



Nr. 3

März 2020
Bad Segeberg
73. Jahrgang

Herausgegeben von
der Ärztekammer
Schleswig-Holstein



T H E M E N

10

Helgoland will
das Buismer
Modell über-
nehmen

18

Als Ärztin auf
der Sea-Watch 3
im Rettungsein-
satz

22

Big Business mit
Patientendaten

24

Prof. Ulrich
Stephani verab-
schiedet sich

30

Hygieneforum in
Heide zieht fast
300 Gäste an

HYGIENE

Kontrolle in der Krise trotz Infektionsausbruch

Serratia marcescens in Heide. WKK im Krisenmodus. Gute Zusammenarbeit aller Beteiligten. Hoffnung auf Rückkehr in den Normalbetrieb in diesem Monat.

Die aktuelle Ausbreitung des Coronavirus zeigt, dass das Gesundheitssystem auch auf außergewöhnliche Herausforderungen vorbereitet sein muss. Gesundheitsämter, Praxen und Kliniken müssen auf Krisensituationen eingestellt sein. Krisenauslöser können unter anderem Infektionen sein. Ende Januar, das Coronavirus war in Deutschland noch nicht angekommen, hielten Bakterien der Gattung *Serratia marcescens* das Westküstenklinikum (WKK) Heide in Atem. Bei mehreren Kindern auf der Frühgeborenenstation des WKK waren diese Bakterien nachgewiesen worden, auch bei einem kurz zuvor gestorbenen Kind.

Die Klinik reagierte unverzüglich mit der Bildung einer Task Force, die zahlreiche Schritte einleitete und dafür sorgte, dass das Krankenhaus die Kontrolle behielt. Damit gelang es, die Patienten zu schützen, betroffene Familien, Mitarbeiter und die Öffentlichkeit zu informieren, nach der Quelle zu suchen und damit letztlich das Vertrauen der Bevölkerung und der Einweiser zu behalten. Dies war ein mehrwöchiger Prozess, der unterschiedliche Funktionsträger in der Task Force, eine enge Einbindung externer Partner und eine Verschiebung der Prioritäten in den Routineabläufen des Krankenhauses erforderte. Bis

Ende Februar befand sich das WKK zwar noch nicht wieder im Normalzustand. Deutlich geworden war aber bereits zu diesem Zeitpunkt, wie wichtig Transparenz über die einzelnen ergriffenen Maßnahmen für die Bewältigung der Krise war. Mitglieder der Task Force betonten im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt auch die Bedeutung von Vernetzung und vertrauensvoller Zusammenarbeit mit externen Partnern sowie die Bereitschaft des gesamten Klinikpersonals, sich für das Meistern der Krise über den zu erwartenden Einsatz hinaus zu engagieren.

► WEITER AUF SEITE 6

20. AINS-Symposium

am 26. und 27. Juni 2020



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

Freitag, 26. Juni 2020

12.15 - 12.30 Begrüßung und Eröffnung des Symposiums
M. Steinfath

Vorsitz: M. Tryba und J. Höcker

12.30 - 13.00 Dichtung und Wahrheit
C. Maier - Bochum

13.00 - 13.30 Ist weiter weg näher dran?
P. Kessler - Frankfurt

13.30 - 14.00 Wasser marsch!
B. Bein - Hamburg

14.00 - 14.30 Pause

Vorsitz: H. Wulf und U. Linstedt

14.30 - 15.00 Ohne Brei gibt's Geschrei
F. Wappler - Köln

15.00 - 16.00 **DAS BESONDERE THEMA**

16.00 - 16.30 Pause

Vorsitz: C. Nau und N. Roewer

16.30 - 17.00 Narkose im Doppelpack
T. Girard - Basel

17.00 - 17.30 Ist dreifach einfach?
P. Meybohm - Würzburg

17.30 - 18.00 Flug 666
Ch. Byhahn - Oldenburg
S. Bergold - Frankfurt

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

Samstag, 27. Juni 2020

09.20 Begrüßung
N. Weiler

Vorsitz: P. Kienbaum und T. von Spiegel

09.30 - 10.00 Vorher an nachher denken
H. Bürkle - Freiburg

10.00 - 10.30 Mit Online-Daten gut beraten?
B. Preckel - Amsterdam

10.30 - 11.00 Wann ist ambulant riskant?
K.-H. Gnutzmann - Kiel

11.00 - 11.30 Pause

Vorsitz: G. von Knobelsdorff und M. Grünwald

11.30 - 12.00 Zurück in die Zukunft (A)
J. Renner - Schwerin

12.00 - 12.30 Zurück in die Zukunft (I)
K. Lewandowski - Berlin

12.30 - 13.00 Pause

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

13.00 - 13.30 Wie läuft's gut bei Ebbe und Flut?
M. Heringlake - Lübeck

13.30 - 14.00 Geben und Nehmen
N. Weiler - Kiel

14.00 - 14.30 Planlos im Chaos
S. Wirtz - Hamburg

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.

Zeit zum Handeln

Auswirkungen sind laut Konzernchef „dramatisch“ – damit war ein Artikel überschrieben, der über zunehmende Kündigungen frustrierter Ärzte und auch Pfleger bei einem bundesweit agierenden Krankenhausträger berichtete, die zu offenen Stellen und deutlichen Umsatzausfällen für das Unternehmen führten. Keine Überraschung, sondern eine logische Konsequenz, die sich in aktuellen Umfragen bestätigt: 60 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in den Kliniken sind häufig überlastet oder gehen ständig über ihre Grenzen; 75 Prozent fühlen sich in ihrer Gesundheit beeinträchtigt und geben an, dass ihr Privat- und Familienleben darunter leidet; 20 Prozent erwägen sogar, ihre ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben – alarmierende Zahlen! Übrigens, in Schleswig-Holstein, dem glücklichsten aller Bundesländer, sieht die Tendenz eher noch ein wenig schlechter aus.

Also höchste Zeit, nicht zum Klagen, sondern zum Handeln: Arztgesundheit, im Genfer Ge-löbnis hinterlegt und dennoch häufig vernachlässigt, in den Vordergrund zu stellen; Raum und Zeit für ärztliche Kernkompetenzen mittels Entlastungen zu schaffen; durch Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung im Team sinnstiftend zu arbeiten; eine wertorientierte Medizin zu realisieren. Damit die Menschen und Patienten in unserem Bundesland besser und nachhaltig versorgt werden können und keine Flucht derer stattfindet, die genau diese Versorgung ermöglichen. Hier sind wir alle, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, die Arbeitgeber, die Kostenträger, die Politik auf Landes- und Bundesebene und die Gesellschaft gleichermaßen gefordert. Wir benötigen entsprechende übergreifende Konzepte, ausreichende Finanzierungen, sinnvolle Veränderungen – und vor allem Mut, neue Wege zu gehen.

Gerade in Zeiten der Coronavirus-Epidemie sollte uns bewusst sein, wie gefährlich das Überschreiten von Überlastungsgrenzen schon bei einem normalem Arbeitsalltag sein kann. Aber es sind nicht nur diese großen Ereignisse, auch kleine Ausbrüche zeigen auf, das viele Ressourcen benötigt werden, um aufzuklären und gegenzusteuern – das Titelthema dieses Ärzteblatts führt uns diese Problematik vor Augen. Dafür brauchen wir Zeit und Kraft, um solche Situationen hochprofessionell für unsere Patienten und ihre Angehörigen zu beherrschen: Zeit und Kraft, um zu kommunizieren, zu beraten, gemeinsame Entscheidungen zu treffen, mit fachlicher, emotionaler sowie sozialer Kompetenz umfassend zu behandeln und dann das eigene Handeln zu reflektieren und zu verbessern. Die Auswirkungen sind dann für alle „dramatisch“ positiv – damit müssen wir nur beginnen und es machen!

Freundliche Grüße
Ihr



Dr. Henrik Herrmann
PRÄSIDENT



„20 % der Ärzte in den Kliniken erwägen sogar, ihre ärztliche Tätigkeit ganz aufzugeben.“

Inhalt

NACHRICHTEN 4

- Fachtagung Impfen in Kiel 4
 Ausstellung: Orientierung von Blinden und Sehbehinderten 4
 Infotag für Existenzgründer und Praxisabgeber 4
 Schleswig-Holstein verbietet das Rauchen auf Spielplätzen 5
 Krankenhäuser kritisieren MDK-Reformgesetz 5
 Kurz notiert 5

TITELTHEMA 6

- Serratia: Ernstfall für die WKK-Krisenmanager 6

GESUNDHEITSPOLITIK 10

- Helgoland kopiert das Büsumer Modell 10
 Kreis Segeberg startet Förderprogramm 11
 KVSH fördert Teampraxen 12
 Jens Spahn auf Wahlkampf in Hamburg 13
 Genossenschaft übt Systemkritik 14
 Uni Kiel diskutiert über Gendermedizin 16
 Westerfellhaus stärkt Pflegekammern den Rücken 17

IM NORDEN 18

- Als Ärztin auf der Sea-Watch 3 18
 Menschenwürdiger Umgang mit alten Menschen 21
 Big Business mit Patientendaten 22
 Neues Digitalprojekt an Kieler Uni 23

PERSONALIA 24

RECHT 26

- Schlichtungsfall 26
 Urteil des BVerfG zur Sterbehilfe 27

FORTBILDUNGEN 28

- Symposium: Chronische Entzündungen behandeln 28
 Hygieneforum des 6 K-Verbundes in Heide 30
 Gynäkologentag in Rendsburg 32
 Termine 34
 Deutscher Krebskongress in Berlin 36

ÄRZTEKAMMER 37

- Serie: Die Kreisausschüsse der Ärztekammer 37
 Serie: Die neue Weiterbildungsordnung 38
 Leserbrief 39

ANZEIGEN 40

TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM 50

Nur machen schützt – Fachtagung zum Impfen

Ärzte, Praxismitarbeiter wie etwa MFA, Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich sowie Studierende, Auszubildende und weitere am Thema Interessierte bilden die Zielgruppe der jährlich zur Europäischen Impfwoche veranstalteten Impf-Fachtagung in Kiel. In diesem Jahr findet sie am 22. April im Kieler Wissenschaftszentrum (Fraunhoferstraße 13) statt und widmet sich dem Schutz Dritter durch Impfungen. Auch aktuelle Informationen zum Masernschutzgesetz und zu Impfungen bei chronischen Erkrankungen stehen auf dem Programm. Das Motto der diesjährigen Veranstaltung heißt „Impfen ist wie Händedesinfektion – nur machen schützt.“

Zu den Referenten zählen in diesem Jahr Prof. Christoph Härtel vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Doris Scharrel vom Berufsverband der Frauenärzte und Dr. Anne Marcic aus dem Kieler Sozialministerium. Wie üblich können Teilnehmer ihre Fragen an die Referenten stellen und zur Diskussion beitragen.

Beginn der von der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung organisierten Veranstaltung, für deren Teilnahme Ärzte vier Fortbildungspunkte erhalten, ist um 14:30 Uhr. Eine Anmeldung ist erforderlich bis zum 3. April an die Adresse der Landesvereinigung (Telefon: 0431 7103 870, E-Mail gesundheit@lvghsh.de) (PM/RED)

Offensichtlich nicht zu sehen

Unter dem Titel „Offensichtlich nicht zu sehen“ werden noch bis 7. Mai im Amt für Soziale Dienste in Kiel (Stephan-Heinzel-Straße 2) Fotografien und Texte zum Thema Bodenindikatoren und tastbare Leitsysteme gezeigt. Die Ausstellung vermittelt, wie sich blinde und sehbehinderte Menschen im öffentlichen Raum orientieren und welche Hürden sie dabei überwinden müssen.



Indikatoren und Leitsysteme sind für die Orientierung blinder und sehbehinderter Menschen wichtig. Eine Ausstellung in Kiel zeigt, welche Hürden im öffentlichen Raum zu überwinden sind.

Bernd Witthuhn hat zu diesem Thema Bodenindikatoren stellvertretend für die Schranke zwischen den Wahrnehmungswelten sehender und nichtsehender Menschen fotografiert. Aus der Fragestellung heraus, wie sich blinde Menschen anhand dieser Indikatoren und Leitsysteme orientieren, entstanden Erfahrungsberichte und letztlich diese Ausstellung. Die Fotografin und Grafik-Designerin Betti Bogya hat das Projekt als Dozentin für Fotografie an der VHS Kunstschule begleitet und die Ausstellung gestaltet. (PM/RED)

Infotag steht vor der Tür

Die einen wollen sich niederlassen, die anderen ihre Praxis abgeben. Beide Seiten bringen die Ärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) sowie die Apotheker- und Ärztekammer seit mehreren Jahren mit ihrem Infotag für Existenzgründer und Praxisabgeber zusammen. Am 21. März 2020 findet der mittlerweile 12. dieser Informationstage in Bad Segeberg statt.

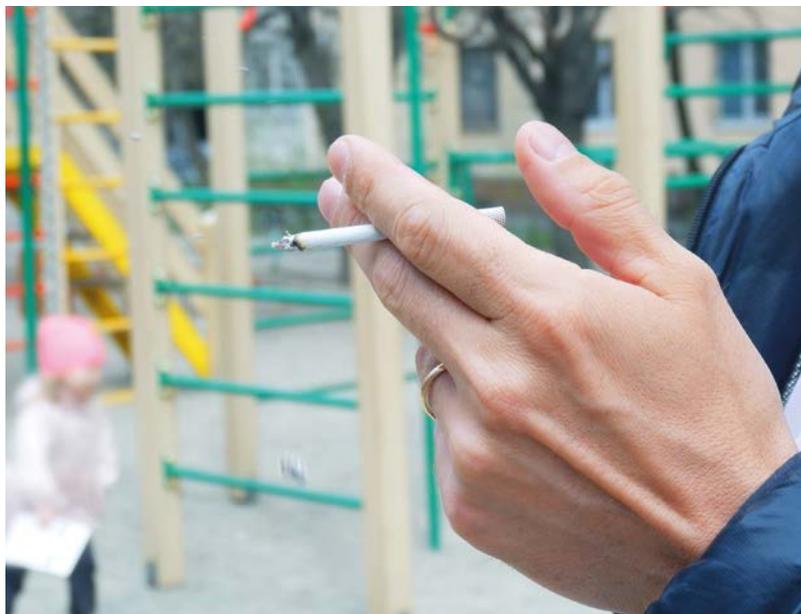
Referenten sind ein Rechtsanwalt, ein Steuerberater und Vertreter der Veranstalter. Auf dem Programm stehen Vorträge zu den Themen Gesetzesänderungen, Praxisgründung und -übergabe, Zulassungsrecht, Praxisabgabe, Vermögensplanung für den Ruhestand und Steuertipps. Vorgesehen ist außerdem,

dass ein bereits niedergelassener Vertragsarzt über seine Erfahrungen bei der Existenzgründung berichtet.

Bei den vorangegangenen Veranstaltungen hatte sich gezeigt, dass die Teilnehmer des Informationstages nicht nur neue Kontakte knüpfen können, sondern auch wertvolle Informationen für den Schritt in die oder aus der Niederlassung erhalten.

Die Teilnahmegebühr beträgt 40 Euro für Seminarunterlagen, Tagungsgetränke und Mittagessen. Teilnehmende Ärzte erhalten für diese Veranstaltung acht Fortbildungspunkte. Veranstaltungsort ist das Vitalia Seehotel am Kurpark 3 in Bad Segeberg. Der Infotag erstreckt sich von 9:00 bis 17:30 Uhr. (PM/RED)

Rauchverbot auf Spielplätzen



Rauchen auf Spielplätzen ist in Schleswig-Holstein jetzt verboten.

Auf öffentlichen Spielplätzen darf in Schleswig-Holstein künftig nicht mehr geraucht werden. Dies beschloss der Kieler Landtag vergangenen Monat, nachdem zuvor der Sozialausschuss einstimmig für diesen Schritt votiert hatte. Damit folgt Schleswig-Holstein einer Reihe von weiteren Bundesländern wie etwa Bayern und Nordrhein-Westfalen, die dieses Verbot in ihre Nichtrauchergesetze aufgenommen hatten.

„Es schützt nicht nur vor den Gefahren des Passivrauchens, sondern unterstützt auch die Vorbildfunktion der Eltern. Vor allem aber hilft es, Zigarettenmüll zu vermeiden“, teilte die SPD zur Entscheidung des Landtages mit. CDU-Sozialpolitiker Werner Kalinka befand, „Zigaretten, Zigarillos und Zigarren hätten in der Nähe von Kindern nichts zu suchen“. Kommunen wurden aber nicht verpflichtet, Verbotsschilder aufzustellen. (PM/RED)

Kliniken kritisieren MDK-Reformgesetz

Strafe für soziale Verantwortung? Schluss damit!“ verlangt die Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein in einer landesweiten Anzeigenkampagne. Hintergrund ist das Ende 2019 verabschiedete MDK-Reformgesetz, nach dem jede durch eine MDK-Prüfung ausgelöste Minderung des Rechnungsbetrages eine Strafzahlung des Krankenhauses in Höhe von mindestens 300 Euro auslöst.

„Die Strafzahlungen sind untragbar und müssen umgehend zurückgenommen werden“, forderte KGSH-Geschäftsführer Patrick Reimund. Anlass für Beanstandungen seien häufig vermeintliche Fehlbelegungen. Die Beanstandung der Krankenkassen und des MDK richten sich dann im Nachhinein auf einzelne Tage der Versorgung und ohne, dass bestehende Alternativ- bzw.

Anschlussversorgungsrealitäten in die Entscheidung einbezogen würden.

Tatsächlich fehle es aber häufig an der notwendigen Anschlussversorgung, weil Pflege- oder Rehaplätze für die Patienten in der konkreten Situation nicht sofort verfügbar seien. Dass Krankenhäuser in diesen Fällen keine Vergütung erhalten, sei nicht sachgerecht. Diese Fälle zudem mit einer Strafzahlung zu belegen, nannte die KGSH „völlig inakzeptabel und ein Schlag ins Gesicht für all diejenigen, die sich tagtäglich aufopferungsvoll um die Versorgung der Patienten kümmern“. Die KGSH hält das MDK-Reformgesetz für den „traurigen Höhepunkt einer Reihe von krankenhausesfeindlichen politischen Entscheidungen“. Die Kliniken seien es leid, durch politische Entscheidungen „drangsalier“ zu werden. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

Reinbek mit neuer Station

Das Krankenhaus Reinbek hat nach 16 Monaten Bauzeit eine neue, interdisziplinäre Station mit 21 Betten für elektive Patienten in Betrieb genommen. Für die zusätzlichen elf Zimmer auf 680 Quadratmetern Nutzfläche hat das Krankenhaus bei laufendem Betrieb ein zusätzliches Geschoss auf das Dach der Eingangshalle gesetzt. Mit 3,7 Millionen Euro fielen die Kosten rund zehn Prozent höher aus als bei der Planung vor zwei Jahren veranschlagt. Ein Viertel der Kosten übernimmt das Land Schleswig-Holstein, den Rest trägt das Krankenhaus. Durch den Neubau erreicht das St. Adolf-Stift erstmals die seit einem Jahr im Krankenhausplan des Landes ausgewiesene Bettenzahl von 351 tatsächlich. Die Station wird von Viszeralchirurgen, Orthopäden, Urologen und Internisten belegt. (PM/RED)

Regio Kliniken künftig ohne Wedel

Die Regio Kliniken schließen den kleinsten ihrer drei Standorte. Die zuletzt verbliebenen Abteilungen in Wedel sollen im Sommer an die Standorte in Pinneberg und Elmshorn verlagert werden. Ein Großteil der 207 Mitarbeiter soll dann dort eingesetzt werden. In Wedel befinden sich derzeit die Abteilungen für Geriatrie, Pneumologie, Palliativmedizin sowie die geriatrische Tagesklinik. Rund 2.600 Patienten wurden dort zuletzt pro Jahr versorgt. Die Kliniken in Elmshorn und Pinneberg kamen zusammen auf rund 29.000 Patienten. Die Abteilung für Geriatrie inklusive Tagesklinik und die Abteilung für Pneumologie werden in Elmshorn angesiedelt, die palliativmedizinischen Leistungen in Pinneberg. Die Regio Kliniken begründeten die Verlagerung mit „bundespolitischen Vorgaben“ wie etwa Pflegepersonaluntergrenzen. (PM/RED)

Klinik für Thoraxchirurgie in Lübeck

Die Sana Kliniken in Lübeck führen die Klinik für Thoraxchirurgie künftig als eigenständige Einrichtung unter Leitung von Dr. Tim Kuchenbuch. Bislang war dieser Bereich organisatorisch an die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie angegliedert. Die enge Kooperation zwischen den Thoraxchirurgen und der Allgemein- und Viszeralchirurgie soll bestehen bleiben. Der Chefarzt dieser Klinik, PD Dr. Bertram Illert, hatte die Weiterentwicklung von Beginn an offen mitbegleitet. Der 48-jährige Kuchenbuch ist seit 2015 zunächst als Oberarzt, dann als Sektionsleiter an der Klinik tätig. Wie kürzlich berichtet hatte er die Kooperation mit der Sektion Pneumologie unter Leitung von Christine Hansen-Wester zum kollegial geführten Lungenzentrum mit aufgebaut. (PM/RED)

Cannabis wird häufiger bewilligt

Seit Inkrafttreten des Cannabis-Gesetzes im Jahr 2017 hat die Barmer bis Ende Januar 2020 in Schleswig-Holstein 501 Anträge auf cannabishaltige Arzneimittel erhalten. Davon wurden zwei Drittel bewilligt. Nicht bewilligt werden können Anträge laut Barmer bei Krankheitsbildern, für die andere Therapiealternativen noch nicht geprüft wurden. Auch Informationsdefizite und fehlerhafte Anträge führen zur Ablehnung. „Cannabishaltige Arzneimittel sollten nur durch Ärzte verordnet werden, die sich mit der kompletten therapeutischen Breite des Medikamentes und seinen verschiedenen Inhaltsstoffen auskennen“, sagte Dr. rer. pol. Bernd Hillebrandt, Landesgeschäftsführer der Barmer in Schleswig-Holstein. (PM/RED)

SERRATIA MARCESCENS

Ernstfall für die Heider Krisenmanager

Die ganze Welt redete vom Coronavirus, als im Westküstenklinikum Heide Hinweise auf eine Serratia-Infektion mit Todesfolge ein Krisenmanagement auslösten. Der Vorfall zeigt, wie Krankenhäuser in Schleswig-Holstein auf solche Krisen vorbereitet sind und mit ihnen umgehen.



Dr. Christiane Sause (links) leitet die Abteilung Krankenhaushygiene, Antibiotic Stewardship, klinische Infektiologie am Westküstenklinikum (WKK) Heide. Sie gehört zu einer mehrköpfigen Task Force, die unverzüglich nach den Hinweisen über eine Infektion mit *Serratia* im WKK gebildet wurde. Pressesprecher Sebastian Kimstädt (rechts) sorgte für eine regelmäßige Information der Medien und erreichte damit, dass die Öffentlichkeit von Beginn an transparent einbezogen wurde.



Der 28. Januar hat den Alltag für viele Menschen im Heider Westküstenklinikum für mehrere Wochen komplett verändert. An diesem Tag kam der erste Hinweis, dass bei mehreren Kindern auf der Frühgeborenenstation Bakterien aus der Gattung *Serratia* nachgewiesen worden seien. Die Eltern eines schwer geschädigt zur Welt gekommenen Frühgeborenen befanden sich zu diesem Zeitpunkt bereits in Trauer, ihr Kind war kurz zuvor auf der Kinderintensivstation des WKK gestorben. Die später bestätigte Vermutung lag nahe, dass dieses Kind nicht nur kolonisiert, sondern infiziert worden war.

Die folgenden Wochen sind von Unsicherheit, Belastung, Betroffenheit und Trauer gekennzeichnet. Aber auch von einer hohen Bereitschaft zu helfen, die Krise zu meistern und die Kinder zu schützen. Das WKK im Krisenmodus und auf dem Weg zurück in die Normalität.

„Es war sehr emotional, jeder war betroffen, viele haben geweint.“ Der Zeitpunkt, als das WKK die eigenen Mitarbeiter über den *Serratia*-Nachweis bei mehreren Kindern der Frühgeborenenstation informierte, ist Dr. Christiane Sause nachhaltig in Erinnerung geblieben. Die WKK-Abteilungsleiterin für Krankenhaushygiene, Antibiotic Stewardship und klinische Infektiologie spürte an diesem Tag immer wieder die Sorge ihrer Kollegen: „Haben wir einen Fehler gemacht? Haben wir eine Mitschuld?“ Eine normale Reaktion der Mitarbeiter. Die eigene Betroffenheit darf jedoch nicht dazu führen, dass kopflos agiert wird. Das WKK befindet sich zu diesem Zeitpunkt bereits mitten in den professionellen Abläufen, die für solche Krisen sinnvoll sind. Die Information der Mitarbeiter war ein zentraler Punkt in diesem frühen Stadium des Krisenmanagements und war aus Sicht

Sauses einer der Schlüssel für die Bewältigung der Krise.

Für Sause fing die Krise mit den ersten Hinweisen des verantwortlichen Arztes und Leiters der Neonatologie an, der Sause unverzüglich informiert hatte. Damit begann ihr klarzuwerden, dass tatsächlich ein Ausbruchsgeschehen vorlag. „Wichtig ist dann, dass man schnell und transparent handelt und der Schutz der Patienten an erster Stelle steht“, so Sause anschließend. Folgende Schritte wurden dann zum Teil parallel im WKK eingeleitet:

- ▶ Die Klinik richtet eine Task Force ein. Neben Sause und dem ärztlichen und pflegerischen Dienst der Station gehören der Ärztliche Direktor, der Medizinische Geschäftsführer, der Pressesprecher und der technische Leiter des WKK sowie ein Vertreter des Gesundheitsamtes diesem Team an.
- ▶ Die Frühgeborenenstation wird für Neuaufnahmen geschlossen. Die Perinatalzentren der Kliniken in Itzehoe und Rendsburg werden informiert, damit sie sich auf Aufnahmen aus Dithmarschen einstellen können. Der Betrieb im Kreißaal und auf der Entbindungsstation und die Intensivbehandlung größerer Kinder sind nicht eingeschränkt.
- ▶ Sämtliche Kinder, bei denen eine Kolonisation festgestellt wurde, werden isoliert. Dies betrifft insgesamt sieben Kinder. Für die drei Frühgeborenen, bei denen keine Besiedelung nachgewiesen wurde, wird eine Umkehrisolation eingerichtet. In den folgenden Tagen können mehrere Kinder entlassen werden.
- ▶ Die Familien der betroffenen Kinder werden von den Ärzten und Pflegekräften auf der Station informiert. Die Gespräche werden vom Stationspersonal übernommen, weil sie die vertrauten Ansprechpartner für die Eltern sind und zwischen ihnen ohne

hin schon eine Verbindung besteht. Die Eltern bekommen die Gründe für die Isolierung und den Unterschied zwischen Kolonisation und Infektion erläutert und können in den Gesprächen überzeugt werden, dass derzeit keine Gefahr für ihre Kinder besteht.

- ▶ Staatsanwaltschaft, Landesgesundheitsministerium und Kreis werden einbezogen, auch auf Ebene der Pressesprecher. Dies ist nach Erfahrungen von WKK-Pressesprecher Sebastian Kimstädt wichtig, weil Medien Rückfragen an diese Adressaten stellen könnten. Auch zuweisende Kinderärzte und Gynäkologen sowie Hebammen werden über die Situation informiert.
- ▶ Die gesamte Belegschaft an beiden Standorten in Heide und Brunsbüttel wird mit Rundmails noch vor der Öffentlichkeit informiert. Durch die transparente Information aus erster Hand wird Verständnis für die Priorisierung des Einsatzes von Ressourcen geweckt. Außerdem wird Vertrauen geschaffen und Bereitschaft, an der Überwindung der Krise mitzuarbeiten.
- ▶ Am 31. Januar informiert das WKK die Öffentlichkeit und lädt zu einer Pressekonferenz ein. Neben Pressesprecher Kimstädt und Sause sind der Chefarzt der Kinderklinik, Dr. Thorsten Wygold, der medizinische Geschäftsführer Dr. Martin Blümke und der Leiter des Kreisgesundheitsamtes Klaus-Peter Thiessen dabei. Die Lage, die eingeleiteten Maßnahmen und die noch folgenden Schritte werden erläutert. Wygold macht dabei deutlich, dass man zu diesem Zeitpunkt davon ausgehen muss, dass die *Serratia*-Infektion bei dem verstorbenen Kind möglicherweise mit ursächlich für den Tod des Kindes war.
- ▶ Das WKK verbreitet die gesicherten Informationen über soziale Medien

Serratia

Was sind Serratien? Diese und weitere Fragen beantwortet das WKK in FAQ's. *Serratia* gehören zur Familie der Darmbakterien. Sie kommen in der Darmflora von Menschen und Tieren vor. Bei etwa 20 Prozent der Menschen gehört der Keim zum natürlichen Mikrobiom. Serratien finden sich zudem in der Umwelt – beispielsweise im Boden, im Wasser oder in Nahrungsmitteln. Es handelt sich um einen so genannten ubiquitären Keim. Die Bakterien sind in der Regel harmlos und für gesunde Menschen ungefährlich. Bei abwehrgeschwächten Menschen können Serratien Wundinfektionen, Harnwegs- oder Atemwegsinfekte oder Sepsis auslösen.

und verfolgt, wie die Nachricht dort aufgenommen wird. Vereinzelt unsachliche Kommentare stuft die Pressestelle als „normales Maß“ ein. Ein Eingreifen wird jedoch erforderlich, als über eine Untergruppe auf Facebook die Familie des verstorbenen Kindes vermehrt adressiert wird, auch mit falschen und unsachlichen Informationen. WKK-Geschäftsführer Blümke bittet über die Facebook-Seite der Klinik, die Familie in Ruhe trauern zu lassen. Der Aufruf zeigt Wirkung. „Ab diesem Zeitpunkt war weitgehend Ruhe“, berichtet Kimstädt.

- ▶ Das Thema sorgt in der Öffentlichkeit für breite Resonanz. Die Zugriffszahl auf die WKK-Facebook-Seite vervielfacht sich. Das WKK informiert die Presse über Updates in Form von Pressemitteilungen und mit Antworten auf häufig gestellte Fragen auf der WKK-Website.
- ▶ Sause zieht externen Sachverstand hinzu. Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Prof. Martin Exner aus Bonn, wird als Berater engagiert.
- ▶ Die Pressestelle informiert in mehreren Updates über Veränderungen der Lage. Wichtig in dieser Phase: Die Information, dass es allen isolierten und besiedelten Kindern gut geht und keines von ihnen Anzeichen einer Infektion aufweist.
- ▶ Die Ursachenermittlung läuft. Mehrere hundert Proben werden entnommen. Unter anderem werden Geräte, Oberflächen, Pflegemittelspender, Flüssigkeiten und Nahrungsmittel untersucht.
- ▶ Das WKK führt den Leitlinien entsprechend eine zweimalige Schlussdesinfektion der Räume durch. Zusätzlich werden die Räume mit Wasserstoffperoxid, einer flüssigen Verbindung aus Wasserstoff und Sauerstoff, über einen Aerosolerzeuger vernebelt. Damit werden auch Fugen und kleine Risse desinfiziert.
- ▶ Die Untersuchung der Proben deutet auf eine Keimquelle im Syphon eines

Waschbeckens im Stationsbadezimmer. Das Nationale Referenzzentrum für Darmbakterien in Bochum untersucht, ob es sich um denselben Serratia-Stamm handelt, der bei den Kindern nachgewiesen wurde.

- ▶ Die Frühgeborenenstation soll ab März geteilt werden: Eine Hälfte für die noch isolierten Kinder, die andere wird für Neuaufnahmen frei.

Alle weiteren Schritte erfolgten nach Redaktionsschluss. Nachfragen in anderen Krankenhäusern zeigen, wie ernst die Kliniken in Schleswig-Holstein die Hygiene und mögliche Krisen nehmen. Dr. Carsten Michael Staehly, Ärztlicher Leiter Infektionsprävention und Krankenhaushygiene an der Diako in Flensburg, stellte klar, dass unter den Frühgeborenen in Level 1-Perinatalzentren eine Besiedelung mit Darm- und Umweltbakterien wie Serratien nicht ungewöhnlich ist. „Nur in sehr seltenen Fällen resultiert aus einer solchen Besiedelung eine Infektion“, so Staehly. Bei Auftreten verfügender Neugeborenen-Intensivstationen wie die in der Diako über die personelle und apparative Ausstattung, Infektionen konsequent und kompetent zu behandeln. Wie aber lässt sich vorbeugen?

„Das Auftreten von Mikroorganismen zu verhindern, ist aus krankenhaushygienischer Sicht kein rationaler Ansatz“, steht für ihn fest, denn: „Menschliches Leben wäre ohne Mikroorganismen nicht möglich.“ Hygienemaßnahmen hätten deshalb stets das Ziel, Infektionen zu vermeiden, durch Sterilität in einigen Bereichen und durch Desinfektion in allen patientenversorgenden Bereichen. Faustregel: „Je höher das Risiko für Patienten und Personal, desto umfangreicher ist die zu treffende Vorsorge.“

Daneben gilt es, die Übertragung von Mikroorganismen zu vermeiden. Staehly verweist in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung der Händehygiene. Die Diako ist nach eigenen Angaben als einziges Haus im Land mit dem Abzeichen „Gold“ der Aktion „Saubere Hände“ zertifiziert.

