

04/2022



Hartmannbund
Verband der Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V.

Hartmannbund Magazin



Gesundheitsversorgung im Zeichen von Planetary Health

Wie der Wandel gelingen kann

Besondere Vorteile
für Mitglieder im
Hartmannbund!

Wir halten
Ihnen den
Rücken frei!

Wenn es einmal beschwerlich wird, steht die Deutsche Ärzteversicherung hinter Ihnen – mit maßgeschneiderten Finanz-, Versicherungs- und Vorsorgelösungen.

Wie etwa bei einem Burnout. Denn mit der mehrfach ausgezeichneten Berufsunfähigkeitsversicherung erhalten Sie schnelle Hilfe und finanzielle Unterstützung.

So können Sie stets entspannt nach vorn blicken!

Jetzt informieren: 0221 148-22700
oder www.aerzteversicherung.de

 Deutsche
Ärzteversicherung

Editorial



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

*Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen*

Ist es für einen ärztlichen Berufsverband angemessen, sich mit den Folgen der globalen Erderwärmung auseinanderzusetzen, während sich direkt vor unserer Haustür die Gesetzliche Krankenversicherung in der Krise befindet, die Krankenhausreform dringend einer Lösung bedarf und die GOÄ noch immer in der Warteschleife eines unbelehrbaren Gesundheitsministers kreist? Ich meine ja! Und ist es angesichts der Bedrohung der Menschheit durch Krieg und Klimawandel angemessen, sich gleichzeitig kleinteilig mit den wirtschaftlichen Problemen von Kliniken und Praxen, den Herausforderungen der Digitalisierung des Gesundheitswesens und den Untiefen einer versorgungsgerechten Bedarfsplanung zu befassen. Auch hier sage ich ja. Und das ist bei Weitem kein Widerspruch, ganz im Gegenteil! Denn wir können und wir dürfen nicht das eine tun, um das andere zu lassen. Wir müssen im Großen das Kleine mitdenken und dürfen im Kleinteiligen das Große nicht aus den Augen verlieren. Nur dann werden wir am Ende erfolgreiche Politik und auch gute Gesundheitspolitik machen können. Wir als Ärztinnen und Ärzte können hier Vorbilder und Mitstreiter sein. Wenn man uns lässt!

Denn wenn wir diese Rolle nicht nur in unserer täglichen Arbeit, in den Praxen, den Kliniken oder im Öffentlichen Gesundheitsdienst wahrnehmen, sondern unser Wissen und unsere Erfahrung auch differenziert in politische Prozesse einbringen wollen, dann bedarf es dringend einer anderen Dialogkultur der Regierenden, als wir sie derzeit (und im Kern schon länger) uns gegenüber erleben. Dringlichkeit, Umfang und Komplexität des notwendigen Korrektur- und Reformbedarfes im deutschen Gesundheitswesen brauchen – jenseits von bisher formal im Gesetzgebungsprozess festgelegten Verfahren – die Etablierung eines strukturierten Dialogs zwischen politischen Entscheidungsebenen und Vertreterinnen und Vertretern der Ärzteschaft. Nicht zuletzt das erste Jahr der Ampel-Koalition hat – bei allem Respekt vor den Herausforderungen der Bekämpfung der Pandemie – gezeigt, dass insbesondere das Bundesgesundheitsministerium unserer fachlichen Unterstützung für eine sachgerechte Umsetzung notwendigen gesundheitspolitischen Regierungshandelns bedarf – mit Blick auf kurzfristige und langfristige Lösungen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, wir leben in Zeiten großer Verunsicherungen und Ängste. Wir erleben aber gleichzeitig auch viel Zuversicht und vielfaches Engagement, die Dinge zum Besseren zu wenden. Das macht Mut. Und machen wir uns in diesen Tagen ruhig auch wieder einmal bewusst, dass die meisten von uns – bei allen Problemen – im Großen und im Ganzen noch immer ein vergleichsweise friedliches, besinnliches Weihnachtsfest und einen fröhlichen Jahreswechsel erleben dürfen. Das wünsche ich Ihnen jedenfalls!

Mit kollegialen Grüßen,

Klaus Reinhardt

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.



Hartmannbund

STARK FÜR ÄRZTINNEN UND ÄRZTE.

DIAGNOSE: NÜTZLICH

Inhalt



Den Fuß nur vom Gaspedal zu nehmen, wird nicht mehr reichen

„Wir sind auf dem Highway zur Klimahölle und haben den Fuß auf dem Gaspedal“ sagte UN-Generalsekretär António Guterres Anfang November zum Start der Weltklimakonferenz. Die drastischen Worte zeigen, die Zeit drängt. Dabei ist das Problem seit langem bekannt. Schon in den 1970-er Jahren forderte der Club of Rome einen nachhaltigen Umgang mit der Erde. Passiert ist danach wenig. Und heute? Die Folgen des Klimawandels werden immer sichtbarer. Mit zunehmender Luftverschmutzung steigen nicht nur die Temperaturen und Extremwetterereignisse, sondern auch die gesundheitlichen Risiken weltweit: Menschen leiden unter Hitzewellen, chronische Lungenerkrankungen nehmen zu, Allergien treten häufiger auf, Infektionskrankheiten stellen eine ernstzunehmende Gefahr dar. Das Gesundheitswesen nimmt in dieser Situation eine Doppelrolle ein – es muss die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels bei den Patienten behandeln oder sie präventiv darauf vorbereiten und gleichzeitig zählt es als eine der großen Quellen für Treibhausgase. Den Fuß nur vom Gaspedal zu nehmen, wird nicht mehr reichen, eine Vollbremsung wird nicht möglich sein. Wie kann der Wandel gelingen?

6

26

Wir können zwar nicht alleine die Welt retten, aber wir haben die Chance, dazu beizutragen!

Hauptversammlung gibt Handlungsauftrag in Sachen Nachhaltigkeit

28

Ein problembehaftetes Unterfangen

Erste Schritte zur Cannabis-Legalisierung

30

Die elektronische Patientenakte avanciert zum Herzstück des Konzepts

Digitalisierungsstrategie Gesundheitswesen und Pflege

32

Welche Auswege gibt es aus der „Mangelwirtschaft“?
Liefer- und Versorgungsentpässe bei Arzneimitteln



34

Die stille Pandemie bekämpfen
„Antibiotikaresistenzen“ auf der politischen Agenda

36

„Patientensicherheit lässt sich nur gemeinsam gewährleisten“
Prävention von Behandlungsfehlern



38

Zum Pflegepraktikum nach Schottland

39

Medizinischer Nachwuchs auf Schnupperkurs
Praktisches Jahr im Gesundheitsamt



40 HB-Intern

41 **Service** Kooperationspartner

48 Ansprechpartner

50 Impressum

Den Fuß nur vom Gaspedal zu nehmen, wird nicht mehr reichen

Wie der Wandel gelingen kann –
Und warum er nicht scheitern darf

„Wir sind auf dem Highway zur Klimahölle und haben den Fuß auf dem Gaspedal“ sagte UN-Generalsekretär António Guterres Anfang November zum Start der Weltklimakonferenz. Die drastischen Worte zeigen, die Zeit drängt. Dabei ist das Problem seit langem bekannt. Schon in den 1970-er Jahren forderte der Club of Rome einen nachhaltigen Umgang mit der Erde. Passiert ist danach wenig. Und heute? Die Folgen des Klimawandels werden immer sichtbarer. Mit zunehmender Luftverschmutzung steigen nicht nur die Temperaturen und Extremwetterereignisse, sondern auch die gesundheitlichen Risiken weltweit: Menschen leiden unter Hitzewellen, chronische Lungenerkrankungen nehmen zu, Allergien treten häufiger auf, Infektionskrankheiten stellen eine ernstzunehmende Gefahr dar. Das Gesundheitswesen nimmt in dieser Situation eine Doppelrolle ein – es muss die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels bei den Patienten behandeln oder sie präventiv darauf vorbereiten und gleichzeitig zählt es als eine der großen Quellen für Treibhausgase. Den Fuß nur vom Gaspedal zu nehmen, wird nicht mehr reichen, eine Vollbremsung wird nicht möglich sein. Wie kann der Wandel gelingen?

Etwa fünf Prozent der gesamten Emissionen in Deutschland stößt der Gesundheitssektor aus. Vor allem die knapp 2 000 Krankenhäuser mit ihrem Rund-um-die-Uhr-Betrieb verursachen den Großteil dieser Emissionen. Der jährliche Energiebedarf pro Krankenhausbett entspricht dem jährlichen Energieverbrauch von zwei Haushalten in Deutschland, wie das Statistische Bundesamt angibt. In Krankenhäusern fallen 4,8 Millionen Tonnen Abfall pro Jahr an und fünf Prozent des gesamten Rohstoffverbrauchs in Deutschland gehen auf das Gesundheitswesen zurück. Vor diesem Zusammenhang steht außer Frage, dass der Gesundheitssektor Änderungen in den Strukturen und Einrichtungen anstoßen muss, um nachhaltiger und klimaneutral zu werden. Aber: „In Deutschland wird Klimawandel und Gesundheit erst seit 2019 richtig ernst genommen und es gibt nach wie vor Verantwortliche in der Politik, Wissenschaft und auch im Gesundheitssektor, die diesen Zusammenhang nicht verstehen“, sagte Dr. med. Martin Herrmann, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Allianz für Klima und Gesundheit e.V. (KLUAG), auf der Bundespressekonferenz anlässlich der Veröffentlichung des Lancet Countdown 2022.

Dabei ist das Bewusstsein dafür, dass heute gehandelt werden muss, um künftigen Generationen nicht die Lebensgrundlage zu nehmen, spätestens mit der Fridays for Future-Bewegung geweckt worden. Immer mehr Akteure des Gesundheitswesens vernetzen sich, um den Weg zu klimaneutralen Gesundheitseinrichtungen zu ebnen, aufzuklären und Denkanstöße zu geben. Fachgesellschaften, Ärztekammern und andere Organisationen haben sich mittlerweile zum Klimawandel positioniert. Und beim 125. Deutschen Ärztetag mit dem Schwerpunktthema „Klimaschutz ist Umweltschutz“ im vergangenen November wurde unter anderem das Ziel ausgesprochen, bis 2030 einen klimaneutralen Gesundheitssektor zu schaffen.

Dringlichkeit politisch noch nicht allgemein akzeptiert

Das ist nicht einfach. „Die Dringlichkeit und die Verantwortung für Klimaschutzmaßnahmen in Gesundheitseinrichtungen sind von den Selbstverwaltungsstrukturen, der Legislative und Exekutive auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene noch nicht allgemein akzeptiert“, heißt es im Policy Brief für Deutschland 2021 zum Lancet Countdown for Health and Climate Change-Report. Ein weiterer Punkt, der bislang umfassende Klimaschutzmaßnahmen im Gesundheitswesen behinderte: Es fehlt an der Finanzierung. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen gab zwei Gutachten in Auftrag, um vor der Landtagswahl im Mai auf die Problematik und den notwendigen Handlungsbedarf hinzuweisen. Anfang des Jahres wurden diese veröffentlicht. Das Wup-

pertal Institut für Klima, Umwelt, Energie erarbeitete das Zielbild: „Klimaneutrales Krankenhaus“ und führte darin zehn Punkte auf, die wichtig sind, damit die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen bis 2045 klimaneutral werden können. Die Institute für Health Care Business GmbH (hcb) berechnete im Gutachten „Das klimaneutrale Krankenhaus – Finanzierungsmöglichkeiten von Umsetzungsmaßnahmen“ für dieses Zielbild den Investitionsbedarf: Für die 315 Plankrankenhäuser Nordrhein-Westfalens liegt dieser bei 7,1 Milliarden Euro, was etwa 23 Millionen Euro pro Haus entspricht. Hochgerechnet auf alle Plankrankenhäuser in Deutschland beträgt der Investitionsbedarf laut hcb-Gutachten 34 Milliarden Euro.

Vor dem Hintergrund, dass in der Vergangenheit durch die Bundesländer schon nicht die notwendigen Investitionsmittel für den Erhalt der Substanz der Krankenhäuser bereitgestellt wurden, sind zusätzliche Investitionen für den Klimaschutz kaum vorstellbar. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bezifferte den rechnerischen Investitionsbedarf deutscher Krankenhäuser im Jahr 2020 auf mehr als sechs Milliarden Euro. Die Bundesländer hatten jedoch nur etwa drei Milliarden davon getragen. Zudem sind Sondertöpfe wie Krankenhausstrukturfonds oder Innovationsfonds nicht für klimaneutrale Krankenhausgestaltung vorgesehen und staatliche Förderprogramme sind stark durch EU-Vorgaben begrenzt, so dass viele Klimaschutzmaßnahmen darüber nicht finanziert werden können. Deshalb wurde im hcb-Gutachten vorgeschlagen, einen Krankenhaus-Klimafonds einzurichten. Bund und Länder würden in diesen einzahlen, damit in Krankenhäusern Klimaschutzmaßnahmen durchgeführt werden können. Diese Einschätzung wird auch in der Studie „Klimaschutz in deutschen Krankenhäusern“ geteilt, die vom Deutschen Krankenhausinstitut durchgeführt und im Juli dieses Jahres veröffentlicht wurde: Klimaschutzmaßnahmen in Krankenhäusern sind häufig mit kostenintensiven baulichen Maßnahmen verbunden. Das mache ein Investitionsniveau im mittleren zweistelligen Milliardenbereich erforderlich, das am besten über einen Fonds bereitgestellt wird.

Nicht zur Tatenlosigkeit verdammt

Zur Tatenlosigkeit ist man in Gesundheitseinrichtungen trotz fehlender Mittel nicht verdammt. Das hat das Projekt „KLIK green – Krankenhaus trifft Klimaschutz“ eindrücklich zeigen können. Zentraler Punkt war es, Nachhaltigkeit auch ohne hohen finanziellen Aufwand in Einrichtungen anzustoßen. Im April dieses Jahres wurde es nach drei Jahren Laufzeit abgeschlossen. Rund 200 Krankenhäuser und 50 Reha-Kliniken nahmen daran teil und konnten durch unterschiedliche Klimaschutzmaßnahmen zur



Neben Bewusstsein braucht es auch Wissen!

Die Stiftung Gesundheit im Auftrag des Centre for Planetary Health Policy veröffentlichte im Mai 2022 die Ergebnisse der Umfrage „Umsetzung der Beschlüsse des 125. Deutschen Ärztetages zu Klima und Gesundheit“. Dabei wurden vier Kernthemen ausgemacht: 1. Ärztliche Wahrnehmung der gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels; 2. Hitzeschutz im ärztlichen Alltag; 3. Stand der Umsetzung der Beschlüsse des 125. Deutschen Ärztetages; 4. Unterstützungsbedarf für die Umsetzung der Beschlüsse. An der Umfrage nahmen 773 Ärztinnen und Ärzte teil, davon waren 57 Prozent in eigener Praxis, 8 Prozent in MVZ und 35 Prozent in einer Klinik tätig.

Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass bei Ärztinnen und Ärzten zwar ein hohes Maß an Bewusstsein vorhanden ist, dass der Klimawandel gesundheitliche Auswirkungen hat. Aber das bezieht sich zum großen Teil auf zukünftige Generationen, und das zumeist in anderen Ländern. Der Zusammenhang wird weniger zu den eigenen Patienten gezogen. Allerdings gibt gut ein Viertel der Befragten an, dass sie durch den Klimawandel bedingte Gesundheitsauswirkungen auch bei eigenen Patienten feststellen, 60 Prozent stellen regelmäßig oder gelegentlich Auswirkungen von Hitze bei ihren Patienten fest, doch nur 16 Prozent passen deren Medikation regelmäßig während Hitzeperioden an. Noch weniger, lediglich 10 Prozent, beraten ihre Patienten zum Umgang mit Hitze. Entgegen dieser Aussage antworteten 52 Prozent der Befragten, dass sie bereits Patienten zu Klimawandelfolgen aufklären oder dies in Zukunft zu tun möchten. Viele Ärztinnen und Ärzte, fast 60 Prozent, bemühen sich, Ressourcen in Klinik oder Praxis zu schonen und eine Überversorgung zu vermeiden. Es wird aber deutlich, dass gerade beim Einsatz von Medizinprodukten und Medikamenten, die bei der Herstellung und Lieferkette hohe Emissionen verursachen, weiterer Handlungsbedarf besteht: Mehr als die Hälfte der Umfrage-Teilnehmenden wünschen sich Empfehlungen zum ressourcenschonenden Einsatz von Medikamenten und Medizinprodukten.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es mehr Empfehlungen zum ressourcenschonenden Einsatz von Medikamenten und Medizinprodukten, Leitlinien zur Vereinbarkeit von Hygienevorschriften und Nachhaltigkeit sowie Fort- und Weiterbildungen von Ärztekammern und Fachgesellschaften braucht.

Verbesserung der Energie- und Ressourceneffizienz mindestens 200.000 Tonnen klimaschädliche Treibhausgase reduzieren. Außerdem qualifizierten sich 187 Klinikbeschäftigte als Klimamanager, die in ihren Einrichtungen eine besondere Rolle einnehmen. Sie koordinieren alle Klimaschutzmaßnahmen und sorgen für Akzeptanz bei allen Akteuren. Das Wuppertal Institut wertet Klimamanager deshalb als wesentliche Voraussetzung, um den Nachhaltigkeitsgedanken im Unternehmen überhaupt etablieren zu können.

Was sowohl in den Analysen des Wuppertal Instituts und des Deutschen Krankenhausinstituts, aber auch an den gelisteten Maßnahmen des Projekts „KLIK green“ deutlich wird: Die Möglichkeiten von Gesundheitseinrichtungen, die eigenen Emissionen zu reduzieren, sind vielfältig. Aber dennoch wird ein Großteil der Treibhausgase dort produziert, wo Krankenhäuser nur gering Einfluss nehmen können. Es werden in Unternehmen drei Bereiche eingeteilt, in denen Treibhausgase erzeugt werden. Der sogenannte Scope 1 beinhaltet Emissionen, die direkt von Einrichtungen und deren Fahrzeugen ausgehen. Zum Scope 2 werden indirekte Emissionen gezählt, die aus bezogenen Energiequellen wie Strom oder Fernwärme stammen. Und der Scope 3 fasst alle Emissionen zusammen, die in der Versorgungskette durch Produktion, Transport, Entsorgung von Waren und Dienstleistungen entstehen. In diesem dritten Bereich werden die meisten Treibhausgase erzeugt – und die meisten Gesundheitseinrichtungen lassen ihn in ihren Bemühungen zu mehr Nachhaltigkeit außen vor.

Dort setzt das Projekt „Klimaschutz in Kliniken durch Optimierung der Lieferketten“ (KliOL) des Heidelberg Institute of Global Health an. Es gibt zwei Hauptbereiche: Im ersten Schritt wurde ein Treibhausgas-Rechner entwickelt, der zunächst am Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD) angewendet und später auch anderen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt wird. Denn nur, wenn man so genau wie möglich über die Emissionen seines Hauses Bescheid weiß, können sinnvoll Klimaschutzmaßnahmen zur Reduktion von Treibhausgasen eingeführt und der eigene Erfolg bei der Reduktion

der Emissionen überprüft werden. Ein Pluspunkt: Wenn überall in standardisierter Weise nach den gleichen Kriterien und in den gleichen Kategorien gemessen wird, ist es auch möglich, verschiedene Krankenhäuser und ihre Treibhausgas-Bilanzen miteinander zu vergleichen. Das ist bis jetzt nicht der Fall. So eine umfassende Bilanz wie sie der KliOL-Treibhausgas-Rechner ermöglicht, gab es bislang in Deutschland noch nicht. Selbst, wenn aufgrund der Vielzahl der verschiedenen Posten im Scope 3 in der Treibhausgasbilanzierung der Lieferkette nur mit Annäherungen gearbeitet werden kann. Am UKHD konnte darüber schon eine vorläufige Bilanz ermittelt werden. Diese entspricht in etwa internationalen Vergleichswerten anderer Krankenhäuser, die ebenfalls Lieferketten berücksichtigen: Scope 1 und 2 machen ungefähr ein Viertel der Gesamtemissionen aus, Scope 3 hingegen drei Viertel. „Das Ziel dieser Lieferketten-Bilanzierungen ist es, aufzuzeigen: Wir müssen den Blick weiten und zum Beispiel auch Medizinprodukte und Arzneimittel berücksichtigen“, erklärt Claudia Quitmann, wissenschaftliche Koordinatorin des Projektes.



Im zweiten Schritt werden für den Scope 3 nun Klimaschutzmaßnahmen entwickelt, implementiert und evaluiert. 6.000 Tonnen CO₂-Äquivalente sollen am Ende des dreijährigen Projektes im Scope 3 eingespart werden, was einer Reduktion von sieben Prozent der Scope 3-Emissionen entspricht. Bei den eigenen Zielvorgaben wurde sich an den Erfolgen des englischen Gesundheitswesens NHS (National Health Service) orientiert. Dort konnte im längeren Zeitraum von zehn Jahren eine Reduktion um 20,6 Prozent im Scope 3 erreicht werden.

Bislang wird der Scope 3 weltweit in vielen Krankenhäusern noch nicht berücksichtigt, wie Quitmann berichtet. Für eine Studie hatte sie die deutsche Krankenhauslandschaft analysiert: 2020 hatten zwar 12 Prozent der Krankenhäuser eine Treibhausgas-Bilanz erstellt. Keins davon hatte allerdings bei der Erstellung eines Nachhaltigkeitsplans den Scope 3 eingeschlossen. Das Problem ist: Die Bilanzierung in diesem Bereich ist schwierig. Es ist zwar bekannt, was ein Krankenhaus einkauft, diesen Verbrauchsgütern aber konkrete Emissionen zuzuschreiben, ist nur mit Hilfe von Schätzungen möglich. Fällt es überhaupt in den Aufgabenbereich eines Krankenhauses, sich um mehr Nachhaltigkeit im Scope 3 zu kümmern oder sind dafür nicht eher Hersteller oder Dienstleister zuständig? Claudia Quitmann sieht eine Verantwortung für mehr Klimaschutz und die Notwendigkeit bei allen Beteiligten: „Auf der Krankenseite geht das eher in die Richtung: Wie viel verbrauchen wir von bestimmten Gütern und schaffen wir es, die Verpackungen vom Produkt zu trennen, wenn wir es verwendet haben? Bei Herstellern gibt es unterschiedliche Ansatzpunkte. Nehmen wir zum Beispiel ein Medizinprodukt: Von der Forschung, Entwicklung, Produktion, Verpackung, dem Transport und der Anwendung im Krankenhaus gibt es ja an jedem der Schritte Möglichkeiten, einzugreifen und es nachhaltiger zu gestalten.“

Potenzial steckt in Lieferketten

Es besteht also Potenzial für mehr Nachhaltigkeit in Lieferketten. Dennoch ist es für Krankenhäuser eine Herausforderung, dafür Maßnahmen zu entwickeln, weil in diesem Bereich mehr Stakeholder involviert sind und gegebenenfalls tiefer in medizinische Abläufe eingegriffen wird. Daher bedarf es einer Abstimmung mit Pflegekräften und Ärzteschaft, vor allem dann, wenn nachhaltigere Produkte sich im Handling unterscheiden und beispielsweise separat entsorgt werden müssen. Aktuell landen sehr viele, auch technisch aufwendige Medizinprodukte nach der Nutzung direkt im Müll, weil nur wenige Rücknahmesysteme mit einer Zuführung zum Recycling existieren. Zudem haben Hersteller deutlich weniger klimafreundlichere Alternativen oder Mehrwegprodukte im Angebot, vor allem mit Blick auf medizinische Instrumente.

Hinzu kommen noch Anforderungen des

Gesetzgebers, die zum Beispiel im Bereich Hygiene eingehalten werden müssen und das Thema Nachhaltigkeit bei Medizinprodukten sehr komplex machen.

Deshalb liegt der aktuelle Projektschwerpunkt zunächst bei der Speiseversorgung. Es ist zwar ein sehr emotional beladenes Thema, eignet sich aber gut, um im Krankenhaus Klimaschutz einzusetzen. Das Mittagsmenü wird entsprechend der planetaren Ernährung angepasst, das heißt, tierische Produkte werden reduziert und mehr pflanzlich basierte Eiweißquellen eingebunden. Weitere Maßnahmen werden aktuell erörtert. Zum Beispiel wird mit der Krankenhausapotheke das Thema nachhaltigere Inhalatoren bearbeitet. Auch die Mobilität bietet viel Einsparpotential, so arbeitet das UKHD bereits daran, auf mehr Fahrradmobilität zu setzen. Die KliOL-Forschenden wollen dort überprüfen, inwieweit sich das positiv auf die Gesundheit auswirkt.

Der Scope 3 sollte also Berücksichtigung finden, was die Reduktion von klimaschädlichen Treibhausgasen im Gesundheitswesen betrifft. Doch für Claudia Quitmann muss es noch weitergehen: „Es wird perspektivisch darum gehen, unser Gesundheitssystem noch tiefgreifender zu verändern. Selbst, wenn wir es jetzt schaffen, Prozesse klimafreundlicher zu gestalten, wird es uns in Bezug auf Emissionen nicht auf Netto Null bringen. Dafür müssten wir einen viel größeren Fokus auf Prävention setzen und so dafür sorgen, dass weniger Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen wird. Und das hat am Ende für Menschen sehr viel Gutes. Das ist ein sehr großes Thema, das gesamtgesellschaftlich angegangen werden muss.“



Planetary Health

Das Konzept Planetary Health betrachtet nicht nur die Gesundheit der Menschen, sondern auch die natürlichen Systeme, in denen Menschen leben und von denen sie abhängen. Die Grundlage menschlichen Lebens sind intakte Ökosysteme; Luft, Wasser, Nahrung, biologische Vielfalt. Das lasse sich also in etwa so umschreiben: Gesunde Menschen gibt es nur auf einem gesunden Planeten. Faktoren, die zu Veränderungen der Umweltbedingungen führen, beispielsweise der Klimawandel, Abholzung von Wäldern oder auch Luftverschmutzung, beeinflussen letztlich auch die menschliche Gesundheit (sowie soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Aspekte) negativ. So entstehen zum Beispiel Antibiotikaresistenzen durch einen übermäßigen Einsatz in der Medizin oder durch die Zerstörung von natürlichen Lebensräumen kommt es zum Auftreten von Zoonosen. Es geht darum, die Beziehung von Menschen und Planet neu zu denken, die Gesundheitsfolgen globaler Umweltveränderungen zu verstehen und Lösungsstrategien für einen umweltverträglichen Lebensstil zu entwickeln. Denn: Kein Land und kein Mensch sind immun gegen Gesundheitsfolgen, die durch den Klimawandel verursacht werden. Bereits heute sind erhöhte Krankheitslasten in nahezu allen Fachgebieten der Medizin festzustellen. Im Sinne von Planetary Health braucht es ein Umdenken hin zu einem patientenzentrierten, integrativen und gesundheitsfördernden sowie nachhaltigem Gesundheitswesen, bei dem der Fokus auf das Wohlergehen von Mensch und Natur gerichtet ist: Klimaschutz ist Gesundheitsschutz.

4 FRAGEN ZUM KLIMAWANDEL



DR. MED. CHRISTIAN SCHULZ

Geschäftsführer;
Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUAG)



DR. SVEN LUEKE

Insitute for Health Care Business GmbH (hcb); Mitautor des Gutachtens „Das klimaneutrale Krankenhaus – Finanzierungsmöglichkeiten von Umsetzungsmaßnahmen“ für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen

1. Die Klimakrise ist ...

... unmittelbares Ergebnis unserer Abhängigkeit von fossilen Energieträgern. Diese Abhängigkeit macht uns auf vielfältige Weise krank und erfordert eine schnelle Therapie.

2. Hitzewellen und deren gesundheitliche Folgen oder durch den Klimawandel hervorgerufene Erkrankungen (Infektionserkrankungen, Pandemien, Allergien) => also insgesamt eine veränderte Patientenversorgung, bauliche Strukturen der Gesundheitseinrichtungen, Weiterbildungen des medizinischen Fachpersonals – wo liegt Ihrer Einschätzung nach der größte Handlungsbedarf, aber auch die größte Chance, um das Gesundheitswesen mit Blick auf die Klimakrise besser aufzustellen und welche Rolle nimmt die Ärzteschaft dabei ein?

Der Ende Oktober erschienene Bericht des Lancet Countdown zu den gesundheitlichen Auswirkungen der Klimakrise zeigt sehr klar, welche zentrale Rolle das Gesundheitssystem und damit die Ärzteschaft bei der Bewältigung der Krise spielen wird. Der größte Hebel liegt darin, sich mit der ganzen Reputation des Berufs für eine schnelle Wende weg von fossilen Energieträgern einzusetzen. Sobald verstanden wird, wie groß die Auswirkungen jetzt schon sind und zukünftig sein werden, ergeben sich die nächsten Schritte: es geht darum, das Gesundheitssystem resilienter zu machen. Es muss unabhängig von fossilen Energieträgern werden, es muss gewappnet sein für häufigere, längere und intensivere Hitzewellen und, das ist wahrscheinlich das Wichtigste, es muss angesichts zunehmend knapper finanzieller und personeller Ressourcen entlastet werden. Das gelingt durch die Vermeidung nichtnotwendiger Therapien, den Abbau nichtnotwendiger Bettenkapazitäten und Verhältnisprävention, für die nicht nur das Bundesgesundheitsministerium, sondern alle Ministerien verantwortlich sind.

