



Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Nr. 3

März 2019
Bad Segeberg
72. Jahrgang

Herausgegeben von
der Ärztekammer
Schleswig-Holstein



PÄDIATRIE

THEMEN

12

Interview: Erste
Bilanz der neuen
Kammerspitze

15

Avatar ermöglicht
krebskranken
Kindern Teilhabe

20

So organisiert der
Norden ländliche
Versorgung

22

Schmerz-Strang
wird vom Land
gefördert

36

Gynäkologentag in
Rendsburg

Gemeinsame Anstrengungen für noch gesündere Kinder

Kindergesundheit in Schleswig-Holstein ist besser als im Bundesdurchschnitt. Kinderärzte fordern mehr Vertragsarztsitze und Armutsbekämpfung.

Der kürzlich vorgelegte Kinderreport der DAK Gesundheit bescheinigt dem Nachwuchs in Schleswig-Holstein eine bessere Gesundheit als im bundesdeutschen Durchschnitt. Das ist auch, aber nicht ausschließlich auf die Arbeit der Pädiater im Land zurückzuführen. Dr. Ralf van Heek, Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVJK) in Schleswig-Holstein, lobte bei der Vorstellung des Kinderreports u. a. die gute Arbeit und das Angebot der Therapeuten: „Physiotherapeuten, Logopäden, Ergotherapeuten leisten hervorragende Arbeit“, betonte van Heek.

Weitere Gründe für die überdurchschnittlich gute Gesundheit der Kinder könnten nach seiner Ansicht auch das gute Klima im Norden, der hohe Anteil an ländlichen Regionen und die laut „Glücksatlas“ glücklichen Menschen im Norden sein – dies strahle von den Eltern auf die Kinder ab.

Neben positiven Ergebnissen gibt es auch Defizite. Der Report zeigt, dass 27 Prozent der Kinder im Land jährlich Antibiotika verordnet bekommen. Mehr Kinder als im Bundesdurchschnitt sind depressiv und viele Kinder leiden bereits unter Rückenschmerzen. Diese und weitere Ergebnisse bestärken Schleswig-Holsteins DAK-Chef Cord-Eric Lubin-

ski in seinem Bemühen um mehr Prävention. Lubinski will das Programm „fit4future“ ausbauen und die Prävention stärker in den politischen Fokus rücken. Der Verband der Kinderärzte fordert mehr pädiatrische Vertragsarztsitze bei höherer Gesamtvergütung und eine bessere Ausstattung der Kliniken. Außerdem hält der Verband größere Anstrengungen bei der Bekämpfung von Armut für erforderlich – weniger Armut bedeutet nach Erfahrung der Kinderärzte bessere Gesundheit. Eltern sollten deshalb bei der Erziehung stärker unterstützt werden, etwa durch kostenfreie Kita und Lehr- und Lernmittel.

► WEITER AUF SEITE 6

19. AINS-Symposium

am 28. und 29. Juni 2019



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein - Campus Kiel
Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin

Freitag, 28. Juni 2019

12.15 - 12.30 Begrüßung und Eröffnung des Symposiums
M. Steinfath

Vorsitz: C. Nau und M. Tryba

12.30 - 13.00 Vom Angebot zum Drogentod
C. Maier - Bochum

13.00 - 13.30 Schlafmohn für Methusalix
C. Zöllner - Hamburg

13.30 - 14.00 Airbag für die Kleinen
M. Jöhr - Luzern

14.00 - 14.30 Pause

Vorsitz: S. Russo und U. Linstedt

14.30 - 15.00 Kein Blut im Herz auch ohne Schmerz
B. Bein - Hamburg

15.00 - 16.00 **DAS BESONDERE THEMA**

Angriff aus der Dunkelheit
Nicolas Krämer - Neuss

16.00 - 16.30 Pause

Vorsitz: N. Roewer und J. Höcker

16.30 - 17.00 Was geht auch mit dickem Bauch?
W. Gogarten - Bielefeld

17.00 - 17.30 Isolieren oder ignorieren?
M. Thomé - Kassel

17.30 - 18.00 Mit Vollgas in die Katastrophe
Ch. Byhahn - Oldenburg

19.30 **Diskussionsforum: "MEET THE EXPERTS"**
während einer Rundfahrt mit Buffet auf der
'Adler Princess' (Anmeldung erforderlich)

Samstag, 29. Juni 2019

09.20 Begrüßung
N. Weiler

Vorsitz: G. von Knobelsdorff und T. von Spiegel

09.30 - 10.00 Signale aus der Zentrale
M. Heringlake - Lübeck

10.00 - 10.30 Voll dabei trotz NYHA drei?
Y. Zausig - Aschaffenburg

10.30 - 11.00 Zwischen Bedarf und Bedenken
W. Koppert - Hannover

11.00 - 11.30 Pause

Vorsitz: M. Grünewald

11.30 - 12.30 Frankenstein oder der moderne Prometheus
Mechthild Großmann - Hamburg
Klaus Lewandowski - Berlin

12.30 - 13.00 Pause

Vorsitz: E.-P. Horn und T. Krause

13.00 - 13.30 Trend oder Tabu?
L. Gattinoni - Göttingen

13.30 - 14.00 Top-Funktion trotz Ventilation
M. Quintel - Göttingen

14.00 - 14.30 Messer - Tupfer - Defi
B. W. Böttiger - Köln

14.30 - 15.30 Abschlussbemerkungen

15.00 - 18.00 **WORKSHOPS** (Anmeldung erforderlich)

1. Zwischenfallmanagement am Anästhesiesimulator
2. Ultraschallgesteuerte Nervenblockaden
3. Sonographie in der Intensivmedizin
4. Strom im OP: EKG, Schrittmacher, Defi & Co



Anmeldung und Informationen unter www.uni-kiel.de/anaesthesie/ains

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein zertifiziert das Symposium
mit 11 und jeden Workshop mit 5 Fortbildungspunkten.
Bitte bringen Sie Ihre Barcode-Aufkleber mit.

„Antworten von gestern passen nicht mehr“

In den ersten Wochen des neuen Jahres ist es in der Gesundheitspolitik recht turbulent gewesen, und dies nicht nur in Berlin, sondern auch bei uns im Norden, von A bis Z: angefangen von Alpha über AU-Schein.de bis Zava.

Bei Alpha handelt es sich um ein neues Angebot in Hamburg, bestimmt auch für den Süden unseres Bundeslandes, bei dem ein Arzt von einem Patienten nach Hause gerufen wird, um so Wartezeiten abzukürzen – gegen Selbstzahlung. Krankschreibungen nach Bedienung eines elektronischen Algorithmus auf einer Internetplattform und telefonischer Fernberatung – 3 Tage AU bei Erkältung für 9 Euro. Die Online-Arztpraxis Zava, vormals DrEd in London, will nun einen Standort in Schleswig-Holstein eröffnen – Fernbehandlung bei 30 Indikationen.

Alles Möglichkeiten aufgrund veränderter Rahmenbedingungen und einer Lockerung des Fernbehandlungsverbotes, wenn diese ärztlich indiziert ist und kein direkter Patient-Arzt-Kontakt notwendig ist. Dabei drängen sich Fragen auf: Ist die jetzige Notfallversorgung nicht ausreichend (bislang sichergestellt!)? Können ärztliche Atteste ohne Untersuchung ausgestellt werden (rechtlich zurzeit nicht erlaubt!)? Kann ambulante Versorgung rein telemedizinisch ohne Vertragsarztsitz durchgeführt werden (widerspricht dem Heilberufekammergesetz!)?

Zwei Grundsätze stehen dabei fest: Goldstandard ist der direkte Patienten-Arzt-Kontakt mit allen Sinnen und wird es immer sein. Die digitale Transformation ist im täglichen Leben und damit auch im Gesundheitswesen angekommen, die Ärzteschaft nimmt diese Herausforderung an, die Lockerung des Fernbehandlungsverbotes ist ein richtiger Schritt. Diese beiden Antipoden stehen nebeneinander, sind nicht voneinander zu trennen und werfen Fragen auf. Doch für die Fragen von heute und morgen passen nicht mehr die Antworten von gestern und vorgestern. Dieser Diskussion werden wir uns stellen, um die Antworten für übermorgen zu finden.

Freundliche Grüße
Ihr



Dr. Henrik Herrmann
PRÄSIDENT



„Die Lockerung des Fernbehandlungsverbotes ist ein richtiger Schritt.“

Inhalt

NACHRICHTEN	4
Lunden gründet kommunale Eigeneinrichtung	4
Itzehoe weiht neue Psychiatrie ein	4
August-Bier-Klinik gründet Concussion-Center	5
Train-the-Trainer-Seminar in der Allgemeinmedizin	5
Kurz notiert	5
TITELTHEMA	6
Kinder- und Jugendgesundheit in Schleswig-Holstein	6
Interview: Dr. Ralf van Heek	8
Kinderhospize wollen heraus aus der Tabuzone	10
GESUNDHEITSPOLITIK	12
Interview: Die Ärztekammer will sichtbarer werden	12
Gespräch am Wasser zur Notfallversorgung	14
Modellprojekt: Avatare für kranke Kinder	15
Interview: Der neue TK-Chef für Schleswig-Holstein	16
Vor dem Roll-out: Die elektronische Gesundheitsakte	17
Pflegeberufe in der Diskussion	18
Die Ameos-Pläne in Ostholstein	19
Serie: Modelle für die ambulante ländliche Versorgung	20
Modellprojekt für Schmerzpatienten gestartet	22
KVSH: Abgeordnetenversammlung in Bad Segeberg	23
Die Agenda des Berufsordnungsausschusses	24
IM NORDEN	25
Symposium zu 40 Jahren Ethikseminar im UKE	25
Häusliche Gewalt wird nur selten dokumentiert	26
Kinderschutzgruppe am Klinikum Itzehoe gegründet	27
PERSONALIA	28
RECHT	31
Serie: Ärztliche Sachverständige	31
Schlichtungsfall	34
FORTBILDUNGEN/AKADEMIE	36
Gynäkologentag in Rendsburg	36
Chefärzte auf der Segeberger Schulbank	38
Jahrestagung der DGTHG in Wiesbaden	39
Kieler Symposium zur Dermatookologie	40
Termine	42
LESERBRIEF	40
ANZEIGEN	44
TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50

Lunden will das Büsser Modell

Die Gemeinde Lunden im nördlichen Dithmarschen gründet eine kommunale Eigeneinrichtung nach Paragraph 105 SGB V, um damit langfristig die hausärztliche Versorgung in der Region zu sichern. Dies berichtet die Ärztenossenschaft Nord. Der Betrieb soll im Mai starten.

Lunden wird nach Büsum die zweite Gemeinde in Deutschland, die eine solche kommunale Eigeneinrichtung gründet. Zwei junge Ärzte, die bislang in einer benachbarten Klinik arbeiten, werden in der Eigeneinrichtung hausärztlich angestellt tätig sein. Ein Hausarzt in Lunden beendet seine Tätigkeit, zwei weitere noch praktizierende Ärzte in der Gemeinde bleiben in Einzelpraxis tätig.

Das Management übernimmt wie im Vorbild der Gemeinde Büsum die Ärztenossenschaft Nord. Praktizierender werden die Ärzte zunächst in dafür umgebauten Interimsräumen, bevor Ende

2020 der Umzug in ein neues und deutlich größeres Gesundheitszentrum geplant ist. Dort sollen dann Ärzte mit einer Apotheke, einem Sanitätshaus und weiteren Gesundheitsdienstleistern unter einem Dach arbeiten.

Die ersten Gespräche über die Gründung eines solchen Zentrums hatten schon 2014 stattgefunden. Anders als in Büsum scheiterten die Gespräche. Inzwischen ist der Handlungsdruck wegen des steigenden Alters der Hausärzte aber gewachsen. In die Lösungssuche waren neben den Ärzten vor Ort, der Gemeinde und der Ärztenossenschaft auch der Koordinator ambulante Versorgung des Kreises Dithmarschen, Harald Stender, und die KV Schleswig-Holstein eingebunden. Neben diesen Modellen betreiben auch Pellworm und Silberstedt (siehe Bericht auf Seite 20) eigene Einrichtungen, allerdings als MVZ nach Paragraph 95 SGB V. (PM/RED)

„Neues Gebäude für neue Psychiatrie“



Vor dem Neubau: Krankenhausdirektor Bernhard Ziegler, Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg, Vorstandsvorsteher Dr. Reinhold Wenzlaff und Chefarzt Prof. Arno Deister. (v. l.)

Das Klinikum Itzehoe hat sein neues Zentrum für Psychosoziale Medizin in Betrieb genommen und im Beisein von Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg eingeweiht. Chefarzt Prof. Arno Deister sprach von einem „neuen Gebäude für eine neue Psychiatrie“. Denn der Neubau verzichtet auf die klassische Aufteilung in Stationen, Tagesklinik oder Ambulanz und setzt auf die Bereiche Schutz, Schlafen, Wohnen, Behandeln, Begegnen mit fließenden Übergängen.

„Je nach ihrem individuellen Bedarf nutzen die Patienten unterschiedlich viele Bereiche davon. Die Mitarbeiter arbeiten in allen Settings“, teilte das Klinikum mit. Die Patienten sind langfristig an ein Team gekoppelt, die Behandlungskontinuität wird damit sichergestellt.

„Mit dem Neubau des ZPM bekommt das 2003 als Modellprojekt gestartete landesweit erste Regionalbudget Psychiatrie und Psychosomatik ein eigenes Haus für die bedarfsgerechte Behandlung aus einer Hand unter einem Dach“, sagte Garg. Er unterstrich die wachsende Bedeutung integrativer Angebote, die ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlungen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zu einem abgestimmten und gestuften Gesamtangebot zusammenführen.

Auf den rund 6.000 Quadratmetern gibt es viel öffentlichen Raum für Begegnung. Der Neubau kostete 18,4 Millionen Euro, von denen zwölf Millionen Euro vom Land kommen. (PM/RED)

Erstes Concussion Center in Schleswig-Holstein



Franka Weber, Leiterin Psychologische Abteilung, und Chefarzt Dr. Klaus Stecker.

Anfang des Jahres hat die August-Bier-Klinik in Bad Malente das nach eigenen Angaben erste Concussion Center in Schleswig-Holstein (CCSH) eröffnet. Die Fachklinik für Neurologie, Neurotraumatologie und Rehabilitation bietet im Concussion Center neben präventiven Leistungen auch die Behandlung nach akuten Verletzungen, individuelle Rehabilitationspläne sowie Beratungen an. Betreuung und Beratung laufen nach Stufenplan Verwaltungs-Berufsgenossenschaft.

Zum Team des CCSH zählen Neurologen auch Physiotherapeuten, Neuropsychologen und Sportpsychologen. Die Klinik verfügt außerdem über ein Netzwerk aus Sportmedizinern, Sportwissenschaftlern, Neurochirurgen, Radiologen und Orthoptisten, mit de-

nen Kooperationsvereinbarungen bestehen. Wie die von der Gesellschaft für Sport-Neuropsychologie in Würzburg zertifizierte Klinik berichtet, gibt es in Deutschland jährlich rund 300.000 traumatische Kopfverletzungen, von denen mehr als 80 Prozent als „leicht“ eingestuft werden. Für Sportler, Vereine und die betreuenden Mediziner stellen diese „leichten“ Schädel-Hirn-Verletzungen jedoch eine Herausforderung dar: „Die Diagnostik gestaltet sich oft schwierig, insbesondere im engen Zeitfenster am Spielfeldrand. Hier muss schnell über eine Rückkehr ins Spiel entschieden werden. Offensichtliche Symptome wie Bewusstlosigkeit oder Erbrechen zeigen sich aber eher selten“, gab das CCSH in einer Pressemitteilung zur Eröffnung zu bedenken. (PM/RED)

Train-the-Trainer in der Allgemeinmedizin

Train-the-Trainer-Seminare (TtT), derzeit in aller Munde, sind keine modische Fortbildungserscheinung, sondern Teil der notwendigen und zukunftsweisenden Qualitätsoffensive in der ärztlichen Weiterbildung. Die Zuständigkeit für die Weiterbildung war den Kammern vor langem gesetzlich übertragen worden und droht in unserer hochtourig laufenden Gesundheitsversorgung „unter die Räder“ zu kommen. Mehr Systematik in Wissensvermittlung, Erfahrungserwerb sowie dem Feedback kann unsere nachwachsende Facharztgeneration stärken und es den Weiterbildern erleichtern, für das gemeinsame Weiterbildungsergebnis die Verantwortung zu übernehmen.

Ein Workshop für Weiterbildungsbefugte in der Allgemeinmedizin findet kommenden Monat in der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung in Bad Segeberg statt. Die wichtigsten Informationen in Kurzform:

Leitung: Prof. Hanna Kaduszkiewicz, Prof. Jost Steinhäuser

Termin: 27. April 2019

Samstag, 10:00 - 15:45 Uhr

Fachgebiet: Allgemeinmedizin

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte

Fortbildungsstunden: 5

Fortbildungspunkte: 7

Teilnahmegebühr: 25,00 Euro

Seminarort: Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein; Esmarchstraße 2-4 in 23795 Bad Segeberg. (RED)

KURZ NOTIERT

Alpha-Ärzte auch im Süden Holsteins

Der rein privatärztliche Haus- und Notdienst Alpha erreicht mit einem Standort in Hamburg auch Patienten im südlichen Schleswig-Holstein. Nach eigenen Angaben decken die für das Unternehmen tätigen Ärzte die Fachgebiete Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinderheilkunde, HNO, Urologie, Orthopädie sowie Anästhesiologie und Schmerzmedizin ab. Außer in Hamburg gibt es das Angebot in zehn weiteren deutschen Großstädten. Die Kosten für Selbstzahler beziffert das Unternehmen auf seiner Website auf „maximal 180 Euro“ pro Hausbesuch. (PM/RED)

Regio Kliniken planen Lungenzentrum

Die Regio Kliniken planen ein interdisziplinäres, überregionales Lungenzentrum in Elmshorn. Dafür sollen die Pneumologie und Beatmungsmedizin sowie die Thoraxonkologie am Standort Wedel und die Thoraxchirurgie am Standort Pinneberg in Elmshorn zusammengefasst werden. „Hierdurch werden im Sinne optimaler Abstimmungsmöglichkeiten die Wege zwischen den Experten und Teams verkürzt“, begründen die Regio Kliniken den Schritt. Die Umsetzung soll in einem Zeitraum zwischen zehn und 14 Monaten erfolge. (PM/RED)

Kein Schulgeld mehr für Therapeuten

Schleswig-Holstein macht die Ausbildung für Gesundheitsberufe kostenfrei. Ziel ist, das Land im Wettbewerb um Fachkräfte im Gesundheitswesen attraktiver zu machen. Die Förderung umfasst rückwirkend zum Jahresbeginn bis zu 300 Schulplätze pro Ausbildungsjahr für angehende Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, medizinische Bademeister und Masseur. Die 300 Plätze entsprechen der bisherigen Belegung an den staatlichen Schulen im Norden. Für diese Plätze sind 3,3 Millionen Euro in den Haushalt eingestellt. Bislang mussten die Schüler für die Schulausbildung bis zu 400 Euro monatlich bezahlen. (PM/RED)

Kein Cannabis-Modellversuch möglich

Die Landesregierung rechnet nicht damit, dass der Bund Modellversuche zur kontrollierten Freigabe von Cannabis ermöglicht. Ohne eine bundesgesetzliche Änderung kann das Land solche Modellversuche nicht starten. Dies stellte Gesundheitsminister Dr. rer.pol. Heiner Garg nach einer Landtagsdebatte zum Thema klar: „Wir sind in dieser Sache auf ein Umdenken der Koalition im Bund angewiesen, ohne eine bundesgesetzliche Änderung wird der Modellversuch leider nicht möglich sein.“ Zuvor hatte der gesundheitspolitische Sprecher des SSW, Flemming Meyer, die Jamaika-Koalition in Kiel an deren Vereinbarung erinnert und die kontrollierte Abgabe von Cannabis gefordert. (PM/RED)

Falsche Zuordnung in der Tabelle

In der Titelgeschichte des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes im Februar zum Thema Ernährung ist Lesern aufgefallen, dass wir im Gastbeitrag von Prof. Martin Smollich und Prof. Christian Sina in der Tabelle auf Seite 10 in der Spalte „bevorzugen“ eine falsche Zuordnung vorgenommen haben. Verarbeitete Lebensmittel mit hohem Gehalt an Zucker, Stärke und Fett gehören nicht in diese, sondern in die Spalte „vermeiden“. Wir bitten um Entschuldigung und bedanken uns bei den aufmerksamen Lesern. (RED)

KINDERGESUNDHEIT

Heile, gesunde Welt nicht für alle Kinder

Kinder und Jugendliche sind in Schleswig-Holstein gesünder als im Bundesdurchschnitt. Grund zum Zurücklehnen besteht dennoch nicht, wie u.a. der Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit zeigt. Auch der Berufsverband der Pädiater sieht Handlungsbedarf.

In seiner Praxis begleitet Dr. Ralf van Heek vorwiegend gesunde Kinder beim Großwerden. Die Eltern bringen den Nachwuchs regelmäßig zu den Untersuchungen, die Kinder wachsen in intakten Familien auf, Prävention und Bildung werden großgeschrieben, wirklich bedrohliche Erkrankungen sind selten. Der Vorsitzende des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendmediziner (BVKJ) in Schleswig-Holstein ist mit seiner Praxis in Altenholz zwar keine Ausnahme, doch van Heek weiß, dass es auch ganz anders geht.

„Praxen an anderen Standorten nehmen das ganz anders wahr“, sagt van Heek. So gibt es in einigen Regionen zum Beispiel Schwierigkeiten beim Zugang zur Versorgung, aber auch Überlastungen von Ärzten und Personal, weil viele Menschen unaufgeklärt in die Praxen kommen oder sich aufgrund von Sprachbarrieren kaum verständlich machen können. Hinzu kommt ein Problem, das sich in den vergangenen Jahrzehnten deutlich vergrößert hat: Die Unsicherheit der Menschen über die Bedeutung ihrer Erkrankung. Weil immer weniger Menschen in der Lage sind, Bagatellen von echten Bedrohungen zu unterscheiden, sind nicht nur die Kapazitäten in den Notfallambulanzen der Kliniken, sondern mitunter auch die Praxen überlastet.

Wie krank aber ist der Nachwuchs in Schleswig-Holstein wirklich? Aufschluss soll der Ende Februar vorgelegte Kinder- und Jugendreport 2018 der DAK Gesundheit geben. In die Analyse der Universität Bielefeld sind die Abrechnungsdaten von 30.325 bei der DAK versicherten Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahren eingeflossen – bei rund 470.000 Kindern und Jugendlichen in ganz Schleswig-Holstein eine beachtliche Zahl. Ziel der Analyse



Infektionen sind in allen Bundesländern stets die zweithäufigste Ursache für Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen. In Schleswig-Holstein sind sie für 34 Prozent aller Erkrankungen des Nachwuchses verantwortlich. Damit liegt der Norden 8 Prozent unter dem Bundesdurchschnitt. Dies gilt auch für zahlreiche weitere Erkrankungen - insgesamt sind die Kinder und Jugendlichen nach Abrechnungsdaten der DAK gesünder als der Durchschnitt.

ist es nach Angaben von DAK-Landeschef Cord-Eric Lubinski, die gesundheitliche Situation von jungen Menschen im Norden besser zu verstehen und sie zugleich in den Vordergrund der politischen Diskussion zu rücken. Es ist auch eine kontinuierliche Datenauswertung geplant, um Entwicklungen verfolgen zu können; es sollen Unterschiede zwischen Stadt und Land herausgearbeitet, Unterschiede zwischen den Geschlechtern beleuchtet und der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit untersucht werden.

Natürlich wird von einer Krankenkasse auch die Kostenseite thematisiert. Insgesamt wendete die Krankenkasse im ausgewerteten Jahr 2016 26,6 Millionen Euro für die Gesundheitsversorgung der bei ihnen versicherten Kinder und Jugendlichen auf. Die für die Krankenkasse gute Nachricht: Die Pro-Kopf-Ausga-

ben liegen mit 874 Euro im Jahr sieben Prozent unter dem Bundesdurchschnitt (939 Euro). Die Versorgungskosten von Kindern und Jugendlichen folgen stets einem U-förmigen Verlauf. Säuglinge verursachen mit durchschnittlich 1.861 Euro pro Jahr mehr als doppelt so hohe Versorgungskosten wie Kinder im Alter zwischen einem und vier Jahren (rund 792 Euro). Die Kosten steigen bis zum Jugendalter wieder an, auf durchschnittlich 1.041 Euro.

Sieben Prozent der Kinder verursachen gar keine Kosten. Die Hälfte der Gesamtkosten für Versorgungsleistungen entfallen auf nur drei Prozent aller Kinder, also auf die mit schweren Erkrankungen, die eine teure Therapie erfordern. Julian Witte, der die Ergebnisse für die Uni Bielefeld in Kiel bei einem Pressegespräch der DAK vorstellte, sieht dies als Plädoyer für die Solidargemeinschaft. „Wesentlicher Ausgabentreiber“ ist nach Angaben der DAK das Krankenhaus. Je nach Alter entfallen auf die Klinikaufenthalte zwischen 32 und 62 Prozent der Ausgaben.

Von den insgesamt 26,6 Millionen Euro Gesamtausgaben der DAK in Schleswig-Holstein für Kinder und Jugendliche entfielen 34 Prozent auf den stationären Sektor, 29 Prozent auf die ambulante Versorgung, 18 Prozent auf die Arzneimittelversorgung, zehn Prozent auf die therapeutische Versorgung (Heilmittel), sieben Prozent auf Heilmittel und ein Prozent auf Rehaleistungen. Etwas sparsamer als im Bundesdurchschnitt geht man in Schleswig-Holstein mit Arzneimitteln um. Der etwas geringere Ausgabenanteil resultiert u. a. daraus, dass im Norden 3,4 statt 3,7 Arzneimittel je Kind im Jahr verordnet werden. Doch gerade bei der Arzneimittelversorgung gibt es ein Ergebnis, das sowohl Pädiater van Heek, als auch Wissenschaft-

89 %

aller Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein haben mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Arzt in der Praxis oder im Krankenhaus. Der Anteil der Kinder ohne dokumentierten Arztkontakt ist bei Zwölfjährigen am höchsten (16 Prozent).

ler Witte und Volkswirt Lubinski alarmiert: 27 Prozent aller Kinder im Land erhalten ein Antibiotikum verordnet, jedes zehnte sogar ein Reserveantibiotikum. Bei der Suche nach Gründen ist man vorerst noch auf Mutmaßungen angewiesen. Van Heek nannte den enormen Zeitdruck in den Praxen und den Wunsch nach Sicherheit sowohl von Seiten der Ärzte als auch von den Eltern. Alle Beteiligten sprachen sich für einen behutsamen Umgang mit Antibiotika aus.

Etwas ratlos macht die Tatsache, dass die Kinder im Norden zwar gesünder sind als im Durchschnitt und zugleich die Schleswig-Holsteiner angeblich die glücklichsten Menschen in Deutschland sein sollen, ihre Kinder aber laut DAK-Report deutlich depressiver sind als der Nachwuchs im Bundesdurchschnitt. Für 1,2 Prozent aller Kinder und Jugendlichen wurde eine Depression diagnostiziert – das sind 19 Prozent mehr als im Bundesdurchschnitt. Bei Mädchen im Alter von 17 Jahren war die Prävalenz mit 6,4 Prozent am höchsten. Warum? Hierauf hatte keiner der Experten eine Antwort. Witte hofft, dass Folgeuntersuchungen auch zu dieser Frage mehr Aufschluss geben.

Weitere Ergebnisse des Reports:

- ▶ Adipositas ist auch bei Kindern in Schleswig-Holstein eine häufige Erkrankung. Drei Prozent leiden unter krankhaftem Übergewicht. Besonders häufig wurde diese Diagnose bei Kindern im Alter von zehn bis 13 Jahren gestellt. DAK-Chef Lubinski hält das Ergebnis für alarmierend, auch wenn der Norden besser als der Bundesdurchschnitt abschneidet. Von adipösen Kindern ist bekannt, dass sie überdurchschnittlich häufig eine Depression entwickeln.
- ▶ Jedes vierte Kind wird wegen Krankheitsbildern behandelt, die einen chronischen Verlauf nehmen können. Hier geht es am häufigsten um Erkrankungen wie Asthma oder Neurodermitis, die den Alltag des Nachwuchses und der ganzen Familie entscheidend beeinträchtigen können. Es folgen Heuschnupfen und entzündliche Darmerkrankungen. Fast jedes zehnte Kind leidet an einer psychischen Erkrankung mit potenziell chronischem Verlauf.
- ▶ Viele Kinder leiden bereits unter Rückenschmerzen. Ab dem zwölften Lebensjahr ist knapp ein Viertel aller Jungen und Mädchen betroffen. Lubinski ist über diese Zahl auch deshalb besorgt, weil frühe Muskel-Skelett-Probleme im Erwachsenenalter schwere Rückenleiden nach sich ziehen können.
- ▶ Das Morbiditätsniveau in Schleswig-Holstein ist in vielen Erkrankungsreichen niedriger als im Bundesdurch-

schnitt: 20 Prozent weniger Kinder mit ADHS, 16 Prozent weniger Stoffwechselerkrankungen, zwölf Prozent weniger Atemwegserkrankungen, acht Prozent weniger Infektionskrankheiten.

- ▶ Ein Unterschied zwischen Stadt und Land zeigt sich an den Versorgungsausgaben. Kinder in Städten verursachen rund neun Prozent höhere Ausgaben – statt 850 Euro sind es 923 Euro. Der Nachwuchs in den städtisch geprägten Gebieten (ab 20.000 Einwohnern) weist deutlich häufiger Zahnkaries auf (plus 92 Prozent gegenüber ländlich geprägten Regionen), entwickelt deutlich häufiger eine Depression (plus 59 Prozent), hat häufiger Viruserkrankungen (plus 17 Prozent) und ist häufiger zu dick (plus fünf Prozent). Rund zwei Drittel des Nachwuchses in Schleswig-Holstein wachsen allerdings in eher ländlich geprägten Regionen auf. Dort fällt auf, dass Kinder und Jugendliche im Vergleich zum Nachwuchs in der Stadt eine um neun Prozent häufigere Erkrankungsrate wegen Heuschnupfen aufweisen.
- ▶ Die häufigsten Krankheitsarten in Schleswig-Holstein unterscheiden sich kaum vom Bundesdurchschnitt. Die Hälfte entfällt auf die Atemwege, 34 Prozent auf Infektionen, 29 Prozent auf Augenerkrankungen und 26 Prozent auf psychische Erkrankungen. Je nach Bundesland wechseln laut Witte die beiden zuletzt genannten Krankheitsarten mitunter die Plätze, ansonsten kommt stets die gleiche Reihenfolge heraus. Es folgen Erkrankungen der Haut, der Ohren, des Muskel-Skelettsystems, der Verdauung, angeborene Fehlbildungen und urogenitale Erkrankungen.

Was folgt aus den Ergebnissen?

Lubinski sieht sich in der Absicht gestärkt, dass die Präventionsbemühungen intensiviert werden müssen, mit denen Kinder in ihren Lebenswelten erreicht werden. Er verwies in diesem Zusammenhang auf das Kassenprogramm „fit4future“, das mehr Bewegung, gesünderes Essen und weniger Stress zum Ziel hat. Bislang ist die Kasse gemeinsam mit der Cleven-Stiftung damit an rund 30 Grund- und Förderschulen in Schleswig-Holstein aktiv und spricht insgesamt rund 4.800 Schüler an. „In diesem Jahr wollen wir fit4future auf weiterführende Schulen ausweiten und ab 2020 auch in Kitas gehen“, kündigte Lubinski an. Ziel sei es, die Prävention „von der Kita bis zum Abitur“ in den Blick zu nehmen. Wünschen würde er sich darüber hinaus, dass Wissen über Gesundheit an den Schulen aber auch jenseits solcher Programme vermittelt wird, wenn nötig, über ein Schulfach: „Das würde helfen, das Bewusstsein zu schärfen.“ Lubinski

50 % Atemwege

Atemwegserkrankungen sind die häufigste Ursache für Arzt- und Krankenhausbesuche von Kindern und Jugendlichen. Dies gilt auch für andere Bundesländer. Im Vergleich weisen die Kinder und Jugendlichen im Norden allerdings zwölf Prozent seltener Atemwegserkrankungen auf als der Nachwuchs in anderen Bundesländern. Asthma ist mit einer Prävalenz von 7,2 Prozent die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter.



weiß aber auch, dass dies nur ein erster Schritt sein könnte. Im zweiten müssten die Eltern mitgenommen werden. Ohne deren Vorbildfunktion und ohne deren Unterstützung wird vieles von dem, was Kindern in Programmen beigebracht wird, nicht nachhaltig wirken.