Ungeklärt

sind u. a. noch folgende Fragen:

- ▶ *Wie kamen die Serratien in den Abfluss? Möglich ist, dass sich diese schon im Syphon befunden haben. Möglich ist aber auch, dass diese nachträglich etwa durch das Ausgießen von Waschlösungen eingetragen wurden.*
- ▶ *Wie haben sich die Serratien auf die Kinder übertragen? Diese Frage ist nicht zu beantworten, weil man nicht abschließend sagen kann, ob die Serratien schon vor der Besiedelung der Kinder im Syphon waren oder erst im Nachhinein eingetragen wurden.*

Auch andere Häuser in Schleswig-Holstein versichern, nach modernen Regeln der Krankenhaushygiene zu arbeiten, regelmäßige Screenings vorzunehmen, sichtbare und ansprechbare Hygiene-Teams vorzuhalten und für den Fall eines Ausbruchs etwa mit Alarmplänen vorbereitet zu sein.

Das Klinikum Itzehoe ist überzeugt, dass die dort ergriffenen Maßnahmen wie zum Beispiel verpflichtende regelmäßige Hygieneschulungen für alle Mitarbeiter wirken. „Wir haben über die Jahre einen deutlichen Rückgang von im Haus erworbenen MRSA-Keimen zu verzeichnen“, teilte das Klinikum auf Nachfrage mit. Wie Heide ist auch Itzehoe für solche Fälle vernetzt. Insbesondere mit dem Gesundheitsamt und der Hygieneabteilung des UKSH, aber auch mit den anderen Krankenhäusern des 6 K-Verbundes steht man für solche Fälle in Kontakt.

Das Helios Klinikum Schleswig nimmt u. a. regelmäßig an den regionalen MRE-Netzwerkertreffen teil. Außerdem ist das Hygienemanagement der Kliniken der Helios-Gruppe einheitlich organisiert. So besteht jederzeit die Möglichkeit, über die Zentral- oder Regionalebene Unterstützung zu erhalten. Ähnliches teilen die Sana-Kliniken in Lübeck und die Regio Kliniken Pinneberg und Elmshorn mit. Bei Sana wird Hygiene über einen eigenen Zentralbereich in der Konzernzentrale gesteuert, der einheitliche Verfahrensweisen und Standards vorgibt, die von den Hygienefachkräften vor Ort überwacht werden.

Die Hygienekommission im Städtischen Krankenhaus Kiel (SKK) hatte einen Ausbruch in der Bremer Neonatologie im Jahr 2012 zum Anlass genommen, einen Hygieneplan zu erstellen, der später mit annähernd gleichen Standards von der KRINKO empfohlen wurde. Um einen Ausbruch zu verhindern, war das SKK im Jahr 2015 auch schon außerhalb der Klinik aktiv geworden. Damals hatten Hebammen bei schwangeren Flüchtlingen im Auffanglager ein Screening vorgenommen, um den MRE-Status vor einer möglichen Aufnahme zu kennen.

Zurück nach Heide: Für eine endgültige Bilanz war es im Februar noch zu früh. Es bestand aber die berechtigte Hoffnung, im März wieder in den Normalbetrieb zurückkehren zu können und alle isolierten Kinder zunächst auf die normale Station und später gesund nach Hause entlassen zu können.

Was hat die Heider Task Force aus den jüngsten Erfahrungen gelernt? Sause: „Das Krisenmanagement funktioniert und zeigt, dass unsere Mitarbeiter bereit sind, in solchen Ausnahmefällen deutlich über das ohnehin hohe Engagement noch hinauszugehen und alles dafür zu tun, dass die Patienten geschützt sind.“

DIRK SCHNACK

NEUE INFektionsSTATION IN ITZEHOE

Das Klinikum Itzehoe startet in diesen Tagen mit dem Neubau seiner Infektionsstation, die andere Kliniken in Schleswig-Holstein im Bedarfsfall entlasten soll. Der Neubau kostet 16,5 Millionen Euro, von denen das Land wegen des Modellcharakters 15 Millionen Euro übernimmt.

Im Epidemiefall können die Ressourcen der neuen Infektionsstation überregional zur Verfügung gestellt werden. Ziel ist, dass alle Patienten mit besonderem Infektionspotenzial in der Station mit 44 Betten untergebracht werden. Auch ein geschlossener Stationsbereich mit vier Behandlungszimmern für die Absonderung bestimmter Tuberkulosepatienten ist eingeplant. Damit will sich Schleswig-Holstein unabhängig von den bislang für solche Fälle zur Verfügung stehenden Unterbringungsmöglichkeiten der Klinik Parsberg in Bayern machen.

Standort der neuen Station ist die derzeit provisorische Infektionsstation in Containerbauweise im rückwärtigen Bereich des Haupthauses. Die neue Station soll abgeriegelt werden können. Vorgesehen sind Schleusen für Personal und Material sowie eine eigene Zufahrt für Rettungswagen. Mit der Fertigstellung rechnet das Landesgesundheitsministerium Ende 2021. (D1)



Nach der zweimaligen Schlussdesinfektion der Frühgeborenenstation im Westküstenklinikum, die so auch in den Leitlinien empfohlen wird, hat das WKK am 6. Februar die Räume mit einem Wasserstoffperoxid aus einem Aerosolzerzeuger (rechts im Bild) über einen Zeitraum von rund drei Stunden vernebelt. Wasserstoffperoxid ist eine flüssige Verbindung aus Wasserstoff und Sauerstoff mit hoher antibakterieller Wirkung, das auch Fugen und kleine Risse effektiv desinfizieren soll. Das Verfahren soll nach WKK-Angaben umweltverträglich sein. Nach der Aktion müssen die Räume rund eine Stunde gelüftet werden, bevor sie wieder genutzt werden können. Im Vordergrund kümmert sich ein Mitarbeiter der dafür zuständigen externen Firma um das Abkleben der Lüftungsanlage, um ein Entweichen des Wasserstoffperoxids über die Lüftung zu verhindern. Auch diese Aktion wurde von Medien begleitet und der Öffentlichkeit gezeigt. Transparenz über alle Maßnahmen war ein wichtiger Punkt beim Umgang mit der Krise, der nach Einschätzung der WKK-Krisenmanager dabei geholfen hat, das Vertrauen in die Maßnahmen des Klinikums zu stärken.

VERSORGUNG INSELN

Helgoland kopiert das Büsumer Modell

Helgoland wird die dritte Gemeinde in Schleswig-Holstein und auch bundesweit sein, die eine kommunale Eigeneinrichtung gründet. Ziel ist es, die ambulante ärztliche Versorgung auf der Hochseeinsel langfristig zu sichern. Das Interesse an einer Übernahme der bestehenden Einzelpraxen auf der Insel war zu gering.

Erst Büsum, dann Lunden und in Kürze Helgoland: Alle drei Gemeinden gehen den Weg der Versorgungssicherung über kommunale Eigeneinrichtungen, um mit einem Ärztezentrum die ambulante ärztliche Versorgung zu sichern. Die mit dem Management beauftragte Ärztegenossenschaft Nord startet in Kürze mit dem Betrieb eines Gesundheitszentrums auf der Insel. Tätig werden in dem Zentrum zunächst vier Allgemeinmediziner, die schon länger dort arbeiten. Es werden aber weitere Ärzte gesucht.

„Durch das Zentrum wollen wir attraktive Arbeitsplätze für junge Ärztinnen und Ärzte schaffen, die die Flexibilität der Anstellung einer eigenen Praxis vorziehen“, sagte die Geschäftsführerin der Gesundheitszentrum Helgoland gGmbH, Imke Kraatz. Bis Redaktionsschluss war zunächst der organisatorische Rahmen für das Zentrum geschaffen. Genossenschaft und Gemeinde starteten mit der Suche nach geeigneten Räumen für das Ärztezentrum. Favorit der Ärztegenossenschaft wäre ein Standort direkt an der Inselklinik, die zur Paracelsus-Gruppe zählt.

Die Klinik hält medizinische Grundversorgung und Neurologie sowie ambulante Sprechstunden vor. Diese übernehmen in sieben Fächern Ärzte vom Festland, die einmal pro Woche, monatlich oder alle 14 Tage aus unterschiedlichen Orten in Schleswig-Holstein, Bremen und Niedersachsen für wenige Stunden auf die Insel kommen. In zwei Fächern – Chirurgie und Neurologie – übernehmen Ärzte der Inselklinik die ambulanten Sprechstunden.

Auf Helgoland gab es bislang eine Praxis mit drei Arztsitzen, die von einem Arztehepaar gehalten wurden und die zwei weitere Ärzte angestellt haben. Drei dieser vier Ärzte wollen in den kommenden Jahren aufhören. Bemühungen, einen Arzt zu finden, der selbstständig und in Vollzeit auf der Insel arbeiten

möchte, sind bislang gescheitert. Damit die Insel weiterhin ambulant versorgt werden kann, folgt die Gemeinde nun dem Vorbild Büsums mit einer kommunalen Eigeneinrichtung, die für eine Übergangszeit in der bestehenden Arztpraxis eingerichtet sein wird.

Kraatz räumt für die Hochseeinsel „viele Besonderheiten“ ein, an die sich die medizinische Versorgung anpassen müsse. Zugleich sieht sie für den Standort aber auch die Chance, „sektorenverbindende Versorgung neu zu denken und umzusetzen“. Sie kann sich vorstellen, im Zentrum künftig weitere Gastärzte einzubeziehen. „Aber nur als Ergänzung, nicht als Konkurrenz zum bestehenden ambulanten fachärztlichen Angebot der Klinik. Wir wollen erreichen, dass

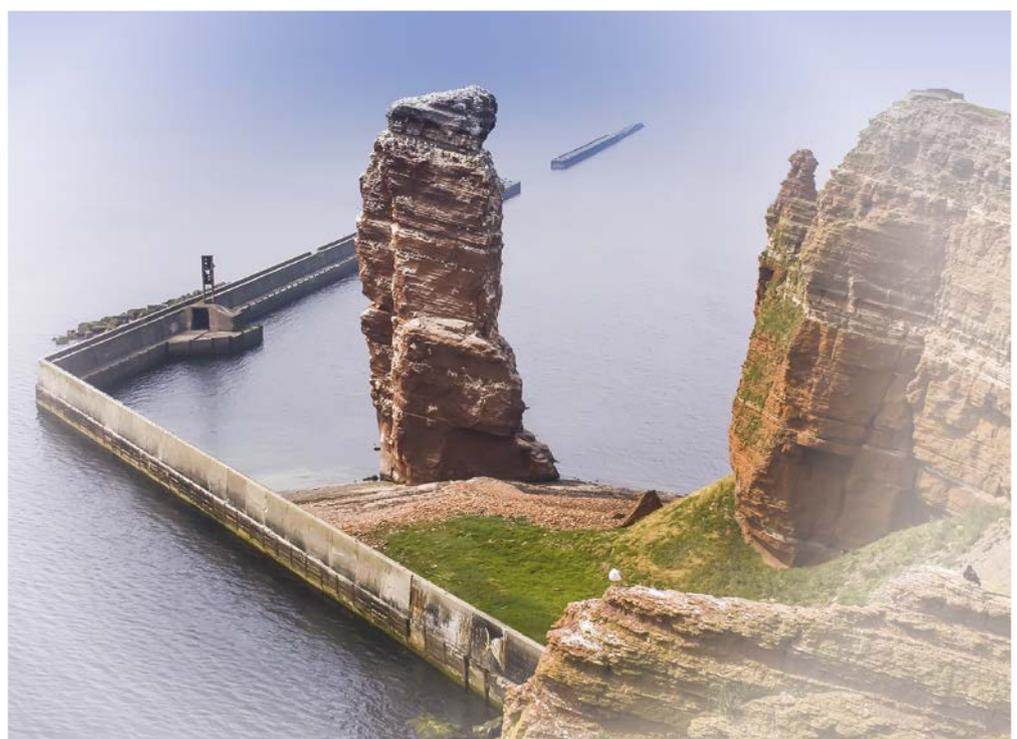
die medizinische Versorgung auf der Insel enger zusammenrückt“, sagte Kraatz. Auf Helgoland leben rund 1.200 Menschen, die Versorgung ist aber auch für die Touristen wichtig.

Bei den etablierten kommunalen Eigeneinrichtungen in Büsum und Lunden war es der Ärztegenossenschaft wie berichtet gelungen, angestellte Ärzte für die Tätigkeit zu gewinnen. Versuche, für die bestehenden Einzelpraxen dort Nachfolger zu vermitteln, waren zuvor gescheitert. Ärzte, die Interesse an der Arbeit auf Helgoland haben, können sich an die Geschäftsführerin der gGmbH, Imke Kraatz, direkt wenden (04551 9999 189; imke.kraatz@aeg-nord.de)

DIRK SCHNACK

Info

Kommunale Eigeneinrichtungen weisen Gemeinsamkeiten mit dem kommunalen MVZ nach Paragraph 95 SGB V auf. Neben dem Management durch die Genossenschaft sind dies die Anstellung von Ärzten, die spätere Möglichkeit der Selbstständigkeit und das wirtschaftliche Risiko für die Kommunen.



Die Insel Helgoland, hier das Wahrzeichen die „Lange Anna“, gründet eine kommunale Eigeneinrichtung nach dem Büsumer Modell. Die bestehenden Einzelpraxen auf der Insel haben Probleme, Nachfolger zu finden.

VERSORGUNG FESTLAND

Segeberg setzt auf Klebeeffekt

Der Kreis Segeberg investiert massiv in die Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Mit einem bundesweit bislang einmaligen Maßnahmenpaket, das er in Absprache mit KV und Ärztekammer geschnürt hat, unterstützt er Weiter- und Fortbildungen, ermöglicht einen externen Koordinator und fördert den Aufbau von Team- und Delegationsmodellen.

Rund 3,3 Millionen Euro für die hausärztliche Versorgung: Auf dieses Volumen schätzt der Kreis Segeberg sein bundesweit einmaliges Maßnahmenpaket für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Der Kreis startet mit Öffentlichkeitsarbeit, Fördermaßnahmen für Weiter- und Fortbildungen und der Vermittlungstätigkeit eines hausärztlichen Koordinators.

„Wir sind eigentlich nicht zuständig, aber wir haben den Druck, etwas in die Wege zu leiten“, sagte Segebergs Landrat Jan Peter Schröder im Pressegespräch zum Start der Fördermaßnahmen. Er verwies darauf, dass viele der rund 150 Hausärzte im Kreis in wenigen Jahren die Altersgrenze erreichen und dass in der jungen Ärztegeneration wenig Interesse an einer Übernahme der Einzelpraxen besteht. Außerhalb von Städten wie Norderstedt und Bad Segeberg zeichne sich diese Entwicklung bereits ab. Dies gilt nach seinen Angaben nicht nur für ländliche Regionen, sondern auch für Städte wie Bad Bramstedt oder Kaltenkirchen.

Um gegenzusteuern, hatte der Kreistag im Herbst 2019 wie berichtet einstimmig einem Maßnahmenpaket zugestimmt, das nun startet. Der externe Koordinator Otto Melchert ist ein früherer Klinikmanager (u. a. Regio Kliniken und Lubinus), der in der Region vernetzt ist und darüber hinaus aus einer ersten Ausbildung auch kommunale Verwaltungserfahrung besitzt. Er wird u. a. die Aufgabe haben, gemeinsam mit der Ärztegenossenschaft Nord vor Ort auszuloten, welche Lösungsmöglichkeiten etwa

für Ärztezentren bestehen und wie die Ärzte von solchen Lösungen überzeugt werden können. Vorbild für seine Tätigkeit ist die von Harald Stender, der eine vergleichbare Aufgabe in Dithmarschen übernommen hatte und der in dieser Funktion ebenfalls eng mit der Ärztegenossenschaft Nord kooperiert.

Laura Löffler von der Ärztegenossenschaft machte zum Start die Richtung deutlich, in die es gehen soll: Teamarbeit, Anstellungsverhältnisse, Delegationsmodelle, Work-Life-Balance. Mit dieser Mischung hat die Genossenschaft an anderen Standorten in Schleswig-Holstein junge und bislang in Einzelpraxis niedergelassene Ärzte für kleine Versorgungszentren gewinnen können. Junge Ärzte im Kreis Segeberg sollen zudem von erfahrenen niedergelassenen Ärzten als Mentoren bei ihrem Einstieg in das Arbeitsleben begleitet werden. Als Mentor wird u. a. der erste Sprecher der Organisation, Dr. Svante Gehring, tätig. Gehring ist niedergelassener Arzt in Norderstedt und auch Vorstandsmitglied der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Der Kreis hat sein Maßnahmenpaket nach Abstimmung mit KV und Ärztekammer geschnürt, um das Interesse an einer Niederlassung zu erhöhen. Die einzelnen Gemeinden sieht der Kreis damit nicht aus der Pflicht entlassen, sich weiterhin um attraktive Lösungen für Niederlassungen vor Ort zu bemühen.

Für vielversprechend hält Schröder besonders die Zuschussmöglichkeit für Ärzte in Weiterbildung, weil nach seiner Überzeugung ein Großteil dieser Ärzte anschließend in der Region ihrer Weiter-



Jan Peter Schröder, Landrat Kreis Segeberg

bildung bleibt. Schröder erhofft sich einen „Klebeffekt“. Anders als in der Praxis erhalten Krankenhäuser als Arbeitgeber von angehenden Allgemeinmedizinerinnen bislang nur 1.360 Euro (in der Inneren Medizin) bzw. 2.340 Euro (Chirurgie) der monatlichen Gehaltskosten der Ärzte in Weiterbildung bezuschusst. Um den Anreiz zu erhöhen, Stellen für Ärzte in Weiterbildung zum Allgemeinmediziner dennoch zu schaffen, gleicht der Kreis die Differenz zu den in der ambulanten Versorgung geförderten 4.800 Euro monatlich aus.

Auch Hausarztpraxen können unmittelbar profitieren. Die Fortbildung von MFA zur NÄPa wird ebenfalls bezuschusst. Bislang fördert nur das Land, das 50 Prozent der Fortbildungskosten übernimmt. Nun trägt der Kreis die andere Hälfte dieser Fortbildungskosten, wenn die MFA bei einem im Kreis Segeberg niedergelassenen Hausarzt angestellt ist. Bislang tragen häufig die Ärzte als Arbeitgeber diese Kosten. Ärzte in Weiterbildung, die im Kreis arbeiten, können außerdem einen Wohnkostenzuschuss in Höhe von 300 Euro monatlich bekommen. Das Gesamtpaket an Fördermaßnahmen ist bis zum Jahr 2023 befristet und wird evaluiert.

Schon jetzt sind nach Auskunft Schröders andere Landkreise aus Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen auf die Segeberger Initiative aufmerksam geworden und haben sich informiert. Er berichtete, dass er mehrfach auf das Modell angesprochen worden sei. Einen Wettlauf um Fördermittel befürchtet der Landrat jedoch nicht.

DIRK SCHNACK

Akademie

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

Wir bieten erstmalig diese Ausbildung als Blockunterricht an. Nach erfolgreich bestandener Prüfung erhalten Sie ihr Zertifikat zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin.

*Termine:
27. - 31. Juli
3. - 7. August
10. - 14. August
17. - 22. August
Prüfung: 29. August
Informationen:
Rabea brunke@ae-ksh.de
www.aeksh.de*

CORONA

Hausärzte ohne Verhaltensregeln

Abgeordnetenversammlung der KV u. a. zum Thema Corona. Hausärzte verweisen auf fehlende Verhaltensempfehlungen und kritisieren Politik. Telematik-Infrastruktur.

Am Tag der Abgeordnetenversammlung am 26. Februar hatte das Coronavirus Schleswig-Holstein noch nicht erreicht. Aber seit mehr als vier Wochen halte das Thema die Welt in Atem und das deutsche Gesundheitswesen sei vergleichsweise gut ausgerüstet und vorbereitet, hieß es vonseiten der Gesundheitspolitiker. Das Bundesgesundheitsministerium hatte auf seiner Website die Empfehlung eingestellt, bei Verdacht den Hausarzt einzuschalten.

Und dann? Hausärzte fühlten sich zumindest zu diesem Zeitpunkt eben nicht gut vorbereitet, wie die Diskussion in Bad Segeberg zeigte. Ausgangspunkt war die Information des Abgeordneten Dr. Andreas Bobrowski, der von vielen Tests auch in schleswig-holsteinischen Laboren zum Verdacht auf Corona berichtete. Daraus ergab sich für Hausarzt Dr. Thomas Maurer die schlüssige Frage, wie sich denn die Hausärzte verhalten sollten, die einen solchen Test wegen des Verdachts auf Corona veranlasst haben.

Er vermisste für solche Fälle klare und nachvollziehbare Regeln. „Als Hausarzt fühle ich mich von der Politik allein gelassen in Sachen Coronavirus“, sagte Maurer. „Warum ist noch niemand unter Quarantäne gestellt? Ein solcher Test müsste doch Konsequenzen nach sich ziehen, bis das Ergebnis feststeht. Was passiert mit dem Arzt, der den Patienten getestet hat? Geht der als „Superspreader zurück in die Praxis?“, konkretisierte Maurer seine Fragen.

Speziell für den Fall, dass ein Hausarzt zu einem Verdachtsfall gerufen wird, vermisst er Verhaltensregeln. Für ihn stellen sich in diesem Zusammenhang weitere Fragen, die aus seiner Sicht bis zur Versammlung nicht beantwortet waren, etwa: „Muss ich überhaupt zu einem solchen Patienten? Bin ich verpflichtet, mich diesem Risiko auszusetzen?“ Ein weiteres Problem für Landärzte, die wie Maurer 100 Kilometer vom nächsten Labor entfernt praktizieren: „Wie bekomme ich die Probe zeitnah ins Labor?“

Die zahlreichen Hinweise öffentlicher Institutionen auf die bestehenden

„Als Hausarzt fühle ich mich von der Politik allein gelassen in Sachen Corona. Warum ist noch niemand unter Quarantäne gestellt?“

DR. THOMAS MAURER

Informationen etwa des RKI hielt Maurer aus Hausärztesicht in diesem Zusammenhang für wenig hilfreich. Er hätte erwartet, dass die Politik auf Landesebene eine Task Force einrichtet, die sich auch solchen speziellen Fragen widmet. Ähnliche Bedenken äußerte eine namentlich nicht genannte Kieler Hausärztin einen Tag später in den „Kieler Nachrichten“. Sie kritisierte, dass sie nicht dafür ausgerüstet sei, im Verdachtsfall Abstriche bei Patienten zu nehmen. In der Praxis habe sie nicht die entsprechenden Räume dafür, für Hausbesuche nicht die entsprechende Schutzkleidung. Sie forderte deshalb, Untersuchungen auf das Coronavirus grundsätzlich in Kliniken zu verlegen.

Maurer schlug vor, landesweit mehrere Ärzteteams zu bilden, die für solche Hausbesuche geschult und ausgerüstet sind und bei Verdacht zu den Patienten geschickt werden, „und die Patienten nicht aus 2.000 Hausärzten jemanden auswählen zu lassen, der vielleicht eine Maske hat“.

Die Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein, Dr. Monika Schliifke, sagte: „Regeln Sie, wenn nötig, die Dinge telefonisch und in Absprache mit Ihrem jeweiligen Gesundheitsamt.“ Die Mitarbeiter der 116 117 würden Anrufer bei einer Kontaktaufnahme mit Kliniken und Gesundheitsämtern unterstützen. Schliifke verwies darauf, dass

es schon seit Mitte Januar keine Schutzmaterialien der 3er Kategorie mehr gibt. Zwei Tage nach der Versammlung, nach Redaktionsschluss, ging es im Kieler Sozialministerium erneut um Corona, unter Einbeziehung der KV. Schliifke nahm die Bedenken der Hausärzte mit.

Eine weitere offene Frage betraf zu diesem Zeitpunkt die Honorierung der Tests. Bobrowski stellte fest, dass es hierzu keine Regelungen gab. KV-Vorstand Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach verwies in diesem Zusammenhang auf frühere unvorhergesehene Krisenfälle, in denen die nachträglichen Vereinbarungen stets zur Zufriedenheit der Ärzte ausgefallen seien.

Neben dem Coronavirus beschäftigte sich die Versammlung u.a. mit der Telematik-Infrastruktur. Schliifke kritisierte in diesem Zusammenhang die „vielfältigen Abhängigkeiten von der Softwareindustrie und die unterlassene politische Kommunikation inklusive Sanktionen“. Zusammen trage dies „nicht zu einer wirklichen Vertrauensbildung“ bei. „Man hat es, weil man es eben haben muss, nicht weil man es haben will“, fasste Schliifke die Haltung vieler Ärzte zur TI zusammen. Denn die Vorteile für die Praxen seien bislang „Versprechungen, die erst mit Anwendungen eingelöst werden sollen.“

Als möglichen Nutzen für die Patientenversorgung nannte sie die schnelle und aktuelle Verfügbarkeit medizinischer Informationen (fachübergreifende authentische Dokumentation, Steuerung von Behandlungsprozessen, themengebündelte Fachinformationen sowie Information über Verfügbarkeit, Kosten und Nutzen von Arzneimitteln) und die Automatisierung von Routineprozessen (Kommunikation, Terminmanagement). Eine Bürokratieentlastung erwartet Schliifke erst, wenn die digitale Umsetzung die Praxisprozesse automatisiert hat, sie flexibel und individuell gehandhabt werden kann und wenn das Terminmanagement, die Qualitätssicherung und das Formularwesen automatisiert sind.

DIRK SCHNACK

2022

In zwei Jahren sollen die Pilotenrichtungen als Integrierte Notfallzentren (INZ) starten. KV-Vorstandschefin Dr. Monika Schliifke erwartet das Jahr 2022 als frühestmöglichem Zeitraum. Die Ärzteteams der INZ werden aus beiden Sektoren kommen. Die ersten Gespräche im Land zu diesem Thema sollen in Kürze starten.

Bei allen Führungsfragen dürfen wir nicht vergessen zu regieren!“ Regieren, das lässt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) an diesem Abend kurz vor der Bürgerschaftswahl in Hamburg mit diesem Satz durchblicken, ist das, worum es (ihm) eigentlich geht – in welcher Funktion, lässt er offen. Spahn spielt auf die Diskussion um den Parteivorsitz in der CDU an, für den er sich zu diesem Zeitpunkt nicht offiziell beworben hat. Aber jeder im gut besetzten Hörsaal der Augenklinik auf dem UKE-Gelände weiß um seine Ambitionen für das Amt des Parteivorsitzenden, für das er sich Ende 2018 schon einmal beworben hatte und das er trotz seiner Regierungsaufgabe im Amt des Bundesgesundheitsministers gerne inne hätte.

Spahn hat solche Ambitionen, obwohl man es als Gesundheitspolitiker schwer hat, beliebt zu sein oder zu werden, wie sein Parteikollege Dr. Dietrich Wersich zur Einleitung sagt. Wersich hat seine eigenen Erfahrungen gesammelt; nach seiner Zeit als Hamburger Gesundheitssenator ist er politisch kaum noch in Erscheinung getreten. Spahn nahm das Zuspiel von Wersich später gerne auf und den vollen Hörsaal für sich ein: „Wer beliebt werden will, sollte Sänger werden.“

Spahn stand an diesem Abend im Mittelpunkt einer Veranstaltung, zu der die Facharztklinik Hamburg eingeladen hatte. Die Facharztklinik ist von Belegärzten gegründet worden, sie sind Gesellschafter der Klinik. Deshalb war absehbar, dass neben Parteikollegen auch viele Belegärzte – auch aus Schleswig-Holstein – im Saal sein würden und auch über ihre speziellen Probleme wie etwa die Abschlüsse für belegärztliche Leistungen sprechen wollten. Dennoch musste Spahn bei Detailfragen aus dem Krankenhausentgeltgesetz passen und sich in die in solchen Fällen übliche Politikerfloskel „Ich nehme das gerne mit“ flüchten, was ihm niemand im Hörsaal übelnahm.

Spahn schaffte es mühelos über solche Hindernisse, etwa indem er versicherte: „Wir stehen nicht morgens auf und nehmen uns vor, die Belegärzte zu ärgern.“ Einen sachlichen Grund, vermutete Spahn, werde es für den Abschlussschlag geben, er kenne ihn nur nicht, weil diese Regelung aus einer Zeit stammte, als er Staatssekretär im Finanzministerium war.

Damit war der Weg wieder frei für andere Themen wie Digitalisierung, Finanzierung von Pflegestellen, Entlastung von Bürokratie, Verordnung von Apps, also für Themen, bei denen er in jüngster Zeit Gesetzesinitiative gezeigt hatte. Hier stellte Spahn unter Beweis, welches Detailwissen ein Gesundheitsminister haben kann. Das allerdings stand



JENS SPAHN

Mühelos über Hindernisse

Belegärzte adressieren ihre Probleme an Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Der spricht in Hamburg lieber über Debattenkultur und Regierungsverantwortung.

vier Tage vor der Bürgerschaftswahl in Hamburg nicht im Vordergrund. Spahn war in der heißen Phase des Wahlkampfes in die Hansestadt gekommen, um Parteikollegen wie Wersich zu unterstützen. Zugleich betrieb Spahn als einer der behandelten Kandidaten für den künftigen CDU-Parteivorsitz kräftig Werbung in eigener Sache.

Das schafft er eben nicht allein mit Gesundheitspolitik, sondern auch mit Ausflügen in gesellschaftspolitische Themen, die viele Menschen bewegen. Eines davon ist der Vertrauensverlust in die Volksparteien und in das politische System in Deutschland, „obwohl es uns so gut geht wie nie“. Nach Spahns Wahrnehmung haben viele Menschen die Befürchtung, dass dieser Status nicht gehalten werden kann und fragen sich mit einem „mulmigen Gefühl“: „Bleibt das auch so?“ Mit solchen Problemen der Menschen sollte sich Politik nach sei-

Info

Die Facharztklinik Hamburg wird von über 80 niedergelassenen Fachärzten getragen, die neben ihrer Tätigkeit in der Praxis ihre Patienten stationär und ambulant in der Klinik behandeln. Sie beschäftigen 190 Mitarbeiter und behandeln rund 7.000 Patienten pro Jahr in 90 Betten und sechs OP-Sälen.

ner Auffassung stärker als bislang auseinandersetzen. Auf der anderen Seite erfordere dies von den Menschen auch die Bereitschaft, sich sachlich mit strittigen Themen auseinanderzusetzen – auch wenn andere eine andere Meinung vertreten. „Einige in Deutschland sind immer so absolut oder hysterisch unterwegs“, fasste Spahn seine Wahrnehmung der aktuellen Debattenkultur zusammen. Zur Gesundheitspolitik schwenkt er dann mit einem Beispiel, bei dem die Debattenkultur aus seiner Sicht beispielhaft war: die Organspende. Der Bundestag hatte in dieser Frage anders entschieden, als Spahn sich das gewünscht hatte. Viel wichtiger sei ihm aber gewesen, dass intensiv und sachlich in vielen Gesellschaftsschichten darüber diskutiert und dann eine politische Entscheidung getroffen wurde, denn: „Nichts ist schlimmer, als wenn das nicht erfolgt.“

DIRK SCHNACK

INTERVIEW

Auf der Suche nach dem Masterplan

„Der Ausverkauf der ambulanten Medizin durch Finanzinvestoren steht bevor“ – so dramatisch hatte die Ärztegenossenschaft Nord (äg Nord) im Februar vor den Folgen der Kommerzialisierung in der ambulanten Medizin gewarnt. Im Interview erläutert der erste äg Nord-Sprecher Dr. Svante Gehring, was damit gemeint ist.

Herr Dr. Gehring, in einer Pressemeldung kritisiert die Ärztegenossenschaft Nord den Ausverkauf der ambulanten Versorgung durch Großinvestoren. Darin klingt an, dass die Kritik tiefer geht und sich generell gegen Ökonomisierung im Gesundheitswesen richtet. Welche Bilanz ziehen Sie nach 30 Jahren Liberalisierung im Gesundheitswesen?

Dr. Svante Gehring: Ich finde die Bilanz ernüchternd. Ich persönlich habe nichts gegen Ökonomie, aber ich wehre mich gegen die Kommerzialisierung. Nicht der Patient steht im Mittelpunkt, sondern seine Erkrankung in einer Kosten-Nutzenbilanzierung. Die Entwicklung hat einerseits zu einer die Patientensicherheit gefährdenden Überversorgung geführt, unnötige Operationen und Herzkathetereingriffe seien hier genannt. Auf der anderen Seite existiert eine genauso eklatante Unterversorgung, weil Patienten gar nicht mehr in Krankenhäusern aufgenommen werden, wenn der „Fallwert“ nichts hergibt, andere werden „blutig entlassen“. Wir haben mehr private Kliniken als die USA, aber eine spürbare Verbesserung der Versorgung kann ich nicht feststellen, im Gegenteil. Nun wird von großen Kapitalgebern, die nach renditeträchtigen Objekten Ausschau halten, der lukrative Anteil der ambulanten Versorgung – z. B. Labormedizin, Radiologie, Nephrologie und Augenheilkunde – auch noch „filialisiert“, während die mittelständischen, freiberuflich geführten Praxen und medizinischen Versorgungszentren (MVZ) dem unfairen Wettbewerb geopfert werden.

