



Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Nr. 11

November 2019

Bad Segeberg
72. Jahrgang

Herausgegeben von
der Ärztekammer
Schleswig-Holstein

T H E M E N

15

Flensburg: Das
Zentralklinikum
kommt 2026

18

Psoriasis: gegen
die Stigmatisierung
Betroffener

20

Studium: Ethik
bislang nur
Randthema

29

Schwerstkranken
Kinder: Hilfe für
Familien

35

Neurologiekongress
in Stuttgart

DEMENZ

Im Schneckentempo zu einer besseren Versorgung

Keine Heilung und eine Versorgung mit viel Luft nach oben: Das Gesundheitswesen ist auf Demenzkranke nicht gut eingestellt.



Der Anteil an Patienten mit Demenz steigt in Kliniken und Praxen. Nicht alle Patienten wissen von ihrer Erkrankung, wenn sie einen Arzt aufsuchen. Erst mit der genauen Diagnose aber stellen sich die Betroffenen und ihre Angehörigen auf das Leben mit der Erkrankung ein. Betroffen sind fast alle Lebensbereiche: von der Suche nach geeigneten Pflegekräften über die Einrichtung der Wohnung bis zur Frage der Fahrtauglichkeit.

Hilfreich wäre für die Betroffenen, wenn das Wissen über das Leben mit Demenz in der breiten Bevölkerung steigt. Bislang verdrängen die meisten Menschen das Thema solange, bis ein naher Angehöriger erkrankt. Dr. Thomas Maurer, Vorsitzender des Hausärzterverbandes, erlebt dann oft überforderte Angehörige, weil es keine Heilung gibt und „keine wirklichen Versorgungsformen“. Oft fällt eine Demenz erst bei einer stationären Einweisung wegen einer anderen Erkrankung auf. Die unbekanntere Umgebung mit Abläufen, die nicht auf sie eingestellt sind, führt bei Demenzkranken zu einer Steigerung ihrer Verwirrung. Erste Krankenhäuser haben deshalb schon vor Jahren begonnen, sich auf diese Patientengruppe einzustellen. Probleme bestehen aber weiterhin, u. a. weil der Mehraufwand, den Demenzkranke auslösen, nicht adäquat vergütet wird. Wie die Versorgung von Demenzkranken in Kliniken verbessert werden kann, erprobt das UKSH derzeit im Rahmen eines Modellversuchs.

Mit einem besseren Verständnis für und mit mehr Wissen über Demenz könnte die gesamte Bevölkerung das Leben von Demenzkranken erleichtern. Projekte wie die Musterwohnung, aber auch ein Kunstprojekt der Alzheimergesellschaft Schleswig-Holstein, zielen in diese Richtung.

► WEITER AUF SEITE 6



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



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

elbbüro [Ⓢ]
anzeigenagentur

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

Nicht nur eine andere, sondern eine bessere Medizin

„Nichts ist so beständig wie der Wandel“ – seit Heraklit begleitet uns diese Weisheit und prägt gesellschaftliche Diskussionen. Zurzeit stehen der Klimawandel und der digitale Wandel an erster Stelle. Beide haben weltumspannende Bedeutung, beide betreffen alle gesellschaftliche Schichten, Politik und das Gesundheitswesen gleichermaßen. Und doch gibt es Unterschiede: Während beim Klimawandel die Auswirkungen und Problemlösungen noch umstritten sind und sich im Entscheidungsprozess befinden, ist die digitale Transformation Realität und ihre Umsetzung erfolgt in einer rasanten Geschwindigkeit.

Dies zeigt sich auch in unserem Gesundheitswesen. Die Digitalisierung schreitet voran, digitale Innovationen werden in ärztliches Handeln überführt. Die Integration von Innovationen in die Patientenbehandlung stellt für uns Ärztinnen und Ärzte immer eine Herausforderung dar. Sei es das Thermometer, das Stethoskop, das Röntgen und nun die digitale Technik – die Fragen sind die gleichen: Haben wir Vertrauen in die Innovationen, schaden sie nicht, welchen Nutzen haben sie, tun sie Gutes? Dazu müssen wir Stellung beziehen, klare ethische und medizinische Grundsätze festlegen und Verantwortung übernehmen.

Ich bin mir sicher, dass die digitale Medizin nicht nur eine andere, sondern auch eine bessere Medizin sein wird. Sie unterstützt uns in der Entscheidungsfindung, sie ist für uns ein unverzichtbares Hilfsmittel und erleichtert definierte Prozesse. Wie jede Innovation birgt sie neben Chancen auch Risiken. Es liegt an uns, die technischen, rechtlichen und ethischen Fragen im Hinblick auf die digitale Transformation zu stellen und gemeinsam zu beantworten, um die Patientenversorgung sicherer, gezielter und besser zu machen. Unsere Ärztekammer nimmt dabei eine Vorreiterrolle ein, indem sie die Umsetzung in die Versorgungsrealität aktiv begleitet, mit den Partnern im Gesundheitswesen zusammenarbeitet, offen für sinnvolle Veränderungen ist und sich der Vertrauensfrage in der digitalen Medizin stellt. Dazu möchten wir auch einen neuen Ausschuss „Digitale Transformation“ auf der nächsten Kammerversammlung bilden.

Der digitale Wandel wird nie unsere ärztliche Profession ersetzen, nie Empathie, Humanität und individuelle Erfahrungen im direkten Patienten-Arzt-Kontakt bieten können. Er kann uns aber wieder Raum und Zeit dafür geben und uns auf unsere ärztlichen Kernkompetenzen und unsere Sinne fokussieren.

Freundliche Grüße
Ihr



Dr. Henrik Herrmann
PRÄSIDENT



„Der digitale Wandel wird nie unsere ärztliche Profession ersetzen.“

Inhalt

NACHRICHTEN 4

Stimmung unter Medizinern zurückhaltend	4
Ehrung für die besten Auszubildenden	4
MQR wirbt für „Pillen-Selfies“	5
Pflege-Ansprechpartner im Betrieb	5
Kurz notiert	5

TITELTHEMA 6

Demenz: Die Sprachlosigkeit auflösen	6
Kliniken: Einstellen auf Demenzkranke	9
Demenzkranken im Straßenverkehr	10
Interview: Dr. Martin Willkomm	11
Kunstprojekt: Die Reise ins Vergessen	12

GESUNDHEITSPOLITIK 15

Flensburger Klinikträger einigen sich auf Zentralklinikum	15
Raucherin klagt vor dem Bundesverfassungsgericht	16
Landesregierung fördert Pädiatrieverbund	17
Welt-Psoriasis-Tag	18

IM NORDEN 20

Ethik: Medizinstudierende diskutieren Fallbeispiele	20
Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin	22
Ärzte wollen Forschungsschiff übernehmen	23
Rheuma: Angespante Versorgungslage	24
Schlaganfallring mit neuen Ideen	26
Arzt aus Bad Segeberg hilft in Tansania	27
Notfallrettung: Ersthelfer schnell vor Ort	28
Ülenkinder hilft Familien mit schwerstkranken Kindern	29

PERSONALIA 30

RECHT 32

Schlichtungsfall	32
Kurz notiert	33

FORTBILDUNGEN 34

Orthopädiekongress in Berlin	34
Neurologiekongress in Stuttgart	35
Termine	36

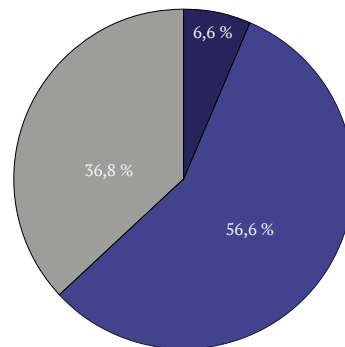
KAMMER 38

Tätigkeitsbericht 2018 der Ärztekammer	38
Anerkennungen nach Weiterbildungsordnung	42
Neue Serie: Die Kreisausschüsse der Ärztekammer	43

ANZEIGEN 44

TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM 50

Ärzte blicken verhalten in die Zukunft



Erwartungen der Hausärzte für die kommenden sechs Monate

- gut (6,6 Prozent)
- gleich (56,6 Prozent)
- ungünstiger (36,8 Prozent)

Bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten in Deutschland hat sich im vergangenen halben Jahr ein Stimmungswandel vollzogen. Fachärzte blicken derzeit positiver als noch im Frühjahr in die Zukunft, Hausärzte dagegen deutlich skeptischer. Insgesamt beschreibt die Hamburger Stiftung Gesundheit die Stimmung der Ärzte zu ihrer persönlichen wirtschaftlichen Lage als zurückhaltend.

Die Stiftung stützt sich auf ihren halbjährlich erhobenen Medizinklima-Index (MKI), der mit einem Gesamtwert von -0,5 leicht unter dem Durchschnitt liegt. In den MKI-Wert fließen die Einschätzungen von Haus- und Fachärzten, Zahnärzten und psychologischen Psychotherapeuten über ihre aktuelle persönliche und die künftige wirtschaftliche Situation ein.

Ihre aktuelle Lage bezeichnen ein Drittel der Befragten als gut, 54 Prozent als befriedigend und 13,4 Prozent als schlecht. Neun Prozent erwarten für die nächsten Monate eine günstige Veränderung ihrer wirtschaftlichen

Lage, 29 Prozent rechnen mit einer Verschlechterung.

In der Gruppe der befragten Hausärzte rechnen lediglich 6,6 Prozent mit einer günstigeren Entwicklung als derzeit, 36,8 Prozent erwarten dagegen eine Verschlechterung. Im Frühjahr hatten sich die Hausärzte mit einer insgesamt positiven Stimmung (MKI-Wert von +5) noch stark vom Durchschnitt (-1) abgehoben. Jetzt liegen sie mit einem Wert von -7,2 weit unter dem Durchschnitt von -0,5. Mögliche Gründe für diesen Stimmungswandel werden von der Stiftung im Rahmen der Befragung nicht erhoben.

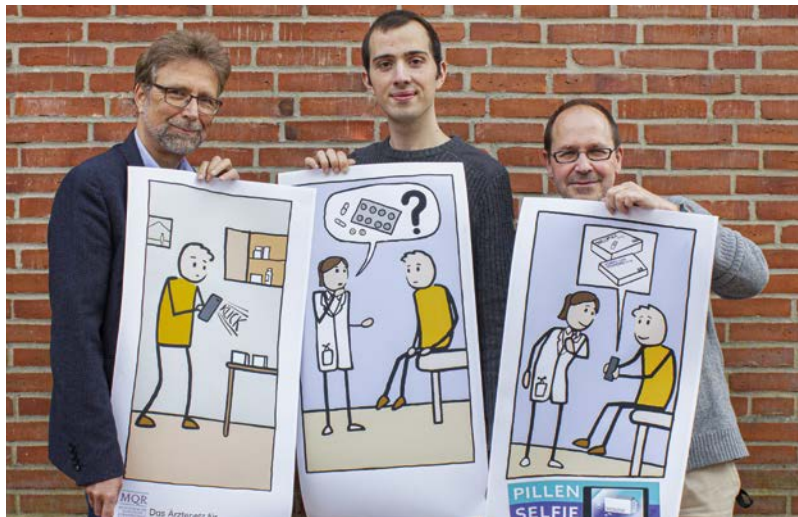
Die Fachärzte dagegen schauen positiver als im Frühjahr in die Zukunft: Der MKI nur für die Fachärzte liegt zwar immer noch bei -0,7, hat sich aber im Vergleich zum Frühjahrswert (-7,1) deutlich verbessert. Noch immer erwarten 29,3 Prozent der Fachärzte eine Verschlechterung ihrer Lage und nur 10,7 Prozent eine Verbesserung. Ihre aktuelle wirtschaftliche Situation nennen aber rund 30 Prozent gut, fast 59 Prozent stabil und 12 Prozent schlecht. (PM/RED)

Ausgezeichnete Auszubildende



Fünf Medizinische Fachangestellte (MFA) und zwei Operationstechnische Angestellte (OTA) sind vom Landesverband der Freien Berufe (LFB) für ihre Leistungen in der kürzlich beendeten Ausbildung geehrt worden. Dr. Uta Kunze (im Foto rechts) von der Ärztekammer Schleswig-Holstein beglückwünschte sechs von ihnen beim LFB-Empfang in Kiel. Die besten Leistungen in der Ausbildung zur MFA erbrachten Anna-Lena Maaß (Ausbildung bei Uwe Lamping in Süderhastedt mit der Note 1), Jessica Meyer (Gemeinschaftspraxis Dres. Nicholas Kamerichs und Steffen Braun mit der Note 1), Mi-Ran Held (Dr. Carsten Beck in Preetz mit der der Note 1), Madleen Reuleke (Gemeinschaftspraxis Dr. Alfred Darabaneanu, Sven Kochsiek und Dr. Armin Volkheimer in Kiel mit der Note 1) und Annika Parzak (Dr. Ralf Schiller in Bad Schwartau mit der Note 2) und in der Ausbildung zur OTA Katharina Kurz und Bram Schwachenwald (beide von der UKSH Akademie, jeweils mit der Note 2).

MQR: „Pillen-Selfies“ gegen Wechselwirkungen



Manfred Krutzinna, Geschäftsführer der MQR, Leon Wollenweber, Studierender an der Hochschule Flensburg, Dipl.-Designer Uwe Zimmermann, Dozent an der Hochschule Flensburg mit den Bildern des „Pillen-Selfie“-Comics (von links).

Viele Patienten sind beim Arzttermin nicht in der Lage, alle ihre Medikamente zu benennen. Dieses Problem wird bei Menschen mit geringen Deutschkenntnissen noch verschärft. Mit dem Projekt „Pillen-Selfie“ präsentierte die Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (MQR) vergangenen Monat einen Lösungsansatz: Die Patienten werden motiviert, mit dem Smartphone die Verpackungen der eingenommenen Medikamente zu fotografieren. Werden diese „Pillen-Selfies“ auf dem Smartphone gespeichert, sind die gewünschten Informationen über eingenommene Medikamente beim Arztbesuch jederzeit verfügbar.

Damit die Patienten diese Möglichkeit nutzen, wurde in Kooperation mit dem Studiengang Medieninformatik der Hochschule Flensburg ein Comic entworfen, der das Konzept ohne Worte erklärt. Die MQR hat die Arztpraxen mit Postern, die den Comic zeigen, ausgestattet. Zusätzlich wurden ein Erklärvideo sowie ein Faltblatt für die Praxistressen entwickelt, das das „Pillen-Selfie“ in sechs Sprachen (Deutsch, Englisch, Türkisch, Arabisch, Dari und Somali) beschreibt. An sechs Standorten in Rendsburg macht die MQR auch mit Großplakaten Werbung dafür, die eigenen Medikamentenschachteln zu fotografieren. (PM/RED)

Pflege-Ansprechpartner im Betrieb

Unterstützung im Betrieb für die Pflege zu Hause verspricht das neue geschaffene Angebot „betrieblicher Pflegeelote“ in Schleswig-Holstein. In sechsstündigen Kursen sollen Mitarbeiter in Unternehmen geschult werden, um im Bedarfsfall erste Ansprechpartner in den Betrieben für pflegende Angehörige in der Belegschaft zu sein.