Van Heek führte ein Beispiel an, wie Eltern ihren Kindern ganz einfach helfen könnten: durch den Verzicht auf das sogenannte „Eltern-Taxi“ für den Schulweg. Kinder, die diesen Weg zu Fuß oder mit dem Fahrrad bewältigen, bekommen nicht nur täglich Bewegung, sondern können auch soziale Kontakte verstärken, gab van Heek zu bedenken. Außerdem sprach er sich dafür aus, Kinder aus einkommensschwachen Familien zu unterstützen. Sein Verband forderte eine Förderung der Kindergesundheit durch Armutsbekämpfung. Als Beispiele nannte der BVKJ kostenfreie Kindertagesstätten sowie Lehr- und Lernmittel, „bessere“ Schulen, Beachtung der Kinderinteressen bei der Verkehrs- und Wohnungsbaupolitik und beim Verbraucherschutz insbesondere durch gesündere Lebensmittel. Zugleich hält der Verband die Unterstützung von Eltern bei der Erziehung für eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

DIRK SCHNACK



26 % Psychische Erkrankungen

Die Wahrscheinlichkeit für die Diagnose einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensstörung ist alters- und geschlechtsabhängig verschieden. Die Prävalenz nimmt innerhalb des frühen Kindesalters bis hin zum Alter von fünf Jahren zu. Mit 476 Fällen je 1.000 Kindern bei Jungen und 378 Fällen je 1.000 bei Mädchen war die Erkrankungshäufigkeit in diesem Alter am höchsten. Bis zum Beginn des Jugendalters sinkt die Zahl der diagnostizierten Fälle. Im späten Jugendalter wird bei Mädchen eine höhere Zahl an Diagnosen gestellt als bei Jungen. Die Prävalenz in Schleswig-Holstein liegt im Bundestrend.

INTERVIEW

Warten auf mehr Sitze

Dr. Ralf van Heek ist seit einigen Monaten neuer Vorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) in Schleswig-Holstein. Im Interview mit Dirk Schnack erläutert er seine Ziele.

Herr Dr. van Heek, Sie sind seit Kurzem neuer Vorsitzender des Landesverbandes im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Was wollen Sie in ihrer Amtszeit erreichen?

Dr. Ralf van Heek: Der BVKJ wird häufig wahrgenommen als Organisation der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte. Das entspricht nicht unserer Satzung. Wir wollen vor allem die Voraussetzungen für die bestmögliche gesundheitliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen erarbeiten und vertreten und die Bedingungen der Berufsausübung der Pädiater gestalten. Das ist nicht möglich ohne die Kolleginnen in den Kliniken und im öffentlichen Gesundheitsdienst. Das möchte ich bewusster machen. Die Pädiatrie ist Gefahren ausgesetzt, insbesondere durch Nachwuchsprobleme bei allen beteiligten Berufsgruppen – ärztlich, pflegerisch, Fachangestellte – aber auch durch die fehlgesteuerte Ökonomisierung und Unterfinanzierung der Kliniken. Wir brauchen die Kooperation aller Beteiligten. Daran möchte ich mitwirken. Ein Schwerpunkt dabei ist die ärztliche Weiterbildung, aber auch Studienreform, Pflegeausbildung, der gesundheitsökonomische Rahmen – da haben wir Dinge auf den Weg gebracht, die zum Erfolg geführt werden müssen. Daneben steht der Einsatz für gesunde Lebensbedingungen für Kinder und Jugendliche.

Gibt es in Schleswig-Holstein genügend niedergelassene Pädiater? In welchen Regionen zu wenig?

van Heek: Unser Ziel ist, dass alle Menschen unter 18 Jahren hausärztlich von Kinder- und Jugendärzten versorgt werden. Das ist besonders auf dem Land ambitioniert. Aber auch in urbanen Regionen – Hamburger Randgebiet, Kie-

ler Osten, Flensburg – hat auch die Öffentlichkeit erfahren, dass Praxen keine neuen Patientinnen aufnehmen konnten und Eltern keine ihnen angemessen erscheinende Versorgung erhielten. Andererseits höre ich von Kollegen, die erschöpft sind oder frustriert, weil sie aufgrund der Budgetierung ihre viele Arbeit nicht gerecht vergütet bekommen

In einigen Bundesländern sind trotz rechnerischer Überversorgung zusätzliche Vertragsarztsitze ausgeschrieben worden – wird dies auch in Schleswig-Holstein erforderlich? Welche Bedingungen müssten dafür aus Sicht des Verbandes erfüllt werden?

van Heek: Die von Ihnen genannte Überversorgung beruht ja auf einer Festlegung aus ferner Vergangenheit. Mittlerweile haben sich Kinder- und Jugendliche, diagnostische und therapeutische Verfahren und Ärzte so verändert, dass die sogenannte Bedarfsplanung keine verlässliche Planungsgrundlage mehr bietet. Wir erwarten zum 1. Juli vom GBA neue Kriterien auf der Grundlage aktueller Sachverständigengutachten. Dadurch erwarten wir eine Erhöhung der Zahl der Sitze im Land. Auch jetzt schon könnte man wohl vereinzelt Sonderbedarf formulieren. Sinn macht das aber nur, wenn auch die Gesamtvergütung entsprechend angehoben wird, so dass nicht die jetzt niedergelassenen Kollegen die neuen finanzieren müssen. Die Vergütung hat mit der Kostenentwicklung vor allem bei den Gehältern, aber auch bei Immobilien, externen Dienstleistungen und neuen bürokratischen Anforderungen nicht Schritt gehalten.

Welche Rahmenbedingungen müssen für eine bessere Kinder- und Jugendgesundheit verändert werden?

Info

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte wünscht sich, dass die Expertise der Fachgruppe zum Thema Gesundheit der jungen Menschen mehr gehört wird. Zugleich ist nach Ansicht des Verbandes mehr Forschung zur medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erforderlich.

„Armut und Bildung stehen in einem engen Zusammenhang und sie beeinflussen die Gesundheit der Kinder.“

DR. RALF VAN HEEK

van Heek: Ich denke, die wichtigsten Stichworte hier sind Armut und Bildung. Da wissen wir viel, was uns gerade durch die aktuelle DAK-Studie bestätigt wurde. Da läuft die politische Debatte und wir bringen uns auf allen Ebenen ein für die Rechte und Bedürfnisse der Kinder bis zum Grundgesetz. Wir haben einen sehr starken und kompetenten Bundesverband. Auch in der Ernährung sehen wir großes Potenzial, das wird gerade in Berlin diskutiert und unsere Leute diskutieren da mit und versuchen medizinisches Wissen gegenüber den Interessen der Lebensmittelindustrie durchzusetzen. Schulstress ist ein wichtiger Krankmacher, da gibt es positive Entwicklungen. Meines Erachtens profitieren zum Beispiel gesunde Kinder von der Inklusion, um die förderbedürftigen machen wir uns aber Sorgen – vor G8 haben wir seinerzeit gewarnt. Auch da wurden Marktinteressen über die Kindergesundheit gestellt.

Elterliche Erziehungskompetenz – die muss gestärkt werden, damit Eltern ihre Kinder liebevoll leiten können. Aktuell machen wir eine Kampagne zum Eltern-Online-Training.

Bildschirmmedien – ein ganz großes Thema. In der nicht abwendbaren Digitalisierung stecken vielfältige große Gefahren für Kinder und Jugendliche. Seit Kurzem bekommen Eltern bei der Vorsorge ein Empfehlungsblatt, das auch auf eine Studie unseres Verbandes zurückgeht und dass wir gemeinsam u.a. mit Bundestag, DAK und KBV auf den Weg gebracht haben. Wir versuchen da Schritt zu halten und bilden unsere Mitglieder fort, um kompetent beraten zu können.

Der Abfall der Kraftfahrzeuge – Stichwort z.B. Diesel – machen insbesondere Kinder krank. Ich würde behaupten, bei den 100 Lungenärzten war kein Pädiater. Wir haben ja auch Kinderpneumologen in unserem Verband, die haben sich eingebracht in eine Erklärung von 1300 Pneumologen, die klingt anders. Auch hier vertreten wir Kindergesundheit gegen Profitdenken.

Beim Thema Verkehr fällt mir Bewegung ein. Es ist bekannt, dass unsere Kinder sich zu wenig im Freien bewegen.

Impfen: hier sind wir gut davor im Vorschulalter. Bei den Jugendlichen tun sich Lücken auf, Beispiele Papillomavirus, Hepatitis B, Pertussis.

Damit kommt dann auch das Thema Vorsorge- oder Früherkennungsuntersuchungen ins Spiel: Wir brauchen eine Stärkung der J1 mit 13 Jahren, und wir brauchen für die 8- und 10-Jährigen die U10 und die U11.

Die gesundheitlichen Chancen von Kindern in sozialen Brennpunkten sind vermindert. Was muss aus Sicht der Pädiater passieren, um diese Chancen zu erhöhen?

van Heek: Armut und Bildung stehen ja in einem engen Zusammenhang und sie beeinflussen – wie wir gerade wieder erfahren haben – deutlich die Gesundheit der Kinder. Meine Kindheit war nach heutigen Kriterien auch arm und vielleicht freue ich mich auch deshalb immer sehr über gesunde, fröhliche und kluge Kinder in armen Familien. Aber der Ausweg aus der Armut durch Bildung ist heute schwerer als in meiner Jugend, das ist ein Skandal. Die OECD hält unserem Land besonders vor, dass es da nicht gegensteuert. Um schnell etwas zu erreichen, brauchen wir eine wesentlich frühere und umfassendere Zugänglichkeit zur öffentlichen Kindererziehung. Und wenn wir die soziale Spaltung mindern wollen, dürfen wir nicht einen wesentlichen Teil des Lernens an die Eltern delegieren. Gutes Essen in den Einrichtungen, Lesen, Musik und gutes Spielen, aber auch Unterstützung bei selbstständigen Arbeit – das Angebot sollte so sein, dass alle Kinder da gerne hingehen und von ihren Eltern gerne gelassen werden.

Der hohe Anteil der Freizeit, die Kinder mit elektronischen Geräten verbringen, beunruhigt viele Eltern. Wird dieses Thema im Vergleich zu anderen Gesundheitsgefahren derzeit überbe-



Dr. Ralf van Heek

wertet? Ist das Thema in den Sprechstunden?

Ich glaube nicht, dass das Risiko überschätzt wird. Wir machen ein Riesenexperiment mit unseren Kindern. Es gibt viele wissenschaftliche Daten, die sehr beunruhigend sind. Andererseits sehen wir viele Jugendliche, die sich inmitten ihres technischen Arsenal mit Smartphone und Spielkonsole schulisch, sozial, seelisch und körperlich prächtig entwickeln. Wie schon gesagt thematisieren wir elektronische Medien jetzt bei jeder Vorsorge nach dem Säuglingsalter und die Eltern von Säuglingen wollen wir mit einer Kampagne ermuntern, in die Gesichter ihrer Babys zu schauen statt auf Bildschirme.

Können Sie den Eltern Tipps geben? Ab wann ist die Sorge angebracht, dass Kinder onlinesüchtig werden?

van Heek: Kinder unter drei Jahren sollten keine Bildschirmnutzung haben, Mahlzeiten dürfen nicht durch Bildschirme gestört werden. Es gibt einen Flyer mit sieben Hinweiskomplexen zur Vermeidung von Schäden, dadurch bieten wir uns als Berater an und bilden uns entsprechend fort. Onlinesucht zeigt sich, wenn das reale Leben vernachlässigt wird, Schulleistungen sinken, soziale Kontakte und Hobbys oder Sport einschlafen. Ich erwarte, dass sich auch hier wiederum ein Zusammenhang mit Armut und Bildung zeigen wird und auch hier ist anzunehmen, dass kulturelle und sportliche Angebote mit Zugang für alle zur Lösung des Problems erforderlich werden.

Vielen Dank für das Gespräch

Info

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte erwartet, dass mehr Pädiatriesitze eingerichtet werden - aber nur in Zusammenhang mit einer höheren ambulanten Gesamtvergütung für die Fachgruppe. In anderen Bundesländern war dies nicht immer gelungen.

KINDERHOSPIZE

Aus der Tabuzone in die Öffentlichkeit

Am 10. Februar war der Tag der Kinderhospizarbeit und damit Gelegenheit, Öffentlichkeit für ein Thema herzustellen, das außerhalb der betroffenen Familien gern verdrängt wird.



So wie diese Kindergruppe machten am 10. Februar Betroffene und Unterstützer auf die Arbeit der Kinderhospize aufmerksam.

Grüne Bänder als Symbol für die Arbeit der ambulanten und stationären Kinderhospize waren vergangenen Monat an vielen Orten in Deutschland zu sehen. Eines davon flatterte am Dienstwagen von Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg. Er trug damit dazu bei, dass zumindest in der Zeit um den 10. Februar, dem Tag der Kinderhospizarbeit, ein weitgehend verdrängtes Thema in den Blickpunkt der Öffentlichkeit rückte. In Diskussionsrunden, Lesungen, Konzerten, Sponsorenläufen, Infoständen und vielen anderen Veranstaltungen wurde auf Initiative des Deutschen Kinderhospizvereins (DKHV) in ganz Deutschland auf die Situation lebensverkürzend erkrankter Kinder und deren Familien aufmerksam gemacht.

Schwerpunkt des diesjährigen Tages der Kinderhospizarbeit waren die Geschwister. Ziel ist es, dass Kinder und Jugendliche, deren Geschwister lebensverkürzt erkrankt oder bereits gestor-

ben sind, sich untereinander vernetzen. Zwar gibt es ehren- und hauptamtliche Erwachsene, denen sich die Geschwister auch außerhalb ihrer Familie anvertrauen können, aber auf einer anderen Ebene. „Es ist leichter, wenn man mit jemandem auf Augenhöhe spricht, der im selben Alter vergleichbare Erfahrungen sammelt“, sagt Silke Keller vom Deutschen Kinderhospizverein.

Der Tag dient aber auch dazu, Öffentlichkeit und Politik für ein Thema zu interessieren, das für die meisten angstbesetzt, tabuisiert und unbequem ist. Garg informierte sich im Flensburger Katharinen Hospiz am Park über die Situation. Er selbst hat vor mehr als 20 Jahren erstmals Hospizarbeit kennengelernt. Damals, erinnert sich Garg, brauchte er zwei Tage, um das Erlebte zu verarbeiten – es blieb einer der stärksten Eindrücke seiner zahllosen Termine als Politiker. In Flensburg war die Grundstimmung dagegen fröhlich und positiv, was auch an der Grundeinstellung der dortigen Mitarbeiter liegt, de-

1999

wurden die ersten Kinderhospizdienste in Deutschland aufgebaut. Noch 2004 gab es bundesweit nur sechs ambulante Dienste, ein Jahr später waren es 25. Aktuell gibt es nach Angaben des Deutschen Kinderhospizvereins bundesweit rund 200 ambulante Hospizangebote für Kinder und Jugendliche.

nen der Minister anschließend „sensationelle Arbeit“ bescheinigte. Was sie in der Kinderhospizarbeit leisten, ist vielen Menschen kaum bekannt. Es geht dabei nicht um eine Sterbe-, sondern um eine Lebensbegleitung. Anders als bei der Erwachsenen hospizarbeit, die tatsächlich nur eine kurze Zeitspanne unmittelbar vor dem Tod umfasst, setzt die Kinderhospizarbeit früh ein. „Wir leisten eine Lebensbegleitung, die auch das Sterben umfasst“, beschreibt Keller die Tätigkeit. Häufig handelt es sich bei den betroffenen Kindern um Patienten, bei denen eine Erkrankung von klein auf kein langes Leben zulässt oder die eine lebensverkürzende Diagnose so früh bekommen, dass viele Jahre bis zum Sterben gestaltet werden können. Deshalb ist es umso wichtiger, die Familien dieser Kinder eng und langfristig zu begleiten.

Dafür begleiten die Mitarbeiter der Dienste nicht nur die betroffenen Familien, sondern bringen diese auch zusammen, damit sie untereinander Erfahrungen austauschen und sich gegensei-

Birgit Rath-Röhlk vom ambulanten Kinder- und Jugendhospizdienst und Dr. Hermann Ewald, ärztlicher Leiter des Katharinen Hospiz am Park, gehörten zu den Mitarbeitern, bei denen sich Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg bei seinem Besuch in Flensburg informierte.

tig stützen können. Sie gehen in Schul- klassen betroffener Kinder, um mit den Schülern über das Sterben zu reden, und machen dabei die Erfahrung, dass besonders im jungen Alter ein offener Umgang möglich ist. „Je älter die Kinder dann werden, desto zurückhalten- der werden sie bei diesem Thema“, berichtete eine Mitarbeiterin. Aber: Dafür sind sie hinterher umso mehr erleichtert, wenn sie Antworten auf ihre Fragen bekommen haben. Die Dienste bieten aber auch Fortbildungen an für Lehrer und Mitarbeiter in Kindergärten und sie bauen gerade eine Online-Beratung auf, um trauernden Jugendlichen einen niedrig- schweligen Kontakt zu bieten.

Deutlich wurde bei Gargs Besuch in Flensburg, dass die Arbeit im Kinder- hospiz unabhängig vom jeweiligen Ein- satzgebiet anspruchsvoll, anstrengend und oft auch traurig ist. Dennoch leisten die Ehren- und Hauptamtler ihre Unter- stützung gerne, lachen viel und lassen nicht ständig die Köpfe hängen. „Wir bekommen von den Kindern mehr als wir geben können“, sagte etwa Birgit Rath- Röhlk vom ambulanten Kinder- und Ju- gendhospizdienst des Katharinen Hos- pizes. Sie empfindet es als „Geschenk, im Kinderhospiz arbeiten zu dürfen“. Insbe- sondere die Kinder machen es den Mit- arbeitsern nach ihren Angaben leicht: „Die nehmen uns an die Hand, wir ler- nen von denen. Die betroffenen Kinder sind diejenigen, die täglich mit dem The- ma umgehen.“

Wichtig ist nach ihren Angaben aber auch, sich die professionelle Distanz zu bewahren: „Wir sind Wegbegleiter, aber nicht Teil der Familie.“ Nicht jedem ge- lingt das: Ehrenamtler müssen zunächst einen 120-stündigen Kurs absolvieren, in dem u. a. die nötige Balance aus Nähe und Distanz erprobt wird. Manche Hel- fer merken dann, dass die Begleitung nicht die richtige Form der Unterstüt- zung für sie ist, und bringen sich anders ein. So wichtig die Distanz ist: Mitarbei- ter werden von den Erlebnissen mit ih- ren Schützlingen immer wieder tief be- rührt – und das darf auch so sein. „Sonst müssten wir aufhören“, sagte eine Kol- legin von Rath-Röhlk.

Ambulante und stationäre Kinder- hospize sind weitgehend nicht von der öffentlichen Hand finanziert, sondern auf Spenden angewiesen. Rund drei Viertel der benötigten Mittel müssen die Hospizdienste bundesweit über Spenden einsammeln. Deshalb sind öffentliche Veranstaltungen wie am Tag der Kinder- hospizarbeit für sie wichtig, aber auch



„Wir bekommen von den Kindern mehr als wir geben können. Es ist ein Geschenk im Kinderhospizdienst arbeiten zu dürfen.“

BIRGIT RATH-RÖHLK

Besuche wie die von Garg im Kathari- nen Hospiz. „Wir sind dankbar, dass wir ihm die Vielschichtigkeit der Ar- beit vor Ort verdeutlichen konnten“, sagt der ärztliche Leiter des Hospiz, Dr. Her- mann Ewald, nach dem Besuch im Ge- spräch mit dem Schleswig-Holsteini- schen Ärzteblatt. Er war beeindruckt, dass ein Minister so tiefgehend nachge- fragt hat zu Themen, die abseits der po- litischen Agenda liegen. Die Verantwort- lichen des Hospiz nutzten die Gelegen- heit auch, um auf Rahmenbedingungen auf- merksam zu machen, die aus ihrer Sicht verbessert werden könnten. Ein Beispiel: Die Trauerbegleitung von Geschwistern oder von Kindern lebensverkürzend er- krankter Eltern durch ehrenamtliche Kräfte muss durch hauptamtliche Mit- arbeiter koordiniert werden. „Dafür ist eine Finanzierung erforderlich, die bis-



lang nicht gegeben ist“, sagt Ewald. Ei- nen anderen Wunsch hat Ewald an sei- ne ärztlichen Kollegen: „Es wäre schön, wenn die Leistungen der Kinderhospiz- arbeit in jeder Hausarztpraxis bekannt wären und bei Bedarf betroffene Fam- ilien darauf aufmerksam gemacht wer- den.“ Denn viele Familien mit einem le- bensverkürzend erkrankten Kind wis- sen nicht, an wen sie sich wenden sol- len mit ihren vielschichtigen Problemen. Die Kinderhospize können ihnen helfen. „Das ist ein Angebot, das an die indivi- duelle Situation angepasst wird. Das muss auch nicht regelmäßig sein. Es wird ver- sucht, die Hilfe so zu gestalten, wie es für die Familien am besten ist“, verdeutlicht Ewald. Gargs Besuch und die grünen Bänder waren ein wichtiger Schritt, um das Angebot bekannter zu machen.

DIRK SCHNACK

7 ambulante Kinder- und Jugendhospize gibt es in Schleswig- Holstein: Neben dem Dienst in Flensburg auch in Kiel, Lübeck, Rendsburg, Meldorf, Bad Segeberg und Pansdorf.

VORSTAND

„Die Kammer sichtbar machen“

Der Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein ist ein halbes Jahr im Amt. Erste Bilanz des Präsidenten und der Vizepräsidentin im Interview mit Dirk Schnack.



Präsident Dr. Henrik Herrmann: „Die zahlreichen Gesetzesinitiativen aus dem Bundesgesundheitsministerium spornen an.“

Fahrplan

Für die Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung in Schleswig-Holstein hat der Vorstand einen klaren Fahrplan: Schon bei der kommenden Kammerversammlung am 24. April werden Grundzüge vorgestellt. Am 4. September widmet sich die Versammlung dem Thema in einem Schwerpunkt, um am 27. November darüber abstimmen und die Weiterbildungsordnung verabschieden zu können. Alle Kammerversammlungen sind arztöffentlich. In Kraft treten kann die neue Weiterbildungsordnung nach Veröffentlichung im Gesetzesblatt voraussichtlich im März 2020.

Vor einem halben Jahr ist der neue Vorstand mit klaren Zielen angetreten. Eine Ankündigung von Ihnen war, die Kammer sichtbarer zu machen. Wie weit sind Sie damit gekommen?

Dr. Henrik Herrmann: Wir sind auf einem guten Weg. Um die Kammer sichtbarer zu machen, setzen wir auf einen intensiven Austausch auf unterschiedlichen Ebenen – und ich bin überrascht über die hohe Bereitschaft, sich einzubringen. Das betrifft insbesondere auch junge Kollegen, die die Ärztekammer bislang kaum kannten. Aktuell suchen wir gerade drei Weiterbildungsassistenten aus Schleswig-Holstein, die am

Jungen Forum der Bundesärztekammer beim Deutschen Ärztetag teilnehmen und dort mitdiskutieren möchten. Auch die Treffen mit den Assistentensprechern wollen wir intensivieren.

Dr. Gisa Andresen: Unsere Bemühungen in Schleswig-Holstein haben wir unter die Überschrift „Aufsuchende Kammer“ gestellt. Wir warten also nicht nur darauf, dass unsere Mitglieder nach Bad Segeberg kommen, sondern werden vor Ort präsent sein.

Wie sieht das konkret aus?

Andresen: Wir werden zum Beispiel ab 2020 Vorstandssitzungen in an-

deren Kreisen abhalten und dort mit den Kreisausschüssen sprechen. Die Veranstaltungen werden arztöffentlich sein. Wir werden ebenfalls ab 2020 Sprechstunden der Weiterbildungsabteilung in Krankenhäusern und großen Praxen anbieten, damit Fragen zur Weiterbildung vor Ort geklärt werden können.

Ein weiterer Anspruch war, die bestehenden Gestaltungsmöglichkeiten auszuschöpfen, um die Bedeutung der Selbstverwaltung zu stärken. Wie weit sind Sie?

Herrmann: Wie wichtig die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung ist,



Vizepräsidentin Dr. Gisa Andresen im Interview: „Im Gesundheitswesen brauchen wir die besten Köpfe.“

haben wir beim Thema Fernbehandlung erlebt. Es war richtig, dass wir die Berufsordnung geändert haben. Genauso richtig ist es, dass wir nun mit der nötigen Sorgfalt für Rechtssicherheit sorgen. Wir haben in den vergangenen Monaten erlebt, welche Dynamik gerade in diesem Bereich herrscht. Jetzt geht es darum, alle Kollegen auf diesem Weg mitzunehmen und zugleich die Versorgung für die Patienten zu verbessern. Bei diesem Thema sind alle Kernbereiche der Kammer – von der Fort- und Weiterbildung über die Berufsordnung bis zu Qualitätsfragen – berührt.

Andresen: Gefordert ist die Selbstverwaltung auch beim Thema Kooperation. Wir forcieren die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Als Ärzte sind wir darauf angewiesen, dass wir mit anderen Gesundheitsberufen auf Augenhöhe kommunizieren. Deshalb halten wir die Akademisierung der Hebammen- und der Pflegeausbildung für einen wichtigen Schritt. Es ist in unserem Interesse, dass diese Berufe attraktiver werden. Im gesamten Gesundheitswesen brauchen wir die besten Köpfe.

Herrmann: Kooperation ist eng mit Delegation verknüpft. Die Ärzteschaft zeigt, dass sie dabei schon weiter ist, als viele glauben. Hausärzte aus dem Emsland forcieren gerade ein Modell mit Physician Assistants, ein Berufsbild, für das ich auch in Schleswig-Holstein weiter werben werde.

Das sind wichtige Themen, aber ganz oben auf der Agenda steht derzeit die Weiterbildung. Wann kommt die Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Land?

Andresen: Es gibt einen klaren Fahrplan, den wir einhalten wollen: Auf der

Kammerversammlung am 24. April stellen wir die Grundzüge vor, die Kammerversammlung am 4. September wird das Thema zum Schwerpunkt haben und auf der letzten Versammlung des Jahres am 27. November wird die Versammlung über die neue Weiterbildungsordnung abstimmen. Wenn diese im Gesetzesblatt veröffentlicht ist – voraussichtlich im März 2020 –, wird sie zur Grundlage der Weiterbildung in Schleswig-Holstein. Wie wichtig das ist, zeigen uns zahlreiche Fragen von jungen Kollegen hierzu – neben der Digitalisierung sicherlich das Thema, das die Ärzte am meisten interessiert.

Kommen wir zum Verhältnis der Ärztekammer zur Gesundheitspolitik. Als Präsident haben Sie in den ersten Monaten zahlreiche Termine auch auf politischer Ebene bewältigt. Mit Erfolg?

Herrmann: Ich habe den Eindruck, dass man im Gesundheitswesen froh ist, wenn wir als Gesprächspartner präsent sind. Unser Verhältnis zum Minis-

terium ist gut, wir stehen im permanenten Austausch. Intensivieren möchte ich den Austausch zu den Parteien und speziell zu den gesundheitspolitischen Sprechern.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn arbeitet an Themen, die die Selbstverwaltung betreffen. Hemmt das?

Herrmann: Im Gegenteil, das spornt an. Die zahlreichen Initiativen von Spahn zeigen, dass sich das Gesundheitswesen stark verändern wird. Umso wichtiger ist es, dass Selbstverwaltung sich einbringt. Es werden die Jahre, die uns zeigen werden, ob die Selbstverwaltung den Herausforderungen gewachsen ist. Ich gehe davon aus, dass wir es sind.

Andresen: Wir sind bestimmt nicht mit allem einverstanden, was der Bundesgesundheitsminister macht, aber es führt dazu, dass wir als Selbstverwaltung agieren müssen – und das ist gut.

Vielen Dank für das Gespräch.

AUFSUCHENDE KAMMER

Unter diesem Stichwort wird die Ärztekammer Schleswig-Holstein auf die Ärzte im Land zukommen. Ziel ist es, den Kontakt zu den Mitgliedern zu intensivieren, sich mit ihnen auszutauschen und ihnen die Kammerarbeit transparent zu machen, ohne dass sie den Weg nach Bad Segeberg auf sich nehmen müssen. Die Möglichkeit dazu wird es ab dem kommenden Jahr zum Beispiel bei arztöffentlichen Vorstandssitzungen geben, bei denen der Vorstand gemeinsam mit dem jeweiligen Kreisausschuss über Themen sprechen wird, die die Ärzte in der jeweiligen Region bewegen. Ein anderes Beispiel ist das Angebot der Weiterbildungsabteilung, in den Krankenhäusern oder in größeren Praxen Termine abzuhalten und bei dieser Gelegenheit gezielte Fragen von Ärzten zur Weiterbildung oder von weiterbildenden Ärzten zu beantworten. Auch dieses Angebot soll voraussichtlich im kommenden Jahr starten. Wer sich für die Arbeit der Kammerversammlung interessiert, ist nach Bad Segeberg eingeladen. Die Kammerversammlungen in der Akademie der Ärztekammer sind arztöffentlich. Nächster Termin ist der 24. April.

7 Mitglieder umfasst der Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Neben Präsident Dr. Henrik Herrmann und Vizepräsidentin Dr. Gisa Andresen sind dies die Beisitzer: Dr. Svante Gehring, Dr. Sabine Reinhold, PD Dr. Doreen Richardt, Dr. Thomas Schang und Mark Weinhonig.

NOTFALLVERSORGUNG

Jede Leistung besser als gar keine?

„Gespräch am Wasser“ des Ersatzkassenverbandes mit Diskussion über das G-BA-Konzept zur gestuften Notfallversorgung. Skepsis bei der Krankenhausgesellschaft.

Im Notfall schnell helfen – diese Aufgabe sollte jedes Krankenhaus erfüllen. Aber kann jede Klinik alles, ist das überhaupt sinnvoll und wer bestimmt darüber? Das Konzept der gestuften Notfallversorgung stand im Mittelpunkt der „Gespräche am Wasser“, zu denen der Verband der Ersatzkassen (vdek) Schleswig-Holstein Akteure aus dem Gesundheitswesen zu Jahresbeginn eingeladen hatte.

Es geht um die bestmögliche Versorgung bei Krisen wie Schlaganfall oder Herzinfarkt auch auf dem flachen Land: „Gerade im Notfall müssen sich Patienten in allen Regionen der Bundesrepublik darauf verlassen können, dass das Krankenhaus, in das sie gebracht werden, die zügige und notwendige – im Zweifelsfall ja lebensrettende – medizinische Versorgung gewährleisten kann“, sagte Prof. Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), als er im vergangenen Jahr das Konzept der gestuften Notfallversorgung vorstellte. Dazu sollen die Kliniken je nach ihrer technischen und personellen Ausstattung in verschiedene Kategorien eingeteilt werden.

Ein Konzept, mit dem Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH), wenig anfangen konnte: „Was ist denn mit einem Krankenhaus, das nun mal allein auf der Lichtung steht, das aber vielleicht nicht allen Kriterien entspricht?“, fragte er bei der vdek-Podiumsdiskussion. „Wäre es denn besser, gar keine Notfallversorgung anzubieten?“

Ein Argument, das Markus Baal, Referatsleiter für stationäre Versorgung in der vdek-Landesvertretung in Schleswig-Holstein, nicht gelten ließ: „Das klingt, als ob jede Leistung besser sei als gar keine.“

Eben zwischen diesen Polen liege das Spannungsfeld, betonte Prof. Bosco Lehr, Leiter des Instituts für eHealth und Management im Gesundheitswesen an der Hochschule Flensburg: „Das muss

abgewogen und kleinteilig im Land umgesetzt werden.“

Lehr hatte auch den Eröffnungsvortrag zum Thema gehalten und mit dem großen Problem vieler Kliniken begonnen: Die Notaufnahmen werden überlaufen von Menschen, die alles andere als Notfälle sind. Nur zehn bis maximal 20 Prozent seien tatsächlich lebensbedrohlich erkrankt, so Lehr. Im Gegensatz dazu kämen fast 40 Prozent aus eigenem Entschluss, sprich ohne ärztliche Einweisung, in die Notaufnahmen. Durch diese „Fehlsteuerung“ steigen einerseits die Kosten, andererseits die Wartezeiten für die Kranken, die tatsächlich schnell Hilfe brauchen. Aktuell werden in den Notaufnahmen mehr als die Hälfte der Patienten ambulant behandelt und nach Hause geschickt, statt sie stationär aufzunehmen.