Warum ist der Wettbewerb unfair?

Gehring: Weil private Investoren aus dem gesetzlich bevorteilten stationären Sektor heraus operieren, von der Politik den Boden geebnet bekamen, indem ihnen z. B. der MVZ-Gründerstatus frühzeitig zugesprochen wurde. Großinvestoren und Klinikketten können Prei-

se für Praxen zahlen, die sich selbst Verbände von Mittelständlern nicht leisten könnten. Selbst wenn sie das Geld zusammenbekämen, besitzen sie außer Ärztenetzen gar keinen MVZ-Gründerstatus. Auch die Lieferengpässe bei Arzneimitteln sind ein gutes Beispiel. Der Mittelstand wurde durch Rabattverträge, die nur global agierende Pharmafirmen durch Produktionsverschiebung in Billiglohnländer mitgehen konnten, verdrängt. Nicht zuletzt befinden sich auch die Krankenkassen in einem unfairen Wettbewerb, nicht um den krankesten, sondern um den lukrativsten Versicherten. Der ist eher jünger, reicher und gesünder.

Bleibt die Solidargemeinschaft auf der Strecke?

Gehring: Meiner Meinung nach ist das so. Statt für gerechte Rahmenbedingungen aller „Stakeholder“ im Gesundheitswesen zu sorgen, werden staatlich legitimierte Interessen weniger „Shareholder“ begünstigt. Dabei geht es meist nicht um einen Wettbewerb der besten, dem Gemeinwohl dienenden Versorgung, als vielmehr darum, Kosten zu drücken, Effizienz zu steigern und Kapitalgeber zu locken. Dabei zahlt doch jeder Bürger mit im Durchschnitt 3.910 Euro pro Jahr genug für seine Gesundheit, das sind zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) und damit mehr als in den meisten Ländern.

Sie sehen die Probleme im Gesundheitswesen also globaler mit dem Wirtschaftssystem gekoppelt. Was ist so schlimm an unserer sozialen Marktwirtschaft?

Gehring: Für mich ist eine soziale Marktwirtschaft am Menschen ausgerichtet, dient dem Gemeinwohl und nicht der Bereicherung einzelner. Unser heutiges Wirtschaftssystem sorgt dafür, dass die Schere zwischen Arm und Reich auseinander driftet. Heute kann

ich in Deutschland in einem Stadtteil geboren werden, in dem niedrige Einkommen und die „soziale Schicht“ darüber entscheiden, welche Erkrankungen ich haben und ob ich zehn Jahre früher sterben werde als Menschen im benachbarten Stadtteil mit besseren Bildungs- und Einkommenschancen.

Schützt uns der Sozialstaat nicht in ausreichendem Maße?

Gehring: Ich sehe das nicht, im Gegenteil: Der Staat hat sich seit den 80er Jahren mehr und mehr aus den Bereichen der Daseinsfürsorge zurückgezogen und privatisiert. Konnte Anfang der 80er Jahre eine Familie mit einem Durchschnittsgehalt ein gutes Leben bestreiten, sind heute zwei Gehälter kaum noch ausreichend. Mehr als 3,5 Millionen Menschen in Deutschland sind laut Zahlen der Agentur für Arbeit auf einen Zweitjob angewiesen, um über die Runden zu kommen. Die Mittelschicht verschuldet sich und findet sich zunehmend in prekären Arbeitssituationen wieder. Den sozialen Abstieg können viele nicht verarbeiten. In meiner Praxis beobachte ich nicht nur mehr Depressionen, sondern auch mehr Schmerzerkrankungen. Die viel gerühmte Beschäftigungslage auch im Gesundheitswesen wird durch Teilzeitarbeit, Minijobs sowie Leiharbeit bestritten. Auch Altersarmut nimmt zu. Heute sind eine Million Senioren „Minijobber“, um ihre Rente aufzubessern.

Zurück zum Gesundheitswesen, was haben Fachkräftemangel und Pflege-notstand mit dem Wirtschaftssystem zu tun?

Gehring: Im DRG-Abrechnungssystem werden das richtige Kodieren belohnt und Gewinne erzielt, wenn die richtigen Patienten bei geringer Liegedauer den richtigen Prozeduren zugeführt werden. Geringere Kosten durch ärztliche und pflegerische Maßnahmen sind auszuschöpfende Rationali-

0,7%

Um diesen Anteil sind die Jahresüberschüsse der Vertragsarztpraxen im Jahr 2017 gesunken. Diese Zahl teilte das Zentralinstitut (Zi) für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland mit. Im Mittelwert über alle Fachgruppen lag der Überschuss bei 168.000 Euro je Praxisinhaber. Ein wichtiger Grund für den Rückgang sind die schon seit 2014 überdurchschnittlich steigenden Betriebskosten für die Praxen. Die größten Kostensprünge gab es laut Zi beim Personal.



Dr. Svante Gehring, erster Sprecher der Ärztenossenschaft Nord, erwartet von der Politik Rahmenbedingungen, die einen fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen ermöglichen.

sierungspotenziale. Weniger Personal, schlechtere Bezahlung, Überstunden und Arbeitsverdichtung durch Effizienzsteigerung sind die Konsequenz. Burnout und hoher Krankenstand sind die Folge. Für mich ist es kein Wunder, dass wir in einen Pflegenotstand geraten sind. Welcher Berufseinsteiger mit Empathie für seine Mitmenschen wird nicht im Handumdrehen desillusioniert, bricht ab oder arbeitet später in Teilzeit oder in versorgungsfernen Bereichen, in denen Quantität und Effizienz mit enger Patiententaktung nicht mehr den Alltag bestimmen?

Was müsste sich ändern, damit der Mensch wieder in den Mittelpunkt gerät?

Gehring: Es sollte gesellschaftliche Allgemeingüter wie das Gesundheitswesen ohne Eigentumsrechte geben, die dem Gemeinwesen frei zugänglich und kostenfrei bzw. günstig zur Verfügung gestellt werden. Der Staat muss seiner Verantwortung bei der Daseinsfürsorge nachkommen und sollte sozial gerechte Dienstleistungen und Produkte fördern. Der Mensch muss wieder im Mittelpunkt stehen, ob als Patient, Kunde, Konsument oder Arbeitnehmer. Soziale Aspekte wie Arbeitsbedingungen und Mitgestaltungsmöglichkeiten im Unternehmen müssen Beachtung finden, denn sie stehen mit der Gesundheit der Mitar-

beiter unmittelbar in Verbindung. Dazu sind leistungsgerechte und faire Bezahlung und menschenwürdige sowie familiengerechte Arbeitsbedingungen notwendig, die in flächendeckenden Tarifverträgen verankert werden sollten. Die Personaldecke muss stimmen. Untergrenzen müssen festgelegt und entsprechende Anreize geschaffen werden. Wochenarbeitszeiten müssen eingehalten werden, Teilzeitarbeit nicht zur verdeckten Vollarbeitszeit werden, Kinderbetreuung muss gewährleistet sein. Zufriedene Ärzte und Pflegende führen eher zu zufriedenen Patienten als Effizienz- und Gewinnstreben.

Aber reicht das, um die Probleme im Gesundheitswesen zu beseitigen?

Gehring: Nein, wir stehen mit der demografischen Entwicklung und Digitalisierung vor ungläublichen Herausforderungen, der Strukturwandel ist bereits im vollen Gange. Deshalb brauchen wir im Gesundheitswesen so etwas wie einen Masterplan. Dazu müssen Kriterien der Nachhaltigkeit, Zuwendung und Ökologie, die sich am Patienten- und Gemeinwohl sowie der Zufriedenheit der Beschäftigten orientieren, stärker in den Vordergrund rücken. Wenn es um Wettbewerb geht, dann um den der besten Versorgung. Patienten müssen darauf vertrauen können, dass Ärzte nicht den eigenen oder den finanziellen Inter-

essen Dritter dienen. Die Gesundheitsökonomien sollten errechnen, was die sprechende Medizin und empathische Zuwendung am Ende an Kosten spart und an Nutzen dem Patienten bringt. Die Digitalisierung muss dem Menschen dienen und nicht umgekehrt. Sie darf das informationelle Selbstbestimmungsrecht nicht aushebeln, muss dem Datenschutz und der Schweigepflicht genügen und sollte keine kommerziellen Interessen befeuern.

Wie sollte sich der Strukturwandel ihrer Meinung nach vollziehen?

Gehring: Der Investitionsstau muss ambulant und stationär abgebaut werden. Zwischen den Sektoren muss fairer Wettbewerb herrschen. Non-Profit-Unternehmen wie Genossenschaften sollten gefördert werden, wenn sie sich den ethischen Regeln des Gemeinwohls unterordnen. Diese könnten ihre Mitarbeiter z. B. durch Genossenschaftsanteile und das damit verbundene Stimmrecht urdemokratisch an der Ausrichtung ihres Unternehmens beteiligen. Wissen nicht die pflegenden und ärztlichen Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern besser, was sich am Patientenwohl ausrichtet, als der kaufmännische Geschäftsführer? Erwirtschaftete Gewinne müssen in unserem Solidarsystem reinvestiert werden und nicht an Aktionäre oder ins Ausland abfließen. Die Sektorengrenze muss fallen. Durch Umwandlung kleiner Krankenhäuser in integrative Versorgungszentren könnte intersektorale und transprofessionelle Zusammenarbeit entstehen. Voraussetzung ist allerdings, dass ein neues Vergütungsmodell die dort erbrachten pflegerischen und ärztlichen Leistungen adäquat abbildet.

Wer sollte diese integrativen Versorgungszentren führen?

Gehring: Jedenfalls keine ausländischen und renditehungrigen Kapitalgeber. Ich sehe den Mittelstand, der Sorge für seine Mitarbeiter zeigt und von freiberuflich tätigen Ärzten getragen wird, in der Verantwortung. Er sollte eine tragende Säule im Gesundheitswesen bleiben. Ärzte geloben und werden von der Berufsordnung verpflichtet, dem Patienten- und Gemeinwohl zu dienen, Verfehlungen werden geahndet. Mittelständische Praxen und Gesundheitszentren müssen aber in die Lage versetzt werden, die gesetzlichen Hürden, bürokratischen Auflagen und nötigen Investitionen durch Fortschritt und Digitalisierung zu schultern. Nur der Staat kann für zufriedenstellende Rahmenbedingungen und einen fairen Wettbewerb um die beste Versorgung sorgen – um nichts anderes sollte es im Gesundheitswesen gehen, sonst bleibt dies ein aussichtsloser Kampf David gegen Goliath.

48

Stunden betrug die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland laut Zi im Jahr 2017. Allerdings arbeiten angestellte Ärzte in der Regel deutlich weniger. Ihre wöchentliche Arbeitszeit liegt laut Zi im Durchschnitt 23 Stunden unter der von selbstständig tätigen Ärzten in der ambulanten Versorgung. Rund die Hälfte der Angestellten hatten Arbeitsverträge im Umfang von fünf bis zu 20 Wochenstunden.

Darf auf dem Weg zu einer personalisierten und individualisierten Therapie das Geschlecht des Patienten außer Acht gelassen werden? Werden Frauen heute in klinischen Studien zur Wirksamkeit von Medikamenten unzureichend berücksichtigt? Wie sieht es in der Lehre und Forschung aus?

„Früher waren sie es nicht“, meint Prof. Ingolf Cascorbi, Studiendekan Medizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) und Direktor des Instituts für Experimentelle und Klinische Pharmakologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH). Cascorbi bezieht sich auf die Unterrepräsentation von Frauen in Studien, Forschung und Lehre. Doch wie sieht es heute aus?

Es hat sich was getan, aber nicht genug. Gendermedizin soll den Fokus auf dieses Problem richten. Über die pharmakologische Notwendigkeit der Gendermedizin berichtete Prof. Gerd Glaeske in Kiel. Dazu bettete er die Medizin in die zugrunde liegende Gesellschaftsordnung ein. Denn auch in der Medizin folgt das Denken und Handeln laut Glaeske oft einem binären Muster – es werde in Macht und Ohnmacht, Unabhängigkeit und Abhängigkeit, Mann und Frau gedacht. Auch die Medizin sei nicht frei von gesellschaftlichen Machtverhältnissen, stellte der Bremer Pharmakologe fest. Ein Paradebeispiel dafür seien klinische Studien zur Medikamentenverträglichkeit, bei denen Frauen nach wie vor unterrepräsentiert seien. Auf die Frage, wie sich Medikamente, die an 35-jährigen Männern getestet und einer 70-jährigen Frau verschrieben wurden, auswirken, gebe es oft keine durch Studien belegte Antwort. „Das ist meist ein Blindflug für die Mediziner“, sagte Glaeske in Kiel.

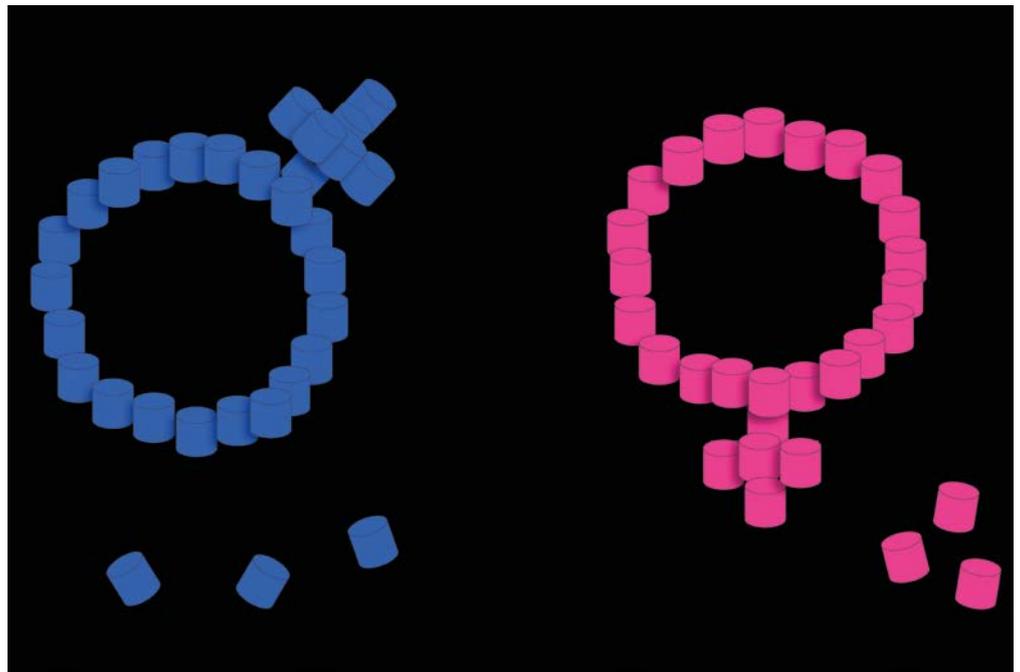
Zudem falle auf, dass Frauen wesentlich häufiger Psychopharmaka wie Antidepressiva verschrieben bekämen als Männer. Eine mögliche Begründung sei, dass Männer und Frauen unterschiedlichen Belastungen in unterschiedlichen Erwerbs- und Aufgabenfeldern ausgesetzt seien. Vor allem Frauen zwischen 45 – 55 Jahren hätten häufig ein Gefühl der Entwertung oder Isolation. Auch seien es Frauen, die öfter am „Empty-Nest-Syndrom“ leiden: Wenn die Kinder erwachsen geworden sind, das Haus verlassen und die Männer arbeiten gehen, seien es vor allem Frauen, die alleine zu Hause bleiben. „Die sogenannte ‚Pharma-Watte‘ wird in erster Linie den Frauen verschrieben“, so Glaeske. Männer seien hingegen auf physische Gesundheit getrimmt. Dass bei ihnen eine psychische Störung diagnostiziert werden könnte, passe nicht ins Weltbild.

Glaeske schlug daher vor, neben der rein biologischen Basis einer Therapie-

GENDERMEDIZIN

Verzerrte Bilder in der Medizin

Podiumsdiskussion an der Kieler Christian-Albrechts-Universität: Frauen sind in klinischen Studien unterrepräsentiert. Experten fordern stärkere Beachtung der Gendermedizin vor allem bei der Medikation.



stellung oder Medikation auch die kulturellen, sozialen und biografischen Einflussfaktoren bei der Vergabe von Medikamenten zu berücksichtigen.

Margarethe Hochleitner, Professorin für Gendermedizin an der Medizinischen Universität Innsbruck, verwies ebenfalls auf die Diskrepanz zwischen gesellschaftlich zugeordneten geschlechtsspezifischen Krankheitsbildern und tatsächlichen Befunden klinischer Untersuchungen. Der Kardiologin zufolge hielten es viele ihrer männlichen Patienten für unmöglich, an Osteoporose zu erkranken. Stattdessen fürchteten sich viele Männer, an einem Herzleiden zu sterben. Frauen fürchteten sich in der Regel vor Krebsleiden. Laut Hochleitner widersprechen diese Befürchtungen der Realität. Es zeige sich nämlich ein erhöhtes Risiko von Männern, an Krebs zu erkranken. Frauen erkrankten hingegen eher an Herzleiden.

Ein verzerrtes Bild geschlechtsspezifischer Krankheitszuordnungen dürfe es in der Medizin nicht geben. Gendermedizin ziele darauf ab, durch Forschungs-

schwerpunkte und als fester Bestandteil der Lehre auf diese Verzerrung hinzuweisen und ihr so entgegenzuwirken. Gendermedizin sei als Querschnittsdisziplin zu verstehen, die auf eine ganzheitliche und interdisziplinäre Verbesserung der Medizin abziele.

Prof. Marianne Schrader führte bereits 2004 das Wahlfach „Gender in der Medizin“ an der Universität Lübeck ein. Wurden die Veranstaltungen anfangs spärlich und nur von Studentinnen besucht, zeige sich mittlerweile, dass das Fach beide Geschlechter interessiere. Aus der Evaluation gehe hervor, dass die Studierenden das Wahlfach so schätzten wie kein zweites, sagte Schrader.

Problematisch sei jedoch, dass Gendermedizin an jeder Universität anders behandelt würde. Schrader sieht daher nicht nur die Dozentinnen in der Verantwortung, das Fach in Lehre und Forschung präsenter zu machen. Ebenso seien die Lehreinrichtungen innerhalb und außerhalb der universitären Lehre in dieser Pflicht.

STEPHAN GÖHRMANN

1,5 - 1,9

Millionen Menschen in Deutschland sind einer Studie zufolge abhängig von Beruhigungsmitteln. Zweidrittel davon sind Frauen. Begründet wird das u. a. damit, dass psychische Störungen häufiger bei Frauen diagnostiziert werden. Erkrankungen bei Männern werden eher in den Kontext eines physischen Leidens gesetzt.

PFLEGE

Intersektoral und transprofessionell

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung stärkte der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein den Rücken. Ärzte und Pflegende wollen gemeinsam an Versorgungslösungen arbeiten.

Die Folgen des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen werden auch der Öffentlichkeit zunehmend deutlich. Über Wartezeiten und überlastetes Personal wird diskutiert, über Lösungen auch. Die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein setzt in dieser Frage auf gemeinsame Konzepte mit der Ärzteschaft, wie sie bei einem Besuch des Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, in Neumünster deutlich machte.

Westerfellhaus selbst forderte in Neumünster den Schulterschluss von Ärzten, Pflegenden und anderen Berufsgruppen, die am Patienten tätig sind. Mit solchen „fundierte[n], interdisziplinären Konzepten“ rannte er bei der Präsidentin der Pflegeberufekammer, Patricia Drupe, offene Türen ein. Erforderlich seien solche Konzepte, weil in beiden Berufsgruppen Fachkräftemangel herrsche und dies die Versorgung gefährde. Westerfellhaus kann sich vorstellen, dass gemeinsame Konzepte zu einer Entlastung beider Berufsgruppen führen.

Unterstützung erhielt er dafür von der Ärzteschaft Nord. Deren erster Sprecher Dr. Svante Gehring ist auch Mitglied des Vorstands der Ärztekammer. „Der Fachkräftemangel und Strukturwandel im deutschen Gesundheitswesen stellen uns vor Herausforderungen, die wir nur durch engere intersektorale und transprofessionelle Zusammenarbeit bewältigen können“, sagte Gehring.

Den Willen dafür sehen beide Berufsgruppen bei ihren Mitgliedern vorhanden. „Das scheitert bislang aber an den unterschiedlichen Abrechnungssystemen und den Brüchen zwischen SGB V und SGB XI“, sagte Gehring. Er sprach sich für ein Abrechnungssystem aus, „das den Patienten folgt“. Auch Drupe kritisierte diese Brüche im System, die nach ihrer Beobachtung bei vielen Pflegenden zu Frust führen. Sie erwartet, dass die Politik auf gemeinsame Lösungsvorschläge für die künftige Versorgung von Ärzten und Pflegenden deutlich positiver reagiert, als wenn sich nur



Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, zu Gast in der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein. Er wünscht sich einen Schulterschluss von Ärzten und Pflegenden.

eine Berufsgruppe äußern würde. Neben eigenen Vorschlägen aus der Selbstverwaltung wünscht sich Westerfellhaus auch mehr Mut bei der Erprobung etwa von Modellen, die sich im Ausland schon bewährt haben. Als Beispiel nannte er das niederländische Buurtzorg-Modell. Um die Versorgungsprobleme in Deutschland zu überwinden, seien weitere Bausteine nötig, u. a. Fachkräfte aus dem Ausland. Großes Potenzial sieht er in der Rückgewinnung von ausgebildeten Pflegekräften, die derzeit nicht in ihrem Beruf arbeiten. Diesen müsse die Perspektive gegeben werden, dass sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern.

Auch zur anhaltenden Kritik an der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein aus den Reihen der Mitglieder und von der Gewerkschaft Verdi äußerte sich Westerfellhaus. Er warb in Neumünster für mehr Geduld und Unterstützung für die Pflegeberufekammern. „So et-

was wie Pflegeberufekammern hat es bei uns bis vor Kurzem noch nie gegeben. Wir brauchen diese Strukturen“, erklärte Westerfellhaus. Er appellierte an die Berufsgruppe, der Pflegeberufekammer eine Chance zu geben, ihren Wert für die Mitglieder unter Beweis zu stellen. „Das geht nicht in 100 Tagen, dafür braucht es drei, vier Jahre“, sagte Westerfellhaus.

In dieser Zeitspanne werden die demokratisch gewählten Vertreter nach seiner Überzeugung mit eigenen Vorschlägen und Initiativen den Beweis erbringen, dass die Pflegenden eine eigene Selbstverwaltung benötigen. Dem ersten gewählten Kammervorstand im Norden bescheinigte Westerfellhaus, „an den dringenden Gesundheitsfragen wie auch an der Festlegung gesetzlicher Rahmenbedingungen zwingend beteiligt“ zu sein. Auch auf Bundesebene wären Ärzte nach seiner Wahrnehmung froh, mit einer Bundespflegekammer einen zentralen Ansprechpartner zu bekommen. Zum Verhältnis zwischen Pflegekräften und Ärzten sagte Westerfellhaus: „Die Diskussion mit den Ärzten hat an Qualität gewonnen. Beide Seiten nehmen die bestehenden Probleme an.“

Dass auch die Ärzte froh über eine Pflegeberufekammer sind, machte Gehring in Neumünster erneut deutlich. „Zur Neugestaltung der Versorgung benötigen wir kompetente Ansprechpartner wie die Pflegeberufekammer.“ Drupe ist überzeugt: „Wir brauchen sowohl all die engagierten Pflegenden vor Ort, die sich in ihrem Beruf stark machen, als auch die Pflegeberufekammer, die mit Weitsicht und strategischer Planung die Perspektive der beruflich Pflegenden dort vertreten kann, wo die Weichen für die Versorgung gestellt werden, zum Beispiel im Landespflegeausschuss und im Gemeinsamen Landesgremium zur medizinischen Versorgung.“ Die Kammer habe mehrere Projekte für mehr Versorgungssicherheit gestartet, u. a. für ambulante Pflegedienste, zur Personalbemessung, zur Ausweitung der Pflegestudienplätze und zum Ausbau pflegerischer Handlungskompetenzen.

DIRK SCHNACK

9,35

Pflegefachkräfte pro 1.000 Einwohner arbeiten in Schleswig-Holstein. Dies sind deutlich weniger als im Bundesdurchschnitt (12,9). Norwegen liegt mit 17,8 Pflegefachkräften pro 1.000 Einwohner an der Spitze der OECD-Statistik. Italien (6,7) und Spanien (5,7) liegen im unteren Drittel.

Für mich war es alles andere als geplant. Am 24. Dezember 2019 erhielt ich einen Anruf. Ob ich bereit wäre, mit der Sea-Watch 3 auf Mission zu fahren? Ja, warum nicht? Spontan war die Sea-Watch 3 nach sechsmonatiger Festsetzung durch italienische Behörden freigegeben worden, spontan also auch dieser Missionsbeginn.

Vier Tage später stand ich im Hafen von Licata auf Sizilien und fragte mich, wie ich die Absperrung überwinden könnte, um zum Schiff zu gelangen. Naja, drüber klettern ... So unkonventionell wie die Mission startete, ging sie weiter. Für vier Wochen wurde dieses Schiff mein Zuhause. Und ich stellte fest, dass ich unglaublich gerne auf See und hochseetauglich bin, die Seekrankheit blieb mir fern.

Die eigentliche Mission war aber nicht die Prüfung meines Vestibularsystems, meiner Toleranz gegenüber Platzmangel oder mangelnder Privatsphäre. Die eigentliche Mission war die zivile Seenotrettung im Mittelmeer vor der libyschen Küste.

Am frühen Morgen des 30. Dezember liefen wir aus gen Süden. Nahe der Search-and-Rescue-Zone (SAR-Zone) erhielten wir schon die erste Seenotmeldung. Ein libyscher Fischer habe ein Flüchtlingsboot gesehen. Wir waren acht Stunden von der gemeldeten Position entfernt. Gegen Mitternacht des 31. Dezember, bei Wind und Wellengang, erreichten wir die gemeldete Stelle. Die Wünsche zum neuen Jahr fielen kurz aus, unsere Aufmerksamkeit richtete sich per Fernglas auf das Wasser. Dunkelheit und das schlechte Wetter um uns herum schienen alle Sicht zu verschlucken – wir fanden niemanden.

Während Europa Silvester feierte, kam für diese Menschen jede Hilfe zu spät. Eine Woche später, am 7. Januar 2020, wurde von den ersten Leichen berichtet, die an die libysche Küste zurück gespült wurden. Das „Frohe neue Jahr“ bekam für uns einen bitteren und traurigen Beigeschmack.

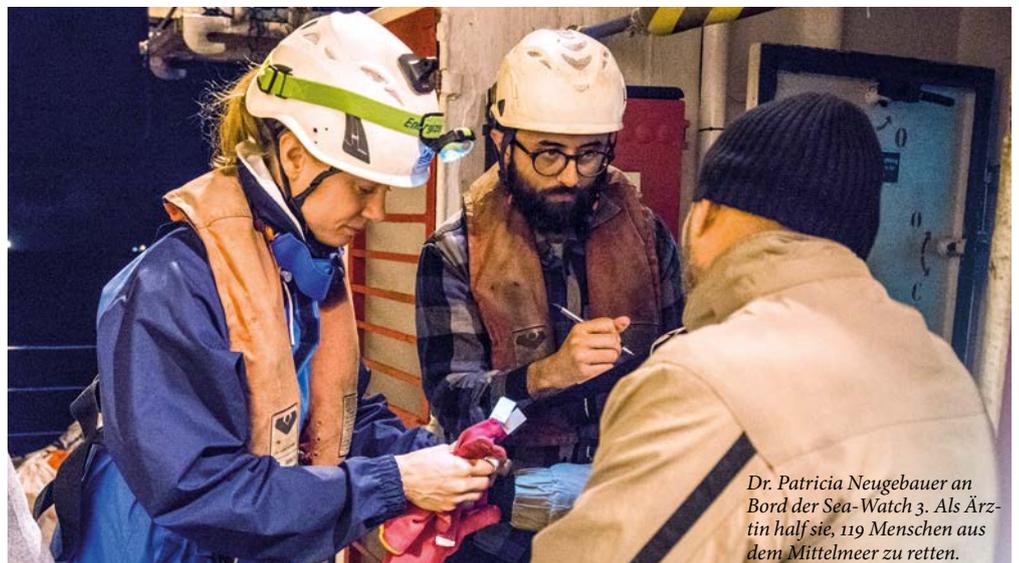
Die nächsten Tage wurden noch stürmischer. In einer Nacht wurde ich davon wach, wie mein Körper mit Wucht gegen die hölzerne Begrenzung meines Bettes knallte. Fünf Meter hohe Wellen und Windstärke sieben rüttelten das Schiff durch. Unkontrollierbares Schaukeln und Scopolaminpflaster für alle waren die Folgen. Delfine, die täglich stundenlang in unserer Bugwelle spielten, schienen unbändigen Spaß an diesem Wetter zu haben. Sie sollen Glück bringen, sagen die Nautiker.

Am 9. Januar wurde es auf einmal still. Das Mittelmeer ändert sich sehr schnell, von tobend zu spiegelglatt, von dichtem Nebel zu einem unglaublichen Sternenhimmel. Uns war klar, dass an diesem Tag Menschen versuchen wür-

FLÜCHTLINGE

Als Ärztin auf der Sea-Watch 3

Dr. Patricia Neugebauer musste sich ganz spontan entscheiden, ob sie der medizinischen Crew auf der Sea-Watch 3 angehören möchte. Kurz darauf suchte sie schon mit einem Fernglas auf dem Mittelmeer nach Flüchtlingen und erlebte ihre erste bittere Enttäuschung. Für das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt berichtet sie über ihren Einsatz.



Dr. Patricia Neugebauer an Bord der Sea-Watch 3. Als Ärztin half sie, 119 Menschen aus dem Mittelmeer zu retten.

den, mit nicht-seetauglichen Schlauchbooten Europa zu erreichen. Um 6 Uhr morgens kam der erste Alarm. Zwei Boote wurden gemeldet. Alle waren wach, alle in ihrer Einsatzkleidung, kurze Besprechung auf der Brücke. Die Retter-Crew ging in die Schnellboote. Wir an Bord bereiteten alles vor. Die Boote waren in Sicht, schienen nah. Dann die Ernüchterung: Am Horizont tauchte ein europäisches Militärflugzeug auf, kurze Zeit später die sogenannte libysche Küstenwache. Vor unseren Augen fing sie die Flüchtlingsboote ab und nahmen alle Flüchtlinge an Bord. Für sie ging es zurück in eine ungewisse Zukunft in libyschen Flüchtlingslagern. Wir standen machtlos an der Reling. Das Flugzeug, das die Boote an die libysche Küstenwache gemeldet hatte, kreiste weiter über uns, und die Libyer waren mit ihren Booten schneller als wir und nicht limitiert durch eine 24-Meilen-Zone, in die wir aus Sicherheitsgründen nicht fahren.

Doch auch ein libysches Schiff hat seine Kapazitätsgrenzen. Nachdem wir

über Ferngläser beobachten konnten, wie die Menschen sich auf allen Decks stehend zusammendrängten, verließ es unser Sichtfeld und auch das Flugzeug verschwand. Dafür kam ein anderes, das von uns aber freudig begrüßt wurde. Die Moonbird, ein kleines Propellerflugzeug von Sea-Watch, flog über uns hinweg auf die libysche Küste zu, sodass wir zumindest im Luftraum die 24-Meilen-Grenze überwinden konnten. Das Flugzeug meldete prompt ein Boot.

Nun war Eile geboten, denn dieses wollten wir nicht verlieren. In einer glatt laufenden Rettungsaktion nahmen wir 60 Menschen aus einem völlig überfüllten Schlauchboot, dessen Außenborder längst aufgegeben hatte, an Bord. Im Schlauchboot war auch ein vier Monate altes Mädchen. Sie wurde mir als erstes aus unserem Schnellboot gereicht. Als ich sie das erste Mal im Arm hatte, konnte ich ihr Gesicht nicht finden, so tief eingesunken war sie in unsere Baby-Schwimmweste und zwei übereinander gezogene Ski-Anzüge, die ihr viel

Person

Dr. Patricia Neugebauer ist in Flensburg aufgewachsen und hat in Kiel Medizin studiert. Sie befindet sich in der Weiterbildung zur Fachärztin für Anästhesiologie in Aachen, ist derzeit aber für humanitäre Einsätze freigestellt. Bevor sie sich auf der Sea-Watch 3 engagierte war sie für Ärzte ohne Grenzen im Irak. In Tansania hat sie sich über eine Nicht-Regierungs-Organisation für die Mutter-Kind-Gesundheit der Massai in Tansania eingesetzt. Für diesen Monat plant sie einen erneuten Einsatz für Ärzte ohne Grenzen im Jemen.



zu groß waren. Ich schob alles zur Seite und als ich sie endlich sah, strahlte sie mich an, und ich sagte nur: „Welcome on board, my dear!“

Meine Aufgabe war die Ersteinschätzung aller Gäste, die an Bord kamen. Alle waren gesundheitlich stabil, keiner zeigte akute gefährdende Probleme. Neben der jungen Mutter kamen fünf weitere Frauen an Bord, darunter eine, die im siebten Monat schwanger war. Bei der Aufnahme wird nach persönlichen Daten gefragt sowie Decken, Verpflegung und wenn nötig Kleidung ausgeteilt. Die Menschen waren seit mehr als 14 Stunden auf dem Mittelmeer unterwegs. Viele waren so erschöpft, dass sie sofort einschlieften.

