



**Nr. 6**

Juni 2019  
Bad Segeberg  
72. Jahrgang

Herausgegeben von  
der Ärztekammer  
Schleswig-Holstein



## DELEGATION

### T H E M E N

**14**

Interview: Die neue Rolle der Ärztenetze

**16**

Suchtbericht für Schleswig-Holstein

**20**

Wessendorf neuer MB-Vorsitzender im Land

**22**

Nord-Länder sprechen sich für Impfpflicht aus

**35**

Tagung: Sorge wegen Resistenzen

# Zwischen Skepsis und Anerkennung

Physician Assistants sind bislang nur vereinzelt im Einsatz. Um Ärzte im Alltag von arztfremden Aufgaben zu entlasten, müsste auch vor Ort ausgebildet werden.

In Schleswig-Holstein sind aktuell 213 Nichtärztliche Praxisassistentinnen (NäPa) in 185 Arztpraxen beschäftigt. Die Zahl zeigt, dass Ärzte in unserem Bundesland Delegation nicht nur befürworten, sondern sie im Praxisalltag auch leben. Ganz anders sieht es aber mit einem anderen Berufsbild aus: Die Physician Assistants (PA), die mit ihrer Arbeit Ärzte in Praxen und Krankenhäusern entlasten könnten, sind landesweit noch immer eine Ausnahme.

Die Gründe dafür sind vielschichtig. Das Berufsbild hat sich in Deutschland noch nicht etabliert und Ärzte selbst sind zum Teil noch skeptisch, ob sie langfristig nicht doch durch eine „kos-

tengünstigere Alternative“ ersetzt werden sollen.

Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Landesärztekammer, hält solche Befürchtungen für unbegründet. Ärztliche Aufgaben werden nach seiner Überzeugung auch künftig von Ärzten erbracht. Um allein diese rein ärztlichen Aufgaben erfüllen zu können, müssen Ärzte nach seiner Ansicht aber dringend von anderen Aufgaben entlastet werden – und diese Chance bieten PA. Herrmann wirbt deshalb seit einigen Monaten dafür, dass Schleswig-Holstein eine eigene Ausbildungsstätte für PA aufbaut. Unterstützung bekam er dafür jüngst bei einer Veranstaltung im Kieler Lubi-

cus Clinicum, das sich in einem Symposium mit dem Thema beschäftigte. Dort sprach sich etwa der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Landtagsfraktion, Bernd Heinemann, für die PA-Ausbildung in Schleswig-Holstein aus. Denn dort, wo schon mit PA gearbeitet wird, sind die Erfahrungen positiv. Stefanie Kannert (Foto) aus dem Lubinus Clinicum etwa hat mit ihrer Arbeit nicht nur die Patienten, sondern auch die Ärzte in ihrem Krankenhaus überzeugt. Bedenken spüren PA dagegen immer da, wo Ärzte noch nicht mit ihnen zusammengearbeitet haben. Andere dagegen warten auf Entlastung.

► WEITER AUF SEITE 6



MIT EINER ANZEIGE ALLE ÄRZTE IM NORDEN ERREICHEN. KONTAKTIEREN SIE UNS FÜR EINE ANZEIGE, DIE IM HAMBURGER UND IM SCHLESWIG-HOLSTEINISCHEN ÄRZTEBLATT ERSCHEINT.



Fotos: axelbecker / photase.de - Floku / photase.de

**elbbüro** <sup>Ⓢ</sup>  
anzeigenagentur

Bismarckstr. 2 | 20259 Hamburg | fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | info@elbbuero.com | www.elbbuero.com

## „Arztwohl ist Patientenwohl!“

Seit Jahren ist P4P-Medizin ein heißes Thema: Bezahlung für die Vorstellung, der Arzt auf der Bühne, eine merkwürdige Sicht auf die Heilkunst. Glücklicherweise erweist sich dieser Ansatz von angeblicher Qualitätsevidenz des ärztlichen Handelns als nicht zielführend. Ganz anders die P4-Medizin und nicht damit zu verwechseln: Prävention, Personalisierung, Partizipation, Präzision – ein neuer, zukunftsorientierter Ansatz. Mit neuen diagnostischen Mitteln, insbesondere der Genomdiagnostik unter Verarbeitung großer Datenmengen, wird ein individuelles genetisches Profil erstellt und eine Genauigkeit erreicht, die bisher kaum vorstellbar war und zu präzisen Behandlungsoptionen führt. Die Therapien erfolgen nicht rein diagnosebezogen, sondern individuell an jeden einzelnen Patienten angepasst. Dies führt zu einer neuen Form der Einbeziehung des Patienten mit seiner aktiven Beteiligung an der Therapieentscheidung.

Voran steht jedoch die Vorbeugung. Diese war und ist ein Problemfall, da ihr zunächst das Attribut Krankheit fehlt und da sie irgendwie unbequem ist. Dabei steht sie am Anfang einer Kaskade, an deren Ende Krankheit und Leid stehen, was verhindert werden kann. Eine große Studie unter Versicherten einer Krankenkasse nennt alarmierende Daten: Zehn Prozent aller Beschäftigten in Schleswig-Holstein weisen einen riskanten Alkoholkonsum auf. Dabei spielt als Motiv der bessere Umgang mit schlechter Stimmung eine große Rolle, häufig bedingt durch belastende Arbeitssituationen. Diese kennen wir auch im Gesundheitswesen. Daher ist es wichtig, dass diese Problematik auf dem 122. Ärztetag thematisiert wurde: „Wenn die Arbeit Ärzte krank macht!“ In der Neuauflage des Genfer Gelöbnisses ist dieser Aspekt erstmalig aufgenommen: „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“ Arztwohl ist Patientenwohl!

Auch weiteren Risikofaktoren ist präventiv zu begegnen, sei es die Adipositas, andere Suchtformen, insbesondere die Spielsucht, und das Rauchen. Gerade bei letzterem zeigt sich der Zwiespalt zwischen wirkungsvoller Verhältnisprävention und Realität: Ein Tabakwerbeverbot wird seit Langem diskutiert, eine Entscheidung dazu immer wieder vertagt oder halbherzig angegangen. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein wird ab dem 31. Mai auch außerhalb ihres Gebäudes rauchfrei sein. Dieser Tag ist der Weltnichtrauchertag, wir wollen mit gutem Beispiel vorangehen und ein Zeichen setzen, Nachahmungen sind wünschenswert.

Freundliche Grüße  
Ihr

Dr. Henrik Herrmann  
PRÄSIDENT



„Auch weiteren  
Risikofaktoren  
ist präventiv zu  
begegnen.“

# Inhalt

<b>NACHRICHTEN</b>	<b>4</b>
BfArM mit aktualisierten Hinweisen	4
Bunt statt blau: 700 Teilnehmer in Schleswig-Holstein	4
Ärzte melden weniger Fälle von Windpocken	5
Höhere Gehälter für Ärzte in Henstedt-Ulzburg	5
Kurz notiert	5
<b>TITELTHEMA</b>	<b>6</b>
Physician Assistants: Nicht erkannte Entlastung	6
Symposium zu PA im Lubinus Clinicum	10
<b>GESUNDHEITSPOLITIK</b>	<b>12</b>
Deutscher Ärztetag in Münster: Die wichtigsten Beschlüsse	12
Interview: Dr. Thomas Schang zur Rolle der Ärztenetze	14
Mehr Aufklärung erforderlich: Suchtreport der DAK	16
Serie: Modelle für die ambulante ländliche Versorgung	18
Der neue MB-Landesvorsitzende Michael Wessendorf	20
<b>IM NORDEN</b>	<b>22</b>
Mehr als nur Pflicht: Nationale Impfkonzferenz	22
60-jähriges Jubiläum des Verbandes der Privatkliniken	23
Was Medizinstudierende vor dem PJ bewegt	24
Praxisnetz Kiel informierte über Organspenden	26
Symposium zum Krebscreening in Hamburg	27
Klinikclowns treffen Star in Kiel	28
Hausärztetag in Lüneburg	29
<b>PERSONALIA</b>	<b>30</b>
<b>MEDIZIN &amp; WISSENSCHAFT</b>	<b>33</b>
Das femoroacetabuläre Impingement im Profi-Fußball	33
Symposium zu Antibiotikaresistenzen	35
<b>RECHT</b>	<b>36</b>
Schlichtungsfall	36
Ärztliche Kritik am BSG-Raucherurteil	37
<b>FORTBILDUNGEN</b>	<b>38</b>
Termine	38
Symposium zu Neurodermitis in Kiel	39
<b>ANZEIGEN</b>	<b>41</b>
<b>TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM</b>	<b>50</b>

## BfArM mit aktualisierten Hinweisen

Die US-amerikanische Food and Drug Administration (FDA) hat alle Hersteller von chirurgischen Netzen zur Korrektur eines Beckenorganprolapses angewiesen, den Verkauf der Produkte umgehend einzustellen und alle Produkte vom US-amerikanischen Markt zurückzurufen. Die FDA begründete diesen Schritt damit, dass nicht genügend klinische Daten dafür vorliegen, dass der Nutzen dieser Produkte deren wahrscheinliches Risiko überwiegt. Das Unternehmen Boston Scientific hat entschieden, weltweit die nachfolgend aufgeführten Produkte für die transvaginale Korrektur eines Beckenorganprolapses zurückzurufen:

- ▶ Xenform™ Soft Tissue Repair Matrix
- ▶ Uphold™ LITE with Capio SLIM Vaginal Support System
- ▶ Polyform™ Synthetic Mesh
- ▶ Pinnacle™ LITE Pelvic Floor Repair Kit, Posterior.

Weitere Informationen hierzu finden sich auf der Webseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Das Institut warnt zu-

dem vor der Verwendung des chirurgischen Netzes Rebound HRD/HRD-V des Herstellers ARB Medical LLC (USA). Das Implantat dient der Behandlung abdominalen Hernien. Das BfArM informiert über mögliche Komplikationen, die bedingt durch Brüche einer Stützringkomponente aus Nitinol (Nickeltitanlegierung) auftreten können.

Dem BfArM liegen keine Vorkommismeldungen oder Hinweise auf eine Anwendung der Produkte im deutschen Markt vor. Aufgrund neuer Erkenntnisse, die einen indirekten Vertrieb der Produkte nach Deutschland nicht ausschließen lassen, hat sich das BfArM entschieden, vorsorglich zusätzlich über die Problematik zu informieren.

Das BfArM hat außerdem seine Empfehlung zum möglichen Zusammenhang zwischen Brustimplantaten und der Entstehung eines anaplastischen großzelligen Lymphoms (ALCL) aktualisiert. Auch zu den beiden letztgenannten Punkten finden sich nähere Informationen auf der Webseite. (RED)

## Siegerplakat zur Eigenverantwortung



Unter dem Motto „bunt statt blau“ haben sich in diesem Jahr fast 9.000 Schüler am Plakatwettbewerb der DAK Gesundheit gegen Komasaufen bei Jugendlichen beteiligt. Das beste Plakat aus Schleswig-Holstein stammt von der 16-jährigen Anna Krauß aus Lübeck, die sich landesweit gegen mehr als 700 Teilnehmer durchsetzte.

„Die Entscheidung trifft jeder Jugendliche selbst. Es ist mir wichtig zu zeigen, dass es immer eine Alternative gibt“, sagte die Schülerin über ihr Siegerplakat. Wie wichtig solche Präventionskampagnen sind, zeigen die aktuellen Zahlen zum Alkoholkonsum in Schleswig-Holstein (siehe Bericht auf Seite 16). Ein bis 2016 positiver Trend hat sich seitdem

in Schleswig-Holstein nicht fortgesetzt. „Kinder und Jugendliche müssen so gestärkt werden, dass sie selbst erkennen, dass sinnloses Betrinken weder cool noch schlau ist“, sagte Dominik Völk. Der Abteilungsleiter im Kieler Gesundheitsministerium vertrat bei der Preisverleihung den Schirmherren der Aktion, Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg. DAK-Landeschef Cord-Eric Lubinski verwies auf die hohe Zahl an Alkoholvergiftungen in Deutschland: 2017 kamen 21.721 Zehn- bis Zwanzigjährige volltrunken in eine Klinik. In Schleswig-Holstein waren es 681 und damit drei Prozent mehr als im Jahr zuvor. Lubinski ist sich sicher, dass das Thema über den Plakatwettbewerb in den Schulalltag getragen wird.

Die Plakate, die Schüler bei „bunt statt blau“ gestalten, sind für Gleichaltrige tatsächlich besonders eindrucksvoll, wie das Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in Kiel in einer Online-Studie herausfand. Demnach verstärken die von der Zielgruppe selbst erstellten Plakate die Wahrnehmung, dass Alkohol schädlich ist. Sie haben laut DAK eine stärker sensibilisierende Wirkung als traditionelle, eher an Erwachsene gerichtete Warnhinweise. Der mehrfach ausgezeichnete Plakatwettbewerb läuft mittlerweile seit zehn Jahren, mehr als 100.000 Schüler haben sich seitdem daran beteiligt. (PM/RED)

# Ärzte meldeten weniger Fälle von Windpocken



Windpocken wurden im vergangenen Jahr deutlich seltener gemeldet als noch in 2017. Landesweit sank die Zahl der Fälle um rund 13 Prozent.

Die Zahl der in Schleswig-Holstein gemeldeten Windpocken-Fälle ist im vergangenen Jahr deutlich gesunken – von 734 im Jahr 2017 auf 633 im Jahr 2018. Dies meldet die AOK Nordwest, die sich auf Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) stützt. Der Rückgang um 13 Prozent fiel im Norden deutlich stärker aus als im gesamten Bundesgebiet, wo die Zahl der Fälle um acht Prozent gesunken ist. Der gleiche Trend zeigte sich auch im ersten Quartal des laufenden Jahres. In Schleswig-Holstein sank die Zahl der gemeldeten Fälle gegenüber dem Vorjahreszeitraum um neun Prozent.

Die Krankenkasse appellierte in diesem Zusammenhang an ihre Versicherten, Kinder trotz der positiven Entwicklung gegen Windpocken impfen zu lassen. „Windpocken gehören zu den häufigsten Kinderkrankheiten und sind

äußerst ansteckend. Trotz sinkender Infektionsfälle raten wir dazu, insbesondere Kinder gegen Windpocken impfen zu lassen“, sagte der Vorstandsvorsitzende der AOK Nordwest, Tom Ackermann, laut Mitteilung seiner Krankenkasse. Er appellierte an die Eltern, sich mit dem Thema Impfen auseinanderzusetzen.

Die erste Varizellen-Impfung für Kinder wird von der STIKO im Alter von elf bis 14 Monaten empfohlen. Die zweite Impfung sollte im Alter zwischen 15 und 23 Monaten erfolgen. Die Impfungen können auch nachgeholt werden, wenn sie nicht im empfohlenen Alter erfolgt sind.

Laut RKI konnten bei den Schulinganguntersuchungen im Jahr 2017 nur 92,3 Prozent der Schulanfänger in Schleswig-Holstein die erste und 88,6 Prozent die zweite Impfung nachweisen. (PM/RED)

## Henstedt-Ulzburg erhöht Ärztegehälter

Die Ärztegewerkschaft Marburger Bund Schleswig-Holstein und die Klinikleitung der Paracelsus Kliniken Henstedt-Ulzburg haben sich nach Angaben des Krankenhauses bei den Tarifverhandlungen für tarifizierte Ärzte auf eine Lohnerhöhung um zehn Prozent bis Ende Juni 2021 in mehreren Schritten verständigt.

Eine zweistufige Steigerung von 4,5 Prozent sei in diesem Jahr vereinbart, 3,5 Prozent im nächsten Jahr und weitere 2,0 Prozent zum 1. Februar 2021, teilte die Klinik im Mai mit. „Angesichts der wirtschaftlichen Situation der Klinikgruppe stellt dieses Ergebnis sicher, dass

die Klinik in Henstedt-Ulzburg weiterhin attraktiv für bestehende Mitarbeiter ist, neue ärztliche Mitarbeiter gewinnen kann und gleichzeitig ihre Wettbewerbsfähigkeit aufrechterhalten kann“, teilte die Klinik mit. Die Verhandlungen zum Manteltarifvertrag, etwa zum Umgang mit flexiblen Arbeitszeitmodellen und Rufbereitschaftsdiensten, zur Höhe der Nachtarbeitszuschläge oder zur Begrenzung der Wochenarbeitszeit sollen bis Ende des Jahres abgeschlossen sein.

Paracelsus beschäftigt nach eigenen Angaben rund 4.500 Mitarbeiter an bundesweit 36 Einrichtungen an 19 Standorten. (PM/RED)

## KURZ NOTIERT

### Regio Kliniken zentrieren weiter

Die Regio Kliniken verstärken ihre Strategie, Leistungen zentriert anzubieten. Die Abteilung für Gynäkologie soll ab 1. Oktober ausschließlich von Pinneberg aus arbeiten und dort erweitert werden. Betroffen ist die Klinik für Gynäkologie am Standort Elmshorn. Deren Chefärzt Dr. Christian Wilke bezeichnete die Bündelung laut Regio-Mitteilung als „logischen Schritt“. Wilke wird künftig als leitender Arzt der Mammadiagnostik und stellvertretender Leiter des Brustzentrums in Pinneberg tätig sein. Chefärzt der Pinneberger Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe ist Dr. Peter Paluchowski. Auch elektive Endoprothetik-Eingriffe sollen künftig in Pinneberg gebündelt werden. In Elmshorn sollen dagegen die Gefäßchirurgie und die Thoraxchirurgie ausgebaut werden. Dort soll im kommenden Jahr außerdem ein überregionales Lungenzentrum entstehen. (PM/RED)

### Digitale Wunddokumentation

Die Westküstenkliniken dokumentieren Wunden seit Kurzem mittels iPads, mit denen alle Stationen in Heide und Brunsbüttel ausgestattet wurden. Wunden werden von den Pflegekräften nun mit dem Tablet fotografiert und die Aufnahmen anschließend drahtlos der Krankenakte des Patienten zugeordnet. Bislang mussten die mit Kameras aufgenommenen Bilder über einen Spezialdrucker ausgedruckt und in Papierform der Krankenakte zugeordnet werden. Eine App auf dem iPad unterstützt auch beim Ausfüllen der Wunddokumentation. Je Patient beziffert die Klinik die Zeitersparnis über den elektronischen Weg auf zehn Minuten. Allein in der Notaufnahme des WKK werden täglich ein bis zwei Patienten mit offenen Wunden behandelt. Geplant ist auch, über iPad künftig direkt am Krankenbett Blutdruck oder Blutzuckerwerte in die 2017 eingeführte elektronische Patientenakte einzutragen. (PM/RED)

### Viele Arztkontakte im Norden

16,7 Arztkontakte hatten die Menschen in Schleswig-Holstein nach Angaben des Barmer Arztreports im Jahr 2017. Damit liegen sie laut Krankenkasse bundesweit an der Spitze. Mit 13,9 die wenigsten Arztkontakte haben Patienten in Brandenburg und Sachsen. Am seltensten sind junge Männer im Alter von 20 bis 24 Jahren beim Arzt, bei den weiblichen Patienten ist dies die Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen. Am häufigsten aufgesucht wurden Hausärzte, die von 64 Prozent der Versicherten in Anspruch genommen wurden. Es folgen hausärztlich tätige Internisten (30 Prozent) und Frauenärzte sowie Augenärzte (jeweils 25 Prozent). Insgesamt waren 93 Prozent der Schleswig-Holsteiner im Jahr 2017 in ambulanter ärztlicher Behandlung. Weshalb die Schleswig-Holsteiner häufiger Arztkontakt haben als Menschen in anderen Bundesländern, lässt sich aus dem Report nicht ableiten. (PM/RED)

### DWD mit Gesundheitsinformationen

Der Deutsche Wetterdienst (DWD) bietet Informationen, die für die Gesundheit relevant sein können und die von Ärzten und Patienten kostenfrei abonniert werden können. Außer auf Hitze, Kälte oder Pollenflug verweist der DWD auch auf spezifische Wetterlagen, die für Patienten mit Asthma, Migräne, Rheuma und kardiovaskulären Erkrankungen von Bedeutung sein können. Nähere Informationen hierzu bietet die Webseite [www.dwd.de/gesundheitsinformationen](http://www.dwd.de/gesundheitsinformationen). Außerdem können kostenlose Mail-Newsletter abonniert werden. (PM/RED)

## DELEGATION

# Entlastung für Ärzte in Sicht

Wenig bekannt, noch längst nicht von allen akzeptiert: Physician Assistants (PA) sind in Kliniken und Praxen noch die Ausnahme. Ziel: Entlastung der Ärzte.



PA Stefanie Kannert und Dr. Jörg Löwe aus dem Lubinus Clinicum. Der Arzt hatte sich Klinikintern dafür eingesetzt, dass man auf PA setzt – heute ist das Krankenhaus froh über diesen Schritt.

Trotz des sperrigen Namens kann fast jeder Arzt mittlerweile etwas mit dem Begriff der Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (NäPa) anfangen. Die weitergebildeten Medizinischen Fachangestellten (MFA) übernehmen vielfältige Aufgaben in der ambulanten Versorgung, sind bei den Patienten beliebt und entlasten die Ärzte. Diese Entlastung erhoffen sich viele auch von den Physician Assistants (PA). Dass das auf breiter Front noch nicht eingetreten ist, liegt nicht nur an dem ebenfalls gewöhnungsbedürftigen Namen. PA waren auch vielen Ärzten lange Zeit suspekt und die Akzeptanz ist auch heute noch ausbaufähig. In Deutschland gibt es noch immer nur einige hundert PA, die vorwiegend im stationären Bereich eingesetzt werden. Der Bedarf wird dagegen auf eine fünfstelligen Zahl, rund 10.000, geschätzt. Im ambulanten Bereich, obwohl nach Meinung einiger Allgemeinmediziner dringend erforderlich, findet man sie bislang praktisch gar nicht.

Unter schleswig-holsteinischen Krankenhäusern gibt es inzwischen einige wenige, die den Einsatz von PA testen, andere wissen die Vorzüge schon länger zu schätzen. Seit 2008 arbeitet die gelernte Krankenschwester Stefanie Kannert als PA im Kieler Lubinus Clinicum. Die Patienten haben auf sie von Beginn an positiv und aufgeschlossen reagiert, berichtet sie: „Patienten möchten mehr darüber erfahren und nachdem ich ihnen erklärt hatte, was das genau ist, waren alle begeistert und fanden es eine gute Idee. An meiner Kompetenz wurde nie gezweifelt.“ Ganz anders auf ärztlicher Seite – dort gab es zu Beginn ihrer Tätigkeit viele Widerstände: „Die Angst, dass ich den Ärzten die Arbeit wegnehme, war ziemlich deutlich zu spüren.“ Kannert berichtet aber auch, dass die meisten Ärzte in ihrem Krankenhaus schnell gemerkt haben, dass sie durch die Zusammenarbeit mit der PA mehr Zeit für andere Dinge haben. „Ich kann ja auch nicht alle Arzt Tätigkeiten übernehmen, sodass die Angst, Ärzte würden nutzlos werden, schnell verging“, sagt Kannert. Inzwischen hört sie Bedenken von Ärzten ausschließlich unter denen, die noch nie mit einem PA gearbeitet haben, und auch das sei deutlich weniger geworden.

Ebenfalls der einzige PA in seinem Krankenhaus ist bislang Maciej Chalubowicz. Er arbeitet am Klinikum Itzehoe und hat vor seiner Ausbildung zum PA an der Steinbeis Hochschule in Berlin eine Ausbildung zum Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege absolviert. Er lobt das „hohe theoretische Ausbildungsniveau“ an der Hochschule und sagt: „Gefehlt hat mir nichts.“ Patienten reagieren nach seinen bisherigen Erfahrungen ausgesprochen posi-



PA Stefanie Kannert bei der Arbeit am Krankenbett: Die gelernte Krankenschwester war 2008 eine der ersten Physician Assistants in Schleswig-Holstein.

tiv auf den Mann mit dem für die meisten unbekanntesten Berufsbild. Zunächst wird er von den meisten Patienten als Assistenzarzt wahrgenommen, berichtet er auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. „Nachdem ich den Patienten erklärt habe, wie meine Ausbildungslaufbahn war, bekomme ich oft als Antwort zu hören: Man merkt, dass Sie schon länger am Patienten gearbeitet haben.“

Auch von den Ärzten in Itzehoe wird der PA nach eigener Wahrnehmung positiv aufgenommen. „Ich werde von ihnen wie ein ärztlicher Kollege behandelt“, sagt Chalubowicz.

Bleibt der ungewohnte englische Name, den Patienten nur in Ausnahmefällen schon einmal gehört haben. Kannert und Chalubowicz halten den Namen beide dennoch für gut gewählt, weil er international gebräuchlich ist. Einheitlicher Name, einheitliche Kompetenz und Wissensgrade – aus ihrer Sicht ein Argument für die Beibehaltung des international gebräuchlichen Begriffs. Auch Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, hält nichts von einer Änderung etwa in den für jeden Patienten verständlichen Begriff „Arztassistent“: „Wir haben schon den Assistenzarzt, das würde zu einer Verwechslung führen und die Akzeptanz erschweren“, gibt Herrmann zu bedenken. Und gerade die Akzeptanz, das hat er aus vielen Gesprächen mit Kollegen erfahren, ist noch nicht auf breiter Front so vorhanden, wie es die beiden PA aus ihren Krankenhäusern berichten. Herrmann versteht zwar die Vorbehalte, will diese aber abbauen. Mehr noch: Sein Ziel ist es, dass PAs schon im nächsten Jahr in Schleswig-Holstein ausgebildet werden.

## INTERVIEW

**Frau Kannert, warum haben Sie sich für die Weiterqualifizierung zur PA entschieden?**

**Stefanie Kannert:** Ich bin ein sehr neugieriger Mensch und liebe die Herausforderung. Es hat mich einfach gereizt, etwas Neues auszuprobieren.

**Wie teuer war Ihre Ausbildung und wer hat bezahlt?**

**Kannert:** Die Ausbildung kostete 18.000 Euro Studiengebühr, sprich 500 Euro monatlich. Hier wurde die Hälfte durch das Lubinus Clinicum bezahlt, die andere habe ich selbst finanziert. Zusätzlich kamen noch die „Personalkosten“ für mich dazu, wenn ich zum Unterricht wegefahren bin, etwa eine Woche pro Monat. Die Fahrtkosten und die Hotelkosten durfte ich ebenfalls über das Lubinus Clinicum abrechnen.

**Was schätzen Sie an der Ausbildung und was hat Ihnen gefehlt?**

**Kannert:** Ich liebte die unterschiedlichen Einsatzorte und den Erfahrungsaustausch. Da mein Kurs ja noch einer der ersten war, gab es hier noch kein strukturiertes Curriculum. Aber wir durften Ideen zu Themen, die für uns wichtig waren, mitteilen und dann wurde versucht, das in einer der nächsten Unterrichtseinheiten umzusetzen. Zum Beispiel die Nahttechniken. Da wir ja auch im OP assistieren sollten, war es notwendig zu wissen, wie die unterschiedlichen Nahttechniken funktionieren. Dazu haben wir dann einen praktischen Kurs erhalten, nachdem wir die Bitte geäußert hatten. Was mir gefehlt hat? Zeit zum Lernen und Zeit für die Studienarbeiten und die Bachelor-Thesis. Ich würde nie wieder das Studium in Vollzeit machen, sondern in dieser Zeit meine Arbeitszeit auf Teilzeit reduzieren.

**Mit wie vielen PA-Kollegen arbeiten Sie derzeit in der Klinik und brauchen Sie weitere?**

**Kannert:** Im Moment bin ich als einzige PA im Lubinus Clinicum. Ich denke aber schon, dass der Bedarf besteht, hier noch weitere einzustellen.

**Vielen Dank für das Gespräch.**



Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, erhofft sich von einem stärkeren Einsatz von Physician Assistants (PA) eine Entlastung für Ärzte. Er setzt darauf, dass es ab dem kommenden Jahr eine Ausbildungsmöglichkeit in Schleswig-Holstein gibt.

*„Wir sprechen über Fachkräfte, die mitten im Berufsleben stehen und schon eine Ausbildung zur Pflegekraft, zur MFA oder zum Notfallsanitäter absolviert haben“*

DR. HENRIK HERRMANN



Bernd Heinemann, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD Landtagsfraktion, begrüßt den Einsatz von PA. Die Idee, diese in Schleswig-Holstein auszubilden, stößt bei ihm auf Zustimmung.

Dass es Berufe, an die Ärzte Aufgaben delegieren können, auch weiterhin schwer haben werden, zeigte erst vor wenigen Wochen eine Äußerung von Prof. Frank Ulrich Montgomery, der damals noch Präsident der Bundesärztekammer war. In seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Weltärztebundes hatte Montgomery die Regierungen der Staatengemeinschaft aufgerufen, den Ärztemangel ernst zu nehmen und mehr Mediziner auszubilden. „Die Patienten-Arzt-Beziehung erfordert einen Arzt, nicht einen Ersatz oder Stellvertreter“, wird er im Deutschen Ärzteblatt zitiert. Montgomery bezeichnete bei der Tagung des Weltärztebundes in Tel Aviv den Zugang zu einem voll ausgebildeten Arzt als grundlegendes Menschenrecht. Nur in Fällen, in denen es keinen Arzt gebe, könne es hilfreich sein, Pflegekräfte zu haben, „um die Lücke so gut wie möglich zu schließen“. In Fällen, in denen auch kein Pflegepersonal verfügbar sei, müssten kommunale Mitarbeiter des Gesundheitswesens grundversorgende Aufgaben übernehmen. Den Ländern warf Montgomery vor, sich statt für die Ausbildung von Ärzten für „kostengünstigere Alternativen“ zu entscheiden.

Den PA als „Stellvertreter“, „Ersatz“ oder „kostengünstige Alternative“ zu

bezeichnen, ist nach Ansicht von Schleswig-Holsteins Kammerpräsident Dr. Henrik Herrmann nicht geeignet, den beiden Berufsgruppen zu einem guten Miteinander und zu einer sinnvollen Aufgabenteilung zu verhelfen.

Er erklärt den fehlenden Enthusiasmus unter seinen Berufskollegen für das Berufsbild PA auch mit den Erfahrungen aus der Zeit der sogenannten „Ärztenschwemme“, in der die Ärzteschaft zahlreiche, auch berufsfremde Aufgaben übernommen habe. Er hält Befürchtungen, Ärzte könnten durch „kostengünstigere Alternativen“ ersetzt werden, für unbegründet. Die tatsächlichen ärztlichen Aufgaben, so Herrmann im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt, werden auch künftig ausschließlich von Ärzten erbracht. Zugleich warnt er davor, den PA als „Ersatz“ abzuqualifizieren. „Wir sprechen über Fachkräfte, die mitten im Berufsleben stehen und schon eine Ausbildung zur Pflegekraft, zur MFA oder zum Notfallsanitäter vorweg absolviert haben und sich dann einem Bachelor-Studien-gang unterzogen haben“, sagt Herrmann mit Verweis auf die Qualifikation der PA.

Er empfiehlt, sich stärker mit der Perspektive zu beschäftigen, dass Ärzte künftig ihre Kernkompetenz im Aus-

2005

In diesem Jahr startete der erste Ausbildungsjahrgang in Deutschland zum PA an der Steinbeis Hochschule Berlin, damals mit zwölf Studierenden.



tausch mit anderen Gesundheitsberufen einbringen. Einer, der das frühzeitig gemacht hat, ist Dr. Jörg Löwe aus dem Lubinus Clinicum. Er ist eine Art Mentor von Stefanie Kannert gewesen und hat vor über zehn Jahren maßgeblich dazu beigetragen, dass seine Kollegen im Krankenhaus die anfängliche Skepsis überwinden. Es sind solche Erfahrungen, aber auch der Beschluss des Deutschen Ärztetages aus dem Jahr 2017, die Herrmann Mut machen.

Der Beschluss des 120. Deutschen Ärztetages in Freiburg billigt das von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeitete Delegationsmodell Physician Assistant zur Arztentlastung und -unterstützung ausdrücklich. „Es soll in allen Landesärztekammern, in denen entsprechende Studiengänge existieren oder eingerichtet werden, als Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Hochschulen dienen“, heißt es im Beschluss. Der Ärztetag damals verstand das Konzept des PA als „konstruktiven Beitrag der Ärzteschaft zu einer sinnvollen Weiterentwicklung der Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen angesichts der Herausforderungen in der Patientenversorgung“. Es orientiere sich an Vorgaben vorheriger Ärztetage zur Kooperation und Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen. Es wurde im Beschluss auch noch einmal klargestellt: „Diagnose- und Indikationsstellung, Therapiehoheit und die Gesamtverantwortung für den Behandlungsprozess sind Aufgaben des Arztes. Das Tätigkeitsprofil des PA ist am tatsächlichen Versorgungsbedarf, an den Erfordernissen des Arbeitsmarktes und den Zielvorstellungen eines ärztlich geleiteten multiprofessionellen Teams ausgerichtet.“

Ein Jahr später auf dem Deutschen Ärztetag in Erfurt wurden Anbieter der Ausbildung dann noch einmal aufgefordert, den Zugang zum Studium nur aufbauend auf einer vorherigen abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsfachberuf und nicht als grundständiges Studium zuzulassen, was nicht an jedem Studienstandort begrüßt wird. Die mehrfache Beschäftigung mit dem Thema auf Deutschen Ärztetagen zeigt zwar, dass das Thema in der Standespolitik angekommen ist, alle Bedenken aber sind deswegen nicht ausgeräumt.

Dass viele Ärzte noch verhalten reagieren, liegt aber nicht nur an Vorbehalten von standespolitischer Seite, sondern auch an den geringen Erfahrungen mit PA. Deutlich mehr Erfahrungen haben die USA mit diesem Berufsbild gesammelt. Dort werden sie schon seit den sechziger Jahren ausgebildet. Ziel ist dort von Beginn an, den Arzt durch Übernahme technischer Aufgaben wie Lumbalpunktion, Nähen und Intubation zu unterstützen. Das setzte sich durch.