3. Ist ein klimaneutrales Gesundheitswesen bis 2035 realisierbar – auch mit Blick auf die aktuelle Energiekrise? Haben wir schon den richtigen Zeitpunkt verpasst, um unser Gesundheitswesen auf effiziente Weise nachhaltiger aufzustellen – soll heißen, wäre eine vorausschauende Ausrichtung hin zu einem klimaneutralen Gesundheitswesen nicht einfacher (und mit niedrigeren Kosten verbunden) gewesen als in Zeiten hoher Energiepreise und Lieferengpässe? Was sind die wichtigsten Schritte, die jetzt gegangen werden sollten?

Vorausschauend zu agieren ist immer besser. Wir haben vielleicht den besten Zeitpunkt verpasst, aber einen besseren als jetzt wird es nicht geben. Neben dem Abbau von Überversorgung und einem neuen Verständnis von Prävention ist das Wichtigste, Energie einzusparen und sich dafür mit Expertenwissen zu wappnen. Viele Schritte sind geringinvestiv, die Vermeidung des klimaschädlichen

Narkosegases Desfluran beispielsweise schützt nicht nur das Klima überaus effektiv, es reduziert auch die Kosten. Darüber hinaus ist es wichtig, sich zu vernetzen. Immer mehr Gesundheitseinrichtungen erkennen, dass Klimaschutz untrennbar mit Resilienz gegenüber multiplen Krisen verbunden ist und sogar einen Wettbewerbsvorteil auf einem angespannten Arbeitsmarkt darstellt.

4. Welche Auswirkungen wird es haben (für die Versorgung der Patienten, die Ärzteschaft, das Gesundheitswesen), wenn sich nichts schnell oder zu wenig ändert?

Der Gesundheitssektor leidet bereits jetzt unter Fachkräftemangel, Fehlanreizen, stark steigenden Kosten auf der Ausgabeseite, demographischem Wandel, rezessionsbedingt möglicherweise langfristig rückläufigen Budgets der Krankenkassen, Überversorgung und einer stark gestiegenen Krankheitslast, weil die Menschen sich ungesund ernähren und zu wenig bewegen. Dass es so nicht bleiben kann, ist offensichtlich. Im Moment sind wir auf einem Pfad in der Gegend von drei Grad globaler Temperaturerhöhung bis Ende des Jahrhunderts mit der entsprechenden Zunahme der Morbidität und Mortalität und übrigens auch mit wirtschaftlichen Einbußen. Daher ist ein „dass sich nichts schnell oder zu wenig ändert“ aus medizinischer Perspektive keine Option.

1. Der Klimawandel ist ...

... eine Herausforderung, der wir mit Mut, Veränderungsbereitschaft und den richtigen ökonomischen Anreizen zügig begegnen müssen.

2. Hitzewellen und deren gesundheitliche Folgen oder durch den Klimawandel hervorgerufene Erkrankungen (Infektionserkrankungen, Pandemien, Allergien) => also insgesamt eine veränderte Patientenversorgung, bauliche Strukturen der Gesundheitseinrichtungen, Weiterbildungen des medizinischen Fachpersonals – wo liegt Ihrer Einschätzung nach der größte Handlungsbedarf, aber auch die größte Chance, um das Gesundheitswesen mit Blick auf die Klimakrise besser aufzustellen und welche Rolle nimmt die Ärzteschaft dabei ein?

Viele Krankenhäuser, Rehakliniken und Pflegeheime sind baulich in die Jahre gekommen. Hier müssen größere Investitionen in Hitzeschutz und Verschattung vorgenommen werden.

Zugleich muss ein energiesparender Umbau von Gebäudefassaden und Heizungssystemen erfolgen sowie ein Umstieg auf regenerative Energiequellen. Daneben werden auch Ärztinnen und Ärzte zukünftig umdenken

müssen. Zum Beispiel müssen sie den Einsatz klimaschädlicher Narkosegase möglichst vermeiden.

Daher wird der größte Handlungsbedarf darin bestehen, die Veränderungsbereitschaft aller Akteure im Gesundheitswesen herzustellen. Klimaanpassung und -schutz verlangen uns viel ab. Doch es lohnt sich, Veränderungen als Chance auf ein zukunftsfähiges und noch besseres Gesundheitssystem aufzufassen.

3. Ist ein klimaneutrales Gesundheitswesen bis 2035 realisierbar – auch mit Blick auf die aktuelle Energiekrise? Haben wir schon den richtigen Zeitpunkt verpasst, um unser Gesundheitswesen auf effiziente Weise nachhaltiger aufzustellen – soll heißen, wäre eine vorausschauende Ausrichtung hin zu einem klimaneutralen Gesundheitswesen nicht einfacher (und mit niedrigeren Kosten verbunden) gewesen als in Zeiten hoher Energiepreise und Lieferengpässe? Was sind die wichtigsten Schritte, die jetzt gegangen werden sollten?

Wir hätten schon weiter bei der Klimaneutralität sein können. Aber bislang fehlte dafür der Handlungsanreiz. Zum Beispiel hatten Energiekosten für Krankenhäuser nie eine wirkliche Bedeutung: Sie machten nur ca. 1-2 % an den Betriebskosten aus. Mancherorts fehlt auch immer noch das Bewusstsein für übermäßige Einwegabfälle und klimaschädliche Lieferketten.

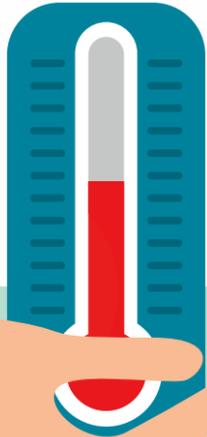
Durchaus können wir bis 2045 immer noch ein klimaneutrales Gesundheitswesen realisieren. Doch dafür müssen wir jetzt die richtigen Anreize setzen. Erstens müssen wir für bedarfsnotwendige Krankenhäuser gesonderte Investitionsmittel aus einem Klimafonds bereitstellen. Zweitens sollten wir nicht-bedarfsnotwendige Krankenhäuser in weniger ressourcenintensive Einrichtungen umwandeln oder schließen. Drittens könnten wir auch überlegen, Klimaziele für Gesundheitseinrichtungen zu setzen und ihre Erreichung finanziell zu belohnen.

4. Welche Auswirkungen wird es haben (für die Versorgung der Patienten, die Ärzteschaft, das Gesundheitswesen), wenn sich nichts schnell oder zu wenig ändert?

Wenn wir unser Gesundheitssystem zu langsam an die Klimaveränderungen anpassen, wird es größere gesundheitliche Folgen haben: Hitzewellen werden nicht nur zur Gefahr für ältere, chronisch kranke und geschwächte Menschen. Auch das Personal von Gesundheitseinrichtungen wird unter andauernder Hitze in nicht-klimatisierten und ungeschützten Einrichtungen leiden. Das wird zu Folgekosten führen: mehr versorgungsbedürftige Menschen sowie mehr Arbeitsausfälle und Produktivitätsverluste.

Wie sehr uns die Folgen des Klimawandels zukünftig belasten werden, hängt von unseren Klimaschutzbemühungen heute ab. Der Weg zur Klimaneutralität mag im Moment teuer und aufwendig erscheinen. Doch die gesundheitlichen und finanziellen Folgekosten würden vermutlich ungleich höher sein.





DR. MED. GERALD QUITTERER

Co-Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Klimawandel“ der Bundesärztekammer; Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



DR. GERALD GASS

Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft



1. Der Klimawandel ist ...

... eines der größten Gesundheitsrisiken, wenn nicht das größte Gesundheitsrisiko unserer Zeit.

2. Hitzewellen und deren gesundheitliche Folgen oder durch den Klimawandel hervorgerufene Erkrankungen (Infektionserkrankungen, Pandemien, Allergien) => also insgesamt eine veränderte Patientenversorgung, bauliche Strukturen der Gesundheitseinrichtungen, Weiterbildungen des medizinischen Fachpersonals – wo liegt Ihrer Einschätzung nach der größte Handlungsbedarf, aber auch die größte Chance, um das Gesundheitswesen mit Blick auf die Klimakrise besser aufzustellen und welche Rolle nimmt die Ärzteschaft dabei ein?

Die größte Herausforderung ist sicherlich, dass die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels in Deutschland weiterhin dramatisch unterschätzt werden. Das ändert sich seit ein paar Jahren, allerdings (zu) langsam. Nach wie vor werden die Zusammenhänge von Klimawandel und Gesundheit in Politik und Gesellschaft noch zu wenig beachtet. Von daher ist der sehr klare und eindeutige Auftritt von Bundesgesundheitsminister Lauterbach bei der Bundespressekonferenz am 03.11.2022 anlässlich des Erscheinens des Lancet Countdown Berichts 2022 ein gutes Zeichen. Aber der Aussage, dass die Folge des Klimawandels „die mit Abstand größte und wichtigste Krise in diesen Zeiten“ ist, müssen nun Taten folgen. Die Ärzteschaft ist sich ihrer Verantwortung hier sehr bewusst und thematisiert die Folgen des Klimawandels seit vielen Jahren. Exemplarisch möchte ich hier auf den 125. Deutschen Ärztetag 2021 hinweisen, bei dem wir uns einen ganzen Tag lang mit diesem Thema befasst haben.

3. Ist ein klimaneutrales Gesundheitswesen bis 2035 realisierbar – auch mit Blick auf die aktuelle Energiekrise? Haben wir schon den richtigen Zeitpunkt verpasst, um unser Gesundheitswesen auf effiziente Weise nachhaltiger aufzustellen – soll heißen, wäre eine vorausschauende Ausrichtung hin zu einem klimaneutralen Gesundheitswesen nicht einfacher (und mit niedrigeren Kosten verbunden) gewesen als in Zeiten hoher Energiepreise und Lieferengpässe? Was sind die wichtigsten Schritte, die jetzt gegangen werden sollten?

Erlauben Sie mir zunächst den Hinweis, dass der 125. Deutsche Ärztetag 2021 an alle Entscheidungsträger im Gesundheitswesen appelliert hat, die Klimaneutralität des deutschen Gesundheits-

wesens bereits bis zum Jahr 2030 – und nicht erst bis 2035 – zu erreichen und alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zielstrebig, konsequent und zeitnah in Angriff zu nehmen. Ob man früher hätte anfangen müssen, ist in diesem Zusammenhang eine müßige Frage. Wichtig ist vielmehr, dass sich alle Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens nun auf den Weg machen. Die Arbeitsgruppe „Klimawandel“ hat konkrete Handlungsempfehlungen für Arztpraxen und Krankenhäuser erarbeitet und auf den Internetseiten der Bundesärztekammer veröffentlicht. Ähnliche Übersichten wurden auch von Anderen erstellt und bieten eine Vielzahl an praktischen Anregungen. Ein sehr konkreter erster Schritt könnte die Benennung von Klimabeauftragten sein.

4. Welche Auswirkungen wird es haben (für die Versorgung der Patienten, die Ärzteschaft, das Gesundheitswesen), wenn sich nichts schnell oder zu wenig ändert?

Verkürzt könnte man sagen: „Es wird mehr Tote geben.“ Nach Berechnungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) hat es 2022 in Deutschland 4.500 hitzebedingte Todesfälle gegeben. Im Jahr 2018 waren es sogar 8.700. Aber nicht nur die Hitze, auch andere Extremwetterereignisse fordern Menschenleben. Erinnern möchte ich hier nur an die Flutkatastrophe 2021 im Ahrtal.

Zugleich werden wir Ärztinnen und Ärzte uns auf Erkrankungen durch neu auftretende Erreger und Vektoren, auf die vielfältigen gesundheitlichen Auswirkungen der Luftverschmutzung, der verlängerten saisonalen Dauer des Pollenfluges usw. einstellen müssen. Wir werden unsere Patientinnen und Patienten stärker als bisher informieren und beraten müssen, beispielsweise bezüglich möglicher Anpassungen der Medikation. Und wir werden sicherlich auch bei unserem Praxismanagement hinschauen müssen. Termine für vulnerable Patientinnen und Patienten in der Mittagszeit in Hitzeperioden sollte es nicht geben.

1. Der Klimawandel ist ...

... ohne Zweifel die größte Herausforderung der Menschheit. Kein anderes Problem unserer Zeit hat so elementare Auswirkungen. Es geht um nichts weniger als das Fortbestehen menschlicher Zivilisation.

2. Hitzewellen und deren gesundheitliche Folgen oder durch den Klimawandel hervorgerufene Erkrankungen (Infektionserkrankungen, Pandemien, Allergien) => also insgesamt eine veränderte Patientenversorgung, bauliche Strukturen der Gesundheitseinrichtungen, Weiterbildungen des medizinischen Fachpersonals – wo liegt Ihrer Einschätzung nach der größte Handlungsbedarf, aber auch die größte Chance, um das Gesundheitswesen mit Blick auf die Klimakrise besser aufzustellen und welche Rolle nimmt die Ärzteschaft dabei ein?

Für die Krankenhäuser stehen bauliche Veränderungen an erster Stelle. Viele Klinikgebäude stammen noch aus dem 19. Jahrhundert. Das sieht zwar schön aus, erschwert aber die energetische Sanierung und den Einbau von Klimatisierungstechnik. Für die zahlreichen nach dem zweiten Weltkrieg erbauten Kliniken gilt Ähnliches. Ihre Substanz lässt häufig keine Modernisierung zu, und ihre energetischen Eigenschaften sind oft besonders schlecht. Hinzu kommen die seit Jahrzehnten viel zu geringen Fördermittel für Investitionen. Sie verhindern, dass Krankenhäuser dort investieren, wo es nicht der direkten Patientenversorgung dient. In der Folge existieren in viel zu vielen Kliniken nach wie vor veraltete Heizkessel, die Gebäudehülle ist schlecht isoliert, und Kühlsysteme für Patientenzimmer sind die Ausnahme. Auf der anderen Seite zwingen zunehmende Hitzeperioden aber zur Kühlung der Zimmer. Studien haben ergeben, dass der Heilungsprozess in angenehm klimatisierten Räumen deutlich schneller vonstattgeht. Hier gibt es auch schon funktionierende Ansätze, wie Räume auch ohne wiederum klimaschädliche Klimaanlage heruntergekühlt werden können, zum Beispiel durch wassergekühlte Böden und Wände in einer Art umgekehrten Fußbodenheizung. Für all das benötigt es aber unterschiedene Investitionen in den kommenden Jahren. Als Energiegroßverbraucher spielen die Krankenhäuser eine entscheidende Rolle beim klimagerechten Umbau.

3. Ist ein klimaneutrales Gesundheitswesen bis 2035 realisierbar – auch mit Blick auf die aktuelle Energiekrise? Haben wir schon den

richtigen Zeitpunkt verpasst, um unser Gesundheitswesen auf effiziente Weise nachhaltiger aufzustellen – soll heißen, wäre eine vorausschauende Ausrichtung hin zu einem klimaneutralen Gesundheitswesen nicht einfacher (und mit niedrigeren Kosten verbunden) gewesen als in Zeiten hoher Energiepreise und Lieferengpässe? Was sind die wichtigsten Schritte, die jetzt gegangen werden sollten?

Bis dahin gibt es viel zu tun. Krankenhäuser sind äußerst energieintensiv, ein Klinikbett allein benötigt mehr Energie als ein Einfamilienhaus. Moderne Medizintechnik hat dazu geführt, dass wir viele Krankheiten erkennen und heilen können. Allerdings hat das seinen Preis: Ein MRT-Gerät verbraucht etwa 500 kWh Energie täglich, das entspricht rund 1.000 Waschgängen bei 40 Grad in einer durchschnittlichen Waschmaschine. Diese Energiebedarfe werden sich auch durch technischen Fortschritt nicht wesentlich verringern lassen. Die Aufgabe ist es, diese hohen Bedarfe durch erneuerbare Energien abzudecken. In dieser Hinsicht fehlen aber wiederum die Investitionsmittel. Bislang bleiben die Krankenhäuser auf sich allein gestellt, vereinzelt installieren sie Photovoltaik-Anlagen, tauschen veraltete Leuchtmittel aus oder entwerfen Energiesparkonzepte. Das alles wird aber nicht reichen, um ein klimaneutrales Gesundheitswesen zu erreichen, dafür benötigt es groß angelegte Investitionsprogramme. Unser Vorschlag ist, in den nächsten zehn Jahren jeweils zwei Milliarden Euro in die CO₂-Neutralität zu investieren.

4. Welche Auswirkungen wird es haben (für die Versorgung der Patienten, die Ärzteschaft, das Gesundheitswesen), wenn sich nichts schnell oder zu wenig ändert?

Direkt verzeichnet die Statistik bereits vermehrt Hitzetote und mehr durch Hitze verursachte Notfälle. Das betrifft vor allem ältere und vorerkrankte Menschen. Auch Notaufnahmen werden sich verstärkt auf dehydrierte oder anderweitig hitzegeschädigte Patientinnen und Patienten einstellen müssen. Für ambulante Dienste, etwa Sozialstationen, wird das Thema Trinken noch wichtiger als bislang sein. Allerdings bedeutet Klimawandel nicht nur Hitze. Krankenhäuser müssen darüber hinaus mit zunehmenden Katastrophen-Großlagen umgehen, zum Beispiel bei Hochwassern oder Stürmen. Und es stellt sich zusätzlich die Frage, wie Krankenhäuser damit umgehen, wenn sie selbst Fluten oder anderen Wetterextremen ausgesetzt sind.



Foto: Maren Winter/shutterstock.com

Max Bürck-Gemassmer:
Wir haben noch viel nachzuholen!



Bei Thema Hitzeschutz sind wir mächtig im Rückstand

Die (noch immer) unterschätzte Gefahr

Deutschland ist für den Katastrophenfall durch mögliche große Hitzewellen nicht gerüstet – diese Einschätzung ist im Policy Brief für Deutschland 2021 nachzulesen. Dabei deuten Prognosen darauf hin, dass Hitzewellen aufgrund des Klimawandels auch hierzulande häufiger auftreten und länger andauern werden. Gleichzeitig steigt die Zahl der vulnerablen Personengruppen, unter anderem durch eine älter werdende Bevölkerung und die zunehmende Verstädterung. Auch der Aufbau hitzeresilienter Gesundheitseinrichtungen geht zu langsam voran. Statt planlos in den nächsten Sommer zu gehen, hat das Pilotprojekt „Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin“ deshalb für den Gesundheitssektor der Hauptstadt Musterschutzpläne erarbeitet, um vulnerable Bevölkerungsgruppen und Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen besser schützen zu können.

Dehydriert, delirant, inkontinent und ohne Versorgung – als Max Bürck-Gemassmer, niedergelassener Arzt der Allgemeinmedizin in Berlin, zu seiner Patientin gerufen wurde, kam er den Folgen des Klimawandels ganz nah. Nur ein paar Tage zuvor war seine Patientin aus dem Krankenhaus entlassen worden, die Pneumonie war ausgeheilt und es wurde angenommen, dass sich Angehörige weiter um die Frau kümmern würden. Dann kam die Hitzewelle. Zwei Tage lag die Frau allein zu Hause, hatte zu niemandem Kontakt. Nicht zu Angehörigen, weil diese selbst erkrankt beziehungsweise nicht in der Lage waren, nach dem Rechten zu schauen. Auch kein Sozialdienst kam – die Frau war vor ihrem Krankenhausbesuch fit und benötigte ihn nicht. Bürck-Gemassmer wurde schließlich von einer überforderten Angehörigen alarmiert. Was dann folgte, war eine fast einstündige Anstrengung, um die Frau ins Krankenhaus bringen zu können. Der Rettungsdienst transportierte grundsätzlich nur akut lebensbedrohte Patienten und lehnte alle anderen Fahrten ab. Ein Krankentransport war erst nach vielen Telefonaten, die Bürck-Gemassmer gemeinsam mit der Angehörigen und einem Mitarbeiter vom Sozialdienst führte, organisiert. Beim Krankenhaus hieß es zunächst, sie könnten niemanden mehr aufnehmen, weil sie voll belegt seien. Das Gesundheitswesen war überfordert, nach nur zwei Tagen Hitze, erzählt Bürck-Gemassmer. Deshalb fällt sein Fazit eindeutig aus: Es braucht mehr Vorbereitung für Hitzewellen.

Was seiner Patientin widerfahren ist, ist kein Einzelfall. Oft aber kommt die Hilfe zu spät. Wie das Robert Koch-Institut (RKI) mittel-

te, wurde die Zahl der hitzebedingten Sterbefälle in diesem Jahr – der Sommer 2022 gilt als der viertwärmste seit Beginn der Wetteraufzeichnung – auf rund 4 500 geschätzt. Menschen über 65 Jahren gelten als vulnerable Bevölkerungsgruppe. Oft kommen bei ihnen zusätzliche Risikofaktoren wie Vorerkrankungen oder soziale Isolation hinzu. Kinder, Schwangere oder Personen, die im Freien arbeiten, um einige weitere Risikogruppen zu nennen, sind ebenfalls hitzegefährdet. Doch generell gilt: Extreme Hitze stellt für alle ein Gesundheitsrisiko dar. Das macht sie so gefährlich. Weil viele nicht ausreichend informiert sind, gesundheitliche Risiken nicht ernst genug nehmen oder sich nicht selbst schützen können, braucht es ein koordiniertes Agieren verschiedener Akteure, um gesundheitlichen Folgen durch Hitzeextremen vorzubeugen.

Südeuropäische Länder haben einen Vorsprung

Länder wie Frankreich oder Italien haben da einen Vorsprung von gut 20 Jahren, während hierzulande das Thema Hitzeschutz erst langsam auf der Prioritätenliste nach oben rückt. Im Jahr 2003 hielt eine Hitzewelle Europa im Griff, bei der mehr als 70 000 Menschen starben. Direkt nach dieser Erfahrung führte Frankreich einen nationalen Hitzeaktionsplan ein. Andere Länder folgten. 2008 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Leitlinien zum Hitzeschutz, die auf diesen bereits eingeführten Plänen beruhten. In Deutschland blieb es ruhig, erst 2017 wurden die „Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum

Schutz der menschlichen Gesundheit“ auf Basis der WHO-Leitlinien veröffentlicht. Darin werden kurz-, mittel- und langfristige Methoden aufgeführt, die Hitzetode verhindern sollen. Zum Beispiel, indem Strategien erarbeitet werden, die Bevölkerung über bevorstehende Hitzewellen und entsprechende Schutzmaßnahmen zu informieren oder Städte hitzeresilient zu gestalten.

Eine schnelle Änderung der Situation wie in Frankreich ist in Deutschland kaum möglich. Hitzeschutz wird hier nicht zentral geregelt, sondern ist Aufgabe der Länder und Kommunen. Das hat zur Folge, dass es kein einheitliches Vorgehen gibt. Hitzeaktionspläne wurden oder werden erst in wenigen Kommunen erarbeitet und eingeführt. Im September dieses Jahres stellte Brandenburg, bundesweit ist es mit am stärksten von der Hitze betroffen, als erstes Bundesland das Gutachten für einen Hitzeaktionsplan vor. „Hitzeaktionspläne sind das Gebot der Stunde“, heißt es darin. In Brandenburg soll nun ein Netzwerk zwischen allen relevanten Akteuren auf kommunaler und institutioneller Ebene aufgebaut werden.

„Deutschland ist nicht gerüstet für Hitzewellen. Ich würde mir mehr Wissen und Einsicht von der Politik wünschen. Der Klimawandel ist das größte Gesundheitsproblem des 21. Jahrhunderts. Und Hitzewellen sind die tödlichsten Extremwetterereignisse. Dass wir dem so wenig gerecht werden, ist natürlich nicht befriedigend“, sagt Max Bürck-Gemassmer. Er möchte die Situation in Berlin ändern. Deshalb engagiert er sich im Aktionsbündnis Hitzeschutz. Dieses wurde auf Initiative der Ärztekammer Berlin, der Berliner Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung sowie der Deutschen Allianz Klima und Gesundheit e.V. (KLUG) im März dieses Jahres gegründet. In Berlin hat der Gesundheitsbereich für fünf Sektoren – stationärer und ambulanter Bereich, Pflege, öffentlicher Gesundheitsdienst, Rettungsdienste und Katastrophenschutz – jeweils Musterhitzeschutzpläne erarbeitet und im Juni veröffentlicht. Solche spezifischen Pläne für Gesundheitseinrichtungen fehlten in bisherigen kommunalen Hitzeaktionsplänen. Das macht es zu einem in Deutschland einmaligen Pilotprojekt. Denn bislang hat die Ärzteschaft in der Planung von Hitzeaktionsplänen auf kommunaler Ebene, oder wenn es um die Einführung von Hitzeschutzplänen in Gesundheitseinrichtung geht, kaum eine aktive Rolle eingenommen.

Berliner Aktionsbündnis hat Pläne erarbeitet

Das Berliner Aktionsbündnis hat ein gemeinsames Vorgehen erarbeitet. Hitzewarnungen des Deutschen Wetterdienstes werden nun von zentraler Stelle aus ins gesamte Gesundheitswesen übermittelt, so dass dort eine entsprechende Vorbereitung stattfinden kann. Beispielsweise werden alle Niedergelassenen über die Kassenärztliche Vereinigung informiert. Wie diese aber letztlich auf die Warnung reagieren und ob beziehungsweise wie sie Aktionspläne in Praxen umsetzen, ist noch nicht bekannt. Um mehr darüber zu erfahren, welche Maßnahmen als sinnvoll oder als hinderlich erachtet werden, sind regelmäßige Umfragen geplant, das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Bürck-Gemassmer, Mitglied des KLUG-Vorstands, hat dabei mitgewirkt,

Hitzeschutzpläne für Praxen zu erarbeiten. Nun hofft er, dass immer mehr Niedergelassene diese (beziehungsweise Elemente daraus) für ihre eigene Praxis anwenden.

Die Hitzeschutzpläne des Aktionsbündnisses sollen als Orientierung dienen, welche Maßnahmen etabliert werden können und wann es sinnvoll ist, diese durchzuführen. Die einzelnen Vorkehrungen sind nicht kompliziert, es braucht nur das Wissen und die nötige Koordination, um im Ernstfall schnell reagieren zu können. Für den Praxisalltag sei es wichtig, Patienten zu informieren und sie vorzubereiten, falls Hitzewellen drohen, erklärt Max Bürck-Gemassmer. Zum Beispiel, indem sie darauf hingewiesen werden, ausreichend zu trinken. Und vor allem: Es ist ärztliche Notwendigkeit, Medikamente anzupassen, denn diese könnten bei Hitze ihre Wirkung verändern.

Damit der Praxisbetrieb auch während Hitzewellen weiterlaufen kann, sollte zudem nur in kühlen Morgenstunden gelüftet und, wenn möglich, Verschattung angebracht werden. Wenn die Temperaturen zu sehr steigen, macht Bürck-Gemassmer neue Termine mit Patienten aus – entweder werden Termine am frühen Morgen vereinbart oder aber auf einen anderen Tag nach voraussichtlichem Ende der Hitzewelle gelegt. Das soll verhindern, dass sich Patienten auf dem Weg in die Praxis der Hitze aussetzen. Für Max Bürck-Gemassmer muss sich noch mehr ändern, Hitzeschutz ist nicht nur Sache der Ärzteschaft, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Es wäre daher vom Vorteil, wenn man in Praxen beim Hitzeschutz auch Angehörige, Freunde oder Nachbarschaftsnetze einbeziehen würde, um vulnerable Personengruppen stärker zu schützen. „Die erste Reaktion ist oft: Das sollen wir jetzt auch noch machen? Andererseits ist klar: Wenn wir es nicht tun, rutschen wir in eine unvorbereitete und wahrscheinlich sehr schwierige Situation, wenn wir von einer ersten Hitzewelle getroffen werden, wie es in diesem Jahr in anderen Ländern der Fall war. Dann bricht das System, so schlecht wie es aktuell vorbereitet ist, innerhalb kurzer Zeit zusammen.“

Informationen und Musterhitzeschutzpläne für Gesundheitseinrichtungen aller Sektoren sind zu finden unter: <https://hitzeschutz-berlin.de/hitzeschutzplaene/>



Klimaschutz fängt im Kleinen an

Arztpraxen: Den größten CO₂-Fußabdruck hinterlassen die Medikamente

Arztpraxen sind die kleinste organisatorische Einheit im Gesundheitswesen. Heißt das deshalb auch, dass Klimaschutzmaßnahmen dort kaum einen Einfluss haben gegen den Klimawandel? Im Gegenteil – mehr als 100 000 Arztpraxen gibt es in Deutschland und somit ein großes Potential, wenn es darum geht, Energie und Ressourcen einzusparen, klimasensible Gesundheitsberatung zu betreiben oder zu einem klimabewussten Umdenken in der Ärzteschaft und allen anderen Berufsgruppen des Gesundheitssektors beizutragen. Damit sich dieses Potential tatsächlich entfalten kann, wird deshalb auf verschiedenen Ebenen versucht, das Bewusstsein für Nachhaltigkeit in der eigenen Praxis zu erhöhen und im eigenen Handeln zu etablieren – um dem Klimawandel und damit einhergehenden Gesundheitsrisiken entgegenzuwirken.



Marischa Fast:
Gesellschaftliches Engagement
ist der Hebel

Der Klimawandel ist ein dringendes Problem, das sofortiges Handeln erfordert – diese Ansicht ist bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten überwiegend vertreten. Zu diesem Ergebnis kam ein Forschungsteam der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, das eine bundesweiten Online-Umfrage durchführte. Denn obwohl das Thema Klimawandel und Gesundheit sowie die Notwendigkeit, im Gesundheitssektor Emissionen zu reduzieren, immer häufiger im Fokus stehen, war über die Haltung dazu und die Einschätzung zum Klimaschutzpotential im ambulanten Sektor von den dort tätigen Ärzten bisher wenig bekannt. 1.683 Teilnehmende beantworteten 39 Fragen über den Ist-Zustand, Bereitschaft, Hürden und Wünsche hinsichtlich Klimaschutz in Praxen. Die Auswertung der Umfrage wurde Ende 2021 veröffentlicht.

