



Corona-Krise und Gendermedizin: Mehr Aufmerksamkeit, aber viele offene Fragen

Foto: privat

PROF. DR. MED. GABRIELE KACZMARCZYK

Angesichts der beispiellosen Umstände der Corona-Krise hatte der Deutsche Ärztinnenbund im April gefordert, die Genderforschung in medizinischen und sozialen Fragen zu intensivieren. Aktuell gibt es nun viele Veröffentlichungen zu „Corona und Gender“ – wie schön, dass Genderfragen ins Bewusstsein kommen und bearbeitet werden! Mit drei Publikationen möchte ich Sie hier bekannt machen. Sie beleuchten das Thema aus verschiedenen Perspektiven.

VERSCHÄRFUNG VON PROBLEMEN

Corona und Gender – ein geschlechtsbezogener Blick auf die Pandemie und ihre (möglichen) Folgen

Die Politikwissenschaftlerin Dr. Regina Frey, Leiterin der Geschäftsstelle Dritter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, hat mit ihrem Arbeitspapier Aufmerksamkeit erregt. Sie listet darin auf, welche geschlechtsrelevanten sozialen Probleme die Corona-Pandemie verschärft hat.

Sie berichtet, dass Forderungen zur Aufwertung sogenannter systemrelevanter Berufe in der Sorge- und Care-Arbeit schon lange vor Corona auf dem Tisch der politischen Entscheidungsträger lagen: bessere Arbeitsbedingungen, angemessene Bezahlung, Aus- und Weiterbildung. Dort liegen sie immer noch. „Es sind die Frauen, die das Land rocken“, zitiert Frey den Berliner Tagesspiegel und verweist auf die zahlreichen Dankesbekundungen, auch von hochrangigen Politiker*innen, an Supermarktkassiererinnen und Pflegerinnen.

Im Gesundheitsbereich arbeiten fast sechs Millionen Menschen, davon sind etwa vier Millionen Frauen. In der Krise erledigen sie ihre Arbeit unter großer Belastung und mit einem hohen persönlichen Infektionsrisiko. Sie wurden als letzte Bevölkerungsgruppe überhaupt wirksam geschützt.

Mehr unbezahlte Sorgearbeit

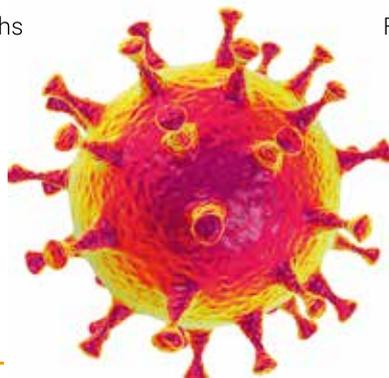
Doch die Care-Krise betrifft nicht nur die bezahlte Sorgearbeit. Frauen wenden pro Tag im Durch-

schnitt 52,4 Prozent mehr Zeit für unbezahlte Sorgearbeit auf als Männer. Dieser Unterschied wird als „Gender Care Gap“ bezeichnet. Ob sich dieser Graben nach der Krise weiter öffnet oder sich die Hoffnung erfüllt, dass er sich schließt, weil wir alle (!) aus der Krise gelernt haben? Das ist derzeit offen.

Überlastung und Konflikte sind programmiert, wenn Berufstätigkeit, Haushalt, Kinderbetreuung und Schulunterricht in einem engen familiären Umfeld stattfinden müssen. Und wer macht das meiste: die Frauen, die überdies in Corona-Zeiten noch häufiger Opfer häuslicher Gewalt sind.

Ähnlich war es schon 2008

Schon in der Wirtschaftskrise 2008 erhielten bedeutend mehr Männer Kurzarbeitergeld als Frauen. Zudem bekamen die Frauen – weil sie oft weniger verdienen als Männer – natürlich weitaus geringere Beträge. Die berechtigte Frage nach der Unterstützung, wenn Zehntausende weibliche Beschäftigte ihren Job verlieren – wie etwa bei der Drogeriekette Schlemmer –, hatte schon in der damaligen Krise keine politischen Konsequenzen.



Frey appelliert: In der Pandemie muss die Politik Rechenschaft darüber ablegen können, wie sich **alle** getroffenen Maßnahmen auf Männer und auf Frauen auswirken, ein geschlechtssensibler Blick mit entsprechenden Konsequenzen ist notwendig!

Download des Arbeitspapiers von Regina Frey: http://www.gender.de/cms-gender/wp-content/uploads/gender_corona.pdf

Das Corona-Virus prägt das Jahr 2020 beruflich, privat und in der Wissenschaft

WECHSELWIRKUNG GESCHLECHT UND GENDER

The impact of sex and gender in the COVID-19 pandemic

Prof. Dr. med. Sabine Oertelt-Prigione ist Professorin für Gendermedizin an der Radboud Universität in Nijmegen, Niederlande. In ihrer Fallstudie für die European Commission (Directorate-General for Research and Innovation) geht es um die gegenseitige Abhängigkeit von biologischem (Sex) und sozialem (Gender) Geschlecht und die gesundheitlichen Auswirkungen in der gegenwärtigen Pandemie.