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants (DGPA) gab es Mitte der 80er Jahre in den USA bereits 76 Programme, zwanzig Jahre später konnten Interessierte dann schon aus 136 akkreditierten Ausbildungsprogrammen auswählen. In Deutschland startete die erste Ausbildung erst Ende 2005 an der Steinbeis Hochschule Berlin mit zwölf Studierenden. Sie hatten eine Berufsausbildung im Bereich Pflege oder in einem medizinischen Assistenzberuf (etwa OTA oder MTA) abgeschlossen. Dies ist vorgeschrieben und aus Sicht Herrmanns auch unverzichtbar. Heute werben weitere Einrichtungen in Deutschland damit, PA auszubilden. Neben Steinbeis sind dies u. a. die

- ▶ Staatliche Studienakademie Plauen in Sachsen,
- ▶ die duale Hochschule Baden-Württemberg in Karlsruhe,
- ▶ die Hochschule Döpfer in Köln und Regensburg,
- ▶ die Carl Remigius Medical School in Frankfurt, München und Hamburg
- ▶ die SRH Hochschule für Gesundheit, die diesen Studiengang gerade vorbereitet.

Ob diese und nicht genannte Ausbildungsstätten ausreichen, um den tatsächlichen Bedarf abzudecken, bezweifelt Herrmann. Insbesondere, um die ausgebildeten Kräfte auch im Norden zu halten und den Interessenten eine wohnortnahe Ausbildung zu bieten, setzt er sich für eine Schule in Schleswig-Holstein für PA ein. Unterstützung erhält er dabei u. a. vom gesundheitspolitischen Sprecher der SPD-Landtagsfraktion, Bernd Heinemann (SPD) (siehe Bericht auf den Seiten 10 und 11). Damit stößt er aber auch in der Pflege nicht überall auf Zustimmung. Dort sind Vorbehalte mindestens so ausgeprägt wie in der Ärzteschaft – und nach Ansicht Herrmanns ebenfalls unbegründet. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die hohe, wenn auch nicht ausreichende Zahl an Pflegekräften in Deutschland und die vergleichsweise niedrige Zahl an PA, für die ein Bedarf gesehen wird. Er gibt zu bedenken, dass nur ein Teil der PA aus dem Pflegebereich generiert wird, da mehrere Berufe als Grundlage für das Bachelor-Studium gelten. „Wer sich aus der Pflege heraus für die PA-Tätigkeit entscheidet, würde sonst einen anderen Weg einschlagen. Aber er oder sie würde nicht in der pflegerischen Versorgung bleiben“, ist sich der Präsident der Ärztekammer sicher. Dennoch sind aus den Reihen der Pflege mehrheitlich skeptische Stimmen über PA zu hören. Physician Assistants wie Stefanie Kannert und Maciej Chalubowicz werden noch viel Überzeugungsarbeit in den Krankenhäusern leisten müssen.

DIRK SCHNACK

## FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL

Sie möchten delegationsfähige Leistungen in der ambulanten Praxis selbstständig übernehmen und den Arzt dadurch entlasten? Durch das Absolvieren dieser Weiterbildung tragen Sie dazu bei, die qualitativ hochwertige ambulante Versorgung zu sichern.

21./22. JUNI	Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen
30./31. AUGUST	Geriatrische Syndrome und Krankheitsfolgen im Alter / Diagnoseverfahren
7. SEPTEMBER	Grundlagen der Arzneimittelkunde und -versorgung älterer Menschen
13./14. SEPTEMBER	Psychosomatische und psychosoziale Versorgung
14. SEPTEMBER	DMP – Medizinische Dokumentation
18./19. OKTOBER	Grundlagen der Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen
26. OKTOBER	Modernes Wundmanagement
1./2. NOVEMBER	Professionell kommunizieren und motivieren
2. NOVEMBER	Hausbesuche und Versorgungsmanagement
8./9. NOVEMBER	Rechtliche Grundlagen zum Einsatz von Telemedizin und der Nicht-ärztlichen Praxisassistenten
15./16. NOVEMBER	Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten

## Kontakt

Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
 Telefon 04551 803 700  
 E-Mail [akademie@aeksh.de](mailto:akademie@aeksh.de)  
[www.aeksh.de/mfaota/weiterbildung/nicht-aerztlicher-praxisassistent](http://www.aeksh.de/mfaota/weiterbildung/nicht-aerztlicher-praxisassistent)

PA

# Die Einsicht wird größer

**Symposium im Kieler Lubinus Clinicum zu PA: Gute Erfahrungen mit dem Beruf, bislang aber keine Ausbildungsmöglichkeiten in Schleswig-Holstein.**

Es ist längst kein Geheimnis mehr: Der Fachkräftemangel nimmt zu und betrifft auch die Gesundheitsbranche, sowohl in der Pflege als auch im ärztlichen Bereich. Insbesondere für ländliche Regionen werden Ärzte gesucht. „Wir brauchen dringend neue Konzepte zur Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität“, fordert Johann Georg Philipp Lubinus, Medizinischer Vorstand der Kieler Lubinus-Stiftung. Aus diesem Grund war sein Haus vergangenen Monat Gastgeber für ein Symposium, das sich der Suche nach solchen neuen Konzepten widmete.

Im Mittelpunkt der Tagung stand das Modell des Physician Assistant (PA), das wie so manches, was neu ist, aus den USA kommt. Gemeint sind damit wörtlich übersetzt Arzt-Assistenten, aber eben keine Assistenzärzte, betonte Prof. Tom Karbe vom Lehrstuhl für Physician Assistants am Steinbeis-Transfer-Institut Medicine and Allied Health in Berlin: „Der Physician Assistant ist kein Arzt.“ Insofern gibt es laut Karbe zunächst vieles, was ein PA nicht darf. Selber operieren, eigenständig Diagnosen stellen oder Therapien und Medizin verordnen, all das ist und bleibt allein in der Zuständigkeit approbierter Ärzte.

Wohl aber können die Arzt-Assistenten, von denen es in den USA bereits mehr als 140.000 gibt, nach Karbes Überzeugung enorm wichtige Unterstützung leisten. Das Steinbeis-Transfer-Institut bildet in Berlin und Hamburg Physician Assistants aus und erreicht mit diesem Angebot schon wegen entsprechender Zugangsvoraussetzungen durchweg Teilnehmer mit einschlägiger Berufserfahrung. Zumeist entscheiden sich Pflegekräfte oder Rettungssanitäter, die beruflich weiterkommen wollen, für das sechs Semester umfassende berufsbegleitende Studium und bringen nach ihrem Abschluss von Anfang an erhebliche Kompetenzen mit, egal, ob es um die

allgemeine Diagnostik, spezielle Techniken wie Endoskopie, um Intensivmedizin, Schmerzmanagement oder Wundversorgung geht. „98 Prozent gehen nach dem Studium dorthin, wo sie hergekommen sind, aber mit mehr Kompetenz“, brachte es Karbe auf den Punkt. Nur selten kommt es demnach vor, dass jemand, der in der Unfallchirurgie tätig war, später in die Onkologie wechselt. Wer einen PA an seiner Seite weiß, darf sich aufgrund dieser hohen Kompetenz nach Überzeugung des Experten in aller Regel glücklich schätzen: „Der Arzt kann sich dann auf seine originären Aufgaben konzentrieren.“

Gleichwohl hat die hiesige Heilkunde lange gefremdelt mit diesem im Grunde gar nicht mehr so neuen Berufsbild. Erste Regungen Richtung Physician Assistants gab es bereits im Jahr 2005, es dauerte dann aber bis 2017, ehe sich die Deutsche Ärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu einer grundsätzlichen Befürwortung durchringen. Nicht zuletzt aus diesem Grund hält sich hierzulande die Zahl dieser Assistenten in überschaubaren Grenzen. Gerade einmal 450 gibt es derzeit nach Schätzung Karbes, und so gut wie alle von ihnen sind in Kliniken tätig.

Früher als andernorts öffnete sich die Ärzteschaft in Schleswig-Holstein für das neue Berufsbild. „Wir brauchen alles“, betonte denn auch Kammerpräsident Dr. Henrik Herrmann und ergänzte, dass letztlich jeder Beitrag zu begrüßen sei, der zur Stabilisierung und Stärkung des Gesundheitswesens führt. Unbegründet ist dabei aus seiner Sicht die Sorge, dass auf breiter Front vordringende PAs womöglich eines unschönen Tages als günstigere Alternative die Ärzte verdrängen könnten.

Tatsächlich sieht es zugespitzt formuliert eher so aus, dass es kaum Ärzte gibt, die überhaupt verdrängt werden könnten. Das jedenfalls geht aus dem



Johann Georg Philipp Lubinus fordert Lösungen für den Ärztemangel: „Wir brauchen neue Konzepte.“

## 75

MFA beschäftigt das MVZ in Papenburg. Viele davon würde der MVZ-betreibende Hausarzt Dr. Volker Eissing gerne zu PA ausbilden, um noch mehr delegieren zu können.

Symposiumsbeitrag von Wilhelm Wolken hervor, der über das mühsame Geschäft berichtete, abseits der Großstädte qualifiziertes Personal zu finden. Wolken ist Geschäftsführender Verwaltungsdirektor des Ludmillenstifts Meppen, das für 20 Abteilungen 420 Betten vorhält und mit 650 Pflegekräften sowie 186 Ärzten arbeitet. Das ärztliche Personal kommt nach seinen Angaben mittlerweile aus mehr als 20 verschiedenen Nationen, zwei Drittel der Assistenzärzte stammen nicht aus Deutschland. Fachlich klappt es laut Wolken mit den im Ausland angeworbenen Fachkräften zwar überwiegend gut, sprachlich jedoch treten in den ersten zwei bis drei Jahren oft Probleme auf. „Das kann dann sehr viel Arbeit machen, wenn es um Arztbriefe geht“, berichtete der Klinikleiter aus dem Emsland. Auch die

Kommunikation mit den Patienten gestaltet sich dann teils nicht gerade einfach.

Mit konventionellen Mitteln lässt sich die angespannte Personalsituation nach Wolkens Überzeugung nicht kurzfristig und noch nicht einmal mittelfristig verbessern: „Selbst wenn heute die Zahl der Medizin-Studienplätze verdoppelt würde, hätten wir in zehn Jahren immer noch nichts davon.“ Hoffnungen setzt das Ludmillenstift aber auf die Physician Assistants. Drei davon sind in dem Klinikum bislang tätig, doch ist man nach den Worten des Geschäftsführers „kräftig dabei, das weiter zu erhöhen und alle Abteilungen mit solchen Fachkräften zu versorgen.“ Mit den bisherigen Assistenten, so betonte der Referent, gebe es ausnahmslos beste Erfahrungen. Hellauf begeistert sind demnach besonders die Ärzte, die sich über kompetente Entlassung freuen. Teils reserviert sind die Reaktionen dagegen im Pflegebereich, und das aus Gründen, die Wolken verstehen kann: „Bei den Leuten, die PA studieren, handelt es sich schließlich um Kräfte, die auch in der Pflege richtig wertvoll sind.“ Unterm Strich aber ist der Verwaltungsdirektor überzeugt, dass sich sein Haus mit der verstärkten Hinwendung zum Physician Assistant „genau auf dem richtigen Weg“ befindet.

Bislang spielen PA im stationären Bereich nur eine kleine, im ambulanten Bereich fast gar keine Rolle. Dabei scheint der Bedarf an solchen Assistenzkräften in ländlichen oder besser gesagt nicht großstädtischen Regionen sogar noch größer. Dr. Volker Eissing war einmal normaler Hausarzt und ist heute Leiter des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) Papenburg, das mit ihm und einem weiteren Hausarzt sowie sage und schreibe 75 weiblichen und männlichen Arzthelfern 8.300 Patienten betreut. Nur 913 pro Arzt sollten es nach den Richtwerten in Niedersachsen sein. Doch hat Eissing im nahen und auch nicht mehr so nahen Umfeld so gut wie keine Kollegen mehr. Oldenburg, die nächste Großstadt, hat mit 160.000 Einwohnern zwar nur halb so viele wie der Kreis Papenburg, dafür aber doppelt so viele Ärzte. Will man auf dem Land den Patienten nicht enorme Entfernungen und lange Wartezeiten zumuten, stellt sich aus Sicht Eissings eine entscheidende Frage: „Was kann man verantwortlicherweise delegieren?“

Diese Frage haben Eissing und seine Mitstreiter beantwortet. Zahlreiche Helferinnen und Helfer erfüllen in der Großpraxis Sonderaufgaben, haben sich auf Geriatrie, Bluthochdruck, Atemwegserkrankungen, Wundversorgung, Schmerzmanagement und andere Bereiche spezialisiert. Als der Hausarzt erzählte, dass in seinem Versorgungszentrum unter anderem 143 MS-Patienten betreut werden, ging ein Raunen durch den



Prof. Tom Karbe vom Lehrstuhl für Physician Assistants am Steinbeis-Transfer-Institut Medicine and Allied Health in Berlin: „Der Physician Assistant ist kein Arzt“. Karbe machte im Symposium am Lubinus Clinicum deutlich, wie PA ausgebildet werden. Ärzte können nach seiner Überzeugung von PA an ihrer Seite profitieren, weil sie sich dann auf ihre Kernkompetenzen konzentrieren könnten.

Saal. Überhaupt gewannen die Zuhörer den Eindruck, als sei eher von einer kleinen Klinik als von einer Hausarztpraxis die Rede.

Falsch ist dieser Eindruck nicht, und er beruht auch nicht auf Wunderwerken. „Hausärztliche Versorgung funktioniert bei uns nur durch konsequente Delegation“, beschrieb Eissing das maßgebliche Prinzip und verhehlte nicht, dass sich diese Vorgehensweise immer wieder in rechtlichen Grauzonen abspielt.

Genau vor diesem Hintergrund würde das MVZ Papenburg liebend gern Physician Assistants beschäftigen beziehungsweise einen Teil der vorhandenen Kräfte dazu weiterbilden. Dies ergäbe dann aus Eissings Sicht eine juristisch saubere Kette vom Arzt über den PA bis zu den Medizinischen Fachangestellten.

Doch woher sollen die Assistenten überhaupt kommen? Stefanie Kannert bestätigt, wie berechtigt diese Frage ist. Im Jahr 2008 war sie die erste Physician Assistant im Lubinus-Clinicum, und obwohl es nach ihrer eigenen Einschätzung und ebenso nach Meinung der Ärzte hervorragend läuft, ist sie immer noch die einzige. Der schlichte Grund: Stefanie Kannert musste die Präsenzzeiten ihres Studiums am Steinbeis-Institut in Berlin absolvieren, und an dieser Situation hat sich bis heute nicht viel geändert. Weil es in Schleswig-Holstein keine Ausbildungsstätte für Physician Assistants gibt und die Weiterbildungswilligen oft schon Familie haben oder in anderer Weise gebunden sind, ist entsprechendes Personal mehr als dünn gesät.

Bernd Heinemann, gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Fraktion im Landtag, sprach sich denn auch dafür aus, dass sich daran alsbald etwas ändern soll. Konkret regte er an, eine der Fach-



Dr. Volker Eissing ist Facharzt für Allgemeinmedizin und leitet das MVZ Papenburg. Er möchte Aufgaben an PA delegieren.

hochschulen im Land für diesen Studiengang zu gewinnen.

Eine andere Möglichkeit bestünde darin, einer anderen Hochschule mit PA-Studiengang zu erlauben, in Schleswig-Holstein eine sogenannte Dependence zu gründen. Für die Theorie-Blöcke könnte dann gewissermaßen eine wohnortnahe Filiale genutzt werden, ohne dass ein aufwendiges Zertifizierungsverfahren für einen neuen Studiengang nötig wäre.

Ginge es nach Ärztekammer-Präsident Dr. Herrmann, würde es mit der im Land verwurzelten Ausbildung von Physician Assistants jedenfalls schon im Jahr 2020 losgehen. Nach seiner Überzeugung wird es einfach höchste Zeit dafür: „Die Einsicht wird immer größer, dass es so nicht weitergeht.“

1 PA beschäftigt das Kieler Lubinus Clinicum. Bei einer Ausbildungsstätte in Schleswig-Holstein, so die Erwartung von Experten, könnte die Zahl der PA in Schleswig-Holstein steigen.

DEUTSCHER ÄRZTETAG

# Große Bühne, große Schlagzahl

**Dr. Klaus Reinhardt zum Nachfolger von Prof. Frank Ulrich Montgomery gewählt. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hält an seinem Kurs fest.**

**O**rt und Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Ärztetags haben immer Symbolcharakter: das Kieler Schloß, die Rosstocker Werft, das Erfurter Fußballstadion und diesmal die Münsteraner Messehalle.

Aufgebaut war eine große Bühne, auf der sich das Solistenquartett des westfälisch-lippischen Ärzteorchesters in der Ecke fast verlor. Nur bei der Drumband füllte sich die Bühne einigermaßen: Die neun Trommler wirbelten akrobatisch und perfekt aufeinander abgestimmt, die Schlägel wurden wie Zauberstäbe in hoher Schlagzahl bewegt.

Ein passender Rahmen für die Redner, deren Worte in gleicher Weise wirbelten: die Ouvertüre durch den gastgebenden Präsidenten der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Theodor Windhorst. Er zitierte aus der Eröffnungsrede von Prof. Jörg-Dietrich Hoppe zwölf Jahre zuvor in Münster, die bis heute Aktualität hat: Eingriffe des Staates, wirtschaftlicher Druck – die gleichen Themen auch heute.

Der scheidende Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Frank Ulrich Montgomery, spannte den großen Bogen von Europa nach Deutschland, von einem Gesetz zum nächsten. TSVG, Gematik, Psychotherapeutengesetz, Hebammen-Gesetz, Impfgesetz, E-Health-Gesetz – nur um einige zu nennen, die Schlagzahl war auch hier hoch. Teils Zustimmung, teils Ablehnung, das Ringen um das richtige Maß und die richtige Mitte. „Wir haben ein unterschiedliches Verhältnis zur Selbstverwaltung“, sagte Montgomery an den Minister gewandt. „Ich weiß, was sie kann, ich weiß, was sie leistet. Wenn es zu Problemen kommt, liegt das nicht an ihrem Unvermögen, sondern oftmals an den nicht erfüllbaren politischen Vorgaben.“

Der Bundesgesundheitsminister bestätigte die hohe Schlagzahl auf der Büh-

ne, er hat klare Vorstellungen und Ziele. Geschickt lenkte er auf seine Erfolge – nach Risiken und Nebenwirkungen fragte er nicht. Weder die anfänglichen unpassenden Buhrufe, noch ein kurzfristiger Stromausfall konnten ihn aus dem Konzept bringen: Auf dunkler Bühne sprach er ohne Mikrofon weiter. Als er den Namen einer Vorgängerin in seinem Amt erwähnte, gingen Licht und Mikrofon wieder an. Spahn machte deutlich: Er will die große Bühne, er will weiterhin eine hohe Schlagzahl.

Damit war der 122. Deutsche Ärztetag eröffnet und die Delegierten hatten



## Info

Bei der Eröffnung des 122. Deutschen Ärztetages in Münster (unten) machten Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU, im kleinen Bild rechts) und der scheidende Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Frank Ulrich Montgomery (links im Bild) ihre Positionen deutlich.



Dr. Klaus Reinhardt ist neuer Präsident der Bundesärztekammer. Der 59-Jährige ist Facharzt für Allgemeinmedizin und gehört dem Vorstand der Bundesärztekammer seit vier Jahren an.

*„Wir dürfen die Selbstverwaltung nicht zur Auftragsverwaltung des Staates verkommen lassen.“*

DR. KLAUS REINHARDT

das Wort, mit vielen Anträgen und unter reger Beteiligung der schleswig-holsteinischen Delegation, die sich intensiv in diesen Ärztetag einbrachte.

Eine hohe Schlagzahl wird auch täglich von den Ärzten erwartet, um Patienten umfassend zu versorgen. Das Genfer Gelöbnis nimmt in seiner aktuellen Fassung erstmals die Arztgesundheit in den Blick – DAS Thema des Deutschen Ärztetages. Denn: Arztwohl ist Patientenwohl! Auch die Redner befassten sich in hoher Schlagzahl mit dem gesundheitsgefährdenden Beruf. Deutlich wurde: Ärzte sind in hohem Maße bedroht durch Depression, Sucht und Suizid. Sie fordern deshalb von Politik und Arbeitgebern bessere Rahmenbedingungen, um mit angemessener Schlagzahl arbeiten zu können. Deutlich wurde aber auch: Anfangen müssen Ärzte bei sich selbst. „Was können wir für unsere Gesundheit tun?“ Antworten auf diese Frage gab Prof. Harald Gündel vom Universitätsklinikum Ulm. Ein Ansatz ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement, bei dem es um eine systematische und nachhaltige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen geht. Dr. Klaus Beelmann, Geschäftsführer der Arzt der Ärztekammer Hamburg, stellte Interventionsprogramme der Landesärztekammern für suchtkranke Ärzte vor.

An die medizinischen Fakultäten appellierte der Ärztetag, die Themen

Resilienz und Stressbewältigung als Teil der ärztlichen Ausbildung in das Studium aufzunehmen. Denn neben Stress und schwierigen Arbeitsbedingungen stellt Gewalt durch Patienten und deren Angehörige eine unmittelbare Bedrohung für die Gesundheit von Ärzten und ihren Mitarbeitern dar. Ärzte aus verschiedenen Versorgungsbereichen berichteten auf dem Ärztetag über körperliche und verbale Gewalt, etwa in den Notaufnahmen, in Hausarztpraxen oder bei Notfalleinsätzen. Ärztekammern bieten in solchen Fällen Hilfe und spezielle Präventionsangebote an. Diese Maßnahmen müssen nach dem Willen des 122. Deutschen Ärztetages aber durch einen strafrechtlichen Schutz Hilfeleistender ergänzt werden. Konkret forderten die Abgeordneten des Ärztetages den Gesetzgeber auf, den strafrechtlichen Schutz für Hilfeleistende bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not zu erweitern. Ein Rechtsgutachten hat die Notwendigkeit einer solchen Gesetzesänderung bestätigt.

Ein weiterer Höhepunkt folgte am Himmelfahrtstag: Um die Nachfolge von Montgomery hatten sich vier Kandidaten beworben. Im dritten Wahlgang setzte sich schließlich Dr. Klaus Reinhardt knapp durch. Damit steht erstmals seit Jahrzehnten wieder ein Facharzt für Allgemeinmedizin an der Spitze der Bundesärztekammer. Der 59-Jährige sagte nach seiner Wahl: „Die härteste politische Währung ist die Glaubwür-

digkeit. Als Hausarzt bin ich ganz konkret konfrontiert mit den Problemen, die es berufspolitisch anzupacken gilt.“ Der neue Präsident ist Bundesvorsitzender im Hartmannbund. Diese Tätigkeit eröffnet ihm nach eigenen Worten auch den Blick in den Berufsalltag der Klinikkollegen, insbesondere auf die Situation des Nachwuchses. Mit Blick auf die hohe Schlagzahl aus dem Bundesgesundheitsministerium sagte Reinhardt: „Wir dürfen die Selbstverwaltung nicht zur Auftragsverwaltung des Staates verkommen lassen. Die Herausforderungen für unser Gesundheitswesen sind einfach zu groß, als dass wir sie der Politik allein überlassen können.“

Zugleich forderte er mehr Zeit für ärztliches Handeln: „Ärztliche Zuwendung und Empathie sind die Basis für das Vertrauen der Patienten in uns. Die Sicherstellung der dafür notwendigen Freiräume muss wieder Maßstab des gesetzgeberischen, aber auch des selbstverwaltenden Handelns werden. Das ist mein Credo, dafür werde ich kämpfen.“ Dabei stehen ihm zwei Vize-Präsidentinnen zur Seite: Dr. Ellen Lundershausen (Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen) und Dr. Heidrun Gitter (Präsidentin der Landesärztekammer Bremen). Neu im Vorstand der BÄK sind die beiden gewählten Beisitzer Dr. Susanne Johna aus Hessen und Dr. Peter Bobbert aus Berlin.

DR. HENRIK HERRMANN,  
DR. GISA ANDRESEN (PM/RED)



## INTERVIEW

# MVZ als Chance für Ärztenetze

Dr. med. habil. Thomas Schang im Interview mit Dirk Schnack über die vom Gesetzgeber neu geschaffene Möglichkeit für Ärztenetze, MVZ zu gründen.



Dr. med. habil. Thomas Schang aus Eutin kann sich vorstellen, dass schon im kommenden Jahr die ersten Netze in Deutschland eigene MVZ gründen werden. Derzeit beschäftigen sich die ersten Verbände mit diesem Thema.

Herr Dr. Schang, Sie sind seit rund einem halben Jahr Vorsitzender der Agentur Deutscher Arztnetze, die in Berlin ein Büro unterhält. Kann man in der Hauptstadt etwas mit der ADA anfangen?

Dr. Thomas Schang: Inzwischen schon. Ich bin ein bis zwei Mal pro Woche in Berlin und führe viele Gespräche mit Gesundheitspolitikern der Bundestagsparteien, mit Vertretern der Kostenträger und von Verbänden. Nicht jeder weiß zwar im Detail, was die ADA macht und was Ärztenetze sind, aber der Bekanntheitsgrad hat sich im Vergleich zu früher aufgrund der Arbeit unseres bisherigen Vorstands Dr. Veit Wambach deutlich erhöht.

Worüber informieren Sie die Politiker denn genau?

Schang: Viele nutzen das Gespräch auch, um eine Meinung über aktuelle gesundheitspolitische Fragen zu hören. Das muss nicht zwangsläufig immer ein Netzthema sein, sondern kann sich auch mal um das sogenannte „Faire Kassengesetz“ handeln. Ich versuche aber stets, die Rolle, die Netze in der Versorgung einnehmen können, zu verdeutlichen.

Diese Rolle könnte sich in den kommenden Jahren deutlich verändern. Seit dem TSVG ist es Netzen erlaubt, MVZ zu gründen. Wann erleben wir die ersten Gründungen durch Ärztenetze?

Schang: Das ist schwer zu prognostizieren, weil noch viele Fragen geklärt werden müssen. Ich könnte mir aber vorstellen, dass wir im Laufe des nächsten Jahres die ersten MVZ-Gründungen durch Netze erleben werden. Im Moment ist eine Aufbruchsstimmung in vielen Netzen zu beobachten, die dazu führen könnte, dass Netz-MVZ entstehen. Ich weiß, dass sich die ersten Praxisnetze auf jeden Fall schon mit dieser Frage beschäftigen.

Wie weit sind die schleswig-holsteinischen Netze?

Schang: Wir haben in Schleswig-Holstein immerhin neun (ggf. demnächst elf) nach Paragraph 87 (b) anerkannte Netze, die damit formal die Voraussetzung erfüllen. Ich traue auch zwei oder drei Netzen zu, dass sie den Schritt wagen, ein MVZ zu gründen. Ob sie zu den ersten in Deutschland gehören werden, weiß ich aber nicht.

Die gesetzliche Grundlage steht, was muss jetzt noch geklärt werden?

Schang: Netze brauchen Rechtssicherheit und die ist noch nicht in allen Detailfragen vorhanden. Ein Beispiel: Das Gesetz erlaubt anerkannten Netzen die MVZ-Gründung. Die Anerkennung ist aber nicht unbefristet. Was ist zum

*Dr. med. habil. Thomas Schang kam aus Unzufriedenheit mit der Gesetzgebung in die Netzbe-  
wegung. Nur zwei Jahre nach seiner Niederlas-  
sung als Chirurg in Eutin initiierte und gründe-  
te er im Jahr 2003 das Netz in Ostholstein, dem  
damals alle niedergelassenen Ärzte beitraten.  
Schang, der auch Vorstandsmitglied der Ärz-  
tekammer Schleswig-Holstein ist, ist bis heute  
Vorsitzender des Praxisnetzes in Ostholstein.  
In der Ärztekammer ist Schang Vorsitzender  
des Ausschusses Qualitätsmanagement. Zum  
Vorsitzenden der Agentur Deutscher Arztnetze  
(ADA) wurde er 2018 gewählt.*



Beispiel, wenn einem Netz die Anerken-  
nung entzogen wird – hat das MVZ eines  
solchen Netzes dann Bestandsschutz?  
Das ist nicht abschließend geklärt.

**Warum ist es aus Ihrer Sicht denn über-  
haupt sinnvoll, dass jetzt auch Netze  
MVZ gründen dürfen?**

**Schang:** Weil wir damit eine wei-  
tere Alternative für die Versorgung ha-  
ben. Bislang dürfen Ärzte, Krankenhäu-  
ser, Kommunen und private Investo-  
ren, die eine Klinik im Krankenhausplan  
besitzen, MVZ gründen. Mit den Net-  
zen kommt ein weiterer Akteur hinzu,  
der anders als private Investoren mit Si-  
cherheit regionale Verantwortung über-  
nimmt und für den die Rendite nicht  
höchste Priorität hat. Mit Netz-MVZ be-  
kommen wir die Chance, dass wir Ver-  
sorgung aus ärztlicher Hand organisie-  
ren können, zugleich die Netzarbeit pro-  
fessionalisieren und die Sitze an intere-  
sierte Ärzte aus der Region auch wieder  
abgeben.

**Wollen die Ärzte denn überhaupt, dass  
Netze MVZ gründen?**

**Schang:** Nach unserer Erfahrung  
finden Ärzte, die einen Praxisnachfol-  
ger suchen, diese Möglichkeit fast immer  
großartig. Andere Kollegen stehen der  
Netz-MVZ-Idee tatsächlich etwas reser-  
vierter gegenüber. Aber wir sind sicher,  
dass wir mit unseren Argumenten über-  
zeugen: Wenn wir Versorgung in ärzt-  
licher Hand behalten wollen, zugleich  
aber immer mehr Ärzte im ambulan-  
ten Bereich angestellt arbeiten möchten,  
müssen wir dafür eigene Modelle entwi-  
ckeln. Sonst überlassen wir den Bereich  
den Kliniken oder Private Equity-Fir-  
men – das wollen die niedergelassenen

Ärzte auf keinen Fall! Also sollten wir  
uns überlegen, wie Netze an dieser Stelle  
helfen können.

**Sehen manche Ärzte nicht auch Kon-  
kurrenz durch Netz-MVZ?**

**Schang:** Diese Sorge wäre unbegrün-  
det. Ein Netz-MVZ würde sein Angebot  
doch niemals so ausrichten, dass es ge-  
gen die wirtschaftlichen Interessen der  
eigenen Mitglieder handelt. Das wäre  
schwer vorstellbar. Lassen Ärzte dage-  
gen zu, dass Fremdinvestoren in ihrer Re-  
gion ein MVZ gründen, dann haben sie  
mit Sicherheit Konkurrenz und dürfen  
nicht erwarten, dass der Betreiber Rück-  
sicht auf schon bestehende Arztpraxen  
in der Umgebung nimmt. Mit der Grün-  
dung eines Netz-MVZ könnte man eben  
diese Angebote von Fremdinvestoren in  
der eigenen Region verhindern.

**Ist denn überhaupt gewährleistet, dass  
Netz-MVZ in ärztlicher Hand bleiben?**

**Schang:** Ja, denn Gesellschafter ei-  
nes MVZ können laut Gesetz nur Ärzte,  
Kliniken und weitere Leistungserbrin-  
ger sein. Um ein MVZ zu gründen, wird  
ein Netz eine Rechtsform wie die GmbH  
nutzen. Wer dann Gesellschafter wird,  
ist begrenzt. Ich könnte mir gut vorstel-  
len, dass die meisten Netze dann auch  
die Mehrheit an der GmbH halten wol-  
len. Einziges Einfallstor für private In-  
vestoren könnte der Weg über Krankenhäu-  
ser als Gesellschafter sein. Wir ha-  
ben ja gerade in Ostholstein erlebt, wer  
Eigentümer von Krankenhäusern ist.  
(Anm. der Redaktion: Zwei Klinikträger  
gehören zu einer Fondsgesellschaft, was  
erst im Zuge einer Kartellamtsprüfung  
für eine geplante Fusion öffentlich wur-  
de.) Deshalb ist es wichtig, dass Ärzte ge-

*„Mit den Netzen kommt  
ein Akteur hinzu,  
der anders als private  
Investoren regionale  
Verantwortung  
übernimmt.“*

nau hinschauen, wer Mitgesellschafter  
bei den Netz-MVZ wird. Transparenz ist  
aber auch wichtig, weil die Ärzte mit ih-  
rem Namen für dieses MVZ stehen.

**Wird sich die Rolle der Ärztenetze  
durch die Möglichkeit, Netz-MVZ zu  
gründen, verändern?**

**Schang:** Es wird dazu führen, dass  
sich Netze noch stärker professionalisie-  
ren. Ohne professionelles Management  
ist ein Netz-MVZ nicht denkbar. Es wird  
aber auch dazu führen, dass die Bedeu-  
tung der Netze in der regionalen Ge-  
sundheitspolitik steigt. Mit einer akti-  
ven Rolle in der Versorgung werden Net-  
ze noch wichtiger. Es könnte außerdem  
passieren, dass sich mehr Netze grün-  
den. Denn wenn Ärzte bislang mit einem  
zwanglosen Austausch wie am Stamm-  
tisch zufrieden waren und jetzt die Mög-  
lichkeit, MVZ zu gründen, entdecken,  
kommen sie an der Netzstruktur nicht  
vorbei.

Vielen Dank für das Gespräch.

28

*Netze bundesweit sind  
derzeit Mitglied in der  
Agentur Deutscher  
Arztnetze (ADA).  
ADA Mitglieder aus  
Schleswig-Holstein  
sind: Praxisnetz Her-  
zogtum Lauenburg,  
Arztenetz Eutin-Ma-  
lente und Med. Quali-  
tätsnetz Westküste.*

SUCHT

# Aufklärung statt Akzeptanz

## Akademie

Suchtmedizin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 16. November

Das Seminar beschäftigt sich mit den altersspezifischen Aspekten, Konsummustern, Risikofaktoren und Komorbiditäten aus jugendpsychiatrischer Sicht.

Referent: Christian Tigner, Leitender Oberarzt der Suchtstation der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Helios Fachklinik Schleswig GmbH

Qualifikation Tabakentwöhnung, 15. - 23. November

Von der Tabakabhängigkeit zur Rauchfreiheit?! - Ärztlich angeleitete (Selbst-)Hilfe für Patienten.

Leitung: Angela Kiewitt und Dipl.-Psych. Marina Soltau  
Weitere Informationen: Bärbel Dargel-Mikkelsen, Telefon 04551 803 754, baerbel.dargel-mikkelsen@aeksh.de

Jugendliche in Deutschland trinken weniger Alkohol: Mit dieser erfreulichen Nachricht überraschte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) vergangenen Monat. Ihre jüngste Studie zeigt, dass 8,7 Prozent der Jugendlichen im Alter zwischen zwölf und 17 regelmäßig – also mindestens einmal wöchentlich – Alkohol trinken. „Das ist ein historisch niedriger Stand“, teilte die BZgA mit. Zum Vergleich: Im Jahr 2004 hatte dieser Anteil noch bei 21,2 Prozent gelegen. Der höchste gemessene Anteil lag im Jahr 1986 sogar bei 28,5 Prozent. Unter jungen Erwachsenen ist dieser Anteil von 43,6 Prozent 2004 auf nun 33,4 Prozent zurückgegangen. Der höchste gemessene Anteil lag Mitte der 70er Jahre sogar bei 70 Prozent. BZgA-Leiterin Dr. Heidrun Thaiss führt den seit Jahren zu beobachtenden Rückgang in erster Linie auf die Präventionsarbeit von Bund, Ländern und Kommunen zurück.