Niedergelassene sehen Handlungsbedarf

83 Prozent der Teilnehmenden sahen, wie eingangs beschrieben, den Klimawandel als dringendes Problem. Eine Mehrheit der Ärzte berichtet von klimawandelbedingten Folgen für die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten. Insgesamt fühlte sich auch der Großteil der Befragten für den Klimaschutz in ihren Praxen verantwortlich und es zeigte sich eine große Bereitschaft, klimafreundliche Maßnahmen umzusetzen – zum Teil wurden bereits einige Maßnahmen realisiert. Aber: Fehlende Information und Unterstützung durch Berufsverbände sowie finanzielle Mehrausgaben stellten für die Befragten Hindernisse dar, diese überwiegend positive Einstellung zum Klimaschutz auch tatsächlich in größerem Umfang mit Hilfe von Klimaschutzmaßnahmen in der eigenen Praxis umzusetzen. Ein Großteil der Teilnehmenden forderte deshalb die Entwicklung von klimafreundlichen Strategien durch Politik und Institutionen.

Das Projekt „Transformative Arztpraxen“ der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V. (KLUG), das bis Ende 2022 durch das Umweltbundesamt und das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit gefördert wird, setzt am Punkt Wissensvermittlung an. Es richtet sich vor allem an Niedergelassene der Bereiche Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Gynäkologie, da diese drei Fachbereiche sich durch langfristige

und wiederkehrende Arzt-Patienten-Beziehungen auszeichnen, wie Dr. phil. Marischa Fast berichtet. Sie entwickelt bei KLUG unter anderem Fortbildungen für transformative Praxis, Planetary Health und Klimaschutz. Ziel des Projekts ist es, dass Praxen durch Fortbildungen und Informationsmaterial letztlich auf drei verschiedenen Ebenen transformativ handeln können. Erstens sollen Teilnehmende dazu befähigt und motiviert werden, sich selbst für das Thema Nachhaltigkeit einzusetzen und gesellschaftlich aktiv zu werden. Zweitens sollen sie in der Lage sein, ihr Wissen zu Klimawandel und Gesundheit auch im Umgang mit Patienten im Sinne einer klimasensiblen Gesundheitsberatung umzusetzen.

Drittens soll dadurch die Grundlage geschaffen werden, die eigene Praxis klimaneutral aufzustellen.

Bislang konnten mehr als 100 Praxen über Veranstaltungen und Fortbildungen erreicht werden, mehr als 50 davon tauschen sich regelmäßig über einen aktiven Mailverteiler aus. Auch Dr. med. Gudula Keller, niedergelassene Fachärztin für Orthopädie mit eigener Praxis, ist über das Projekt vernetzt. Keller hat im Juni 2020 die Initiative „Nachhaltige Praxis“ mitgegründet, die aus dem Dresdner Ableger der Bewegung „Health for Future“ entstanden ist. Zwar werde im privaten Bereich häufig schon umweltfreundlich gehandelt, beispielsweise was Mülltrennung und Ernährung betrifft. Im Arbeitsumfeld werde das aber noch nicht selbstverständlich praktiziert.

„Uns als Initiative bewegen zwei Dinge. Es ist natürlich klar: Man muss sich an den Klimawandel anpassen. Es ist eine ärztliche Aufgabe, sich der Gesundheitsprobleme, die da auf uns zukommen, bewusst zu sein. Das Gesundheitswesen verursacht gleichzeitig aber auch Emissionen und trägt dadurch zum Klimawandel bei und wir fragen uns, wie man das verhindern oder zumindest vermindern kann.“ Gudula Keller ist sich bewusst, dass Krankenhäuser deutlich mehr Emissionen verursachen als Arztpraxen. „Aber es gibt viele Praxen, insofern hätte es natürlich einen großen Effekt, würde Nachhaltigkeit in der Breite umgesetzt. Als Inhaber kann man an dieser Stelle wirklich etwas bewirken. Das hat auch was mit Selbstwirksamkeit zu tun – es macht Spaß, etwas zu machen, bei dem man das Gefühl hat, es bewirkt etwas“, sagt sie.



Mittlerweile sind es sechs aktive Praxen, die sich in der Initiative zusammengefunden haben. Weitere Kolleginnen und Kollegen bemühen sich, mehr auf Nachhaltigkeit in ihren Praxen zu setzen, wagen sich aber noch nicht aus der Deckung, wie Keller es umschreibt. Weil sie meinen, noch gar nicht so viel gemacht zu haben. „Dabei ist es nur wichtig, dass man überhaupt auf dem Weg dahin ist“, meint sie. Um einen ersten Anreiz dafür zu schaffen, hatten sie nach Gründung der Initiative alle Informationen rund um Nachhaltigkeit in der Praxis zusammengetragen, die sie finden konnten, einen 10 Punkte-Plan als Orientierung zusammengestellt und diesen auf ihrer Website veröffentlicht. Zum damaligen Zeitpunkt gab es – anders als heute, wo Ärztekammern, Fachgesellschaften und Initiativen Informationsmaterial zur Verfügung stellen – noch wenig verfügbares Wissen dazu, wie man den CO₂-Fußabdruck in der Praxis ändern könnte.

Bei näherer Beschäftigung mit diesem Punkt stellte Gudula Keller fest, dass es gar nicht so einfach ist, diesen ökologischen Fußabdruck der eigenen Praxis überhaupt zu bestimmen. Der CO₂-Rechner des Umweltbundesamtes war für diesen Zweck zu ungenau, weil er sich eher an Privathaushalte richtet. Gemeinsam mit der Dresdner Stiftung Wilderness International entwickelte die Initiative deshalb einen CO₂-Rechner für Arztpraxen. Dadurch ist es möglich, einen genaueren CO₂-Wert und damit einen Anhaltspunkt zu erhalten, wo sich eine Klimaschutzmaßnahme lohnen würde. Sie selbst hat als erstes in ihrer Praxis auf Ökostrom umgestellt, die Praxiswebsite auf einen Host gelegt, der klimaneutral arbeitet und den Papierverbrauch, unter anderem durch Abbestellen unerwünschter Werbung, reduziert. Eine weitere Praxis der Initiative

hat ihre Klimaschutzmaßnahme – die Umstellung von Dosieraerosolen auf Pulverinhalatoren – sogar wissenschaftlich aufgearbeitet (siehe Infokasten Seite 21).

Gudula Keller sieht viel Einsparpotential in Praxen. Nur bei einem Punkt wird es kompliziert: „Was schwierig zu beeinflussen ist, sind die Lieferwege. Wie viel CO₂ durch Einkäufe und Beschaffung von Medikamenten und Material ausgestoßen wird, kann man als Einzelner kaum beeinflussen. Dabei macht das viel aus und hier muss etwas passieren. Da ist ganz klar die Berufspolitik und auch die Politik generell gefragt.“ Wie viel Zeit das Engagement für mehr Nachhaltigkeit in der eigenen Praxis kostet, das kann Keller schwer einschätzen. Doch wenn Nachhaltigkeitsaspekte in die Praxisführung implementiert werden, sei der Aufwand überschaubar: „Im Zuge des QM-Systems muss man ohnehin einmal im Jahr in der Praxis prüfen, ob die Rahmenbedingungen stimmen, und kann sich dabei gleich das Thema Nachhaltigkeit anschauen. Wie ist der aktuelle Stand und was kann man noch ändern? Ist das erst einmal institutionalisiert, benötigt man auch nicht viel Zeit. Und letztlich kann man Geld sparen, zum Beispiel, wenn man Großpackungen kauft oder Energie spart.“

Um eine Praxis effektiv nachhaltig aufzustellen, sei es wichtig, alle aus dem Praxisteam mit ins Boot zu holen, erläutert Marischa Fast von KLUG. Ihr Tipp ist, sich gemeinsam als Team aus den zahlreichen Punkten der Projekt-Checkliste zunächst drei herauszusuchen, die tatsächlich auch alle wichtig finden. Das könnten Maßnahmen mit großem Effekt sein, wie die Umstellung auf Ökostrom. Es könnte aber auch sein, dass sich eine Arzthelferin für nachhaltige Berufskleidung interessiert oder aber, dass auf der

Anzeige

Mitten im Markt
Messe Stuttgart

MEDIZIN

Fachmesse + Kongress
für die ambulante ärztliche Versorgung

BEZIRKSARZTEKAMMER
NORDWÜRTTEMBERG
Ideeller Träger und Kongressveranstalter

Die MEDIZIN ist Ihre Informations-, Fort- und Weiterbildungsplattform. Bringen Sie Ihre Praxis auf den neuesten Stand! Wir freuen uns auf Sie.

- + Profitieren Sie von einem umfangreichen Vortrags- und Seminarprogramm!
- + Erleben Sie den persönlichen Austausch und knüpfen Sie wertvolle Kontakte!
- + Nutzen Sie das vielfältige Angebot und sammeln Sie Fortbildungspunkte!
- + Entdecken Sie innovative Lösungen und neue Ideen für Ihre Praxis!

Messe Stuttgart

3.–5. Februar 2023 | Freitag–Sonntag

Bleiben Sie am Puls der Zeit!

#Medizin23
www.medizin-stuttgart.de



Bezug zur Gesundheit des Patienten fördert sein Umweltverständnis

Am Heidelberger Institut für Global Health wird zum Thema „Klimasensible Gesundheitsberatung“ geforscht. Zwar nutzt eine steigende Zahl von Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, im Arzt-Patienten-Gespräch über klimafreundliche Lebensstile zu beraten und auf gesundheitliche Risiken des Klimawandels hinzuweisen. Doch bislang ist noch unklar, wie Patientinnen und Patienten solche Gespräche akzeptieren und welche Effekte diese haben können. Gleichzeitig fehlt eine Handlungsempfehlung, wie Ärztinnen und Ärzte Themen zu Klimawandel und Gesundheit ins Arzt-Patienten-Gespräch einbringen können. Dafür führten die Forschenden zwei Studien durch. In einer Studie wurden 27 Patientinnen und Patienten aus sechs verschiedenen Praxen mit Erfahrung einer klimasensiblen Gesundheitsberatung in Interviews befragt. Es zeigte sich, dass die klimasensible Gesundheitsberatung überwiegend positiv aufgenommen wurde. Allerdings hielten sie auch Risiken für möglich, wie beispielsweise potenzielles Verstärken von Klimaangst oder Hervorrufen von Schuld- und Schamgefühlen. Die Forschenden betonen daher, dass ein empathisches, patientenzentriertes Vorgehen des Arztes bei einer klimasensiblen Gesundheitsberatung entscheidend sei und zudem ein klarer Bezug zur Gesundheit des Patienten hergestellt werden sollte.

In der zweiten Studie wurden 23 Ärztinnen und Ärzten sowie anderes Gesundheitspersonal interviewt, die bereits klimasensible Gesundheitsberatung durchgeführt hatten. Die vorläufigen Ergebnisse zeigten, dass es bei klimasensiblen Gesundheitsberatungen kein einheitliches Vorgehen und somit keine evidenzbasierten Handlungsempfehlungen gibt. Allen Interviewten war gemein, dass sie sich lange mit der Thematik Klimawandel und Gesundheit beschäftigt hatten, bevor sie diese im individuellen Patientengespräch eingebracht hatten. Thematisch wurde vor allem die klimafreundliche Lebensstilberatung vorgenommen. In vielen Bereichen bestanden jedoch noch Unsicherheiten, wie genau bei der klimasensiblen Gesundheitsberatung vorgegangen werden sollte und welche möglichen Effekte sich dadurch ergeben könnten. Vor dem Hintergrund der nötigen gesellschaftlichen Transformation wird daher von den Forschenden weitere Forschung zur Konzeption einer klimasensiblen Gesundheitsberatung als notwendig erachtet.

Praxis-Website explizit darauf hingewiesen wird, wie die Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist. Ein Praxisinhaber könnte sich ebenso überlegen, ob den Mitarbeitenden vielleicht ein Job-Bike oder ein kostenloses ÖPNV-Ticket zur Verfügung gestellt werden kann. Es gebe viele Möglichkeiten, die Praxis nachhaltig zu gestalten und könne individuell zusammengestellt werden, so Marischa Fast.

Größter CO₂-Abdruck durch Medikamente

„Der stärkste Aha-Effekt, den wir bei Fortbildungen bewirken, ist: Den größten CO₂-Abdruck in der Praxis verursacht nicht der Energiesektor, sondern die Verschreibung von Medikamenten. Das Verschreibungsverhalten von Hausärztinnen und -ärzten trägt einen großen Teil zur Gesamtemission einer Praxis bei. Das ist vielen nicht bewusst“, erzählt Marischa Fast. Knapp 60 Prozent der Treibhausgasemissionen werden durch Medikamente in einer Hausarztpraxis verursacht. Über kleine Änderungen können in diesem Bereich bereits große Wirkungen erzielt werden, wie über eine veränderte Verschreibungspraxis hin zu mehr Pulverinhalatoren (siehe Seite 20). Oder auch über die bewusste Auseinandersetzung mit Themen wie Überversorgung oder Multimedikation, die zwar nicht primär den Klimaschutz adressieren, aber am Ende durch ein weniger an Medikamenten zu einem Mehr an Nachhaltigkeit führen.

„Ich glaube, dass gesellschaftliches Engagement der wichtigste Hebel ist. Die Berücksichtigung von Medikamenten ist sehr wichtig, um den Fußabdruck der eigenen Praxis zu reduzieren. Noch wichtiger ist aber, dass man sich auf gesellschaftlicher, kommunalpolitischer oder auch berufspolitischer Ebene für dieses Thema einsetzt und auf diese Weise einen

Effekt über den eigenen Wirkkreis hinaus erzielt“, findet Fast. In den Fortbildungen erlebte sie eher zögerndes Verhalten der Teilnehmenden, wenn dieser Punkt angesprochen wurde. Sie begründet das damit, dass der Blickwinkel, sich als gesellschaftlicher Akteur zu begreifen, in Deutschland noch etwas Neues ist. Aber: „Ärztinnen und Ärzte nehmen eine Schlüsselrolle ein und besitzen eine ganz andere Argumentationskraft, wenn sie sich dafür einsetzen, dass die Klimakrise als Gesundheitskrise wahrgenommen wird und klarmachen, dass hier ein dringender Handlungsbedarf besteht. Das ist so, weil sie zum einen ein hohes Vertrauen in der Gesellschaft genießen. Zum anderen sind sie es, die mit den Auswirkungen der Klimakrise auf die Gesundheit bereits heute zu tun haben.“

Deshalb rät sie Niedergelassenen dazu, das jeweilige Engagement auch in der Praxis offen zu zeigen, um dadurch die Möglichkeit für Denkanstöße zu geben: „Es ist wichtig, auf Ökostrom umzustellen. Noch besser ist es, es in der Praxis auch so bekannt zu machen, dass es jeder sieht. Wir bewegen uns häufig in unserer eigenen Blase und erreichen dadurch immer die gleichen Menschen. In die Arztpraxis aber kommen Menschen aus allen Berufsgruppen, Schichten, Zugehörigkeiten. Damit haben Ärztinnen und Ärzte Zugang zu verschiedensten Menschen, die sich vielleicht aktiv nicht von sich heraus für die Zusammenhänge interessieren oder sich für das Klima einsetzen.“

Medikamente hinterlassen in der Praxis den größten CO₂-Fußabdruck



Foto: Maren Winter/shutterstock.com



Handlungsfelder für klimaneutrale Arztpraxen

Die Arbeitsgruppe „Klimawandel der Bundesärztekammer“ hat im September „Handlungsfelder in Arztpraxen zur Klimaneutralität“ herausgegeben.

Für insgesamt neun Handlungsbereiche werden Beispiele angegeben, wie Klimaschutz umgesetzt werden könnte. Im Folgenden einige Auszüge:

Praxis- und Betriebsführung: unter anderem öffentliches Bekenntnis zu Nachhaltigkeit als Praxisgrundsatz, zum Beispiel auf der Homepage; Schulung der Mitarbeitenden zu Klimaschutz und Nachhaltigkeit; Information für Patientinnen und Patienten über relevante Einflüsse des Klimas auf die Gesundheit, zum Beispiel über Aushänge

Energieverbrauch: Beratung zur Energieeffizienz der Räumlichkeiten und Gebäude; Prüfung Zugang zu klimaneutralen Alternativen bei der Heizenergie; bedarfsangepasste Warmwasserversorgung durch wassersparende Steuerungsmechanismen; Umstellung auf Ökostrom; Standby-Schaltungen überprüfen

Praxisräume und Gebäude: Raumkühlungsmethoden prüfen; klimaangepasste Betriebsregelungen; Verbesserung Dämmung, Verschattung

Therapie: Prüfung des Einsatzes von Medikamenten gleicher Wirksamkeit und Evidenzlage (zum Beispiel Vermeidung von Dosieraerosolen zugunsten von Pulverinhalatoren); Anpassung Medikation bei Extremwetterlagen; Aufklärung und Beratung zu gesundheits- und klimabewusstem Verhalten, besonders bei vulnerablen Gruppen; Anpassung räumlicher Gegebenheiten für Sprechzeiten während besonderer Hitzeperioden

Wasser: Anpassung Trinkwasserverbrauch; vor allem bei Extremwetter/Hitze Trinkwasser für Patienten zur Verfügung stellen; notwendige Temperatur des Brauchwassers prüfen

Abfall: Überdiagnostik vermeiden (choosing wisely); Möglichkeiten der Müllvermeidung prüfen; Zusammenschluss mehrerer Praxen und Nutzung zentraler Sterilisationsdienste (zum Beispiel Kliniken); Umstellung auf Recyclingpapier; Papiervermeidung durch Digitalisierung

Transport: Mobilität von Ärzten und Personal beeinflussen und auf umweltschonende Fahrweise achten; Transporte per E-Bike; Vermeiden unnötiger Reisen zum Beispiel durch Videokonferenzen oder in geeigneten Fällen auch Videosprechstunde; bei Reisen zu Kongressen auf innerdeutsche Flüge verzichten, Dienstreisen per Bahn; Jobtickets anbieten; Dienstzeiten, wenn möglich, dem Nahverkehr anpassen

Einkauf, Lieferketten und Finanzen: Einwegmaterial sparsam nutzen; Bestellung in Großbinden; Sammeleinkäufe mehrerer Praxen nutzen; Zusammenarbeit mit Banken und Versicherungen, die Nachhaltigkeitskriterien umsetzen

Ernährung: bei der Personalversorgung Reduktion von CO₂-intensiven Lebensmitteln; Reduktion von Verpackungen bei Lebensmitteln (zum Beispiel Kaffee kapseln); Vermeidung der Nutzung von Bestelldiensten (Pizzaservice ...)

Weitere Informationen und Tipps sind auf der Website des KLUG-Projekts „Transformative Praxen“ zu finden unter: klimagesund-praxen.de sowie auf der Website der Initiative „Nachhaltige Praxis“ unter: www.initiative-nachhaltige-praxis.de/list.php. Außerdem hat Health for Future Hamburg das „Handbuch Grüne Praxen – Klimabewusst im Praxisalltag“ herausgegeben: www.healthforfuture-hamburg.org/wp-content/uploads/Handbuch-Gruene-Praxen-H4F-HH-final.pdf

Pulverinhalatoren statt Aerosole

Ein Rezept für den Klimaschutz

Für den größten Anteil des ökologischen Fußabdrucks einer Hausarztpraxis sind Medikamente verantwortlich. Dieser Sektor verursacht mehr Treibhausgasemissionen, als die Sektoren Mobilität oder Energieversorgung und stellt für Ärztinnen und Ärzte damit einen wichtigen Hebel dar, um die Klimabilanz ihrer Praxis positiv zu beeinflussen. Unter allen Medikamenten sind Dosieraerosole durch die verwendeten Treibgase am klimaschädlichsten. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) hat daher im Frühjahr dieses Jahres eine neue S1-Leitlinie für „Klimabewusste Verordnung von inhalativen Arzneimitteln“ veröffentlicht. Dadurch soll das Verordnungsverhalten bewusst überdacht und in der Folge der CO₂-Fußabdruck des Gesundheitswesens gesenkt werden.

Chronische Atemwegserkrankungen wie Asthma bronchiale und die chronisch obstruktive Bronchitis (COPD) werden mit verschiedenen inhalativen Arzneimitteln therapiert. Im Wesentlichen gibt es zwei Arzneimittelgruppen: Dosieraerosole und Pulverinhalatoren. Diese unterscheiden sich deutlich in ihrer Klimawirkung. Während beim Pulverinhalator der Wirkstoff in Pulverform vorliegt und dieser nach Freisetzung vom Patienten eingeatmet wird, transportieren bei Dosieraerosolen Treibmittel den Wirkstoff in tiefe Lungenabschnitte. Die dafür eingesetzten Flurane sind allerdings starke Treibhausgase und sehr klimaschädlich. Die Zahlen sind deutlich: Während CO₂ ein Schädigungspotential von 1 für die Atmosphäre aufweist, liegt dieses für das in den meisten Dosieraerosolen verwendete Treibmittel Norfluran bereits bei 1 430. Bei den seltener eingesetzten Dosieraerosolen mit Apafuran wird das Schädigungspotential für die Atmosphäre sogar mit 3 220 angegeben – deshalb wird in der Leitlinie darauf hingewiesen, auf die Verordnung dieser Arzneimittel möglichst zu verzichten.

Aber ist eine Umstellung der Arzneimittel aus Klimaschutzaspekten sinnvoll? In der neuen DEGAM-Leitlinie wird auf eine randomisierte Studie von 2021 verwiesen. In dieser wurde festgestellt, dass eine Umstellung auf klimafreundlichere Pulverinhalatoren zu einer substantiellen Verringerung des Treibhausgasausstoßes führte. Nachteile in der Asthmakontrolle wurden nicht verzeichnet, was den Ergebnissen einer älteren Studie entspricht. Pulverinhalatoren sind nicht für alle Patienten geeignet – Kindern unter fünf Jahren und Älteren, die nicht mehr in normalem Umfang tief Luft holen können, wird die Nutzung von Dosieraerosolen empfohlen. Das macht aber nur einen geringen Teil aller Patienten aus. Etwa zehn Prozent könnten das sein, schätzt Dr. med. Guido Schmiemann. Er ist Facharzt für Allgemeinmedizin in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Verden und stellvertretender Leiter der Abteilung für Versorgungsforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Bei der DEGAM ist er Mitglied der Sektion Leitlinien und Qualitätsförderung und hat die neue Leitlinie verfasst. Für einen Großteil der Patienten – Asthmatiker und Patienten mit COPD – käme es also grundsätzlich in Betracht, Pulverinhalatoren als Bedarfsmedikation zu verwenden. Warum wird dann trotzdem immer noch häufig die klimaschädlichere Variante von Ärztinnen und Ärzten verordnet?



Dr. med. Guido Schmiemann:
Das Nicht-Wissen ist der entscheidende Punkt

Das hat zum einen damit zu tun, dass die Verschreibung von Dosieraerosolen nicht vorrangig durch deren klinische Wirksamkeit begründet, sondern eher historisch gewachsen ist. Das wird auch deutlich, wenn man die Verschreibungen dieser Medikamente in unterschiedlichen Ländern vergleicht – die Zahlen unterscheiden sich zum Teil erheblich. Während der Marktanteil von Dosieraerosolen in Japan bei 34 Prozent liegt, wird er in den USA bei 88 Prozent verortet. In Deutschland machte der Anteil der Dosieraerosole im Jahr 2020 laut Daten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung 48 Prozent aller inhalativen Arzneimittel aus.

Nichtwissen ist der entscheidende Punkt

Zum anderen liegt es daran, dass es ein relativ neues Forschungsfeld ist, das die Klimawirkung der Medikamente vergleicht. Arbeiten dazu wurden zwar in den vergangenen fünf bis zehn Jahren veröffentlicht, eine breitere wissenschaftliche Diskussion findet allerdings erst seit den vergangenen drei bis fünf Jahren statt. Für Guido Schmiemann ist daher die neue Leitlinie für „Klimabewusste Verordnung von inhalativen Arzneimitteln“ ein wesentlicher Schritt, um das Thema in die Öffentlichkeit zu bringen und die Ärzteschaft zu informieren. „Das Nicht-Wissen ist der entscheidende Punkt. Bis vor einem Jahr wusste ich auch nicht, wie gravierend der Unterschied für die Umwelt ist,

ein Dosieraerosol oder aber einen Pulverinhalator zu verschreiben. So geht es auch anderen: Viele Kolleginnen und Kollegen, denen ich das erzähle, haben davon noch nie gehört“, sagt Schmiemann. In seinem Praxisalltag bringt er das Thema regelmäßig zur Sprache. Sein Ziel ist es, alle Patienten, bei denen es möglich ist, auf Pulverinhalatoren umzustellen. Dafür hat er bisher überwiegend positive Rückmeldungen von seinen Patienten erhalten. Sobald diese über die Klimaschädlichkeit der Medikamente aufgeklärt werden, bestehe bei ihnen eine sehr hohe

Bereitschaft, die klimaschonendere Alternative auszuprobieren. „Es reicht sicherlich nicht, wenn nur in Praxen darauf hingewiesen wird und Verordnende, Praxis-Teams oder auch Apotheken die Nutzer bei der Einlösung der Rezepte auf diesen Punkt ansprechen“, sagt Schmiemann. „Es würde eine andere Dynamik entstehen, wenn diese Informationsweitergabe ausgeweitet werden würde. Zum Beispiel, indem Versicherte darauf aufmerksam gemacht werden, dass es einen Unterschied macht, welches Medikament sie einnehmen und dass sie auch eine Wahl zwischen einem klimaschädlichen oder einem wenig klimaschädlichen Medikament haben – dann würde von dieser Seite auch ein größerer Druck entstehen.“

Letztlich käme eine klimabewusste Verordnung von Inhalationsmedikamenten in Zukunft auch Patienten zugute, weil dadurch der negative Einfluss auf das Klima reduziert werden kann. „Wir reden hier über eine Patientengruppe mit einer chronischen Lungenerkrankung und da schließt sich der Kreis. Es sind Menschen, die auch durch den Klimawandel oder seine Ursachen krank werden, für die wiederum wir Menschen verantwortlich sind“, erläutert Schmiemann. Schon heute gehören chronische Atemwegserkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen mit einer zunehmenden Prävalenz. Auf Dosieraerosole wird man in Zukunft dennoch nicht verzichten können. Schon allein, weil bestimmten Patientengruppen dieses Medi-



Reduktion klimaschädlicher Treibhausgase

In ihrer Dresdner pneumologischen Gemeinschaftspraxis verschreiben Dr. Jakob Bickhardt und Dr. Uta Bader seit dem Sommer 2020 vermehrt Pulverinhalatoren, deren CO₂-Fußabdruck im Vergleich zu Dosieraerosolen um den Faktor 10 bis 37 niedriger ausfällt. In einer Studie, die im April dieses Jahres veröffentlicht wurde, haben sie die Umsetzbarkeit von Dosieraerosolen auf Pulverinhalatoren und das Einsparpotential von CO₂-Äquivalenten in einer pneumologischen Praxis untersucht. Anhand von exemplarischen Therapieregimen verschiedener Intensität wurden zudem für drei Patienten der CO₂-Fußabdruck und die Tagestherapiekosten ermittelt. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Umstellung der inhalativen Behandlung von Patienten mit Asthma bronchiale und COPD von Dosieraerosolen auf Pulverinhalatoren im Praxisalltag umsetzbar und ohne Kostensteigerungen in Relation zum Bundesdurchschnitt realisierbar ist. Der Anteil von Pulverinhalatoren konnte von 49,2 Prozent im ersten Quartal 2020 auf 77,8 Prozent im ersten Quartal 2021 gesteigert werden. In der pneumologischen Gemeinschaftspraxis mit etwa 2 600 Behandlungsfällen im Quartal konnte eine Reduktion der Emissionen von Treibhausgasen von 35.000 bis 40.000 Tonnen CO₂-Äquivalenten erzielt werden. Würden ambulant tätige Pneumologen bundesweit Pulverinhalatoren in der Größenordnung von 75 Prozent verordnen, wären in Deutschland demnach Einsparungen von 46.600 Tonnen CO₂-Äquivalenten pro Jahr möglich.

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1771-5292.pdf>



kament nicht empfohlen wird beziehungsweise Patienten nicht mit dessen Nutzung zurechtkommen. Auch in Notfallsituationen, wenn Personen sich in akuter Luftnot befinden, sind Dosieraerosole unersetzlich. Trotzdem sollte die Ärzteschaft deren Nutzung auf den geringstmöglichen Anteil reduzieren, bestärkt Schmiemann. Und: Stehen neue klimafreundlichere Dosieraerosole zur Verfügung, sollten diese statt der bisherigen Arzneimittel verschrieben werden. Aktuell laufen bereits Studien für neue Medikamente, Schmiemann rechnet damit, dass in den kommenden drei bis vier Jahren klimafreundlichere Produkte auf den Markt kommen.

Mit einem bewussten Verschreibungsverhalten können Ärztinnen und Ärzte dazu beitragen, nachhaltiger zu arbeiten. „Natürlich wird der CO₂-Fußabdruck des Gesundheitswesens dadurch schnell reduziert. Bis dieser Effekt aber tatsächlich auch wirksam in der Entwicklung des Klimawandels ist, wird es lange dauern, weil diese Gase leider eine sehr lange Halbwertszeit haben“, erklärt Schmiemann. „Trotzdem, es ist ein kleiner von vielen notwendigen Bausteinen. Gesetzliche Vorgaben hätten einen größeren Impact, aber diese einfache Maßnahme ermächtigt Einzelne, etwas zu tun – sowohl Patienten als auch Verschreibende. Und das ist es, was wir brauchen: Handeln zu können und dadurch auch Effekte zu erzielen.“

Klimasprechstunde – Einsatz für Patient Mensch und Patient Erde

Wenn ich das Mobilitätsverhalten meiner Patienten verändere, ist das ein Erfolg

In seiner Praxis wirft Dr. med. Ralph Krolewski den Blick aufs große Ganze. Nicht nur das Patientenwohl, sondern auch der Zustand der Erde finden bei ihm Berücksichtigung. Der niedergelassene Allgemeinmediziner hat dafür eigens das Konzept Klimasprechstunde entwickelt, das von anderen auch unter dem Namen klimasensible Gesundheitsberatung durchgeführt wird. Dabei geht es nicht nur darum, Patienten vor den Folgen des Klimawandels zu schützen oder Zusammenhänge von Umwelteinflüssen und Gesundheitsbeschwerden aufzuzeigen. Auch die Reflektion des eigenen Handelns, auf Seiten der Ärzte sowie der Patienten, und die Reduktion des eigenen ökologischen Fußabdrucks spielen hier eine Rolle.