Die Autorin beschreibt die Herausforderung so: Obwohl Infektionserkrankungen jeden treffen können, werden Immunantwort und Krankheitsverlauf wesentlich sowohl durch das biologische als auch durch das soziale Geschlecht geprägt. So sind biologische Faktoren etwa auch von der Qualität der Gesundheitsversorgung, von ökonomischen und logistischen Verfügbarkeiten beeinflusst. Aktuelle Studien weltweit – <https://globalhealth5050.org/covid19/> – zeigen: Es sterben mehr Männer an der Infektion. Allerdings leiden Frauen mehr als Männer langfristig unter den ökonomischen und sozialen Konsequenzen der Corona-Pandemie.

Die Immunantwort fällt bei beiden Geschlechtern unterschiedlich aus: Frauen scheinen auf virale Infekte und auch auf Impfungen heftiger mit einer Antikörperproduktion zu reagieren als Männer. Die Gründe dafür liegen in der hormonellen und in der unterschiedlichen genetischen Ausstattung von Männern und Frauen. Frauen haben so zwar ein höheres Risiko für Autoimmunerkrankungen, ein geringeres jedoch für Infektionen.

Geschlechtsspezifische Rezeptormenge

Bestimmte Antikörpertypen (IgGs) fanden sich bei Frauen nach einer SARS-CoV-2 Infektion in größerer Ausprägung als bei Männern. Diese Unterschiede könnten für die Sensitivität und Spezifität von serologischen Tests von Bedeutung sein. Das Virus benutzt unter anderem einen ACE-Rezeptor, um die Wirtszellen zu infizieren. Dieser Rezeptor wird über das X-Chromosom durch hormonelle Faktoren und Therapien beeinflusst. Allerdings ist seine genaue Bedeutung noch unklar. Studien liefern bisher widersprüchliche Ergebnisse.

Passende Dosierungen und Nebenwirkungen von Impfstoffen und Medikamenten unterscheiden sich wahrscheinlich bei den

Geschlechtern. Medikamente, die jetzt als Therapie bei der Corona-Infektion getestet werden, müssen die Vulnerabilität der kardialen Erregungsleitung (QT-Verlängerung) bei Frauen mit berücksichtigen, ebenso spielt die höhere Nebenwirkungsrate bei verschiedenen Arzneien bei Frauen eine Rolle.

Genderspezifische Risiken bergen die meist von Frauen geleisteten Arbeiten in der Gesundheitsversorgung ohne eine adäquate, individuell angepasste Schutzausstattung trotz eines hohen Infektionsrisikos durch Patientenkontakt.

Frauen offener für Infektionsschutz

Präventionskampagnen zeigten, dass mehr Frauen als Männer die Handhygiene beachten. Offensichtlich reagieren Frauen bereitwilliger auf die Empfehlungen für Schutzmaßnahmen. Männer dagegen stimmen eher widerwillig zu.

Auch öffentliche Regelungen führen zu genderspezifischen Belastungen, denn die angeordneten Kontaktbeschränkungen und Quarantänemaßnahmen betreffen unterschiedliche Gruppen in verschiedenem Maß. „Systemrelevante Berufe“ werden sichtbar, die Vertreter und Vertreterinnen arbeiten jedoch auch unter hohem physischem und psychologischem Stress. Andere verlieren ihre Arbeit und geraten in unvorhergesehene finanzielle Abhängigkeiten. Ein ganzes Sozialgefüge gerät durcheinander – mit Auswirkungen auf Machtverhältnisse, Rollenbilder etc. Darüber hinaus erfahren Patienten und Patientinnen eventuell medizinische Einschränkungen, auch wenn sie gar nicht vom Corona-Virus betroffen sind.

Insgesamt benennt die Autorin folgende sexgebundene Faktoren: den Virus-Rezeptor und seine Verteilung und Reproduktion im Wirts-Organismus, Antikörperbildung, hormonelle Einflüsse, Wirksamkeit und Nebenwirkung von Therapien. Gendergebundene Faktoren sind: Virus-Exposition, Bewusstsein für Symptome, Zugang zu einem Virus-Test, Vorhandensein und Zugang zu Schutzmaßnahmen, Präventionsverhalten und Einbindung in klinische Studien.

Fazit: Genderdimensionen müssen beim Umgang mit der Pandemie eine Rolle spielen – in Forschung und Entwicklungsprozessen. Nur dann können die aus den sozio-ökonomischen Verhältnissen resultierenden akuten und längerfristigen Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern beseitigt werden.