Das Stufenmodell der Notfallversorgung soll für Patienten deutlicher machen, in welchem Haus es welche Leistungen gibt. Es wird künftig drei Kategorien plus eine geben: „Das System schließt auch die Nicht-Teilnahme ein“, sagte Lehr. Je höher die Stufe, desto höher die Zuschläge. Dafür stehen 295 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung. Aber es gibt auch Abschlüsse – ein Wort,

„das mir gar nicht leicht von den Lippen geht“, wie Patrick Reimund in der folgenden Podiumsdiskussion sagte.

Dabei werde es bundesweit kaum dramatische Veränderungen geben, prognostizierte Bosco Lehr. Von 1.748 allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland werden nach dem neuen Modell rund 1.148, rund 64 Prozent, einen Zuschlag erhalten. Auf die 36 Prozent der Häuser, die keinen Zuschlag erhalten, entfielen laut G-BA im vergangenen Jahr nur rund 5 Prozent der Notfallbehandlungen in Deutschland.

144 Krankenhäuser erfüllen nach jetzigem Stand die Kriterien für die erweiterte Versorgung, 97 können eine alles umfassende Hilfe anbieten. Doch bis das Konzept tatsächlich greift, bleiben drei Jahre Übergangsfrist. Zeit genug, damit die eine oder andere „Schwellenklinik“ aufstocken, also einen Schockraum einrichten oder einen weiteren Facharzt einstellen kann, so Lehr. Oder eben nicht, wenn es genug andere Kliniken in der Nähe gibt: „Auch wenn es schwer ist, Notfälle vorzuplanen, es geht darum, den Bedarf in der Region zu befriedigen.“

Ein Problem ist, wer am Ende entscheidet, welche Häuser sich wie weiterentwickeln dürfen. Geht es nur um eine Entgeltabrechnung oder können die Länder mit der Fortschreibung ihrer Krankenhauspläne entscheiden, wo welche Schwerpunkte liegen? Lehr war skeptisch: „Das Planungsrecht der Länder kollidiert mit den klaren Regeln des G-BA.“ Sprich: Erfüllt ein Haus alle Kriterien, muss der Status erteilt werden.

Ebenfalls plädierte der Flensburger Wissenschaftler für ein „Gatekeeper-Konzept“, mit dem Patienten in der Notaufnahme ins stationäre oder ambulante System weitergeleitet werden, so wie es in Schleswig-Holstein bereits in vielen Häusern funktioniert. Allerdings ist über den Bundesratsantrag, das System flächendeckend einzuführen, noch nicht entschieden.

40 %

der Menschen, die die Notaufnahmen in deutschen Krankenhäusern aufsuchen, kommen ohne ärztliche Einweisung.

STUFENMODELL

Geplant sind drei Stufen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) und umfassende Notfallversorgung (Stufe 3).

- Für Stufe 1 muss eine Klinik mindestens über die Fachabteilungen Chirurgie/Unfallchirurgie sowie Innere Medizin am Standort verfügen. Nötig ist auch eine Zentrale Notaufnahme. Die Betreuung durch einen Facharzt – bei Bedarf auch durch einen Anästhesisten – muss innerhalb von maximal 30 Minuten beim Patienten gewährleistet sein.
- Häuser der Stufen 2 und 3 müssen diese Anforderungen deutlich übertreffen, vor allem bei weiteren Fachabteilungen, etwa für die Versorgung von Kindern und bei anderen Verletzungsarten.
- Stufe 3 erreichen vor allem Vollversorger wie Universitätskliniken.

DIGITALISIERUNG

Avatar gegen die Isolation

Pilotprojekt in Schleswig-Holstein: An Krebs erkrankte Kinder und Jugendliche können sich per Avatar mit ihrem sozialen Umfeld vernetzen, auch wenn sie ans Krankenbett gefesselt sind.



Christian Matzen, Torsten Hahn, Dr. jur. Johann Brunkhorst, Prof. Peter Dohrmann (von links) mit dem ersten Avatar.

Der an Krebs erkrankte Torben Hahn kann über einen längeren Zeitraum weder seine Freunde treffen, noch in der Schule sein. Damit er dennoch ab und zu teilhaben kann, schickt Torben einen Stellvertreter: Ein Avatar kann immer dann eingeschaltet werden, wenn Torben und die Umgebung, an der er teilhaben möchte, damit einverstanden sind.

Der krebserkrankte Jugendliche ist Pionier in Schleswig-Holstein: In einem Gemeinschaftsprojekt erproben die Krebsgesellschaft und die Techniker Krankenkasse (TK) Schleswig-Holstein den Einsatz von Avataren, die erkrankten Kindern und Jugendlichen eine Teilhabe ermöglichen, auch wenn sie ans Krankenbett gefesselt sind. „Kinder und Jugendliche nehmen als Folge ihrer Erkrankung Ausgrenzung und Isolation viel stärker wahr als Erwachsene“, sagte Prof. Peter Dohrmann aus dem Vorstand der Krebsgesellschaft bei der Vorstellung des Projektes in Kiel.

Damit der Avatar seine Funktion erfüllen kann, verbindet sich Torben über eine App auf Handy oder Tablet, meldet sich über eine persönliche PIN-Num-

mer an und steuert die Bewegungen seines Avatars und kann so bestimmen, was er dort sehen möchte, wo er wegen seiner Erkrankung nicht sein kann. Er kann mit den dort anwesenden Personen sprechen und umgekehrt, nur gesehen werden kann er nicht.

Die Krebsgesellschaft koordiniert, welche Kinder und Jugendlichen zu welchen Zeitpunkten einen Avatar zur Verfügung gestellt bekommen, kümmert sich vor Ort um die Einstellung, versorgt die Betroffenen bei Bedarf mit einem Tablet, auf dem sie Bild und Ton empfangen können. Technische Voraussetzung ist funktionsfähiges WLAN. Kliniken, die Patienten mit Interesse daran haben, können sich an die Krebsgesellschaft wenden. Die TK hat fünf dieser Computer angeschafft.

„Wenn wir gute Erfahrungen machen, kann ich mir vorstellen, dass die TK das Angebot auf andere Bundesländer ausdehnt“, sagte Schleswig-Holsteins TK-Chef Dr. jur. Johann Brunkhorst. Finanzieren kann die Kasse die Avatare als kassenindividuelles Selbsthilfeprojekt; das soll über das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) künftig nicht mehr möglich sein. Brunkhorst

nutzte deshalb die Vorstellung des ersten Avatars in Schleswig-Holstein für einen Appell an die Bundestagsabgeordneten, diese Möglichkeit nicht einzuschränken.

Christian Matzen von der Firma No isolation, die die Avatare vertreibt, nennt den Datenschutz als Hürde. Insbesondere für einen der wichtigsten Einsatzorte, die Schule, ist dies ein Problem. Die Gespräche mit dem Kieler Bildungsministerium und dem Unabhängigen Landeszentrum für den Datenschutz zur Frage, ob und wie die Avatare im Unterricht eingesetzt werden können, waren zu Redaktionsschluss noch nicht abgeschlossen. Für Torbens Vater Torsten Hahn ist dies jedoch eines der wichtigsten Einsatzgebiete des Avatars.

PD Dr. Denis Martin Schewe aus der Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) ist ungeachtet der noch bestehenden Hürden überzeugt, dass der Avatar Torben und anderen erkrankten Kindern und Jugendlichen helfen wird. „Die Isolation ist für die Betroffenen ein großes Problem und der Avatar kann es lösen.“

DIRK SCHNACK

4.000 €

kosten die in Norwegen entwickelten, 20 Zentimeter kleinen Avatare. In Norwegen, den Niederlanden und in Großbritannien hat man schon einige Jahre Erfahrungen mit den Avataren, in Deutschland sind erst 15 bis 20 davon im Einsatz.

Vita

Sören Schmidt-Bodenstein, 1968 in Peine geboren, ist verheiratet und Vater von zwei erwachsenen Kindern. Nach seinem Studium der Politikwissenschaften, Volkswirtschaftslehre und Psychologie an der Universität Bonn begann seine berufliche Laufbahn 1994 als Referent für die vertragsärztliche Versorgung beim damaligen Verband der Angestellten-Ersatzkassen (VdAK) in Siegburg, aus dem 2009 der heutige vdek hervorging. Von dort wechselte Schmidt-Bodenstein in die vdek-Landesvertretung Hessen und war dort zunächst Leiter des Referats „Vertragswesen“, bevor er die Aufgabe des stellvertretenden Leiters der Landesvertretung übernahm. 2012 wechselte Schmidt-Bodenstein als Fachreferatsleiter für das regionale Vertragswesen zur Techniker Krankenkasse (TK) in die Landesvertretung Hessen. 2015 übernahm er die Leitung der TK-Landesvertretung in Bremen.



INTERVIEW

Digitale Dynamik erhofft

Im kommenden Monat übergibt Dr. jur. Johann Brunkhorst die Leitung der TK-Landesvertretung Schleswig-Holstein an Sören Schmidt-Bodenstein. Vor seinem Amtsantritt sprach Dirk Schnack mit dem neuen TK-Chef im Norden.

Herr Schmidt-Bodenstein, Sie kennen die Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein bislang nur als externer Beobachter. Wie nehmen Sie sie wahr?

Sören Schmidt-Bodenstein: Ich verbinde mit Schleswig-Holstein, dass man bereit ist, neue Wege in der Versorgung zu gehen. Diese Haltung habe ich erstmals Mitte der 1990er Jahre wahrgenommen, als ich als Referent beim damaligen VdAK die MQR-Gründung begleitet habe. Der damals entstandene Eindruck hat sich im Laufe der Jahre verfestigt. Das könnte daran liegen, dass in manchen Regionen des Landes Versorgungsprobleme früher sichtbar werden als in anderen Bundesländern und man deshalb Lösungen finden muss.

Die Akteure sind also zur Lösung verpflichtet?

Schmidt-Bodenstein: Ich glaube, das ist eine Handlungsfrage. Ich nehme wahr, dass man hier viel miteinander und nicht in erster Linie übereinander spricht – das ist nicht selbstverständlich. Und es ist die Voraussetzung, um zu konstruktiven Ergebnissen zu kommen. Nach meinem Eindruck geht es hier in erster Linie um das Fachliche: Man setzt auf Inhalt, nicht auf Drama. Ich habe Regionen kennengelernt, in denen Lösungen ohne Schiedsamt kaum denkbar waren, weil die Verhandlungen so stark von Emotionen geprägt waren.

Welche Erfahrungen aus Ihren bisherigen Stationen sind hilfreich für ihre neue Aufgabe in der TK-Landesvertretung?

Schmidt-Bodenstein: Genau wie Schleswig-Holstein kennt Hessen auf

der einen Seite gut versorgte Städte, andererseits aber auch Regionen, in denen man nach neuen Lösungen suchen muss, weil die etablierten für die gewünschte Versorgung nicht mehr ausreichen. Ich habe in Bremen erfahren, dass nicht jede gefühlte Mangelsituation auch wirklich eine ist. Wenn man einen hochspezialisierten Facharzt nach 20 Minuten mit der Straßenbahn erreichen kann, ist das in meinen Augen kein Versorgungsengpass.

Immer wieder wird die Digitalisierung als Lösung für Versorgungsprobleme genannt – zu Recht?

Schmidt-Bodenstein: Die Digitalisierung sorgt für eine Dynamik im Gesundheitswesen, die es vorher nicht gegeben hat und die uns auch in Versorgungsfragen weiterhilft. Digitalisierung bringt uns ja nicht nur neue technische Lösungen. Experten für IT und Künstliche Intelligenz haben als Seiteneinsteiger nochmal einen ganz anderen Blick auf das Gesundheitswesen. Das ist belebend. Ich finde es übrigens beachtlich, wie weit Schleswig-Holstein bei der Einstellung zum Thema Digitalisierung schon ist. Das zeigt die Änderung der ärztlichen Berufsordnung zum sog. Fernbehandlungsverbot, lässt sich aber auch an manchen Modellprojekten wie etwa den Tele-Rucksack beobachten.

Eine Beobachtung aus diesem Projekt ist, dass die Teilnehmer die Honorierung als nicht angemessen einstufen ...

Schmidt-Bodenstein: Ich halte es für völlig legitim, im Rahmen eines Modellprojektes darauf hinzuweisen. Priorität muss bei einem Modellprojekt aber ha-

ben, dass man das Gesamtpaket testet. Wenn der Kern stimmt, muss man zu einer angemessenen Vergütung in der Regelversorgung finden.

Zum stationären Sektor: Viele Kassenvertreter drängen auf einen Konzentrationsprozess. Das hätte Folgen für eine Reihe von kleinen Häusern im Land. Können wir es uns leisten, auf Klinikstandorte zu verzichten?

Schmidt-Bodenstein: Wir sollten uns vor allem leisten, über neue Wege nachzudenken und diese auch zu gehen. Das Krankenhaus klassischer Prägung, das auch als kleines Haus jedes medizinische Angebot vorhält, ist nach meiner Ansicht kein belastbares Geschäftsmodell. Spannend finde ich Wege, wie man sie zum Beispiel mit dem Integrierten Versorgungszentrum in Brunsbüttel geht. Es ist sicherlich sinnvoller, Geld in zukunftsfeste Modelle zu investieren, als in alten Strukturen zu verharren.

In der Bundespolitik legt Gesundheitsminister Jens Spahn ein hohes Tempo vor. Ein Vorschlag von ihm ist, neue Leistungen als Regelleistung für die GKV aufzunehmen, ohne den bisher vorgeschriebenen Weg über den G-BA und die Selbstverwaltung zu gehen. Wie stehen Sie dazu?

Schmidt-Bodenstein: Es ist wichtig, dass neue Leistungen dann Regelleistung der Kassen werden, wenn sie evidenzbasiert ihren Nutzen bewiesen haben. Die Entscheidung über neue Leistungen sollte klaren Spielregeln unterliegen und ist deshalb beim G-BA und damit bei der gemeinsamen Selbstverwaltung grundsätzlich aufgehoben.

Mit dem TSVG hat Spahn unter Ärzten heftige Kritik ausgelöst, u. a. wegen der geplanten Mindestsprechstundenzeit von 25 Stunden pro Woche. Halten Sie die Kritik für gerechtfertigt?

Schmidt-Bodenstein: Insbesondere bei den grundversorgenden Facharztgruppen werden schon heute Sprechstundenzeiten von 25 Stunden und mehr regelhaft erreicht. Das gilt gerade für Arztpraxen in Regionen, in denen die Versorgung nicht so ausgeprägt ist wie in städtischen Bereichen. Der vorliegende Gesetzentwurf birgt insofern das Risiko, dass zwar die im TSVG vorgesehenen Mehrvergütungen realisiert werden, die Effekte auf den Zugang zur Sprechstunde aber überschaubar bleiben.

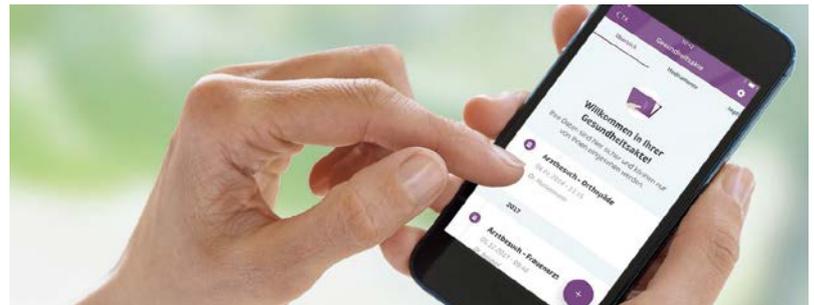
Wichtiger als diese Diskussion scheint mir, wie wir durch intelligente Entlastung ärztliche Kapazität besser nutzen können. Praxismanagement, Ausbau der nicht-ärztlichen Assistenzen und digital vernetzte Lösungen können hier Ansatzpunkte sein.

Vielen Dank für das Gespräch.

DIGITALISIERUNG

Mobiler Safe

Die TK wartet darauf, mit ihrer elektronischen Patientenakte aus der Testphase in das Roll-out gehen zu können. UKSH, Schmerzlinik, Park-Klinik Manhagen und nordBLICK Augenklinik Bellevue sind dabei.



Die elektronische Gesundheitsakte TK-Safe wird in den kommenden Monaten rund 150 Krankenhäuser in ganz Deutschland einbinden. In Schleswig-Holstein zählen das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), die Kieler Schmerzlinik, die nordBLICK Augenklinik Bellevue und die Park-Klinik Manhagen zu den Pionieren.

Dies gab die TK im Februar in Kiel bekannt. Bislang sind ausschließlich die Krankenhäuser des bundesweiten Agaplesion-Verbundes in die TK-Testphase eingebunden. Auch die Gespräche mit den niedergelassenen Ärzten sollen intensiviert werden. Nach Angaben der TK befanden sich Anfang vergangenen Monats 80.000 Versicherte als Nutzer in der Testphase – mit deutlich steigender Tendenz.

„Das Interesse unter den Versicherten ist riesig, obwohl wir TK-Safe nicht bewerben. Es kommen täglich bundesweit 500 Nutzer hinzu“, sagte Hermann Bärenfänger, Leiter regionales Vertragswesen der TK im Norden. Nach seinen Angaben wartet die Kasse auf den rechtlichen Rahmen, um mit TK-Safe von der Test- in die Startphase zu kommen; dazu muss das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) verabschiedet werden. „Wir sind soweit, dass wir starten können“, sagte Bärenfänger.

Die neu gewonnenen Krankenhäuser im Norden versprechen sich von der Einbindung in TK-Safe Vorteile für ihre Patienten und für die Versorgungsqualität. „Mit der Patientenhistorie bekommen wir in wenigen Minuten einen Überblick über den gesamten Behandlungsverlauf“, sagte Chefarzt Prof. Hartmut Göbel von der Schmerzlinik. Er bezeichnete die Einführung der elektronischen Gesundheitsakte als „notwendig und überfällig“.

Die Kliniken werden mit der Einbindung ihr Entlassungsmanagement an TK-Safe koppeln. Dazu verbinden sie ihre eigenen Informationssysteme mit einer von IBM Deutschland geschaffenen Schnittstelle, die die Übermittlung der Entlassungsberichte an TK-Safe ermöglicht.

Aus Sicht Göbels ist es wichtig, dass auch schnell möglichst viele niedergelassene Ärzte eingebunden werden. Insbesondere für Spezialhäuser wie die Schmerzlinik mit Patienten und niedergelassenen Behandlern aus dem gesamten Bundesgebiet ermögliche die Gesundheitsakte einen zügigeren Einblick als bislang. Außerdem hilft speziell für sein Fachgebiet das Selbstmanagement der Patienten: Die Schmerzlinik arbeitet mit einer Migräne-App, über die die Patienten ein Schmerztagebuch führen. Diese App soll perspektivisch mit der Akte verbunden werden.

Versicherte können mit dem TK-Safe alle medizinisch relevanten Daten wie etwa Röntgenbilder und Diagnosen auf ihrem Smartphone speichern und managen. Die Patienten entscheiden, wem sie welche Informationen zukommen lassen. Es sollen Daten aus verschiedenen Quellen integriert werden: Sozialdaten der Krankenkassen, Gesundheitsdaten der Leistungserbringer, Daten von Apps und Wearables sowie weitere manuell eingegebene oder eingescannte Dokumente und Fotos. Neben dem Datenaustausch und der Transparenz sieht die Kasse den Safe auch als persönlichen „Tresor“ für alle Gesundheitsdokumente des Versicherten an. „Je gefüllter Ihr TK-Safe, desto personalisierter gestalten Sie Ihre Versorgung“, sagte Bärenfänger.

DIRK SCHNACK

Info

Andere Krankenkassen arbeiten an vergleichbaren Lösungen wie TK-Safe. Die AOK entwickelt ein eigenes Modell. DAK sowie Betriebs- und Innungskrankenkassen und private Krankenversicherer bieten gemeinsam eine Akte unter dem Namen „Vivy“ an. Mit dem TSVG ist eine standardisierte elektronische Patientenakte geplant, auf der kassenindividuelle Funktionalitäten aufgesetzt werden können.

PFLEGE

Mitarbeiter verzweifelt gesucht

Neujahrsempfang des Lubinus Clinicums: Experten diskutierten über den Mangel an Pflegekräften in den Krankenhäusern. Lob für Bundesgesundheitsminister Jens Spahn für Gesetzesinitiative.

Pflegekräftemangel ist nicht gleich Pflegekräftemangel: Während vergleichsweise schlechte Bezahlung sehr wohl ein Thema ist, wenn es um Personal zur Betreuung älterer Menschen geht, ist dies in den Krankenhäusern ein untergeordnetes Problem. Eine Expertenrunde, die sich beim Neujahrsempfang des Kieler Lubinus Clinicums zusammenfand, war sich einig, dass in der Krankenpflege an ganz anderen Stellschrauben gedreht werden muss.

Einigkeit herrscht noch in einer weiteren Hinsicht. „Wir sind alle froh, dass sich endlich etwas tut“, lobte der Lubinus-Vorstandsvorsitzende Manfred Volmer Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU), der dem Mangel an Pflegepersonal gleich mit einer ganzen Salve von Initiativen zu Leibe rücken will. Die Tücken, so fürchtet Volmer, könnten freilich im Detail stecken. Beispielsweise hält es Volmer für möglich, dass Krankenhäuser mangels Mitarbeiter Patienten abweisen müssen. Damit stehe man im Zweifel vor der Entscheidung, die Personaluntergrenze oder die Versorgungspflicht zu missachten und riskiere so oder so drastische juristische Konsequenzen. Auch in anderen Bereichen sieht Volmer die Krankenhäuser mit der „Quadratur des Kreises“ konfrontiert.

Gesundheitsökonom Prof. Fritz Beske ordnete das Problem grundsätzlich ein und blickte dabei „nicht ohne Sorgen in die Zukunft“. Wenn der medizinische Fortschritt allen zugutekommen soll, erfordert das nach seiner Einschätzung viel Geld und hochqualifiziertes Personal. Was für den 96-Jährigen, der 1975 das Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel gründete, insofern besonders schwer wiegt, als die Medizin die Konsequenzen ihres eigenen Erfolgs ausbaden muss: „Wenn die Leute immer älter werden, werden auch die Pflegezeiten immer länger.“

„Wenn die Leute immer älter werden, werden auch die Pflegezeiten immer länger.“

PROF. FRITZ BESKE

Unterdessen passiert laut Peter Pansegrau, Kaufmännischer Vorstand des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) an den Standorten Kiel und Lübeck, schon jede Menge, um Personal zu halten und zu gewinnen. Nach dem im August 2017 verkündeten Motto „Mitarbeiter werben Mitarbeiter“ erhielten bislang 46 Beschäftigte eine 2.000-Euro-Prämie, weil sie eine Pflegekraft für den Dienst im Uniklinikum überzeugten. „Kein Riesenerfolg“, meint Pansegrau, aber eben auch nicht ganz zu verachten.

„Sehr, sehr gut“ funktioniert es dagegen nach seinen Worten, Auszubildende über soziale Medien zu erreichen. Zugleich hat das Klinikum, das derzeit etwa 2.100 Pflegekräfte beschäftigt, seine Bemühungen um die Betreuung der Azubis verstärkt und damit gute Erfahrungen gemacht. Auch für das Personal allgemein wurde dieser Bereich ausgebaut und eine betriebliche Sozialberatung eingeführt. Die dort Beschäftigten wirken laut Pansegrau als „Kümmerer für alles“ und werden über alle Erwartungen hinaus in Anspruch genommen. Oft genug wenden sich Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter gerade auch mit privaten Problemen an diese Stelle und wissen zu würdigen, dass ihr Arbeitgeber eine solche Möglichkeit bietet.

Ebenso wie für den Mann vom Universitätsklinikum schlummern auch für Christian de la Chaux vom Bundesver-

band Pflegemanagement noch reichlich Reserven im organisatorischen Bereich. In Kiel und Lübeck werden beispielsweise zunehmend Spezialkräfte für die Anästhesie und in den Operationssälen eingesetzt, damit examiniertes Pflegepersonal für den Dienst am Patienten frei wird. Viel gewonnen wäre außerdem nach Meinung von de la Chaux, wenn es gelänge, den „Dokumentationswahn“ einzudämmen. Wenn schon nicht in geringerem Umfang, so doch effektiver soll dieses Geschäft an den Unikliniken unter dem Stichwort „tastaturloses Krankenhaus“ durch den Einsatz sprachgesteuerter Systeme vonstattengehen.

Unterdessen glaubt Pflegeexperte de la Chaux ein Rezept zu kennen, um diesen Beruf attraktiver zu machen: „Wir brauchen eine akademische Ausbildung.“ Sinnvoll ist das für Maren Lach, die Pflegedienstleiterin des Lubinus Clinicums, allerdings nur, wenn die studierten Pflegekräfte anschließend entsprechende Perspektiven und Vergütungen erhalten. Auch Beske betrachtet dieses Thema differenziert. Akademisch qualifizierte für Aufsichts- und Steuerungstätigkeiten, und auf der anderen Seite Hilfskräfte für weniger anspruchsvolle Arbeiten, so könnte es nach seiner Einschätzung funktionieren. Konkret spricht sich der Gesundheitsexperte für die Rückkehr zum in Schleswig-Holstein vor 15 Jahren abgeschafften Berufsbild des Krankenpflegehelfers aus.

Geht es indes darum, vorhandene Kräfte langfristig zu halten, stehen nach übereinstimmender Auffassung der Runde bei Lubinus relativ einfache Erfordernisse im Zentrum. Nötig seien zuallererst verlässliche Arbeitszeiten, hieß es unisono. Wer ständig außerplanmäßig einspringen müsse, und das, ohne dafür mehr Geld zu bekommen, hänge mit hoher Wahrscheinlichkeit früher oder später seinen Kittel an den Nagel.

MARTIN GEIST

2.000

Euro Prämie gibt es für Mitarbeiter des UKSH, wenn sie eine Pflegekraft für den Dienst im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein überzeugen. 46 Mal konnte die Prämie bislang ausgezahlt werden.

KLINIKEN

Neustart in Ostholstein

Ameos will im April die Sana Kliniken Ostholstein übernehmen. Alle vier Standorte bleiben bestehen.

Vertrauen in die stationäre Versorgung der Region gewinnen: Dieses Ziel verfolgt die Ameos-Gruppe nach Übernahme der Sana Kliniken Ostholstein. Für die Übernahme wird ein Terim im April angestrebt, wenn das Kartellamt seine Prüfung abgeschlossen hat.

Unabhängig vom Ausgang der Prüfung arbeitet der voraussichtliche neue Eigentümer seit Wochen an einem Konzept, wie die Krankenhäuser in Ostholstein künftig betrieben werden können. Dafür setzt man in der Schweizer Klinikgruppe auf einen intensiven Austausch mit den rund 1.200 Beschäftigten.

„Wir wollen es anders machen, deshalb sprechen wir mit allen Beteiligten und hören zu. Wir wollen erfahren, wo wir etwas verbessern können, und setzen dabei auf Transparenz und Kommunikation“, sagte Ameos-Vorstand Michael Dieckmann. Zu den Beteiligten zählen für ihn auch die niedergelassenen Ärzte der Region – Gespräche mit den Ärztenetzen sind geplant.

Angst um seinen Arbeitsplatz müsse niemand unter den rund 1.200 Beschäftigten an den vier Klinikstandorten in Eutin, Oldenburg, Middelburg und auf Fehmarn haben. „Wir wollen alle vier Standorte erhalten“, stellte Dieckmann klar. Allerdings wird es eine Schwerpunktbildung an den Standorten geben. Ungewiss ist auch, ob es auf Fehmarn weiterhin stationäre Versorgung oder ein neues Versorgungskonzept geben wird. Hier will Ameos zusammen mit den niedergelassenen Ärzten über Alternativen sprechen. Zur Erinnerung: Bei einer Konferenz des Kreises Ostholstein zur Zukunft seiner Kliniken hatte Schleswig-Holsteins KV-Chefin Dr. Monika Schliffke auf Nachfrage die Bereitschaft der niedergelassenen Ärzte zu einem gemeinsamen Versorgungskonzept für Fehmarn betont. Die Zusammenarbeit hatte auch beim kurzfristigen Auszug aus dem maroden Altgebäude der Inselklinik vor einigen Jahren gut funktioniert.

Die Standorte in Ostholstein waren in den vergangenen Jahren wie berichtet mehrfach in die Schlagzeilen geraten: Beschäftigte hatten über ihre Vertretungen öffentlich Kritik wegen der Personalausstattung am Klinikbetreiber geäußert. Kooperationen mit anderen Klinikbetreibern im Kreis waren gescheitert. Hinzu kommt, dass das Krankenhausgebäude in Eutin massive Mängel aufweist – zeitweise wollte Sana dort einen Neubau durchsetzen und war mit diesem Ziel in der Gesundheitspolitik auf Unverständnis gestoßen.

Nach der Übernahme sollen diese Probleme so schnell wie möglich gelöst werden. Ameos, das im Kreis bereits an den Standorten Neustadt und Heiligenhafen präsent ist, will nicht nur die Mitarbeiter halten, sondern auch ihr Vertrauen gewinnen. „Die Mitarbeiter wissen oft am ehesten, wo sich etwas verbessern lässt. Dieses Wissen möchten wir nutzen“, betont Regionalgeschäftsführer Frank-Ulrich Wiener.

Bei der Neuausrichtung in Ostholstein könnte dem Klinikbetreiber das im Auftrag der Landesregierung erstellte Gutachten des IGES-Instituts helfen, das Grundlage für die Diskussion im Krankenhaus im vergangenen Jahr war. Wie berichtet empfehlen die Gutachter eine Schwerpunktbildung und halten überdies einige stationäre Standorte im Kreis für verzichtbar. Das Gesundheitsministerium hatte daraufhin deutlich gemacht, dass die Standorte Eutin, Neustadt und Oldenburg nicht zur Diskussion stehen.

Dieckmann und Wiener stellten im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt klar, dass sie Middelburg als Fachklinik erhalten wollen. Derzeit verfügt Middelburg über Abteilungen für Geriatrie, Neurologie und Fachpflege Phase F.

Wie es auf Fehmarn weitergehen wird, sei zwar offen, die Insel zähle aber wegen der vielen Urlauber zu den Standorten, die eine Versorgungseinrichtung auf jeden Fall benötigen. „Wir werden



Michael Dieckmann, Vorstand von Ameos.

den Bedarf identifizieren und das Angebot darauf ausrichten“, sagte Dieckmann. Zu den beiden wichtigsten Standorten:

- ▶ Eutin: Ein Neubau, wie vom bisherigen Betreiber zwischenzeitlich favorisiert, ist für Dieckmann vom Tisch. Das Gebäude wird saniert, die Patientenversorgung soll in dieser Zeit in Interimsräumen stattfinden. Die Klinik soll ihr Brustzentrum und ihre Stärken in der Geburtshilfe ausbauen.
- ▶ Oldenburg: Die Notfall- und Intensivmedizin soll ausgebaut werden, hier sollen auch Patienten aus Fehmarn mit berücksichtigt werden. Als Stärken des Standortes gelten bei Wiener und Dieckmann auch die Kardiologie und die Orthopädie. „Wir können uns ein Endoprothetikzentrum in Oldenburg gut vorstellen“, sagt Wiener.

Für die Realisierung der Pläne in Ostholstein veranschlagt Ameos bis zu 50 Millionen Euro. Klar ist, dass die Schweizer Gruppe derzeit ihre Marktposition in Schleswig-Holstein deutlich verstärkt. Erst 2017 hatte sie die Röpertsberg-Gruppe mit 900 Mitarbeitern und kürzlich drei Standorte in Lübeck von Median übernommen.

In Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern zusammen verfügt Ameos inzwischen über mehr als 30 Standorte – von der Institutsambulanz bis zum Klinikum. Dieckmann: „Weiteres Wachstum ist nicht ausgeschlossen.“

1.200

Beschäftigte arbeiten in den Sana Kliniken Ostholstein. Ameos will als neuer Eigentümer auf keinen Beschäftigten verzichten. Ob aber alle am gleichen Arbeitsplatz bleiben können, ist ungewiss: Derzeit arbeitet Ameos an einem Konzept mit Schwerpunktbildung an einzelnen Standorten.

SERIE

Zentrum statt Einzelpraxen

Die Gemeinde Silberstedt bei Schleswig hat sich frühzeitig Gedanken um die künftige ambulante Versorgung gemacht. Ergebnis ist ein Gesundheitszentrum, in dem drei Hausärzte und weitere Gesundheitsberufe unter einem Dach arbeiten.



Ärztin Dr. Christiane Schmitz-Boje, Laura Löffler von der Ärztegenossenschaft, Bürgermeister Peter Johannsen und die Ärzte Wolfgang Schulz und Hans Christian Brall (von links) sind überzeugt, mit dem Gesundheitszentrum in Silberstedt eine Lösung für die Region gefunden zu haben.