Können wir uns also zurücklehnen und müssen wir über weitere Maßnahmen gegen Alkoholsucht nicht diskutieren? Soweit ist es noch nicht. Denn die Studie zeigt auch, dass zum Beispiel das Rauschtrinken unter jungen Erwachsenen nach einem zwischenzeitlichen Rückgang aktuell wieder auf 37,8 Prozent gestiegen ist. „Es trinken sich nach wie vor zu viele Jugendliche und insbesondere junge Erwachsene in einen Alkoholrausch“, betonte Thaiss. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Mar-



Alkohol in Deutschland ist zu billig und leicht verfügbar, meint Suchtmediziner Dr. Jakob Koch vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH). Er wünscht sich, dass für Alkohol nicht mehr geworben werden darf. Zahlen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zeigen, dass junge Menschen seltener regelmäßig zur Flasche greifen.

lene Mortler (CSU), will deshalb einen „lebenslang bewussten Umgang mit Alkohol“ erreichen. „Daher werde ich weiterhin über die Folgen missbräuchlichen Konsums aufklären und die Präventionsaktivitäten wo ich kann unterstützen.“ Die BZgA kündigte bereits an, dass ihre Präventionskampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“ ausgebaut werden soll. Die Kampagne richtet sich an 16- bis 20-Jährige. Laut BZgA handelt es sich um die umfangreichste Alkoholpräventionskampagne in Deutschland, gefördert wird sie vom Verband der Privaten Krankenversicherung.

Prävention – das wichtigste, vielleicht das einzige Mittel im Kampf gegen zu hohen Alkoholkonsum? Suchtmediziner Dr. Jakob Koch vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) reicht das nicht aus. Auf einer Pressekonferenz der DAK Schleswig-Holstein in Kiel forderte er kürzlich einschneidende Maßnahmen: höhere Preise, ein Werbeverbot wie bei Zigaretten, eingeschränkte Zeiten für den Verkauf und dieser ab einem bestimmten Alkoholgehalt auch nur noch in dafür lizenzierten Verkaufsstellen. Grund für seine weitreichende Forderung: „Alko-



hol ist in Deutschland viel zu billig, wird zu viel beworben, ist gut verfügbar und überall konsumierbar.“ Koch verwies auf Skandinavien, wo Alkohol deutlich teurer und eingeschränkt erhältlich ist. Der Kieler Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie hält auch die bisherige Präventionsarbeit gegen Alkohol für ausbaufähig. Vorbild könnten die Maßnahmen gegen das Rauchen sein: „Rauchen ist de-normalisiert worden.“

Die in Kiel vorgestellten Zahlen aus dem DAK Gesundheitsreport zeigen, wie verbreitet das Trinken unter den beschäftigten Menschen in Deutschland noch ist. 126.000 Menschen in Schleswig-Holstein trinken so viel, dass ihr Konsum als riskant eingestuft wird. Nur ein Fünftel der beschäftigten Schleswig-Holsteiner konsumieren grundsätzlich keinen Alkohol. Jeder zehnte trinkt so viel, dass sein Konsum als riskant für die Entwicklung einer Sucht gilt. Besonders stark ausgeprägt ist dieser zu hohe Konsum in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen. Koch geht außerdem davon aus, dass Alkohol häufig im Spiel ist, wenn Beschäftigte aus anderen Erkrankungsgründen arbeitsunfähig geschrieben werden, etwa aus psychischen Gründen. Der DAK-Report zeigt auch, dass Erwerbstätige mit einer Substanzstörung doppelt so viele Fehltag haben wie Beschäftigte ohne Substanzstörung. Bei den Fehltagen wegen Substanzstörungen spielt Alkohol die mit Abstand größte Rolle.

Schleswig-Holsteins DAK-Chef Cord-Eric Lubinski ist deshalb ebenfalls für mehr Aufklärung. „Entscheidend ist die gesellschaftliche Akzeptanz und das, was die Eltern vorleben. Wir dürfen nicht nachlassen, immer wieder über die Gefahren von Alkohol und die Folgen des Konsums aufzuklären.“ Lubinski sieht auch die Schulen gefordert, das Thema noch stärker aufzugreifen. Stichwort gesellschaftliche Akzeptanz: Seit dem Tod von Helmut Schmidt findet man heute kaum noch Politiker, die sich mit einer Zigarette vor die Kamera trauen. Beim Bier ist das anders, wie nicht nur die alljährlichen Auftritte von Politikern beim Oktoberfest zeigen. Der Deutsche Brauer-Bund vergibt seinen Titel „Botschafter des Bieres“ gerne an Politiker – und die lehnen nicht etwa dankend ab, sondern freuen sich über den Titel und die damit verbundene öffentliche Aufmerksamkeit. 2018 übernahm die Bundesministerin für Ernährung und Landwirtschaft, Julia Klöckner (CDU) diesen Titel, ein Jahr zuvor hatte Baden-Württembergs Ministerpräsident Winfried Kretschmann von den Grünen die Botschafterrolle für deutsches Bier übernommen.

Experten beobachten aber auch andere Süchte mit Besorgnis. Am Computer spielen laut DAK-Report acht Pro-

zent der Beschäftigten in Schleswig-Holstein so intensiv, dass von einer riskanten Nutzung gesprochen wird. Dies betrifft 12.000 Menschen in Schleswig-Holstein. Auf die Gesamtbevölkerung bezogen könnte dieser Anteil noch größer sein. Denn: „Junge Gamer finden nur schwer den Einstieg in die Arbeitswelt. Sie haben dafür einfach keine Zeit“, sagte Susanne Hildebrandt vom Berliner IGES-Institut bei der Vorstellung des Reports. Hildebrandt machte deutlich, dass sich die Sucht nach Computerspielen für die Beschäftigten auch bei der Arbeit auswirkt. 47 Prozent der betroffenen Süchtigen spielen auch während der Arbeitszeit, ein Viertel der „riskanten Nutzer“ ebenfalls. Von den „normalen Nutzern“ machen dies immerhin noch elf Prozent. Um ein Spielverhalten als riskant einzustufen, dient den Experten das Messinstrument Internet Gaming Disorder Scale (siehe Kasten unten rechts).

Im Unterschied zu den Computerspielen bereitet Social Media den Suchtexperten bislang weniger Sorgen. Für eine Abhängigkeit, schädliche oder riskante Nutzung zumindest unter den Beschäftigten in Schleswig-Holstein liegen laut Report derzeit keine Hinweise vor. Rund 80 Prozent der Beschäftigten nutzen Social Media zwar, ihr Gebrauch wird bislang aber nicht als riskant eingestuft.

Zigarettenabhängig sind trotz aller Maßnahmen in Schleswig-Holstein noch immer rund 270.000 Beschäftigte. Aber: Der Nichtraucheranteil beträgt inzwischen 76 Prozent. Besonders hoch ist der Anteil der aktuellen Nichtraucher in der Altersgruppe der unter 30-Jährigen: Hier haben 64 Prozent noch nie und 20 Prozent früher geraucht. Aktuell rauchen in dieser Altersgruppe nur noch rund 16 Prozent. Über alle Altersgruppen hinweg beträgt dieser Anteil 22 Prozent. Sorge bereitet der DAK Schleswig-Holstein allerdings die E-Zigarette mit ihren zum Teil unterschätzten Gefahren. Um deren weitere Verbreitung zu verhindern, ist Raucherabstinenz der erfolgversprechendste Weg, wie es im Report heißt: „Wer nie geraucht hat, dampft nicht.“

In der aktuellen politischen Diskussion über eine Ausweitung des Tabakwerbeverbots hatte sich Prof. Frank Ulrich Montgomery vergangenen Monat noch in seiner Position als Präsident der Bundesärztekammer dafür ausgesprochen, auch E-Zigaretten und Tabakerhitzer bei dem Werbeverbot zu berücksichtigen. Gegen diese Überlegungen läuft die Industrie wie erwartet Sturm – mit bekannten Argumenten. Bei einem totalen Außenwerbeverbot, so ihr Argument, könnten sich Verbraucher nicht mehr über bessere Produktalternativen informieren.

DIRK SCHNACK

## ALKOHOL

21,5 Prozent der Beschäftigten in Schleswig-Holstein konsumieren überhaupt keinen Alkohol. Zumindest gelegentlich trinken 78,5 Prozent der Beschäftigten (81 Prozent unter den Männern, 76 Prozent der Frauen). Jeder zehnte Beschäftigte – hochgerechnet auf Schleswig-Holstein sind dies 126.000 Menschen – haben einen riskanten Alkoholkonsum. Das heißt: Pro Tag mindestens 24 Gramm Reinalkohol für Männer und 12 Gramm für Frauen. Dies entspricht zwei Bier á 0,3 Liter für Männer oder einem Glas Bier á 0,3 Liter für Frauen am Tag. Auch ein Glas Wein jeden Abend gilt als riskanter Alkoholkonsum. Unter den Altersgruppen gilt die Faustformel: Je älter, desto höher ist der Anteil von Beschäftigten, die abstinente sind oder Alkohol nur risikoarm konsumieren.



## ZIGARETTEN



21,3 Prozent der 18- bis 65-jährigen Beschäftigten in Schleswig-Holstein gelten laut DAK-Gesundheitsreport

als abhängige Raucher. Damit sind hochgerechnet rund 270.000 Beschäftigte im Norden zigarettenabhängig. Nur 2,6 Prozent der Raucher gelten als nicht abhängig. 76,1 Prozent der Beschäftigten sind derzeit Nichtraucher. Die niedrigste Raucherquote weisen die jüngsten Beschäftigten auf. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen rauchen aktuell nur 16,3 Prozent. 19,7 Prozent von ihnen sind Ex-Raucher, 64 Prozent haben nie geraucht. Unter den 60- bis 65-Jährigen dagegen haben nur 29,3 Prozent nie geraucht. 47 Prozent sind Ex-Raucher und 23,7 Prozent haben nie geraucht. Zwei Prozent der Beschäftigten über alle Altersgruppen rauchen E-Zigaretten. 5,8 Prozent sind Ex-Raucher der E-Zigarette.

## GAMING

Von riskantem Verhalten gehen Experten bei acht Prozent der Beschäftigten aus. Sie erfüllen zwei bis vier der folgenden Kriterien: 1. Übermäßige Beschäftigung mit (Internet)-Spielen. 2. Entzugssymptomatik (etwa Reizbarkeit, Ängste).



3. Intoleranzentwicklung. 4. Erfolgreiche Versuche, die Teilnahme an Spielen zu kontrollieren. 5. Interessenverlust an früheren Hobbys. 6. Fortgeführtes exzessives Spielen trotz Einsicht in die psychosozialen Folgen. 7. Täuschen von Familienangehörigen, Therapeuten und anderen bezüglich des zeitlichen Spieleumfangs. 8. Spielen, um einer negativen Stimmungslage zu entfliehen oder sie abzuschwächen. 9. Gefährdung oder Verlust einer wichtigen Beziehung, der Arbeitsstelle oder Karriere wegen des Spielens.

SERIE

# Zweite Praxis, andere Welt

Niedergelassene Ärzte in Schleswig-Holstein tragen mit Zweigpraxen dazu bei, dass Menschen in ländlichen Regionen zu weite Wege zur Versorgung erspart bleiben.



Gabriele Lorentz ist Fachärztin für Allgemeinmedizin. Neben ihrer Praxis in Kiel-Ellerbek trägt sie mit einer Zweigpraxis in Schinkel zur Versorgung auf dem Land bei. Zwei Mal pro Woche fährt sie in den kleinen Ort am Nord-Ostsee-Kanal.

## Info

Die Tätigkeit in einer Zweigpraxis muss von der KV genehmigt werden und ist grundsätzlich von den Personen persönlich durchzuführen, die auf einem entsprechenden Antrag genannt werden. Jede Tätigkeit eines angestellten Arztes in der Zweigpraxis setzt zwingend eine vorherige Genehmigung der Anstellung durch den Zulassungsausschuss voraus. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen ist auch für den Standort der Zweigpraxis eine vorherige Genehmigung durch die Abteilung Qualitätssicherung für jeden tätigen Arzt notwendig.

Wohnortnahe Gesundheitsversorgung gelingt in vielen kleineren Orten nur über Zweigpraxen - eine Organisationsform, die für die Praxisinhaber zwar zusätzlichen Aufwand bedeutet, sie aber in anderer Hinsicht entschädigen kann, wie zwei Beispiele aus der haus- und fachärztlichen ambulanten Versorgung zeigen.

Der Hausärztin Gabriele Lorentz etwa bietet ihre Zweigpraxis in Schinkel am Nord-Ostsee-Kanal ein völlig anderes Umfeld als ihre Hauptpraxis im Kieler Stadtteil Ellerbek. „Ich könnte wirtschaftlicher arbeiten. Aber ich möchte, dass mein Beruf mir Spaß macht“, steht für die Fachärztin für Allgemeinmedizin fest. So, wie sie ihr Umfeld derzeit gestaltet hat, scheint ihr das zu gelingen. Als Reiterin lebt sie mit ihrer Familie auf einem Resthof mit Reitanlage am Rande des Nord-Ostsee-Kanals. Ihr Wohnort

liegt zwischen ihren beiden Praxisorten, die gegensätzlicher kaum sein könnten. In der näheren Umgebung ihrer Hauptpraxis sind viele Menschen von staatlicher Unterstützung abhängig. Arbeitslosigkeit und Einsamkeit haben viele ihrer Patienten geprägt. Als Lorentz vor einigen Jahren aus dem Allgäu in den Norden zog, hat sie mit der Praxisübernahme in Ellerbek diese Welt der Notlagen kennengelernt. „Ich habe hier eine ganze Jobcenter-Generation. Es ist beeindruckend, wie schlecht es Menschen gehen kann“, sagt sie über Hausbesuche in Wohnungen, die mitunter von Verwahrlosung und Perspektivlosigkeit gekennzeichnet sind. Als Hausärztin besucht sie Patienten, die Tür an Tür mit Nachbarn leben, zu denen keinerlei Kontakt stattfindet, obwohl gerade dieser Kontakt fehlt. Sie hat erfahren, wie dringend die dort lebenden Menschen ärztliche Hilfe benötigen, wie dankbar viele

Patienten schon für einen Zuhörer sind. Eine der häufigsten Diagnosen, die Lorentz in Ellerbek stellen muss, ist Depression. Sie hat verstanden, wie wichtig ihre Arbeit für die Menschen in dem Viertel ist, deshalb steht für sie fest: „Ich möchte das nicht mehr missen.“

Lorentz kennt aus ihrem früheren Praxisort im Allgäu die heile Landwelt. Deshalb suchte sie während ihres Umzugs nach Schleswig-Holstein über die Praxisbörse der KV eigentlich nach Kommunen, die einen Landarzt benötigen. Dabei stieß sie auf den Ort Schinkel, nur wenige Kilometer von Kiel entfernt - aber schon in ländlicher Umgebung. Der Anruf bei der Bürgermeisterin brachte zunächst Ernüchterung: Der Ort gehört zwar zum Kreis Rendsburg-Eckernförde, zählt für KV-Zulassungen aber zu Kiel, und dort gibt es keine freien Sitze. Die Kieler Region aber sollte es für Lorentz sein, weil ihr Mann dort

ein Labor übernommen hatte. Die Bürgermeisterin in Schinkel erwies sich allerdings als Kennerin der Materie und schlug Lorentz eine Zweigpraxis vor. Die Ärztin beschäftigte sich zunächst mit der Hauptpraxis und fand schließlich in Ellerbek einen Arzt, der seine Praxis abgeben wollte. Die Idee einer Zweigpraxis aber ließ sie in den Folgemonaten nicht wieder los. Nach dem ersten Besuch in Schinkel mit seinen rund 1.000 Einwohnern bot die Bürgermeisterin ihr einen Raum in einer gemeindeeigenen Immobilie an, das erste Jahr mietfrei. Lorentz ließ sich darauf ein und fing beim Patientenstamm bei Null an. Weil es schon seit einiger Zeit keinen Arzt im Ort mehr gab, hatten sich alle Patienten Praxen in der Umgebung gesucht. Langsam aber sprach sich das neue medizinische Angebot in der Gemeinde herum, zunächst bei mobil eingeschränkten, älteren Menschen und bei Müttern mit kleinen Kindern. Inzwischen hat Lorentz die Sprechstunde in Schinkel von einem auf zwei halbe Tage pro Woche ausgeweitet und beschäftigt eine Medizinische Fachangestellte (MFA), die zum Teil auch präsent ist, wenn die Ärztin in Ellerbek arbeitet.

Die Menschen, die in Schinkel zu Lorentz kommen, haben zu hohen Blutdruck, eine Grippe und sind manchmal ernsthaft krank. Von den Lebensumständen der Menschen in Ellerbek aber sind sie meilenweit entfernt. „Die Praxen sind nur 20 Kilometer voneinander entfernt, aber sie sind in zwei verschiedenen Welten“, vergleicht Lorentz. Sie hat entschieden, dass sie in beiden Welten helfen möchte, auch wenn das mit Aufwand und höheren Kosten für sie verbunden ist.

Höhere Kosten bedeutet die Zweigpraxis auch für Dr. Thomas Kröplin, der zum Ärzteteam der Praxis am Hogenkamp in Elmshorn zählt. Der Diabetologe betreibt eine Zweigpraxis im 28 Kilometer entfernten Henstedt-Ulzburg, in der ausschließlich Diabetes-Patienten behandelt werden. Damit ist er kein Einzelfall. Kröplin kennt weitere niedergelassene Kollegen, die Diabetes-Patienten ebenfalls in Zweigpraxen behandeln. Auch in seinem Modell gibt es große Unterschiede zwischen Haupt- und Zweigpraxis: In Elmshorn ist Kröplin nur einer von zwölf Fachärzten, hinzu kommen vier Weiterbildungsassistenten – eine große, vielleicht die größte Praxis im ganzen Land. Dort werden täglich zahlreiche Patienten behandelt, es geht mitunter turbulent zu.

In Henstedt-Ulzburg dagegen ist Kröplin der einzige Arzt in der Zweigpraxis, mit ihm arbeiten dort noch zwei Diabetesberaterinnen und eine MFA. Im Vergleich zu Elmshorn geht es in Henstedt-Ulzburg fast beschaulich zu, auch wenn dort der Patientenstamm mittlerweile auf 500 bis 600 angestiegen

ist. „Hier muss ich weniger Kompromisse eingehen, ich kann die Abläufe so gestalten, wie ich es für richtig halte. Das ist zwei Mal in der Woche ganz angenehm“, sagt Kröplin über seine zwei Tage in der Zweigpraxis. Kröplin war bis 2006 angestellt in der Paracelsus Klinik Henstedt-Ulzburg und Kaltenkirchen, wo er die Diabetesstation geleitet hat. Als er sich dann niederließ, wollte er die Patienten weiter behandeln und konnte dies zunächst in den Klinikräumen leisten. Als dafür kein Platz mehr vorhanden war, mietete er eigene Räume in Henstedt-Ulzburg an. Unter seinen Kollegen in Elmshorn kam die Zweigpraxis gut an, schließlich brachte er über diesen Weg auch eigene Patienten in die Praxis mit ein. Hinzu kommt, dass damals sein Kollege Hauke Wolters eine Zweigpraxis im Pinneberger Krankenhaus betrieb. Aber er musste die Räume in der Klinik räumen, fand anders als Kröplin allerdings keinen adäquaten Ersatz.

Für Kröplin ist neben der Patientenversorgung und der Chance, Abläufe selbst bestimmen zu können, noch ein Aspekt von Vorteil: Er wohnt in der Nähe der Zweigpraxis und hat damit zwei Mal in der Woche nur einen kurzen Arbeitsweg. Allerdings muss er für die Filiale eine nicht unbeträchtliche Miete zahlen – für Räume, die an drei Tagen in der Woche nicht genutzt werden. Eine Mitnutzung durch andere Ärzte hat sich bislang nicht ergeben. Kröplin ist grundsätzlich aber offen für Kooperationen in der Zweigpraxis.

Die zusätzlichen Kosten sind nach Angaben des Diabetologen wirtschaftlich nur zu rechtfertigen, weil er Diabetes-Patienten über das DMP für ein angemessenes Honorar behandeln kann. Er betont aber auch: „Sollte das DMP irgendwann einmal kippen, könnte ich die Versorgung nicht mehr so wohnortnah leisten.“ Mit anderen Worten: Ohne DMP keine Zweigpraxis. Patienten aus Henstedt-Ulzburg müssten dann zur Behandlung nach Neumünster, Nordstedt oder Quickborn in andere Praxen fahren. Kröplin ist sicher, dass kaum ein Patient aus Henstedt-Ulzburg den weiten Weg nach Elmshorn auf sich nehmen würde.

Seine Abwesenheit in der Großpraxis am Hogenkamp reißt keine Lücken in der Patientenversorgung, weil mit Wolters ein weiterer Diabetologe vor Ort ist. Anders sieht dies in der allgemeinärztlichen Praxis von Gabriele Lorentz in Kiel aus. Lorentz ist sich sicher, dass sie in Ellerbek auch mit fünftägiger Sprechstunde noch viel zu tun hätte. Dann müssten allerdings die Patienten in Schinkel wieder weitere Wege auf sich nehmen. Die aber haben schon nachgefragt, wann sie ihre Praxis ganz zu ihnen verlegt.

DIRK SCHNACK

## AMBULANTE VERSORGUNG AUF DEM LAND

*Wie lässt sich die ambulante Versorgung auf dem Land organisieren? Vor dieser Herausforderung stehen derzeit viele Bundesländer, aber wenige haben darauf so vielfältige Antworten wie Schleswig-Holstein. Neben den klassischen Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften gibt es zum Beispiel Zweigpraxen oder Medizinische Versorgungszentren in unterschiedlichen Ausprägungen. Fast alle bieten den Ärzten die Möglichkeit, sich zwischen selbstständiger und angestellter Tätigkeit zu entscheiden. In dieser Serie stellen wir Ihnen ausgewählte Beispiele für Organisationsformen in der ambulanten Versorgung vor, die in Schleswig-Holstein praktiziert werden. Weitere bislang geplante oder schon gedruckte Serienbestandteile:*

- ▶ März: Kommunales MVZ als Ärztezentrum für die Region
- ▶ April: Nachwuchs für die Landarztpraxis
- ▶ Mai: Die kommunale Eigeneinrichtung als Blaupause
- ▶ Juli: Die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

## KOMPETENZZENTRUM WEITERBILDUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZIN

*Damit sich junge Mediziner für die Landarztpraxis entscheiden können, ist Nachwuchs in der Allgemeinmedizin erforderlich. Das Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein – gegründet durch die Landesärztekammer, die KV Schleswig-Holstein und die Lehrstühle für Allgemeinmedizin der Universitäten Kiel und Lübeck – begleitet die Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin mit dem Ziel, die Qualität und Effizienz in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin zu steigern und dem Hausärztemangel entgegenzuwirken. Das Zentrum bietet außer Train-the-Trainer-Kursen für die Weiterbildungsbefugten Unterstützung durch Mentoren und Schulungstage für Ärzte in Weiterbildung an. Interessierte Ärzte können sich bei der Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein anmelden: Nina Brunken, Telefon 04551 803 760*

## MARBURGER BUND

# „Engagement gehört zur ärztlichen DNA“

Interview mit dem neuen Landesvorsitzenden im Marburger Bund, Michael Wessendorf. Im Gespräch mit Dirk Schnack kündigt er an, junge Kollegen verstärkt einzubinden.

Herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Wahl, Herr Wessendorf. Sie haben jetzt eine dreijährige Amtszeit an der Spitze des Landesverbandes vor sich. Was wollen Sie in dieser Zeit erreichen?

Michael Wessendorf: Ich möchte erreichen, dass der Landesverband trotz des Wandels, dem auch wir unterliegen, ein Erfolgsmodell bleibt. Unsere Mitgliederzahl hat sich seit dem Jahr 2000 verdoppelt, ganz schlecht kann die Arbeit also nicht gewesen sein. Jetzt kommt es darauf an, dass wir die Arbeit auf mehr Schultern verteilen. Denn die Mitglieder heute brauchen schnelle Antworten auf ihre Fragen. Damit steigen die Anforderungen an Haupt- und Ehrenamt. Zugleich gilt es, dass die bestehenden Tarifverträge laufend auf ihre Auswirkungen hin überprüft werden. Die Arbeitsbedingungen, so wie die Ärzte sich diese vorstellen, sind längst noch nicht an jeder Klinik vorhanden. Wenn wir diese Ziele erreichen, werden wir auch unseren Organisationsgrad – derzeit ist jeder zweite angestellte Arzt Mitglied im MB-Landesverband – noch weiter erhöhen können.

Sie sprechen die Arbeitsbedingungen in den Kliniken an. Sie selbst sind als Arzt beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nord in Lübeck angestellt. Stoßen Sie aufgrund Ihrer Position manchmal auf Vorbehalte?

Wessendorf: Der MDK ist ein Arbeitsplatz, der unter Kollegen immer wieder zu Nachfragen führt. Ich spüre aber, dass unter den angestellten Ärzten Akzeptanz für die Tätigkeit der Ärzte beim MDK vorhanden ist, auch wenn man nicht gerade mit Blumen empfangen wird. Diese Akzeptanz gilt ja im Übrigen genauso für die im Controlling von Krankenhäusern angestellten Kollegen – sie arbeiten sozusagen auf der anderen Seite. Ich bin als junger Klinikarzt zum Marburger Bund gekommen, damals aus einem Konflikt mit der Klinikleitung heraus. Ich kenne also die Situation in ei-

nem Krankenhaus, in dem unterschiedliche Interessen in Einklang gebracht werden müssen.

Bei den jüngsten Demonstrationen im aktuellen Tarifkonflikt hat man auffällig viele junge Ärztinnen und Ärzte auf der Straße gesehen, auch in Kiel. Wie will der Marburger Bund mehr junge Kollegen erreichen?

Wessendorf: Zunächst zeigt mir die Teilnahme der jungen Kollegen, dass wir sie erreichen. Wir freuen uns, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte bereit sind, für bessere Arbeitsbedingungen einzutreten und wenn es sein muss, dafür auch zu demonstrieren. Ihre breite Teilnahme an den Demonstrationen war beeindruckend! Darüber hinaus müssen wir schauen, wie wir die Verständigung zwischen den Altersgruppen und insbesondere mit den jüngeren Kollegen verbessern können. Für die Kommunikation heißt das, dass wir uns außer über die klassischen Methoden auch noch stärker als bislang über moderne Medizin austauschen.

Spiegelt sich der Wunsch, junge Ärztinnen und Ärzte einzubinden, schon im neuen Vorstand wider?

Wessendorf: Ja. Zwei unserer Vorstandsmitglieder sind erst Mitte 30. Auch die Ausgewogenheit zwischen Männern und Frauen ist gelungen – erstmals haben wir fünf Frauen im Landesvorstand. Nach meiner Wahrnehmung brauchen jüngere Kolleginnen und Kollegen andere Anreize, um sich zu engagieren. Für kurzfristige Projekte bringen sie sich bereitwillig ein. Für ein langfristiges und dauerhaftes Engagement müssen wir heute aber mehr Überzeugungsarbeit leisten. Unser Ziel ist, junge Kollegen an die Verbandsarbeit behutsam heranzuführen. Nicht jeder muss immer gleich einen Vorstandsposten übernehmen, aber gerade die wichtige Rolle als Multiplikator können auch junge Mitglieder ohne großen Zeitaufwand bewerkstelligen.

Welche Rolle spielt dabei, dass Sie eine Gewerkschaft sind? Können junge Menschen mit einer solchen Organisation noch etwas anfangen?

Wessendorf: Ich weiß, dass der Begriff Gewerkschaft nicht jedem Arzt leicht über die Lippen kommt. Und unser Verband ist de facto eine Gewerkschaft. Wenn Ärzte aber nicht möchten, dass sie selbst und damit auch ihre Patienten Schaden nehmen, verstehen Sie meist schnell, was eine Gewerkschaft für sie an besseren Arbeitsbedingungen erreichen kann. Das Problem ist allerdings, dass mühsam Errungenes aus der Vergangenheit mitunter verblasst und von vielen als selbstverständlich wahrgenommen wird. Damit sinkt auch die Bereitschaft, sich zu engagieren.

Wie wirken Sie dem entgegen?

Wessendorf: In erster Linie durch starke Präsenz vor Ort. Wir sind an vielen Krankenhäusern im Land gut vertreten. Wir werden zu Personal- und Betriebsratsversammlungen eingeladen und nutzen dies auch. Diese Verzahnung wollen wir ausbauen und daran arbeiten, dass wir in den Kliniken auch stationsübergreifend besser miteinander ins Gespräch kommen. Die Präsenz vor Ort ist für uns entscheidend, damit die Ärzte sehen, dass und wofür wir uns engagieren. Zudem überlegen wir derzeit, die Angebote für Assistenzärzte zu erweitern zum Beispiel durch Einrichtung eines Arbeitskreises. Zur Vernetzung zählt aber auch, dass wir politische Veranstaltungen im Land nutzen, um mit anderen Akteuren aus der Gesundheitspolitik ins Gespräch zu kommen. Das Klima dafür ist in Schleswig-Holstein auf jeden Fall vorhanden. Wir selbst bieten eine Diskussionsmöglichkeit in diesem Jahr mit dem MB-Herbstabend am 28. August in Kiel.

Der Anteil der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Bundes-

## Info

*Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, hatte auf der Mitgliederversammlung des MB nicht erneut für den Landesvorsitz kandidiert. Der Landesverband ernannte ihn zum Ehrenvorsitzenden. Der neue Landesvorsitzende Michael Wessendorf bezeichnete Herrmann als „großartigen Netzwerker, der mit hohem Engagement und Zielgerichtetheit den Landesverband geprägt habe“.*



Michael Wessendorf, neuer Landesvorsitzender im Marburger Bund, bei der Mitgliederversammlung seiner Organisation vor kurzem in Bad Segeberg.

## NEUER MB-LANDESVORSTAND

Michael Wessendorf ist neuer Vorsitzender im Marburger Bund, Landesverband Schleswig-Holstein. Der 61-Jährige ist Nachfolger von Dr. Henrik Herrmann, der als Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein darauf verzichtet hatte, im MB erneut für eine Position im Vorstand zu kandidieren. Wessendorf ist Facharzt für Chirurgie und seit 1998 als ärztlicher Gutachter beim MDK Nord in Lübeck tätig. Der gebürtige Hamburger war früher schon in seiner Heimatstadt mehrere Jahre im MB-Vorstand, u. a. als Vize des damaligen Hamburger MB-Chefs Prof. Frank Ulrich Montgomery. In Schleswig-Holstein ist Wessendorf seit dem Jahr 2000 im Vorstand der Ärztegewerkschaft aktiv. Er nimmt regelmäßig an Tarifverhandlungen teil, ist seit zehn Jahren Mitglied der Verhandlungsgruppe für den bundesweit geltenden Tarifvertrag MDK-T und seit 2018 Mitglied der kleinen Tarifkommission des MB-Bundesverbandes. Als zweiter Vorsitzender wurde Dr. Joachim Schur in seinem Amt bestätigt. Im neuen Landesvorstand sind fünf Frauen und zwei Männer als Beisitzer vertreten. Neuer Kassenwart ist Dr. Andreas Recke.

FOTO: MARBURGER BUND

weit arbeiten schon rund 40.000 Ärztinnen und Ärzte angestellt im ambulanten Bereich. Wie werden deren Interessen von Ihrem Verband vertreten?

**Wessendorf:** Zum einen unterstützen wir angestellte Ärzte im ambulanten Bereich ganz konkret durch unsere juristische Beratung sowie durch Muster-Arbeitsverträge. Zum anderen befassen wir uns neben unserem berufspolitischen Engagement verstärkt mit den Arbeitsbedingungen der Ärzte im ambulanten Sektor. Wir wissen aus der täglichen Beratungspraxis auch, dass die Gehälter im ambulanten Bereich mitunter unter den branchenüblichen Standards der arztpezifischen MB-Verträge liegen. Unser Ziel ist, künftig die Arbeitsbedingungen für angestellte Ärzte in Praxen und MVZ mit eigenen Tarifverträgen abzusichern.

In Rheinland-Pfalz hat der Hausärzteverband eine Initiative gestartet. Ziel ist es, den ärztlichen Arbeitgebern einen Überbau zu bieten und als Ansprechpartner etwa für Tarifverhandlungen zu fungieren. Was halten Sie von diesem Vorstoß?

**Wessendorf:** Diese neue Art der Kooperation ist ein richtiger Schritt, um wechselwilligen Klinikärzten einen Anreiz für eine Tätigkeit im ambulanten Sektor zu geben. Es darf nicht sein, dass ein Wechsel aus der Klinik zu Verschlechterungen führt. Wir dürfen aber auch nicht vergessen, dass in Rheinland-Pfalz noch kein Ergebnis zu einem Vertrag vorliegt. In Schleswig-Holstein sind wir ebenfalls auf der Suche nach Ansprechpartnern und ich persönlich habe sowohl den Hausärzteverband Schleswig-Holstein als auch die Ärztegenossenschaft Nord so kennengelernt, dass ich mir beide als geeignete und seriöse Partner gut vorstellen könnte. Für Ärzte als Arbeitgeber wäre es im Wettbewerb um angestellte Ärzte ein Aushängeschild, wenn wir einen guten Tarifvertrag hätten. Ohne Lösung laufen die Arbeitgeber Gefahr, dass die Fluktuation steigt - das kann nicht in ihrem Sinne sein.

Gibt es denn nach Ihren Erfahrungen unter den angestellten Ärzten im ambulanten Bereich den Wunsch, dass ein Rahmentarifvertrag für ihren Bereich verhandelt wird?

**Wessendorf:** Fest steht, dass wir zunehmend Anfragen von angestellten Ärzten aus dem ambulanten Bereich bekommen. Sie sind unsicher, ob das ihnen angebotene Gehalt angemessen ist, und wünschen sich Vergleichbarkeit.