Die Studie von Sabine Oertelt-Prigione lässt sich hier abrufen: https://ec.europa.eu/info/publications/impact-sex-and-gender-covid-19-pandemic_en

UNTERSCHIEDLICHE STERBLICHKEIT

Impact of sex and gender on COVID-19 outcomes in Europe

Die Übersichtsstudie stammt von fünf Autorinnen aus der Schweiz, Österreich, Deutschland und USA (Catherine Gebhard, Vera Regitz-Zagrosek, Hannelore K. Neuhauser, Rosemary Morgan und Sabra L. Klein). Der Schwerpunkt liegt auf der Frage nach den biologischen Unterschieden, welche die unterschiedliche Sterblichkeit bei Männern und Frauen mit einer COVID-19-Erkrankung erklären könnten.

Eine Tabelle belegt die Differenz in der Sterblichkeitsrate in vielen Ländern der Welt: So erkrankten zwar beispielsweise in Belgien, Portugal und Frankreich mehr Frauen als Männer. Bezogen darauf sterben jedoch mehr ältere Männer als Frauen an COVID-19. Eine Überprüfung solcher Mitteilungen in der Studie ergab: Die Unterschiede bestehen in allen Altersgruppen, besonders jedoch im Alter zwischen 50 und 59 Jahren.

Um in Körperzellen zu gelangen, heftet sich das Virus an eine zelluläre Serin-Protease und an einen ACE-Rezeptor, der unter anderem auch in der Lunge vorhanden ist. Die Beziehung zwischen dem Rezeptor und COVID-19 ist derzeit noch unklar.

Serin-Protease in der Prostata

Biologisches Geschlecht und Hormone beeinflussen die Kaskade des Renin-Angiotensin-Aldosteron-System (RAAS) an vielen Stellen: Die ACE-Aktivität steigt etwa nach einer Ovariektomie und fällt nach einer Orchiektomie. Ob dies jedoch für Corona eine klinische Relevanz besitzt, bleibt vorerst offen, weil mehrere Studien mit Männern und Frauen widersprüchliche Ergebnisse erbracht haben.

Die Serin-Protease TMPRSS2 begünstigt den Viruseintritt in Körperzellen. Sie wird hauptsächlich in der Prostata exprimiert und durch Androgene hochreguliert. Ihre Funktion und Präsenz in Lungenzellen ist unbekannt. Auch diese Autorinnen verweisen außerdem auf die geschlechtsspezifische Immunantwort als möglichen Einflussfaktor.

Männer mit mehr Komorbiditäten

Darüber hinaus dürfen genderbezogene Risikofaktoren nicht außer Acht gelassen werden, etwa dass all die Frauen in sozialen Berufen vermehrt mit Menschen und damit Viren in

Kontakt kommen. Andererseits sind viele Komorbiditäten geschlechtsgebunden und betreffen Männer im Durchschnitt vermehrt: COPD, Hypertonie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, aber auch Rauchen und Alkoholkonsum. Vernachlässigung von Präventionsmaßnahmen und späteres Aufsuchen von medizinischer Hilfe ist ausgeprägter bei Männern als bei Frauen. Sorgfältige Anamnesen müssen erhoben und ausgewertet werden, um die bis jetzt bekannten Geschlechtsunterschiede weiter aufzuklären. Darunter: kardiovaskuläre Risikofaktoren, sozio-ökonomischer Status, Menopausedaten, Schwangerschaften, hormonelle Kontrazeption, Hormonersatztherapie, Krebserkrankungen, Medikamentenvorgeschichte.

Therapietests im Überblick

Die Publikation enthält zudem Informationen zu geschlechtsspezifischen Antworten auf Impfungen und eine Übersicht zu Substanzen, die bisher als mögliche COVID-19 Therapeutika untersucht wurden, etwa Remdesivir und Hydroxychloroquin. Nebenwirkungen traten vor allem bei Frauen auf. Hydroxychloroquin wurde gegen Corona zurückgenommen.

Fazit: Die sex- und gendergebundenen Ungleichheiten, die durch die gegenwärtige Pandemie sichtbar geworden sind, verlangen die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Daten bei der Bekämpfung von Pandemien – und nicht nur dort. Die Gesundheitssysteme haben bislang den Einfluss von Sex und Gender in ihren Anstrengungen bei der Bekämpfung von Epidemien, Ausbrüchen und Pandemien vernachlässigt. ◀

Die Studie von Gebhard et al. lässt sich hier abrufen:
<https://doi.org/10.1186/s13293-020-00304-9>

Prof. Dr. med. Gabriele Kaczmarczyk ist Vizepräsidentin des DÄB.

