatologen und Allgemeinchirurgen an. Bevorzugt Raum Thüringen, Osthessen und Ostniedersachsen. Bei Interesse bitte unter der Chiffre-Nummer: 079738 eine E-Mail an: redaktion@hartmannbund.de

Sie möchten auf eine Chiffreanzeige antworten oder selbst ein Inserat aufgeben? Dann wenden Sie sich bitte an:

Hartmannbund, Andrea Reich, Kurfürstenstr. 132, 10785 Berlin,
Tel.: 030 206208-11, Fax: 030 206208-14,
E-Mail: andrea.reich@hartmannbund.de.

*Im Mitgliedsbeitrag enthalten ist die Schaltung von zwei Anzeigen (außer rein gewerbliche) im Jahr.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Hartmannbund – Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.
Kurfürstenstraße 132 · 10785 Berlin
Tel. 030 206208-0, Fax 030 206208-29
www.hartmannbund.de
E-Mail: hb-info@hartmannbund.de

Redaktion:

Michael Rauscher (v.i.S.d.P.)
Gitta Dietrich
Pressereferat Hartmannbund
Kurfürstenstraße 132, 10785 Berlin
Tel. 030 206208-11, Fax 030 206208-14
E-Mail: presse@hartmannbund.de

Verlag:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Postfach 41 03 54 · 53025 Bonn
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn
Tel. 0228 98982-90, Fax 0228 98982-99
E-Mail: r.akarcay@koellen.de

Anzeigenverwaltung:

Rohat Akarcay, Köllen Druck+Verlag GmbH

Satz & Gestaltung:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn
www.koellen.de

Druck & Vertrieb:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Ernst-Robert-Curtius-Straße 14
53117 Bonn

Mitteilungsblatt des Hartmannbundes –
Verband der Ärztinnen und Ärzte
Deutschlands e.V.

Erscheinungsort:

Bonn – 4 Ausgaben jährlich
Einzelheft 3,50 Euro
Jahresabonnement 12 Euro,
incl. 7 % MwSt., zzgl. Versandkosten
ISSN: 0944-7369

Für Mitglieder des Hartmannbundes ist
der Bezugspreis durch die Mitgliedschaft
abgegolten. Nachdruck, Kopien, Aufnahme
in elektronische Medien (auch auszugs-
weise) nur mit schriftlicher Genehmigung
der Redaktion. Für unverlangt eingesandte
Manuskripte, Fotos etc. keine Gewähr.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge
geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder.

Das Beilagen-Angebot basiert nicht auf
einer Kooperation des Hartmannbundes.
Nachfragen dazu kann deshalb nur der
Anbieter selbst beantworten.

Bildnachweise: Soweit nicht anders
gekennzeichnet, alle Fotos und Grafiken
von shutterstock.com

Titelfoto: kanetmark (Hintergrund);
Chipmunk131 (Figuren)/shutterstock.com

Icons: © venimo – adobe.stock.com



Kurz-News aus dem Verband

HB-Berlin erstmals mit weiblicher Führungsspitze



Die 40-jährige Fachärztin für Gefäßchirurgie Miriam Vosloo ist neue Vorsitzende des HB-Landesverbandes Berlin. „Ich freue mich über das entgegengebrachte Vertrauen. Viel wichtiger als meine Person scheint mir aber die Tatsache, dass wir in unseren nunmehr paritätisch besetzten Gremien 1:1 die Realität der Medizin 2021 widerspiegeln. Dieses Mitgliedervotum ist daher ein genau richtiges und starkes Signal für die Wahlen der anderen Landesverbände“. Mit Blick auf die neu begonnene vierjährige Legislatur betonte Vosloo, dass sie an dem von ihrem Vorgänger Prof. Dr. Torsten geprägten Kurs festhalten werde – besonders bezüglich der klaren Ablehnung einer zunehmenden Kommerzialisierung der Medizin und in Hinblick auf seinen Einsatz für die Freiberuflichkeit des ärztlichen Berufs. „In diesem Zusammenhang freue ich mich besonders, dass Uwe Torsten dem Landesverband als 1. Stellvertretender Vorsitzender weiter zur Verfügung stehen wird“, sagte Vosloo. In der Berliner Ärztekammer ist Vosloo unter anderem als Mitglied der Delegiertenversammlung sowie im Weiterbildungsausschuss III, Satzungs- und Geschäftsordnungsausschuss und Fortbildungsausschuss sowie im Arbeitskreis „Ärztinnen für Parität“ aktiv.



Dr. Marcus Berkefeld neuer Vorsitzender in Bremen

Personalwechsel an der Spitze des Landesverbandes Bremen: Der 53-jährige Dr. Marcus Berkefeld, Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie, übernimmt den Staffelstab des Landesvorsitzes von seinem langjährigen Vorgänger, dem 66-jährigen Dermatologen Dr. Jörg Hermann. „Mein großer Dank gebührt meinem Kollegen Hermann, der den Landesverband zwölf Jahre lang erfolgreich geführt hat und große Fußstapfen hinterlässt“, bedankt sich Berkefeld bei seinem Vorgänger, der ihn nun als Beisitzer unterstützt und dem Hartmannbund als Delegierter zur Hauptversammlung erhalten bleibt. Als Vorstandsvorsitzender der KV Bremen wurde Hermann als kompetenter Ansprechpartner im Hartmannbund sehr geschätzt – ein Amt, das er nach einer 10-jährigen Amtszeit Ende vergangenen Jahres niedergelegt hat.

„Als einziger Landesverband ohne eigene medizinische Fakultät stellt es für mich eine besondere Herausforderung dar, eine Strategie für die Gewinnung neuer Mandatsträgerinnen und Mandatsträger sowie neuer Mitglieder zu entwickeln“, sagte Berkefeld. „Ich verstehe mich als Mittelsmann aller Kolleginnen und Kollegen in unserer Stadt. Mein Credo ist Transparenz und Verbindlichkeit!“

Dr. Kathrin Krome neu im DVND-Vorstand



Bayerns HB-Vorstandsmitglied Dr. Kathrin Krome ist frisch gewähltes Mitglied im Vorstandsteam des bayerischen Landesverbandes der deutschen Nervenärzte. Die niedergelassene Neurologin aus Bamberg ist als Schriftführerin – das sei nur nebenbei erwähnt – die einzige Frau neben sechs Männern. Gratulation!



Mehr aktuelle Informationen auf www.hartmannbund.de



FOLGEN SIE UNS AUF SOCIAL MEDIA!

Sie finden uns auf Instagram, Facebook und Twitter



Hartmannbund

Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Praxis oder Zeit
mit der Familie?
Besser beides.

Was ist wichtig in Ihrem Leben?

Was immer Sie beschäftigt, sprechen Sie mit uns.

 apobank.de/die-zeit-ist-jetzt

 **apoBank**
Bank der Gesundheit