§ 95

des Sozialgesetzbuches V ist Grundlage für die Gründung von kommunalen MVZ, die es in Schleswig-Holstein bislang außer in Silberstedt nur auf Pellworm gibt. Eine andere gesetzliche Grundlage, den § 105, haben kommunale Eigeneinrichtungen wie in Büsum. Gemeinsam ist diesen Modellen, dass die Kommunen für den Betrieb der MVZ eine gGmbH gegründet haben.

Was haben wir als Kommunalpolitiker mit der Gesundheitsversorgung zu tun? Diese Frage dürften sich manche Gemeindevertreter in Silberstedt gestellt haben, als Wolfgang Schulz vor einigen Jahren mit diesem Thema auf sie zukam. Schulz ist selbst Gemeindevertreter und seit 1988 als Hausarzt in dem kleinen Ort bei Silberstedt niedergelassen. Dass er sich nicht ausschließlich selbst um einen Nachfolger für seine Einzelpraxis kümmerte, ohne die Kommune damit zu beschäftigen, war zunächst unbequem für alle.

Heute dürften die Gemeindevertreter froh sein, dass Schulz so früh auf das Thema aufmerksam machte. Statt seiner Praxis haben die Silberstedter inzwischen ein neues Gesundheitszentrum, in das nicht nur Schulz, sondern noch zwei weitere Ärzte aus benachbarten Dörfern ihre Praxen verlagert haben. Zusammen mit einer Apotheke und weiteren Ge-

sundheitsberufen bilden die Heilberufe das Kernstück des Silberstedter Gesundheitszentrums, um das viele andere Gemeinden vergleichbarer Größe den Ort beneiden dürften.

Das Konzept folgt der Annahme, dass die ambulante Versorgung auf dem Land zunehmend in Zentren statt in Einzelpraxen geleistet wird – zumindest prognostizieren Experten diese Entwicklung seit einigen Jahren. In der Realität gestaltet sich dieser Wandel allerdings langsam und scheitert in vielen Fällen an unterschiedlichen Einzelinteressen. Auch die Beteiligten in Silberstedt haben diverse Hürden aus dem Weg räumen müssen, bevor das Zentrum stand. Für ihr neues Gesundheitszentrum gründete die Gemeinde eine gGmbH, die Ärzte in einem MVZ anstellt und die ambulante Versorgung des Umlandes sichert. Wenn alles nach Plan verläuft, ist die Gründung in diesem Frühjahr abgeschlossen und der Betrieb kann beginnen.

Alle Voraussetzungen dafür sind geschaffen: Die Finanzierung steht, das Zentrum ist neu gebaut, die Ärzte sind eingezogen und andere Gesundheitsberufe sind im Boot. Der Managementauftrag für das MVZ ist ausgeschrieben und mit der Ärztegenossenschaft Nord steht ein ernsthafter Bewerber bereit, der entsprechende Expertise mitbringt. Die Genossenschaft hat bereits die Vorarbeiten für das MVZ begleitet und bringt Erfahrungen aus dem Management vergleichbarer Einheiten wie etwa aus der kommunal geführten Eigeneinrichtung in Büsum mit.

Die entscheidende Hürde aber nahm das Projekt erst mit der Überzeugung der Ärzte vor Ort. Hierzu gab es schon vor Jahren Anstrengungen des Amtes Arensharde, um ein gemeinsames Zentrum für die ambulante Versorgung zu errichten. Grund für die ersten Überlegungen war die Erkenntnis, dass die bislang niedergelassenen Ärzte in der Re-

gion in einigen Jahren die Altersgrenze erreicht haben werden und nicht sicher sein können, dass sie Nachfolger für ihre Einzelpraxen finden werden. Immerhin vier der insgesamt nur sieben niedergelassenen Ärzte im Amtsgebiet waren schon damals in einem Alter, in dem erste Gedanken an mögliche Nachfolger aufkamen. Trotz dieser Einsicht scheiterte der erste Anlauf für eine gemeinsame Lösung – zu unterschiedlich waren damals die Interessen der sieben Ärzte und der Kommunalpolitik in sechs betroffenen Gemeinden.

Silberstedt gab trotz des gescheiterten Anlaufs nicht auf. Wolfgang Schulz praktiziert seit 1988 in Silberstedt, und als Mitglied der Gemeindevertretung und Stellvertreter des Bürgermeisters fühlt er sich auch kommunalpolitisch verpflichtet, über die eigenen Praxisräume hinaus zu denken. Schulz informierte sich nach dem Scheitern auf Amtsebene über alternative Möglichkeiten, überzeugte Bürgermeister Peter Johannsen und die anderen Kommunalpolitiker in Silberstedt, suchte nach Kollegen, die Interesse an einem gemeinsamen Modell hatten – und fand sie schließlich doch noch in der direkten Nachbarschaft des Ortes.

Dr. Christiane Schmitz-Boje war im Nachbarort Hollingstedt niedergelassen, entdeckte eine von Schulz in der Fachpresse geschaltete Anzeige und nahm Kontakt mit ihrem benachbarten Kollegen auf. Hinzu kam Hans Christian Brall, der eine Einzelpraxis in Treia führte. Die drei Ärzte kannten sich zwar schon, hatten nach eigenen Worten in den vergangenen Jahrzehnten aber als Einzelkämpfer „nebeneinander her gearbeitet“ – eine Arbeitsweise, die sie mit zahlreichen in Einzelpraxis niedergelassenen Kollegen auf dem Land teilen.

Sie alle wussten um die Perspektive der Praxen im Amt und konnten sich eine Zusammenarbeit unter einem Dach vorstellen. Mit dieser positiven Grundeinstellung der Ärzte konnte Silberstedt Nägel mit Köpfen machen: Für ein Investitionsvolumen von 4,4 Millionen Euro wurde ein Gesundheitszentrum errichtet, für das die Ärzte den Grundriss ihrer Praxisräume bestimmen konnten. Neben den Ärzten fanden die Silberstedter eine Apotheke und eine Physiotherapie, die das Konzept überzeugte und die ebenfalls schon eingezogen sind. Die Ärzte arbeiten im Gesundheitszentrum bis zur offiziellen Gründung des gemeindeeigenen MVZ noch selbstständig in Praxisgemeinschaft. Mit Gründung des MVZ werden sie dann angestellte Ärzte des MVZ – genauso wie ihre Mitarbeiter. Die dann insgesamt zwölf Beschäftigten haben sich schon jetzt zum Team zusammengefunden: „Wir sind alle erstaunt, wie gut es menschlich passt“, sagt Schulz.

Die Teamarbeit unter einem Dach gefällt den erfahrenen Ärzten und gibt ihnen auch Hoffnung auf junge Ärzte, die sich für das Modell interessieren. Schulz ist sicher, dass sich in den kommenden Jahren, in denen die drei noch praktizieren, Interessenten für eine Anstellung finden. Aufmerksamkeit bei ersten Ärzten in Weiterbildung haben sie bereits geweckt, genügend Behandlungsräume für weitere Ärzte sind im Zentrum vorhanden.

Sie selbst ziehen derzeit das Fazit, dass die Entscheidung zum Arbeiten unter einem Dach gerne auch früher hätten fallen können. „Ich hätte meine Einzelpraxis bequem weitermachen können. Aber so macht es mehr Spaß – das hätten wir auch schon zehn Jahre früher machen können“, sagt Dr. Schmitz-Boje.

Ganz ohne Reibungen gelang die Zentrumsbildung allerdings nicht. Treia und Hollingstedt stehen nun ohne eigenen Arzt auf Gemeindegebiet dar. Zwar akzeptieren die meisten Patienten in diesen Gemeinden, dass sie einige Kilometer fahren müssen und dort auch ein tragfähiges Zukunftsmodell vorfinden – begeistert waren sie über die zusätzliche Distanz aber nicht. Auf den Patientenandrang im Silberstedter Zentrum hat sich dies allerdings nicht negativ ausgewirkt. Brall schätzt die Zahl der Patienten aus Treia, die ihn seit dem Umzug nach Silberstedt nicht mehr konsultieren, nur auf rund zehn.

Auch die Finanzierung ist kein Selbstgänger, wie Laura Löffler von der Ärztegenossenschaft Nord zu bedenken gibt. Zuschüsse für das Modell gab es keine und eine schwarze Null für den künftigen Betrieb der Praxen ist auch nicht zu erwarten. Bürgermeister Peter Johannsen verweist in diesem Zusammenhang aber auf die wichtige Funktion des Gesundheitszentrums für seine wachsende Gemeinde.

Ein kleines Defizit darf durch den ärztlichen Betrieb entstehen, die Mieten der übrigen Nutzer im Gesundheitszentrum werden dieses Minus aber ausgleichen. Wie optimistisch man in Silberstedt bei diesem Thema ist, zeigt sich neben dem Gesundheitszentrum: Dort wird derzeit in einem zweiten Bauabschnitt Platz für eine Tagespflegereinrichtung, ein Sanitätshaus und weitere Gesundheitsberufe wie Logopäden, Ergotherapeuten und Podologen geschaffen.

Schulz und Johannsen sind heute sicher, dass die Realisierung in Silberstedt nur möglich war, weil sie von Beginn an auf Transparenz gesetzt und die Gemeindevertreter früh über jeden Schritt informiert haben. Schulz: „Es braucht viel Vertrauen, um so ein Projekt mitzutragen. Wenn sich jemand nicht mitgenommen fühlt, stirbt das Projekt.“

DIRK SCHNACK

AMBULANTE VERSORGUNG AUF DEM LAND

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

- ▶ April: Nachwuchs für die Landarztpraxis
- ▶ Mai: Die kommunale Eigeneinrichtung als Blaupause
- ▶ Juni: Mit der Zweigpraxis zum Patienten
- ▶ Juli: Die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

KOMPETENZZENTRUM WEITERBILDUNG IN DER ALLGEMEINMEDIZIN

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

SCHMERZTHERAPIE

Gegen Schmerz an einem Strang ziehen

Mit Mitteln des Versorgungssicherungsfonds ist im Nordwesten ein dreijähriges Projekt gestartet, mit dem chronische Schmerzpatienten besser versorgt werden können.

Chronische Schmerzpatienten und ihre behandelnden Ärzte machen seit Jahren darauf aufmerksam, dass die Betroffenen Probleme haben, in angemessener Zeit versorgt zu werden. Bis zu neun Monate soll die Wartezeit auf eine Behandlung bei einem Schmerzspezialisten zum Teil dauern – für viele Menschen, bei denen der Schmerz zum beherrschenden Thema ihres Daseins geworden ist, viel zu lang. Grund für diese Situation ist die mit landesweit rund 30 überschaubare Zahl an niedergelassenen Schmerzmedizinern, die wiederum nach Überzeugung von Dr. Jochen Leifeld aus Rendsburg so gering ist, weil die monetären Rahmenbedingungen unattraktiv sind.

Bemühungen, diese Bedingungen in Verhandlungen mit Krankenkassen zu verbessern, sind nach Angaben von Leifeld und Dr. Klaus Bittmann von der Ärztenossenschaft Nord bislang weitgehend gescheitert. Entsprechend begeistert zeigten sich die beiden Ärzte, als im Februar der „Schmerzstrang Nordwest“ als erstes Projekt überhaupt für eine Förderung aus dem kürzlich aufgelegten Versorgungssicherungsfonds des Landes Schleswig-Holstein ausgewählt wurde. „Nie zuvor hatte ich es mit einem vergleichbaren Projekt zu tun, einem, das so vielversprechend ist, so ideal in die Zeit passt, unnötige Fesseln löst, Performance steigert, Rationalisierungsréserven freigibt“, sagte Leifeld im Pressesgespräch. Bittmann sprach von einem „enormen finanziellen Anschlag“ durch den Fonds und dem Ehrgeiz, das Projekt nach Ende der Förderlaufzeit im Oktober 2021 in die Regelversorgung zu überführen.

Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg betonte, wie begrenzt die 300.000 Euro Fördermittel über drei Jahre angesichts des hohen Bedarfs in der Schmerztherapie sind. Er bezeichnete eine Wartezeit von einem Dreivierteljahr für einen chronischen Schmerzpatienten als „völlig inakzeptabel“. Rund 78.000 chronische Schmerzpatienten



Dr. Klaus Bittmann (links) und Neurochirurg Dr. Jochen Leifeld (rechts) bei der Übergabe des Fördermittelbescheids für „Schmerzstrang Nordwest“ in der Ärztenossenschaft Nord in Bad Segeberg.

gibt es laut Leifeld in Schleswig-Holstein. Die Schmerzmediziner im Land sind nach seiner Beobachtung „Kümmerer“, die deutlich mehr als acht Stunden am Tag arbeiten.

Das Projekt ist auf die Region westlich der A7 und nördlich des Nordostsee-Kanals begrenzt. Patienten aus dieser Region mit chronischen Schmerzen, deren behandelnde Ärzte eine Teilnahme empfehlen, können nach Anmeldung bei einer Fallmanagerin der Ärztenossenschaft Nord an Kleingruppen teilnehmen, die von Schmerztherapeuten geleitet werden. In diesen Gruppen aus drei bis fünf Betroffenen gehen die Schmerzmediziner gezielt auf die individuellen Probleme der Patienten ein und besprechen die nächsten Behandlungsschritte. Die Betreuung in diesen Gruppen geht weit über das hinaus, was in einer Sprechstunde zu leisten wäre. Weiterer Pluspunkt: Die Patienten finden hier sozialen Rückhalt und spüren, dass sie mit

MQR

Die Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (MQR) hat wertvolle Vorarbeit für das Projekt geleistet und ist heute neben dem Dithmarscher MQW einer der beiden Netzpartner des Projektes. Weitere Partner sind die gemeinnützige Schmerzstiftung CESAR, die Deutsche Schmerzliga und der Verein Schmerzlos. Kontakt für Fragen zur Teilnahme am Projekt: schmerzstrang@aegnord.de

ihren Problemen nicht allein sind. Weitere Module des Projektes sind interdisziplinäre Schmerzkonferenzen, telemedizinische Beratungen durch Schmerzärzte und die Möglichkeit, bei Bedarf Spezialisten etwa für Migräne oder Fibromyalgie hinzuziehen zu können.

Leifelds Euphorie über das Projekt speist sich auch aus den ersten Erfahrungen dieser Kleingruppenarbeit. Er selbst hat in den ersten Wochen schon 20 solcher Gruppen geleitet und spürt, wie sehr die Patienten davon profitieren. Bis zur Vorstellung des Projektes hatten insgesamt vier Schmerztherapeuten solche Gruppen geleitet, sieben aus der Region haben Interesse an einer Mitarbeit.

Für das Leiten einer Kleingruppe erhalten Schmerztherapeuten 350 Euro je Sitzung. Die Teilnahme an einer Schmerzkonferenz und die Vorstellung eines Patienten werden mit 75 Euro vergütet.

TSVG

Niederlage akzeptieren

Dr. Stephan Hofmeister sprach auf der Abgeordnetenversammlung der KVSH zum TSVG. Erste Telepraxis in Dagebüll geplant.



Dr. Stephan Hofmeister

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) kommt – und dass voraussichtlich zum 1. Mai 2019. Diese Tatsache ist nicht mehr zu ändern und auch die Inhalte des Gesetzes sind nicht weiter zu beeinflussen. Diese Erkenntnis verdeutlichte Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, auf der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) Ende Februar. „Ich möchte Ihnen gern Mut machen, wir können aber das TSVG und die Politik in Berlin nicht aufhalten. Lassen Sie uns gemeinsam in Vorleistung treten“, sagte Hofmeister. Es sei nun an der Zeit, die positiven Aspekte des Gesetzes zu sehen und Gegebenheiten, die nicht mehr zu ändern sind, hinzunehmen.

Hofmeister dankte den teilnehmenden Ärzten, die an der Onlinepetition der KVSH teilgenommen haben, für die „Rückendeckung aus Schleswig-Holstein“. An diesem Voting über einen offenen Brief an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und die Bundestagsabgeordneten hatten 70 Prozent der Ärzte in Schleswig-Holstein teilgenommen und davon wiederum 70 Prozent für den Brief gestimmt. „Mit rund 50 Prozent Zustimmung der Ärzte aus Schleswig-Holstein konnten wir gestärkt in die Gespräche mit den Bundestagsabgeordneten in Berlin gehen und unsere Positionen verdeutlichen“, sagte Dr. Monika Schliifke, Vorstandsvorsitzende der KVSH. So konnte eine Plattform geschaffen werden, die in den kommenden Monaten eine Diskussion und Mitsprachemöglichkeiten ermöglicht, die sonst

10 Tage

vor einer geplanten Operation muss eine Zweitmeinung vorliegen, um gelten zu können. Dies sehen die Regularien im Zweitmeinungsverfahren für die Bereiche Tonsillektomie und Hysterektomie vor, die vom ergänzten Bewertungsausschuss des G-BA im Januar 2019 beschlossen wurde. Auf der Internetseite der KVSH können sich geeignete Kollegen als Zweitmeinung per Antrag zur Durchführung und Abrechnung des Zweitmeinungsverfahrens registrieren lassen.

in Berlin nicht gehört worden wäre. Hofmeister ist sich sicher, dass der Druck auf die Ärzteschaft weiter steigen wird. „Die Bevölkerung kann schon heute rund um die Uhr einkaufen, tanken und vieles mehr. Da ist es doch verständlich, dass sie auch ärztliche Leistungen 24/7 in Anspruch nehmen wollen. Lassen Sie uns die Verkaufsstrategie festlegen, nicht die Politik.“ So soll das Angebot des bundesweiten ärztlichen Bereitschaftsdienstes der 116117 ausgeweitet und die ambulante Notfallversorgung 24 Stunden am Tag gesichert werden. Durch eine Kopplung der 116117 an die Terminservicestelle könne der Service für die Patienten ausgebaut, die Patienten in die Vertragsarztpraxen geleitet und somit ein intelligentes System zur Ressourcennutzung geschaffen werden. Schliifke erinnerte daran, dass genau diese TSS und das Ersteinwertungsverfahren schon vor drei Jahren von der KVSH gefordert wurden und somit klar als ein Gewinn des TSVG zu sehen sei. Hofmeister nannte als positiven Punkt aus dem umstrittenen TSVG die vorgesehene extrabudgetäre Vergütung – diese wird nach derzeitiger Berechnung auf rund 650 bis 700 Millionen Euro taxiert.

Dennoch: Das Gefühl des Eingriffs in die Freiberuflichkeit und die Angst vor der Industrialisierung bleibt bei vielen Ärzten bestehen – das TSVG droht die Arbeitseffizienz, -leistung und -moral zu drücken und Frustration aufkommen zu lassen. Doch Dr. Thomas Maurer, stellvertretender Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung und Vorsitzender des Hausärzterverbandes Schleswig-Holstein, verdeutlichte: „Was könnte uns mehr Mut machen, als zu sehen, dass industrielle Investoren, die sieben

bis acht Prozent Rendite aus einem Unternehmen ziehen wollen, die wir mit unserer Arbeit erwirtschaftet haben?“. Er appellierte an seine Kollegen, selbst aktiv zu werden und eigene Strukturen zu schaffen, um gesetzlichen Vorgaben vorzueilen zu können. Zu warten, dass Probleme auftreten, ist für Maurer kein anzustrebendes Ziel: „Wir müssen Qualität bieten und uns im Vorwege überlegen, wie Probleme angegangen werden können.“

Ein Beispiel hierfür ist die geplante telemedizinische Praxis in Dagebüll, die Schliifke in ihrem Bericht zur Lage vorstellte. Die Praxis soll durch eine vor Ort ansässige nicht-ärztliche Praxisassistentin (NäPa), die bei der KVSH angestellt ist, betrieben werden. Es ist geplant, dass sie den umliegenden Ärzten zuarbeitet und die Patienten mit Hilfe des Telerucksacks betreuen kann. Die Behandlung von Patienten soll in der Praxis, in häuslicher Umgebung und in Pflegeheimen möglich sein.

Warum ausgerechnet Dagebüll? In der Region gibt es freie Hausarztsitze, die durchschnittliche Entfernung von Arzt zu Patient ist höher als im Rest des Landes. Hinzukommt, dass viele Urlauber ohne Auto nach Dagebüll kommen und auf mobile Versorgung angewiesen sind. „Die NäPa soll die Ärzte entlasten und ihnen beispielsweise die Betreuung chronisch kranker Patienten erleichtern. Bei schwerwiegenden Erkrankungen bleibt selbstverständlich der direkte Arzt-Patienten-Kontakt notwendig“, sagte Schliifke. Derzeit werden die rechtlichen Rahmenbedingungen geklärt und Gespräche mit Krankenkassen geführt. „Es wäre ideal, wenn alle Kassen mitmachen würden.“

ASTRID SCHOCK

AUSSCHUSSARBEIT

„Wie unabhängig sind wir wirklich?“

Der Berufsordnungsausschuss hat vier Kernthemen für die kommenden Jahre identifiziert: Freiberuflichkeit, Leichenschau, Telemedizin und ambulante Ethikberatung.



Die Mitglieder des Berufsordnungsausschusses vor einer Sitzung: Dr. Hauke Nielsen, Dr. Svante Gehring, Dr. Gisela Schumann, Dr. Sebastian Irmer, Dr. Norbert Jaeger (von links).

Ökonomischer Druck, politische Entscheidungen und gesellschaftliche Entwicklungen beeinflussen die Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung. Der Berufsordnungsausschuss der Ärztekammer Schleswig-Holstein hat vier Kernthemen identifiziert, die davon berührt sind:

- **Freiberuflichkeit:** Wie stark diese beschnitten wird, zeigt sich aktuell an geplanten Eingriffen des Gesetzgebers in die Selbstverwaltung, aber auch am ökonomischen Druck, der etwa auf Klinikärzte ausgeübt wird. Hinzu kommt, dass auch viele Ärzte selbst mit den Werten der Freiberuflichkeit wenig anfangen können. Dr. Svante Gehring, Vorsitzender des Berufsordnungsausschusses, hat sogar beobachtet: „Immer mehr – insbesondere junge – Ärzte verwechseln Freiberuflichkeit mit Selbstständigkeit.“ Dass Ärzte für Patienten als Garanten für eine Entscheidung nach bestem Wissen und Gewissen – und nicht nach ökonomischen Gesichtspunkten – gelten, geht dabei oft verloren.

„Immer mehr Ärzte verwechseln Freiberuflichkeit mit Selbstständigkeit.“

DR. SVANTE GEHRING

„Wie unabhängig sind wir wirklich?“ will der Ausschuss deshalb herausfinden. Geplant ist eine Bestandsaufnahme: Ist Freiberuflichkeit gar ein „verstaubter“ Begriff? Und darauf aufbauend eine Standortbestimmung: Lässt sich erreichen, dass Ärzte mit dem Begriff wieder etwas anfangen können, und lässt dieser Begriff sich auf eine verständliche Formel bringen?

- **Ambulante Ethikberatung:** Bislang haben niedergelassene Ärzte in ethischen Fragen wenig Begleitschutz. Die Ärztekammer und der Ausschuss ha-

ben den Lübecker Kardiologen Dr. Michael Grosse beauftragt, an Workshops und Kongressen zum Thema teilzunehmen und zu berichten, welche Möglichkeiten hier bestehen. Initiativen in Hessen und Niedersachsen könnten Impulse liefern.

- **Leichenschau:** Konflikte mit Polizei und Politik sind bekannt – wie aber lassen sie sich verhindern? Der Ausschuss wird Problemfelder identifizieren und Anregungen geben, was sich auf Bundesebene ändern müsste. Zugleich soll um Verständnis dafür gewonnen werden, dass Ärzte ihre Patienten nicht in der Praxis unbehandelt zurücklassen können, wenn sie zur Leichenschau gerufen werden. Auch bei der Polizei befasst sich eine Arbeitsgruppe mit diesem Thema.
- **Telemedizin:** Die Lockerung des Fernbehandlungsverbotes hat zu einer Dynamik geführt, die den Ausschuss fordert. „Wir müssen die Entwicklung so begleiten, dass kein Wildwuchs entsteht, und wir müssen immer wieder Antworten auf neue Fragen geben“, sagt Gehring. (Dr)

5 Jahre

und damit so lange wie die Wahlperiode der Kammerversammlung arbeitet der Berufsordnungsausschuss in seiner gewählten Zusammensetzung.

ETHIK

Hebel für eine bessere Medizin?

Symposium zum 40-jährigen Bestehen des Ethik-Seminars im UKE. Rückblick auf die Anfänge. Breites Themenspektrum der Medizinethik.

Viele Aspekte zeigte ein Symposium zum 40-jährigen Bestehen des Arbeitskreises Interdisziplinäres Ethik-Seminar im UKE Hamburg, die alle in Richtung auf eine patientenorientierte, „bessere“ Medizin zielten. So lautete auch das Thema des Referenten aus Schleswig-Holstein, Prof. Cornelius Borck vom Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin in Lübeck: „Solidarität mit Studierenden als Hebel für eine bessere Medizin“.

Er berichtete als einer der Zeitzeugen, die die Anfangszeit des Ethik-Seminars und des Lehrstuhls „Didaktik der Medizin“ von Prof. em. Winfried Kahlke miterlebt hatten: „Es war eine schwierige Zeit für Studienanfänger, es gab wenig Raum zum Selberdenken, so war das Ethik-Seminar ein wichtiger Ausgleich für alle, die sich für die Reform der eigenen Ausbildung interessierten.“ Es kam zu Anfängen einer „Patientenorientierten Pädagogik“ (PoP) am Krankenbett, die nach langen Kämpfen in die bundesweite Reform des Medizinstudiums mündeten. Das bedeutete aber keinen Stillstand der Reformbemühungen, wie die heutigen Proteste und Änderungsvorschläge zeigten. So habe der Lübecker AStA die traditionelle Medizin-Vorlesung als Auslaufmodell bezeichnet. Ob sie das wirklich ist und was in fünf Jahren sein wird – schwer zu sagen, so Borck.

Der jetzige Leiter des Ethik-Seminars, Prof. em. Winfried Kahlke (Jahrg. 1932), ist seit Langem aus Studium und Fortbildung bekannt. Er kam 1974 als habilitierter Internist nach Hamburg und erhielt die neu geschaffene Professur für Didaktik der Medizin. Wenig später, nach Begründung des Ethik-Seminars durch Dr. theol. Siegfried Scharrer im Wintersemester 1978/79, kam er auch zum Ethik-Seminar. 1986 nach dem Wechsel von Scharrer zur Ev. Akademie in Bad Segeberg wurde das Ethik-

Seminar unter Kahlkes Leitung in die Abteilung Didaktik der Medizin integriert. Ein Wechsel von der theologischen in die medizinische Fakultät – ungewöhnlich. In Bad Segeberg kam es zu weithin beachteten Veranstaltungen, auch in Kooperation mit der Ärztekammer und ihrer Akademie. Ab 1988 fanden internationale Symposien mit Referenten aus Skandinavien, den Beneluxstaaten, Großbritannien und den USA statt. Die Präsidenten der 1986 gegründeten Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) waren immer wieder vor Ort.

Seine bewegenden Erinnerungen fasste Winfried Kahlke zusammen: „Am wichtigsten waren die menschlichen Begegnungen – mit Studenten, Patienten, Angehörigen und Referenten.“ Er habe viel gelernt, vor allem vom Gründer des Seminars (Scharrer) und seinen Mitstreitern Prof. Rudolf Kautzky (Neurochirurg), Prof. Helmut Boehncke und Prof. Gerhard Ruhrmann (beide Pädiater).

Scharrer berichtete, dass sein akademischer Lehrer, der Theologe Prof. Helmut Thielicke, erstmals interdisziplinäre ethische Seminare mit Medizinern und Naturwissenschaftlern durchgeführt habe. Nach dessen Emeritierung bot Scharrer als Dozent im Fachbereich Ev. Theologie erstmals im Sommersemester 1980 ein solches Seminar an, Titel: „Ethische Grenzprobleme der Medizin“. Schon damals kam es zur Zusammenarbeit mit dem Institut für Geschichte der Medizin im UKE, die dann allerdings unterbrochen war und erst 20 Jahre später mit der Besetzung des Lehrstuhls durch Prof. Heinz-Peter Schmiedebach fortgeführt wurde. Die Themen erstreckten sich über ein weites Spektrum der Medizinethik, angefangen 1980 mit dem „Menschenbild in der Medizin“. Dieses Thema habe viel mit der Entstehung unseres Grundgesetzes vor 70 Jahren zu tun (Artikel 1, die unverfügbare Würde jedes Menschen). Das

Menschenbild der Väter unserer Verfassung sei im Wesentlichen christlich geprägt gewesen, ausgehend von der Einheit von Körper und Seele. Unsere Zeit sei allerdings immer noch stark geprägt von der schottischen Moralphilosophie des 18. Jahrhunderts (hauptsächlich durch den Begründer der klassischen Nationalökonomie Adam Smith, „Wealth of Nations“, 1776) mit der Grundannahme: „Jeder strebt nach Verbesserung der eigenen Lage“. Hinzu kämen eine utilitaristische Ethik (vereinfacht: größerer vor kleinerem Nutzen), eine entsprechende politische Ökonomie und eine individualistische Sozialtheorie. „Welches Menschenbild wird vorherrschen?“ – dies werde, so Scharrer eine der größten Herausforderungen der Medizin sein.

In weiteren Referaten kamen wichtige Einzelfragen der Medizinethik zur Sprache. So von Prof. Christoph Bühner (Direktor der Klinik für Neonatologie an der Charité in Berlin) zu ethischen Konflikten bei der Behandlung extrem unreifer Frühgeborener (geboren vor der 24. Schwangerschaftswoche, unter 400 g Geburtsgewicht) mit der Prognose körperlicher und kognitiver Schäden. Hier sei nicht bloß „informed consent“ der Eltern gefragt, sondern ein Recht auf umfassende Informationen, soviel wie gewünscht.

In einem anderen Referat berichtete Dr. Nicola Kaatsch aus Hamburg in der Jubiläumsveranstaltung von unterschiedlichen Erfahrungen mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen. In einem abschließenden Ausblick sprachen später Prof. Ingrid Schneider und Dr. Birgit Wulff (Rechtsmedizinerin am UKE und Vizepräsidentin der Ärztekammer Hamburg) sowie Dr. Katharina Woellert (Vorstandsbeauftragte für Klinische Ethik am UKE) und Prof. Philipp Osten (Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am UKE) u. a. über herausragende Themen, die damals wie künftig ihren Platz im Ethik-Seminar hatten und haben werden. Hierzu zählen zuerst die „klassischen“ Themen wie Abtreibung, Suizid, Euthanasie, Wahrheit am Krankenbett, dann jeweils aktuelle Themen wie „Erlanger Baby“, Biobanken, Transplantation, Palliativmedizin, Ökonomie und Ethik, ärztliche Tätigkeit in Entwicklungsländern bis hin zu Enhancement, Drogenersatztherapie, Brechmitteleinsatz, Altersbestimmung und Online-Sucht. Dass man bei hochaktuellen Themen öfter mal in einen großen Hörsaal umziehen musste, versteht sich von selbst, zumal „wir immer versucht haben, die unterschiedlichen Lager in der jeweiligen Debatte heranzuziehen“.

HORST KREUSSLER

40 Jahre

besteht das interdisziplinäre Ethik-Seminar am UKE. Ins Leben gerufen wurde es von Dr. theol. Siegfried Scharrer, der später an der Ev. Akademie in Bad Segeberg tätig war. Heute wird das Seminar von Prof. em. Winfried Kahlke geleitet.

FORENSIK

„Verletzungen haben ein Verfallsdatum“

Seit 2015 können Gewaltopfer ihre Verletzungen auch ohne Anzeige anonym und kostenlos dokumentieren lassen. Doch das Angebot wird noch zu wenig angenommen.



Sie setzen sich für den Schutz von Gewaltopfern ein (v.l.): Stefanie Klückmann (UKSH), Dr. Nadine Wilke-Schalhorst (UKSH), Antonia Fitzek, (UKE), Dr. Sandra Wilmes (UKE), Dr. Daniela Fröb, Ministerin Dr. Sabine Sütterlin-Waack, Dr. Axel Heinemann (UKE) und Prof. Dr. Johanna Preuß-Wössner (UKSH).

Gegen den Schrank gelaufen oder doch gegen eine Faust? Unglücklich die Treppe hinuntergefallen oder geschubst worden? Rund 3.000 Mal rückt die Polizei in Schleswig-Holstein pro Jahr zu Fällen häuslicher Gewalt aus. Die Dunkelziffer ist vermutlich noch deutlich höher. Aber viele Opfer scheuen sich, die Taten anzuzeigen. Damit es dennoch später eine Chance auf einem Prozess gibt, besteht seit 2015 die Möglichkeit, die Verletzungen gerichtsfest zu dokumentieren. Beteiligt sind zahlreiche Krankenhäuser im Land und die Universitätskliniken in Schleswig-Holstein und Hamburg. Das Problem: Dieses Angebot ist in der Öffentlichkeit noch viel zu wenig bekannt.