E-Mail: Gabriele.Kaczmarczyk@aerztinnenbund.de

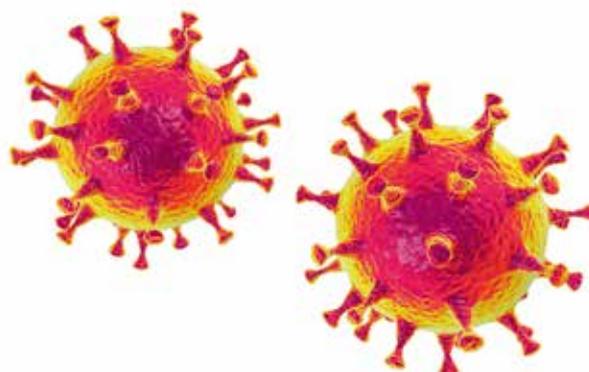




Foto: © KV Berlin

Der „ambulante Schutzwall“ hat das Gesundheitssystem aufrecht gehalten

DR. MED. MARGRET STENNES

Das deutsche Gesundheitssystem hat in den vergangenen Monaten der akuten SARS-CoV-2-Pandemie schwierige Zeiten durchlebt. Hier eine Analyse, wie sich die Situation in der größten deutschen Stadt, Berlin, darstellte – und die Lehren aus Corona.

Corona hat Praxen und Krankenhäuser gleichermaßen auf den Kopf gestellt. Bis heute ist nicht klar, wie sich die Pandemie weiterentwickeln wird und ob wir im Herbst erneut mit steigenden Infektionszahlen konfrontiert werden. Eines aber ist klar: Wir haben diese Ausnahmesituation sehr gut bewältigt! Wir sind auf eine nächste Welle vorbereitet!

Das war im März noch anders. Corona hat uns alle kalt erwischt, auch die in der Niederlassung tätigen Ärztinnen und Ärzte. Die Sorge um die eigene Gesundheit, die der Familie und Mitarbeiter*innen waren ebenso bestimmende Themen wie die Ungewissheit, ob die Praxis geöffnet bleiben kann und wie Patientinnen und Patienten ohne Schutzausrüstung, die anfangs fehlte, behandelt werden können.

Improvisation, Telefon und Videosprechstunde

Die Bilder aus Corona-Hotspots wie Italien haben ihr Übriges dazu beigetragen, um sich klarzumachen: So wie der Praxisalltag bisher war, konnte er nicht bleiben. Neue Wege und Strukturen mussten gefunden werden. Die Kreativität der Kolleginnen und Kollegen war gefragt – zum Beispiel bei der Herstellung, Beschaffung oder dem „Wiederaufbereiten“ von Masken, dem „Umbau“ der Praxisräume oder gesonderten Sprechzeiten für Infektpatient*innen.

Arbeitsmodelle und -zeiten wurden umgekrempelt, um die Kinderbetreuung der Ärztinnen und Ärzte und des Praxispersonals auffangen zu können. Das Telefon avancierte zum wichtigsten Arbeitsinstrument und eine große Anzahl von Praxen bot erstmalig Videosprechstunden an – in Berlin sind dies bereits mehr als ein Drittel aller Praxen.

Schutzschirm gegen Finanzausfälle

Die größte Herausforderung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bestand darin, den eigenen Betrieb aufrechtzuerhalten,

um weiterhin erste Anlaufstelle vor allem für die chronisch kranken Patient*innen zu sein und die wirtschaftliche Existenz zu sichern. Die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat dabei tatkräftig unterstützt. Sei es durch die zentrale Beschaffung und Verteilung von Schutzkleidung, stets aktuelle und umfangreiche Informationen, Kooperationen mit Krankenhäusern und der Feuerwehr zur Eindämmung der Pandemie, der Mitarbeit in Krisenstäben, aber selbstverständlich auch dadurch, dass der Geldfluss stets abgesichert war. Auch in Berlin ist es gelungen, einen Schutzschirm zu spannen, um finanzielle Ausfälle der Praxen aufzufangen.

Rückblickend kann man sagen, dass es keine hohlen Worte sind, dass der „ambulante Schutzwall“ dafür gesorgt hat, dass unser Gesundheitssystem nicht in die Knie gegangen ist. Auch die Mehrheit der Berliner Praxen blieb offen und konnte den Krankenhäusern den Rücken freihalten.

Chance der Digitalisierung erlebt

Mittlerweile hat sich die Situation entspannt, die Praxen arbeiten seit längerem wieder im Regelbetrieb und die Patientinnen und Patienten kehren in die Praxen zurück. Das ambulante System hat sich – auch auf Grund der selbstständigen und dadurch flexibleren Strukturen – gut auf die Krise eingestellt. Notwendige Maßnahmen wurden regional wie überregional schnell und oft auch unkompliziert umgesetzt. Und es wurde erkannt, welche Chancen in der Digitalisierung stecken. Es bleibt zu wünschen, dass an diese positiven Effekte angeknüpft wird. ◀

Dr. med. Margret Stennes ist Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. Die Fachärztin für Innere Medizin, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse ist seit 20 Jahren in der Gremienarbeit aktiv.

