



# Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Nr. 7/8

Juli/August 2019  
Bad Segeberg  
72. Jahrgang

Herausgegeben von  
der Ärztekammer  
Schleswig-Holstein



## SOZIALE MEDIEN

### THEMEN

11

Studie weist  
Wege zu höheren  
Impfquoten

14

Bundespflege-  
kammer in Sicht

18

Deutsche und  
Schweden im  
Demenz-Dialog

21

25 Jahre Förder-  
kreis Qualitäts-  
sicherung

38

Symposium in  
Lübeck: Inflam-  
matory Disorders

# Tweets, Blogs und Videos im Dienst der Gesundheit

Ärzte sind in sozialen Medien aktiv, achten aber auf die Trennung beruflicher und privater Aktivitäten im Netz. Permanentes Engagement erfordert personelle Ressourcen.

Die sozialen Medien haben längst das Gesundheitswesen erreicht. Immer mehr Einzelpersonen und Einrichtungen sind auf Twitter, YouTube oder Instagram aktiv. Auch Körperschaften wie die Ärztekammer Schleswig-Holstein folgen dem Trend und informieren Mitglieder und die Öffentlichkeit über diese Kanäle als Ergänzung neben den klassischen Mitteln der Öffentlichkeitsarbeit.

Wie rasant die Entwicklung auf diesem Sektor ist, zeigen zwei aktuelle Trends aus dem Medizinsektor. Auf Twitter sind Nutzer seit einigen Monaten unter dem Hashtag Twankenhaus vernetzt und berichten über die Situati-

on in den Kliniken. Auch schleswig-holsteinische Ärzte beteiligen sich und informieren Kollegen, andere Berufe im Gesundheitswesen und die breite Öffentlichkeit über ihre Wahrnehmungen im beruflichen Umfeld.

Der PJ'ler Jonathan Musmann hat in diesem Jahr die App Doctorsgate auf den Markt gebracht, die bislang rund 1.000 Nutzer verzeichnet. Über die App können Ärzte kommunizieren, Daten austauschen und besondere Fälle besprechen. Musmann hat für die Entwicklung des Produktes sein Medizinstudium unterbrochen, inzwischen hat er sogar Anfragen aus Asien zu seiner App.

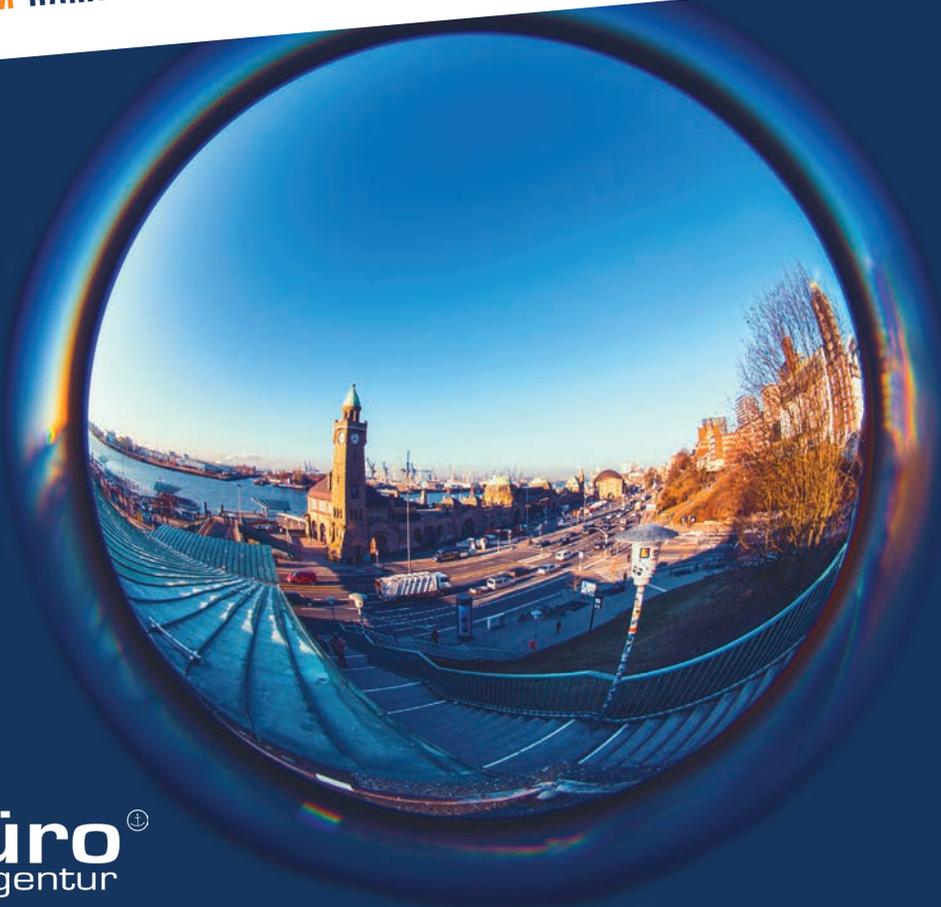
Euphorisch sind die meisten Ärzte dennoch nicht, wenn es um neue Medien geht – aus guten Gründen. Der Einsatz in Klinik und Praxis erfordert personelle Ressourcen, über die die meisten nicht verfügen. Für die Vermittlung komplexer Sachverhalte sind viele neue Medien nicht geeignet.

Hinzu kommt, dass Grundsätze wie die ärztliche Schweigepflicht, die Grenzen des Arzt-Patienten-Verhältnisses und Datenschutzbestimmungen auch im Netz beachtet werden müssen. Und: Die Dynamik auf diesem Sektor lässt Prognosen, welcher Trend sich mittelfristig etabliert, kaum zu.

► 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](mailto:info@elbbuero.com) | [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

# „Aufbruchstimmung und Fragen“

Bei neuen Entwicklungen lohnt manchmal ein Blick in die Vergangenheit – oft ist der Fortschritt dann gar nicht mehr so aktuell. Das zeigt sich auch bei einigen Trends, die wir gerade in der Medizin diskutieren:

- ▶ Fernberatung durch Ärzte: Bereits seit 1850 in Deutschland im Angebot, als Patienten fern der eigenen Praxis von Ärzten angeschrieben wurden, um ausschließlich postalisch ohne Patienten-Arzt-Kontakt beraten und gegebenenfalls behandelt zu werden.
- ▶ Übermittlung von Befunden: Anfang des 20. Jahrhunderts sandte Kollege Einthoven seine nach ihm benannten EKG-Ableitungen telegrafisch weiter.
- ▶ Versandhandel durch Apotheken: Bereits ab 1910 wurde Salvarsan als Medikament zur Behandlung der Syphilis direkt zum Patienten geschickt, ohne vorhergehenden Patienten-Arzt-Kontakt – übrigens zur Wahrung des Patientengeheimnisses, heute würden wir Datenschutz sagen.
- ▶ Ausschließliche Fernbehandlung über Kommunikationsmedien: Seit 1931 durch Ärzte des Krankenhauses Cuxhaven über Seefunk mit Schiffen praktiziert, wo der Kapitän für die medizinische Versorgung zuständig war.

Bei vielen dieser Versorgungsformen hat die ärztliche Selbstverwaltung schon in der Vergangenheit Stellung bezogen, einen Abgleich mit der Berufsordnung vorgenommen, auf Gefahren hingewiesen und Entscheidungen dazu getroffen. Seit der grundsätzlichen Änderung unserer ärztlichen Berufsordnung zur ausschließlichen Fernberatung und Fernbehandlung im vergangenen Jahr ist es erwartungsgemäß zu einer Aufbruchstimmung gekommen, die immer wieder neue Fragen aufwirft. Die ärztliche Selbstverwaltung ist mit allen Partnern im Gesundheitswesen gefordert, Fehlentwicklungen aufzuzeigen, Anpassungen vorzunehmen, aktiv Versorgung zu gestalten, Verantwortung zu übernehmen und sinnvolle Weiterentwicklungen voranzubringen – immer vor dem Hintergrund der Patientensicherheit im Zeitalter der digitalen Transformation und Globalisierung.

Um die besten Lösungen zu erreichen, brauchen wir eine transparente, ergebnisoffene Diskussion. Die ärztliche Selbstverwaltung ist die geeignete Institution, um diesen Diskurs zu ermöglichen: Demokratisch gewählte, ehrenamtliche Vertreter ihrer Profession, die den ärztlichen Alltag kennen und ausüben, sind am besten in der Lage, diese Debatten zu führen und mit ihren Entscheidungen die zukünftige medizinisch-ärztliche Versorgung positiv zu gestalten. Wir als Ärztekammer wollen diese Veränderungsprozesse in unseren Gremien und insbesondere in unserer Kammerversammlung aktiv begleiten, immer im demokratischen Ringen um die beste Entscheidung, wie es schon im hippokratischen Eid steht: Nach bestem Vermögen und Urteil. Die Themen sind zwar nicht immer neu, aber drängender und vielfältiger. Wir leben in einer sehr spannenden Zeit, die wir prägen können und die die junge Arztgeneration auch prägen möchte – darauf freue ich mich!

Freundliche Grüße  
Ihr



Dr. Henrik Herrmann  
PRÄSIDENT



„Die Themen  
sind zwar nicht  
immer neu, aber  
drängender und  
vielfältiger.“

# Inhalt

<b>NACHRICHTEN</b>	<b>4</b>
Musik- und Kulturfestival für Ärzte	4
Privatkliniken wollen neue Vergütung erproben	4
Heilberufe luden zum Parlamentarischen Abend	5
Ärztegenossen erarbeiten Leitlinien	5
Kurz notiert	5
<b>TITELTHEMA</b>	<b>6</b>
Soziale Medien in der Medizin	6
Interview: Twankenhaus-Ärzte wollen verändern	8
<b>GESUNDHEITSPOLITIK</b>	<b>10</b>
KV Abgeordnete tagen in Bad Segeberg	10
Arzt stellt Studie vor, wie sich Impfquoten erhöhen lassen	11
Serie: Modelle für die ambulante ländliche Versorgung	12
Pflegeberufe bereiten Bundespflegekammer vor	14
Landespflegekonferenz in Neumünster	15
Vdek diskutiert über Prävention	16
Neue Modelle in der Schlaganfall-Nachsorge	17
<b>IM NORDEN</b>	<b>18</b>
Deutsch-schwedisches Symposium zu Demenz	18
Kinderärztinnen setzen auf ländlichen Standort	20
Förderkreis Qualitätssicherung besteht seit 25 Jahren	21
Hamburg diskutiert über Zuckerreduktion	22
Jubiläumsbilanz des Pflegenottelefons	24
Palliativ-Fachtagung zum Thema Schmerz geplant	25
Schwierige Diagnose: Demenz und geistige Behinderung	26
Eine App, die Leben retten hilft	27
Serie: Die Anfänge der KV in Schleswig-Holstein	28
<b>PERSONALIA</b>	<b>32</b>
<b>MEDIZIN &amp; WISSENSCHAFT</b>	<b>34</b>
„Das intelligenteste Netzwerk der Welt: Das Gehirn“	34
Vibrionen: Gefahr durch warme Ostsee	35
<b>RECHT</b>	<b>36</b>
Schlichtungsfall	36
Kurz notiert	37
<b>FORTBILDUNGEN</b>	<b>38</b>
Symposium in Lübeck zu entzündlichen Erkrankungen	38
54. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft	40
Termine	42
<b>KVSH</b>	<b>44</b>
<b>ANZEIGEN</b>	<b>45</b>
<b>TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM</b>	<b>50</b>

## Musik und Kultur für Ärzte

Im kommenden Jahr findet Doc's Arts, ein Festival für Ärzte und Angehörige medizinischer Berufe, in Goslar statt. Mit organisiert wird das nach eigenen Angaben weltweit erste Mediziner Musik- und Kulturfestival (11.-14. Juni 2020) von der Lübecker Allgemeinmedizinerin Anke Jacobs, die auch Kulturwissenschaftlerin ist.

Angesprochen sind Einzelpersonen und Ärzte-Ensembles genauso wie gemischte Gruppen unter Beteiligung von Medizinerinnen, Fast-Profis, Freizeitmusiker, aber auch Ärzte ohne Vorkenntnisse. In verschiedenen Workshops erarbeiten die Teilnehmer unter professioneller Leitung gemeinsame Musikwerke, tanzen, trommeln oder singen. Workshops für Orchester, Kammerorchester, gemischte Chöre, Chöre für Jazz/Rock/Pop, Bigband Jazz, internationalen Tanz

und Drum Circle sollen angeboten werden. Der Festivalstandort liegt am Rammsberg vor der Kulisse der historischen Altstadt Goslars auf dem Gelände der dortigen Jugendherberge. Für die Workshops und Konzerte sind zahlreiche attraktive Räume vorgesehen, die Altstadt wird Konzertort für Open Air-Aktivitäten.

Die Organisatoren des Mediziner Musik- und Kulturfestivals zielen mit ihrem Angebot auch auf die Arztgesundheit, stellen Musik und Tanz als gesundheitsfördernd heraus. Der Preis für Ärzte inklusive Catering beträgt 399 Euro, Studierende zahlen 290 Euro. Anmeldungen sind bis 30. November 2019 erforderlich, es gibt Mindest- und Höchstzahlen für die Teilnahme. Weitere Informationen und die Möglichkeit zur Anmeldung unter [www.docs-arts.de](http://www.docs-arts.de) (PM/RED)



## Privatkliniken wollen Vergütung ändern

Der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDK) hat auf seinem Bundeskongress in Kiel sein Konzept für ein neues Vergütungsprinzip im stationären Sektor diskutiert. Statt der derzeit üblichen diagnosebezogenen Gebühren und Fallpauschalen schlägt der BDK Versorgungspauschalen für jeden Versicherten vor, unabhängig davon, ob der Versicherte in der Klinik behandelt wurde oder wie aufwendig die Behandlung war.

Nach Ansicht des Verbandes könnte das Modell zur Sicherstellung in der Fläche beitragen und dem Fachkräftemangel entgegenwirken. „Die häufig kriti-

sierten Fehlanreize durch die derzeitigen Diagnose-Fallpauschalen würden entfallen und der von allen bemängelte bürokratische Abrechnungsaufwand des aktuellen Systems würde minimiert“, hieß es in Kiel.

Entwickelt wurde das Modell, das die Privatkliniken in Abstimmung mit den Kostenträgern in mehreren Pilotregionen erproben möchten, vom BDK gemeinsam mit Gesundheitsökonom Prof. Boris Augurzky vom RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. Lob für das Modell gab es laut BDK von Staatssekretär Matthias Badenhop aus dem Kieler Gesundheitsministerium. (PM/RED)

# Beste Aussichten für den Nachwuchs



Steht im ständigen Dialog mit den Heilberufen: Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg bei seiner Rede auf dem Parlamentarischen Abend der IDH in Kiel.

Der gemeinsame Parlamentarische Abend der Heilberufe ist nach Ansicht von Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg ein Beispiel für den guten Zusammenhalt zwischen Politik, Heilberufen und Kostenträgern in Schleswig-Holstein. Zugleich benannte Garg Herausforderungen für die Politik: Damit die verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen ihre Arbeit ordentlich durchführen können, müsse Politik für einen geordneten rechtlichen Rahmen sorgen.

Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, wies in seiner Begrüßung auf die Probleme der Nachwuchsgewinnung im Gesundheitswesen hin. „Gerade die Heilberufe mit ihren vielfältigen Möglichkeiten, dem umfassenden Engagement der selbstständigen Arbeitgeber und der größeren Einrichtungen sowie ihren sozialen und menschenzugewandten Tä-

tigkeitsfeldern bieten beste Aussichten für den Nachwuchs“, machte Herrmann deutlich. Eine hochqualifizierte Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen sei jedoch wichtig, genauso ein frühzeitiges Engagement in den allgemeinbildenden Schulen. Und auch nach der Ausbildung müssten wertorientierte Arbeitsplätze geschaffen werden. „Wir brauchen in der Praxis Arbeitsplätze, bei denen die Ausgebildeten verantwortungsvoll und wertgeschätzt ihre erworbenen Kompetenzen einsetzen und weiterentwickeln können“, forderte Herrmann im Namen der IDH.

Die in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen acht Organisationen aus fünf Heilberufen (Ärzte, Apotheker, Zahnärzte, Tierärzte und Psychotherapeuten) hatten in diesem Jahr rund 120 Vertreter aus Politik, Verbänden des Gesundheitswesens und der Medien zu Gast in Kiel. (PM/RED)

## Leitlinien für die Genossen

Die Ärztegenossenschaft Nord hat auf ihrer diesjährigen Generalversammlung Leitlinien für ihre künftige Arbeit vorgestellt. Hierzu wurden die Etablierung neuer, intersektoraler und interprofessioneller Kooperationen und die Organisation einer patientenzentrierten, zeitgemäßen Versorgung genannt. Weitere Punkte sind:

- ▶ Praxen von administrativen und bürokratischen Aufgaben durch intelligente Delegationsmodelle, technische Hilfestellungen und rationale Dienstleistungsangebote entlasten.
- ▶ eine verlässliche finanzielle Zukunftsabsicherung der Mitglieder gestalten.

- ▶ das Wir-Gefühl der ärztgenossenschaftlichen Gemeinschaft stärken. Die Genossenschaft ist derzeit in vier Ärztezentren in Schleswig-Holstein mit der Geschäftsführung beauftragt: auf Pellworm, in Silberstedt, in Lunden sowie in der kommunalen Eigeneinrichtung der Gemeinde Büsum, wo auch die diesjährige Generalversammlung stattfand. Die Einbindung der Ärzte in die Versorgungskonzeption soll nach Angaben der Genossen auch weiterhin zentraler Baustein aller regionalen Versorgungsprojekte sein. Primäres Ziel bleibe die Suche nach regionalen Lösungsansätzen, wurde betont. (PM/RED)

## KURZ NOTIERT

### UKSH benötigt mehr Geld

Ein zusätzlicher Finanzbedarf in Höhe von 400 Millionen Euro für das UKSH ist Ende Juni ermittelt worden. Dies gab die Landesregierung nach einer gemeinsamen, nicht-öffentlichen Sitzung von Bildungs-, Finanz- und Sozialausschuss mit UKSH-Chef Prof. Jens Scholz bekannt. Laut Finanzministerin Monika Heinold (Grüne) sind davon 250 Millionen Euro in der Finanzplanung berücksichtigt. Zuvor war ein Brandbrief von UKSH-Chefärzten wegen fehlender Mittel an die Öffentlichkeit gelangt. Die Landesregierung sprach von einem „Kraftakt“ der erforderlich sei. (PM/RED)

### Migräne trifft meistens Frauen

Frauen bekommen fast fünf Mal so häufig Triptane verordnet wie Männer. Laut Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (TK) wurden im vergangenen Jahr im Schnitt 25 Frauen je 1.000 Versicherte Präparate gegen Migräne verordnet. Bei den Männern waren es im Schnitt nur fünf je 1.000 Versicherte. Auch beim Blick auf die Altersgruppen zeigen sich deutliche Unterschiede: Frauen im mittleren Alter zwischen 45 und 54 Jahren sind besonders häufig betroffen. Hier kommen im Schnitt 32 Migränepatientinnen mit Triptane-Verordnung auf 1.000 Versicherte. Bei den über Sechzigjährigen und unter 19-Jährigen ist der Anteil deutlich geringer. „Die Doppelbelastung durch Beruf und Familienleben der sogenannten „Sandwich-Generation“ könnte eine Erklärung für die häufigen Verordnungen im mittleren Alter sein“, sagte Sören Schmidt-Bodenstein, Leiter der TK in Schleswig-Holstein. (PM/RED)

### Ausgezeichnete Prävention

Die Klasse 9c der Christian-Timm-Schule in Rendsburg hat den Hauptpreis im bundesweiten Wettbewerb zur Förderung des Nichtrauchens „Be Smart – Don't Start“ gewonnen. Bei dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranstalteten Wettbewerb verpflichten sich die teilnehmenden Klassen, ein halbes Jahr lang nicht zu rauchen. Die Siegerklasse war bereits vier Mal dabei. Nach Angaben von Prof. Reiner Hanewinkel, Leiter des Kieler Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT), nimmt jede dritte Schulklasse wiederholt teil. Insgesamt hatten sich im gerade beendeten Schuljahr 7.112 Klassen aus dem ganzen Bundesgebiet beteiligt. Laut Bundeszentrale ist der Anteil der 12- bis 17-Jährigen, die noch nie geraucht haben, aktuell mit 81 Prozent so hoch wie nie. Der Wettbewerb wird seit über 20 Jahren von der Bundeszentrale sowie von der Stiftung Deutsche Krebshilfe, dem AOK Bundesverband und weiteren Institutionen gefördert und vom IFT koordiniert. (PM/RED)

### Rücken oft Ursache für AU

Muskel- und Skeletterkrankungen verursachen nach Angaben der AOK Nordwest unverändert die meisten Fehltagel in Schleswig-Holstein. Mit 22,7 Prozent liege deren Anteil an den gesamten Fehltagen mit großem Abstand an erster Stelle, so die Krankenkasse. Allein auf Rückenschmerzen entfallen nach ihren Angaben über 350.000 Ausfalltage. Deren Anzahl sei gegenüber dem Vorjahr um fast 5.000 Ausfalltage weiter gestiegen. Auf den weiteren Plätzen folgten psychische Erkrankungen (12,7 Prozent), Atemwegserkrankungen (11,7 Prozent) und Verletzungen (11,1 Prozent). AOK-Vorstandschef Tom Ackermann riet dazu, gezielte Präventionsangebote in Anspruch zu nehmen. (PM/RED)

## SOZIALE MEDIEN

# Raute mit Risiken und Nebenwirkungen

Soziale Medien bieten Milliarden von Nutzern weltweit neue Formen der Informationsbeschaffung. Steigender Einfluss auf die Politik. Zunehmende Verbreitung auch im Gesundheitswesen.

Die Bilder des Gemüsehändlers Mohamed Bouazizi, der sich aus Protest gegen Polizeiwillkür selbst anzündete, verbreiteten sich rasant und global. Der Protest für Freiheit und Bürgerrechte fand auf den Straßen statt. Die Idee und die Motivation dafür wurden jedoch über die sozialen Medien transportiert – und rund um den Erdball in Echtzeit für alle Menschen direkt erfahrbar. Spätestens mit dem Arabischen Frühling im Jahr 2011, der mit den Bildern von Bouazizi seinen Anfang nahm, wurde die Bedeutung der sozialen Medien den meisten Menschen klar.

Auch die CDU-Kritik von Rezo per YouTube-Video zeigte kürzlich, wie schnell sich Ideen online inzwischen verbreiten können und wie sich die Medienlandschaft entwickelt hat. Sein millionenfach geklicktes Video trug dazu bei, dass sich die zweitgrößte deutsche Volkspartei massiver Kritik stellen musste und anschließend ihre Einstellung zu Themen, die jungen Wählern wichtig sind, zumindest in Teilen hinterfragte.

Zwei Beispiele für die Rolle, die soziale Medien heute für unsere Gesellschaft spielen. Die bei ihnen mögliche Interaktion zeigt unmittelbar, wenn Menschen unzufrieden sind und etwas verändern möchten, und sie ermöglichen zugleich, dass sich gleichgesinnte Menschen finden und zusammenschließen.

Auch im Gesundheitswesen haben soziale Medien längst Einzug gehalten, wie die folgenden Beispiele zeigen:

► Twankenhaus: Was als Austausch zum Thema Krankenhaus über Twitter begann, entwickelte sich zu einer größtenteils von Medizinern geführten virtuellen Diskussion über Klinikthemen. Daraus entstand eine interdisziplinär angelegte Bewegung, die seitdem steigende Aufmerksamkeit erfährt. Das Twitterkrankenhaus steht für eine Utopie, wie der perfekte Arbeitsplatz in einem Krankenhaus aus-

## Twitter

*Twitter begrenzt die mögliche Länge der Nachrichten auf 280 Zeichen – Nutzer müssen ihre Statements auf den Punkt bringen.*

## Insta

*Am 16. Juli 2010 wurde das erste Foto auf Instagram gepostet. Im Juni 2018 verzeichnete Instagram erstmals eine Milliarde Nutzer.*

## YouTube

*Jede Minute werden 400 Stunden Videomaterial auf die Server von YouTube hochgeladen.*

## Facebook

*Ein Ranking der Facebookseiten von Kliniken listet insgesamt 481 Einrichtungen. Der Altersdurchschnitt der Facebook-Nutzer steigt.*

sehen sollte. Auch Patienten sind involviert. Ihr Ziel ist, über die tatsächliche Situation in Krankenhäusern aufzuklären. Die Ideenschmiede möchte neue Wege in der Kommunikation gehen und an konkreten Lösungen für die Mitarbeiter mitwirken (siehe Interview ab Seite 8).

- Doctorsgate: Der 26-jährige PJ'ler Jonathan Musmann aus Hannover hat eine Smartphone-App unter diesem Namen entwickelt. Sie soll eine schnellere Kommunikation und einen sicheren Datenaustausch zwischen Ärzten ermöglichen. Die seit Februar 2019 zugängliche App hat 1.000 Nutzer aus dem Gesundheitswesen, größtenteils Ärzte. Sie können Daten zu schwierigen oder seltenen Fällen veröffentlichen und per Chatfunktion über mögliche Therapien diskutieren.
- Xing, LinkedIn, Twitter, Facebook und Instagram – die neuen Medien wirken sich auf die Arbeit in den schleswig-holsteinischen Krankenhäusern aus. Der Wettbewerb unter den Kliniken führt dazu, dass diese sich im Netz präsentieren; auch Fachkräfte wollen umworben werden. Die Krankenhäuser wollen sichtbar sein, für die Bevölkerung und für potenzielle Bewerber. Jede Plattform hat ihre eigenen medialen Schwerpunkte und Zielgruppen, aber auch Risiken.

YouTube ermöglicht das Hochladen von Videoclips, eignet sich also für eine Vielzahl von Inhalten. Auf einem professionellen Level ist das jedoch mit hohen Kosten verbunden. Nicht jedes Krankenhaus kann kontinuierliche Videoproduktionen stemmen.

Twitter setzt auf kurze Statements. Deshalb nutzen vor allem Politiker und politische Bewegungen diese Plattform. Die einst als Limit gesetzten 140 Zeichen wurden inzwischen verdoppelt, tiefgehende Informationen sind damit aber nicht vermittelbar. Wenn Einrichtungen im Gesundheitswesen Informatio-

nen über diesen Kanal transportieren wollen, müssen sie sich auf Schlagworte konzentrieren. Verknüpfung von Know-how oder die Vermittlung erklärungsbedürftiger Informationen braucht andere Medien.

Facebook verbindet die vorangestellten Möglichkeiten der anderen Plattformen und ist einer breiten Masse ein Begriff. Für Krankenhäuser und Praxen ist Facebook oft die Plattform der Wahl. Auf Facebook ist mittlerweile vor allem die Gruppe der über 30-Jährigen vertreten. Jüngere Menschen bewegen sich heute mehr und mehr auf Instagram, einem Netzwerk, das sich für das Teilen von Bildern eignet.

Die Beispiele zeigen, dass man trotz der oft hohen Nutzerzahlen auch über soziale Medien nur einen Ausschnitt der gewünschten Zielgruppe erreicht. Hinzu kommt, dass nicht die Nutzer allein Informationen filtern. Im Hintergrund laufende Algorithmen sorgen für eine Auswahl, die sich an unserem Nutzungsverhalten orientiert. Andere Themen, andere Meinungen, oft schon die reine, sachliche Nachricht treten in den Hintergrund – wir bewegen uns in einer „Blase“. Die kritische Auseinandersetzung mit anderen Meinungen und eine Meinungsbildung aufgrund vielschichtiger Informationen werden erschwert.

Fest steht auch: Die unterschiedlichen Kanäle müssen mit Inhalten gefüllt werden, die Follower verlangen Content. Das stellt viele Akteure und Einrichtungen im Gesundheitswesen vor ein Problem, weil ihre personellen Ressourcen begrenzt sind.

Das Westküstenklinikum in Heide und Brunsbüttel ist dennoch auf Facebook, Instagram und YouTube vertreten. Für den Leiter der Pressestelle, den gelernten Tageszeitungsjournalisten Sebastian Kimstädt, sind die sozialen Medien eine Weiterentwicklung der klassischen Medienarbeit. Seit Jahresbeginn veröffentlicht das WKK Videos auf YouTube.

Eine ihrer Kampagnen ist „Wir Pflegen“. Hierzu wurden 21 Kurzclips gedreht und über das Jahr verteilt hochgeladen. Potenzielle Bewerber können so Informationen über den möglichen Arbeitgeber sammeln.

Auch die Sana-Kliniken greifen auf die Erfahrungen von Journalisten zurück. „All the news that's fit to print“, definiert Patrick Engelke, Leiter der Unternehmenskommunikation der Sana-Kliniken in Deutschland, die Voraussetzung für Inhalte, die in den sozialen Medien seines Konzerns veröffentlicht werden.

Den Kliniken ermöglichen diese Kanäle einen direkten Austausch mit ihren Followern. Zugleich können sie über diesen Weg Themen ansprechen, deren Inhalt einer normalen Redaktion zu dünn wäre. Es können Veranstaltungen beworben, Dank für Spenden oder Wochenenddienste ausgedrückt, das Leistungsspektrum dargestellt und das Personal und bestimmte Berufsgruppen gewürdigt werden. Das sind häufig Themen, die für eine Pressemitteilung zu kurz und für klassische Medien nicht interessant genug sind, von den Kliniken jedoch wertgeschätzt werden wollen. Für Informationsveranstaltungen und Patientenseminare, die von Ärzten geleitet werden, werden Mediziner des jeweiligen Krankenhauses in den Vordergrund gerückt. Sie sind das Gesicht zur jeweiligen Veranstaltung, können auf Messen Fragen vor Ort beantworten und sind die fachlichen Ansprechpartner. Auch die Mitarbeiter der Krankenhäuser nehmen die sozialen Medien ihrer Arbeitgeber wahr und informieren sich hier über Aktuelles aus dem Haus.

Auch Arztpraxen kommunizieren über die sozialen Medien. Ein Beispiel ist die Praxis von Dr. Michael Emken aus Bad Segeberg. Viele Kollegen spüren laut Emken jedoch, dass eine professionelle und kontinuierliche Pflege der Kanäle zeitintensiv ist. „Diesen Aufwand können viele Praxen nicht leisten“, so der Facharzt für Allgemeinmedizin. Seine Praxis hat eine Facebook-Seite. „Ansprachen möchten wir alle Menschen, die unsere Praxis kennen oder sich für sie interessieren“, so Emken. Besondere Öffnungszeiten, geplanter Urlaub oder weitere Neuigkeiten aus der Praxis werden hier veröffentlicht. Manchmal informiert die Praxis auch über aktuelle medizinische oder gesundheitspolitische Themen. Wichtig ist dem niedergelassenen Arzt, dass über die sozialen Medien keine individuelle ärztliche Beratung durchgeführt wird. Damit folgt er den Ratschlägen der Bundesärztekammer, die 2014 eine Handreichung zur Nutzung der neuen sozialen Medien durch Ärzte veröffentlichte.

Die angehende Ärztin Janine Römpke ist im Twankenhaus aktiv, achtet aber strikt auf die Trennung beruflicher und



Jonathan Musmann hat sein Medizinstudium unterbrochen, um die App Doctorsgate zu entwickeln. Inzwischen verzeichnet er rund 1.000 Nutzer.

privater Aktivitäten im Netz. Ihr Account lässt keine Rückschlüsse auf ihre Person und ihren Beruf zu. „Ich kenne viele Ärzte, die das machen“ erzählt sie. Wofür man heute stehe, müsse in zehn Jahren nicht mehr der eigenen Meinung entsprechen. Dann sind die Informationen jedoch im Internet – und das vergisst bekanntermaßen nie.

In ihrer Freizeit nutzt sie die sozialen Medien, um sich über standespolitische Inhalte zu informieren: „Ich selbst habe so meine ein bis zwei Podcasts, die ich höre, nutze Twitter und andere Foren. Die benutze ich oft zu Fortbildungszwecken.“ Römpke selbst sah in der Berichterstattung über den Ärztestreik im Frühjahr dieses Jahres Nachholbedarf: „Wenn über einen Streik von über 5.000 Ärzten in Frankfurt im Fernsehen nicht berichtet wird, dann müssen wir das eben selbst machen.“

Informationsbeschaffung und Mediennutzung haben sich in den vergangenen Jahren stark verändert. In den sozialen Medien konnten sich zwar längst nicht alle Trends und Ideen durchsetzen. Der Wille der Nutzer, sich mitzuteilen, ist aber geblieben. In Zeiten, in denen sich Informationen und Meinungen sekundenschnell verbreiten, ist besondere Sorgfalt bei der Meinungsäußerung und im Umgang mit diesen Medien gefragt. Das gilt für jede Berufsgruppe und jede Einrichtung, auch im Gesundheitswesen.

STEPHAN GÖHRMANN  
MITARBEIT: PIA HOFER

## DAS SAGT DIE BUNDESÄRZTEKAMMER

Die Bundesärztekammer veröffentlichte bereits im Jahr 2014 eine Handreichung, die Ärzten und Medizinstudenten Tipps und Tricks zum Verhalten in sozialen Medien gibt. Klar hebt die BÄK die Vorteile der Nutzung für die Patienten und für die Ärzte hervor, weist aber zugleich auf die bestehenden Risiken hin.