736 Personen, darunter 403 Kinder, ließen in den vergangenen vier Jahren die Spuren von Gewalttaten an ihren Körpern dokumentieren. Die Tendenz ist langsam steigend, so gab es 2015 nur 57 Untersuchungen und 2018 ganze 265. Überwiegend sind Frauen betroffen, doch rund ein Viertel der Opfer sind männlich. „Es ist eine wichtige Säule in der Opferhilfe“, sagte Schleswig-Hol-

265

Personen haben im vergangenen Jahr in Schleswig-Holstein Spuren von Gewalttaten an ihren Körpern dokumentieren lassen. Dreiviertel der Betroffenen waren Frauen.

steins Justiz- und Gleichstellungsmi-
nisterin Dr. jur. Sabine Sütterlin-Waack bei einem Symposium im rechtsmedizinischen Institut auf dem Campus Kiel des UKSH. Bei der Veranstaltung ging es um eine Bilanz der bisherigen Arbeit, aber vor allem um Öffentlichkeitsarbeit für die anonyme Gewaltpurensicherung. Denn weder Opfer noch Ärzte wüssten ausreichend über diese Möglichkeit, die für die Betroffenen kostenlos ist, Bescheid, sagte Dr. Nadine Wilke-Schalhorst, Fachärztin am Institut für Rechtsmedizin in Kiel. Die beiden Universitätskliniken arbeiten für das Projekt zusammen. Jedes der beiden Häuser hat seine Partner-Kliniken in allen Kreisen und Städten in Schleswig-Holstein.

Die Idee der anonymen Spurensicherung ist bestechend einfach: Die Dokumentation findet dort statt, wohin sich die Opfer ohnehin wenden – im örtlichen Krankenhaus. Schließlich geht es auch darum, dass Täter oder Täterin nichts von der Beweisaufnahme erfahren, besonders in den Fällen, in denen die Opfer noch nicht entschieden haben, ob sie Anzeige erstat-

ten möchten. Daher kann und soll die Dokumentation parallel zu den normalen Untersuchungen stattfinden. Es geht auch darum, keine Zeit zu verlieren: „Verletzungen haben ein Verfallsdatum“, sagt Wilke-Schalhorst.

Geht es um Kinder und Jugendliche, speziell in Fällen von sexuellem Missbrauch, finden die Untersuchungen entweder direkt in den Unikliniken statt oder ein Team fährt zum potenziellen Opfer, berichtet Sandra Wilmes vom UKE. Dabei geht es neben dem körperlichen auch um den psychischen Zustand, vielleicht auch um eine längerfristige Therapie. Geplant ist zusätzlich ein telemedizinisches Angebot.

Damit die Dokumentation später vor Gericht wirklich Bestand hat, müssen aber Regeln eingehalten werden. Wilke-Schalhorst zeigt das typische Beispiel einer Dokumentation, wie sie in einer Notaufnahme üblich ist: Ein rasch hingekritzelter Zettel, teilweise kaum leserlich, mit einer knappen Diagnose: „Hämatom am Oberarm“ oder „Abschürfung“. Völlig korrekt, sagt die Rechtsmedizinerin: „Der Fokus der Zuständigen in der Notaufnahme liegt in

der Regel nur darauf, die weitere Behandlung festzulegen.“ Daher geht es um den Ist-Zustand, nicht aber um die Frage, woher eine Wunde rührt. Doch genau das spielt vor Gericht eine Rolle: „Da gilt es festzustellen, ob dieses Hämatom durch Festhalten entstanden ist, also ob sich etwa Druckstellen von Fingern abzeichnen“, sagt sie.

Um diese gerichts-feste Dokumentation im Klinikalltag zu erleichtern, haben die Rechtsmediziner ein Spurensicherungs-Kit entwickelt: Es enthält Probenbehälter für Sperma oder andere DNA, Röhrchen für Abstriche und eine kleine Anleitung, die Ärzten in der Notaufnahme oder in den jeweiligen Stationen helfen, Schritt für Schritt die Beweise so festzuhalten, dass sie in einem Prozess verwendet werden können. Für die beteiligten Krankenhäuser bedeutet das Verfahren einen Mehraufwand. „Es geht um bestimmte Handgriffe und festgelegte Verfahren, und da die Klinikärzte das selten tun, müssen sie sich jedes Mal ein bisschen hineindenken“, sagt Wilke-Schalhorst. Aus diesem Grund seien die Krankenhausleitungen manchmal zögerlich, mit den Universitätskliniken zu kooperieren. Doch die Ärzte, gerade in den gynäkologischen Stationen, seien glücklich, Gewaltopfern zumindest diese Möglichkeit anbieten zu können.

Alle Proben und Berichte werden 20 Jahre lang aufbewahrt. Früher oder später sei das auch ein Platzproblem, so die Rechtsmedizinerin. Allerdings lagern die Proben nicht alle gemeinsam, sondern in den verschiedenen Laboren. Grundlage für das Projekt ist, dass alle Proben pseudonymisiert sind. Sie werden nur dann herausgegeben, wenn das Opfer eine Entbindung von der Schweigepflicht erteilt. Bisher ist das in rund einem Viertel der Fälle passiert.

Das Land stützt das Programm mit jährlich rund 400.000 Euro. Auf Nachfrage sagte Prof. Johanna Preuß-Wössner (UKSH), dass die Summe im aktuellen Rahmen auskömmlich sei. Wenn allerdings daran gedacht werde, das Programm auszuweiten und mehr zu tun, müsse auch die Geldsumme erhöht werden.

Ausgeweitet werden soll das System der Partnerkliniken und -praxen, denn auch Niedergelassene können mit dem Sicherungs-Kit Verletzungen rechtssicher dokumentieren. Das Ziel sei, „Ärztinnen und Ärzte externer Kliniken und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte so fortzubilden, konsiliarisch zu beraten und zu unterstützen, dass sie im Rahmen der Erstversorgung Verdachtsfälle erkennen und forensische Maßnahmen einleiten können“, so Stefanie Klückmann, Projektkoordinatorin des UKSH.

ESTHER GEISSLINGER

KINDERSCHUTZ

Kompetente Anlaufstelle

Das Klinikum Itzehoe hat eine Kinderschutzgruppe gegründet, die gefährdende Situationen für Kinder erkennt und bei Bedarf hilft.

Blaue Flecken, Angstzustände oder lückenhafte Therapiepläne - Kindeswohlgefährdung zeigt sich auf vielfältige Weise. Häufig sind sich die Kinder selber der Gefährdung nicht bewusst und auch das Umfeld ist entweder involviert und damit emotional eingebunden oder kann die Gefahr selber einfach nicht erkennen.

Doch wie können Vernachlässigung, Gewalt und Missbrauch auch von außen erkannt und Maßnahmen dagegen ergriffen werden? Das Klinikum Itzehoe möchte diesen Kindern mit einer kompetenten Anlaufstelle helfen und hat dafür kürzlich eine von der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) akkreditierte Kinderschutzgruppe gegründet. In Schleswig-Holstein gibt es laut DGKiM-Übersicht außerdem am Helios Klinikum Schleswig eine solche Gruppe.

„Ziel der Gruppe ist es, gefährdende Situationen für Kinder und Unterstützungsbedarf von Familien schnell und zuverlässig zu erkennen und die erforderlichen Hilfen in die Wege zu leiten“, erklärte Dr. Georg Hillebrand, Chefarzt der Kinderklinik in Itzehoe.

Eine von der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin akkreditierte Kinderschutzgruppe besteht aus einem ärztlichen Leiter, der in den vergangenen zwei Jahren mindestens zehn Kinderschutzfälle geleitet hat und Facharzt für Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie ist (in Ausnahmefällen auch andere Facharzttrichtungen möglich). Zudem sind eine ärztliche Vertretung und zwei weitere Mitglieder zu benennen, die an mindestens fünf Kinderschutzfällen in den letzten zwei Jahren teilgenommen haben. Die zwei weiteren Mitglieder sollten bestenfalls aus dem Bereich der Pflege, der Psychologie oder einem anderen fachärztlichen Bereich kommen. Weitere Mitglieder sind möglich.

Durch die Zusammenarbeit der berufsübergreifenden Bereiche Kinder- und Jugendmedizin, Sozialpädagogik, Psychologie und Traumatologie in Itzehoe können die einzelnen Gefährdungen aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und gemeinsam beurteilt werden.

Das Team der Kinderschutzgruppe möchte Kindern, die in der Vergangenheit Gewalt oder Vernachlässigung erfahren mussten, ebenso wie Kindern, denen Gefahr droht, Hilfe anbieten und sie auffangen. Zudem soll die Sensibilität für das Kindeswohl und die Aufmerksamkeit und Achtsamkeit für Anzeichen bei allen Beteiligten auch außerhalb der Arbeitsgruppe erhöht werden.

Die verschiedenen Blickwinkel ermöglichen dem interdisziplinären Team ein ganzheitliches Bild der Situation und versetzen es in die Lage, die möglichen Hilfen gemeinsam abzuwägen zu können.

Wie die Kinderschutzgruppe Kenntnis über eine Gefährdung erlangt, ist so unterschiedlich wie der Bearbeitungsablauf. Entweder fallen Besonderheiten wie Spuren körperlicher Gewalt bei einer Behandlung auf, Therapiepläne sind unvollständig und werden nicht eingehalten oder Familien und Angehörige treten selbst an die Kinderschutzgruppe heran. Der Bearbeitungsablauf weicht von Fall zu Fall ab, orientiert sich jedoch stets an den Grundsätzen der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin. „Jeder Fall ist anders“, betont Nils Ole Wiebe, Oberarzt in der Kinderklinik im Klinikum Itzehoe. Er ist Vorsitzender der Kinderschutzgruppe in Itzehoe und von der Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin zertifiziert.

Bei einem ersten Verdacht ist schnelles Handeln erforderlich. Eine Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wie dem Jugendamt oder Beratungsstellen wie Pro Familia sind unabdingbar. „Es profitieren alle davon“, betont Wiebe.

ASTRID SCHOCK

Info

Die DGKiM ist eine Subspezialität der Kinderheilkunde, die sich aus mehreren Bereichen der Medizin und darüber hinaus zusammensetzt. Ihr Ziel ist die wissenschaftliche, klinische und praktisch-ärztliche Arbeit auf dem Gebiet der Erkennung und Verhinderung von Gewalt und Vernachlässigung an Kindern und Jugendlichen zu fördern.

GEBURTSTAGE

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

Dr. Steffen Glück, Oldenburg, feiert am 02.04. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Sigrid Kreye, Ahrensburg, feiert am 05.04. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Doris Müller, Nebel/Amrum, feiert am 05.04. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Ottmar Grulich, Ratzeburg, feiert am 06.04. seinen 75. Geburtstag.

Manfred Lübke, Kronshagen, feiert am 08.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Karin Plagemann, Kiel, feiert am 11.04. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Michael Kinet, Kiel, feiert am 11.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Dr. rer. nat. Ansgar Knobling, Preetz, feiert am 11.04. seinen 70. Geburtstag.

Peter Albertsen, Klein Rönna, feiert am 14.04. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Matthias von Jagow, Eckernförde, feiert am 15.04. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Monika Mrachatz, Scharbeutz, feiert am 16.04. ihren 80. Geburtstag.

Prof. Gerhard Holland, Kiel, feiert am 19.04. seinen 90. Geburtstag.

Dr. Mechthild Klingenburg-Vogel, Kiel, feiert am 19.04. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Ina-Maria von Nordenflycht, Wentorf, feiert am 20.04. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Karen Zillessen, Reinbek, feiert am 22.04. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Joachim Paulsen, Goosefeld, feiert am 24.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Wulf Staemmler, Harrislee, feiert am 24.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Hans-Friedrich Kniehase, Scharbeutz, feiert am 25.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Dipl.-Psych. Ulrich Meyer-Pannwitt, Hamburg, feiert am 28.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Friedrich-Karl von Wedel-Parlow, Hamburg, feiert am 28.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Schwahn, Geesthacht, feiert am 29.04. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Ralf Beyer, Kröppelshagen-Fahrendorf, feiert am 30.04. seinen 80. Geburtstag.

Georg Heigl, Wyk/Föhr, feiert am 30.04. seinen 80. Geburtstag.

Pathologen mit neuem Landesvorsitzenden



Prof. Sven Perner

Prof. Sven Perner ist seit vergangenem Monat neuer Landesvorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Pathologen in Schleswig-Holstein und Nachfolger von Dr. Andreas Turzynski. Der 46-jährige Perner ist Direktor des Instituts für Pathologie der Lübecker Universität und des UKSH am Campus Lübeck sowie Leiter der Pathologie am Forschungszentrum Borstel. Er kündigte die Bündelung von Interessen seines Fachgebietes, eine flache Hierarchie und eine „transparente Kommunikationskultur“ an. Perner wurde 2015 nach Lübeck berufen, gilt laut UKSH als Spezialist für Uropathologie, Pathologie der Lunge und Atemwege sowie Molekularpathologie und ist seit langem fach- und berufspolitisch aktiv. (PM/RED)

MedBaltic ändert Geschäftsführung



Dr. René Schwall



Dr. Marc Koch

Nach zehn Jahren stellt die MedBaltic ihre Geschäftsführung neu auf: Auf Dr. Christian Büll, der den überregionalen Zusammenschluss von orthopädischen, unfallchirurgischen, neurochirurgischen und plastisch-chirurgischen Ärzten mitgegründet und von Beginn an als Geschäftsführer geleitet hatte, folgen ab April Dr. Marc Koch und Dr. René Schwall als neue Geschäftsführer.

Koch ist seit zehn Jahren Mitgesellschafter der MedBaltic. Vor seiner Niederlassung war er leitender Oberarzt am Lubinus Clinicum und dort Stellvertreter des Chefarztes in der Wirbelsäulenchirurgie. Anschließend war er als Konsiliararzt tätig. Seit 2015 ist er neben seiner Praxistätigkeit als Wirbelsäulen-Operateur an der Helios Ostseeklinik Damp tätig.

Schwall leitet die MedBaltic-Praxis für orthopädische Chirurgie und Un-

fallchirurgie in Altenholz. Der Spezialist für Fußchirurgie führt ambulante und kurzstationäre Eingriffe im St. Elisabeth Krankenhaus in Kiel durch. Der bekannte Segler wurde mehrfach Weltmeister in der Tornadoklasse und gewann Bronze bei den Olympischen Spielen in Sydney.

In der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) MedBaltic sind insgesamt 14 Fachärzte mit unterschiedlichen Spezialgebieten vereinigt, die in verschiedenen Kliniken in Schleswig-Holstein operieren. Die Praxen sind im ganzen Land verteilt, die Standorte reichen von Leck bis Kaltenkirchen. Nach eigenen Angaben ist MedBaltic eine der größten Zusammenschlüsse dieser Art in Deutschland. Für die ÜBAG sind mehr als 70 Personen in Schleswig-Holstein tätig. Ihre Ärzte behandeln rund 11.000 Patienten pro Quartal. (RED)

„Sein kluger Rat fehlt“

Prof. Wolfgang Müller-Ruchholtz ist im Alter von 90 Jahren gestorben. „MR“ war ein klinischer Immunologe mit einzigartigen Kenntnissen auf dem Gebiet der Immunologie und ein bedeutender Ratgeber, heißt es in einem Nachruf des Gesundheitsministeriums. Weggefährten hatten ihm zum 90. Geburtstag u. a. „Fleiß, Zähigkeit und Leidenschaft“ bescheinigt. Auch nach seiner Emeritierung als Leiter des Instituts für Immunologie an der Kieler Christian-Albrechts-Universität im Jahr 1995 engagierte sich „MR“ leidenschaftlich für die Infektionsprophylaxe durch Schutzimpfungen. Er beeinflusste mit seiner außergewöhnlichen fachlichen Expertise die Gestaltung der Impfkampagne Schleswig-Holstein seit 1998. Dabei beobachtete er internationale Entwicklungen und neue Erkenntnisse ebenso genau wie

die praktische Umsetzung von Impfungen zur Verbesserung der Infektionsprävention in der Bevölkerung. Als Zeitzeuge der Eradikation der Pocken und der Zurückdrängung der Poliomyelitis wurde er nicht müde zu betonen, dass Impfungen eine lebensrettende Maßnahme und ein Beitrag zur Vermeidung von Leid sind. Er unterstützte die Bewertung der WHO, Impfungen als zentrale Maßnahme zur Kontrolle von Krankheiten und als Grundrecht im Zusammenhang mit der Armutsbekämpfung einzustufen. „MR“ betrachtete das Impfwesen auch im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen und Strömungen und scheute kritische oder unbequeme Meinungsäußerungen nicht, bei denen er die wesentlichen Fakten in den Fokus stellte. Sein kluger und gleichzeitig liebenswerter Rat fehlt. (PM/RED)

„Herausragende Persönlichkeit der Kieler Medizin fakultät: Prof. Wolfgang Müller-Ruchholtz“ ist kürzlich im Alter von 90 Jahren gestorben.



Nachruf auf Thomas Miklik

Thomas Miklik ist nach schwerer Erkrankung im Kreise seiner Familie im Kieler Hospiz gestorben. Mich verbindet mit ihm eine lange gemeinsame Studien- und Bundeswehrzeit und eine berufliche kollegiale Zusammenarbeit mit Kontakten u. a. über die KV und das Praxisnetz Kiel.

Thomas Miklik wurde 1949 in Bremen geboren und kam nach dem Abitur (1969) und einer Tätigkeit als Krankenpflegehelfer 1970 zum Medizinstudium nach Kiel. Nach Vorphysikum 1971 und Physikikum 1973 bestanden wir 1977 das Staatsexamen.

Die Medizinalassistentenzeit führte ihn an das Stadtkrankenhaus in Rendsburg. 1978 führen wir gemeinsam als Wehrpflichtige zur Grundausbildung nach München zur Sanitätsakademie der Bundeswehr. Er diente als Fliegerarzt in Kiel-Holtenau und wurde Zeitsoldat für vier Jahre. Schon in dieser Zeit hat er sich im Notfall- und Rettungsdienst engagiert und viele Einsätze mit dem Rettungshubschrauber geflogen. Nach der Bundeswehr folgte eine vierjährige Assistentenzeit an der Klinik Preetz auf der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung. Seit 1980 hat Thomas am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilgenommen und oft Praxisvertretungen angenommen. 1988 stieg er in eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Kiel-Schilksee ein, die er in der Folge bis 2017 als Einzelpraxis weitergeführt hat. Thomas hat sich in all den Jahren für die Notfallversorgung interessiert: Seit seiner Tätigkeit in Rendsburg hat er an der Luftrettung teil-

genommen, war Fliegerarzt und erlangte 1985 die Fachkunde Rettungsdienst. Er war seit 1994 auch in der Notfallpraxis Kieler Ärzte im Hasseldieksdammer Weg tätig und organisierte 1999 den Umzug ins Städtische Krankenhaus mit. Außerdem war er an der Dienstplanung für die Bereitschaftsärzte im fahrenden Dienst beteiligt.

Anlässlich der neuen Notdienststruktur der KVSH wurde Thomas im November 2006 zum Notdienstbeauftragten für den Bereich Kiel gewählt und später zum Notdienstbeauftragten für ganz Schleswig-Holstein. In den Jahren 2011 bis 2016 hat er uns als Abgeordneter für Kiel in der Abgeordnetenversammlung der KVSH vertreten. Thomas war zu jeder Zeit ein gefragter und kompetenter Berater in medizinischen Fragen für Journalisten der Presse und des Fernsehens. Als Kollege war er immer ansprechbar und hat sich in fast allen Gremien aktiv beteiligt und eingesetzt. Er war in seiner ruhigen Art immer ausgehend und bedacht und konnte mit diesen Eigenschaften Unstimmigkeiten klären und somit auch bei vielen Problemen, die den Bereitschaftsdienst betreffen, die Wogen glätten. Sein Rat und seine Erfahrung waren immer gefragt. Nicht zuletzt war er ein erfahrener und beliebter Hausarzt in Schilksee über fast 30 Jahre und immer für seine Patienten da. Mit Thomas Miklik haben wir einen großartigen Arzt und Kollegen verloren. Wir werden sein Andenken in Ehren halten und trauern mit seiner Familie.

MATTHIAS SEUSING

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. med. dent. Günter Plesse, Bokholt-Hanredder, geboren am 07.01.1928, verstarb am 04.11.2018.

Birgit Bach, Grambek, geboren am 23.04.1959, verstarb am 27.11.2018.

Dr. Hans-Eckart Kanzenbach, Oldenburg, geboren am 08.04.1933, verstarb am 27.11.2018.

Dr. Thomas Wolf, Elmshorn, geboren am 08.12.1957, verstarb am 11.12.2018.

Eberhard Hoffmann, Westensee, geboren am 10.05.1942, verstarb am 20.12.2018.

Dr. Helmut Scharrel, Moorrege, geboren am 25.09.1950, verstarb am 20.12.2018.

Dr. Christoph Drenckhahn, Bad Segeberg, geboren am 20.03.1975, verstarb am 27.12.2018.

Dr. Hans-Peter Apel, Gettorf, geboren am 09.04.1954, verstarb am 12.01.2019.

Dr. Gisela Hopfeld, Aumühle, geboren am 18.06.1925, verstarb am 18.01.2019.

Dr. Dieter Adelt, Delingsdorf, geboren am 03.03.1950, verstarb am 27.01.2019.

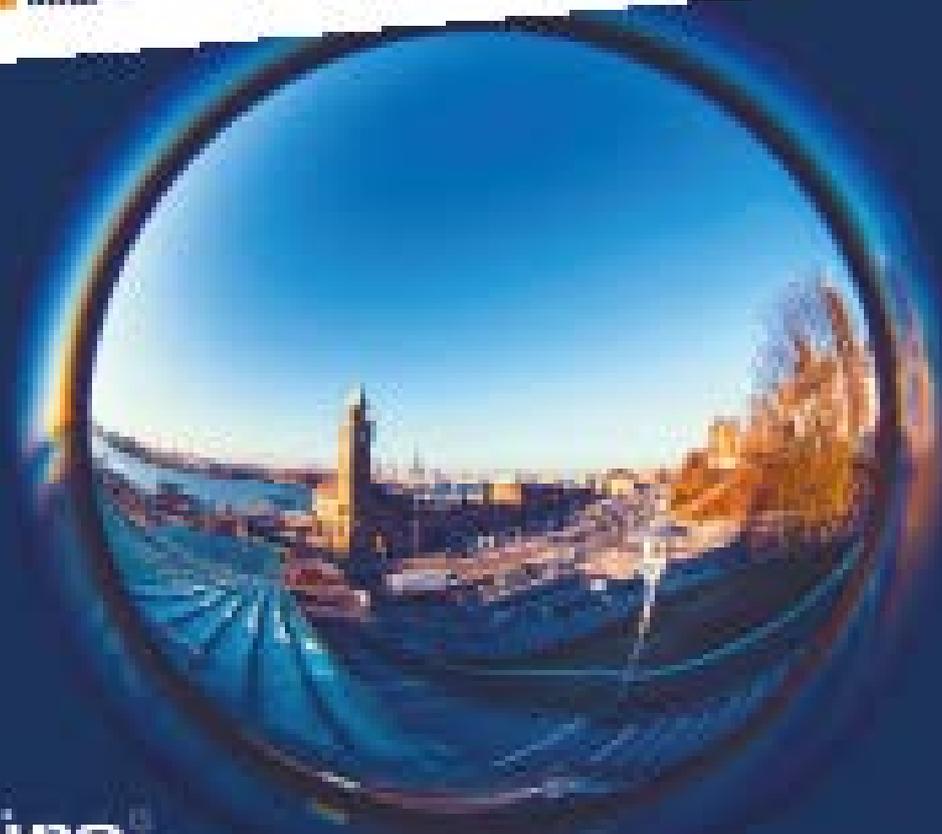
Dr. Ursula Maass, Aumühle, geboren am 04.11.1914, verstarb am 28.01.2019.

Dr. Karl-Heinz Muggenthaler, Hattstedt, geboren am 22.01.1964, verstarb am 10.02.2019.

Dr. Karl-Herbert Westphal, Kiel, geboren am 18.11.1919, verstarb am 10.02.2019.



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



www.elbbuero.com

elbbüro
Anzeigenagentur

Blumenstr. 2 | 20099 Hamburg | Tel (040) 83 48 57 11 | Fax (040) 83 48 57 14 | info@elbbuero.com | www.elbbuero.com

SERIE

Grundlagen zum Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsrecht

Vierter und letzter Teil unserer Serie zum Arzthaftungsrecht von Wolfgang Frahm, Vorsitzender Richter am Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgericht in Schleswig.

Körperliche Untersuchung des Klägers

Oftmals ist eine körperliche Untersuchung des klagenden Patienten erforderlich und wird vom Gericht abverlangt. Diese kann auch darin bestehen, dass körperliche Eingriffe erfolgen müssen, wie Blutentnahmen oder die Anfertigung von Röntgenbildern (das letztere ist aber grenzwertig wegen § 25 RöV). Dabei hat der Patient ihm zumutbare Eingriffe zu dulden, nicht aber seine Gesundheit gefährdende. Absichern kann sich der Sachverständige dabei, indem er zu untersuchenden Partei zuvor eine schriftliche Bestätigung der durch ihn erfolgten Risikoauflklärung abverlangt. Jedenfalls muss sich eine Partei nicht mit der Folge, dass sie ansonsten als beweisfällig zu behandeln ist, einer Operation unterziehen. Das Gericht ist auch nicht

befugt, zu Beweiszwecken einen Sachverständigen zu einem Eingriff anzuweisen, der u. U. eine Gefährdung der Partei bedeuten kann. Ansonsten würde auf die Partei unzulässiger Druck ausgeübt, den nicht ungefährlichen Eingriff an sich vornehmen zu lassen. Vermeiden lässt sich aber natürlich nicht, wenn der klagende Patient auf eigene Initiative den Eingriff dann doch durchführen lässt und den Operateur als sachverständigen Zeugen benennt. Überhaupt können Erkenntnisse aus nachfolgenden Operationen im Prozess verwertet werden, wenn das Gericht dies wünscht.

Verweigert der Kläger, sich durch den Sachverständigen in zumutbarem Maße untersuchen zu lassen, erscheint er nicht zum ärztlichen Untersuchungstermin des Sachverständigen, lehnt er die schriftliche Bestätigung der vom Sachverständigen durchgeführten Risikoauflklärung ab oder widerruft er die Zustimmung zur Verwertung der gutachterlichen Feststellungen oder erhobener Befunde, bleibt er beweisfällig für seine damit in Zusammenhang stehenden Prozessbehauptungen, ist also mit dem Beweismittel des Sachverständigengutachtens im Wesentlichen ausgeschlossen; es kann dann nur noch ein zu Lasten des Klägers weniger aussagekräftiges Gutachten nach Aktenlage erstattet werden.

Dem beklagten Arzt ist die Anwesenheit bei der körperlichen Untersuchung des Klägers nicht gestattet, weil ärztliche Untersuchungen in den Privat-/Intimbereich des Untersuchten eingreifen und grundsätzlich in Abwesenheit dritter Personen stattzufinden haben. Anderes gilt, wenn der Patient zustimmt.

Im umgekehrten Fall, in dem der Patient sich nur untersuchen lassen will, wenn eine von ihm ausgewählte weitere Person teilnimmt (z. B. der Ehegatte), soll die Teilnahme einer solchen Vertrauensperson grundsätzlich nicht verwehrt werden. Dem Sachverständigen steht aber ein Ermessen zu, ob er diese

Person zulässt, insbesondere wenn sie sich einmischet und versucht, Einfluss zu nehmen und damit die Begutachtung stört.

Aufbau und Inhalt des Gutachtens

Wichtig: Medizinische Fachbegriffe und Abkürzungen dürfen selbstverständlich verwendet werden, sind aber zu erläutern / zu übersetzen.

Das Gutachten richtet sich inhaltlich grundsätzlich nach dem gerichtlichen Auftrag, also den vorgegebenen Beweisfragen.

Im Einzelnen:

- ▶ Das Gutachten beginnt mit der Bezeichnung des Sachverständigen und dem Rubrum (Name und Anschrift der Parteien, gerichtliches Aktenzeichen, Datum des Gutachtens).
- ▶ Regelmäßig hat sich der Sachverständige dann zunächst auf den ihm zugrunde liegenden Beweisbeschluss zu beziehen bzw. kann die Beweisfragen wiederholen.
- ▶ Sodann ist das ausgewertete Material darzulegen, bestehend u. a. aus dem Inhalt der Gerichtsakte, den Behandlungsunterlagen, den dortigen Stellungnahmen der Parteien, bereits vorliegenden Gutachten, eventuellen Stellungnahmen von vor- oder nachbehandelnden Ärzten, eigenen Befunden aus der Untersuchung des Klägers durch den Sachverständigen und Mitteilungen des Patienten bei dem Untersuchungstermin (z. B. zur Krankengeschichte).
- ▶ Es schließt sich eine Wiedergabe des Sachverhalts an, von dem der Sachverständige auch aufgrund seiner eigenen Untersuchungen bei der Erstellung des Gutachtens ausgegangen ist, bei umfangreichem Behandlungsgeschehen gern mit einer zusammenfassenden zeitlichen Übersicht des Geschehensablaufs.
- ▶ Nun kommt der Kernbereich des Gutachtens, die (im Einzelnen von den Beweisfragen abhängige) Beurteilung:

SERIE

Unsere Serie zum Arzthaftungsrecht haben wir in Heft 12/2018 gestartet. Die weiteren Beiträge finden Sie unten. Alle Beiträge stammen von Wolfgang Frahm, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Schleswig.

1. Grundlagen des Arzthaftungsrechts
- 1.1. Beweiserleichterungen und Beweislast
- 1.2. Aufklärungsfehlerhaftung
2. Grundlagen zum Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsrecht
3. Bereits vorliegende Gutachten
4. Gutachtenauftrag
5. Pflichten des Sachverständigen
6. Befangenheit
7. Persönliche Erstellung des Gutachtens
8. Körperliche Untersuchung des Klägers
9. Aufbau und Inhalt des Gutachtens
10. Verfahren nach Eingang des Gutachtens
11. Die Vergütung des Sachverständigen
12. Die Haftung des gerichtlichen Sachverständigen

Info

Soll der klagende Patient vom Sachverständigen körperlich untersucht werden, ist grundsätzlich nichts dagegen einzuwenden, wenn er einen Angehörigen mitbringt, die bei der Untersuchung zugegen sein soll. Rechtsanwältin oder der beklagte Arzt sollen aber generell nicht teilnehmen. Ist die Lage unklar, empfiehlt es sich, dass der Sachverständige z.B. telefonisch bei dem Gericht nachfragt

die Prüfung auf Behandlungsfehler nach dem damals geltenden Standard. Nicht dokumentierte Maßnahmen, die aber dokumentationspflichtig sind, sind zunächst als nicht vorgenommen zu erachten; jedenfalls ist das Gericht im Gutachten darauf hinzuweisen, dass eine Dokumentationslücke besteht.

- ▶ Ausführungen zur Eingriffs- und Risikoauflärung des Patienten sind nur auf gerichtliche Frage vom Sachverständigen zu behandeln.
- ▶ Es schließt sich zumeist die Prüfung des Ursachenzusammenhangs zwischen fehlerhafter ärztlicher Behandlung und dem geklagten Gesundheitsschaden an. Denn der Primärschaden muss auf die festgestellte Fehlbehandlung zurückzuführen sein. Das ist der Fall, wenn die standardgerechte Behandlung den Eintritt des Schadens verhindert hätte.
- ▶ Hilfreich ist am Schluss des Gutachtens eine zusammenfassende Stellungnahme. Sind mehrere Beweisfragen im gerichtlichen Beweisbeschluss gestellt, sollten sie hier konkret beantwortet werden; dabei kann auf die bisherigen Ausführungen im Wesentlichen Bezug genommen werden. In jedem Fall ist spätestens hier eine Befassung mit eventuell vorliegenden Vorgutachten gefordert.
- ▶ Verzeichnis der verwendeten Literatur.
- ▶ Der Sachverständige hat das Gutachten persönlich zu unterschreiben oder als signiertes elektronisches Dokument gemäß § 130a ZPO dem Gericht zuzusenden.