E-Mail: kvbe@kvberlin.de



Foto: © Jochen Rolles

Corona im Praxisalltag: Die psychologischen Herausforderungen haben dominiert

DR. MED. ARNDT BERSON

Ambulante Testzentren, Alten- und Flüchtlingsheime, die Dynamik sozialer Medien, Existenzängste und verunsicherte Mitarbeiter*innen und Patient*innen: Ein persönlicher Bericht über die Corona-Krise im Landkreis Viersen in Nordrhein.

Die letzten Monate in der hausärztlichen Praxis waren extrem anstrengend. Meine Kolleginnen Margot Kops, Dr. med. Gudrun Wirtz und ich betreiben an zwei Standorten in Kempen am Niederrhein eine große hausärztlich-internistische und diabetologische Praxis mit insgesamt sieben Ärzt*innen.

Zu Beginn des Jahres war unsere Einstellung noch eher verharmlosend, hatten wir doch in den Jahren unserer niedergelassenen Tätigkeit neben den jährlichen Grippe-Hochzeiten auch SARS, Schweinegrippe, Vogelgrippe und andere Infektionswellen überwunden.

Handeln trotz Unklarheit

Doch diesmal war alles anders: Primäres Problem – vor allem zu Beginn der Pandemie – war das Fehlen von Schutzkleidung. Fast über Nacht wurde es unmöglich, die geforderten FFP2- oder FFP3-Masken, geschweige denn normale Mund-Nasen-Masken sowie Desinfektionsmittel und Handschuhe, zu beschaffen. Außerdem war zunächst unklar, wer die notwendigen Testungen bezahlen würde und wie diese ablaufen sollten.

Solche Themen beschäftigten mich als Vorsitzenden der Kreisstelle Viersen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein und Mitglied des Vorstands der Ärztekammer Nordrhein. In dieser Funktion hatte ich nun erstmals Kontakt

mit anderen Institutionen des Landkreises und nahm regelmäßig an Treffen des Krisenstabs teil, dem Vertreter des Kreisgesundheitsamtes, der Feuerwehr, der ärztlichen Hilfsorganisationen wie Deutsches Rotes Kreuz (DRK) und Malteser Hilfsdienst angehörten.

400 Tests an einem Tag

Gemeinsam hoben wir in enger Zusammenarbeit mit der Hauptstelle der KV Nordrhein ein ambulantes Testzentrum aus der Taufe, das an täglich wechselnden Orten des Kreises die Abstriche abnahm – auch und vor allem, um potentiell infizierte Menschen aus den Praxen herauszuhalten. In diese Aktion waren mehrere niedergelassene Kolleg*innen einbezogen.

Allein am ersten Tag kamen wir auf über 400 Testungen. Täglich bestand ein immenser Organisationsaufwand, von der Diensteinteilung, der EDV-Ausstattung, über die sich ständig ändernden Vorgaben des Robert Koch-Instituts (RKI) bis hin zur Betreuung der zu testenden Personen. Meine ärztlichen und nicht-ärztlichen Kolleg*innen in meiner Praxis und in der Kreisstelle haben mich unterstützt und entlastet. Sonst wäre dieser Einsatz, der fast meinen gesamten Arbeitstag füllte, nicht möglich gewesen.

Erschütternde Einblicke

Hinzu kamen die Tests in Gemeinschaftsunterkünften im Kreis Viersen, etwa in Altenpflegeheimen und Flüchtlingsunterkünften. Die Pflegeheime waren durchweg gut geführt. Unser Eindruck: Sämtliche möglichen Vorkehrungen waren getroffen, um einerseits die Infektionsgefahr zu reduzieren und sich andererseits möglichst liebevoll den Bewohnern zuzuwenden, die ja keinen Besuch von Angehörigen erhalten durften. Betroffen machten meine Kolleg*innen und mich die Erlebnisse in den Flüchtlingsunterkünften. Sie führten uns teilweise erbarmungswürdige Zustände und auch einen fragwürdigen Umgang mit den Menschen unmittelbar vor Augen. Dies hat uns aufrichtig erschüttert.

Neben diesen Problemen gab es in allen Phasen der SARS-CoV-2-Pandemie vor allem – so meine persönliche Wahrnehmung – viele psychologische Aspekte im Umgang mit Patient*innen und bei der Führung der Mitarbeiter*innen zu beachten. Von allen Seiten spürten wir eine erhebliche Unsicherheit bis zur beginnenden Panik, die es zu objektivieren und abzufedern galt.