Die BÄK rät u. a., den Umgang mit Patienten in sozialen Medien stets professionell zu halten und ausschließlich allgemein gültige Gesundheitsaussagen wie etwa Erklärungen zu Erkrankungen zu tätigen. Auch sollte darauf geachtet werden, dass Patienten nicht dazu verleitet werden, persönliche Daten und Erkrankungen öffentlich auf einer Plattform zu posten, um eventuelle Hasskommentare schon im Vorwege zu vermeiden. Um in Problemsituationen trotzdem abgesichert zu sein, rät die BÄK, sich vor Äußerungen in den sozialen Medien stets nach der Haftung bei der eigenen Versicherung zu erkundigen. Zu den Regeln der BÄK für Ärzte in sozialen Medien zählen:

- ▶ Ärztliche Schweigepflicht beachten
- ▶ Keine Kollegen diffamieren – Netiquette beachten
- ▶ Berufliches und privates Profil voneinander trennen
- ▶ Grenzen des Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht überschreiten
- ▶ Keine berufsrechtliche Werbung über soziale Medien
- ▶ Datenschutz und Datensicherheit beachten
- ▶ Selbstoffenbarung von Patienten verhindern
- ▶ Zurückhaltung bei produktbezogenen Aussagen
- ▶ Haftpflichtversicherung checken

Die gesamte Handreichung kann auf der Internetseite der Bundesärztekammer unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) eingesehen werden.

ASTRID SCHOCK



Janine Römpke arbeitet im Krankenhaus. In ihrer Freizeit engagiert sie sich im Twankenhaus.

**Frau Römpke, in Ihrer Freizeit sind Sie im Twankenhaus aktiv. Was verbirgt sich hinter diesem Begriff wer macht da mit?**

**Janine Römpke:** Das Twankenhaus ist ein Zusammenschluss verschiedener Berufsgruppen, die sowohl stationär, als auch ambulant tätig sind. Wir kommen aus unterschiedlichen gesundheitsberuflichen Bereichen aus ganz Deutschland, hauptsächlich Ärzte, Rettungsassistenten, Pflegekräfte und Therapeuten. Wir haben auch Patienten in unseren Reihen. Das ist uns wichtig. Der Name ergibt sich aus den Worten 'Twitter' und 'Krankenhaus', denn wir sind als eine Twitter-Gruppe gestartet. Auch wenn der Name vermuten lässt, dass wir uns auf das Krankenhaus beschränken, haben wir viele Mitglieder aus dem niedergelassenen bzw. den ambulant tätigen Bereichen. Twankenhaus ist weit mehr als ein Wortspiel, es steht für die Utopie eines perfekten Arbeitsplatzes, eines Wunscharbeitsplatzes, an dem unsere Probleme, die wir im Alltag haben, nicht existieren. Wir verstehen uns als Ideenschmiede, die die Probleme der Mitarbeiter des Gesundheitswesens und der Patienten sammelt, bündelt und an konkreten Lösungsansätzen arbeitet, die wir öffentlich zur Verfügung stellen.

**Wie ist die Bewegung entstanden?**

**Römpke:** Den Gedanken, sich zu vernetzen, gab es schon länger. Konkret ging es im Dezember letzten Jahres mit einer Twitter-Gruppe los. Man schrieb sich und stellte fest, dass man mit ähnlichen Problemen im Alltag konfrontiert war. Es kam der Vorschlag, sich näher kennenzulernen. Der Name Twankenhaus war damals schon gefunden – klar, das Twitter-Krankenhaus. Die Gruppe

## INTERVIEW

# „Wir wollen was verändern“

**Janine Römpke ist Ärztin in Weiterbildung und arbeitet in einem Kieler Krankenhaus. Nebenbei ist sie im Twankenhaus aktiv. Was das ist, erklärt sie im Interview mit Stephan Göhrmann.**

wurde größer und im Februar diesen Jahres gab es ein erstes Treffen in Hamburg. Hier wurden erste persönliche Kontakte geknüpft und erste Ideen formuliert. Uns verbindet, dass wir unserer Probleme selbst in die Hand nehmen und etwas ins Rollen bringen wollen.

**Welche Ziele verfolgen Sie?**

**Römpke:** Twankenhaus möchte Probleme und Wünsche ansprechen und öffentlich diskutieren. Es gibt bislang leider keine berufsgruppenübergreifende Vertretung und wir verstehen uns auch nicht als solche. Dennoch füllen wir eine Lücke und verstehen uns als Sprachrohr für die Betroffenen auf allen Seiten. Darüber wollen wir die Gesellschaft informieren.

Dazu starteten wir auf Twitter verschiedene Themenwochen zu unterschiedlichen Inhalten. Unter den jeweiligen Hashtags #WunschUndWirklichkeit,

#MeinEinsatzFürDich und #Vereinbarkeit haben wir Berichte und Lösungsvorschläge gesammelt und kommuniziert. Die erste Themenwoche befasste sich mit dem Thema Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf. Wir konnten relevante Inhalte in einem Positionspapier artikulieren und haben gezeigt, dass der Diskurs über das Gesundheitswesen auch über Twitter möglich ist.

**Welche strukturellen Probleme sieht die Bewegung? Was kritisiert Twankenhaus am Klinikalltag?**

**Römpke:** Im Twankenhaus werden Probleme und Kritiken an unserem Gesundheitssystem gebündelt. Da kommt schon was zusammen. Wir können eine Reihe von Problemfeldern festmachen. Etwa die personelle Unterbesetzung. Wenig Personal bedeutet, dass Patienten nur noch „abgefertigt“ werden

60

*Mitglieder stehen im Zentrum des Twankenhauses, die ihre unterschiedliche Expertise in den Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen einbringen.*

können. Gleichzeitig ist der bürokratische Aufwand enorm: Nicht dokumentiert bedeutet nicht gemacht. Hinzu kommt die Ausübung von fachfremden Tätigkeiten, da Personal gespart wird. Es bleibt selbst kaum Zeit für die eigene Fort- und Weiterbildung. Wie soll man sich da Kapazitäten für die Ausbildung anderer schaffen? Da muss sich etwas verbessern. Ein guter Kontakt zwischen Patient und behandelndem Mediziner oder Pflegekräften ist so nicht mehr möglich. Das führt zu Unbehagen, beim Personal und den Patienten. Klar muss ein Krankenhaus wirtschaftlich sein, aber im Kern ist unser Auftrag die Versorgung unserer Patienten.

#### Wie kann die Bewegung diesen Problemen begegnen? Wie ist die Bewegung strukturiert?

**Römpke:** Das Twankenhaus ist gut strukturiert. Das Kernteam besteht aus 60 Personen, wobei diese ihre unterschiedliche Expertise in den Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen einbringen. Die Gruppen sind nach Expertise aufgebaut. Wenn es also um Pflege geht, ist eine Pflegefachkraft federführend. Mitmachen kann jeder. Es stellt sich schnell heraus, in welchem Bereich man sich einbrin-

gen kann. Als Ideenschmiede sprechen wir uns ab, welche Themen wir in der Öffentlichkeit ansprechen wollen. Bei heißen politischen Themen diskutieren wir ausführlich und schauen, wie die Mehrheitsmeinung ist. Eine eindeutige Hierarchie gibt es dabei nicht. Die Accountführung wechselt, je nachdem, wer Zeit hat und welche Themen gerade kommuniziert werden.

#### Was unterscheidet das Twankenhaus von anderen Akteuren im Gesundheitswesen?

**Römpke:** Uns zeichnet aus, dass wir sämtliche Disziplinen vereinen und Patienten ins Boot holen. Durch den Kontakt zu Patienten in den eigenen Reihen und über Twitter kommt ihre Meinung direkt bei uns an. So schaffen wir die Möglichkeit der Selbstreflexion und der kritischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Berufsstand. Außerdem sind wir nicht profitgesteuert. Das ist uns ganz wichtig. Ich glaube, deshalb hat der YouTuber Rezo so viel Anklang gefunden: weil er nüchtern und ohne Profitgier Probleme angesprochen und seine Inhalte verständlich und frisch vermittelt hat. Das machen wir auch. Alles, was im Twankenhaus passiert, ist privates Engagement. Je-

der bringt sich soviel ein, wie er kann und möchte. Eine gute Resilienz ist wichtig, gerade in Zeiten der Arbeitsverdichtung.

#### Wie geht es weiter?

**Römpke:** Am Anfang war ganz viel auf einmal, alles war in Bewegung. Mit der Zeit wurde es ruhiger. Das ist gut – so können wir uns ordnen und unsere Arbeit strukturieren. Für die Zukunft planen wir ein größeres Treffen, nicht zuletzt, um die neuen Mitglieder kennenzulernen. Das Tempo geht zurück. Das Twankenhaus ist ein Verein in Gründung. Da wir uns nun weitgehend konsolidiert haben, möchten wir jetzt in den Dialog mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen treten. Für etablierte Interessenvertretungen liegt im Austausch mit dem Twankenhaus eine echte Chance zum Perspektivwechsel. Somit können wir wichtige Impulse und konkrete Ideen zur Verbesserung geben. Der Bevölkerung ist Gesundheit wichtig, aber vielen ist nicht klar, unter welchen Bedingungen wir teilweise arbeiten. Wir möchten also Aufklärung leisten und das Thema Gesundheit im öffentlichen Raum und nicht hinter verschlossenen Türen thematisieren.

Vielen Dank für das Gespräch.

## 18.12.18

war Startdatum für das Twankenhaus. Was als Gruppe von im Gesundheitswesen tätiger Menschen startete, hat sich ein halbes Jahr später zu einem Verein entwickelt.

ANZEIGE

**Hamburg Beats**

# HAMBURG BEATS 2019

The Hamburg Arrhythmia Summit

28. September 2019 · 08:30 – 16:30 Uhr · Empire Riverside Hotel Hamburg

**Wissenschaftliche Leitung:** PD Dr. Andreas Metzner und PD Dr. Andreas Rillig

**Ein Update der modernen interventionellen Elektrophysiologie:** Interdisziplinäre Sessions · Führende Experten · Live-Übertragungen · kurze ESC- Flashlights · E-Health · Pro/Contra-Diskussionen

Jetzt anmelden!  
www.hamburg-beats.de



Veranstalter: Universitäres Herz- und Gefäßzentrum UKE Hamburg GmbH



KVSH

# „Nicht nur Kopf durch die Wand“

Die Gesetzesflut aus dem Bundesgesundheitsministerium beschäftigt die KV im Norden. Versorgung vor Ort künftig im Team.

Wenn es unter Standespolitikern um die Bewertung der zahlreichen Gesetzesvorlagen aus dem Bundesgesundheitsministerium geht, dominiert in aller Regel die Kritik. Als Dr. Monika Schliffke in der jüngsten Abgeordnetenversammlung der KV Schleswig-Holstein eine differenzierte Betrachtung anstellte, stießen manche Formulierungen auf Verwunderung, die zu Nachfragen aus den Reihen der Abgeordneten führten.

Grund waren Passagen aus Schliffkes Bericht zur Lage, in dem sie Spahns Gesetzesaktivitäten Punkt für Punkt abarbeitete und einer Bewertung unterzog. In dieser Bewertung sagte Schliffke etwa: „Da gibt es immer noch genug und auch wesentliche Kritikpunkte, auch noch große Unwägbarkeiten, aber auch gute Ideen. Hier will jemand dem Gesundheitswesen einen enormen Innovationsschub verpassen, nicht nur mit dem Kopf durch die Wand, auch durchaus im Dialog.“ Schliffke bescheinigte dem Bundesgesundheitsminister außerdem: „Hier traut sich auch jemand in vermintes Gelände, siehe gematik“ und sagte an anderer Stelle: „Hier ist ein Macher am Werk.“

Offensichtlich zu viel Lob für einen Minister, der von niedergelassenen Ärzten bislang hauptsächlich negativ bewertet wurde. Auf Nachfrage stellte die KV-Chefin noch einmal deutlich heraus, dass sie etwa das von Spahn zu verantwortende Teminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) unter dem Strich für eine Zumutung für Ärzte hält. Schon in ihrer Bilanz hatte Schliffke zuvor erklärt, das TSVG bleibe für sie „generell eine Respektlosigkeit gegenüber dem Arztberuf, die man mit Geld gar nicht zudecken kann.“ Auch ihr Vorstandskollege Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach sah keinen Anlass zu einer Neubewertung des in der Abgeordnetenversammlung schon mehrfach kritisierten Gesetzes, nur weil dieses an manchen Stellen finanzielle Vorteile für Ärzte verspricht.

## Ärzteam

*Unter dem Arbeitstitel „Teampraxis“ könnten von Ärzten entwickelte Konzepte entstehen, wie sie in der Fläche kooperieren. Ob BAG oder MVZ ist dabei zweitrangig. Wichtiger ist, dass Kosten geteilt und Organisationsformen geschaffen werden, mit denen Anstellung, Teilzeit und Weiterbildung in der ländlichen Versorgung möglich werden. Dies erfordert von den sich zusammenfindenden Ärzten Flexibilität und unternehmerisches Denken.*

Zu den von Schliffke positiv bewerteten Details von Spahns Arbeit zählt dagegen der geplante Systemwechsel beim MDK, der zu einer eigenständigen Körperschaft umgewandelt und damit unabhängiger von den Krankenkassen werden soll.

Was Spahns Aktivitäten konkret an Nachteilen für die Versorgung bewirken können, zeigte Schliffke auch am sogenannten Faire-Kassenwahl-Gesetz. Dort ist geplant, die DMP-Programmpauschale, die den Krankenkassen derzeit im Risikostrukturausgleich separat pro Teilnehmer gezahlt wird, zu streichen. Diese Pauschalen aber sind die wesentliche Grundlage für die Finanzierung der DMP-Verträge. Schliffke befürchtet nun, dass die Krankenkassen dies zum Anlass nehmen, auch die DMP zu streichen. Was das für die Versorgung im Norden bedeuten würde, machte die KV-Chefin an Zahlen deutlich: 2.300 Ärzte aus Schleswig-Holstein beteiligen sich an DMP, sie haben 215.000 Patienten eingeschrieben. Das aus DMP generierte Umsatzvolumen beträgt 21,6 Millionen Euro. Erzielt wurden damit laut Schliffke „gravierende Versorgungsverbesserungen“. Ihr Appell war unmissverständlich: „Hier darf gar nichts aufs Spiel gesetzt werden.“

DMP sieht sie auch beim Entwurf für das Gesetz Digitale Versorgung tangiert. Danach soll Krankenkassen erlaubt werden, zwei Prozent ihrer Rücklagen in die digitale Entwicklung bis hin zu Joint Ventures mit Firmen zu investieren. Folge laut Schliffke: „Die Kassen werden sich mit der Bereitstellung von Programmen unmittelbar in die ärztliche Behandlung einmischen können.“ Die KV-Chefin schloss nicht aus, dass es als Folge in fünf Jahren keine DMP-Schulungen mehr geben wird, weil dies interaktiv per Youtube oder App erfolgt. Sie forderte deshalb: „Wenn diese Option für die Kassen, dann bitte auch für die KVen.“

Auf der Agenda der KV steht seit Jahren die Frage, mit welchen Organisa-

tionsformen die ambulante Versorgung in der Fläche künftig sichergestellt werden kann. Das Konzept der kommunalen Eigeneinrichtung wird dabei eine Ausnahme bleiben. Zwei solcher Zentren (Büsum und Lunden) unterstützt die KV finanziell, ein weiteres hält Schliffke für denkbar – mahnt aber zur Zurückhaltung. „Falls sich weitere bilden, müssen wir Zuschüsse nicht beibehalten.“ Auch KV-Eigeneinrichtungen seien „nicht ihr Ding“, wie sie betonte. Die geplante Modell-Telepraxis in Dagebüll sei ebenfalls eine Ausnahme.

Schliffke traf diese Klarstellungen nach einer Anfrage. In den vergangenen Monaten war unter manchen Praxisinhabern in Schleswig-Holstein der Eindruck entstanden, die KV setze einseitig auf Modelle, die die Einzelpraxis ersetzen. Schliffke betonte, dass dies nicht der Fall sei. Wohl aber sieht sich die KV in der Pflicht, über Alternativmodelle nachzudenken, wenn Einzelpraxen nicht mehr nachbesetzt werden können. Ein mögliches Modell wird in Bad Segeberg unter dem Arbeitstitel „Teampraxis“ diskutiert. Darunter versteht die KV lokale Gesundheitszentren in ärztlicher Hand. Ein mindestens drei bis fünf Ärzte starker hausärztlicher Kern mit qualifiziertem Personal und bei Bedarf mit Andockstation weiterer fachärztlicher Kompetenz durch Zweigpraxis- oder Videooption. Ob sich die Ärzteteams in Berufsausübungsgemeinschaften oder MVZ bilden, ist für die KV nicht entscheidend. Wichtig ist, dass die Teams die Peripherie abdecken, sich durch Kosteneffizienz ein Praxismanagement leisten können und Angestelltenverhältnisse, Weiterbildungsassistenten und Teilstellen für Nachwuchsärzte ermöglichen – für Ärzte, die sich in dieser Region möglichst dauerhaft etablieren möchten. Schliffke räumte ein, dass damit eine gewisse Zentralisierungstendenz und eine unternehmerische Herausforderung verbunden sei – „ohne die man aber auch Selbstständigkeit nicht erhalten kann.“

„Wir sehen uns die regionalen Versorgungsbereiche deutlich unterhalb der bedarfsplanerischen Mittelbereiche, also in den Nahbereichen an, und wir sehen das Alter der Ärzte“, erklärte Schliffke. Daraus identifiziere die KV Regionen, die in den kommenden Jahren kritisch werden könnten.

Das Interesse an solchen Modelle zeigten die Nachfragen aus den Reihen der Abgeordneten. Deren Wunsch nach konkreteren Plänen zeigte aber ein Missverständnis: Die KV will und kann für solche Ärzteteams keine Blaupausen liefern. Wie die Modelle funktionieren, ist stark von den Gegebenheiten der jeweiligen Region und den handelnden Personen abhängig.

DIRK SCHNACK

## IMPFFEN

# Ärztliche Aufrufe helfen der Impfquote

Eine Studie zeigt, dass die Bevölkerung auf Aufrufe von Ärzten und Krankenkassen reagiert und sich impfen lässt – an der grundsätzlichen Einstellung zum Impfen ändert sich damit aber nichts.

Welche Maßnahmen können helfen, die Impfquote zu erhöhen? Aufschlüsse in dieser derzeit auch politisch diskutierten Frage liefert eine Studie, die Dr. Kevin Schulte von der Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten am UKSH in Kiel vergangenen Monat im Deutschen Ärzteblatt publiziert hat.

Die Studie ergab, dass chronisch nierenkranke Menschen mit rund 45 Prozent eine zu geringe Grippeimpfrate aufweisen. Sie zeigt aber auch, welche Maßnahmen im Bemühen um eine bessere Impfrate Wirkung zeigen, und ist damit interessant auch für die allgemeine gesundheitspolitische Diskussion über dieses Thema. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie:

- ▶ Ein vom Arzt ausgehender schriftlicher Impfaufruf kann die Impfquote von nierentransplantierten Patienten verbessern. Die in der Studie getestete Intervention führte zu einer Zunahme der Impfquote um 8,3 Prozentpunkte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Um eine zusätzliche Impfung zu erreichen, waren also 13 Interventionsschreiben durch den behandelnden Arzt erforderlich. Betrachtet man ausschließlich die Druck- und Portokosten, entstehen für eine zusätzliche Impfung Zusatzkosten von zehn Euro. Schulte verweist in diesem Zusammenhang auf Ergebnisse internationaler Studien, die ebenfalls einen positiven Effekt einer Impferinnerung durch den behandelnden Arzt zeigen.
- ▶ Die Intervention änderte nichts an der Einstellung der Patienten im Hinblick auf Nebenwirkungsrisiken oder Erkrankungsschwere. Um die Impfquote zu erhöhen, ist also offenbar keine Einstellungsänderung notwendig. Von größerer Bedeutung für die Pa-



Dr. Kevin Schulte

tienten scheint die bloße Erinnerung zu sein.

- ▶ Ein Impfaufruf der Kassenärztlichen Vereinigung an die Vertragsärzte führte zu keiner Erhöhung der Impfquote. Schulte geht davon aus, dass die Informationsübermittlung in der Studie nicht eindringlich genug war, um im Praxisalltag der Vertragsärzte wahrgenommen zu werden, oder dass die Aufforderung nicht beachtet wurde, weil ihr bislang nicht bekannte Umsetzungsbarrieren entgegenstehen.
  - ▶ Eine Impferinnerung durch eine Krankenkasse kann die Impfquote steigern, aber weniger stark als ein vom Arzt ausgehender Impfaufruf. Um eine zusätzliche Impfung zu erreichen, waren 32 Postaussendungen durch die Krankenkasse erforderlich. Berücksichtigt man wiederum nur die Kosten für Druck und Porto, waren 25 Euro Aufwand für einen zusätzlich geimpften Patienten erforderlich.
- „Unsere Studie legt nahe, dass Ärzte über eine unmittelbare Impfaufforderung hinaus auch durch eine schriftliche Impferinnerung die Impfquoten ihrer Patienten steigern können. Um bundesweit die Impfquoten zu steigern, scheint es jedoch pragmatischer, Impferinnerungssysteme in den Krankenkassen zu etablieren“, heißt es in der Studie. Denn: Die Reichweite einer Krankenkasse ist hö-

her als die einer Arztpraxis und damit eine flächendeckende Umsetzung leichter realisierbar. Eine redundante Etablierung von Erinnerungssystemen wäre im Gegensatz zum Impfaufruf durch Ärzte ausgeschlossen. Krankenkassen können sich eine Adressierung von Risikopersonen wie etwa Kinder, denen noch die zweite Masernimpfung fehlt, vorstellen, dies erfordert jedoch eine Änderung des SGB V.

Schulte könnte sich darüber hinaus gut vorstellen, dass man zielgerichtet auf die im Vorjahr nicht geimpften Personen etwa mit digitalen Erinnerungssystemen zugeht. Eine Schlüsselrolle kommt dabei nach seiner Ansicht der elektronischen Gesundheitsakte zu, wie sie Krankenkassen ab 2021 verpflichtend einführen müssen: „Dieser Ansatz würde Impfaufklärung erstmalig großflächig individualisieren – anstatt Aufklärung in Massenmedien zu betreiben, könnte adressatengerechtes Aufklärungsmaterial zielgruppenspezifisch verteilt werden.“

Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie sieht angesichts der Ergebnisse „dringenden Handlungsbedarf“, um die Influenza-Impfquote bei chronisch nierenkranken Patienten zu erhöhen. Sie kündigte eine Informationskampagne an, mit der man die Patienten erreichen will.

DIRK SCHNACK

## Info

Weniger als die Hälfte der chronisch nierenkranken Patienten erhält laut Studie eine Gripeschutzimpfung. Nur ein Impfaufruf, der unmittelbar an die Patienten adressiert ist, führte in der Studie zu einer Zunahme der Impfquote. Ein an die behandelnden Ärzte gerichteter Appell hatte dagegen keinen positiven Effekt.

SERIE

# An mehreren Orten präsent

Mehrere Ärzte, mehrere Standorte: Die Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) ermöglicht das Arbeiten im Team und an wechselnden Orten und ist geeignet, junge Ärzte für die ländliche Versorgung zu begeistern.



Dr. Robert Lawrenz, Dr. Reinhold Turek, Ullrich Krug, Jürgen Aschmann und Dr. Angela Pape (von links) arbeiten mit drei weiteren Kollegen in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft an vier ländlichen Standorten.

## Info

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften (ÜBAG) sind zulassungsrechtlich Gemeinschaftspraxen. Ihre Besonderheit: Die beteiligten Ärzte praktizieren nicht an einem, sondern an mehreren Orten. Die dezentrale Kooperation kann so organisiert sein, dass Ärzte wechselseitig an den Standorten tätig werden, sie können aber auch jeder ihren ständigen Sitz behalten.

Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften ermöglichen ein breites Angebot an Versorgungsleistungen und können eine Praxis überregional etablieren. Sie helfen aber auch, Versorgung vor Ort zu sichern. Wie das gelingt, zeigt das Beispiel einer allgemeinmedizinischen ÜBAG im Raum Mittelholstein. Keimzelle dieser ÜBAG ist die Gemeinde Groß Vollstedt. In dem kleinen Ort mit 1.000 Einwohnern befindet sich der Stammsitz der Gemeinschaft mit insgesamt vier Standorten (Groß Vollstedt, Nortorf, Rendsburg und Aukrug), acht Kassenarztsitzen und 24 Mitarbeitern. Die ÜBAG besteht nicht wie die Mehrzahl dieser Organisationsformen aus Spezialisten für einzelne Fachgebiete, sondern aus Fachärzten für Allgemeinmedizin; sie organisieren die hausärztliche Versorgung in einer ganzen Region.

Entstanden ist der Zusammenschluss aus einer dreiköpfigen Gemeinschaftspraxis, die schon seit 1982 in Groß Vollstedt existierte. Inzwischen haben die meisten Ärzte gewechselt und das Alter der fünf Partner reicht heute von 38 bis 69 Jahren. Neben dem jüngsten Allgemeinmediziner Dr. Robert Lawrenz und dem hausärztlichen Internisten Dr. Reinhold Turek, der seinen Ausstieg zum Jahresende plant, gehören noch die Allgemeinmediziner Dr. Angela Pape und Ullrich Krug sowie die hausärztliche Internistin Dr. Juliane Rump zu den Partnern. Angestellt sind die Allgemeinmediziner Dr. Kristina Lükens, Dr. Christine Körbacher und Jürgen Aschmann sowie zwei Weiterbildungsassistenten. Das jedoch kann sich ändern. Lawrenz etwa war zunächst Weiterbildungsassistent in dem Verbund und später angestellter Arzt, als Aschmann noch Partner war. Inzwischen haben die beiden die Rollen getauscht.

Genau dies nennen Experten immer wieder als einen wichtigen Vorteil von Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften: Junge Mediziner entscheiden sich gerne für solche ambulanten Verbände, weil diese ihnen Teamarbeit und auch das Arbeiten an verschiedenen Standorten ermöglichen. Zudem ist es für einen Verbund leichter, den fachlichen Ansprüchen von Weiterbildungsassistenten gerecht zu werden. Ein weiterer Vorteil für die beteiligten Ärzte ist die gegenseitige Vertretungsmöglichkeit bei Krankheit oder im Urlaub.

Zurück nach Groß Vollstedt: Auch Rump hat als angestellte Ärztin an einem der Standorte des Zusammenschlusses in Mittelholstein angefangen und ist inzwischen Partnerin der ÜBAG – wie ihr Kollege Lawrenz. „Als angestellter Arzt hat man nie hundertprozentige Sicherheit über den Standort, an dem man langfristig arbeiten wird. Das

war mir als junger Familienvater wichtig, außerdem wollte ich mitgestalten und mitbestimmen“, nennt Lawrenz seine Motive für den Einstieg als Partner.

Aschmann dagegen war froh, einen jungen Kollegen gefunden zu haben, der langfristig hilft, die Versorgung in der Region aufrechtzuerhalten. Denn die Hausärzte sehen sich in der Verantwortung, die Versorgung mit zu gestalten, nicht nur in Groß Vollstedt, sondern auch an ihren anderen Standorten. Dass ausgerechnet der kleinste dieser Standorte der Stammsitz mit einer über 300 Quadratmeter großen Praxis ist, erklären die Ärzte mit den gewachsenen Strukturen – die neuen Standorte sind im Laufe der Jahre hinzu gekommen. Es könnten noch mehr sein, wie Ullrich Krug berichtet: „Uns wurden weitere Kassenarztsitze angeboten, aber uns fehlen die Ärzte“, sagt er. Hinzu kommt der organisatorische Aufwand, den die Ärzte betreiben, um in vier unterschiedlichen Orten präsent zu sein und sich dennoch regelmäßig auszutauschen und dem 24-köpfigen Team ein Wir-Gefühl zu vermitteln. Ärzte und Teams kommen dafür regelmäßig zusammen und werden bei Bedarf auch wechselseitig eingesetzt. „Alle Bedürfnisse des Teams unter einen Hut zu bringen, ist eine Herausforderung“, räumt Krug ein. Das betrifft etwa die Urlaubsplanung, eine Aufgabe, die Dr. Angela Pape übernommen hat. Organisatorisch leichter wäre es für den Verbund, die jeweils zwei Arztsitze aus Rendsburg und Aukrug zu verlegen und in Groß Vollstedt und Nortorf zu integrieren. Das aber ist nicht nur planungsrechtlich schwierig, sondern auch den Patienten in diesen Orten kaum vermittelbar – und um die geht es den Hausärzten.

Für junge Kollegen ist der Verbund dennoch attraktiv. „Wir haben ein breites Spektrum, jeder Arzt hat seine eigenen Spezialisierungen“, nennt Turek einen der Vorteile. Ein anderer ist die Möglichkeit, an den vier Standorten unterschiedliche Bedingungen der Niederlassung kennenzulernen. Auch der Verdienst ist attraktiv: Im Verbund bekommt jeder Partner den gleichen Anteil aus der Praxistätigkeit ausgezahlt – unabhängig davon, wo er eingesetzt war und wie viele Patienten er behandelt hat. „Junge Ärzte müssen sich einarbeiten und brauchen länger. Sie arbeiten aber genauso viel und bekommen deshalb auch den gleichen Anteil“, sagt Krug. Mit dieser Regelung sind nicht nur alle Partner zufrieden, die Umsätze sind auch hoch genug, um nahezu alle Investitionen der vergangenen Jahre aus dem laufenden Betrieb zahlen zu können. Für Lawrenz war dies ein weiterer Pluspunkt für den Einstieg als Partner: Er konnte in einen wirtschaftlich kerngesunden Zusammenschluss einstei-

gen. Die bisherigen Partner würden sich freuen, wenn ihm weitere junge Kollegen folgen oder sich für eine Anstellung interessieren.

Eine hausärztliche ÜBAG ist zwar nicht die Regel, es gibt aber weitere Beispiele in Schleswig-Holstein, die zeigen, dass Allgemeinmediziner über verschiedene Orte hinweg unter einem Namen zusammenarbeiten. So gibt es etwa den Praxisverbund Hüttener Berge, der mit den sechs Allgemeinmedizinern Carl Culemeyer, Dr. Hendrik Schönbohm, Dr. Jens-Uwe Asmussen, Sonja Walter, Daniel Hauth und Dr. Margret Hinrichs sowie mit zwei Weiterbildungsassistenten an den drei Standorten Ascheffel, Alt Duvenstedt und Groß Wittensee Patienten versorgt.

In der ambulanten fachärztlichen Versorgung ist die Zusammenarbeit in solchen Praxisketten schon seit Jahren keine Seltenheit mehr. Zu den größeren Verbänden in Schleswig-Holstein zählt etwa die MedBaltic, die Standorte in Altenholz, auf Fehmarn, in Heide, Kaltenkirchen, im Kieler Zentrum, in Kronshagen, Leck, Mönkeberg und Neumünster unterhält. Der vor zehn Jahren gegründete Verbund aus Orthopäden, Unfallchirurgen, Neurochirurgen und plastischen Chirurgen behandelt nach eigenen Angaben rund 11.000 Patienten im Quartal. Insgesamt haben sich 14 Fachärzte aus den genannten Gebieten in der MedBaltic zusammengeschlossen.

Ein Beispiel aus dem augenärztlichen Bereich ist das Augenzentrum Schleswig-Holstein von Drs. Heisler, Prüter, Klatt, die neben ihren Operationszentren in Rendsburg, Neumünster, Kiel und Tellingstedt auch Praxen in Preetz, Leck, Hohenwestedt, Trappenkamp, Kiel und auf Helgoland unterhalten. Die Ärzteliste des augenärztlichen Verbunds umfasst laut Website 18 Kollegen.

Die für die ÜBAG gewählte Gesellschaftsform ist in der Regel die Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) – ähnlich wie bei Gemeinschaftspraxen unter einem Dach. Wer die Haftung für Alt schulden ausschließen will, kann alternativ – bei entsprechender Vertragsgestaltung – die Partnerschaftsgesellschaft wählen. Die ÜBAG kann zwar ein eher lockerer Zusammenschluss sein, der es Ärzten ermöglicht, sich sogar ohne vorherige Bewertung des Praxiswertes zusammenzuschließen. Die Partnerschaft in einer überörtlichen Gemeinschaftspraxis kann aber auch zur Ausgangsbasis einer noch engeren Kooperation unter einem gemeinsamen Namen werden, wie Experten betonen. Zum Beispiel, wenn es gelingt, die ÜBAG nach außen über Praxismarketing gut zu positionieren und damit auch Patienten zu steuern und zu binden.