Verfahren nach Eingang des Gutachtens

a) Prüfung des Gerichts, Stellungnahme der Parteien

Den Parteien ist auf das Gutachten hin die Möglichkeit zur Stellungnahme einzuräumen. Davon unabhängig muss das Gericht von sich aus prüfen, ob der Streitstoff in dem Gutachten vollständig, widerspruchsfrei und überzeugend behandelt ist und ob es im Verhältnis zu anderen im Verfahren vorgelegten Gutachten (z. B. Privatgutachten) Widersprüche aufweist, die einer weiteren Befassung bedürfen.

Zeigt sich, dass der Gutachter nicht über die hinreichende Sachkunde verfügt oder dass er befangen ist (und kann der Sachverständige diese Bedenken nicht ausräumen) oder weist das Gutachten grobe Mängel auf, ist ein neuer Sachverständiger zu beauftragen. Geht das Gutachten nur von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen aus, reicht oft eine ergänzende Stellungnahme des bisherigen Sachverständigen.

b) Mündliche Verhandlung:

Besteht aus Sicht des Gerichts oder einer der Parteien noch Bedarf für eine

Ergänzung des bisherigen Gutachtens, wird der Sachverständige hierzu beauftragt, sei es in schriftlicher Form oder durch Ladung zur mündlichen Verhandlung. Einwendungen der Parteien werden dem Gutachter zuvor selbstverständlich zur Kenntnis gegeben, damit er sich entsprechend vorbereiten kann.

Tatsächlich bedarf es regelmäßig der mündlichen Erläuterung und Ergänzung wegen verbliebener Fragen des Gerichts oder der Parteien. Insbesondere jene Partei, für die das Gutachten negativ ausfiel, wird sich um eine ergänzende Befragung des Sachverständigen bemühen. Diese erweist sich dann zum Teil als erfolgreich, etwa weil in der mündlichen Verhandlung die Parteienanhörung, eine eventuelle Zeugenvernehmung oder der fachliche Austausch mit einem persönlich erschienenen Privatgutachter die Dinge anders erscheinen lassen.

Vor der mündlichen Vernehmung des Sachverständigen ist er darauf hinzuweisen, dass er sein Gutachten unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen zu erstatten hat, dass er beeidet werden kann und bei Verstoß gegen vorgenannte Pflichten bestraft werden kann (§ 410 ZPO – entgegen dem Wortlaut dieser Vorschrift steht die Beeidigung im Ermessen des Gerichts). Ist der Sachverständige für Gutachten dieser Art allgemein beeidet, kann er sich auf diesen Eid berufen.

Der auf medizinische Sachverständige im Volksmund angewandte Satz „Eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus“ zeigt sich in der gerichtlichen Praxis so regelmäßig nicht. Die Erfahrung zeigt hier, dass Objektivität vor Standessolidarität geht. Dennoch ist in besonderem Maße das Gutachten darauf kritisch zu sichten, ob nicht z. B. die Behandlungsfehlerfrage nur zurückhaltend beantwortet wird. So sah sich der BGH schon veranlasst, darauf hinzuweisen, dass medizinische Sachverständige gelegentlich eine kollegenschützende Haltung einnehmen. Jedenfalls wenn es um die strafrechtliche Verantwortung des Arztes für sein Handeln geht, also um einschneidende und spürbare Folgen für diesen Mediziner, sollte diese Erwägung nicht von vornherein außer Acht gelassen werden.

Die Vergütung des Sachverständigen

Die Vergütung des gerichtlichen Sachverständigen ist im JVEG (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz) geregelt; sie stellt eine Leistungsvergütung dar. Die Honorarhöhe bemisst sich dabei nach § 8 Abs. 2 JVEG und damit nach der für die Erstellung erforderlichen Zeit (einschließlich erforderlichem Fachliteraturstudium, soweit es zur Beantwortung der Beweisfrage notwendig ist). Dies bedeutet, dass nicht die individuell tatsächlich aufgewendete Zeit maß-

gebend ist, sondern wie viel Zeit durchschnittlich und objektiv für die Gutachtenerstellung erforderlich ist. Allerdings ist grundsätzlich davon auszugehen, dass die von dem Sachverständigen angegebene Zeit auch erforderlich war; erst wenn die angegebenen Zeiten aus dem Rahmen fallen, wird vonseiten des Gerichts geprüft, ob Besonderheiten des Falles den Ansatz rechtfertigen. Arbeitet ein Sachverständiger also besonders langsam, wird er nicht den vollen Zeitaufwand erstattet erhalten. Demgegenüber erhält er bei sehr zügiger Arbeit nur die Vergütung für die wirklich aufgewendete Zeit.

Voll vergütet werden nach § 8 Abs. 2 Satz 1 JVEG auch Reise- und Wartezeiten. Die letzte begonnene Stunde wird auf eine halbe Stunde gerundet.

§ 9 JVEG legt in Arzthaftungsprozessen, in denen es regelmäßig um Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad geht, den Honorarsatz in den allermeisten Fällen auf M 3 (100 € je Stunde) fest. Die Parteien können sich aber auch mit einem höheren Satz einverstanden erklären, § 13 Abs. 1 JVEG. Lehnt aber eine der Parteien die Zustimmung ab, kann der Honorarsatz nur dann erhöht werden, wenn sich zu dem gesetzlich festgelegten Honorar keine geeignete Person als Sachverständiger findet.

Fahrtkosten oder Entschädigung für Aufwand (wie z. B. Hotelkosten, Kopieraufwand, soweit für das Gutachten erforderlich, nicht aber: die Kosten für die eigene Gutachtenkopie) werden nach §§ 5 bis 7 JVEG erstattet, ebenso besondere Aufwendungen nach § 12 JVEG (z. B. für verbrauchte Stoffe, Fotos, Röntgenkopien).

Bei den in § 10 JVEG aufgeführten besonderen Leistungen (z. B. bakteriologische Untersuchungen) bemessen sich Honorar und Entschädigung allein nach der Anlage 2 zu § 10 Abs. 1 JVEG.

Ein Honoraranspruch steht dem Sachverständigen nicht zu

- ▶ für die Vorprüfung, ob er zu der Erstellung des Gutachtens in der Lage ist (es sei denn, die Beantwortung dieser Frage würde eine unzumutbare Belastung für ihn bedeuten),
- ▶ bei der gerichtlichen Anfrage nach den voraussichtlichen Gutachtenkosten.
- ▶ Ausgeschlossen ist auch eine Vergütung für die Stellungnahme auf einen Ablehnungsantrag und im Zwischenstreit nach §§ 402, 387 ff. ZPO über die Frage der Rechtmäßigkeit der Verweigerung des Sachverständigen, denn dort ist er Partei.
- ▶ Wird gemäß § 411a ZPO ein Gutachten dieses Sachverständigen aus einem anderen Verfahren verwendet, so entsteht kein weiterer Gebührenanspruch des Sachverständigen. Denn er wird

Info

Wenn der Sachverständige das schriftliche Gutachten erstellt und dem Gericht übersandt hat, wird er häufig noch zum mündlichen Verhandlung zur Erläuterung und Ergänzung des Gutachtens geladen. Dann kann es vorkommen, dass sich der Sachverhalt z. B. nach Anhörung der Parteien, Zeugenvernehmung durch das Gericht oder fachlichem Austausch mit einem Privatgutachter nun anders darstellt.

nach Stundenaufwand bezahlt, der sich nicht erhöht.

Wichtig: Der Vergütungsanspruch erlischt, wenn der Sachverständige nicht die Ausschlussfrist des § 2 Abs. 1 JVEG beachtet. Er muss binnen drei Monaten (mit gerichtlicher Verlängerungsmöglichkeit auf näher begründeten Antrag des Sachverständigen, § 2 Abs. 1 Satz 4 JVEG) nach Eingang des Gutachtens, der schriftlichen Ergänzung oder nach der Vernehmung den Anspruch geltend machen. Dies hat jeweils gesondert zu geschehen, d. h. der Beginn der Frist für die Vergütung nach schriftlichem Gutachten wird nicht dadurch hinausgeschoben, dass das Gutachten noch ergänzt werden soll oder der Sachverständige irrig davon ausgeht. Bei unverschuldeter Fristversäumung kann innerhalb eines Jahres ein Antrag auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 2 Abs. 2 JVEG beantragt werden.

Einen Vorschuss kann der Sachverständige zur Deckung seiner Auslagen, z. B. für erhebliche Fahrtkosten oder wenn die zu erwartende Vergütung für bereits erbrachte Teilleistungen den Betrag von 2.000 € übersteigt, geltend machen, § 3 JVEG, nicht jedoch für seinen Verdienst-

ausfall. Ihm ist nicht gestattet, seine Tätigkeit von der Vorschusszahlung abhängig zu machen.

Der Vergütungsanspruch des Sachverständigen besteht unabhängig davon, ob das Gutachten objektiv richtig ist und wie die Parteien oder das Gericht das Gutachten bewerten. Verlust oder Herabsetzung des Vergütungsanspruchs kommen aber in Betracht, wenn das Gutachten unwerthbar ist und der Sachverständige die Unwerthbarkeit verschuldet hat. So liegt Unwerthbarkeit insbesondere dann vor,

- ▶ wenn das Gutachten für die Beantwortung der Beweisfragen in keiner Weise eine Grundlage bilden kann oder
- ▶ wenn die Schlussfolgerungen des Sachverständigen auch von einem bemühten Auftraggeber nicht zu verstehen sind, sei es wegen Stil und Sprache der Darstellung oder wegen Fehlern in wesentlichen Gutachtenteilen. Allerdings führen sprachliche Unklarheiten für sich allein, methodische Unsicherheiten oder sonstige ausräumbare Mängel nicht zur Unwerthbarkeit;
- ▶ wenn der Sachverständige im Gutachten lediglich und in nicht nachprüfbar-

- rer Weise das Ergebnis seiner Untersuchungen mitteilt und dann zu einer Nachbesserung nicht in der Lage ist,
- ▶ wenn er sich der mündlichen Anhörung widersetzt,
- ▶ wenn das Gutachten bzw. die Leistungen des Sachverständigen nicht verwertet werden können, weil er dem Gericht die fehlende Sachkunde oder einen Ablehnungsgrund nicht mitgeteilt hatte,
- ▶ wenn der Sachverständige aufgrund eigenen vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verhaltens wegen der Besorgnis einer Befangtheit abgelehnt wird.

Verstößt der Sachverständige gegen seine Hinweispflicht aus § 407a Abs. 3 ZPO, indem er nicht anzeigt, dass der Kostenvorschuss erheblich, also um mehr als 20 % überstiegen wird, kann er den 120 % übersteigenden Betrag bei der Bemessung seiner Entschädigung verlieren (es sei denn der Sachverständige wäre auch nach erteiltem Hinweis uneingeschränkt weiter beauftragt worden, sein Unterlassen des Hinweises hätte sich also nicht ausgewirkt).

Demgegenüber bleibt der Anspruch für die bereits erbrachten Leistungen bestehen, wenn der Sachverständige unverschuldet das Gutachten nicht (vollständig) erstatten kann, etwa weil er erkrankt oder das Gericht den Auftrag zurücknimmt.

Rechtsmittel bei zu geringer Festsetzung der Vergütung durch das Gericht:

Der Sachverständige kann, wenn der Urkundsbeamte der Geschäftsstelle die Abrechnung kürzt, nach § 4 JVEG die gerichtliche Festsetzung, also durch richterlichen Beschluss verlangen und – wenn es um mehr als 200 € geht – bei weiterhin zu geringer Vergütungsfestsetzung Beschwerde einlegen. Darüber entscheidet dann das nächst höhere Gericht; Gerichtsgebühren fallen zulasten des Sachverständigen dabei nicht an.

Gegen die gerichtliche Festsetzung bei dem OLG gibt es allerdings keine Beschwerdemöglichkeit. Dennoch kann man „Gegenvorstellung“ erheben oder bei Verletzung rechtlichen Gehörs nach § 4a JVEG binnen zwei Wochen die Anhörungsrüge, dann überprüfen der Richter noch einmal seinen Festsetzungsbeschluss.

Nach § 4 Nr. 14a UStG ist die gutachterliche Tätigkeit grundsätzlich umsatzsteuerpflichtig, weil sie keine Heilbehandlung darstellt. Bei umsatzsteuerpflichtigen Beträgen bis 17.500 € pro Jahr (jedoch: einschließlich aller weiteren umsatzsteuerpflichtigen Umsätze, z. B. aus Laborleistungen, Prophylaxeshop, Vermietung/Verpachtung von Praxisräumen) greift aber die Kleinunternehmerregelung des § 19 UStG.

Info

*Literaturhinweise
87 Becher/Ludolph,
Grundlagen der ärztlichen
Begutachtung,
2012*

*Oehler, Der zahnärztliche
Sachverständige: Behandlungsfehler
in Begutachtung
und Rechtsprechung,
2. Aufl. 2004*
*Stegers/Hansis/Alberts/Scheuch,
Sachverständigenbeweis
im Arzthaftungsrecht,
2. Aufl. 2008*
*Wenzel, Der Arzthaftungsprozess,
2012,
Seiten 1537 ff. (Bearbeiter:
Frahm, Menemeyer, Teichmann)*
*Brauer/Dick, Qualitätsanforderungen
an zahnärztliche
Gerichtsgutachten,
ZWR-Das Deutsche
Zahnärzteblatt
2008, 514 ff*
*Rumler-Detzel, Anforderungen
an ein ärztliches
Gutachten aus der Sicht
der Zivilgerichte, VersR
(Versicherungsrecht)
1999, 1209 ff.*

*AWMF-Leitlinie Nr. 015/026,
Empfehlungen zur
Abfassung von
Gutachten in
Arzthaftungsprozessen
(Stand 2013)*
*Gutachterordnung
der Bayerischen
Landes Zahnärztekammer,
Stand Januar 2018
(unter www.blzk.de).*

ANZEIGE



CAUSACONCILIO

RECHTSANWÄLTE

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

Unsere Fachanwälte für Medizinrecht ...

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

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

www.causaconcilio.de

Die Haftung des gerichtlichen Sachverständigen

Ein Schadensersatzanspruch des Betroffenen gegen den Sachverständigen kommt in den folgenden Fällen in Betracht:

- ▶ wenn der Sachverständige den Kläger bei der körperlichen Untersuchung fahrlässig oder vorsätzlich ungerechtfertigt verletzt (§ 823 BGB),
- ▶ wenn der Gutachter seiner Verschwiegenheitspflicht zuwider handelt (§ 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB)
- ▶ wenn er im Zusammenhang mit einem unrichtigen Gutachten beedigt worden ist, wenn er sich auf einen früher geleisteten Eid bezogen hat oder vorsätzlich ein unrichtiges Gutachten erstattet hat (§ 823 Abs. 2 BGB i.V.m. §§ 153, 154, 161 StGB)
- ▶ und insbesondere aus § 839a BGB, wenn er vorsätzlich oder grob fahrlässig ein unrichtiges, also von der objektiven Sachlage abweichendes Gutachten erstattet. Hier müssen aber für die Haftung die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein: Es liegt ein unrichtiges Gutachten, Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vor (letzteres setzt in objektiver Hinsicht voraus, dass die erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maße verletzt worden ist, also ganz naheliegende Überlegungen nicht angestellt worden sind und das außer Acht gelassen wurde, was im vorliegenden Fall jedem hätte einleuchten müssen; außerdem müssen noch subjektive Momente hinzukommen, die eine gesteigerte Vorwerfbarkeit begründen). Die gerichtliche Entscheidung muss auf dem inhaltlich unrichtigen Gutachten im Sinne einer (Mit-)Ursächlichkeit beruhen. Die Haftung ist aber ausgeschlossen, wenn von der den Schadensersatz begehrenden Partei schuldhaft Einwendungen gegen das Gutachten oder ein Rechtsmittel unterlassen werden, welche dazu geführt hätten, dass dann das Gutachten voraussichtlich nicht verwendet worden wäre (§ 839a Abs. 2 BGB i.V.m. § 839 Abs. 3 BGB).

Anders ist es beim Privatgutachter: Er haftet grundsätzlich nur gegenüber seinem Auftraggeber. Allerdings: leichte Fahrlässigkeit reicht hier für den Schadensersatzanspruch (§ 634 Nr. 4 BGB i.V.m. §§ 281 Abs. 1, 2, 280 Abs. 1, 3 BGB bzw. nach §§ 323 Abs. 1, 2, 326 Abs. 5 BGB) aus.

Beachte: Es droht bei erheblich fehlerhaftem Gutachten eine berufsgerichtliche Verfolgung (Beispiel: Der Gutachter erhebt nur unzureichend medizinische Fakten, unterlässt es, die zur Verfügung gestellten Unterlagen sorgfältig zu analysieren und bewertet labormedizinisch dokumentierte Ergebnisse falsch).

DER SCHLICHTUNGSFALL

Die Hautschäden hätten verhindert werden müssen

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

Kasuistik

Es war die Behandlung eines 6-jährigen Jungen zu prüfen, der sich eine dislozierte distale Unterarmfraktur rechts zugezogen hatte.

Nach der stationären Aufnahme des Jungen hatte man nach röntgenologischer Sicherung der Diagnose die Indikation zur operativen Therapie der Fraktur gestellt. Die Operation wurde noch am Unfalltag vorgenommen – Reposition der dislozierten Fraktur und Retention mit Platte und Draht.

Für die Operation war eine pneumatische Blutsperre am Oberarm des Patienten angelegt worden. Seitens der Klinik wurde im Schlichtungsverfahren angegeben, dass die Oberarmblutsperre mit einem Druck von 200 mmHg gefüllt worden sei. Die Anlage der Manschette sei korrekt erfolgt: mit einer Watteumwicklung innen und mit einer dem Umfang des Oberarmes entsprechenden Manschette. Danach sei die Sperre mit Krepp-Papier und wasserdichtem Tape umwickelt worden. Es fand sich dazu keine zeitnahe Dokumentation in der Krankenakte.

Postoperativ hatte man im Bereich der Haut, die mit der Manschette in Berührung gekommen war, Hautveränderungen in Form von Rötungen und faltenartigen Blasenbildungen gefunden. Diese wurden als „semizirkulärer Quetschschaden“ bezeichnet und dokumentiert.

Die Metalle waren nach drei Monaten entfernt worden. Die Hautveränderungen im Bereich der Blutsperre hatten jedoch zu Epitheldefekten in dem Bereich geführt, auf dem die Manschette angelegt worden war. Die Hautverletzung musste 4,5 Monate lang ärztlich behandelt werden (unter anderem Wundsäuberungen, Nekroseabtragungen,

wechselnde Salbenverbände). Die Hautverletzung heilte mit der Ausbildung von Narbengewebe.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Eltern des Kindes gehen von einem fehlerhaften Anlegen beziehungsweise einer fehlerhaften Füllung der Blutsperren-Manschette am Tag der Operation aus. Sie dokumentierten den Verlauf der Hautveränderungen mit selbst angefertigten Fotografien. Sie beklagten außerdem die Narbenbildungen, die möglicherweise weitere Operationen zur Folge haben könnten.

Stellungnahme der Klinik für Unfall-, Orthopädische und Handchirurgie

Zu dem Vorwurf fehlerhaften Handelns wird seitens des in Anspruch genommenen Krankenhauses argumentiert, dass die Operation der dislozierten Fraktur indiziert gewesen sei. Die Manschette für die Blutsperre sei korrekt mit einem Druck von 200 mmHg gefüllt und vorab fachgerecht gepolstert worden (Watteumwicklung, Krepp-Papier, wasserdichtes Tape). Die Hautschädigung sei als „schicksalhaft entstanden“ zu betrachten.

Bewertung der Haftungsfrage

Der 6-jährige Junge hatte sich eine dislozierte distale Unterarmfraktur zugezogen. Die Indikation zur operativen Therapie der Fraktur ist nicht in Zweifel zu ziehen. Der Eingriff wurde noch am Unfalltag vorgenommen. Reposition und die osteosynthetische Versorgung der Verletzung erfolgten zeit- und fachgerecht. Die Fraktur heilte folgenlos aus.

Für die Operation war dem kindertraumatischen Standard entspre-

Info

Die norddeutsche Schlichtungsstelle ist zuständig für Berlin, Bremen, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen.

chend eine pneumatische Blutsperre angelegt worden. Voraussetzung für die fachgerechte Verwendung einer pneumatischen Blutsperre ist die korrekte Anlage derselben: Dazu zählen eine Polsterung, die glatte Manschettenlage ohne Faltenbildung, eine dem Armmfang adaptierte Wahl der Manschettenlänge, eine der Oberarmlänge entsprechende Manschettenbreite sowie die äußere Abdichtung zur Vermeidung von Hautschädigungen durch Desinfektionsmittel und ferner ein patientenadaptierter Manschettendruck. Für Kinder im Alter von 6 Jahren gilt ein maximaler Manschettendruck von 150 mmHg als Standard, 200 mmHg als obere Grenze, wobei der Standard individuell zu bestimmen ist und die wissenschaftliche Literatur nicht einheitlich ist. Zu beachten ist auch die Dauer der Anlage der Manschette, die maximal 1,5 bis 2 Stunden betragen soll.

Im konkreten Fall ist ein kausaler Zusammenhang zwischen der Anlage der pneumatischen Blutsperre für die Operation der Unterarmfraktur und den nachfolgend langfristig zu behandelnden Hautschädigungen im Bereich der Oberarm-Manschette unstrittig. Es stellt sich nun die Frage, ob es zu der Schädigung aufgrund eines Behandlungsfehlers gekommen ist.

Es liegt ein Fall des sogenannten voll beherrschbaren Risikos vor. Die Schädigung erfolgte in einem Bereich, dessen Gefahren medizinisch voll beherrscht werden können und müssen. Die standardgerechte Ausführung der oben dargestellten Maßnahmen gewährleistet dies. Auch war es für den Patienten intraoperativ nicht möglich, sich gegen die Gefahren der Manschette selbst zu schützen. Der Schaden entstand nicht in der „Risikosphäre“ des Patienten, sondern in der des Arztes. Daher besteht eine Fehlerver-

mutung zu Lasten der Arztseite. Um sich von dieser Fehlervermutung zu entlasten, hätte von der Arztseite bewiesen werden müssen, dass der Schaden trotz standardgerechter Anlage aufgetreten ist. Dieser Beweis wurde nicht erbracht.

Fazit

Es kam zu Hautschäden am Oberarm im Manschettenbereich, die über einen Zeitraum von 4,5 Monaten behandelt werden mussten. Für den Jungen waren sie mit Schmerzen und Einschränkungen verbunden. Es könnten eventuell noch operative Korrekturen im Bereich der Narben im Manschettenbereich am Oberarm des Jungen erforderlich sein.

PROF. OTTO-ANDREAS FESTGE

CHRISTINE WOHLERS

PROF. WALTER SCHAFFARTZIK

SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFT-
PFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN

ÄRZTEKAMMERN

Info

Seit Gründung 1976 haben mehr als 100.000 Patienten die Dienste der Schlichtungsstelle 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.

MONATSTATISTIK

Medizinische Auswertung der begründeten Ansprüche

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern Monate 12/2018 und 1/2019

Anlass der ärztlichen Tätigkeit	ärztl. Maßnahmen	Fehler	Schaden
Allgemeinchirurgie			
Bursitis olecrani	Bursektomie, Wundversorgung, Punktion Hämatom	Keine Hämatomausräumung	Behandlungsverzögerung drei Tage mit einhergehenden Beschwerden
Herzchirurgie			
Mitralklappeninsuffizienz	Mitralklappenoperation, CT, Reanimation, Re-Thorakotomie, Ballonpumpe, Hypothermie, Labordiagnostik, neurologisches Konsil, Revisionsoperation	Keine Echokardiographie	Behandlungsverzögerung vier Stunden, Reanimation, Aspiration, Aspirationspneumonie, verzögerte Aufwachreaktion, Tracheotomie, erneuter stationärer Aufenthalt
Neurochirurgie			
Spondylodiszitis, Z. n. Bandscheibenoperationen	CRP, CT, MRT, Dekompression	keine adäquate Schraubenpositionierung, keine zeitnahe Indikationsstellung zur Revisionsoperation	Schraubenfehlage, Revisionsoperation, Fußheberparese
Unfallchirurgie			
Strecksehnenverletzung Daumen	körperliche Untersuchung, Wundversorgung in Lokalanästhesie	Keine Inspektion der Wunde in Narkose, keine Überweisung zur Handchirurgie	Behandlungsverzögerung um einen Monat, Sekundäroperation, Ruptur, Revisionsoperation, Bewegungsdefizit
Kreuzbandriss	Kreuzbandersatzplastik	Fehlplatzierung des Bohrkanals	Herausragen des Stiftes, Bewegungsdefizit, Schmerzen, Rezidivinstabilität, zwei Revisionsoperationen

Es tut sich einiges im Bereich Gynäkologie: Neue, individuell auf die Patientinnen zugeschnittene Verfahren verändern die Behandlung von Brust- und Eierstockkrebs, sorgen aber auch dafür, dass sich die Behandlung von Nebenwirkungen aus den Kliniken in die Praxen verschiebt. EU-Regeln und die Digitalisierung verändern die Arbeit. Beim 22. Schleswig-Holsteinischen Gynäkologentag des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) in Rendsburg erhielten die rund 170 Anwesenden ein fachliches und berufsverbandliches Update.

Ab 2020 erhalten Frauen alle fünf Jahre eine schriftliche Einladung zur organisierten Krebsfrüherkennung, aber das Recht auf eine jährliche frauenärztliche Untersuchung ab dem 20. Lebensjahr bleibe erhalten, betonte Doris Scharrel, Landes- und stellvertretende Bundesvorsitzende des BVF, bei ihrem einführenden Referat: „Das müssen Sie den Frauen deutlich kommunizieren.“ In Schleswig-Holstein verwandelt sich das bewährte QuaMaDi-Programm in eQuaMaDi. Gemeint ist, dass die gesamte Dokumentation und der Versand der Röntgenaufnahmen für die „Qualität in der Mamma-Diagnostik“ demnächst elektronisch erfolgen. Aber um dafür fit zu sein, brauchen die Praxen eine entsprechende technische Ausstattung. Noch ist die nicht überall vorhanden, ergab eine Umfrage im Saal. „Das wird Zeit“, mahnte Scharrel.

Auch der Mutterpass soll den Sprung ins 21. Jahrhundert schaffen und digital werden. M@data heißt das entsprechende Projekt unter der Leitung von AOK und Techniker Krankenkasse, das aus dem Innovationsfonds gefördert wird. Ziel soll sein, den ganzen Verlauf der Schwangerschaft mit allen Untersuchungen über die Schnittstellen Frauenärzte, Kliniken und Hebammen hinweg über eine gemeinsame elektronische Akte zu managen. Zurzeit gibt es unterschiedliche Dokumentationssysteme, Daten müssen häufig per Hand eingetragen werden. Scharrel warb auch im eigenen Verband für mehr Digitalisierung. Mit dem datensicheren Newsletter bvf@ktuell lassen sich Informationen per Mail übersenden. „Bvf@ktuell hat den alten Brief hinsichtlich Kosten und Aktualität längst abgelöst. Ich würde Geld lieber für Fortbildungen als für Porto ausgeben.“

Wie stark die Arbeit in den frauenärztlichen Praxen von gesellschaftlichen Themen und Trends geprägt ist, zeigte Dr. Marianne Röbl-Mathieu aus München in ihrem Referat zur individuellen Gesundheitsberatung: „Junge Frauen müssen sich um ihre Ausbildung und ihren Beruf kümmern, einen Partner finden, den Umgang mit Sexualität lernen, ihren Lebensstil herausbilden.“ An-

GYNÄKOLOGIE

Kinder gerne etwas später

Gynäkologentag in Rendsburg: Von neuen Methoden, zunehmenden Herausforderungen und dem diffusen Vertrauen in die Medizin.



Doris Scharrel, Vorsitzende des Landesverbandes der Frauenärzte in Schleswig-Holstein, rief in Rendsburg dazu auf, die technischen Voraussetzungen für die Teilnahme an eQuaMaDi zu schaffen.

gesichts dieser Aufgaben verschiebt sich der Kinderwunsch, – den laut Umfragen über 90 % der Frauen zwischen 18 und 30 Jahren haben – auf später: „Es gibt ein diffuses Vertrauen in die Reproduktionsmedizin und mangelndes Wissen über die Zusammenhänge zwischen Lebensalter und Fruchtbarkeit.“ So sind bereits mehr als die Hälfte der Erstgebärenden über 30 Jahre alt. Viele Frauen bekommen zwischen ihrem 30. und 40. Lebensjahr in rascher Folge mehrere Kinder. Und auch Schwangerschaften mit deutlich über 40 Jahren nehmen zu. Gleichzeitig tragen immer mehr Frauen zu viel Gewicht mit sich herum – und das belastet auch die Ungeborenen, warnte Röbl-Mathieu: „Adipositas hat das Rauchen abgelöst, was die Risiken angeht.“ So sterben pro Jahr 264 Kinder in Deutschland bei oder kurz nach der Geburt, weil ihre Mütter einen zu hohen Body-Mass-Index haben. Röbl-Mathieu, die auch dem Netzwerk „Gesund ins Leben“ angehört, riet dazu, den Schwangeren dringend nahezulegen, auf ihr Gewicht und

einen gesunden Lebenswandel zu achten: „Bereits einige Kilo weniger machen einen Unterschied.“ Auch für das weitere Leben des Kindes. Denn bereits beim Ungeborenen entwickelt sich die Anlage zu Übergewicht. Die Kinder haben damit ein erhöhtes Risiko, an Diabetes oder Herzproblemen zu leiden.

Das Thema Übergewicht spielt auch bei der Geburtseinleitung eine Rolle, über die Dr. Holger Maul, Leiter der Asklepios-Frauenkliniken Barmbek, berichtete. 20 bis 25 % aller Geburten würden eingeleitet, in den allermeisten Fällen aus klar medizinischen Gründen: „Lifestyle-Einleitungen, weil die Mutter schnell wieder shoppen gehen will, kommen eher nicht vor.“ Gerade bei Schwangeren über 45 Jahre sollte „scharf in Richtung Einleitung beraten werden“, wenn der errechnete Geburtstermin überschritten sei, sagte Maul: „Das Risiko von Todesfällen steigt deutlich.“ Wichtig sei auch abzuklären, ob es bei einer früheren Schwangerschaft einen Kaiserschnitt gegeben hat; viele der gän-

90 %

der Frauen zwischen 18 und 30 Jahren wünschen sich Kinder. Allerdings verschieben viele von ihnen diesen Wunsch angesichts vieler Herausforderungen auf später: Mehr als die Hälfte der Erstgebärenden in Deutschland ist älter als 30 Jahre.

gigen Einleitungsmethoden sind dann nicht mehr zugelassen. „Aber irgendwie muss man ja einleiten“, sagte Maul. Wichtig sei in diesen Fällen, gründlich aufzuklären und jeden Schritt genau zu dokumentieren. Denn wenn es eine Sectio in der Vorgeschichte gegeben hat, besteht die Gefahr von Komplikationen. Einen entsprechenden Fall schilderte Maul aus seiner eigenen Erfahrung: Eine Frau hatte ihr erstes Kind per Kaiserschnitt, das zweite normal geboren. Bei der dritten Schwangerschaft sollte die Geburt eingeleitet werden. Es fehlte der Hinweis auf die Sectio. Es kam zu Komplikationen, das Kind starb. „Ein hochgradig bitterer Fall“, sagte Maul.

Dr. André Hohn, Leiter der Städtischen Frauenklinik Kiel, verriet ein Chirurgengeheimnis: „Es macht einfach Spaß, alles reinzuputzen.“ Aber nicht zum Vergnügen der beteiligten Ärzte, sondern aus fachlichen Gründen war es bis vor Kurzem Standard bei großen Krebsoperationen, im Zweifelsfall eher mehr als weniger zu entnehmen. So wurden und werden bei den gynäkologischen Krebsarten in Brust, Gebärmutter und Eierstocken auch zahlreiche Lymphknoten entfernt. Doch dieser Standard ändert sich gerade: „Weniger ist mehr“, lautete die Überschrift des Referats von Prof. Achim Rody, Leiter der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des UKSH in Lübeck. Studien zeigen, dass es selbst dann, wenn die Lymphknoten von Metastasen befallen sind, weder für das Überleben noch für die Rezidiv-Wahrscheinlichkeit einen Unterschied macht, ob sie entnommen werden oder nicht. Darüber hinaus gibt es Studienergebnisse, die sogar einen Teil der Operationen insgesamt infrage stellen. So gab es keine Unterschiede an Überlebenszahlen und Rezidiv-Häufigkeiten zwischen Patientengruppen, die teils operiert, teils nur bestrahlt wurden. „Wir können in der operativen Radikalität deutlich zurückrudern“, so Rody.