Was halten Sie davon, wenn die Bezahlung von Ärzten im ambulanten Bereich mit der Zahl an behandelten Patienten verknüpft wird?

**Wessendorf:** Ich meine, dass Ärzte Provisionen nicht guten Gewissens unterschreiben können. Erfolgsabhängige Verträge sind für Ärzte problematisch. Das haben wir in der Vergangenheit schon über Chefarztverträge im Klinikbereich gesagt und das gilt auch für den niedergelassenen Bereich.

Aber irgendwie muss ein Praxischef auch sicher sein können, dass sein angestellter Arzt ihm keinen Verlust beschert, oder?

**Wessendorf:** Das kann er auch. Aber unternehmerische Verantwortung und Risiken im ambulanten Sektor dürfen nicht auf die angestellten Ärzte übertragen werden. Außerdem bin ich überzeugt, dass Engagement für Patienten zur ärztlichen DNA gehört.

Vielen Dank für das Gespräch.

## IMPFFEN

# Hindernisse sind noch nicht beseitigt

Schleswig-Holstein und Hamburg waren gemeinsame Ausrichter der 6. Nationalen Impfkongferenz. Die Ausrichterländer traten für die Impfpflicht ein, Experten waren skeptischer.

Nicht jeder, der sich nicht impfen lässt, ist ein Impfgegner. Das betonte Prof. Cornelia Betsch, Professorin für Gesundheitskommunikation an der Universität Erfurt, auf der 6. Nationalen Impfkongferenz in Hamburg. Darum sucht Betsch die Gründe, die Menschen vom Impfen abhalten, und den besten Weg, sie dennoch vom Impfen zu überzeugen. Das Ziel der Impfkongferenz lautete denn auch: „Die Impfquoten sollen erhöht, der Zugang zu niedrigschwelligen Impfangeboten erleichtert werden.“

Das ist auch nötig, denn: Der Anteil der Impfbefürworter stieg zwar von 2012 bis 2016 nach Angaben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) von 37 Prozent auf 54 Prozent und der Anteil der Ablehnenden sank von vier Prozent auf zwei Prozent. Trotzdem gibt es in Deutschland immer wieder Ausbrüche, zum Beispiel von Masern.

Das bestätigte auf der Kongferenz auch Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg. Zum Beispiel Masern: In Deutschland erkrankten im Jahr 2018 genau 544 Menschen, so das Robert Koch-Institut (RKI). Unter den Schulanfängern waren 2017 noch 97 Prozent einmal gegen Masern geimpft, bei der zweiten Impfung waren es aber nur noch 93 Prozent. Notwendig wäre aber eine Impfquote von 95 Prozent, um die Gemeinschaft zu schützen, betonte Garg.

In 47 der 53 Länder der EU-Region infizierten sich 2018 nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO) 82.596 Menschen mit Masern. Allein in der Ukraine waren es 72.408 Menschen. Die Zahlen sind auch für Deutschland relevant, sagte Dr. Anne Marcic aus dem schleswig-holsteinischen Gesundheitsministerium. „Denn Deutschland ist ein Masern-Importland. Viele Erkrankungen hierzulande haben mit den Menschenströmen aus dem und in das Ausland zu tun.“ So sei der Ausbruch im März in Bad Segeberg von einem Kind ausgelöst worden, das die Masern-Infektion von einer Auslandsreise mitgebracht hatte.

Garg wie Marcic fordern deshalb die Impfpflicht gegen Masern, wie es die neue Gesetzesinitiative des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) verlangt: Ab 2020 müssen alle Kinder und das Personal in Kitas und Schulen, in Krankenhäusern und Arztpraxen gegen Masern geimpft sein.

Etwas anders die Erfurter Professorin Betsch: Die Impfpflicht müsse nicht immer das Mittel der Wahl sein in der Gesundheitskommunikation. Selbst dann nicht, wenn die Bevölkerung die Pflicht will. Denn dieser Wille schwankt. So befürworten 67 Prozent der Bevölkerung laut Betsch zwar die Masern-Impfpflicht und nur 4,2 Prozent lehnten sie ab. Aber, so wendete die Psychologin ein: „Was wir sagen was wir wollen, kann anders sein als das, was wir sagen, wenn wir sehen, wie es sich anfühlt.“ So schwinde die Zustimmung zur Impfpflicht zum Beispiel immer dann, wenn dabei Nebenwirkungen auftreten.

Man muss also die Gründe kennen, die die Impfscheidung beeinflussen, so Betsch. Sie sieht fünf:

- ▶ **Vertrauen:** Mancher argwöhnt, das Impfen sei unsicher, risikobehaftet, und sein Nutzen werde falsch dargestellt. Betsch forderte hier auch die Medien auf, in der Berichterstattung weniger auf die verschiedenen Meinungen von Befürwortern und Gegnern einzugehen als vielmehr auf ihre Argumente. Die Evidenz sollte in der Darstellung ausbalanciert werden, nicht die Meinungen.
- ▶ **Risikowahrnehmung:** Das Impfen leide unter seinem eigenen Erfolg, weil die Folgen von Masern, Mumps und Kinderlähmung kaum mehr in Erscheinung treten. „Warum dann noch impfen“, so die Kritiker. Hier versagen Furcht-Appelle. Es sei nachgewiesen, dass es wenig bringt, den Kritikern das Nicht-Impfen als Verlust darzustellen.
- ▶ **Informationssuche:** Mancher sucht sich seine Argumente für und gegen das Impfen aus dem Internet oder nimmt Literatur zur Hilfe. Allerdings seien solche intensiven Informationssucher

auch die größeren Impfskeptiker. Wer hier etwas tun will für das Impfen, sollte die Informationen verbessern, regte Betsch an. Aber nur vier Prozent der Zielgruppe kennen zum Beispiel das Angebot der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: [www.impfen-info.de](http://www.impfen-info.de). Unter den Fachleuten kennen es auch nur neun Prozent. Die Folge: Viele Hausärzte verweisen auf die Seiten des Robert Koch-Instituts (RKI) – sie sei für Laien viel zu kompliziert.

- ▶ **Gemeinschaftsschutz:** Die prosoziale Impfbereitschaft sinkt („Wenn alle geimpft sind, brauche ich es doch nicht auch noch!“), wenn andere in der Gemeinschaft sich aus persönlichen Motiven nicht impfen lassen. Dagegen kann es helfen, in der Kommunikation die kollektiven Ziele zu betonen, etwa das Ziel, eine bestimmte Infektionskrankheit auszurotten, so Betsch.
- ▶ **Hürden:** Als wesentlichen Grund für die Impfscheidung aber sieht Betsch ganz (un-)praktische strukturelle Hürden, und zwar bei allen Zielgruppen. „Gegen diese Hindernisse wird seit Jahren nichts getan!“ kritisierte Betsch, „Das Impfen ist immer noch nicht leicht genug.“ Es fehlt an schnellen und praktischen Impfmöglichkeiten „um die Ecke“, also beim Apotheker oder durch den Betriebsarzt am Arbeitsplatz oder in den Schulen. Also – was könnte Impfungen leichter machen? Funktionieren könnte der „kleine Bruder“ der Impfpflicht – wenn die Impfung zwar zur Pflicht wird, aber durch ein nicht zu einfaches Verfahren die Entbindung möglich ist, meint Betsch. Zusätzlich helfe es, wenn Ärzte per SMS, Telefon oder Postkarten an Impftermine erinnern. Da gibt es aber auch bei Hausärzten noch Luft nach oben: Nur 40 Prozent der Hausärzte nutzen zum Beispiel Reminder- oder Recall-Systeme. Kein Wunder, dass Betsch daran erinnerte: Auch das ärztliche Vertrauen ins Impfen beeinflusst das Empfehlungsverhalten und die impffreundliche Gestaltung der Praxis.

## Info

Die Nationale Impfkongferenz findet im zweijährigen Turnus an wechselnden Orten in Deutschland statt. Ausrichter sind immer zwei Bundesländer gemeinsam. Die 7. Nationale Impfkongferenz 2021 wird voraussichtlich von den Bundesländern Hessen und Rheinland-Pfalz in Wiesbaden ausgerichtet.

**M**it 60 Gästen feierte der VPKSH sein rundes Jubiläum. Damit waren ebenso viele Gäste geladen, wie die Anzahl der Jahre, die der Verband am schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen mitwirkt. Neben Vertretern der Mitgliedskliniken, der Krankenkassen und des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK) waren auch Landtagspräsident Klaus Schlie und Dr. rer. pol. Heiner Garg der Einladung des Verbandes gefolgt.

60 Jahre – damit ist der Verband den 1950er Jahren entsprungen, „was sich an den ergrauten Schläfen der Kollegen ablesen lässt“, stellt Dr. Cordelia Andreßen, Vorsitzenden des VPKSH, amüsiert fest.

Sie nutzte die die Feierlichkeiten, um an die vergangen sechs Jahrzehnte Verbandsgeschichte zu erinnern. Zu Gründungszeiten gab es viele Probleme in der Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein. Das damals monistische Finanzierungssystem führte dazu, dass das Betreiben einer Privatklinik für Inhaber ein Risiko darstellte. „Die mussten sehen, wo sie Geld herbekamen“, erinnerte Andreßen an eine Zeit, in der sich die Länder noch nicht zur Klinikversorgung bekannten. Mit den Privatkliniken riskierten die Gründungsväter des Verbandes damals noch ihre eigenen finanziellen Sicherheiten. Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz 1972 wurde die Trägervielfalt sichergestellt, was vor allem kleine Kliniken stärkte.

Thomas Bublitz, Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes Deutscher Privatkliniken (BDPK), gratulierte dem Landesverband und sprach sich „in einer Zeit, in der in der Politik offen von Enteignung gesprochen“ werde, eindeutig für die Daseinsberechtigung von privat geführten Kliniken aus. „Heute stehen Privatkliniken da, wo sich die kommunalen Krankenhäuser aus Gründen der Wirtschaftlichkeit zurückgezogen haben“, beschrieb Bublitz die Fähigkeit der Privatkliniken, Aufgaben der Grund- und Regelversorgung zu übernehmen. Der Gesetzgeber müsse passende Rahmenbedingungen schaffen, um dem Klinikbereich die Bewältigung dieser Aufgaben zu ermöglichen.

Landesgesundheitsminister Garg verwies in seiner Rede auf immer komplexer werdende Strukturen und Gesetzeslagen. Das aktuelle Vergütungssystem der Diagnosis Related Groups (DRG) habe zwar zu mehr Transparenz der Vergütungen, gleichzeitig jedoch zu Fehlreizen geführt. Deutlich wurde, dass Privatisierungen keine Rosinenpickerei ist. Auch Garg widersprach diesem hartnäckigen Vorurteil: „Dazu sage ich Nein. Nicht in Schleswig-Holstein. Die Privatkliniken leisten einen erheblichen Beitrag zur Grund- und Regelversorgung.“ Er verwies dabei auf die vier Inselkran-

## JUBILÄUM

# Privates Risiko

**Der Verband Privater Kliniken Schleswig-Holstein e.V. (VPKSH) besteht seit 60 Jahren. Monistik stellte Inhaber damals vor Probleme.**



*Dankten dem Verband für die verlässliche Zusammenarbeit: Landesgesundheitsminister Dr. Heiner Garg (links) und Landtagspräsident Klaus Schlie (rechts) mit der Vorsitzenden des VPKSH, Dr. Cordelia Andreßen.*

# 39

*Privatkliniken vertritt der VPKSH in Schleswig-Holstein.*

# 8.000

*Vollzeitangestellte beschäftigen die Mitgliedskliniken des VPKSH. Darunter sind 1.700 Ärzte und 3.200 Pflegekräfte.*

# 200.000

*Patienten werden jährlich in Privatkliniken versorgt. Das sind ein Drittel aller in Schleswig-Holstein behandelten Patienten.*

kenhäuser, von denen drei privat geführt würden. Die Mitglieder des VPKSH seien demnach ein wichtiger Teil der bunten und lebendigen Krankenhauslandschaft.

Damit Kliniken auch künftig steigenden qualitativen Ansprüchen gerecht werden können, sprach sich Garg für mehr Kooperationen und Konzentrationen bestimmter Leistungen aus. Diese Forderung deckt sich nicht mit den jüngsten Bedenken des Bundeskartellamtes, das sich gegen die geplante Übernahme der Sana Kliniken Ostholstein durch Ameos ausgesprochen hatte. „Ich glaube, dass ein Patient aus Ostholstein sehr wohl in der Lage ist, Leistungen aus Lübeck wahrzunehmen – und umgekehrt auch. Das Bundeskartellamt glaubt das nicht“, so der Minister. Das Ministerium sei durchaus an der Konzentration bestimmter Leistungen interessiert, wolle die Kooperationen bestimmter Häuser gar fördern, wenn diese das Wohle der Patienten zum Ergebnis haben.

Landtagspräsident Schlie definierte die Privatkliniken in Schleswig-Holstein als „einen unverzichtbaren Baustein der Krankenhauslandschaft“. Sie seien stets ein Innovationsmotor für den klinischen Sektor und Wegweiser im Hinblick auf mögliche Verbesserungen im Gesund-

heitswesen. Mit 39 von 90 Kliniken in Schleswig-Holstein stellen die Privatkliniken fast die Hälfte der Einrichtungen in der Krankenhauslandschaft. 17 Kliniken bilden im Jahr knapp 900 Schüler aus. Der Bettenanteil stieg durch Privatisierungen von einst fünf Prozent auf heute 35 Prozent – Tendenz steigend. Auch für den Arbeitsmarkt in Schleswig-Holstein sind die Privatkliniken wichtig, wie die beiden Landespolitiker betonten: Derzeit beschäftigen die Mitgliedshäuser des VPKSH rund 8.000 Angestellte in Vollzeit.

Auch neue Herausforderungen und Ziele für die Zukunft wurden an dem Jubiläumsabend markiert. So müsse etwa die Grundversorgung im ländlichen Raum gewährleistet werden. Ebenso führe der demografische Wandel dazu, dass bestimmte Krankheitsbilder in Zukunft vermehrt auftreten werden und neue Ansprüche an die Medizin stellen werden. Gleichzeitig müssten die Versorgungseinrichtungen im Gesundheitswesen auch außerordentliche Situationen wie etwa Epidemien oder andere Katastrophenfälle bewältigen können. Auch der Wunsch nach mehr Zusammenhalt im Gesundheitssystem wurde geäußert.

STEPHAN GÖHRMANN

## PRAKTISCHES JAHR

# „Auf einmal ist man Arzt“

Die Christian-Albrechts-Universität (CAU) informierte Medizinstudierende über das anstehende Praktische Jahr (PJ) und konnte viele Sorgen und Ängste der angehenden Mediziner beseitigen.



Für Wiebke Holz kommt der Klinikalltag nicht in Frage: „Ich möchte das Praktische Jahr schnellstmöglich hinter mich bringen, um mich dann als Allgemeinmedizinerin niederlassen zu können.“

Info: Das PJ-Portal beinhaltet PJ-Plätze von den Lehrkrankenhäusern von 21 Medizinischen Universitäten. Wer sein PJ an anderen Universitätskliniken oder Lehrkrankenhäusern antreten möchte, muss sich auf Post- und Behördengänge einstellen. Für sie gelten noch die postalische Bewerbung und die Einreichungen beim Studierendensekretariat.

Wissen Sie noch, wie es war, als Sie frisch von der Universität kamen und in dem Praktischen Jahr von jetzt auf gleich die Bücher gegen den Arztkittel wechseln mussten und ihr theoretisches Wissen auf den Praxisalltag traf? Mit welchen Ängsten und Herausforderungen aber auch Hoffnungen und Vorstellungen Sie sich plötzlich auseinandersetzen mussten? Genau an diesem Scheidepunkt befinden sich auch in diesem Jahr wieder viele angehende Ärzte. Die Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität (CAU) organisiert deshalb zweimal im Jahr die PJ-Informationsveranstaltung im Hörsaal der Chirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel.

Prof. Ingolf Cascorbi, Studiendekan der medizinischen Fakultät, begrüßte die Studierenden, die im November in das PJ starten werden. „Viele Türen werden sich in den kommenden Monaten für sie öffnen. Und dem ein oder anderen wird in den kommenden Monaten des Praktischen Jahres klar werden, wofür man das immense Wissen während des Studiums angehäuft hat“, prophezeite Cascorbi, der damit den wichtigen Schritt von der theoretischen in die praktische Lehre in Worte fasste.

Den weiteren Verlauf der Veranstaltung nutzten Katrin Buddingh, PJ-Koordinatorin, sowie Hilke Paulsen und Martina Schneeberg, die beide für PJ-Studierendenangelegenheiten verantwortlich sind, um den Studierenden zu erklären, was in den kommenden Monaten auf sie zukommen wird. Viele streben an, ein Tertianum ihres PJs im Ausland zu verbringen. Dafür vergibt die CAU Stipendien. Erhält ein Studierender ein Stipendium der Medizinischen Fakultät, verpflichtet er sich dazu, beide verbleiben-

de Tertianum am UKSH, Campus Kiel oder einem der Akademischen Lehrkrankenhäuser oder einer Lehrpraxis der CAU zu absolvieren.

Das Bewerbungsverfahren, das in Kürze auf die Studierenden zukommt, verunsichert sie. Eine Frage herrscht wohl bei allen Anwesenden vor:

„Wie stehen die Chancen, dass ich meine Wunschstelle auf einer Station meiner Wahl bekomme?“ Darauf waren die PJ-Verantwortlichen der medizinischen Fakultät der CAU vorbereitet. Sie nutzten die Veranstaltung, um Antworten auf drängende Fragen zu finden. „Bis jetzt ist für jeden immer eine zufriedenstellende Lösung gefunden worden“, versicherten die PJ-Verantwortlichen.

Hinzu kommt: Um das Bewerbungsverfahren zu vereinfachen, hat sich die Medizinische Fakultät vor einem Jahr dem PJ-Portal angeschlossen. Auf dem Portal werden die Ausbildungsplätze der bundesweit teilnehmenden Medizinischen Fakultäten ausgeschrieben. Damit die Bewerbungen auch klappen, wurde das Portal durchexerziert. Die Studierenden lernten so Schritt für Schritt die Funktionen des Portals kennen – am Tag der Einwahlen soll schließlich alles funktionieren.

Die Infoveranstaltung beinhaltete damit alles, was die Studierenden in den folgenden Monaten wissen müssen: von der Registrierung im Portal, Startzeiten und Einwahlmodalitäten über einzelne Paragraphen der jeweils gültigen Studienordnung bis hin zu ganz pragmatischen Informationen, wie die Anzahl möglicher Fehltagge oder was bei einer Schwangerschaft während des PJs zu beachten ist.

So wurden die Studierenden auf ein einheitliches Informationslevel gebracht, denn die Wissensstände der einzelnen Anwesenden variierten. Während für manche die Veranstaltung im Hörsaal der Chirurgie am UKSH der erste Kontakt mit dem Thema PJ war, hatten sich andere schon viel eher mit dem Thema befasst. Vor allem die Studierenden, die ein Tertianum im Ausland verbringen möchten, hatten sich früh mit dem Thema auseinandergesetzt.

„Ich möchte ein Tertianum in Südafrika und der Schweiz verbringen“, sagte Wiebke Holz, die sich damit auf Ausbildungsplätze in gleich zwei beliebten Ländern bewerben möchte. Sie hatte sich daher schon vor zwei Jahren über das Thema informiert. Ihren Wahlschwerpunkt möchte sie, neben den gesetzten Disziplinen der Inneren Medizin und der Chirurgie, in der Anästhesie absolvieren. Auch wenn sie nicht unbedingt in Schleswig-Holstein bleiben möchte, ist für sie eines klar: „Ich möchte mein Praktisches Jahr schnellstmöglich abschließen.“ Sie plant eine Niederlassung im ländlichen Raum als Allgemeinmedizinerin.



Bei Mehmed Arslan ist es umgekehrt. Er möchte ein Tertial seines Praktischen Jahrs in Japan verbringen. Dabei kommt für ihn nur die Chirurgie infrage, die Allgemeinmedizin steht bei ihm aber auch weit oben auf der Wunschliste.

Während der Einstieg in den Beruf für den angehenden Arzt schon feststeht, bleibt das endgültige Ziel noch offen – sowohl fachlich als auch örtlich. Viele hätte es vor vier Jahren noch zurück in die Heimat verschlagen. Nach sechs Jahren Studium an der CAU haben viele jedoch auch eine Verbindung zur Stadt und zu Schleswig-Holstein aufgebaut.

So ähnlich ist es bei Basak Cakmak: Um Medizin zu studieren, hat sie vor fünf Jahren die Türkei verlassen und ist nach Schleswig-Holstein gekommen. Für die künftige Arbeit als Ärztin plant sie, weiterhin in Norddeutschland zu bleiben. Hamburg ist ihr favorisierter Arbeitsort. „Am liebsten möchte ich in einem Krankenhaus arbeiten“, so die angehende Medizinerin.

Anders als bei Wiebke Holz war die Infoveranstaltung der CAU ihr erster Kontakt mit dem Thema. So ging es vielen, auch, wenn sich jeder schon seine Gedanken zum PJ gemacht hatte. Je weiter das Studium voranschreitet und je mehr Fachbereiche die Studierenden kennenlernen konnten, umso eher konnten sich Präferenzen herausbilden. Eine konkrete Vorstellung von dem, was auf sie zukommen wird, haben viele erst in den letzten Monaten bekommen.

Während die Verantwortlichen für die PJ-Studierendenangelegenheiten Sicherheit in puncto Organisation, Bewerbungsverfahren und Studienordnung geben konnten, blieben manche Fragen offen. Daher bleiben Buddingh, Paulsen und Schneeberg auch während des Praktischen Jahres für ihre Studierenden ansprechbar. Ihnen war aber auch klar: Letztendlich bleibt der Sprung ins kalte Wasser.

Diese Themen beschäftigen die meisten Studierenden auch nach der Infoveranstaltung, und werfen die drängendsten Fragen auf:

- ▶ Wie ist der Arbeitgeber? Wie sind die Kollegen?
- ▶ Werde ich als PJler ordentlich behandelt?
- ▶ Wie gestaltet sich meine Tätigkeit? Wird sie mich überfordern?
- ▶ Legen die Oberärzte auf den Stationen viel Wert auf eine ordentliche und fachgerechte Ausbildung? Oder werde ich nur als billige Arbeitskraft ausgenutzt, die grenzenlos Überstunden sammelt?

Diese Unsicherheiten zeigen jedoch auch, welche Wünsche die kommende Generation von Ärzten für ihren Beruf hat:

- ▶ Ausbildung: Die Studierenden möchten eine gute Ausbildung erhalten,



Basak Cakmak kam vor fünf Jahren für das Medizinstudium nach Schleswig-Holstein. Nach dem PJ möchte sie gerne im Krankenhaus bleiben. Ihre Wunschstadt: die Hansestadt Hamburg.

sowohl in der Universität als auch auf den Stationen. Die Lehre während des PJs sollte ihnen zufolge zwischen Unterricht und praktischer Tätigkeit ausgewogen sein.

- ▶ Patientenkontakt: Die angehenden Mediziner suchen den Kontakt zu den Patienten. Der Wunsch, endlich mit und an den Menschen zu arbeiten, ist für sie Neuland, auf das sie kein Buch je vollkommen vorbereiten kann.
- ▶ Ein weiterer Wunsch: Die künftigen Mediziner artikulieren für sich das Ziel, Teil der medizinischen Versorgung zu werden, als vollwertiges Mitglied der Ärzteschaft.

An der CAU gibt es zwar durch Unterricht am Krankenbett oder Blockpraktika bereits Praxisanteile innerhalb des Studiums. Jedoch nie für ein ganzes Jahr. Hinzukommt: die Studierenden müssen bald auf den Stationen Verantwortung übernehmen. Davor haben viele Respekt. Fest steht, dass die Anwendung der theoretischen Kenntnisse für die angehenden Mediziner eine Herausforderung ist, der sie sich stellen möchten. Die praktische Arbeit am Patienten markiert einen fundamentalen Wendepunkt, den Wiebke Holz wie folgt in Worte fasst: „Es ist der Start ins Arbeitsleben. Auf einmal ist man Arzt.“

STEPHAN GÖHRMANN



Mehmed Arslan möchte ein Tertial in Japan verbringen. Die beiden weiteren Tertiale des praktischen Jahres möchte er dann aber am UKSH in Kiel verbringen.

## ORGANSPENDE

# Aktives Nein erforderlich

## Patientenveranstaltung des Kieler Praxisnetzes zur Organspende nur mit mäßiger Resonanz.

Nur eine Handvoll Interessierter erschien bei einer Patientenveranstaltung zu rechtlichen und medizinischen Fragen rund um die Organspende, zu der das Praxisnetz Kiel eingeladen hatte. Die Gäste erlebten einen Transplantationsmediziner in Höchstform und nahmen als Fazit mit: Um mehr Spenden zu erreichen, müssen sich die Strukturen ändern.

Angesichts der leeren Stühle im Vortragsraum des Kieler Technologiezentrums Kitz konnte Lars Prinzhorn, Geschäftsführer des Praxisnetzes Kiel, nur den Kopf schütteln: Der Verbund regionaler Allgemein- und Facharztpraxen lädt regelmäßig seine Patienten zu Informationsveranstaltungen ein, und „normalerweise sitzen da 50 bis 60 Leute“.

Prof. Felix Braun, Leiter der Sektion für Klinische Transplantation am UKSH in Kiel, kennt das schon: Über Organspende denkt kaum jemand gerne nach. Obwohl eine deutliche Mehrheit der Deutschen einverstanden wäre, die eigenen Organe nach dem Tod an Kranke weiterzugeben, dokumentieren nur wenige diesen Willen. Das passiert in der Regel mit dem kreditkartengroßen Ausweis, der den Willen des Inhabers zum Organspenden zeigt. Aber auch andere Formen sind denkbar, sei es eine handschriftliche Notiz oder einen Vermerk auf dem Notfallpass, der als App auf dem Smartphone installiert sein kann und Angaben wie Blutgruppe und Allergien enthält. Die Erklärung pro oder kontra Organspende sollte ständig dabei sein, am besten im Portemonnaie, mahnte Braun. „Wenn jemand einen Unfall hat und es schnell gehen muss, hilft es nichts, wenn der Spenderausweis zu Hause unterm Bett liegt.“

Wie das Verfahren aus rechtlicher Sicht aussieht, berichtete Linda Luball, Fachanwältin für Medizinrecht an der Kanzlei CausaConcilio. Sie wies auf die Gesetze und Richtlinien hin, die das Transplantationsgesetz (TPG) umrahmen, darunter das Gewebegesetz und Richtlinien zum Hirntod, zur Gestaltung der Wartelisten und zur Beurteilung von Spendern.

# 85 %

der Deutschen stehen der postmortalen Organspende positiv gegenüber.

# 955

Menschen wurden im vergangenen Jahr in Deutschland Organspender - dies entspricht 11,5 Organspenden je eine Million Einwohner.

# 10.000

Menschen stehen in Deutschland auf der Warteliste für ein Spenderorgan.

Luball schilderte, wie sich die Lage ändern würde, wenn der Bundestag den Plänen von Jens Spahn folgt. Sein neues Transplantationsgesetz soll unter anderem die Rolle der Transplantationsbeauftragten in den Kliniken stärken, besonders durch eine höhere Vergütung. Im Gespräch ist eine bundesweite Rufbereitschaft, an die sich Entnahmekliniken wenden können, wenn sie Fragen haben. Der wichtigste Punkt ist aber, dass nicht mehr – wie heute – eine Einwilligung für die Entnahme vorliegen muss, sondern dass künftig aktiv verweigert werden muss. Luball sieht das als Vorteil vor allem für die Angehörigen. Heute müssen sie am Bett des sterbenden Liebsten „die schwierigsten Fragen zum schwierigsten Zeitpunkt“ beantworten. „Die sind fix und fertig“, sagte Luball.

Zur Vereinfachung der Verfahren und zum Schutz der Angehörigen soll künftig gelten, dass jeder, der nicht aktiv widerspricht und diesen Willen dokumentiert, zum Spender wird. Das Argument, die Widerspruchslösung verstoße gegen die Selbstbestimmungsrechte der Patienten, gehe ins Leere, waren sich Luball und Braun einig. Denn die Entscheidung gegen eine Spende bleibt jedem überlassen, und auch die Möglichkeiten sind vielfältig: Die Botschaft „Nein, ich will nicht spenden“ kann auf einem handschriftlichen Zettel vermerkt oder im bundesweiten Transplantationsregister eingetragen werden. Damit entsprechen die Möglichkeiten den heutigen, nur eben umgekehrt: Muss heute aktiv Ja gesagt werden, geht es später um das aktive Nein.

Liegt kein Widerspruch vor, gibt es die zweite Hürde, nämlich die Frage an die Familie – ähnlich wie heute, aber weit einfacher zu nehmen: „Es wird nur noch gefragt, ob die Angehörigen von einer vorliegenden Verweigerung wissen“, sagte Luball. Sie verwies auch darauf, dass vor dem Inkrafttreten des Gesetzes die Bevölkerung drei Mal schriftlich informiert werden muss, etwa durch Schreiben der Krankenkasse.

Aktuell sind noch weitere Gesetzesvorschläge im Gespräch. So setzen die Oppositionsparteien Grüne und Linke auf mehr Aufklärung, um freiwillige Spender zu finden. Luball glaubt nicht daran und hält auch wenig von dem Vorschlag, die Aufklärung in die Hausarztpraxen zu verlagern: „Es geht um schwierige Themen, zu denen die Menschen viele Fragen haben.“ Entsprechend lang würden die Gespräche dauern, die auch vergütet werden müssten.

Prinzhorn stimmte für die 200 Praxen des Praxisnetzes zu und nannte als Beispiel die Beratung über die Patientenverfügung, die als ärztliche Leistung vergütet wird, wobei aber der zeitliche Aufwand meist das Honorar übersteigt. Vor allem fachlich sah Prinzhorn das Thema nicht im Behandlungszimmer: „Ärzte wollen lieber behandeln als sich um bürokratische Akte kümmern.“ Im internationalen Vergleich liege Deutschland weit zurück, sagte Braun. Der Kieler Mediziner gehörte zu den Experten, mit denen sich der Bundesgesundheitsminister im Vorfeld zum Gesetzentwurf beraten hat. Braun begrüßt viele der Änderungen des Gesetzes, dennoch sei noch weit mehr möglich.

So sind in Deutschland die Richtlinien, um den Hirntod festzustellen, höher als anderswo, und dieses Verfahren macht es schwer für die Krankenhäuser in der Fläche. Hier müssen potenzielle Spender erkannt werden, hier müssen die Sterbenden an den lebenserhaltenden Maschinen liegen, bis alle Kriterien erfüllt sind. Für die überbelasteten Intensivstationen nicht immer einfach: „Das Bett wird nicht frei, es dauert lange, es gibt schwere Gespräche mit Angehörigen“, zählte Braun auf. Er verwies auf das Beispiel Spanien, den europäischen Transplantationsmeister. Dort gibt es eigene Ausbildungsgänge für Transplantationsmediziner und Transplantationszentren, die den regionalen Kliniken die Arbeit erleichtern. Aber auch bei besseren Rahmenbedingungen bleibt der Weg zur Spende schwer, schließlich müssen zahlreiche Bedingungen erfüllt sein. Nur wer auf der Intensivstation stirbt, kommt als Spender infrage. Außerdem „werden die Deutschen älter, dicker, kränker“, sagte Braun. Und damit sind nicht mehr alle Organe für die Entnahme geeignet.

Doch es gibt auch positive Nachrichten: Aufgrund der strengen Regeln für die Entnahme müssen Transplantationsmediziner in Deutschland mit Organen arbeiten, die in anderen Ländern als minderwertig aussortiert würden. Dennoch gibt es Überlebensraten von 80 bis 90 Prozent. Braun freute auch, dass die Zahlen der Spender zurzeit leicht steigen. Er wird weiter für das Thema werben – jeder Zuhörer ist ein Gewinn.

ESTHER GEISSLINGER

## KREBS

# Zwischen Evidenz und Sehnsucht

**Früherkennung wird nicht für jede Krebserkrankung von den Kassen bezahlt. Unter Experten wird diskutiert, nach welchen Kriterien künftig über die Einführung entschieden werden sollte.**

Nach welchen Kriterien sollte entschieden werden, ob eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland bezahlt werden muss? Wie unterschiedlich die Antwort darauf ausfallen kann, zeigte im vergangenen Monat eine Expertendiskussion am Hamburg Center for Health Economics (HCHE) unter Leitung von Prof. Jonas Schreyögg. Das Mitglied aus dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte für seine Veranstaltung HCHE Research Results Experten nach Hamburg eingeladen, die das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten.

Für Johann-Magnus Freiherr von Stackelberg ist die Sache klar: „Lasst Daten sprechen. Wenn der Nutzen belegt ist, kann eine Früherkennung eingeführt werden und wir beschäftigen uns mit der Frage der Umsetzung.“ Ausschlaggebendes Kriterium für die Entscheidung, ob eine Früherkennungsuntersuchung von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden muss, sei die Mortalität. „Alles andere ist ergänzend“, sagte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes in Hamburg unter Hinweis auf den geltenden gesetzlichen Rahmen.

„Alles andere“ hatten zuvor Prof. Tom Stargardt vom Lehrstuhl für Health Care Management der Uni Hamburg und Prof. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen am UKE, in die Diskussion eingebracht: zum Beispiel die anfallenden Kosten und den Nutzen, gemessen an gewonnenen Lebensjahren oder an der Lebensqualität.

Stargardt zeigte am Beispiel Lungenkrebs, wie differenziert die Diskussion zu führen ist. In Deutschland gibt es derzeit rund 1,6 Millionen starke Raucher. Wie viele aus dieser Gruppe würden an einem Screening teilnehmen? Wie viele Lebensjahre würden damit gewonnen? Wie sind diese Lebensjahre von der Qua-



Prof. Tom Stargardt vom Lehrstuhl für Health Care Management der Uni Hamburg stellte Ergebnisse einer Studie zum Lungenkrebs vor.