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. Die Serie endet mit dieser Folge. So haben wir in den voranfrüheren Ausgaben berichtet:*

- ▶ März: Kommunales MVZ als Ärztezentrum für die Region
- ▶ April: Nachwuchs für die Landarztpraxis
- ▶ Mai: Die kommunale Eigeneinrichtung als Blaupause
- ▶ Juni: Die Zweigpraxis

## KOMPETENZZENTRUM WEITERBILDUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZIN

*Damit sich junge Mediziner für die Landarztstätigkeit 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 beim Institut für ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein anmelden: Andrea Neitzel, Telefon 04551 893 7231*



Patricia Drube

## PFLERGE

# Neue Berliner Vertretung

Die drei schon bestehenden Landespflegekammern gründen eine Pflegekammerkonferenz. Ziel ist eine bessere Lobbyarbeit auf Bundesebene.

Die Pflegekräfte in Deutschland haben seit Mitte Juni eine neue Interessenvertretung auf Bundesebene. Die Pflegekammerkonferenz wurde von den drei schon bestehenden Landespflegekammern in Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen sowie vom Deutschen Pflegerat (DPR) gegründet. Die Pflegekammerkonferenz gilt als Vorläufer einer Bundespflegekammer. Den Begriff wählen die Landesvertreter bislang aber bewusst nicht, weil sie die Zahl von drei Kammern auf Länderebene noch für zu gering halten. Das könnte sich ändern. In Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen ist bereits absehbar, dass Landespflegekammern gegründet werden. Alle künftig noch entstehenden Landespflegekammern sollen in der Konferenz mitwirken können. Voraussetzung ist allerdings, dass deren Unabhängigkeit durch Mitgliedsbeiträge gesichert ist. Außerdem müssen sie über eine Mitgliederzahl verfügen, die den Großteil der Berufsgruppe im jeweiligen Bundesland umfasst. „Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern erfüllt beide Voraussetzungen nicht“, hieß es hierzu von den Partnern.

Selbstbewusst sprechen die bisherigen Partner schon von einem „neuen Kapitel der beruflichen Selbstverwaltung der Pflegefachberufe auf Bundesebene“. Fest steht, dass die Konferenz sich auf Bundesebene politisch positionieren wird. Sie soll an pflege- und gesundheitspolitischen Diskussionen teilnehmen, Gesetzgebungsprozesse beeinflussen und dabei die Belange der rund 1,3 Millionen Pflegefachkräfte vertreten und verbessern. Die dafür erforderliche Abstimmung erfolgt über einen regelmäßigen Austausch der bisher vier Partner. Zu den aus Schleswig-Holstein in Berlin präsenten Personen zählt die Präsidentin der Pflegeberufekammer, Patricia Drube. „Unsere Mitglieder erwarten, dass wir uns auf Bundesebene für sie einsetzen und politische Entscheidungen nicht einfach über uns ergehen lassen. Deshalb brauchen wir eine Vertretung vor Ort“, sagte Drube. Sie ist überzeugt, dass die Konferenz auch als Ansprechpartner wahrgenommen wird und dass entsprechende Anfragen gestellt werden, wenn Pflege Themen behandelt werden.

Für Entscheidungen der Konferenz haben die Partner Einstimmigkeit vereinbart. Die Präsidenten der beteiligten Institutionen sind gleichberechtigte Sprecher der Konferenz. Wenn ausschließlich Kammerbelange betroffen sind, müssen nur die Vertreter der Landespflegekammern einer Meinung sein. Den Deutschen Pflegerat haben die Kammern bewusst als Partner hinzugezogen, weil aus den dort versammelten Berufsverbänden hohe Fachexper-

tise beigesteuert werden kann und weil der DPR auch in den Bundesländern, in denen noch keine Landespflegekammer gegründet wurde, gut vernetzt ist.

Zu den inhaltlichen Schwerpunkten, die von der Bundesvertretung transportiert werden sollen, wird nach Überzeugung Drubes auch die Zusammenarbeit mit den Ärzten zählen. „Wir brauchen eine andere Art der Kooperation“, sagt Drube. Bei den Ärzten will sie noch bestehende Skepsis überwinden, indem sie auf die zu erwartende Entlastung und damit auf die erhoffte Konzentration auf ärztliche Kernkompetenzen hinweist. Allerdings fordert sie dafür auch mehr Entscheidungskompetenz für Pflegekräfte. „Damit könnten wir zu sinnvolleren Arbeitsabläufen in der Versorgung kommen.“ Weitere wichtige Themen, die nach Angaben Drubes auf Bundesebene vorangetrieben werden müssen und von der neuen Vertretung beeinflusst werden sollen, sind die Personalbemessung und die Lohnangleichung von Pflegekräften im Krankenhaus und in der Altenpflege. „Wenn beide zu einem Berufszweig zusammengefasst werden, muss es auch eine einheitliche Bezahlung geben“, steht für Drube fest.

Offen zeigt sich die Pflegekammerkonferenz für eine Zusammenarbeit mit Gewerkschaften und Berufsverbänden. „Nur gemeinsam können wir die Situation der Pflege in Deutschland nachhaltig verbessern“, betonten die Vertreter des neuen nicht eingetragenen Vereins zur Gründung in Berlin. Sie forderten alle Akteure auf, „gemeinsam nach Lösungen zu suchen, um den drängendsten Problemen der Pflege zu begegnen“. Gewerkschaften, die die Gründung von Pflegekammern wie berichtet kritisieren, wurden in der Mitteilung als „unverzichtbar“ für Tarifverhandlungen bezeichnet. „Berufsverbände“, hieß es weiter zur Gründung, „führen seit Jahren erfolgreich pflegefachliche und gesundheitspolitische Diskussionen. Aber nur Pflegekammern können den Beruf weiterentwickeln, um damit die pflegerische Versorgung der Bevölkerung auch langfristig zu sichern.“

Spannend dürfte sein, wie die Kritiker von Pflegekammern mit dem neuen Player auf Bundesebene umgehen. Denn ein wichtiger bisheriger Kritikpunkt an den Pflegekammern war neben den Mitgliedsbeiträgen, dass eine Interessenvertretung über die Länderkammern nicht wirksam genug sei und über eine bundesweite Vertretung erfolgen müsse. Zu den Kosten wird es voraussichtlich weitere Kritik geben. Die beteiligten Institutionen finanzieren die Bundeskonferenz zu gleichen Teilen. Drube ist überzeugt, dass dieses Geld sinnvoll angelegt ist: „Der Ertrag ist höher als der dafür erforderliche Aufwand.“

## PFLEGE

# Rückenwind aus Berlin für die Pflege gefordert

Landespflegekongress in Neumünster mit Teilnehmerrekord. Akteure aus den wichtigsten Bereichen der Pflege waren vertreten. Besonderes Augenmerk galt dem Nachwuchs.

Starke Pflege weist den Weg – Gesundheit für alle! So lautete das diesjährige Motto des Landespflegekongresses, der zum zweiten Mal in Neumünster stattfand. Das erste Treffen von Verbänden und Gewerkschaften der Pflegeberufe fand vor neun Jahren in Neumünster statt. Das diesjährige Novum: Erstmals wurde der Kongress vom Verein Landesgesundheitsprojekte gemeinsam mit der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein und in Kooperation mit dem Forum Pflegegesellschaft e. V., dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest und der DRK-Schwesternschaft organisiert. Damit waren Akteure aus allen wichtigen Bereichen der Pflege – Arbeitnehmer und Arbeitgeber, Verbände und Kammer – im Kongress vereint.

Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg, Schirmherr der diesjährigen Veranstaltung, hatte sich schon einen Tag zuvor auf dem Parlamentarischen Abend der Interessengemeinschaft der Heilberufe (IdH) für ein stärkeres Selbstbewusstsein der Pflegeberufe ausgesprochen, nicht zuletzt, um das Ansehen des Berufsstandes in der Gesellschaft nachhaltig zu verbessern und dem Nachwuchs attraktiver zu machen. Auch in seinem schriftlichen Grußwort widmete der Minister sich diesem Thema: „Jede Pflegekraft ist unverzichtbar und leistet eine ungemein wertvolle Arbeit. Dies den Menschen klarzumachen, ist ganz wichtig.“ Die 300 Anmeldungen zum diesjährigen Kongress zeigen, dass sich unter den Pflegenden in Schleswig-Holstein ein wachsendes Bewusstsein zur Stärkung der eigenen Positionen mit standespolitischer Vertretung ausbreitet. „Pflegefachpersonen sind weltweit die tragende Säule im Gesundheitswesen, darauf dürfen und sollten wir stolz sein. Diesen Stolz zeigen wir auch durch Veranstaltungen wie den Landespflegekongress“, sagte Patricia Drube, Präsidentin der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein.



Patricia Drube (Präsidentin Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein), Christine Vogler (Vizepräsidentin Deutscher Pflegerat), Jutta Schümann (Vorsitzende Landesgesundheitsprojekte e. V.), Anette Langner (Mitglied des Vorstands Forum Pflegegesellschaft e. V.) und Pflegewissenschaftlerin Prof. Renate Tewes auf dem Landespflegekongress in Neumünster (v. l.)

## 300

Anmeldungen gab es zum diesjährigen Landespflegekongress in Neumünster – dies ist nach Angaben der Veranstalter Teilnehmerrekord. Der Kongress will aktuelle Debatten rund um das Thema Pflege befördern, Impulse setzen und Anregungen für eine progressive Pflegepolitik geben.

Dass Pflege Themen zurzeit politische Popularität haben, spürt auch Jutta Schümann. Die erste Vorsitzende der Landesgesundheitsprojekte e. V. und Mitorganisatorin des Pflegekongresses sagte: „Pflege hat Rückenwind. Jetzt braucht es nur noch Rückenwind aus Berlin.“ Um konkrete Veränderungen zu bewirken, fordert sie, alle Beteiligten einzubinden. Schümann zufolge können föderale Strukturen viel bewegen, aber auch vieles ausbremsen: In den Einrichtungen vor Ort komme demnach nichts an. Den Landespflegekongress sehen die Organisatoren als Zeichen dafür, dass die Pflegenden in Norddeutschland Veränderungen selbst anstoßen.

Der Landespflegekongress bietet dazu jährlich allen Beteiligten die Möglichkeit und ist Plattform für Dialoge, Diskussionen rund ums Thema Pflege sowie den fachlichen und politischen Austausch. Während der ganztägigen Veranstaltung konnten die Interessierten in Workshops Informationen zu den Themen Resilienz und Fehlerkultur im Arbeitsalltag sowie Berufs- und Weiterbildungsordnung sammeln. Auch Garg möchte den Beruf attraktiver gestalten. Dazu müssen nach Ansicht des Ministers Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Ausbildung, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, eine faire Be-

zahlung und ausreichend Zeit für Pflege gewährleisten. Besonderes Augenmerk galt in diesem Jahr dem Nachwuchs; rund die Hälfte der Anmeldungen kam von Schülern und jungen Pflegenden. In einer abschließenden Diskussionsrunde wurden die sieben Sessions des Nachmittags besprochen. Das Plenum „Junge Pflegenden gestalten die Zukunft“ der AG Junge Pflege des DBfK Nordwest richtete sich im Vortrag ebenfalls an die Pflege Schüler und verdeutlichte die Bedeutung der Verbandsarbeit.

„Verbandsarbeit ist sexy“, meinte Lisa Wolter, Mitglied im nach eigenen Angaben größten Fachverband für Pflegeberufe in Deutschland. Die 23-Jährige ist selbst noch nicht lange beim DBfK, aber der festen Überzeugung, dass die organisierte Arbeit im Verband den Pflegeberufen auf politischer Ebene nur Gutes tun kann. Schüler, Studierende und Berufseinsteiger sollten sich nach ihrer Ansicht in den Verbänden engagieren, um den Berufsstand zu stärken. Zusammen mit Pflegeberufekammer, Gewerkschaften und Verbänden könnten sie sich mehr Gehör verschaffen. Für sie steht fest: „Wir sollten nicht länger Berufs- und Fachfremde über unsere Köpfe hinweg Entscheidungen über unseren Berufsstand treffen lassen.“

STEPHAN GÖHRMANN

Prävention soll Krankheiten vermeiden, bevor sie entstehen. Wird dieses Ziel in Deutschland erreicht? Mit dieser und weiteren Fragestellungen rund um Prävention und Gesundheitsvorsorge beschäftigte sich das diesjährige „Gespräch am Wasser“ des Ersatzkassenverbandes, das traditionell zur Kieler Woche ausgerichtet wird.

Ein gemischtes Fazit auf die Eingangsfrage zog Prof. Reiner Hanewinkel. Der Leiter des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord) in Kiel ist auch Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Prävention und Gesundheitsförderung. Er bilanzierte, wie weit Deutschland bei der Vorsorge gegen die Erkrankungsursachen Nikotin, Alkoholkonsum, mangelnde Bewegung und ungesunde Ernährung gekommen ist.

- ▶ Durchwachsen fiel seine Bilanz zum Thema Bewegung aus. Insbesondere Männer im mittleren Alter sind nach seiner Beobachtung häufig Bewegungsmuffel – und nehmen sich selbst aber nicht als solche wahr. Neben dem eigenen Verhalten hat aber auch die Verhältnisprävention in Deutschland Luft nach oben. Die Bedingungen, um Bewegung im Alltag zu erleichtern, könnten besser sein, wie Hanewinkel am Beispiel des im Vergleich zu anderen europäischen Ländern schlecht ausgebauten Radwegenetzes deutlich machte.
- ▶ Ähnlich das Urteil über die Ernährung. Auch hier gibt es zwar den Wunsch und bei vielen Menschen auch das Bemühen, auf gesunde Ernährung zu achten. Dies könnte aber durch entsprechende Rahmenbedingungen erleichtert werden. Hanewinkel nannte als konkrete Möglichkeiten eine Ampel, die Aufschluss über gesunde oder ungesunde Nahrungsmittel geben könnte sowie eine „Zuckersteuer“. Beide Möglichkeiten werden in Nachbarstaaten schon genutzt, gab Hanewinkel zu bedenken. Hinzu kommen Bedenken des Staates, mit solchen Maßnahmen zu stark in die Lebenswelten der Menschen einzugreifen.
- ▶ Ernüchternd fiel die Bilanz des Experten bei der Alkoholprävention aus. Zwar gibt es heute einen aufgeklärteren Umgang mit dem Thema und Aufklärung hat den Alkoholkonsum in bestimmten Bereichen wie etwa in der Arbeitswelt auch deutlich zurückgedrängt – der Gesamtkonsum gilt aber nach wie vor als zu hoch. „Wir haben in unserer Gesellschaft ein Alkoholproblem“, steht für Hanewinkel fest. Die Ursachen sind vielschichtig. Eine der wichtigsten ist die gesellschaftliche Akzeptanz für dieses Suchtmittel. Diese äußert sich u.a. in

## PRÄVENTION

# Von der Alkoholbilanz ernüchtert

Gespräch am Wasser des Vdek Schleswig-Holstein. Prävention mit durchwachsender Bilanz. Experten warnen vor überhöhten Erwartungen.

Preisen, die zum Teil deutlich unter denen etwa skandinavischer Länder liegen. Aber auch darin, dass Werbung für Alkohol in Deutschland auf breiter Front zulässig und die Ware rund um die Uhr erhältlich ist – wohl auch ein Ergebnis erfolgreicher Lobbyarbeit. Als weiteren Punkt nannte Hanewinkel die uneinheitliche Regelung zur Promillegrenze am Steuer. Während für Fahranfänger null Promille gelten, ist diese Grenze für erfahrenere Führerscheininhaber bei 0,5 Promille gesetzt.

- ▶ Deutlich erfolgreicher, weil konsequenter, hat Deutschland den Kampf gegen Nikotin geführt. Hanewinkel erinnerte in diesem Zusammenhang an die Situation vor zwei Jahrzehnten, als es in Deutschland in nahezu jeder Lebenssituation üblich war, auf rauchende Mitmenschen zu treffen: Im Restaurant, in öffentlichen Verkehrsmitteln, auf der Straße, im Auto und zu Hause. Auch Werbung für Zigaretten war damals – wie heute für Alkohol – allgegenwärtig. Der Rückgang des Nikotinkonsums ist für Hanewinkel auf das Maßnahmenbündel zurückzuführen, das seitdem in mehreren Stufen umgesetzt wurde. Neben den massiven Einschränkungen in der Werbung nannte Hanewinkel u.a. die gestiegenen Preise, die Nichtraucherchutzgesetze, die Warnhinweise auf den Zigaretenschachteln, das heraufgesetzte Alter für die Abgabe von Zigaretten und Aufklärungskampagnen wie zum Beispiel „Be smart – don't start“. Mit Maßnahmen der Verhältnisprävention konnte also das Verhalten der Menschen deutlich geändert werden. Hanewinkel verschwiegen dennoch nicht, dass es weiter Luft nach oben gibt. Zum Beispiel durch Angleichung der Maßnahmen zwischen den Bundesländern. Den Nichtraucherchutz in Bayern bewertete Hanewinkel besser als den in Schleswig-Holstein.

Unter dem Strich aber sind die Erfolge im Kampf gegen Nikotinkonsum so spürbar, dass aus Sicht des Experten darüber nachgedacht werden sollte, ob die bewährten Maßnahmen nicht als Blaupause für den weniger erfolgreichen Kampf gegen Alkoholkonsum dienen sollten.

Durchmischte Präventionserfolge also – ein Grund, die Maßnahmen auf den Prüfstand zu stellen? Bei dieser Frage warnte Hanewinkel vor zu hohen Erwartungen, die oft an Präventionsmaßnahmen gestellt werden. Bevor ein messbar geringerer Konsum eintritt, kommen oft Zwischenschritte, die durchaus als Erfolge angesehen werden dürfen. Zum Beispiel vermehrtes Wissen und eine erste Sensibilisierung der Bevölkerung für das Problem.

Auch Michael Kraus, im Öffentlichen Gesundheitsdienst der Stadt Flensburg als Gesundheitsplaner tätig, warnte vor überzogenen Erwartungen, insbesondere von Kostenträgern. „Geld nur gegen Nachweis“ – diese Formel funktioniert in der Prävention zumindest nicht kurzfristig, gab Kraus zu bedenken. Er verwies in diesem Zusammenhang auf Verhaltensweisen, die sich Menschen über Jahrzehnte angewöhnt haben. Diese mit ein paar Kursen zu ändern, gehe an der Realität vorbei. Kraus, der 2007 als Gesundheitsplaner noch Pionier war, sieht personelle Ressourcen als ein wichtiges Hindernis, um Prävention stärker in den Lebenswelten der Menschen zu verankern. „Wir brauchen Motoren“, forderte Kraus in der Diskussionsrunde. Denn Wissen und Kompetenz der Menschen in Sachen Prävention und Gesundheitsvorsorge könnten sich erst mit steigendem Fachpersonal, das diese Kompetenz vermittelt, auch verbreiten.

Vdek-Referatsleiter Sebastian Ziemann wünscht sich solche Motoren etwa in Pflegeheimen. Dort könnten Fachleute die Betroffenen, aber auch deren Angehörige und die Pflegenden selbst erreichen.

DIRK SCHNACK

## Info

Die Ersatzkassen verfolgen mit ihren Präventionsbemühungen einen Settingansatz – er setzt dort an, wo die Menschen leben. Als entscheidend betrachtet der vdek die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie die Vernetzung von Akteuren und Aktivitäten.

## SCHLAGANFALL

# In der Region gut vernetzt

**In mehreren Regionen sind Kompetenznetze entstanden, die Lösungen für die Versorgung von Schlaganfallpatienten erarbeiten. Schlaganfall-Ring als Dachmarke der regionalen Netze.**

Der vor fünf Jahren gegründete Schlaganfall-Ring (SAR) Schleswig-Holstein hat sich in der Beratung von Betroffenen und Angehörigen und als organisatorischer Zusammenschluss aller 34 Selbsthilfegruppen in Schleswig-Holstein und Hamburg schnell etabliert. Inzwischen ist auch der anfänglich skeptisch verfolgte Ansatz, Mitverantwortung für Gestaltung und Optimierung der flächendeckenden Schlaganfallversorgung in den beiden Bundesländern zu übernehmen, erfüllt. Ein Beispiel dafür ist das vor rund zwei Jahren gestartete Bemühen, die regionale Zusammenarbeit in der Schlaganfall-Nachsorge zu verbessern.

Mit Unterstützung der Dampf-Stiftung ist es dem Schlaganfall-Ring gelungen, in vier Regionen des Landes Netzwerke für die Schlaganfallversorgung zu etablieren. Neben den Regionen Rendsburg, Plön/Ostholstein, Lübeck und Pinneberg/Elmshorn, in denen die Beteiligten vor Ort schon aktiv sind, werden in weiteren Regionen Gespräche zu solchen berufsübergreifenden Zusammenschlüssen geführt.

„Es war ein Wagnis. Wir wussten nicht, ob überhaupt jemand mitmacht, weil wir außer der Idee nichts zu bieten hatten“, berichtet der Gründer und Vorsitzende des Schlaganfall-Rings, Jürgen Langemeyer, im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Die Resonanz auf die Einladungen in den vier genannten Regionen zeigt, dass die Skepsis unangebracht war. Zwischen 50 und 60 Menschen kamen jeweils zu den regionalen Treffen, die vom SAR organisiert wurden. Inzwischen treten die Zusammenschlüsse in den Regionen unter dem Logo des Schlaganfall-Rings als „Kompetenznetz“ mit dem Namen der

jeweiligen Region auf. Beteiligen können sich alle, die sich in der Versorgung von Schlaganfall-Patienten engagieren: Arztpraxen, Krankenhäuser, Therapeuten, Organisationen wie etwa Praxisnetze oder Unternehmen wie etwa Sanitätshäuser. „Es findet ein interprofessioneller Austausch statt“, sagt Langemeyer über die Kompetenznetze, die sich zu einer Marke für Qualitätsversorgung in der Region entwickeln.

Teilnehmen kann jeder, der in diesem Bereich aktiv ist – Exklusivität besteht nicht. Die Netzwerkpartner arbeiten gemeinsam an regionalen Versorgungskonzepten, bilden bei Bedarf Arbeitsgruppen zu bestimmten Themen und betreiben gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit. Jedes Netz arbeitet unterschiedlich und setzt die Schwerpunkte, die in seiner Region wichtig sind. In Rendsburg etwa legt man Wert darauf, möglichst viele Menschen zu erreichen, damit die Versorgungsmöglichkeiten bekannt werden. In Pinneberg geht es darum, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu optimieren, Ostholstein legt großen Wert auf das Thema Kurzzeitpflege. Der SAR wiederum übernimmt Organisation und Koordination, kümmert sich auf Wunsch um die Erstellung von Werbemitteln, steht als Ratgeber bereit und bietet den Mitarbeitern der Netzpartner kostenfrei die Ausbildung zum Schlaganfall-Helfer an. Eingebunden ist auch das Institut für Allgemeinmedizin an der Kieler Christian-Albrechts-Universität. Es begleitet die Entwicklung der Kompetenznetze mit wissenschaftlicher Evaluierung in Form einer Analyse der Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Resonanz auf die Kompetenznetze hat Langemeyers Erwartungen übertroffen. „Manche halten das sogar



Jürgen Langemeyer

für eine Blaupause für die Versorgung chronisch kranker Menschen in der Region“, sagt er.

Einzelne Themen sind in jeder Region aktuell. Ein Beispiel ist der Fachkräftemangel, ein anderes die Heilmittelverordnung. „Wir haben festgestellt, dass viele verordnende Ärzte hierüber nicht alles wissen“, sagt Langemeyer. In Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung hat der SAR deshalb ein Informationsblatt mit Verordnungstipps für Haus- und Fachärzte erstellt, das über den Bedarf an Heilmitteln innerhalb des ersten Jahres und ein Jahr nach Ausstellung der Erstverordnung informiert. Es wird u. a. über den besonderen und den langfristigen Versorgungsbedarf informiert, erklärt, wie korrekt verordnet wird, und an Beispielen verdeutlicht. Ärzte, die Interesse an den Verordnungstipps haben, können diese über den Schlaganfall-Ring beziehen. (siehe Info-Leiste).

Auch Langemeyers Resümee zur Arbeit des SAR insgesamt fällt positiv aus. Der Bedarf und das Interesse an dessen Arbeit zeigt sich u. a. an der Zahl der Besucher auf der Website des Vereins: Zwischen 1.500 und 2.000 Menschen gehen täglich auf die Seite, um sich zu informieren.

DIRK SCHNACK

## Info

Weil es für Schlaganfall-Patienten keine Patentlösungen gibt, strebt der Schlaganfall-Ring nach passgenauen Lösungen, die in den Regionen durch berufsübergreifende Kompetenznetze erarbeitet werden. Ziel ist es, bedarfsgerechte, individuelle, innovative, ressourcenaktivierende und kosteneffiziente Lösungen zu finden. Weitere Info: [www.schlaganfall-ring.de](http://www.schlaganfall-ring.de). Die Verordnungstipps können unter [www.srsh.de/Verordnungstipps](http://www.srsh.de/Verordnungstipps) heruntergeladen werden.

## DEMENTZ

# Angekommen im Leben + in Kliniken

Deutsch-schwedisches Symposium in Flensburg zu Pflege, Diagnostik und neuen Therapieansätzen für Demenzerkrankte. Demenzsensible Krankenhäuser sind möglich, erfordern aber einen langen Atem. Hoffnung auf neue Techniken.

Krankenhäuser sind denkbar schlechte Orte für Demenzerkrankte – aber es gibt Wege, um den Klinikaufenthalt erträglicher zu machen. Das war ein Ergebnis eines geriatrischen Symposiums in Flensburg, zu dem das Malteser Krankenhaus St. Franziskus eingeladen hatte. In der Veranstaltung mit deutschen und schwedischen Gästen gab es neueste Erkenntnisse über Ursachen und Behandlung demenzieller Krankheiten.

Demenz kommt in den besten Familien vor: Die schwedische Königin Silvia erlebte die Krankheit bei ihrer Mutter und gründete daraufhin die Silviahemmet-Stiftung, die sich für Grundlagenforschung, Therapie und Behandlung der Betroffenen einsetzt. Ziel der Stiftung ist es, Angehörige und Fachpersonal zu befähigen, demenziell Erkrankte bestmöglich zu begleiten. Vor zehn Jahren baute das Flensburger Krankenhaus eine Silviahemmet-Station auf, in der mit einem neuen Ansatz versucht wird, die Menschen besser durch die für sie ungewohnte und verwirrende Situation in der Klinik zu bringen (das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt berichtete). Bei dem Symposium, das aus Anlass des Jubiläums stattfand, berichteten Dr. Klaus Weil, Chefarzt der Geriatrie in St. Franziskus, und Dr. Ursula Sottong, Leiterin der Fachstelle Demenz aller Malteser-Einrichtungen in Deutschland, über Arbeitsweise und Erfolge der Silviahemmet-Stationen. „Ein demenzsibles Krankenhaus ist keine Kunst, verlangt aber einen langen Atem“, so Sottong.

Zum Konzept gehören kleine Gruppen, Ruhe und vor allem geschultes Personal. Das bezieht nicht nur Pflegekräfte und Ärzte auf den Stationen ein, sondern auch weitere Personen, die im Klinikbetrieb mitarbeiten. Eine besonders wichtige Gruppe sind dabei Rettungssanitäter: Gelingt es ihnen, die Fahrt aus der vertrauten Wohnung in die neue



Prof. Lars-Olof Wahlung

Umgebung Krankenhaus schonend zu gestalten, schaffen Demenzerkrankte den Übergang leichter.

Eine besondere Weiterbildung für Fachleute bietet das schwedische Karolinska Institut an, eine Einführung dazu gab Projektkoordinator Kristoffer Mörtsjö: Zwei Jahre lang werden Therapeuten, Pflegekräfte und andere Profis in internetbasierten Fernkursen geschult, am Ende gibt es neben viel Fachwissen auch ein Diplom, das Königin Silvia überreicht. Der nächste der englischsprachigen Kurse startet im November, noch sind Plätze frei.

Aber nicht nur die Beschäftigten, auch die Architekten von Klinikgebäuden müssen sich auf Demenzerkrankte einstellen. Gerade Wege und klare Farben sorgen dafür, dass Menschen sich einfacher zurechtfinden. Über den wichtigen Punkt Essen berichtete Katrin Susanne Meffert, Oberärztin der Klinik für Geriatrie und Früherkennung des St. Franziskus-Hospitals. Dass ältere Menschen

weniger essen, werde von Angehörigen kaum bemerkt oder als normale Begleiterscheinung des Alters akzeptiert – und tatsächlich sinken Kalorienbedarf und Appetit bei Hochaltrigen. Dennoch wird oft die Schwelle zum Mangel überschritten, ohne dass der Betroffene selbst oder sein Umfeld das Problem sehen. Dabei sind am fehlenden Appetit oft Dinge schuld, die sich verändern ließen: Sitzen die Zähne richtig? Werden Medikamente genommen, die den Geschmack von Speisen verfälschen? Ist kräftig genug gewürzt? „Wir müssen das Essen interessanter gestalten“, sagte Meffert.

Doch bevor die Behandlung beginnen kann, ist es im ersten Schritt wichtig, Demenzerkrankte überhaupt zu erkennen. Denn sie finden sich längst nicht nur in der Geriatrie, sondern auch in inneren oder unfallchirurgischen Stationen. In Flensburg wird dazu bei der Aufnahme ein Fragebogen abgearbeitet, in dem der Patient etwa seinen Geburtstag und das aktuelle Jahr nennen soll. Gibt es hier Lücken, wird genauer geschaut. Auch gelten einige Diagnosen wie Schenkelhalsbruch als „Trigger“, die auf eine bisher noch nicht erkannte Demenz hinweisen könnten.

Weil sah eine Verbesserung zu früheren Jahren, „als man unterstellte, Demenzerkrankte hätten in Krankenhäusern nichts zu suchen“: „Demenz ist im Leben und in den Krankenhäusern angekommen“, stellte er fest. Aber der Umgang sei oft immer noch schwierig, und in der Regel verschlechtere sich der Zustand von Patienten durch einen Krankenhausaufenthalt. Stürze, Delir, stärkere Verwirrtheit und Verlust von Alltagsfähigkeiten sei oft die Folge. Auf den Stationen fallen demenziell Verwirrte durch Aggression, Weinen oder Klagen auf. Mit einem Konzept, das die Krankheit bewusst integriert, ließen sich dagegen sogar Fähigkeiten verbessern, berichtete Weil. Er setzt darauf, dass Delir-Ver-

43 %

der demenzerkrankten Patienten erleiden durch einen Klinikaufenthalt ein Delir. Die meisten Demenzerkrankten finden sich auf geriatrischen Stationen, Betroffene gilt es aber auf allen Stationen.



Prof. Lars-Olof Wahlund, Mona Jepsen, Prof. Daniel Ferreira, Klaus Weil, Ursula Sottong, Kristoffer Mörtsjö, Prof. Bosco Lehr, Katrin Susanne Meffert (v. l.).

meidung eine vergütungsrelevante, abrechenbare Leistung wird: „Dann kommt Musik ins Spiel.“

Hilfe in der Therapie kann durch neue Techniken kommen, berichtete Prof. Bosco Lehr von der Europa Universität Flensburg, wo er das Institut für eHealth leitet. „Wir sprechen vom Pflegekräftemangel, aber eigentlich herrscht schon Notstand. Es muss darum gehen, mit technischen Mitteln die Pflegekräfte zu entlasten“, sagte Lehr. Aber auch die Betroffenen selbst können mitarbeiten – schon in der heutigen Generation der Älteren können viele mit einfachen Tablets oder anderen Geräten umgehen. Praktische Hilfsmittel im „smarten“ Haus sind Fallteppiche, Lichtsensoren und Sensoren zur Ganganalyse. Aber auch Alarm-Apps, die an Medikamente oder regelmäßiges Trinken erinnern, können Patienten wie Angehörigen das Leben erleichtern. Ein aktuelles Projekt der Universität Flensburg, das den Einsatz von Technik im Pflegeheim untersucht, soll mittelfristig auch in der häuslichen Pflege eingesetzt werden.

Über die Frühdiagnostik im St. Franziskus-Hospital berichtete die Neuropsychologin Mona Jepsen. In der Regel gibt es im Vorfeld eine Zusammenarbeit mit der hausärztlichen Praxis, die bereits Aufnahmen des Gehirns veranlasst. Bei der Sprechstunde in der Tagesklinik setzt Jepsen auf eine Kombination mehrerer Tests, die an das Bildungsniveau und Alter der Ratsuchenden angepasst sind. Hinzu kommen körperliche Untersuchungen und die Auswertung der Bilder vom Gehirn, um Tumoren, Schlaganfällen oder Flüssigkeitsmangel als Ursachen der Verwirrtheit auf die

Spur zu kommen. Eine genaue Diagnose sei auch im frühen Stadium der Krankheit wichtig, war Jepsen überzeugt: „So können die Menschen Vorsorge treffen, ihre Dinge regeln.“

In den Beratungsgesprächen geht es entsprechend nicht nur um die Diagnose selbst, sondern um Tipps für das Leben mit der Krankheit. Längst nicht jeder, der Anzeichen einer Demenzkrankheit zeigt, hat übrigens wirklich die Krankheit. Rund 17 Prozent leiden an anderen Problemen, unter anderem an Depressionen, die zu ähnlichem Verhalten führen können.