Dabei sind schon heute die Ergebnisse bei der Behandlung des Mammakarzinoms gut. So sank in den vergangenen Jahren die Mortalität deutlich. „Wenn es so gut läuft, warum befassen wir uns mit Änderungen?“, fragte Rody – eine rhetorische Frage, die sich leicht beantworten lässt: „Weil Behandlungen Nachwirkungen haben.“

Das betrifft auch die Chemotherapien. Auch hier sei weniger manchmal mehr, so Rody. Aber würden Patientinnen selbst befragt, entschieden sie sich in den allermeisten Fällen für die Chemo, selbst wenn die Therapie die Chance auf Heilung oder Überleben nur minimal erhöhen würde. Einerseits gut, dass die Furcht vor der Chemo gesunken ist, andererseits eine Belastung, ohne dass eine echte Verbesserung dagegen steht. „Wir reichen den Schwarzen Peter an die

„Adipositas hat das Rauchen abgelöst, was Risiken angeht. Wenige Kilo weniger machen einen Unterschied.“

DR. MARIANNE RÖBL-MATHIEU

Patientin weiter“, sagte der Institutsleiter. „Wir müssen das kritisch betrachten.“ Auch hier gilt, dass es keine Regel für alle gibt: „Es gilt die Risikoeinschätzung: Hat eine Patientin ein erhöhtes Risiko, dass der Krebs wiederkommt? Wenn nicht, sollte die Chemo nicht gegeben werden.“

Als Ersatz dienen Medikamente, die als Tabletten geschluckt werden; damit kommen die Niedergelassenen stärker ins Spiel: „Die Frauen werden mit den Nebenwirkungen in die Praxen kommen“, sagte Rody.

Beim Ovarialkarzinom bleibt die Operation der Goldstandard: „Im OP entscheidet sich die Prognose“, sagte Hohn, dessen Abteilung im Städtischen Krankenhaus Kiel ein Zentrum für die Behandlung dieser Krebserkrankung ist. Aber auch hier gibt es neue Medikamente, die beim Rezidiv zum Einsatz kommen. Vor allem helfen die Medikamente Frauen mit dem BRCA-Gendefekt, aber auch andere könnten profitieren. Die fallenden Kosten bei der Gendiagnostik machen es möglich, viele Patientinnen zum Test zu schicken. Skeptisch war Hohn bei der Hipec-Methode. Dabei wird eine Chemotherapie direkt in den Bauchraum eingeleitet. Die hoch dosierte Flüssigkeit ist körperwarm, die Prozedur findet noch im Operationsaal statt. Ergebnisse internationaler Studien zeigen gute Erfolge, aber in Deutschland „schaffen wir es meistens, allein durch die Operation den Bauchraum tumorfrei zu machen“, sagte Hohn.

Für einen fachlichen Seitenblick sorgte der Vortrag von Prof. Christoph Seif vom Urologiezentrum Kiel. Er sprach über Dranginkontinenz und riet eindringlich, die Patientinnen nach dem Thema zu befragen. Denn die hyperaktive Blase „nimmt den Menschen ihr Leben“. Viele Betroffene trauten sich kaum mehr ins Kino oder Theater, würden Einladungen ablehnen und selbst keine Gäste ins Haus bitten, aus Scham über feuchte Hosen oder aus Angst, sie könnten nach Urin riechen. „Patienten leiden extrem, aber sie leiden still“, sagte Seif. „Wenn man ihnen hilft, sind sie hochgradig dankbar.“

Um helfen zu können, muss die Diagnose korrekt gestellt sein. Dafür sei ein

Protokoll der Toilettengänge und Trinkmengen hilfreich, riet Seif. „Da lässt sich als erstes ausschließen, ob jemand einfach nur zu viel trinkt. Je nachdem, wie schlampig oder ordentlich das Protokoll erstellt wird, sehen Sie auch, wie groß das Interesse an der Behandlung ist.“ Harnwegs- oder Blaseninfekte müssten als erstes ausgeschlossen werden, auch winzige Blasensteine könnten das Organ reizen und zum Harndrang führen. Weitere Auslöser der Störung könnten Tumore, Operationen im Bauchraum oder radiologische Behandlungen sein: „Eine Bestrahlung kann zur Überfunktion führen, auch wenn eigentlich ein anderes Organ betroffen war.“

Nicht vergessen werden dürfe auch der seelische Zustand der Betroffenen: „Die Blase ist nun mal ein psychosomatisches Organ, wobei es falsch wäre, die Patienten gleich in eine Ecke zu stellen.“ Manchmal ist die Blase gar nicht überaktiv, sondern kann sich im Gegenteil nicht mehr richtig leeren, weil durch eine Quetschung oder Verkrümmung der Harnröhre der Urin nicht passieren kann. Da ständig „Quetschharn“ in der Blase schwappet, ist das Organ schnell wieder gefüllt. „Wenn wir mit einem Medikament die Blase dämpfen, kann das leicht zum Harnverhalt führen“, warnte Seif.

Denn eine Teillähmung des Organs, entweder per Medikament oder mit einer Botox-Injektion, ist die klassische Behandlungsmethode gegen die Hyperaktivität. Die Spritze in die Blasenwand wirkt allerdings nicht dauerhaft, und die Tabletten sorgen für Nebenwirkungen. Daher gibt es zunehmend auch eine genteilige, aber ebenso wirksame Behandlung: Statt Lähmung eine Aktivierung der Schließmuskeln, die für eine bessere Anspannung der Blase sorgen und damit die peinliche Inkontinenz verhindern.

ESTHER GEISSLINGER

BVF IN KÜRZE

Berufsverband der Frauenärzte, Landesverband Schleswig-Holstein:

- ▶ Die Mitgliederzahl in Schleswig-Holstein hat erstmals die Grenze von 500 überschritten.
- ▶ Rund 60 % sind Niedergelassene, 40 % arbeiten im klinischen Bereich.
- ▶ Ob die Gynäkologentage in Zukunft weiter so aussehen wie in den vergangenen 22 Jahren, wird zurzeit geprüft. Denkbar sind neben den reinen Vortragsveranstaltungen auch Workshops.
- ▶ Im kommenden Jahr sind Neuwahlen für den Vorstand; neue Aktive sind ausgerufen, sich für die Ehrenämter zu bewerben.

264

Kinder in Deutschland sterben pro Jahr während oder kurz nach der Geburt, weil ihre Mütter einen zu hohen BMI hatten. Dr. Marianne Röbl-Mathieu aus München wirbt deshalb dafür, dass werdende Mütter auf ihr Gewicht achten.

GEFÄSSMEDIZIN

Wenn Experten zu Schülern werden

Jeder lernt von jedem – auch Chefärzte drückten bei einer Fortbildung im Segeberger Herzzentrum wieder die Schulbank.

Das dröhnende Geräusch eines Bohrers ist im Schaltraum des Segeberger Herz- und Gefäßzentrums nicht zu überhören. Wüsste man nicht, dass es sich hier um medizinische Eingriffe handelt, man würde sich akustisch auf einer Baustelle wähnen.

Doch die Bohrgeräusche kommen aus einem der insgesamt fünf Segeberger Herzkatheterlabore, verursacht durch einen 1-2 Millimeter großen mit Diamantstaub besetzten Bohrkopf, der sich mit bis zu 200.000 Umdrehungen pro Minute durch das Gefäß fräst. Am Behandlungstisch stehen neben einem Oberarzt aus der Klinik für Kardiologie der Segeberger Kliniken fünf Fachärzte aus verschiedenen deutschen Kliniken, darunter Ober- und Chefärzte. Sie alle wollen ein bestimmtes Verfahren zur Beseitigung von chronischen Engstellen der Herzkranzgefäße erlernen: die Rotablation. „Wir bieten diese Fortbildung zwei mal im Jahr erfahrenen Kollegen an, um sie in dieser Prozedur zu trainieren und ihnen spezielle Techniken zu vermitteln, damit die Absolventen diese Therapie dann in den Behandlungskatalog ihrer Heimatklinik aufnehmen können“, beschreibt Chefarzt Prof. Gert Richardt die Zielsetzung des zweitägigen Programms.

Ist in einem verkalkten Gefäß eine Ballondilatation nicht möglich, kann eine Abtragung dieser unelastischen Verkalkungen durch eine Rotablation – neben anderen Verfahren – die richtige Therapie sein, damit Ballon und Stent später ohne Probleme gesetzt werden können. Das Segeberger Herz- und Gefäßzentrum ist eines von zwei Exzellenzzentren in Deutschland, in der man diese Prozedur erlernen kann. Doch das Verfahren gilt als komplex. Es ist viel Erfahrung nötig, um auch bei möglichen Komplikationen die richtigen Entscheidungen zu treffen. Deshalb dauert die Fortbildung zwei Tage. Dabei wird von Oberarzt und Kursleiter Abdelhakim Allali nicht nur die reine Prozedur vor-



Info

Die Rotablation ist ein Verfahren, das bei sehr harten und verkalkten Stenosen der arteriellen Blutgefäße, insbesondere der Koronararterien, angewendet wird. Die Segeberger Herzklinik bietet zwei Mal im Jahr erfahrenen Ärzten eine Fortbildung an, bei der dieses Verfahren erlernt werden kann.

gestellt. Die Studienlage wird von ihm genauso thematisiert und analysiert wie ein unabdingbares Komplikationsmanagement, selbstverständlich der technische Umgang mit dem Kathetersystem und er gibt Tipps aus der Praxis über die Folgen einer falschen Bohrgeschwindigkeit und der damit bestehenden Gefahr, dass frei werdende Plaquetteile zu Folgeerkrankungen führen können.

Bevor die 15 Teilnehmer das Verfahren im Katheterlabor beobachten können, hat jeder eine Einheit am Rotablator-Modell durchlaufen. Guido Kassner, leitender medizinisch-technischer Assistent (MTA) im Herz- und Gefäßzentrum, erklärt die Technik zunächst am gläsernen Gefäßmodell. Dabei kann es nicht praktisch genug sein. Er öffnet die Steuereinheit des Rotablator. Kabel, Klemmen und Sicherungen kommen zum Vorschein. „So können die Kardiologen anschaulich besser verstehen, wie der Katheter mit dem Bohrkopf sicher gesteuert wird, ohne dass man in Gefahr gerät, Schaden zu verursachen“, erklärt Kassner.

„Wir können als Kardiologen nicht alles beherrschen. Daher bin ich dankbar für solche Fortbildungen. Sie geben mir die Möglichkeit, auch als Chefarzt meinen Horizont zu erweitern“, sagt Prof. Dr. Eberhard Schulz, Leiter der Kardiologie im Allgemeinen Krankenhaus Celle während einer Mittagspause. Sein Ziel in dieser Fortbildung ist klar. Er möchte nicht nur seinen Horizont erweitern. Als Klinikleiter will er die Rotablation als weitere Prozedur in das Klinikangebot aufnehmen. Für Prof. Peter Clemmensen, Oberarzt am UKE in Hamburg, steht die eigene Schulung im Vordergrund. Er schätzt hier die intensive Schumatmosphäre, in der man sich in das Thema vertiefen kann. „Wir brauchen in der Fortbildung die Zeit, auch die wissenschaftlichen Hintergründe zu erfassen. Für mich ist der Wechsel zwischen Theorie und Praxis sehr wichtig. Gerade bei der Rotablation gibt es viele technische Neuerungen. Und darüber gilt es hier mehr zu erfahren.“

Am Operationstisch in Katheterlabor 2 ist es so weit. Der Diamantbohrer kann jetzt in das Gefäß des Patienten vorgeschoben werden. Dr. Volker Geist, Leitender Oberarzt, stellt Fragen, sucht nach Übereinstimmung. Gemeinsam mit den lernenden Kollegen will er die Prozedur durchführen, keinesfalls nur erzählender Lehrmeister sein. „Wir haben es ja hier mit erfahrenen Kollegen zu tun. Die verstehen was von ihrem Metier, kennen sich mit Kathetern im Herz- und Gefäßsystem aus. Ich versuche daher, sie so intensiv wie möglich in die Prozedur miteinzubeziehen. Das Bohren trainieren die Teilnehmer allerdings nur am Modell“, stellt er fest und beginnt zu fräsen. (PM/RED)

HERZCHIRURGIE

Herzklappen aus eigenem Gewebe

Kongress in Wiesbaden: Gemeinsame Tagung mit den Kinderkardiologen. Beteiligung aus Schleswig-Holstein. 97 % Überlebensrate in der Herzchirurgie – trotz immer älterer Patienten.

Ein der Referenten in Wiesbaden war Prof. Stefan Ensminger, Leiter der Herzchirurgie am UKSH-Campus Lübeck. Im Fokus von Ensminger befinden sich insbesondere minimalinvasive Herzklappenreparaturen an der Aorten- und Mitralklappe sowie die Erforschung der Eigenschaften bestimmter Typen von biologischen Herzklappenprothesen. Er berichtete von einem neuen, nach dem japanischen Chirurgen Shigeyuki Ozaki benannten Operationsverfahren, bei dem eine Klappe aus körpereigenem Gewebe geformt und die alte, defekte Aortenklappe entfernt wird. Um die menschliche Aortenklappe möglichst naturgetreu nachzubilden, werden die dafür notwendigen Elemente aus Herzbeutelmaterial des Patienten entnommen. „Die alten Klappentaschen werden anschließend vermessen und millimetergenau aus Herzbeutelmaterial nachgebildet. Anschließend werden die neuen Taschen in der ursprünglichen Position am natürlichen Klappenring angenäht“, erläuterte Ensminger.

Der Klinikleiter verspricht sich von einer solchen maßgeschneiderten Herzklappe eine lange Haltbarkeit ohne die Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten. Zusätzlich bleiben die natürlichen mechanischen Eigenschaften einer Herzklappe weitestgehend erhalten, so Ensminger. „Wir haben die Operation seit Sommer 2018 insgesamt sieben Mal durchgeführt und sehr gute Kurzzeit-Ergebnisse erzielt.“ Wie sich der Eingriff langfristig auswirkt, soll im Rahmen einer klinischen Studie geprüft werden. Das OP-Verfahren soll in Zukunft weiteren, vor allem jüngeren Patienten mit Klappenerkrankungen zugute kommen.

Dr. Buntaro Fujita, Leiter des herzchirurgischen Forschungslabors am Lübecker UKSH-Campus, stellte in Wiesbaden aktuelle Erkenntnisse aus dem deutschen Aortenklappenregister im Zusammenhang mit einer Schrittmacherimplantation vor. Ziel seiner Ana-

lyse war es, die Häufigkeit von permanent implantierten Schrittmachern sowohl nach einem chirurgischen Aortenklappenersatz (SAVR), als auch nach einer minimalinvasiven Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) und deren Auswirkungen auf die einjährige Mortalität zu untersuchen. In die Analyse wurden annähernd 40.000 Patienten einbezogen, die sich laut Register zwischen 2011 und 2015 einer der beiden Operationen unterzogen hatten. Auffällig: Nach einer herkömmlichen chirurgischen Operation wurde lediglich in 3,6 % der Fälle ein permanenter Schrittmacher implantiert; nach TAVI dagegen bei 16,6 % der Patienten. Auf die 30-Tages-Mortalität hatte der Schrittmacher keinen Einfluss; jedoch lag die Sterberate der mit einem Schrittmacher versorgten Patienten nach einem Jahr über der der nicht-versorgten Patienten – bei den chirurgisch behandelten Patienten war der Unterschied signifikant.

Dr. Katharina Huenges, Herzchirurgin am UKSH-Campus Kiel, berichtete über akute Nierenschädigungen als gefürchtete Komplikation nach einer chirurgisch behandelten Aortendissektion. In ihrer Studie untersuchte sie den Verlauf von 363 zwischen 2001 und 2016 in Kiel operierten Patienten. Ergebnis: Eine akute Nierenschädigung nach einer Operation bei Aortendissektion ist mit einem beeinträchtigten Ergebnis verbunden, das sich in einer signifikant höheren postoperativen Morbidität und 30-Tages-Mortalität äußert.

Wenige Tage vor dem Kongress wurde der Deutsche Herzbericht 2018 mit vielfältigen Zahlen vorgestellt: In den 78 deutschen Fachabteilungen für Herzchirurgie haben die 1.048 Herzchirurgen 2017 insgesamt 101.728 Operationen durchgeführt; 12.032 davon bei Notfallpatienten. Die Patienten werden – auch im OP – immer älter: jeder zweite herzchirurgisch behandelte Patient ist 70 Jahre und älter; der Anteil der über 80-jährigen liegt bei 16 %. „Trotz des Anstiegs des Lebensalters der herzchirurgi-

schen Patienten bleibt die Überlebensrate bei einer Herzoperation nahezu konstant bei circa 97 %“, erklärte DGTHG-Präsident PD Dr. Wolfgang Harringer aus Braunschweig.

Die Kinderkardiologen haben in Wiesbaden das 50-jährige Bestehen ihrer Fachgesellschaft gefeiert. Waren die Überlebenschancen der betroffenen Kinder in den 1970er und 1980er Jahren noch ausgesprochen niedrig, erreichen heute weit über 90 % der Kinder mit angeborenem Herzfehler das Erwachsenenalter, freute sich Kongresspräsident Prof. Christian Jux aus Gießen. Dank innovativer chirurgischer und Kathetergestützter OP-Verfahren können inzwischen selbst komplexe angeborene Herzfehler frühzeitig und erfolgreich behandelt werden.

Weitere aktuelle Zahlen aus der Herzchirurgie: 2017 wurden bundesweit 34.394 Herzklappeneingriffe vorgenommen. Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Anstieg um 2,8 % zu verzeichnen, wobei Männer deutlich häufiger operiert werden als Frauen. Eine isolierte oder kombinierte Bypassoperation wurde 2017 bundesweit 47.673 Mal durchgeführt (2016: 50.114); in 87 % aller Operationen unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine. Koronare Bypass-OP und Herzklappenchirurgie werden häufig als Kombinationseingriffe durchgeführt.

Die Bedeutung der Bypass-Chirurgie wird durch die Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Herz-Thorax-Chirurgie und der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie zur invasiven Behandlung der koronaren Herzerkrankung unterstrichen: Bei der Drei-Gefäß-Erkrankung und Stenose des linken Hauptstamms gibt es eine eindeutige Empfehlung für die koronare Bypass-Operation, um die Durchblutung des Herzmuskels wieder zu verbessern. Ebenso profitieren Diabetes-Patienten besonders langfristig von dem herzchirurgischen Eingriff.

UWE GROENEWOLD

2.000

Teilnehmer waren zum gemeinsamen Kongress von Herzchirurgen und Kinderkardiologen nach Wiesbaden gekommen. An der 48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und der 51. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie (DGPk) Mitte Februar nahmen Fachleute vor allem aus dem deutschsprachigen Raum teil; darunter auch eine ganze Reihe aus Schleswig-Holstein.

KURZ NOTIERT

Dermatologie und Allergologie auf Sylt

Mehr als 70 Teilnehmer kamen zum 20. Jahrestreffen des Qualitätsnetzes Nord (QNN) auf Sylt. Eingeladen hatten die Leiterin der Klinik für Dermatologie und Allergologie, Dr. Hanka Lantzsch, und Dr. Norbert Buhles, Leiter des Netzes und Ärztlicher Direktor des Reha-Bereiches. Die in Praxen und Kliniken tätigen Ärzte und ihre MFA konnten zwischen verschiedenen Workshops wählen. Einsteiger-Praxen wurde die schlanke und zielgerichtete Qualitätsmanagementdokumentation erläutert. In weiteren Workshops wurden u. a. Tipps zur Praxisoptimierung und zur Verbesserung des Selbstmanagements vorgestellt. Praxisbezogene Beispiele für Niedergelassene und für Klinikmitarbeiter gab es zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). An Ärzten aller Fachrichtungen richtete sich das Coaching zum Thema „Patientengesprächsführung unter Zeitdruck“. Hier konnten die Teilnehmer auch eigene Erfahrungen austauschen. Im medizinisch-dermatologischen Teil gab es u. a. ein Update zur Psoriasis-Therapie sowie ein Quiz mit dermatologischen Themen. Dr. Katharina Kähler (Leiterin des Hauttumorzentrums der Kieler Uniklinik) berichtete über neue Therapieoptionen beim fortgeschrittenen Plattenepithelkarzinom. Praxisbezogen wurden den Teilnehmern im Workshop „pädiatrische Dermatologie“ unter Leitung von Dr. Rainer Stachow, ärztlicher Leiter Fachklinik Sylt, Behandlungskonzepte der atopischen Dermatitis des Kindes in der stationären Rehabilitation aus ärztlicher und pflegerischer Perspektive dargestellt. Beim „runden Tisch“ stellte Dr. Hanka Lantzsch das neue Konzept zur Diagnostik und Behandlung des Pruritus in der Sylter Akutklinik vor. Das nächste QNN-Jahrestreffen findet vom 24. – 26.01.2020 statt. (PM/RED)

LESERBRIEF

„Beeindruckender Inhalt“

Der Inhalt dieses Artikel ist beeindruckend, muss bestätigt werden und soll auch in keiner Weise geschmälert werden. Ich möchte nur auf die Erziehungsmodalitäten der Nationalsozialisten hinweisen, die in dem Buch der Lungenfachärztin Haarer ihren Niederschlag in ihrem Werk „die deutsche Mutter und ihr 1. Kind“ fanden. Um sie zu guten Soldaten und Mitläufern zu machen, forderte das NS-Regime Mütter dazu auf, die Bedürfnisse ihrer Babies gezielt zu ignorieren. „Fange nur nicht an, das Kind aus dem Bett herauszunehmen, es zu tragen, zu wiegen, zu fahren oder auf dem Schoß zu halten, oder sogar zu stillen.“ Das Baby als ein Quergeist, dessen Wille es zu brechen gilt, so sah Johanna Harrer die Kindeserziehung. Zielsetzung war eine Kultur von Härte und Drill, die letztlich zu einem gestörten Bindungsverhalten der Kinder führte. Das Hauptwerk von Frau Haarer blieb noch lange verbreitet, auch nach dem Krieg wurde es an viele Deutsche verkauft. Eine strenge Erziehung war bereits in Preußen gang und gäbe und bildete die Grundlage für die nationalsozialistische Erziehung. So ist die deutsche Kriegs- und Nachkriegsgeneration noch überwiegend auf dem Boden diese Gedankengutes erzogen worden. In den Schulen gab es die Prügelstrafe, im Bereich der Familien überwog die strenge Erziehung. Der Bindungsstil der Eltern wurde an die Kinder weitergegeben. Man muss die Finger in die Wunde legen und nationalsozialistisches Gedankengut auch als Grundlage für die unmögliche Situation der Heimkinder sehen. Es war nicht der einzelne Erzieher, der „als Bestie“ durch besondere Brutalität auffiel, sondern der Geist, der unter den Erziehern noch bis in die Nachkriegsjahre verbreitet war.

DR. MANFRED SPYRA, KRONSHAGEN

DERMATOLOGIE

Medizin plus Bewegung

Kieler Symposium Dermato-Onkologie und operative Dermatologie u. a. zum Thema Bewegungstherapie als Ergänzung zu medizinischen Maßnahmen.

Lum diesjährigen, dem 29. Kieler Symposium Dermato-Onkologie und Operative Dermatologie der Hautklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), hatten Prof. Thomas Schwarz als Direktor und Prof. Axel Hauschild als Oberarzt und Leiter der dermatologischen Arbeitsgruppe eingeladen.

Den aktuellen Stand der molekularen Diagnostik bei Krebs erklärte Prof. Torsten Haferlach (München) als Internist und Hämatologe. Unter dem Begriff „next generation sequencing“ (NGS) fasst man alle Technologien zur Sequenzierung eines Genoms zusammen, die in der Zeit nach der Methode von Sanger entwickelt wurden. Es ist das Ziel, über den jeweiligen Tumor hinaus molekular-biologische Subentitäten zu finden, um eine möglichst zielgerichtete, individualisierte Therapie („targeted therapy“) auf der Basis von Mutationen einleiten zu können. Auf der Grundlage von Bioinformatik, Statistik und künstlicher Intelligenz erfolgen die ärztliche Beurteilung, die Diagnose und der Therapieplan, gemäß dem Leitsatz „see behind – go beyond“.

Die Bedeutung des Mikrobioms bei Krebs zeigte Prof. Stefan Beissert (Dresden). Experimentell wurde gefunden, dass bei Mäusen ohne Darmkeime eine Tumorbehandlung wirkungslos blieb. Durch eine experimentelle Übertragung von spezifischen Darmbakterien plus anti-CTLA-4 Antikörper-Behandlung mit Ipilimumab lässt sich eine T-Zell-vermittelte antitumorale Immunantwort in primär Keimfreien Mäusen induzieren. Bekannt ist auch, dass bei einer Therapie mit PD-1-Antikörpern eine hohe Diversität an Darmkeimen mit einem längeren progressionsfreien Überleben verbunden ist. Hauschild ergänzte in der Diskussion, dass man während einer Immuntherapie mit PD-1-Antikörpern, wenn irgendwie möglich, keine Antibiotika

geben soll. Der Vortragende berichtete auch von der erfolgreichen Behandlung einer therapieresistenten Immun-Checkpoint-Inhibitor assoziierten Kolitis durch eine Darmkeimtransplantation („fecal microbiota transplantation“, FMT).

Prof. Christoffer Gebhardt (Hamburg) stellte die Die S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms vor: Für in-situ-Melanome soll eine komplette Exzision mit histopathologischer Kontrolle durchgeführt werden, ein zusätzlicher Sicherheitsabstand wird nicht mehr gefordert (bei niedrigem Sicherheitsabstand liegt die lokale Rezidivrate bei ca. 5 %, es besteht aber kein erhöhtes Metastasierungsrisiko). Eine operative Entfernung der gesamten Lymphknotenstation (CLND) nach positivem Wächterlymphknoten (sentinel node) wird im Falle von Mikrometastasen nicht mehr zwingend empfohlen. Eine klare CLND-Indikation besteht nach wie vor bei Makrometastasen und Kapsel-überschreitendem Tumorwachstum am Lymphknoten. Als adjuvante Therapien haben sich mit der Kombination aus Dabrafenib und Trametinib (nur bei BRAF-mutierten Melanomen) sowie den beiden PD-1-Antikörpern Nivolumab und Pembrolizumab neue Standards ergeben, die zwischen September und Dezember 2018 auch eine Zulassung zur adjuvanten Therapie im Stadium III erhalten haben. Die Metastasierungs-wahrscheinlichkeit wird durch die neuen Therapien halbiert.

Rund 10-15 % aller Melanome im Stadium III zeigen eine nicht-resektable lokoregionäre Metastasierung (Satelliten- und In-transit-Metastasen). Für diese und für die Melanome der Schleimhaut bietet sich gemäß evidenzbasierter Empfehlung eine intratumorale Therapie an, so PD Dr. Sebastian Haferkamp (Regensburg). Die intratumorale Injektion von Interleukin 2 und

auch die Elektrochemotherapie (ECT) mit Bleomycin oder Cisplatin wurden bislang häufig angewandt, heute steht als erste zugelassene Vakzine Talimogen laherparepvec (T-VEC) zur Verfügung. T-VEC ist ein onkolytisch wirkendes modifiziertes Herpes-simplex-Virus Typ1 (HSV-1), das in Melanomen eine unspezifische Immunantwort auslösen kann. Mit T-VEC erreicht man nicht nur eine lokale Zerstörung von Tumorzellen, sondern darüber hinaus auch eine systemische Wirkung. Eine Studie zur Kombination von T-VEC mit Pembrolizumab verspricht eine noch bessere Wirksamkeit. Der Vortragende demonstrierte den Fall eines großen, nicht-resektablen Melanoms in der Kieferhöhle, das interdisziplinär durch intratumorale Injektion von T-VEC in eine komplette Remission überführt werden konnte.

Die neuen Leitlinien zu aktinischen Keratosen und epithelialen Hauttumoren erklärte Prof. Axel Hauschild (Kiel). Eine aktinische Keratose (AK) kann in jedem Stadium in ein Plattenepithelkarzinom übergehen, insbesondere gilt dieses für AK I-Läsionen. Bei Behandlung einer klinisch eindeutigen aktinischen Keratose mittels der heute zur Verfügung stehenden Methoden ist eine histologische Untersuchung nicht erforderlich.

95 % aller kutanen Plattenepithelkarzinome (CSCC) lassen sich in der Regel erfolgreich und zumeist einfach operativ behandeln. Für lokal fortgeschrittene und/oder rezidivierende Primärtumoren sowie regionäre und Fernmetastasen konnten lange Zeit "nur" in circa 30% Remissionen erzielt werden, die in der Regel auch nur von kurzer Dauer waren (zwei bis drei Monate). Mit dem Aufkommen der Immuntherapie mit den beiden PD1-Antikörpern Cemiplimab und Pembrolizumab konnten sichtbare Langzeiterfolge bei der Therapie dieser Risikogruppe erreicht werden.

Die Intervalle der Nachuntersuchung nach operativer oder medikamentöser Behandlung eines CSCC richten sich nach dessen Schweregrad; wichtig ist, dass die Nachsorge eine Inspektion des gesamten Hautorgans und die Palpation der Primärexzisionsstelle, der Intransitstrecke und der regionären Lymphknotenstation umfassen soll.

Für das Basalzellkarzinom (BCC, BZK) stellt die operative Entfernung mit histologischer Kontrolle der vollständigen Resektion im Gesunden die effektivste Therapie dar. Wenn Kontraindikationen zur Operation bestehen oder Patienten keine Operation wünschen, sind die photodynamische Therapie (PDT) und die Imiquimod 5% Creme Alternativen, allerdings nur bei superfiziellen BZKs. Bei lokal fortge-

„Gezieltes Training wirkt bei onkologischen Patienten so gut, dass es als Medikament ein Blockbuster wäre.“

PROF. MICHAEL HALLEK

schrrittenen, metastasierten oder multiplen BZKs sollte im Rahmen eines Tumorboards die (neoadjuvante) Therapie mit einem Hedgehog-Inhibitor (Vismodegib oder Sonidegib) diskutiert werden. Die Nachsorge nach Behandlung eines BZK sollte auch die Information des Patienten über die Bedeutung der Eigenbeobachtung der Haut (einschließlich der Anleitung hierzu) im Sinne eines frühzeitigen Erkennens eines Rezidivs oder der Entstehung eines BZKs an anderer Stelle beinhalten (als Frühzeichen gilt punktförmige Blutung).

Beim Merkel-Zell-Karzinom (MZK), einem seltenen Hauttumor zumeist der lichtgeschädigten Kopfhaut des älteren Menschen, konnten bis vor kurzem mit Chemo- und Strahlentherapien nur kurzzeitige Remissionen erreicht werden. Mit Avelumab, einem PD-L1-Antikörper, zugelassen im September 2017, liegt jetzt eine wirkungsvolle Therapie vor. Pembrolizumab steht ebenfalls vor einer Zulassung in dieser Indikation. Aktuell läuft eine adjuvante Therapiestudie mit Nivolumab für Patienten mit vollständig resezierten Merkel-Zell-Karzinom.

„Krebs und Kinderwunsch, was muss getan werden“, war das Thema von PD Dr. Sören von Otte, aus dem universitären Kinderwunschzentrum in Kiel. Aufgrund der vielfältigen Nebenwirkungen einer zielgerichteten molekularen Therapie und der Immuntherapien in der Dermatoonkologie werden folgende Therapien zu Erhaltung der Fertilität vor Beginn der Chemotherapie empfohlen: Für Männer die Kryokonservierung von Spermien oder von Hodengewebe (TESE), für Frauen die laparoskopische Entnahme von ovariellem Kortex zur Kryokonservierung und die Gewinnung von Eizellen durch Follikelpunktion nach vorausgegangener ovarieller Stimulation mit dem Ziel der Kryokonservierung von Eizellen (fertilisiert oder unfertilisiert). Die erste Lebendgeburt nach orthotoper Replanta-

tion von Ovarialgewebe gelang bereits im Jahr 2004. Es ist vom Gesetzgeber vorgesehen, dass in Kürze die Kosten für derartige Maßnahmen, die aktuell bei ca. 3.000 € liegen, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden sollen (laut Entwurf des bei Redaktionsschluss noch nicht verabschiedeten Terminuservice- und Versorgungsgesetzes, TSVG). Umfangreiche Informationen lassen sich über FertiPROTEKT, einem deutschen Netzwerk für fertilitätsprotektive Maßnahmen bei Chemo- und Strahlentherapien, erhalten. In Kiel bietet die Sprechstunde für Fertilitätserhalt am universitären Kinderwunschzentrum Termine innerhalb von 48 Stunden an (www.uksh.de/kinderwunsch). Auch wenn es sich noch nicht um eine etablierte Methode handelt, sollte diese dennoch erwähnt werden: Im Jahr 2012 gelang in Schweden die erste Mutter zu Tochter-Uterustransplantation als Voraussetzung für die Erfüllung eines Kinderwunsches.