Initiiert wurde das Programm vom Unternehmensverband Nord, der AOK Nordwest, dem Verband der Ersatzkassen (vdek) und dem Sozialministerium. „Pflegeelotsen können niedrigschwellig und direkt im Betrieb pflegenden Angehörigen helfen, konkrete Unterstützung und Rat zu finden. Damit können sie eine wertvolle Brücke zu professioneller Hilfe schlagen“, sagte

Minister Dr. rer. pol. Heiner Garg. Die Pflegeelotsen sollen nicht die Aufgaben der Pflegeberatung übernehmen, sondern die betroffenen Betriebsangehörigen zur rechten Zeit an die richtigen Stellen lotsen. Dadurch will man erreichen, dass die Familien möglichst frühzeitig und schnell Hilfe erhalten und die Doppelbelastung durch Berufstätigkeit und Pflegeverantwortung verringert wird. Beim Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) Nordwest stößt das neue Angebot allerdings auf Kritik. „Was zunächst wie eine gute Lösung klingt, folgt der immer wieder gleichen Haltung: In der Pflege spielt Kompetenz eine nachgeordnete Rolle – Hauptsache, die Kosten bleiben niedrig“, teilte der Verband mit. (DI)

KURZ NOTIERT

Weiterbildung im Gebiet Chirurgie

Durchführungsrichtlinie zur Intensivmedizin geändert: Im Rahmen der Basis-Weiterbildung im Gebiet Chirurgie sind sechs Monate in der Intensivmedizin zu absolvieren. Die im Jahr 2006 vom Vorstand beschlossene Durchführungsrichtlinie, wonach dieser Abschnitt nicht in ganztägiger Tätigkeit ausgeübt werden muss, wurde nunmehr zurückgenommen. Somit ist der Weiterbildungsabschnitt von sechs Monaten Intensivmedizin bei Antragstellung auf Facharztanerkennung in vollschichtiger Tätigkeit nachzuweisen. Für den Nachweis der 24-monatigen Basis-Weiterbildung im Gebiet Chirurgie sind sechs Monate Notfallaufnahme, sechs Monate Intensivmedizin in der Chirurgie oder in einem anderen Gebiet, die auch während der spezialisierten Facharztweiterbildung abgeleistet werden können, sowie zwölf Monate Chirurgie, von denen sechs Monate im ambulanten Bereich abgeleistet werden können, zu absolvieren. (TR)

Neubau in Heiligenhafen

Das Ameos Klinikum Heiligenhafen baut seinen geschützten Bereich um. Der Neubau, für den im Oktober der Grundstein gelegt wurde, wird drei Stationen mit rund 70 Betten u. a. für akute Krisen und Gerontopsychiatrie sowie ein Kompetenzzentrum für Menschen mit geistiger Behinderung umfassen. Patienten können die geschützten Therapie- und Außenbereiche des Neubaus künftig selbstständig und ohne Begleitung durch das Pflegepersonal nutzen. Dies war bisher nicht möglich. Der Neubau war erforderlich, weil die im Jahr 1938 errichteten Gebäude in Heiligenhafen insbesondere im Bereich der geschützten Unterbringung nicht mehr den heutigen Anforderungen entsprachen. Das Land trägt 10,8 Millionen Euro und damit einen Großteil der veranschlagten Baukosten. (PM/RED)

J 2 wird kaum genutzt

Immer weniger Teenager in Schleswig-Holstein nehmen die Jugenduntersuchungen J1 und J2 in Anspruch. Im vergangenen Jahr nutzte nach Angaben der AOK Nordwest nur noch jeder neunte Jugendliche (11 Prozent) zwischen zwölf und 17 Jahren die Untersuchungsangebote. Im Jahr zuvor hatte die Teilnehmerquote noch bei rund 19 Prozent gelegen. Insbesondere die für 16- und 17-Jährige gedachte J2 wird kaum genutzt, hier lag die Teilnehmerquote im vergangenen Jahr nur bei 4 Prozent (J1: 18 Prozent). Die J2 zielt u. a. auf das Erkennen von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, Haltungsstörungen und das Diabetes-Risiko. An fehlender Information kann die geringe Inanspruchnahme nicht liegen, die AOK schreibt die versicherten Jugendlichen persönlich an. (PM/RED)

195 neue Medizinstudenten in Lübeck

An der Lübecker Universität wurden vergangenen Monat über 300 Erstsemester begrüßt, darunter im nach wie vor stärksten Studiengang Medizin 195. Insgesamt studieren damit jetzt erstmals mehr als 5.000 Menschen in der Hansestadt. In den gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen beginnen 126 Studierende, darunter 41 in der Physiotherapie, jeweils 35 in der Hebammenwissenschaft und im Studiengang Pflege und 15 in Ergotherapie und Logopädie. 80 Erstsemester starten im Studiengang Molecular Life Science, 70 in der Medizinischen Ingenieurwissenschaft, 67 in der Medizinischen Ernährungswissenschaft, 60 in der Psychologie, 39 in der Biophysik und 19 in Medizin und Lebenswissenschaften. (PM/RED)

D E M E N Z

Die Sprachlosigkeit auflösen

Die Zahl der Demenzkranken wächst. Wie sich Schleswig-Holsteins Kliniken und Praxen auf die steigende Patientenzahl einstellen.

Die Sonne scheint durch die Fenster ins Café Sahnehäubchen, auf der langen Tafel stehen Teller, Tassen und Kuchenplatten bereit, da hat Frau Grube (Namen von Patienten und Angehörigen geändert) eine Idee: „Wir könnten singen!“ Und sie stimmt an: „C-a-f-f-e-e, trinkt nicht so viel Kaffee ...“ Der Kanon ist ihr Lieblingslied. An diesem Nachmittag steht eigentlich Klönschnack auf dem Programm, aber die alte Dame singt trotzdem, sie kann viele Liedtexte auswendig. Das ist nicht selbstverständlich, denn Frau Grube leidet, wie auch andere in der Kaffeerunde, an Demenz. Das „Café“ in einem Haus der Diakonischen „Pflege lebensnah“ in Rendsburg zählt zu den regelmäßigen Angeboten, bei denen Betroffene und Angehörige sich austauschen können. Infolge der Alterung der Gesellschaft wächst ihre Zahl ständig. Auch Ärzte und Krankenhäuser müssen sich mit der Krankheit befassen, denn die Patienten brauchen eine besondere Versorgung.

„Wir sehen immer mehr Demenzkranke in unseren Praxen“, bestätigt Dr. Thomas Maurer, Vorsitzender des Hausärzterverbandes Schleswig-Holstein. In einigen Fällen geht es um Menschen, die noch nicht wissen, dass sie unter der Krankheit leiden. Hier gilt es, eine Diagnose zu stellen. Maurer nennt den sogenannten Uhrentest als Beispiel, um einen Verdacht zu erhärten. „Häufiger sind die Fälle, in denen Angehörige kommen, weil sie etwas vermuten oder weil die Lebensqualität bereits beeinträchtigt ist“, so Maurer. Neurologen oder Psychiater stellen dann die endgültige Diagnose, wobei Maurer sagt: „Viele Angehörige klammern sich an den Strohhalm, dass die Verwirrtheit durch eine andere Krankheit hervorgerufen wird, die sich mit Medikamenten beheben lässt. Doch dieser Fall ist leider extrem selten.“



Die Zahl der Menschen mit Demenz nimmt in den Praxen zu. Spezialisierte Pflegeheime und auf die Betroffenen eingestellte Krankenhäuser sind noch nicht die Regel.



Dennoch sei eine genaue Diagnose wichtig, erstens, „weil es leichter ist, sich darauf einzustellen, wenn das Kind einen Namen hat, zweitens, um einen Pflegegrad und damit Leistungen beantragen zu können“, sagt Antje Holst vom Kompetenzzentrum Demenz. Die Einrichtung in Norderstedt ist ein Projekt der Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein, das durch das Gesundheitsministerium und die Pflegekassen gefördert wird. Die Fachleute bieten Beratungen und Schulungen an, unter anderem in der „Musterwohnung Demenz“, die mit zahlreichen Hilfsmitteln eingerichtet ist. Durch die regionalen Anlaufstellen der Alzheimer Gesellschaft hat das Team in Norderstedt einen guten Überblick über das Land. Klar zu sehen sei ein Stadt-Land-Gefälle, gerade was die Diagnostik angeht: „Fachärzte sind an der Westküste nicht so dicht gesät, die Wartezeiten sind lang“, sagt Holst.

Sie wünscht sich, die Hausärzte würden bei älteren Patienten häufiger „aktiv nachfragen“, wie es um ihre kognitiven Fähigkeiten stehe. „Man erkundigt sich nach Augen, Ohren und Herz, aber nicht danach.“ Dabei sei es schwer für Betroffene, von sich aus das angst- und schambesetzte Thema anzugehen. „Wenn jemand Offenheit signalisiert, würde das die Sprachlosigkeit auflösen“, sagt die Krankenschwester und Erziehungswissenschaftlerin. Hilfreich sei auch, wenn in hausärztlichen Praxen Wissen vorhanden sei, wie es nach der Diagnose weitergeht: „Nicht nur der Hinweis auf den Pflegestützpunkt, so wichtig auch das ist, sondern Kenntnisse über die lokalen Angebote.“ So gibt es in vielen Regionen Netzwerke zum Informationsaustausch, an denen Praxen teilnehmen können. „Der Arzt sollte wissen, was die nächsten Schritte sind und wohin man sich wenden kann, er sollte sich als Lotse durch die nächsten Jahre anbieten“, sagt Holst.

In der Klönrunde im „Café Sahnehäubchen“ gab es keine schlechten Erfahrungen mit den Ärzten. „Wir hatten bereits einen Verdacht und sind direkt zum Neurologen gegangen“, berichtet Dieter Caspar. Vor gut drei Jahren wurde bei seiner 70-jährigen Ehefrau Vera Alzheimer festgestellt. Kurz und knapp lief die Diagnose auch beim Ehepaar Müller. „Der Arzt hat gesagt: Ich mach's mal schnell, ich will Sie nicht lange mit Tests quälen, das ist ein klarer Fall“, erinnert sich Max Müller an die Untersuchung seiner Frau. Beide Männer pflegen ihre Frauen zu Hause. „Wir gehen offen damit um, wir versuchen, es mit Humor zu nehmen“, sagt Dieter Caspar. Leicht sei das nicht immer.

Von einem Negativ-Erlebnis mit einem Facharzt berichtet Anna Bauer, eine der ehrenamtlichen Betreuerinnen der Kaffeerrunde: Eine Praxis in der Region habe nicht gewollt, dass im Wartezimmer Flyer mit den Angeboten der diakonischen Beratungsstelle wie Tagestreff oder der nachmittägliche Kaffeeklatsch im „Sahnehäubchen“ ausgelegt werden. Schade, finden die Mitglieder der Runde, denn genau in diesen Wartezimmern werden viele Menschen zum ersten Mal mit der Diagnose Demenz oder Alzheimer konfrontiert und suchen Orientierung.

Der Regelfall sei, dass in den meisten Praxen entsprechende Flyer, Angebote und Informationsblätter ausliegen, betont Hausarzt Maurer. Die Forderung, alle Praxen demenzfreundlich einzurichten, sei aber schwer zu erfüllen: „Es ist uns bewusst, dass die Praxen für alle Gruppen zugänglich, barrierefrei und angenehm sein sollten, aber angesichts ganz verschiedener Krankheiten ist das praktisch unmöglich.“ Neben den technischen Schwierigkeiten stünden die finanziellen: „Nicht jeder Kollege kann große Summen in den Umbau stecken.“

ANGEBOTE FÜR DEMENZKRANKE

Die Erfahrenen

„Haus Schwansen“ in Rieseby war Vorreiter bei Pflegekonzepten für Demenzkranke. Demenzsensible Pflege? Validation? Anfang der 1990er Jahre begannen sich solche Konzepte erst ganz allmählich zu entwickeln. Zu den Vorreitern einer demenzsensiblen Pflege zählten Mechthild Lärm und Alfred Borgers in ihrem „Haus Schwansen“ in der Gemeinde Rieseby im Kreis Rendsburg-Eckernförde. Sie konzentrierten sich als eine der bundesweit ersten Heime auf Demenzkranke und planten schon damals die Räume so, dass verwirrte Menschen sich möglichst gut zurechtfinden. Das Haus gehört heute zur Brücke Rendsburg-Eckernförde und bietet 69 Erkrankten Platz.

Urlaub trotz Krankheit

Im „Landhaus am Fehmarnsund“ können Demenzkranke und Angehörige gemeinsam ausspannen. Das Haus mit 44 Doppelzimmern gehört der Arbeiterwohlfahrt (AWO), die 2005 die erste Ferienanlage dieser Art im Sauerland eröffnet hat. Denn viele Angehörige wollen den demenzkranken Partner oder Elternteil nicht in eine Kurzzeitpflege geben und allein verreisen. Die AWO entwickelte daher die Möglichkeit, gemeinsam in den Urlaub zu fahren. Das Landhaus ist als Hotel und nicht als Reha-Klinik definiert, muss also privat bezahlt werden. Aber die tägliche Betreuung für die Demenzkranken gilt als Tagespflege und kann bei einem entsprechenden Pflegegrad mit der Pflegekasse abgerechnet werden. Für die Angehörigen gibt es Gruppengespräche. Das Haus ist barrierefrei, alle Beschäftigten haben Erfahrung mit Demenz.

Ruhepause für die Angehörigen

Im Reha-Klinikum Ratzeburg dürfen Pflegenden die Verantwortung abgeben. Nicht die Demenzkranken, sondern deren pflegende Angehörige stehen im Mittelpunkt des „Ratzeburger Modells“, das nach Aussage des Betreibers, des Ameos Reha-Klinikums Ratzeburg, bundesweit einmalig ist. Das Besondere: Das pflegebedürftige Familienmitglied kann mitgebracht werden. Damit entfällt die Sorge darum, ob Partner oder Elternteil gut versorgt ist. Dazu gibt es neben den 51 Betten in der Rehabilitationsklinik für pflegende Angehörige 26 Plätze für Pflegebedürftige. Sie werden nach dem „MAKS“-Modell gefördert, die Abkürzung steht für motorische, alltagspraktische, kognitive und spirituelle Fähigkeiten.

Königlich betreut

Silviahemmet-Station in Flensburg. Nachdem ihre Mutter an einer Demenz erkrankt war, gründete die schwedische Königin Silvia die Silviahemmet-Stiftung, die sich für Grundlagenforschung, Therapie und Behandlung von Alzheimer-Betroffenen einsetzt. Ziel der Stiftung ist, Angehörige und Fachpersonal zu befähigen, demenziell Erkrankte bestmöglich zu begleiten. Vor zehn Jahren baute das Flensburger St. Franziskus-Krankenhaus eine Silviahemmet-Station auf, in der mit einem neuen Ansatz versucht wird, die Menschen besser durch die ungewohnte und verwirrende Situation in der Klinik zu bringen.

„Wir haben keine wirklichen Versorgungsformen und vor allem keine Heilung. Die Last bleibt an den Angehörigen hängen.“

DR. THOMAS MAURER

Allerdings gibt es Ideen und kostenneutrale Lösungen, um Patienten mit beginnender Demenz den Aufenthalt angenehm zu machen: „Man plant sie früh morgens oder abends als letzte ein, wenn nicht mehr so viele Menschen im Wartezimmer sind“, schlägt Holst vor. Das sei hilfreich, denn: „Aufregung muss ich im Gespräch erst wieder auffangen, das dauert.“ Ebenfalls hilfreich sei, wenn der Arzt, aber auch die Mitarbeiterinnen Grundlagenkenntnisse im Umgang mit Erkrankten hätten: „Man kann mit Worten und Gesten viel richtig, aber leider auch viel falsch machen.“ Eine sogenannte „Demenzpartnerschulung“, die etwa 90 Minuten dauert, bietet solche Grundlagen. Angeboten wird sie unter anderem von der Alzheimer Gesellschaft. „Viele Praxen haben das Angebot bereits angenommen, aber ich würde mir wünschen, dass es noch mehr werden“, so Holst.

In der Runde im Café Sahnehäubchen geht es um Sprichwörter: „Wie gewonnen ...“, liest Anna Bauer vor, und im Chor spricht die Runde den Rest: „So zerren.“ Vera Caspar ist gut darin, die Sprüche zu ergänzen. Sogar Rita Müller, die sonst still neben ihrem Mann sitzt, kann bei diesem Spiel mitreden. Auch Frau Grube kennt einen Spruch: „Die guten Zeiten sind vorüber, steif sind alle Glieder.“ Sie blinzelt fröhlich. „Bis auf eins!“ Nach einem kurzen Moment bricht die Runde in Gelächter aus.

Demenzranke nehmen keine Rücksicht auf Konventionen, sie kennen keine Scham, sie sind brutal ehrlich. Das kann schöne Momente mit sich bringen, es kann aber auch anstrengend sein. Wenn Kranke überfordert sind, wehren sie sich gegen Maßnahmen, die sie nicht verstehen. „Verwirrt nicht die Verwirrten“, lautet das Credo des Wiener Pflegewissenschaftlers Professor Erich Böhm. Das bedeutet, Demenzranke nicht zu korrigieren und sie in ihrer Welt zu belassen.