## Info

Die Deutsche Krebsgesellschaft nennt auf ihrer Website die regelmäßige Teilnahme an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen „besonders wichtig“. Eine Übersicht über die Früherkennung einzelner Krebsarten gibt sie unter [www.krebsgesellschaft.de](http://www.krebsgesellschaft.de) und dem Reiter „Basis-Informationen Krebs“.

lität her zu bewerten? Bei einer angenommenen 54-prozentigen Teilnahme und Kosten von rund 1.150 Euro pro Person, haben Berechnungen einer Studie an Stargardts Lehrstuhl ergeben, kämen Kosten von rund 19.000 Euro je gewonnenem Lebensjahr heraus. Bezieht man die Lebensqualität mit ein, erhöhten sich die Kosten auf 30.000 Euro. Ist das viel oder wenig für ein gewonnenes Lebensjahr? Eine Frage, die je nach Perspektive wohl unterschiedlich ausfallen wird. Zahlen aus anderen Früherkennungsprogrammen zeigen laut Stargardt, dass sie sich für Lungenkrebs ungefähr im Rahmen bewegen.

Für das im Jahr 2008 eingeführte Hautkrebs-Screening fallen derzeit rund 170 Millionen Euro pro Jahr an Kosten an. Augustin machte deutlich, dass das Thema Hautkrebs in der Öffentlichkeit voraussichtlich präsenter wird, denn: „Wir werden eine Zunahme der Neuerkrankungen erleben“ – und da-

mit auch der Kosten. Obwohl der Bevölkerung die Risiken zunehmend bewusst sind, weichen die Teilnahmeraten je nach Bundesland stark voneinander ab; es gibt ein West-Ost-Gefälle, das noch nicht erklärt werden kann. „Wir versuchen gerade, das zu verstehen“, sagte Augustin. Fest steht für ihn aber auch: Versorgt werden muss, bevor solche Fragen mit letzter Sicherheit beantwortet werden können. Im Vordergrund müsse stehen, dass Hautkrebs möglichst früh entdeckt und damit so effektiv wie möglich bekämpft werden kann.

Dr. Johannes Bruns von der Deutschen Krebsgesellschaft glaubt nicht, dass der belegte Nutzen in Deutschland einziges Kriterium für die Frage bleiben wird, ob die gesetzlichen Krankenkassen eine Untersuchung bezahlen oder nicht. „Die Sehnsucht, irgendetwas gegen Krebs zu tun, ist riesengroß in der Politik und in der Gesellschaft“, sagte Bruns. Er gab zu bedenken, dass die Kosten für ein Screening im Vergleich zu den Behandlungs- und Therapiekosten bei Krebs „Peanuts“ seien.

Bei der Frage der Umsetzung von Früherkennungsprogrammen verwies von Stackelberg auf das Mammografie-Screening, das ausschließlich in Zentren stattfindet. Mit dieser Entscheidung wurde verhindert, dass die Leistung in einer deutlich höheren Zahl an Praxen erbracht werden kann, was zu mehr Anschaffungen und damit höheren Kosten geführt hätte.

Neben solchen Fragen muss auch noch der digitale Fortschritt berücksichtigt werden. Die Teilnehmer waren sich einig, dass schon in wenigen Jahren Patienten mit Daten aus Apps in die Arztpraxen kommen werden, die die Diagnose Hautkrebs schon gestellt haben. Neben den damit verbundenen Vorteilen sind den Teilnehmern der Diskussionsrunde auch andere Folgen klar. Bruns etwa rechnet nicht mit sinkenden Kosten, denn: „Der Arzt wird Zeit brauchen, um Patienten die Krankheit wieder auszureden.“

DIRK SCHNACK

## KLINIK-CLOWNS

# Die lustigen Repräsentanten der Hoffnung

**Star-Clown Peter Shub leitete einen Workshop für zehn Klinik-Clowns aus Schleswig-Holstein: Regeln brechen, mit Rhythmus und Überraschung spielen und stets das Publikum im Auge behalten.**

Wenn Dr. med. Wurst und Co. ihre Tour durch die Flure des Kieler Universitätsklinikums machen, sind die Reaktionen fast immer dieselben. Selbst noch so beschäftigten Ärzten und Pflegekräften huscht beim Anblick der Klinik-Clowns ein Lachen über die Lippen, von Sorgen geplagte Mütter und Väter merken bisweilen zur eigenen Überraschung, dass sie sich tatsächlich noch freuen können. Und die kranken Kinder vergessen zumindest für eine kleine Weile alles, was mit Medizin und Therapie zu tun hat.

Auch im Städtischen Krankenhaus und anderen schleswig-holsteinischen Kliniken oder Pflegeheimen hat sich im Lauf der Jahre ein derartiger Dienst am Lachen etabliert, womit erstmal deutlich wird, dass die in diesem Sinne tätigen Frauen und Männer einen gewissen fachlichen Austausch pflegen. Immer mal wieder treffen sie sich zu Fortbildungen, um an ihrer Kunst zu feilen, aber auch über ihre Erfahrungen zu sprechen. Denn wenn es um Leben und Tod geht, ist das mit dem Lustigsein halt eine ganz spezielle Geschichte.

Auch das war ein Thema, als sich vergangenen Monat zehn Clowns aus Kiel, Flensburg und Langwedel zu einer besonders hochkarätigen Fortbildung trafen. Den zweitägigen Workshop – ermöglicht durch eine 3.000-Euro-Spende eines Kieler Unternehmens – leitete mit Peter Shub ein echter Star des Genres. Der gebürtige Amerikaner tourte mit dem Circus Roncalli in Deutschland, spielte in New York und mit dem Cirque du Soleil aus Kanada und darf sich außerdem durch Kooperationen mit dem großen Lorient geadelt fühlen.

Davon abgesehen ist er ein Mensch, der sich so mancherlei Gedanken über die Philosophie der Clownerie macht. Dann spricht er zum Beispiel über den Unterschied zur „Architektur der Comedy“, bei der die Gags kalkuliert sind und zumindest im handwerklichen Idealfall klar ist, wann die Leute lachen. Für Clowns dagegen „gibt es keine garantierte Formel“, betont Shub und erzählt vom



*Klinikclown Peter Shub bei einer Fortbildung in Kiel. Er war u.a. für Circus Roncalli und Cirque du Soleil im Einsatz.*

ewigen Spiel, herauszufinden, was komisch wirkt. Genau das haben die Klinik-Clowns geübt. Etwa indem sie sich zu viert in eine Reihe stellten, wobei immer nur einer oder eine redend das Gesicht dem Publikum zuwenden durfte. Die Lehre aus dieser Übung: Geschieht das Ganze langsam, überlegt und fehlerfrei, ist es öde. Bei flottem Tempo aber ergibt sich ein wahrlich amüsantes Chaos. Clownsein heißt die Regeln brechen, mit Rhythmus und Überraschung spielen und dabei stets das Publikum im Auge zu behalten. „Was heute funktioniert, kann morgen ins Leere laufen, weil ganz andere Leute zusehen“, beschreibt Peter Shub dieses immer wieder neue Wechselspiel.

„Wir müssen als Clowns unser Dilemma finden“, lautet noch so ein schöner Satz, der ein Lob auf die kunstvoll inszenierte Unvollkommenheit darstellt. Und es sind neben den Übungen auch solche Sätze, die etwas auslösen bei den zehn nicht so berühmten Clowns. „Man denkt mehr darüber nach, was man überhaupt macht“, sagt der universitäre Klinik-Clown Harald Roos. Wiebke Andersen-Schneede hat die Erkenntnis mitgenommen, „dass weniger oft mehr“ ist.

Darüber nachzudenken, was damit verbunden ist, lustige Sachen am Krankenbett zu machen, ist derweil eine Alltagsbeschäftigung für die Clowns. Ein Krankenhaus, daran lässt sich nicht rütteln, ist immer auch ein Ort der Angst. Und ganz im Sinne von Peter Shub „müssen wir uns als Clowns damit auseinandersetzen“, findet Harald Roos.

Im Krankenhaus hat man es nüchtern formuliert eben mit einem speziellen Publikum zu tun. Und wahrscheinlich spürt dieses Publikum besonders, wenn es nicht ernst genommen wird. Die Angst nicht überspielen, aber sie ein Stück in den Hintergrund drängen, darauf kommt es an für die Clowns, die aus Sicht von Peter Shub durchaus auch eine metaphysische Bedeutung haben: „Sie repräsentieren die Hoffnung in der Klinik.“

MARTIN GEIST

## ALLGEMEINMEDIZIN

# Geringer Zulauf für die ärztliche Selbstsorge

Norddeutscher Hausärztekongress in Lüneburg: Stressbedingte Ausfälle von Ärzten nehmen zwar zu, ein Angebot zur Prävention wurde aber nur schwach angenommen.

Mit mehr als 1.250 Teilnehmern kamen in diesem Jahr so viele Hausärzte und Helferinnen (MFAs) wie noch nie nach Lüneburg. Das traditionelle Frühjahrstreffen von Hausärzten aus dem ganzen Norden fand zum 35. Mal statt und war ausgebaut: „Damit gehört unsere Veranstaltung zu den bedeutendsten Hausärztekongressen der Bundesrepublik“, freute sich Dr. Matthias Berndt, der Landesvorsitzende des Deutschen Hausärzterverbandes Niedersachsen. Zusammen mit den Landesverbänden Schleswig-Holstein, Hamburg und Bremen – Mecklenburg-Vorpommern ist noch nicht dabei – ist es offenbar gelungen, die anfängliche Fortbildungsveranstaltung für Hausärzte aus dem Bezirk Lüneburg und der angrenzenden Region zu einem beachtlichen Kongress mit kollegialem und berufspolitischem Austausch zu entwickeln.

„Wir möchten Ärztinnen und Ärzte mit ihren kompletten Praxisteamen auf den neuesten Stand bringen, diesmal mit 54 Seminaren“, sagte der wissenschaftliche Leiter Rüdiger Quandt. Neben bewährten medizinischen Angeboten wie COPD, Diabetes mellitus, Hautkrebscreening oder Schmerztherapie würden erstmals verstärkt Themen um die persönliche Entwicklung und Lebensgestaltung angeboten. Dazu finden sich im Programm Themen wie Selbstsorge für Ärzte, Depression und Burnout, Stresskompetenz, der schwierige Patient, wertschätzende Kommunikation, Fehlermanagement und sogar „Freude mit Formularen“. Allerdings: Auf dem Weg zu mehr und dringend benötigten Hausärzten „ist unser Fortbildungsangebot nur ein kleiner Schritt“, sagte Quandt. Dazu bedarf es sicherlich weiterer Maßnahmen, die in Niedersachsen wie im Bundesgebiet angegangen werden.

Zwei Beispiele von Seminaren seien kurz genannt, einmal „Fehlermanagement in der Hausarztpraxis“ von Dr. Alfred Haug, Facharzt für Allgemeinmedizin in Bremen. Er nannte ein prägnantes Beispiel, wie aus einem alltäglichen

Fehler, der nicht rechtzeitig erkannt wird, durch eine Fehlerkette ein erheblicher Schaden entstehen kann: Bei der EDV-gestützten Rezeptschreibung wechselt die Medizinische Fachangestellte (MFA) ein Medikament. Der Arzt unterschreibt in Eile, ohne die Verordnung nochmals zu prüfen. Der Apotheker fragt bei der Arzneimittelabgabe nicht nach, obwohl er feststellt, dass der Patient dieses Mittel noch nicht hatte. Der Angehörige händigt dem Patienten das Medikament aus, obwohl er bemerkt, dass Packung und Tablette anders aussehen als gewohnt. Der Patient nimmt das Mittel ohne Nachfrage ein, weil „der Doktor ihm bisher immer das Richtige verschrieben hat“ und nimmt dabei möglicherweise Schaden. Der Referent fasste typische Fehler in der Hausarztpraxis mit möglichen schweren Folgen zusammen:

- ▶ nicht oder zu spät erkannter Herzinfarkt oder Lungenembolie
- ▶ nicht diagnostizierte Beinvenenthrombose
- ▶ nicht gefahrener Hausbesuch
- ▶ Blutungskomplikationen im Zusammenhang mit Marcumar-Therapie
- ▶ verzögerte Diagnosestellung durch Nichtkommunikation von Laborergebnissen oder sonstigen Befunden.

Ein weiteres Seminar hatte den vielversprechenden Titel „Einführung in die Selbstsorge von Ärzten“, wurde aber nur von wenigen Ärzten besucht. Vielleicht, weil viele Ärzte nicht zugeben wollen, dass sie auf diesem Gebiet Informationen oder Hilfestellung gebrauchen könnten? Jedenfalls ist im Ärzteblatt bereits verschiedentlich auf Hamburger Autoren zu dieser Thematik hingewiesen worden, wie Klaus Dörner, Olaf von dem Knesebeck, Stefan Klein oder Ulrich Lamparter. Nach schriftlichen Unterlagen des Veranstalters – der Zugang zum zweiten Teil wurde von den Teilnehmern nicht gestattet – war die Beobachtung des Hamburger Referenten Frank O. Lippmann Ausgangspunkt des Seminars, wonach stressbedingte Gesundheitsstörungen von Ärzten in beträchtlichem

Maße zugenommen haben. Als positiven Gegenentwurf zum Burnout griff der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Innere Medizin den Ausdruck „Selbstsorge“ des französischen Philosophen Michel Foucault (1926-1984) auf.

Unter diesen bereits in der Antike anklingenden Begriff lassen sich viele gesundheitsförderliche Maßnahmen fassen, von denen der Referent besonders drei empfahl: Teilnahme an einer Balintgruppe („innerer Freiraum“), Besuch eines Selbstsorge-Workshops (wie in Lüneburg) und gegebenenfalls Etablierung eines Unterstützungssystems am Beispiel des partnerschaftlichen Focusing nach Eugene Gendlin (USA). Ganz praktisch erschien ein Paket mit „Hinweisen zum Arbeits- und Lebensstil“, die man zwar schon mehrfach gehört, aber weniger umgesetzt hat, zum Beispiel: „Gibt es etwas an Ihrem Arbeitsstil, das verändert werden sollte?“ oder „Können Sie versuchen, Ihre Grenzen zu akzeptieren?“

Diskutiert wurde in Lüneburg auch über aktuelle politische Themen und die Frage, wie die Gesundheitsversorgung im Jahr 2030 aussehen könnte. Niedersachsens Gesundheitsministerin Dr. rer. nat. Carola Reimann hatte schon in ihrem Grußwort deutlich gemacht, dass insbesondere in Flächenländern Fragen der Digitalisierung in der Versorgung zunehmend an Bedeutung gewinnen. „Dabei geht es nicht um einen Ersatz des persönlichen Kontaktes mit Medizinerinnen und Medizinern, sondern um ergänzende Angebote. Ärztinnen und Ärzte können und sollen durch solche Angebote nicht ersetzt, aber unterstützt werden“, so Reimann. Die Einführung der elektronischen Patientenakte hält Reimann denn auch für einen „wesentlichen Fortschritt“, weil diese sektorenübergreifend dokumentiere und einen raschen Informationsaustausch ermögliche. Reimann kündigte außerdem an, dass ihre Regierung „mit innovativen Telemedizinprojekten neue Wege beschreiten“ wird.

HORST KREUSSLER

35.

*Seminarkongress Norddeutscher Hausärzte am 3. und 4. Mai in Lüneburg: Zu den 54 Fortbildungen und Seminaren meldeten sich in diesem Jahr 1.250 Ärzte an.*

## GEBURTSTAGE

Veröffentlicht sind nur die Namen der Jubilare, die mit der Publikation einverstanden sind.

*Dr. Livingstone Kwaku Dotse, Lübeck-Travemünde, feiert am 01.07. seinen 70. Geburtstag.*

*Klaus Schmitt, Molfsee, feiert am 05.07. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Walter Thomas Kanzow, Kiel, feiert am 07.07. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr.-medic/IMF Bukarest Cristiana Pora, Lauenburg/Elbe, feiert am 12.07. ihren 70. Geburtstag.*

*Dr. Horst Burghoff, Heide, feiert am 13.07. seinen 85. Geburtstag.*

*Antje Gerlich-Hänßle, Kiel, feiert am 14.07. ihren 75. Geburtstag.*

*Dr. Fritz Jaekel, Kropp, feiert am 16.07. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Jörg Hoffmann, Fockbek, feiert am 22.07. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Christine Engler, Steinburg, feiert am 24.07. ihren 80. Geburtstag.*

*Dr. Heidrun Hartmann, Hamburg, feiert am 25.07. ihren 70. Geburtstag.*

*Hans-Ulrich Breuer, Flensburg, feiert am 28.07. seinen 70. Geburtstag.*

*Heide Kapune, Langwedel, feiert am 30.07. ihren 80. Geburtstag.*

*Dr. Heinz Sina jun., Munkbrarup, feiert am 30.07. seinen 70. Geburtstag.*

## Symposium für Dr. Christiane Seitz



Dr. Thorsten Wygold (links), Chefarztin PD Dr. Christiane Seitz und Dr. Martin Blümke

Der 65. Geburtstag von PD Dr. Christiane Seitz war Anlass für ein Symposium zur Zukunft der Kinderheilkunde in den Westküstenkliniken in Heide. Seitz war von 2004 bis 2016 Chefarztin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in Heide. In diese Zeit fiel unter anderem der Neubau der Kinderklinik und der Aufbau des Perinatalzentrums Level 1. Zahlreiche Kinderärzte in der Region sind von ihr in der Kinderheilkunde zum Facharzt weitergebildet worden.

„Das hohe Niveau der kinderärztlichen Versorgung in der Region so-

wohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus ist das wesentliche Verdienst von Frau PD Dr. Seitz“, sagte WKK-Geschäftsführer Dr. Martin Blümke. Er bilanzierte: „Sie haben die Kinderklinik hier in Heide hervorragend entwickelt und Herrn Dr. Thorsten Wygold eine gut aufgestellte Abteilung hinterlassen.“ Dr. Urs Nissen, Ärztlicher Direktor der Westküstenkliniken, sagte über Seitz und an sie gerichtet: „Du bist eine Kümmerin. Das macht die Arbeit mit Dir nicht immer einfach, was aber zum Wohle der kleinen Patientinnen und Patienten ist.“ (PM/RED)

## Diedrichs neu bei Lubinus



Dr. Volker Diedrichs

Dr. Volker Diedrichs ist seit Mai neuer Chef der Neuro- und Technischen Orthopädie im Kieler Lubinus Clinicum. Der 50-jährige Facharzt für Orthopädie stammt aus dem Ruhrgebiet und war zuletzt am Kieler Standort des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) tätig. Diedrichs soll das Angebotsspektrum des Hauses erweitern.

„Die Neuro- und Technische Orthopädie beschäftigt sich zum Beispiel mit Erkrankungen und Fehlstellungen, die operativ oder mit anderen orthopädischen Hilfsmitteln gelindert oder geheilt werden können“, sagt der Neuro-Orthopäde über sein Fachgebiet. Er verweist auf die körperlichen Folgen, die unter anderem durch Sauerstoffmangel bei der Geburt bei Säuglingen oder bei Schlaganfällen bei Erwachsenen entstehen können. „Das Besondere an meiner medizinischen Tätigkeit ist, dass von mir auch Erwachsene behandelt werden, die normalerweise durch das Behandlungsraster fallen“, sagt Diedrichs. Er hofft, dass seine Arbeit dazu beiträgt, die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen zu verbessern, Kindern mit Erkrankungen eine altersgerechte Entwicklung zu sichern, Schülern mit Erkrankungen eine möglichst gute Schulausbildung zu ermöglichen und Erwachsenen mit Einschränkungen in der Ausübung einer Berufstätigkeit zu helfen. Diedrichs wird außerdem in der Kinderorthopädie eng mit der Wirbelsäulen- und Kinderchirurgie bei Lubinus zusammenarbeiten. (PM/RED)

## Sailer neue Professorin in Lübeck



Prof. Verena-Wilbeth Sailer

Prof. Verena-Wilbeth Sailer wurde zum 1. Mai zur W2-Professorin für „Translationale Pathologie“ an der Universität zu Lübeck ernannt. Sailer's Forschungsschwerpunkte sind molekulare Veränderungen fortgeschrittener und metastasierter Karzinome, insbesondere des Prostatakarzinoms. In diesem Forschungsbereich wird sie seit 2018 mit einer Einzelförderung im Rahmen eines DFG-Schwerpunktprogramms zur Erforschung von Knochenmetastasen gefördert. In ihrer neuen Position will Sailer die translationale Forschung am Standort Lübeck mit Fo-

kus auf den interdisziplinären Ausbau der Präzisionsmedizin voranbringen.

Die 1978 in Bonn geborene Medizinerin hat in Berlin studiert und 2010 in Greifswald promoviert. 2013 erhielt sie die Facharztanerkennung Pathologie, es folgten Forschungsaufenthalte in Großbritannien und in den USA. Anschließend arbeitete sie als Fachärztin am Institut für Pathologie in Borstel. 2018 habilitierte sie sich mit einer Habilitationsschrift „Von der präzisen Diagnostik zur Präzisionsmedizin – die Rolle der Pathologie“ an der Universität zu Lübeck. (PM/RED)

## Verstärkung für Niebüll

Volker E. Niemeyer verstärkt seit einigen Monaten die Teams im Medizinischen Versorgungszentrum Niebüll und in der Klinik Niebüll, die zum Klinikum Nordfriesland zählen. Der Facharzt für Orthopädie und Orthopädie/Unfallchirurgie ist gebürtiger Hamburger und hat nach dem Abitur in Berlin und Hamburg studiert. Im Laufe des Studiums entwickelte sich früh seine Neigung für das Fach Orthopädie durch Praktika in orthopädischen Abteilungen und das Wahlfach Orthopädie während des PJ, das er im Annastift in Hannover absolvierte.

Seine Zeit als Assistenzarzt schloss Niemeyer 2004 mit der Anerkennung als Facharzt für Orthopädie in Hannover ab. Vier Jahre später folgte der Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie in München. Zusätzlich hat Niemeyer eine Zusatzqualifikation in Manueller Medizin abgeschlossen.

Nach 2004 zog es den Orthopäden für zwei Jahre nach Augsburg an die Hessing Stiftung / Orthopädische Kliniken, es folgten acht Jahre in leitender

Funktion in Ostfriesland, davon drei Jahre im Borromäus-Hospital in Leer und fünf Jahre in der Ubbo-Emmius-Klinik in Norden.

Anschließend war Niemeyer in einer Praxis mit angeschlossener Belegklinik in Minden tätig. Seine operativen Schwerpunkte liegen nach Angaben des Klinikums in der Endoprothetik für Hüft- und Kniegelenk, Arthroskopie der großen Gelenke und in der Vorfußchirurgie.

Die MVZ-Facharztpraxis Chirurgie/Orthopädie von Dr. Rainer Kirchner, Dr. Ingvo Müller, Volker Niemeyer, Winfried Heyden und Timo Zepp ist in der Niebüller Klinik untergebracht und arbeitet laut Klinikum organisatorisch und fachlich eng mit den Abteilungen der Klinik Niebüll und der MVZ-Facharztpraxis für Radiologie zusammen. Die kurzen Wege ermöglichen nach ihrer Darstellung eine verzahnte Patientenversorgung. Auch mit weiteren MVZ-Praxen und den Abteilungen im Klinikum Nordfriesland wird kooperiert. (PM/RED)

## KURZ NOTIERT

### Privatkliniken ehren Dr. Jürgen Mau

Der Kieler Frauenarzt Dr. Jürgen Mau ist zum Ehrenmitglied im Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein (VPKSH) ernannt worden. Grund ist sein vielfältiges und langjähriges Engagement im Verband, hieß es auf der Feier zum 60-jährigen Bestehen des VPKSH vergangenen Monat in Kiel (Bericht über die Veranstaltung siehe Seite 23). Mau war von 1987 - 2003 Vorsitzender des VPKSH. Anschließend engagierte er sich noch bis 2011 in verschiedenen Funktionen im Vorstand und begleitet weiterhin den Verband als Ehrenbeisitzer. „Unermüdet und fachlich versiert setzte Mau sich insbesondere für die Belange kleinerer Einrichtungen ein. Er scheute keine Konfrontation und suchte immer den offenen Dialog, um die Interessen der Kliniken beispielsweise bei der Krankenhausplanung, bei Abrechnungsfragen oder bei der Qualitätssicherung zu vertreten“, hieß es in einer Pressemitteilung des Verbandes anlässlich seiner Ernennung zum Ehrenvorsitzenden. (PM/RED)

### W2-Professur für Alkatout

Prof. Ibrahim Alkatout hat kürzlich die W2-Professur für Minimalinvasive Chirurgie an der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des UKSH in Kiel übernommen. 2013 erlangte er die Anerkennung zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, habilitierte sich und wurde zum Oberarzt ernannt. Seit 2014 ist Alkatout Leiter des Ausbildungszentrums der Kieler Frauenklinik und seit September 2018 Außerplanmäßiger Professor. Er hat laut UKSH die roboterassistierte Chirurgie mit etabliert und dazu beigetragen, dass Ausbildungskonzepte in die curriculare Lehre übernommen wurden. Alkatout hat ein Masterstudium in Medizinethik und in Hospital Management absolviert und wird sich klinisch und wissenschaftlich mit der Entwicklung moderner Trainingskonzepte befassen. (PM/RED)



Prof. Ibrahim Alkatout

### Neue Geschäftsführerin bei Helios



Lena Radtke

Lena Radtke ist seit Anfang vergangenen Monats Geschäftsführerin des Helios Agnes Karll Krankenhauses in Bad Schwartau. Die Kielerin war vorher Assistentin der Geschäftsführung im Helios Klinikum Schleswig. Die 29-jährige Volkswirtin hat 2015 bei Helios begonnen und nach Angaben des Klinikträgers zuvor eigene Unternehmen in der Gesundheitsbranche aufgebaut. Radtke übernimmt auch die Leitung der Helios Klinik in Kiel sowie der Zentralapotheke in Wahlstedt. Radtke folgt auf Johannes Rasche. (PM/RED)

## Philanthrop mit Sinn für Eigentümliches und Fremdes

Anfang des Jahres starb Prof. Klaus Kunze in Hamburg. Er war von 1981-1999 Ordinarius der Neurologischen Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf und engagierte sich noch lange danach für neurologische Leitlinien und für die Qualitätssicherung für Schlaganfallerkkrankungen.

Klaus Kunze war ein Philanthrop, dem auch Eigentümliches und Fremdes an Menschen gefiel. Um Patienten auch in schwierigen Situationen beizustehen, nahm er sich Zeit. Klaus Kunze war Arzt und Neurologe mit Leib und Seele und liebte diesen Beruf. Privat bereiteten ihm lebenslang seine Familie und Italienreisen große Freude – speziell Venedig zog ihn an – und er las sehr viel.



Prof. Klaus Kunze

Geboren 1933 in Bremen, wuchs er in Berlin und Hamburg auf. Zum Studium (Medizin & Literatur!) brach er nach Frankfurt auf. Als Arzt ab 1960 arbeitete er physiologisch am Muskel und an Nerven mit Sauerstoffmessungen und elektrophysiologischen Ableitungen, ging zeitweise nach Kopenhagen. In Gießen an der Universitäts-Neurologie begann die klinische Laufbahn mit mehreren Schwerpunkten im peripheren und im zentralen Nervensystem.

Leidenschaftlich analysierte er neurologische Symptome und immer strebte er nach Präzision und Quantifizierung, von Entladungsraten oder von „quality of life“. Von seinen Mitarbeitern forderte er stets eine eigene ärztliche Auffassung vom Krankheitsgeschehen: Mitlaufen ohne Mitdenken ging nicht. Bescheiden im eigenen Auftreten, empfahl Kunze, bei Meinungsverschiedenheiten erstmal davon auszugehen, dass der Andere mindestens so klug ist wie man selbst und auch Recht haben könnte – zumindest bis genügend Informationen vorliegen. Ganz sicher haben viele seiner Patienten ihn nicht vergessen.

Er begeisterte Studenten in Vorlesungen und für seine Leistungen in der Aus- und Fortbildung wurde er mehrfach geehrt. Ein „einfacher Prüfer“ war er gleichwohl nicht. Unter seiner Leitung fanden in Hamburg einige internationale Symposien und intensivmedizinische Tagungen statt, bei denen er konsequent dafür sorgte, dass alle assoziierten Berufsgruppen mit „an Bord“ waren. Seine Arbeiten finden sich in fünf Lehrbüchern und in über 200 Publikationen wieder.

Der Graffiti-Text: „Denken ist wie googeln, nur krasser“ hätte ihm große Freude bereitet – leider können wir darüber nicht mehr gemeinsam lachen. Klaus Kunze starb zwei Jahre nach dem Tod seiner Frau Anna, die ihm stets zur Seite stand. Er hinterlässt zwei Töchter: Alexandra ist Leitende Oberärztin in einer Hamburger Klinik für Neurologie und Kerstin ist als Professorin für Theoretische Physik derzeit in Spanien tätig.

PROF. HANS-CHRISTIAN HANSEN

## Mit Fürsorge und feinsinnigem Humor

Der langjährige Laborchef Dr. Detlef Kramer ist im Mai verstorben. Ein Nachruf aus dem Kollegium.



Dr. Detlef Kramer

Mit Dr. Detlef Kramer verlieren wir einen empathischen Laborarzt und visionären Unternehmer mit herausragenden Qualifikationen und unermüdlichem Engagement. Wir trauern um einen besonderen Menschen mit feinsinnigem Humor und voller Fürsorge für seine Mitmenschen.

Seiner Überzeugungs- und Schaffenskraft ist es zu verdanken, dass der ärztlich und inhabergeführte LADR Laborverbund Dr. Kramer & Kollegen heute zu den größten Zusammenschlüssen medizinischer Labore in Deutschland zählt. Dabei stand für Dr. Kramer das Patientenwohl immer an erster Stelle. Stets war er sozial engagiert.

Detlef Kramer wurde 1943 im Ostseebad Graal-Müritz geboren. 1964 nahm er in Würzburg sein Medizinstudium auf, 1971 folgte das erste Staatsexamen in Lübeck, ein Jahr später die Approbation als Arzt. 1973 erlangte er aus dem Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Medizinischen Hochschule Lübeck mit summa cum

laude die Doktorwürde. Ab 1974, während seiner Facharztweiterbildung in Hannover, unterstützte er seinen Vater Dr. Siegfried Kramer, Gründer der ersten Laborarztpraxis Deutschlands, in Geesthacht. Im selben Jahr wurde sein Sohn Jan geboren. 1977 folgte Tochter Frauke und Dr. Detlef Kramer trat in die ärztliche Leitung der väterlichen Laborarztpraxis ein. 1983 kam Sohn Tobias in zweiter Ehe mit Heidelore Kramer zur Welt.

Über 40 Jahre war er als Facharzt für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie ärztlich tätig sowie Jahrzehnte als Sachverständiger für Abstammungsgutachten gefragt. Seine Nachfolge hatte er vorausschauend geregelt: In dritter Generation ist Prof. Jan Kramer (Facharzt für Innere Medizin und Laboratoriumsmedizin) seit zehn Jahren in der ärztlichen Leitung und Geschäftsführung tätig. Dr. Tobias Kramer (Facharzt für Hygiene- und Umweltmedizin) wird 2020 in das Zentrallabor eintreten. (PM/RED)

## WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Hans Kraus, Dassendorf,  
geboren am 24.08.1944, verstarb am  
09.04.2019.

Priv.-Doz. Dr. Dipl.-Psych. Günter  
Hinrichs, Kiel,  
geboren am 19.08.1950,  
verstarb am 22.04.2019.

Priv.-Doz. Dr. Uwe Wulff, Dörnick,  
geboren am 17.04.1938,  
verstarb am 28.04.2019.

Dr. Konrad Stuckenberg, Lübeck,  
geboren am 03.07.1950,  
verstarb am 28.04.2019.

Dr. Ernst-Peter Brandt, Kiel,  
geboren am 13.07.1950,  
verstarb am 28.04.2019.

Brigitte Wirth-Klein, Wedel,  
geboren am 23.10.1952,  
verstarb am 30.04.2019.



## FAI

# Anspruchsvolle Diagnosefindung

Das femoroacetabuläre Impingement im Profi- und Leistungsfußball – Fallvorstellung aus der Praxis für die Praxis.

Die Ätiologie, Pathobiomechanik sowie die Klinik des femoroacetabulären Impingement (FAI) sind erst seit Anfang dieses Jahrtausends bekannt und so gehört das FAI häufig noch nicht zum differenzialdiagnostischen Grundrepertoire vieler Ärzte<sup>9</sup>. Die Symptomatik des FAI manifestiert sich primär als Leistschmerz<sup>4,18</sup>. Es kommen jedoch auch atypische Verläufe vor, welche die Diagnosefindung zu einem anspruchsvollen Unterfangen machen und nicht selten in Fehldiagnosen münden. Im folgenden Artikel werden zwei Fallbeispiele mit atypischer Klinik vorgestellt und anhand dieser die Heterogenität der klinischen Symptome und die damit verbundenen Schwierigkeiten in der Diagnosestellung aufgezeigt. Es handelt sich um einen 25-jährigen Profifußballer sowie eine 19-jährige Leistungsfußballerin. In beiden Fällen konnte die Diagnose eines femoroacetabulären Impingement erst mit deutlicher Verzögerung gestellt werden.

## Fall 1

Eine 19-jährige Patientin spielte auf überregionalem Niveau mit entsprechender Trainingsbelastung (drei bis fünf Einheiten pro Woche plus Spiel) Fußball und beklagte seit ca. zwei Jahren bestehende rechtsseitige belastungsabhängige Knieschmerzen, ohne dass sich ein entsprechendes Trauma bzw. ein Überlastungsschaden eruieren ließ. Der als stechend beschriebene Knieschmerz trat zu Beginn der Symptomatik nur nach längerer Belastung auf. Im Laufe der Zeit wurden die schmerzfremen Belastungsphasen jedoch zunehmend kürzer. Es mussten Trainingspausen eingelegt werden, ohne dass bei Wiederaufnahme der sportlichen Aktivität eine Besserung eingetreten ist. Am Kniegelenk konnte eine eingehende klinische Untersuchung keine Auffälligkeiten zeigen. Auch wiederholt nativ-radiologische sowie MRT-Untersuchungen erbrachten keinen pathologischen Befund



Abb. 1 A: Arthroskopisches Abtragen der pistol-grip-Deformität mittels Kugelfräse ventro-kranial im peripheren Kompartiment.