PD Dr. Freerk Baumann, Centrum für Integrierte Onkologie (CIO) Köln-Bonn, erklärte als Sportwissenschaftler den aktuellen Stand zur Bewegungstherapie bei Krebs als Ergänzung zur medizinischen Therapie. Der Referent zitierte Prof. Michael Hallek (Köln): „Gezieltes bewegungstherapeutisches Training wirkt bei onkologischen Patienten so gut, dass es als Medikament ein Blockbuster wäre.“ So wurde zum Beispiel in einer Studie herausgefunden, dass die Chemotherapie bei Patientinnen nach Brustkrebs in der Krafttrainingsgruppe besser vertragen wurde als in der Ausdauertrainingsgruppe. Fatigue und Kognition wurden ebenfalls durch Bewegungstherapie positiv beeinflusst, sekundäre Lymphödeme nach Brustkrebs-Operationen durch Wassertherapien, Schwimmen und sanftes Krafttraining. Bei Polyneuropathien infolge einer Chemotherapie zeigte ein Vibrationsstraining positive Effekte auf Reflexfähigkeit, Schmerz und Taubheitsgefühl. Die Harninkontinenz nach Prostate-Operation ließ sich durch ein gezieltes Schließmuskeltraining reduzieren. Bei Osteoporose gilt es, den Knochen unter Belastung zu bewegen. Vom 4.-8. November 2019 wird in Köln eine Fortbildung in Onkologischer Trainings- und Bewegungstherapie (OTT) für Bewegungstherapeuten stattfinden. Die Teilnahme an dieser Fortbildung sei die Voraussetzung zur Leistungsabrechnung mit bestimmten Krankenkassen, so Baumann.

Das 30. „Kieler Symposium Dermatologie und Operative Dermatologie“ wird am 11. Januar 2020 wieder im Universitätsklinikum Kiel stattfinden.

DR. UDO HENNIGHAUSEN

29

Mal fand das Kieler Symposium Dermatologie und operative Dermatologie der Hautklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) bereits statt. Eingeladen hatten Direktor Prof. Thomas Schwarz und Oberarzt Prof. Axel Hauschild. Das 30. Symposium findet am 11. Januar 2020 statt.

Fortbildungstermine bei der Ärztekammer

ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG		INTERPROFESSIONELLE FORTBILDUNGEN	
MÄRZ/APRIL/MAI		MAI/JUNI	
27. MÄRZ	Notfallmanagement und Basisreanimation Beginn: 15:00 Uhr	15. MAI	GOÄ Aufbaukurs Beginn: 14:30 Uhr
29./30. MÄRZ	Psychosomatische Grundversorgung Teil II Beginn: 16:00 Uhr	22. MAI	Notfallmanagement und Basisreanimation Beginn: 15:00 Uhr
3. APRIL	Arzthaftungsrecht – Arzt und Recht – Beginn: 15:30 Uhr	25. MAI	Telemedizin aktuell - Digitalisierung der Praxis Teil I – Anwendungsmöglichkeiten – Vorteile – Grenzen Beginn: 9:00 Uhr
23. - 27. APRIL	Homöopathie – B-Kurs Beginn: 9:00 Uhr	14. – 22. JUNI	Datenschutzbeauftragte/-r in Einrichtungen des Gesundheitswesens Beginn: 14:00 Uhr
26. – 28. APRIL	Akupunktur Block C Beginn: 15:00 Uhr	22. JUNI	Erfolgreiche Präsentation eigener Vorträge Beginn: 9:00 Uhr
4. – 11. MAI	Zusatzbezeichnung Notfallmedizin Beginn: 9:30 Uhr	FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL	
8. MAI	Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung Beginn: 16:00 Uhr	MÄRZ/APRIL/MAI	
8. - 18. MAI	Balint-Gruppe Beginn: 16:30 Uhr	20. MÄRZ	Heilmittelverordnung – Informationsveranstaltung für Medizinisches Assistenzpersonal Beginn: 17:00 Uhr
11. MAI	Case Management/Modul 2: Individuellen Bedarf durch Assessment und Beratung erheben Beginn: 8:30 Uhr	23. MÄRZ	DMP – Medizinische Dokumentation Beginn: 9:00 Uhr
11. MAI	KV-Traineeprogramm für Weiterbildungsassistenten Beginn: 10:00 Uhr	25. – 29. MÄRZ	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz Beginn: 9:15 Uhr
15. MAI	GOÄ Aufbaukurs Beginn: 14:30 Uhr	27. MÄRZ	Wundversorgung und Kompressionstherapie Beginn: 14:30 Uhr
17. – 19. MAI	Akupunktur Block D Beginn: 15:00 Uhr	27. MÄRZ	Notfallmanagement und Basisreanimation Beginn: 15:00 Uhr
18. MAI	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz Röntgendiagnostik/Röntgentherapie Beginn: 9:00 Uhr	29./30. MÄRZ	Rechtliche Grundlagen zum Einsatz von Telemedizin und der Nicht-ärztlichen Praxisassistenten Beginn: 14:00 Uhr
20. – 24. MAI	Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie Beginn: 9:00 Uhr	4. APRIL	Kindernotfälle – Kindertrainingszirkel (KiTZ)– Kreislauf/Bewusstsein (C/D-Probleme) Beginn: 17:00 Uhr
22. MAI	Notfallmanagement und Basisreanimation Beginn: 15:00 Uhr	5. – 13. APRIL	Projektmanagement Beginn: 14:00 Uhr
25. - 30. MAI	Telemedizin aktuell – Digitalisierung der Praxis Teil I – Anwendungsmöglichkeiten – Vorteile – Grenzen Beginn: 9:00 Uhr	5./6. APRIL	Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten Beginn: 15:00 Uhr
25. MAI	Update Schwindel Beginn: 9:00 Uhr	26. APRIL – 4. MAI	Grundlagen der Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen Beginn: 15:00 Uhr
25. MAI – 30. NOVEMBER	Balint-Gruppe Beginn: 9:30 Uhr	3. – 25. MAI	Betriebswirtschaftliche Praxisführung Beginn: 14:00 Uhr

Kontakt

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

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

MÄRZ/APRIL/MAI

23. MÄRZ	Kunst und Therapie Arbeiten mit dem inneren und dem äußeren Bild	NGAT Telefon 04381 1640 sekretariat@ngat.de
27. MÄRZ	Aktuelle Behandlungsstrategien bei Mitralvitien	UKSH Lübeck Telefon 0451 500 44501 Lisa.Schmuetz@uskh.de www.uksh.de/innere2-luebeck Punkte beantragt
27. MÄRZ	One Step Ahead Aktuelles aus der Inneren Medizin: Rheumatologie	UKSH Kiel Telefon 0431 500 22476 ute.macioszek@uksh.de www.uksh.de/onestepahead 2 Punkte
28. MÄRZ	Palliative Versorgung von Krebspatienten: Eine ethische und medizinische Herausforderung	Ärzteverein Rendsburg aerzteverein-rd@web.de Punkte beantragt
6. APRIL	Weiterbildung – Gruppentherapie	IFT-Nord gGmbH, Kiel ambulanz@ift-nord.de www.ift-nord.de 10 Punkte
10. APRIL	Transsexualitäten	Der Arbeitskreis für Psychosomatik & Psychotherapie Flensburg e. V www.psychotherapie-flensburg.de Punkte beantragt
24. APRIL	Perioperative Beatmung – „Es kommt eben nicht nur auf Oxygenierung und Ventilation an!“	UKSH Kiel Telefon 0431 500 20701 sonja.heinrich@uksh.de Punkte beantragt
24. APRIL	Neurodermitis im Kindesalter Unterschiedliche Blickwinkel	UKSH Kiel Telefon 0431 500 21160 Regina.Foelster-Holst@uksh.de www.uksh.de Punkte beantragt
3. – 5. MAI	XXVII. VAAO-Symposium für minimal-invasive gynäkologische Chirurgie	Frauenklinik an der Elbe Telefon 040 8797 1407 vao2019@sabine-pein.de www.vaoa.de Punkte beantragt
8. MAI	Kopfsache – Apoplex, Nachblutungen nach Tonsillektomie, Angioödem	UKSH Kiel Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Kiel Telefon 0431 500 31551 notfallmedizin@uksh.de
8. MAI	Trauma und Psychose – wenn die Grenze der Fall ist	Curtius-Klinik Telefon 04523 407 502 SekretariatCA@curtius-klinik.de www.curtius-klinik.de 3 Punkte
27. MAI	Behandlungsstrategien in der Inneren Medizin: Hätten Sie es gewusst?	Diakonissenkrankenhaus Flensburg Telefon 0461 812 1301 Mail mummhe@diako.de Punkte beantragt

Weitere Informationen bei den Veranstaltern. Alle Angaben ohne Gewähr.

Homöopathie – B-Kurs

Wer nach dem A-Kurs lernen möchte, wie die Anamnese und Fallanalyse in der klassischen Homöopathie durchgeführt wird, trifft in dieser Kursstufe auf unterschiedliche Anamnesetechniken, Fallbeispiele und Repertorisationsübungen. Außerdem sollen Sie mit Hilfe entsprechender Bücher (Repertorium und Arzneimittellehre) in die Lage versetzt werden, akute Erkrankungsfälle zu behandeln.

Weitere Themen:

- ▶ Krankheits- und Therapieverständnis
- ▶ Homöopathie versus Allopathie
- ▶ Arzneimittelbilder Kinder als Patienten
- ▶ Grundlagen
- ▶ Forschung

Termin: 23. - 27. April 2019

Weitere Informationen: Susanne Müller

Hausbesuche und Versorgungsmanagement

Das Seminar vermittelt die Kompetenzen zur Übernahme von delegationsfähigen Leistungen in der ambulanten Versorgung. Übernehmen Sie sicher und selbstständig die Hausbesuche und Besuche in Alten- und Pflegeheimen. Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen beachten Häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten beachten. Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten Verfahrensabläufe und Instrumente im professionellen Handeln Dieses Seminar bereitet auf die Prüfung zum/zur Nicht-ärztlichen Praxisassistenten/ in“ nach §87 Abs. 2b Satz 5 SGB V“ vor.

Termin: 2. November 2019

Weitere Informationen: Nina Brunken

Erfolgreiche Präsentation

„Ziel des Kurses ist es Hilfestellungen für Vortragende, die noch wenig Erfahrungen mit der Planung und Durchführung von Vorträgen und Fortbildungsveranstaltungen haben, anzubieten. Neben allgemeinen didaktischen Hinweisen zur Planung eines solchen Vortrags werden Tipps zum Aufbau von Powerpoint-Folien und zur Körpersprache gegeben.“ Gerne können Sie Ihren eigenen Vortrag auf einem Laptop oder Tablet mitbringen, und für diesen Tipps zur Optimierung mit nach Hause nehmen.

Termin: 22. Juni 2019

Weitere Informationen: Kim Alexandra Tuchtenhagen

Communication with English speaking patients

Sie möchten in Ihrer Arztpraxis sicher mit englisch sprechenden Patienten kommunizieren? Sie üben die grundlegende Grammatik anzuwenden und das relevante Vokabular der gängigen Untersuchungsmethode zu beherrschen. Ziel des Seminars ist es, die Sprachfertigkeit der Teilnehmer in besonderer Weise zu trainieren. Englische Grundkenntnisse sind hierfür erforderlich.

Termin: 17 - 18. Mai 2019

Weitere Informationen: Lea-Sophie Steinke

Kontakt

Akademie der Ärztkammer Schleswig-Holstein

Telefon 04551 803 700

E-Mail akademie@aeksh.de



 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 · www.elbbuero.com

STELLENANGEBOTE

Ihr Können ist gefragt!

Interessante Perspektiven, neue Möglichkeiten: für Sie in der **Helios Ostseeklinik Damp** zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Vollzeit (40 Std./Woche) als

Arzt (m/w/d) in Weiterbildung oder Facharzt (m/w/d) für den Bereich Innere Medizin/Rheumatologie/ Spezielle Schmerztherapie

Stellenummer: 28606

**Wir leben 360 Grad Gesundheit.**

In Deutschland verfügt Helios über 86 Kliniken, 120 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und zehn Präventionszentren. Jährlich werden in Deutschland rund 5,2 Millionen Patienten behandelt, davon 4 Millionen ambulant. Helios beschäftigt in Deutschland mehr als 66.000 Mitarbeiter und erwirtschaftete 2017 einen Umsatz von rund 6,1 Milliarden Euro. Helios ist Partner des Kliniknetzwerks „Wir für Gesundheit“. Sitz der Unternehmenszentrale ist Berlin.

Die **Helios Ostseeklinik Damp** ist mit den Fachbereichen Orthopädie (inkl. Sportmedizin, Schulter- und Fußchirurgie), Neurochirurgie, Innere Medizin/Rheumatologie/Spezielle Schmerztherapie und Anästhesie eine der größten Spezialkliniken für Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Das Team der Abteilung für Innere Medizin und Rheumatologie unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. Joachim Georgi behandelt jährlich über 4.500 stationäre und ambulante Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. Unsere Abteilung verfügt über zwei Jahre Weiterbildungsermächtigung für den Bereich Basisweiterbildung Innere Medizin und die komplette internistische Rheumatologie, physikalische Therapie und spezielle Schmerztherapie.

Ihr Profil

Nach Ihrem erfolgreichen Studium bringen Sie Berufserfahrung im Bereich der Inneren Medizin mit oder sind Facharzt für Innere Medizin.

Unser Angebot

Sie erwartet ein professionelles Arbeitsumfeld in einem angenehmen, kollegialen Arbeitsklima mit geregelten Arbeitszeiten sowie zahlreichen Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Vergütung erfolgt nach dem TV-Ärzte Helios.

Das Ostseebad Damp bietet mit seiner Umgebung einen exzellenten Freizeitwert. Städte wie Hamburg und Kiel sind gut erreichbar. Gerne unterstützen wir Sie auch bei der Wohnungssuche. Unmittelbar am Ostseestrand gelegen können Sie am Standort auch vielfältige Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung nutzen. Die reizvolle Lage bietet zahlreiche Freizeitangebote für die ganze Familie.

Erste Auskünfte erteilt Ihnen gern unser Chefarzt Dr. med. Joachim Georgi unter der Telefonnummer (04352) 80-6146 oder E-Mail unter joachim.georgi@helios-gesundheit.de.

Bitte übersenden Sie uns Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen über unser **Karriereportal** oder per E-Mail an mirko.johannsen@helios-gesundheit.de.

Helios Ostseeklinik Damp GmbH
Seute-Deern-Ring 20
24351 Damp

STELLENANGEBOTE



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

Wir suchen ab sofort in Vollzeit oder Teilzeit eine/-n

Assistenzärztin/-arzt in Weiterbildung zur/zum Fachärztin/-arzt Psychiatrie und Psychotherapie oder im Rotationsjahr für die/den Fachärztin/-arzt für Neurologie

Sie bringen mit:

- Empathiefähigkeit
- Freude an Teamarbeit
- Lernbereitschaft

Wir bieten Ihnen:

- sehr gutes Arbeitsklima
- strukturierte Weiterbildung
- moderne Behandlungsansätze im Rahmen eines Modellprojektes

Die Vergütung richtet sich nach den Bestimmungen des TV-Ärztz/ VKA bzw. TVöD-K, hinzukommen die im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen. Fortbildungen werden großzügig gefördert. Wir können eine fundierte Ausbildung für die gesamte Weiterbildungszeit (48 Monate) für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gewährleisten. Eine Rotation in die neurologische Abteilung im Hause für das neurologische Jahr ist möglich. Die Kosten für die Assistenzarztausbildung an einem psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut einschließlich der Selbsterfahrungskurse werden vom Haus getragen.

Auskünfte erteilt Ihnen gerne die Chefin der Klinik, Frau Dr. Schulz-Du Bois, unter der Telefonnummer 04331 200-8001.

Ihr Interesse ist geweckt? Dann richten Sie Ihre Bewerbung bitte an die

imland gGmbH, Abteilung Personal & Recht
Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg
oder per E-Mail (Unterlagen bitte als PDF) an ulrike.sander@imland.de

Gynäkologische Gemeinschaftspraxis in Ratzeburg sucht Nachfolger/-in

Für unseren ausscheidenden Seniorpartner suchen wir zum Jahr 2020 eine Frauenärztin oder Frauenarzt für die Praxistätigkeit. Wenn gewünscht, ist auch eine belegärztliche Tätigkeit möglich. Bei insgesamt 4 KV-Sitzen sind alle Formen der Tätigkeit (gerne Partnerschaft, aber auch Anstellung in Vollzeit/Teilzeit) möglich.

Wir freuen uns auf Ihre Antwort.

K.-G. Hege, Dr. med. D. Grulich, Dr. med. T. Vent, S. Ahrendt
Demolierung 2, 23909 Ratzeburg
frauenaerztlicheszentrum@t-online.de
Tel.: 04541/ 803257



CURTIVS KLINIK
Psychosomatische Medizin

Die Curtius Klinik ist eine nach den Kriterien der BAR zertifizierte Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit insgesamt 156 Betten in der akutmedizinischen Versorgung und in der Rehabilitation. Wir arbeiten schwerpunktmäßig nach einem tiefenpsychologisch fundierten, multimodalen Konzept. Wir integrieren andere Therapieformen wie verhaltenstherapeutische, systemische, körperbezogene sowie erlebnisorientierte Elemente wie Tanz- und Bewegungstherapie, Musiktherapie oder Ergo- und Gestaltungstherapie. Psychoedukation, Entspannungsverfahren und Physiotherapie vervollständigen unser Angebot nachhaltig.

Mit der Curtius Klinik MVZ GmbH bieten wir ambulante psychotherapeutische Versorgung an. Die Klinik befindet sich in privater Trägerschaft und beschäftigt rund 175 Mitarbeiter.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin einen

Arzt (m/w/d) -in Voll- oder Teilzeit-

mit Interesse an Psychotherapie, gern auch eine/n Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin bzw. für Psychiatrie und Psychotherapie

Unser Angebot:

- Volle Weiterbildungsermächtigung für Psychosomatik und Psychotherapie, 12 Monate Psychiatrie und Psychotherapie, 12 Monate Innere Medizin und die volle Weiterbildungsermächtigung für die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin
- Vielseitige und interessante Aufgabe mit Gestaltungsspielraum
- Interne und externe Fort- und Weiterbildung
- Regelmäßige externe Supervision und interkollegiale Beratung
- Moderne und flexible Arbeits- und Dienstzeitenmodelle
- Kurze Entscheidungswege
- Offene und wertschätzende Unternehmenskultur
- Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Haustarifvertrag mit dem Marburger Bund inkl. betrieblicher Altersvorsorge

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung und für Rückfragen steht Ihnen unter Tel. 04523/407-502 das Chefarztsekretariat gern zur Verfügung.

Curtius Klinik GmbH & Co. KG • Neue Kampstraße 2 • 23714 Bad Malente
personalwesen@curtius-klinik.de • www.curtius-klinik.de



Marien-Krankenhaus Lübeck

Arbeiten am Marien-Krankenhaus Lübeck
Für Ihre berufliche Zukunft!

Das Marien-Krankenhaus Lübeck
sucht zum nächstmöglichen
Zeitpunkt:

Belegärzte (m/w/d)

Wir verfügen über die Fachabteilungen Anästhesie, Chirurgie, Gynäkologie & Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Urologie und Pädiatrie.

Weiterhin bieten wir Stellen für

Assistenzärzte (m/w/d)

u. a. für die Facharztweiterbildung Gynäkologie und Geburtshilfe oder Chirurgie.

Wir betreiben als reines Belegkrankenhaus ca. 8000 Patienten jährlich. Mit 1500 Geburten im Jahr gehören wir zu den größten Geburtskliniken in Schleswig-Holstein.

www.marien-krankenhaus.de



Wir freuen uns auf Ihre aussagefähige Bewerbung. Diese richten Sie bitte an:

Geschäftsführung
Kath. Marien-Krankenhaus Lübeck
Parade 3
23552 Lübeck
oder an:
bewerbung@marien-krankenhaus.de

Wir sind ein Haus der
ANSGAR
GRUPPE
www.ansgar-gruppe.de



STELLENANGEBOTE



Die imland gGmbH ist eine gemeinnützige GmbH in Trägerschaft des Kreises Rendsburg-Eckernförde. Die gGmbH besteht aus den imland Kliniken Rendsburg und Eckernförde – Akademisches Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel – als Schwerpunktkrankenhaus mit 808 Planbetten verteilt auf zwei Standorte.

Für die **Geriatrische Abteilung** am Standort Rendsburg suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Weiterbildungsassistentenarzt/-ärztin in Teilzeit (35 Stunden) gerne mit fortgeschrittener klinischer Erfahrung.

Neben der vollen Weiterbildungsmöglichkeit im Fachgebiet Geriatrie sind Weiterbildungsmöglichkeiten für die Fachbereiche Innere Medizin und Allgemeinmedizin vorhanden.

Sie bringen mit:

- Freude am ärztlichen Beruf
- Einsatzbereitschaft, Engagement und Selbständigkeit
- Verantwortungsbewusstsein und Einfühlungsvermögen
- Betriebswirtschaftliches Denken und Handeln
- EDV-Kenntnisse

Ihre Aufgaben:

- Versorgung stationärer und teilstationärer Patienten
- Schrittweises Erlernen und Anwenden der grundlegenden geriatrischen Funktionsdiagnostik

Wir bieten Ihnen:

- eine fundierte, strukturierte Weiterbildung im stationär und teilstationär geriatrischem Bereich
- eine sehr gute Arbeitsatmosphäre in einem kompetenten und motivierten Team
- eigenverantwortliche Arbeitsbereiche
- interne und externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- eine Vergütung nach Entgeltgruppe I TV-Ärzte/VKA

Für Rückfragen steht Ihnen Chefärztin Frau Dr. Krasemann (04331/200-7301) gerne zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann richten Sie Ihre Bewerbung bitte an die

imland gGmbH, Abteilung Personal & Recht
Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg
oder per E-Mail (Unterlagen bitte als PDF) an ulrike.sander@imland.de



Wissen, was dem Menschen dient.

Die Strandklinik Boltenhagen ist eine zertifizierte Fachklinik mit 257 Behandlungsplätzen, die Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen (AHB) auf den Gebieten Kardiologie / Angiologie sowie Hämatologie/internistische Onkologie durchführt.

Zur Verstärkung unseres Ärzteteams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Voll- oder Teilzeit einen

Stationsarzt (m/w) FÄ für Gynäkologie, Ärzte in Weiterbildung

Interesse oder bereits vorliegende Berufserfahrung im Bereich Rehabilitation sind wünschenswert. Sie erwarten u. a. vielfältige Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Ermächtigungen für Innere Medizin (12. Mon.), Hämatonkologie (6 Mon.), Sozialmedizin (12 Mon.) und Rehabilitationswesen (12 Mon.) liegen vor.

Sie arbeiten in einem interdisziplinär aufgestellten Team mit. Wir pflegen ein angenehmes und wertschätzendes Arbeitsklima in einem Ärzteteam mit flachen Hierarchien sowie eine interessante und unbürokratische interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den übrigen Abteilungen der Klinik.

Für weitere Fragen steht Ihnen die Chefärztin der Onkologischen Abteilung, Frau Dr. med. Monika Steimann, unter der Telefonnummer 038825 47-913 gerne zur Verfügung.

Sollten wir Ihr Interesse geweckt haben und Sie möchten Ihre persönliche Kompetenz langfristig in unser Team einbringen, freuen wir uns auf Ihre aussagekräftige und vollständige Bewerbung.

STRANDKLINIK BOLTENHAGEN

Fachklinik für Kardiologie, Angiologie,
Hämatologie und internistische Onkologie
Personalabteilung

Ostseeallee 103 | 23946 Ostseebad Boltenhagen
Telefon 038825 47-921 | Telefax 038825 47-999
personal@strandklinik.de | www.strandklinik.de

Medizinisches Versorgungszentrum in Itzehoe
(Kreisstadt in Schleswig-Holstein) bietet

Weiterbildungsassistent/in für Allgemeinmedizin

interessante Tätigkeit ab 01.04.19 oder später.

Das MVZ ist fachärztlich, gastroenterologisch und kardiologisch sowie hausärztlich ausgerichtet.

Weiterbildungsermächtigung bis zu 30 Monaten liegt vor.

Die Bezahlung erfolgt in Anlehnung an den Tarif für Klinikärzte. Spätere Festanstellung möglich.

Bewerbungen richten Sie bitte an:

MVZ am Holstein-Center GmbH

Dr.med.Johannes Fontius (leitender Arzt)
Brunnenstraße 5, 25524 Itzehoe
Tel. 04821/3913 oder 2814, Fax: 04821/2164
E-Mail: mvz@mvz-am-hc.de

Große, alteingesessene

Diabetes-Schwerpunktpraxis

in Kiel sucht engagierte/n

Diabetologin/Diabetologen

mit Freude an der Arbeit in einem hochqualifizierten Team zur

Übernahme eines Praxissitzes.

Kontaktaufnahme bitte unter

Telefon: 0431- 806806 oder e-mail: info@diabetespraxis-kiel.de

Dr. med. A. Dabelstein / H.-M. Just

ANZEIGENSCHLUSSTERMIN:

Bitte beachten Sie unseren nächsten Anzeigenschluss:

Heft Nr. 04/2019 **19.März 2019**



STELLENANGEBOTE

Für unsere Flüchtlingspraxen in **Rendsburg, Neumünster** und **Boostedt** suchen wir zum **1. April 2019** oder früher

Facharzt (w/m/d) für Allgemeinmedizin bzw. Innere Medizin sowie
Arzt (w/m/d) mit allgemeinmedizinischen Kenntnissen jeweils in Voll- oder Teilzeit

Ihre Aufgaben:

- Sie sind mit den Kollegen im Team für die medizinische Versorgung der Patienten zuständig
- Sie konzentrieren sich voll auf Ihre Arbeit als Mediziner/in und sind von administrativen Aufgaben entlastet. Infrastruktur, Ausstattung, Personaladministration, Abrechnung, EDV, etc. werden von uns koordiniert

Ihr Profil:

- Sie haben als Ärztin/Arzt Erfahrung in der Allgemeinmedizin
- Ein in der EU anerkanntes Diplom als Facharzt für Innere oder Allgemeine Medizin ist von Vorteil
- Sie sind interessiert an einer langfristigen Tätigkeit und zeichnen sich durch Engagement und Sozialkompetenz aus

Ihre Vorteile:

- Eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Tätigkeit in Ihrem Fachgebiet
- Unbefristeter Arbeitsvertrag bei flexibler Arbeit in Voll- oder Teilzeit
- Attraktive Dienstzeiten werktäglich von 8:00 - 16:30 ohne Nacht-, Wochenend- oder Bereitschaftsdienste
- überdurchschnittliche Vergütung

Wir sind als Notarzt-Börse mit unserem erfahrenen Team von ca. 30 Ärzten, Arzthelferinnen und Dolmetschern in den Landesunterkünften für Asylsuchende für die hausärztliche Versorgung und das gesundheitliche Screening der Schutzsuchenden zuständig. **Haben wir Ihr Interesse geweckt?** Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung:



Notarzt-Börse Dr. Kröncke
Alte Salzstr. 7 · 23911 Pögeez
+49 4541 80180-0
dr.kroencke@notarzt-boerse.de



Hausärztl. Einzelpraxis in Kiel
sucht motivierten, fleißigen

**Praxispartner
mit Kassenarztsitz.**

Sehr gute Einnahmemöglichkeiten. Kontakt erbeten unter
Chiffre SH0308

Augenärztin/arzt

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

Bewerbungen bitte an
Chiffre: SH0303

FA/FÄ Pädiatrie

10-15(20) Std. für Ausbau
gr. Schwerpunktpraxis in HH-Nord
gesucht! (WB Allerg./Pneumologie
unter Umständen möglich)
Tel. 040- 63 64 44 10 o. 0170-738 70 26
oder cms313025@gmail.com



**Ärztekammer
Schleswig-Holstein**
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt
**eine Leitung (d/w/m) für die Akademie
der Ärztekammer Schleswig-Holstein.**

Die vollständige Stellenausschreibung finden Sie unter:
www.aeksh.de/ueber-uns/stellenangebote

Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8 - 12 · 23795 Bad Segeberg

PRAXISRÄUME

Ärztin für Allgemeinmedizin, Naturheilverf. und klass. Homöop. mit
seit über 20 Jahren bestehender Privatpraxis **sucht Raum** für max.
4 halbe Tage/Wo **in Allgemeinarztpraxis im Raum Pinneberg**
sowie Mitversorgung ihrer Privatpatienten bei Abwesenheit.
E-Mail: u.haan-brueckner@gmx.de, Tel: 0152 - 57 557 297

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 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.

CHIFFREHINWEIS:

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

Große Gyn-Praxis nördlich
von HH **sucht FÄ** in Teil- od.
Vollzeit für langfrist. Anstellung.

Breites Spektrum, günstige Lage,
OP u. moderne Ausstattung.
Chiffre SH0310

PRAXISABGABE

Hausarztpraxis

in **Norderstedt** abzugeben
intern./allgem. 3,5 KV-Sitze
im angest. Verhältnis, EP,
Übergabemod. / Zeitpunkt offen

Mail:
daskoennesieinteressieren@gmx.de

**Anteil an 3-er
GEMEINSCHAFTSPRAXIS**

Raum Bad Segeberg an Facharzt/
-ärztin für Allgemeinmedizin oder
Innere Medizin abzugeben.
Attraktive Arbeitszeiten.
Kontakt unter Tel: 0162-983 58 81

Nervenarztpraxis

im Großraum Hamburg
im 1. Halbjahr 2021
abzugeben.

Kontakt erbeten unter
Chiffre: SH0301

Schleswig-Holstein

Langjährig etablierte,
hochfrequentierte
Nervenärztliche Praxis
(Fachrichtung Neurologie,
Psychiatrie und Psychotherapie)
in Bestlage zu verkaufen.

Kontakt erbeten unter
Chiffre: SH0302

**Vielseitige erfolgreiche
HNO-Praxis mit amb. OP**

in Schwerin sucht Nachfolger
0171/234 42 31, Dr. Krüger, MLP

GP für Pränataldiagnostik

Etablierte, erfolgreiche GP im
Norden sucht Nachfolger!
0171/234 42 31, Dr. Krüger, MLP

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

www.amt-abken.de

PHILIPS SAMSUNG SIEMENS Healthineers

FORTBILDUNGEN



**Nordwestdeutsche Gesellschaft für
ärztliche Fortbildung e.V.**

**60. Seminar für ärztliche Fort- und Weiterbildung
Sylt-Westerland vom 2.-7. Juni 2019**
Zertifiziert durch die ÄK Schleswig Holstein sowie DMP-Anerk.
Leitung: Prof. Dr. H. Hamm, Hamburg, Prof. Dr. J. Braun,
Großhansdorf, Prof. Dr. J. vom Dahl, Mönchengladbach,
Prof. Dr. M. Kentsch, Itzehoe, Prof. Dr. M. Klouche, Bremen,
H. Theede, Flensburg.
Info/Anmeldung: www.westerland-seminar.de
info@westerland-seminar.de
Ansprechpartner: Barbara Fikau, Tegelring 19a, 25899 Niebüll
Tel. 04661 675555; Fax 04661 6058417

Lehrinstitut Lübeck

Zentrum Ausbildung Psychotherapie · ZAP Nord

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

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

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

Bereiche und Gebiete:

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

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

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

FACHBERATER

**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
www.kk-recht.de

**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
www.kanzleidelta.de



**Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.**

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

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

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.), Florian Horstmann, Astrid Schock, Katja Willers
Telefon 04551 803 272, -274

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Martin Geist, Esther Geisslinger, Horst Kreussler, Uwe Groenewold, Wolfgang Frahm, Prof. Otto-Andreas Festge, Christine Wohlers, Prof. Walter Schaffartzik, Dr. Udo Hennighausen

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 bezogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

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

AKIS

**Der Service Ihrer
Ärztekammer
online:**

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

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

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**
Kommissarische Leitung: Cornelia Mozer
Telefon 04551 803 700
Fax 04551 803 701
akademie@aeksh.de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vorsitzender des Verwaltungsrates
Bertram Bartel

Vorsitzender des Aufsichtsrates

Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen

Geschäftsführung

Harald Spiegel

Telefon 04551 803 911

sekretariat@vaesh.de

Mitgliederservice

Telefon 04551 803 900

Fax 04551 803 939

mitglied@vaesh.de

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

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

RAin Sabine Barth
Rechtsanwältin

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
Partnerschaft

Holtener Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

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

info@medrechtspartner.de
www.medrechtspartner.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!

BEILAGENHINWEIS: Diese Ausgabe enthält eine Beilage vom Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel e. V.

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**



Die PVS®

Schleswig-Holstein · Hamburg
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

www.pvs-se.de • 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