Aber das Grundproblem bleibt bestehen: „Wir haben keine wirklichen Versorgungsformen und vor allem keine Heilung“, sagt Maurer. „Die Last bleibt an den Angehörigen hängen.“ Heutige Medikamente könnten die Krankheit im besten Fall ein wenig verlangsamen, „aber keiner wird wieder alltagskompetent“. Ein Punkt, an dem eine Demenz oft auffällt,

ist die Einweisung in ein Krankenhaus: „Der schlechteste Aufenthaltsort für Menschen mit Demenz“, sagt Antje Holst über die stationäre Einweisung. Weiße Flure, weiße Zimmer, weißgekleidete Gestalten, dazu unbekannte Geräusche und Gerüche – für Verwirrte ist das eine Katastrophe. Umgekehrt bringen Demenzranke die Abläufe einer Klinik, die sich nicht auf sie eingestellt hat, durcheinander: „Menschen mit Demenz können den Betrieb aufmischen, wenn sich die Krankenhäuser nicht auf den Umgang mit diesen Patienten einstellen.“ Zunehmend passiert das auch, etwa im Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH, siehe nebenstehende Seite). Wie für alle Kliniken gelte ein „Dreiklang aus baulicher Einrichtung, Haltung und Wissen“, der dazu führe, dass Menschen mit Demenz den Krankenhausaufenthalt gut überstehen.

Doch wie es bei der fachärztlichen Versorgung Unterschiede zwischen den Regionen des Landes gibt, sind auch die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein unterschiedlich weit bei der Umsetzung von Konzepten für die Versorgung von Patienten mit Demenz. Dabei hatte Schleswig-Holstein wie berichtet 2017 einen „Demenzplan“ aufgestellt, eine Art Fahrplan, um nicht nur das pflegerische und medizinische System, sondern das ganze Land demenzfreundlicher zu gestalten: Das Traumziel lautet, dass in Läden und an Bankschaltern, im Bus und im Park Personen anzutreffen sind, die zumindest in etwa wissen, wie mit einem Demenzkranken umgegangen werden sollte.

Schleswig-Holstein zählt damit zu nur vier Bundesländern, die sich einen solchen Plan gegeben haben, und es ist der einzige Plan, „der auf Grundlage eines Landtagsbeschlusses erarbeitet wurde“, betont das Gesundheits- und Sozialministerium. Das jetzt von Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) geführte Haus hat die Umsetzung des Plans an das Kompetenzzentrum Demenz weitergegeben, die Arbeit sei „auf einem guten Weg“, heißt es auf Anfrage.

Unter anderem wurden „Demenzwegweiser“ erstellt und liegen für fast alle Kreise und kreisfreien Städte vor, eine Online-Datenbank soll bis Ende 2019 zur Verfügung stehen. Mehrere kleinformati-

ge Broschüren wurden aufgelegt, die sich an den Einzelhandel und die Gastronomie wenden und Tipps für den Umgang mit demenziell erkrankten Gästen geben. Für Pflegekräfte gibt es „Kittelschürzen-Karten“, auf denen der Unterschied zwischen Demenz und Delir erklärt wird. Schulungen wie die „Demenzpartner“ werden landesweit angeboten. Über Sonderveranstaltungen wie die „Reise des Vergessens“ (Reportage ab Seite 12) sollen auch Menschen erreicht werden, die bisher mit dem Thema gefremdet haben. Für 2020 ist eine Aktionswoche zum Weltalzheimertag unter dem Motto „Demenz op platt“ geplant.

Maurer bleibt dennoch skeptisch, ob die Aufklärung wirklich breite Bahnen zieht: „Wer nicht direkt im familiären Umfeld mit der Krankheit zu tun hat, wird sich nicht dafür interessieren“, befürchtet der Vorsitzende des Hausärzteverbandes.

Auch aus Sicht der Opposition findet politisch zu wenig statt: „Still ruht der See“, sagt Birte Pauls, pflegepolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion. Ihre Parteifreundin Kristin Alheit hatte als Gesundheitsministerin den Demenzplan auf den Weg gebracht. Doch unter der aktuellen schwarz-grün-gelben Regierung sei das Thema nach hinten gerückt, kritisiert Pauls: „Ja, der Plan ist aufgelegt, und vom Kompetenzzentrum Demenz gehen zahlreiche tolle Projekte aus. Aber politisch wird vonseiten der Regierung nicht weitergedacht.“ Für die gelernte Intensiv-Krankenschwester Pauls ist Demenz „eine Querschnittsaufgabe, die nicht nur die Pflege betrifft, sondern das Zusammenleben im Quartier“. Es gehe darum, Nachbarschaftshilfe zu organisieren, städtebaulich vorzusorgen. „Das hat auch mit kultureller und sprachlicher Identität zu tun: Wird ein früherer Landwirt auf Plattdeutsch angesprochen, erreicht man ihn viel eher als mit Hochdeutsch.“ Das Land, so ihre Forderung, solle wieder mehr steuern, denn aktuell sei es „zu stark von der Postleitzahl abhängig“, wie gut die Versorgung Demenzkranker ist.

Im Café Sahnehäubchen hat Frau Grube wieder eine Idee: „Wir könnten doch mal was singen!“ Und sie stimmt ein neues, altes Lied an. ESTHER GEISSLINGER

Info

Eine so genannte „Demenzpartnerschulung“ dauert etwa 90 Minuten und bietet Grundlagen für den Umgang mit Demenzkranken. Angeboten werden sie unter anderem von der Alzheimer Gesellschaft. Einige Praxen haben dieses Angebot bereits angenommen.

KLINIKEN

Besser vorbereitet

Für den Umgang mit Verwirrten sind in den Krankenhäusern spezielle Konzepte hilfreich. Das UKSH stellt sich baulich und personell auf sie ein.

Sich im größten Krankenhaus des Landes zurechtzufinden, fällt niemandem leicht. Für Patienten mit einer beginnenden Demenz ist das Gewirr der Gebäude und Stationen eine Überforderung. Wie lässt sich die Lage verbessern? Einfach ist es nicht, aber das Team arbeitet daran.

Das Holstentor weist den Weg. Große Fotos von bekannten Lübecker Bauwerken werden auf dem UKSH-Campus in der Hansestadt als Merkzeichen eingesetzt und finden sich regelmäßig wieder. „Das ist eine Orientierungshilfe für alle, auch für Besucher und Personal“, sagt Beke Jacobs. Die gelernte Krankenschwester ist Leiterin des Patienteninformationszentrums und zuständig für Pflege- und Organisationskonzepte, die Menschen mit Demenz helfen, die Zeit in der Klinik gut zu überstehen. Denn immer mehr Patienten kommen mit kognitiven Einschränkungen. Behandelt werden sie nicht nur in geriatrischen Stationen, sondern auch in Fachabteilungen wie Chirurgie oder Innere Medizin. Bei den Neubauten in Kiel wurden solche Orientierungshilfen von vornherein mit eingebaut, berichtet Jacobs: „Kontraste sind eine Hilfe, genau wie klare Farbkonzepte.“

Nicht nur die Bauten, sondern vor allem die Menschen im UKSH sollen auf das Thema Demenz vorbereitet sein. Dazu wird seit drei Jahren ein Pflegekonzept erprobt. Bisher lief es als Modell und soll im Januar in die Regelversorgung übernommen werden. Am Anfang steht ein Assessment bei der Aufnahme. Wirkt ein Patient bei den einfachen Fragen desorientiert, weiß er nicht genau, welcher Tag ist oder warum er sich in der Klinik befindet, „sehen wir ein wenig genauer nach“, sagt Jacobs. „Wir sind ja keine Fachklinik für Demenz, sondern stellen hier nur eine Nebendiagnose. Aber wenn wir Anhaltspunkte haben, dass jemand betroffen sein könnte, dann greift das neue Konzept.“

Bei rund der Hälfte der älteren und hochbetagten Patienten wird eine Demenz festgestellt, und sehr viele Betroffene kommen ohne Diagnose: „Weit über die Hälfte hat die Krankheit im Anfangsstadium, ohne es zu wissen.“ Denn zu Hause, im „geregelten Setting“, falle oft



Beke Jacobs

Info

In der Nachsorge des Klinikaufenthalts gibt es eine Zusammenarbeit mit einer Kasse. Bei der Entlassung wird zunächst der Hausarzt von der Verdachtsdiagnose Demenz unterrichtet. Darüber hinaus erhalten Angehörige eine Beratung und erfahren von weiteren Hilfsangeboten von Tagestreff bis Pflegestützpunkt. Dank eines Vertrages zwischen dem UKSH und der AOK Nordwest sind auch Hausbesuche möglich.

nicht auf, wie groß die Lücken bereits sind. „Die Angehörigen sind oft erschrocken und argumentieren, bisher ging es doch immer alles gut“, so Jacobs. „Aber der Aufenthalt im Krankenhaus ist dann oft der Auslöser, der die Einschränkungen zutage kommen lässt.“

Im UKSH steht die Behandlung der somatischen Krankheit – der gebrochene Schenkelhals, die Leibschermerzen, das schwache Herz – im Vordergrund. Dennoch finde eine erweiterte Anamnese statt: „Wir fragen nach der Wohnsituation, der familiären Einbindung, Hobbys, Haustieren und dem früheren Beruf“, beschreibt Beke Jacobs. „Wir verfolgen einen personenzentrierten Ansatz, wollen die Menschen individuell ansprechen.“

Ja, das sei schwierig, gibt sie zu: „Wir leben in schweren Zeiten, was das Personal angeht.“ Aber die Fachfrau ist überzeugt, dass ein ruhiger und fachgerechter

Umgang mit einem verwirrten Patienten „nach hinten heraus Zeit spart“. Denn mit einem „falschen Einstieg“, sprich einer harschen Forderung, sich für eine Untersuchung freizumachen, oder darauf zu drängen, dass zügig eine Blutprobe genommen werden muss, „werden die Patienten unruhig, wollen vielleicht weg und verweigern die Mitwirkung“, sagt Jacobs.

Aktuell werde daher das Personal für den Umgang mit Patienten mit der Nebendiagnose Demenz geschult: „Es geht darum, die Menschen zu erreichen, damit ich in der Pflege oder Behandlung mein Ziel erreiche.“ Die Schulungen bringen Fachwissen und wecken Verständnis für die Krankheit. Unter anderem gibt es ein Kommunikationstraining mit einer Schauspielerin, die die verwirrte Patientin mimt: „Da kann konkret geübt werden, wie sich eine Situation lösen lässt.“

Das UKSH hat im Rahmen des Modellversuchs neun Stellen geschaffen. Die auf Demenz spezialisierten Pflegekräfte sind an den Standorten Kiel und Lübeck an Stationen angebunden, wo viele Hochbetagte versorgt werden. Doch auch andere Stationen können die Fachkräfte anfordern. Sie können manchmal praktische Probleme mit einfachen Mitteln lösen: „Ein Schnabelbecher in Knallfarbe sorgt dafür, dass die Leute ihn wahrnehmen und das Trinken nicht vergessen“, nennt Jacobs ein Beispiel.

Zu den hauptamtlichen kommen ehrenamtliche Kräfte, im UKSH Patientenbegleiter genannt. Sie sitzen am Bett, hören zu, „sind einfach mal da – auch das kann helfen, einen verwirrten Patienten zu beruhigen“.

Der finanzielle Mehraufwand lässt sich aktuell nicht abrechnen: „Wir haben Anträge an Stiftungen gestellt, hatten aber keinen Erfolg“, bedauert die Leiterin des Patienteninformationszentrums. „Also haben wir entschieden, es selbst zu organisieren.“ Die Erkenntnis, dass eine spezielle Versorgung für Demenzkranke notwendig ist, sei langsam gewachsen, aber im Lauf der Zeit immer dringender geworden, sagt Jacobs. „Vor allem kamen Bitten unseres Personals, die um Informationen und Hilfen baten.“ (EG)

STRASSENVERKEHR

Verwirrtes Fahren

Ab wann sollte ein Mensch mit Demenz nicht mehr Auto fahren? Krankenschwester und Erziehungswissenschaftlerin Antje Holst, Mitarbeiterin im Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein, über eine schwer zu beantwortende Frage.

Auto fahren verbindet viele Menschen mit Freiheit und Unabhängigkeit. Besonders in ländlichen Regionen ist ein Auto oft unverzichtbar, um am Berufs- und Alltagsleben teilhaben zu können. Auto zu fahren bedeutet aber auch, Verantwortung zu übernehmen: Für sich selbst, die Mitfahrer und die anderen Beteiligten im Straßenverkehr. Was passiert, wenn im Alter das Seh- und Hörvermögen abnimmt, die Reaktionsfähigkeit nachlässt und eine demenzielle Veränderung die Fahrtauglichkeit zusätzlich einschränkt?

Laut Statistik liegt bei Fahrern im Alter zwischen 70 und 75 Jahren kein erhöhtes Unfallrisiko vor, dieses steigt aber deutlich im Alter von 75+ und einer Fahrleistung von weniger als 3.000 Kilometern im Jahr an („Ich fahre nur noch zum Arzt, keine weiten Strecken mehr...“). Bei der Altersgruppe der über 90-Jährigen liegt das Unfallrisiko pro gefahrenem Kilometer über dem der Fahranfänger und steigt mit Multimorbidität und Demenz nochmals deutlich an.

Typische Fahrfehler bei Demenz sind das Nichteinhalten der Spur bzw. Fehler beim Spurwechsel, fehlende Geschwindigkeitsanpassung, unsicheres und fehlerhaftes Verhalten an Kreuzungen / Kreisverkehren, Vorfahrtsfehler, Fehlinterpertation von Lichtsignalen oder das Übersehen von Verkehrszeichen.

Studien und praktische Fahrtests haben gezeigt, dass bei beginnender Demenz die Fahreignung oft noch in hohem Maße vorhanden ist. In Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahrereignung wird daher kein grundsätzliches Fahrverbot bei leichter Demenz gefordert. Die Fahreignung, das heißt die generelle Befähigung zum Führen eines Kraftfahrzeugs, ist zu diesem Zeitpunkt in der Regel noch gegeben. Im Verlauf der Erkrankung treten zunehmende Beeinträchtigungen der geistigen Leistungsfähigkeit auf. Sie betreffen besonders die Bereiche Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Konzentration, Orientierung und Urteilsfähigkeit. Davon wird die Fahreignung unterschiedlich, in der Regel ab-

Demenz im Straßenverkehr? Ärzte müssen ihre Patienten schon bei der Diagnosestellung über die Gefahren aufklären.



hängig vom Stadium der Erkrankung, beeinflusst.

Auch wenn die Mehrzahl der Autofahrer mit Demenz die Fahrtätigkeit innerhalb der ersten drei Jahre der Erkrankung einstellt, ist davon auszugehen, dass ein relevanter Anteil der Betroffenen zunächst weiter aktiv am Straßenverkehr teilnimmt. Typische Symptome bei Menschen mit Demenz in Bezug auf die Verkehrssicherheit sind gesteigerte Tageschläfrigkeit, nachlassende Aufmerksamkeitssteuerung, verlangsamte Entscheidungsfindung, verlangsamte und unsichere Orientierung und räumliche Wahrnehmung, reduziertes Urteilsvermögen sowie reduzierte Selbstreflexion und Affektsteuerung und deutlich verminderte Ressourcen bei komplexen Situationen.

Festzuhalten bleibt aber: In Deutschland gibt es keine gesetzlichen Regelungen, die einem Menschen mit Demenz generell das Autofahren verbieten.

Zur Rolle der behandelnden Ärzte: Im Rahmen der Anamnese sollten Fragen zur Fahrsicherheit regelhaft gestellt werden und zu entsprechender Information und Beratung führen. Schon bei der Diagnosestellung muss darüber aufgeklärt werden, dass die Fahrtauglichkeit bei einer fortschreitenden Demenz nicht mehr gewährleistet ist. Angehörige oder die Straßenverkehrsbehörde darf der

Arzt nur dann über eine mögliche Fahruntüchtigkeit in Kenntnis setzen, wenn der Patient sein Einverständnis dazu erteilt und den Arzt von dessen Schweigepflicht entbindet. Der Erhalt der Patientenautonomie und die auf Vertrauen beruhende Arzt-Patienten-Beziehung stehen hierbei im Vordergrund.

Ist der Patient allerdings nicht einsichtig und will trotz schwerwiegender Bedenken und umfassender Aufklärung weiterhin mit dem Auto am Straßenverkehr teilnehmen, kann der Arzt unter bestimmten Voraussetzungen die Schweigepflicht brechen und die Fahrerlaubnisbehörde einschalten.

Unter Beteiligung von Hausärzten, Angehörigen und Patienten sowie eines interdisziplinären Expertengremiums wurde in einem Forschungsprojekt des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf (ifam) eine Vorgehensempfehlung zur Überprüfung der Fahrtauglichkeit bei Demenz für den hausärztlichen Praxisalltag entwickelt. Das Forschungsprojekt wurde von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. gefördert.