Abb. 1 B: Retrograde Anbohrung der Grenzlamelle im Bereich der beginnenden Delamination mit intaktem Knorpel und erblicher Synovitis.

im Bereich des rechten Kniegelenkes. Auffällig, bis dato aber nicht untersucht, waren die Tatsache eines reproduzierbaren Leistschmerzes bei kombinierter Flexion, Adduktion und Innenrotation und ein auf Nachfrage beschriebener Leistschmerz mit Ausstrahlung ins gleichseitige Kniegelenk. Die Beweglichkeit des rechten wie auch des linken Hüftgelenkes lag im oberen Bereich der Norm. Die weitere klinische Untersuchung der Hüfte blieb unauffällig. Eine durchgeführte Hüftübersicht sowie ein axiales Röntgenbild beider Hüftgelenke zeigten eine beidseitige Dysplasie im Bereich der Gelenkspannen sowie eine „pistol-grip-Deformität“ beidseits. Hinzu auf eine stattgehabte Epiphysiolysis capitis femoris oder Femurkopfnekrose bestanden weder radiologisch noch anamnestisch. MRT-morphologisch konnten die nativ-radiologisch gefundene dysplastische Komponente sowie das Vorliegen der „pistol-grip-Deformität“ im peripheren Kompartiment bestätigt werden. Des Weiteren ergab sich der Verdacht auf eine Knorpeldelamination in der ventrokraniellen acetabulären Hauptbelastungszone. In Zusammenschau der Befunde wurde die Indikation zur Hüftgelenksarthroskopie gestellt, in der neben einer retrograden Anbohrung

des Acetabulums, auch eine Knochenabtragung im Bereich des Kopf-/Halsüberganges vorgenommen wurde (siehe Abb. 1 A und B). Zudem konnte die bildmorphologisch nachgewiesene beginnende Knorpeldelamination mit noch intaktem Knorpel, aber massiver Synovitis bestätigt werden. Die Patientin konnte sechs Monate postoperativ wieder schmerzfrem an Wettkämpfen teilnehmen.

## Fall 2

Ein 25-jähriger Profifußballer klagte über zunehmende belastungsabhängige Schmerzen im Ansatzbereich der rechtsseitigen Glutealmuskulatur sowie im Bereich des Trochantermassivs. Die Verdachtsdiagnosen lauteten von Muskelzerrung über Bursitis trochanterica bis hin zur muskulären Dysbalance aufgrund einer Beinlängendifferenz. Eine symptomatische Therapie mit Krankengymnastik, Infiltrationstherapie, Sportkennz und Schuheinlagen brachte keine Linderung. Erschwerend kam hinzu, dass der Patient im gleichen Zeitraum über Schmerzen und Dysästhesien im Dermatom L5 klagte und MRT-morphologisch ein Bandscheibenprolaps L4/L5 gesehen wurde. Es erfolgte eine Behandlung dieser Problematik und die Symptome im Becken- und Hüftbereich wurden auf eine schmerzbedingte Schonhaltung aufgrund des Prolapses zurückgeführt. Auch in diesem Fall wurde es versäumt, das Hüftgelenk klinisch genauer zu untersuchen. Es zeigte sich hier ein reproduzierbarer Leistschmerz bei kombinierter Flexion und Adduktion im Sinne eines positiven Impingement-Tests. Auf Nachfrage gab der Patient auch das Vorhandensein von Leistschmerzen während und nach der Belastung an. Ebenso klagte er nach längerem Sitzen in Beugstellung über Leistschmerzen. Nativ-radiologisch ließen sich keine Auffälligkeiten finden. Ein daraufhin durchgeführtes Arthro-MRT mit Kontrastmittel unter 20 kg Zugbelastung erbrachte die Diagnose eines CAM-Impingement mit Einriss des ventrolat-

## Info

Die Diagnose eines femoroacetabulären Impingement (FAI) wird teilweise gar nicht oder häufig erst mit Verzögerung gestellt. Gesicherte Daten zur Inzidenz sowie Prävalenz des FAI liegen bis dato noch nicht vor, es wird aber eine Prävalenz der CAM- sowie der Pincer-Variante von 10 - 15 Prozent vermutet. Es ist davon auszugehen, dass 86 Prozent der Fälle eine Kombination beider Formen aufweisen und nur in 14 Prozent eine reine Variante des FAI vorliegt.

teralen Labums sowie lateraler, etwa 13 bis 14 mm breiter von ventral nach dorsal reichender sublauraler Knorpeldelamination (siehe Abbildung 2 und 3). Zudem zeigte sich eine deutliche Verplumpung des lateralen Kopf-/Hals-Überganges im Sinne einer „pistol-grip-Deformität“. Im Rahmen der konsekutiven Hüftgelenksarthroskopie konnte das Labrum mittels drei Anknern refixiert sowie eine periphere knöcherne Dekompression der „pistol-grip-Deformität“ vorgenommen werden. Eine Wiederaufnahme des Trainings sowie die Teilnahme am Punktspielbetrieb erfolgten nach 10 Wochen bzw. 4 Monaten postoperativ. Der Patient zeigte sich völlig beschwerdefrei.

### Diskussion

Schon vor über 50 Jahren berichtete Murray über radiologisch nachweisbare Veränderungen am proximalen Femur, die präarthrotischen Charakter besaßen, ohne dass die pathomechanischen Hintergründe bekannt waren<sup>23</sup>. Das hinter den morphologisch nachweisbaren Veränderungen am Schenkelhals-/Kopf-übergang und Acetabulumrand das sog. femoroacetabuläre Impingement steckte, konnte erst deutlich später gezeigt werden, und so rückt diese Diagnose erst allmählich in den klinischen Alltag und ins Bewusstsein sportmedizinisch tätiger Ärzte vor<sup>2,9,27</sup>. Die Folge ist, dass die Diagnose eines femoroacetabulären Impingement teilweise gar nicht oder häufig erst mit Verzögerung gestellt wird. Gesicherte Daten zur Inzidenz sowie Prävalenz des FAI liegen bis dato noch nicht vor, es wird aber eine Prävalenz der CAM- sowie der Pincer-Variante von 10 - 15 Prozent vermutet<sup>26,31</sup>. Beck et al. gehen davon aus, dass 86 Prozent der Fälle eine Kombination beider Formen aufweisen und nur 14 Prozent eine reine Variante des FAI. Bei Leistungssportlern soll die Prävalenz des CAM-Impingement bei etwa 25 Prozent liegen<sup>16</sup>. Bezüglich der Altersstruktur zeigt sich, dass das Pincer-Impingement im Mittel um das 40. Lebensjahr und drei Mal häufiger bei Frauen auftritt, während die CAM-Form deutlich häufiger bei Männern um das 32. Lebensjahr zu beobachten ist (♂:♀ = 1:14)<sup>31</sup>.

Der Leistenschmerz per se stellt aufgrund der Komplexität der Anatomie und des damit verbundenen mannigfaltigem Spektrums an Differenzialdiagnosen hohe Anforderungen an Ärzte, Physiotherapeuten und weitere an Diagnostik und Therapie beteiligte medizinischen Fachdisziplinen. Die Inzidenz von Leistenschmerzen bei Fußballspielern liegt zwischen 5 Prozent und 18 Prozent und so stellt die Leiste eine der typischen Problemregionen dar<sup>24,33</sup>. Harris et al. sowie Swan konnten zeigen, dass bis zu 60 Prozent der Fußballer im Laufe der Karriere einen akuten oder chroni-

schon Leistenschmerz angeben<sup>10,30</sup>. Wurde bis in die 90er Jahre noch in 50 Prozent der Fälle von Leistenschmerzen die Diagnose einer „Weichen Leiste“ oder einer Leistenhernie gestellt, beträgt die heutige Inzidenz der „Weichen Leiste“ nur noch 1 - 3 Prozent und andere Diagnosen rücken zunehmend in den Fokus der Sportmedizin<sup>8,11</sup>. Die Unterscheidung zwischen intra- und extraartikulären Ursachen ist hierbei ein Muss<sup>3</sup>. Das femoroacetabuläre Impingement als intraartikuläre Ursache eines Leistenschmerzes rückt aufgrund zunehmender pathobiomechanischer Kenntnisse über diese Entität immer mehr in den Fokus der Sportmedizin. Beim CAM-Impingement schiebt sich während der Flexion und Innenrotation ein nicht-sphärischer Hüftkopf mit vorwiegend anterolateral gelegenen knöchernen Überstand in das Acetabulum und führt zu einer Drucksteigerung auf Labrum und Pfannenrand, was wiederum Scherkräfte auf den Knorpel nach sich zieht. Es kommt zu einer von außen nach innen laufenden Abrasion des acetabulären Knorpels vom zunächst intakten Labrum und subchondralen Knochen und so zu einer chondrolabralen Separation<sup>2</sup>. Konstante Beobachtung ist, dass der Knorpelschaden meist acetabulär anterosuperior zu finden ist, während der Knorpel am Femurkopf lange intakt ist<sup>14,19</sup>. Beim Pincer-Impingement findet ein linearer Kontakt zwischen Acetabulumrand und femoraler Kopf-/Hals-Region statt und primär wird das Labrum in Mitleidenschaft gezogen<sup>2</sup>. Klinisch zeigt sich oft ein typischer belastungsabhängiger Leistenschmerz, aber auch Schmerzen im Bereich der Adduktoren, des Gesäßes, der Lendenwirbelsäule sowie des Kniegelenkes können die ersten Symptome eines FAI sein und zu Fehldiagnosen verleiten<sup>4,18</sup>. Daher kommt der Diagnostik, speziell der Anamnese sowie der Bildgebung eine wichtige Rolle zu. Neben den Fragen nach dem Zeitpunkt des Auftretens (akut/chronisch, unter Belastung/in Ruhe) ist die Frage nach der Lokalisation des Schmerzes wichtig. Auch die Qualität des Schmerzes kann Hinweise auf die Genese liefern (z. B. scharfstechend beim FAI). Im Rahmen des FAI führt eine Belastung im Sinne einer sportlichen Aktivität mit plötzlichen Bewegungsänderungen zu Schmerzen. Die Anamnese muss die Frage nach ECF und M. Perthes beinhalten, da diese regelmäßig zum FAI führen<sup>27</sup>. Die Frage nach Voroperationen gehört ebenfalls zum anamnestischen Grundreperoire, da vorangegangene operative Eingriffe an Knie, Wirbelsäule oder Leiste nicht selten sind<sup>6</sup>. Auf Nachfrage berichten Patienten, dass die Beweglichkeit der Hüfte im Vergleich mit der anderen Seite oder mit Gleichaltrigen schon in der Adoleszenz eingeschränkt war. Initial

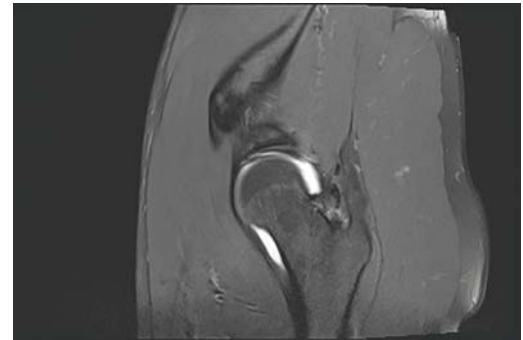


Abb. 2: Labrumriss mit länglicher sublauraler Delamination von ventral nach dorsal über eine Strecke von ca. 20 mm (T1-Sequenz)

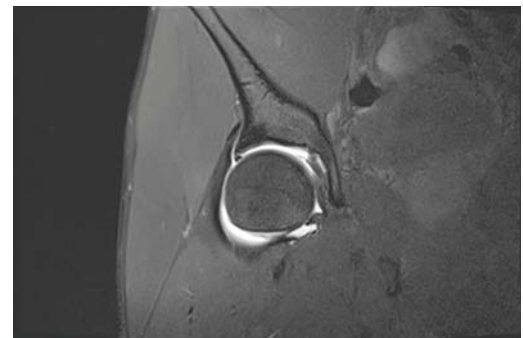


Abb. 3: Labrumriss ventrolateral (T1-Sequenz) n ca. 20 mm (T1-Sequenz)

## Info

Das FAI wird zunehmend für frühdegenerative Veränderungen der Hüfte verantwortlich gemacht. Es wird eine Degenerationskaskade in Gang gesetzt, welche schon in jungem Alter zur Coxarthrose führen kann. Zwar sind bis dato keine Zahlen zur Prävalenz bekannt, es laufen aber mehrere Querschnittsstudien. Ebenso fehlen epidemiologische Daten zum FAI im Spitzensport sowie Langzeitergebnisse nach Therapie des FAI, wobei geschätzt aber bis zu 25 Prozent der Sportler im Leistungssport an dieser Entität leiden.

wird von einem einschließenden Leistenschmerz unter Belastung (Sport), später auch in Ruhe (Sitzen) berichtet<sup>14</sup>. In der klinischen Untersuchung lassen sich im Rahmen des Impingement-Tests Bewegungseinschränkungen und Schmerzen bei kombinierter Flexion, Adduktion und Innenrotation finden, wobei der Test aber nicht spezifisch für ein FAI ist<sup>17,32</sup>.

Die Bildgebung umfasst ein orthogrades a.-p. Beckenröntgenbild sowie eine Aufnahme nach Dunn. Im a.-p.-Bild lassen sich eine Coxa profunda, eine retrovertiertes Acetabulum (positives „Crossing Sign“), Labrumverknöcherungen, „pistol-grip-Deformität“ sowie eine Coxa vara bzw. valga sowie allgemeine Arthrosezeichen ersehen. Die seitliche Dunn- oder Cross-table-Aufnahme ermöglicht die Beurteilung des anterioren Schenkelhals-Kopf-Überganges<sup>7,28</sup>. Zur Evaluation des Knorpels und des Labrums ist ein MRT vonnöten, am besten ein Arthro-MRT mit radialen Sequenzen in der Pfanneneingangsebene<sup>20,29</sup>. Hier kann der sog. alpha-Winkel (Kreis um knorpeltragenden Anteil Femurkopf und schauen, wo knöcherne Kontur erstmals Kreis verlässt = Punkt A, dann Schenkelhalsachse und Linie Femurkopffzentrum mit Punkt A) bestimmt werden. Ein Winkel unter 50° wird laut Literatur als normal angesehen, erhöhte Winkel sprechen für FAI. Der Winkel kann auch im Röntgenbild gemessen werden. Das Problem aber ist, dass der alpha-Winkel weder im MRT noch im konventionellen Röntgen va-

lide und reliabel ist und hier noch weiterer Forschungsbedarf besteht<sup>11, 15, 21, 25</sup>. Ist die Diagnose eines FAI gestellt, gilt es diese therapeutisch anzugehen. Das Ziel ist eine Normalisierung der Morphologie und damit verbunden der Biomechanik mit Verkleinerung des alpha-Winkels<sup>12</sup>. Offene wie auch arthroskopische Verfahren sind mittlerweile etablierte Therapieoptionen. Eine Empfehlung zur Operation kann aber nur bei Symptomen gegeben werden, da der Wert einer prophylaktischen Operation unbekannt ist<sup>12, 18</sup>.

Anhand dieser beiden Beispiele lässt sich die klinische Heterogenität des femoroacetabulären Impingements erkennen. Das FAI wird zunehmend für frühdegenerative Veränderungen der Hüfte verantwortlich gemacht<sup>22</sup>. Es wird eine Degenerationskaskade in Gang gesetzt, die schon in jungem Alter zur Coxarthrose führen kann. Zwar sind bis dato keine Zahlen zur Prävalenz bekannt, es laufen aber mehrere Querschnittsstudien. Ebenso fehlen epidemiologische Daten zum FAI im Spitzensport sowie Langzeitergebnisse nach Therapie des FAI, wobei geschätzt aber bis zu 25 Prozent der Sportler im Leistungssport an dieser Entität leiden<sup>13, 16</sup>. Es besteht die Gefahr einer „Modediagnose“, jedoch vergehen im Schnitt von Beginn der Symptomatik bis zur Diagnose 3,1 Jahre und nicht selten werden operative Eingriffe aufgrund von Fehldiagnosen durchgeführt<sup>13, 4</sup>. Da sich die Schmerzen verstärken bei vermehrter Innenrotation und Flexion, macht dies das symptomatische Auftreten des FAI beim Fußballer wahrscheinlicher, da Pass- und Schussbewegung damit einhergehen<sup>13</sup>. Insgesamt besteht Konsens, dass beim Spitzensportler eine frühzeitige Arthroskopie indiziert ist, da die Rehabilitationsphase und die return-to-play Zeit deutlich verkürzt werden können, wenn die Operation minimalinvasiv durchgeführt wird. Entscheidend in der Praxis ist es, die Symptome beim jungen Sportler ernst zu nehmen und frühzeitig abzuklären.

DR. STEFAN BARK, DR. ULF SEIDEL,  
DR. RICHARD JUNG, ORTHOPÄDISCHES  
ZENTRUM UND SPORTOPHÄDIE LÜBECK  
DR. HELGE RIEPENHOF, BG KLINIKUM  
HAMBURG

PROF. JUSTUS GILLE, BG KLINIKUM HAMBURG/UKSH, CAMPUS LÜBECK

LITERATUR BEI DEN VERFASSERN/KORRESPONDENZADRESSE:  
DR. MED. STEFAN BARK  
ORTHOPÄDISCHES ZENTRUM UND SPORTOPHÄDIE LÜBECK  
WAKENITZSTRASSE 1  
23564 LÜBECK  
STEFAN.BARK@FREUNET.DE

## SYMPOSIUM

# Strategien gegen die Antibiotika-Krise

Symposium zur Anwendung evolutionsbiologischer Prinzipien gegen Antibiotika-Resistenzen in Plön.

Grundlagenforschende und Mediziner aus Norddeutschland, Berlin und Zürich diskutierten in der Veranstaltung Ansätze der Evolutionsbiologie, die Resistenzen bakterieller Krankheitskeime gegen antibiotische Wirkstoffe entgegenwirken könnten. Ziel war die Entwicklung neuartiger Behandlungsstrategien gegen Infektionskrankheiten, die die evolutionäre Anpassungsfähigkeit der Krankheitserreger als zentrale Herausforderung berücksichtigen.

Die Antibiotika-Krise ist nicht nur nach Beobachtung der Veranstalter global und spitzt sich zu: Die Weltgesundheitsorganisation WHO warnt davor, dass sich in einer möglicherweise bevorstehenden post-antibiotischen Ära eigentlich harmlose Bakterieninfektionen zu einer der häufigsten Todesursachen entwickeln könnten. Die Zahl der durch behandlungsresistente Krankheitskeime verursachten Todesfälle wird auf über 30.000 pro Jahr in Europa geschätzt.

Diese Bedrohung für die öffentliche Gesundheit ist durch einen sorglosen Antibiotikaeinsatz entstanden, laut Mitteilung der Veranstalter „vor allem im medizinischen Behandlungsalltag und durch die umfangreiche Nutzung in der Landwirtschaft“. Folge dieser oft zu unspezifischen Antibiotikaabgabe ist die schnelle evolutionäre Anpassung der bakteriellen Krankheitserreger an die eingesetzten Wirkstoffe. Manchmal bilden sie schon nach kurzer Zeit Resistenzen aus, sodass selbst neu entwickelte Antibiotika schnell ineffektiv werden können. Bislang nehmen Standardtherapien jedoch kaum Rücksicht auf den Einfluss der natürlichen Selektion, der den Mechanismen der Resistenzbildung zugrunde liegt, und begünstigen damit das Problem rasant fortschreitender Resistenzentwicklung bei vielen Krankheitserregern. Die gegenwärtige medizinische Praxis birgt also das Risiko, auch die letzten noch zur Verfügung stehenden antibakteriellen Wirkstoffe zu verlieren.

Wissenschaftler suchen weltweit nach Lösungen, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen, so auch die Teilnehmer der Tagung. „Die Evolutionsforschenden zum Beispiel in Kiel und Plön streben danach, Erkenntnisse aus der Evolutionsbiologie so auf die Nut-

zung vorhandener antibiotischer Wirkstoffe anzuwenden, dass ihre Wirkung länger erhalten bleibt“, erklärte Professor Hinrich Schulenburg. „Wir müssen wegkommen vom nicht-nachhaltigen Einsatz des noch verfügbaren Antibiotika-Arsenals und gemeinsam mit Ärzten neuartige Therapien entwickeln“, so Schulenburg weiter.

Ein Beispiel für nachhaltige Behandlungsstrategien, die beim Symposium diskutiert wurden, ist die Kombination und der schnelle Wechsel gut zusammenwirkender Antibiotika. Laboruntersuchungen haben gezeigt, dass sich so einerseits die Resistenzbildung der Krankheitserreger hemmen lässt und gleichzeitig eine sichere Bekämpfung der Keime und damit die Behandlung einer Infektion möglich ist. Ein anderer Ansatz: Personalisierte Therapien gegen Infektionen mit multiresistenten Keimen. Die genaue Kenntnis der genetischen Eigenschaften eines spezifischen Erregers, die seine Resistenzbildung zulassen, und die individuelle Analyse der Wirkungsweise von Antibiotika bei einzelnen Patienten versprechen eine maßgeschneiderte Behandlung etwa bei problematischen Tuberkulose-Infektionen.

Einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der Resistenzbildungsmechanismen liefert auch die Evolutionstheorie. Von Bedeutung ist dabei insbesondere die Prognose, wie die gegenseitige Anpassung eines Krankheitskeimes an bestimmte Medikamente oder einen Behandlungsmodus abläuft. „Theoretische Modelle helfen uns dabei, die Effektivität möglicher neuer Behandlungsformen abzuschätzen“, sagte Sebastian Bonhoeffer, Professor für Theoretische Biologie in Zürich. „Insbesondere die Effekte des Wechsels oder der Kombination bestimmter Wirkstoffe auf die Resistenzentwicklung von Krankheitserregern können wir damit vorhersagen, um gezielt bestimmte neue Behandlungsformen experimentell erproben zu können“, so Bonhoeffer weiter.

Um Erkenntnisse der evolutionsbiologischen Grundlagenforschung in die klinische Anwendung zu übertragen, fehle es derzeit vor allem an einer koordinierten Zusammenarbeit der Experten, hieß es in Plön. (PM/RED)

## Info

Veranstalter des dreitägigen Symposiums in Plön waren das Kiel Evolution Center (KEC) der Kieler Christian-Albrechts-Universität und das Max-Planck-Institut für Evolutionsbiologie (MPI-EB) in Plön. Das KEC setzt sich zum Ziel, Evolutionsforscher in der Region Kiel besser zu koordinieren. Daneben sollen unter dem Schlüsselbegriff „Translationale Evolutionsforschung“ gezielt Brücken zwischen Grundlagenforschung und Anwendung geschlagen werden. Neben der Förderung der Wissenschaft stehen auch Lehre und Öffentlichkeitsarbeit im Fokus des Kiel Evolution Center. Daran beteiligt sind neben der CAU auch Forschende vom GEOMAR Helmholtz-Zentrum für Ozeanforschung Kiel, dem Max-Planck-Institut für Evolutionsbiologie in Plön (MPI-EB) und dem Forschungszentrum Borstel (FZB), Leibniz-Zentrum für Medizin und Biowissenschaften.

## SERIE

# Das richtige Vorgehen bei elektiven Eingriffen

Von Fall zu Fall: Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

## Kasuistik

In einem Schlichtungsverfahren war die Durchführung einer Koloskopie in einer Klinik für Innere Medizin zu prüfen, bei der es zu einer Darmperforation gekommen war.

Die 82-jährige Patientin war zur stationären Behandlung aufgenommen worden, nachdem sie zuvor bereits seit 14 Tagen über Oberbauchbeschwerden geklagt hatte. Die Oberbauchbeschwerden wurden als bis in den Unterbauch ziehend beschrieben. Außerdem waren zuletzt erstmalig dünnflüssige und später breiige Diarrhöen aufgetreten. Eine initial vorgesehene Koloskopie wurde zunächst wegen Verschmutzung zurückgestellt. Beim Koloskopie-Versuch am Folgetag bei weiter bestehender Verschmutzung kam es zu einer Perforation. Trotz Clip-Verschlusses trat eine Unterbauchperitonitis auf und es wurden eine diagnostische Laparoskopie, Salpingektomie sowie die Anlage eines protektiven Ileostomas notwendig. Weitere stationäre Aufenthalte zur Rehabilitation beziehungsweise zur Behandlung einer zwischenzeitlich hinzugekommenen Urosepsis mit Nachweis von Klebsiella pneumoniae und einem akuten Nierenversagen folgten über einen Zeitraum von drei Monaten. Eine Ileostoma-Rückverlegung wurde sieben Monate nach dem primären Ereignis durchgeführt.

## Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Im Auftreten der Darmperforation beim Versuch der Koloskopie wurde patientenseitig ein Behandlungsfehler gesehen.

## Stellungnahme der Klinik für Innere Medizin

Nach Ausschluss einer infektiösen Ursache der zur Aufnahme führenden Oberbauchschmerzen und Diarrhöen sei eine weiterführende endoskopische Diagnostik geplant gewesen. Nachdem initial die Koloskopie wegen Stuhlver-

unreinigung nicht durchführbar gewesen sei, sei die Patientin für die Untersuchung am Folgetag noch einmal vorbereitet worden. Bereits beim Vorschieben des Geräts durch den noch verunreinigten Darm sei es 20 Zentimeter nach dem Analring zu einer Perforation gekommen, die sofort bemerkt und mit einem Clip verschlossen worden sei.

## Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Innere Medizin, kam zu folgenden Kernaussagen:

Die Koloskopie sei indiziert gewesen, weil sich die Patientin mit abdominaler Symptomatik vorgestellt habe und weil nach der Dokumentation der hausärztlichen Untersuchungen seit 2007 keine Koloskopie vorgenommen worden sei.

Für den Gutachter handelte es sich aber um einen elektiven Eingriff. Somit hätte bei Feststellung der Kotverschmutzung abgebrochen werden müssen. Im nachgeforderten Untersuchungsbericht der Klinik heißt es, dass das Vorschieben des Koloskops durch den noch verunreinigten Darm schwierig gewesen sei und dass 20 Zentimeter nach dem Analring eine Perforation entstanden sei.

## Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an.

Es bestand keine zwingende Notwendigkeit, die Koloskopie zu diesem Zeitpunkt durchzuführen. Wegen der durch die Verschmutzung des Darms eingeschränkten Sichtverhältnisse hätte daher die Koloskopie abgebrochen werden müssen. Natürlich kann eine Perforation auch bei sach- und fachgerechtem Vorgehen entstehen. Da in diesem Fall aber der Schaden an einem Punkt in der Untersuchung entstanden ist, zu dem man bei standardgerechtem Vorgehen – nämlich dem durch die Umstände angezeigten vorherigen Abbruch

der Koloskopie – gar nicht gekommen wäre, ist dies nicht ausschlaggebend.

## Gesundheitsschaden

Bei umgehendem Abbruch der Koloskopie nach Feststellung der weiterhin bestehenden Verschmutzung wäre es nicht zur Perforation des Darms an diesem Tag gekommen. Die Arztseite hat zu beweisen, dass auch bei einer späteren Koloskopie der Darm perforiert worden wäre. Dieser Beweis kann nicht erbracht werden. Die nachfolgende Operation und Behandlungsbedürftigkeit in der Chirurgischen Klinik sowie die sich aus dem Ileostoma ergebenden Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Erfordernis der Ileostoma-Rückverlegung sind ebenfalls als fehlerbedingt zu bewerten.

## Fazit

Es ist den Verfassern bewusst, dass viele Leser die Bewertung der Schlichtungsstelle hier als praxisfern empfinden werden. Es ist der Schlichtungsstelle aber ein Anliegen, auf haftungsrechtliche Gefahren hinzuweisen, die sich aus organisatorischen und wirtschaftlichen Entscheidungen ergeben. Wenn Probleme vor oder bei elektiven Eingriffen auftreten, die das Risiko für Komplikationen erhöhen, sollte eine Terminverlegung angestrebt beziehungsweise der Eingriff situationsgerecht abgebrochen werden, auch wenn dies den Arbeitsablauf an diesem Tag belastet. Entsteht aufgrund eines fehlerhaften Maßnahme ein Schaden, kann der Beweis, dass auch bei späterer erneuter Durchführung der gleiche Behandlungsverlauf eingetreten wäre, regelmäßig nicht erbracht werden. Da es sich um eine haftungsentlastende Einwendung handelt, trägt die Arztseite die Beweislast.

PROF. GERALD KLOSE, CHRISTINE WOHLERS, PROF. WALTER SCHAFFARTZIK, SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN ÄRZTEKAMMER

## Info

Die norddeutsche Schlichtungsstelle ist zuständig für Berlin, Bremen, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. Seit Gründung 1976 haben mehr als 100.000 Patienten ihre Dienste in Anspruch genommen. Die Schlichtungsstelle bietet Patienten, Ärzten und Haftpflichtversicherern eine Plattform für die außergerichtliche Klärung von Arzthaftungsstreitigkeiten. Ziel ist, allen Beteiligten eine objektive, kompetente Streitbeilegung zu ermöglichen.

## URTEIL

# Ärztliche Kritik am BSG-Raucherurteil

Gesetzlich krankenversicherte Raucher haben weiterhin keinen Anspruch auf Erstattung von Arzneimitteln zur Nikotinentwöhnung. Das Bundessozialgericht (BSG) entschied Ende Mai, dass der gesetzliche Ausschluss rechtmäßig und nicht gleichheitswidrig ist.

Damit wiesen die Richter die Klage einer Patientin aus Schleswig-Holstein ab, die bei dem Eckernförder Allgemeinmediziner Dr. Ulf Ratje in Behandlung ist. Sie hatte auf die Kostenübernahme für Medikamente bei Alkoholsucht und illegale Drogen verwiesen. Die seit Jahrzehnten rauchende Frau leidet an COPD und hat wiederholt er-

folglos versucht, das Rauchen aufzugeben. Von ihrer Krankenkasse fordert sie deshalb die Kostenübernahme für eine leitliniengerechte Raucherentwöhnung mit verhaltenstherapeutischen Gesprächen und Nikotinersatz, was diese unter Hinweis auf die bestehende Rechtslage ablehnt.

Das Gericht verwies in diesem Zusammenhang auf die Absicht des Gesetzgebers, bei Medikamenten zur Raucherentwöhnung die Steigerung der Lebensqualität in den Vordergrund zu stellen und die Kostenübernahme auszuschließen. Daran ändere auch nichts, dass die Behandlung auch der Gesundheit zugute kommen kann.