Mit Methoden der Diagnose auf biologischer Basis befasst sich Prof. Daniel Ferreira vom Lehrstuhl für Neurobiologie, Pflegewissenschaften und Gesellschaft des Karolinska-Instituts in Stockholm. Als er angefangen habe, sich mit Demenzkrankheiten zu befassen, sei er „jung und naiv gewesen und habe gedacht, alles sei ganz einfach“, berichtete Ferreira. Er untersucht biologische Marker, um den genauen Krankheitstyp zu erkennen. Denn ähnlich wie andere fortschreitende Krankheiten, etwa Multiple Sklerose, gibt es innerhalb des Alzheimer-Typs verschiedene Verläufe, teils sprunghafte Verschlechterungen, teils eine stetige Entwicklung. Wie die Spitze eines Eisbergs zeige sich nach außen nur das veränderte Verhalten des Erkrankten, etwa der Verlust von Gedächtnis- oder Sprachfähigkeiten. Doch was sich auf pathobiologischer Ebene genau dahinter verberge, sei daraus nicht abzulesen, und das erschwere die Diagnostik, so Ferreira. Es gehe darum, die biologischen Grundlagen der Krankheit zu erkennen und die einzelnen Typen zu un-

terscheiden: „Welche Neurotransmitter sind beteiligt? Welche Therapie kann helfen?“

Aktuell zeigt die Forschung mehr offene Fragen als Antworten. So gibt es Alzheimer-Formen, bei denen der Cortex stark betroffen ist, in anderen Fällen gibt es dort keine Ausfälle. Bei Männern und Frauen treten die einzelnen Subtypen unterschiedlich oft auf, aber beide Geschlechter können betroffen sein. Offenkundig ist aber, dass Bildung eine wichtige Rolle spielt, um den Krankheitsverlauf zu beeinflussen: „Je mehr Ressourcen da sind, desto besser“, betonte Ferreira.

Seit über 30 Jahren forscht Senior-Prof. Lars-Olof Wahlund am Karolinska-Institut zu degenerativen Störungen im Gehirn. „Wenn Sie fragen, was ein Senior-Professor ist – jemand, der älter ist als 67.“ Wahlund hat sich unter anderem mit der Amyloid-Kaskaden-Theorie befasst, einer Erklärung, wie es zum Auftreten einer Demenz kommt. Dabei geht es um Proteine, die sich unregelmäßig zersetzen und am Ende Plaque erzeugen. In aufwendigen Versuchen wurde diese Kaskade bei Mäusen ausgelöst und die erkrankten Tiere wurden mit Antikörpern behandelt. Der Erfolg: gering, bestenfalls uneindeutig. „Wir wissen vieles einfach noch nicht“, gab Wahlund zu. Aktuell gilt Alzheimer als komplexe Krankheit mit vielfältigen Ursachen. „Wir hoffen auf die Präzisionsmedizin und die individuelle Behandlung“, sagte der Forscher. Wichtig sei der Lebenswandel der Patienten, inklusive Sport und Ernährung, die die Krankheit beeinflussen könnten.

ESTHER GEISSLINGER

16 %

der Patienten im St. Franziskus-Hospital waren im Jahr 2013 an Demenz erkrankt.

27 %

der bislang in 2019 im St. Franziskus-Hospital behandelten Patienten sind an Demenz erkrankt.



Vier Pädiaterinnen, die die ambulante kinderärztliche Versorgung in und um Kropp herum sichern: Weiterbildungsassistentin Therese Freund, Praxischefin Marlies Werbke, die angestellte Ärztin Merle Preikszas (derzeit Beschäftigungsverbot wegen Schwangerschaft) und Praxischefin Katja Overmoyer (von links).

## LÄNDLICHE VERSORGUNG

# Von Frau zu Frau

Für die ambulante kinderärztliche Versorgung in Kropp sind Frauen zuständig. Sie expandieren und kümmern sich frühzeitig um den langfristigen Fortbestand.

Ärzte bevorzugen es, sich in Städten niederzulassen. Insbesondere Frauen scheuen zudem die Investition, die mit einer eigenen Niederlassung verbunden ist. Diese Vorstellungen dominieren bis heute die gesundheitspolitische Diskussion. Tatsächlich gibt es viele Ärztinnen, die eine Anstellung der eigenen Niederlassung zunächst vorziehen, weil diese Kombination es nach ihrer Überzeugung am ehesten erlaubt, Arbeit und Familie miteinander zu vereinbaren.

Fakt ist aber auch: Es gibt Ärztinnen, die in eigener Praxis in ländlicher Region die Versorgung sichern und mit ihrem Praxismodell dafür sorgen, dass junge Frauen diesen Weg als attraktiv erleben und auch als Praxischefin die eigenen Vorstellungen verwirklicht haben – inklusive Familiengründung. Ein solches Beispiel findet sich in Kropp. In dem Ort zwischen Rendsburg und Schleswig leben rund 6.500 Menschen, hinzu kommt ein großes Einzugsgebiet – die kinderärztlichen Praxen in Schleswig und Rendsburg sind jeweils fast 20 Kilometer entfernt. Außerdem kommen Eltern mit Kindern aus einem weiteren Umfeld in die pädiatrische Praxis nach Kropp. Ohne diese Praxis wäre die Versorgung also weiträumig ärmer.

### Info

Die seit Jahrzehnten bestehende pädiatrische Praxis in Kropp wird von Ärztinnen geführt, die frühzeitig die Weichen für die Zukunft gestellt haben. Die neue Praxis kann bei Ausscheiden einer Partnerin von der zweiten Partnerin übernommen werden. Junge Ärztinnen lernen die Praxen über Anstellungen schon in der Weiterbildung kennen.

Die Infrastruktur in Kropp ist intakt, auch eine ganze Reihe von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen haben sich dort niedergelassen. Schon seit Jahrzehnten wird die kinderärztliche Praxis dort von einer Frau geführt. 1995 übernahm Renate Anders den pädiatrischen Sitz, 2003 trat Marlies Werbke im Rahmen eines Job-Sharings ein und erhielt nach zehn Jahren einen eigenen Sitz, mit dem die Praxis erweitert wurde. 2019 übernahm Katja Overmoyer den Sitz von Anders. In den fünf vorangegangenen Jahren gelang es den Ärztinnen, das Einzugsgebiet der Praxis zu erweitern und die Patientenzahl deutlich zu steigern.

Die Ärztinnen sind heute Arbeitgeber für sieben Medizinische Fachangestellte (MFA). Auch der langfristige Fortbestand der Praxis ist gesichert: Zu Monatsbeginn bezogen die Ärztinnen eine neue Praxis mit fünf Sprechzimmern, die von Marlies Werbkens Mann gebaut und an die Ärztinnen vermietet wurde. Die Verträge sind so gestaltet, dass die Praxis auch nach Werbkens Ausscheiden den Standort behalten kann und Overmoyer als Praxischefin ein Vorkaufsrecht eingeräumt bekommt.

In der Praxis arbeitet neben den beiden Chefinnen derzeit die Weiterbil-

dungsassistentin Therese Freund, die die BAG im Verbund mit der Helios-Klinik in Schleswig beschäftigt. Geplant ist außerdem, später eine Entlastungsassistentin einzustellen. Merle Preikszas hat derzeit wegen ihrer Schwangerschaft Beschäftigungsverbot. Sie war Weiterbildungsassistentin in der Praxis am alten Standort, hatte nach Redaktionsschluss ihre Facharztprüfung, und die Chefinnen hoffen auf ihre Rückkehr nach der Babypause.

Genügend ärztliche Ressourcen also, Mut zur Investition in neue Räume und eine wachsende Praxis in ländlicher Umgebung – damit entspricht die pädiatrische Berufsausübungsgemeinschaft in Kropp nicht den gängigen Vorstellungen. In einem Punkt aber stimmt sie damit doch überein: Die neuen Kolleginnen werden auch deshalb in der Praxis gebraucht, damit Werbke und Overmoyer nicht jeden Tag in der Woche arbeiten müssen und durch die Sprechstundenzeiten an die Praxis gebunden sind. „Ziel ist es, mehr Freizeit zu haben“, räumt Werbke im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt ein. Das war in der Zeit des Umzugs kaum zu realisieren. Der wurde allein organisiert und mit Hilfe des Praxispersonals bewältigt.

DIRK SCHNACK

FKQS

# Gegen die Kluft zwischen Kapital + Sozialrecht

25 Jahre Förderkreis Qualitätssicherung im Gesundheitswesen e.V. in Schleswig-Holstein (FKQS). Nächstes Symposium am 13. November in Kiel: Wie sicher ist die Sicherstellung?

Der Kompromiss von Lahnstein, Einführung der Budgetierung und der Kollektivhaftung für niedergelassene Ärzte: Die erste Hälfte der 1990er Jahre waren bewegte Zeiten für Vertragsärzte. Die wurden durch die Politik in eine Zwickmühle gebracht: Auf der einen Seite mussten sie bei Überschreitung von Budgets haften. Auf der anderen Seite wurden Vorwürfe von verschiedenen Seiten - auch von der Politik - laut, weil sie weniger verordneten.

Vieles von dem, was der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) politisch umsetzte, wirkt heute nach. Geblieben ist u. a. das Gefühl, dass Politik sich manchmal über legitime Interessen von Leistungserbringern hinwegsetzt und zugleich einzelne Gruppen gegeneinander ausspielt.

Eine Folge war damals, dass sich immer mehr Pharmaunternehmen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen um Termine bemühten, um auszuloten, wie man auf die neue Gesetzeslage reagieren könnte. In Schleswig-Holstein setzten die Beteiligten schon damals auf den Austausch. Weil Termine mit jeder Firma aber schon rein zeitlich nicht möglich waren, wurde 1993 ein Gesprächskreis für Ärzte und Pharmaindustrie gegründet, aus dem ein Jahr später offiziell ein eingetragener Verein mit dem Namen „Förderkreis Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein e.V.“ (FKQS) entstand. Zu den Gründungsmitgliedern zählten am 6. Juli 1994 die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer Schleswig-Holstein und eine Reihe von Unternehmen aus der Pharmabranche. Beide Körperschaften sind bis heute Mitglieder des Vereins.

Entstanden war eine in dieser Form einzigartige Institution in Deutschland. „Der FKQS versucht, die Kluft zwischen dem Kapital verpflichteten Unternehmen und dem Sozialen verpflichteten Ärzten zu überwinden“, beschreibt der Vorsitzende des Vereins, Dr. Franz Bartmann, die Zielsetzung. Erreicht wurde

und wird dies über mehrere Wege:

- ▶ Beitragsgelder der Mitglieder fließen in Maßnahmen der ärztlichen Qualitätssicherung, die vom Förderkreis ausgesucht werden.
- ▶ Ein im Zwei-Jahres-Rhythmus vergebenen Qualitätspreis würdigt besondere Leistungen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung mit innovativem und wissenschaftlichem Ansatz.
- ▶ Jährliche Symposien tragen mit gesundheitspolitischen Diskussionsrunden dazu bei, die Positionen aller im FKQS vertretenen Mitglieder in die Fachöffentlichkeit zu transportieren.

Die Symposien beleuchten aktuelle Themen aus der Gesundheitspolitik. In diesem Jahr wird es am 13. November in Kiel um die Frage „Wie sicher ist die Sicherstellung“ gehen. Die von Landesgesundheitsminister Dr. rer.pol. Heiner Garg zugesagte Teilnahme zeigt, dass der FKQS auch in der Landespolitik wahrgenommen und seine Bedeutung eingeordnet wird. Die gesundheitspolitischen Sprecher der Landtagsparteien gehören zu den Stammgästen. Die Liste der diesjährigen Referenten macht deutlich, wie verankert der Verein in der schleswig-holsteinischen Versorgungslandschaft ist: Neben Kassen- und KV-Vertretern werden Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, die in der Versorgung tätig sind, in Kiel diskutieren und aus ihrem Alltag berichten.

Neben solchen Veranstaltungen sind es die handelnden Personen, die trotz wechselnder politischer Landschaften und immer wieder neuer Gesetze dafür sorgen, dass der Förderkreis aktiv bleiben konnte. Bartmann selbst stieß schon in den ersten Jahren zum Förderkreis, als er als Leiter der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung tätig war. Im Jahr 2000, also noch vor Beginn seiner späteren Amtszeit als Präsident der Ärztekammer (2001 bis 2018), wurde er Vorsitzender des Förderkreises. Er engagierte sich über einen so langen Zeitraum, weil der ursprüngliche Gedanke nichts an seiner Aktualität verloren hat. „Auf der einen Seite Dax-ori-



Dr. Franz Bartmann, hier bei einem Symposium im Jahr 2016, engagiert sich seit dem Jahr 1999 im Förderkreis Qualitätssicherung.

enterte Unternehmen, auf der anderen Seite dem Patienten verpflichtete Ärzte - diese Kluft ist ja eher größer geworden. Der Förderkreis schlägt eine Brücke über diese Kluft. Diese Brücke bleibt für uns eine permanente Aufgabe“, sagt Bartmann.

Zu den Mitgliedern zählen inzwischen auch die Ärztenossenschaft Nord sowie derzeit 30 Unternehmen aus der Industrie. Deren Verbleib ist wegen ständig neuer Gesetze mit daraus resultierenden Compliance-Regeln nicht selbstverständlich - gelingt aber auch wegen der handelnden Personen.

DIRK SCHNACK

## 13.11.19

Ab 18 Uhr beginnt an diesem Tag das FKQS-Symposium im Kieler Hotel Steigenberger. Einzelheiten unter [www.foerderkreis-qs.de](http://www.foerderkreis-qs.de)

## ERNÄHRUNG

# Kein Zuckerschlecken mehr für die Industrie



**Nährwertampel, Verbot irreführender Werbung, verbindliche Reduktionsziele für Zucker: Auf der Tagung „Bitte nicht zu süß“ stellte Hamburgs Gesundheitssenatorin konkrete Forderungen.**

## 15%

der drei- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind übergewichtig. Davon geht der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte aus.

## 80%

So stark sank der Absatz von „Alkopops“, nach dem diese im Jahr mit einer Sondersteuer belegt wurden. Aus dieser Erfahrung fordert Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks jetzt eine stärkere Besteuerung von stark zuckerhaltigen Lebensmitteln.

## 90%

der Eltern in Deutschland unterschätzen den Zuckergehalt in Nahrungsmitteln wie etwa Fruchtojoghurts.

Die Warnhinweise auf Zigarettenschachteln sind seit Jahren Alltag in Deutschland. Was wäre, wenn die Lebensmittelhersteller von Produkten mit hohem Zuckergehalt ebenfalls zu Warnhinweisen verpflichtet werden? Zum Beispiel „Zucker macht zahnlos“ auf einer Packung mit Süßigkeiten oder „Vorsicht hoher Zuckergehalt: Diabetes kann zu Amputationen und Erblindung führen“, begleitet mit entsprechenden Schockfotos. Diese Anregungen sind zwar nicht ganz neu, stießen aber bei vielen Teilnehmern der Strategietagung „Bitte nicht zu süß“, die von der Hamburger Gesundheitsbehörde veranstaltet wurde, auf positive Resonanz.

Vor solchen harten Bandagen wie Warnhinweisen schreckt Silke Schwartau von der Verbraucherzentrale Hamburg nicht zurück, weil sie schon zu viele negative Erfahrungen mit der Lobbyarbeit der Lebensmittelindustrie gesammelt hat. Die Abteilungsleiterin Le-

bensmittel und Ernährung warf den Lobbyisten vor, mit Unwahrheiten zu arbeiten. Sie begrüßte deshalb ausdrücklich „konsequentes politisches Handeln“, wie es auf dem Strategietag Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) forderte. Denn sie hat die Geduld mit der Lebensmittelindustrie verloren. „Auf Selbstverpflichtungen und den guten Willen der Industrie zu setzen, wie die Bundesregierung es tut, reicht nicht“, sagte sie auf dem Strategietag. Sie forderte die Einführung einer Zuckersteuer und einer Nährwertampel auf Lebensmittelverpackungen sowie das Verbot von Werbung, die gesüßte Kinderprodukte als gesund verkauft. In Babynahrung sollte Zucker laut ihrer Forderung komplett verboten und für Fertiglernmittel und Getränke sollten verbindliche Zuckerreduktionsziele festgelegt werden.

All dies sind Maßnahmen, die auf Bundesebene passieren müssten. Auf Landesebene reagiert Hamburg mit ei-

ner „Zuckerreduktionsstrategie“. Sie beinhaltet folgende Maßnahmen:

- ▶ Ab dem Jahr 2021 soll auf die Ausgabe von gezuckerten Getränken in Kindertagesstätten ganz verzichtet werden.
- ▶ In allen Kindertagesstätten und Schulen der Hansestadt soll Trinkwasser kostenlos verfügbar sein. An den Schulen werden Trinkwasserbrunnen schrittweise eingeführt.
- ▶ Zuckergesüßte Milchgetränke sollen aus der Schulmilchförderung herausgenommen werden.
- ▶ Lehrkräfte, Erzieher, Eltern, Kinder und Caterer sollen für das Thema sensibilisiert werden.

Ein wichtiger Schritt für die Sensibilisierung war der Strategietag, auf dem Prüfer-Storcks für eine niedrigere Besteuerung gesunder Lebensmittel eintrat. Sie verwies auf erfolgreiche Beispiele: „Nachdem die Politik 2004 die bei Jugendlichen beliebten Mischgetränke „Alkopops“ mit einer Sonder-



steuer belegte, sank der Absatz binnen eines Jahres um 80 Prozent.“ Beispiele aus Frankreich und Großbritannien zeigten außerdem, dass nach einer höheren Besteuerung die Zuckergehalte innerhalb von ein bis zwei Jahren um bis zu 65 Prozent gesunken seien.

Dr. Thomas Fischbach, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland, hat den Eindruck, dass die Lebensmittelindustrie auf Zeit spielt – was für die Kinder fatal ist: „Wir werden die Erwachsenen kaum ändern, sondern müssen die jungen Menschen erreichen“, sagte Fischbach und drängte: „Es muss schnell gehen.“ Er verwies in diesem Zusammenhang auf den Anteil an adipösen Kindern in den pädiatrischen Praxen. Auch der Hamburger Ernährungsmediziner Dr. Matthias Riedl betonte den Handlungsdruck: „Kinder sind schon geprägt, wenn sie in die Kita kommen, und zwar von ihren Eltern.“ Er begrüßte das Eintreten Hamburgs für reduzierten Zuckerkonsum. Für ihn ist Deutschland ein „Gemüse- und Ballaststoffmangel-land“, nicht wegen mangelnder Verfügbarkeit, sondern weil sich die Deutschen schlicht falsch ernähren. Zu den schlimmsten Fehlern zählt für ihn neben dem Verzicht auf Gesundes auch ein zu hoher Zuckerkonsum. Der wird bei vielen Menschen nicht nur über Süßigkeiten und versteckten Zucker in Fertiggerichten erreicht, sondern u. a. auch durch zuckerreiches Obst wie Bananen und Weintrauben, durch Trockenobst oder gezuckerte Getränke. Um den Konsum zu senken, rät Riedl u. a. dazu, sich täglich auf drei Mahlzeiten zu beschränken und auf Zwischenmahlzeiten zu verzichten. Auch vernachlässigen viele Menschen nach seiner Beobachtung ausreichendes Trinken und verspüren zum Teil Hunger, weil sie nicht genug getrunken haben. Weitere Ratschläge des Ernährungsmediziners:

- ▶ Essen mitnehmen – kein Gebäck to go
- ▶ Selber kochen und selber backen statt Fertiggerichte
- ▶ Zuckerersatz vermeiden, so oft es geht
- ▶ Zuckerarme Beeren und Äpfel bevorzugen
- ▶ Nüsse oder Gemügesticks statt Süßigkeiten

Dass solche Bemühungen Erfolg haben können, berichtete Ökotrophologin Traute Wolf. Nach ihren Angaben isst die Elbkinder-Kita zuckerarm, ohne etwas zu vermissen. In der Kita lernen die Kinder sparsam gesüßte Speisen kennen. Zwar sei die Vorliebe für den süßen Geschmack angeboren, räumte Wolf ein, aber: „Wie süß ein Lebensmittel empfunden wird, hängt allein vom Erfahrungslernen ab.“

## Info

*Einzelne Einrichtungen wie die Elbkinder-Kita in Hamburg erreichen, dass Kinder nicht an stark zuckerhaltige Lebensmittel gewöhnt werden. Dort gibt es zu den Mahlzeiten keine klassischen Süßigkeiten mit Ausnahme von Speiseeis. Besondere Anlässe können mit einem maßvollen Angebot an Süßigkeiten verbunden werden. Es gibt klare Regeln zum Umgang mit Süßigkeiten, die mit Eltern und Kindern besprochen werden.*



Dr. Matthias Riedl

DIRK SCHNACK

## PFLEGE

# Ausweg nach Anruf: Hotline gegen Gewalt

20 Jahre Pflegenottelefon Schleswig-Holstein. Nach anfänglicher Skepsis steht heute auch die Politik hinter dem Angebot. 1.000 Ratsuchende bislang. Bedarf besteht weiterhin.

Eigentlich wollte die Ehefrau ihren Mann verlassen – da erlitt er einen Schlaganfall. Sie blieb und pflegte ihn. Doch der Streit schwelte weiter, und nach verbalen Attacken des Mannes „hab ich ihm eine vor den Kopf gehauen“, gestand die Frau später in Tränen aufgelöst. Nur ein Fall von Gewalt in der Pflege, von dem der Kriminologe Dr. phil. Thomas Görgen, Professor an der Deutschen Hochschule der Polizei, zum Jubiläum des Pflegenottelefons in Schleswig-Holstein berichtete. Vor 20 Jahren wurde die Hotline für Angehörige, Pflegebedürftige und Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen eingerichtet; damals gab es Bedenken, ob das Modell funktionieren könnte.

Auf drei Monate war das Projekt im Jahr 1999 angelegt. Das Sozialministerium unterstützt den Modellversuch finanziell, auch wenn die damalige Ministerin Heide Moser (SPD) das Thema für unwichtig hielt: „Gewalt in der Pflege gibt's doch gar nicht, schließlich wollen doch Menschen, die in der Pflege tätig sind, anderen helfen“, habe die Ministerin damals gesagt, erinnerte Anke Buhl, Projektkoordinatorin des Nottelefons bei der AWO Schleswig-Holstein, während der Feier in Kiel. Doch die Wirklichkeit sah anders aus: Bereits im Dreimonatstest stellte sich heraus, dass eine Hilfefhotline dringend notwendig ist.

Die Hotline ist dank der Stiftung Pflegebrücke durchgängig zu erreichen. Über das Telefon lassen sich Hausbesuche vereinbaren und es gibt dezentrale Beratungen durch acht Pflegestützpunkte im Land, die Tipps für die jeweilige Region geben können.

„Das Nottelefon hat sich zu einem echten, verlässlichen Eckpfeiler entwickelt“, sagte Sozial- und Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP). Er freute sich darüber, dass die Hilfe-Hotline inzwischen auch über das Internet zu erreichen ist und auch über diesen Kanal viele Meldungen eingehen. Die Anfänge waren bescheidener: Frauennotruf, Sozialverband, AWO, Alzheimer Gesellschaft und einige weitere Beteilig-



Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg und Projektkoordinatorin Anke Buhl von der Arbeiterwohlfahrt (AWO) freuen sich bei der Jubiläumsfeier in Kiel über 20 Jahre Pflegenottelefon in Schleswig-Holstein.

## Info

01802 49 48 47 lautet die zentrale Rufnummer des Netzwerkes für das Pflegenottelefon, dem rund 50 Gruppen und Vereine angehören. Darunter sind die Alzheimer Gesellschaft, die Beratungsstelle Demenz und Pflege in Kiel, der Sozialverband Schleswig-Holstein, das Forum Pflegegesellschaft und die Pflegeombudsfrau.

te übernahmen jeweils einige Stunden pro Woche den Telefondienst, die zentrale Nummer musste wie bei einer Stafelübergabe immer an die nächste Stelle weitergeschaltet werden. So viele Beteiligte, zudem die Wohlfahrtsverbände als Träger von Pflegeeinrichtungen dabei – „das kann nicht klappen“, prophezeite damals Prof. Dr. phil. Dr. Rolf Dieter Hirsch. Der Geriater und Facharzt für Nervenheilkunde gratulierte im Namen des Bundesverbandes der Krisentelefone zum 20. Jubiläum, längst ist er vom schleswig-holsteinischen Modell überzeugt: „Ehrenamt allein kann diese Aufgabe nicht leisten, es braucht die Kooperation mit den Trägern und Profis“, sagte Hirsch. Schleswig-Holstein sei mit dem Konzept heute bundesweit Vorbild für andere Krisenberatungsangebote.

Überflüssig werde die Arbeit des Pflegenottelefons aber nicht, bedauerte Hirsch, der in eigener Praxis tätig ist. Aktuell seien Ältere oft unterversorgt, so Hirsch: „In der Zeitspanne vor der Pflegebedürftigkeit gibt es für alte Menschen

keine eigene Versorgung, und in Beratungsstellen oder bei Angeboten, die für alle offen stehen, kommen die Alten zu kurz.“ Denn sie bräuchten für jedes Gespräch und jede Hilfe mehr Zeit, die sich die Fachleute meist nicht nehmen würden.

Hirsch sieht die Hausärzte als wichtigste Partner der Alten: „Denen vertraut jeder, die sehen alle.“ Es gehe nicht darum, dass der Allgemeinmediziner jede Frage beantwortet, aber als zentrale Anlauf- und Informationsstelle seien die hausärztlichen Praxen immens wichtig: „Fast noch wichtiger als der Arzt sind die Angestellten, die die Patienten ja ebenfalls sehen.“ Sie könnten Info-Blätter zu regionalen Angeboten an die Älteren verteilen, Angehörige auf Beratungen hinweisen. Wichtig sei eine gute Diagnostik, gerade im Bereich Demenz: „Der Hausarzt darf nicht einfach Medikamente verschreiben, sondern muss an eine Gedächtnissprechstunde verweisen, um eine Diagnose zu stellen.“ Als zweite relevante ärztliche Profession sieht Hirsch die Psychiater. Er setzt auf Zusammenarbeit zwischen Haus- und Facharzt und rät dazu, „einfach mal bei den Kollegen anzurufen und gemeinsam zu beraten“.

Doch es bleibt ein Problem: Wenn es um Gewalt in der Pflege geht, sind selbst aufmerksame Ärzte oft machtlos, denn sie spielt sich meist hinter verschlossenen Türen in den Familien ab. Weil die Gewalttäter „böse“ seien oder weil die Pflege eben so unendlich anstrengend – beide Erklärungen lehnt Kriminologe Görgen als zu einfach ab: „Es kommt darauf an, wie die Qualität der Beziehung vor der Pflegesituation war.“

Immer noch gibt es einen gewissen Erwartungsdruck der Umwelt, sich um Eltern oder Partner selbst zu kümmern. Sich Hilfe holen, Hilfe zulassen sei wichtig, sagen alle Beteiligten. „Die Lage scheint ausweglos“, sagte Anke Buhl. „Aber es gibt Hilfe, und es gibt Auswege.“ Manchmal sind es die scheinbaren Kleinigkeiten: „Bewegung, vor allem Tanzen“, rät Hirsch und verweist auf sein liebstes Rezept: „Humor!“

ESTHER GEISSLINGER

## PALLIATIVMEDIZIN

# Verkanntes Problem

**Erster palliativer Fachtag zum Thema Schmerz in Kiel geplant. Initiatoren wollen sich mit der Versorgung Schwerstkranker auseinandersetzen. Zusammenwirken verschiedener Disziplinen.**

Was schwerkranke Menschen umtreibt, ist fast nie die Angst vor dem Sterben an sich. Es ist die Angst, unerträgliche Schmerzen zu erleiden. Oder die Sorge, seinen Angehörigen auf unzumutbare Weise zur Last zu fallen. Entsprechend breit aufgestellt ist das erste Küstensymposium Palliativ, das sich am 7. September in Kiel an haupt- und ehrenamtliche Kräfte aus diesem Bereich wendet.

Den Betroffenen in der letzten Phase ihres Lebens die Gewissheit zu geben, umfassend versorgt zu sein, das erfordert das Zusammenwirken zahlreicher Disziplinen. Und die müssen „wie Zahnräder ineinandergreifen“, sagt Stefan Gross, Homecare Manager des Hilfsmittelanbieters GHD.

Das Unternehmen gehört ebenso zu den Verantwortlichen dieses auf 120 bis 150 Teilnehmende ausgerichteten Fachtages wie die Hof-Apotheke in Kiel. Die verfügt als eine der wenigen Apotheken in Deutschland über eine eigene Sterilabteilung, in der Medikamente zur Therapie oder zur Schmerzlinderung individuell hergestellt werden können. Auch das ist eine entscheidende Voraussetzung zur ambulanten Palliativarbeit, weiß der für diese Abteilung verantwortliche Apotheker Arne Kulm und fügt hinzu, dass damit zuweilen außerordentlicher Aufwand verbunden sein kann: „Wenn sich Schmerzen akut und dramatisch verschlimmern, kann es sein, dass man auch nachts oder am Wochenende neue Wirkstoffe anfertigen muss.“

Für den Fachtag ist es egal, welcher Disziplin jemand angehört, meint Katharina Kuhlmann-Becker, Fachbereichsleiterin für Palliativversorgung bei der Diakonie Altholstein: „Wir haben es mit so vielen Ängsten und manchmal auch Fehlinformationen zu tun, dass einfach jeder auf dem aktuellen Stand der Dinge sein sollte.“ Genau diesem Anliegen soll das Küstensymposium dienen, das aus Sicht der Beteiligten im Grunde überfällig ist. „In Kiel gibt es bisher keinen großen Fachtag, obwohl wir eine hohe Dichte an stationärer und ambulanter palliativer Versorgung haben“, hebt Kuhlmann-Becker hervor.



Prof. Dieter Siebrecht vom UKSH, Katharina Kuhlmann-Becker von der Diakonie Altholstein, Arne Kulm von der Hof-Apotheke in Kiel sowie Stefan Gross, Homecare Manager bei GHD (von links), stehen hinter dem ersten Fachtag, der sich am 7. September in Kiel dem Thema palliative Versorgung widmet.

## Info

Das erste Küstensymposium findet am Sonnabend, 7. September, von 9.30 bis 16.30 Uhr in der Sparkassenakademie im Faluner Weg 6 in Kiel statt und steht unter dem Thema „Schmerz – das verkannte Problem“. Die Tagung richtet sich vorrangig an medizinisches, pharmazeutisches und pflegerisches Fachpersonal. Ehrenamtliche und Interessierte aus den Hospizinitiativen sind willkommen. Anmeldungen sind bis 30. August unter [kuestensymposium@diakonie-altholstein.de](mailto:kuestensymposium@diakonie-altholstein.de) möglich. Informationen zum Programm und den Kosten unter [diakonie-altholstein.de/de/kuestensymposium](http://diakonie-altholstein.de/de/kuestensymposium)

Das erste Küstensymposium am 7. September steht unter dem Thema „Schmerz – das verkannte Problem“. Neben Schwäche ist Schmerz in der palliativen Krankheitsituation „immer noch das häufigste und auch eines der belastendsten Symptome“, sagt Prof. Dieter Siebrecht, Leiter der Interdisziplinären Schmerz- und Palliativstation des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in Kiel. Oft geht es dabei nach seiner Erfahrung um Verzweiflung über das näher rückende Ende der eigenen Lebenszeit und die damit verbundenen Verluste. „Auch solche Aspekte müssen unbedingt berücksichtigt werden“, betont der Arzt.

Nicht ohne Grund spielt im Vortragsprogramm des Symposiums das Thema Cannabis eine herausgehobene Rolle. Seit die gesetzlichen Möglichkeiten im Jahr 2017 erweitert wurden, sind die Verschreibungszahlen „exorbitant gestiegen“, berichtet Kulm, der ebenso wie Siebrecht dafür plädiert, das Thema nüchtern zu betrachten. Als allgemeines Schmerzmittel funktioniert Cannabis nach Siebrechts Erfahrung „nicht so gut“, wohl aber ließen sich positive Effekte etwa bei Appetitlosigkeit oder bei

der Eindämmung von Nebenwirkungen einer Chemotherapie erreichen.

Ein weiteres Thema der Tagung ist passive Sterbehilfe – oft eine Quelle für Missverständnisse und Fehlinterpretationen. Als Experte kommt Palliativmediziner Dr. Marcus Schlemmer vom Krankenhaus Barmherziger Brüder in München. In Vortrag und Workshop geht er auf die rechtlichen und begrifflichen Feinheiten dieses Themas ein, aber mehr noch auf die praktischen Erfahrungen. Die nämlich gestalten sich weniger dramatisch als die aufgeregten öffentlichen Diskussionen vermuten lassen. Wenn Schwerstkranke nach Sterbehilfe verlangen, spielt laut Siebrecht fast immer Angst die entscheidende Rolle. Erfahren die Betroffenen dann aber von der Möglichkeit der palliativen Sedierung, die durch notfalls sehr hoch dosierte Schmerzmittel Leiden vermeiden kann, verschwindet diese Forderung fast immer.

Weitere Schwerpunkte des Symposiums sind die Pädiatrische Schmerzbehandlung und kulturelle Aspekte des Umgangs mit dem Leiden.

MARTIN GEIST

## DEMENZ

# Schwierige Diagnose

Geistige Behinderung und Demenz: Durch den demografischen Wandel in Heimen tritt die Krankheit vermehrt auf.