Fazit: Demenz stellt alle Beteiligten vor besondere Herausforderungen. Wünschenswert wäre eine offene, frühzeitige und kontinuierliche Kommunikation über die Diagnose und deren Einfluss auf die betroffenen Lebensbereiche. (D1)

Info

Die Vorgehensempfehlung des ifam liegt in einer Kurz- und in einer Langfassung vor. Ferner stehen weitere Arbeitshilfen und Vordrucke für die Hausarztpraxis zur Verfügung. (Download: <https://www.familienmedizin.org/familienmedizin/autofahren-und-demenz/>). Weitere Informationen unter www.demenz-sh.de und das Infoblatt Nr. 19 unter www.deutsche-alzheimer.de

INTERVIEW

„Zeitung lesen toppt jedes Medikament“

Dr. Martin Willkomm, Vorsitzender des Landesverbandes Geriatrie, zu Versorgungslage und Hilfen für Demenzkranke

Herr Dr. Willkomm, werden alte Menschen in Schleswig Holstein medizinisch gut versorgt?

Dr. Martin Willkomm: Ja, durchaus. Wir haben eine gut organisierte und flächendeckende geriatrische Versorgung. Es gibt 18 Klinikstandorte, von Flensburg bis Geesthacht über das ganze Land verteilt. In vielen dieser Kliniken, u. a. Eutin, Lübeck und Flensburg, sind außerdem Spezialstationen für kognitiv Eingeschränkte entstanden. Darüber hinaus gibt es für die Hauptdiagnose Demenz gerontopsychiatrische Stationen und niedergelassene Fachärzte.

Es herrscht Streit zwischen den Hausärzten und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie darüber, ob Hausärzte eine Zusatzqualifikation für die Versorgung Hochbetagter brauchen oder ob das für den Hausarzt ohnehin vertrautes Tagesgeschäft ist. Wie sehen Sie das?

Willkomm: Wir Ärzte sind in der Demenzversorgung eher die Lotsen, im Versorgungsalltag spielen das häusliche Umfeld und die ambulante Unterstützung eine wesentlich größere Rolle. Die Rolle der Angehörigen ist nicht hoch genug einzuschätzen. Dazu gibt es Hilfen wie Tagespflege, im stationären Bereich auf kognitive Einschränkungen spezialisierte Pflegeeinrichtungen und die genannten Kliniken mit ihren speziellen Stationen. Haus- wie Klinikärzte werden für die Diagnostik gebraucht, anschließend sollten sie einen Pfad weisen. Die medikamentösen Maßnahmen sind nach wie vor überschaubar und spielen in der Behandlung nur eine nachgeordnete Rolle. Neben Antidementiva sind Medikamente zur Symptomkontrolle sehr hilfreich.

Haben die Haus- oder andere niedergelassene Fachärzte das Thema kognitiver Einschränkungen auf der Rechnung?

Willkomm: Eindeutig ja. In der Regel muss der Arzt es nicht selbst ansprechen, denn häufig kommen die Angehörigen mit einem Verdacht in die Praxis und möchten wissen, wie es nun weitergeht. Im frühen Stadium fällt die Krank-

heit oft nicht auf, weil sie durch die häusliche Umgebung aufgefangen wird. Oft kommt die Krankheit zum Vorschein, wenn ein Partner ausfällt und der demente Partner auf sich allein gestellt ist. In Lübeck gibt es dafür die Möglichkeit, den dementen Partner für einige Tage in einer städtischen Pflegeeinrichtung – vorausgesetzt, es ist sofort ein Platz vorhanden – aufzunehmen.

In Lübeck haben Sie nicht nur ein geriatrisches Krankenhaus mit Akutversorgung, sondern auch einen Forschungsbereich. Geht es da vor allem um Bewegung und Prävention oder forschen Sie auch zu kognitiven Einschränkungen?

Willkomm: Beides ist eng verknüpft. Unser „Lübecker Modell Bewegungswelten“ (LMB), das langjährig durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durch Modellmittel gefördert wurde und wird, nimmt zu mindestens einem Drittel Menschen mit kognitiven Einschränkungen auf. Dies spiegelt auch die Realität in Pflegeheimen wider: Mehr als 40 Prozent der Menschen dort leiden unter kognitiven Einschränkungen bis hin zu schweren demenziellen Syndromen. Im Rahmen der LMB finden Bewegungsübungen statt, bei denen die Gruppenleitungen die Menschen durchs Erzählen in virtuellen Welten führen. So kann ein Motto „Apfelernte“ lauten. Dazu passend werden die Hände in die Höhe gereckt, dann beugt man sich zu einem fiktiven Korb und so weiter. Die Übungen und das Erzählen lassen Gespräche entstehen, wie diese Arbeit früher war.

Stichwort virtuel – künftig könnten solche Übungen vermutlich mit einer VR-Brille unterstützt werden?

Willkomm: Das ist denkbar. Spätere Generationen werden vermutlich im Alter mit integrativen Elementen aus der digitalen Welt trainieren.

Sie haben es schon erwähnt: Es gibt wenig Medikamente. Dafür scheinen aber Bewegungs- und Alltagstraining wie etwa die MAKS-Therapie sinnvoll zu sein, also die motorische, alltagsprakti-



Dr. Martin Willkomm

sche, kognitive und soziale Aktivierung. Werden solche Methoden angewendet, sind sie überhaupt bekannt?

Willkomm: Im ambulanten Bereich haben wir da sicherlich noch Lücken, weil nur ein Teil der pflegenden Angehörigen hierfür die Möglichkeiten hat. Bei der Wahl der Methode kommt es weniger auf eine spezielle Methode als auf den Grundansatz einer kognitiven Förderung und Bewegungsförderung, eines aktiven Miteinanders, an. Wichtig ist, dass der Betroffene nicht in die reine passive Versorgung rutscht. Oft passiert es, dass kognitiv Eingeschränkte Gesprächen nicht mehr folgen können, dann nur passiv zuhören und scheinbar in sich gekehrt daneben sitzen. Eine gezielte Förderung kann schon mit geringen Mitteln viel Wirkung erzielen: Zeitung lesen toppt jedes Medikament und macht keinen trockenen Mund.

Also Bewegung und Training, so lange es geht?

Willkomm: Dass Bewegung die kognitive Ausgangslage verbessert, ist in Studien gut belegt. Wer sich bewegt, bewegt auch den Kopf. Am wirksamsten ist, eine Bewegungsaufgabe mit einer kognitiven Aufgabe zu kombinieren. Dies kann z. B. das LMB sein mit der Kombination aus Erinnerungs- und Bewegungsübungen oder ein Gehtraining mit gleichzeitigem Benennen von Gegenständen oder Tieren. Zudem gilt: Wer sich am Tag viel bewegt, schläft nachts gut. Das macht ruhiger und spart Medikamente.

Interview: Esther Geißlinger

Info

Dr. Martin Willkomm leitet seit 2003 das Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Geriatriezentrum. Der 58-Jährige wuchs in Schleswig-Holstein auf, geboren wurde er im Hunsrück. Studiert hat er in Würzburg, Kiel und Johannesburg/Südafrika. Der Internist und Geriater sieht die Vernetzung mit den ambulanten Kollegen als eine wichtige Aufgabe an und ist u. a. im Qualitätszirkel Geriatrie in Lübeck aktiv.



Ein umgebauter Linienbus, der Teilnehmer mit auf die Reise des Vergessens nimmt. Sie erfahren, wie es sich anfühlt, unter Demenz zu leiden. Erste Fahrt war Ende September in Dagebüll-Fahretoft. Fünf dieser Fahrten sind im Land insgesamt geplant.

In Fahretoft gehört es zu den Aufgaben der Kümmerin Luise Block, den Demenzkranken zur Seite zu stehen. „Vor einiger Zeit rief die Polizei bei mir an“, erzählt sie. „Eine Frau irrte durch den Ort und fand nicht mehr nach Hause.“ Die Kümmerin brachte die Verwirrte an die richtige Adresse, später organisierte sie einen Platz im Heim. In anderen Fällen vermittelt sie ambulante Pflege oder eine Haushaltshilfe. „Die Leute vernachlässigen ihren Haushalt und verwahrlosen.“ Als Kümmerin bekommt sie leichter Zugang als die „Profis“ der Dienste: „Ich lebe seit vielen Jahren im Ort, und ich spreche Plattdeutsch.“

Aber wie fühlt es sich an, unter einer Demenz zu leiden? Im Bus läuft ein Tonband in Dauerschleife. Frauen und Männer im Frühstadium der Krankheit berichten, wie es ihnen geht, was ihnen fehlt, was ihnen Angst und Mut macht. Cornelia Rößler hat die Interviews geführt, zu hören sind die Stimmen der Menschen, deren Wohnungen als Fotos die Fenster des Busses schmücken.

Künstlerisch verändert sind auch die Polster der Sitze, deren Bezüge aus Kleidungsstücken genäht sind. Für Rößler ist Kleidung ein wichtiger Teil ihrer Arbeit: „Mein Thema ist der Mensch, und ich nähere mich ihm über die Schichten seiner Haut.“ Wobei sie Haut weit fasst: Jenseits der Körperhülle aus Zellen folgen die künstlichen Häute, die Kleidung und die Wohnung, lauter Schichten, mit denen der Mensch sich nach außen abgrenzt. Solange das aus eigener Kraft möglich ist.

Alle Plätze im Bus sind besetzt, der Motor springt an. Als sich das Fahrzeug in Bewegung setzt, starten Filme auf Leinwänden hinten im Heckfenster und vorn, wo ein Vorhang den Platz des Fahrers abgrenzt. Die Filme zeigen, was draußen zu sehen ist: die Straße vor dem

Gemeindehaus. Das Wetter ist besser als in Wahrheit, es stehen weniger Autos auf der Straße, ansonsten decken sich Realität und Film.

Aber nur kurz. Denn während der Bus in mäßigem Tempo rollt, beginnt der Film zu rasen. Die Landschaft saust vorbei, ein Kreisverkehr, eine Kurve, ein entgegenkommender Wagen. Das Gefühl ist schwindelerregend, viele der Mitreisenden halten sich fest oder kreischen in gespielter Angst wie im Jahrmarktskarussell. Bald zeigt der Film nicht mehr die schmalen Straßen in Fahretoft, sondern die Innenstadtbereich von Dagebüll. Irgendwie scheint der Bus mit einem Satz dorthin gesprungen zu sein. „Es geht um das Gefühl, die Orientierung zu verlieren und den eigenen Sinnen nicht mehr trauen zu können“, sagt Cornelia Rößler. Demenzkranke hätten ihr bestätigt, dass es ihnen durchaus so gehe. Auch das Gefühl von Beschleunigung gehöre dazu. Der Fahrer trägt zur gewollten Sinnestäuschung bei, indem er an passenden Stellen stoppt und nach links oder rechts abbiegt, wie der Film es vorgibt. Dazu hat die Künstlerin eigens mit dem Fahrer eine Route abgesteckt und den selbst aufgenommenen Film passend geschnitten.

Ein aufwendiges Kunstprojekt, das nur an einem Tag stattfindet, in einem Örtchen fast am äußersten Rand des Landes: „Ja, genau so soll es sein“, sagt Cornelia Preper nau, Sprecherin der Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein. „Schließlich geht es um den ländlichen Raum.“ Das Projekt wird ermöglicht durch eine Förderung des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft. Rund 900 Gruppen und Organisationen bundesweit beteiligten sich mit Ideen an einem Wettbewerb. Zu den 250 ausgewählten zählt die „Reise des Ver-



Künstlerin Cornelia Rößler

5

Reisen des Vergessens ermöglicht die Alzheimergesellschaft Schleswig-Holstein an verschiedenen Orten des Landes.

gessens“. Rund 95.000 Euro erhielt die Alzheimer Gesellschaft, weitere rund 15.000 Euro Eigenmittel gibt sie dazu. Damit werden insgesamt fünf „Reisen“ in verschiedenen Orten finanziert. Welche Stationen nach Dagebüll-Fahretoft an die Reihe kommen, steht noch nicht fest. Wichtig sei die Bereitschaft der Gemeinden, sich zu beteiligen. „Es geht darum, Netzwerke zu bilden und viele Leute zu erreichen“, sagt Preper nau. So kam es zum Start in Fahretoft: „Die Gemeinde war so begeistert dabei“, freut sich Geschäftsführer Swen Staack. Neben dem Bürgermeister gilt sein Lob besonders Luise Block, der „Kümmerin“.

ESTHER GEISSLINGER



Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten

”

Ärzte helfen Ärzten“



© sudok1 - fotolia.com

Jede Spende hilft!

Kollegiale Hilfe in Notsituationen

Wir helfen:

- Kindern in Not geratener Ärztinnen und Ärzte
- Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien
- Ärztinnen und Ärzte in besonders schweren Lebenslagen

Wir bieten:

- Kollegiale Solidarität
- Finanzielle Unterstützung für Schul- und Studiausbildung
- Förderung berufsrelevanter Fortbildungen
- Schnelle und unbürokratische Hilfe



Online-Spende unter
www.aerzte-helfen-aerzten.de

Spendenkonto der Stiftung:
Deutsche Apotheker und Ärztebank eG Düsseldorf
IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42
BIC DAAEDEDXXX

STATIONÄRE VERSORGUNG

„Ein medizinischer und kirchlicher Leuchtturm“

In Flensburg gehen die Krankenhausträger Diako und Malteser eine gemeinsame Trägerschaft für ein neues Zentralklinikum ein. Neubau voraussichtlich 2026 bezugsfertig.

Das katholische Malteser St. Franziskus Krankenhaus und die evangelisch-lutherische Diakonissenanstalt in Flensburg haben sich für ein neues, gemeinsam betriebenes Zentralkrankenhaus entschieden. Damit wird erstmals in Deutschland ein Krankenhaus entstehen, das von beiden Kirchen gemeinsam getragen wird.

Von einem „historischen Schritt“ sprach Pastor Wolfgang Boten bei der Bekanntgabe der Entscheidung vergangenen Monat im Flensburger Katharinen Hospiz – eine ebenfalls gemeinsam betriebene Einrichtung. Der Diako-Vorstandsvorsitzende sieht in dem neu zu errichtenden Zentralkrankenhaus einen „medizinischen, aber auch kirchlichen Leuchtturm“, weil es bislang kein vergleichbar betriebenes Krankenhaus in Deutschland gibt. Beide Krankenhausträger werden künftig jeweils 50 Prozent an der noch zu gründenden Betriebsgesellschaft halten, die Träger für das neue „Malteser-Diako Klinikum“ sein wird.

Baubeginn auf dem gut erreichbaren Grundstück Peelwatt in Nähe zur Hochschule wird frühestens 2022 sein, Einzug voraussichtlich nicht vor 2026. Bislang betreiben beide Träger jeweils ein großes Krankenhaus in der Flensburger Innenstadt an fast benachbarten und beengten Standorten. Beide Krankenhäuser hatten in den vergangenen Jahren hohen Investitionsbedarf angemeldet. Schon diese Überlegungen waren u. a. von Ärzteseite mit der Mahnung begleitet worden, über eine neue Lösung nachzudenken. Die damalige SPD/Grünen/SSW-Landesregierung hielt diesen Ansatz damals für nicht realisierbar. Nach dem Regierungswechsel in Kiel und mit der neuen Flensburger SPD-Oberbürgermeisterin Simone Lange wurden die Karten neu gemischt. In einer Einwohnerversammlung zum Thema überzeugten insbesondere die Argumente der Ärzte aus beiden Krankenhäusern für ein Zentralkrankenhaus. Hinzu kam der finanzielle Aspekt: Zwar steht derzeit nicht fest, wie teuer



Freuen sich auf ein Zentralklinikum in Flensburg: Klaus Deitmaring (Geschäftsführer Malteser Krankenhaus), Landessozialminister Dr. rer. pol. Heiner Garg, Pastor Wolfgang Boten (Vorstandsvorsitzender Diako), Flensburgs Oberbürgermeisterin Simone Lange und Diako-Geschäftsführer Martin Wilde (von links).

2012

werden Gespräche zwischen Gesundheitsministerium und Klinikträgern über die künftige stationäre Versorgung in Flensburg geführt.

2017

machen Ärzte in einer Einwohnerversammlung auf die Chancen eines Zentralklinikums aufmerksam.

2019

entscheiden sich die beiden Träger für ein gemeinsames „Malteser-Diako Klinikum“ in Flensburg.

und wie groß das Zentralkrankenhaus in Flensburg wird. Die in den kommenden Jahren zu leistenden Investitionen an den alten Standorten hätten aber voraussichtlich im dreistelligen Millionenbereich gelegen.