Beim ersten Gesprächsversuch erwischt man Dr. med. Ralph Krolewski unterwegs. Der Allgemeinmediziner ist gerade auf dem Weg von einem Hausbesuch zurück in seine Praxis – wie immer mit dem Fahrrad. Krolewski erbittet sich noch zehn Minuten Geduld, dann sei er an seinem Arbeitsplatz. Und tatsächlich, die zeitliche Punktlandung gelingt. Nach eigenen Aussagen ist das Standard. „Ich bin an jeder Ampel der Erste, im Bereich von bis zu drei Kilometern bin ich schneller als Autofahrer, weil ich direkte Wege nutze und ich habe keine Parkplatzprobleme“, begründet er das. Und dann ergänzt Krolewski noch: „Fahrradfahren macht mir Spaß und gleichzeitig tu ich was für meine eigene Gesundheit. Wenn ich 15 Kilometer mit dem Rad gefahren bin statt mit dem Auto, stelle ich fest, dass ich dadurch Gesundheitsschäden im

Wert von fünf Euro vermeiden konnte.“ Für Ralph Krolewski ist Fahrradfahren deshalb nicht nur ein nützliches Hobby, es ist ein Thema, das in seiner Praxis einen prominenten Platz einnimmt: Das bedeutet nicht nur, dass sein Rad dort geparkt wird. Vielmehr ist gesundheitsbewusstes Verhalten – also unter anderem auch mehr Bewegung –, das gleichzeitig mit einem geringen ökologischen Fußabdruck verbunden ist, ein wesentlicher Bestandteil seiner Klimasprechstunde.

Krolewski hat als Erster in Deutschland das Konzept dafür entwickelt. Bei der Weltorganisation der wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Allgemeinmedizin, „Global Family Doctor“, wirkte Ralph Krolewski in der Arbeitsgruppe „Environment“ mit und übersetzte deren Papier ins Deutsche. Es handelte sich dabei um Hintergründe und Handlungsebenen für Haus- und Familienärzte, wie sie dem Themenkomplex Klimawandel und Gesundheit im Berufsalltag begegnen können. Das wollte Krolewski auch in seiner eigenen Praxis machen. Die Frage dabei war: Wie wird das Wissen um globale, klimatische und gesundheitliche Zusammenhänge in den Begegnungsraum mit Patienten umgesetzt? Das dies passieren muss, ist für ihn mit Blick auf die Klimakrise unabdingbar: „Diese Frage muss man sich jetzt stellen, wenn einem die Zukunft der Welt und der jetzt geborenen Kinder am Herzen liegt.“ Seit März 2019 führt er die Klimasprechstunde in seiner Gummersbacher Praxis durch.

Klimaberatung als „reguläre Sprechstunde“

Andere folgten seitdem, auch wenn das meist unter dem Begriff „Klimasensible Gesundheitsberatung“ läuft. Dadurch soll deutlich



*Ralph Krolewski:
Klimaberatung lässt sich
in normale Sprechstunde
integrieren*

werden, dass es keine spezielle Sprechstunde nur für Klimathemen ist, sondern eine reguläre Sprechstunde, in der Arzt oder Ärztin bewusst auf gesundheitliche Risiken hinweisen, die durch den Klimawandel entstanden sein könnten oder potenziell entstehen können. Krolewski selbst bleibt lieber bei seiner eigenen Namensschöpfung Klimasprechstunde, weil sie für ihn das Wesentliche vereint: Das Klima und alle damit verbundenen Systeme sind das, worauf unser aller Leben basiert – ändert es sich, hat das auch Auswirkungen auf die Gesundheit. Die Sprechstunde umfasst alles, wodurch er als Arzt auf den Patienten einwirkt – und dadurch gesundheitliche Folgen verhindern kann. Für ihn ist es eine ganz normale Sprechstunde, in die der Klimawandel mit hineinspielt. Dabei beschränkt sich das Konzept Klimasprechstunde für Krolewski nicht nur auf die Arzt-Patienten-Beziehung, auch sein eigenes Handeln und das seines Praxis-Teams – auf professioneller und privater Ebene – spielen dort hinein.

„Gesunder Planet, gesunde Menschen“ heißt das Motto seiner Praxis, das treibt Krolewski an: „Klimasprechstunde bedeutet die Organisation der Sprechstunde in den Institutionen, in denen wir mit Patienten arbeiten. Der ökologische Fußabdruck, das eigene Verhalten und die Reflektion des Gesundheitswesens spielen dabei genauso eine Rolle wie der Schutz von Patienten und den eigenen Einrichtungen vor Extremwetterereignissen.“ Das Thema ist also weitgespannt, wobei die Arbeit mit Patienten und ihren Lebenswirklichkeiten den Ausgangspunkt darstellt: „Alle treffen jeden Tag Entscheidungen, zur Mobilität, zur Ernährung. Das ist weitreichend verknüpft mit der gesundheitlichen Situation – und da stehen wir in Deutschland nicht gut da.“

Etwa 150 000 vorzeitige Todesfälle im Jahr könnten verhindert werden, wenn die Mobilität verbessert und die Ernährung auf pflanzenbasiert und fleischreduziert umgestellt würde. 74 000 vorzeitige Todesfälle und im Durchschnitt 2,9 verlorene Lebensjahre werden Luftschadstoffen von PKW und Kraftwerken zugeschrieben. Etwa 30 Prozent aller Beratungsansätze in der Allgemeinmedizin betreffen Erkrankungen des Bewegungsapparates, häufig durch Fehlhaltungen und Bewegungsmangel. Allein Rückenschmerzen verursachen im Gesundheitswesen 11 Milliarden Euro Kosten pro Jahr. WHO-Daten für Deutschland zeigen, dass 78 Prozent der Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren solche Bewegungsarmut aufweisen, dass

bei ihnen kardiovaskuläre Mortalität, Diabetes, Übergewicht und Bluthochdruckerkrankungen massiv erhöht sind – was mit großen Gesundheitskosten verbunden ist. Gleichzeitig nimmt in deutschen Städten immer noch der PKW eine vorrangige Rolle ein, der Ausbau der Fahrradinfrastruktur hingegen wird anders als in anderen europäischen Ländern wie Dänemark und den Niederlanden weniger gefördert. Obwohl Studien dort den gesundheitlichen Nutzen für die Bevölkerung belegten: Weil viele Arbeitnehmer und Schüler ganzjährig Strecken mit dem Fahrrad zurücklegten, kam es zur deutlichen Senkung von Herzinfarkten, Schlaganfällen und Diabetes. Es ist dem Allgemeinmediziner anzumerken, dass er sich seit Jahren mit dem Thema Klimawandel und Gesundheit auseinandersetzt. Krolewski feuert Studienergebnisse zum Klimawandel genauso wie zu Gesundheitsthemen ab, stellt Forderungen, was sich in Deutschland ändern müsste und vergleicht die Situationen verschiedener Länder miteinander. Die Rollen verwischen bisweilen, spricht da der Arzt, Kommunal- oder Gesundheitspolitiker? Für Krolewski ist das Ziel wichtig, und das lässt sich nur durch das Zusammenwirken verschiedenster Ebenen erreichen: Es gelte, resiliente Strukturen aufzubauen, „in denen wir selber besser arbeiten können, unnütze Behandlungen vermieden werden, es den Patienten bessergeht und wir unseren Blick weiten und definieren, wo es mit unserem Gesundheitswesen in Zukunft hingehen soll“.

Einen Mehraufwand für seine Klimasprechstunde sieht Krolewski nicht. Solange man das Konzept „Planetary Health“ für seinen jeweiligen Fachbereich aufbereite, eigene Schwerpunkte setze und diese standardisiere, könne das im täglichen ärztlichen Handeln umgesetzt werden, ist er überzeugt. Der für ihn beste Beleg: Krolewski arbeitet in einem hausärztlichen Mangelgebiet – trotz 50 Prozent mehr Patienten als im Landesdurchschnitt konnte er die Klimasprechstunde in seine Praxis integrieren. Es brauche nicht mehr Zeit, aber die Intervention und der Umgang mit Patienten änderten sich. Für eine Vorsorgeuntersuchung beispielsweise benötigt er 20 bis 30 Minuten. Im Gespräch führt er mit seinen Patienten dann eine Risikoanalyse durch, mit Hilfe eines Risikoerfassungstools kann er am Ende das

Ergebnis auch grafisch darstellen. Dadurch kann der Patient genau sehen, um wie viel Prozent sich zum Beispiel sein kardiovaskuläres Risiko bei einer Lebensstiländerung senken könnte.

Im Gespräch mit seinen Patienten arbeitet Krolewski mit offenen Fragen, um mehr über deren Lebenswirklichkeit zu erfahren und darüber, wie Änderungen im Lebensstil realisiert werden könnten. Alle Patienten Anliegen werden unter diesen Gesichtspunkten überprüft: Wie sieht die Lebenssituation des Patienten aus, wie der Arbeitsweg, die Arbeitsplatzsituation und das Bewegungsprofil? „Wenn wir präventiv denken, müssen wir an dieser Stelle ansetzen. Und daran arbeite ich mit meinen Patienten im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung oder wenn es sich um akute Erkrankungen handelt“, erklärt er.

Wenn ich das Mobilitätsverhalten verändere, ist das ein Erfolg

Gerade bei Rückenschmerzen macht es viel aus, auch die Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Geschieht das nicht, besteht ein bis zu 88-prozentiges Risiko, dass Rückenschmerzen wiederkehren oder Patienten im schlimmsten Fall frühinvalid werden, so Krolewski. Als Beispiel führt er eine Patientin an, die wegen Rückenschmerzen in seine Praxis kam. Mitte 20, nach körperlicher Untersuchung kein Hinweis auf eine gravierende Störung: drei Tage Ruhe, Wärme und bei Bedarf Schmerzmittel. An diesem Punkt wäre die Untersuchung in vielen Praxen vorbei. In Krolewskis Klimasprechstunde hingegen rückt die weitere Entwicklung der Rückgesundheit seiner Patientin in den Blick. Also Abfrage der Kontextfaktoren: Die Patientin arbeitet in sitzender Tätigkeit in einer Bank, der Arbeitsweg von 3,5 Kilometern wird täglich im PKW zurückgelegt. In diesem Fall gibt Krolewski grundsätzliche Informationen zur Rückengesundheit. Zum Beispiel, wie wichtig eine Aktivierung der Muskulatur vor einer sitzenden Tätigkeit ist, entweder durch Gymnastik oder durch die Bewältigung des Arbeitsweges ohne Auto. Fünf Minuten dauerte diese Intervention. Danach erklärte die Patientin, dass sie bereits seit längerem überlegt hätte, sich ein Fahrrad zuzulegen und sich nun durch das Arztgespräch ermutigt fühle, das auch tatsächlich umzusetzen.

Krolewski hat festgestellt, dass bei einem Großteil seiner Patienten solche Kontextfaktoren eine große Rolle spielen. Und häufig bereits die innere Bereitschaft besteht, etwas am eigenen Lebensstil zu ändern. Die Patienten entwickelten dann eigene Ansätze, diese Änderungen in ihren Alltag einzubauen. Der große Vorteil der hausärztlichen Medizin liegt für Krolewski auf der Hand: Bei wiederkehrenden Kontakten kann immer wieder nachgefragt werden, was aus dem Vorhaben geworden ist. Bisweilen entspinnen sich auf diese Weise angeregte Unterhaltungen über die besten Radwege in Gummersbach. Seine eigene Arbeit definiert Krolewski als interessierte Begleitung, aber keineswegs Ratschlagmedizin. Das wird in seiner Praxis gut aufgenommen. „Ich habe Patienten, die erstaunliche Veränderungen erzielt haben. Wenn ich das Mobilitätsverhalten von zehn Patienten in einem Quartal verändern kann, ist das schon eine große Hausnummer, wenn man das auf die Lebenszeitprävalenz berechnet“, sagt Krolewski. Auch im Kollegenkreis steige das Interesse am Konzept Klimasprechstunde. Es gibt immer mehr Möglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte, sich in dieser Hinsicht fortzubilden, Krolewski selbst hat für Ärztekammern Fortbildungsmodule für „Klimawandel und Gesundheit“ vorbereitet, gibt Vorträge und Workshops an Universitäten. Gesunde Patienten, weniger Emissionen, Ressourcenschonung, weniger Kosten fürs Gesundheitswesen – für ihn kommt bei der Klimasprechstunde vieles zusammen. Mit gutmütiger Provokation und mit Blick auf noch zögernde Kolleginnen und Kollegen meint er: „Eigentlich müsste man zugespitzt fragen: Warum macht ihr das noch nicht?“



Foto: rangizz/shutterstock.com

So werden Krankenhäuser klimaneutral

Die Arbeitsgruppe „Klimawandel“ der Bundesärztekammer hat insgesamt zehn Handlungsfelder zusammengestellt, in denen verschiedene Beispiele von Maßnahmen für mehr Nachhaltigkeit präsentiert werden. Im August wurde „Handlungsfelder im Krankenhaus zur Klimaneutralität“ vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen. Hier sind einige Auszüge:

Unternehmensführung:

Aufnahme der Nachhaltigkeit in die Unternehmensziele; Benennung eines Nachhaltigkeitsbeauftragten; Schulung der Mitarbeitenden zu Themen Klimaschutz und Nachhaltigkeit sowie „klimabedingte Erkrankungen“; Etablierung eines Berichtswesens zu CO₂-Fußabdruck und Maßnahmen zur Reduktion des CO₂-Ausstoßes

Energieverbrauch:

Messung von Lastspitzen/Basisverbräuchen als Voraussetzung für Optimierung von Verbräuchen; Optimierung bestehender Heizungsanlagen durch Bedarfsanpassung und Modernisierung durch automatische Regelungssysteme; Temperatursenkung in Treppenhäusern, Fluren, Wirtschaftsräumen; bedarfsangepasste Warmwasserversorgung durch wassersparende Steuerungsmechanismen; alternative Raumkühlungsmethoden; Optimierung der Beleuchtung durch Umstellung auf LED; Einsatz von erneuerbaren Energien; Umstellung auf Ökostrom

Gebäude und Gelände:

Dämmung von Außenwänden einschließlich Dachflächen; Austausch der Fenster für Wärmeschutzverglasung; Ausweitung der Grünanlagen inklusive Förderung der Biodiversität

Anästhesiegase/Inhaler/chemische Stoffe:

Umstellung von inhalativen Narkosen auf intravenöse Narkosen; Umstellung von Desfluran auf Sevofluran und Niedrigflusnarkosen; Reduktion von Inhalationsspray/ Inhaler, wo möglich; Vermeidung der Nutzung von Lachgas; bei der Anschaffung oder Ausmusterung auf Toxizität achten wie bei LCD-Displays, fluoreszierenden Lampen oder schwer entzündlichen Matratzen

Wasser:

Optimierung des Trinkwasserverbrauchs, Perlstrahler nutzen; wassersparende Spülung; Nutzung von Regenwasser für Toiletten-spülung



Grafik: Fagrelal/shutterstock.com

Abfall:

Vermeidung von Verpackungsmüll; Reduktion der Verwendung von Einmalprodukten; Umstellung auf biologisch abbaubare Einmalartikel wie zum Beispiel Einmalhandschuhe; Umstellung auf Recyclingpapier

Transport:

Umstellung der Flotte auf E-Mobilität; Förderung der Radinfrastruktur, zum Beispiel durch sichere, überdachte Fahrradparkplätze; Vermeidung unnötiger Reisen durch Videokonferenzen oder Videosprechstunden; Förderung der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel durch Anbieten von Jobtickets

Einkauf:

Reduktion unnötiger Verbrauchsartikel; CO₂-Fußabdruck von Produkten bei Kaufentscheidungen berücksichtigen; Lieferketten gemeinsam mit Herstellern optimieren; bei Lebensmitteln mehr lokale und saisonale Produkte für Patienten, Mitarbeitende und Besucher; vermehrt vegetarische Küche anbieten

Ernährung:

fleischfreies Catering bei Veranstaltungen; bei der Patientenversorgung Reduktion von CO₂-intensiven Lebensmitteln; Vermeiden von Entsorgung von Lebensmitteln in den Müll

Büro/ EDV:

Nachhaltigkeit im Internet bei Auswahl von Suchmaschinen und E-Mail-Diensten; Bei der Zusammenarbeit mit Firmen, Institutionen, Banken deren Nachhaltigkeit überprüfen



Weitere Informationen sind im Rahmenwerk Klimagerechte Gesundheitseinrichtungen von KLUG zu finden: <https://gesundheit-braucht-klimaschutz.de/>

Bayern will bis 2040 erstes klimaneutrales Bundesland werden und hat deshalb die Initiative „Green Hospital Plus Bayern – das nachhaltige Krankenhaus“ gegründet. Darüber soll die Motivation gesteigert werden, in Krankenhäusern langfristige Nachhaltigkeit zu etablieren. Neben einem Maßnahmenkatalog und einer Best-Practice-Datenbank ist auch ein Quick-Check auf der Website zu finden. Über diesen kann schnell ermittelt werden, wo die eigene Einrichtung beim Thema Nachhaltigkeit einzuordnen ist: <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-krankenhausbetreiber/green-hospital/quick-check/>



Leitantrag der Hauptversammlung des Hartmannbundes im November 2022 Gesundheitsversorgung im Zeichen von Planetary Health

„Die Menschheit führt einen Krieg gegen die Natur. Das ist selbstmörderisch. Die Natur schlägt immer zurück – und sie tut es mit wachsender Kraft und Wut. Die Artenvielfalt kollabiert... Ökosysteme verschwinden vor unseren Augen. Menschliche Aktivitäten sind die Ursache für unseren Abstieg ins Chaos. Aber das bedeutet, dass menschliches Handeln dazu beitragen kann, es zu lösen.“

UN-Generalsekretär Antonio Guterres

Schutz und Erhalt der natürlichen Lebensgrundlagen, damit also die Bewohnbarkeit der Erde, sind unbedingte Voraussetzungen für menschliche Gesundheit und Wohlergehen. Wenn die Menschheit daran scheitern sollte, den Klimawandel abzuschwächen, berauben wir uns unser aller Lebensgrundlage. Im Genfer Gelöbnis geloben Ärztinnen und Ärzte feierlich, Gesundheit und Wohlergehen ihrer Patientinnen und Patienten zu ihrem obersten Anliegen zu machen und ihr medizinisches Wissen zu deren Wohl und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung zu teilen. Damit verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte nicht nur ihrer Rolle als „Heiler“, sondern auch der Aufgabe der Aufklärung, wenn diese der Gesunderhaltung der ihnen anvertrauten Menschen dient. Angesichts des unbestrittenen Zusammenhanges zwischen der Gesundheit des Menschen und des Zustandes des Planeten, auf dem er lebt, ist eine konstruktive Integration von Planetary-Health relevanten Aspekten in das ärztliche Ethos unverzichtbar. Damit geht einher, dass sich die Ärzteschaft verstärkt und eigeninitiativ mit dem Klimawandel, seinen Auswirkungen auf die globale Gesundheit und dem Schutz unserer Umwelt auseinandersetzt. Auf dieser Grundlage macht sie sich zum Mittler zwischen Forschung, Politik, Ärzteschaft und Bürgerinnen und Bürgern.

Dies kann gelingen, indem den folgenden Handlungsempfehlungen* gefolgt wird und die Ärzteschaft diese für sich selbst konkretisiert und beschließt:

In ärztlicher Interaktion mit Patientinnen und Patienten

- Klima- und umweltveränderungs-(mit)bedingte Erkrankungen vorbeugen, erkennen und therapieren. Eine entsprechende Grundlage wurde schon mit der Anpassung des allgemeinen Teils der Weiterbildung für Abschnitt B geschaffen und muss durch regelhafte Fortbildungen ausgebaut werden.
- Medikamentenpläne anpassen (z.B. Diuretika bei Hitzewellen)
- Apps empfehlen zu Pollenflug, Luftqualität, Hitze
- Beratung zu klima- und umweltfreundlichem und gleichzeitig gesundem Lebensstil (Maßnahmen mit Co-Benefits, z.B. aktive Mobilität, eine pflanzenbasierte Ernährung u.a.)

Organisation ärztlicher Praxen/ Krankenhäuser

- Interne und externe Kommunikation und Aufklärung zu Klima- und anderen Umweltkrisen und ihren gesundheitlichen Auswirkungen (z.B. Fortbildungen, öffentliche Vorträge, Informationsmaterial). Entsprechende Angebote sollen von den Ärztekammern bis 2025 geschaffen und mindestens zweimal jährlich zur Verfügung gestellt werden.

- Potential für die Reduktion umweltschädlicher Aktivitäten eruieren und entsprechende Maßnahmen umsetzen (z.B. energetische Sanierung, Einsatz von klimafreundlichen Anästhesiegasen, gesunde und nachhaltige Patienten- und Personalverpflegung, Müllvermeidungsmaßnahmen, energiesparende Einsatzfahrzeuge, Verlängerung der Nutzungsdauer von Großgeräten durch Aufrechterhaltung des technischen Supports). Die Gesundheitseinrichtungen sollen ihre Optionen von nun an durch einen selbst zu bestimmenden Verantwortlichen mindestens einmal im Jahr überprüfen und dies auf Nachfrage auch den Patientinnen und Patienten nachweisen können.
- Entwicklung von Standards und anschließendes Monitoring der Emissionen des Gesundheitssektors um auch konkrete Einsparpotentiale umsetzen und gezielt fördern zu können.

Standespolitisch

- Gesundheitliche Auswirkungen der Klima- und Umweltkrisen verstärkt auf die Forschungs- und Lehrgenda bringen. Dafür sollte die Bundesärztekammer Anreize durch einen Forschungspreis für besonders verdiente Projekte schaffen, der jährlich verliehen werden soll.
- Gesundheitliche Auswirkungen der Klima- und Umweltkrisen auf Kongressen und anderen Veranstaltungen thematisieren und hierfür ab 2023 einen Dauer-TOP beim DÄT einrichten.
- In Bundes- und Landesärztekammern Untereinheiten zu der Thematik gründen oder, wo bereits vorhanden, beauftragen
- Gesundheitliche Auswirkungen der Klima- und Umweltkrisen an Vertreter anderer Sektoren kommunizieren und in interdisziplinären Projekten repräsentieren (Städteplanung und -bau, Ernährung und Nahrungsmittelproduktion, Bildung, Verkehr, Handel). Um dies zuverlässig sicherstellen zu können, sollten Projekte der medizinischen Versorgung, in die öffentliche Gelder einfließen, immer einer Überprüfung ihrer Klimaschädlichkeit bedürfen. Dies sollte noch in der 20. Legislaturperiode beschlossen werden.
- Verfassen von Politikempfehlungen und Positionspapieren hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen der Klima- und Umweltkrisen
- Einsatz für den Abzug von Kapital aus klima- und umweltschädlichen Anlagen (divestment) der ärztlichen Versorgungswerke bis 2025
- Berlin, 12. November 2022

*Quelle: Wabnitz K., Wild V.: Ärztliches Ethos im Anthropozän – Einführende Überlegungen (im Druck). In: Nikendei C., Bugaj T.J., Cranz A., Herrmann A., Tabatabai J. (Hrsg.): Heidelberger Standards der Klimamedizin, S. 269 – 303. Medizinische Fakultät Heidelberg, Heidelberg, 1. Auflage.

Hauptversammlung gibt Handlungsauftrag in Sachen Nachhaltigkeit

Wir können zwar nicht alleine die Welt retten, aber wir haben die Chance, dazu beizutragen!

Bei der Hauptversammlung im November ging es um nicht weniger als die Rettung der Welt. Diskutiert wurde, wie das Gesundheitswesen seinen ökologischen Fußabdruck reduzieren kann, damit es nicht mehr als ein Treiber des Klimawandels fungiert. Doch auch Kritik an der aktuellen Gesundheitspolitik sowie die Forderung nach einem konstruktiven Dialog zwischen Politik und ärztlicher Expertise wurden von den Delegierten intensiv diskutiert.

Klimawandel, Ukraine-Krieg, Energiekrise, Inflation – nicht nur das Gesundheitswesen, ganz Deutschland muss sich großen Herausforderungen stellen. Aktuelle Schwierigkeiten im Gesundheitswesen wie Ärztemangel, Finanzierungsprobleme und demografischer Wandel erscheinen vor diesem Hintergrund vielleicht weniger wichtig, müssen aber dennoch thematisiert werden, machte Dr. med. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbundes, zu Beginn der Veranstaltung mit Blick auf das Bundesgesundheitsministerium unmissverständlich klar. „Wir leben in schwierigen Zeiten und Lösungen sind in diesen Zeiten keine einfachen. Aber es wäre sinnvoll, mit uns im Dialog Vorschläge zu diskutieren, die strukturell und systematisch angemessen wären.“ Auf Konsens und Kompromiss angelegte Gespräche zwischen Politikern und Experten des Gesundheitswesens seien wichtiger denn je. Auch zuletzt seien Entscheidungen immer wieder ohne Einbeziehung der Ärzteschaft getroffen worden. Herausgekommen sei dabei immer wieder „Flickschusterei“ – betonte der Hartmannbund-Vorsitzende mit Hinweis auf das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – auch hier zulasten der Ärztinnen und Ärzte.

Mangelnde Einbeziehung kritisierte Reinhardt unter anderem auch bei der Reformierung der Krankenhauslandschaft. Dabei bezog er sich aktuell auf die geplante Einführung tagesstationärer Leistungen und nannte dieses Vorhaben nicht Reform, sondern eher ein „Kleinstpflasterchen“. Dabei erfordere gerade auch diese Reform eine Neuordnung bisheriger Strukturen und Kooperationen mit Vertragsärzten aus dem fach- oder hausärztlichen Bereich, ebenso müsse die ambulante Pflege eingebunden werden. „Wenn man etwas völlig neu organisieren muss, sollte man mit den Beteiligten gemeinsame Erwartungen entwickeln.“ Das sei nicht passiert. „Das kann so nicht bleiben. So werden wir größere Strukturformen im Gesundheitswesen mit Sicherheit nicht organisieren können“, schloss Reinhardt.

Strukturwandel ist ebenso beim großen Thema der diesjährigen Hauptversammlung erforderlich. Der Fokus wurde auf Klimaschutz und Gesundheit gerichtet. „Gesundheitsversorgung im Zeichen von Planetary Health – Wie der Wandel gelingen kann und warum wir nicht scheitern dürfen!“ lautete der Titel. „Wir haben in der Medizin sicher auch drei, vier Jahrzehnte gehabt, in denen wir uns weni-

ger mit Nachhaltigkeitsfragen, als eher mit Individualmedizin auf hochwertigem Niveau befasst haben. Wir sind als Ärzte aber auch für die ganze Gesellschaft verantwortlich und diese Verantwortung müssen wir annehmen“, leitete Klaus Reinhardt in das titelgebende Thema über und betonte den hohen Wert der Prävention für die Nachhaltigkeit des Gesundheitswesens.

Wie wichtig es ist, die Klimakrise ernst und als Anlass für einen Änderungsprozess des Gesundheitssektors zu nehmen, stellte Dr. med. Christian Schulz in einem Impulsvortrag dar. Bereits heute, bei einer globalen Erwärmung um 1,2 Grad, sei in allen Fachbereichen der Medizin eine Erhöhung der Krankheitslast zu sehen. Auch der Gesundheitssektor führt mit seinem Ressourcenverbrauch und seinen Emissionen zum Klimawandel bei, was am Ende gesundheitliche Folgen für Menschen hat. „Das 1,5 Grad-Ziel aus dem Pariser Klimaabkommen ist aus medizinischer Sicht nicht verhandelbar. Eine Erwärmung um zwei Grad ist nicht vertretbar, das wird zu einer weiteren Zunahme der Krankheitslast führen“, betonte der Geschäftsführer der Deutschen Allianz für Klimawandel und Gesundheit e.V. (KLUg). Es sei erforderlich, dass das Gesundheitswesen klimaneutral werde, weil nur dann eine nebenwirkungsarme Gesundheitsversorgung geleistet werden könne. „Wir müssen dafür sorgen, dass viel weniger Patienten im System behandelt werden müssen. Das geht mit Prävention, mit Ernährungsänderung, mehr Bewegung“, sagte Schulz.

In der anschließenden Podiumsdiskussion, die sich darum drehte, wie Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen erreicht werden kann, wurde der Gedanke zu mehr Dialog zwischen Politik und Gesundheitsakteuren erneut aufgegriffen. „Wir können als Einzelpraxis nicht die Welt retten. Das ist eine Systemfrage. Und dafür brauchen wir die Politik. Es kann nicht funktionieren, wenn wir nicht gehört werden“, sagte Dr. med. Matthias Albrecht, Geschäftsführer vom Evangelischen Krankenhaus Hubertus, das als ein Vorzeige-Krankenhaus in Sachen Nachhaltigkeit gilt. Dennoch plädierte er dafür, Änderungen in der Praxis oder im Krankenhaus bewusst anzugehen, sich einen eigenen Nachhaltigkeitsplan zurechtzulegen sowie gemeinsam mit den Mitarbeitern loszulegen – und nicht auf Lösungen aus der Politik zu warten.