Es begann mit kleinen Vergesslichkeiten. Doch eines Tages stand die Frau vor dem Tagestreff, den sie seit Jahren besuchte, und erkannte das Gebäude nicht wieder. Spätestens jetzt war den Betreuern im „Seniorenhaus“ der Kieler Stiftung Drachensee klar: Die Frau, die mit dem Gendefekt Trisomie 21 geboren wurde, litt unter einer Demenz.

Die Kombination von geistigen Behinderungen und demenziellen Störungen ist bisher wenig erforscht, wird aber angesichts älter werdender Belegschaften in Wohnheimen und Werkstätten für die Einrichtungen immer wichtiger. Bei einer Fortbildung der Alzheimer Gesellschaft Schleswig Holstein, die im vergangenen Monat in Neumünster stattfand, brachten sich Fachleute aus Alten- und Behinderteneinrichtungen auf den neuesten Stand der Forschung zu diesem Thema.

„Wir erleben die erste große Welle von Menschen, die mit Behinderung älter werden“, sagte Diplom-Sozialpädagogin Ines Hundsdörfer, Referentin der Alzheimer Gesellschaft. Wie in der restlichen Bevölkerung steigen mit dem Alter der Pflegebedarf und die Zahl an Demenzerkrankungen. Sie kommen bei geistig Behinderten ähnlich häufig vor wie in der Gesamtbevölkerung. Eine Ausnahme bilden Menschen mit dem Down-Syndrom: Bei ihnen treten Demenzerkrankungen, vor allem vom Alzheimer-Typ, deutlich häufiger und vor allem deutlich früher auf als bei Personen ohne diesen Defekt.

Ein Grund könnte sein, dass das Chromosom 21 ein Protein trägt, aus dem sich bei fehlerhaften Prozessen Plaque bildet, das bei einer Demenz Teile des Gehirns lahmlegt. Entsprechend lässt sich bereits bei Kindern mit Trisomie 21 eine Plaque-Produktion feststellen. Vermutet wird darüber hinaus eine genetische Prädisposition, denn auch Mütter von Kindern mit dem Down-Syndrom haben ein erhöhtes Risiko, an Alzheimer zu erkranken.

## Info

Ab dem 35. Lebensjahr können sich bei Menschen mit dem Gendefekt Symptome einer Demenz zeigen. Die Krankheit verläuft in der Regel schneller als bei Menschen ohne Trisomie 21. Bei den Über-65-Jährigen leiden 56 Prozent unter der Krankheit. Viermal höher selbst eine Demenz zu bekommen ist das Risiko unter Frauen, die im jüngeren Lebensalter ein Kind mit Down-Syndrom zur Welt bringen.

Wenig untersucht sind Demenzen bei anderen Formen geistiger Behinderung. „Generell steckt das Thema noch in den Kinderschuhen, es gibt wenig Literatur“, bedauerte Hundsdörfer.

Ein großes Problem ist, die Krankheit im frühen Stadium richtig zu diagnostizieren. Denn viele Symptome einer Demenz treten auch bei einer geistigen Behinderung auf, sind also nicht genau abzugrenzen. Dennoch riet Hundsdörfer dazu, bei einem Verdacht eine möglichst frühe und möglichst genaue Diagnose einzufordern. Ein wichtiger Grund: Nicht immer ist das, was auf den ersten Blick für eine Demenz gehalten wird, auch tatsächlich eine. Manchmal sind eine Stoffwechselstörung, ein Tumor oder andere körperliche Ursachen Schuld an der geänderten Verhaltensweise oder an einem verwirrten Zustand des Patienten. Und auch wenn eine Demenz erkannt wird, sollte festgestellt werden, um welchen Typ es sich handelt. Denn manchmal können psychotische Symptome auftreten, die mit atypischen Neuroleptika behandelt werden, „und die vertragen sich schlecht mit einer Lewy-Körper-Demenz“, warnte Hundsdörfer.

Ist die Krankheit erst diagnostiziert, gelten für den Umgang mit den Betroffenen ähnliche Verhaltensweisen wie bei Erkrankten ohne geistige Behinderung. Hundsdörfer stellte die Methode der Validation vor, eine Art der Kommunikation, bei der auf die Patienten eingegangen wird. Statt einer Frau, die sich mit der Gabel die Haare kämmt, das Besteck wegzunehmen, könnte ein freundliches Lob helfen: „Oh, Sie machen sich hübsch!“ Nie von oben herab, nicht zu viele Informationen auf einmal – im Grunde also genau das, was in Einrichtungen der Behindertenhilfe ohnehin zum Alltag zählt.

Wichtig sei auch bei Menschen mit geistiger Behinderung, dass die Biografie des Patienten bekannt ist und immer wieder einbezogen werden kann. „Hier

sind Sie im Vorteil“, sagte Hundsdörfer. Denn in vielen Einrichtungen leben die Menschen mit Behinderungen schon seit vielen Jahren, ihre Biografie, Vorlieben und Abneigungen sind daher bekannt.

Wenn sie denn dort bleiben können – in vielen Einrichtungen stellt sich die Frage, wo geistig Behinderte mit Demenz am besten untergebracht sind: im vertrauten Wohnheim oder doch in einer Altenpflege?

Aus der Praxis berichteten Diplompädagogin Maria Leube und Sozialarbeiter Knud Sönnichsen aus der Kieler Stiftung Drachensee. Die Organisation betreibt in Kiel insgesamt elf Wohnheime an verschiedenen Standorten und eine ebenfalls über mehrere Standorte verteilte Werkstatt für Menschen mit Behinderungen sowie Freizeit- und Fortbildungsangebote. Sie hat in den vergangenen Jahren Konzepte entwickelt, damit die langjährigen Bewohner auch bei Pflegebedarf bis zu ihrem Tod in der Einrichtung bleiben können. So gibt es inzwischen ein eigenes Wohnheim für Ältere, das auch für Demenzerkrankte ausgestattet ist.

Dass dies wichtig ist, zeigen die Zahlen, die Sonja Leube präsentierte. So gab es 1987 keinen einzigen Bewohner über 60 Jahren im Drachensee, im Jahr 2019 sind von rund 200 Plätzen in den Wohnheimen 60 von Über-60-Jährigen belegt. Im Jahr 2035 werden es etwa doppelt so viele sein.

Gerade in Wohnheimen, in denen Mitbewohner verändertes Verhalten bemerken, sei es wichtig, die Diagnose zu stellen und sie in der Gruppe zu besprechen, riet Hundsdörfer. „Mitbewohner werden neidisch, wenn eine Person anders handelt, beispielsweise von Arbeit in der Wohngemeinschaft befreit wird. Gleichzeitig spüren sie natürlich auch, dass sich jemand verändert, und wollen die Gründe dafür erfahren, sie machen sich schließlich auch Sorgen.“ Mit einfachen Worten und Bildern lässt sich auch Menschen mit Behinderung erklären, um was für eine Art der Erkrankung es sich handelt und wie die anderen damit umgehen sollen.

„Ein Vorteil ist, dass die Bewohner oft schon sehr lange zusammen in einer Einrichtung leben und damit eine Menge Toleranz entwickelt haben“, sagte Sozialarbeiter Sönnichsen während der Fortbildung in Neumünster. Dinge wie Intelligenz, Bildung, berufliche Fähigkeiten oder Status seien in Behinderteneinrichtungen weniger wichtig. „Wer ohnehin nur wenig lesen und schreiben kann, verliert nicht zu viel, wenn die Fähigkeit verschwindet“, sagte Sönnichsen in diesem Zusammenhang. Er gab aber auch zu bedenken: „Die Emotionen aber bleiben mit Demenz.“

ESTHER GEISSLINGER

Von einem Schlag zum anderen hört das Herz auf zu schlagen – der Puls setzt aus, der Atem versagt, die Pupillen weiten sich, die Haut verfärbt sich grau. Ohne sofortige Wiederbelebung wird aus dem Herzstillstand ein plötzlicher

Herztod, und dabei kommt es auf Sekunden an. Um die Überlebenschancen zu verbessern, sorgen Smartphone-Apps dafür, ausgebildete Ersthelfer schneller zu Bewusstlosen zu führen. Im Rahmen eines Modellversuchs, hinter dem der Landesverband des Arbeiter-Samariter-Bundes (ASB) steht, haben schon 6.000 Freiwillige in Schleswig-Holstein den digitalen Alarmknopf installiert.

„Mich erschreckt am meisten, dass fast immer andere Leute beobachten, wenn jemand mit einem Herzstillstand zusammenbricht, aber selten eingreifen“, sagt Bea Klatt. Die 19-jährige Abiturientin leitet ehrenamtlich für den ASB Schulungen für künftige freiwillige Ersthelfer. Deutschland tut sich immer noch schwer mit den sogenannten Laienrettungen: Während in Holland und den skandinavischen Ländern fast immer ein Umstehender mit der Wiederbelebung beginnt, traut sich in Deutschland nur in unter 40 Prozent der Fälle ein Laie einen Rettungsversuch zu. Denn gerade Angehörige, die am häufigsten Zeuge eines Herzstillstands werden, sind durch die Notfallsituation „meist emotional belastet“, sagt Sebastian Wenk, Disponent in der Rettungsleitstelle Süd. Indem die Leitstelle die ehrenamtlichen Ersthelfer informiert, „stellen wir uns sozusagen im Namen des Bewusstlosen an die Straße und rufen um Hilfe“.

Bundesweit gibt es mehrere Ersthelfer-Apps, mit denen ausgebildete Freiwillige über die Rettungsleitstelle informiert und zu einem Bewusstlosen geleitet werden. In Schleswig-Holstein sind zwei in Betrieb: „Meine Stadt rettet“, die zuerst in Lübeck erprobt wurde, und aktuell im Modellbetrieb „Saving Life“. Wissenschaftlich wird das Projekt vom Institut für Rettungs- und Notfallmedizin (IRuN) des UKSH in Kiel begleitet.

Institutsleiter Prof. Jan-Thorsten Gräsner ist von dem Konzept begeistert: „Trainierte Ersthelfer sind Gold wert.“ Denn die Menschen, die sich die App installieren, „haben sich auf jeden Fall schon mit dem Gedanken vertraut gemacht zu helfen“. Das UKSH prüft bei allen, die sich die App herunterladen wollen, welche Art von Kursen oder Ausbildung sie besitzen: „Wer da zu Wildfremden geht, um sie wiederzubeleben, darf nicht nur vom Helfen besetzt sein.“ Im Rahmen einer Doktorarbeit wird ausgewertet, wie sich die Überlebensraten durch den Einsatz der Helfer verändern, aber auch, wie die Freiwilligen ihre Einsätze erleben. Mit Ergebnissen sei zum Jahresende zu rechnen, so Gräsner. Er



Bea Klatt leitet ehrenamtlich Schulungen für künftige Ersthelfer, die per App alarmiert werden.

## ERSTE HILFE

# Digitaler Alarm

6.000 Freiwillige beteiligen sich in Schleswig-Holstein an einem Modell, bei dem sie per App als Ersthelfer zum Einsatz gerufen werden.

ist froh, dass „Saving Life“ und „Meine Stadt rettet“ beide von der Münchener Firma Ecorium entworfen wurden, sodass sie dieselbe technische Plattform verwenden. Gräsner wünscht sich Systeme, die bundesweit funktionieren: „Niemand möchte verschiedene Apps.“

Wenn es technisch passt, erscheinen die Smartphones, die die App installiert und eingeschaltet haben, als Signale auf den Bildschirmen der Rettungsleitstelle. Läuft dort ein Notruf ein, können die Disponenten erkennen, ob Ersthelfer in der Nähe eines Bewusstlosen oder Verunglückten sind, und sie alarmieren.

Um geeignete Freiwillige zu finden, bietet der ASB im Rahmen des Modellprojekts 190 Erste-Hilfe-Trainings. Ebenso viele Kurse bietet die ebenfalls beteiligte Dansk Folkehjælp (Dänische Volkshilfe) auf dänischer Seite an. Zielgruppen sind Menschen, die sich mit Notfallsituationen auskennen, etwa Feuerwehrleute oder Ehrenamtliche des Technischen Hilfswerks. Die App kann zeitweise deaktiviert werden, etwa während der Arbeitsstunden. Die Helfer dürfen darüber hinaus jederzeit ohne

Angabe von Gründen einen Ruf ablehnen. Die ehrenamtlichen Ersthelfer sind während des Einsatzes versichert, erhalten aber keine Entschädigung für etwaigen Lohnausfall. „Aber wenn wir in Unternehmen Wiederbelebungstrainings veranstalten und die Saving-Life-App vorstellen, erhalten wir eigentlich immer die Zusage, dass Leute ohne Nachteile zum Rettungseinsatz gehen dürfen“, sagt Stephan Andersen vom ASB-Landesverband.

Im Idealfall werden drei Ersthelfer zu einem Bewusstlosen geschickt: Der erste beginnt mit der Herz-Lungen-Wiederbelebung. Der zweite holt einen Defibrillator, dessen Standorte ebenfalls auf der App verzeichnet sind. Der dritte Helfer kann Angehörige beruhigen oder dem Notarzt den Weg zeigen. Durch die Zusammenarbeit mit dem Rettungswesen in Dänemark soll es mittelfristig möglich sein, im Grenzgebiet Ersthelfer aus beiden Staaten zu alarmieren. Andersen wünscht sich, dass die App von anderen übernommen wird: „Nachmachen erlaubt!“

ESTHER GEISSLINGER

190

Erste Hilfe-Trainings bietet der ASB im Rahmen eines Modellprojektes an. Genauso viele Kurse hat die dänische Volkshilfe im Angebot. Ziel ist es, dass die Erstretter auf beiden Seiten der Grenze zum Einsatz kommen.

## SERIE

# Anfänge der KV in Schleswig-Holstein

Ärzte als unorganisierte Einzelkämpfer, die Dumpingpreisen von Krankenkassen ausgeliefert waren: Diese Situation gab es vor Gründung der KV auch in Schleswig-Holstein.

Nicht nur Besucher sondern auch alteingesessene Bad Segeberger sind erstaunt, wenn sie erfahren, dass Ärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und andere schleswig-holsteinische ärztliche Organisationen sich nicht in der Landeshauptstadt oder in einer anderen schleswig-holsteinischen Großstadt, sondern in Bad Segeberg befinden. Wie konnte es kommen, dass sich die schleswig-holsteinische Ärzteschaft für ihre wichtigsten Organisationen weitab von der Landesregierung und anderen schleswig-holsteinischen Verbänden ausgerechnet Bad Segeberg ausgesucht hat? Einige Gründe ließen sich leicht finden. Bad Segeberg liegt günstig zwischen Kiel, Neumünster, Hamburg und Lübeck und verfügt über eine gute Infrastruktur, wie z. B. höhere Schulen, überzeugende Freizeitangebote, die Kreisverwaltung und ande-

## Info

*Nach 1945 wurde auf Veranlassung der britischen Militärregierung nur die Ärztekammer aktiv, da dringender Bedarf für ihre Tätigkeit bestand. Die Verwaltungsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) wurde damals in die Ärztekammer eingegliedert.*

res. Abwägende, kluge Analysen waren jedoch im Jahr 1935 nicht der Grund für die Verlagerung der Ärztekammer und des Provinzialverbands Schleswig-Holstein als Vorläufer der Kassenärztlichen Vereinigung aus Kiel über Neumünster nach Bad Segeberg. Es war der Wechsel in der Leitung der beiden Körperschaften von Frauenarzt Dr. Hans Köhler, Neumünster, zum chirurgischen Chefarzt Dr. Hans Rinne, Bad Segeberg. In Bad Segeberg blieben die ärztlichen Organisationen auch, als nach der NS-Zeit im Juni 1945 der Kieler Arzt Dr. Berthold Rodewald Chef der ärztlichen Einrichtungen wurde. Auch spätere Vorsitzende und Präsidenten aus Lübeck und Kiel änderten nichts mehr an der Ortswahl.

Größe und Mitarbeiterzahl der beiden ärztlichen Körperschaften waren allerdings Mitte der dreißiger Jahre noch nicht beeindruckend, sodass die Ge-

schaftsstelle in der am Segeberger See gelegenen Villa im Klosterkamp 12, einer Seitenstraße der nach Norden führenden Kurhausstraße, ausreichten. Auch als die Körperschaften in der Nachkriegszeit größer wurden, blieben sie dem Nordosten Bad Segebergs treu. Die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer fanden 1965 nach einer Interimszeit in der Eutiner Straße 3 Grundstücke in der Bismarckallee am Rande des Kurparks in unmittelbarer Nachbarschaft zum Otto-Flath-Haus.

Die Vorgeschichte von Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer ist eng verbunden. Beide waren deswegen bis weit in die Nachkriegszeit auch für die Ärzte kaum auseinanderzuhalten. Am Kriegsende waren die beiden Organisationen Provinzverwaltungen der Reichsärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) für Schleswig-Holstein. Nach 1945 wurde jedoch auf Veranlassung der britischen Militärregierung nur die Ärztekammer aktiv, da dringender Bedarf für ihre Tätigkeit bestand. Die Verwaltungsstelle der KVD wurde damals einfach in die Ärztekammer eingegliedert. Folgerichtig gab es für beide eine gemeinsame Leitung. Die Ärztekammer hatte keine eigenen Mitarbeiter, sondern die Kassenärztliche Vereinigung stellte Personal, Räume und Infrastruktur gegen Entschädigung zur Verfügung. Die KV war gegenüber der Ärztekammer die weitaus größere und finanzstärkere Einrichtung. Die Ärztekammer hatte übergeordnete berufspolitische Funktionen für die Gesamtheit des Berufsstandes in Praxis, Krankenhaus und öffentlichem Gesundheitsdienst wahrzunehmen, also Aufgaben, die während der NS-Zeit zentral von der Reichsärztekammer bearbeitet wurden und die nicht unbedingt immer direkte Auswirkungen auf die tägliche Arbeit der Ärztinnen und Ärzte hatten. Insofern bestand damals kein großer Personalbedarf.



Das Gebäude der Privatärztlichen Verrechnungstelle Schleswig-Holstein heute.



Das Gebäude der Kassennärztlichen Vereinigung in der Bismarckallee heute.

Dagegen war die Kassennärztliche Vereinigung ganz praktisch für das tägliche Brot, die Honorierung der niedergelassenen Kassenärzte zuständig. Kassennärztliche Vereinigungen bestehen heute aufgrund von Regelungen im Sozialgesetzbuch (SGB V), während Ärztekammern schon seit ihrer Gründung mit Ausnahme der NS-Zeit Länderangelegenheit waren. Allerdings verschwammen damals die Grenzen zwischen Kammer und KV bei den Ärzten und in der öffentlichen Wahrnehmung.

Als dritte große ärztliche Organisation ist die Privatärztliche Verrechnungsstelle Schleswig-Holstein/Hamburg („Die PVS“) zu nennen. Die Honorierung der privatärztlichen Tätigkeiten aller Arztgruppen, also der niedergelassenen Ärzte wie auch der Krankenhausärzte, war weder Angelegenheit der Kammer noch der KV. Sie erfolgt durch direkte Abrechnung der Ärzte mit den Privatpatienten oder mit der Hilfe privatärztlicher Abrechnungsstellen, von denen sich die für Schleswig-Holstein wichtigste auch in Bad Segeberg, in der Moltkestraße befindet. Im Gegensatz zu Ärztekammer und Kassennärztlicher Vereinigung sind die Privatärztliche Verrechnungsstelle sowie der im Weiteren noch zu nennende Marburger Bund und die Ärztenossenschaft Nord keine Körperschaften öffentlichen Rechts. Mit 17 Ärzten als Mitgliedern hat die PVS 1926 als „Ärztliche Verrechnungsstelle Ostholstein e. V.“ in einer Dachkammer in der Bad Segeberger Keltlingstraße begonnen. Begründet wurde sie von Dr. Hans Rinne und Dr. Erwin Reiner. Nach dem Zusammenschluss mit der Flensburger PVS entstand am 1. Januar 1937 die PVS Schleswig-Holstein.

## Info

Bad Segeberg wurde zum Standort ärztlicher Organisationen: Neben Ärztekammer und KV siedelten sich hier auch die PVS, der Marburger Bund und die Ärztenossenschaft Nord an.

Anfang 1938 wurde aus dem Verein eine Verwaltungsstelle der Reichsärztekammer. Stationen der ständig wachsenden Einrichtung waren der Klosterkamp 13, die Eutiner Straße 3 und mit einem Teil des Betriebs das Blunksche Haus in der Moltkestraße 1. Im August 1948 wurde sie, wie damals auch die Kassennärztlichen Vereinigung, aus der Ärztekammer herausgelöst und wieder ein Verein. 1951 wurde ein neu errichtetes Gebäude in der Moltkestraße 1-3 bezogen, in dem damals immerhin schon 75 Mitarbeiter Platz fanden<sup>1</sup>. Das Gebäude wurde zwischen 1951 und 2011 erweitert, renoviert und an die jeweiligen Anforderungen angepasst. 1985 entstand durch Übernahme der Abrechnungsstelle Hamburg die PVS Schleswig-Holstein/Hamburg. Die PVS SH/HH hat heute über 100 Mitarbeiter, Zweigstellen in Hamburg und Bad Doberan und rund 3,500 Kunden. Sie zieht pro Jahr ungefähr 1,8 Millionen Arztrechnungen ein.<sup>2</sup>

Der Marburger Bund ist der Berufsverband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte und setzt sich politisch für die Verbesserung der beruflichen Situation der Ärzte ein. Als Ärztenossenschaft führt er die Tarifverhandlungen für die meist im Krankenhaus tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte. Seine Geschäftsstelle befindet sich ebenfalls im Nordosten Bad Segebergs in der Esmarchstraße in einem Gebäude der Ärztekammer. Im Gegensatz dazu ist die Ärztenossenschaft Nord ein Zusammenschluss von etwa 1.800 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Sie will von staatlichen Reglementierungen unabhängig die Interessenvertretung gegenüber Krankenkassen und Politik wahrnehmen und neue Vertragsmög-

lichkeiten im Gesundheitswesen nutzen. Ihr Sitz ist im Zentrum Bad Segebergs in der Bahnhofstraße.

### Entstehung der Kassennärztlichen Vereinigung

Die angemessene Honorierung ärztlicher Leistungen war schon früher für die freiberuflich tätigen niedergelassenen Ärzte wichtig, auch wenn dieser Aspekt in der Vergangenheit möglichst zurückhaltend in der Öffentlichkeit angesprochen wurde, was Ärztestreiks am Anfang und in den zwanziger Jahren des 20. Jahrhunderts jedoch nicht ausschloss. Ärztliches Handeln sollte bei den Patienten vorrangig nicht als von wirtschaftlichen Gesichtspunkten der Ärzte bestimmt angesehen werden. Mit der Durchsetzung wirtschaftlicher Interessen der Ärzteschaft befasste Organisationen entstanden so erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts, die Ärztenossenschaft Marburger Bund sogar erst in der Nachkriegszeit 1947/48.<sup>3</sup>

Die Ärzte begannen bereits knapp hundert Jahre früher, Ärztevereine regional zur Wahrnehmung ihrer beruflichen Interessen zu bilden. Ziele waren allgemeine Ordnungsfunktionen innerhalb der Ärzteschaft, ärztliche Fortbildung, Bekämpfung des Kurpfuschertums sowie die Alters- und Hinterbliebenenfürsorge und die angemessene Honorierung ärztlicher Leistungen. In Schleswig-Holstein gab es bereits in der dänischen Zeit einige wenige ärztliche Vereine, z. B. in Altona, Kiel, Schleswig und Süderdithmarschen, aber keinen mit überregionaler Bedeutung für die beiden Herzogtümer. Einer der ersten Ärztevereine in Deutschland wurde am 23. Oktober 1809 in der jedoch erst seit 1937 zu Schleswig-Holstein gehörenden Hansestadt Lübeck gegründet.<sup>4</sup> Für Bad Segeberg gab es seit 1865 den südost-holsteinischen ärztlichen Verein, später den Segeberger Ärzteverein, der nach der NS-Zeit 1945 unter dem Vorsitz von Dr. Erwin Reiner (1888-1953) wieder zum Leben erweckt wurde.

Erst nach der Herauslösung der Herzogtümer aus dem dänischen Gesamtstaat wurde anlässlich einer Versammlung des Vereins baltischer Ärzte in Kiel am 8. Juni 1865 der Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte gegründet. In dem Einladungsschreiben wurden u. a. auch die wirtschaftlichen Motive deutlich. Der ärztliche Stand sollte „für die ihm zugemutheten erhöhten Leistungen entsprechend durch Verbesserung seiner materiellen Leistungen entschädigt und durch die seinen Leistungen gebührende Achtung geehrt“ werden.<sup>5</sup> Diese berufspolitische Zielvorstellung, hier zunächst für den in Entstehung befindlichen Verein formuliert, galt künftig mehr oder weniger für alle ärztlichen Verbände und Organisationen in Schleswig-Hol-

stein als Leitlinie. Der Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte (künftig kurz: Provinzialverein) wurde für die nördlichste preußische Provinz ein Kristallisationspunkt ärztlicher Berufspolitik mit anfangs 142 Mitgliedern. Später haben etwa drei Viertel der ständig steigenden Zahl praktischer Ärzte der Provinz zum Verein gehört, ein bei freiwilliger Mitgliedschaft beeindruckender Organisationsgrad.<sup>6</sup> 1890 gab es in Schleswig-Holstein 17 selbstständige regionale Vereine, 1925 waren es 22. Sie hatten 1890 in der Regel zwischen zehn und zwanzig Mitglieder, der Ärzteverein in Altona und die drei Kieler Vereine ragten mit einer deutlich höheren Mitgliederzahl heraus. Die Ärztevereine waren später meistens auch die organisatorische Grundlage für die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen.

In der Zeit der Entstehung der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung mit Errichtung der gesetzlichen Krankenversicherung (1883), der Unfall- (1884), Invaliditäts- (1889) und Rentenversicherung (1891)<sup>7</sup> erwies es sich besonders in wirtschaftlicher Hinsicht als nachteilig, dass die freiwillige Mitgliedschaft zu ärztlichen Vereinen nicht alle Ärztinnen und Ärzte erfasste. Eine Lösung wurde in Preußen 1887 in der Schaffung von Provinzärztekammern als Körperschaften öffentlichen Rechts gesehen. Die Kammern sollten sich mit allen Fragen und Angelegenheiten des ärztlichen Berufes sowie der öffentlichen Gesundheitspflege beschäftigen. Zu ihren Aufgaben sollte aber auch gehören, für die Wahrung elementarer wirtschaftlicher Belange am Anfang einer jeden Wahlperiode Ausschüsse einzusetzen, die die zwischen Ärzten und Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zu überwachen hatten.<sup>8</sup>

Die Eingaben und Beschlüsse der Ärztetage und -vereine für die Erhaltung der Freiheit des Ärztstandes scheiterten jedoch regelmäßig auf Reichsebene an dem „seit Bismarcks Abgang ungehemmten Sozialisierungsdrang des Reichsregierung und des Reichstags“, wie es der Vorsitzende des Vereins Schleswig-Holsteiner Ärzte, Dr. Wilhelm Henop, in seinem Bericht über die Jahre 1865 bis 1925 seines Vereins feststellte.<sup>9</sup> Die Spannungen zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft wurden größer, als 1892 in einer Novelle zum Krankenversicherungsgesetz die Krankenkassen das Recht erhielten, über die Einstellung einzelner Ärzte allein zu entscheiden. Damit hatten sie die Definitionsmacht über die Inhalte der Verträge mit den einzelnen Ärzten und die Möglichkeit, die Honorare immer weiter zu drücken. Die hieraus entstehende starke Stellung der Krankenkassen und die schwache Stellung des einzelnen Arztes führten zu einer über etwa zwei Jahr-

zehnte dauernden heftigen Konfrontation zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen.<sup>10</sup> Auf Reichsebene war die Gründung des „Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ die Folge, des „Leipziger Verbandes“, der ab 1923 Hartmannbund genannt wurde, am 13. September 1900 durch Dr. Hermann Hartmann (1863-1923). Dazu kam, nicht zum Vorteil der politischen Situation der Ärzteschaft, auf Reichsebene ein sich zuspitzender Konflikt zwischen dem mehr den ärztlichen Standesproblemen zugewandten Ärztevereinsbund und dem auf die wirtschaftlichen Interessen der Ärzte verpflichteten Leipziger Verband.

Schleswig-Holstein war da schon weiter. Eine solche Entwicklung gab es schon fast ein Jahrzehnt früher zwischen dem Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte und dem 1890 zunächst von einigen Ärztevereinen gegründeten „Cartell-Verband Schleswiger Ärzte-Vereine“.<sup>11</sup> Ein Beitrag in Heft 12 der „Mittheilungen des Vereins schleswig-holsteinischer Ärzte“ im Dezember 1890 zeigte dies sehr deutlich. Erstmals wird auf eine drohende Spaltung in der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft hingewiesen. Unter dem Titel „Kleine beachtenswerte Ereignisse“ findet sich folgender Bericht: „Im Herzogthum Schleswig will es ein Neues werden! Es hat sich daselbst ein 'Cartell-Verband Schleswiger-Ärzte-Vereine' gebildet, dem bis jetzt der Angler, der Flensburger und der Nordost-Schleswigsche Verein angehören.“<sup>12</sup> Zu den Aufgaben des neuen Verbandes sollten insbesondere die Wahrnehmung und Förderung der materiellen ärztlichen Interessen wie Aufbesserung des Honorars, das Verhältnis zu den Krankenkassen und die Leitung des Existenzkampfes in standeswürdige Bahnen gehören. Hierzu wollte man Material für Verhandlungen des Provinzvereins und der Ärztekammer vorbereiten. Ganz offenkundig hatte der Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte die durch die Krankenkassengesetzgebung des Reiches größer werdenden existenziellen Sorgen der praktizierenden Ärzte in der Provinz nicht wahrgenommen. Der Unwille der am Patienten tätigen Ärzte, die durch die weitgehend ungehinderte Machtausübung der regionalen Krankenkassen gegeneinander ausgespielt wurden, schaffte sich durch Bildung einer auf der Struktur der Regionalvereine beruhenden Parallelorganisation Raum.

In Schleswig-Holstein kann der Cartell-Verband als Keimzelle unserer heutigen KVSH angesehen werden, auch wenn noch ziemlich genau 40 Jahre bis zu ihrer Gründung durch eine Notverordnung des Reichspräsidenten Hindenburg am 8. Dezember 1931 vergehen sollten. Weitere Vereine schlos-

sen sich in den Folgejahren dem Cartell-Verband an. Bezweckt wurde die Abwehr der Übergriffe der Krankenkassen, im Ergebnis richtete sich die Aggression der ärztlichen Basis aber bald auch gegen den Provinzialverein. Der Streit eskalierte, insbesondere die vom Cartell-Verband beklagte starke Repräsentanz von beamteten Ärzten in den Leitungsstrukturen des Provinzialvereins und der Ärztekammer wurde immer wieder kritisiert. Ende 1899 gelang dem Cartell-Verband und dem Verein schleswig-holsteinischer Ärzte jedoch in Erkenntnis der Tatsache, dass der Gegensatz zwischen beiden schleswig-holsteinischen Verbänden ein für die Ärzteschaft kontraproduktiver Zustand sei, mit großer Mehrheit eine Kommission einzusetzen, die eine Integration des Cartell-Verbandes in den Provinzialverein durch eine Neuorganisation vorbereiten sollte. Auf Reichsebene gelang es Hartmann mit dem Leipziger Verband, mit dem Mittel der „Cavete“-Liste<sup>13</sup> wirksam die Kassen an der Nutzung des ihnen 1892 eingeräumten Rechtes zu hindern. Die meisten Ärzte folgten dem Ruf und schlossen mit so betroffenen Kassen keine Verträge ab. Ein wirksames Mittel, die wirtschaftlichen Interessen durchzusetzen, war gefunden.<sup>14</sup>

Die Einigung zwischen dem Provinzialverein und dem Cartellverband, die hier im Einzelnen nicht dargestellt werden soll, erweiterte die politischen Handlungsmöglichkeiten der Ärzteschaft: Die von der schleswig-holsteinischen Ärztekammer auch 1903 wieder eingerichteten zwei Vertragskommissionen erstellten für die Ärzte verbindliche Richtlinien. Nicht die einzelnen Ärzte, die von den Krankenkassen gegeneinander ausgespielt werden konnten, sondern ärztliche Kommissionen sollten die Beziehungen der Ärzte zu den Krankenkassen regeln, wobei besonders die ungenügende Honorierung und die nicht bestehende freie Arztwahl im Vordergrund stehen sollten. Problematisch war dabei, dass die Richtlinien von den einzelnen Ärzten dann nicht beachtet wurden, wenn sie für sich Nachteile befürchteten. Um ein solches Verhalten möglichst zu verhindern, wurden vom Leipziger Verband „Schutz- und Trutzbündnisse“ gebildet. Die beteiligten Ärzte mussten ein Revers unterzeichnen und sich ehrenwörtlich zu solidarischem Verhalten verpflichten. Der Druck der regionalen Ärztevereine auf die Ärzte zur Unterzeichnung solcher Revers war erheblich. War ein solcher „Ehrenwortschein“ unterschrieben, konnte – so war die damals vorherrschende, aber rechtlich unzutreffende Meinung – der betreffende Arzt ehrengerichtlich verfolgt werden. In den preußischen Provinzen beteiligten sich etwa 30 bis 80 Prozent an der Aktion.<sup>15</sup> Ob es in Schleswig-Holstein diesbezüglich Ehren-

## Info

*In Schleswig-Holstein kann der Cartell-Verband als Keimzelle der heutigen KVSH angesehen werden, auch wenn noch 40 Jahre bis zu ihrer Gründung durch eine Notverordnung des Reichspräsidenten Hindenburg am 8. Dezember 1931 vergehen sollten. Weitere Vereine schlossen sich in den Folgejahren dem Cartell-Verband an. Bezweckt wurde die Abwehr der Übergriffe der Krankenkassen.*

## „Die Vorgeschichte von Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer ist eng verbunden. Beide waren deswegen bis weit in die Nachkriegszeit auch für die Ärzte kaum auseinander zu halten.“

gerichtsverfahren gegeben hat, ist bisher noch nicht untersucht worden.