Landesgesundheitsminister Dr. Heiner Garg (FDP) versprach neben Fördermitteln eine enge Begleitung des Flensburger Projektes und kündigte an, Mittel aus dem Krankenhausstrukturfonds zu beantragen. Er ist überzeugt, dass die Träger richtig entschieden haben und dass die Menschen in Flensburg und den angrenzenden Kreisen von dem dann nicht nur modernsten, sondern landesweit auch größten Krankenhaus nach den Universitätsklinika in Kiel und Lübeck profitieren werden. Das hat zur Folge, dass es etwa im Hinblick auf Mindestmengen für das neue Klinikum keine Probleme mehr geben wird.

Nach Gargs Ansicht haben sich die Träger für die „Ideallösung“ entschieden. „Hier entsteht das, worüber bundesweit immer geredet wird“, sagte Garg mit Blick auf gesundheitspolitische Diskussionen über Klinikkonzentrationen und -kooperationen.

Eine enge Zusammenarbeit hatten beide Träger schon zuvor praktiziert. Ihr Leistungsspektrum war aufeinander abgestimmt, um Doppelstrukturen zu vermeiden.

Alle Seiten versprechen sich von dem Zentralklinikum auch einen Attraktivitätsschub für die Mitarbeiter. Die sollen bei der Planung und Entwicklung einbezogen werden, wie die beiden Geschäftsführer Martin Wilde (Diako) und Klaus Deitmaring (Malteser) bei der Pressekonferenz in Flensburg ankündigten. Das neue Haus wird nach Überzeugung von Garg einen Sogeffekt für neue Mitarbeiter haben. Wie viele Mitarbeiter im neuen Zentralkrankenhaus tatsächlich gebraucht werden, steht aber ebenfalls noch nicht fest. Mögliche Hürden, die aus unterschiedlichen kirchlichen Auffassungen resultieren könnten, sind bereits aus dem Weg geräumt. So steht für die beiden Träger fest, dass in dem neuen Krankenhaus keine Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden. Die neue Betreibergesellschaft wird vor Eröffnung der neuen Klinik gegründet und dann für die Übergangsphase für beide alten Kliniken zuständig sein. DIRK SCHNACK

NIKOTIN

Raucherin gibt nicht auf

Eine Patientin aus Eckernförde klagt vor dem Bundesverfassungsgericht, damit ihre Krankenkasse Medikamente zur Raucherentwöhnung erstattet.

Eine Patientin aus Schleswig-Holstein hat Verfassungsbeschwerde beim Bundesverfassungsgericht (BVG) in Karlsruhe eingereicht, nachdem das Bundessozialgericht ihre Klage auf Kostenerstattung einer Raucherentwöhnung durch ihre Krankenkasse abschlägig beschieden hatte. Die Patientin begründet ihre Verfassungsbeschwerde unter anderem mit dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und mit dem Grundrecht auf Gleichbehandlung. Beistand erhält die Klägerin von der Deutschen Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung, in der auch Allgemeinmediziner Dr. Ulf Ratje aus Eckernförde aktiv ist. Er setzt sich seit vielen Jahren dafür ein, dass süchtigen Rauchern unter seinen Patienten eine Therapie auf Kasse ermöglicht wird.

Ratje verwies in einer Pressemitteilung auf die tödlichen Folgen des Nikotinkonsums. „Bei der Tabakabhängigkeit handelt es sich um eine Erkrankung, an deren Folgen jährlich 120.000 Menschen in Deutschland versterben. Das Leben eines Rauchers verkürzt sich um durchschnittlich zehn Jahre. Seit Ausschluss der Kostenerstattung für Medikamente zur Raucherentwöhnung im § 34 SGB V zum 1. Januar 2004 sind rund zwei Millionen Menschen in Deutschland vorzeitig an den Folgen des Rauchens verstorben“, so der Allgemeinarzt.

Das BSG hatte in seiner Begründung u. a. auf die bestehenden Angebote zur Raucherentwöhnung in der Prävention (Angebote nach § 20 SGB V) hingewiesen, die die Entstehung von Erkrankungen einschließlich einer Sucht verhindern sollen. Derartige Angebote sind aber nach Überzeugung Ratjes bei Vorhandensein einer Tabakabhängigkeit (ICD 10 F17.2) oder eines schädlichen Gebrauchs von Tabak (ICD 10 F17.1) wie bei Vorliegen einer COPD nicht mehr indiziert, da es sich hier um Primärpräventionsangebote handelt.

In der vertragsärztlichen Versorgung sollen die hausärztliche Versicherungspauschale (GOP Nr. 03000 EBM), das problemorientierte ärztliche Gespräch (GOP Nr. 03230 EBM) sowie Inhalte strukturierter Behandlungsprogramme, z. B. im DMP COPD, ausreichende Maßnahmen zur Raucherentwöhnung in der Therapie der Tabakabhängigkeit darstellen. „Zeitlicher Rahmen und Honorierung reichen für den ärztlichen Ratschlag aus, mit dem Rauchen aufzuhören. Die Erfolgsrate liegt dann bei ca. fünf Prozent Abstinenz“, gibt Ratje zu bedenken. Eine strukturierte verhaltenstherapeutische Intervention analog zu Inhalten der Alkoholentwöhnung und in der S3-Leitlinie mit einer Evidenz A bewertet habe aber eine Erfolgsquote von rund 20 Prozent, in Kombination mit einer medikamentösen Nikotinentzugsbehandlung von über 30 Prozent Abstinenz. Hinzu kommt: „Aufgrund der sehr eingeschränkten Therapiemöglichkeiten gibt es praktisch keine Therapiestrukturen in Deutschland.“

Begründet wird der Erstattungs Ausschluss vom Gericht außerdem mit dem Argument, bei der Anwendung der Medikamente zur Raucherentwöhnung stehe die Lebensqualität im Vordergrund. „Diese Begründung ist medizinisch-wissenschaftlich widerlegt“, so Ratje. Er betont, dass die entsprechenden Medikamente ausschließlich zur Entwöhnung dienen und nur eingesetzt werden, nachdem zuvor eine Nikotinabhängigkeit diagnostiziert wurde. Der Einsatz der Entwöhnungspräparate sei vor allem dazu gedacht, Entzugssymptome im Rahmen eines Abstinenzversuchs zu dämpfen, so Ratje weiter. Das Bundessozialgericht hatte bei seiner Klageabweisung unter anderem angeführt, dass eine Raucherentwöhnung auch durch nichtmedikamentöse Maßnahmen erfolgen könnte. Ratje verweist dagegen auf Studien, wonach die Wirksamkeit medikamentöser Nikotinersatztherapien belegt sei.

DIRK SCHNACK

PÄDIATRIE

Landesregierung fördert Pädiatrie im Verbund

Die Verbundweiterbildung in der Pädiatrie ist nicht nur für Ärzte sinnvoll, sie wird auch politisch unterstützt. Die Landesregierung fördert das Konzept mit Mitteln des Versorgungssicherungsfonds.

Die Verbundweiterbildung in der Pädiatrie bietet angehenden Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin eine ganze Reihe von Vorteilen. Das Konzept hat auch die Landesregierung Schleswig-Holstein überzeugt: Sie unterstützt den Verbund finanziell, um die Weiterbildung angehender Kinder- und Jugendärzte zu stärken. Rund 100.000 Euro fließen aus dem Versorgungssicherungsfonds, mit dem das Land wie berichtet innovative Projekte zur Versorgungssicherung fördert.

Der Verbund will erreichen, dass die pädiatrische Weiterbildung in Klinik und Praxis stattfindet, und hat dafür eine Kooperation von Krankenhäusern und Kinder- und Jugendarztpraxen ins Leben gerufen. Die angehenden Pädiater bleiben während ihrer Weiterbildungszeit zwar Angestellte der Krankenhäuser, absolvieren aber einen Teil der Weiterbildung in der Praxis. Dort lernen sie Tätigkeiten kennen, die in den Krankenhäusern nicht oder nur selten vorkommen. Außerdem erhalten sie über diesen Weg erste Berührungspunkte mit Themen wie Personalführung, Zeitmanagement, Budget- und Ressourcenplanung oder KV-Abrechnungen, die in den Krankenhäusern keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Ein wichtiger Teil des Projektes ist das digitale pädiatrische Kompendium, das den Weiterbildungsassistenten und den weiterbildenden niedergelassenen Ärzten Vorteile bieten soll. Das E-Learning-Programm ist auf die Anforderungen in der ambulanten Pädiatrie zugeschnitten und regt u. a. zu selbstorganisiertem Lernen und zur Selbstkontrolle an. Damit erhalten die angehenden Fachärzte einen Überblick über ihren aktuellen Wissensstand und sie werden gezielt auf die Prüfung vorbereitet. Die betreuenden Weiterbilder können nachvollziehen, welche Handlungskompetenzen die Assistenten schon erworben haben und welche Fertigkeiten sie noch vertiefend erlernen müssen.

„Das Projekt ist ein Beitrag zur Stärkung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit“

DR. RER. POL. HEINER GARG

Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg hält das Projekt u. a. wegen seiner sektorenverbindenden Arbeit für förderungswürdig. „Bei angehenden Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin ist es sinnvoll, wenn ein Teil der Ausbildung in Praxen niedergelassener Ärzte erfolgt. Schließlich sind rund die Hälfte aller Pädiater nach Abschluss ihrer Weiterbildung in Arztpraxen tätig“, sagte Garg.

Dr. Christoph Weiß-Becker, Weiterbildungsbeauftragter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendmediziner in Schleswig-Holstein, hat selbst Weiterbildungsassistenten in der eigenen Praxis. Er hatte die Vorteile des Verbunds schon 2018 in einem Artikel für das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt zusammengefasst. Folgende Merkmale hatte er genannt:

- ▶ Verbundweiterbildung in einem verlässlichen Rahmen
- ▶ Zusammenarbeit von Kinderkliniken und qualifizierten Weiterbilderpraxen
- ▶ Durchführung in der Fläche in Schleswig-Holstein
- ▶ Fundierte klinische Weiterbildung in den Bereichen der spezialisierten Pädiatrie einschließlich der Neonatologie und Intensivmedizin
- ▶ Vollständiges Angebot aller für die Facharztweiterbildung geforderten Weiterbildungsinhalte im vorgegebenen Zeitrahmen

- ▶ Vermittlung von Erfahrungen in der pädiatrischen Grundversorgung für Ärztinnen und Ärzte bereits in der Weiterbildung mit dem strukturierten kompetenzbasierten Curriculum PaedCompenda
- ▶ Abordnung in die Weiterbilderpraxis im vereinbarten Umfang
- ▶ Darüber hinausgehender Stellenanteil wird in der Klinik abgeleistet
- ▶ Der Arbeitsvertrag und die Vergütung bestehen unverändert fort
- ▶ Die Tätigkeit wird von der Ärztekammer in vollem Umfang anerkannt.

Die Ärzte werden auf Basis des strukturierten kompetenzbasierten Curriculums PaedCompenda® der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) weitergebildet.

„Weiterbildung im Verbundmodell wird für Weiterzubildende attraktiv, teilnehmende Kliniken und Praxen werden im Werben um Assistenten ein Qualitätsmerkmal in der Weiterbildung herausstellen können“, steht für Weiß-Becker fest. Er hatte auch berichtet, weshalb es wichtig ist, die Weiterbildung in der Pädiatrie attraktiver zu machen: „Schon jetzt zeigen sich – wenn auch noch nicht so deutlich wie in der Allgemeinmedizin – Probleme bei der Nachbesetzung von Praxen, und dies nicht nur in den ländlichen Regionen, sondern auch in städtischen Bereichen.“

Weiterbildungsassistenten beschreiben die Verbundweiterbildung als attraktiv, weil sie damit Einblicke in unterschiedliche Krankheitsspektren erhalten und weil sich die Vorgehensweisen zwischen Klinik und Praxis in Diagnose und Therapie unterscheiden. Die Einblicke, die sie in der Niederlassung sammeln, führen zum Teil dazu, dass sie sich auch anschließend mit dem Gedanken an eine eigene Praxis tragen.

Ein Alleinstellungsmerkmal ist die Verbundweiterbildung für Schleswig-Holstein nicht, auch vereinzelte andere Regionen bieten solche Konzepte an. (PM/RED)

Info

Im dritten oder vierten Weiterbildungsjahr können angehende Pädiater von den Kliniken für einen Zeitraum von 12 Monaten (24 Monate bei halber Stelle) an eine Praxis abgeordnet werden. Bezahlt werden sie weiterhin von der Klinik.

DERMATOLOGIE

Die versteckte Erkrankung

Am 29. Oktober war Welt-Psoriasis-Tag. Aufklärung über Schuppenflechte bleibt wichtig. Versorgungsvertrag findet breite Zustimmung und überzeugt immer mehr Kostenträger.

Menschen mit Schuppenflechte führen oft ein zurückgezogenes Leben. Rückzug und Isolation sind oft Folgen für die Betroffenen. „Manche gehen gar nicht mehr vor die Haustür“, berichtet der Geschäftsführer des Deutschen Psoriasis Bundes (DPB), Marius Grosser. Weitere Folgen seien Depressionen und Angststörungen, aber auch Probleme in Partnerschaft und Sexualität.

Grund für die Isolation: Die Betroffenen trauen sich wegen der sichtbaren Hauterkrankung nicht an die Öffentlichkeit. Sie vermuten, dass sie bei anderen Menschen auf Ablehnung stoßen, insbesondere wenn etwa das Gesicht betroffen ist. Andere verstecken ihre schuppige Haut unter möglichst viel Kleidung auch im Sommer und versuchen, ihre Erkrankung selbst vor engen Freunden zu verheimlichen. In Schwimmbäder gehen viele Betroffene nicht mehr; auch weil Mitbadende zum Teil eine Ansteckungsgefahr vermuten. Um solche Vorurteile abzubauen, helfen Informationen wie am Welt-Psoriasis-Tag.

Erste wichtige Schritte für den Abbau von Vorurteilen gegen Menschen mit Schuppenflechte hat es in Deutschland schon gegeben. Zum Beispiel über Jugendcamps, über die auf der Website des Welt-Psoriasisstages berichtet wird. „Als häufiger Auslöser der Erkrankung gilt Stress“, berichtet dort Dr. Sascha Gerdes von der Uni-Hautklinik Kiel, der den Jugendlichen während des Camps für medizinische Fragen zur Verfügung steht. „Häufig sind es einschneidende Familienerlebnisse wie die Trennung der Eltern, aber auch stressige zwischenmenschliche Beziehungen sind ernst zu nehmen. Infekte wie etwa Mandelentzündungen führen häufig zu Schüben und Medikamente wie Schmerzmittel können Auslöser sein.“

Ein anderer Schritt ist das 2018 ins Leben gerufene Projekt ECHT, das Stigmatisierung frühzeitig bekämpfen bzw. ihr vorbeugen soll. Auch die Kampagne „Bitte berühren“ soll dazu



Rund zwei Millionen Menschen in Deutschland leiden unter Psoriasis Vulgaris. Die Erkrankung zählt zu den fünf häufigsten Diagnosen in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland - dennoch gibt es noch immer zahlreiche Vorurteile. Helfen soll der jährliche Welt-Psoriasis-Tag.

Info

Die Erkenntnis, dass es sich bei Psoriasis um eine Systemerkrankung handelt und Begleiterkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes durch Entzündungen entstehen bzw. sich verschlechtern können, stellt neue Herausforderungen sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte dar.

beitragen, dass mit mehr Wissen in der breiten Öffentlichkeit Vorurteile vermieden werden. Grosser hält die Kampagnen für wichtig, wünscht sich aber mehr Unterstützung auch vonseiten der Politik. Um eine wirklich breite Masse zu erreichen, hält er Anzeigen und Spots in bundesweiten Medien für erforderlich, und dies können nach seiner Einschätzung nur große Institutionen wie etwa die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung leisten.

Die verbreiteten Vorurteile verwundern schon deshalb, weil Psoriasis vulgaris zu den fünf häufigsten Diagnosen der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland zählt. Rund zwei Millionen Menschen in Deutschland sind von der Schuppenflechte betroffen. Insbe-

sondere die schweren Formen werden von Dermatologen in Praxen und Kliniken versorgt.