„Ich habe die größte Sorge, dass wir auf andere im System zeigen und sagen, die Politik muss das richten. Die Politik richtet das nicht. Es ist die gleiche Diskussion wie vor vielen Jahren mit der Digitalisierung“, erklärte Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp, Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin, das ins Sachen Digitalisierung zu den Vorreitern zählt. Während die ganze Welt digitalisiert sei, hinke man im Gesundheitswesen hinterher und der Ärzteschaft werde vorgeworfen, die Bremse zu sein. Ekkernkamp drängte darauf, dass dies beim Thema Klimaschutz nicht genauso passieren dürfe. Stattdessen setzte er auch auf die Stärke des Hartmannbundes: „Eure Aufgabe ist es, zu überlegen, wie wir das Thema in die Praxis, die Klinik, das MVZ, den öffentlichen Gesundheitsdienst bringen. Nehmt euch zwei, drei Themen und sagt: Da gehen wir wie Salzsäure vor und zeigen, wie das gelingen kann. Wir müssen zusehen, dass wir hier ganz konkrete Maßnahmen haben.“

Dieser Wunsch nach konkreten Erkenntnissen und Handlungsempfehlungen wurde auch in mehreren Wortmeldungen aus dem Publikum geäußert. Wie können Hygiene und Nachhaltigkeit miteinander verknüpft werden und welches Wissen besteht zum ökologischen Fußabdruck von Medikamenten, damit dieses beim Verschreiben berücksichtigt werden kann? Einen direkten Handlungsauftrag an den Hartmannbund stellte Hannelore König, Präsidentin beim Verband medizinischer Fachberufe e.V.: „Ich wünsche



Prof. Dr. med. Axel Ekkernkamp, Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin, forderte schnellstmöglich Maßnahmen.

mir vom Hartmannbund, gemeinsame Initiativen zu starten. Die MFAs hier mitzunehmen, da haben wir Lust drauf!“ Sie sah ein enormes Potential, mit Hilfe der medizinischen und zahnmedizinischen Fachangestellten Planetary Health im Gesundheitswesen voranzubringen. Umweltschutz und Nachhaltigkeit seien bereits in der Berufsausbildung verankert, die Patienten vertrauten den MFAs und die Berufsgruppe sei wesentlich größer als die der Ärzte. Weitere Impulse wurde von den anwesenden Ärztinnen und Ärzten in drei Workshops erarbeitet, die anschließend auch dem Vorstand des Hartmannbundes vorgetragen wurden. In einem der Workshops wurde der Hartmannbund von der Moderatorin als Vorreiter im Bereich der Gesundheitspolitik bezeichnet – kein anderer Verband habe bislang in diesem Umfang das Thema Nachhaltigkeit aufgegriffen wie bei dieser Hauptversammlung. „Machen Sie weiter so, das ist großartig“, animierte sie die Teilnehmer. Deren wichtigste Erkenntnis: „Wir können zwar nicht alleine die Welt retten, aber wir haben die Chance dazu beizutragen!“



MdB Johannes Wagner (Bündnis 90/Die Grünen) richtete ein Grußwort an Ärztinnen und Ärzte.

Bei den zahlreichen Wortmeldungen wurde deutlich, dass es leider noch an umfassenden Handlungsempfehlungen mangelt.



Erste Schritte zur Cannabis-Legalisierung

Ein problembehaftetes Unterfangen

Das Bundeskabinett hat Ende Oktober 2022 Eckpunkte zur Einführung einer „kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken“ beschlossen. So war es im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung vereinbart. Vielen dürfte nicht bewusst sein, mit welch juristisch hohen europäischen und internationalen Hürden das Unterfangen behaftet ist.

Um diesem Projekt deshalb überhaupt eine Chance zu eröffnen, nannte Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) als Zielsetzung die „Entkriminalisierung des Cannabis-Konsums“, um den Kinder- und Jugend- sowie den Gesundheitsschutz zu verbessern. Diesen „Interpretationsvorschlag“ soll die EU-Kommission prüfen, „ob die nun geschaffene Grundlage auch international insbesondere nach europäischem Recht und Völkerrecht tragfähig ist“. Im Falle ablehnender Signale will Lauterbach dieses Gesetzgebungsvorhaben nicht weiter verfolgen. Frühestens hält er die Cannabis-Legalisierung in Deutschland im Jahr 2024 für „denkbar“. Aus der Ärzteschaft kommt massive Kritik mit der Warnung vor gesundheitlichen Schäden, insbesondere hirnorganischen Veränderungen bei Menschen unter 25 Jahren – vor allem wegen erhöhter Neigung zu Psychosen und Depressionen in Folge von Cannabis-Konsum.

Medizinalcannabis und Cannabis zu Genusszwecken

Zu unterscheiden ist der Cannabis zu Genusszwecken vom sogenannten „Medizinalcannabis“. Seit 2017 besteht für Ärztinnen und Ärzte die gesetzliche Möglichkeit, Cannabisarzneimittel im Einzelfall als Therapiealternative bei Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden Erkrankungen zu verschreiben. Neben getrockneten Cannabisblüten gibt es auch staatlich geprüfte Cannabis-Medikamente, die Zulassungsverfahren und klinische Studien durchlaufen haben. Die für diese Zwecke erlaubten Importe steigen seit 2017 kontinuierlich an, allein in 2021 waren es rund 20,6 Tonnen Cannabis zu medizinischen und wissenschaftlichen Zwecken in Form von getrockneten Blüten und Extrakten.

Medizinalcannabis ist als Betäubungsmittel eingestuft, mit entsprechenden strengen Regularien. Es darf aus jedem Staat importiert werden, der den Anbau gemäß dem Einheits-Überein-

kommen von 1961 über Suchtstoffe durchführt und Cannabis in Arzneimittelqualität anbieten kann. Die Lieferketten führen stets über die Apotheken, die das Medizinalcannabis aufgrund ärztlicher Verschreibungen abgeben. Gegenstand des Vorhabens der Bundesregierung ist das nichtmedizinische Cannabis, dessen Verkauf in Deutschland derzeit generell illegal ist.

Mit seiner Legalisierung zu Genusszwecken soll Cannabis mit Tetrahydrocannabinol (THC), dem psychoaktiven rauschbewirkenden Bestandteil der Hanfpflanze (Cannabis), künftig nicht mehr als Betäubungsmittel gelten. Der Vertrieb soll mit Alterskontrolle in lizenzierten Fachgeschäften und gegebenenfalls Apotheken erfolgen.

Ziele der Cannabis-Legalisierung

Der Bundesgesundheitsminister will mit der beabsichtigten Cannabis-Legalisierung den mannigfachen Problemen in der derzeitigen Handhabung entgegenwirken. In den letzten Jahren seien sowohl der Cannabis-Konsum als auch dessen THC-Gehalt eher gestiegen. Der Jugendschutz sei „nicht wirklich erfolgreich“ gewesen. „Problematisches Suchtverhalten“ sei sogar bei Erwachsenen zu verzeichnen. Vier Millionen Menschen hätten 2021 Cannabis genutzt, ein Viertel der 18- bis 24-Jährigen sei betroffen. Erklärtes Ziel sei es darum, den Cannabis-Konsum „unter Gesundheitsaspekten“ zu reformieren und den „florierenden Schwarzmarkt“ „erfolgreich“ zu verdrängen. Der Preis des legalen Cannabis müsse deshalb mit dem Schwarzmarkt konkurrenzfähig sein.

Folgende Regelungen zur Cannabis-Legalisierung hat die Bundesregierung geplant:

- Die Produktion, die Lieferung und der Vertrieb werden innerhalb eines lizenzierten und staatlich kontrollierten Rahmens zugelassen.
- Der Erwerb und der Besitz bis zu einer Höchstmenge von 20 bis 30 Gramm Genusscannabis zum Eigenkonsum im privaten und öffentlichen Raum werden straffrei ermöglicht.
- Privater Eigenanbau wird in begrenztem Umfang erlaubt.
- Laufende Ermittlungs- und Strafverfahren sollen dann zu nicht mehr strafbaren Handlungen beendet werden.
- Werbung für Cannabisprodukte wird untersagt.
- Es werden Vorgaben festgelegt, um die Qualität und Reinheit sicherzustellen.
- Als Mindestaltersgrenze für Verkauf und Erwerb wird die Vollendung des 18. Lebensjahres festgelegt (ggf. mit einer Obergrenze für den THC-Gehalt bis zum 21. Lebensjahr).
- Es ist die Einführung einer besonderen Verbrauchssteuer („Cannabissteuer“) vorgesehen.
- Die cannabisbezogene Aufklärungs- und Präventionsarbeit sowie zielgruppenspezifische Beratungs- und Behandlungsangebote werden weiterentwickelt.

Juristische Hürden der Cannabis-Legalisierung

Durch völkerrechtliche Verträge und Verträge der Europäischen Union (EU) ist es verboten, Cannabis in den Verkehr zu bringen. Laut einer Analyse des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages schreibt der sogenannte EU-Rahmenbeschluss von 2004 vor, dass jeder Mitgliedsstaat unter anderem das Herstellen, Anbieten, Verkaufen, Liefern sowie Ein- und Ausführen von Drogen unter Strafe stellen muss – wenn dies vorsätzlich und ohne entsprechende Berechtigung vorgenommen wurde. Auch das vorsätzliche, unberechtigte Anbauen der Cannabispflanzen müsse unter Strafe gestellt werden. Gleiches gelte für das Besitzen oder Kaufen von Drogen, wozu auch Cannabis laut einem Übereinkommen von 1971

zähle. Daneben verweisen die Bundestagsjuristen auf das sogenannte Schengen-Protokoll, in dem sich die Vertragsländer, unter anderem Deutschland, verpflichten, „die unerlaubte Ausfuhr von Betäubungsmitteln aller Art einschließlich Cannabis-Produkten sowie den Verkauf, die Verschaffung und die Abgabe dieser Mittel mit verwaltungsrechtlichen und strafrechtlichen Mitteln zu unterbinden“, weil damit Gesundheitsschäden einhergingen und auch Kriminalität entstehen könne. Aus diesem Grund soll die Europäische Kommission zunächst die Eckpunkte zur Cannabis-Legalisierung einer Vorabprüfung unterziehen, um zu ermitteln, ob Deutschland mit einem Vertragsverletzungsverfahren rechnen müsse. Bei einem Negativ-Bescheid soll laut Lauterbach kein Gesetzentwurf entwickelt werden.

Nach Auffassung des Bundesgesundheitsministers könne das Ziel der bestehenden Verträge mit dem Ansatz der Bundesregierung besser verfolgt werden und sogar grundsätzlich zu einem möglichen „Modell für Europa“ avancieren. Im besten Falle könne die Legalisierung 2024 Realität werden. Schwierige Fragen von Problemen des Freilandanbaus bis zum Energieaufwand bei der Pflanzenaufzucht im Glashaus müssten geklärt werden. Der Bedarf soll komplett aus Deutschland gedeckt werden.

Heftige Kritik aus der Ärzteschaft

„Es ist erschreckend, dass sich ein Gesundheitsminister, der zugleich Arzt ist, für die Legalisierung einer Droge einsetzen muss“, kritisierte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt im Deutschlandfunk Kultur am 5. November 2022. „Das ist eine Substanz, von der wir wissen, dass sie potenziell süchtig machend ist“, mahnte er. „Dass sie bei Menschen, die noch nicht das 21., 22. Lebensjahr erreicht haben, hirnorganische Veränderungen hervorruft. Eine Substanz, von der wir wissen, dass sie eine Zunahme von Psychosen, von Depressionen, von Angststörungen und kognitiven Störungen auslöst. Das hat mit Jugendschutz nichts zu tun!“

Auch der Bundesverband für Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) warnte vor gesundheitlichen, psychischen und sozialen Risiken – „besonders für Jugendliche, deren Hirnentwicklung noch nicht abgeschlossen ist“, so Prof. Rainer Thomasius von der Uniklinik Eppendorf und Leiter des Deutschen Zentrums für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters. Regelmäßiger und häufiger Konsum vor allem bei einem jungen Einstiegsalter mache sich demnach morphologisch am Frontalhirn bemerkbar und das Risiko für Psychose liege bei intensivem Konsum um 2 bis 3,4-fach höher.

Konsumanstieg, Abhängigkeitsrate und Kinder-Suizide

Auch die Abhängigkeitsrate steige von 9 auf 17 %, wenn mit dem Konsum von Cannabis bereits in der Adoleszenz begonnen werde, bei täglichem Konsum gar auf 25 bis 50 % an. Die Legalisierung von Cannabis habe in den USA und Kanada zu einem Anstieg des Cannabis-Konsums auch unter Jugendlichen geführt. In den Staaten der USA, in denen Cannabis legal sei, lägen die Konsumquoten um 20 bis 40 % höher als im Bundesdurchschnitt. Thomasius' Ansicht nach werde der illegale Markt durch die Legalisierung gar nicht verkleinert, sondern der legale Markt vergrößert. Und: In Colorado sei der Anteil von Suiziden mit Cannabisbeteiligung seit der Legalisierung auf das Doppelte gestiegen und liege bei den Zehn- bis Siebzehnjährigen, die sich das Leben genommen haben und bei denen eine toxikologische Untersuchung vorgenommen wurde, mit 51 % am höchsten. „Aus alledem folgt: Cannabis ist keine harmlose Droge!“, mahnte Keller. Sie gehöre deshalb weder in die Hände von Kindern noch von Jugendlichen.

Die Kritik der Ärzteschaft: Cannabis kann u. a. Psychosen, Depressionen und kognitive Störungen auslösen.

Digitalisierungsstrategie Gesundheitswesen und Pflege

Die elektronische Patientenakte avanciert zum Herzstück des Konzepts

Bis zum Frühjahr 2023 will das Bundesgesundheitsministerium (BMG) eine „Digitalisierungsstrategie Gesundheitswesen und Pflege“ in einem „offenen und partizipativen Prozess“ gemeinsam mit allen Betroffenen erarbeiten. Inhalte der Strategie sollen „neben einer Vision und Zielen für das Digitalisierungsvorhaben auch die Ausarbeitung von Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung“ sein.

Ein besonderes Augenmerk soll dabei auf die Lösung von Versorgungsproblemen sowie die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer gelegt werden, wie auch im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung festgeschrieben. Auf einer mit wesentlichen Stakeholdern bestückten Auftaktveranstaltung am 7. September 2022 des BMG wurden erste Impulse und Beispiele aus Dänemark und Israel für eine solche Digitalisierungsstrategie gegeben.

Corona-Pandemie als Startschuss für den Digitalisierungs-Schub

Mit der Digitalisierungsstrategie solle nicht nur die vorhandene Qualität transparenter oder wirtschaftlicher gemacht werden, sondern es solle ermöglicht werden, „Dinge zu machen, die man derzeit nicht machen kann“, bekräftigte Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD) in seinem Grußwort zu Beginn der genannten Auftaktveranstaltung. Die Corona-Pandemie sei trotz ihrer Furchtbarkeit und ihrer Nachteile für die Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem eine Art Startschuss gewesen, unterstrich Lauterbach. In der Pandemie seien viele digitale Anwendungen „plötzlich, aus der Not geboren zum Einsatz gekommen, die man sonst nie zum Einsatz gebracht hätte“. Als Beispiele nannte er unter anderem die Videospreechstunden, die digitale Pflegeberatung, die Corona-Warn-App. „Die Digitalisierung, die wir im Rahmen der Pandemie bekommen, müssen wir verstetigen und weiterentwickeln“, forderte er. Zudem müsse der Schub der Digitalisierung jetzt auch in den Krankenhäusern vorangetrieben werden. „Die Krankenhäuser sind unterfinanziert, was die Digitalisierung angeht.“ Da seien der Bund und auch die Länder in der Pflicht, „aber wir dürfen uns nicht die Pflicht hin und her schieben, sondern wir brauchen dort eine weitere Digitalisierungsinitiative“, mahnte er.

Gemeinsame Strategie-Entwicklung ohne Vorbehalte

Die Digitalstrategie soll Lauterbach zufolge gemeinsam von den Anwendern, Technikern und auch Datenschützern entwickelt werden. „Ich glaube, wir müssen in einigen Bereichen nachsteuern während wir beschleunigen“, betonte Lauterbach. Grundgedanke zur Entwicklung der Digitalstrategie sei, dass alle Bänke ohne Vorbehalte zusammenkämen. „Diejenigen, die auch jetzt schon in dem Prozess mitarbeiten“: unter anderem die Bundesärztekammer (BÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Apotheken. Der Bundesgesundheitsminister berichtete, dass „aus der Perspektive der Patienten“ nochmal „neu“ gedacht werden soll: „Wo sind wir derzeit, wo können wir Dinge zusammenführen, wo können wir aus Erfahrung

gen, die wir gemacht haben lernen“. Auch Fragen zur Entbürokratisierung und Hemmschwellen müssten behandelt werden.

Bereits stattgefunden haben als Teil der Entwicklung der BMG-Digitalstrategie Online-Konsultationsverfahren, Experteninterviews sowie acht Fachforen, die mit themenspezifischen Expertinnen unterschiedlicher Akteursgruppen des Gesundheitswesens und der Pflege durchgeführt wurden. Die Ergebnisse des Prozesses sollen nun „mit allen Beteiligten reflektiert und eine gemeinsame Vision und strategische Ziele formuliert“ werden. Zum Schluss soll nochmals die Möglichkeit einer Stellungnahme zu den dann zusammengetragenen Eckpunkten gegeben werden.

Zentrale Themen der Digitalisierungs-Strategie

Dr. Susanne Ozegowski, Leiterin der Abteilung Digitalisierung & Innovation des BMG, berichtete bei der Auftaktveranstaltung über die zentralen Themen, die bereits aus den Experteninterviews herausgefiltert worden seien:

1. Versorgungsprozesse Gesundheit und Pflege
2. Patientensouveränität und digitale Kompetenzen
3. Akzeptanz und Begeisterung der Versicherten
4. Akzeptanz, Begeisterung und auch Befähigung seitens der Leistungserbringer
5. Regulatorische Rahmenbedingungen
6. Wirtschaftlichkeit und Effizienz
7. Technologien und Anwendungen
8. Daten, Datenmodelle, Interoperabilität und Architektur.

ePA als Kernanwendung

Kernanwendung der Digitalisierungsstrategie soll die elektronische Patientenakte (ePA) sein. Anwendungen wie das elektronische Rezept (E-Rezept) würden nur „Sinn“ machen, wenn sie mit dieser verknüpft seien, erläuterte Lauterbach. Die ePA würde für eine Verbesserung der Versorgung und Forschung benötigt. Nach seinen Vorstellungen könne wie in Israel auf der elektronischen Patientenakte ein System aufgebaut, mit dem mit „digital twins“ Studien in der Versorgung durchgeführt werden könnten. (Anm. d. Red.: Digital Twins, auch digitale Zwillinge genannt, sind die virtuelle Darstellung eines physikalischen Objektes oder Systems. Die Aufgabe besteht beispielsweise darin, die Leistung einer Anlage oder eines Prozesses zu verstehen, vorherzusagen und zu optimieren).

Mitte September hatte der Bundesgesundheitsminister mit einer Delegation Israel besucht, um sich dort die „best practice“ vor Ort anzuschauen. Das Konzept der „digital twins“ hält Lauterbach für „Bildgebend“, „das ist das, was wir hier erreichen wollen“. Ins-

besondere sollten seiner Ansicht nach auch die Krankenhäuser an die ePA angeschlossen werden. „Denn es sind oft genau die Krankenhausdaten, die den Fachärzten fehlen, wenn es um die Weiterbehandlung der Patienten geht, die aus der Klinik kommen.“

Opt-out-Regelung für die ePA-Nutzung

Um die ePA in dieser Form nutzen zu können ist laut dem Bundesgesundheitsminister eine „Opt-out-Regelung“ erforderlich. Bei der Opt-out-Regelung erfolgt die Einrichtung und Befüllung der Akte ohne ausdrückliche Zustimmung der Patienten. Diese müssen stattdessen ausdrücklich widersprechen, um die Prozesse zu stoppen. Bei einer „Opt-in-Regelung“, die derzeitige Regelung, müssen Patienten ausdrücklich der Einrichtung und Befüllung der Akte zustimmen. Bei der derzeitigen Lösung gibt es laut Lauterbach einen „Selektionsbias“, der nicht herauszurechnen sei: Zum einen sei dann die Grundsumme der Anwender viel kleiner, zum anderen gebe es eine systematische Verzerrung der Datenerhebung. „Wenn ich eine repräsentative Nutzung dieser Daten haben möchte, muss es von vorneherein eine Opt-out-Lösung sein.“

Die Nationale Agentur für digitale Medizin gematik hat von der Gesellschafterversammlung mit den Vertretern des BMG als Mehrheitsgesellschafter am 7. November 2022 den Entwicklungsauftrag für eine „Opt-out-ePA“ erhalten. In dessen Rahmen sollen vier wichtige Opt-out-Dimensionen geprüft werden, teilte die gematik mit: die Bereitstellung der Akte, der Zugriff auf die ePA, ihre Befüllung und die pseudonymisierte Datenweitergabe zu Forschungszwecken. Ferner wurde beschlossen, dass auch der elektronische Medikationsplan (eMP) sowie die elektronische Patientenakte (ePKA) Teile der ePA werden sollen.

E-Rezept kristallisiert Unmut in der Ärzteschaft

Oftmals wird in der Ärzteschaft die mangelhafte Umsetzung des E-Rezepts in der Praxis als schlagendes Beispiel für Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte mit der Digitalisierung

angeführt. Bezüglich des E-Rezepts konzedierte Lauterbach bei der Auftaktveranstaltung, dass „der unmittelbare Nutzen noch nicht greifbar“ sei. „Die Proteste, die es gibt, sind nicht ganz unberechtigt.“ Er hoffe auf eine erneute Verständigung. „Allerdings ist das elektronische Rezept, so wie es jetzt nutzbar ist, auch nicht da, wo es sein muss.“ In der Regel würde derzeit noch der QR-Code ausgedruckt und der Patient gehe damit zur Apotheke. „Das bringt keine zusätzliche Sicherheit, das kann sogar Sicherheit kosten“, mahnte er. Seiner Ansicht nach sei notwendig, dass das E-Rezept automatisch an die Apotheke versendet werde – „bevorzugt auch mit der Versichertenkarte“.

Zuletzt ist die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) aus dem am 1. September gestarteten Rollout des E-Rezepts ausgestiegen. Grund für den Ausstieg der KVWL ist die Entscheidung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI), bei der Übertragung des E-Rezeptes den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) (Anm. d. Red.: ohne PIN) abzulehnen, wie die KV am 3. November mitteilte. Zuvor hatte bereits die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) im August 2022 die Reißleine gezogen. Damit nimmt keine Pilotregion nunmehr an dem eigentlich geplanten Roll-Out teil. Die gematik hatte als Erfolgskriterium für die nächste Stufe des Rollouts definiert, dass 25 % der E-Rezepte elektronisch eingelöst werden müssen. „Die Entscheidung des Bundesdatenschutzbeauftragten führt im Ergebnis dazu, dass dieses Ziel nicht eingehalten werden kann und der angestrebte Fortschritt für Patienten, Ärzte und alle weiteren Beteiligten massiv in Frage gestellt ist“, so KVWL-Vorstand Thomas Müller. Ab Mitte 2023 soll das Einlösen der E-Rezepte mittels der eGK beschleunigt werden. Die konkreten nächsten Schritte für die bundesweite Einführung des E-Rezepts stimmen die Gesellschafter der gematik mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Mehrheitsgesellschafter in einer der nächsten Versammlungen ab, so teilt die gematik am 3. November 2022 mit. „Ziel bleibt weiterhin die flächendeckende Einführung in 2023.“

Ziel des BMG ist es, die Projekte „aus der Perspektive der Patienten“ nochmal neu zu denken.

Liefer- und Versorgungsengpässe bei Arzneimitteln

Welche Auswege gibt es aus der „Mangelwirtschaft“?

Der in der Fachwelt gar nicht so „plötzliche“ Mangel an wichtigen Arzneimitteln ist mittlerweile in der breiten Bevölkerung angekommen. Auch durch die Corona-Pandemie sind die Probleme solcher Engpässe mehr in der öffentlichen und damit auch in den politischen Fokus gelangt. Immer wieder gibt es Medienberichte, dass Großhändler bzw. Hersteller einzelne Arzneimittel kurzfristig nicht zur Verfügung stellen können.

Die Apothekerschaft schlug Mitte November 2022 „Alarm“. Nach brancheninternen Hochrechnungen sind derzeit schon über 1.000 Arzneimittel betroffen und nicht lieferbar – „Tendenz: weiter steigend“, erklärte jüngst Thomas Preis, Chef des Apothekerverbands Nordrhein. Als Ursachen für Liefer- und Versorgungsengpässe werden unter anderem die Verlagerung der Produktion von Rohstoffen und Arzneimitteln ins außereuropäische Ausland, eine Marktkonzentration auf wenige Hersteller, Qualitätsprobleme und unzureichende Transparenz hinsichtlich bestehender oder drohender Engpässe angeführt. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will Maßnahmen zur Gegensteuerung ergreifen. Außerdem will die Europäische Kommission Anfang 2023 eine große Arzneimittelstrategie zur Bekämpfung von Lieferengpässen präsentieren.

Unterschied Lieferengpass – Versorgungsengpass

Ein Lieferengpass ist laut dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine über voraussichtlich zwei Wochen hinausgehende Unterbrechung einer Auslieferung im übli-

chen Umfang oder eine deutlich vermehrte Nachfrage, der nicht angemessen nachgekommen werden kann. Davon zu unterscheiden ist ein Versorgungsengpass: Hier steht kein Alternativpräparat zur Verfügung, sodass hier sowohl die Liefersicherheit eines Arzneimittels als auch die Versorgung der Patientinnen und Patienten beeinträchtigt wird. Das BfArM pflegt kontinuierlich eine Lieferengpassliste für wichtige Arzneimittel. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) unterhält eine Liste für Impfstoffe. Das BfArM führt außerdem regelmäßige jours fixes zu Liefer- und Versorgungsengpässen durch.

Problemlage spitzt sich zu

Neben therapielevanten Arzneimitteln wie Antibiotika und Blutdruckmitteln würden derzeit auch zahlreiche einfache Erkältungsmittel fehlen, berichtete die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) Mitte November 2022. Magenmedikamente mit Pantoprazol und Codein-Hustenmittel seien für die Apotheken zurzeit fast gar nicht mehr lieferbar. Lieferengpässe und auch Versorgungsengpässe gibt es schon länger, doch werden sie nun immer sichtbarer. Schon im Jahr 2017 zeigte eine Umfrage der Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK), dass 90 % der Apotheken in einem Zeitraum von drei Monaten Engpässe mit potentiellen Gesundheitsfolgen für Patienten zu verzeichnen hatten. Thomas Dittrich, Vorsitzender des Deutschen Apothekerverbands (DAV), berichtete bei der Eröffnung der Fachmesse Expharm im September 2022 über zusätzliche Kosten in Höhe von jährlich fast 260 Mio. Euro.

Was sind die Ursachen?

Die Ursachen für Lieferengpässe sind vielschichtig und liegen unter anderem in den Strukturen der stark globalisierten und spezialisierten Arzneimittelherstellung. Für manche Wirkstoffe gibt es nur noch wenige Hersteller weltweit. Produktionsausfälle oder Qualitätsprobleme in einer einzelnen Anlage könnten dann laut der ABDA bereits ausreichen, die Arzneimittelversorgung der Patientinnen und Patienten in Europa zu gefährden. Eine Ursache liegt laut ABDA im Kostendruck im Gesundheitswesen. Die Krankenkassen bezahlen nur die preiswertesten Medikamente und Hersteller verlegten ihre Produktion nach China oder Indien, um möglichst preiswert zu produzieren.

Lösungs-Strategien

Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach (SPD) zufolge muss Deutschland sich von den weltweiten Lieferketten unabhängiger machen, wie er im März 2022 in Berlin erklärte. „Wir haben derzeit die Situation, dass in der Arzneimittelversorgung eine Abhängigkeit von der Zulieferung vieler Wirkstoffe besteht, die in Deutschland nicht mehr produziert werden.“ Im Rahmen der Krisen wie der Corona-Pandemie und dem „verbrecherischen Krieg“, den Putin gegen das ukrainische Volk führe, seien Ausfälle bei Lieferketten deutlich geworden. Seiner Ansicht nach müsste Deutschland sich besser auf solche Situationen vorbereiten. Daher müsse sich Deutschland bei kritischen Medikationen, Schutzausrüstung und auch Impfstoffen – sowie auch bei der Energie und bei Rohstoffen – unabhängiger machen. „Wir leben in einer Zeit, in der klar wird, dass wir in Teilen eine Entflechtung des Produktionsprozesses einleiten müssen“, betonte Lauterbach.

Der Verband forschender Arzneimittelhersteller (vfa) hatte, mit Blick auf die hohe Relevanz des asiatischen Marktes und den Erfahrungen des Frühjahrs 2020, eine Studie an das IW Köln, IW Consult und dem Healthcare Supply Chain Institut in Auftrag gegeben und im Oktober 2022 veröffentlicht. Thema ist die Resilienz pharmazeutischer Lieferketten. Auf dem deutschen Markt kam es der Studie zufolge in den Monaten März und April 2020 zu einem temporären Anstieg der Lieferengpassmeldungen. „Die Zahl der gemeldeten Lieferengpässe stabilisierte sich nach etwa sechs Wochen auf dem Niveau vor Ausbruch der Corona-Pandemie.“ Die Autoren plädieren für eine Priorisierung der zu stärkenden Lieferketten, eine Erhöhung der Transparenz, eine Erarbeitung und Umsetzung von Maßnahmen und zwar grundsätzlich in einem europäischen Kontext, möglichst unter Einbeziehung transatlantischer Partner. „Die Schaffung einer nationalen Autarkie ist nicht das Ziel“, betonen die Autoren. Vielmehr sei eine globale Verteilung der benötigten Produktionen anzustreben, um einseitige Abhängigkeiten auf den einzelnen Stufen der pharmazeutischen Lieferketten zu verringern.