Es sollte nicht das einzige Boot bleiben. Nachdem wir zwei weiteren Booten helfen konnten, hatten wir 119 Menschen innerhalb von 24 Stunden an Bord genommen. Als mitten in der Nacht vor Malta ein weiteres Boot mit mehr als 60 Menschen an Bord in Seenot geriet, waren noch einmal Ausdauer und Geduld gefragt. Wir verhandelten lange mit den Malteser Behörden, wer für dieses Boot verantwortlich sei. Wir bereiteten uns darauf vor, auch diese Menschen an Bord zu nehmen, auch wenn es eng geworden wäre. Aber nach vier Stunden kam ein Boot der Malteser Küstenwache und rettete die Menschen. Dieser Akt war unglaublich kräftezehrend für alle, vor allem für die Teams in den Schnellbooten, da alle schon über 30 Stunden wach und im Einsatz waren. Und es war lebensgefährlich für die Flüchtlinge, weil sie seit 48 Stunden in einem maroden Schlauchboot auf dem Meer waren: nass, kalt und ohne Nahrung.

Die folgenden Tage waren geprägt von Verhandlungen für einen sicheren Hafen. Als medizinisches Team konnten wir in dieser Situation nur mit unseren Medical Reports, die die Not-

wendigkeit eines baldigen sicheren Hafens unterstreichen, unterstützen. Die Tage verschwammen ineinander. Vorher hatten wir ein Schichtsystem von jeweils zwei Mal vier Stunden pro Tag. Meine Schicht war von 12-16 Uhr und von 00-04 Uhr. Nun arbeiteten wir fast täglich durch, denn 119 Menschen an Bord, die zuvor Monate oder Jahre unzureichend ernährt und medizinisch unterversorgt waren, brauchten viel Unterstützung – und manchmal auch nur einen Zuhörer.

Es war schön zu sehen, wie die Leute an Bord langsam auftauten, warm wurden, von innen und außen, manche fingen an zu erzählen. Ihre Fluchtgeschichten waren fürchterlich, jede einzelne eine Katastrophe. Frauen mussten auf der Flucht mit ihrem Körper bezahlen. Nicht wenige wurden dabei schwanger. Dies hat Konsequenzen für eine ganze nachfolgende Generation. Die traumatisierten Mütter können keine normale Mutter-Kind-Bindung aufbauen. Es tat weh, das zu sehen.

Die Männer zeigten Verletzungen durch Misshandlungen: Gebrochene Handgelenke, die schief zusammengewachsen waren, Wunden am ganzen Körper und manch einer mit leerem Blick. Alle waren in schlechtem körperlichen Zustand, manche hatten Krätze, faulige Zähne und waren zu dünn. In den libyschen Lagern gibt es einen Laib Brot am Tag.

Die Menschen kamen aus ganz unterschiedlichen Regionen der Welt. Menschen aus dem ersten Boot waren meist aus Westafrika, das zweite Boot hatte eine nordafrikanische Großfamilie an Bord, die vor dem Bürgerkrieg in ihrem Land floh, und das dritte Boot Menschen aus Nordafrika und Südostasien.

Am 16. Januar bekamen wir einen „Port of safety“ in Taranto, Italien. Die Freude und Erleichterung war uns aus

vielen Gründen allen anzusehen, aber auch aus einem sehr pragmatischen: Zwischenzeitlich war unsere Süßwasser-Aufbereitungsanlage defekt und der Tank dafür natürlich endlich. In Taranto kam das Gesundheitsministerium an Bord, in weißen Overalls mit FFP-Maske. Jeder Flüchtling wurde begutachtet und dann an Land genommen. Die italienischen Behörden untersuchten uns gründlich, eine total müde Crew musste jeden einzelnen Müllsack vorzeigen, alle technischen Einheiten des Schiffes sowie einmal Feueralarm und einmal Abandon-Ship-Alarm vorführen. In der Küche suchten sie dann vergeblich nach dem Fleisch- und Fischlager.

„Sorry, we are a vegan ship!“ Erstaunte Gesichter und dann ungläubiges Kopfschütteln, wir grinnten. Aber die Probe bestanden wir, sie konnten nichts finden, womit sie uns festlegen konnten, und wir durften wieder auslaufen. Ziel war die Werft in Burriana, Spanien. Von dort aus ging es zurück nach Deutschland.

Das Mittelmeer ist die gefährlichste Fluchtroute der Welt. Seit 2000 sind hier nach meinen Recherchen 36.000 Menschen ertrunken bei dem Versuch, nach Europa zu gelangen. Damit erhält diese Route die traurige Auszeichnung als gefährlichste Route der Welt. Jede Woche sterben dort 25 Menschen. Deswegen habe ich mich dafür entschieden, Teil der Sea-Watch-Crew zu werden. Ich habe mich nie wirklich für Politik interessiert und würde mich auch nicht als politisch aktiv bezeichnen. Aber ein Massensterben, weil die Flüchtlingsfrage nicht geklärt wird, kann ich persönlich nicht hinnehmen.

Deshalb bin ich froh, dass ich Teil dieser unglaublichen Crew sein durfte und meinen Teil dazu beitragen konnte, Menschen zu retten.

DR. PATRICIA NEUGEBAUER

Schiff

Die Sea-Watch 3 ist 55 Meter lang und kann bei Bootsunglücken schnell, sicher und effizient helfen. Seit November 2017 war die Sea-Watch 3 nach Angaben des Sea-Watch e.V. an der Rettung von über 3.000 Menschen beteiligt. Sie patrouilliert vor der libyschen 24-Seemeilen-Zone und sucht dort aktiv nach Booten in Seenot. Die Crews bestehen aus Nautikern, Ärzten und Mechanikern. Daneben engagieren sich viele Menschen an Land für die Rettung der Flüchtlinge. Insgesamt rund 500 Menschen helfen nach Angaben des Vereins weltweit. Weitere Informationen unter www.sea-watch.org.

Erfordern „Komplexe Probleme - immer auch - komplexe Lösungen?!“

- Auftakt: Hausärztliche Grundversorgung und Pflege als Komplexleistung mit anschließender Podiumsdiskussion
- Mehrwert interoperabler Systeme – Inseln braucht man nur für den Urlaub
- Diagnosebasierte Komplexpauschalen
- Digital Transformers
- Telemedizin einfache Lösung für komplexe Probleme?
- Abschluss: Evolution; Revolution oder Disruption, welche Veränderungen stehen unserem Gesundheitssystem bevor?



Vorträge, Diskussionen, Science Slam,
Workshops für Ärzte und auch für Juristen

**Seien Sie dabei, wenn sich der
echte Norden vernetzt!**
www.vernetzte-gesundheit.de



MEDIZINETHIK

Unterjüngte Gesellschaft

Christlicher Gesundheitskongress in Kassel. Menschenwürde im medizinischen Alltag schützen ist nötiger denn je. Besonderer Schwerpunkt: menschenwürdiger Umgang mit alten Patienten.

Braucht unser Gesundheitswesen hauptsächlich mehr Geld, mehr (digitale) Technik, mehr Personal? Definiert sich die Leistungsfähigkeit der Kliniken und Praxen primär nach ihrem finanziellen Gewinn? Ganz klar nein, lautete die Botschaft des 7. Christlichen Gesundheitskongresses im Januar im Kassel. In einer Zeit zunehmender Bedrohung der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung gehe es um den Schutz der Menschenwürde von Patienten wie auch Mitarbeitern als zentraler Wert einer ethisch fundierten Medizin. Dieser ursprünglich christliche Begriff hat nicht nur unser Grundgesetz geprägt (Art. 1), sondern auch das ärztliche Gelöbnis für alle Ärzte. So heißt es in der Fassung des Weltärztebundes von 2017, der Arzt gelobe, sich in den Dienst der Menschlichkeit sowie der Gesundheit und des Wohlergehens der Patienten zu stellen und „die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten zu respektieren“. Dementsprechend schrieb der Präsident der Bundesärztekammer Dr. Klaus Reinhardt in seinem Grußwort an den Kongress, dieser Wert sei in der Gesundheitsversorgung von besonderer Bedeutung und müsse insbesondere bei den ethischen Fragen am Anfang und Ende des Lebens beachtet werden.

So konnten in Kassel Mediziner jeder Weltanschauung von zahlreichen Hinweisen und Impulsen profitieren, die in Richtung praktische Umsetzung gingen. In Plenarsitzungen und Seminaren kamen viele positive Fallbeispiele zur Sprache. So wurde von allein lebenden betagten Patienten berichtet, die von einem Netzwerk von Hausarzt, Pflegediensten und weiteren Diensten und hilfreichen Nachbarn („caring community“) gut versorgt werden.

Auch in der klinischen Altersmedizin, sagte Kongressvorstand Dr. Georg Schiffner (Hamburg-Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand), gebe es gute Möglichkeiten, mit „christlich geschulter

Aufmerksamkeit“ und im Verbund mit Seelsorge und Musik viele – ja zumeist getaufte – Patienten über ihre Lebensgeschichte zu erreichen.

Dr. Robert Wilhelm (Diakonieklinikum Harz, Elbingerode) informierte über Patienten, die auf Wunsch auch spirituell angesprochen werden und dann mit Schmerzen etwa bei Herz-/Kreislaufkrankungen und Krebs deutlich besser zurechtkommen. Wichtig sei, auch bei scheinbar diagnostisch klaren Fällen zu fragen, was der Patient genau möchte, und dann eventuell weiter zu fragen: „Was hat Ihnen in schwierigen Situationen geholfen?“ Diese Frage nach möglicherweise spirituell-religiösen Erfahrungen dürfe seit einigen Jahren auch in der Psycho-Medizin gestellt werden, sagte Prof. Dr. phil. Michael Utsch (Berlin) in einem anderen Seminar, um sie therapeutisch zu nutzen. Immerhin sei „Spiritual Care“ nach einigen Studien auch von der Weltgesundheitsorganisation WHO als heilender Faktor anerkannt. Viele Psychotherapeuten klammerten diesen Bereich allerdings immer noch aus. Er sei jedoch sicher, dass in Zukunft mit zunehmender Technisierung eine christlich inspirierte Medizin immer wichtiger werde. Auch wenn die Kern-tugenden vieler Religionen wie Menschlichkeit, Liebe, Gerechtigkeit, Mäßigung, Mut, Weisheit und Transzendenz/Sinn-suche in der nichtreligiösen Welt anerkannt seien, sei zu berücksichtigen, dass Glaube nicht immer positiv für die Gesundheit sei, sondern im Extrem mit übersteigertem Wunschenken und Fanatismus auch Schaden könne.

Weitere eindrucksvolle Beispiele zeigten sich bei den Bewerbungen für den Christlichen Gesundheitspreis 2020 sowie am Rand des Kongresses etwa bei den Ausstellern wie der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner. Den ersten Preis gewann ein Künstler, der hölzerne „Königsskulpturen“ gezielt in Kliniken und Hospizen aufstellt, um auf die (Königs-)Würde jedes einzelnen hin-

zuweisen. Hinzu kamen zum Beispiel eine medizinische Straßenambulanz in Frankfurt, ein von einem Arztehepaar mit Spenden finanziertes Krankenhaus für die als diskriminiert geltenden Quechuas in Peru, ein Kursangebot für Menschen mit entwürdigenden Erfahrungen oder eine Suchtprävention mit einer neuartigen App.

Einen besonderen Schwerpunkt des Kongresses bildete die Gerontologie und Geriatrie, weil alte (multi-)mor-bide Menschen oft besonders hilfsbedürftig sind, weil der Zeitraum für Hilfsmöglichkeiten kürzer ist und – moralisch gesehen – weil Jüngere den Älteren überhaupt die Voraussetzungen für ihr Tun verdanken. PD Dr. Rupert Püllen, Chef-arzt der Medizinisch-Geriatriischen Klinik der Agaplesion Frankfurter Diakonie-Kliniken, wies auf die Geringachtung der Würde alter Menschen im Gesundheitswesen hin: „Unser Gesundheitswesen ist unzureichend auf ältere Patienten eingestellt.“

Nicht nur gängige Begriffe wie „Überalterung“ seien falsch (eher „Unterjüngung“), auch landläufige Wünsche („Hauptsache gesund!“ – besser Hauptsache selbstständig!). Die WHO habe daher zutreffend gesundes Altern (healthy ageing) als die Fähigkeit definiert, Wohlbefinden (well-being) im höheren Alter zu ermöglichen. Auch das abwertende Kostgänger-Argument sei nicht einmal rechnerisch korrekt, wenn – wie in einer Studie für Großbritannien – die volkswirtschaftlichen Leistungen älterer Menschen wie etwa Steuern, ehrenamtliche Arbeit, nützliche Konsumausgaben den Ausgaben für Senioren gegenübergestellt würden.

Ein menschenwürdiger Umgang mit alten Patienten sei sicher nicht immer einfach. Er erfordere etwa bei Multimorbidität und Multimedikation viel Kommunikation der Ärzte und Therapeuten, um zu einem sinnvollen Absetzen unnötiger Medikamente wie Cholesterinsenker bei fortgeschrittenem Karzinom („deprescribing“) zu kommen. Eine menschenwürdige Kommunikation könne dann aber auch schwere Komplikationen wie ein Delir verhindern. Räumlich gesehen – wie auf einem gezeigten Bild des Referenten im Patientengespräch – nicht wie häufig bei der Visite von oben nach unten, sondern auf Augenhöhe, der Arzt neben dem Patienten sitzend. Auf den Punkt gebracht hat dies einmal der langjährige Ärztliche Direktor des geriatrischen Modellprojekts Albertinenhaus in Hamburg-Schnelsen, Dr. Peter Meier-Baumgartner: „Wichtigste Grundlage geriatrischen Handelns ist die Menschenwürde. Die Würde gilt bis zum Tod, und sie kann nicht durch Krankheit verlorengehen, auch und besonders nicht durch Demenz.“

HORST KREUSSLER

Info

Der Christliche Gesundheitskongress findet jährlich in Kassel statt, in 2020 zum siebten Mal. In diesem Jahr hieß das Kongress-thema „Du bist es wert - Menschen. Würde. Achten“. Der Christliche Gesundheitskongress ist nach eigenen Angaben der einzige Kongress im deutschsprachigen Raum, der Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen und Mitarbeitende aus Kirchengemeinden aus allen christlichen Konfessionen verbindet.

DATENSCHUTZ

„Höchster Alarm“ bei Missbrauch

Profit vor Datenschutz? Transparency International und Rheuma Liga hatten zur Diskussion nach Kiel eingeladen.

Korruption ist der Missbrauch anvertrauter Macht zum privaten Nutzen.“ So lautet der zentrale Satz von Transparency International (TI). Tauscht man das Wort Macht gegen Daten aus, wird klar, warum sich die Anti-Korruptionsorganisation mit Themen wie der elektronischen Gesundheitskarte auseinandersetzt. Gegen diese Initiative von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hegt Transparency International erhebliche Bedenken. Damit steht die Organisation nicht allein, wie eine Veranstaltung von TI und Rheuma-Liga Schleswig-Holstein im Februar in Kiel zeigte – auch Ärzte und das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz (ULD) zeigten sich bei diesem Thema skeptisch.

„Wir Ärzte sind von Spahns Tempo wahrscheinlich genauso verunsichert wie die Patienten“, sagte Dr. Svante Gehring vom Vorstand der Ärztenossenschaft Nord bei der Podiumsdiskussion der Tagung. Um die Bestrebungen des von vielen als „umtriebiger“ wahrgenommenen Bundesgesundheitsministers wenigstens einigermaßen nachvollziehen und auch „kritisch begleiten“ zu können, hat zum Beispiel die Ärztekammer Schleswig-Holstein, der Gehring als Vorstandsmitglied angehört, einen Arbeitskreis „Digitale Transformation“ gegründet.

Ebenso wie die überwiegende Mehrheit seines Berufsstandes begrüßte der Hausarzt aus Norderstedt das Anliegen, durch Digitalisierung mehr wissenschaftliche und medizinische Transparenz zu schaffen. „Wenn wir heute wissen wollen, wie viele Menschen in Deutschland an Rheuma oder Schlafstörungen leiden, können wir das nicht sagen, sondern müssen Hochrechnungen anhand von Daten einzelner Krankenkassen machen“, beschrieb Gehring den unbefriedigenden Status quo. Niemand könne also etwas dagegen haben, wenn Gesundheitsdaten für wissenschaftliche Zwecke „nach allen datenschutzrechtlichen Regeln und Gesetzen“ erfasst werden.

Im Detail sieht der Vertreter der Ärztenossenschaft aber allerhand Anlass zum Stirnrunzeln. Im Visier hat er vor allem das Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), nach dem spätestens zu Beginn des Jahres 2021 eine elektronische Patientenakte eingeführt werden soll. Ein unscheinbarer Chip soll dann alle entscheidenden Angaben zum körperlichen und psychischen Befinden von mehr als 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland enthalten: Befunde, Diagnosen, Therapien, Behandlungsberichte und Impfungen. Sollten alle diese Daten – wie aktuell vorgesehen – tatsächlich zentral gespeichert werden, würde nach Gehrings Befürchtung im Fall einer Sicherheitspanne immenser Schaden drohen. Die Ärztenossenschaft Nord pocht deshalb auf eine dezentrale Speicherung sowie auf eine möglichst umfassende Anonymisierung und Verschlüsselung der Informationen.

Marit Hansen, Landesbeauftragte für Datenschutz in Schleswig-Holstein, nannte einige sehr unappetitliche Beispiele für einen nicht auszuschließenden Datenmissbrauch: Wenn Krebskranke angebliche Wundermittel für teures Geld angeboten bekommen, wenn eine Job-Bewerbung am Wissen des potenziellen Chefs um gesundheitliche Probleme scheitert oder aus demselben Grund Versicherungsprämien ins Unermessliche steigen, wäre für die Landesdatenschützerin höchster Alarm angesagt. Auch seien Konzerne wie Google und besonders Amazon schon heute äußerst aktiv auf dem Gesundheitsmarkt und wenig zimperlich im Umgang mit Daten, die dem Geschäft förderlich sein könnten.

Nichts einzuwenden ist für Hansen gegen die Digitalisierung im Gesundheitswesen, sofern diese „reguliert und in fairer Form“ erfolge. Das vorliegende Gesetz des Bundesgesundheitsministers dagegen weise „ein paar gute Ideen“ auf, aber vor allem auch „ganz viele Fehler beim kleinen Einmaleins der Datensicherheit“. Zu tun hat das aus ihrer Sicht

wohl nichts mit bösem Willen, sondern mit übertriebenem „Schnellschnell“ im Gesundheitsministerium. Immerhin zeichneten sich jedoch Nachbesserungen ab, seit Ende 2019 Sicherheitsforscher auf erhebliche Defizite hingewiesen haben.

Noch drastischer formulierte Dr. Wolfgang Wodarg, Lungenarzt und Vorstandsmitglied von Transparency International Deutschland, seine Vorbehalte. „Es geht häufig ums Geldverdienen“, lautete sein Befund. Die von Spahn angeschobene „riesige Datensammelerei“ ist aus seiner Sicht vom wissenschaftlichen Nutzen her fragwürdig, fördert aber umso mehr den Profit anderer Akteure im Gesundheitswesen.

Unterdessen äußerte sich der frühere Landesdatenschützer Thilo Weichert differenzierter. Im Gesetz zur elektronischen Patientenakte sei doppelte Pseudonymisierung und manch weitere hohe Sicherheitshürde vorgesehen. Ein Missbrauch etwa durch die Pharmaindustrie oder Versicherungen sei „absolut unmöglich“, sofern das Gesetz tatsächlich befolgt werde. Wenig glücklich ist es aus Sicht Weicherts aber beispielsweise, dass die vorgesehene zentrale Datenerfassungsstelle zugleich kontrollieren soll, wer auf diese Daten zugreifen darf.

Ganz machtlos sind die Patienten der Entwicklung nicht ausgeliefert, stellte derweil Joanna Batista vom Rechtsreferat der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein klar. Widerspruch speziell gegen die Speicherung eigener Daten mittels der elektronischen Patientenakte sei durchaus möglich. Das sieht zwar auch die Landesdatenschutzbeauftragte Hansen so, mehr würde es aber aus ihrer Sicht bewirken, die Politiker dazu zu bringen, sich für Nachbesserungen im Gesetz stark zu machen.

Derweil plädierte Hausarzt Gehring, der von seinen Patienten immer wieder Unerfreuliches aus dem ganz und gar nicht digitalen Leben hört, trotz aller Bedenken für eine Portion Gelassenheit: „Die reale Welt ist ja auch nicht absolut sicher.“

MARTIN GEIST

Info

Für ein „besonders anfälliges Gebiet für Korruption“ hält Transparency International das Gesundheitswesen, „weil es intransparent ist und hier sehr viel Geld alloziert wird.“ Korruptionsbekämpfung im Gesundheitswesen bedeute insbesondere, Interessenkonflikte der zahlreichen Akteure zu erkennen und ihre schädlichen Auswirkungen transparent zu machen.

DIGITALPROJEKT

Diagnostische Lücke im Blick

Digitale Technik zur Beurteilung der Krankheitslast. Kieler Universität und UKSH sind Partner im neuen 42 Millionen EU-Projekt IDEA-FAST



Verschiedene tragbare Sensoren können Schlafqualität und Tagesaktivität auch im Alltag messen. Diese Daten tragen dazu bei, die Krankheitslast bei neurodegenerativen und entzündlichen Erkrankungen objektiv zu beurteilen.

Viele chronische Erkrankungen bringen Beschwerden mit sich, die nicht anhand objektiver Messwerte beziffert werden können. Für Betroffene sind sie oft ebenso belastend wie die klassischen Krankheitssymptome. Zu diesen Begleitsymptomen zählen Schlafstörungen und Fatigue. In klinischen Studien werden diese Krankheitsfolgen bei der Beurteilung des Therapieerfolgs nur am Rande berücksichtigt, weil praktikable Methoden, um sie zuverlässig und objektiv messen zu können, fehlen. Diese diagnostische Lücke nimmt sich das Forschungsprojekt IDEA-FAST („Identify Digital Endpoints to Assess FATigue, Sleep and acTivities of daily living“) vor.

Ziel ist es, digitale Endpunkte zu identifizieren, mit denen Fatigue, Schlaf und Aktivitäten des täglichen Lebens bei verschiedenen neurodegenerativen und entzündlichen Erkrankungen beurteilt werden können. Hierfür werden tragbare Sensoren getestet, die kontinuierlich Daten im Alltag sammeln. „Wir glauben, dass es wesentlich relevanter ist, die Symptomatik im häuslichen Umfeld zu messen als in der Klinik oder in der Arztpraxis“, sagt der Kieler Neurologe Prof. Walter Maetzler, der an der Koordination des europäischen Großprojekts leitend beteiligt ist. Solche Informationen seien erforderlich, um die tatsächliche Krankheitslast und den Erfolg von Therapien zu beurteilen.

Im Fokus des Projekts stehen folgende Krankheiten: Idiopathisches Parkinsonsyndrom, Huntington-Krankheit, rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes, primäres Sjögren-Syndrom und chronisch entzündliche Darmerkrankungen. „Interessant an dem Projekt ist auch, dass Symptome wie Erschöpfung und Schlafstörungen über neurologische und internistische Erkrankungen hinweg beobachtet werden“, betont Maetzler. „Wir stellen die Frage, ob das Symptom Fatigue bei den verschiedenen Erkrankungen technisch ähnlich gemessen werden kann.“

Fatigue und Schlafstörungen wirken sich auf die täglichen Aktivitäten von Betroffenen aus, sind Hauptfaktoren für verminderte Lebensqualität und erhöhen die Krankheitskosten. In klinischen Studien werden diese Symptome bisher allerdings nicht zur Bewertung der Wirkung von Therapien herangezogen, da es keine zuverlässigen Messgrößen hierfür gibt. Die aktuellen fragebogenbasierten Ansätze sind oft ungenau und stark tagesformabhängig und daher als Endpunkte für klinische Studien nicht gut geeignet.

Eine neue Option, um Fatigue, tägliche Aktivitäten und Schlafstörungen zu messen, bieten tragbare Sensoren etwa in Smartwatches, Fitnessarmbändern und dergleichen. Auch die Nachtschlafaktivität des Gehirns lässt sich mit digitaler Technik in einer Art Stirnband

erfassen. Welche Sensoren tatsächlich geeignet sind, die belastende Symptomatik abzubilden, soll in der ersten Projektphase, der Pilotstudie, getestet werden. „Es wird wahrscheinlich eine Kombination aus verschiedenen Informationen sein, die wir zusammentragen“, sagte Dr. Kirsten Emmert aus der Arbeitsgruppe von Maetzler. Zum Beispiel könne es sinnvoll sein, Informationen zur Tagesaktivität und Gangqualität mit Hirnstromableitungen in der Nacht zu kombinieren. Basierend auf der Weiterentwicklung von tragbaren digitalen Technologien will IDEA-FAST neue digitale Endpunkte für Fatigue, Schlafstörungen und Einschränkungen bei täglichen Aktivitäten identifizieren. Ziel ist es, Ausmaß und Folgen dieser Symptome in der realen Welt objektiv, empfindlich und zuverlässig zu messen. Solche digitalen Endpunkte können die Effizienz klinischer Studien verbessern und den Zeit- und Kostenaufwand für die Einführung neuer Therapien reduzieren.

An die Pilotstudie schließt sich eine Längsschnittstudie mit 2.000 Patienten an, in der die Ergebnisse für die vielversprechendsten digitalen Endpunkte validiert werden sollen. In Kiel werden hierfür 150 Parkinsonkranke in der Neurologie und 100 Personen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen in Zusammenarbeit mit dem Exzellenzzentrum Entzündungsmedizin rekrutiert. (PM/RED)

Info

Am Konsortium IDEA-FAST sind 46 Zentren aus 14 europäischen Ländern, darunter Pharmaunternehmen, akademische und gemeinnützige Institutionen, kleine und mittlere Unternehmen sowie Patientenorganisationen beteiligt. Kieler Projektpartner sind die Klinik für Neurologie, die Klinik für Innere Medizin und das Institut für Allgemeinmedizin und die Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Das Projekt hat eine Laufzeit von 66 Monaten und wird von der Innovative Medicines Initiative 2 Joint Undertaking (JU) mit 42 Millionen Euro finanziert. Das gemeinsame Projekt erhält auch EU-Unterstützung.

GEBURTSTAGE

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

Dr. Eberhard Hildebrand, Tangstedt, feiert am 03.04. seinen 90. Geburtstag.

Dr. Bernd Schmidt, Neumünster, feiert am 03.04. seinen 70. Geburtstag.

Ingeborg Kaup, Kiel, feiert am 04.04. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Klaus Dreysel, Heikendorf, feiert am 08.04. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Bernhard Markowski, Bokholt-Hanredder, feiert am 14.04. seinen 70. Geburtstag.

Michael Sturm, Hohn, feiert am 17.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Norbert Puls, Pinneberg, feiert am 18.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Dietrich Rau, M.A., Pinneberg, feiert am 19.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. med. Thomas Meyer-Diewock, Schleswig, feiert am 20.04. seinen 70. Geburtstag.

Jürgen Grupe, St. Annen, feiert am 23.04. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Dr. med. dent. Hans Jönck, Heide, feiert am 26.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Michael Koch, Bunsöh, feiert am 26.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Blumenthal, Geesthacht, feiert am 29.04. seinen 85. Geburtstag.

Ernst Soldan, Norderstedt, feiert am 29.04. seinen 70. Geburtstag.

„Vom hohen Ross abgestiegen“



Wechsel im Dekanat der Medizinischen Fakultät: Prof. Ulrich Stephani geht in Pension.

Herr Professor Stephani, Ende März werden Sie als Dekan der Medizinischen Fakultät Kiel verabschiedet – übernehmen Sie neue Aufgaben?

Prof. Ulrich Stephani: Ich trete zum 1. April meinen Ruhestand an. Es sind verschiedene, unter anderem ehrenamtliche berufsnahe Tätigkeiten absehbar und denkbar.

2012 wurden Sie zum Prodekan gewählt, 2013 zum Dekan, 2018 dann ins Hauptamt. Was waren für Sie die prägenden Momente dieser Jahre?

Stephani: Für einen Dekan ist die Berufungspolitik eine der zentralen Aufgaben. Die richtigen Personen zu finden, ist spannend, weil man Menschen kennenlernt, die in ihrem jeweiligen Gebiet neuste Erkenntnisse vertreten.

Es hat sich aber auch vieles an der Universität geändert in diesen Jahren?

Stephani: Ja, wir haben eine stärkere Schwerpunktsetzung und neue Formen der Zusammenarbeit zwischen Instituten und Fakultäten erlebt. Dieses übergreifende Zusammenwirken war für mich eine große Freude, ich habe sehr viel gelernt.

Sie haben bei Ihrer Wahl als wichtigsten Punkt die Balance zwischen Forschung, Lehre, Patientenversorgung genannt – wie gut gelingt das?

Stephani: Diese drei Faktoren zu balancieren, bedeutet tägliche Disziplin. Informationsaustausch und Kooperation sind besser geworden. Berücksich-

tigt werden muss, dass das UKSH ein Konzern mit 1,3 Milliarden Euro Umsatz ist und beide Fakultäten zusammen rund 140 Millionen an Steuergeldern erhalten. Das UKSH ist aber nur deshalb Universitätsklinik, weil es Forschung und Lehre an den Fakultäten gibt.

Pflegekräfte am UKSH warnen vor Überlastung, auch Ärzte klagen über Stress und Burnout. Was läuft schief im Beruf, und kann in der Ausbildung etwas getan werden, um dem entgegenzuwirken?

Stephani: Ich hätte fast spontan nein gesagt. Wir haben veränderte Abläufe, eine enorme Arbeitsverdichtung. Früher ging der Chefarzt mit zehn Personen über die Station, heute kann er sich freuen, wenn der Stationsarzt und eine Schwester bei der Visite dabei sind, seine Anweisungen schreibt er selbst auf. Ärzteschaft und Pflegekräfte haben umfangreiche Dokumentationspflichten zu erfüllen, es gibt immer mehr Bürokratie, z. B. bei der Aufklärung über medizinische Maßnahmen. Die Komplexität wächst. Das ist zum Teil sinnvoll, bindet aber Ressourcen. Die Ausbildung der Mediziner, besonders die Trennung von Vorklinik und Klinik, wird immer wieder kritisiert, aber für den ärztlichen Berufsalltag spielt das kaum eine Rolle. Der Belastungsgrad lässt sich meines Erachtens nur über Organisationsänderungen vermindern: Welche Aufgaben können Ärzteschaft und Pflegenden gut leisten, was können andere machen? Wir müssen diesen Mix neu definieren.

Welche Aufgaben hinterlassen Sie Ihrem Nachfolger, was steht in den kommenden Monaten und Jahren an?

Stephani: Medizin ist permanent im Fluss; wir erwarten, die Medizin für jeden Patienten maßschneidern und neue Therapien einführen zu können. Schon heute sind Verfahren etwa in der Bildung möglich, die zu meiner Studienzeit als Science-Fiction galten. Das Thema Präzisionsmedizin wird mein Nachfolger, Professor Joachim Thiery, vorantreiben. Er ist ein sehr erfahrener Mediziner, der bisher Dekan in Leipzig war.

Sie selbst waren bis zur Ernennung zum hauptamtlichen Dekan Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, der Neuropädiatrie. Haben Sie die Arbeit dort vermisst?

Stephani: Ja. Ich strebte nicht an, Dekan zu werden. Es gab aber eine Situation in der Fakultät, wo Brücken gebaut werden mussten; die Fakultät traute mir das zu. Vom Werdegang her bin ich Kinderarzt, Kinder-Neurologe und Epileptologe.

Was fasziniert Sie an dieser Krankheit?

Stephani: Das Gehirn ist das komplizierteste Organ, und Epilepsien stellen Reaktionen des Gehirns dar, hinter denen unterschiedlichste Diagnosen stecken können. Krankheiten des sich entwickelnden Gehirns zu behandeln, braucht Expertise. Als junger Arzt saß ich auf dem hohen Ross, dass ich die Krankheitswelt verstehe. Von gleicher Warte habe ich auch das Ärztekammer-Fortbildungssystem der sogenannten Punkte betrachtet – anfangs als Zeichen einer Funktionärsmentalität, mit der regelmäßige Fortbildungen gefordert wurden. Von dem hohen Ross bin ich abgestiegen und mittlerweile froh über den Fortbildungsdruck. Sich immer auf dem neuesten Stand zu halten ist wichtig, auch für erfahrene Mediziner. Kranke haben ein Anrecht, nach neuesten evidenzbasierten Erkenntnissen behandelt zu werden.