Damit die Versorgung abgestimmt und zielgerichtet gelingt, haben sich in vielen Bundesländern regionale Psoriasisnetze gegründet. In Schleswig-Holstein gibt es Netze in Kiel und in Lübeck, bundesweit sind es insgesamt 29. Unterstützt von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) und dem Bundesverband Deutscher Dermatologen (BVDD) sind die regionalen Netzwerke unter dem Namen PsoNet zusammengeschlossen. Mit PsoNet wollen die Dermatologen die Zusammenarbeit untereinander, zwischen Praxen und Kliniken, aber auch mit anderen Arztgruppen und eine höhere Versorgungsqua-

lität auf dem Boden der S3-Leitlinie erreichen. Daneben wollen die Netze die Früherkennung verbessern und die Komorbiditäten stärker ins Blickfeld rücken.

Bundesweit sind rund 1.000 Dermatologen in den Netzen organisiert. „Damit haben wir eine bessere Abbildung als in den meisten anderen europäischen Ländern“, sagt Prof. Matthias Augustin. Der Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP) am UKE gibt zu bedenken, dass die Dermatologen in Deutschland, die den Netzen nicht angehören, in aller Regel andere Schwerpunkte haben. Patienten mit schweren Verläufen finden nach Beobachtung des Deutschen Psoriasis Bundes (DPB) allerdings nicht in allen Regionen einen solchen Spezialisten und müssen zum Teil weite Wege in Kauf nehmen. „Wir würden uns mehr solcher Spezialisten in den Netzen wünschen“, sagt Grosser.

Einig sind sich Grosser und Augustin, dass mit dem vor einem halben Jahr in Kraft getretenen ersten „Vertrag zur besonderen Versorgung in der Indika-

11.000

Daten von 11.000 Patienten sind im PsoBest-Register enthalten.

100

Dermatologen sind im Vertrag zur besonderen Versorgung von Psoriasis-Patienten nach § 140a SGB V eingeschrieben.

8

Krankenkassen sind Vertragspartner: TK, DAK, KKH, HEK, Novitas BKK, pronova BKK, Viactiv und IKK classic.

tion Psoriasis“ nach § 140a des Sozialgesetzbuchs V ein Meilenstein für die Versorgung in Deutschland erreicht wurde. Vertragspartner sind die Techniker Krankenkasse (TK) und die DermaMed des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen. Die Vereinbarung erleichtert Patienten den Zugang zu innovativen Therapiemöglichkeiten und bietet zugleich den behandelnden Dermatologen mehr Schutz vor Regressen. Dafür wurde ein Ampelsystem für Arzneimittel eingeführt, das die teilnehmenden Dermatologen unkompliziert über den therapeutischen Nutzen sowie die Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Arzneimittel informiert. Zugleich erhalten die teilnehmenden Ärzte eine bessere Vergütung als im Regelleistungsvolumen. Die Vereinbarung gilt für alle Fälle, bei denen eine Behandlung mit einem Biologikum oder mit einem PDE-4-Hemmer medizinisch angezeigt ist. Neben der TK sind mittlerweile sieben weitere Krankenkassen (DAK, KKH, HEK, Novitas BKK, pronova BKK, Viactiv und IKK classic) der Vereinbarung beigetreten und rund 100 Dermatologen sind eingeschrieben.

Als Fortschritt sehen Experten wie Augustin und Patientenvertreter wie Grosser auch das PsoBest-Register. Mithilfe der hier eingehenden Daten von inzwischen 11.000 eingeschlossenen Patienten wird eine Langzeitdokumentation der systemischen Psoriasis-Therapie inklusive Biologika ermöglicht. Ziel ist es, Fragen zu Sicherheit und Wirksamkeit mit hoher methodischer Zuverlässigkeit zu klären. Das Register wurde von der WHO als vorbildlich für andere Länder bewertet.

Ein weiterhin bestehendes Problem sind die regionalen Unterschiede in der Versorgung. Auffällig ist, dass in Bayern und Baden-Württemberg deutlich weniger Biologika verordnet werden als im Norden und Osten. Augustin gibt den Unterschied mit dem Faktor acht an: „Ein Armutszeugnis, das nicht zu rechtfertigen ist“, sagte Augustin. Potenzial sieht er auch noch in der Kommunikation über die Versorgungsstärken der Spezialisten. Hausärzte und Patientenverbände könnten noch stärker dazu beitragen, dass die Betroffenen den Weg zu den Spezialisten finden.

DIRK SCHNACK

ANZEIGE



64th Annual Meeting of the Society of Thrombosis and Haemostasis Research

Novel concepts for a lifetime challenge

Bremen, Germany
18-21 February 2020

Main Topics

- Future anticoagulant
- Perinatal and paediatric haemostasis
- Treatment therapy in the elderly
- Haemostasis in the ICU
- Inherited and acquired bleeding disorders
- Precision medicine
- Laboratory diagnostics
- Genetics and epigenetics
- Coagulation and cancer
- Platelet biology
- Vascular inflammation
- Innate and adaptive immunity
- Economic and legal aspects

REGISTER NOW
Early Bird – 02.12.19

www.gth2020.org

ETHIK

Das „moralische Gerüst“ gestärkt

Ethikvorlesungen und -seminare gehören ohnehin zum Medizinstudium. Dr. Annette Rogge bietet interessierten Kieler Studierenden mehr: Im extracurricularen „Ethik first“ diskutiert sie mit ihnen Fälle aus der Praxis.



Dr. Annette Rogge ist Oberärztin am UKSH in Kiel und kommissarische Leiterin des Geschäftsbereichs der Medizinethik an der Christian-Albrechts-Universität, Institut für experimentelle Medizin. Sie leitet die klinische Ethikberatung, die Ärzten als unabhängiges Gremium der Beratung, Orientierung und Information in medizinethischen klinischen Fragen dient.

Eine junge Frau, die keine 25 Kilogramm mehr wiegt und nach eigener Aussage lieber sterben möchte, als von anderen zum Essen gezwungen zu werden. Eltern, die sich aus Sorge um ihre erwachsene Tochter ausschließlich um deren Erkrankung kümmern und den behandelnden Ärzten im Krankenhaus mit rechtlichen Konsequenzen drohen. Psychiatrische Gutachter, die der Patientin volle Urteilsfähigkeit attestieren. Und mittendrin hilfloses Klinikpersonal, das der Patientin gerne helfen möchte, aber keine Fortschritte erzielt und keinen Ausweg mehr weiß.

Wie sollen die behandelnden Ärzte in solch einer Situation reagieren? Dr. Annette Rogge hat an diesem Tag einen Fall aus der Literatur, der sich tatsächlich zugetragen hat, mitgebracht. Fälle wie dieser oder selbst erlebte im Klinikalltag diskutiert sie regelmäßig im extra-curricularen Angebot „Ethik first“ mit einem kleinen Kreis an Kieler Studierenden im fortgeschrittenen Medizinstudium in ihrem Büro. Meistens haben die Teilnehmer das Praktische Jahr (PJ) schon absolviert und die erste Klinikenerfahrung hinter sich. Und das heißt: Ihre in der Regel hohen ethischen Ansprüche treffen auf die Realität im Krankenhausalltag.

Für viele junge Ärzte verändert diese Realität den Blick auf ihren künftigen Beruf, wenn sie Zwänge und moralische Konfliktsituationen erleben, die sie nicht oder kaum beeinflussen können: Personal- und Bettenmangel, aber auch Entscheidungen, die die Autonomie der Patienten nicht berücksichtigen, die ökonomisch beeinflusst sind oder aus Angst vor haftungsrechtlichen Konsequenzen getroffen werden. Folge ist zum Teil, dass sie sich machtlos vorkommen in Si-

tuationen, in denen Patienten Hilfe von ihnen erwartet hatten.

„Einige junge Ärzte werfen das Handtuch und entscheiden sich beruflich doch noch anders, andere stumpfen ab“, berichtet Rogge von zwei Reaktionsmustern auf diesen „moral distress“. Beides möchte sie gerne vermeiden. Sie strebt an, dass auch junge Ärzte schon den Mut und die Kompetenz mitbringen, um bei Entscheidungen in heiklen Situationen ihre eigenen Wertvorstellungen einzubringen und zu hinterfragen, warum anders entschieden wurde.

Im Idealfall werden aus den Teilnehmern des Kreises sogar Ärzte, die in ihrem beruflichen Umfeld später selbst als Ansprechpartner in ethischen Fragestellungen dienen. Rogge selbst ist Neurologin und von der Göttinger Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) zertifizierte Trainerin für Ethikberatung im Gesundheitswesen – sie schult also Personen, die andere Menschen in ethischen Fragen beraten.

In „Ethik first“ lässt Rogge die Studierenden zunächst beraten, welche Behandlungsmöglichkeiten den Ärzten im diskutierten Fall noch offen stehen, gibt ihnen Hintergrundinformationen mit Urteilen zu vergleichbaren Fällen, lässt alternative Lösungen abwägen und fragt nach den dabei berührten medizin-ethischen Grundsätzen.

Die Studierenden sind nicht das erste Mal dabei und betonen im diskutierten Fall insbesondere die Autonomie der Patientin. Das Gutachten der Psychiater ist ihnen wichtig: Die erwachsene Frau handelt aus ihrer Sicht selbstbestimmt ohne Einschränkung der Urteilsfähigkeit. Hinzu kommt, dass noch keine lebensbedrohliche Situation eingetreten ist. Kommt eine Zwangsernährung also nicht infrage? Darf man dem von

der Patientin geäußerten Wunsch, in einem palliativen Setting „in Ruhe zu sterben“ nachkommen?

„Beide Optionen sind nicht gut“, steht für die Teilnehmerinnen des Kieler Kreises fest. In diesem Fall spricht für die Studierenden vieles dafür, dem Wunsch der Patientin nachzukommen. Rogge bekräftigt sie darin, dass in so komplexen Fällen eine Team- der Einzelentscheidung vorzuziehen ist. Sie betont darüber hinaus die Notwendigkeit, sich in solchen Fällen interdisziplinär auszutauschen. Leider geschieht dies nach ihrer Erfahrung im Alltag zu selten – oft aus Zeitdruck, aber auch, weil ethische Fragen in der Ausbildung der Ärzte nicht in dem Maß behandelt werden, wie es wünschenswert wäre.

Auch im Medizinexamen werden Themen aus anderen Bereichen stärker bewertet als ethische Fragestellungen. Im späteren beruflichen Alltag kann sich dies als Nachteil herausstellen. „Im Alltag verbrauchen ethische Fragen oft viel Energie und beschäftigen insbesondere junge Ärzte, aber auch ganze Teams lange Zeit“, sagt Rogge. „Ethik first“ will genau hier ansetzen und wird dafür seit 2017 von der Stiftung UKSH Gutes tun gefördert.

Den zusätzlichen Nutzen der Veranstaltung beschrieb eine Teilnehmerin auf Nachfrage so: Ihr ohnehin vorhandenes moralisches Gerüst sei durch die Teilnahme an „Ethik first“ gestärkt worden.

Das Team von „Ethik first“ in Kiel würde sich übrigens freuen, wenn andere Krankenhäuser in Deutschland die Veranstaltung als Vorbild für eigene Initiativen in gleicher Richtung nehmen würden. Weitere Informationen zum Kieler Projekt finden sich im Internet unter www.ethik-first.de

DIRK SCHNACK

Info

„Ethik first“ bietet die Möglichkeit, ein im klinischen Alltag erlebtes moralisches Dilemma anzusprechen und unter Anleitung zu reflektieren. Damit soll insbesondere medizinischen Berufsanfängern Hilfestellung für den Berufsalltag gegeben werden. Die monatlichen Fallkonferenzen werden durch Vorträge externer Referenten ergänzt. Informationen zum Projekt im Internet unter www.ethik-first.de



Dr. Annette Rogge (rechts) im Austausch mit Kieler Medizinstudierenden. In kleinen Gruppen diskutieren sie ethisch heikle Situationen, die sie selbst im PJ kennen gelernt haben oder die in der Literatur beschrieben werden.

ETHIK

Keine Antworten, aber Argumente

Jahrestagung 2019 der Akademie für Ethik in der Medizin. Kollektive im Gesundheitswesen – was kann die Medizinethik Ärzten sagen? Und: Ist mehr Patientenbeteiligung besser?

Wie geht „gutes ärztlichen Verhalten“? Gibt es hilfreiche ethische Normen oder klärende Fragen in individuell und kollektiv kontroversen Positionen wie etwa bei den Themen Impfpflicht oder Organspende? Sind Entscheidungen im Team grundsätzlich besser? Mit Fragen dieser Art befasste sich der diesjährige Jahreskongress der Akademie für Ethik in der Medizin in Göttingen.

Schon die Eröffnungsveranstaltung, eine Podiumsdiskussion zum Thema „Impfpflicht als Dilemma“, machte deutlich, dass die Medizinethik keine fertigen Antworten wie „richtig“ oder „falsch“ liefert, sondern Argumente zur Abwägung bereitstellt. Argumente für die Einführung spezieller Impfpflichten von Kindergarten- und Schulkindern sowie von Personal dort und im Gesundheitswesen trug Prof. Gerhard A. Müller von der Klinik für Nephrologie und Rheumatologie der Universitätsmedizin Göttingen vor. Die um 1962 in Deutschland Ost und West eingeführte Impfung schütze nicht nur den Einzelnen vor Ansteckung mit gefährlichen Krankheiten von Kindern und Erwachsenen, sondern bei einer ausreichend hohen Impfquote von ca. 95 Prozent die gesamte Bevölkerung einschließlich der nicht Impffähigen („Herdenschutz“). Die Zahl der Erkrankten sei wie früher bei den anderen Infektionskrankheiten Diphtherie, Keuchhusten oder Tetanusinfektion stark gesunken.

Jedoch gebe das Absinken der Impfquote von ursprünglich 97 auf etwa 92 Prozent zu Besorgnis Anlass. Zu den Gründen rechnete Müller auch die weltweite Reisetätigkeit und die Migrationsbewegungen. Darf im Interesse der Gemeinschaft in Individualrechte eingegriffen werden? Nach Müllers Ansicht ist diese Frage mit Ja zu beantworten.

Der Berliner Kinderarzt Dr. Stefan Schmidt-Troschke argumentierte gegen eine Impfpflicht: „Die Verpflichtung

zur Masernimpfung ... wird den erforderlichen höchsten wissenschaftlichen Anforderungen nicht gerecht.“ Stattdessen forderte er Maßnahmen, die das Vertrauen in Impfungen verbessern helfen: „Dazu gehört eine transparente und ernst gemeinte Beteiligung der betroffenen Zivilgesellschaft.“ Er selbst habe in seiner Praxis bei Kindern mit vielfach kritischen Eltern eine gute Impfquote von über 90 Prozent erreicht.

Der Wissensstand von heute sei nicht ausreichend für eine Impfpflicht. Daher gebe die StIKo richtigerweise keine Richtlinie, sondern nur eine Empfehlung heraus. Aus seinem Statement konnte kaum eine „zunehmend politisch instrumentalisierte Impfskepsis“ herausgehört werden, wie anschließend die Medizinethikerin Prof. Bettina Schöne-Seifert (Universität Münster) einen der Gründe pro Impfpflicht nannte. Für sie seien hier die Grenzen individueller Selbstbestimmung erreicht und eher die Pflicht zur Solidarverantwortung gegeben, oder auch „eine Kollektivpflicht zur Realisierung eines Kollektivgutes (Gruppenchutz)“. Der Deutsche Ethikrat, dessen Mitglied sie war, hatte im Sommer fast einstimmig seine Stellungnahme zur Impfpflicht herausgegeben – mit dem Ergebnis einer moralischen Pflicht, aber als durchsetzbare (Rechts-)Pflicht nur bei bestimmten, insbesondere bei Gesundheitsberufen.

Aus juristischer Sicht sah hingegen die Verfassungsrechtlerin Prof. Ute Saksofsky (Universität Frankfurt) in ihrem schriftlichen Statement „erhebliche Probleme“ bei der Begründung einer Impfpflicht. Es werde in ein zentrales Grundrecht (auf körperliche Unversehrtheit, Art. 2 Abs. II GG) eingegriffen sowie bei Kindern in das elterliche Erziehungsrecht (Art. 6 Abs. II). Der Eingriff müsse geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sein. „Angesichts des hohen Stellenwerts, den das Grundgesetz dem Individuum einräumt, müssen Gemeinwohlinteressen, die in so zentrale

Rechte ... eingreifen, eindeutig vorrangig sein.“ In der Diskussion gab es weitere skeptische Fragen zur Unantastbarkeit der Impfpraxis. Am Ende konnte dennoch eine gemeinsame Botschaft des Podiums vor allem an die Politik gesendet werden, nämlich die Debatte weiterzuführen und vernünftig zu informieren.