Die Zusammenfassung der Zweige der Sozialversicherung in einer Reichsversicherungsordnung vor dem Ersten Weltkrieg sah zur Enttäuschung der organisierten Ärzteschaft weder die Einführung der freien Arztwahl noch die Einzelleistungshonorierung noch den Abschluss von Kollektivverträgen vor. Ständig wurde seitens der Krankenkassen durch den Abschluss von Verträgen mit einzelnen Ärzten eine Art „Honorardumping“ betrieben. Streiks drohten, Kassenverträge wurden gekündigt, der Leipziger Verband hatte bereits einen Streikfonds eingerichtet. Einen Tag vor Weihnachten 1913 gelang es der Reichsregierung gerade noch rechtzeitig vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung (RVO) am 1. Januar 1914, eine Einigung zwischen den Kontrahenten im sogenannten „Berliner Abkommen“ herbeizuführen. Durch die Übergabe der Zulassungsautonomie der Kassen in paritätisch besetzte Vertrags- und Registerausschüsse wurde der erste Schritt zu einer Zusammenarbeit zwischen Kassen und Ärzten vollzogen, mit dem die freie Arztwahl und Kollektivverträge später möglich wurden. Mit dem Berliner Abkommen kam es zu einer entscheidenden Wende für die Ärzteschaft, mit der das Ringen um Selbstverwaltung und Berufsaufonomie auch mithilfe des Staates einen vorläufigen Abschluss fand.<sup>16</sup>

Schon vorher, am 25. März 1913, erfolgte in Schleswig-Holstein die Gründung eines Zweckverbandes der kassenärztlichen Vereinigungen als Untergliederungen des Hartmannbundes. Dieser Termin kann als Gründungsdatum des Vorläufers unserer heutigen Kassenärztlichen Vereinigung angesehen werden. 1918/19 wurden seine Aufgaben mit den beiden Vertragskommissionen der Ärztekammer zunächst durch den Kieler niedergelassenen Arzt Sanitätsrat Dr. Mose, dann hauptamtlich durch Oberstabsarzt a. D. Dr. Karl Hüne (1871-1960) auf Betreiben des Kieler Sanitätsrats Dr. Julius Weisner im Kieler Ärztebüro koordiniert. Der ab 1923 als Provinzialverband Schleswig-Holstein des Hartmann-

bundes bezeichnete Verband blieb jedoch nach wie vor ein privater Verein.

Im Ergebnis gab es jedoch weiterhin ein kleinteilig funktionierendes Nebeneinander einer Vielzahl ärztlicher Strukturen, Abrechnungsstellen und regionaler gesetzlicher Krankenkassen, die ihrerseits auch noch in Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen sowie Ersatzkassen und besondere Kostenträger aufgeteilt waren. Die Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen erfolgte durch 21 auf Kreisebene bestehende Kassenärztliche Vereinigungen mit eigenen Verrechnungsstellen<sup>17</sup>

Die Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation in Deutschland durch die Weltwirtschaftskrise ab 1929 führte zu einer auch den Beruf der Ärzte betreffenden Notverordnung des Reichspräsidenten Hindenburg. Am 8. Dezember 1931 wurden offiziell Kassenärztliche Vereinigungen und Spitzenverbände auf Landes- und Reichsebene geschaffen. Die Verordnung beruhte nach einer entsprechenden Beschlussfassung des Deutschen Ärztetages 1931 in Köln auf einer Einigung zwischen den Spitzenverbänden der Ärzteschaft und den gesetzlichen Krankenkassen. Im Wesentlichen wurde die Einführung einer Kopfpauschale, ein Regelbetrag für Arzneimittel, eine Regelung zur Eingrenzung eines Übermaßes an Krankschreibungen sowie zur Schaffung besserer Aussichten für den ärztlichen Nachwuchs eine Senkung der Verhältniszahl von Arzt zu Versicherten vereinbart. Die Abrechnungen mit den regionalen gesetzlichen Krankenkassen erfolgte zwar weiterhin durch die auf Kreisebene bestehenden Kassenärztlichen Vereinigungen,<sup>18</sup> nun aber im Rahmen von zwischen Spitzenverbänden und Ärzten abgeschlossenen Mantelverträgen.

### Die Provinzstelle Schleswig-Holstein der KVD in Bad Segeberg

Im Hinblick auf die Ereignisse nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten war die Einigung 1931 zwischen Ärzteschaft und gesetzlichen Krankenkassen gerade noch rechtzeitig erfolgt. Es gab wegen der einvernehmlichen Re-

gelung nach fünfzigjährigem Kampf für den „Reichskommissar der ärztlichen Spitzenverbände“, den späteren „Reichsärztführer“ Dr. med. Gerhard Wagner keinen vernünftigen Anlass zu grundsätzlichen Änderungen. So kam es durch die Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 2. August 1933 zu verkraftbaren neuen Vorschriften. Das war zum einen die Gründung einer Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) als Körperschaft des öffentlichen Rechts,<sup>19</sup> die Zulassung von Ärzten zur Kassenpraxis allein durch die Ärzteschaft und die Verteilung der in einem Gesamthonorar an die KVD gezahlten Kopfpauschale unter den Ärzten nach einem den Leistungen entsprechenden Punktesystem.<sup>20</sup> Die Aufgaben und Rechte der bis dahin auf privatrechtlicher Grundlage bestehenden kassenärztlichen Vereinigungen wurden nunmehr von der KVD wahrgenommen. Aus Einrichtungen beruflicher Selbstverwaltung waren staatliche Aufsichts- und Kontrollorgane geworden.<sup>21</sup> In Schleswig-Holstein entstand aus dem Ärztlichen Provinzialverband des Hartmannbundes im August 1933 eine Provinzstelle Schleswig-Holstein der KVD. Amtsleiter wurde der Gauobmann des schleswig-holsteinischen Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB) Dr. med. Hans Köhler (1878-1961), Neumünster. Für die im Lande niedergelassenen Ärzte änderte sich durch diese organisatorischen Veränderungen wenig, da die Abrechnungsstellen blieben und auch die Umstellung auf Bezirksstellen 1934 nicht zu nennenswerten Belastungen führte. Das Büro des bisherigen Provinzialverbandes wurde am 28. August 1933 aus Kiel nach Neumünster verlegt. In Kiel blieben in der Caprivistraße 24 noch für kurze Zeit die Ärztekammer, die Pensionskasse der Ärzte sowie die regional zuständige Bezirksstelle Kiel der Kassenärztlichen Vereinigung.<sup>22</sup>

LITERATUR BEIM VERFASSER  
DR. DR. PHIL. KARL-WERNER RATSCHKO,  
BAD SEGEBERG  
ZWEITER TEIL: SEPTEMBER

## Info

Die Zusammenfassung der Zweige der Sozialversicherung in einer Reichsversicherungsordnung vor dem Ersten Weltkrieg sah zur Enttäuschung der organisierten Ärzteschaft weder die Einführung der freien Arztwahl, die Einzelleistungshonorierung noch den Abschluss von Kollektivverträgen vor. Ständig wurde seitens der Krankenkassen durch den Abschluss von Verträgen mit einzelnen Ärzten eine Art „Honorardumping“ betrieben. Streiks drohten, Kassenverträge wurden gekündigt, der Leipziger Verband hatte bereits einen Streikfonds eingerichtet.

## GEBURTSTAGE

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

*Prof. Hermann Schneider, Sylt, OT Keitum, feiert am 05.08. seinen 85. Geburtstag.*

*Prof. Dieter Jocham, Lübeck, feiert am 08.08. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Birger Heinzow, Kiel, feiert am 09.08. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Josef Althaus, Lübeck feiert am 11.08. seinen 70. Geburtstag.*

*Dipl.-Psych. Matthias Freidel, Kaltenkirchen, feiert am 11.08. seinen 70. Geburtstag.*

*Prof. Stefan Wässer, Geesthacht, feiert am 13.08. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Wolfgang Rumpf, Sehestedt, feiert am 17.08. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Stefan Jost, Handewitt, feiert am 19.08. seinen 70. Geburtstag.*

*Prof. Walter Jonat, Molfsee, feiert am 21.08. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Frank Krämer, Fahrdorf, feiert am 23.08. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Andreas Küllmer Bad Malente-Gremsmühlen, feiert am 24.08. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Burkhard Hübner, Drage, feiert am 27.08. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Norbert Dührkop, Kiel, feiert am 29.08. seinen 80. Geburtstag.*

*Jürgen Ansorge, Rodenbek, feiert am 31.08. seinen 75. Geburtstag.*

## Bergholz mit neuer Technik



PD Dr. Robert Bergholz

**P**D Dr. Robert Bergholz, neuer Leiter der Kinderchirurgie in der Klinik für Allgemeine-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie am Kieler UKSH, hat dort eine neuen Operationstechnik bei einem pädi-

trischen Notfall angewendet. Bei der transumbilikal laparoskopisch assistierten Appendektomie, kurz TULAA, wird der Bauch nur über einen kleinen Schnitt wie bei der minimal-invasiven Chirurgie geöffnet. Weitere Schnitte für das Einbringen von minimal-invasiven Instrumenten für den Operateur entfallen, da man mit einem Spezialgerät nur über diesen einen Schnitt gleichzeitig die Kamera und die Instrumente in den Bauch einbringen kann, für die man früher drei Schnitte gebraucht hat. Meistens benötigt man nur noch ein zusätzliches Instrument statt zwei und kann mit diesem die Appendix mobilisieren und über den kleinen Schnitt im Bauchnabel nach draußen ziehen und dann entfernen. Mit der Weiterentwicklung der minimal-invasiven Chirurgie verringert sich laut Bergholz auch das Risiko für Komplikationen wie zum Beispiel Verwachsungen im Bauchraum. Bergholz leitet die Kinderchirurgie am Campus Kiel wie berichtet seit April 2019. (PM/RED)

## Pulkowski mobilisierte über 1.000 Läufer



Prof. Ulrich Pulkowski (links) und der aus Verletzungsgründen nicht beim Imland Lauf startende Ministerpräsident Daniel Günther.

**P**rof. Ulrich Pulkowski, Chefarzt am Imland Krankenhaus in Rendsburg, konnte zur achten Auflage des von ihm organisierten Imland Laufes erneut mehr als 1.000 Läufer auf die drei unterschiedlich langen Strecken schicken. Unterstützung erhielt er in diesem Jahr von Ministerpräsident Daniel Günther, der wegen einer Achillessehnenreizung selbst nicht laufen konnte, aber die Schirmherrschaft für die Veranstaltung übernommen hatte.

Schon zum dritten Mal hatten Pulkowski und seine Mitstreiter es am 21. Juni geschafft, mehr als 1.000 Läufer für den Benefizlauf zu mobilisieren. Die längste Strecke über 10,5 Kilome-

ter nahmen 325 Sportler in Angriff, über fünf Kilometer gingen 575 Läufer an den Start und den Bambinilauf bewältigten 132 Nachwuchsläufer.

Pulkowski ist selbst leidenschaftlicher Läufer und war selbst auf der Strecke. Den Lauf organisiert der Chefarzt der Neurologie mit Stroke Unit in Rendsburg schon seit 2012, mittlerweile zählt er zu den größten Laufveranstaltungen im Land. Mit dem Benefizlauf wird die ehrenamtliche Tätigkeit der Deutschen Multiplen Sklerose Gesellschaft unterstützt. Die Arbeit des DMSG-Landesverbandes wird zu 95 Prozent aus Spenden und Zuwendungen ermöglicht. (PM/RED)

# IDH-Medienpreis an Hörfunkjournalisten



Jochen Paulus

Die Hörfunkjournalisten Jochen Paulus (Foto) und Martina Keller sind im Juni mit dem IDH-Medienpreis 2018 ausgezeichnet worden. Der mit 2.500 Euro dotierte Medienpreis der Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) wurde im Rahmen ihres Parlamentarischen Abends in Kiel verliehen.

Keller und Paulus haben für ihr Feature „Fernbeziehung. Über Teledoktoren und Computertherapeuten“, das im vergangenen Jahr im Deutschlandfunk ausgestrahlt wurde, eine Reise durch halb Deutschland angetreten, auf der sie die neuen Möglichkeiten der Telemedizin kennenlernten und den Hörern deren Einsatzmöglichkeiten, Grenzen und die Probleme bei der Umsetzung und Anwendung schilderten. Start und Ende des Features ist in der Hausarztpraxis von Dr. Ulrich von Rath in Travemünde, der für die Versorgung seiner Patienten wie berichtet auf Telemedizin und Delegation setzt. Mitarbeiterinnen von Rath besuchen Patienten mit einem „Teilerucksack“, mit dessen Hilfe sie am Patienten ermittelte Werte direkt übertra-

gen und Arztkontakt herstellen können.

Für den Preis wurden insgesamt 20 Beiträge von 15 Journalisten eingereicht. Drei weitere Beiträge waren nominiert und wurden ebenfalls gewürdigt. Ein fünfköpfiges Team des NDR (Julia Schumacher, Christian Schepsmeier, Constantin Gill, Patrick Baab und Eike Lüthje) schaffte es in die Nominierung mit einer trimedialen Serie über Pflegenotstand. Vorjahressieger Christian Trutschel von den Kieler Nachrichten wurde für die Vielfältigkeit seiner eingereichten Beiträge gewürdigt. Er hatte sich im vergangenen Jahr mit Themen aus unterschiedlichen Bereichen der Medizin beschäftigt. Trutschels Kollegin Saskia Bücken wurde für einen Printbeitrag in den Lübecker Nachrichten gewürdigt, für den sie die Landärztin Dr. Janine Feuerer in ihrem beruflichen Alltag begleitet hatte.

Der IDH-Medienpreis wird seit 2001 für unabhängige, kritische und fundierte Berichterstattung über Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein vergeben. (PM/RED)

## WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

*Fritz Höynck, Flensburg,  
geboren am 12.01.1936,  
verstarb am 06.03.2019.*

*Monika Wiß, Wittdün/Amrum,  
geboren am 05.03.1962,  
verstarb am 30.03.2019.*

*Dr. Irene Rüdiger, Lübeck,  
geboren am 19.02.1924,  
verstarb am 14.05.2019.*

*Andreas Liebetrau, Münsterdorf,  
geboren am 08.09.1959,  
verstarb am 28.05.2019.*

*Prof. Hermann Uthgenannt, Lübeck-Travemünde,  
geboren am 22.04.1922,  
verstarb am 12.06.2019.*

*Dr. Ingeborg Lichtenauer, Lübeck,  
geboren am 13.03.1939,  
verstarb am 19.06.2019.*

## GEBURTSTAGE

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

*Dr. Viola-Dagmar Hinzpeter, Ratzeburg,  
feiert am 03.09. ihren 75. Geburtstag.*

*Dr. Dieter Undeutsch, St. Peter-Ording,  
feiert am 08.09. seinen 90. Geburtstag.*

*Dr. Heinz Jürgen Schröder, Husum,  
feiert am 09.09. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Albert Zapp, Bad Malente-Gremsmühlen,  
feiert am 13.09. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Michael Niemann, Bönebüttel,  
feiert am 16.09. seinen 85. Geburtstag.*

*Dr. Hans-Joachim Zielinski, Sylt, OT Westerland,  
feiert am 17.09. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Carsten Wahn, Kaltenkirchen,  
feiert am 18.09. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Ingo Göken, Oldenburg  
feiert am 19.09. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Rüdiger Lyhs, Itzehoe,  
feiert am 20.09. seinen 75. Geburtstag.*

*Eberhard C. Schaal, Rellingen,  
feiert am 20.09. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Melita Mucha, Schwarzenbek,  
feiert am 20.09. ihren 70. Geburtstag.*

*Dr. Eberhard Buß, Wentorf,  
feiert am 21.09. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Dirk-Uwe Leiber, Klein Wesenberg,  
feiert am 23.09. seinen 75. Geburtstag.*

*Prof. Günter Frank, Nebel/Amrum,  
feiert am 25.09. seinen 75. Geburtstag.*

*Priv.-Doz. Dr. Lutz Kleine, Heringsdorf,  
feiert am 26.09. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Elisabeth Margarete Gehse, Gelting,  
feiert am 28.09. ihren 70. Geburtstag.*

## HIRNFORSCHUNG

# Die Gefahr des confirmation bias

Ärztliche Entscheidungsfindung hängt auch vom Hirnzustand ab: Bericht aus einer Vorlesung in der Reihe: „Das intelligenteste Netzwerk der Welt: Unser Gehirn“.

Ärztliche Entscheidungen sind vermutlich im Vergleich mit Entscheidungen anderer Berufsgruppen oft rationaler und zweckmäßiger – aus naheliegenden Gründen: lange, hochqualifizierte Aus-, Weiter- und Fortbildung, eine tendenziell disziplinierte und resiliente Einstellung, überdurchschnittliche Entschlusskraft durch wechselnde praktische Anforderungen und Einfühlungsvermögen in Patienten. Doch „Luft nach oben“ gibt es immer, dazu einige Anregungen aus einem kürzlichen Referat des Hirnforschers Prof. Tobias Donner (UKE) über „Hirnzustand und Entscheidungsfindung“. In der Vorlesungsreihe „Das intelligenteste Netzwerk der Welt: unser Gehirn“ der Akademie der Wissenschaften in Hamburg hatten zuvor Prof. Christian Gerloff vom UKE über gemeinsame Symptome neurologischer Erkrankungen und Prof. Brigitte Röder (Universität Hamburg) über die Plastizität neuronaler Netzwerke zum Rahmenthema beigetragen.

Donner ist seit 2015 Inhaber einer Heisenberg-Proessur der Deutschen Forschungsgemeinschaft und Stellvertretender Direktor des Instituts für Neurophysiologie des UKE. Seine Ausgangsthese: Oft entscheiden wir mal so, mal so, auch wenn die Fakten nicht anders sind. Unser Urteil hänge vor allem davon ab, in welchem Zustand sich unser Gehirn gerade befinde. Bei einem Arzt, so dürfte man ergänzen, könnte sein Behandlungsvorschlag in dem einen Fall „wait and see“, in einem anderen, weitestgehend identischen Fall ein Heilmittelversuch wie z.B. Physiotherapie und im dritten Fall eine probatorische Medikation sein. Schon diese unbestimmte Entscheidungsfindung zeigt die Wichtigkeit der Frage, oder, wie Donner formuliert: „Die Entscheidungsfunktion ist die Kernfunktion unseres Gehirns, ohne sie wären wir handlungsunfähig.“ Es lohnt sich also für jeden, sich mit seiner Entscheidungspraxis zu beschäftigen: Sind

wir (wann?) eher entschlossen, impulsiv, wann brauchen wir mehr Zeit?

Zwei große Fragen untersucht die interdisziplinäre Forschungsgruppe von Donner derzeit im Labor mithilfe der Magnetenzephalografie (MEG) an Probanden: Wie sind wir zu einer bestimmten Entscheidung gekommen? Hätten wir uns in einem anderen Zustand anders entschieden? Bei der ersten Frage sind meist visuelle Reize der Ausgangspunkt, die zu einem genauen Abbild im visuellen Cortex des Hirns führen. Was nehme ich wahr, was wahrzunehmen entscheide ich mich – das ist auch die primäre Frage in der ärztlichen Diagnostik. Bei unklaren Signalen helfe die längere Beobachtung, so wie wir am Steuer eines Autos durch die stark verregnete Windschutzscheibe nach und nach die wiederholte Beschilderung einer Autobahnausfahrt erkennen können. So auch denkbar bei einer nicht eiligen, sorgfältigen Sonografie: „Wir integrieren oder akkumulieren Evidenz in der Zeit.“ Neben dem visuellen Cortex arbeiten im Gehirn mehrere Zentren eng vernetzt zusammen, wie der motorische Cortex, der präfrontale Cortex (Selbstkontrolle) oder der Scheitellappen. Es gibt also kein einzelnes Entscheidungszentrum, wie noch Descartes annahm (Zirbeldrüse).

Hätten wir aber in einem anderen Zustand anders entschieden? Der Gesamthirnzustand werde von vielen Faktoren beeinflusst. Besonders wichtig: der Hirnstamm, speziell der locus caeruleus, von dem aus Neurotransmitter wie Noradrenalin in diverse Areale des ganzen Gehirns geschickt werden. „Wir versuchen noch zu erklären, wie Veränderungen im Botenstoffsystem unterschiedliche Entscheidungen herbeiführen.“ Die Aktivität des locus caeruleus sei wegen seiner tiefen Lage bisher nicht messbar, jedoch indirekt durch Erweiterung der Pupillen. Dies sei, so Donner, etwa bei schwierigen Entscheidungen der Fall. Das würde, so könnte man weiter annehmen, dem Arzt im Patien-

tengespräch ermöglichen, anhand dieses diagnostischen Merkmals auf eine weniger rationale als emotionale Entscheidung zu schließen. Es könnte etwa sein, dass der Hirnstamm die Gewichtung von zuverlässigem Vorwissen und aktueller Evidenz so verändert, dass die spontane Antwort des Patienten auf die Arztfrage nach Einwilligung in einen riskanten Eingriff wenig durchdacht erscheint. Bei Patienten mit neuropsychiatrischen Erkrankungen seien allerdings die modulatorischen Hirnstammsysteme gestört. Daran müsse der behandelnde Arzt bei der Einschätzung von Entscheidungen von Patienten mit Altersdemenz oder M. Parkinson denken. Umgekehrt kann der Hirnstamm zu positiven „Bauchentscheidungen“ führen – „sonst hätte die Evolution ihn nicht so lange erhalten.“

Schließlich wies der Referent auf einen zwar generell bekannten, aber in der täglichen, auch der ärztlichen Praxis wohl viel zu wenig beachteten Störfaktor bei Entscheidungen hin, den „confirmation bias“. Wer von der Richtigkeit einer lange praktizierten Therapie überzeugt ist, nimmt neue Bedenken, abweichende Studienergebnisse und Gegenargumente weit weniger wahr als Bestätigungen. Was tun gegen einen solchen „Aufmerksamkeitsfilter“? Scheinbar „sicheres Wissen“ hinterfragen, zumindest offen sein für zweifelnde Fragen oder Hinweise von Kollegen, Mitarbeiterinnen, Patienten, Angehörigen und „bewusst auf abweichende Faktoren achten und möglichst in gemischter Gruppe besprechen“. Und: „Wir kennen den confirmation bias schon lange, wissen aber nicht, wie er im Gehirn zustande kommt – noch nicht.“

Fazit: Der Arzt kann besser entscheiden, wenn er sich nicht bloß einer allgemeinen Unbestimmtheit der menschlichen Entscheidungsfindung bewusst ist, sondern nach neuem Forschungsstand auch der Komplexität, Variabilität und Interdependenz.

HORST KREUSSLER

## Info

*Der Akademie der Wissenschaften in Hamburg gehören herausragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aller Disziplinen aus Norddeutschland an. Sie trägt dazu bei, die Zusammenarbeit zwischen Fächern, wissenschaftlichen Hochschulen und anderen wissenschaftlichen Institutionen zu intensivieren. Sie fördert Forschungen zu gesellschaftlich bedeutenden Zukunftsfragen und wissenschaftlichen Grundlagenproblemen und macht es sich zur besonderen Aufgabe, Impulse für den Dialog zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit zu setzen.*

## VIBRIONEN

# Warme Ostsee erhöht das Vibrio-Risiko

Das Infektionsrisiko durch Vibrionen steigt mit der Wassertemperatur. Bei Verdacht auf eine akute Vibrio-Infektion sollte unverzüglich eine mikrobiologische Diagnostik und Therapie erfolgen.

Im Sommer des vorigen Jahres sorgte eine mögliche Infektionsgefährdung durch Vibrionen aus der Ostsee für Beunruhigung unter Urlaubern an der Küste. Der sommerliche Nachweis von Vibrionen im Nord- und Ostseewasser ist zwar ein Normalbefund und kein Grund für ein allgemeines Badeverbot. Ältere Patienten mit Immunsuppression und/oder chronischen Erkrankungen bei Vorliegen offener Wunden sollen den Meerwasserkontakt allerdings meiden. Bei Wundinfektionen oder Sepsisverdacht nach sommerlichem Baden im Meer muss die Möglichkeit einer akuten Vibrio-Infektion berücksichtigt werden und eine unverzügliche mikrobiologische Diagnostik und Antibiotikatherapie erfolgen. Folgende Fakten in Zusammenhang mit Vibrionen sind zu beachten:

- ▶ Erreger: Vibrionen sind halophile (Salz liebende) Gram-negative Bakterien, die Toxine bilden können. *Vibrio vulnificus* ist in diesem Zusammenhang die wesentlichste Spezies. Zusätzlich kommen *Vibrio parahaemolyticus* und sogar *Vibrio cholerae* infrage, bei denen aber das Gen für das Cholera-toxin nicht nachweisbar ist und somit keine Cholera-gefahr besteht. Die Erreger werden bei Patienten vor allem aus Blutkulturen und aus Kulturen von Wundabstrichen nachgewiesen.
- ▶ Vorkommen: Diese Vibrionen sind weltweit verbreitet, besonders im Brackwasser, wo Meerwasser durch Süßwasser verdünnt wird und somit ein relativ niedriger Salzgehalt vorliegt. Dies liegt im Bereich von Flussmündungen, Förden, Fjorden und Bodden vor. Zur effizienten Vermehrung der Vibrionen im Wasser sind Temperaturen von mindestens 20°C notwendig. An der Ostseeküste unterstützt die niedrige Wassertiefe an den Stränden die schnelle Erwärmung des Wassers. Da Vibrionen im Sommer bei ausreichender Tempera-

tur an der Ostsee- und Nordseeküste normalerweise nachweisbar sind, kann man generell davon ausgehen, dass beim Baden eine Exposition mit Vibrionen erfolgt.

- ▶ Übertragung: Die Übertragung von Vibrionen auf Menschen erfolgt durch Badewasser in offene Wunden. An Steinen oder Muschelschalen können beim Baden oberflächliche Schnittverletzungen entstehen, in die Vibrionen eindringen können. Auch bei der Verarbeitung von Muscheln ist über Schnittverletzungen und bei Verzehr roher Meeresfrüchte die Übertragung möglich.
- ▶ Risikopersonen: Als gefährdet gelten ältere Patienten mit Immunsuppression, Patienten mit medikamentöser Krebstherapie oder mit chronischen Erkrankungen der Leber, des Herzens oder mit Diabetes mellitus, bei denen offene, nicht heilende Wunden vorliegen und die mit Meerwasser Kontakt haben. Für Kinder, Schwangere oder Menstruierende ist dagegen kein erhöhtes Risiko bekannt.

In Süddeutschland ist die Annahme weit verbreitet, die Heilung offener chronischer Wunden werde durch das Baden in Nordsee- oder Ostseewasser gefördert. Diese Annahme ist möglicherweise in Analogie zum Baden im Toten Meer entstanden. Zur Förderung der Wundheilung durch Nordsee- oder Ostseewasser liegen keine wissenschaftlichen Erkenntnisse vor, aber die Gefährdung von Risikopersonen durch das Baden mit offenen Wunden ist eindeutig.

- ▶ Erkrankungen: Durch Vibrionen werden seltene, sporadische Erkrankungsfälle vor allem bei immungeschwächten Risikopersonen mit offenen Wunden und Meerwasserkontakt hervorgerufen, besonders bei Männern. Infolge von Wundinfektionen kommt es zu Hautulzera und Blasenbildung. Die lokale Infektion kann rasch fortschreiten und zu tiefen Ne-

krosen führen, sodass die Amputation von Fingern oder Zehen notwendig werden kann. Bei Übertritt in das Blut kann sich rasch eine Sepsis mit hoher Letalität entwickeln. Nach Verzehr roher Meeresfrüchte sind Verläufe als Sepsis oder Gastroenteritis möglich. Bei Verdacht soll nach der Materialgewinnung (Wundabstriche, Blutkulturen) und vor Erhalt des mikrobiologischen Befundes unverzüglich eine Antibiotika-Therapie mit Drittgenerations-Cephalosporinen, Doxycyclin oder auch Chinolonen begonnen werden.

Folgende Maßnahmen sind zu empfehlen:

1. Gefährdete Personen mit offenen Wunden sollen im Meerwasser weder baden noch waten.
2. Gefährdete Personen mit Immunsuppression oder Diabetes sollten auch ohne offene Wunden nur gegarte Meeresfrüchte verzehren.
3. An Badestellen sollten die Betreiber auf das Infektionsrisiko für besonders gefährdete Personen hinweisen.
4. Umweltuntersuchungen sind nicht relevant, da es sich bei dem Vibrio-Nachweis aus dem Meerwasser im Sommer um einen Normalbefund handelt und Grenz- oder Maßnahmenwerte nicht definiert werden können.
5. Eine Meldepflicht liegt zwar nicht vor; Erkrankungsfälle mit dem Nachweis von Vibrionen sollten aber als „weitere bedrohliche Krankheit“ nach IfSG § 6 Absatz 1, 2 Nr. 5 an das Gesundheitsamt gemeldet werden, sodass ein bundesweiter Überblick generiert werden kann. Weiterhin ist von einer starken Untererfassung auszugehen.

PROF. HELMUT FICKENSCHER, INSTITUT FÜR INFektionsMEDIZIN MIT MEDIZINALUNTERSUCHUNGSAMT UND LANDESMELDESTELLE, CHRISTIAN-ALBRECHTS-UNIVERSITÄT ZU KIEL UND UKSH, KIEL

## 20°C

Ab dieser Wassertemperatur wird das Bakterium der Gattung *Vibrio* deutlich aktiver. Menschen mit offenen Wunden und einem geschwächten Immunsystem sollten ab dieser Temperatur beim Baden im Meer vorsichtig sein. Ärzte sollten die Möglichkeit einer akuten Vibrio-Infektion in Betracht ziehen.

## SERIE

# Fehlerhaft gestörte Kommunikation im Krankenhaus

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

## Kasuistik

Ein 26-jähriger Patient war bei drogeninduzierter Psychose stationär psychiatrisch behandelt worden. Gleich nach der Entlassung fügte er sich eine Schnittwunde am linken Arm in suizidaler Absicht zu und wurde zur chirurgischen Versorgung der Chirurgischen Abteilung einer Klinik der Akut- und Regelversorgung zugeführt. Dort wurde er nach akuter Suizidalität befragt. Er verneinte zu diesem Zeitpunkt suizidale Absichten und wurde aufgefordert, sich zu melden, falls es ihm psychisch schlechter gehe. Nach operativer Versorgung verblieb der Patient über Nacht im Aufwachraum. Ab 0:30 Uhr klagte er wiederholt über psychische Probleme und verlangte nach Hilfe. Das betreuende Pflegepersonal erlebte den Patienten als psychisch stark angeschlagen und verständigte den ärztlichen Bereitschaftsdienst. Die Pflege dokumentierte um 1:30 Uhr nachts wörtlich: „keine Reaktion ärztlicherseits erfolgt, Ignoranz der Problematik.“

Der Oberarzt wurde am Morgen gebeten, den Patienten deshalb möglichst früh zu visitieren. Um 9:15 Uhr wurde festgehalten, dass der Patient sehr wortkarg gewesen sei. Weitere Angaben zum psychischen Zustand wurden nicht dokumentiert. Der Patient solle im Aufwachraum bleiben. Unmittelbar darauf öffnete der Patient ein Fenster und sprang hinaus. Beim Sturz zog er sich ein epidurales Hämatom zu, das in einer Notfalloperation entlastet wurde. Dazu kamen ein mittelschweres gedecktes Schädel-Hirn-Trauma mit Kontusionsblutung, ein traumatisches Querschnittssyndrom ab C5 bei HWK-7-Luxationsfraktur, eine Orbitadach- und Seitenwandfraktur und ein Thoraxtrauma mit Brustbeinfraktur.

Bei seiner Entlassung war der Patient voll orientiert bei unauffälliger Bewusstseinslage. Die Motorik an den oberen Extremitäten wies Kraftgrade von 3 bis 5 auf, die unteren Extremitäten waren plegisch. Es bestanden Blasenentleerungsstörungen und Defäkationsprobleme. Eine umfangreiche Hilfsmittelver-

sorgung einschließlich Rollstuhl war erforderlich.

## Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Patientenseitig wurde das Unterlassen ärztlicher Hilfeleistungen und organisatorischer Maßnahmen zum Schutz des Patienten als grob behandlungsfehlerhaft angesehen.