Wir sprachen über Stress. Wie haben Sie es selbst mit der Work-Life-Balance gehalten?

Stephani: Mein Leben war stark durch den Beruf geprägt, auch in den Ferien war ich erreichbar. Rückblickend bedauere ich, dass ich einige Geburtstage oder Feiern mit Kindern und Enkeln aus Berufsgründen versäumt habe. Jetzt tut es gut, in die zweite Reihe zu treten und so etwas nachzuholen. Ich bin tief dankbar für meine intakte Familie und kulturelle Freuden wie Theater-, Konzert- und Kirchenbesuche, die einen Ausgleich bieten.

Vielen Dank für das Gespräch. (EG)

KURZ NOTIERT

Regio Kliniken holen neuen Chefarzt

Dr. Stefan Sudmann ist neuer Chefarzt der Zentralen Notaufnahmen der Regio Kliniken in Elmshorn und Pinneberg. Der gebürtige Hamburger war zuletzt Ärztlicher Direktor des Helios Klinikums Gifhorn sowie als Chefarzt des Zentrums für interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin tätig, das er dort in den letzten vier Jahren aufgebaut hat. In Gifhorn war er an Neustrukturierungen und Weiterentwicklungen beteiligt, etwa an der Etablierung einer teleneurologischen Anbindung des Zentrums und der Einführung der digitalen Patientenakte. Zuvor war Sudmann mehr als 20 Jahre am Katholischen Marienkrankenhaus Hamburg beschäftigt, zuletzt als Oberarzt des Zentrums für Notfall- und Akutmedizin. Im Rahmen von Auslandsaufenthalten arbeitete er in Kliniken in Australien und in Guatemala. (PM/RED)



Dr. Stefan Sudmann

FOTO: REGIO KLINIKEN GMBH

SKK mit neuem Angebot

Dr. Madalena Schwarz, Kreißsaaloberärztin am Städtischen Krankenhaus Kiel (SKK), steht mit drei Hebammen des Teams aus der SKK-Frauenklinik jungen Müttern in einer neuen Sprechstunde zur Nachbearbeitung traumatischer Geburtserlebnisse zur Verfügung. „Die Geburt eines Kindes ist im Leben einer Frau ein ganz besonderer Moment. Aus der Rückschau gestaltet sich dieses Erlebnis für manche Frauen und Paare jedoch als sehr belastend, für wenige sogar als traumatisch“, begründet das SKK die neue Sprechstunde. Frauen, die sich davon angesprochen fühlen und mit Angst oder Verletzung auf ihr zurückliegendes Geburtserlebnis blicken, können dies unabhängig vom Ort der Entbindung in der Sprechstunde aufarbeiten. Die erste Sprechstunde findet am 19. März statt, anschließend jeden dritten Donnerstag nachmittags im Monat. Bei Bedarf arbeitet das Team laut SKK mit ergänzenden Methoden. (PM/RED)



Dr. Madalena Schwarz

FOTO: STÄDTISCHES KRANKENHAUS KIEL

Klinikum Nordfriesland trennt sich von Geschäftsführer

Christian von der Becke ist vergangenen Monat mit sofortiger Wirkung von seinen Aufgaben als Geschäftsführer des Klinikums Nordfriesland freigestellt worden. Nach Angaben des Kreises Nordfriesland war die Entscheidung des Aufsichtsrates einstimmig ausgefallen. Als Grund für die Trennung wurden „unterschiedliche Vorstellungen über die Wahrnehmung seiner Aufgaben als Geschäftsführer“ genannt. Landrat Florian Lorenzen wollte keine weiteren Detailangaben zur Personalie machen. Von der Becke war seit Sommer 2016 für das Klinikum tätig und hatte einen auf fünf Jahre befristeten Vertrag. Seine Stelle soll nun zügig ausgeschrieben werden. In der Zwischenzeit übernimmt der kaufmännische Direktor Stephan Unger die Aufgaben der Geschäftsführung in enger Abstimmung mit den ärztlichen Direktoren der drei Klinikstandorte in Husum, Niebüll und Wyk auf Föhr, hieß es in einer gemeinsamen Stellungnahme des Kreises und des Aufsichtsrates. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Rosemarie Björk, Lübeck,
geboren am 31.07.1972, verstarb am 15.10.2019.

Dr. Joachim Daniels, Harrislee,
geboren am 05.05.1946, verstarb am 08.11.2019.

Dr. Friedrich-Arno Fickelscherer, Fockbek,
geboren am 02.08.1935, verstarb am 26.11.2019.

Wolfgang Tittel, Sylt, OT Westerland,
geboren am 27.03.1938, verstarb am 21.01.2020.

Dr. Ulrich Dahlhaus, Glücksburg,
geboren am 16.10.1944, verstarb am 24.01.2020.

Dr. Ingeborg Asmussen, Preetz,
geboren am 03.05.1929, verstarb am 01.02.2020.

Dr. Wolfgang Caliebe, Altenholz,
geboren am 28.08.1932, verstarb am 02.02.2020.

Prof. Hans Grahmann, Kiel,
geboren am 23.01.1922, verstarb zwischen dem 06.02. und dem 07.02.2020.

Prof. Josef Hoch, Pogeetz,
geboren am 10.06.1949, verstarb am 06.02.2020.

Dr. Ingeborg Kreuzsch, Aumühle,
geboren am 25.01.1924, verstarb am 06.02.2020.

SERIE

Unzureichende Befunderhebung und mangelnde Dokumentation bei Rektumkarzinom

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

Kasuistik

Da die Dokumentation wenig aussagekräftig ist, werden in diesem Fall jeweils die Darstellung des Patienten und die des Arztes zitiert.

Darstellung des Patienten

Ein 30-jähriger Patient stellte sich erstmalig Ende Oktober in der Sprechstunde bei seinem Hausarzt, Facharzt für Allgemeinmedizin, vor. Er hatte frisches Blut beim Stuhlgang bemerkt und bereits seit längerer Zeit über eine wechselnde Stuhlfrequenz mit Verstopfung und Durchfall geklagt.

Der Hausarzt führte in linker Seitenlage eine Rektoskopie durch, welche äußerst schmerzhaft war. Er habe gesagt, dass die Beschwerden eindeutig von Hämorrhoiden verursacht seien und der Patient ballaststoffreiche Kost zu sich nehmen solle. Der Arzt habe kein Blut abgenommen und auch keine weitere körperliche Untersuchung durchgeführt. Nach der Konsultation habe der Patient weiterhin Beschwerden gehabt. Er habe den Rat des Arztes befolgt und ballaststoffreich gegessen. Dadurch sei aber keine Besserung eingetreten. Im Zeitraum bis Ende Dezember sei vielmehr ein Gewichtsverlust von zwölf Kilogramm aufgetreten – begleitet von stärksten Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich.

Der Patient habe sich daraufhin bei einem anderen Allgemeinmediziner vorgestellt. Dieser habe eine Überweisung zum Proktologen ausgestellt. Dort sei dann ein stenosierendes Rektumkarzinom mit Metastasen festgestellt worden. Die weitere Behandlung sei dann stationär erfolgt.

Darstellung des Arztes

Der Patient sei Ende Oktober in seine Praxis gekommen und habe über frischen analen Blutabgang geklagt. Daraufhin habe er sofort eine Proktoskopie unter Anwendung von Lokalanästhesie des Analringes durchgeführt. Es hät-

ten sich ausgedehnte drittgradige Hämorrhoiden sowie kleinere Analpapillen bei der Vorspiegelung gefunden. Bei der Untersuchung bis zu einer Höhe von 15 Zentimetern mit dem Rektoskop hätten sich keine weiteren Blutungen auf der Darmschleimhaut sowie keine Fissuren am Analring befunden.

Er habe mitgeteilt, dass Hämorrhoiden vorliegen würden und dass gegebenenfalls bei weiteren Blutungen auch eine Koloskopie notwendig sei, wie er das üblicherweise bei Analblutungen handhabe. Er habe dem Patienten außerdem mitgeteilt, dass eine anale Blutung durch eine Koloskopie abgeklärt werden sollte.

Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung Ende Oktober habe sich für ihn kein Hinweis und kein schwerwiegender Verdacht auf ein Kolonkarzinom ergeben, weil diese in der Regel erst nach dem 40. Lebensjahr auftreten würden. Es sei „schicksalhaft“ und dramatisch, dass bei einem so jungen Menschen ein so massiver Befund gefunden worden sei.

Weiterer Behandlungsverlauf durch die nachbehandelnde Klinik

Mitte Januar des darauffolgenden Jahres wurde der Patient wegen seit Oktober bestehender perianaler Blutabgänge, wechselnder Stühle sowie ungewolltem Gewichtsverlust von zwölf Kilogramm in den vorangegangenen zwei Monaten stationär für eine Woche aufgenommen.

Zunächst erfolgte die Sicherung der Diagnose eines vier mal vier Zentimeter großen, stenosierend wachsenden Tumors mit Umgebungsinfiltration am rektosigmoidalen Übergang und zahlreichen Lebermetastasen. Daran schloss sich die operative Behandlung mit Anlage eines doppelläufigen Transversostomas in den linken Mittelbauch und Probeentnahmen vom Peritoneum sowie aus der Leber an. Es wurde eine Chemotherapie in palliativer Hinsicht be-

gonnen. An den Folgen des Tumors ist der Patient anderthalb Jahre später verstorben.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Es wird beanstandet, dass der Hausarzt nach der Enddarmuntersuchung bei dem Patienten keine Überweisung zu einem Proktologen beziehungsweise zu einer Koloskopie veranlasst habe. Blut im Stuhl sei immer ein Alarmzeichen und sollte bei einem 30-jährigen Patienten nicht mit zwei Hämorrhoiden abgetan werden.

Stellungnahme des Arztes

Seine Stellungnahme entspricht seiner Darstellung zum medizinischen Sachverhalt – wie oben aufgeführt. Zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung habe sich für ihn kein Hinweis und kein schwerwiegender Verdacht auf ein Kolonkarzinom ergeben, weil diese in der Regel erst nach dem 40. Lebensjahr auftraten. Ein irgendwie geartetes Verschulden oder eine Diagnostikverzögerung könne er in seinem Verhalten nicht erkennen, da die sofort durchgeführte Rektoskopie keinen Hinweis auf tumoröse Veränderungen ergeben habe, sondern eine Hämorrhoidalblutung wahrscheinlich erscheinen ließ.

Er habe dem Patienten auch mitgeteilt, dass eine anale Blutung durch eine Koloskopie abgeklärt werden sollte. Zum Zeitpunkt der einmaligen Untersuchung Ende Oktober sei ihm der sich im Januar ergebende Befund eines in 13 bis 15 Zentimeter Tiefe befindlichen, zirkulär wachsenden Tumors natürlich weder bewusst noch klar erkennbar gewesen.

Bewertung der Haftungsfrage

Bei dem Patienten wurde durch den Hausarzt Ende Oktober aufgrund einer frischen analen Blutung und bei wechselnder Stuhlfrequenz mit Verstopfung und Durchfall seit einem längeren Zeitraum eine Enddarmuntersuchung durchgeführt. Zu bemängeln ist die fehlende Dokumentation. Es liegen keine Angaben vor:

- ▶ über den äußeren Inspektionsbefund: Haut? Perianale Venen? Prolabierende Hämorrhoiden?
- ▶ über den analen Tastbefund
- ▶ wie hoch die Rektoskopie durchgeführt wurde
- ▶ ob das ganze Rektum eingesehen werden konnte
- ▶ ob zur Vorbereitung einer erfolgreichen Rektoskopie eine Enddarmentleerung durch ein Abführzäpfchen erfolgte

Ein normales Rektoskop hat eine Länge von 20 Zentimetern und ist dafür vorgesehen, das gesamte Rektum bis 15 Zentimeter Höhe einzusehen. Der knapp drei

Info

Die norddeutsche Schlichtungsstelle ist zuständig für Berlin, Bremen, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. Seit Gründung 1976 haben mehr als 100.000 Patienten ihre Dienste in Anspruch genommen.

Die Schlichtungsstelle bietet Patienten, Ärzten und Haftpflichtversicherern eine Plattform für die außergerichtliche Klärung von Arzthaftpflichtstreitigkeiten. Ziel ist, allen Beteiligten eine objektive, kompetente Streitbeilegung zu ermöglichen.

Monate nach der Untersuchung erhobene Befund eines stenosierend wachsenden Tumors mit Umgebungsinfiltration im oberen Rektumdrittel hätte bei standardgerechter Rektoskopie bereits Ende Oktober erkannt werden müssen.

Neben diesem Befunderhebungsmangel und der fehlenden Dokumentation ist von der Schlichtungsstelle zu bemängeln, dass der Arzt auf der einen Seite dem Patienten mitgeteilt haben will, dass eine anale Blutung durch eine Koloskopie abgeklärt werden sollte, er diese andererseits aber nicht veranlasst habe. Die Schlichtungsstelle kam zu dem Ergebnis, dass bei korrekter Vorbereitung für eine Rektoskopie der später in 13 Zentimeter Höhe, also im oberen Rektumdrittel gefundene Tumor auch Ende Oktober hätte festgestellt werden müssen.

Gesundheitsschaden

Auch wenn bei dem ungewöhnlich jungen Patienten von einem aggressiven Tumorstadium – zum Beispiel im Rahmen eines Lynch-Syndroms oder auch Hereditary Nonpolyposis Colorectal Cancer (HNPCC) – ausgegangen werden kann, so ist doch davon auszugehen, dass bei dem massiven Befund Mitte Januar auch schon Ende Oktober ein größerer Tumor vorhanden gewesen sein müsste.

Aus Sicht der Schlichtungsstelle sind fehlerbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen in Form von persistierenden Blutabgängen beim Stuhlgang, Schmerzen sowie Zunahme der körperlichen Schwäche und Gewichtsverlust zu nennen in der Zeit zwischen Ende Oktober und Mitte Januar des darauffolgenden Jahres.

Fazit

Dieser Fall ist ein Beispiel für den sogenannten Anscheinsbeweis. Es handelt sich um einen typischen Geschehensablauf. Steht ein bestimmter Tatbestand fest – hier Umfang des Karzinoms Mitte Januar, der nach den Erkenntnissen der Medizin schon im Oktober typischerweise in einer vergleichbaren Größe vorhanden war – so ist hier im Rahmen des Beweises des ersten Anscheins davon auszugehen, dass das Karzinom fehlerhaft übersehen wurde. Der Arzt kann sich in dem Fall nur rechtfertigen, indem er beweist, dass ernsthaft die Möglichkeit bestand, dass das Karzinom noch nicht erkennbar war. Auch aufgrund der unzureichenden Dokumentation war ihm das nicht möglich.

LITERATUR BEI DEN VERFASSERN
DR. MANFRED GIENSCH, CHRISTINE
WOHLERS, PROF. WALTER SCHAFFARTZIK,
SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFT-
PFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN
ÄRZTEKAMMERN

STERBEHILFE

Die Ultima ratio

Das Bundesverfassungsgericht hat das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig erklärt. Es verstöße gegen die im Grundgesetz verankerten Freiheitsrechte jedes Einzelnen.

Artikel 217 des Strafgesetzbuchs (StGB) ist verfassungswidrig. Zu diesem Urteil kam das Bundesverfassungsgericht am 26. Februar. Es stehe in einem unverhältnismäßigen Widerspruch zu dem im Grundgesetz beschriebenen Menschenbild eines souveränen und autonom über sein Leben selbstbestimmt entscheidenden Individuums.

Es sei ein hochemotionales Thema, dass mit den existenziellen Grundfragen des menschlichen Daseins verknüpft sei, sagte der Präsident des Bundesverfassungsgerichts, Prof. Andreas Voßkuhle. Die Entscheidung rühre an die Grundfesten der ethischen, moralischen und religiösen Überzeugungen. Diese galt es nicht zu bewerten. Aufgabe des Verfassungsgerichts war es, die Verfassungsmäßigkeit von Paragraph 217 StGB am Maßstab der Freiheitsgewährleistung des Grundgesetzes zu beurteilen, stellte Voßkuhle der allgemeinen Begründung des Urteils voran.

Ausgangspunkt der gerichtlichen Überlegungen war das im Grundgesetz definierte allgemeine Persönlichkeitsrecht. Dieses schließt nach Auffassung der Richter das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ein. Dazu gehört auch die Inanspruchnahme angebotener Hilfe Dritter. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben sei nicht durch fremddefinierte Situationen wie etwa schwere oder unheilbare Krankheiten beschränkt. „Es besteht in jeder Phase menschlicher Existenz“, erklärte der Verfassungsrichter. Eine Bewertung individueller Beweggründe, die auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinauslaufe, sei dem Grundgesetz fremd. Die individuelle Entscheidung, dem eigenen Leben nach dem eigenen Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit ein Ende zu bereiten, bedürfe keiner Begründung und Rechtfertigung. Die selbstbestimmte Entscheidung des Einzelnen müsse von Staat und Gesellschaft akzeptiert werden.

Paragraph 217 StGB greife jedoch genau in dieses Persönlichkeitsrecht ein. Vor dem Hintergrund der existenziellen Bedeutung der Selbstbestimmung, bewertete das Gericht den Eingriff als besonders schwer. Da es dem Paragraphen an Verhältnismäßigkeit fehle, sei er nicht rechtmäßig.

Die Verfassungsrichter betonten, dass es dem Gesetzgeber keinesfalls untersagt sei, Suizidprävention zu betreiben. Vor allem dem krankheitsbedingten Selbsttötungswunsch könne der Staat durch den Ausbau palliativmedizinischer Behandlungsangebote entgegenwirken. Das Gericht erteilte dem Gesetzgeber auch den Auftrag, Gefahren der Autonomie und des Lebens entgegenzutreten. Dazu könne er durchaus Gebrauch vom Strafrecht machen. Die Straflosigkeit der Selbsttötung und die Hilfe individueller Selbstbestimmung könne nur unter bestimmten Voraussetzungen durch den Gesetzgeber berührt werden. Ausgangspunkt jeder regulatorischen Überlegung des Gesetzgebers müsse das im Grundgesetz zugrundeliegende Menschenbild sein, das von der Würde des Menschen und der freien Entfaltung der Persönlichkeit in Selbstbestimmung und Eigenverantwortung gekennzeichnet ist. Dieses Freiheitsrecht dürfe nur dann von der staatlichen Schutzpflicht überlagert sein, wenn die Selbstbestimmung des Lebens gefährdet sei. Dazu müsse der Staat Vorsorge- und Sicherungsinstrumente schaffen.

Ein weiteres im Urteil aufgeführtes Argument ist, dass durch Paragraph 217 eine tatsächliche Aussicht auf Selbstbestimmung ausbleibe, obwohl das Gesetz nur auf das Verbot einer bestimmten Form der Förderung abziele. Ohne geschäftsmäßige Angebote der Suizidhilfe wären Sterbewillige auf die individuelle Bereitschaft eines Arztes angewiesen, von der realistisch betrachtet, so das BVerfG, nur im Ausnahmefall auszugehen sei.

Das jetzige Urteil soll Klarheit schaffen. Das BVerfG sprach in dem Urteil nicht nur Sterbewilligen das Recht auf selbstbestimmtes Sterben zu. Dieses Recht korrespondiere ebenso mit einem weitreichenden grundrechtlichen Schutz des Handelns suizidassistierender Personen und Vereinigungen.

„Wir mögen seinen Entschluss bedauern, wir dürfen alles versuchen ihn umzustimmen. Wir müssen seine freie Entscheidung aber in letzter Konsequenz akzeptieren“, fasste Voßkuhle zusammen.

STEPHAN GÖHRMANN

2011

In diesem Jahr beschäftigten sich die Delegierten des 114. Deutschen Ärztetags in Kiel mit der ärztlichen Perspektive auf die Unterstützung zur Selbsttötung. Damals wurde ein Verbot der Sterbehilfe beschlossen. 166 Mediziner stimmten für ein Verbot, 56 dagegen.

SYMPOSIUM

Chronische Entzündungen behandeln

Rund 250 Wissenschaftler aus Klinik und Grundlagenforschung diskutierten in Hamburg die neuesten Fortschritte in der Entzündungsmedizin.



Prof. Stefan Schreiber



Prof. Diamant Thaci

Mit welchen Biomarkern lässt sich vorhersagen, wie eine chronische Entzündung beim einzelnen Patienten verlaufen wird? Inwiefern kann das Mikrobiom als Therapietarget bei Entzündungserkrankungen genutzt werden? Welche neuen Medikamente wirken bei mehreren Entzündungserkrankungen, welche nur bei einzelnen?

Diese und viele weitere Fragen diskutierten rund 250 internationale und deutsche Wissenschaftler aus Klinik und Grundlagenforschung beim Internationalen Symposium „Inflammation Medicine – From Bench to Bedside“, zu dem der schleswig-holsteinische Exzellenzcluster „Präzisionsmedizin für chronische Entzündungserkrankungen“ (PMI) am 17. und 18. Februar nach Hamburg eingeladen hatte.

Der Fokus der Veranstaltung lag auf der Präzisionsmedizin, die die Unterschiede einzelner Patienten mit chronisch entzündlichen Erkrankungen zum Beispiel hinsichtlich ihrer genetischen Veranlagung, klinischer Erscheinungsformen oder des Mikrobioms stärker als bisher berücksichtigt. „Trotz großer Fortschritte in der Forschung können wir immer noch nicht alle Erkrankten zufriedenstellend behandeln“, sagte Cluster-Sprecher Prof. Stefan Schreiber, Direktor der Klinik für Innere Medizin I am UKSH, Campus Kiel. „Bei Morbus Crohn beispielsweise haben auch nach langjähriger Behandlung mehr als die Hälfte aller Patienten weiterhin einen aktiven Krankheitsverlauf“, so der Gastroenterologe weiter. „Wichtig ist hier ein möglichst früher Therapiebeginn mit dem am besten geeigneten Medikament.“ Dazu seien beispielsweise gute Biomarker nötig, mit denen Ärzte vorhersagen können, welcher Therapieansatz individuell der beste ist.

„Der Exzellenzcluster PMI hat sich zum Ziel gesetzt, die Präzisionsmedizin für chronische Entzündungserkrankungen voranzutreiben und die Ergebnisse möglichst schnell in die klinische Praxis zu überführen. Entscheidend ist dabei eine enge Verzahnung zwischen

Grundlagenwissenschaft und klinischer Forschung sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit“, sagte Schreiber in Hamburg. Diese Interdisziplinarität wurde auch beim Symposium deutlich: Genetiker tauschten sich mit Bioinformatikern und Physikern aus, Forschende aus den Grundlagenwissenschaften diskutierten mit Praktikern aus der Klinik, und die Mediziner verschiedener Fachrichtungen besprachen Gemeinsamkeiten und Unterschiede bei Entzündungserkrankungen ihres Fachs.

„Entzündungen beschränken sich nicht unbedingt auf ein Organ. So kann eine Patientin etwa nicht nur Rheuma haben, sondern beispielsweise auch Probleme an der Lunge. Ein anderer Patient hat neben einer chronischen Darmentzündung auch noch eine Entzündung der Haut“, sagte Prof. Diamant Thaci, Dermatologe und Leiter des Exzellenzentrums für Entzündungsmedizin am UKSH in Lübeck. „In den Entzündungszentren in Kiel und Lübeck behandeln wir daher die Patienten fächerübergreifend. Diesen Ansatz haben wir auch in unserem Tagungsprogramm verfolgt“, sagt Thaci, Co-Organisator des Symposiums.

So stellten Schreiber und Prof. Bimba Hoyer, Leiterin des Exzellenzentrums Entzündungsmedizin am UKSH, Campus Kiel, Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Entzündungsmedizin in der Gastroenterologie und Rheumatologie vor. „Es gibt bereits eine breite Palette an neuartigen Antikörpertherapien, von denen einige sowohl bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn als auch bei rheumatoider Arthritis und Psoriasis zum Einsatz kommen, wie zum Beispiel Anti-TNF-alpha-Therapien und Jak-Kinase-Inhibitoren“, sagte Hoyer. Bei beiden Wirkstoffklassen seien jedoch Nebenwirkungen wie ein erhöhtes Risiko für Tuberkulose bei Anti-TNF und für eine Herpes-Zoster-Infektion bei JAK-Kinase-Inhibitoren zu beachten.

„Doch dann hören die Gemeinsamkeiten leider auf“, fuhr Professor Schreiber fort. Bei chronischen Darmentzündungen seien beispielsweise Anti-

„Es gibt bereits eine breite Palette an neuartigen Antikörpertherapien.“

PROF. BIMBA HOYER



Prof. Leif-Erik Sander (links) und Dr. Johan Burisch

IL12/23-Wirkstoffe sehr vielversprechend, während sie bei rheumatoider Arthritis keine Wirkung zeigten. Vergleichbares gelte auch für weitere Biologika. „Wir hatten gehofft, es wird einfacher, wir könnten mehrere Entzündungserkrankungen gleich behandeln – aber es wird offenbar komplizierter“, fasste Schreiber die Erkenntnisse zusammen.

Pneumologe Prof. Leif Erik Sander von der Charité in Berlin beleuchtete die Zusammenhänge zwischen rheumatischen Erkrankungen und der Lunge. „Wir sehen immer wieder Rheumapatienten mit sehr unterschiedlichen Manifestationen an der Lunge, zum Beispiel interstitielle Lungenerkrankungen (ILD), die auch zu einer gefährlichen Lungenfibrose führen können. Noch werden Lungenbeteiligungen bei Rheumapatienten häufig übersehen“, sagte Sander.

Auch könnten Lungenerkrankungen einer systemischen Entzündung wie einer rheumatoiden Arthritis vorausgehen. „Manche Patienten mit Lungenerkrankungen weisen bestimmte Antikörper, zum Beispiel ACPA auf. Es gibt Untersuchungen, die darauf hindeuten, dass Autoantikörper in der Lunge gebildet werden und im späteren Verlauf zu einer rheumatoiden Arthritis führen. Es ist wichtig, diese Risikopatienten zu identifizieren, um frühzeitig eine Rheumaentwicklung zu erkennen und ihr möglicherweise entgegenzuwirken.“

Der dänische Gastroenterologe Dr. Johan Burisch (Hvidovre Hospital) stellte ein eHealth-System vor, mit dem entzündliche Darmerkrankungen präziser überwacht und therapiert werden könnten. „Ein einfacher Test, der zu

Hause durchgeführt werden kann, bestimmt den Calprotectin-Wert aus einer Stuhlprobe, der ein Maß für die Entzündung im Darm ist. Zusätzlich macht der Patient über eine App Angaben über seine Symptome. Aus beidem zusammen wird die Entzündungslast bestimmt“, beschreibt Burisch das System. Darauf basierend könne dann die Therapie individualisiert angepasst und das Medikament beispielsweise nicht nach einem starren zeitlichen Schema, sondern an den Verlauf angepasst gegeben werden.

Innovative Technologien, mechanistische Erkenntnisse, neuartige Medikamente: Die Präzisionsmedizin für chronische Entzündungserkrankungen nimmt Fahrt auf. Doch der Forschungsbedarf bleibt hoch.

FREDERIKE BUHSE

7 Mal fand das Symposium bislang statt und wurde bisher vom Vorgängercluster „Inflammation at Interfaces“ veranstaltet. Dieses Jahr hat es erstmalig der seit 2019 geförderte Exzellenzcluster „Precision Medicine in Chronic Inflammation“ (PMI) organisiert.

FORUM

Unterschätzte Hygiene

Zweites Hygieneforum des 6 K-Verbundes in Heide. Compliance bei Handhygiene ausbaufähig. Hohes Keimaufkommen an Abflüssen und Waschbecken.



Eng besetzter Saal im Bildungszentrum des Westküstenklinikums Heide. Rund 300 Interessierte waren zum zweiten Hygieneforum gekommen.

Parasiten, Bakterien, Viren – unerwünschte Gäste, die wohl kein Mensch unmittelbar in seiner Umgebung wissen möchte. Unter Umständen lebensbedrohlich sind sie im Krankenhaus. Im Bildungszentrum des Westküstenklinikums in Heide fand zum zweiten Mal das Hygieneforum statt. Rund 300 Besucher aus dem Bereich Hygiene in Gesundheitseinrichtungen waren gekommen. Kurzfristig als Referent in das Programm aufgenommen wurde Dr. Michael Siemann. Er informierte seine Zuhörerschaft über den zu diesem Zeitpunkt aktuellen Stand des Coronavirus.

Der Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie am Städtischen Krankenhaus Kiel stufte es als problematisch ein, dass eine relativ große Zahl der Fälle symptomlos verläuft, alle jedoch unvorhersehbar. Es gebe weder einen Impfstoff, noch eine validierte Therapie. Zum Zeitpunkt des Forums ging Siemann noch davon aus, dass es in absehbarer Zeit voraussichtlich zu keinem Ausbruch in Norddeutschland kommen werde. Medizinern riet er, die richtigen Fragen zu stellen. Ein meldepflichtiger Verdachtsfall könne in zwei Fällen gegeben sein: Erstens ein Mensch zeigt Symptome und hatte Kontakt zu einem bestätigten Krankheitsfall. Zweitens der Patient zeigt Symptome und war innerhalb der letzten 14 Tage in einem Risiko-

kobgebiet. Wer 14 Tage keine Symptome zeigt und einen negativen Test aufweist, könne nicht infiziert sein.

Diesem Verfahren („Containment“) folgten die meisten Staaten. Im Zweifel solle man Rücksprache mit dem Gesundheitsamt halten.



Dr. Michael Siemann

1,4 - 2,5

von dieser Basisreproduktionszahl geht die Weltgesundheitsorganisation bei Corona im schlimmsten Fall aus. Das heißt: auf einen Infizierten kommen im schlimmsten Fall - 2,5 neue Infektionen. Zum Vergleich: Das Masernvirus besaß laut AWMF im Jahr 2019 eine Basisreproduktionswert von 18.

Dass auch Impfen ein Baustein des Hygienemanagements ist, thematisierte Dr. Anne Marcic aus dem Kieler Gesundheitsministerium. Die Neuerungen zum Masernschutzgesetz, die die Impfung seit dem 1. März 2020 zu einer Pflichtimpfung für einige Personengruppen macht, sieht Marcic als unumgänglich an. Der Schutz der Kollegen in medizinischen Einrichtung sowie der Patienten vor nosokomialen Infektionen müsse stets an erster Interessenstelle aller Beteiligten stehen. „Masern gehören zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen, deren Verbreitung durch Prävention vermieden werden kann“, so Marcic. Zur umfassende Sorgfaltspflicht eines Arbeitgebers zählt Marcic auch die Pflicht, den Impf- und Serostatus zu erfragen, um Patienten und Personal schützen zu können. Ist keine Impfung dokumentiert, muss geimpft werden. Um die Ausbreitung von Bakterien in medizinischen Einrichtungen verhindern zu können, sei auch die Influenza-Impfquote bei klinischem Personal wichtig. Marcic zitierte die OkaPII-Studie des Robert-Koch-Instituts (RKI), die eine deutliche Steigerung in den letzten beiden Saisons aufzeigte.

Mit der OkaPII-Studie wurde der Fokus auf die Impfraten der drei größten Berufsgruppen im Gesundheitswesen gerichtet: der Ärzteschaft, den Mitarbeitern in der Pflege und den verwal-



Gabriele Lorenzen-Fey (links), Leitende Hygienefachkraft am Klinikum Itzehoe und Dr. Katja Clasen (rechts), Hygienefachkraft in der Klinik Dr. Winkler in Husum, sind vom Konzept des Hygieneforums überzeugt.

terischen und technischen Berufen. Ergebnis in der Saison 2016/2017: Der ärztliche Dienst war zu 60,8 % geimpft, das Pflegepersonal zu 32,7 %. In der Saison 2018/2019 hatte sich dies gesteigert: Ärztlicher Dienst 76 % Impfquote, Pflegepersonal 46 %. Diese Entwicklung sei zwar erfreulich, meinte Marcic - dennoch plädierte sie dafür, das Impfangebot für Mitarbeiter attraktiver zu gestalten. „Der Aufwand muss so gering wie möglich gehalten werden, damit eine bestmögliche Impfquote erreicht werden kann“, sagte sie. Marcic hält eine Impfung als Voraussetzung für Neueinstellungen für sinnvoll. Die genauen Studienergebnisse stellte anschließend Nora Küpke vom RKI den Teilnehmern in einem eigenen Vortrag vor.