Die Tagung gewann in den weiteren Plenarveranstaltungen mit internationalen Gästen aus Kanada, Österreich und den Niederlanden an Tiefe. So sprach sich Keynote-Speaker Prof. Michael M. Burgess (Vancouver) für einen Test ethischer Normen durch den öffentlichen Diskurs aus, auch wenn öffentliches Engagement nicht in jedem Fall (mangels qualitativer Voraussetzungen) hilfreich sei. Zum Konfliktfeld Solidarität im Gesundheitswesen fragte Prof. Barbara Prainsack (Wien): Wer soll mit wem solidarisch sein und warum? Wie erreichen wir mehr Solidarität? Unter den Ärzten jedenfalls durch bessere Rahmenbedingungen, vor allem durch weniger ökonomischen Druck als derzeit in großen Kliniken des Nachbarlandes.

Beim Abschlusspodium der Tagung über Bürger- und Patientenbeteiligung in Beratungsgremien der Gesundheitspolitik fragte Dr. Karin Jongmsma (Utrecht) kritisch, ob denn mehr Beteiligung automatisch besser sei. Die Patientenvertreterin Hannelore Loskill im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA (für 120 Selbsthilfeorganisationen) hatte zuvor die Schwierigkeiten der Beratungsfunktion geschildert. Ob eine Bürgerbeteiligung bei ärztlichen Organisationen besser ist, ist die Frage. Für die Ärztekammern meinte Dr. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Patienten sollten sich mit kritischen Fragen an die Kammer wenden: „Bürgerbeteiligung ist mir ein Herzensanliegen, daher haben wir schon früh gegen Widerstände ethisch fundierte Beratungsmöglichkeiten geschaffen wie im ambulanzmedizinischen Bereich hier in Göttingen.“

HORST KREUSSLER

Info

Als Fachgesellschaft für Medizinethik hat sich die AEM zum Ziel gesetzt, den öffentlichen wie auch den wissenschaftlichen Diskurs über ethische Fragen in der Medizin, der Pflege und im Gesundheitswesen zu fördern und für die Interessen des Faches Medizinethik einzutreten.

FORSCHUNG

Ärzte wollen mit der Poseidon forschen

Eine Gemeinschaft von Ärzten um PD Dr. Christian Ottomann will das Forschungsschiff Poseidon kaufen und sucht noch weitere Kollegen, die sich an dem Projekt beteiligen wollen.

Die vom Lübecker Arzt PD Dr. Christian Ottomann betriebene Schiffsarztbörse will erreichen, dass das Mehrzweck-Forschungsschiff Poseidon umgebaut und als Tauch- und Expeditionsschiff weiter betrieben werden kann. Dazu ist die Börse auf der Suche nach Ärzten, die sich als Mit-Eigner beteiligen wollen. Derzeit steht das Schiff des Geomar-Helmholtz-Zentrums für Ozeanforschung in Kiel zum Verkauf durch die Verwertungsgesellschaft Vebeg des Bundes.

„Im Moment kristallisiert sich eine Eignergemeinschaft heraus, da sich mehrere Ärzte an dem Kauf beteiligen wollen“, teilte Ottomann mit. Weitere Interessenten, die dem Kreis beitreten wollen, sind ihm und seinen Kollegen aber willkommen: „Je mehr Ärzte wir sind, desto sicherer gelingt uns der Kauf des Schiffes.“

Info

Einzelheiten zum Konzept erläutert Dr. Christian Ottomann. Kontakt über die Website der Schiffsarztbörse (www.schiffsarztboerse.de).

Nach Vorstellungen von Ottomann könnte die Poseidon künftigen Passagieren eine Mischung aus Expeditionsreisen und Forschungsbegleitung bieten. Dafür ist ein aufwendiger Umbau erforderlich. Zahlende Passagiere, denen mehr Komfort geboten werden soll, könnten auf Wunsch in die Forschungsprojekte einbezogen werden. Bislang konnten ausschließlich Wissenschaftler, die an öffentlich finanzierten Forschungseinrichtungen beschäftigt waren, Projekt- und Fahrtvorschläge für die Poseidon einreichen.

Das neue Konzept sieht vor, dass zukünftig auch Forscher von Nicht-Regierungsorganisationen die Labore der Poseidon für ozeanographische, meeresbiologische und geologische Arbeiten nutzen können. Als universelle Plattform ermöglicht das Schiff Forschungsprojekte in allen meereswissenschaftlichen Disziplinen und in allen Ozeanen.

Die Forschungsprojekte sollen in Kooperation mit der Deutsche Allianz Meeresforschung durchgeführt werden und neues Wissen zu gesellschaftlich relevanten Fragen wie etwa zur Artenvielfalt in den Meeren oder zum Klimaschutz liefern. Die Deutsche Allianz Meeresforschung hat zum Ziel, die lebenswichtige Rolle der Meere und Ozeane noch besser zu verstehen und wertvolles Wissen für die Gestaltung unserer Zukunft zu gewinnen.

Die derzeitige Passagierkapazität soll von elf auf 33 erhöht werden und der Vertrieb der Kabinen über die Schiffsarztbörse in Kooperation mit dem Ärzteereisebüro erfolgen. Geplante Operationsgebiete 2020/2021 sind u. a. die Nordwestpassage, die Barentsee, Spitzbergen, Halifax, Kuba, Trinidad/Tobago, Jamaika, der Panamakanal, Isla del Coco, Galapagos, Hawaii, Neukaledonien und Süd-Georgien. (PM/RED)



RHEUMA

Besser gut sortiert

Rheumatische Erkrankungen sind in Deutschland weit verbreitet. Eine frühzeitige Indikation und Medikation kann die Symptome je nach Form der Erkrankung zurückdrängen. Dazu ist eine gute Vorsortierung notwendig. Die Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e. V. macht auf Lücken in der rheumatologischen Versorgung im ländlichen Raum aufmerksam.



Steife und geschwollene Gelenke, schmerzende Knochen, Muskeln und Sehnen – viele Erwachsene kennen diese Beschwerden und bei vielen von ihnen verschwinden diese im Laufe des Tages wieder. Bei manchen Menschen in Deutschland verschwinden sie jedoch nicht. Unter ihnen befinden sich auch Kinder und Jugendliche. Sie sind Teil von insgesamt 17 Millionen Menschen, die an rheumatischen Erkrankungen leiden. Denn anders als oft vermutet, sind rheumatische Erkrankungen perse keine Krankheiten, die ausschließlich ältere Menschen betreffen.

Unter dem Motto „Rheuma ist jünger als du denkst“ wurde am diesjährigen Weltrheumatag am 12. Oktober über die Erkrankungen, die umgangssprachlich unter dem Sammelbegriff „Rheuma“ zusammengefasst werden, aufgeklärt. Bedarf an besserer Aufklärung ist laut Rheuma-Liga Schleswig-Holstein e. V. (RLSH) im Norden vorhanden. „Der Wissensstand in der Bevölkerung ist nach wie vor niedrig ausgeprägt“, sagte Gerda Fröhlich, Vorstandsmitglied der RLSH. Das liegt nicht zuletzt an der



Info

In Deutschland weist die Deutsche Rheuma-Liga e. V. seit 2004 zum Weltrheumatag unter wechselnden Themen auf die Lebenssituation Betroffener hin. Mit dem Motto „Rheuma ist jünger als du denkst“ lag der diesjährige Schwerpunkt auf jungen Rheumatiker.

Vielseitigkeit rheumatischer Erkrankungen. In der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM) wird zwischen 200 und 400 einzelnen Erkrankungen unterschieden. Sie unterscheiden sich im Beschwerdebild, dem Verlauf und der Prognose stark voneinander. Deshalb sind Erkrankungen im rheumatischen Formenkreis schwer zu überblicken und schwer zu diagnostizieren und die Zahl der Betroffenen ist schwer zu schätzen.

„Rheuma wird von verschiedenen Stellen unterschiedlich aufgefasst“, begründet Dr. Ulrich Schwab, Vizepräsident der RLSH und selbst Rheumatologe in Kiel, die unterschiedlichen Fallzahlen. Die Arthrose ist mit zehn Prozent die am häufigsten vertretene nicht-entzündliche rheumatische Erkrankung. Die entzündliche Erkrankungsform tritt bei ein bis zwei Prozent der Bevölkerung auf.

Die Dunkelziffer wird jedoch wesentlich höher eingeschätzt. Rheumatische Erkrankungen werden durch eine veränderte Abwehrsituation hervorgebracht, weswegen eine Untersuchung des Abwehrsystems wichtig ist.

Symptome wie etwa schmerzende Gelenke treten erst in einem späten Stadium der Erkrankung auf. Bis der Patient zum Arzt geht, kann daher viel Zeit vergehen. „Die Wahrnehmung des Körpers und der Wissensstand sind von Mensch zu Mensch unterschiedlich. Manche bemerken bereits kleinste Veränderungen am Körper und gehen zum Arzt. Andere messen den Beschwerden am eigenen Körper nicht die Bedeutung zu, wie sie nötig wäre“, erklärte Schwab. Es kann vorkommen, dass Betroffene zwei bis drei Jahre mit Rheuma leben, bevor es diagnostiziert wird. Dabei ist eine frühe Diagnose wichtig. Je nach Krankheitsbild kann eine frühzeitige medikamentöse Behandlung die Symptome gänzlich beseitigen.

„Rheuma ist ein schwieriges Krankheitsbild, Patienten benötigen mehr Zeit und die Behandlung ist deutlich länger und deutlich kostspieliger“, sagte Schwab. In der Kieler Gemeinschaftspraxis, in der er tätig ist, nimmt ein Patient durchschnittlich eine Stunde in Anspruch. Die richtige medikamentöse Einstellung der Patienten sei wichtig, mit ihr steht oder fällt der Behandlungserfolg. Je nach rheumatischer Erkrankung könne damit zumindest eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden. Diagnose, medikamentöse Einstellung, Folgeuntersuchungen – dies kostet Zeit.

Umso wichtiger ist ein funktionierendes Verfahren des Vorsortierens der verschiedenen involvierten Stellen. In der Regel kommt der Patient über den behandelnden Hausarzt zum Facharzt. Mit der Überweisung kann der Patient schneller bei einem Facharzt aufgenommen werden als auf direktem Weg.

Eine gängige Methode ist das Überleitungsfax. Der Hausarzt kann damit erste Einschätzungen und Symptome an den Fachkollegen weitergeben. Der Rheumatologe kann sich so bereits vorab ein Bild von dem Patienten machen.

Terminservicestellen hält Schwab für die schlechteste Variante der Überweisung. Hier werden die Patienten mit jeder rheuma-ähnlichen Symptomatik an Fachärzte verteilt. Dopplungen bei den Terminvergaben sind Schwab zufolge keine Seltenheit, was die Rheumatologen weiter belastet. Ein Viertel der Patienten seien gut beim Facharzt aufgehoben, drei Viertel nicht. „Das ist keine Auswahl, das ist eine Katastrophe“, so Schwab. Für die beste aller möglichen Überweisungsmöglichkeiten hält er engagierte Hausärzte, die einen Blick für rheumatische Erkrankungen haben und gut vernetzt sind.

Der direkte Draht zwischen Hausarzt und Rheumatologe hat durchaus Vorteile. Während eines kurzen Telefonats kann der Hausarzt dem Rheumatologen vorab die Beschwerden schil-

dern. „Bei Akutfällen kann noch am selben Tag ein Termin beim Rheumatologen vergeben werden“, so Schwab.

Selbst nach einer guten Vorsortierung durch den Hausarzt gestalten sich die weitere Untersuchung und Folgeuntersuchungen durch den Facharzt in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein oft schwierig. Vereinzelt muss ein Patient bis zu 60 Kilometer zum nächsten Rheumatologen auf sich nehmen. Die RLSH beobachtet zwar eine steigende Zahl an Rheumatologen. Diese sei jedoch weiterhin zu gering, um eine rheumatologische Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Schwab begründete die geringe Zahl von Rheumatologen mit der vergleichsweise niedrigen Bezahlung in Schleswig-Holstein: „Wer Rheumatologe werden möchte, wandert nach Hamburg ab.“ Die in Schleswig-Holstein niedergelassenen Kollegen binden sich nach seiner Beobachtung an Kliniken.

Lücken in der rheumatologischen Versorgung zeigen sich vor allem an Schleswig-Holsteins Westküste. Mit 35 Ortsvereinen ist die RLSH in der Fläche vertreten und dort ein fester Bestandteil in der Betreuung. Im ländlichen Raum organisiert der Landesverband einmal im Jahr mobile Anlaufstellen. 1.500 Menschen konnten in Reihenuntersuchungen auf erhöhte Entzündungswerte untersucht werden. Bei einem tiefergehenden Untersuchungsbedarf konnten die Fachärzte direkt Folgetermine in ihren Niederlassungen ausmachen. Die Erstuntersuchungen in den mobilen Anlaufstellen erweisen sich jedoch als zeitintensiv. „Viele Menschen, die dort hinkommen, haben entweder bereits eine diagnostizierte rheumatische Erkrankung oder sie wurde vorher ausgeschlossen und die Menschen wollen sich abermals davon überzeugen, nicht erkrankt zu sein“, so Schwab.

Besonders problematisch stuft Fröhlich die Versorgung im ländlichen Raum und den nordfriesischen Inseln ein. „Pellworm hat nicht einmal einen Hausarzt“, gibt sie zu bedenken. Eine Erstuntersuchung könne so nicht gewährleistet werden. Im September fuhr die RLSH samt Fachärzten mit dem „Rheuma-Schiff“ die Nordseeinseln an. Die Versorgung sei dort besonders prekär. Von 500 Untersuchungen wiesen zehn Prozent teils schwere Symptome rheumatischer Erkrankungen auf. Doch solche Aktionen helfen nur kurzfristig. Wegen fehlender Strukturen sind Folgetermine oft nicht möglich. „Von den Inseln aus sind die Wege zum nächsten Rheumatologen zu lang. Das führt dazu, dass die Betroffenen die Medikamente untereinander teilen oder die Medikamente selbstständig absetzen, nachdem die Packung leer ist“, warnt die RLSH.

STEPHAN GÖHRMANN

35

Ortsgruppen der Rheuma-Liga gibt es in Schleswig-Holstein. Sie sind Ansprechpartner für Hausärzte wie Betroffene und arbeiten eng mit Fachärzten zusammen. Schmerztherapeuten und Orthopäden sind ebenfalls involviert. Die RLSH organisiert Veranstaltungen, verbreitet Informationsbroschüren, vermittelt Sprechstunden und organisiert Funktionstrainings, die von den Kostenträgern übernommen werden und auch an junge Rheumatiker gerichtet sind.



Vor fünf Jahren gründete sich der Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein (SAR). Die Selbsthilfeorganisation hat von vornherein auf Zusammenarbeit mit allen Berufsgruppen gesetzt, die für die Patientenversorgung wichtig sind.

Inzwischen haben sich Netzwerke gegründet und der SAR treibt wie berichtet ein neues Betreuungsmodell voran, das bundesweit Vorbildcharakter hat.

Einmal Schlaganfall und zurück ins Leben – über seinen Weg berichtete Andreas Tramm bei der Geburtstagsfeier des SAR, die Ende Oktober im Kieler Landeshaus stattfand. 2012 erhielt Tramm eine Lebertransplantation, infolge der Operation erlitt er einen Schlaganfall. Fünf Wochen lag er im Koma und musste sich viele Fähigkeiten wieder erarbeiten: „Ich wusste aus meiner beruflichen Erfahrung, es wird ein Kampf“, sagte der gelernte Physiotherapeut.

„Heute kann ich sagen: Ja, das war ein Kampf.“ Den er siegreich überstanden hat. Heute könne er wieder Rad fahren, Kitesurfen und „spazieren rennen“: „Allein, dass ich gehen und sprechen kann, ist nicht selbstverständlich.“

Rund 11.000 Menschen im Jahr erleiden in Schleswig-Holstein einen Schlaganfall. Aufgrund immer besserer Versorgung und Nachbetreuung überleben immer mehr der Betroffenen. Dennoch bleiben die meisten Schlaganfallpatienten chronisch krank und benötigen vielfältige Versorgung.