Ratje hält das Urteil für eine Fehlentscheidung, weil das Gericht nach seiner Ansicht eine Ungleichbehandlung hätte feststellen, das Verfahren aussetzen und eine Vorlage vor dem Bundesverfassungsgericht beschließen müssen. „Wenn man das Thema eingehender bewertet hätte, wäre die Entscheidung anders ausgefallen“, sagte Ratje nach der Verhandlung dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Er nennt folgende Argumente:

- ▶ Ausreichend wirksame Strukturen zur Tabakentwöhnungsbehandlung gibt es nach seinen Angaben in Deutschland nicht. Wenn ein Arzt einem tabakabhängigen Raucher zum Rauchstopp rate, habe das eine Wirksamkeit von drei bis fünf Prozent. Eine strukturierte Entwöhnungsbehandlung mit der nach der S3-Leitlinie empfohlenen Kombination aus medikamentöser Nikotinentzugstherapie und verhaltenstherapeutischer ärztlicher Therapie habe dagegen eine Erfolgsrate von 30 bis 40 Prozent. Ohne angemessene Vergütung werden sich nach seiner Überzeugung keine Therapiestrukturen entwickeln. Bei den zurzeit im DMP COPD verankerten Inhalten zur Raucherentwöhnung handele es sich um mögliche Kurzberatungen mit einer niedrigen Erfolgsrate.
- ▶ Innerhalb der S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“ wurden von 17 deutschen Suchtexperten in einem über mehrere Jahre laufenden Prozess mehrere tausend Studien ausgewertet. Die Wirksamkeit von Nikotinersatztherapie bei der Behandlung der Tabakabhängigkeit hat mit einem Empfehlungsgrad A die qualitativ höchste Empfehlung bekommen.
- ▶ Die Verankerung der Medikamente zur Raucherentwöhnung im § 34 SGB V hält Ratje für inhaltlich falsch. Denn dort sind Medikamente von der Kostenübernahme durch Krankenkassen ausgeschlossen, bei deren Anwendung überwiegend eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht. Bei der Anwendung von Medikamenten zur Raucherentwöhnung stehe aber eine Erhöhung der Lebensqualität, im Gegensatz z. B. zu Potenzmitteln, niemals im Vordergrund. Die Anwendung soll Entzugserscheinungen dämpfen. Ausschließlich so werden diese Medikamente eingesetzt. Ratje: „Eine rein theoretische Möglichkeit der Anwendung zum Erhalt eines „Kicks“ ist ausgeschlossen.“
- ▶ Nikotinersatztherapie ist nicht rezept-, sondern lediglich apothekenpflichtig. Bei unsachgemäßer Anwendung, etwa in zu hoher Dosierung, kann es zu Vergiftungserscheinungen kommen. Da der Grad der Tabakabhängigkeit festgestellt werden muss, um die Dosierung von Nikotinersatztherapie richtig einzuschätzen, besteht die Möglichkeit der Überdosierung. Deshalb hält es Ratje für unverständlich, dass hier keine Rezeptpflicht besteht.
- ▶ Der Gleichheitsgrundsatz etwa bezüglich der Behandlung der Alkoholabhängigkeit wurde vom Gericht nicht tiefergehend behandelt. „Bei 120.000 Todesfällen durch tabakabhängige Erkrankungen jährlich in Deutschland gegenüber 80.000 Todesfällen durch die Folgen des Alkoholkonsums besteht offensichtlich eine Gleichheit in der Schwere der Erkrankung“, so Ratje. Die Behandlung der Alkoholabhängigkeit wird ebenso wie bei Nikotinabhängigkeit in eine Entgiftung und eine verhaltenstherapeutische Behandlung unterteilt. Die Medikamente im Rahmen der Entgiftung werden von den Krankenkassen bezahlt. Natürlich könne der Gesetzgeber der Auffassung sein, dass die Behandlung lebensstilabhängiger Erkrankungen grundsätzlich in die Eigenverantwortung fällt. Hier müsste dann aber der Gleichheitsgrundsatz gewahrt bleiben. Das würde bedeuten, dass die Behandlung der Alkoholabhängigkeit ebenso privatisiert würde wie z. B. die Behandlung der Adipositas, des Typ-2-Diabetes, der Medikamenten-, Heroin-, Kokain-, Spiel- oder Medien-sucht. Ratje: „Das wäre unhaltbar.“ AZ: B1 KR 25/18 R

ANZEIGE

**CAUSA CONCILIO**  
RECHTSANWÄLTE

**Sie sind für Ihre Patienten da – wir für Ihr Recht!**

**Unsere Fachanwälte für Medizinrecht ...**

<p><b>KIEL:</b> Deliussstraße 16 · 24114 Kiel Tel. 0431/6701-0 · kiel@cc-recht.de</p> <p><b>HAMBURG:</b> Neuer Wall 41 · 20354 Hamburg Tel. 040/355372-0 · hamburg@cc-recht.de</p> <p><b>FLENSBURG:</b> Marie-Curie-Ring 1 · 24941 Flensburg Tel. 0461/14109-0 · flensburg@cc-recht.de</p> <p><b>SCHÖNBERG:</b> Eichkamp 19 · 24217 Schönberg Tel. 04344/413973-3 · schoenberg@cc-recht.de</p>	<p>Frank Schramm Dr. Paul Harneit Sven Hennings Christian Gerdts Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer Stephan Gierthmühlen Dr. Kai Stefan Peick Dr. Jana Spieker Wiebke Düsberg Linda Kuball</p>
--	---

**... sowie Arbeitsrecht, Bau- und Architektenrecht, Erbrecht, Familienrecht, Gewerblicher Rechtsschutz, Handels- und Gesellschaftsrecht, Miet- und Wohnungseigentumsrecht, Steuerrecht und Verkehrsrecht.**

[www.causaconcilio.de](http://www.causaconcilio.de)

# Fortbildungstermine bei der Ärztekammer

## ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG

### JUNI/JULI/AUGUST

15. JUNI	ACLS-Training (Advanced Cardiac Life Support) Beginn: 9:30 Uhr
19. JUNI	Seminarreihe Allgemeinmedizin - Dermatologie Teil 2 Beginn: 16:00 Uhr
21. – 23. JUNI	Akupunktur Block E Beginn: 15:00 Uhr
22. JUNI	Erfolgreiche Präsentation eigener Vorträge Beginn: 9:00 Uhr
22. JUNI	Medical English Beginn: 9:00 Uhr
28./29. JUNI	Peer Review Intensivmedizin Beginn: 14:30 Uhr
29. JUNI	Tatort Praxis Beginn: 9:00 Uhr
2./3. AUGUST 23./24. AUGUST	Betriebliches Gesundheitsmanagement Beginn: 14:00 Uhr
14. AUGUST	Seminarreihe Allgemeinmedizin Beginn: 16:00 Uhr
21. AUGUST – 11. MÄRZ 2020	Balint-Gruppe Mittwoch Mi 25
23. AUGUST	Schulung für BuS-Teilnehmer
23. – 25. AUGUST 2019	Akupunktur Blöcke F + G, Teil 1
24. AUGUST UND 21. SEPTEMBER	Hypnose Aufbaukurs

## FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL

### JUNI/JULI/AUGUST

21./29. JUNI	Deutsches Gesundheitswesen: Entwicklungen und Tendenzen Beginn: 14:00 Uhr
21. JUNI	Basiswissen-Augenheilkunde Beginn: 14:30 Uhr
21./22. JUNI 28. JUNI	Fachzertifikat Notfallmanagement/Aufbauseminar Beginn: 15:00 Uhr
21./22. JUNI 28. JUNI	Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen Beginn: 15:00 Uhr
22. JUNI	Erfolgreiche Präsentation eigener Vorträge Beginn: 9:00 Uhr
22. JUNI	Diabetes: Formen, Therapie und Ernährung Beginn: 9:00 Uhr
29. JUNI	Tatort Praxis Beginn: 9:00 Uhr
8. – 12. JULI	Sachkunde gem. § 5 und § 8 nach MPBetreibVO - Blockwoche Beginn: 9:00 Uhr
2./3. AUGUST 23./24. AUGUST	Betriebliches Gesundheitsmanagement Beginn: 14:00 Uhr
8. AUGUST	Tipps zum Ausbildungsstart Beginn: 9:00 Uhr
9. – 31. AUGUST	Controlling in ärztlich geleiteten Einrichtungen Beginn: 14:00 Uhr
14. AUGUST	Aktualisierung der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz Beginn: 9:00 Uhr
16. AUGUST. - 21. SEPTEMBER	Sachkunde gem. § 5 und § 8 nach MPBetreibVO Beginn: 9:00 Uhr
16. AUGUST. - 7. SEPTEMBER	Schnittstellenmanagement Beginn: 14:00 Uhr
16. AUGUST. - 28. SEPTEMBER	Fachzertifikat Ambulantes Operieren Beginn: 15:00 Uhr
16. – 23. AUGUST	Fachzertifikat Notfallmanagement/Grundlagen_ NÄPA Refresher

## INTERPROFESSIONELLE FORTBILDUNGEN

### JUNI/AUGUST

22. JUNI	Erfolgreiche Präsentation eigener Vorträge Beginn: 9:00 Uhr
29. JUNI	Tatort Praxis Beginn: 9:00 Uhr
2./3. AUGUST 23./24. AUGUST	Betriebliches Gesundheitsmanagement Beginn: 14:00 Uhr

## Kontakt

Akademie der Ärztkammer Schleswig-Holstein  
Telefon 04551 803 700  
E-Mail akademie@aeksh.de

## FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

## JUNI/JULI/AUGUST

19 JUNI	Leitsymptome in der Inneren Medizin Teil 2/2019: Anämie	UKSH, Kiel Telefon 0431 500 22476 dorota.rozek@uksh.de 4 Punkte
21./22. JUNI	2. Kieler Rheumatologentage Neues vom EULAR 2.0	UKSH, Kiel Exzellenzzentrum Entzündungsmedizin Fax-Anmeldung 0431 500 22 474 10 Punkte
29. JUNI	8. Lübecker Dermato-Onkologie Symposium	UKSH, Lübeck Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie Telefon 0451 500 41505 wiebke.schmidt@uksh.de www.uksh.de/dermatologie-luebeck 4 Punkte
29. JUNI	Neues vom amerikanischen Krebekongress 2019	UKSH, Kiel Medizinische Klinik II – Hämatologie und Onkologie Telefon 0431 500 24970 inges.kunft@uksh.de www.uksh.de/med2-kiel 6 Punkte
29. JULI – 02. AUGUST	Einführung in die Maritime Medizin Schiffsarztlehrgang – Basic Course	Schiffsarztlehrgang GbR Kiel info@schiffsarztlehrgang.de www.schiffsarztlehrgang.de 70 Punkte je Modul
3. AUGUST	Transkulturelle Kompetenz in der Psychotherapie	IFT-Nord gGmbH, Kiel ambulanz@ift-nord.de www.ift-nord.de 12 Punkte
28. AUGUST	CBRN-Lagen	UKSH, Institut für Rettungs- und Notfallmedizin Telefon 0431 500-31551 notfallmedizin@uksh.de Punkte beantragt
30. AUGUST	Summer Sunset Meeting: Orthopädie Crosslover	Praxis Medameer, Kühlungsborn Klinikum Süd Rostock ruediger.schulze@kliniksued- rostock.de WWW.kliniksued-rostock.de/ aktuelles/veranstaltungen 4 Punkte ÄKMV

Weitere Informationen bei den Veranstaltern. Alle Angaben ohne Gewähr.

## Erfolgreiche Präsentation eigener Vorträge



„Ziel des Kurses ist es Hilfestellungen für Vortragende, die noch wenig Erfahrungen mit der Planung und Durchführung von Vorträgen und Fortbildungsveranstaltungen haben, anzubieten. Neben allgemeinen didaktischen Hinweisen zur Planung eines solchen Vortrags werden Tipps zum Aufbau von Powerpoint-Folien und zur Körpersprache gegeben.“

Termin: 23. Juni 2019, 9:00 – 16:30 Uhr

Teilnehmergebühr: 120,00

Ansprechpartnerin: Kim Tuchtenhagen,

Telefon 04551 803 700

kimalessandra.tuchtenhagen@aeakhs.de

## Peer Review Intensivmedizin

Dieses Curriculum richtet sich insbesondere an Ärztinnen und Ärzte in leitender Position in der Intensivmedizin sowie leitende Pflegekräfte in der Intensivmedizin. Ärztinnen und Ärzte anderer Fachgebiete aus dem stationären Bereich sind ebenfalls herzlich willkommen, da das Verfahren universell anwendbar ist und sich eine Ausweitung auf andere Fachgebiete gerade entwickelt.

Termin: 28. - 29. Juni 2019, ab 15:30 Uhr

Teilnehmergebühr: 250,00 Euro

Ansprechpartnerin: Rabea Brunke,

Telefon: 04551 803 700

rabea.brunke@aeakhs.de

## Tipps zum Ausbildungsstart

Ziel des Seminars ist es, die Praxen bezüglich der Einweisung in die Arbeitsbereiche von Auszubildenden zu entlasten. Dabei werden wichtige Grundfertigkeiten vermittelt, die schnell eine aktive Mitarbeit in der Praxis ermöglichen und die Einarbeitungszeit verkürzen soll.

Termin: 8. August 2019, 9:00 – 16:00 Uhr

Teilnehmergebühr: 35,00

Ansprechpartnerin: Sabina Baraucke,

Telefon 04551 803 700

sabina.baraucke@aeakhs.de

## Kontakt

Akademie der Ärztkammer Schleswig-Holstein

Telefon 04551 803 700

E-Mail akademie@aeakhs.de

## NEURODERMITIS

# Vielfältige Erkrankung

Fortbildung zu Neurodermitis im Kindesalter in Kiel: Unterschiedliche Blickwinkel auf eine Erkrankung mit vielfältigen Ausprägungen.

Zu einer Fortbildung „Neurodermitis im Kindesalter – unterschiedliche Blickwinkel“ der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie des UKSH, Campus Kiel, hatten Prof. Regina Fölster-Holst als pädiatrische Dermatologin und Prof. Thomas Schwarz als Direktor eingeladen.

In seinem Vortrag zur Bedeutung des Mikrobioms bei allergischen Erkrankungen betonte Dr. Axel Enninger (Stuttgart) als Pädiater mit Schwerpunkt Gastroenterologie die vaginale Geburt und das Stillen als optimale Voraussetzung für ein gutes enterales Mikrobiom. So gibt es Hinweise, dass eine Verbesserung der Zusammensetzung der Darmflora und der Darmaktivität die Entwicklung zur Immunresilienz unterstützt; bei mit Muttermilch ernährten Säuglingen findet man weniger oft ein Ekzem als bei denen, die eine kuhmilchbasierte Säuglingsmilch erhielten. Aufgrund seiner klinischen Erfahrung verglich der Vortragende die Komplexität des Reizdarmsyndroms mit der der Neurodermitis und wählte den Begriff des „biopsychosozialen Modells“. Ulrike Bindl (Erlangen) stellte eine laufende internationale multizentrische Studie vor. Studienziel: Bewertung des Einflusses von Aminosäuren-Formula in Kombination mit und ohne Synbiotika auf die Toleranzentwicklung von Kindern mit IgE-vermittelter Kuhmilchallergie.

Zum Thema Nahrungsmittelallergie und Neurodermitis (ND) im Kindesalter beantwortete PD Dr. Tobias Ankermann (Kiel) die Frage „Was ist Henne, was ist Ei?“. Primär („die Henne“) ist die gestörte Barrierefunktion der Haut mit konsekutiver Dermatitis, sekundär („das Ei“) die Sensibilisierung und die Allergie. Die Barriesterörung betrifft auch die nicht sichtbar befallene Haut, auch ein Kind mit einer leichten Form einer Neurodermitis sollte eine Basistherapie („eincremen“) erhalten. Stellt man in Sensibilisierungsanalysen (z. B.: Haut-Prick-Test oder Bestimmung spe-

zifischer IgE-Antikörper) eine Sensibilisierung auf ein Nahrungsmittel fest, ist damit noch nicht gesagt, dass der Betroffene das Nahrungsmittel nicht zu sich nehmen darf. Pauschale Eliminationsdiäten können bei ND zu Mangelernährung und zur Erhöhung der Inzidenz klinisch relevanter Nahrungsmittelallergien führen.

Zur Therapie der ND sprach Dr. Anice Heratizadeh (Hannover): Eine Filaggrin-Genmutation ist der bislang stärkste identifizierte genetische Risikofaktor, 25 Prozent der Patienten mit ND sind heterozygote Träger dieser Genmutation. Zur Basistherapie bei ND (aktuelle europäische Neurodermitis-Leitlinie, EDF): Die Basistherapie sollte im Winter einen höheren Lipidanteil haben als im Sommer, keine Anwendung von purem Öl (z. B. Kokosnussöl) anstelle von Emulsionen. Kein Zusatz von Harnstoff bei Säuglingen (Irritation und Nierenfunktion), bei Kleinkindern niedrigere Konzentrationen von Harnstoff. Kein Zusatz von Propylenglykol bei jüngeren Kindern (< 2 Jahre). Keine proteinartigen Allergene (Nahrungsmittelallergene). Keine häufigen Kontakallergene, insbesondere nicht bei Kindern < 2 Jahren (v. a. ohne Duftstoffe, Wollwachsalkohole, Cetylstearylalkohol und Methylisothiazolinon). Bei Zeichen der Entzündung sollte neben der Basistherapie immer eine antientzündliche Therapie durchgeführt werden, gleichzeitig wird hiermit auch dem Risiko einer flächenhaften bakteriellen oder viralen Hautinfektion entgegengewirkt. Eine Langzeittherapie mit topischen Antibiotika wird nicht empfohlen.

## Info

Bei Zeichen einer Entzündung sollte neben der Basistherapie immer eine antientzündliche Therapie durchgeführt werden, gleichzeitig wird hiermit auch dem Risiko einer flächenhaften bakteriellen oder viralen Hautinfektion entgegengewirkt. Eine Langzeittherapie mit topischen Antibiotika wird nicht empfohlen.

Chlorhexidin, Octenidin, Kaliumpermanganat und Natriumhypochlorit während der Schwangerschaft und der Stillzeit unbedenklich, Triclosan wird hingegen wegen möglicher neurotoxischer Effekte auf den Fötus nicht empfohlen. Für den Nutzen von Antihistaminika zur Behandlung des Juckreizes bei ND liegt keine Evidenz vor. Insbesondere vom Einsatz von sedierenden Antihistaminika im Kindesalter wird aufgrund eines ungünstigen Nutzen-Risiko-Profiles abgeraten, zumal diese auch die Schlafqualität beeinflussen können. In einer aktuellen Untersuchung aus Deutschland wurde bezüglich des Ausmaßes der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung eine signifikante Korrelation mit dem vorausgegangenen Einsatz von Antihistaminika gefunden, wobei unklar ist, ob die Antihistaminikagabe als kausal oder als Surrogatparameter für eine schwere ND zu werten ist. Mit Dupilumab als erstem Biologikum für die Behandlung der ND steht ein neues Medikament zur systemischen Therapie zur Verfügung, das bislang nur zur Behandlung der mittelschweren bis schweren ND im Erwachsenenalter zugelassen ist. Als mögliche Nebenwirkung wurde eine Konjunktivitis beschrieben, die bei leichtem Verlauf auf eine Therapie im Sinne des trockenen Auges ansprach.

Die Vielfältigkeit der ND, eingebettet in das Spektrum der Ekzemerkrankungen im frühen Kindesalter, porträtierte Prof. Fölster-Holst. Sie hob das Ekzema infantum, die IgE-assoziierten Syndrome und die Immundefekt-Syndrome (u. a. das Hyper-IgE-Syndrom, das Omenn- und das Wiskott-Aldrich-Syndrom) sowie das Netherton-Syndrom hervor. Sie erörterte die Frage, ob das seborrhoische Ekzem eine Variante der ND ist, zeigte die Ähnlichkeit von Skabies und der folliculären Form der ND und anhand der Kasuistik einer Langerhans-Zell-Histiozytose, dass in seltenen Fällen eine maligne Erkrankung ein Ekzem imitieren kann.

DR. UDO HENNIGHAUSEN





Schleswig-Holsteinisches  
**Ärzteblatt**

## STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

Gern beraten wir Sie zu den Werbemöglichkeiten im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt:  
elbbüro Stefanie Hoffmann · Fon (040) 33 48 57 11 · [anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com) · [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

## STELLENANGEBOTE

# MANHAGEN

## Die Klinik der Spezialisten

Die Klinik Manhagen ist eine Fachklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Augenheilkunde. Für die ambulante und stationäre Versorgung suchen wir zum nächst möglichen Zeitpunkt einen

### Oberarzt (m/w/d) für Orthopädie und Unfallchirurgie; Vollzeit unbefristet

#### Ihre Aufgaben

- Eigenverantwortliche operative Versorgung der Patienten
- Ambulante OP-Sprechstunden
- Organisation und oberärztliche Betreuung einer Station
- Durchführen von Fortbildungsveranstaltungen
- Teilnahme am Hintergrunddienst

#### Ihr Profil:

- FA für Orthopädie oder FA für Orthopädie/Unfallchirurgie
- Exzellente operative Expertise im Bereich der Rekonstruktiven Gelenkchirurgie und/oder Endoprothetik
- Teamfähigkeit, hohe Patientenorientierung, Sozialkompetenz
- Verantwortungsbewusstsein, wirtschaftliche Denk- und Handlungsweise sowie hohes Organisationsgeschick
- Engagement zum Ausbau der bestehenden Schwerpunkte

### Facharzt (w/m/d) für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Chirurgie oder Anästhesie

- für unser interdisziplinäres Stationsarztteam. Die Arbeitszeit soll nach Einarbeitung auch außerhalb der Kernarbeitszeit erbracht werden.

#### Unser Angebot:

- Eine Interessante, eigenverantwortliche Tätigkeit in einem sehr schönen Umfeld
- Schlanke Hierarchien und die Möglichkeit der Weiterentwicklung in einer hoch spezialisierten Fachklinik
- Leistungsorientiertes Vergütungspaket
- Unbefristeter Arbeitsvertrag und geregelte Dienstzeiten

Ihre Bewerbung richten Sie bitte per E-Mail oder postalisch an:

**Park-Klinik Manhagen**  
 Sieker Landstraße 19  
 22927 Großhansdorf  
 Per E-Mail: [bewerbung@manhagen.de](mailto:bewerbung@manhagen.de)  
[www.manhagen.de/stellenangebote/](http://www.manhagen.de/stellenangebote/)



### WBA Allg. Med. zum 01. 07. 2019 gesucht

Breit aufgestellte spannende allg.med. Praxis in Halstenbek-Krupunder, Schwerpunkte Innere/Pädiatrie/Orthopädie/Chirurgie sucht zum **01. 07. 2019** nette(n) und fitte(n) **Weiterbildungsass. FÄ/FA Allg. Med.** in Voll- oder Teilzeit.

Sehr gute Erreichbarkeit aus dem Hamburger Westen (S3 ab Altona 13 Min.), nettes Team, modernes Sono und WB-Berechtigung Abdomen und Sd Sono vorhanden.

Tel.: 0177- 895 51 17 [arzt@praxis-krupunder.de](mailto:arzt@praxis-krupunder.de) Fax: 04101-40 10 16

Medizinisches Versorgungszentrum in Itzehoe (Kreisstadt in Schleswig-Holstein) sucht für sofort oder später eine/n **Allgemeinmediziner/in** oder **hausärztlichen Internisten**

in Ganztags- oder Teilzeitstellung, KV-Sitz vorhanden

Das MVZ ist sowohl fachärztlich gastroenterologisch, kardiologisch und angiologisch als auch hausärztlich ausgerichtet.

Es besteht die Möglichkeit, endoskopische und sonographische Diagnostikverfahren zu erlernen oder zu vertiefen. Auf Wunsch ist die Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst möglich.

Die Bezahlung erfolgt nach Vereinbarung, Gewinnbeteiligung üblich.

Bewerbungen richten Sie bitte an:

**MVZ am Holstein-Center GmbH**  
 Dr.med.Johannes Fontius (leitender Arzt)  
 Brunnenstraße 5, 25524 Itzehoe  
 Tel. 04821/3913 oder 2814, Fax: 04821/2164  
 E-Mail: [mvz@mvz-am-hc.de](mailto:mvz@mvz-am-hc.de)

Für unsere **hausärztliche Praxis** in Schwarzenbek

suche ich eine/n

### Allgemeinmediziner oder hausärztlichen Internisten(m/w/d)

zur Anstellung in Teilzeit.

Sie haben Spaß an der **selbstverantwortlichen Patientenversorgung**, verzichten aber ungern auf den **kollegialen Gedankenaustausch** und eine **enge Zusammenarbeit** in ihrer Versorgungsregion?

#### Sie planen vielleicht den beruflichen Wiedereinstieg?

Dann biete ich Ihnen eine langfristige berufliche Perspektive in Festanstellung mit guten Verdienstmöglichkeiten und der Möglichkeit der mittelfristigen bis längerfristigen Praxisübernahme in einer gut strukturierten und modern aufgestellten **Hausarztpraxis**. Sie arbeiten in einem professionell eingespielten Praxisteam und profitieren durch die kollegiale Zusammenarbeit in der Region und darüber hinaus!

Die Arbeitszeiten lassen sich flexibel gestalten, auf Wunsch keine Notdienste!

**Habe ich Ihr Interesse geweckt?** Dann freue ich mich über Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen per Post oder auch gern per Mail an:

Lutz Lehmann • Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Facharzt für Neurologie • Palliativmedizin  
 Lauenburger Str. 18 • 21493 Schwarzenbek

Telefon:+49(0)4151-7474 • Fax:+49(0)4151-81284  
 E-Mail: [lutz.lehmann1@gmx.net](mailto:lutz.lehmann1@gmx.net)

STELLENANGEBOTE



**KALTENKIRCHEN SUCHT ÄRZTE**

In der Stadt Kaltenkirchen sind ein Hausarztsitz sofort sowie in naher Zukunft weitere Kassensitze verschiedener Fachrichtungen altersbedingt nachzubeseetzen. Gemeinsam mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie dem Ärztenetz HUK und HANN e.V. sucht die Stadt Kaltenkirchen nach Ärztinnen und Ärzten, die an einem Praxiseinstieg, ob zur **Übernahme bestehender Kassenarztsitze** oder zur **Anstellung** in bestehenden Praxen bzw. an einer Facharzt-**Weiterbildung** interessiert sind. Durch ein kommunales **Förderprogramm** können Niederlassung sowie Anstellung mit 10.000 Euro pro Arztsitz bezuschusst werden.

**ÄRZTLICHE ARBEIT MIT LEBENSQUALITÄT**

Die **Stadt Kaltenkirchen** ist ein wachsendes **Mittelzentrum** mit rund 22.500 Einwohnern, 38km nördlich vom Hamburger Stadtzentrum. **Neue Wohnungsbauprojekte** sowie das wachsende Industrie- und Gewerbegebiet machen Kaltenkirchen zu einem prosperierenden Standort. Zwei Autobahnanschlüsse an die BAB A7 sowie vier Haltestellen der

AKN mit 10-Minuten-Takt von und nach Hamburg zu den Hauptverkehrszeiten zeichnen die **verkehrsgünstige Lage** unserer Stadt aus.

Die Stadt bietet eine umfassende kommunale Infrastruktur - beginnend bei einem **kompletten schulischen Angebot** einschließlich Gymnasium und zweier Privatschulen, weiterhin mit Vollversorgung bei der **Betreuung von Kindern** unter sechs Jahren durch 11 Kindertagesstätten mit etwa 1.400 Betreuungsplätzen sowie einem vielseitigen Angebot sozialer Einrichtungen im Bereich der Seniorenbetreuung und der Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Eine **Ganztagsbetreuung** ist sowohl im schulischen Bereich als auch bei den Kindertagesstätten möglich.

Weiterhin punktet Kaltenkirchen mit einem ansprechenden **Freizeit- und Erholungsangebot**, modernen **Sportanlagen** sowie einem aktiven und abwechslungsreichen Vereinsleben. Das Erlebnisbad Holstentherme sowie vielfältige **Einkaufsmöglichkeiten im Stadtzentrum**, dem Ohlandpark und Dodenhof tragen zur überregionalen Bedeutung und Lebensqualität der Stadt Kaltenkirchen bei.

Bei Interesse an der ärztlichen Arbeit in Kaltenkirchen sprechen Sie uns einfach an!

Weitere Informationen zu den verfügbaren Arztsitzen sowie Anstellungsmöglichkeiten sowie der ärztlichen Gemeinschaft vor Ort erhalten Sie beim Ärztenetz HUK & HANN e.V.:

Frau Michaela Schlösser, 04191 - 507 10 50  
Dr. med. Jochen Gerlach, 04191 - 55 74

Für Informationen zur Kommune und dem Förderprogramm wenden Sie sich bitte an:

Stadt Kaltenkirchen -Wirtschaftsförderung  
Frau Meisterjahn, 04191 - 939 236  
Holstenstraße 14, 24568 Kaltenkirchen  
wirtschaftsfoerderung@kaltenkirchen.de



Mit Ihrer Hilfe  
finden  
Kinder Platz  
zum Spielen.

Spenden  
Sie unter  
[www.dkhw.de](http://www.dkhw.de)



## STELLENANGEBOTE

**ICH WILL DABEI  
SEIN, WENN WIR  
KRANKENHAUS  
NEU DENKEN.**



Klinik Bad Oldesloe

**MIT DIESEM WUNSCH SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOHEN.** Mit über 160 Gesundheitseinrichtungen in 14 Bundesländern zählen wir zu den größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland. Der Kern unserer Unternehmensphilosophie: Es reicht uns nicht, wenn unsere Patienten gesund werden – wir wollen, dass sie gesund bleiben. Wir verstehen uns als Begleiter, der Menschen ein Leben lang zur Seite steht.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

**Arzt in Weiterbildung (w/m/d) oder  
Facharzt (w/m/d) Innere Medizin/Allgemeinmedizin  
für die Fachabteilung Geriatrie, in Voll- oder Teilzeit**

#### Wir sind

Eine moderne Klinik der Grund- und Regelversorgung und akademisches Lehrkrankenhaus mit 173 Betten in den Fachabteilungen Innere Medizin, Intensivmedizin, Chirurgie, Geriatrie, Orthopädie und einer Belegabteilung für Urologie.

#### Ihr Aufgabengebiet

Sie übernehmen die Versorgung der geriatrischen Patienten auf der Station und leiten das Team aus Pflege, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden und Neuropsychologen.

#### Ihr Profil

Facharzt für Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit mind. 2-jähriger Berufserfahrung | Sie sind gut strukturiert, teamfähig, motiviert, belastbar und zuverlässig | Sie haben großes Interesse an der Versorgung älterer multimorbider Menschen | Sie sind bereit, sich an der Weiterbildung anderer aktiv zu beteiligen | Erfahrungen in der Fallsteuerung, DRG-Codierung sowie mit der Bearbeitung von MDK-Anfragen sind hilfreich bzw. können erworben werden

#### Wir bieten

Eine etablierte Struktur | Alle Facetten der Altersmedizin am Krankenhaus mit dem direkt der Geriatrie zugeordneten therapeutischen Team | Die Mitgestaltung des weiteren Ausbaus der Geriatriischen Klinik (derzeit 41 stationäre und 10 teilstationäre Plätze) | Die Weiterbildung Geriatrie (18 Mo./volle WB), Innere Medizin/Allgemeinmedizin (im Verbund im Hause) | Eine leistungsgerechte Vergütung nach Konzerntarifvertrag Marburger Bund | Die Möglichkeit die Arbeitszeit familienfreundlich zu gestalten (Teilzeit verhandelbar, Teilnahme am Bereitschaftsdienst nachts bzw. am Wochenende ist nicht vorgesehen) | Schwerbehinderte werden auf Grundlage einer Integrationsvereinbarung bei gleicher Eignung bevorzugt | Die Nähe zu den Großstädten Hamburg und Lübeck (ca. 30 Min. mit Auto oder Bahn)

Bei Fragen steht Ihnen der Chefarzt der Geriatrie, Herr Dr. Dr. Ulrich Kuipers, unter Tel.: (0 45 31) 68-10 80 gerne zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung!

**Asklepios Klinik Bad Oldesloe** – Personalabteilung  
Schützenstraße 55 · 23843 Bad Oldesloe

## HAMBURG SUCHT!

### BEZIRKSAMT HAMBURG-MITTE

Sie wollen sich beruflich verändern?  
Wir haben eine spannende Alternative für Sie!

Das **Gesundheitsamt** sucht zum nächstmöglichen Termin in Voll- oder Teilzeit jeweils unbefristet:

für den **Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD)** eine/einen  
**FACHÄRZTIN/FACHARZT (M/W/D)  
FÜR PÄDIATRIE ODER ALLGEMEINMEDIZIN MIT  
PÄDIATRISCHER ERFAHRUNG**

(Kurz vor der jeweiligen o.g. Facharztprüfung ist bei vollständig abgeleiteten Weiterbildungsinhalten und -zeiten eine Bewerbung ebenfalls möglich).

Der **KJGD** hat die Aufgabe, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und zu schützen. Schwerpunkte sind die schulärztliche Tätigkeit, „Mütterberatung“, Impfungen sowie ggf. die Mitarbeit in Projekten zur Gesundheitsförderung (z. B. Frühe Hilfen).

sowie für die **Abteilung Tuberkulosebekämpfung** eine/einen  
**FACHÄRZTIN/FACHARZT (M/W/D)  
FÜR INNERE MEDIZIN ODER PNEUMOLOGIE ODER  
RADIOLOGIE ODER ALLGEMEINMEDIZIN ODER  
ÄRZTIN/ARZT (M/W/D)  
MIT EINSCHLÄGIGEN ERFAHRUNGEN IN DEN  
GENANNTEN BEREICHEN**

Dem Gesundheitsamt Hamburg-Mitte ist die **zentralisierte Tuberkulosebekämpfungsstelle** Hamburgs zugeordnet.

Die Aufgabe der Ärztin/des Arztes (m/w/d) in der **Tuberkulosebekämpfung** umfasst die Vorbeugung, Früherkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung der Tuberkulose.

Die Stellenbesetzung kann über einen Sonderarbeitsvertrag in Anlehnung an die Entgeltgruppe Ä 1 bzw. Ä 2 der SR Ärztinnen/Ärzte an Universitätskliniken erfolgen.

Das Gesundheitsamt Hamburg-Mitte zeichnet sich durch seine Multiprofessionalität und sein gutes Arbeitsklima aus.

Weitere Angaben zu dem Stellenangebot finden Sie unter:  
<http://www.hamburg.de/mitte/stellenausschreibungen/>

Für nähere Informationen steht Ihnen gerne Frau Ellerbrock, Leiterin des Gesundheitsamtes, unter der Telefonnummer 040/42854-4688 zur Verfügung.

#### Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen bis zum **12.07.2019** per E-Mail an: [bewerbungen@hamburg-mitte.hamburg.de](mailto:bewerbungen@hamburg-mitte.hamburg.de)

oder per Post an:



**Bezirksamt Hamburg-Mitte  
Personalservice  
Caffamacherreihe 1-3 | 20355 Hamburg**



## Partner / Nachfolger für große Hausarztpraxis in Bargteheide gesucht.

Die Praxis hat 2 Kassenplätze, ist zentral gelegen und technisch auf dem aktuellsten Stand. Ich suche einen Kollegen/in zur gemeinsamen Arbeit für ca. 1 - 1,5 Jahre mit anschließender Übernahme der Praxis. Alle Kooperationsmodelle sind denkbar, reduzierte Stundenzahl möglich. Kontaktaufnahme unter [jens.thomae@web.de](mailto:jens.thomae@web.de).

## STELLENANGEBOTE

**Wir suchen ab sofort für die Medizinische Klinik in Vollzeit einen  
Arzt in Weiterbildung (w/m/d)  
Innere Medizin/Pneumologie**

Das Forschungszentrum Borstel ist ein international agierendes, von Bund und Ländern finanziertes Wissenschaftsunternehmen mit 550 Beschäftigten. Unsere zentrale Aufgabe ist die Forschung und Patientenversorgung auf dem Gebiet der Atemwegserkrankheiten. Wir betreiben sowohl Infrastrukturen der Grundlagenforschung als auch eine Medizinische Klinik. Wir haben ein Ziel: Bestehende Methoden zur Erkennung, Vermeidung und Behandlung von Lungenerkrankungen zu verbessern und neue, innovative Therapieansätze zu entwickeln.

**IHRE AUFGABEN:**

- Patientenversorgung (81 Betten-Klinik mit breitem internistischem und pneumologischem Methodenspektrum)
- Beteiligung an Bereitschaftsdiensten

**IHRE QUALIFIKATION**


- Abgeschlossenes Studium der Humanmedizin
- Interesse an der Pneumologie
- Empathie
- Vorzugsweise klinische Erfahrung
- Strukturierte und verantwortungsvolle Arbeitsweise

**UNSER ANGEBOT**



- Arbeiten in einem engagierten und kollegialen Team vor den Toren Hamburgs
- Volle Weiterbildungsbefugnis in Innerer Medizin (Basis), Innerer Medizin/Pneumologie (Facharzt) und Infektiologie
- 18/24 Monaten Weiterbildungsbefugnis in Innerer Medizin (Facharzt), und Intensivmedizin (Zusatzweiterbildung)
- Vergütung nach dem TVÄ einschl. aller im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen
- Eine betriebliche Kindertagesstätte und Maßnahmen des Gesundheitsmanagements
- Familienfreundliche und flexible Arbeitsbedingungen
- Internationale Krankenhauspartnerschaften
- Persönliche Atmosphäre und Förderung
- Möglichkeiten zur klinischen Forschung auf den Gebieten Asthma/Allergie, COPD oder Infektiologie bei Interesse

Das FZB ist für das audit „beruf und familie“ zertifiziert und fördert gezielt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Das unterrepräsentierte Geschlecht wird bei gleicher fachlicher und persönlicher Eignung besonders berücksichtigt. Ebenso werden Schwerbehinderte bei sonst gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Rückfragen beantwortet Ihnen gerne Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christoph Lange unter der Tel. 04537-188-3010. Bitte bewerben Sie sich mit den üblichen Unterlagen (ohne Lichtbild) **bis zum 15.06.2019** auf unserer Website [www.fz-borstel.de](http://www.fz-borstel.de).



Für uns sind Ihr Alter, Ihr Geschlecht und sexuelle Identität, Ihre Weltanschauung, Ihre ethnische Herkunft oder ein Handicap nicht von Bedeutung. Wir sind einzig und allein an Ihrem Wissen und Können und Ihrer Teamfähigkeit interessiert. Wenn auch für Sie attraktive Arbeitsinhalte und lösungsorientiertes Vorgehen wichtiger sind als Formalien, sind Sie bei uns richtig!

Die imland gGmbH ist eine gemeinnützige GmbH in Trägerschaft des Kreises Rendsburg-Eckernförde und vernetztes Mitglied des 6K-Klinikverbundes. Die gGmbH besteht aus den imland Kliniken Rendsburg und Eckernförde – Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel – als Schwerpunktkrankenhaus mit 798 Planbetten verteilt auf zwei Standorte.