Ein Baustein des Hygienemanagements ist die Reinigung der Einrichtungen. Melanie Reese stellte Prozessoptimierungen der Krankenhausreinigung vor, die die Verbreitung von Viren und Bakterien auf ein Minimum reduzieren soll. Reese stützte ihre Ausführungen auf eine Studie, für die Bewegungsmuster von Reinigungskräften anhand von Schrittzählern ausgewertet und optimiert. „Die Reinigung von Fenster-, Tür und Schranktürgriffen ist häufig nicht Bestandteil des Leistungskatalogs und wird somit vernachlässigt“, sagte Reese. Doch gerade an diesen kritischen Hautkontaktpunkten sei die Reinigung von größter Bedeutung. Das von ihr vorgestellte Reinigungsmodell zeichnet sich durch farbliche Kennzeichnung der Reinigungsbereiche aus. Jeder Bereich – Toilette, Waschbecken, Patientenbett, etc. - ist bei diesem Modell gekennzeichnet und sieht spezielle Reinigungsmethoden und -tücher vor. Aus diesem Modell wurde eine DIN-Norm erarbeitet. „Eine gesetzliche Verpflichtung zur Anwendung der DIN Norm besteht nicht. Passt jedoch etwas und es wurde nicht die neuste Technik angewandt, könnte

die Geschäftsführung der entsprechenden Einrichtung eventuell Probleme bekommen“, so Reese.

Dass auch bei ordnungsgemäßer Reinigung Probleme auftreten können, schilderte Prof. Martin Exner vom WHO Kollaborationszentrum für Wassermanagement und Risikokommunikation zur Förderung der Gesundheit in Bonn. Das Problem abwasserführender Systeme sei durch Infektion einer Patientin erstmalig aufgefallen. Diese hatte sich mit *Serratia Liquefaciens* infiziert, als sie bei einem Heilpraktiker eine Vitamin C-Infusion erhielt. Bei genauerem Hinsehen sei aufgefallen, dass der Schlauch der Infusion um die Armatur des Waschbeckens gelegt und so mit dem Bakterium verunreinigt wurde. Auch in einer weite-



Nora Küpke vom Robert Koch-Institut.

ren Einrichtung konnte hohes Keimaufkommen an Waschbecken und Abgüssen festgestellt werden. Abwassersysteme sind nicht von Zimmer zu Zimmer voneinander getrennt, sondern stellen eine unterirdische Verbindung dar. „Kommt es dann noch zu einer Verstopfung des Systems, sind die Wege für die Bakterien frei“, so Exner. Er empfahl, diesen Gesichtspunkt schon bei der Bauplanung zu berücksichtigen und etwa randlose Toiletten und einfach zu reinigende Abwassersysteme zu verbauen. „Auch Waschbecken ohne Rücklauf vermindert das Risiko deutlich“, so Exner.

Bei der Verbreitung von Bakterien und Viren spielt mangelnde Händehygiene eine tragende Rolle. Uni.-Prof. Iris F. Chaberny vom Universitätsklinikum Leipzig erläuterte die Bedeutung korrekter Handhygiene und verdeutlichte, dass die Vermittlung der richtigen Anwendung entscheidend ist. „Hygiene wird häufig als Stress empfunden und nicht als Instrument, auch sich selbst schützen zu können“, so Chaberny.

Dieses Gefühl bestätigt auch Gabriele Lorenzen-Fey. Die leitende Hygienefachkraft des Klinikums Itzehoe hat laut eigener Aussage mit viel Gegenwind der ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter zu kämpfen. „Dabei geht Hygiene uns alle an. Nur wer Hygienemaßnahmen richtig anwenden kann, ist auch in der Lage sich und die Patienten schützen zu können“, so Lorenzen-Fey.

Dr. Katja Clasen, Fachärztin für Chirurgie in der Chirurgischen Praxis im MVZ Klinik Dr. Winkler in Husum, berichtete über eine hohe Motivation für notwendige Hygienevorgaben seitens der Mitarbeiter in ihrer Klinik. Sie sagte: „Hygiene ist im ersten Moment sehr teuer. Personal, das Einhalten von Vorgaben und das Vorhalten von Einrichtungen kostet Geld. Eine Anpassung im Vergütungssystem wäre wünschenswert.“

ASTRID SCHOCK, STEPHAN GÖHRMANN

80 %

der Ärzte begründeten ihre Masernschutzimpfung mit dem Patientenschutz. Ärzte seien auch die Gruppe im Gesundheitswesen, die am häufigsten zweifach geimpft ist. Während bei den Pflegenden die Angst vor den Nebenwirkungen vor einer Impfung abschreckt, geben die Ärzte an, sich aus organisatorischen Gründen nicht impfen lassen zu können. Diese Daten gehen aus der OKapII-Studie des Robert-Koch-Instituts hervor.

GYNÄKOLOGIE

(Un)höflicher Umgang mit Standespolitikern

23. Gynäkologentag in Rendsburg mit Wahlen und Fachvorträgen. Dr. Bettina Schultz neue zweite Vorsitzende des Landesverbandes. Doris Scharrel im Amt bestätigt. Nicht jede Kommunikation mit Mitgliedern verläuft höflich.

Lu uns kommen alle Patientinnen, auch wenn sie jung und gesund sind“, sagte Dr. Bettina Schultz. Die neue stellvertretende Vorsitzende des Schleswig-Holsteinischen Landesverbandes der Frauenärzte warb in ihrem Vortrag beim 23. Gynäkologentag in Rendsburg dafür, bei den regulären Besuchen der Frauen das Thema Impfen im Blick zu haben. Aber nicht nur sie verwies auf den besonderen Zugang der Frauenärzte, die mehr als alle anderen Facharztgruppen ihre Patientinnen regelmäßig sehen. Die Rolle der Gynäkologen als „Hausärzte der Frauen“ zog sich wie ein roter Faden durch den Tag. Das Jahrestreffen bot den rund 150 Teilnehmenden aus dem ganzen Land neben Fachvorträgen auch Chancen zum Netzwerken. Ein Konzept, das ankommt: „Laut unserer Evaluation soll alles so bleiben“, sagte Dr. Christine Mau-Florek, bisherige Nummer zwei im Landesvorstand.

Als „Hausärzte der Frauen“ erkennen Gynäkologen häufig auch, wenn es eine soziale oder emotionale Schiefelage in einer Familie gibt. Besonders im Blick sind Schwangere: Ob sie nach der Geburt Probleme haben werden, sich adäquat um ihr Kind zu kümmern, „erkennen Frauenärzte zu 90 Prozent“, zitierte Anja Reimers, im Kieler Sozialministerium für die Koordinierung der Frühen Hilfen zuständig, aus einer aktuellen Befragung. Die Frühen Hilfen sind ein Angebot für junge Eltern, das auf Freiwilligkeit basiert und keine Anträge benötigt. Aber nicht alle Familien nehmen es an. Gerade diejenigen, die am stärksten Hilfe brauchen, finden den Weg in die Hilfen nur mit Mühe. Reimers stellte das „grüne Rezept“ vor, das aber nur optisch einem gültigen Rezept ähnelt. Dieses Papier mache den Übergang für manche Eltern leichter, in Schleswig-Holstein gibt es das Modell aber noch nicht.

Auch Schilddrüsenerkrankungen gehören nicht zum Kernbereich frauenärztlicher Tätigkeiten, beschäftigen Patientinnen und Ärzte aber „vom Kinderwunsch bis ins Alter“, so der Titel des



Wiedergewählte Vorsitzende und neue zweite: Doris Scharrel (rechts) bleibt Chefin im Berufsverband der Frauenärzte in Schleswig-Holstein. Neu im Amt der zweiten Vorsitzenden ist Dr. Bettina Schultz (links) aus Eutin.

515

Mitglieder gehören dem Landesverband Schleswig-Holstein im Berufsverband der Frauenärzte aktuell an. 150 von ihnen kamen zum jährlichen Treffen nach Rendsburg.

Vortrags von Prof. Onno Janßen vom Endokrinologikum Hamburg. Gerade während der Schwangerschaft sei das thyreoidea-stimulierende Hormon TSH, das als Botenstoff Rückschlüsse auf die Schilddrüsenfunktion gibt, gar nicht so wichtig. Janßen riet stattdessen allen Frauen zu einer Jodgabe: „Jod macht Kinder schlauer.“ Studien belegten, dass ein höherer Level den IQ sowie die Sprach- und Lesefähigkeit verbessere. Für die Mütter mache die Extradosis keinen Unterschied, so Janßen, selbst dann nicht, wenn sie bereits unter Hashimoto-Thyreoiditis litten: „Noch mehr Hashimoto geht nicht, und hier steht erstmal das Kind im Mittelpunkt.“ Bei Kindern mit möglicher Fehlfunktion riet er zunächst zum Abwarten, da sich das scheinbare Problem oft von allein löse. Auch bei älteren Patientinnen sei es nicht sinnvoll, mit Medikamenten oder Hormonen einzugreifen, schließ-



Prof. Onno Janßen vom Endokrinologikum in Hamburg sprach in Rendsburg über Kinderwunsch im höheren Alter.

lich habe jeder Mensch einen eigenen TSH-Bereich: „Wer einen Normalwert hat, ist nicht automatisch gesund, wer außerhalb der Norm liegt, ist nicht automatisch krank.“

Nicht nur die Frauen, sondern die ganze Familie müssten die niedergelassenen Gynäkologen beim Thema Impfen im Blick haben, so Bettina Schultz: „Wir dürfen auch Männer impfen.“ Das betreffe alle mit dem Piekts vermeidbaren Krankheiten wie Tetanus, Pertussis, Influenza, Hepatitis C, HPV und Herpes Zoster. „Ich sehe uns in der Verantwortung“, betonte Schultz. Das gelte besonders für Krankheiten wie Masern, Röteln und Mumps, die Embryos oder Neugeborene schädigen können. Die Masernimpfpflicht, die im März in Kraft getreten ist, betrifft auch Arztpraxen: Alle Beschäftigten müssen ihre Masernimpfung nachweisen, sonst dürfen sie keinen Kontakt zu Patienten haben.

Die im Amt bestätigte Verbandsvorsitzende Doris Scharrel konnte in ihrem Vortrag gleich eine Entwarnung geben: Beim neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) „gehören wir Gynäkologen nicht zu den Verlierern“. Unter anderem gibt es nun ein „Erfolgshonorar“, wenn eine Praxis über dem Durchschnitt Patientinnen für ein Chlamydien-screening gewinnt. Zudem sei es nur eine kleine Reform gewesen, und „nach dem EBM ist vor dem EBM“. Verärgert zeigte sich Scharrel aber bei den neuen Standards beim Zervixkarzinomscreening: „Hier wird etwas durchgeprügelt, ohne auf medizinische Leitlinien zu achten.“ Das Problem: Nur noch zertifizierte Kolposkopiepraxen sollen die Untersuchungen durchführen dürfen. Für Schleswig-Holstein gibt es aber noch gar keine Liste solcher Praxen. „Wir haken nach“, versprach Scharrel.

Bei der Schwangerenvorsorge verweist sie auf den elektronischen Mutterpass M@ndita und warnte davor, dass frauenärztliche Tätigkeiten von Hebammen übernommen werden sollen. Scharrels Eindruck: „Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bevorzugt die Hebammen.“ Um gegenüber der Politik argumentieren zu können, benötige der Verband Rückmeldungen der Mitglieder. Aber hier gebe es ein generelles Problem, sagte Doris Scharrel: Auf Bitten des Vorstandes, zu aktuellen Fragen Stellung zu nehmen oder Daten zu liefern, komme oft wenig Resonanz, um gute Argumente in der Berufspolitik auf Bundesebene zu haben. Wenn es aber Resonanz gebe, herrsche in Mitteilungen und E-Mails an die ehrenamtlichen Vorstandsmitglieder teilweise ein aggressiver Tonfall, etwa wenn politische Entscheidungen scheinbar ungünstig ausgefallen sind. „Ich mache den Job gerne, aber etwas Kollegialität und Höflichkeit wären gut“, so Scharrel.

Neues aus der Behandlung von Mamma- und Zervixkarzinom berichteten Prof. Nicolai Maass, Leiter der Gynäkologie am UKSH Kiel, und Prof. Christhard Köhler, Chefarzt der Asklepios Klinik Altona. Das Ziel: Durch die Therapien sollte möglichst wenig ins Leben der Patientinnen eingegriffen werden; Nebenwirkungen gilt es zu vermeiden, Operationen so gering wie möglich zu halten.

So ist beim Brustkrebs die Chemotherapie längst nicht immer der beste Weg, darauf wies Maass in seinem Referat hin. Faktoren wie Größe des Tumors, genetische Zusammensetzung, und das Alter der Patientinnen spielen bei der Wahl der richtigen Methode eine Rolle. Maass trennte dabei klare Fälle – etwa eine junge Patientin mit einem großen Tumor oder eine sehr alte Patientin mit einem sehr kleinen Befall – von der Vielzahl der Fälle im „Graubereich“ dazwischen. Es gelte Risiken abzuwägen: Wie groß ist das Rezidivrisiko, steigt die Wahrscheinlichkeit des Langzeitüberlebens durch eine bestimmte Therapie, und wie wahrscheinlich sind dagegen Langzeitnebenwirkungen wie Fatigue und Schmerzen? Bei der genauen Diagnose und dem Festlegen des Behandlungspfades „sind wir von den Daten der Pathologen abhängig“, sagte Maass, wies aber auch darauf, dass sich Ergebnisse von einem Labor zum anderen unterscheiden könnten. Ein neues Tool, das zunehmend zur Diagnose herangezogen wird, ist die Gen-Analyse. Die Proben werden dazu an ein Labor in den USA geschickt, ein paar Tage Wartezeit müssen also mit eingerechnet werden. Die Tests sind im Lauf der Zeit günstiger geworden, aber vergleichsweise teuer bleiben sie dennoch. Doch die Ausgabe rechnet sich auch jenseits des Nutzens für die Patientin, da mittelfristig die Chemo-Rate sinken könnte.

Wird ein Gebärmutterhalskrebs während der Schwangerschaft festgestellt, kann die Operation das Ende der Schwangerschaft bedeuten – eine grausame Entscheidung für eine werdende Mutter. Dr. Christhard Köhler riet zu einer Therapie mit Cisplatin. Durch die Filterwirkung der Plazenta komme nur 50 Prozent beim Kind an. Gerade bei jungen Frauen mit Kinderwunsch sei es wichtig, organerhaltend zu operieren. Die besten Ergebnisse, sowohl was Rezidivraten als auch Schwangerschaften angehe, habe die radikale vaginale Trachelektomie (RVT). Danach sei eine permanente Cerclage notwendig. Entsprechend sei eine spätere Geburt nur noch per Kaiserschnitt möglich.

Sectio ist bei Mehrlingen fast Standard. Die Fälle mehren sich, unter anderem als Folge von Reproduktionstechniken. Doch das Risiko für Frühgeburten und Todesfälle sei bei Mehrlingen deut-



Dr. Martina Brügge, Oberärztin an der Frauenklinik des UKSH, sprach u. a. über Sectio bei Mehrlingsgeburten.

Info

- ▶ Auf dem Gynäkologentag 2020 wählten die Teilnehmenden ihren Landesvorsitz.
- ▶ Die erste Vorsitzende Doris Scharrel wurde mit überwältigender Mehrheit im Amt bestätigt.
- ▶ Stellvertreterin Dr. Christine Mauflorek trat nicht wieder an, ihre Nachfolge übernimmt Dr. Bettina Schultz. Die 55-jährige leitet seit 2003 eine Praxis in Eutin. Sie ist Mitglied des Ärztenetzes Eutin-Malente und der Kammerversammlung, sowie Mitglied des Akademie Vorstandes.

lich erhöht, warnte Dr. Martina Brügge, Oberärztin der Frauenklinik am UKSH. Die Schwangeren sollten deutlich häufiger in den Praxen untersucht und frühzeitig in der Klinik vorgestellt werden.

Grüße der Ärztekammer Schleswig-Holstein überbrachte der Ärztliche Geschäftsführer Dr. Carsten Leffmann. Er bekannte einen Mangel: „Viele Menschen wissen kaum, was die Kammer eigentlich tut, einige kennen den Unterschied zwischen KV und Kammer nicht. Da müssen wir besser werden.“ Er nannte im Schnelldurchlauf einige der Themen, mit denen sich die Kammer aktuell befasst, von Fachkräftemangel bis zur Krise der Pflegeberufekammer, die aus Sicht der Ärztekammer bedauerlich sei: „Medizin ist Teamwork.“ Nicht nur an Zusammenarbeit, sondern auch an neuen Techniken komme die Medizin nicht vorbei. Dabei befindet sich immer mehr Technik in der Hand der Patienten selbst. Dank einer Reihe von Apps mit Kontrollfunktionen kämen heutige Smartphones schon fast an den „Iricorder“ heran. Mit diesem ultimativen Diagnosegerät trat „Pille“, der Bordarzt auf dem Raumschiff Enterprise, ans Bett seiner menschlichen wie außerirdischen Patienten. Nicht zu vergessen: Die Fernsehserie spielt im Jahr 2200.

Fortbildungstermine bei der Ärztekammer

ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG

MÄRZ/APRIL

BEGINN	THEMA
18. – 23. MÄRZ	Balint-Gruppe Mittwoch Beginn: 16:30 Uhr
21. MÄRZ	Notfalltherapie von Herzrhythmusstörungen in der Praxis Beginn: 9:30 Uhr
27. - 29. MÄRZ	Akupunktur Block C Beginn: 15:00 Uhr
27./28. MÄRZ	Psychosomatische Grundversorgung Teil II Beginn: 16:00 Uhr
18. APRIL	ACLS-Training (Advanced Cardiac Life Support) Beginn: 9:30 Uhr
20. APRIL	NEU: Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung
20. – 25. APRIL	Suchtmedizinische Grundversorgung Beginn: 9:00 Uhr
23. APRIL	Kindernotfälle – Kindertrainingszirkel (KiTZ) - Kreislauf Bewusstsein (C D-Probleme) Beginn: 17:00 Uhr
25. APRIL	Manuelle Medizin Beginn: 9:00 Uhr

FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL

MÄRZ/APRIL

BEGINN	THEMA
13./14. MÄRZ 28. MÄRZ	Geriatrische Syndrome und Krankheitsfolgen im Alter/Diagnoseverfahren Beginn: 15:00 Uhr
AB 20. MÄRZ	Fachzertifikat Impfberatung Beginn: 15:00 Uhr
3./4. APRIL 18. APRIL	Projektmanagement Beginn: 8:00 Uhr
3./4. APRIL	Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten Beginn: 15:00 Uhr
AB 17. APRIL	Sachkunde gem. § 5 und § 8 nach MPBetreibVO Beginn: 9:00 Uhr
17. APRIL 24./25. APRIL	Grundlagen der Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen Beginn: 15:00 Uhr
18. APRIL	Nicht-ärztliche Praxisassistent/-in _Refresher zum Kompetenzerhalt Digitalisierung Beginn: 9:00 Uhr
20. BIS 24. APRIL	Durchführung der Ausbildung Beginn: 9:15 Uhr
25. APRIL	Spritzen, na und...? - Kompakt Beginn: 9:00 Uhr

INTERPROFESSIONELLE FORTBILDUNGEN

MÄRZ/APRIL

BEGINN	THEMA
25. MÄRZ	Notfallmanagement und Basisreanimation Beginn: 15:00 Uhr
21. APRIL	Update Transplantation – Arbeitskreis der Transplantationsbeauftragten Beginn: 14:00 Uhr
22. APRIL	Krebsregister in Praxis und Klinik Beginn: 15:00 Uhr
23. APRIL	Kindernotfälle – Kindertrainingszirkel (KiTZ) - Kreislauf Bewusstsein (C D-Probleme) Beginn: 17:00 Uhr
24. APRIL	Schulung für BuS-Teilnehmer – Auffrischkurs Beginn: 14:00 Uhr
25. APRIL	DSGVO – Praxisanwendungen Beginn: 8:30 Uhr
25. APRIL	Schulung für BuS-Teilnehmer – Basisseminar Beginn: 9:30 Uhr

Kontakt

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

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

MÄRZ/APRIL/MAI

18. MÄRZ	Etabliertes und neues zur Schlafmedizin	UKSH Lübeck Telefon 0451 500 42 020 petra.schuhr@uksh.de www.uksh.de/hno-luebeck 3 Punkte
25. MÄRZ	Fortbildungsserie One Step Ahead Thema: Rheumatologie	UKSH Kiel Telefon 0431 500 224 76 Dorota.Rozek@uksh.de www.uksh.de/onestepahead 2 Punkte
1. APRIL	Lübecker S-ICD Workshop und Implantationskurs	UKSH Lübeck Telefon 0451 500 44 511 rhythmologie.herzzentrum.luebeck@uksh.de www.uksh.de/innere2-luebeck 11 Punkte
4. APRIL	Umgang mit dissoziativen Symptomen	IFT-Nord gGmbH, Kiel ambulanz@ift-nord.de, www.ift-nord.de 12 Punkte
24./25. APRIL	7. Joint Meeting – 16. Passat-Tagung und 115. Tagung der Schleswig-Holsteiner Dermatologen	UKSH Lübeck Telefon 0451 500 41501 Punkte beantragt
4./5. MAI	Einführung in die Maritime Medizin - Exklusiver Blick hinter die Kulissen der Seefahrt	Schiffsarztlehrgang GbR Kiel Telefon 0152 527 0563 0 info@schiffsarztlehrgang.de www.schiffsarztlehrgang.de 70 Punkte
7. MAI	Adipositas-Therapie	Ärzteverein Rendsburg aerzteverein-rd@web.de Punkte beantragt
13./14. MAI	„Transfusionsbeauftragter/Transfusionsverantwortlicher“	LADR Akademie Telefon 04152 803 126 n.hufen@intermed.de www.intermed.de www.LADR.de Punkte beantragt

Weitere Informationen bei den Veranstaltern. Alle Angaben ohne Gewähr.

ACLS-Training (Advanced Cardiac Life Support)

Der Kurs wendet sich an alle, die eine größere Sicherheit in den Maßnahmen der Cardio Pulmonalen Reanimation erlangen und über die Basismaßnahmen hinaus auch die erweiterten, insbesondere pharmako- und elektrotherapeutischen Maßnahmen beherrschen wollen. Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die im Rahmen des kassenärztlichen Notdienstes mit Notfällen konfrontiert werden Inhalte:

- ▶ Theoretische Grundlagen gemäß den aktuellen ERC Leitlinie
- ▶ Einfache Szenarien zu den verschiedenen Formen des Herz-Kreislauf-Stillstandes
- ▶ Komplexere Szenarien zu Periarrestarrhythmien und anderen vitalbedrohlichen Notfallsituationen
- ▶ Tipps und Tricks rund um die Reanimation

Voraussetzungen: Grundkenntnisse in der Cardio Pulmonalen Reanimation (z.B. Notfallmanagement und Basisreanimation)

Termin: 18. April

Informationen: Susanne Korbs, Telefon 04551 803 705, susanne.korbs@aecksh.de

Grundlagen der Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen

In Ihrem Praxisalltag und auch in der Hausbesuchstätigkeit ist es wichtig, die Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen zu kennen und zu nutzen. Dieses Seminar vermittelt Kenntnisse über Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen in der Suchtprävention, Schutzimpfungen und in der häuslichen Hygiene.

Inhalte u. a. :

- ▶ Verhältnispräventionen
- ▶ Bei Maßnahmen der Suchtprävention mitwirken
- ▶ Bei Schutzimpfungen mitwirken Bedeutung und Chancen von Früherkennungsuntersuchungen
- ▶ Hygiene in der Häuslichkeit des Patienten beachten.

Termin: 17./18. April und 24. - 25. April

Informationen: Rabea Brunke, Telefon 04551 803 706, rabea.brunke@aecksh.de

DSGVO - Praxisanwendungen

Ziel dieses Workshops ist es vorhandenes Basiswissen über die Datenschutz-Grundverordnung und das aktuelle Bundesdatenschutzgesetz zu verinnerlichen und zu lernen das theoretische Wissen in konkrete Handlungen im Arztpraxisalltag umzusetzen. Voraussetzung für die Teilnahme am Seminar Grundkenntnisse über: gesetzlichen Grundlagen (DSGVO, BDSG), Patientenrechte, Verfahrensverzeichnis, Technische und organisatorische Maßnahmen, Informationstechnologien: Netzwerke (Router), Antivirensoftware, PVS. Der Workshop wird in vier Einheiten unterteilt sein.

Termin: 25. April

Informationen: Rabea Brunke, Telefon 04551 803 706, rabea.brunke@aecksh.de

Kontakt

Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Telefon 04551 803 700

E-Mail akademie@aecksh.de

Unter dem Motto „informativ. innovativ. integrativ. Optimale Versorgung für alle“ informierten sich mehr als 10.000 Experten über aktuelle wissenschaftliche, medizinische und gesundheitspolitische Entwicklungen der Krebsmedizin beim 34. Deutschen Krebskongress in Berlin. Bei dem von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe gemeinsam ausgerichteten Kongress waren auch zahlreiche Vertreter aus Schleswig-Holstein vor Ort; zwei von ihnen befassten sich in ihren Symposien mit Krebserkrankungen bei jüngeren Menschen.

Jedes Jahr erkranken in Deutschland etwa 2.100 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren an Krebs, insbesondere an Leukämien, Hirntumoren und Lymphomen sowie an bösartigen Knochentumoren. Behandelt werden sie in der Regel mit Chemotherapien und Bestrahlungen, die ihre Spuren auch in gesunden Zellen hinterlassen. „Das erklärt, warum auch viele Jahre nach einer überstandenen Krebserkrankung noch gesundheitliche Beschwerden auftreten können, deren Ursprung auf die Krebstherapie zurückgeht“, erläuterte der Kinderonkologe Prof. Thorsten Langer vom UKSH-Campus Lübeck. Insbesondere das Herz, die Hormondrüsen, die Knochen und das Gehör können von einer intensiven onkologischen Therapie im Kindesalter geschädigt werden. Die Prävalenz der Spätfolgen nimmt dabei mit zunehmendem Abstand zur onkologischen Primärerkrankung und -therapie zu. 30 Jahre nach der Krebserkrankung sind bis zu zwei Drittel der Patienten von neuen, chronischen Erkrankungen betroffen.

Wie kann diesen Patienten besser geholfen werden? Langer plädiert für eine umfassende Nachsorge: „Bei jungen Patienten, die sich in einer Langzeitnachsorge befinden, werden Spätfolgen früher entdeckt und können Krankenhaus-aufenthalte verringert werden. Zudem haben diese Patienten ein besseres Wissen über ihre Erkrankung und ihr Risiko für Spätfolgen.“ Am UKSH-Campus Lübeck gibt es seit 2014 eine spezialisierte und strukturierte Langzeitnachsorgesprechstunde für krebskranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Hier werden neben medizinischen Themen auch psychosoziale und psychoonkologische Aspekte angesprochen sowie Ernährungs- und Sportberatungen angeboten. Mittlerweile werden hier über 200 junge Menschen nach überstandener Krebserkrankung betreut; darunter auch Patienten aus der Kinderonkologie in Kiel.

Eingebunden in das sogenannte Nachsorge-Board ist ein multidisziplinäres Team aus Pädiatern, Internisten, sowie weiterer Fachdisziplinen; die Sprech-

ONKOLOGIE

Bessere Heilungschancen für junge Krebspatienten

34. Deutscher Krebskongress in Berlin mit mehr als 10.000 Experten. Gestiegene Heilungschancen für junge Krebspatienten.

stunde ist so organisiert, dass alle Untersuchungstermine an einem Tag stattfinden. Langer: „In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass sowohl das Wissen über Spätfolgen bei den behandelnden Ärzten als auch die interne Kommunikation im Nachsorge-Team für die Patienten von großer Bedeutung für eine erfolgreiche Nachsorge sind.“

Bundesweit sei die Versorgung dieser Patientengruppe jedoch noch nicht optimal, berichtete der Lübecker Kinderonkologe: In diesem relativ jungen Versorgungsbereich fehle es etwa an bedarfsgerechten Patienteninformationen, Fortbildungen für niedergelassene Ärzte oder einem telemedizinischen Versorgungsangebot. Ziel müsse eine sektorenübergreifende Versorgung dieser Patienten sein, um eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu verhindern, so Langer in Berlin.

Mit einer etwas älteren Patientenklientel befasste sich Prof. Alexander Katalinic, Direktor des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck. Er stellte beim Kongress aktuelle Daten von Krebs bei jungen Erwachsenen vor: Jährlich erkranken seinen Angaben zufolge rund 17.000 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 39 Jahren erstmalig an Krebs. „Damit entfallen etwa 3,5 Prozent aller Krebsneuerkrankungen auf die Altersgruppe der sogenannten AYA – adolescents and young adults.“ Krebs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sei damit insgesamt gesehen eher selten, unterscheide sich aber deutlich vom Kinderkrebs oder von Krebserkrankungen bei älteren Menschen. Die sehr häufigen Krebsformen bei älteren Erwachsenen, wie Darm-, Lungen- oder Prostatakrebs, kämen bei den AYA kaum vor. Die drei häufigsten Krebserkrankungen bei den 15- bis 29-jährigen Frauen seien das maligne Melanom, Schilddrüsenkrebs und Morbus Hodgkin, bei gleichaltrigen Männern Hodenkrebs, Morbus Hodg-

kin und das maligne Melanom, so Katalinic. Bei den 30- bis 39-jährigen Frauen stünden Brustkrebserkrankungen an der Häufigkeitsspitze, bei den Männern weiterhin der Hodenkrebs.

„Auch wenn Krebs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verhältnismäßig selten ist, stellt eine Krebserkrankung für die jungen Menschen ein besonders einschneidendes Ereignis dar. In die AYA-Lebensspanne fallen richtungweisende Ereignisse wie Berufsausbildung, partnerschaftliche Bindungen oder die Familien- und Zukunftsplanung“, erläuterte Katalinic. Auch aus onkologischer Sicht seien Krebserkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehr speziell, handle es sich doch nicht mehr um „Kinderkrebs“, aber auch nicht um typischen „Erwachsenenkrebs“. Fertilitätserhalt und Langzeitfolgen der Tumortherapie seien besondere Herausforderungen in der Versorgung dieser Patientengruppe. Die Heilungschancen der jungen Krebspatienten haben sich nach Angaben von Katalinic in den vergangenen zehn Jahren erfreulicherweise weiter erhöht – die 5-Jahres-Überlebensrate ist bei den jungen Frauen von 83 auf 88 Prozent gestiegen, bei den jungen Männern von 77 auf 82 Prozent. Die im AYA-Alter häufigsten Krebserkrankungen weisen sogar Überlebensraten von über 90 Prozent auf, so der Lübecker Epidemiologe.

Aufgrund der Alterung der Gesellschaft steigt die Zahl der Neuerkrankungen beständig an. Für 2020 werden rund 510.000 Neuerkrankungen prognostiziert. Die 5-Jahres-Überlebensraten betragen bei Frauen 65, bei Männern 59 Prozent. Sie sind in hohem Maße von der Tumorart abhängig und reichen von unter 20 Prozent für bösartige Tumoren der Lunge, Leber oder Bauspeicheldrüse bis zu über 90 Prozent bei malignen Melanomen, Prostata- oder Hodenkrebs.

UWE GROENEWOLD

492.000

Menschen sind im Jahr 2016 in Deutschland an Krebs erkrankt. Brustdrüse (68.900), Prostata (58.800), Dickdarm (58.300) und Lunge (57.500) sind die häufigsten betroffenen Organe. Die Erkrankungs-raten sind für viele Krebsarten rückläufig – etwa bei Magen und Darm um rund 20 Prozent in den vergangenen zehn Jahren. Aktuell leben 1,7 Millionen Menschen in Deutschland, bei denen in den vergangenen fünf Jahren eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde.

Unter dem Motto „informativ. innovativ. integrativ. Optimale Versorgung für alle“ informierten sich mehr als 10.000 Experten über aktuelle wissenschaftliche, medizinische und gesundheitspolitische Entwicklungen der Krebsmedizin beim 34. Deutschen Krebskongress in Berlin. Bei dem von der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Krebshilfe gemeinsam ausgerichteten Kongress waren auch zahlreiche Vertreter aus Schleswig-Holstein vor Ort; zwei von ihnen befassten sich in ihren Symposien mit Krebserkrankungen bei jüngeren Menschen.

Jedes Jahr erkranken in Deutschland etwa 2.100 Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 18 Jahren an Krebs, insbesondere an Leukämien, Hirntumoren und Lymphomen sowie an bösartigen Knochentumoren. Behandelt werden sie in der Regel mit Chemotherapien und Bestrahlungen, die ihre Spuren auch in gesunden Zellen hinterlassen. „Das erklärt, warum auch viele Jahre nach einer überstandenen Krebserkrankung noch gesundheitliche Beschwerden auftreten können, deren Ursprung auf die Krebstherapie zurückgeht“, erläuterte der Kinderonkologe Prof. Thorsten Langer vom UKSH-Campus Lübeck. Insbesondere das Herz, die Hormondrüsen, die Knochen und das Gehör können von einer intensiven onkologischen Therapie im Kindesalter geschädigt werden. Die Prävalenz der Spätfolgen nimmt dabei mit zunehmendem Abstand zur onkologischen Primärerkrankung und -therapie zu. 30 Jahre nach der Krebserkrankung sind bis zu zwei Drittel der Patienten von neuen, chronischen Erkrankungen betroffen.