Praxis leer, Telefon belegt

Die Praxis war fast gespenstisch leer. Außer Corona gab es kaum Erkrankungen, die eine Rolle gespielt hätten. Sämtliche Vorsorgeuntersuchungen und

Termine in Disease-Management-Programmen (DMPs) kamen quasi zum Erliegen. Dafür war unsere Praxis telefonisch kaum noch erreichbar, lahmgelegt von zu vielen Anrufen in zu kurzer Zeit. E-Mails und Faxe kamen in Fluten und meine Medizinischen Fachangestellten waren nervlich maximal angespannt.

Auch die Organisationsstruktur unseres Praxistags änderte sich. Wir arbeiteten in zwei Schichten. Die beiden Teams begegneten sich nicht mehr, um die Praxis funktionsfähig und die Versorgung aufrechtzuerhalten, falls es in einer Schicht Infektionen gäbe und alle in Quarantäne müssten.

Große Verunsicherung bestand zunächst beim Kontakt mit Infizierten. Instinktiv hatten manche Mitarbeiter*innen das Bedürfnis, sich selbst bei einem positiven Test auch sofort testen zu lassen – unabhängig davon, ob die Umstände das sinnvoll erscheinen ließen.

Unfreiwillige lokale Bekanntheit

Unvergesslich ist der erste positive Fall in unserer Praxis: Nachdem uns das Labor das positive Testergebnis gemeldet hatte, schlossen wir für etwa eine Stunde, um das Vorgehen mit dem Gesundheitsamt zu klären. An der Tür informierte ein Aushang die Patient*innen. Eine Person fotografierte ihn und verbreitete ihn über soziale Medien. Unsere Praxis ging dadurch quasi viral. Am nächsten Morgen meldeten sich das Radio und alle örtlichen Zeitungen telefonisch. Ich musste unsere angebliche Schließung dementieren. Und an der Tankstelle er-

lebte ich eine Kassierer*in, die sich lieber versteckt hätte, als Geld von mir zu nehmen: aus Angst vor einer möglichen Infektion.

Fast täglich hatte ich Kontakt mit den Kolleg*innen aus den umgebenden Praxen und Kliniken. Abseits vom Medizinischen ging es immer wieder um den Rückgang beim Aufkommen an Patientinnen und Patienten und existentielle



Was desinfizieren? Wie oft und womit? Zu Beginn der Krise herrschte Verunsicherung in vielen Bereichen

Sorgen, die daraus erwuchsen. Zumal die Terminabsagen bei den Privatpatient*innen überdurchschnittlich ausfielen. Von der Corona-Soforthilfe profitierte fast keine Praxis, dafür stand nun Kurzarbeit auf der Tagesordnung – mit vielen Unklarheiten für die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter*innen und der Frage nach dem Schutzschirm.

Erfreulicherweise blieben italienische Verhältnisse auf den Intensivstationen aus. Trotzdem haben wir uns mit Triagierungssystemen und den Grenzen ärztlicher Entscheidungsprozesse auseinandersetzen müssen. Im Falle eines zu großen Krankenaufkommens in zu kurzer Zeit hätte das alle Ärzt*innen in erhebliche Gewissenskonflikte gebracht.

Umstellung für manche schwer

Zur Zeit sind die Patient*innenzahlen wieder normal. Allerdings bestehen im Praxisbetrieb weiter organisatorische Einschränkungen, deren Notwendigkeit sich nicht allen Praxisbesucher*innen gleichermaßen sofort erschließt. Beispielsweise haben wir zu Ende der Vormittags- und Nachmittagsprechzeit je eine Infektionssprechstunde eingerichtet. An sie halten wir uns strikt, um eventuell infektiöse von nichtinfektiösen Patient*innen fernzuhalten. Wir erfahren dafür viel Verständnis und Lob. Immer wieder gibt es aber auch Beschwerden, weil die alten, vertrauten Strukturen nicht mehr gelten.

Grundsätzlich spüren wir Niedergelassene von unseren Patient*innen viel Wertschätzung. Es hat sich herumgesprochen, dass im Durchschnitt sieben von acht

Corona-Patient*innen in den niedergelassenen Praxen versorgt wurden und wahrscheinlich deswegen in Deutschland die SARS-CoV-2-Pandemie so viel glimpflicher abgelaufen ist als in anderen europäischen Staaten. Momentan hoffen wir auf weiterhin vernünftiges Verhalten und darauf, einer zweiten Welle zu entgehen. ◀

*Dr. med. Arndt Berson ist Vorsitzender der Kreisstelle Viersen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein und Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Nordrhein. Der Facharzt für Allgemeinmedizin betreibt mit mehreren Kolleg*innen zwei Hausarztpraxen in Kempen.*

E-Mail: kreis.viersen@kvno.de



Foto: privat



Foto: privat

Studium, Praktika, Staats- examen: Mit Studierenden sprechen statt über sie

AURICA RITTER, PHILIP PLÄTTNER

Die Corona-Pandemie hat das Medizinstudium in Deutschland schlagartig verändert. Examina wurden verschoben, Unterricht abgesagt und die Lehre auf digitale Formate umgestellt. Welche Hürden ergeben sich vier Monate nach der initialen Schließung der Hochschulen?