Vier Hauptziele der EU für ein krisenfestes Arzneimittelssystem

Die EU-Kommission hatte am 25. November 2020 eine Arzneimittelstrategie für Europa vorgestellt, die „als Schlüsselement für die Schaffung einer stärkeren europäischen Gesundheitsunion“ dazu beitragen soll, ein zukunftssicheres und krisenfestes EU-Arzneimittelsystem einzurichten. Hier werden vier Hauptziele verfolgt:

- Gewährleistung des Zugangs der Patientinnen und Patienten zu erschwinglichen Arzneimitteln und Deckung des unerfüllten medizinischen Bedarfs (z. B. in den Bereichen antimikrobielle Resistenz, Krebs, seltene Krankheiten);
- Förderung von Wettbewerbsfähigkeit, Innovation und Nachhaltigkeit der Arzneimittelindustrie in der EU und der Entwicklung hochwertiger, sicherer, wirksamer und umweltfreundlicherer Arzneimittel;
- Verbesserung der Mechanismen der Krisenvorsorge und -reaktion und Inangriffnahme der Versorgungssicherheit;
- Gewährleistung einer starken Stimme der EU auf der Weltbühne durch Förderung hoher Qualitäts-, Wirksamkeits- und Sicherheitsstandards.

Die Ankündigung der EU-Kommission bis Ende des Jahres 2022 dazu unter anderem auch die europäische Arzneimittelgesetzgebung grundsätzlich zu überarbeiten und anzupassen, konnte nicht erreicht werden. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) avisierte im November 2022, Anfang 2023 werde nun die Festlegung auf eine entsprechende Strategie erfolgen. Um die Versorgung der

Bevölkerung mit häufig verordneten Arzneimitteln wie Schmerzmitteln und Antibiotika sicherzustellen, beabsichtigt auch das BMG der bisherigen Entwicklung gegenzusteuern. „Wir brauchen Instrumente, um mehr Vielfalt im Beschaffungsprozess zu erreichen“, heißt es dort vom zuständigen Abteilungsleiter Arzneimittel und Medizinprodukte, Thomas Müller. Dabei müssten verschiedene Faktoren wie der „Standort EU“ berücksichtigt werden.

Lösungs-Vorschläge der Ärzteschaft

Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) diskutierten bereits Anfang 2020 in Brüssel mit Vertretern von Europäischer Kommission, Europäischem Parlament und Ärzteschaft auf EU-Ebene sowie Generikaherstellern und Krankenkassen über eine europäische Strategie gegen Arzneimittel-Lieferengpässe. BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt, der zugleich Hartmannbund-Vorsitzender ist, sprach sich dafür aus, die Produktion von Arzneimitteln und Wirkstoffen nach Europa zurückzuholen. „Dies würde die Lieferwege verkürzen und die Überwachung der Arzneimittelherstellung erleichtern“, erklärt er. Außerdem könne so sichergestellt werden, dass europäische Standards, etwa bei Umweltschutz, Produktionssicherheit und Arbeitsbedingungen, eingehalten würden.

Auch der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, fordert pragmatische Lösungen. Gegenseitige Schuldzuweisungen seien wenig hilfreich. Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, sowie der stellvertretende Vorstandsvorsitzende Dr. Stephan Hofmeister schlagen vor, die Wirkstoffproduktion auf möglichst viele Hersteller zu verteilen. „Außerdem sollte für die Hersteller eine Meldepflicht im Falle von Engpässen bestehen. Eine Task Force auf EU-Ebene könnte Vorschläge erarbeiten, wie eine solche Verpflichtung aussehen soll“, führt Dr. Hofmeister aus. Koordiniertes Handeln auf EU-Ebene sei notwendig, betonen die Ärztevertreter. Eine europäische Strategie sollte Vorschläge sowohl zur Vermeidung von Engpässen als auch zum Umgang mit solchen beinhalten. „Hier ist die Europäische Kommission angesprochen, kurzfristig wirksame und realisierbare Maßnahmen vorzuschlagen.“



Für manche Wirkstoffe gibt es inzwischen nur noch wenige Hersteller weltweit.

Anzeige

ETL | ADVISION
Steuerberatung im Gesundheitswesen

Persönliche Beratung in einem starken Netzwerk – durch den Marktführer mit über 120 auf das Gesundheitswesen spezialisierten Steuerkanzleien




www.etl-advision.de



Grafik: Fahroni/shutterstock.com

Die G7 wollen „aktiv die Forschung und Entwicklung neuer, dringend benötigter Antibiotika fördern“.

„Antibiotikaresistenzen“ auf der politischen Agenda Die stille Pandemie bekämpfen

Insbesondere in Gesundheitseinrichtungen und in der Landwirtschaft, wo viele Antibiotika zum Einsatz kommen, besteht laut Experten die Gefahr der Entstehung von Resistenzen sowie des Vorkommens von sogenannten nosokomialen Infektionen (Krankenhausinfektionen) mit resistenten Erregern. Vorläufige Analysen zeigten laut Robert Koch-Institut (RKI) zudem, „dass die derzeitigen Aktionspläne möglicherweise nicht ausreichen, um den allgemeinen Aufwärtstrend bei der Ausbreitung von Antibiotika sowohl beim Menschen als auch bei Tieren zu stoppen“.

Die G7 wollen die „stille Pandemie von Antibiotikaresistenzen mit allen Kräften bekämpfen“. Dies beschlossen die G7-Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister auf ihrem Treffen im Mai 2022 in Berlin. „Weltweit versterben bereits jetzt 1,3 Mio. Menschen pro Jahr an Antibiotika-Resistenzen – mit steigender Tendenz“, verdeutlichte Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach MdB (SPD). Es drohe, dass klassische Infektionskrankheiten nicht mehr ausreichend mit Antibiotika behandelt werden könnten, „weil die Resistenzen dies unmöglich machen“. „Unwirksame oder nicht verfügbare Antibiotikabehandlungen führen zudem oftmals zu einer Blutvergiftung (Sepsis), an deren

Folgen weltweit schätzungsweise 11 Mio. Menschen pro Jahr sterben.“

„Antimikrobielle Resistenzen sind eine der häufigsten Todesursachen weltweit, häufiger als HIV/AIDS oder Malaria. Außerdem stellen sie eine einzigartige globale Bedrohung durch internationale Ausbreitung dar“, mahnt das RKI in seiner Broschüre zur Last durch Antimikrobielle Resistenzen in den G7-Staaten und weltweit, die anlässlich des G7-Treffens erstellt wurde. Insgesamt seien 4,95 Mio. Todesfälle pro Jahr auf Infektionen mit resistenten Bakterien zurückzuführen, davon seien mindestens 1,27 Mio. Todesfälle pro Jahr direkt auf antimikrobielle Resistenzen zurückzuführen.

Infektionsrisiko steigt – jeder ist in Gefahr

Unter Antibiotikaresistenz oder antimikrobiellen Resistenzen (AMR) versteht man die Fähigkeit von Mikroorganismen, Behandlungen mit antimikrobiellen Wirkstoffen wie Antibiotika zu widerstehen. Bakterien verfügten über die natürliche Fähigkeit, sich gegen Antibiotika, die von anderen Mikroorganismen (wie z.B. Pilzen) produziert werden, zu schützen, erläutert das RKI. Sie entstanden durch natürliche Mutationen im Erbgut der Bakterien oder durch Aufnahme von Resistenzgenen aus der Umgebung, die Bakterien untereinander austauschen und dabei weitergeben. Bakterien könnten mehrere Resistenzgene aufnehmen, die sie gegen verschiedene Antibiotika schützen. „So entstehen mehrfach- bzw. multiresistente Erreger (MRE), die einer Vielzahl von Antibiotika widerstehen können.“ Durch den Einsatz von Antibiotika entstehe zudem ein Selektionsdruck: „Bakterienstämme, die eine Resistenz gegenüber dem Antibiotikum besitzen, überleben, können sich weiter vermehren und ausbreiten.“

Antibiotikaresistente Erreger würden dem RKI zufolge daher oft dort auftreten, wo viele Antibiotika eingesetzt würden, etwa in Kliniken, aber auch in der Landwirtschaft. Die anhaltende weltweite Verbreitung antimikrobiell resistenter Bakterien beeinträchtigt zudem zunehmend die Wirksamkeit der verfügbaren Therapien und neue Medikamente würden nicht schnell genug entwickelt. „Wenn ein Antibiotikum seine Wirkung verliert, ist prinzipiell jeder gefährdet“, betont das RKI. Infektionen mit resistenten Erregern ließen sich meist schwieriger behandeln und könnten einen komplizierteren Verlauf nehmen. Ein erhöhtes Risiko für solche Infektionen hätten insbesondere Menschen mit einem schwachen Immunsystem, mit Autoimmunerkrankungen, Kinder mit einer unreifen Immunabwehr und ältere Menschen, bei denen das Immunsystem nachlässt. Weitere Risikogruppen sind Organtransplantierte, Krebspatienten bei einer Chemotherapie, Diabetiker und Patienten, bei denen ein invasiver Eingriff durchgeführt wird.

Einsatz auf therapeutisch notwendiges Maß beschränken

Auch ein Teil der sogenannten nosokomialen Infektionen würden dem RKI zufolge durch antibiotikaresistente Bakterien verursacht. Dies sind Infektionen, die sich Patienten während ihres Aufenthalts in einem Krankenhaus oder bei einer ambulant durchgeführten medizinischen Behandlung zuziehen. Zu den häufigsten Krankenhausinfektionen gehören Lungenentzündungen, Wund- und Harnwegsinfektionen, Durchfallerkrankungen und Sepsis (Blutvergiftung). In Deutschland treten schätzungsweise 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen pro Jahr auf. Anhand der Daten der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) des RKI und der Prävalenzerhebung von 2011 schätzt das RKI, dass im Jahr 2013

circa 6 % durch multiresistente Erreger bedingt waren – damit „kommt man auf 30.000 bis 35.000 nosokomialen Infektionen mit MRE pro Jahr in Deutschland“. 1.500 Fälle bzw. 0,3 % aller nosokomialen Infektionen in Deutschland gingen außerdem auf multiresistente Erreger zurück, „die gegen fast alle Antibiotikaklassen resistent sind“.

„Der Einsatz von Antibiotika in der Tierhaltung begünstigt die Resistenzentwicklung und Ausbreitung von Bakterien mit Resistenzen“, wie das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) erklärt. Es lägen allerdings keine Daten vor, in welchem Umfang dieser Einsatz von Antibiotika in der Tierhaltung zur Resistenzproblematik in der Humanmedizin beitrage. Laut RKI ist es jedoch unstrittig, „dass bestimmte resistente Bakterien oder ihre Resistenzgene aus dem Bereich der Landwirtschaft (wie etwa der Tiermast) auf den Menschen übertragen werden können“. Unter anderem das bei konventionell gehaltenen Masttieren (Schweine, Rinder, Geflügel) weit verbreitete Methicillin-resistente Bakterium *Staphylococcus aureus* (MRSA) besiedele vor allem Menschen mit beruflichen Kontakten zu diesen Tieren und trete auch als Infektionserreger bei Menschen auf. MRSA soll inzwischen gegen mehrere Antibiotika resistent sein und gilt als ein großer Verursacher von nosokomialen Infektionen. Um eine Zunahme der Resistenzen zu verhindern, sollte der Antibiotikaeinsatz nach Auffassung des BfR auf das unbedingt therapeutisch notwendige Maß begrenzt werden. Anstrengungen, die Tiere gesund zu erhalten, damit keine Behandlung erforderlich ist, sollten hierbei im Vordergrund stehen.

Forschung ins Stocken geraten

Lauterbach machte nach dem G7-Treffen auf eine „doppelte Lücke“ beim Thema Antibiotikaresistenzen aufmerksam: „Es fehlt an Forschung und somit an neuen Antibiotika-Substanzen – die wir einsetzen können – die Frequenz, in der neue Antibiotika entwickelt werden, nimmt immer mehr ab. Das heißt, wir kommen langsamer und seltener zu neuen Substanzen und gleichzeitig sind diese Substanzen dann schneller von Resistenzen bedroht. Somit haben wir weniger antibiotische Substanzen zur Verfügung, gegen die die Erreger aber schneller resistent werden.“ Lauterbach sieht dabei langfristig ein „großes Problem“, „wenn wir da nicht gegenhandeln“. Die G7 wollen „aktiv die Forschung und Entwicklung neuer, dringend benötigter Antibiotika fördern“. Außerdem soll der sachgerechte Einsatz von Antibiotika verbessert werden. Hierzu wollen die G7 bis Ende 2023 nationale Ziele festlegen. Überdies soll die Früherkennung, Diagnose und Therapie von Sepsis gestärkt werden.

Nach Zahlen des Verbands der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) wurden insgesamt mehr als 80 gegen unterschiedliche Bakterienarten wirksame Antibiotika entwickelt. Die meisten Markteinführungen gab es zwischen 1980 und 1999. Antibiotika, die seit 2011 auf den Markt gebracht worden seien, seien „ausdrücklich gegen Problemkeime entwickelt worden“ – entweder resistente Formen „gewöhnlicher“ Keime oder aber Bakterien, die sich von je her nicht gut hätten bekämpfen lassen. Auch nach Ansicht des vfa würden in Zukunft, trotz der auf den ersten Blick „nicht geringen Zahl“ von bereits sich in Entwicklung befindenden Antibiotika, „doch noch viel mehr Antibiotika gebraucht, weil sie a) unterschiedliche Resistenzen überwinden, weil es b) nur ein Teil davon zur Zulassung schaffen wird, und weil c) auch diese Medikamente vermutlich nicht dauerhaft vor Resistenzen verschont bleiben.“ Derzeit würden weltweit ein paar große, vor allem aber mehr als 50 kleine und mittlere Unternehmen an neuen Antibiotika und anderen antibakteriell wirksamen Medikamenten arbeiten.

Prävention von Behandlungsfehlern

„Patientensicherheit lässt sich nur gemeinsam gewährleisten“

Im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung auftretende Komplikationen belasten Patientinnen und Patienten, Angehörige sowie Ärztinnen und Ärzte. „Lernen aus Fehlern, Fehlerprävention und die Stärkung der Sicherheitskultur“ steht aus Sicht der Bundesärztekammer (BÄK) im Zentrum aller Aktivitäten zur Steigerung der Patientensicherheit, wie sie bereits in einer Stellungnahme im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages im Jahr 2020 betont.

So zeige die jährliche Berichterstattung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen, die auf bundesweiten Auswertungen beruhen, in welchen Bereichen es vermehrt zu Behandlungsfehlern komme. Hieraus würden ebenso wie aus den Behandlungsfehlerstatistiken des Medizinischen Dienstes wichtige Erkenntnisse für die notwendige Fehlerprävention und Fortbildungsbedarf in der Ärzteschaft gezogen. BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt, der zugleich Vorsitzender des Hartmannbundes ist, machte außerdem darauf aufmerksam: Voraussetzung für eine bestmögliche Patientensicherheit sei eine bedarfsgerechte Personalausstattung.

Nahezu jede Landesärztekammer in Deutschland unterhält eine Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen. Die Patientinnen und Patientinnen haben die Möglichkeit bei vermuteten Behandlungsfehlern die jeweils zuständige Gutachter- oder Schlichtungsstelle anzurufen. Seit 2006 werden die Daten mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems (MERS) EDV-gestützt einheitlich erfasst und in einer Bundesstatistik zusammengeführt. Laut der aktuellen Statistik vom Oktober 2021 wurden im Jahr 2020 9.483 Begutachtungsanträge in den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern gestellt, 2019 waren es noch 10.705 – ein Rückgang von 11,4 %. 7.055 Sachentscheidungen wurden zudem im Jahr 2020 gefällt. Die häufigsten Vorwürfe liegen dabei im Bereich der operativen Eingriffe (3.353). In 2.146 Fällen wurden Behandlungsfehler bestätigt. In 1.741 dieser Verfahren wurden die festgestellten Behandlungsfehler oder Risikoauflösungsmängel als ursächlich für einen Gesundheitsschaden anerkannt. Laut der Gutachterkommission führten im Jahr 2020 deutschlandweit 104 Behandlungsfehler zum Tod des Patienten/der Patientin.

Viele Verdachtsfälle in Kliniken

Der aktuellen Jahresstatistik 2021 zur Behandlungsfehlerbegutachtung des Medizinischen Dienst Bundes zufolge, wurden im Jahr 2021 13.050 Gutachtenanträge zu insgesamt 1.006 unterschiedlichen Diagnosen beim Medizinischen Dienst Bund erstellt. In jedem

vierten Verdachtsfall wurde ein Fehler bestätigt und ein Schaden festgestellt, in jedem fünften war der Fehler Ursache des erlittenen Schadens. Zwei Drittel aller erhobenen Behandlungsfehlervorwürfe der aktuellen Jahresstatistik bezogen sich auf Leistungen in der stationären Versorgung, zumeist in Krankenhäusern (8.690 Fälle). Ein Drittel bezog sich auf Arztpraxen (4.339 Fälle). Hintergrund dieser Verteilung sei, dass sich die meisten Vorwürfe auf operative Eingriffe beziehen würden, und diese erfolgten zumeist in der stationären Versorgung.

Die Techniker Krankenkasse (TK) berichtete im März 2022, dass im Jahr 2021 bei ihren Versicherten ein leichter Rückgang bei Beschwerden über Behandlungsfehlern zu verzeichnen sei. Insgesamt vermuteten 5.981 Versicherte eine ärztliche Fehlbehandlung bei sich. Verglichen mit dem Jahr 2019 liege der Rückgang bei knapp fünf Prozent. Jeder dritte Verdacht habe sich im Verlauf der Überprüfung bestätigt. Die TK geht zudem von einer hohen Dunkelziffer ärztlicher Behandlungsfehler aus.

Etablierung von Fehlerberichtssystemen

Um unter den Vorzeichen der immer komplexer werdenden medizinischen Versorgungsprozesse die Sicherheit von Patienten bestmöglich gewährleisten zu können, seien laut Bundesärztekammer „zahlreiche Maßnahmen auf den Weg gebracht, die der Sicherheitskultur und Fehlerprävention dienen“. Die Etablierung von Fehlerberichtssystemen wie z. B. CIRSmedical.de, die Durchführung von Peer Review-Verfahren, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, entsprechende Fortbildungsveranstaltungen der Ärztekammern etc. zielten darauf ab, kritische Ereignisse zu analysieren, aus ihnen zu lernen und Maßnahmen zur Verbesserung umzusetzen.

Mit CIRSmedical.de betreibt die Ärzteschaft unter Federführung der Bundesärztekammer ein bundesweites anonymes Fehlerberichts- und Lernsystem, mit dem sicherheitsrelevante Ereignisse systematisch erfasst und analysiert werden, um daraus zu lernen. Alle sicherheitsrelevanten Ereignisse, die in der



Die meisten Vorwürfe beziehen sich auf operative Eingriffe in den Kliniken

Grafik: Gumpamat/shutterstock.com

Medizin auftreten, sollen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens berichtet werden können. Dies könnten Fehler, „Beinahe-Schäden“ (Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.), „Kritische Ereignisse“ (Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.) oder auch „Unerwünschte Ereignisse“ (Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht. Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.) sein. Die Berichte dürfen keine Daten enthalten, die Rückschlüsse auf die beteiligten Personen oder Institutionen erlauben (Namen, Ortsangaben oder ähnliches).

Verbesserungspotentiale werden ausgelotet

Das konkrete Ziel des Peer-Review-Verfahrens ist laut BÄK, systematische Verbesserungspotentiale bei der Qualität der Patientenversorgung und der Sicherheit der Patienten zu identifizieren. Es gehe bei dem Verfahren darum, „dass ärztliche Kollegen andere Kollegen bitten, Ihnen bei ihrer Arbeit über die Schulter zu schauen“. Anschließend würden die Beobachtungen „auf Augenhöhe“ besprochen – „ganz ohne Sanktionierung oder den von vielen befürchteten erhobenen Zeigefinger“.

Die BÄK bemängelt, dass der Gesetz- und Normengeber immer neue Anforderungen geben würde, die mit dem ärztlichen Qualitätsverständnis zunehmend weniger zu tun hätten. „Dokumentation und externe Kontrolle überwiegen, konkrete Verbesserungen für Patienten zeigen sich kaum.“ Das Peer-Review-Verfahren soll eine Alternative bilden. Der Fokus liege dabei klar auf der Verbesserung der Abläufe. „Es wird genau dort angesetzt, wo eine Verbesserung

umgesetzt werden kann und muss.“ Hierbei würden gemeinsam Qualitätsmanagement-Maßnahmen entwickelt, die in der besuchten Einrichtung umgesetzt werden könnten. „Sie stehen in direktem Bezug zur täglichen Praxis und können somit konkrete Anwendung im Alltag finden. Damit wird auch wieder der Blick auf den tatsächlichen Nutzen für den Patienten geschärft.“

Komplexere Behandlungsprozesse

„Patientensicherheit geht uns alle an. Sie lässt sich nur gemeinsam gewährleisten“, erklärte Reinhardt anlässlich des Welttags der Patientensicherheit am 17. September 2021. Der BÄK-Präsident mahnte zugleich: „Die bestmögliche Patientensicherheit ist nicht zu erreichen ohne eine bedarfsgerechte Personalausstattung, eine gezielte Nachwuchsförderung und ausreichend Zeit für Patienten- und Angehörigengespräche. Wenn stattdessen ökonomische Gesichtspunkte die Oberhand gewinnen, läuft definitiv etwas falsch.“ Das gelte insbesondere in einem Versorgungsalltag, der zunehmend geprägt sei durch fachliche Spezialisierung, Arbeitsteilung und Digitalisierung. „Durch den rasanten medizinischen Fortschritt können Patientinnen und Patienten immer besser behandelt werden. Aber auch die Komplexität der Behandlungsprozesse und damit der Aufwand für die Fehlerprävention nimmt zu“, sagte Reinhardt. Es sei daher gut, dass sich das Thema Patientensicherheit wie ein roter Faden durch alle Stufen der ärztlichen Qualifikation ziehe – vom Medizinstudium über die Facharztweiterbildung bis hin zur kontinuierlichen Fortbildung. „Für Ärztinnen und Ärzte sind Qualität und Sicherheit seit jeher die beiden untrennbaren Seiten einer Medaille“, so Reinhardt.

Anzeige



PVS holding
ABRECHNUNG IM GESUNDHEITSWESEN

EXPLODIERENDE KOSTEN?

WIR LADEN SIE EIN,

sich in 30 Minuten zu überzeugen, wie wir die Erlöse Ihrer Privatabrechnung sichern durch:

- » Honorar-Sofortauszahlung
- » Korrespondenz mit Patienten, Versicherungen und Beihilfestellen
- » konsequentes Mahnverfahren
- » Ratenzahlungs-Angebote für Ihre Patienten



Anmeldung über den QR-Code oder

ihre-pvs.de/pvs30
Tel. 0800 1025300

Zum Pflegepraktikum nach Schottland

Drittsemester-Medizinstudent Frédéric Sonak hat sein Pflegepraktikum in einem „rural general hospital“ in den schottischen Highlands absolviert. Er berichtet, was er im NHS (national health service) erlebt hat und welche Erfahrungen er zurück ins deutsche Gesundheitssystem mitgenommen hat.

Im Sommer 2022 verschlug es mich für zwei Monate nach Wick, einem kleinen Hafenort in der Region Caithness in den schottischen Highlands. Der Ort befindet sich so weit im Norden, dass man mit dem Zug von Edinburgh, der Hauptstadt Schottlands, welche sich schon nördlich von Kopenhagen befindet, etwa acht Stunden braucht, um ihn zu erreichen. Glücklicherweise hat Wick auch einen kleinen Flughafen, von welchem zweimal täglich Passagierflugzeuge nach Aberdeen fliegen. In diesem etwa 7000 Einwohner zählendem Hafenort habe ich im Sommer zwei Monate des Pflegepraktikums, welches Teil meines Medizinstudiums ist, absolviert.

Mit der Vorbereitung und Organisation für dieses Praktikum begann ich im Januar 2022. Nach einem ersten Kontakt per E-Mail wurde ich von der örtlichen Klinik bei der Realisierung meines Vorhabens unterstützt. So bekam ich einerseits in allen bürokratischen Angelegenheiten Unterstützung (Impfungen, polizeiliches Führungszeugnis, Visa), die meine Heimatuniversität in Freiburg von mir brauchte und auch in persönlichen Angelegenheiten wie der Wohnungs- bzw. Zimmersuche wurde mir bereits im Vorhinein schottische Unterstützung angeboten.

Angekommen im Caithness General Hospital (CGH) in Wick konnte ich mir schnell ein allumfassendes Bild von der gesamten Klinik machen. Dort gibt es zwei Bettenstationen: Eine Akutaufnahme (Rosebank) mit 21 Betten und eine Rehabilitationsstation (Bignold) mit ebenfalls 21 Betten. Neben einer Notaufnahme enthält das Krankenhaus auch einen Kreißsaal, sowie einen OP-Bereich.

Schottland hat, bedingt durch seine Geografie und Demografie eine Anzahl von „rural general hospitals“, welche sich insbesondere in den rar besiedelten Highlands und „western isles“ befinden. Ein Krankentransport von Wick in die nächste Vollversorgungseinrichtung (Raigmore Hospital, Inverness, etwa 450 Betten) dauert bei gutem Wetter etwa 110 Minuten, bei schlechtem deutlich länger. Bei überaus schlechtem Wetter kann auch kein Helikopter mehr fliegen und das Personal vor Ort muss somit mit allen auftretenden Notfällen arbeiten können.

Zur Unterstützung konnten die Mitarbeiter des CGH auf eine (meistens) sehr gut funktionierende IT-Infrastruktur und die damit verbundene Kommunikation mit Experten aus Universitätskliniken des ganzen Landes zurückgrei-



Frédéric Sonak

fen. Wurde beispielsweise ein EKG eines Patienten gemessen, wurde zeitgleich zum Ausdrucken der Datei jene auch in der digitalen Krankenakte des Patienten, zu den EKG aus vorherigen Messungen hinterlegt. Für eine zweite Meinung musste der vor Ort arbeitende Arzt lediglich den zuständigen Ansprechpartner in Inverness oder Aberdeen anrufen und bekam eine Zweitmeinung in unter 5 Minuten. Somit ist auch in einem vergleichsweise kleinen Krankenhaus in Wick stets der Zugang zu einer Expertenmeinung gegeben.

Da es sich um ein sehr kleines Krankenhaus handelte, war auch der zwischenmenschliche Kontakt unter den Mitarbeitenden der verschiedenen Berufsgruppen einzigartig. Zu meiner Überraschung gab es im CGH mehrmals die Woche Trainingseinheiten, zu welchen ich eingeladen wurde. Diese refresher-Kurse wurden von verschiedenen Professionen: Ärzten, PJ'lern, Krankenpflegern und eben auch einem Pflegepraktikanten, besucht. Hier wurden explizit einzelne Szenarien durchexerziert, aber auch theoretische Grundlagen wiederholt. In diesem gesicherten Rahmen konnten Fehler gemacht und Unsicherheiten angesprochen werden. Da viele Personen mit unterschiedlichsten Wissensständen und Hintergründen anwesend waren, kamen interessante Diskussionen zustande. Ein besonders einprägsames Ereignis war das von einer Hubschrauber-notärztin initiierte Szenario zur Wiederbelebung eines Neugeborenen.

Mein Auslandsaufenthalt in Wick wurde durch ein ERASMUS+ Praktikum Stipendium unterstützt. Der Bewerbungsprozess dazu verlief unkompliziert und ich hatte einen direkten Ansprechpartner für mein Vorhaben, der mir eine große Hilfe war.

Zusammenfassend würde ich sagen, dass mir mein Praktikum hier sehr gefallen hat und ich es jederzeit weiterempfehlen kann. Die Möglichkeit im Rahmen eines deutschen Medizinstudiums über das deutsche Gesundheitssystem hinausblicken zu können und das britische System kennenzulernen ist bemerkenswert und meiner Meinung nach hilfreich und wichtig. Besonders, weil ich in vorherigen Pflegepraktika bereits das deutsche System kennengelernt habe, gab mir dieses Pflegepraktikum viel medizinisch-inhaltlichen Input, wie die medizinische Versorgung auch in ländlichen Gegenden hervorragend gewährleistet werden kann. Dazu kommen einzigartige persönliche zwischenmenschliche Begegnungen, die ich in meinen zwei Monaten in Wick gemacht habe.



Praktisches Jahr im Gesundheitsamt

Medizinischer Nachwuchs auf Schnupperkurs

Seit Mai 2022 können Medizinstudierende neben einer Famulatur jetzt auch ein Tertial ihres Praktischen Jahres (PJ) in einer Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ableisten, mit anderen Worten: in den Gesundheitsämtern. Kenntnisse zum öffentlichen Gesundheitswesen und zur Bevölkerungsmedizin gehören zudem künftig zum Ziel der medizinischen Ausbildung und werden in den Prüfungen auch abgefragt. Hintergrund sind Änderungen in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO), die im September 2021 beschlossen wurden.