Wie kann diesen Patienten besser geholfen werden? Langer plädiert für eine umfassende Nachsorge: „Bei jungen Patienten, die sich in einer Langzeitnachsorge befinden, werden Spätfolgen früher entdeckt und können Krankenhaus-aufenthalte verringert werden. Zudem haben diese Patienten ein besseres Wissen über ihre Erkrankung und ihr Risiko für Spätfolgen.“ Am UKSH-Campus Lübeck gibt es seit 2014 eine spezialisierte und strukturierte Langzeitnachsorgesprechstunde für krebskranke Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Hier werden neben medizinischen Themen auch psychosoziale und psychoonkologische Aspekte angesprochen sowie Ernährungs- und Sportberatungen angeboten. Mittlerweile werden hier über 200 junge Menschen nach überstandener Krebserkrankung betreut; darunter auch Patienten aus der Kinderonkologie in Kiel.

Eingebunden in das sogenannte Nachsorge-Board ist ein multidisziplinäres Team aus Pädiatern, Internisten, sowie weiterer Fachdisziplinen; die Sprech-

ONKOLOGIE

Bessere Heilungschancen für junge Krebspatienten

34. Deutscher Krebskongress in Berlin mit mehr als 10.000 Experten. Gestiegene Heilungschancen für junge Krebspatienten.

stunde ist so organisiert, dass alle Untersuchungstermine an einem Tag stattfinden. Langer: „In vielen Studien konnte gezeigt werden, dass sowohl das Wissen über Spätfolgen bei den behandelnden Ärzten als auch die interne Kommunikation im Nachsorge-Team für die Patienten von großer Bedeutung für eine erfolgreiche Nachsorge sind.“

Bundesweit sei die Versorgung dieser Patientengruppe jedoch noch nicht optimal, berichtete der Lübecker Kinderonkologe: In diesem relativ jungen Versorgungsbereich fehle es etwa an bedarfsgerechten Patienteninformatoren, Fortbildungen für niedergelassene Ärzte oder einem telemedizinischen Versorgungsangebot. Ziel müsse eine sektorenübergreifende Versorgung dieser Patienten sein, um eine Über-, Unter- und Fehlversorgung zu verhindern, so Langer in Berlin.

Mit einer etwas älteren Patientenklientel befasste sich Prof. Alexander Katalinic, Direktor des Institutes für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck. Er stellte beim Kongress aktuelle Daten von Krebs bei jungen Erwachsenen vor: Jährlich erkranken seinen Angaben zufolge rund 17.000 Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 15 und 39 Jahren erstmalig an Krebs. „Damit entfallen etwa 3,5 Prozent aller Krebsneuerkrankungen auf die Altersgruppe der sogenannten AYA – adolescents and young adults.“ Krebs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sei damit insgesamt gesehen eher selten, unterscheidet sich aber deutlich vom Kinderkrebs oder von Krebserkrankungen bei älteren Menschen. Die sehr häufigen Krebsformen bei älteren Erwachsenen, wie Darm-, Lungen- oder Prostatakrebs, kämen bei den AYA kaum vor. Die drei häufigsten Krebserkrankungen bei den 15- bis 29-jährigen Frauen seien das maligne Melanom, Schilddrüsenkrebs und Morbus Hodgkin, bei gleichaltrigen Männern Hodenkrebs, Morbus Hodg-

kin und das maligne Melanom, so Katalinic. Bei den 30- bis 39-jährigen Frauen stünden Brustkrebserkrankungen an der Häufigkeitsspitze, bei den Männern weiterhin der Hodenkrebs.

„Auch wenn Krebs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verhältnismäßig selten ist, stellt eine Krebserkrankung für die jungen Menschen ein besonders einschneidendes Ereignis dar. In die AYA-Lebensspanne fallen richtungsweisende Ereignisse wie Berufsausbildung, partnerschaftliche Bindungen oder die Familien- und Zukunftsplanung“, erläuterte Katalinic. Auch aus onkologischer Sicht seien Krebserkrankungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehr speziell, handle es sich doch nicht mehr um „Kinderkrebs“, aber auch nicht um typischen „Erwachsenenkrebs“. Fertilitätserhalt und Langzeitfolgen der Tumortherapie seien besondere Herausforderungen in der Versorgung dieser Patientengruppe. Die Heilungschancen der jungen Krebspatienten haben sich nach Angaben von Katalinic in den vergangenen zehn Jahren erfreulicherweise weiter erhöht – die 5-Jahres-Überlebensrate ist bei den jungen Frauen von 83 auf 88 Prozent gestiegen, bei den jungen Männern von 77 auf 82 Prozent. Die im AYA-Alter häufigsten Krebserkrankungen weisen sogar Überlebensraten von über 90 Prozent auf, so der Lübecker Epidemiologe.

Aufgrund der Alterung der Gesellschaft steigt die Zahl der Neuerkrankungen beständig an. Für 2020 werden rund 510.000 Neuerkrankungen prognostiziert. Die 5-Jahres-Überlebensraten betragen bei Frauen 65, bei Männern 59 Prozent. Sie sind in hohem Maße von der Tumorart abhängig und reichen von unter 20 Prozent für bösartige Tumoren der Lunge, Leber oder Bauspeicheldrüse bis zu über 90 Prozent bei malignen Melanomen, Prostata- oder Hodenkrebs.

UWE GROENEWOLD

492.000

Menschen sind im Jahr 2016 in Deutschland an Krebs erkrankt. Brustdrüse (68.900), Prostata (58.800), Dickdarm (58.300) und Lunge (57.500) sind die häufigsten betroffenen Organe. Die Erkrankungs-raten sind für viele Krebsarten rückläufig – etwa bei Magen und Darm um rund 20 Prozent in den vergangenen zehn Jahren. Aktuell leben 1,7 Millionen Menschen in Deutschland, bei denen in den vergangenen fünf Jahren eine Krebserkrankung diagnostiziert wurde.

KREISAUSSCHÜSSE – PLÖN

Klinikärzte schwer zu überzeugen

Kreisausschuss Plön unter Leitung von Dr. Wolfgang Müller. Zusammenarbeit gut, aber Nachwuchs fehlt.



Dr. Wolfgang Müller

Dank der räumlichen Nähe zu Neumünster und Kiel gibt es bislang kaum Probleme, frei werdende Arztsitze im Kreis Plön nachzubeseetzen. Der Kreis reicht von der Ostseeküste bis in die Mitte Schleswig-Holsteins und ist nicht nur landschaftlich, sondern auch in der ärztlichen Versorgung vielfältig.

Diese Vielfalt bildet der Kreisausschuss Plön ab. Unter den fünf Mitgliedern sind die Facharzttrichtungen Orthopädie, Urologie, Radiologische Diagnostik und zwei Mal Allgemeinmedizin vertreten. Vier von ihnen sind Niedergelassene, ein Arzt ist im Ruhestand, angestellte Kollegen sind nicht vertreten. Dr. Wolfgang Müller, langjähriger Vorsitzender des Kreisausschusses, sieht hier die neue Rollenverteilung der Gesellschaft als einen der möglichen Gründe. „Heute sind beide Partner in einer Beziehung sowohl privat als auch beruflich voll eingespannt. Trifft sich der Zufall und beide Partner haben Freizeit zur Verfügung, wird diese häufig nicht für die Ausübung eines Ehrenamtes genutzt“, so Müller. Er vermutet außerdem, dass jüngere Kollegen nicht immer den Nutzen eines solchen Ehrenamtes erkennen. Dabei lobt Müller gerade diesen Punkt der Arbeit im Kreisausschuss. Das kollegiale Miteinander in einem Landkreis lebe vom Vernetzen und dem Umgang miteinander. Und dies ermögliche die

Zusammenarbeit im Kreisausschuss. Die verschiedenen Funktionen der Kreisausschussmitglieder tragen laut Müller zur guten Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Sektor im Kreis Plön bei. So ist Dr. Thomas Quack neben seiner Tätigkeit im Kreisausschuss als Vorsitzender des Praxisnetzes Plön e.V. tätig und Dr. Dr. rer. nat. Joachim Pohl als Kreisstellenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung. Dr. Frank Schubert arbeitet auch im Verwaltungsrat des Versorgungswerkes Schleswig-Holstein.

In bis zu drei Sitzungen pro Jahr tauscht sich der Ausschuss über die Arbeit der Ärztekammer und über Anliegen im Kreis aus. Diese Themen können in den folgenden Sitzungen der Ärztekammer mit den Kreisausschussvorsitzenden thematisiert werden. „Nicht selten kann ich meinen Kollegen im Kreis dann eine direkte Rückmeldung geben. Dies ist sehr wertvoll“, so Müller.

Fortbildungen werden im Kreis Plön gemeinsam mit dem Praxisnetz Plön organisiert und richten sich stets nach aktuellen Themen wie Notdienstplanung und Terminservicestellen, werden aber auch zum Beispiel zum Thema Alkoholismus angeboten. Für Anregungen und Mitwirkung an der ehrenamtlichen Mitarbeit im Kreisausschuss ist Müller offen und freut sich unter ploen@aecksh.de über eine Nachricht. ASTRID SCHOCK

DIE ARBEIT DER KREISAUSSCHÜSSE

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein wird bei der Durchführung ihrer Aufgaben in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt von einem Kreisausschuss unterstützt. Die Kreisausschüsse werden für die jeweilige Wahlperiode analog zu der Kammerversammlung benannt.

Die Mitglieder der Kreisausschüsse treffen sich regelmäßig zum kollegialen Austausch. Sie erarbeiten Strategien und Konzepte, um die berufliche Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte in ihrem Einzugsgebiet zu fördern.

Des Weiteren unterstützt jeder Kreisausschuss die Ärztekammer darin, die Einhaltung der Berufspflicht zu kontrollieren und die Kammerwahlen nach Ablauf einer Wahlperiode vorzubereiten.

In bis zu dreimal jährlich stattfindenden gemeinsamen Sitzungen informiert die/der Kreisausschussvorsitzende den Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein über aktuelle Themen und Diskussionen innerhalb der Landkreise und spiegelt somit die Meinungsbildung in Schleswig-Holstein wider.

MITGLIEDER DES KREISAUSSCHUSSES

- ▶ Dr. Wolfgang Müller (Vorsitz)
- ▶ Dr. Thomas Quack (Stellvertreter)
- ▶ Dr. Daniel Lohmann
- ▶ Dr. Dr. Joachim Pohl
- ▶ Dr. Frank Schubert

KONTAKT

Wenn Sie Interesse an einer Mitarbeit im Kreisausschuss Plön haben, wenden Sie sich gern direkt an Dr. Wolfgang Müller. Er freut sich über eine Kontaktaufnahme per Mail an ploen@aecksh.de. Gerne informiert Müller auch regelmäßig über die besprochenen Themen, die in der Kammerversammlung und der gemeinsamen Sitzung der Kreisausschussvorsitzenden mit dem Vorstand der Ärztekammer besprochen werden. Auch Probleme, die Sie gern in der Ärztekammer besprochen hätten, nimmt Müller gern entgegen.

NEUE WBO

Nach altem Recht absolviert, im neuen anerkannt

Der Abschluss der Weiterbildung ist auch nach Inkrafttreten der neuen WBO noch für eine Übergangsfrist nach den bisherigen Bestimmungen möglich. 11 neue Zusatz-Weiterbildungen.

Planungssicherheit für Ärzte in Weiterbildung (WBO): Auch wenn die neue WBO am 1. Juli 2020 inkraft getreten ist, können dann bereits begonnene Weiterbildungsgänge noch nach altem Recht abgeschlossen werden. Dies ermöglichen allgemeine Übergangsbestimmungen. Wer sich also aktuell in einer Weiterbildung zum Facharzt befindet, kann diese auch anschließend nach altem Recht abschließen. Die Frist beträgt sieben Jahre für Facharztweiterbildungen und drei Jahre für Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungen. Sind die Voraussetzungen für die Beantragung bzw. die Zulassung zur Prüfung erfüllt, können die Schwerpunkt- und Zusatz-Bezeichnungen nach bisherigem Recht bis 30.6.2023 und die Facharztbezeichnungen bis 30.6.2027 beantragt werden. An diesen Tagen endet die jeweilige Übergangsfrist.

Sollte die Frist zum Abschluss der angestrebten Weiterbildung in Einzelfällen absehbar nicht reichen, empfiehlt es sich, frühzeitig über einen Wechsel in die neue Weiterbildungsordnung nachzudenken. Allerdings gilt es zu beachten, dass für eine Prüfungszulassung dann auch die Bestimmungen der neuen Weiterbildungsordnung erfüllt sein müssen – einerseits bezüglich der geforderten Weiterbildungszeiten und andererseits hinsichtlich der Weiterbildungsinhalte. Hierzu drängen sich Fragen auf:

Können nach altem Recht absolvierte Weiterbildungszeiten auch für die neue WBO anerkannt werden?

Einmal absolvierte Weiterbildungszeiten verfallen grundsätzlich nicht. Jedoch muss geprüft werden, ob die nach alter WBO absolvierten Zeiten mit den Voraussetzungen nach neuer WBO übereinstimmen. Beispiel: Der geforderte 12-monatige Weiterbildungsabschnitt in der stationären Akutversorgung in der Inneren Medizin im Rahmen der allgemeinmedizinischen Wei-

terbildung. Wurde eine Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin nicht in der stationären Akutversorgung absolviert, kann diese Zeit nicht für den oben beschriebenen Abschnitt anerkannt werden.

Was passiert mit Weiterbildungsinhalten, die nicht über das elektronische Logbuch nachgewiesen werden können?

Als Nachweis für die absolvierten Weiterbildungsinhalte wird die Kammer innerhalb der Übergangsfristen auch bestätigte Weiterbildungsinhalte auf Papier, sprich in Form von ausgedruckten und ausgefüllten Logbüchern, akzeptieren.

Wer ab Inkrafttreten der neuen WBO am 1. Juli 2020 mit einem Weiterbildungsgang beginnt, muss sich zwingend nach den Bestimmungen der neuen WBO einschließlich des Führens eines elektronischen Logbuchs richten.

Elf neu eingeführte Zusatz-Weiterbildungen

Es gibt einige Zusatz-Weiterbildungen, die neu eingeführt wurden bzw. nicht mehr angeboten werden. In die neue (Muster-)WBO wurden die bisherigen Zusatz-Weiterbildungen Röntgendiagnostik – fachgebunden – und Labordiagnostik – fachgebunden – nicht übernommen, weil diese weitestgehend in die jeweiligen Gebiete reintegriert wurden. Darüber hinaus wurde die Zusatz-Weiterbildung Homöopathie in Schleswig-Holstein nicht in die neue WBO übernommen. Es gilt aber auch für diese Bezeichnungen die oben beschriebene Übergangsbestimmung, so dass bereits in diesen Bereichen begonnene Weiterbildungen bis spätestens 30.6.2023 abgeschlossen werden können und die Anerkennung dieser Bezeichnungen beantragt werden kann.

Folgende elf neue Zusatz-Weiterbildungen wurden mit Inkrafttreten der neuen WBO eingeführt:

1. Ernährungsmedizin
2. Immunologie

Fragen?

Welche Fragen haben Sie zur neuen Weiterbildungsordnung? Ob als Arzt in Weiterbildung, als Weiterbildungsbefugter oder als interessierter Arzt: Schicken Sie uns Ihre Frage(n) per E-Mail. Die Weiterbildungsabteilung der Ärztekammer beantwortet die Frage(n) und sammelt sie außerdem anonymisiert. Die wichtigsten Fragen und Antworten sollen als FAQ's veröffentlicht werden und helfen damit allen mit der Weiterbildung befassten Ärzten im Land. Richten Sie Ihre Frage(n) bitte an: NeueWBO-Fragen@acksh.de

3. Kardiale Magnetresonanztomografie
 4. Klinische Akut- und Notfallmedizin
 5. Krankenhaushygiene
 6. Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen
 7. Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner
 8. Sexualmedizin
 9. Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern
 10. Spezielle Kinder- und Jugendurologie
 11. Transplantationsmedizin
- Die Kardiale Magnetresonanztomografie hat eine Sonderstellung, da es bislang die Zusatz-Weiterbildung Magnetresonanztomografie – fachgebunden – schon gab und als Magnetresonanztomografie auch weiterhin gibt, wobei nun jedoch ein Teil gewissermaßen aus der bisherigen Zusatz-Weiterbildung herausgelöst wurde und als Kardiale Magnetresonanztomografie zusätzlich existiert.

Von wem und wie kann eine neu eingeführte Zusatz-Weiterbildung erlangt werden?

Logischerweise konnte für eine neu eingeführte Zusatz-Weiterbildung bislang kein regulärer Weiterbildungsgang absolviert werden. Zum Erwerb der neuen Zusatz-Weiterbildungen gibt es nun einerseits allgemeine und teilweise auch spezielle Übergangsbestimmungen, die im Folgenden näher erläutert werden.

Kammerangehörige, die bei Einführung einer neuen Zusatz-Weiterbildung eine Tätigkeit in diesem Bereich nachweisen können, die der jeweiligen geregelten Mindestdauer der Zusatz-Weiterbildung entspricht, können die Zulassung zur Prüfung beantragen. Die Tätigkeit muss überwiegend und regelmäßig an Weiterbildungsstätten oder vergleichbaren Einrichtungen innerhalb der letzten acht Jahre vor Inkrafttreten der neuen WBO erfolgt sein. Dabei müssen umfassende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben

worden sein, die durch geeignete Nachweise zu belegen sind. Entsprechende Anträge sind innerhalb einer Frist von drei Jahren ab Inkrafttreten der neuen WBO zu stellen, wobei auch Tätigkeitsabschnitte innerhalb dieser Frist berücksichtigt werden können.

Darüber hinaus gibt es für die Zusatz-Weiterbildungen Ernährungsmedizin sowie Krankenhaushygiene eine spezielle Übergangsbestimmung, die besagt, dass sich Kammerangehörige, die bei Inkrafttreten der neuen WBO die entsprechende curriculare Fortbildung erworben haben, zur mündlichen Prüfung zur Erlangung der Zusatz-Weiterbildung anmelden können.

Wie setzen sich die Prüfungsausschüsse bei neu eingeführten Bezeichnungen zusammen?

Auch hierzu gibt die WBO eine Antwort: Die Mitglieder der Prüfungsausschüsse bestellt die Kammerversammlung. Grundsätzlich gehören jedem Prüfungsausschuss mindestens drei Ärzte an, von denen zwei die zu prüfende Bezeichnung besitzen müssen. Da dies bei neu eingeführten Bezeichnungen in der Regel jedoch nicht möglich ist, können in diesen Fällen die Ausschüsse befristet mit Ärzten besetzt werden, die die entsprechende Anerkennung nicht besitzen, aber aufgrund ihrer bisherigen beruflichen Tätigkeit als Prüfer geeignet sind. Beispiel: Für die neue Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene können Ärzte mit den Facharztkompetenzen Hygiene und Umweltmedizin bzw. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie als Prüfer bestellt werden, weil in diesen Facharztkompetenzen die neue Zusatz-Weiterbildung integraler Bestandteil ist. Zudem kommen Kammermitglieder infrage, die eine entsprechende Bezeichnung in einem anderen Bundesland erworben haben, in denen die entsprechende Bezeichnung schon Bestandteil der Weiterbildungsordnung ist, z. B. Klinische Akut- und Notfallmedizin oder Sexualmedizin.

Zeitnah nach Anerkennung einer neu eingeführten Bezeichnung durch bestandene Prüfung im Rahmen der oben beschriebenen Übergangsbestimmungen kann eine eigene Befugnis zur Weiterbildung für diese Zusatz-Weiterbildung beantragt werden, sofern eine fachliche und persönliche Eignung vorliegt. Auf eine mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung kann in diesen Fällen verzichtet werden, da, wie oben erläutert, eben keine reguläre Weiterbildung zur Anerkennung der Bezeichnung durchlaufen worden sein kann. Mehr zum Thema Weiterbildungsbefugnisse lesen Sie im nächsten Heft.

MANUELA BRAMMER

KURZ NOTIERT

Masernschutzgesetz im März inkraft getreten

Seit Monatsbeginn gilt das Bundesmasernschutzgesetz. Das Gesetz beinhaltet detaillierte Regelungen zur Nachweispflicht über einen Masernschutz (Impfung oder Immunität) sowie zu deren Umsetzung. Die bundesweite Nachweispflicht über einen Masernschutz gilt für:

- ▶ Personen, die nach (31.12.) 1970 geboren sind und in medizinischen Einrichtungen tätig sind
- ▶ Kinder, die in einer Gemeinschaftseinrichtung oder in der erlaubnispflichtigen Kindertagespflege betreut werden
- ▶ Personen, die nach (31.12.) 1970 geboren sind und in Gemeinschaftseinrichtungen oder in der Kindertagespflege tätig sind
- ▶ Personen, die nach (31.12.) 1970 geboren sind und in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende und Flüchtlinge bereits vier Wochen untergebracht oder die dort tätig sind
- ▶ Kinder, die in Heimen bereits vier Wochen betreut werden

Weitere Informationen zu den Regelungen zur Nachweispflicht über einen Masernschutz finden Sie mit den entsprechenden Links u.a. zu den Seiten des Bundes- und des Landesgesundheitsministeriums auf der Homepage der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Die Seiten des Landes Schleswig-Holstein beinhalten auch FAQ zum Gesetz für medizinische Einrichtungen. (www.aeksh.de) (PM/RED)

Leserbrief

„Qualitätsverlust durch Pseudokommunikation“

Zum Artikel „Telemedizin“ von Januar 2020:

Bei der Lektüre des Artikels zur „Telemedizin“: „Das Maximum an Bequemlichkeit“ schließt sich für mich der Kreis des Einsatzes elektronischer Medien in der Medizin:

Seit Jahren werden immer neue „fantastische“ Angebote und Anwendungsmöglichkeiten von Methoden, die auf den neuen internetbasierten Kommunikationswegen beruhen, in die Medizin eingeführt. Es hat in meinen Augen keine wirkliche Diskussion über die Ziele und keine echte Ethikdiskussion über die Anwendung elektronischer Medien in der Medizin gegeben. Wir Ärzte haben immer dann diskutiert, wenn Ansprüche von außen schon vorformuliert an uns herangetragen und entsprechender Druck aufgebaut worden war („Internetsprechstunde“ etc.)

Es werden wilde Fantasien von Anwendungsmöglichkeiten publiziert, niemand scheint zu wissen, wohin der Weg eigentlich gehen soll, Hauptsache Internet. Hauptsache Telemedizin.

Ist es für einen Mediziner wirklich erstrebenswert, eine Diagnose am iPad zu stellen? Ist es wirklich für den Patienten erstrebenswert, in Zukunft seinen Arzt nicht mehr persönlich zu treffen oder zu sehen, Diagnostik im Rahmen von Skype-Kontakten zu führen oder diese Diagnosen online stellen zu lassen?

Geht nicht für unserem Beruf sehr viel an Qualität durch diese Pseudokommunikation verloren? Haben wir nicht gesehen, was WhatsApp etc. mit unseren Kindern macht? Wo wollen wir eigentlich hin? Die Schulen sollen begeistert Milliarden Euro erhalten, alle Techniken finden dort Anwendung, in den Pausen surfen dann alle in den sozialen Netzwerken, völlig sinnentleert und unkontrolliert. Ist das auch unser Ziel – welches Ziel haben wir denn?

Wollen wir Arztarbeitszeit einsparen? Vielleicht wäre ein Bürokratieabbau sinnvoller als deren ständige Ausweitung, die dann mit Telemedizin aber in gleicher Zeit zu bewältigen ist – eine sehr befriedigende Perspektive ...

Die Krankenversicherungen haben eine klare Vorstellung: Es macht natürlich Sinn, Patientendaten und Rezepte schneller verarbeiten zu können, um entsprechend durch schnell wirksame Überwachungsmaßnahmen Kosten zu reduzieren beziehungsweise schnell einzugrenzen.

Außer dem unmittelbaren Quartalsabrechnungsvorgang und bei Literaturrecherchen habe ich nicht das Gefühl, dass mir elektronische Medien in meinem Arztsein bisher wesentlich weitergeholfen haben.

In Ihrem Artikel kommen die Autoren nun zum Schluss, der Telemedizin werde für das Erreichen des „Maximums an Bequemlichkeit“ für den Patienten große Bedeutung zugemessen.

Ist dies tatsächlich das Ziel des Arztberufes im Jahre 2020? Irgendetwas habe ich da vor 35 Jahren wohl missverstanden.

Wäre es nicht eine sinnvolle, auch von der Politik zu fordernde Aufgabe, das Anspruchsverhalten der Patienten angesichts sich abzeichnender leerer Kassen zu beeinflussen und eine politische Diskussion zu eröffnen und zu lenken? Das ist natürlich anspruchsvoll sowie unbequem und verlangt politischen Willen mit Durchsetzungskraft.

Man stelle sich vor, die gigantische mediale Aufmerksamkeit, den die talkshowaffine Klasse einer Coronaviruserkrankung (im Vergleich zur Grippewelle 2017/2018) erzeugt, ließe sich mal sinnvoll für die wirklich wichtigen Themen der Gesundheitsversorgung in Deutschland nutzen ...

DR. WOLFGANG ZACHGO, GEESTHACHT



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.



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**

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 04/2020 20. März 2020

STELLENANGEBOTE



UNSER KREIS –
UND SIE MITTENDRIN

Facharzt*Fachärztin für Psychiatrie oder Psychotherapie

- Beratung und Begleitung psychisch kranker Menschen und deren Angehöriger
- Hilfen in Krisensituationen, Abwehr von Gefährdungen
- Umsetzung und Fortentwicklung des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems
- Sozialmedizinische Gutachtertätigkeit

Darauf können Sie sich freuen:

- Eine tarifliche Jahressonderzahlung und ein jährliches Leistungsentgelt sowie eine betriebliche Altersvorsorge
- Auf unsere Weiterbildungsbefugnis zum* zur Facharzt*Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen und zum* zur Facharzt*Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (6 Monate)
- Flexible Arbeitszeiten mit 30 Tagen Urlaub pro Jahr
- Eine große Anzahl an Betriebssportmöglichkeiten und unser Firmenfitnessprogramm in Zusammenarbeit mit qualitrain

Neugierig geworden?

Dann sind wir schon gespannt auf Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen, die Sie bitte über unsere Homepage im Karriereportal unter www.karriere.kreis-pinneberg.de/Stellenangebote einstellen.

Für Rückfragen zum Aufgabengebiet und zu den Anforderungen steht Ihnen Frau Dr. Roschning unter der Telefonnummer (04121) 4502-3328 gern zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Facharzt*Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie

- Erstellung ärztlicher Gutachten im Bereich der Behindertenhilfe, insbesondere bei Anträgen auf Eingliederungshilfe
- Schuluntersuchungen gemäß der LVO über schulärztliche Aufgaben
- Teilnahme an internen und regionalen Arbeitskreisen

kreis  pinneberg

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 04/2020 20. März 2020

Allgemeinärztin/Arzt oder Internist(in)

Wir suchen zum 01.04.2020 freundliche(n), engagierte(n) Allgemeinärztin/arzt oder Internist(in) zur Mitarbeit in unserem Ärzteteam aus Allgemeinärzten, Chirurgen, Internisten.

Wir bieten gut ausgestattete Praxis in großen, hellen Räumen, variable Arbeitszeiten mit verlässlichen Urlaubszeiten.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: MVZ in Wahlstedt - Armwahl@aol.com

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

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

STELLENANGEBOTE



SCHLOSS WARNSDORF

PRIVATKLINIK

Wir suchen für die private Fasten-
klinik Schloss Warnsdorf eine/n
FA/FÄ für Allgemeinmedizin
(Teil- od. Vollzeit) mit Kenntnissen in
Naturheilverfahren, sehr gern auch mit
Zusatzqualifikation in Psychotherapie.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an:
Schloss Warnsdorf Klinik
Dr. Scheele GmbH, Heike Mohr
Schlossstr. 10, 23626 Warnsdorf
E-Mail: hmohr@schloss-warnsdorf.de
Vorabinform unter Telefon: 04502 - 840 100



Wir suchen

**FÄ/FA für Innere Medizin (m/w/d) oder
FÄ/FA für Allgemeinmedizin (m/w/d) und
eine/n Weiterbildungsassistentin/en Allgemeinmedizin (m/w/d)**

Internistisch-allgemeinmedizinische Hausarztpraxis sucht Verstärkung
(östlicher Stadtrand von Hamburg) in Vollzeit oder Teilzeit.
Die Arbeitszeiten sind familienfreundlich und auf ihre Bedürfnisse
abgestimmt. Unbefristete Anstellung, keine Dienste, moderne Räume,
breites Spektrum, entspanntes kollegiales Betriebsklima,
leistungsgerechte Bezahlung.
Regelmäßige Fort- und Weiterbildungen werden aktiv unterstützt.

Hausarztzentrum Geesthacht, Dr. Thomas Völkel
thomas@dr-voelkel.de Telefon 0152 54 7697 36
Bohnenstr. 1, 21502 Geesthacht
www.hausarztzentrum.org



HAMBURG SUCHT!

Das Personalamt der Freien und Hansestadt Hamburg – Personal-
ärztlicher Dienst (PÄD) – sucht Sie schnellstmöglich als

GUTACHTERIN BZW. GUTACHTER (M/W/D) INNERE MEDIZIN, ALLGEMEIN- MEDIZIN ODER ARBEITSMEDIZIN

Seien Sie als Gutachterin bzw. Gutachter (m/w/d) für die
Metropole Hamburg bei den Einstellungsuntersuchungen und der
Beurteilung der Dienstfähigkeit aktiv und erhalten Sie eine
Bezahlung nach Entgeltgruppe Ä2 TV-L bzw. Besoldungsgruppe
A14 HmbBesG (Obermedizinalrätin bzw. Obermedizinalrat). Im
Falle der Bezahlung nach Entgeltgruppe Ä2 TV-L erhalten Sie bei
uns einen Sonderarbeitsvertrag in Anlehnung an den TV-L. Das
Entgelt beträgt je nach Erfahrungszeiten derzeit ca. 6.060 bis
7.004 Euro brutto/mtl. und orientiert sich damit am Entgelt für
Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken (§ 41 Nr. 7 TV-L)
unter Berücksichtigung der Regelungen zur Arbeitszeit und zur
Jahressonderzahlung.

Bereichern Sie uns mit Ihrer Kompetenz! Wir ermöglichen Ihnen
attraktive Arbeitszeiten (keine Nacht- oder Wochenenddienste),
Gleitzeit, interne und externe Qualifizierungs- und Fortbildungsmög-
lichkeiten und die Realisierung einer optimalen Work-Life-Balance.

Weitere Informationen finden Sie in der vollständigen
Stellenausschreibung unter www.hamburg.de/stellensuche
(Freitextsuche nach Stellennummer 206258) sowie unter
www.hamburg.de/aerzte.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen die Leiterin
des Personalärztlichen Dienstes, Frau Dr.
Zinner-Feyerabend (Tel. 040 428 41-2119),
gern zur Verfügung.



Mühlenbergklinik
Holsteinische Schweiz
Bad Malente-Gremsmühlen
Eine Klinik der
Deutschen Rentenversicherung Nord

Akademisches
Lehrkrankenhaus
der Universität zu
Lübeck
Orthopädie
Innere Medizin
Verhaltensmedizin

In unserer modernen Rehabilitationsklinik mit 311 Patientenzimmern ist
zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine Stelle als

Assistenzarzt oder Facharzt (m/w/d)

nachzubesetzen.

In den drei etwa gleich großen Abteilungen Kardiologie, Orthopädie und Verhaltens-
medizin werden Anschlussrehabilitationen und Heilverfahren durchgeführt.

Die Patientenversorgung ist in Arztzentren mit jeweils einer Pflegekraft, einer Doku-
assistentin und einem Arzt/Ärztin so organisiert, dass eine Beschränkung auf rein
ärztliche Tätigkeiten gewährleistet ist. Eine Weiterbildungsmöglichkeit liegt für
den Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin sowie in Teilen für weitere
Fachrichtungen und Zusatzbezeichnungen (Orthopädie, Innere Medizin, Kardiologie,
Sozialmedizin, Psychosomatische Medizin) vor. Bei abgeschlossener Weiterbildung
kann der Einsatz als Fachärztin/Facharzt mit entsprechender Vergütung erfolgen.

Wir bieten eine unbefristete Stelle mit tariflicher Vergütung (TG-DRV) einschließ-
lich Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes (VBL). Die Belastungen durch die
anfallenden Bereitschaftsdienste sind gering, die Hierarchien flach und die Fort- und
Weiterbildungsmöglichkeiten gut. Wir bieten eine angenehme Arbeitsatmosphäre
und wünschen uns einen Kollegen/eine Kollegin mit Spaß an der Arbeit im interdis-
ziplinären Team auf Augenhöhe mit allen an der Patientenversorgung beteiligten
Berufsgruppen

Berufsanfänger oder Wiedereinsteiger sind ausdrücklich willkommen. Eine Teil-
zeitbeschäftigung ist denkbar. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung
bevorzugt eingestellt.

Bei Interesse senden sie bitte Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen bis zum
30.03.2020 an den Ärztlichen Direktor, Herrn Dr. Friedrich Schroeder, Mühlenberg-
klinik -Holsteinische Schweiz-, Frahmallee 1-7, 23714 Bad Malente-Gremsmühlen.
Tel. für weitere Auskünfte: 04523-993 1054, E-Mail Friedrich.Schroeder@drv-nord.de.