Am Freitag, 13. März, verkündete Bundeskanzlerin Angela Merkel die Schließung aller Hochschulen – also kurz vor Semesterbeginn. Zehntausende Medizinstudierende meldeten sich freiwillig, um bei der Bewältigung der Pandemie zu helfen.

Übergang zu digitaler Lehre

In wenigen Wochen setzten die Hochschulen um, was lange in Deutschland undenkbar war: Vorlesungen, Seminare, der Unterricht am Krankenbett und Klausuren wurden weitgehend durch digitale Lehrformate ersetzt. Viele Modelle funktionieren gut und zeigen, was aus Sicht der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) schon lange möglich gewesen wäre. Wir hoffen, dass diese Entwicklung nach der Pandemie fortgeführt wird.

Größere Schwierigkeiten zeigten sich bei den medizinischen Staatsexamina: Bayern und Baden-Württemberg entschlossen sich leider dazu, das zweite Staatsexamen (M2) zu verschieben und die Studierenden ohne Prüfung in ein vorzeitiges Praktisches Jahr (PJ) zu schicken. Hierdurch stehen nach dem PJ zwei Staatsexamina an. Zusätzlich zu dieser Doppelbelastung verkürzt sich die Lernzeit für das M2 von regulär über 100 Tagen auf weniger als sechs Wochen.

Neben den Herausforderungen im Studium stehen zahlreiche junge Menschen

auch in anderen Lebensbereichen vor Hürden: finanzielle Notlagen, weil der Nebenjob weggebrochen ist oder eine adäquate Kinderbetreuung fehlt. Zudem leben rund 3,6 Prozent aller 15- bis 24-Jährigen mit mindestens einer COVID-19 relevanten Vorerkrankung. Das ist vor allem in der medizinisch-praktischen Ausbildung ein Problem.

Empfehlungen wurden gehört

Trotzdem hat der starke Zusammenhalt aller in den letzten Monaten ein Weiterführen unseres Studiums ermöglicht. Wir freuen uns, dass unsere Einschätzungen und Empfehlungen gehört und aufgegriffen wurden, wie etwa die Zusage zu kulantem Fehlzeitenregelungen bei Quarantäne oder COVID-19-Erkrankungen sowie gelockerte Anrechnungsregelungen von Einkünften auf das BAföG.

Gleichzeitig setzen wir uns weiterhin ein. Für zielführende Lösungen zum verschobenen Examen in Bayern und Baden-Württemberg, für eine faire Aufwandsentschädigung im PJ und sichere Konzepte für Studierende mit Kind oder chronischen Erkrankungen sind wir aktiv. In der bvmd wurde uns vor allem eines wiederholt vor Augen geführt: Nur gemeinsam, mit vielen helfenden Köpfen und Kreativität, Flexibilität und Offenheit für neue Meinungen, Perspektiven und Wege sowie Kompromissbereitschaft sind wir in der Lage, die zahlreichen Veränderungen vorantragen zu können.

Evaluation neuer Lehrformate

Besonders in der Umstellung der Lehre hat sich wieder gezeigt, dass der Dialog auf Augenhöhe mit den Studierenden großes Potenzial birgt. In der kommenden Zeit wird die Evaluation und Weiterentwicklung digitaler Lehrformate zur Sicherung der Qualität des Studiums einen unserer Schwerpunkte darstellen. Die digitale Lehre muss ausgebaut und etwa durch die Implementierung der neuen Gegenstandskataloge zukunftsfähig gemacht werden. In der Ausgestaltung der Praxiseinheiten besteht zudem noch großer Entwicklungsbedarf. Wir sind uns sicher: Wenn weiterhin mit umfassender Gesprächsbereitschaft und unabhängig von Hierarchien an Lösungen gearbeitet wird, werden wir gemeinsam diese und kommende Herausforderungen meistern. ◀

Aurica Ritter ist Präsidentin der bvmd und Co-Founderin von match4healthcare, einer Plattform, die freiwillige Helfende und Hilfesuchende im Gesundheitswesen vernetzt. Sie studiert im 10. Semester Medizin in Gießen.

Philip Plättner ist Vorstandsmitglied der bvmd und dort Bundeskoordinator für Gesundheitspolitik. Er studiert im 10. Semester Medizin in Göttingen und arbeitete während der Pandemie freiwillig im lokalen COVID-19 Testzentrum.