„Die Pandemie hat uns vor Augen geführt, wie wichtig die Gesundheitsämter für die Gesundheit der Bürgerinnen und Bürger sind“, begründete der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn MdB (CDU) die Änderung der Approbationsordnung für Ärzte. „Wir wollen den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken, auch in der ärztlichen Ausbildung. Deswegen werden Kenntnisse zum öffentlichen Gesundheitswesen endlich prüfungsrelevant und Studierende können praktische Erfahrung ausdrücklich auch in einem Gesundheitsamt sammeln.“ Mit den Änderungen der Approbationsordnung will das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einen Beitrag dazu leisten, „zukünftig ausreichend Medizinerinnen und Mediziner für die wichtige Tätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst zu begeistern und zu gewinnen“, wie es mitteilte.

Das BMG setzt damit außerdem einen Teil des so genannten „Paktes für den ÖGD“ vom 29. September 2020 um. Bund und Länder haben darin vereinbart, dass Studierende der Medizin bereits im Studium stärker an die Themenfelder der öffentlichen Gesundheit herangeführt werden sollen. Die Änderungen der ÄApprO traten mittels einer Verordnung am 1. Oktober 2021 in Kraft. Der Bundesrat hat der Verordnung allerdings mit der Maßgabe zugestimmt, dass ein Einsatz der Studierenden während des PJs in einer Einrichtung des Öffentlichen Gesundheitswesens erst ab dem 1. Mai 2022 erfolgen darf.

Auch die Ampel-Regierung hat in ihrem Koalitionsvertrag als Lehre aus der Pandemie gezogen, dass es eines „gestärkten Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)“ bedarf, der im Zusammenspiel zwischen Bund, Ländern und Kommunen sichergestellt werden müsse. „Wir verlängern beim Pakt für den ÖGD die Einstellungsfristen und appellieren an die Sozialpartner, einen eigenständigen Tarifvertrag zu schaffen. Auf der Grundlage des Zwischenberichts stellen wir die notwendigen Mittel für einen dauerhaft funktionsfähigen ÖGD bereit“, heißt es dort.

Vielältige ärztliche Aufgaben im ÖGD

„Wer die wichtigen und vielfältigen Aufgaben der Bevölkerungsmedizin in den Gesundheitsämtern kennt, entscheidet sich eher für eine Karriere im ÖGD“, begrüßte Dr. Katharina Hüppe, zweite stellvertretende Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD) und Leiterin des Gesundheitsamtes Hildesheim, die neue Weichenstellung. „Es gibt ein paar Dinge über den ÖGD, die jede Medizinerin und jeder Mediziner wissen sollte.“ Dazu gehörten zum Beispiel, die Surveillance meldepflichtiger Erkrankungen zu verstehen, Plausibilitätsprüfungen bei Todesbescheinigungen zu kennen und allgemein zu wissen, wie ein Gesundheitsamt arbeitet.



Foto: Panchenko Vladimir/shutterstock.com

Bei den ärztlichen Aufgaben im ÖGD gehe es nicht nur um die kurative Medizin, sondern beispielsweise auch um Begutachtung, Epidemiologie, Infektionsschutz, Prävention, Umweltmedizin und Politikberatung, teilte Hüppe mit. Zum Ablauf erläuterte sie: „In einem Eingangsgespräch klären wir die Vorstellungen und besonderen Interessen der PJler. Davon hängt ab, in welchen Teams und Bereichen sie eingesetzt werden“, so Hüppe. Die Arbeit könne zum Beispiel eher pädiatrisch orientiert sein, dann begleiteten die Studierenden die Teams z.B. bei der Entwicklungsdiagnostik von Kindern vor Ort in Kitas, bei Elternberatungen und bei den Schuleingangsuntersuchungen. Der Fokus könne aber auch auf unter anderem psychiatrisch Erkrankten liegen oder auf der Infektiologie oder bei der Begutachtung. Studierende, die sich für ein PJ-Tertial im Gesundheitsamt interessieren, sollen sich laut dem BVÖGD beim Dekanat ihrer Hochschule melden und nachfragen, bei welchen Ämtern dies möglich ist.

Vorbildliche Leistungen ausgezeichnet

Auch in diesem Jahr wurden mit der Hartmann-Thieding-Plakette im Rahmen der Hauptversammlung Mitglieder und Mandatsträger geehrt, die sich durch erfolgreiche und unermüdete berufstätische

Arbeit und vorbildliche ärztliche Haltung besondere Verdienste um das Ansehen des Hartmannbundes und der deutschen Ärzteschaft erworben haben. Auch der Film- und Fernsehpreis wurde erneut vergeben und

zwei Medizinstudierende durften sich über das Hartmannbund-Stipendium der Friedrich-Thieding-Stiftung in Kooperation mit der Bank Alpinum freuen.



Dr. Klaus Reinhardt überreicht Dr. Philipp Ascher die Hartmann-Thieding-Plakette.



Auch Dr. med. André Rensch konnte sich über die Ehrung freuen.



Hildegard Fitzner-Steinmann hat die Hartmann-Thieding-Plakette für Ihren verstorbenen Ehemann Dr. med. Rudolf G. Fitzner entgegengenommen.



Dr. Adelheid Rauch nahm für Dr. Helge Riegel die Auszeichnung entgegen. Ihrem Ehemann wurde die Auszeichnung posthum zuteil.



Klaus Rinkel, Vorsitzender der Friedrich-Thieding-Stiftung, und Jacqueline Krämer von der Bank Alpinum beglückwünschen die neuen Stipendiaten Kyra Lilier und Sebastian Paschen.



Ilka aus der Mark wurde dieses Jahr mit dem Film- und Fernsehpreis des Hartmannbundes für ihre Dokumentation „Der Bluttest: Entscheidungsdrama vor der Geburt“ (WDR) ausgezeichnet.

Neue apoBank-Studie „Niederlassen oder lieber lassen?“



Niederlassung oder Anstellung? Bei der Work-Life-Balance gehen die Meinungen auseinander

Die Freiheit in der Berufsausübung ist das stärkste Argument für die Gründung einer eigenen Praxis oder Apotheke. Wo aber Beruf und Privatleben besser zu vereinbaren sind, da scheiden sich die Geister. Das ergab die Studie „Niederlassen oder lieber lassen?“ der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer (apoBank). Insgesamt 800 Heilberuflichen und Heilberufler aus den Bereichen Humanmedizin, Zahnmedizin und Pharmazie – davon 400 Angestellte und 400 Selbstständige – beantworteten Fragen rund um die Entscheidung für oder gegen die Selbstständigkeit beziehungsweise für oder gegen die Anstellung.

Pro Niederlassung: Gestaltungsfreiheit, Flexibilität und gutes Einkommen: Auf die Frage, welche Kriterien bei der Entscheidung für die Niederlassung wichtig waren, nannten 80 Prozent der befragten Selbstständigen die vielen Gestaltungsmöglichkeiten, 79 Prozent die Chancen zur Selbstverwirklichung und 78 Prozent die therapeutische Selbstbestimmung. Doch auch die Aussichten auf ein gutes Einkommen (74 Prozent) und flexible Arbeitszeitgestaltung (72 Prozent) haben den Entschluss beeinflusst. Ein enges Verhältnis zum Patienten war für 68 Prozent ebenfalls ausschlaggebend.

Contra Niederlassung: zu viel Bürokratie, hohe finanzielle Belastung und Workload: Die angestellten Heilberufler wurden wiederum mit der Frage konfrontiert, was

sie von der Selbstständigkeit abgehalten habe. Die am häufigsten genannten Vorbehalte waren zu viel Bürokratie (62 Prozent), die hohe finanzielle Belastung (59 Prozent) sowie die hohe Arbeitsbelastung (57 Prozent). Doch genauso häufig (57 Prozent) passte die Niederlassung einfach nicht zu der persönlichen Lebenssituation. Jeder Zweite gab außerdem an, dass der Aufwand für die eigene Praxis oder Apotheke einfach zu hoch sei.

Um sich für die Selbstständigkeit zu entscheiden, müsste es laut der befragten Angestellten eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf (63 Prozent), eine geringere finanzielle Belastung (56 Prozent) sowie den Abbau von regulatorischen Anforderungen (48 Prozent) geben. Für 35 Prozent der Fachärztinnen und -ärzte würde der Wegfall von Zulassungsbeschränkungen die Niederlassung möglich machen.

Work-Life-Balance – für alle ein besonderes Anliegen: Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ist grundsätzlich von hoher Relevanz für alle Befragten. Doch ob die gewünschte Work-Life-Balance besser in der Niederlassung oder in der Anstellung zu realisieren ist – da gibt es unterschiedliche Meinungen. Denn für 83 Prozent ist es einerseits das häufigste Kriterium bei der Entscheidung für die Anstellung gewesen, andererseits ist das auch – vor allem für die selbstständige Ärzteschaft – eines der Hauptmotive für die Niederlassung.

Mehrheit mit der Entscheidung zur Niederlassung zufrieden

Ein häufiger Grund für die Anstellung ist auch die Scheu vor unternehmerischer Verantwortung – vor allem bei Humanmedizinerinnen: 72 Prozent geben das an. Doch fragt man die Niedergelassenen, ob sie sich nach ihren Erfahrungen auch wieder selbstständig machen würden, zeigt sich, dass der Schritt in die Niederlassung nur selten bereut wird: 85 Prozent der Befragten würden sich auch heute wieder dafür entscheiden. Vor allem Fachärztinnen und Fachärzte sind mit ihrem Entschluss zufrieden: Ganze 93 Prozent würden den Schritt in die Selbstständigkeit wieder tun.

Mehr Ergebnisse aus der Studie gibt es auf der Website der apoBank.

Methodik

Die apoBank-Studie „Niederlassen oder lieber lassen?“ ist eine modifizierte Neuauflage der Studie „Chance Niederlassung“ aus dem Jahr 2014. Befragt wurden 800 Heilberuflichen und Heilberufler, davon jeweils 200 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, 200 Fachärztinnen und -ärzte, 200 Zahnärzte und -ärztinnen sowie 200 Apotheker und Apothekerinnen, die sich innerhalb der vergangenen zehn Jahre für oder gegen die Niederlassung entschieden haben. Die Befragung wurde vom 25. Juli bis 5. September 2022 durch das Marktforschungsinstitut DocCheck Insights (Köln) durchgeführt.



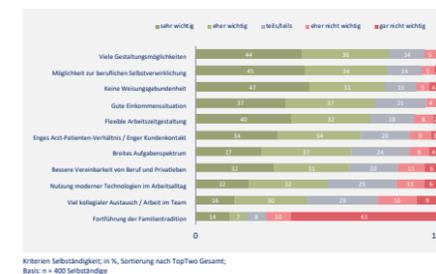
ZUM GEDENKEN AN PROF. PETER LEONHARDT

Herr Prof. Dr. Peter Leonhardt, ehemaliger langjähriger Vorsitzender des Hartmannbund-Landesverbandes Sachsen ist am 26. Oktober 2022 verstorben. In den Jahren von 1990 bis 2005 war er die prägende Persönlichkeit des Sächsischen Hartmannbundes. Auch außerhalb des Landesverbandes war er vielen von uns ein freundlicher und zugewandter Gesprächspartner mit einem reichen beruflichen und menschlichen Erfahrungsschatz. Seine stets wohlmeinenden und gut begründeten Ratschläge werden wir gern in Erinnerung behalten und ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Die Vorsitzenden der Landesverbände Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen
Dr. Thomas Lipp, Dipl.-Med. Bruno Jung, Dr. Jörg Müller

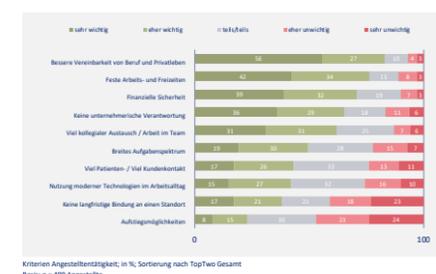
Für die Selbstständigkeit sprechen: viele Gestaltungsmöglichkeiten, Selbstverwirklichung und Selbstbestimmung

Wie wichtig waren die folgenden Kriterien bei der Entscheidung für die Selbstständigkeit?



Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist der wichtigste Faktor bei der Entscheidung für eine Angestelltentätigkeit

Wie wichtig waren die folgenden Kriterien bei der Entscheidung für die Angestelltentätigkeit?





Gesetzliche oder private Krankenversicherung – So halten Sie sich alle Optionen offen!

Das Leben verläuft nicht immer wie geplant. Besonders dann nicht, wenn das Praktische Jahr vor der Tür steht oder die Weiterbildung beginnt. Ist eine private Krankenvollversicherung der richtige Weg für die Gesundheitsversorgung, oder vielleicht doch die gesetzliche Krankenversicherung mit privater Zusatzabsicherung? – Die Antwort auf diese grundlegende Frage will gut überlegt sein.

Es lohnt sich, alle Optionen offen zu halten, frühestmöglich eine Gesundheitsprüfung abzulegen und den Gesundheitszustand „einzufrieren“. Der Tarif VIALife der AXA Krankenversicherung ermöglicht dies.

Er bietet die Entscheidungsfreiheit, zu vielen verschiedenen Zeitpunkten in die private Gesundheitsabsicherung einzusteigen oder diese an veränderte Bedürfnisse anzupassen – ohne eine erneute Gesundheitsprüfung.

Wichtig hierbei: Die Entscheidung für eines der beiden Krankenversicherungssysteme kann an unterschiedlichen Punkten der ärztlichen Karriere getroffen werden. Neben dem Wegfall der Versicherungspflicht in der GKV beinhaltet der neue Optionstarif insgesamt 17 unterschiedliche Optionsanlässe. Hierzu zählen unter anderem der Abschluss des Studiums, die Niederlassung, aber auch

berufsunabhängige Ereignisse wie der Wegfall der Voraussetzungen für die Familienversicherung oder der 30. und 40. Geburtstag. Egal wie der berufliche und private Werdegang verläuft, ist es so möglich, heute schon für morgen vorzusorgen.

Als besonderes Highlight übernimmt der Hartmannbund die VIALife-Beiträge für seine Mitglieder ab dem Beginn des Praktischen Jahres für bis zu drei Jahre. Bei Zahnmedizinstudierenden kann die Beitragsübernahme ab dem 10. Semester beginnen.

Neugierig? Gern vermittelt der Hartmannbund einen persönlichen Kontakt zum Berater der Deutschen Ärzte Finanz vor Ort.



Exklusives Angebot für Hartmannbund-Verbandsmitglieder



Sie suchen neue Mitarbeiter*innen für Ihr Unternehmen? Mit StepStone Stellenanzeigen finden Sie schnell und einfach die passenden Talente. StepStone.de ist eine der meistbesuchten Jobplattformen Deutschlands. Seit 25 Jahren sind wir die Spezialist*innen für Personalsuche und Stellenvermittlung im Internet.

Die **Stellenanzeige Pro** von StepStone ist die smarte Wahl für die Besetzung von Jobs in allen Bereichen und für jede Zielgruppe.

MIT EINEM
PREISNACHLASS
VON
>12%

1.199 €

statt 1.349 €

Die Leistungen Ihrer Anzeige:

- 30 Tage Laufzeit
- Re-Targeting im StepStone Werbenetzwerk
- E-Mail-Benachrichtigung an Kandidat*innen mit passenden Jobangeboten
- Unternehmensdarstellung
- Erstellung und programmatisches Kampagnenmanagement der Stellenanzeigen durch StepStone

Direkt online buchen

Dies ist ein gemeinsames Angebot von StepStone und dem Hartmannbund für Verbandsmitglieder. Kontaktieren Sie mich gerne und lassen Sie uns gemeinsam besprechen, wie wir schnellstmöglich die besten Mitarbeiter*innen für Sie finden!

Ihr Ansprechpartner bei StepStone

Masis Shahin
Inside Account Manager – Reseller
Telefon: +49 211 93493-1123
E-Mail: Masis.Shahin@stepstone.de

Direkt buchen



ETL | ADVISION

Steuerberatung im Gesundheitswesen

Der Teufel steckt im Detail

Auf wackeligen Beinen: Das 1x1 der Umsatzsteuerfreiheit!

Heilbehandlungsleistungen von Ärzten sind umsatzsteuerbefreit – das ist allseits bekannt. Der Teufel steckt hier aber oft im Detail. Denn nicht pauschal alle Leistungen eines Arztes sind steuerfrei. Bestes Beispiel sind die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Denn diese können als Teil einer Heilbehandlungsleistung umsatzsteuerfrei sein, wenn sie medizinisch indiziert sind. Sie können aber auch steuerpflichtig sein, wenn sie eher dem Wohlbefinden, der Fitness oder Kosmetik dienen. Die umsatzsteuerliche Einordnung ist gerade bei neuen Therapieformen nicht so ganz einfach.

Doch auch in anderen Bereichen bewegt man sich mit der Umsatzsteuerfreiheit auf einem schmalen Grat. Denn für die Steuerbefreiung müssen ganz bestimmte, genau gesetzlich festgelegte Voraussetzungen erfüllt werden. Grob wird hierbei zwischen Heilbehandlungsleistungen im Bereich der Humanmedizin und Krankenhausbehandlungen unterschieden.

Heilbehandlungsleistungen im Bereich der Humanmedizin

Die Steuerbefreiung für Heilbehandlungsleistungen im Bereich der Humanmedizin nach § 4 Nr. 14 Buchst. a UStG wird in der Regel nur Ärzten, Zahnärzten, Heilpraktikern, Physiotherapeuten und Hebammen gewährt, wobei ähnliche heilberufliche Tätigkeiten ebenfalls begünstigt sind. Daher gibt es mittlerweile einen großen Katalog von Einzelberufen zur Abgrenzung zwischen umsatzsteuerfreien und umsatzsteuerpflichtigen Berufsbildern. So können Heileurythmisten mit integriertem Versorgungsvertrag ihre Leistungen steuerfrei abrechnen. Auch osteopathische Leistungen können mit entsprechender Zusatzausbildung steuerfrei sein. Diplom-Sportlehrer, Fachkosmetiker, Vitalogisten, Betriebswirte für arbeitstherapeutische Dienstleistungen, Ayurveda-Massage-Therapeuten, Tomatis-Therapeuten oder Tierärzte, die Behandlungen am Menschen durchführen, erbringen hingegen umsatzsteuerpflichtige Leistungen. Wiederum anders verhält es sich mit der Covid-19-Schutzimpfung. Hier nimmt es der Gesetzgeber nicht ganz so genau und ermöglicht auch Tierärzten und Apothekern, den „kleinen Pieks“ umsatzsteuerfrei abzurechnen.

Krankenhausbehandlungen

Auch Krankenhausbehandlungen von zugelassenen Krankenhäusern und Zentren für ärztliche Heilbehandlung und Diagnostik oder Befunderhebung, Einrichtungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder mit Versorgungsverträgen, Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen zur Geburtshilfe und Dialyse und Hospizen sind umsatzsteuerfrei. Das gilt bei der stationären Aufnahme für alle Leistungen einschließlich der Diagnostik, Befunderhebung, Vorsorge, Rehabilitation, Geburtshilfe und Hospizleistungen sowie für damit eng verbundene Umsätze, wie die Zimmerüberlassung und -reinigung, die Verpflegung der Patienten, die Betreuung und nicht zuletzt die erbrachten Heilbehandlungen nebst Diagnose. Aber auch die ambulante Versorgung im Krankenhaus ist grundsätzlich umsatzsteuerfrei, sofern es sich um Heilbehandlungsleistungen handelt.

Besonderheiten bei Privatkliniken

Unklar war lange Zeit, ob auch Privatkliniken ihre Leistungen umsatzsteuerfrei abrechnen können. Denn das Umsatzsteuergesetz stand lange Zeit mit der Mehrwertsteuersystemrichtlinie der Europäischen Union im Konflikt. Die Umsatzsteuerfreiheit wurde bis Ende 2019 nur unter direkter Berufung auf das Unionsrecht gewährt. Seit 2020 sind die Leistungen von Privatkliniken auch nach deutschem Umsatzsteuerrecht steuerfrei, sofern diese Leistungen erbringen, die den Leistungen der zugelassenen Krankenhäuser entsprechen und die Kosten voraussichtlich in mindestens 40 Prozent der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage auf Patienten entfallen, bei denen für die Krankenhausleistungen kein höheres Entgelt als für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechnet wurde oder voraussichtlich mindestens 40 Prozent der Leistungen den in § 4 Nummer 15 Buchstabe b genannten Personen zugutekommen.

Dabei ist jeweils auf die Verhältnisse im vorangegangenen Kalenderjahr abzustellen.

Sind auch ärztliche Heilbehandlungen im Krankenhaus steuerfrei?

Die Regelungen zur Umsatzsteuerfreiheit sind dabei immer wieder für eine Überraschung gut. So hatte das Finanzgericht

Düsseldorf mit Urteil vom 17. Februar 2017 entschieden, dass sich eine von einem Arzt betriebene Privatklinik mit der Spezialisierung auf Chirurgie seit dem Jahr 2009 auch bei den unstreitig medizinisch indizierten Heilbehandlungen nicht auf die Steuerbefreiung für Heilbehandlungsleistungen im Bereich der Humanmedizin berufen kann, wenn sie überwiegend nicht medizinisch indizierte Schönheitsoperationen ausführt. Die Steuerbefreiung für Krankenhäuser schied aus, da die Klinik die oben genannten Kriterien (mindestens 40 Prozent der jährlichen Belegungs- oder Berechnungstage kein höheres Entgelt als für allgemeine Krankenhausleistungen) nicht erfüllte.

Dem widerspricht aber teilweise ein neues Urteil des Finanzgerichts Schleswig-Holstein vom 17. Mai 2022. Leistungen im Bereich der ästhetisch-plastischen Chirurgie können nach § 4 Nr. 14 Buchstabe a UStG (Krankenhausbehandlungen) steuerfrei sein, wenn diese Leistungen nicht bereits nach § 4 Nr. 14 Buchstabe b UStG (Heilbehandlungen von Ärzten) steuerfrei sind. Voraussetzung ist dabei aber, dass es sich um therapeutisch indizierte Operationen handelt. Geklagt hatte hier eine GmbH, die im Streitjahr 2009 Leistungen im Bereich der ästhetisch-plastischen Chirurgie durch ihren Geschäftsführer und Alleingesellschafter in einem Krankenhaus erbrachte.

Da diese Frage demnächst beim Bundesfinanzhof unter dem Aktenzeichen V R 10/22 verhandelt wird, sollten vergleichbare Fälle offengehalten werden, wenn das Finanzamt die Steuerbefreiung von Heilbehandlungsleistungen eines Arztes nicht akzeptiert, weil diese in einem Krankenhaus erbracht werden.

Autorin:

Janine Peine, Steuerberaterin im ETL ADVISION-Verbund aus Berlin, Fachberaterin für Gesundheitswesen (IBG/HS Bremerhaven), spezialisiert auf Steuerberatung im Gesundheitswesen

Kontakt:

ETL Systeme AG – ETL ADVISION - Steuerberatungsgesellschaft
etl-advision@etl.de
www.etl-advision.de
Tel: 030/22641248

Wirksamer Rechtsschutz ...

... ist das beste Rezept gegen Berufsrisiken



Ist niedergelassene:r Ärzt:in tragen Sie große Verantwortung – für Ihre Patient:innen und auch für Ihre Mitarbeiter:innen. Dabei sind Sie täglich rechtlichen Risiken ausgesetzt. Und wie schnell es zu einem Rechtsstreit kommen kann, zeigt Ihnen der folgende Fall der ROLAND Rechtsschutz, dem Kooperationspartner der Deutschen Ärzte Finanz.

Schwere Anschuldigungen

Herr Dr. Müller übernimmt die Urteilsvertretung für seine Kollegin Frau Dr. Schmitz. In dieser Eigenschaft trifft er den Patienten Herrn Schneider, der kurz vor der stationären Aufnahme in eine Klinik steht. Der Patient bekommt von Herrn Dr. Müller ein Substitutionsmittel. Dieses soll er zu einer Hälfte in der Praxis und zur anderen Hälfte zu Hause einnehmen. Die Menge des Substituts entspricht einer Tagesdosis, deshalb muss Herr Schneider täglich in der Praxis erscheinen. Die Missbrauchsgefahr bei einem solchen Mittel ist groß. Nur in geeigneten Fällen kann eine ganze Vorratsmenge zur Überbrückung komplett nach Hause mitgegeben werden, zum Beispiel an Wochenenden. Die Praxis von Frau Dr. Schmitz hat die Information rausgegeben, dass Herr Schneider bis zur stationären Aufnahme ein Rezept zur kompletten Einnahme zu Hause ausgestellt werden soll. Aber damit ist Herr Dr. Müller nicht einverstanden. Denn die stationäre Aufnahme von Herrn Schneider erfolgt zur Beikonsummentgiftung. Er hat in einer Substitutionsbehandlung nicht erlaubte Drogen- und/oder Medikamente konsumiert.

Eines Morgens ruft die örtliche Apotheke bei Herrn Dr. Müller an. Die Mitarbeiterin berichtet, dass Herr Schneider sich die Substitutionsmittel für zu Hause in der Apotheke abholen möchte. Der Klinikauferhalt soll laut Herrn Schneider zwei Tage später, an einem Samstag erfolgen. Das Rezept für die Mittel bis zum Aufenthalt soll bei Herrn Dr. Müller bereitliegen. Dies ist aber nicht der Fall. Und auch so kommt Herr Dr. Müller der Fall komisch vor, denn Klinikaufnahmen

erfolgen im Normalfall nicht samstags. Deshalb ruft er in der Klinik an und erkundigt sich. Er erfährt, dass die Aufnahme schon am selben Tag erfolgt. Anschließend ruft Herr Dr. Müller in der Apotheke an. Herr Schneider bekommt kein Rezept und er soll zur weiteren Klärung in die Praxis kommen. Der Patient hat die Information ruhig angenommen und die Praxis schnell wieder verlassen. Eine Woche später ist der Anrufbeantworter von Herrn Dr. Müller voll mit Beschimpfungen und Drohungen von Herrn Schneider. Zum Beispiel droht er ihm, ihn anzuzeigen wegen dem Verstoß gegen den Datenschutz und wegen unterlassener Hilfeleistung. Eine weitere Woche später ruft Herr Schneider wieder in der Praxis an. Er wird am nächsten Tag aus der Klinik entlassen und fordert weitere Substitutionsmittel. Die Klinik bestätigt die Entlassung. Sie ergänzt aber, dass die Entlassung nur auf ausdrücklichen Wunsch von Herrn Schneider vorzeitig erfolgt. An diesem Tag steht das Telefon von Herrn Dr. Müller nicht still. Denn am Nachmittag ruft ihn die Polizei an. Der Beamte erklärt, dass der Patient ihn als letzte Rettung ansieht und er ohne Substitution dasteht. Herr Dr. Müller berichtet, dass Herr Schneider die Klinik freiwillig verlässt und noch bis Donnerstag in der

Klinik bleiben kann. Deshalb muss er auch die Verantwortung dafür tragen. Ein paar Stunden später klingelt das Telefon schon wieder. Erneut ein Anruf der Polizei: Herr Schneider versucht wieder über die Polizei eine Substitution zu erzwingen. Der Patient ist bereit auf eine Strafanzeige zu verzichten, wenn er die Substitution bekommt. Doch das kommt für Herrn Dr. Müller nicht in Frage und er lehnt ab. Aber das ist noch nicht alles für den Tag. Denn am Abend ruft die örtliche Apotheke an. Herr Schneider versucht wieder, sein Substitut zu bekommen. Herr Dr. Müller stellt immer noch kein Rezept aus.

Die Folge: Herr Schneider zeigt Herrn Dr. Müller wegen unterlassener Hilfeleistung und Körperverletzung durch Unterlassung an. Eine von ROLAND Rechtsschutz empfohlene Fachanwältin vertritt Herrn Dr. Müller im Prozess. Und das mit Erfolg: Denn das Verfahren wird eingestellt. Kassenärzt:innen sind grundsätzlich verpflichtet, Patient:innen zu behandeln. Wenn aber ein triftiger Grund besteht, dürfen sie die Behandlung ablehnen. Dies ist hier der Fall. Denn Herr Schneider hat in der Vergangenheit ärztliche Anordnungen missachtet. Außerdem hat er Herrn Dr. Müller beleidigt, bedroht und eine sittenwidrige Tätigkeit von ihm verlangt. Die Kosten für die Rechtsanwältin von Herrn Dr. Müller übernimmt ROLAND Rechtsschutz.

Bei rechtlichen Risiken auf der sicheren Seite

Ein Rechtsstreit kostet nicht nur wertvolle Zeit, die Sie für die Behandlung Ihrer Patient:innen brauchen, sondern kann Sie auch finanziell stark belasten. Das beste Rezept gegen dieses Risiko ist eine Rechtsschutz-Versicherung von ROLAND Rechtsschutz, die genau auf Ihre Bedürfnisse abgestimmt ist.

Lassen Sie sich ausführlich von Ihren Ansprechpartner:innen bei der Deutschen Ärzte Finanz beraten. Wenden Sie sich dafür gerne per Telefon an die Rufnummer 0221-32323 oder per E-Mail an service@aerzte-finanz.de

*alle Namen im Text wurden geändert.



Hohe Inflationsraten

Bietet die aktuelle Krise auch Chancen und wie schütze ich mein Ersparnis?

Die Inflation im Euroraum ist erschreckend hoch und steigt im Moment immer noch an. Demensprechend nimmt die Kaufkraft laufend ab. Dies merken wir beispielsweise beim Einkauf, an der Tankstelle, beim Heizen und der Stromrechnung. Wie steht es da eigentlich um unsere Ersparnisse?

Natürlich steht bei den meisten die Sicherheit der Rücklagen an erster Stelle. Jahrelang waren hier die Erträge auf Konten und kurzfristigen Anlagen aber meist gering, wenn nicht sogar negativ. Die klassische Wertvermehrung über das Sparkonto funktionierte nicht mehr. Diese Tatsache haben viele einfach hingenommen und nichts an ihrem Anlagestil geändert, denn auch die Preise waren stabil und das gesparte Geld behielt den Wert und war vermeintlich sicher.