## Stellungnahme der Ärzte der Klinik

Der Patient sei bei Aufnahme zur Suizidalität befragt und darauf hingewiesen worden, dass er sich melden solle, damit man ihm helfen könne. Er habe zu diesem Zeitpunkt die Suizidalität verneint.

## Gutachten

Der Gutachter, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hat folgende Kernaussagen getroffen: Hier sei fehlerhaft gehandelt worden. Zwar sei die Suizidalität bei der Aufnahme geprüft worden, dies hätte jedoch in der Folge wiederholt werden müssen. Auch für die morgendliche Oberarztvisite sei eine Prüfung der Suizidalität nicht dokumentiert.

Die Prüfung von Suizidalität sei jedoch nicht ausschließlich Psychiatern vorbehalten. Eine entsprechende Exploration sei vielmehr Gegenstand des Staatsexamenswissens. Aus der Sicht ex ante hätten sich angesichts des schweren Suizidversuchs im Vorfeld der Aufnahme deutliche Hinweise für eine Gefährdung ergeben.

Dem pflegerischerseits mitgeteilten psychischen Zustand des Patienten sei außerdem ärztlicherseits keine Beachtung geschenkt worden. Dass den Bitten des Pflegepersonals, in diesem Fall tätig zu werden, nicht nachgekommen worden sei, sei nicht nachvollziehbar.

Durch diesen zweiten Suizidversuch sei es zu dem Schädel-Hirn-Trauma und einer lebenslang bestehenden hochgradigen Querschnittslähmung gekommen.

## Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an. Trotz Bitten des Patienten und des Pflegepersonals

erfolgte keine ärztliche Untersuchung in den frühen Morgenstunden. Das ist als fehlerhaft zu bewerten, zumal keine Angaben dazu vorliegen, dass die diensthabenden Ärzte etwa durch eine anderweitige Notfallbehandlung völlig unabhkömmlich waren. Dass im Rahmen der Oberarztvisite keine neue Abschätzung der Suizidalität vorgenommen wurde, ist ebenfalls als fehlerhaft zu bezeichnen.

Im vorliegenden Fall waren Mängel in der Befunderhebung festzustellen. Hier kommt es unter folgenden Voraussetzungen zu einer Umkehr der Beweislast zugunsten der Patientenseite:

1. Es wurden Befunde nicht erhoben, die dem Standard gemäß hätten erhoben werden müssen.

Es hätte sowohl bei der Aufnahme als auch in der Nacht nach der Operation und am frühen Morgen eine Anamnese bezüglich der psychiatrischen Erkrankung erfolgen müssen.

2. Bei standardgemäßer Untersuchung hätte man mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen abklärungs- beziehungsweise behandlungsbedürftigen Befund erkannt. Der Bundesgerichtshof hat den Begriff „hinreichend“ nicht weiter definiert. Die Oberlandesgerichte definieren das Maß aber, unwidersprochen vom Bundesgerichtshof, als überwiegende Wahrscheinlichkeit, also mehr als 50 Prozent.

Wäre in den frühen Morgenstunden eine ärztliche Untersuchung – auch durch einen Nichtpsychiater – erfolgt, wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die von den Pflegekräften benannte psychische Notlage erkannt worden.

3. Das Unterlassen der Behandlung in Kenntnis der richtigen Diagnose würde eine erhebliche Standardunterschreitung und damit einen schweren Behandlungsfehler darstellen.

In diesem Fall nicht mit Sicherungsmaßnahmen in Form von zum Beispiel einer Eins-zu-eins-Betreuung zu reagieren, wenn denn schon keine entsprechenden mechanischen Sicherungen an Fenstern und Türen vorhanden sind, würde in Anbetracht der Risiken einen schweren Fehler darstellen.

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verkennung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen. Das Unterlassen der oben genannten Sicherungsmaßnahmen war generell geeignet, den Suizidversuch zu ermöglichen. Daher wurden die Verletzungen, die sich der Patient durch den Sturz zugezogen hat, sowie die damit verbundenen Behandlungen und Beeinträchtigungen als fehlerbedingt bewertet.

## 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.

### Fazit

Eine Fixierung hätte nach dem BVerfG-Urteil vom 25.07.2018 (AZ 2 BVR 309/15 und 2 BVR 502/16) jedenfalls heute eine Eins-zu-eins-Betreuung ebenso erforderlich gemacht, auch wenn die Ausdehnung auf nicht psychiatrische Kliniken noch nicht ausgeurteilt ist und die Entscheidung des Verfassungsgerichts zum Zeitpunkt des Schadensereignisses noch nicht vorlag. Eine individuelle Betreuung wäre auch geeignet gewesen, die Ängste des Patienten zu mindern. Aber wenn schon die mechanische Sicherung der Räume nicht gegeben war, hätte auch damals schon mindestens eine kontinuierliche Überwachung des Patienten erfolgen müssen, bis eine Verlegung in eine psychiatrische Klinik hätte durchgeführt werden können.

Auch war der Dokumentation zufolge ein dringender Handlungsbedarf durch den ärztlichen Hintergrunddienst erkennbar. Insofern kam es hier zusätzlich zu einem Organisationsfehler. Die Geschäftsführung der Klinik hat in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Chefarzten sicherzustellen, dass eine Reakti-

on des Hintergrunddienstes zu jeder Tages- und Nachtzeit auf solche Anforderungen wie in diesem Fall erfolgt. Dies gilt über den Kreis der psychiatrischen Erkrankungen hinaus. Wenn durch Behandler der Hintergrunddienst angefordert wird, muss dieser reagieren. Die Organisation, die dies sicherstellt, gehört haftungsrechtlich in den Bereich des vollbeherrschbaren Risikos. Die Schädigung erfolgte in einem Bereich, dessen Gefahren medizinisch voll beherrscht werden können und müssen. Der Schaden entsteht dann nicht in der „Risikosphäre“ des Patienten, sondern in der des Krankenhauses. Daher besteht eine Fehlervermutung zu Lasten des Krankenhauses. Um sich von dieser Fehlervermutung zu entlasten, ist vonseiten des Krankenhauses zu beweisen, dass der Hintergrunddienst so organisiert wurde, dass er seine Aufgaben erfüllen kann.

DR. MANFRED KOLLER, CHRISTINE WOHLERS, PROF. WALTER SCHAFFARTZIK, SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFT- PFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN

## KURZ NOTIERT

### Geldstrafen für Frauenärztinnen

Wegen Verstößes gegen das kürzlich reformierte Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche (Paragraf 219a Strafgesetzbuch) sind zwei Berliner Frauenärztinnen im Juni vom Amtsgericht Berlin-Tiergarten zu Geldstrafen verurteilt worden. Wie mehrere Medien berichteten, hatten die Frauen auf der Website ihrer Praxis darüber informiert, dass in ihrer Praxis Schwangerschaftsabbrüche mit der medikamentösen Methode möglich sind. Auch nach der Reform des Paragraphen 219a ist es laut Gericht nicht erlaubt, die Methode der Abtreibung auf der eigenen Website zu nennen. Die Richterin betonte laut einer Meldung im „Deutschen Ärzteblatt“, dass sie das Gesetz nicht für verfassungswidrig hält, wohl aber für ein politisch kontroverses Thema. Ihrer Ansicht nach ist das durch die Ärztinnen verübte Unrecht nur „sehr, sehr gering“. Die beiden Ärztinnen wurden zu jeweils 2.000 Euro Geldstrafe verurteilt. Sie haben angekündigt, notfalls bis zum Bundesverfassungsgericht gegen die Entscheidung zu klagen. Vor Beginn der Verhandlung hatte es eine Protestaktion vor dem Gericht gegeben, auf der mehrere Organisationen einen Freispruch für die Ärztinnen forderten. (RED)

### IKK kritisieren Eingriffe

Nicht nur Ärzte kritisieren Eingriffe in ihre Selbstverwaltung: Die Innungskrankenkassen machen seit kurzem auf der Website ihrer Interessenvertretung ([www.ikkev.de](http://www.ikkev.de)) mit Beispielen darauf aufmerksam, mit welchen Gesetzen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) aus ihrer Sicht in die gemeinsame Selbstverwaltung eingreift. Als Beispiele werden neben dem auch unter Ärzten kritisierten Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) u. a. das MDK-Reformgesetz und das Versichertenentlastungsgesetz genannt. Dieses greife in die Finanzautonomie der Krankenkassen ein und verpflichte sie zum Abschmelzen ihrer Finanzreserven, kritisieren die Innungskrankenkassen. Sie bemängeln außerdem, dass das Bundesgesundheitsministerium plant, in Einzelfällen per Ermächtigungsgesetz selbst zu entscheiden, welche Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe künftig von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden müssen. Die Innungskrankenkassen haben nach eigenen Angaben bundesweit 5,2 Millionen Mitglieder. (RED)

### Bundesrat verabschiedet Novelle

Der Bundesrat hat vergangenen Monat eine Neuregelung der zahnärztlichen Approbationsordnung verabschiedet. Das Zahnarztstudium gliedert sich künftig in einen viersemestrigem vorklinischen und einen sechssemestrigen klinischen Studienabschnitt. Aus den Ländern hatte es gegenüber dem Entwurf der neuen ZAppRO Widerstände gegeben, die sich maßgeblich auf die angeblich mangelnde Finanzierbarkeit bezogen. Zwei Mal war die Verordnung im Bundesrat gescheitert und schließlich auf Druck des Bundesgesundheitsministeriums auf die Tagesordnung gekommen. Die verabschiedete Fassung wurde vom Freien Verband Deutscher Zahnärzte als „lediglich halbe Novelle“ bezeichnet, weil der Bereich der ersten fünf vorklinischen Semester ausgenommen wurde. Dieser Bereich soll erst mit dem Masterplan 2020 Medizin neu geregelt werden. Der Verband bezeichnete die Novelle deshalb als „Stückwerk“. Er setzt nun darauf, dass sich der Masterplan 2020 nicht verzögert. Zufrieden zeigte sich der Verband damit, dass die zahntechnische und prothetische Ausbildung im Zahnmedizinstudium erhalten bleibt. (PM/RED)

ANZEIGE

## CAUSA CONCILIO

RECHTSANWÄLTE

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

**Unsere Fachanwälte für Medizinrecht ...**

<p><b>KIEL:</b> Deliusstraße 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)

## SYMPOSIUM

# Entzündliche Erkrankungen



Der aktuelle Stand der Wissenschaft und neue Aspekte in der Diagnostik und Therapie von entzündlichen Systemerkrankungen standen im Mittelpunkt des 2 ½ -tägigen „International Symposium on Multisystem Inflammatory Disorders – Diagnostic and Therapeutic Approaches“ an der Lübecker Universität. Am ersten Veranstaltungstag standen renale Erkrankungen und der systemische Lupus erythematodes im Mittelpunkt. Die Reduktion der Proteinurie und die Verhinderung eines terminalen Nierenversagens wurden als die beiden wichtigsten Therapieziele in der Behandlung der membranösen Nephropathie herausgestellt. In der MENTOR Studie erwies sich eine remissionsinduzierende Therapie mit dem Anti-CD20 Antikörper Rituximab einer Therapie mit Cyclosporin A bei einer Beobachtungsdauer von 24 Monaten als nicht unterlegen. Unter Rituximab wurden im Vergleich zur Therapie mit Cyclosporin A weniger Rezidive und Nebenwirkungen beobachtet (Fervenza, Division of Nephrology and Hypertension, Rochester). Mittels massenspektrometrischer Untersuchungen konnte kürzlich die Exostosin 1 / Exostosin 2-assoziierte membranöse Nephropathie als neue Entität neben der Anti-PLA2R-positiven und der Anti-Thrombospondin Typ 1 Dömane 7A (THSDA7A)-positiven membranösen Nephropathie charakterisiert



Teilnehmer während des internationalen Symposiums in Lübeck.

werden (Sethi, Department of Pathology, Rochester). Schließlich wurden die neuen EULAR Empfehlungen zur Therapie des systemischen Lupus erythematodes (SLE) vorgestellt, die auch Empfehlungen zur Therapie mit den Biologika Rituximab und dem Anti-B-Zell-aktivierenden Faktor (BAFF)-Antikörper Belimumab bei therapieresistenten Verläufen beinhalten (Ytterberg, Division of Rheumatology, Rochester). Neben antikörperbasierten Therapien könnte zukünftig auch die niedrigdosierte Interleukin-2 Therapie einen therapeutischen Ansatz beim SLE darstellen. In einer eigenen Proof-of-concept Studie (PRO-IMMUN) konnte durch eine IL-2-ver-

mittelte Stimulierung regulatorischer T-Zellen Remissionen bei zwölf Patienten mit zuvor therapieresistenten Verläufen Remissionen erzielt werden (Humrich, Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie, UKSH Lübeck).

Diagnostische Algorithmen, Biomarker und Organbeteiligungen bei entzündlichen Systemerkrankungen standen im Fokus des Vormittages des zweiten Veranstaltungstages, während die Diagnostik und Therapie von Arthritiden und Vaskulitiden die Schwerpunkthemen des Nachmittages bildeten. Anti-Neutrophile zytoplasmatische Autoantikörper (ANCA) sind in der Diagnostik von ANCA-assoziierten Vaskulitiden

## 125

Teilnehmer verzeichnete das dreitägige Symposium „International Symposium on Multisystem Inflammatory Disorders – Diagnostic and Therapeutic Approaches“ an der Lübecker Universität.



Referenten und Vorsitzende des Internationalen Symposiums (von links nach rechts): Prof. Robert Vassallo (Rochester), Prof. Kenneth Warrington (Rochester), Associate Prof. John Davies (Rochester), Assistant Prof. Ashima Makol (Rochester), Dr. Bernhard Nölle (Kiel), Prof. Steven R. Ytterberg (Rochester), Assistant Prof. Hilary DuBrock (Rochester), Prof. Ulrich Specks (Rochester), Prof. Peter Lamprecht (Lübeck), Prof. Gabriela Riemekasten (Lübeck), Prof. Diamant Thaci (Lübeck), Prof. Bernhard Hellmich (Kirchheim), PD Dr. Martin Nitschke (Lübeck).

(AAV) sowie als Prädiktoren von Rezidiven von großer Bedeutung. Daten einer neuen Studie (PEXIVAS) zeigten keinen zusätzlichen Nutzen einer Plasmasparation zusätzlich zur remissionsinduzierenden Standardtherapie mit Rituximab oder Cyclophosphamid bei AAV (Specks, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Rochester). Mit dem Anti-IL-6R Antikörper Tocilizumab steht für die Therapie der Riesenzellarteriitis (RZA) erstmals eine zielgerichtete steroidsparende Rezidivprophylaxe als Biologikatherapie zur Verfügung. Die Steroidmonotherapie gehört bei der RZA aufgrund ihrer in der GiACTA Studie gezeigten hohen Rezidivrate im Vergleich zur Tocilizumab-Therapie der Vergangenheit an (Warrington, Division of Rheumatology, Rochester). Bei der Therapie der Sarkoidose sind abhängig von der Schwere des Verlaufs und Organbeteiligung steroidsparende Therapieoptionen einschließlich Tumor-Nekrose Faktor (TNF)-inhibierender Antikörper wie Infliximab und Adalimumab in Erwägung zu ziehen (Vassallo, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Rochester). In der Diagnostik und Therapie von Myositiden kommt autoantikörper-definierten Untergruppen mit Blick auf die assoziierten Organbeteiligungen, Prognose und notwendige Therapieintensität eine zunehmende Bedeutung zu (Ytterberg, Division of Rheumatology, Rochester). Abhängig von der Krankheitsaktivität, extraartikulären Organbeteiligungen, Therapieansprechen und -verlauf ist in der Therapie von Arthritiden wie der rheumatoiden Arthritis (RA), Psoriasisarthritis (PsA) und axialer Spondyloarthritis (axSpA, Morbus Bechterew) ebenfalls ein individualisierter Therapieansatz zu verfolgen, der eine Therapie mit Biologika und Janus Kinase (JAK)-Inhibitoren (bei RA und PsA) einschließt (Davies, Divi-

sion of Rheumatology, Rochester). Hierbei können beispielsweise okkuläre Manifestationen wie die Uveitis im Rahmen von entzündlichen Systemerkrankungen eine Indikation für die systemische Therapie bzw. Therapieintensivierung darstellen (Nölle, Klinik für Ophthalmologie, UKSH Kiel). Abgerundet wurde der zweite Tag durch drei Fallpräsentationen mit der Vorstellung einer Infektionskomplikation mit atypischen Mykobakterien bei AAV, Therapieresistenz bei RA mit Lungenbeteiligung und einer RZA-Mimik bei temporaler und nuchaler Schmerzausstrahlung infolge einer hohen zervikalen Spondylodisizitis (Findeisen, Jendrek, Ivan; alle Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie, UKSH Lübeck).

Pulmonale Manifestationen einschließlich der diffusen alveolären Hämorrhagie (DAH) und der pulmonalen arteriellen Hypertonie sowie die systemische Sklerose waren die Themen des abschließenden Veranstaltungstages. AAV stellen die häufigste Ursache einer DAH bei den autoimmunen Erkrankungen dar und sollten Anlass zur sofortigen Einleitung einer immunsuppressiven Therapie mit Prednisolon und Rituximab sein (Specks, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Rochester). Bei therapieresistenter eosinophiler Granulomatose mit Polyangiitis konnte in der MIRRA Studie eine Wirksamkeit des Anti-IL-5 Antikörpers Mepolizumab gezeigt werden (Hellmich, Klinik für Innere Medizin, Rheumatologie und Immunologie, Medius Kliniken Kirchheim). Die mit der systemischen Sklerose assoziierten Anti-G-Proteingekoppelte Rezeptor (GPCR) Autoantikörper erwiesen sich u. a. als prädiktiv in Bezug auf die notwendige Therapieintensität (Riemekasten, Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie, UKSH Lübeck). Eine der prognosebe-



Die Referenten Prof. John Davis, Prof. Robert Vassallo und Prof. Steven R. Ytterberg (alle Mayo Clinic, Rochester, USA) im Pausengespräch in Lübeck.

stimmenden Organbeteiligungen bei der systemischen Sklerose ist die interstitielle Lungenerkrankung. In verschiedenen Studien konnte die Wirksamkeit von Immunsuppressiva (Cyclophosphamid, Mycophenolat Mofetil), Biologika (Rituximab) und jüngst eines Tyrosin-Kinase-Inhibitoren (Nintedanib) aufgezeigt werden (Makol, Division of Rheumatology, Rochester). Die pulmonale arterielle Hypertonie schließlich erfordert als prognostisch ungünstige Organmanifestation den kombinierten Einsatz von Endothelin-Rezeptorantagonisten (Bosentan, Ambrisentan, Macitentan), Phosphodiesterase-5 Inhibitoren (Sildenafil, Tadalafil), Guanylatzyklase Stimulatoren (Riociguat) und Prostazyklinderivate (Iloprost) (DuBrock, Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Rochester).

PROF. PETER LAMPRECHT, KLINIK FÜR RHEUMATOLOGIE UND KLINISCHE IMMUNOLOGIE, UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

## Info

Das Symposium wurde von der Klinik für Rheumatologie und klinische Immunologie am UKSH Campus Lübeck und der Mayo Klinik, Rochester, Minnesota USA, unter Leitung von Prof. Gabriela Riemekasten, Prof. Peter Lamprecht (beide Lübeck) und Prof. Ulrich Specks (Mayo Clinic, Rochester, USA) ausgerichtet. Beide Kliniken kooperieren insbesondere auf dem Gebiet der Vaskulitisforschung.

## DIABETES

# Aktionsplan gegen Tsunami

## 54. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Warnung vor den Folgen von ungesunder Ernährung und zu wenig Bewegung.

**A**ppele an die Politik, Maßnahmen gegen den heraufziehenden „Diabetes-Tsunami“ zu ergreifen, bestimmten die 54. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) genauso wie die Diskussion um neue Diagnose- und Therapiemethoden. Die Themen Digitalisierung und Telemedizin bildeten hier einen Schwerpunkt. An der Fortbildungsveranstaltung Ende Mai in Berlin nahmen rund 7.000 Experten teil, darunter auch zahlreiche Wissenschaftler aus Schleswig-Holstein.

„Wenn es uns nicht gelingt, den Anstieg von Diabetes Typ 2 aufzuhalten, haben wir im Jahr 2040 bis zu zwölf Millionen Erkrankte in Deutschland“, erklärte Prof. Dirk Müller-Wieland aus Aachen. Bei der Zahl müsste eigentlich jeder Gesundheitsminister Panik bekommen, so der DDG-Präsident. Bereits jetzt würden hierzulande zwölf Prozent der Gesundheitsausgaben für die Behandlung der Stoffwechselerkrankung aufgewendet. „Aber wir können diesen Diabetes-Tsunami noch aufhalten. Ein Großteil der neuen Fälle wäre vermeidbar – wenn es gelingt, dass sich die Menschen besser ernähren und weniger übergewichtig sind.“

Das könne jedoch nicht die Medizin bewirken, hier sei die Politik gefordert, so DDG-Präsident Müller-Wieland. Die DDG fordert vier Sofortmaßnahmen, um den Anstieg von nichtübertragbaren Krankheiten wie Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufzuhalten: eine sogenannte Zucker- und Fettsteuer, das Verbot von an Kindern gerichtete Werbung für ungesunde Lebensmittel und Getränke, verbindliche Qualitätsstandards für die Kita- und Schulpflege sowie täglich mindestens eine Stunde Bewegung in Kita und Schule.

Darüber hinaus müsse die Verbesserung der sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung, der Mediziner- aus- und -weiterbildung sowie des Ver-

sorgungsnetzes durch niedergelassene Haus- und Fachärzte Teil einer nationalen Diabetesstrategie sein, so die DDG. Es müsse eine angemessene Behandlung und Pflege von Menschen mit Diabetes im Krankenhaus und in Pflegeeinrichtungen, moderne Medikamente sowie ein deutschlandweites Diabetesregister geben; auch der Beruf der Diabetesberater sollte bundesweit einheitlich anerkannt werden.

Mit den Grundlagen der Krankheitsentstehung befasst sich das Team von Prof. Matthias Laudes vom UKSH-Campus Kiel. Schwerpunkt seiner Arbeit sind chronische Entzündungsprozesse bei der Entstehung von Stoffwechselerkrankungen; diese werden auch als metabolische Inflammation bezeichnet. „Früher ging man davon aus, dass die Adipositas Entzündungen bedingt und dass diese Entzündungen dann sekundär Insulinresistenz, Typ 2 Diabetes und Arteriosklerose auslösen. Seit einigen Jahren wissen wir aber, dass die Adipositas selbst auch entzündliche Prozesse in ihrer Pathogenese hat“, erläuterte Laudes, der den Bereich Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährungsmedizin leitet. In einer MRT-Studie konnte die Arbeitsgruppe bei Adipositas-Patienten eine Entzündung im Hypothalamus nachweisen, die die Appetit- und Sättigungsregulation stört. „Wir gehen davon aus, dass es erst einen anderen ursächlichen Reiz gibt, der die Entzündung primär auslöst, und dass sich dann auch die Adipositas sekundär mit Typ 2 Diabetes und Arteriosklerose parallel entwickeln.“

Bei diesem primären entzündlichen Reiz spiele das Mikrobiom, die Gesamtheit aller Mikroorganismen im Menschen, eine wesentliche Rolle, so Laudes, da Entzündungen im allgemeinen oft durch Bakterien ausgelöst werden und Menschen mit Adipositas und/oder Typ 2 Diabetes signifikante Mikrobiomveränderungen aufweisen. Gleiche man das Mikrobiom von Typ 2 Diabetikern an

das von Gesunden an, führe dies zu einer Verbesserung der Insulinsensitivität; das unterstreiche die kausale Bedeutung des Mikrobioms bei der Adipositas- und Diabetesentstehung. Über welche Mechanismen das Mikrobiom den menschlichen Stoffwechsel verändere, sei Gegenstand der aktuellen Forschungen des Kieler Teams, erklärt Laudes. Dabei verfolge man drei unterschiedliche Ansätze: Das Mikrobiom löst erstens durch den Kontakt mit der Darmwand eine Entzündung in der Darm-Mukosa aus, die sich dann systemisch ausbreitet, verändert zweitens das Muster der Gallensäuren, was sowohl metabolische als auch inflammatorische Prozesse in Gang setzt, und setzt drittens bakterielle Stoffwechselprodukte frei, die in den menschlichen Körper aufgenommen werden und dann systemisch wirken. Allen Ansätzen werde in verschiedenen, unter anderem von der EU geförderten Projekten nachgegangen, so Laudes.

Welche metabolischen Konsequenzen ein zu kurzer und gestörter Schlaf hat, erörterte Prof. Sebastian Schmid aus der Medizinischen Klinik I des UKSH, Campus Lübeck, beim Kongress in Berlin. „Aktuelle Studien belegen, dass vor allem quantitative und qualitative Veränderungen des Schlafrhythmus signifikant mit einer erhöhten Prävalenz von Adipositas einhergehen. Zudem können eine eingeschränkte Schlafdauer und -qualität eine verminderte Glukosetoleranz und Insulinsensitivität bewirken und damit ein erhöhtes Diabetesrisiko mit sich bringen.“

Schlaf stellt biologisch betrachtet ein bestimmtes Muster von neurochemischen und elektrischen Prozessen im Hirn dar, die über das Hormonsystem und das vegetative Nervensystem auch Stoffwechsel- und Immunprozesse steuern. Schlafmangel und gestörter Schlaf sind weit verbreitet, insbesondere in der westlichen Welt. Große Auswirkungen hat die Schlafdauer auf die metabolische Gesundheit. Bereits in früheren Untersuchungen haben Schmid und seine Arbeitsgruppe gezeigt, dass Probanden sich infolge von Schlafmangel deutlich weniger bewegen und die Ausschüttung von relevanten Hormonen für den Glukosestoffwechsel gestört ist.

Schlafmangel ist epidemiologischen Studien zufolge auch eindeutig mit einem höheren Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 assoziiert. Einer Studie mit über 8.000 amerikanischen Erwachsenen zufolge stieg das Risiko für eine Diabetes-Erkrankung um 57 Prozent, wenn die Schlafdauer über einen Zeitraum von zehn Jahren bei unter fünf Stunden pro Nacht lag. In eigenen Untersuchungen haben die Lübecker Wissenschaftler experimentell nachgewiesen, dass bereits eine Nacht mit gekürztem Schlaf ausreichend ist, um die Insulinsensitivität

## 12 Mio.

*Menschen könnten nach Prognosen im Jahr 2040 in Deutschland an Diabetes erkrankt sein, wenn nicht gegengesteuert wird. Schon jetzt werden laut Angaben auf der DDG-Jahrestagung zwölf Prozent der Gesundheitsausgaben für die Behandlung der Stoffwechselerkrankung aufgewendet.*

deutlich zu verschlechtern; das Schlafdefizit wirkt sich ungünstig auf den Zuckerhaushalt aus. Der Glukosespiegel steigt und auch die Insulinausschüttung wird angekurbelt – trotzdem gelingt es dem Organismus nicht, ausreichend Zucker in die Körperzellen zu schleusen. „Eine solche diabetogene Stoffwechsellaage sieht man klassischerweise im Frühstadium einer Diabeteserkrankung“, erklärte Schmid im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt.

Die Hormone Leptin und Ghrelin sind wesentlich für die Regulation von Hunger und Appetit. Auch ihre Konzentration wird durch die Schlafdauer beeinflusst. Das Sättigungshormon Leptin sendet dem Gehirn Signale aus dem Fettgewebe, die anzeigen sollen, wie viele Energiereserven noch gespeichert sind. Gegenspieler Ghrelin ist ein klassisches Hungersignal, das von den Zellen der Magenschleimhaut freigesetzt wird. Bei zu wenig Schlaf, so Schmid, verschiebt sich das hormonelle Gleichgewicht hin zu mehr Hunger und Appetit. Auch bevorzugen Menschen mit Schlafmangel energiedichte Lebensmittel wie Chips oder Schokoladenriegel; auf Karotten oder andere gesunde Lebensmittel haben sie weniger Lust.

Ausreichend Schlaf ist für die immunologische, psychische und metabolische Gesundheit von großer Bedeutung. Voraussetzung hierfür ist laut Schmid ein möglichst ausgeglichenes Schlafmuster – Schichtarbeiter mit häufigem Wechsel des zirkadianen Rhythmus haben ein deutlich erhöhtes Risiko für metabolische Erkrankungen – und eine dem individuellen Optimum angepasste Schlafdauer, die bei den meisten Menschen zwischen sieben und acht Stunden liegt. „Eine Verbesserung der Schlafqualität und der physiologischen Schlafhygiene ist ein wichtiger Ansatz in der Prävention und Therapie des metabolischen Syndroms.“ Schmid hält die Entwicklung von optimierten Arbeitszeitmodellen, individuell angepassten Bewegungs- und Ernährungsmodellen sowie die Vermeidung von Störfaktoren der Schlafqualität für vielversprechende therapeutische Ansatzpunkte.

Wie Telemedizin die Beratung von Menschen mit Diabetes ergänzt, darüber berichtete Dr. Simone von Sengbusch, Oberärztin in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des UKSH, Campus Lübeck, und Leiterin der „Mobilen Diabetes-Schulung Schleswig-Holstein“ während des Kongresses. Hinter dem Sammelbegriff lassen sich verschiedene Versorgungsstrukturen und Beratungsmodelle für an Diabetes erkrankte Menschen abbilden, wie zum Beispiel ein telemedizinisches Konsil oder die videogestützte Ambulanzberatung. Telemedizin ermögli- che unabhängig von Ort und Zeit dem Arzt einen Blick auf die Da-



Prof. Sebastian Schmid aus dem UKSH in Lübeck berichtete auf der DDG-Jahrestagung in Berlin.

ten und die Möglichkeit der Beratung. „Grundlagen für diese Art der Telemedizin hat ohne Zweifel die kontinuierliche Glukosemessung (CGM) gelegt. Die kontinuierliche Aufzeichnung von Glukosedaten in Kombination mit Informationen zu Insulin, Kohlenhydraten und Bewegung hat zu einem grundlegend neuen Verständnis der Glukoseströme im Körper und damit der Diabetestherapie geführt“, erläuterte von Sengbusch.

Die CGM- und Insulindaten stehen gespeichert in einer Software-Cloud zur Verfügung und erlauben Patient und Arzt eine Analyse der Daten zu jedem Zeitpunkt. Damit bietet sich die Chance, dass Patientengruppen, die häufigere Beratungen benötigen (zum Beispiel Schwangere, neu an Diabetes erkrankte und instabile Patienten), diese auch zeitnah erhalten könnten, so von Sengbusch. Die Beratung anhand von CGM-Daten könne dabei telefonisch, per E-Mail oder Videosprechstunde erfolgen. Letztere Variante bietet die Chance, neben Ton- auch Bildinformationen (Gestik, Mimik, Gesamteindruck) zu verwenden. Die CGM-Daten könnten vom Arzt vorab mit Patienteneinverständnis aus der Datencloud geladen, ausgewertet und verschlüsselt per E-Mail zurückgeschickt werden, sodass Patient und Arzt dieselben Informationen zur Verfügung hätten.

Vor allem Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes benötigen mindestens einen Termin pro Quartal, deren Anzahl bei Bedarf entsprechend erhöht werden muss, so von Sengbusch. Intensivere Beratung sei nötig während Wachstumsphasen, bei Infekten, nach Diabetesmanifestation, wenn die Eltern lernen müssten, rasch eine Vielzahl von medizinischen Entscheidungen zu treffen, und in der Phase der Pubertät, wenn die Stoffwechsellaage sich meist verschlechtert und die Jugendlichen Beratung und Coaching benötigen. „Es gibt in den

meisten Ambulanzen angesichts der stark steigenden Patientenzahlen nicht genug Zeitfenster oder auch Fachpersonal für die Beratung. Telemedizin könnte hier eine Lücke füllen, indem kürzere Termine in häufigerer Frequenz und ohne Belastung der Familien durch Fahrten in die Klinik und Wartezeiten durchgeführt werden.“ In der vom Innovationsfonds des G-BA geförderten Studie „Virtuelle Diabetesambulanz für Kinder und Jugendliche“ (ViDiKi) werde derzeit bei 240 Kindern aus Schleswig-Holstein und Hamburg der Effekt von Telemedizin als Ergänzung zur Regelversorgung untersucht; erste Ergebnisse werden noch 2019 erwartet.