E-Mail: pr@bvmd.de



Foto: privat

IM INTERVIEW

„Eine gute Vernetzung hat sich in der Corona-Hochzeit als nützlich erwiesen“

DR. JUR. BERIT JAEGER

Sie sind Fachanwältin für Medizinrecht und engagieren sich beim Deutschen Juristinnenbund, einem Partnernetzwerk des DÄB. Wie hat die Corona-Krise den juristischen Beratungsbedarf von Ärzt*innen verändert?

In unserer Kanzlei bin ich auf die Beratung und Vertretung von niedergelassenen (Zahn-)Ärzt*innen, Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren spezialisiert. Meine Kolleg*innen und ich hatten in der ersten Phase der Corona-Krise deutlich mehr zu tun als üblich. Dagegen hatten Kanzleien, die sich zum Beispiel mit Arzthaftung beschäftigen, kaum Termine. Im Lockdown konzentrierte sich alles auf die akute Situation, nicht so dringende Verfahren wurden – auch bei Gericht – zurückgestellt. Die niedergelassenen Ärzt*innen hatten es mit Themenfeldern zu tun, mit denen sie sich zuvor noch nie beschäftigen mussten. Darum gab es viele Fragen.

Welche zum Beispiel?

Kurzarbeit war ein großes Thema. Angefangen bei der Frage, wie man Kurzarbeit überhaupt beantragt bis hin zu den Auswirkungen auf die Statusentscheidungen des Zulassungsausschusses. Beim Antrag halfen oft die Steuerberater*innen. Bei den Statusentscheidungen kamen wir ins Spiel. Dabei ging es vor allem um die Mindestsprechstunden, die man anbieten musste, um unter den Schutzschirm zu kommen.

Was hat den Ärzt*innen Ihrer Wahrnehmung nach am meisten zu schaffen gemacht?

Das war die Geschwindigkeit, mit der sich alles gleichzeitig verändert hat. Die Praxisräume den Vorschriften entsprechend umgestalten, viele neue Abrechnungsziffern, teilweise unklare Vorgaben, Schutzausrüstung besorgen und dann die Veränderungen im Aufkommen an Patientinnen und Patienten: das alles innerhalb weniger Tage. Dadurch hat sich das Gefüge in den Praxen, das Verhältnis der Ärzt*innen untereinander und zu den Mitarbeiter*innen schlagartig verändert. In Praxen, an denen mehrere Ärzt*innen beteiligt sind, haben ja nicht automatisch alle Teilhaber*innen die gleiche Auffassung, wie mit einer Krise umzugehen ist. Und bei der Komplexität der Situation war es allgemein kaum möglich, gleichermaßen den Über-

blick über alle Problemstellungen zu behalten. So entstand dann oft juristischer Klärungsbedarf.

Hatten Sie vermehrt Anfragen von Frauen, etwa wegen fehlender Kinderbetreuung?

Nein, weil dies nicht ins Medizinrecht fällt. Tätigkeitsverbote für schwangere Ärztinnen sind uns dagegen gelegentlich begegnet. Hier muss man für jedes Fachgebiet genau differenzieren, was gerechtfertigt ist. Es ist ja klar, dass sich die Situation für Augenärztinnen anders darstellt als beispielsweise für Ärztinnen auf einer Intensivstation mit an COVID-19 Erkrankten. Erschwerend kam hinzu, dass die Wissenschaft in den ersten Wochen der Pandemie nichts darüber wusste, wie sich das Virus auf ein Ungeborenes auswirkt.

Haben Sie Tipps für rechtlich unsichere Situationen?

Ein Schlüssel ist sicher eine gute Vernetzung mit dem jeweiligen Fachverband. Wer Kontakte in seine spezielle Fachärzt*innengruppe pflegt, erhält von dort aktuelle Informationen, die wohl am ehesten zu den persönlichen Problemstellungen passen. Die Corona-Krise hatte beispielsweise für Hausärzt*innen ganz andere Auswirkungen als für Chirurg*innen. Zudem können Verbände auch als Interessensvertretung hilfreich sein, etwa bei der Zwangsverpflichtung zu ärztlichen Diensten, die es unter anderem in Bayern phasenweise gab. Da muss man seine Interessen eventuell sehr schnell individuell wahren. Aber es ist auch beruhigend zu wissen, dass sich eine Standesvertretung wie der Hausärzteverband um das Problem kümmert und auch in der Politik Gehör findet. ◀

Interview: Alexandra v. Knobloch

Dr. jur. Berit Jaeger ist Rechtsanwältin und Fachanwältin für Medizinrecht. Mit einem Partner führt sie eine Kanzlei in Leinfelden-Echterdingen. Sie ist Mitglied im Deutschen Juristinnenbund (djbb) und engagiert sich dort unter anderem für einen höheren Anteil an Frauen in Führungspositionen, zudem ist sie Mitglied in der AG Anwältinnen des Deutschen Anwaltvereins.

E-Mail: jaeger@boldjaeger.de