NÄCHSTER ANZEIGEN SCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 04/2020 20. März 2020

**Für eine Landarztpraxis im nördlichen Schleswig-Holstein suche ich eine
motiviertere Kollegin bzw. einen Kollegen zu Anstellung oder zum Einstieg.**

Die Praxis ist modern eingerichtet, alle Basisuntersuchungen werden angeboten.
Der Standort liegt idealerweise in einer ruhigen Seitenstraße und dennoch im
Ortszentrum. Die Umgebung ist äußerst reizvoll und hat einen hohen Freizeitwert.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Chiffre SH 50558.

STELLENANGEBOTE

**Wir sind**

- ein moderner, innovativer und kommunaler Rettungsdienst des öffentlichen Dienstes in einer attraktiven Urlaubsregion mit einer einsatztaktisch spannenden und herausfordernden Küstenlage.

Für unsere Notarztstandorte in Niebüll, Husum und Tönning, mit einer durchschnittlichen Einsatzauslastung von 2,8 bis 4,2 Einsätzen in 24 Stunden suchen wir Sie als

neue Notärztin/neuen Notarzt auf Honorarbasis

Wir bieten Ihnen

- einen vielseitigen Einsatzbereich mit freundlichen Wachenteams und gutem Betriebsklima zwischen Notärzten und Rettungsdienstpersonal
- eine Zusammenarbeit mit NFS / RA die nach Schulung bis zu 40 erweiterte Maßnahmen eigenständig durchführen
- eine vorausschauende Dienstplanung mit der Option Dienste auf bis zu 48 Std. zu verblocken
- die Möglichkeit zur kostenlosen Teilnahme an unseren Fortbildungen

Ihr Profil – Sie

- besitzen die Approbation als Arzt
- haben den Fachkundenachweis Rettungsdienst oder die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- versorgen Ihre Patienten leitliniengerecht im Team mit den NFS / RA / RS und bewahren auch unter erschwerten Einsatz- und Wetterbedingungen einen „kühlen Kopf“
- haben Willen zur ständigen Verbesserung und Fortbildung und zum konstruktiven Informationsaustausch
- haben Interesse an einer engen Zusammenarbeit mit der Seenot- / Luft- und Wasserrettung



Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per Mail an: regine.ecker@nordfriesland.de oder per Post: Kreis Nordfriesland - FB2 ÄLRD, Dr. med. Regine Ecker, Marktstr. 6, 25813 Husum

Bitte beachten Sie auch unsere weiteren Informationen auf www.rettungsdienst.nordfriesland.de



Für unseren Standort **Bad Bramstedt**, eine der größten psychosomatischen Kliniken in Deutschland (480 Betten), suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Assistenzarzt Psychosomatik (m/w/d)

Voll-/Teilzeit, unbefristet

Unser Angebot

- Komplette Weiterbildung zum Facharzt (m/w/d) für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie möglich
- Weiterbildungsermächtigungen für
 - Psychosomatische Medizin (36 Monate),
 - Psychiatrie (12 Monate),
 - Innere Medizin (12 Monate)
 - Spezielle Schmerztherapie (12 Monate)
- Hauseigenes, staatlich anerkanntes verhaltenstherapeutisches Ausbildungsinstitut (IVPM)
- Übernahme der vollen Weiterbildungskosten
- Geringe Anzahl von Bereitschaftsdiensten

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung, bevorzugt über unser Karriereportal: www.schoen-klinik.de/karriere

Für Rückfragen steht Ihnen Dr. med. Alexander Balling, Oberarzt, gerne zur Verfügung:
Tel. 04192 504-7052.

Schön Klinik Bad Bramstedt | Birkenweg 10 |
24576 Bad Bramstedt



STELLENANGEBOTE



**KLINIKUM
ITZEHOE**



Facharzt (m/w/i/t) Assistenzarzt (m/w/i/t) Psychiatrie und Psychotherapie

Wir suchen für unser **Zentrum für Psychosoziale Medizin** in Voll- oder Teilzeit einen Facharzt (m/w/i/t) Psychiatrie/Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und einen Arzt in Weiterbildung (m/w/i/t).

Was Sie erwartet:

- Vollständige Weiterbildung (Übernahme aller Kosten) im Fachgebiet einschl. des neurologischen Pflichtjahrs
- 18-monatige Weiterbildungsberechtigung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Mitarbeit an einem innovativen Modellprojekt
- Bundesweit einmaliges Konzept (keine klassischen Stationen, sondern Aufteilung in die Bereiche Schutz, Schlafen, Wohnen, Behandeln und Begegnen)
- Regionales Psychiatriebudget, dadurch deutlich weniger MDK-Prüfungen
- Selbstständiges Arbeiten im Team mit ärztlichen Kollegen und anderen Berufsgruppen unter Supervision

Ihr Profil:

- Erfahrung in der psychotherapeutischen Betreuung von Patientengruppen
- Engagement für die Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen
- Aufgeschlossenheit und Interesse an der eigenen Weiterentwicklung

Unser Engagement:

- Hohe Investitions- und Innovationsbereitschaft
- Berücksichtigung der Lebenssituation unserer Mitarbeiter durch individuelle Arbeitsplatzgestaltung
- Individuelle Förderung durch vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote
- Angenehme abteilungs- und hierarchieübergreifende Arbeitsatmosphäre

Das Klinikum Itzehoe ist eines der größten Krankenhäuser in Schleswig-Holstein:

- Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: 2.400
- Patientinnen und Patienten pro Jahr: 31.000 stationär, 36.000 ambulant

Kontakt:

Sie haben vorab noch Fragen? Der Chefarzt der Klinik, Prof. Dr. Arno Deister, beantwortet sie Ihnen gern (Tel.: 04821 772-2801).

Klinikum Itzehoe

Personalmanagement • Robert-Koch-Straße 2 • 25524 Itzehoe

Referenznummer 037-20

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.klinikum-itzehoe.de/karriere



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 betreuen 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



HAMBURG SUCHT!

Bergedorf ist der grünste Stadtteil Hamburgs und bietet beste Möglichkeiten zum Arbeiten, zum Wohnen und zur Freizeitgestaltung.

Das Gesundheitsamt sucht für die Leitung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes einen

FACHARZT (M/W/D) FÜR KINDERHEILKUNDE

Zu der Abteilung gehören der Schulärztliche Dienst, der Schulzahnärztliche Dienst und die Mütterberatung.

Es handelt sich um eine unbefristete Vollzeitstelle. Die Möglichkeit einer Teilzeitbeschäftigung besteht.

Die Vergütung erfolgt im Rahmen eines Sonderarbeitsvertrages in Anlehnung an die Entgeltgruppe Ä 2 für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken.

Es erwartet Sie eine vielseitige Tätigkeit in einem multiprofessionellen Team. Um unsere Aufgaben zum Wohle unserer Bevölkerung bestmöglich erfüllen zu können, sind uns eine gute Arbeitsatmosphäre und der kollegiale Austausch besonders wichtig.

Eine Weiterbildungsbefugnis für das Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen liegt vor.

Weitere Informationen zu der ausgeschriebenen Stelle erhalten Sie unter <https://www.hamburg.de/bergedorf> oder telefonisch unter der Nummer 040 42891-2224 durch den Fachamtsleiter Herrn Dr. Jürgen Duss.

Bitte bewerben Sie sich mit Ihren aussagekräftigen Unterlagen bis zum **14.04.2020** auf dem Postweg unter:

Bezirksamt Bergedorf, Personalservice
Wentorfer Straße 42, 21029 Hamburg
oder per E-Mail unter:
bewerbungen@bergedorf.hamburg.de
Wir freuen uns auf Sie!



STELLENANGEBOTE



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

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

IHRE AUFGABEN

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

IHRE QUALIFIKATION

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

UNSER ANGEBOT

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

Das FZB ist für das audit „beruf und familie“ zertifiziert und fördert gezielt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Das unterrepräsentierte Geschlecht wird bei gleicher fachlicher und persönlicher Eignung besonders berücksichtigt. Ebenso werden Schwerbehinderte bei sonst gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt. Rückfragen beantwortet Ihnen gerne Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christoph Lange unter der Tel. 04537-188-3010. Bitte bewerben Sie sich mit den üblichen Unterlagen (ohne Lichtbild) über unsere Website www.fz-borstel.de.



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

klinik-fz-borstel.de



SCHLOSS WARNSDORF

PRIVATKLINIK

Wir suchen für die private Fasten-
klinik Schloss Warnsdorf an der Ostsee

Weiterbildungsassistenten

(Allgemeinmedizin 6 Monate sowie
Naturheilverfahren 3 Monate) mit
Interesse an Komplementärmedizin.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an:

Schloss Warnsdorf Klinik
Dr. Scheele GmbH, Heike Mohr
Schlossstr. 10, 23626 Warnsdorf
E-Mail: hmohr@schloss-warnsdorf.de

Vorabinfo unter Telefon: 04502 - 840 100



Ostseeklinik Schönberg-Holm

Die Ostseeklinik Schönberg-Holm ist eine Fachklinik für Rehabilitation einschließlich AHB/AR und Prävention und behandelt Patienten mit der Atemwege und der Bewegungsorgane. Auf dem Gebiet der AHB/AR kooperieren wir mit vielen Akutkliniken des Nordens und darüber hinaus. Die Klinik verfügt über eine Gesamtkapazität von 330 Betten, wobei 110 Betten auf die Abteilung Kardiologie entfallen.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin einen engagierten Arzt (m/w/d) mit bereits bzw. zeitnah abgeschlossener Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie als

Oberarzt Kardiologie (m/w/d) in Teil- oder Vollzeit

Sie erwartet eine sehr interessante, vielseitige Tätigkeit in einem engagierten, interdisziplinär arbeitenden Team an einem reizvollen Standort. Die Vergütung erfolgt nach dem Haustarifvertrag mit dem Marburger Bund.

Wenn Sie sich angesprochen fühlen und unser Ärzteteam ergänzen möchten, dann richten Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bitte an die:

**Ostseeklinik Schönberg-Holm - Personalabteilung -
An den Salzwiesen 1 - 24217 Ostseebad Schönberg
bewerbung@ostseeklinik.com · www.ostseeklinik.com**

Für telefonische Auskünfte steht Ihnen unser Chefarzt der Abt. Kardiologie, Herr Dr. v. Westernhagen, unter der Tel. 04344/37-1510 gern zur Verfügung.

STELLENANGEBOTE



Notaufnahme mit Life Balance:

Oberärzte und Fachärzte (m/w/d)

für unsere moderne, innovative, interdisziplinäre Notaufnahme im schönsten Teil von Schleswig-Holstein gesucht!

Vollzeit möglich, Teilzeit 50 bis 90 % bevorzugt

Wir in der Notaufnahme sind:

- ein großartiges Team aus vielen Berufsgruppen, das eng zusammenarbeitet und zusammenhält
- freundlich zueinander, zu den Kollegen und zu den Patienten – das ist uns wichtig
- professionell, denn wir machen Notfallmedizin von ganz schwer bis ganz leicht, und sonst nichts
- ehrgeizig und modern – wir wollen richtige gute Notfallmedizin und Notfallpflege
- stolz darauf in der Notaufnahme zu arbeiten

Wir in der Notaufnahme haben:

- die neueste Notaufnahme-Software, die es in Deutschland gibt
- fortschrittliche und zukunftsweisende Konzepte, wie Notaufnahme der Zukunft jetzt schon geht
- die Anerkennung als Weiterbildungsstätte für Notfallpflege DKG
- viele Ideen, was wir noch besser machen können
- Notaufnahme-Fortbildungsprogramme für jede Berufsgruppe, von Arzt bis MFA

Die imland Kliniken sind:

- gemeinnützige GmbHs in Trägerschaft des Kreises mit den Standorten Rendsburg und Eckernförde
- mit ca. 800 Betten eine der größten Kliniken in Schleswig-Holstein
- eine Hochleistungsklinik der Notfallversorgung Stufe 3 und ein Grundversorger der Notfallstufe 1
- durch unsere Bauprojekte auf dem Weg zur tiefgreifenden baulichen Modernisierung
- mit unserem großen Digitalkonzept bald eines der modernsten Krankenhäuser des Landes

Sie wollen „imländer“ werden?

Fachliche Auskünfte erteilt Ihnen gerne Dr. Thomas Fleischmann, Telefon 04331 200 1900 oder E-Mail: thomas.fleischmann@imland.de.

Senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung an bewerbungsmanagement@imland.de

Große Einzelpraxis in Hamburg-Rahlstedt sucht ab sofort FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin auf Festanstellung in TZ (10-20 Stunden pro Woche).

Spätere Ausweitung auf VZ bzw. Einstieg möglich.

Unser freundliches und kompetentes Personal freut sich auf Sie.
Tel.: 0160 99148712 oder E-Mail: kvsitz2019@web.de

Fachärztin/Facharzt für HNO-Gemeinschaftspraxis in Lübeck gesucht.

Anstellung in Vollzeit oder Teilzeit, flexible Arbeitszeiten.

Belegbetten, Weiterbildungsmöglichkeit 2 Jahre zum Facharzt, 1 Jahr für Zusatzbezeichnung Allergologie, volle Weiterbildung (18 Monate) Schlafmedizin. Langfristige Bleibeperspektive mit Möglichkeit zur Übernahme eines Kassensitzes.
Kontakt: 01516 78 22 33 9, 0451 75386 oder per E-Mail jan.hollandt@gmx.net.

GP für Psychiatrie in Schleswig

sucht nette/n Kollegen/in zur Übernahme eines halben KV-Sitzes oder übergangsweiser angestellter Teilzeittätigkeit. Familienfreundlicher Betrieb, sympathisches Team. Eine Weiterbildungserm. liegt vor.

Kontakt erbeten unter: dat@neuropraxis-sl.de

Hansestadt LÜBECK



Wir suchen für unseren Bereich Gesundheitsamt zum nächstmöglichen Zeitpunkt für ein unbefristetes Arbeitsverhältnis eine:n

Stadtärztin / Stadtarzt

für den Amtsärztlichen Dienst

Aufgabenschwerpunkte:

- Erstellung von amtsärztlichen Gutachten
- Mitarbeit bei der Impfsprechstunde
- Plausibilitätsprüfungen von Todesbescheinigungen
- Teilnahme an der ärztlichen Rufbereitschaft gemäß Psychisch-Kranken-Gesetz Schleswig-Holstein (PsychKG) und Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Mitarbeit bei anderen Fragestellungen und organisatorischen Aufgaben innerhalb der Abteilung

Erwartet werden:

- Approbation als Ärztin / Arzt
- mindestens dreijährige Berufserfahrung als Ärztin / Arzt
- psychische Belastbarkeit, Flexibilität, gute Auffassungsgabe, Durchsetzungsvermögen, Entscheidungsfreudigkeit sowie organisatorisches Geschick
- möglichst Besitz der Fahrerlaubnis für PKW und Bereitschaft zum Einsatz des privaten PKW für dienstliche Zwecke gegen Zahlung einer Entschädigung

Es handelt sich um eine Teilzeitbeschäftigung. Die durchschnittliche regelmäßige Wochenarbeitszeit beträgt zurzeit 19,5 Stunden (50 % von Vollzeit). Die Eingruppierung kann bei Vorliegen der persönlichen und tariflichen Voraussetzungen bis in die Entgeltgruppe 15 TVöD erfolgen. Die Zahlung einer Zulage ist möglich. Weiterhin besteht die Möglichkeit der Ausübung von Nebentätigkeiten.

Qualifizierte Frauen werden ausdrücklich aufgefordert, sich zu bewerben.

Ausdrücklich begrüßen wir es, wenn sich Menschen mit Migrationshintergrund bei uns bewerben.

Näheres zu den Aufgaben und zum Anforderungsprofil etc. finden Sie unter www.bekanntmachungen.luebeck.de/stellen und unter www.berufe-sh.de

Bitte bewerben Sie sich bis zum 03. April 2020 über das Online-Bewerbungsportal www.interamt.de. Dort können Sie Ihre Bewerbung mit vollständigen Nachweisen unter der Stellenangebots-ID 567749 einstellen.

Als Ansprechpartnerin für fachbezogene Fragen steht Ihnen Frau Schiffner, Tel. 0451 / 122-5386, zur Verfügung. In personal-wirtschaftlichen Angelegenheiten wenden Sie sich bitte an Herrn Husse, Tel. 0451 / 122-1183.

Die Praxis-Klinik Bergedorf in Hamburg ist eine Fachklinik mit elektiven Eingriffen der Fachrichtungen OTH/CH/NCH, die nicht an der Not- und Unfallversorgung teilnimmt. Für unsere Station mit 18 Planbetten suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt weitere

• Fachärzte und Assistenzärzte (m/w/d) im Bereitschaftsdienst für Nachtdienste sowie Wochenenddienste

Bewerbungen/Fragen richten Sie bitte an:

Praxis-Klinik Bergedorf

z. Hd. Tanja Hewelt
Alte Holstenstraße 2, 21031 Hamburg
Telefon: 040 / 7 25 75-290
www.praxis-klinik-bergedorf.de
hewelt@praxis-klinik-bergedorf.de



STELLENANGEBOTE

Zur richtigen Zeit am richtigen Ort



MDK MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG NORD

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) berät Kranken- und Pflegekassen in allen sozialmedizinischen und pflegefachlichen Fragen. Dafür brauchen wir fachkompetente Unterstützung!

Verstärken Sie unser Ärzteteam als

ärztlicher Gutachter (m/w/d)
(Kennziffer O2)
u.a. im Bereich Pflegeversicherung
(Kennziffer O1)

Wir bieten Ihnen als Alternative zur Klinik oder Praxis eine interessante und zukunftsorientierte Begutachtungs- und Beratungstätigkeit als unabhängiger Sachverständiger (m/w/d) mit fairen und attraktiven Arbeitsbedingungen und der Sicherheit eines Arbeitsplatzes im öffentlichen Dienst.

Wir wünschen uns von Ihnen mehrjährige (vorzugsweise fachärztliche) Erfahrung in Klinik und/oder Praxis sowie aktuelle und fundierte medizinische Fachkenntnisse.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Alle weiteren Informationen zu diesen Ausschreibungen finden Sie auf unserer Website unter → „Beruf und Karriere“.

Bei Fragen steht Ihnen Frau Teschke unter der Telefonnummer 040 25169-5194 für ein erstes vertrauliches Gespräch gern zur Verfügung.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord
Hammerbrookstraße 5 • 20097 Hamburg
www.mdk-nord.de

Arbeiten, wo andere Urlaub machen – wir suchen Verstärkung!

FA Allgemeinmedizin (w/m/d) in Teilzeit

Wir sind eine große hausärztliche Gemeinschaftspraxis mit eingespieltem, motivierten Team und suchen einen freundlichen Kollegen (Allgemeinmedizin, hausärztlicher Internist) für ca. 25 h in der Woche. Langfristig ist auch eine Kooperation denkbar, aber keinesfalls Bedingung. Wir freuen uns, Sie kennenzulernen, schreiben Sie uns bitte unter bewerbung@hausarztzentrum-malente.de

Gemeinschaftspraxis Dres. med. Palluck und Kauschen

Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Akupunktur, Naturheilverfahren, Badearzt
Bahnhofstr. 37-39, 23714 Bad Malente, www.hausarztzentrum-malente.de

Anästhesie in Blankenese

Privatklinik in Hamburg sucht ab sofort **Fachärzte Anästhesie m/w** zur Anstellung in VZ /TZ am Standort Blankenese. Keine Wochenenden. Betriebsferien im Sommer/Weihnachten und Silvester. Konditionen VHB Kontakt unter Chiffre SH50637.

GYNÄKOLOGIE

Weiterbildungsassistentin (VZ/TZ) zum nächstmöglichen Zeitpunkt im Hansegynäkologikum MVZ gesucht. Weiterbildungsermächtigung für 2 Jahre liegt vor.

Bewerbungen gerne per Mail an wagner@hansegynaekologikum.de

**Große Zukunft!
Interventionelle Kardiologie**



Nur 25 Autominuten von der Hamburger City entfernt liegt das Johanniter-Krankenhaus Geesthacht, eine Klinik der Grund- und Regelversorgung mit 277 Betten. Das akademische Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg verfügt über die Fachabteilungen INN, CHI, GYN, ANÄ und PSY.

Wir, die Ärztinnen und Ärzte der Abteilung für Innere Medizin, suchen eine/n qualifizierte/n Fachärztin/-arzt für Innere Medizin mit der Schwerpunkterkennung Kardiologie und Routine im gesamten Bereich der konservativen, invasiven und koronar-interventionellen Kardiologie als

Oberärztin/Oberarzt (m/w/d) Kardiologie zur Leitung des Herzkatheterlabors

und zur Verstärkung unseres Teams (1/5/14). Wünschenswert sind Kenntnisse in der Implantation von Schrittmachern und Defibrillatoren.

Wir sind eine ungeteilte Abteilung für Innere Medizin (83 Betten) und bieten ein breites Spektrum an internistischen Krankheitsbildern mit interventioneller Gastroenterologie (volle WBE).

Schwerpunkte der Kardiologie (volle WBE) sind neben dem Herzkatheterlabor die Stressechokardiografie, TEE sowie Schrittmacher- und ICD-Implantationen. Angeschlossen sind der Abteilung die Intensivstation mit 14 Betten (8 Beatmungsbetten, 6 IMC-Betten) inklusive Stroke-Unit sowie die Notaufnahme. Es bestehen enge Kooperationen mit dem Nierenzentrum Reinbek, das eine Dialyseeinheit mit 26 Plätzen an der Klinik betreibt, und der Neurologie der Helios Klinik Geesthacht.

Die leistungsgerechte Dotierung erfolgt auf der Grundlage des TV-Ärzte/VKA.

Für Ihre Fragen stehen Ihnen der Chefarzt Prof. Dr. Ralf Köster und die Oberärztin Miriam Tezel (Tel.: 04152 179 201) zur Verfügung.

Konnten wir Ihr Interesse wecken? Dann senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an:

Johanniter-Krankenhaus Geesthacht
Personalabteilung
Marc Rathert
Am Runden Berge 3
21502 Geesthacht
bewerbungen@johanniter-krankenhaus.de



Arzt/Ärztin Allg. Medizin oder Innere Med. gesucht

Für unsere Hausarzt-Praxis am nordwestlichen Stadtrand von Hamburg suchen wir zum 1.4.20 zur Anstellung Arzt/Ärztin für Allg. Med. oder Innere Medizin /hausärztlich. Wir bieten flex. Arbeitszeiten, ein nettes Praxisteam/ Betriebsklima u. direkte HVV-Anbindung.
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter: Arzt-SH-gesucht@t-online.de

Große, sehr gut etablierte und dynamische Praxis in Hamburg sucht **eine/n Fachärztin/ Facharzt für Neurologie** in VZ oder TZ und **eine/n Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie** in VZ oder TZ

Wir bieten ein entspanntes Praxisteam, flexible Arbeitszeitgestaltung, überdurchschnittliches Gehalt und sehr gute Perspektiven.

Prof. Dr. A. Raji, Dr. G. Winkler | info@nzhb.de

STELLENANGEBOTE

Kiel. Sailing.City.
Kiel



Im Amt für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel, Abteilung Infektionsschutz und Umwelthygiene, ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Planstelle als

Leitende*r Ärzt*in

zu besetzen.

Eine Facharztqualifikation (Öffentliches Gesundheitswesen oder Allgemeinmedizin oder Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder Innere Medizin) ist erwünscht aber keine zwingende Voraussetzung.

Interessierten Ärzt*innen wird in unserem Hause im Rahmen ihrer Tätigkeit eine Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt Öffentliches Gesundheitswesen ermöglicht.

Die Stelle ist nach Entgeltgruppe 15 TVöD bzw. A 15 SHBesG ausgewiesen und nicht teilbar.

Für tariflich Beschäftigte kann zusätzlich bei Vorliegen der Facharztqualifikation eine Zulage gezahlt werden.

Bitte reichen Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen spätestens bis zum 27. März 2020 ein.

Nähere Informationen erhalten Sie unter:
www.kiel.de/jobs

kiel.de/jobs

Große Zukunft!



Nur 25 Autominuten von der Hamburger City entfernt liegt das Johanniter-Krankenhaus Geesthacht, eine Klinik der Grund- und Regelversorgung mit 277 Betten. Das akademische Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg verfügt über die Fachabteilungen INN, CHI, GYN, ANÄ und PSY.

Wir, die Ärztinnen und Ärzte der Abteilung für Innere Medizin, suchen Dich, einen

Assistenzarzt (w/m/d),

unerschrocken, wissbegierig, lerneifrig und immer gut gelaunt!

Unsere internistische Abteilung (volle WBE) besteht aus den Schwerpunkten Kardiologie (volle WBE) und Gastroenterologie (volle WBE).

Angeschlossen sind der Abteilung ein Herzkatheterlabor, eine interdisziplinäre ITS/IMC (14 Betten) inklusive Stroke-Unit mit 24-Stunden-Bereitschaftsdienst und täglichen Visiten durch einen Neurologen. Es besteht eine enge Kooperation mit dem Nierenzentrum Reinbek, das eine Dialyseeinheit mit 26 Plätzen an der Klinik betreibt.

Wir bieten:

- ein nettes Team,
- eine strukturierte Weiterbildung,
- eine Heranführung an Nachtdienste, Arbeit auf der Intensivstation und in der Notaufnahme,
- regelmäßige Fortbildungen,
- eine enge, tägliche Supervision durch Oberärzte und
- Freizeitausgleich.

Die Vergütung erfolgt nach TV-Ärzte/VKA.

Johanniter-Krankenhaus Geesthacht
Personalabteilung, Marc Rathert
Am Runden Berge 3
21502 Geesthacht
bewerbungen@johanniter-krankenhaus.de

DIE JOHANNITER. 
Aus Liebe zum Leben

**Orthopädie und PRM
Gemeinschaftspraxis**
im Hamburger Westen sucht
**ärztliche Mitarbeiter (m/w/d),
FA o. WB-Assistenten.**
Assoziation ist möglich.
Kontakt unter Chiffre SH50638.

**FA/FÄ für Allg.med. in TZ (bis 30 h)
zum 01.04.20 für eine moderne
BAG (Innere Med./ Allg.med.)
in HH-Uhlenhorst gesucht.**

Ein sympathisches und engagiertes Team sowie ein KV-Sitz sind vorhanden.
Kontakt: hausarzt-uhlenhorst@freenet.de

www.care.de

 **care**[®]
Die mit dem CARE-Paket

Augenheilkunde

Neue Augenarztpraxis in Schwerin (fußläufig vom Hauptbahnhof) sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt Assistenzarzt/-ärztin in Teil-/ oder Vollzeit.

Schriftliche Bewerbung an
Dres. Tornow & Tachezy,
Osterstrasse 120, 20255 Hamburg

FA / FÄ Orthopädie / UC

in Teilzeit (15-25 Std./Woche) ab 1.4. 2020 für Praxis in Plön gesucht.
Moderne Ausstattung der Praxis, freundliches, eingearbeitetes Team.

Mare Med Plön | Dr. André Mitzlaff
Lange Straße 17 · 24306 Plön · info@orthoploen.de

**NÄCHSTER ANZEIGEN SCHLUSSTERMIN:
Heft Nr. 04/2020 20. März 2020**

PRAXISABGABE

NachfolgerIn für Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit SPV in Mölln in 2020 gesucht.

Die Praxis ist diagnostisch und therapeutisch, personell und materiell bestens ausgestattet. Die Kooperation mit dem Umfeld ist modellhaft gut. Mölln hat einen hohen Freizeitwert und volles Schulangebot. Hamburg und Lübeck sind leicht erreichbar. Kontakt unter grpraxis@web.de oder Tel.: 04542- 844330.

GYNÄKOLOGISCHE PRAXIS ABZUGEBEN.

Im Verlauf des Jahres 2020 möchten wir unsere umsatzstarke und moderne gynäkologische Praxis abgeben. Es besteht ein sehr hoher Privatanteil am Umsatz.

Die Praxis befindet sich in einem modernen Ärztehaus, ca. 50 km nördlich von Hamburg. Es besteht eine gute Anbindung an die A7 und die A23 sowie mit der Bahn.

Kontakt bitte über E-Mail: sjlem@web.de.

Trotz „Übersorgung“ in Kiel „sichere Niederlassung“

Psychosomatische Medizin

PraxisPartner (mit eigener Zulassung) für bestehende, gut eingeführte Praxis gesucht.

www.praxis-leinz.de

Nervenarztpraxis

volle Zulassung in einer BAG aus Altersgründen im Kreis Pinneberg abzugeben.

praxis_abgabe@web.de

VERTRETUNGEN

Wir suchen für unsere gynäkologische Praxisgemeinschaft in den Urlaubszeiten eine(n)

Fachärztin/Facharzt zur Vertretung.

Bitte kontaktieren Sie uns gerne unter: info@gyn-geesthacht.de

CHIFFREHINWEIS:

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

STELLENGESUCHE

Facharzt für Innere & Allgemeinmedizin, ZB: Chirotherapie, Akupunktur, Homöopathie, Tropenmedizin sucht VZ/TZ in Klinik/Praxis im Großraum Flensburg. Kontakt: 02391 - 500 46, 0170-328 57 01 oder wolfgangermes@yahoo.de

ASSOZIATION

Jobsharingpartner/in für smarte Hausarztpraxis

in HH-Eimsbüttel gesucht. Selbständigkeit und Interesse an Geriatrie erforderlich.

Kontakt unter Chiffre SH50634.

FORTBILDUNGEN



Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V.

61. Seminar für ärztliche Fort- und Weiterbildung Sylt-Westerland vom 7.-12. Juni 2020

Zertifiziert durch die ÄK Schleswig Holstein sowie DMP-Anerk.

Themen: Eröffnungsvortrag Medizin und Politik, Nephrologie, Künstliche Intelligenz und Zukunft der Medizin, Kardiologie, Allgemeinmedizin, Onkologie/Hämatologie, Infektiologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Sterbebegleitung und Sterbehilfe, **Hot-Topic*:** Die Hamburger Praxis ohne Grenzen- eine vorläufige Bilanz, Diabetologie/Angiologie, Pharmakologie, Notfallmedizin, Arztgesundheit, Pneumologie, Sport- und Leistungsmedizin. **Seminare, Kurse, Konferenzen:** Kasuistikkonferenz, EKG, Lungenfunktion, Resilienz, „High-Touch“-Medizin, Reanimation, Röntgen.

Info/Anmeldung: www.westerland-seminar.de * Änderungen vorbehalten

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.

**Satt ist gut.
Saatgut ist besser.**

Helpen Sie den Menschen in Kenia und vielen anderen Ländern, lebenswichtige Nahrungspflanzen aus eigenem Saatgut anzubauen. Wer sich selbst versorgen kann, führt ein Leben in Würde.
brot-fuer-die-welt.de/saatgut



Würde für den Menschen.

Mitglied der **actalliance**

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Manuela Brammer, Frederike Buhse, Esther Geisslinger, Martin Geist, Dr. Manfred Giensch, Uwe Groenewold, Horst Kreussler, Dr. Patricia Neugebauer, Prof. Walter Schaffartzik, Christine Wohlers

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

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

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

Anzeigenleitung: Stefanie Hoffmann

Zurzeit ist die 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 unaufgeforderte 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. Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Ärzteblatt die männliche Form eines Wortes verwendet. Gemeint sind sowohl die weibliche Form sowie Formen, die auf eine Zugehörigkeit außerhalb des binären Geschlechtersystems hinweisen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung strafbar.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Finanzbuchhaltung
Leitung: Anja Schmöll
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
Personalreferentin: Jeannine Johannsson
Telefon 04551 803 152
Fax 04551 803 151
personal@aeksh.de

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

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

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

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

Vorsitzender des Verwaltungsrates
Bertram Bartel

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen

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

Mitgliederservice
Telefon 04551 803 900
Fax 04551 803 939
mitglieder@vaesh.de

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
Mitgliederverzeichnis
oder per Mail an mit-
glied@aeksh.de

FACHBERATER

Stingl · Scheinflug · Bernert
 vereidigte Buchprüfer und Steuerberater
 Partnerschaftsgesellschaft
Spezialisierte Beratung für Ärzte



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

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



Am Dörpsdiek 2 • 24109 Kiel / Melsdorf
Tel. 04340-40700 • info@stingl-scheinflug.de
www.stingl-scheinflug.de

Kanzlei für Medizinrecht

Wir beraten Ärzte

Rechtsanwälte
 Barth u. Dischinger
 Kanzlei für Medizinrecht
 Partnerschaft

RA Hans Barth
 Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtenuauer Straße 94
 24105 Kiel
 Tel.: 0431-564433

RA Jan Dischinger
 Fachanwalt f. Medizinrecht

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

RAin Sabine Barth
 Rechtsanwältin

info@medrechtpartner.de
 www.medrechtpartner.de

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

elbbüro fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | anzeigen@elbbuero.com | www.elbbuero.com



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/
 Holtenuauer Straße 94, 24105 Kiel, Tel. (0431) 5644-30, Fax (0431) 5644-31
 info@rohwer-gut.de, **www.rohwer-gut.de**