Am Klinikstandort **Rendsburg** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die **Psychiatrie und Psychotherapie** eine/einen

**Assistenzärztin/Assistenzarzt (m/w/d)  
in Weiterbildung zum Facharzt  
Psychiatrie und Psychotherapie**

in Teilzeit oder Vollzeit.

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verfügt über 142 stationäre und teilstationäre Behandlungsplätze sowie eine psychiatrische Institutsambulanz. Seit 2006 arbeitet die Klinik im Regionalbudget, einem Modellprojekt mit Aufhebung der Grenzen zwischen ambulante, teilstationärem und stationärem Sektor, das eine patientenzentrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit ermöglicht. Es besteht eine enge Kooperation mit den somatischen Kliniken des Hauses.

**Sie passen zu uns, wenn**

- Sie eine engagierte und teamfähige Persönlichkeit sind, die Freude daran hat, sich in das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie einzuarbeiten
- Empathie, Kreativität und Lernbereitschaft zu Ihren Stärken zählen

**Wir passen zu Ihnen, denn**

- Sie werden Teil eines zukunftssicheren kommunalen Schwerpunktkrankenhauses mit kollegialem Arbeitsklima in einem motivierten und kompetenten Team
- Sie erhalten die Möglichkeit zu einer fundierten Ausbildung, verbunden mit der vollen 4-jährigen Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie einschließlich der neurologischen Weiterbildungszeit durch Rotation in die neurologische Abteilung im Hause
- die Kosten für die Assistenzarztausbildung an einem psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut einschließlich der Selbsterfahrungskurse werden vom Haus getragen
- wir zahlen Ihnen eine tarifliche Vergütung nach Entgeltgruppe I TV-Ärzte/VKA sowie die im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen

**Was wir noch zu bieten haben**

- die reizvolle Lage im Herzen Schleswig-Holsteins mit zahlreichen Freizeitangeboten
- die Nähe zur Landeshauptstadt Kiel und zu den Nord- und Ostseestränden
- eine gute Infrastruktur mit allen Schularten in der näheren Umgebung
- kostenlose Parkmöglichkeiten an der Klinik

**Sie wollen „imländer“ werden?**  
Erste fachliche Auskünfte erteilt Ihnen gerne die Chefarztin, Frau Dr. Schulz-Du Bois, Tel.: 04331 200-8001.

Senden Sie uns Ihre aussagekräftige Bewerbung im PDF-Format an: [ulrike.sander@imland.de](mailto:ulrike.sander@imland.de) oder postalisch an die **imland gGmbH, Personalabteilung, Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg**.

Schwerbehinderte erhalten bei uns die gleiche Chance!

**Große hausärztlich-internistische BAG in Süd-Ost Schleswig-Holstein, Hamburger Umland sucht FÄ/FA für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin** in Anstellung zum nächstmöglichen Zeitpunkt.

Wir bieten ein breites Leistungsspektrum mit großem Patientenstamm und etablierter, moderner Praxisstruktur.

Wir erwarten Teamfähigkeit und Motivation in hausärztlicher Tätigkeit.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Chiffre SH50225.

**Assistenzarzt (m/w/d) – Schleswig Holstein**

Wir suchen für die Helios Klinik Lehmrade einen Assistenzarzt (m/w/d), in Voll- oder Teilzeit. Basisweiterbildung Innere Medizin: 12 Monate

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an die Helios Klinik Lehmrade GmbH, Marita Schiminski, Gudower Str. 10, 23883 Lehmrade, [marita.schiminski@helios-gesundheit.de](mailto:marita.schiminski@helios-gesundheit.de)

Weitere Informationen finden Sie unter [www.helios-gesundheit.de/lehmrade](http://www.helios-gesundheit.de/lehmrade)

## STELLENANGEBOTE



Die imland gGmbH ist eine gemeinnützige GmbH in Trägerschaft des Kreises Rendsburg-Eckernförde und vernetztes Mitglied des 6K-Klinikverbundes. Die gGmbH besteht aus den imland Kliniken Rendsburg und Eckernförde - Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel - als Schwerpunktkrankenhaus mit 798 Planbetten verteilt auf zwei Standorte.

Am Klinikstandort **Rendsburg** suchen wir zum 01.10.2019 für die Geriatrie eine/einen

## Oberärztin/Oberarzt (m/w/d)

unbefristet in Vollzeit oder Teilzeit

### Sie passen zu uns, wenn

- Sie eine engagierte, fachlich qualifizierte und teamfähige Persönlichkeit sind, die Ihre mehrjährigen fundierten Fertigkeiten im gesamten Gebiet der Geriatrie einbringt
- Sie Fachärztin/Facharzt) mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie
- Sie über wirtschaftliches Denken bei gleichzeitig hohem medizinischen Qualitätsansprüchen verfügen
- Sie eine ausgeprägte Kommunikationsfähigkeit und Sozialkompetenz besitzen

### Wir passen zu Ihnen, denn

- Sie werden Teil eines zukunftssicheren kommunalen Schwerpunktkrankenhauses
- es erwartet sie eine sehr gute Arbeitsatmosphäre in einem motivierten und kompetenten Team
- wir fördern Sie bei der beruflichen Weiterentwicklung, intern wie extern (6K Verbund)
- wir bieten Ihnen eine anspruchsvolle, vielseitige und interessante Leistungstätigkeit
- wir bieten Ihnen einen attraktiven und modern ausgestatteten Arbeitsplatz
- wir zahlen Ihnen eine tarifliche Vergütung nach Entgeltgruppe III TV-Ärzte/VKA sowie die im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen

### Was wir noch zu bieten haben

- die reizvolle Lage im Herzen Schleswig-Holsteins mit zahlreichen Freizeitangeboten
- die Nähe zur Landeshauptstadt Kiel und zu den Nord- und Ost-seestränden
- eine gute Infrastruktur mit allen Schularten in der näheren Umgebung
- direkte Parkmöglichkeiten an der Klinik

### Sie wollen „imländer“ werden?

Erste fachliche Auskünfte erteilt Ihnen gerne die Chefärztin, Frau Dr. Krasemann, Tel.: 04331 200-7301.

Senden Sie uns Ihre aussagekräftige Bewerbung im PDF-Format an: [ulrike.sander@imland.de](mailto:ulrike.sander@imland.de) oder postalisch an die imland gGmbH, Personalabteilung, Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg.

Schwerbehinderte erhalten bei uns die gleiche Chance!

## Facharzt (m/w/d) Gastroenterologie – Schleswig-Holstein

Wir suchen für die Helios Klinik Lehmrade einen Facharzt (m/w/d), in Voll- oder Teilzeit, für die Gastroenterologie. Moderne Endoskopie-Einheit im Hause vorhanden (Gastro-Intestinoskopien und Koloskopien im Reha üblichen Rahmen durchführbar).

Bitte senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an die Helios Klinik Lehmrade GmbH, Marita Schiminski, Gudower Str. 10, 23883 Lehmrade, [marita.schiminski@helios-gesundheit.de](mailto:marita.schiminski@helios-gesundheit.de)

Weitere Informationen finden Sie unter [www.helios-gesundheit.de/lehmrade](http://www.helios-gesundheit.de/lehmrade)

## MVZ NordOst

Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie

Das ärztlich geleitete MVZ NordOst betreibt Haus- und Kinderarztpraxen im südlichen Schleswig Holstein, zwischen Hamburg, Lübeck und Lüneburg.

Für unseren Standort in Kastorf suchen wir einen engagierten und verantwortungsbewussten

## Facharzt (m/w/d) für Allgemeinmedizin oder für Innere Medizin

für eine unbefristete Anstellung mit geregelten Arbeitszeiten ohne Nacht und Wochenenddiensten.

Zusammen mit einer Fachärztin für Allgemeinmedizin decken Sie das gesamte Spektrum einer modernen allgemeinmedizinischen Praxis ab. Mit dem engagierten und eingespielten Team versorgen Sie einen etablierten Patientenstamm und bringen gerne Ihre eigenen Ideen und Ansätze mit ein.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie Ihre Bewerbung per Mail an unseren Kollegen:

[r.hirnstain@mvz-nordost.de](mailto:r.hirnstain@mvz-nordost.de)

oder per Post:

MVZ NordOst  
z.H. Ralf Hirnstain  
Zwischen den Brücken  
121514 Büchen

Für ein erstes Gespräch oder Ihre Fragen steht Ihnen Herr Hirnstain auch gerne telefonisch zur Verfügung: 04155 - 8233050 oder +49 170 7035011.

Wir freuen uns auf Sie!

**MVZ NordOst**

## Facharzt für Radiologie (m/w/d) gesucht

Für unsere radiologische Praxis mit vier Standorten in und um Kiel suchen wir einen Facharzt für Radiologie (m/w/d) für einen Kassenarztsitz in Vollzeit. Die Stelle ist unbefristet.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website

[www.foerde-radiologicum.de](http://www.foerde-radiologicum.de)

Förde-Radiologicum GbR

Frau Annika Dohse -Personalleitung-

Karlstal 32, 24143 Kiel

Tel. 0431/7021645

Mail [dohse@foerde-radiologicum.de](mailto:dohse@foerde-radiologicum.de)

## FA Anästhesie

Wir suchen für eine

**Anästhesiepraxis**

zunächst im

**Angestelltenverhältnis**

einen **Facharzt (m/w/d) für Anästhesiologie** in Voll- oder

Teilzeit für ambulantes

Operieren im **Großraum**

**Hamburg/Süd-Schleswig-Holstein.**

Zuschriften bitte unter [anaesthesia-sh@gmx.de](mailto:anaesthesia-sh@gmx.de)

## FÄ/FA für Allgemeinmedizin/Innere

TZ oder VZ

in Hamburg-Kirchwerder

für moderne Hausarztpraxis gesucht.

[www.hausarzt-kirchwerder.de](http://www.hausarzt-kirchwerder.de)

## FA/FÄ Allgemein/Innere Med.

für freundliche Hausarztpraxis

in HH Rahlstedt gesucht.

Ab Oktober oder nach Absprache.

Bewerbungen bitte an

[u.tettenborn@mac.com](mailto:u.tettenborn@mac.com)

## STELLENANGEBOTE

Eine große sozialpsychiatrisch und psychotherapeutisch ausgerichtete **Praxis für Kinder- und Jugendlichen Psychiatrie** sucht dringend

**ärztliche Verstärkung (m/w/d).**

Angeboten wird ½ Sitz zunächst in Anstellung, auf Wunsch nach 3 oder 6 Monaten Umwandlung in eine eigene Niederlassung in Form einer Praxisgemeinschaft.

Die Praxis liegt direkt am Marktplatz in der schön gelegenen Kreisstadt **Bad Segeberg**, verkehrsgünstig zum Bahnhof und Busbahnhof. Kiel, Lübeck, und Hamburg sind in 30 bis 45 Min erreichbar. Alle Schulen sind mehrfach am Ort, hoher Freizeitwert mit Ostseenähe (25 Min), mehreren Seen und Wäldern. Sehr gute Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, KV, Ärztekammer und mehrere große Kliniken sind am Ort.

Das sozialpsychiatrische Team umfasst 7 Mitarbeiter mit verschiedenen Schwerpunkten. Die Patientenzahlen sind seit Jahren immer weiter ansteigend bei lange schon weit überdurchschnittlicher Praxisgröße. Eine gänzlich variable Arbeitszeitgestaltung von 12,5 Std./Woche bis Vollzeitmöglichkeit ist möglich.

Bitte nehmen Sie zum Kennenlernen, auch des gesamten hoch motivierten Teams, Kontakt mit Frau Dr. med. Elke Mohme-Bannert auf.

**Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Am Markt 1 · 23795 Bad Segeberg · Tel 04551/9436-40 · Fax -42**



## „Mir fehlen noch Köpfe und Kinder!“

### Fehlt Ihnen noch was? Bei uns kriegen Sie Ihren Facharzt für Anästhesie!

Unser Chefarzt PD Dr. Oliver Radke bietet Ihnen Weiterbildung in Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie. Wir bieten Ihnen faire Arbeitsbedingungen nach TVÄ-VKA, ein ausgefeiltes Weiterbildungskonzept sowie eine engmaschige Betreuung während Ihrer Ausbildung. Sie arbeiten im Grünen und wohnen an der Küste mit guter Anbindung zu Autobahn und Flughafen.

- Feste Rotation für Regionalanästhesie
- Kostenloser Zugriff auf Online-Fachliteratur
- Erwerb von Zusatzqualifikationen Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie
- Promotion möglich
- Modernster Anästhesietechnik in großen Räumen
- Bezahlung nach Tarif (TVÄ-VKA), elektronische Arbeitszeiterfassung, Überstundenabbau
- Langfristige, verlässliche Dienst- und Urlaubsplanung
- Regelmäßige Assistentenfortbildungen
- M&M-Konferenzen und externe Fortbildungen
- Teilzeitbeschäftigungen sind bei uns kein Problem

#### KOMMEN SIE ZUM KENNENLERNEN VORBEI!

**Kontakt:** (0471) 299-3268 oder [www.ains.de](http://www.ains.de).

**Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH**

Postbrookstr. 103, 27574 Bremerhaven



MIT EINER ANZEIGE ALLE ÄRZTE IM NORDEN ERREICHEN. KONTAKTIEREN SIE UNS FÜR EINE ANZEIGE, DIE IM HAMBURGER UND IM SCHLESWIG-HOLSTEINISCHEN ÄRZTEBLATT ERSCHEINT



**elbbüro**

fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14  
anzeigen@elbbuero.com | [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)



**Klinikum  
Bremerhaven**  
Reinkenheide gGmbH

## STELLENANGEBOTE

Für meine seit 40 Jahren bestehende Hausarztpraxis in **Wenningstedt auf Sylt** (2 KV-Sitze) suche ich **ab April 2020** **FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin** mit Sonographiekenntnissen. Zunächst **Festanstellung** mit Wunsch auf **Teilhaberschaft** bzw. **Übernahme** der Praxis.  
Ihr Kontakt: Dr. med. Alexander Cegla - Mail: info@arztsylt.de

Zur Verstärkung suchen wir  
**Facharzt / -Ärztin für Allgemein- / Innere Medizin**

zur Anstellung Teilzeit / Vollzeit in größerer Weiterbildungspraxis Kreis SE. Fachgebiete Allgem. + Chirurg. + Innere vorhanden. Nettes Team, gute Ausstattung, flexible Arbeitszeiten.  
Kontakt unter Chiffre: SH50235

**Privatärztlicher Notdienst Lübeck**

sucht **Kollegen/Kolleginnen für freiberufliche Rufbereitschaft und fahrenden Dienst mit eigenem PKW** und Notfallkoffer **an Wochenenden** (Sa-So, 9-18 Uhr).  
Bei Interesse: 0451/400 76 31  
Bewerbungen an info@dr-penno.de

**FA/FÄ Pädiatrie (VZ/TZ)**  
**ab 01.07.19 oder später gesucht**

Wir sind eine große, rein EDV-gestützte allgmeinpädiatrische Praxis im östlichen Hamburg mit kinder-kardiologischen und EMAH-Schwerpunkt und arbeiten als reine Terminpraxis (auch im pädiatrischen Akutbereich).

Mein nettes Team und ich suchen **FA/FÄ Pädiatrie** gerne auch mit **Schwerpunkt Kinderkardiologie** oder anderem Schwerpunkt und/oder **Interesse an Naturheilverfahren** (aber nicht Bedingung). Echo/Ultraschall, EKG, LZ-EKG, LZ-RR, Ergometrie vorhanden. Finanzielle Unterstützung zur Erlangung Naturheilverfahren möglich. Einstiegsoption bei Sympathie gegeben. U-Bahn 5 Minuten fußläufig, Bus direkt vor der Tür.

**Kontakt:** praxismanagement@der-kinderkardiologie.de

Große Allgemeinarztpraxis sucht **FA/FÄ für Innere oder Allgemeinmedizin** zur Anstellung für 32 Stunden ab 01.08.2019, ggf. auch früher. Abwechslungsreiche Tätigkeit mit hoher sozialer Anerkennung, planbare Freizeit, gute Bezahlung.

**Kontakt:** Dr. Michael Emken · info@doktoremken.de  
Kurhausstraße 84 · 23795 Bad Segeberg

**WB-Assistentin/ten Allgemeinmedizin**

30 Mon. Allgemeinmedizin und 12 Mon. Chirurgie möglich, Nettes Team, gute Praxisausstattung: Röntgen, Sono., Endoskopie, EKG, Ergo., Op., L-EKG-L-RR etc.  
Kontakt: AxelArm@aol.com

**Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin**

in Hamburg-Wandsbek ab August/September 2019 in Voll-/Teilzeit gesucht.  
Tel. 0172 - 4552250

**Assistenzarzt/-ärztin in Weiterbildung Facharzt/-ärztin für Teil- oder Vollzeit**

Wir bieten eine **Weiterbildung** in unserer ganzheitlichen Allgemeinarztpraxis (bis 18 Monate) und eine **Teil- bzw. Vollzeitstelle für Fachärzte** nach Absprache. Wir arbeiten schulmedizinisch, bieten unseren Patienten aber auch ganzheitliche Therapien an mit Anteilen der Homöopathie, Akupunktur und des Naturheilverfahrens. Website der Praxis: praxis-pinneberg.de

ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 07/08 19. Juni 2019

## PRAXISABGABE

**VB 25.000 € für hausärztl. Praxis Südwestmetrop. SH-HH**

eingesichert-etabliert, schöne Lage.  
Anfragen bitte unter:  
Hausarztpraxis25469@kabelmail.de

**Nachfolger/in für gutgehende Hausarztpraxis in Norderstedt**

(Nähe Herold-Center – gute U-Bahn-Anbindung) zum 1.1.2020 gesucht.  
J.M. Berger Tel. 0170-162 29 22

**Langjährig eingeführte Hausarztpraxis in einem Ärztehaus**

am Stadtrand Hamburg/ Norderstedt baldmöglichst aus familiären Gründen abzugeben.

Zuschriften unter Chiffre SH50229 an elbbüro, Bismarckstr. 2, 20259 HH

Die Arbeitsatmosphäre selbst bestimmen, in freundschaftlich kollegialem Miteinander hausärztlich tätig sein:

**Gut gehende allgemeinärztliche Gemeinschaftspraxis in Ostseennähe sucht Nachfolger/innen.**

Kontakt erbeten über praxisostsee@t-online.de

**Allgemeinärztl. Praxis OLDENBURG/Oldbg.**

etabliert, innenstadtnah, inkl. Immobilie (Altbau, ebenerdig) **zu verkaufen.**  
Kontakt unter Chiffre SH50230



Helpen Sie unter [www.dkhw.de](http://www.dkhw.de)

**Ihre Spende gibt Kindern ein gutes Bauchgefühl.**

Zu viele arme Kinder sind übergewichtig oder ernähren sich einseitig. Für diese Kinder setzen wir uns ein. Nur mit guter Ernährung können sich Kinder körperlich gesund entwickeln.

Spendenkonto  
IBAN: DE23 1002 0500 0003 3311 11 • Bank für Sozialwirtschaft





**MEDIZINTECHNIK**



**AMT**  
Abken Medizintechnik

**SOMMER SPECIAL bis 30.06.19**

Sichern Sie sich noch heute unsere  
Ausstellungs- und Vorführgeräte!

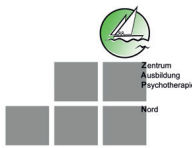
Wir tauschen unsere  
komplette Ausstellung!

Mehr auf: [www.amt-abken.de](http://www.amt-abken.de)

**PHILIPS SAMSUNG SIEMENS Healthineers**

**FORTBILDUNGEN**

**Lehrinstitut Lübeck**  
Zentrum Ausbildung Psychotherapie · ZAP Nord



**Integrative ärztliche Weiterbildung  
in allen P-Fächern in Lübeck**

Ausbildungsinstitut für Psychotherapie (TP und VT) und Psychoanalyse  
unter ärztlicher Leitung.

Durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannte Weiterbildung  
in allen P-Fächern – Theorie – Selbsterfahrung – Supervision – Balint –  
Entspannungsverfahren  
Patienten-Behandlungen werden über die KV abgerechnet und die Kandidaten  
werden an den Einnahmen (derzeit ca. 61,- € pro Behandlungs-Std.) beteiligt,  
darüber finanziert sich die Weiterbildung selbst.

**Bereiche und Gebiete:**  
Facharzt – Psychiatrie-Psychotherapie (TP und VT)  
Facharzt – Psychosomatische Medizin (TP und VT)  
Facharzt – Kinder- u. Jugendlichen-Psychiatrie und Psychotherapie (TP)  
Zusatzbezeichnung Psychoanalyse  
Zusatzbezeichnung Psychotherapie fachgebunden (TP und VT)  
Gruppentherapiefachkunde  
EMDR-Fachkunde

Die Theorieausbildung findet am Institut in Lübeck statt, alles andere dezentral.

Für weitere Informationen und Anfragen:  
**ZAP-Nord-GmbH · Fackenburg-Allee 1 · 23554 – Lübeck**  
Tel.: 0451 48660700 · [sekretariat@zap-nord.de](mailto:sekretariat@zap-nord.de)

**FACHBERATER**

Wirtschafts- und Steuerberatung  
für Heilberufler



**DELTA**

Steuerberatungsgesellschaft mbH  
Bad Segeberg · Heide · Hamburg

Hindenburgstraße 1 · 23795 Bad Segeberg  
Tel.: 04551/8808-0

Zweigstelle Heide · Tel.: 0481/5133  
Zweigstelle Hamburg · Tel.: 040/61185017

[mail@kanzleidelta.de](mailto:mail@kanzleidelta.de)  
[www.kanzleidelta.de](http://www.kanzleidelta.de)

**meditaxa**  
Group

Berater für Ärzte  
seit über 50 Jahren.

**RECHTSBERATUNG  
FÜR DIE HEILBERUFE**

Praxiskauf / -verkauf · Gemeinschaftspraxis · MVZ  
Gesellschaftsrecht · Zulassung · Vergütung  
Honorarverteilung · Regress  
Berufsrecht · Arztstrafrecht



**DR. KLAUS KOSSEN**  
ANWALTSKANZLEI

◀ Kurhausstraße 88 · 23795 Bad Segeberg  
Tel.: 04551/89930 · Fax 04551/899333  
E-Mail: [mail@kk-recht.de](mailto:mail@kk-recht.de)  
[www.kk-recht.de](http://www.kk-recht.de)

**STELLENGESUCHE**

**Gynäkologe sucht  
Gyn. Praxisvertretung  
oder Allg. med. bzw.  
Chir. Weiterbildung**  
nahe Hamburg 0172-401 09 82

**PRAXISABGABE**

**Alteingeführte  
Hausarztpraxis, 150 m<sup>2</sup>,  
ca. 800 Patienten/Quartal,**  
hoher Freizeitwert, (Kleinstadt in  
der Mecklenburg. Seenplatte nahe  
Ostsee und Müritzt), alle Schulen  
am Ort, wenig KV Dienste,  
ab sofort aus Altersgründen  
sehr günstig abzugeben.  
Kontakt: [drghpf@freenet.de](mailto:drghpf@freenet.de)

**CHIFFREHINWEIS:**

Bitte senden Sie Zuschriften an:  
elbbüro Stefanie Hoffmann  
**Chiffre** (Nr. der Anzeige entnehmen)  
Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg  
oder per E-Mail an  
[anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com)

**HINWEIS DER REDAKTION:**

Alle Anzeigen beruhen auf Angaben der Anzeigenkunden und werden nicht von der Redaktion geprüft. Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, dass die Angaben (auch zu den Weiterbildungs-befugnissen) korrekt sind. Unter [www.aeksh.de](http://www.aeksh.de) finden Sie die aktuellen Listen der weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein. Entsprechende Beschwerden über unrichtige Angaben, insbesondere zu falschen Aussagen hinsichtlich der Weiterbildungs-befugnis, können nach den berufsrechtlichen Vorschriften verfolgt werden. Auf eventuelle zivilrechtliche Folgen, wie Schadensersatzansprüche, wird hingewiesen. Gewerbliche Anzeigen stellen keine redaktionellen Beiträge dar. Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, dass die ausgeschriebenen Praxen im Sinne der Bedarfsplanung bedarfsgerecht sind. Interessenten werden gebeten, sich mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein in Verbindung zu setzen.

## KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

### IMPRESSUM



Herausgeber: Ärztekammer Schleswig-Holstein  
V. i. S. d. P.: Dr. Henrik Herrmann

Die Redaktion gehört zur Abteilung Kommunikation der Ärztekammer  
Redaktion: Dirk Schnack (Ltg.), Stephan Göhrmann, Florian Horstmann, Astrid Schock, Katja Willers  
Telefon 04551 803 272, -274

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Dr. Stefan Bark, Christian Beneker, Prof. Justus Gille, Esther Geisslinger, Dr. Udo Hennighausen, Dr. Richard Jung, Prof. Gerald Klose, Horst Kreuzler, Martin Geist, Dr. Helge Riepenhof, Prof. Walter Schaffartzik, Dr. Ulf Seidel, Christine Wohlers.

Zuschriften redaktioneller Art bitte an:  
Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt,  
Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg,  
aerzteblatt@aeksh.de

Druck und Vertrieb:  
SDV Direct World GmbH,  
Tharandter Straße 23-35,  
01159 Dresden

Anzeigenmarketing und -verwaltung  
elbbüro anzeigenagentur,  
Bismarckstr. 2, 20259 Hamburg  
Telefon 040 33 485 711  
Fax 040 33 485 714  
anzeigen@elbbuero.com  
www.elbbuero.com  
Anzeigenleitung: Stefanie Hoffmann

Zurzeit ist die Anzeigenpreislise  
Nr. 5/2019 gültig.  
Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

Die Zeitschrift erscheint elf Mal im Jahr jeweils zum 15. des Monats. Die Zeitschrift wird von allen Ärzten in Schleswig-Holstein im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Beiträge geben die Auffassung der namentlich genannten Autoren, nicht zwingend die der Redaktion wieder. Für unaufgefordert eingereichte Beiträge werden keine Honorare bezahlt. Die Redaktion behält sich das Recht vor, über die Veröffentlichung, die Gestaltung und ggf. redaktionelle Änderungen von Beiträgen zu entscheiden. Dies betrifft auch Leserbriefe. Die Redaktion freut sich über unverlangt eingesandte Manuskripte und bittet um Verständnis, dass umfangreiche Arbeiten aufgrund des redaktionellen Konzepts nicht berücksichtigt werden können. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird, ist hiermit auch die weibliche Form gemeint. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung strafbar.

Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Bismarckallee 8-12  
23795 Bad Segeberg  
Telefon 04551 803 0  
Fax 04551 803 101  
info@aeksh.de  
www.aeksh.de

**Vorstand**  
Dr. Henrik Herrmann (Präsident)  
Dr. Gisa Andresen (Vizepräsidentin)  
Dr. Svante Gehring  
Dr. Sabine Reinhold  
PD Dr. med. habil. Doreen Richardt  
Dr. med. habil. Thomas Schang  
Mark Weinhonig  
Telefon 04551 803 206  
Fax 04551 803 201  
vorstand@aeksh.de

**Geschäftsführung**  
Dr. Carsten Leffmann  
(Ärztl. Geschäftsführer)  
Telefon 04551 803 206  
Fax 04551 803 201  
Karsten Brandstetter  
(Kaufm. Geschäftsführer)  
Telefon 04551 803 206  
Fax 04551 803 201  
sekretariat@aeksh.de

**Ärztliche Weiterbildung**  
Leitung: Manuela Brammer  
Telefon 04551 803 652  
Fax 04551 803 651  
weiterbildung@aeksh.de

**Rechtsabteilung**  
Leitung: Carsten Heppner (Justiziar)  
Telefon 04551 803 402  
Fax 04551 803 401  
rechtsabteilung@aeksh.de

**Qualitätsmanagement**  
Leitung: Dr. Uta Kunze  
Telefon 04551 803 302  
Fax 04551 803 301  
qm@aeksh.de

**Akademie der Ärztekammer  
Schleswig-Holstein**  
Leitung: Cornelia Mozr  
Telefon 04551 803 700  
Fax 04551 803 701  
akademie@aeksh.de

**Hauswirtschaft und Gästehaus**  
Leitung: Helena Willhöft  
Telefon 04551 803 802  
Fax 04551 803 801  
gaestehaus@aeksh.de

**Ärztliche Angelegenheiten**  
Leitung: Dr. Uta Kunze  
Telefon 04551 803 302  
Fax 04551 803 301  
uta.kunze@aeksh.de

Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt  
Leitender Redakteur: Dirk Schnack  
Telefon 04551 803 272  
Fax 04551 803 271  
aerzteblatt@aeksh.de

**Mitgliederverzeichnis/Ärzttestatistik**  
Leitung: Yvonne Rieb,  
Christine Gardner  
Telefon 04551 803 456, 04551 803 452  
Fax 04551 803 451  
mitglied@aeksh.de

**Finanzbuchhaltung**  
Telefon 04551 803 552  
Fax 04551 803 551  
buchhaltung@aeksh.de

**IT-Abteilung**  
Leitung: Michael Stramm  
Telefon 04551 803 602  
Fax 04551 803 601  
it@aeksh.de

**Personalabteilung**  
Telefon 04551 803 152  
Fax 04551 803 151  
personal@aeksh.de

**Facility Management**  
Leitung: Helge Timmermann  
Telefon 04551 803 502  
Fax 04551 803 501  
facility@aeksh.de

**Strahlenschutz/Ärztliche Stellen**  
Cornelia Uberr, Gabriele Kautz-Clasen  
Telefon 04551 803 304, 04551 803 303  
Fax 04551 803 301  
aerztliche-stelle@aeksh.de

**Krebsregister Schleswig-Holstein  
Vertrauensstelle**  
Leitung: Mirja Wendelken  
Telefon 04551 803 852  
krebregister-sh@aeksh.de

**Versorgungswerk der  
Ärztekammer Schleswig-Holstein**  
Bismarckallee 14-16, 23795 Bad Segeberg  
www.vaesh.de

**Vorsitzender des Verwaltungsrates**  
Bertram Bartel

**Vorsitzender des Aufsichtsrates**

Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen

**Geschäftsführung**  
Harald Spiegel  
Telefon 04551 803 911  
sekretariat@vaesh.de

**Mitgliederservice**  
Telefon 04551 803 900  
Fax 04551 803 939  
mitglied@vaesh.de

## AKIS

**Der Service Ihrer  
Ärztekammer  
online:**

Das Ärztekammer-  
Informations-System  
(„AKIS“) ist eine On-  
line-Kommunikations-  
und Service-  
Plattform der Ärz-  
tekammer Schleswig-  
Holstein, über die Sie  
einfach und sicher  
Kontakt zu Ihrer Ärz-  
tekammer aufnehmen  
können.

Den Zugang finden  
Sie auf der Homepage  
der Ärztekammer  
www.aeksh.de un-  
ter Login. Bei Fragen  
wenden Sie sich gern  
telefonisch an das  
Mitgliederverzeich-  
nis/Ärzteverzeichnis  
oder per Mail an mit-  
glied@aeksh.de

## FACHBERATER

**Stingl · Scheinflug · Bernert**  
vereidigte Buchprüfer und Steuerberater  
Partnerschaftsgesellschaft

**Spezialisierte Beratung für Ärzte**



- **Finanz- und Lohnbuchhaltung**
- **Quartals-Auswertung Chef-Info sowie betriebswirtschaftliche Beratung**  
Liquiditäts-, Rentabilitäts- und Steuerberechnung
- **Steuerliche Konzeption, Gestaltung und Betreuung von (neuen) Kooperationsformen:**  
MVZ, BAG, Ärztenetze
- **Existenzgründung**

Ihre fachlich kompetenten Ansprechpartner  
**Anette Hoffmann-Poeppl – Steuerberaterin**  
FACHBERATERIN für das Gesundheitswesen (DStV e.V.)



**Am Dörpsdiek 2 · 24109 Kiel / Melsdorf**  
Tel. 04340-40700 · [info@stingl-scheinflug.de](mailto:info@stingl-scheinflug.de)  
[www.stingl-scheinflug.de](http://www.stingl-scheinflug.de)

Kanzlei für **Medizinrecht**

## Wir beraten Ärzte

Rechtsanwälte  
Barth u. Dischinger  
Kanzlei für Medizinrecht  
Partnerschaft

**RA Hans Barth**  
Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtener Straße 94  
24105 Kiel  
Tel.: 0431-564433

**RA Jan Dischinger**  
Fachanwalt f. Medizinrecht

Richard-Wagner-Straße 6  
23556 Lübeck  
Tel.: 0451-4841414

**RAin Sabine Barth**  
Rechtsanwältin

[info@medrechtpartner.de](mailto:info@medrechtpartner.de)  
[www.medrechtpartner.de](http://www.medrechtpartner.de)

Bei allen rechtlichen Fragen rund um Ihre Arztpraxis, z. B. Praxisgründung, Kooperationen (PraxisG, BAG, MVZ), Abgabe oder Kauf von Arztpraxen, Honorar, Berufsrecht, Arbeitsrecht, Forderungsmanagement: Sprechen Sie uns gerne an!

**elbbüro** fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | [anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com) | [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

**Rohwer & Gut**

Partnerschaftsgesellschaft mbB,  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft



## Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

Betriebswirtschaftliche Beratung / Liquiditätsanalyse und -planung /  
Unterstützende Begleitung von Existenzgründung / Finanz- und Lohnbuchführung

Rohwer & Gut unterstützt mit Standorten in Lübeck und Kiel niedergelassene Ärzte seit über 60 Jahren dabei, ihren Handlungsspielraum effizient auszuschöpfen und die Praxis betriebswirtschaftlich voranzubringen.

Richard-Wagner-Straße 6, 23556 Lübeck, Tel. (0451) 48414-0, Fax (0451) 48414-44/  
Holtener Straße 94, 24105 Kiel, Tel. (0431) 5644-30, Fax (0431) 5644-31  
[info@rohwer-gut.de](mailto:info@rohwer-gut.de), [www.rohwer-gut.de](http://www.rohwer-gut.de)



**Die PVS<sup>®</sup>**

Schleswig-Holstein · Hamburg  
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

[www.pvs-se.de](http://www.pvs-se.de) • [info@pvs-se.de](mailto:info@pvs-se.de)

Privatabrechnung mit der PVS rechnet sich -  
zeitlich und monetär.

**Dr. Gunter Behrend, Allgemeinmedizin (Kiel)**

Mitglied der PVS seit 2007