In einem weiteren Vortrag ging von Sengbusch auf die Lebenssituation von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes ein. Laut Deutscher Diabetes Gesellschaft sind 32.500 junge Menschen bis 19 Jahre von Diabetes Typ I betroffen. Die Lebenssituation von Kindern mit Typ 1 Diabetes hänge erheblich von einer gelungenen Inklusion in Kita und Grundschule ab; die Diabetesdiagnose eines Kindes habe weitreichende psychosoziale Folgen für die ganze Familie. Jugendliche mit Diabetes wünschen sich Hilfe bei der Bewältigung von Herausforderungen im Alltag und bei der psychischen Bewältigung der Erkrankung. Ihr Fazit: „Diabetes Typ 1 ist eine ernste Erkrankung, die massiv in das Leben der Kinder, der Jugendlichen und ihrer Familien eingreift. Daher müssen wir mehr Anstrengungen unternehmen, sie angemessen in der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Dazu gehören für mich eine kosten- deckende ambulante Langzeitbetreuung mit Sicherstellung ausreichender Ressourcen für die psychosoziale Unterstützung der Familien, Hilfen insbesondere für den Kita- und Schulbesuch und der Zugang zu modernen Beratungsformen und innovativen Diabetestechnologien.“

UWE GROENEWOLD

32.500

*junge Menschen unter 19 Jahren sind von Diabetes Typ I betroffen. Die Lebenssituation der Kinder hängt stark von einer gelungenen Inklusion in Kita und Schule ab. Jugendliche wünschen sich mehr Hilfe bei der Bewältigung von Herausforderungen im Alltag, etwa in der Kommunikation mit Krankenkassen.*

# Fortbildungstermine bei der Ärztekammer

## ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG

### AUGUST/SEPTEMBER

2. – 24. AUGUST	Betriebliches Gesundheitsmanagement Beginn: 14:00 Uhr
16. AUGUST – 7. SEPTEMBER	Sachkunde gem. § 5 und § 8 nach MPBetreibVO Beginn: 9:00 Uhr
21. AUGUST – 11. MÄRZ	Balint-Gruppe Mittwoch Beginn: 16:30 Uhr
23./24. AUGUST	Hygiene/ Aktuelle Richtlinien und Grundlagen Beginn: 15:00 Uhr
23. – 25. AUGUST	Akupunktur Blöcke F + G, Teil 1 Beginn: 17:00 Uhr
24. AUGUST – 21. SEPTEMBER	Hypnose Aufbaukurs Beginn: 9:30 Uhr
30./31. AUGUST	Geriatrische Grundversorgung Modul 1 Beginn: 16:00 Uhr

## INTERPROFESSIONELLE FORTBILDUNGEN

### AUGUST/SEPTEMBER

2. – 24. AUGUST	Betriebliches Gesundheitsmanagement Beginn: 14:00 Uhr
16. AUGUST – 7. SEPTEMBER	Sachkunde gem. § 5 und § 8 nach MPBetreibVO Beginn: 9:00 Uhr
23./24. AUGUST	Hygiene/ Aktuelle Richtlinien und Grundlagen Beginn: 15:00 Uhr

## FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL

### AUGUST/SEPTEMBER

2. – 24. AUGUST	Betriebliches Gesundheitsmanagement Beginn: 14:00 Uhr
8. AUGUST	Tipps zum Ausbildungsstart Beginn: 9:00 Uhr
9. AUGUST	Controlling in ärztlich geleiteten Einrichtungen Beginn: 14:00 Uhr
14. AUGUST	Aktualisierung der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz Beginn: 9:00 Uhr
16. AUGUST – 7. SEPTEMBER	Sachkunde gem. § 5 und § 8 nach MPBetreibVO Beginn: 9:00 Uhr
16. AUGUST – 21. SEPTEMBER	Schnittstellenmanagement Beginn: 14:00 Uhr
16. AUGUST – 28. SEPTEMBER	Fachzertifikat Ambulantes Operieren Beginn: 15:00 Uhr
23./24. AUGUST	Hygiene/ Aktuelle Richtlinien und Grundlagen Beginn: 15:00 Uhr
23. AUGUST	Praxisnahes Telefontraining Beginn: 15:00 Uhr
26. – 30. AUGUST	Durchführung der Ausbildung Beginn: 9:15 Uhr
30. AUGUST – 28. SEPTEMBER	Fachzertifikat Wundmanagement Beginn: 14:00 Uhr
30. AUGUST – 6. SEPTEMBER	Geriatrische Syndrome und Krankheitsfolgen im Alter / Diagnoseverfahren Beginn: 15:00 Uhr
31. AUGUST – 7. SEPTEMBER	Impfen leicht gemacht - Kompakt Beginn: 9:00 Uhr

## Kontakt

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

## FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

## SEPTEMBER

2. – 6. SEPTEMBER	Klinische Fächer kompakt! – Expertenwissen für Praxis, Schiff & Krankenhaus, Schiffsarztlehrgang – Advanced Course	Schiffsarztlehrgang GbR Kiel info@schiffsarztlehrgang.de www.schiffsarztlehrgang.de Punkte beantragt
2. – 6. SEPTEMBER	Evidenzbasierte Medizin – 22. Lübecker Grundkurs 41 Fortbildungspunkte  Evidenzbasierte Medizin – 20. Lübecker Aufbaukurs 41 Fortbildungspunkte  Evidenzbasierte Medizin – 2. EbM Kurs Systematische Reviews und Metaanalysen 30 Fortbildungspunkte	EbM Kurse EbN Kurs Telefon 0451 500 51201 Telefon 0451 929 95111 sebastian.roelle@uksh.de marco.sander@uksh.de www.luebeck.ebm-ebn.de Punkte beantragt
6./7. SEPTEMBER	19. Summerschool Transplantationsnephrologie	UKSH, Klinik für Innere Medizin IV, Nieren- und Hochdruckkrankheiten Telefon 0431 500 230 01 barbara.ueberle@uksh.de www.uksh.de/nephrologie-kiel Punkte beantragt
12. – 14. SEPTEMBER	Clinical Skills Laboratory for Beginners	UKSH, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Kopf-Hals-Chirurgie, Lübeck Telefon 0451 500 42 020 petra.schuhr@uksh.de Punkte beantragt
20./21. SEPTEMBER	Mikroskopierkurs 8. Kieler Lymphomkurs	UKSH, Institut für Pathologie Sektion für Hämatopathologie Lymphknotenregister Telefon 0431 500 15 717 susanne.pietz@uksh.de www.uksh.de/ haematopathologie-kiel Punkte beantragt
25. SEPTEMBER	Sonographie	UKSH, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie, Telefon 0431 500 22476 oder 0431 500 22453 www.uksh.de/onestepahead 2 Punkte
28. SEPTEMBER	Der Begriff der tragischen Schuld als existentielles Thema der Psychotherapie	NGAT Telefon 04381 1640 sekretariat@ngat.de www.ngat.de Punkte beantragt

Weitere Informationen bei den Veranstaltern. Alle Angaben ohne Gewähr.

## Akupunktur Blöcke F + G, Teil 1

Die Seminarreihe Akupunktur zur Erlangung der Zusatzweiterbildung Akupunktur wird nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein in Anlehnung an das neue Kursbuch ‚Akupunktur‘ der BÄK angeboten. Zwingend ist der Beginn mit Block A. Die Blöcke A - G müssen über einen Zeitraum von mindestens 24 Monaten besucht werden und umfassen 24 Stunden Grundkurs (Block A) und 96 Stunden Aufbaukurse (B-E) sowie 60 Stunden praktische Akupunkturbehandlung (Block F) und 20 Stunden Fallseminare (Block G). Die Blöcke werden in der Akademie und z. T. in der Praxis des Kursleiters Dr. Hans-Ulrich Hecker in Kiel durchgeführt.

23. – 25. August 2019

Freitag, 17:00 – 20:30 Uhr

Samstag, 8:30 – 18:30 Uhr

Sonntag, 8:30 – 14:00 Uhr

Gebühr: 323 Euro

Ansprechpartnerin: Susanne Müller

## Hypnose Aufbaukurs

Dieser Kurs wird als Baustein für den Erwerb der Facharzt-kompetenz FA/FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FA/FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie und der Zusatzbezeichnung Psychotherapie – fachgebunden von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannt. Wiederholungen ermüden nur, deshalb wird ein kurzer Rückblick auf den Einführungskurs genügen. Spannender wird es sicher sein, wenn die Kursteilnehmer über eigene Therapieversuche berichten und Erfahrungen zum Austausch kommen. Gemeinsam werden wir im Anschluss hypno-spezifische Wirkmechanismen und Besonderheiten im Kollegenkreis üben; Kreativität und Gestaltung erhalten weiten Raum, wenn es um Utilisation, Ressourcen, Reframing, Dissoziation, Assoziation, Regression und Progression und deren Nutzen geht.

24. August und 21. September 2019

Samstag, 9:30 – 16:45 Uhr

Gebühr: 224 Euro

Ansprechpartnerin: Nina Brunken

## Sachkunde gem. § 5 und § 8 nach MPBtreibVO

Das Seminar Sachkunde gemäß §5 und §8 nach MPBtreibVO richtet sich an Arzthelfer/innen, MFA und Angehörige weiterer medizinischer Assistenzberufe in der ärztlichen Praxis, die mit der Instrumentenaufbereitung betraut sind. Es werden Grundkenntnisse für die Aufbereitung von Medizinprodukten vermittelt, die gemäß §5 und §8 MPBtreibVO und Richtlinien des Robert-Koch Institutes und des BfArM gefordert werden.

16. – 17. August jeweils 9:00 – 16:30 Uhr,

30. August von 9:00 – 16:30 Uhr,

31. August von 9:00 – 16:00 Uhr

7. September von 9:00 – 16:30 Uhr

(tagesaktuelle Änderungen vorbehalten)

Gebühr: 500 Euro

Ansprechpartnerin: Bärbel Dargel-Mikkelsen

## Kontakt

Akademie der Ärztkammer Schleswig-Holstein

Telefon 04551 803 700

E-Mail akademie@aeksh.de

# Amtliche Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

## Veröffentlichung gemäß § 16b Abs. 4 Ärzte-ZV der Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat am **05.06.2019** entsprechend § 103 Abs. 1 bis 3 SGB V in Verbindung mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Bpl-RI) die Versorgungsgrade in den einzelnen Planungsbereichen überprüft und in nachfolgenden Planungsbereichen für die angegebenen Fachgruppen die Zulassungssperren aufgehoben, wobei der Beschluss mit den Auflagen versehen ist, dass

1. Zulassungen oder Anstellungen nur im aufgeführten Umfang erfolgen dürfen,
2. die rechtsverbindlichen Zulassungs- bzw. Anstellungsanträge bis zum **02.09.2019** beim Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1 - 3, 23795 Bad Segeberg, einzureichen sind,
3. nach Fristablauf eingehende Zulassungs- bzw. Anstellungsanträge berücksichtigt werden können, sofern zum Zeitpunkt des Eingangs dieser nicht fristgerechten Anträge beim Zulassungsausschuss nach Berücksichtigung der vorrangigen fristgerecht und vollständig gestellten Anträge hinaus noch Zulassungsmöglichkeiten gemäß den nachfolgenden Festlegungen bestehen.

Fachgruppe	Planungsbereich	Anzahl
Hausärzte	Mittelbereich Neumünster	3,5 a)
Hausärzte	Mittelbereich Itzehoe	1,0 a)
Hausärzte	Mittelbereich Metropolregion Südost	0,5 a)
Kinder- und Jugendpsychiater	ROR SH Süd-West	1,0

- a) In diesen Planungsbereichen erfolgten teilweise Öffnungen wegen der Anwendung des in § 9 Bpl-RI erläuterten Demografiefaktors. Nach Absatz 8 dieser Vorschrift soll der Zulassungsausschuss in geeigneten Fällen darauf hinwirken, dass möglichst solche Bewerber Berücksichtigung finden, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologisch/geriatrische Qualifikation verfügen.

Die Bewerbungsfrist ist gewahrt, wenn aus der Bewerbung eindeutig hervorgeht, für welchen Niederlassungsort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) die Zulassung bzw. die Anstellung beantragt wird und ein Arztregisterauszug beigelegt wurde. Darüber hinaus ist ein unterschriebener Lebenslauf einzureichen.

Folgende Kriterien sind laut § 26 Abs. 4 Bpl-RI für die Auswahl durch den Zulassungsausschuss maßgeblich, wobei die Gewichtung der einzelnen Kriterien dem Zulassungsausschuss obliegt:

- ▶ berufliche Eignung,
- ▶ Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- ▶ Approbationsalter,
- ▶ Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V,
- ▶ bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- ▶ Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z. B. Barrierefreiheit).

### Hinweis:

Für die folgenden Planungsbereiche hatte der Landesausschuss in der Vergangenheit die Zulassungssperre für die aufgeführten Fachgruppen bzw. Mindestversorgungsanteile aufgehoben, so dass diese weiterhin für die Zulassung bzw. Anstellung in der angegebenen Anzahl geöffnet sind:

Fachgruppe	Planungsbereich	Anzahl
Hausärzte	Mittelbereich Husum	11,5
Hausärzte	Mittelbereich Meldorf	2,0
Hautärzte	Kreis Nordfriesland	1,0
HNO-Ärzte	Kreis Nordfriesland	0,5
ärztliche Psychotherapeuten	Kreis Dithmarschen	0,5 b)
Kinder- und Jugendpsychiater	ROR SH Nord	1,0
Nuklearmediziner	Schleswig-Holstein	3,0
Teilnahme an der QS-Vereinbarung „Schmerztherapie“	Raumordnungsregion entweder SH Nord oder SH Süd-West	1

- b) In diesen Planungsbereichen hat der Landesausschuss festgestellt, dass die Mindestanteile gemäß § 25 Abs. 1 Bpl-RI (ein 25-prozentiger Anteil von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und ein 20-prozentiger Anteil für die Leistungserbringer, die gemäß § 18 Abs. 2 ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln) nicht erfüllt sind, so dass die aufgeführte Anzahl von Zulassungen bzw. Anstellungen trotz festgestellter Überversorgung in der Gruppe der Psychotherapeuten möglich ist.

Erteilt der Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein Zulassungen bzw. Anstellungen aufgrund dieses Beschlusses in der jeweils oben genannten Anzahl, werden für den entsprechenden Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 SGB V angeordnet, ohne dass es einer erneuten Beschlussfassung des Landesausschusses bedarf.

Bad Segeberg, den 05.06.2019



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



Für unsere Klinik Buchenholm der Vital-Kliniken GmbH in Bad Malente (151 Betten für psychosomatische und orthopädische Reha und Prävention) suchen wir zum nächst möglichen Termin eine/n

### Oberarzt Psychosomatik (w/m/d)

#### Ihr Aufgabengebiet

- Oberärztliche Leitung und Supervision.
- Mitwirkung an der weiteren Entwicklung der Klinik, insbesondere im Bereich der Psychosomatik.
- Leitung und Mitwirkung an klinikinternen und -übergreifenden Projekten. Wirtschaftliche Verantwortung und administrative Tätigkeiten

#### Ihr Profil

- Abgeschlossene Weiterbildung im Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
- Interesse an der Entwicklung und Weiterentwicklung neuer Behandlungskonzepte aber auch administrativer Prozesse.

Weitere Informationen über den Stelleninhalt finden Sie auf:

[www.vital-kliniken.de](http://www.vital-kliniken.de)

Senden Sie Ihre Bewerbung bitte an den Ärztlichen Direktor Herrn Dr. Richard Natmeßnig.

[bewerbung.buchenholm@vital-kliniken.de](mailto:bewerbung.buchenholm@vital-kliniken.de)

**Vital-Kliniken GmbH – Klinik Buchenholm  
Plöner Str. 20 - 23714 Bad Malente Gremsmühlen**



Deutsche  
Rentenversicherung

Bund

**Im Reha-Zentrum Mölln der Deutschen Rentenversicherung Bund – Klinik Föhrenkamp (Hauptindikation: Gastroenterologie und Stoffwechsel), 193 Betten, ist die Stelle eines/einer**

### Assistenzarzte/-ärztin in Weiterbildung Innere Medizin / Allgemeinmedizin oder Physikalische und Rehabilitative Medizin

**in Voll- oder Teilzeit zum 01.10.2019 zu besetzen.**

#### Tätigkeit:

- Leiten des Arbeitsablaufes einer Station
- Durchführen aller üblichen klinischen Untersuchungen
- Erstellen von Therapieplänen und Kontrolle der durchzuführenden Behandlungen
- Führen der Krankengeschichten
- Entwerfen von Entlassungsberichten
- Durchführen von Sonderaufgaben

#### Weiterbildungsermächtigungen:

- 2 Jahre Innere Medizin / Allgemeinmedizin
- 1 1/2 Jahre Diabetologie
- 1 Jahr Sozialmedizin
- 1 Jahr Orthopädie
- 3 Jahre Physikalische und Rehabilitative Medizin

Bei Rückfragen steht Ihnen die **Ärztliche Direktorin Frau Prof. Dr. med. Zietz** (Tel.-Nr. 04542/802-160) zur Verfügung.

Das Arbeitsverhältnis und die Eingruppierung ist bestimmt nach dem Tarifvertrag der Deutschen Rentenversicherung Bund (TV DRV-Bund). Wir haben uns die berufliche Förderung von Frauen zum Ziel gesetzt und freuen uns besonders über Bewerbungen von Frauen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne von § 68 SGB IX werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und ausführlichen Unterlagen bitten wir bis zum 13.08.2019 zu richten an:

Deutsche Rentenversicherung Bund  
Frau Prof. Dr. med. Zietz  
Reha-Zentrum Mölln, Klinik Föhrenkamp  
Birkenweg 24, 23879 Mölln  
Tel.: 04542/802-161 oder Fax 04542/802-199

**ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 09 20. August 2019**

**BEILAGENHINWEIS:** Diese Ausgabe enthält eine Beilage von **OrthoConsulting Dr. Stefan Schneider**



Das **Helios Agnes Karll Krankenhaus** in **Bad Schwartau** ist ein Belegkrankenhaus mit 13 Fachrichtungen und 100 aufgestellten Betten.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt **Belegärztinnen/-ärzte** des Fachgebiets **Urologie** zur Erweiterung unseres urologischen Behandlungsspektrums mit dem Fokus auf **laparoskopische Operationen, Laser-Anwendungen (z.B. Holmium Laser Resektionen) und kinderurologische Operationen.**

Die Ausschreibung erfolgt gemäß §103 Abs. 7 SGB V.

Falls ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande kommt, kann der Krankenhausträger mit einem nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag abschließen. Dieser ermöglicht eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung.

Anfragen oder schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an die

**Helios Agnes Karll Krankenhaus Bad Schwartau**  
z.Hd. Lena Radtke (Geschäftsführung)  
lena.radtke@helios-gesundheit.de  
Am Hochkamp 21 - 23611 Bad Schwartau

## STELLENANGEBOTE

Sie sind aus dem Impuls Arzt geworden, um Menschen mit guter Medizin zu versorgen? Dann sind Sie bei uns genau richtig!

Das inhabergeführte Augenarztzentrum in Eckernförde sucht ab sofort einen

### Assistenzarzt (w/m/d) Augenheilkunde.

Wir bieten Ihnen optimale Arbeitsbedingungen: 3/30/33. Neugierig? Weitere Infos finden Sie unter [www.aze-web.de](http://www.aze-web.de).

Kontakt: Annegret Plöhn, Tel.: 04351- 72 75 33, E-Mail: [ploehn@aoz-web.de](mailto:ploehn@aoz-web.de)

### Immer noch Nacht- und Wochenenddienste? Genug vom Klinikstress?

Wir suchen zur langfristigen Erweiterung unseres tollen Teams in einer großen hausärztlichen Praxis in Neumünster einen **Allgemeinarzt/Internist (m/w/d)**.

Alle Modelle von Praxisassoziation (KV-Sitz vorhanden) bis Weiterbildungsassistenten (30 Monate WB-Ermächtigung) möglich. Flexible Arbeitszeitmodelle (ab 25 Std./Woche) denkbar. Überdurchschnittliches Einkommen.

Kontakt per E-Mail: [praxis-am-kuhberg@web.de](mailto:praxis-am-kuhberg@web.de)

### Traumjob Praxis als Kinderärztin/Kinderarzt (FA)

Haben Sie Lust auf eine gut dotierte Festanstellung (50%, mind. 2 Nachmittage, kaum Überstunden, viel Fortbildung) in einem tollen Praxisteam mit vielen kleinen & großen Patienten und dem gesamten Spektrum der Pädiatrie?

Dann bewerben Sie sich noch heute in meiner Quickborner Kinderarztpraxis „Kleine Eulen“ unter [dr.benzing@kleine-eulen.net](http://dr.benzing@kleine-eulen.net). Ich freue mich auf Sie!

## IMMOBILIEN



### Noch 2 Arztpraxen im Ärztehaus frei im neuen Zentrum von Barsbüttel, direkt an der Grenze zu Hamburg Gerne auch als Praxisfiliale/Zweigpraxis/Privatpraxis

Wir suchen noch nicht vorhandene Fachrichtungen

#### Bereits vorhanden:

Allgemeinmedizin	Psychotherapie
Gynäkologie	Physiotherapie
Schmerzmedizin	Apotheke
Urologie	Sanitätshaus
Zahnärzte	Kosmetikinstitut

Raumaufteilung und Ausbau nach eigenen Wünschen.

Günstige Mietkondition, geringe Nebenkosten, verkehrsgünstig gelegen, dicht an der Autobahn, 1 km an Hamburg, 2 Fahrstühle, alles barrierefrei.

Keine Maklergebühren, direkt vom Vermieter, 4.200 m<sup>2</sup> vermietet

**220 m<sup>2</sup> frei einteil-/unterteilbar – mit attraktiver Dachterrasse**

Neues Ortszentrum von Barsbüttel

Am Platz: Aldi, Rewe, Budni, Haspa, Bäcker etc. sowie ca. 300 Parkplätze Bushaltestelle 100 m entfernt

Kontakt bitte per E-Mail: [Dr. Ulf Haverland · uh@apo-apo.de](mailto:Dr.Ulf.Haverland@uh@apo-apo.de)  
(Ihre Anfrage wird ABSOLUT vertraulich behandelt)

**alpha medical**

[www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

Promising  
FUTURES

CSL™

CSL Plasma ist eines der weltweit größten Unternehmen zur Gewinnung von Humanplasma für die Herstellung von hochwirksamen Gerinnungs- und Immunglobulinpräparaten. Als ein Unternehmen der CSL Behring Gruppe, einem der weltweit größten Anbieter von lebensrettenden Biotherapeutika, ist CSL Plasma für Gewinnung, Lagerung und Testung von Plasma zuständig. Wichtig für den reibungslosen Ablauf sind nicht nur Qualität, Sicherheit und modernste Technik, sondern vor allem unsere qualifizierten und motivierten Mitarbeiter, die dazu beitragen, die gesetzten Ziele erfolgreich umzusetzen.



Für unser Plasmapherese-Center in Kiel suchen wir zum 15.07.2019 oder später einen

### Arzt (m/w/d) in Teilzeit

für 15 -20 Std./Woche (versch. Teilzeitmodelle sind möglich)

Sie führen die Spendereignungsuntersuchungen durch, informieren Spendewillige über Plasmaspende und mögliche Gesundheitsrisiken und übernehmen die ärztliche Überwachung während der Plasmaspende.

#### Ihre Qualifikation:

- Sie sind approbierte/r Arzt/Ärztin;
- Sie zeigen Verantwortungs- und Einsatzbereitschaft und arbeiten gern im Team;
- Sie sind engagiert, kommunikationsfähig und zeichnen sich durch eine kundenorientierte, offene und zielorientierte Arbeitsweise aus;
- Erfahrung im Umgang mit der EDV ist erwünscht.

#### Freuen Sie sich auf:

- Einen interessanten Arbeitsplatz in zentraler Lage mit familienfreundlichen Arbeitszeiten - ohne Nachtdienst/Rufbereitschaft (Mo. – Sa., Einteilung nach Dienstplan);
- Eine ausführliche Einarbeitung in den Spendeablauf;
- Eine angemessene und pünktliche Vergütung mit Zusatzleistungen.

Wir freuen uns auch über ein Interesse beruflicher Wiedereinsteiger/innen (z. B. während oder nach der Elternzeit) oder beruflicher Aussteiger/innen, die eine Teilzeitbeschäftigung suchen.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:  
CSL Plasma GmbH – Sophienblatt 98-100, 24114 Kiel  
oder per Email an: [Natascha.bock@cslplasma.com](mailto:Natascha.bock@cslplasma.com)

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

### Augenärztin/arzt

Große Praxis mit mehreren Standorten in Südwest Bayern sucht freundliche/n Kollegin/Kollegen **Schwerpunkt Retina, IVOM.**

Bewerbungen bitte an:  
[christina.halder@laserzentrum-allgaeu.de](mailto:christina.halder@laserzentrum-allgaeu.de)

Zur Verstärkung suche ich **Facharzt/ Fachärztin für Psychiatrie u. Psychotherapie** zur Anstellung in Teil- o. Vollzeit in Nervenarztpraxis in Kiel. Spätere Kooperation/Übernahme möglich. Kontakt erbeten unter Chiffre: SH50283

## PRAXISABGABE

**HNO- Gemeinschaftspraxis  
in der Universitäts- und Hansestadt Greifswald**

Langjährige, etablierte, umsatzstarke Praxis in der Innenstadt aus Altersgründen 2020 abzugeben.

Sehr motiviertes, hochqualifiziertes Personal, ambulante Operationen in der Praxis und im OP-Zentrum möglich, Lage in modernem Praxisgebäude mit Hörakustiker und logopädische Praxis, sehr gute verkehrstechnische Anbindung und Parkmöglichkeiten, hoher Freizeitwert (Wassersport, kulturelle Angebote).

Möglichkeiten der Fortführung: Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Einzelpraxis, Bildung MVZ, überörtliche Praxisgemeinschaft, Angestelltenverhältnis.

Kontakt: Dr. Andreas Donner

Telefon: (ab 05.08.19) 0160- 844 52 40 · E-Mail: AndreasDonner@t-online.de

**Hausärztlich geführte,  
lukrative internistische  
Einzelpraxis**

in zentraler Lage im nördlichen Speckgürtel von Hamburg abzugeben. Kontakt unter Chiffre SH50267.

## KV-SITZ

**KV-Nervenarztsitz im nördlichen Schleswig-Holstein**

Abgabe einer halben KV-Zulassung geplant, geeignet für Nervenärzte, Neurologen oder Psychiater (inklusive Psychotherapie). Kontakt unter Chiffre SH50262.

## CHIFFREHINWEIS

**Sie haben eine Anzeige unter Chiffre gesehen und möchten den Inserenten kontaktieren?**

Bitte senden Sie Zuschriften an: elbbüro Stefanie Hoffmann  
Chiffre (Nr. der Anzeige entnehmen)  
Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg  
oder anzeigen@elbbuero.com

## ASSOCIATION

**KIEL**

Hochfrequentierte Nervenärztliche Privat-Praxis (Fachrichtung Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie) in Bestlage, sucht personelle Unterstützung mit Perspektive späterer Übernahme.  
Kontakt unter Chiffre SH50277.

**GYNÄKOLOGISCHE PRAXIS ABZUGEBEN.**

Zum 01.01.2020 möchten wir unsere umsatzstarke und moderne gynäkologische Praxis abgeben. Es besteht ein sehr hoher Privatanteil. Eine Anstellung, mit der Option der Übernahme, ist ggf. möglich.

Die Praxis befindet sich ca. 50 km nördlich von Hamburg. Es besteht eine gute Anbindung an die A7 und die A23.

Kontakt erbeten unter Chiffre SH50286.

**ANZEIGENSCHLUSSTERMIN:**

**Heft Nr. 09 20. August 2019**

**Sie haben eine Idee für eine Anzeige aber niemanden für die kreative Umsetzung? Wir helfen Ihnen!**

Senden Sie uns einfach den Text und ggf. Logo/Bilder an: anzeigen@elbbuero.com

## STELLENGESUCHE

**Erfahrener FA f. Orthopädie** sucht Mitarbeit auf privat-ärztlicher Basis in Lübeck.

Kontakt via Chiffre SH50282.

**FÄ f. Allgemeinmedizin** sucht Arbeit in Teilzeit im Kreis Pinneberg.

Kontakt unter  
Tel: 0157 - 713 517 51

**FÄ Pädiatrie mit Qualifikation in Kinder- und Jugendgynäkologie** sucht Anstellung in Hamburg

Kontakt unter Chiffre SH50263.

**CHIRURG** (Visceral-, Unfall- Orthopäd., Gefäßchir., Phlebologie, Proctologie) gute Kenntnisse Allgemeinmedizin, Medical Consulting, sucht Teilzeitarbeit in Landarztpraxis im Raum Schleswig-Holstein.  
Kontakt erbeten unter Chiffre SH50284.

## FORTBILDUNGEN



JOHN-RITTMESTER-INSTITUT FÜR PSYCHOANALYSE,  
PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK  
SCHLESWIG-HOLSTEIN E. V.

Integrative ärztliche Weiterbildung

- Aus- und Weiterbildungsinstitut für Psychoanalyse (PA) und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
- anerkannt durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein
- Finanzierung durch die Vergütung von Patientenbehandlungen (75%ige Beteiligung an den Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen)

Weiterbildung:

- Facharzt- Psychiatrie-Psychotherapie (PA/TP)
- Facharzt- Psychosomatische Medizin (PA/TP)
- Facharzt- Kinder- und Jugendlichen Psychiatrie und Psychotherapie (PA/TP)
- Fachkunde Gruppentherapie TP
- Zusatzbezeichnung Psychoanalyse
- Zusatzbezeichnung Psychotherapie (fachgebunden) (PA/TP)
- Ab Herbst 2019 beginnt ein Weiterbildungskurs in Gruppenpsychotherapie!

Für weitere Anfragen steht Ihnen unser Sekretariat wie folgt zur Verfügung:

JOHN-RITTMESTER-INSTITUT E.V., Stresemannplatz 4, 24103 Kiel  
Telefon: 0431/ 888 6295 oder per E-Mail: sekretariat@john-rittmeister-institut.de

**FORTBILDUNGEN**

**15. Wochenend-Workshop 2019  
Neurophysiologie in Holstein  
Schwerpunkt EMG- Neurographie**

13.09.2019 - 15.09.2019

Informationen, Programm und Anmeldung unter [gaby.golletz@fek.de](mailto:gaby.golletz@fek.de)  
Chefarzt Prof. Dr. med. H.-C. Hansen • Tel. 04321/405 20 71  
Klinik für Neurologie im Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster

**MEDIZINTECHNIK**



**AMT**  
Abken Medizintechnik

**Ihr zuverlässiger Partner**

**für Ultraschallgeräte bei Beratung,  
Kauf, Service und Finanzierung!**

Vor Ort in unseren Ultraschallzentren  
Wunstorf und Norderstedt.

Tel. 05031 - 962 25 0  
[info@amt-abken.de](mailto:info@amt-abken.de)

**www.amt-abken.de**

**PHILIPS SAMSUNG SIEMENS Healthineers**



**Mit Ihrer Hilfe  
finden  
Kinder Platz  
zum Spielen.**

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

 Deutsches  
Kinderhilfswerk

**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 Weiterbildungsbefugnissen) 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 Weiterbildungsbefugnis, 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.

**FACHBERATER**

Wirtschafts- und Steuerberatung  
für Heilberufler



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)



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)

 **Praxisrecht**

Dr. Fürstenberg & Partner  
Hamburg • Berlin • Heidelberg

**Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen  
im Gesundheitswesen!**

- Insbesondere Beratung für**
- Ärzte | Zahnärzte
  - Apotheken
  - Krankenhausträger
  - Berufsverbände
  - Sonstige Unternehmen im Gesundheitswesen

**Vom Arbeitsrecht bis zur Zulassung** - unsere Kanzlei steht für persönliche, individuelle und zielgerichtete Rechtsberatung und Vertretung. Erfahren Sie mehr über unser umfassendes Leistungsportfolio unter

[Praxisrecht.de](http://Praxisrecht.de)

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

**Rechtsanwälte & Fachanwälte für  
Medizinrecht | Steuerrecht**

**Lokstedter Steindamm 35 22529 Hamburg**  
fon +49 (0) 40 - 2390876-0  
e-mail [hamburg@praxisrecht.de](mailto:hamburg@praxisrecht.de)

## 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 Göhr-  
mann, Pia Hofer, Florian Horstmann, Astrid  
Schock, Katja Willers  
Telefon 04551 803 272, -274

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Prof. Hel-  
mut Fickenscher, Esther Geisslinger, Uwe Groe-  
newold, Martin Geist, Horst Kreussler, Prof.  
Peter Lamprecht, Dr. Manfred Koller, Christine  
Wohlens, Prof. Walter Schaffartzik, Dr. Dr. phil.  
Karl-Werner Ratschko

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 Anzeigenpreisliste  
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 be-  
zogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Beiträge geben die Auffassung der namentlich genannten  
Autoren, nicht zwingend die der Redaktion wieder. Für unau-  
gefordert 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 auf-  
grund 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 Bei-  
träge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit  
Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwer-  
tung 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

mitglieder@vaesh.de

## FACHBERATER

**Stingl · Scheinpflug · 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-Poeppel – Steuerberaterin**  
FACHBERATERIN für das Gesundheitswesen (DStV e.V.)



**Am Dörpsdiek 2 · 24109 Kiel / Melsdorf**  
**Tel. 04340-40700 · info@stingl-scheinpflug.de**  
**www.stingl-scheinpflug.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  
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 | 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, [www.rohwer-gut.de](http://www.rohwer-gut.de)



**Die PVS®**

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: Service 1. Klasse - für Arzt und Patient!

Zuverlässigkeit, Kompetenz und Freundlichkeit sind die Merkmale, die über 90% der Patienten in einer Umfrage mit gut oder sehr gut bewertet haben. Mehr unter [www.pvs-se.de/patientenumfrage](http://www.pvs-se.de/patientenumfrage)