Nun hat sich das Blatt innert kürzester Zeit gewendet. Real verliert man zurzeit von Tag zu Tag an Kaufkraft. Die Ersparnisse nehmen bei einer Inflation von zehn Prozent und einer nominellen Verzinsung von rund einem Prozent auf Sparkonten und Festgeldanlagen kaufkraftbereinigt – also real – jähr-

lich um rund neun Prozent ab. Die geglaubte Sicherheit der Rücklagen auf dem Sparkonto entpuppt sich nun als Trugschluss.

Was also tun, um sein Vermögen bestmöglich zu schützen?

Die Zentralbanken straffen zurzeit die Geldpolitik und wollen damit die ausufernde Inflation in den Griff bekommen. Dies bedeutet zuerst einmal höhere Zinsen. Damit wird die Konjunktur abgebremst. Im besten Fall auf ein sehr tiefes Wachstum, im schlechteren Fall fällt die Wirtschaft aber in eine Rezession. Die Wechselwirkung von steigenden Zinsen, Inflationserwartungen und Konjunktur muss deshalb in diesen Tagen bei der Kapitalanlage sehr genau beobachtet werden. Folglich müssen auch die Anlageentscheide oft sehr rasch getroffen werden. Dies ist für den Laien aber sehr schwierig. Meist hat man weder die Zeit noch die Lust, sich täglich um solche Dinge kümmern zu wollen. Deswegen sollte man sich aktuell dringend umfassend beraten lassen und die getroffenen Anlageentscheide mittels eines Vermögensverwaltungsaufl-

BANK ALPINUM



trag an die Bank delegieren.

Die gewählte Anlagestrategie muss mit den Zielen und der Risikofähigkeit des Anlegers übereinstimmen. Auch der Anlagehorizont, der heute meist etwas länger ausfällt, muss den Bedürfnissen des Anlegers entsprechen. Dabei hilft die strukturierte Beratung durch den Anlageberater. Stimmt die Strategie und der Anlagehorizont geht es um die professionelle Umsetzung und Bewirtschaftung. Diese Aufgabe übernimmt die Bank Alpinum effizient, transparent und kostengünstig. Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme. Besprechen Sie ihre Vermögenssituation persönlich mit Frau Jacqueline Krämer- Leiterin Privat Kunden der Bank Alpinum. Nutzen Sie die Chance ihr Geld nachhaltig zu schützen!

ACCOR

Entdecken Sie über 5.300 Hotels weltweit und das mit exklusivem Preisvorteil



Accor bietet mehr als nur Hotels, wir bieten Lösungen für alle Bereiche rund um Ihre Reisen. „Live, Work and Play“, wir bringen Kulinarik, Nightlife, Wohlfühlen und Business zusammen.

Erleben Sie eine faszinierende Welt aus Hotels, Resorts, Apartments und Co-Working Spaces. Wir bieten Ihnen in 110 Ländern ein Portfolio von über 40 Hotelmarken, Sie haben die Wahl.

Ihre Vorteile als HB Mitglied

12% Ermäßigung auf die beste Tagesrate ohne Buchungsbedingungen für die Marken Raffles, Sofitel Legend, Fairmont SO/, Sofitel, Rixos, MGallery, Pullman, Swissôtel, Grand Mercure, Novotel, Novotel Suites, Mercure und Mama Shelter.

5% Ermäßigung auf die beste Tagesrate ohne Buchungsbedingungen für die Marken Aparthotels Adagio, ibis, ibis Styles und Adagio access, sowie ibis budget in ausgewählten Hotels.



5.300 Hotels	1.200+ Hotels in der Pipeline
778.000 Zimmer	212.000 Zimmer in der Pipeline

So buchen Sie Ihren nächsten Aufenthalt:
<https://businesstravel.accor.com>

Kundennummer und Zugangscode angeben

Ihr persönlicher Ansprechpartner:

Nils Kortkamp
Key Account Manager
Accor Hotels Northern Europe
nils.kortkamp@accor.com

Gesundheitsversorgung & Wirtschaft

Die Herausforderungen des demografischen Wandels

In den kommenden Jahren gehen vermehrt Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Rente. Auf dem Arbeitsmarkt ist diese Entwicklung heute bereits deutlich zu spüren. Nicht nur die Überalterung der Gesellschaft, sondern auch geburtschwache Jahrgänge führen zu einer Abnahme der erwerbstätigen Personen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung. Die wirtschaftliche Entwicklung dürfte dadurch in den kommenden Jahren generell gebremst werden, aber nicht in allen Teilbereichen.

Wir werden ja nicht nur älter, sondern es ändern sich dadurch auch unsere Bedürfnisse. Solange es uns gut geht, wollen wir das Leben geniessen – wir sind mobil, treiben Sport und wollen beispielsweise Reisen. Später beanspruchen wir jedoch vermehrt medizinische Angebote, die uns von Gebrechen befreien und im hohen Alter werden sicherlich auch mehr Menschen pflegebedürftig werden. Es wird also eine Verschiebung der Ressourcen nötig werden. Dies bedeutet weniger industrielle Produktivität und dafür mehr Dienstleistungen zugunsten der alternden Bevölkerung.

Die WHO geht beispielsweise davon aus, dass bis 2050 nicht nur der Anteil der älteren Bevölkerung deutlich zunehmen wird, sondern zudem auch der Anteil Demenzkranker spürbar zulegen wird.

Die Prävalenz von Demenz wird sich bis zur Mitte des Jahrhunderts in den OECD-Ländern grundsätzlich verdoppeln und in einigen asiatischen Ländern gar vervierfachen.

Einerseits bedeutet dies eine enorme Herausforderung für die Gesellschaft, andererseits ist es ein künftiger Wachstumstreiber für die Wirtschaft im Bereich Gesundheitswesen. Da-

runter fallen alle Aufgaben von der Förderung und Erhaltung der Gesundheit durch Prävention, wie auch die Behandlung von Krankheiten und Verletzungen. Es betrifft also ein ganzes System an stationären und ambulanten Versorgern, Arzneimitteln, Medizinprodukten und Therapien. Waren die vergangenen Jahrzehnte vom Zyklus der Globalisierung und Informations-Technologisierung geprägt, dürften die kommenden Jahre die Nachhaltigkeits- und Demografie Themen den Takt vorgeben. Daraus entstehen grosse Herausforderungen, aber es eröffnen sich auch neue Chancen.

Unser Engagement im Bereich Nachwuchsförderung, mit der Unterstützung der Friedrich-Thieding-Stiftung, soll dabei einen kleinen Beitrag zur Lösung leisten. Im November konnte zum sechsten Mal das Hartmannbund-Stipendium an zwei Medizinstudierende vergeben werden. «Gesundheit global zu betrachten» ist für Kyra Lillier seit Studienbeginn an der westfälischen Wilhelms-Universität ein grosses Anliegen. Sebastian Paschen studiert im siebten Fachsemester Medizin und zusätzlich parallel Biomedical Science mit Vertiefungsmodul Mikrobiologie und Virologie an der Uni Greifswald. Wir gratulieren den beiden und wünschen Ihnen auf Ihrem weiteren Lebensweg viel Erfolg und alles Gute.

Die aktuellen Veränderungen bezüglich Nachhaltigkeit und Demografie begleiten uns selbstverständlich auch bei unseren Kundenaufträgen zur Vermögensverwaltung, welche wir für unsere Klienten verantwortungsvoll und mit Freude betreuen dürfen. Der Standort Liechtenstein bietet hierfür beste Voraussetzungen, wie man der «Roadmap 2025» des Bankenverbandes entnehmen kann.

BANK ALPINUM

Mit der «Roadmap 2025» hat der Bankenplatz Liechtenstein eine neue Mehrjahresstrategie entwickelt. Sie steht unter dem Motto «Wachstum durch Nachhaltigkeit und Innovation» und definiert für verschiedene Erfolgsfaktoren präzise Handlungsfelder. Ferner zeigt die Roadmap auf, wofür wir stehen und was den Bankenplatz Liechtenstein einzigartig macht.

Vision – Liechtenstein hat einen stabilen und weltoffenen Bankenplatz, der eine hohe Reputation genießt. Er besetzt als Vermögensverwaltungszentrum international eine Spitzenposition. Mit seiner hohen Innovationsfähigkeit leistet er einen wertvollen Beitrag zur nötigen Transformation der globalen Wirtschaft zu mehr Nachhaltigkeit.

Mission – Mit seinem generationsübergreifenden Ansatz und der einzigartigen Verbindung aus Tradition, Innovation, Qualität und Nachhaltigkeit bietet der Bankenplatz seiner anspruchsvollen, internationalen Kundschaft hochwertige Finanzdienstleistungen an.

Vermögensverwaltung mit Kompetenz und Tradition – Die Vermögensverwaltung ist seit vielen Jahren das Kerngeschäft der liechtensteinischen Banken. Aufgrund seines limitierten Heimmarktes war der Bankensektor stets international ausgerichtet und baute früh umfassendes Know-how für länderübergreifende Vermögenslösungen auf. Insgesamt verwalten die Banken heute Vermögen von mehr als CHF 360 Mrd. Rund die Hälfte davon stammt aus dem Ausland. In den letzten 50 Jahren hat sich dieser Wert vervielfacht und zeigt die Attraktivität des Bankenplatzes. Mitverantwortlich für dieses hohe Wachstum ist eine einzigartige Kombination von Kompetenz, Innovation und Tradition. Der traditionelle Ansatz kann auch mit den Worten umschrieben, vorsichtig und langfristig umschrieben werden. Ausfluss daraus ist die sprichwörtliche Solidität der Banken, die sich auch in einer Kernkapitalquote (Tier 1) von über 20% widerspiegelt. Das Bankenindustrie-Rating (BICRA) stuft den liechtensteinischen Bankenplatz in die Gruppe 2 ein, eine der bestmöglichen Bewertungen. Der Bankensektor hat sich gemäss BICRA auch im Krisenjahr 2020 sehr resilient gezeigt und musste nur geringfügige Kreditverluste verzeichnen.

Quelle: Bankenverband LI
<https://www.bankenverband.li/news/neue-roadmap-2025-wachstum-durch-nachhaltigkeit-und-innovation>



Die Prävalenz von Demenz wird sich bis zur Mitte des Jahrhunderts in den OECD-Ländern grundsätzlich verdoppeln und in einigen asiatischen Ländern gar vervierfachen. Quelle: WHO

OP-Management

Symbiose aus Medizin und Ökonomie

Clinical Leadership ist eine entscheidende Kompetenz, um moderne Gesundheitsversorgung zu gestalten und zu verbessern. Eine besondere Rolle kommt dabei dem OP-Management zu.

Die Kombination von Medizin und Ökonomie ist zugegeben oftmals eine konfliktträchtige Verbindung. Fehler auf beiden Seiten haben das gegenseitige Verständnis und Vertrauen keineswegs gesteigert. Dabei sind die Ziele der beiden Bereiche nicht weit voneinander entfernt: Die Medizin will Menschen von Krankheitszuständen heilen, eine Unternehmung möchte Kundennutzen stiften. Für eine medizinische Versorgung mit endlichen Ressourcen stellt die Ökonomie Werkzeuge, Techniken und Denksätze bereit, um diese Ressourcen so effektiv und effizient wie möglich einzusetzen. Und mehr Effektivität und Effizienz kann konsequent ein Mehr an medizinischer Versorgung (Qualität) und/oder einen Overhead für medizinische Innovationen bedeuten.

Warum OP-Management? Die kostenintensivsten Gebiete der stationären Patientenversorgung sind der Operationsbereich und die Intensivmedizin. Der Operationsbereich von Kliniken ist für ca. ein Drittel der Gesamtkosten einer Klinik verantwortlich oder anders ausgedrückt für 25-60 % der Fallkosten eines Patienten. Das OP-Management ist in diesem Hochkostenbereich nach Tschudi & Schüpfer eine „ordnende Kraft, die aus Ressourcen Ergebnisse formt“. Im klinischen Alltag organisiert das OP-Management also die Integration medizinischer Notwendigkeiten und Abläufe sowie Entscheidungen im OP unter ökonomischen Gesichtspunkten.

Aufgaben von OP-Koordination und OP-Management Unter OP-Management versteht man jedoch weitaus mehr als die tagesaktuelle Koordination des Programms und die Optimierung des Ablaufs und der logistischen Prozesse im OP. Es umfasst auch:

- Materiallogistik inklusive Implantat-Management
- Sterilgut-Management
- Personalpolitik der im OP vereinten Berufsgruppen
- Integration von Notfällen in das Tagesprogramm

- Anschaffung, Wartung und Vorhaltung moderner Medizintechnik
- infrastrukturelles OP-Saal-Management bis hin zur interprofessionellen Zusammenführung von Regelungen in einem für alle Leistungserbringer verbindlichen OP-Statut

Während die dem OP-Manager bereitgestellte OP-Koordination die Ablauforganisation des operativen Tagesgeschäftes übernimmt, ist der OP-Manager zusätzlich u.a. für strategische Aufgabenfelder, das Berichtswesen und OP-Controlling mitverantwortlich. Er dirigiert somit alle wesentlichen Ressourcen, welche auf die Leistungserbringung im OP einwirken.

Notwendige Doppelqualifikation Doch selbst große Gesundheitskonzerne, die oft auch sehr kleine Geschäftsfelder sehr intensiv bearbeiten, haben im OP-Management elementare Versäumnisse und Ineffizienzen. Der Grund liegt auf der Hand: Da fast jede Entscheidung im OP-Management auch gleichzeitig eine medizinische Entscheidung ist und Medizin und Ökonomie bei diesen Entscheidungen keinesfalls entkoppelt werden können, bedarf es nahezu zwingend einer Doppelqualifikation für OP-Manager. Im Medizinstudium werden jedoch die betriebswirtschaftlichen Inhalte mitnichten vermittelt und auch ein Eigenstudium ist mit erheblichen Hürden und Schwierigkeiten versehen. Es bieten sich daher spezialisierte Programme für Mediziner an, welche ökonomische Inhalte mit den medizinischen verzahnen. Ein gutes Beispiel dafür ist der Studiengang MBA für Ärzt:innen.

OP-Management auf dem Weg zum Clinical Leadership Abseits der ökonomischen Komponenten ist OP-Management auch aus einem anderen Grund von elementarer strategischer Bedeutung in Deutschland: Wir sind leider weiterhin international führend, die Partikularinteressen einzelner Akteure, Fachabteilun-

SRH FERNHOCHSCHULE RIEDLINGEN

gen und Kliniken über die Gesamtinteressen von Patienten, Kliniken und des Gesundheitssystems zu stellen. Dies erfordert nicht nur eine Kraft, die aus Ressourcen Nutzen schafft. Es braucht zusätzlich eine ordnende, regulierende und strategisch wirksame Kraft mit objektiverer und unabhängigerer Gesamtperspektive: OP-Management auf dem Weg zum Clinical Leadership Modell.

Fazit Ressourcen – nicht nur medizinische – sind endlicher und knapper denn je. Die Symbiose aus Medizin und Ökonomie in Form eines OP-Managements bietet hier erhebliche Chancen. Zum einen können Kapazitäten so effektiv und effizient wie nur möglich genutzt werden, zum anderen geht hier auch die Gesamtstrategie in einer pluralen OP-Wirklichkeit aus multiplen Einzelinteressen nicht verloren. Ethisches OP-Management verfügt nicht nur über Mittel zur positiven Beeinflussung der Abläufe und Prozesse sowie der Erlössituation. Es optimiert auch die Qualität der Patientenversorgung, Sicherheitsstandards, die Personalfriedenheit und unser klinisches Miteinander.

Unterm Strich lässt sich das OP-Management und damit die Gesundheitsversorgung als solche nur verbessern, wenn medizinische und ökonomische Interessen mit fundiertem Klinikwissen verbunden werden. Je mehr High-Tech zum Einsatz kommt, desto wichtiger werden effiziente Organisation, Führung und Management.

Dr. med. Stefan Schmidt, MBA, ist Absolvent der SRH Fernhochschule und als zertifizierter OP-Manager und Berater für nationale und internationale Institutionen im Gesundheitswesen als auch in der freien Wirtschaft tätig.

E-Mail: stefan.schmidt@med.uni-goettingen.de
Prof. Dr. Lutz Hager, ist Studiengangsleiter für den MBA für Ärzt:innen an der SRH Fernhochschule und u.a. Vorsitzender des BMC Bundesverband Managed Care
E-Mail: lutz.hager@mobile-university.de



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

Axel Barenhoff /Sabine Haak/Sandy Stephan
Tel.: 030 206208-43

Berufsbezogene Steuerberatung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Betriebswirtschaftliche Praxisführung

Christian Rahe
Tel.: 030 206208-46

Digital Health

Frances Camin
Tel.: 030 206208-31

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

Axel Barenhoff
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)

Heike Ortlieb
Tel.: 030 206208-65

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 206208-18

© burak cakmak - fotolia.com

Kleinanzeigen – für Mitglieder kostenlos*

Facharzt zur Übernahme einer Privatpraxis Dermatologie in Neu Ulm gesucht

Die Areion Privatpraxen in Neu Ulm sind ein Verbund aus Privatpraxen der Fachrichtungen HNO, Dermatologie, Augenheilkunde, Ästhetischer Medizin, Urologie, Kardiologie und Chirurgie/Proktologie. In einmaligem Ambiente des Kunstparks in Neu Ulm. Sie möchten unabhängig, flexibel und selbstständig arbeiten? Sie möchten keine administrativen und bürokratischen Prozesse, die Ihnen viel Zeit rauben? Wir suchen ab sofort für unsere voll ausgestatteten Privatpraxen für Dermatologie eine/n Facharzt/in mit folgenden Tätigkeitsbereichen:

- Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen der Haut
 - Kinderdermatologie
 - Vorsorgeuntersuchungen mit erweiterter Hautkrebsfrühdagnostik
 - Operative Dermatologie
 - Laserbehandlungen der Haut
 - Ästhetisch-medizinische Behandlungen und Operationen
- Informationen zum Zentrum unter www.areion-med.de
Kontakt: schneider@ps-beteiligungen.de

Nachfolger:in für Allgemeinarztpraxis im Harzer Vorland gesucht

Die Chance, eine Praxis für Allgemeinmedizin im Vorland des Harzes – dem höchsten Gebirge Norddeutschlands mit vielfältigen Freizeitangeboten, zu übernehmen. Aus Altersgründen möchten wir unsere Gemeinschaftspraxis mit 1,5 KV-Sitzen in der Stadt Hoym zum nächstmöglichen Zeitpunkt abgeben.

Das bieten wir: neu sanierte, geräumige Praxis mit guter Praxisausstattung, sehr hoher Scheinwert mit überaus attraktivem Umsatz, kollegiales, familiäres Umfeld in einem hoch qualifizierten, motivierten Team (VERAH, NÄPA, professionelle Wundversorgung), Betreuung der Bewohner:innen der Schloß Hoym Stiftung (erwachsene Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung). Für verschiedene Übernahmemodelle wie z.B. die vorübergehende Anstellung des jetzigen Praxisinhabers mit intensiver Einarbeitungszeit, sind wir offen.

Wir freuen uns über eine Nachricht unter: kroessner-hoym@t-online.de

Weitere Infos unter: <https://lentulus.de/hoym/>

Facharzt für Radiologie sucht radiologische Praxis zur Übernahme (Nord-, Mittel- und Ostdeutschland)

Facharzt für Radiologie mit ambulanter und stationärer Erfahrung, 41 Jahre, aktives HB-Mitglied sucht radiologische Praxis mit KV-Sitz zur kurz- oder mittelfristigen Übernahme. Region Nord-, Mittel- und Ostdeutschland.

Bei Interesse bitte Kontakt an: dr.jens.hildebrandt@icloud.com

Hausärztliche/r Kolleg/in für MVZ in Geesthacht gesucht

Wir suchen zeitnah eine/n hausärztliche/n Kolleg/in für das MVZ Geesthacht in der Bergedorferstr 31-33. (Träger gemeinnützig Johanniter Krhs. Geesthacht). Zur Zeit arbeiten im MVZ zwei Hausärzte (Internist und Allgemeinmedizin) sowie ein Angiologe. Angeschlossen sind zudem ein Psychologe und ein Handchirurg. Lang geführte Hausarztpraxen mit gutem Patientenstamm in großzügigen Räumen in der 33000 Einwohner-Stadt direkt an der Elbe. Im Speckgürtel von Hamburg, deshalb mit viel Kultur und Sport-Möglichkeiten.

Interessenten melden sich bitte unter: j.stueber.dr@web.de oder telefonisch unter: 0049 1716751708

oder in der Praxis 0049 4152840240.

Nachfolger/in für allgemeinmedizinische Einzelpraxis mit 2 KV-Sitzen am östlichen Bodensee gesucht

Allgemeinmedizinische Einzelpraxis mit 2 KV-Sitzen sucht Kollegen oder Kollegin zum Einstieg ab dem 1.1.2023. Idealerweise sollte nach einer Zeit der Anstellung ein KV-Sitz übernommen werden.

Es handelt sich um eine ganzheitlich ausgerichtete hausärztliche Praxis mit guter Ausstattung (EKG, LZ-RR, Ergo, Sonographie, Lufu) mit Schwerpunkt Akupunktur. Weiterhin besteht eine 18-monatige Weiterbildungsermächtigung.

Die Praxis befindet sich am östlichen Bodensee im Dreiländereck mit hohem Freizeitwert, guter Infrastruktur und allen Schulen vor Ort.

Kontakt: praxis-am-bodensee1@web.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
Titelthema Ausgabe 04/2022 von:
Aileen Hohnstein

Verlag:

Köllen Druck+Verlag GmbH
Postfach 41 03 54 · 53025 Bonn
Ernst-Robert-Curtius-Str. 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 Prozent 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

Titelbild: Foto by Axstokes/shutterstock.com

Icons: © venimo – adobe.stock.com



Der Hartmannbund wünscht allen frohe Weihnachten!

**Wir wünschen Ihnen schon an dieser Stelle
frohe und erholsame Weihnachtsfeiertage
und einen guten Rutsch ins neue Jahr 2023 –
mit möglichst wenig Diensten!**

Gegendarstellung

Im Zusammenhang mit der Berichterstattung zum Thema „KV-Eigeneinrichtungen“ im jüngsten HB Magazin hat der Vorsitzende des Hartmannbundes Thüringen, Dr. Jörg Müller, Feststellungen getroffen, die aus Sicht der Träger der Thüringischen Eigeneinrichtungen (Stiftungspraxen), der Stiftung ambulante Versorgung Thüringen, einer Richtigstellung bedürfen.

Zur Feststellung von Herrn Dr. Müller
„Die KVen betreiben mit diesen Eigeneinrichtungen Sicherstellung um jeden Preis, koste es was es wolle. Dafür benötigte finanzielle Mittel werden aus der Vergütung für die restlichen Vertragsärzte entnommen [...]“

schreibt die Stiftung: KVen sind nach §105 SGB V in unterversorgten Gebieten gesetzlich sogar verpflichtet, Eigeneinrichtungen zu betreiben. Dort wird auch festgeschrieben, dass KVen geeignete finanzielle und sonstige Maßnahmen ergreifen sollen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Dafür wird ein Strukturfonds gebildet, in den 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung fließen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds zu entrichten.

[...] Für die Finanzierung der Eigeneinrichtungen kommen in Thüringen zusätzlich Mittel aus dem Stiftungsvermögen hinzu. Denn bei uns im Freistaat werden die Eigeneinrichtungen nicht von der KVT, sondern von der Stiftung zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Freistaat Thüringen betrieben, die 2009 gemeinsam vom Freistaat Thüringen und der KVT gegründet wurde.

Bei der Finanzierung der Stiftungspraxen in Thüringen handelt es sich also mitnichten um Mittel aus der Vergütung für die Vertragsärzte.

Zur Feststellung von Herrn Dr. Müller
„[...] die bekanntlich schon seit Jahren unter erheblicher Unterfinanzierung leiden und budgetiert sind, was dazu führt, dass ein erheblicher Prozentsatz, der von Ärztinnen und Ärzten geleisteten Arbeit für erkrankte Menschen nicht vergütet wird. Eigeneinrichtungen bei uns dagegen unterlagen dieser Budgetierung meist nicht, somit resultiert ein noch größerer Abfluss finanzieller Mittel der übrigen Ärztinnen und Ärzte.“

schreibt die Stiftung: Eine Stiftungspraxis in Thüringen unterliegt den gleichen Honorarverteilungsregelungen wie jede andere Praxis auch, mithin also auch der Budgetierung. Alles andere wäre nicht statthaft.

Der Hartmannbund bleibt – ausdrücklich jenseits einer inhaltlichen Bewertung dieses Tatbestandes – auch vor dem Hintergrund der von der Stiftung getroffenen Aussagen dabei, dass Teile der Kosten für die Eigeneinrichtungen aus der Vergütung der Vertragsärzte finanziert werden.



MEDISTART
MEDIZIN-STUDIUM
ohne NC & Wartezeit
WWW.MEDISTART.DE

Medizin studieren ohne Noten-NC in Litauen: Die Universität Vilnius hat sogar deutsche Lehrkrankenhäuser!

Die Hauptstadt Litauens ist international und lebt von vielen historischen Einflüssen und Kulturen – das machte sie auch zur europäischen Kulturhauptstadt 2009. Aber auch kulinarisch hat Vilnius Vieles zu bieten. Das Highlight der Hauptstadt dieses EU- und NATO-Mitgliedstaates ist die Altstadt – als **UNESCO-Weltkulturerbe** besonders sehenswert. Litauen hat seit 2015 den Euro als Landeswährung. Interessant sind die **günstigen Lebenshaltungskosten bei hoher Lebensqualität**, welche ähnlich der in deutschen Großstädten ist! Die Bandbreite an möglichen Aktivitäten ist groß: Studenten können z. B. einem Orchester beitreten, über die baltischen Berge wandern oder an die Ostsee fahren. Zudem veranstaltet jede Fakultät einmal im Jahr eine Eventwoche mit Konferenzen und Wettbewerben. In der ersten Semesterwoche findet ferner eine Orientierungswoche für internationale Studenten statt. Danach wird das Semester traditionell mit einem Festumzug begonnen.

Die Universität Vilnius ist mehr als 400 Jahre alt und gehört damit zu den ältesten Universitäten Nordeuropas. Rund 20.000 Studenten (Stand 2021) – darunter rund 1.200 internationale Studenten – studieren hier. Rund 2.900 Mitarbeiter sind hier tätig. Internationale Dozenten unterrichten kleine Gruppen von acht bis zehn Studenten, was eine individuelle Betreuung und Förderung sicherstellt. Die Kommunikation erfolgt dabei in englischer Sprache. Darüber hinaus werden Sie als Student in der Humanmedizin früh an den Patienten herangeführt – auf diese Weise sammeln Sie bereits wertvolle Praxiserfahrung. Patientenkommunikation wird gedolmetscht und ist problemlos möglich; einzelne Stationen können auch in Deutschland absolviert werden. Rund die Hälfte der Medizinstudenten im internationalen Studiengang kommt aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. **Der Studienabschluss ist approbationsfähig und mit dem deutschen Staatsexamen gleichstellt.**



Die Medizinische Fakultät ist mit sieben Abteilungen, zwei Instituten und elf Kliniken eine der größten Fakultäten der Universität Vilnius. Über 3.200 Studenten studieren hier und knapp 100 Doktoranden sind immatrikuliert. Die Fakultät kooperiert mit internationalen Organisationen wie der World Health Organization (WHO) und der UNESCO.

In Vilnius können Sie sich schon jetzt bewerben, auch wenn Sie Ihr Abitur erst im Sommer erhalten. Für die Zulassung an der Universität Vilnius ist Ihre **Abiturnote nicht entscheidend**. Das Zulassungsverfahren wird von MediStart über den MediTest-EU unabhängig von Noten und belegten Schulfächern organisiert. Der MediTest-EU besteht aus einem Multiple-Choice-Test in den Naturwissenschaften sowie einem Motivations-Interview. Dieser kann jederzeit online von zu Hause aus geschrieben werden und bis zu drei mal wiederholt werden.

MediStart berät gerne zu den individuellen Voraussetzungen und Möglichkeiten. **Durch individuelle Coachings bereitet MediStart seine Mandanten optimal auf den MediTest-EU vor**, damit frühzeitig ein Studienplatz für den Start im Herbst 2023 gesichert werden kann. MediStart begleitet seine Mandanten von Anfang an, sorgt für einen reibungslosen Ablauf während der gesamten Bewerbungsphase und betreut vor Ort. Bei Studienwunschbeginn zum Herbst 2023 ist eine zeitnahe Beauftragung von MediStart, auch bereits vor dem Abitur, sinnvoll.

Informationsblätter und Auftragsformulare können kostenfrei unter **www.medistart.de** sowie telefonisch **+49 (0)30 544 538 871** angefordert werden. Es besteht außerdem die Möglichkeit zu einem kostenfreien telefonischen oder persönlichen Info-Gespräch, z.B. auf den Info-Tagen in Düsseldorf, Frankfurt am Main, Hamburg und München.



Julija Köhnke ist die MediStart-Ansprechpartnerin vor Ort in Vilnius



Gemeinsam stark – seit 120 Jahren

Seit 120 Jahren steht die apoBank an der Seite der Heilberufe und ihrer Institutionen. Vertrauensvoll und auf Augenhöhe, mit einem starken Netzwerk und großer Expertise im Gesundheitsmarkt. Damit Sie sich auf das Wesentliche konzentrieren können und Ihre Ziele erreichen.

Danke für Ihr Vertrauen!