Nach Erkenntnissen und Erfahrungen des SAR werden Hilfsmittel „eher zufällig“ und ohne Absprache mit den Patienten verschrieben. Hier soll künftig der Bezugstherapeut helfen. „Er hält den roten Faden der Behandlung in der Hand“, sagte Jürgen Langemeyer, Vorsitzender des SAR. „Er ist dabei nicht der Entscheider, sondern berät den Betroffenen und koordiniert das Team.“ Der SAR hat für die dreijährige Modellphase Mittel aus dem Versorgungssicherungsfonds des Landes erhalten. Aus diesem Topf wird eine Fortbildung bezahlt, die sich an Logopäden, Ergo- oder Physiotherapeuten richtet. Die so geschulten Bezugstherapeuten „nehmen den Patienten an die Hand, beraten und koordinieren die Versorgung“, sagte die Physiotherapeutin Claudia Pott bei der Vorstellung des Modells. Der Zeitaufwand wird im Rahmen des Projekts vergütet.

„Die Versorgung in den Kliniken ist in der Regel wunderbar, aber die Überleitung nach Hause schwierig“, sagte die Ergotherapeutin und künftige Bezugsbetreuerin Maïke Bamberger. Häufig falle erst zu Hause auf, welche Hilfsmittel gebraucht würden. So ging es auch Andreas Tramm, der nach der Klinik zu Hause nicht in sein Bett kam, weil sein Schlafzimmer im ersten Stock liegt. Der Bezugsbetreuer, den der Patient bereits in

APOPLEX

„Nicht Chauffeur, sondern Fahrlehrer“

Der Schlaganfall-Ring feierte seinen 5. Geburtstag im Kieler Landeshaus und stellte ein neues Betreuungsmodell vor.

der Klinik kennenlernt, würde bei einem Hausbesuch feststellen, was tatsächlich gebraucht wird, und entsprechend beraten.

Ziel soll sein, schnelle und passgenaue Hilfe zu vermitteln – und zugleich Kosten zu sparen: Aktuell würden rund 13.000 Euro pro Patient für Hilfsmittel ausgegeben, verdeutlichte Langemeyer. Aber längst nicht alle seien vom Patienten gewollt und würden entsprechend nicht verwendet. Der SAR will Schlaganfall-Betroffene stärken, sie bräuchten „keinen Chauffeur, sondern einen Fahrlehrer“.

Allerdings bleibe für Verordnungen der Arzt zuständig, betonte Dr. Thomas Schang vom Ärztenetz Eutin-Malente und Vorstandsmitglied der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Dennoch sprach er sich für das Modell aus: „Es wird generell von vielen Kollegen kritisch gesehen, wenn ärztliche Tätigkeiten an andere Berufsgruppen verlagert werden, aber beim Bezugstherapeuten haben die Kollegen vor Ort gesagt: prima Idee.“ Angesichts der hohen Belastung in den Arztpraxen würden es viele begrüßen, wenn es einen Ansprechpartner für die vernetzte Versorgung gäbe. Allerdings belohne das heutige Vergütungssystem nicht, wenn Tätigkeiten verlagert würden. Schang nannte das einen „Geburtsfehler“ des Gesundheitswesens.

Dabei zeigt der Schlaganfall-Ring mit seinen Kompetenznetzwerken in vier Regionen in Schleswig-Holstein, wie sinnvoll die immer wieder geforderte Zusammenarbeit sein kann. Zur Vernetzung eingeladen sind Vertreter aller Berufsgruppen, die in einer Region mit der Versorgung von Schlaganfall-Patienten zu tun haben, vom Hausarzt über Therapeuten bis zum Heilmittelhersteller. „Man tauscht sich aus“, sagte Professorin Hanna Kaduszkiewicz, Direktorin des Instituts für Allgemeinmedizin an der Kieler Christian-Albrecht-Universität. „Klingt unwissenschaftlich, bewirkt aber viel.“ So ist neben der Idee des Bezugstherapeuten eine Fortbil-

dung zur „schwierigen Kommunikation in der Therapie“ entstanden, um mögliche Frustrationsphasen des Patienten abzufedern. Die Treffen der Netzwerke werden noch bis kommenden Mai gefördert. Ob es eine Verlängerung und Ausweitung gibt, ist unklar.

Die Akutversorgung bei Schlaganfall sei in Schleswig-Holstein – und generell in Deutschland – sehr gut, betonte Dr. Jürgen Eggers von den Sana Kliniken Lübeck. Sechs Zentren gibt es im Land, dazu kommen 24 Stroke Units, die flächendeckend über Schleswig-Holstein und Hamburg verteilt sind. Allerdings bieten die regionalen Units nur die Lysetherapie und keine Thrombektomie. Diese Abdeckung sei ausreichend, sagte Eggers: „Die Kollegen können schnell differenzieren, wie welcher Patient versorgt werden soll.“ Nur in den Fällen, in denen die Thrombektomie notwendig sei, würden die Erkrankten in eines der größeren Zentren gefahren. „Drip and ship“ heißt dieses Verfahren, bei dem der Patient mit laufender Infusion zum „Mutterschiff“, der spezialisierten Klinik, gefahren wird. Auch „Drip and drive“ ist möglich – hier fährt ein Arzt zum Patienten, der in einer lokalen Stroke Unit versorgt wird. Dieses Verfahren funktioniert in Hamburg, für das Flächenland Schleswig-Holstein hält Eggers es für wenig sinnvoll.

Wie bei anderen Krankheitsbildern wird auch bei der Diagnose Schlaganfall diskutiert, ob mittelfristig weniger, dafür aber besser ausgerüstete Kliniken sinnvoller seien. „Das ist keine Frage der kurzfristigen Wirtschaftlichkeit, sondern der guten Versorgung“, betonte Sören Schmidt-Bodenstein, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse. Auch er stellte fest, das Land sei „im Grunde gut aufgestellt, aber es gibt Luft nach oben“. Daher könnte aus seiner Sicht durchaus über die Frage der Standorte gesprochen werden. Eggers dagegen warnte: „Wir müssen bei einer Neuordnung vorsichtig sein. Wir haben viel zu verlieren.“

ESTHER GEISSLINGER

Info

Hilfe zur Selbsthilfe lautet das Motto des 2014 gegründeten Schlaganfall-Rings (SAR) Schleswig-Holstein. Der Initiator und Vorsitzende Jürgen Langemeyer ist überzeugt, dass die größten Fortschritte in der Schlaganfall-Nachsorge durch eigenes Zutun erreicht werden können. „Allein dadurch, dass Patienten ihre Situation akzeptieren und Verantwortung für Ihre eigene Genesung übernehmen, ist bereits der wichtigste Schritt getan“, heißt es auf der Website des SAR: www.schlaganfall-ring.de

ENTWICKLUNGSHILFE

Einsatz am Kilimanjaro

Chefarzt Dr. Robert Keller leistete zwei Wochen Entwicklungshilfe und bringt die minimalinvasive Chirurgie in die Savanne Ostafrikas, in einem Krankenhaus am Fuße des Kilimanjaro.

Wird Dr. Robert Keller über seine Arbeit in Tansania befragt, fallen ihm die sechs Jungen ein. Im Staub sitzen sie auf der Straße und spielen zusammen – mit einer einzigen Murre. „Was wirklich Armut heißt, konnte ich an solchen Szenen beobachten. Und trotzdem habe ich selten so viel Freude und Zuneigung erlebt wie in den zwei Wochen in Afrika“, erzählt der Chefarzt der Klinik für Chirurgie in Bad Segeberg. Keller ist eigentlich keiner, der sich in seiner Funktion in Entwicklungsprojekten engagiert oder sich anderweitig als Arzt in die Dritte Welt begibt. „Ich war bisher immer der Meinung, es wäre ein Tropfen auf den heißen Stein, wenn ich mich in einem Projekt engagieren würde. Diese Meinung hat sich geändert. Ich habe hier erfahren, wie nachhaltige Hilfe möglich ist.“

Auf eigene Kosten hat Keller zwei Wochen in der afrikanischen Savanne Tansanias verbracht und den dortigen Kollegen die minimalinvasive Chirurgie vermittelt. Der Kontakt lief über Dr. Ali Kombo, der 2019 in seiner Klinik hospitiert hat, und seinen alten Doktorvater, Prof. Norbert Guldner aus Lübeck. Der Afrikaner lebt seit mehreren Jahren teilweise auf dem Kontinent. Hier im Norden Tansanias, zwischen afrikanischen Bergen und dem Kilimanjaro, liegt eine Klinik einsam in der Savanne. 2007 startete man hier als Krankenstation für Schwangere. Unter der Initiative der Österreicherin Dr. Christina Wallner und ihrer Tochter Cornelia, die in Lübeck praktiziert hat, ist bis heute ein Komplex gewachsen, zu dem neben der Klinik mit diversen Fachrichtungen ein Waisenhaus, mehrere Schulen und Ausbildungsstätten sowie zahlreiche soziale Projekte gehören. 280 Menschen ar-

beiten hier und versorgen die gesamte Region mit Medizin und Bildung. Africa Amini Alama heißt der gemeinnützige Verein der Medizinerinnen, dessen Deutschlandvertretung in Lübeck angesiedelt ist.

Kellers Aufnahme in der Einrichtung beginnt blutig. Als er im Sommer 2019 im Health Center Momella ankommt, bereiten die Massai dem deutschen Arzt ein traditionelles Fest. Dazu gehört der gemeinsame Genuss von frischem Rinderblut. Doch Keller macht dabei eine gute Figur, wird schnell integriert und macht sich an die Arbeit – jedoch mit Verzögerung. „Zunächst saß ich drei Tage nur herum und wartete. Es kamen keine Patienten. Das lag allerdings daran, dass man sich in der Klinik doch erst an mich gewöhnen wollte. Danach ging es richtig los.“ Acht Operationen à 30 Minuten liefen dann Tag für Tag. Die afrikanischen Kollegen lernten schnell. Hernie, Leber- und Eierstockzysten, Blinddarm, Gallensteine, die einbestellten und von einem westeuropäischen Gastroenterologen bereits vor Monaten diagnostizierten Patienten reihten sich ein, denn es sprach sich herum, dass „der deutsche Doktor“ da ist. Wo vorher keine Operationen dieser Art vorgenommen wurden, waren es nun über 40 Eingriffe in nur zwei Wochen.

Für Safaris und Sightseeing blieb Keller kaum Zeit. Nur ein kurzer Trip mit einem Massai in die atemberaubende Natur Ostafrikas und die Übernachtung in einer der urtümlichen Lodges für Touristen wollte er nicht missen. Ansonsten lernte er in den zwei Wochen die weiteren sozialen Einrichtungen kennen. Besonders nachhaltig beeindruckte ihn das Waisenhaus. Wer keine Eltern mehr hat oder unter zwölf Geschwistern zu kurz kommt, darf hier bleiben



Dr. Robert Keller bei einer OP in Tansania. Der Chefarzt der Segeberger Klinik für Chirurgie hat dort minimal-invasive Chirurgie vermittelt.

und ist gut versorgt. „Das führt bei einigen Einheimischen zu Neid und Missgunst, die sich in Gewalt gegen die Kinder äußert, denn den jungen Menschen hier geht es gut. Sie haben zu essen, Kleidung, ein solides Dach über dem Kopf und werden ausgebildet“, berichtete Keller. Ihn begeisterte die Grundschule mit angeschlossener Berufsausbildung in verschiedenen Professionen. Und er legte selbst Hand an, reparierte die defekte Schullocke.

Nach 14 Tagen fuhr der Viszeralchirurg mit zahlreichen traditionellen Geschenken nach Hause zurück. Reich an persönlichen Erlebnissen, hatte sich seine Einstellung zur Dritten Welt gewandelt. „Ich empfinde es als einen nachhaltigen Gewinn, meine Fähigkeiten einzubringen und den Nutzen für die Menschen so schnell sehen zu können, wie ausgeprägt sie die Hilfe zur Selbsthilfe umsetzen“, sagte der Chirurg. Innerlich plant er schon die nächste Reise zum Kilimanjaro. (PM/RED)

Info

Africa Amini Alama bedeutet „Ich glaube an Afrika“. Die Wienerin Dr. Christina Wallner gründete die Einrichtung 2007 als Versorgungsstation für Schwangere. Heute können Patienten in den Fachrichtungen Zahnmedizin, Augenheilkunde, Innere und Gynäkologie, Chirurgie sowie Naturheilkunde versorgt werden. Es kamen mehrere Grundschulen, Ausbildungseinrichtungen für Maurer, Mechatroniker und Tischler sowie das Waisenhaus hinzu. www.africaaminialama.com

NOTFALLRETTUNG

Schneller als die Profis

Wenn der Herz-Kreislauf stillsteht, zählt jede Sekunde. Für rund 50.000 Menschen in Deutschland kommt die Hilfe zu spät, sie erleiden den plötzlichen Herztod. Die meisten Deutschen kennen die Notrufnummer 112, um schnell professionelle Hilfe zu holen. In aller Regel treffen die Rettungskräfte innerhalb von neun Minuten mit dem Rettungswagen ein. Wenn sich aber ein Ersthelfer ohnehin in der Nähe des Patienten befindet, könnte er schneller vor Ort sein – er muss nur helfen wollen und er muss es wissen. Damit diese Ressource besser als bislang genutzt wird, etablieren sich „Retter-Apps“ wie zum Beispiel „Meine Stadt rettet“. Sie ermöglichen die schnelle Benachrichtigung von ehrenamtlichen Rettern und erhöhen damit die Chance, dass ein Patient nach einem Unglücksfall überlebt.

„Meine Stadt rettet“ ist ein Projekt des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), des Herzzentrums Lübeck, des Instituts für Rettungs- und Notfallmedizin (iRun), der Lübecker Uni, der AG Rhythmologie der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, der UKSH Förderstiftung und der European Heart Rhythm Association. Als Teilnehmer werden laut Website nur Ersthelfer zugelassen, die entweder über die notwendige medizinische Grundqualifikation verfügen oder die an einer „Unterweisung für App-Retter“ teilgenommen haben bzw. eine ähnliche Schulung nachweisen können. Die Qualifikationsanforderungen orientieren sich an den aktuellen Empfehlungen der Fachgesellschaften oder werden gesondert festgelegt. Das Dokument zum Nachweis der Qualifikation muss während der Registrierung hochgeladen werden.

Angst, dass man als Ersthelfer ständig verfügbar sein müsste, ist unbegründet. Die Ersthelfer entscheiden selbst, ob sie gerade alarmiert werden können oder nicht. Sie müssen also nicht rund um die Uhr verfügbar sein. Auch eine spezielle Ausrüstung ist nicht erforderlich. Empfohlen wird allerdings ein Mindeststandard zum Beispiel durch Einmalhandschuhe. Eine Verpflichtung zum Mitführen von Hilfs- und Schutzmitteln besteht nicht. „Es wird aber ausdrücklich empfohlen, medizinische Hilfe nur unter Beachtung eines ausreichenden Eigenschutzes zu erbringen“, heißt es auf der Website der Retter-App.

Einer der in Schleswig-Holstein registrierten Ersthelfer ist Dirk Schünemann aus Pinneberg. Der ausgebildete Rettungssanitäter ist schon sieben Mal alarmiert und zu einem Unglücksort gerufen worden, an dem er schneller als die Rettungskräfte sein und vor Ort helfen konnte.

Schünemann ist so überzeugt von den Retter-Apps, dass er auch in Foren

immer wieder auf die Sinnhaftigkeit des unterstützenden Systems aufmerksam macht und für eine Verbreitung wirbt. In seinem Forum „Gemeinsam gegen den plötzlichen Herztod“ thematisiert er die Erstrettung auf Xing und sorgt damit dafür, dass sich andere Menschen mit dem Thema beschäftigen – offenbar mit Erfolg. Mehr als 50.000 Mal wurde seine Seite innerhalb der ersten fünf Monate aufgerufen. Schünemann hat u. a. auch dafür gesorgt, dass sich die Busfahrer der Verkehrsbetriebe Holstein/Hamburg mit dem Thema beschäftigen, er verteilt u. a. in Arztpraxen Informationsmateri-

al zum Thema und er engagiert sich dafür, dass Defibrillatoren an mehr Standorten verfügbar sind. Sein Credo: „Man muss mit den Menschen darüber sprechen, dann bewegt sich auch etwas.“

Schünemann wird über „Meine Stadt rettet“ alarmiert. Dass es bundesweit verschiedene Apps gibt, die das gleiche Ziel verfolgen, ist für ihn nachrangig. „Es geht nicht um eine spezielle App, sondern um die Sache. Hauptsache, die Idee verbreitet sich und hilft dabei, dass mehr Menschenleben gerettet werden“, sagt Schünemann.

So funktioniert die Informationskette über die App „Meine Stadt rettet“: Ein Notruf eines Herz-Kreislauf-Stillstandes geht in der Leitstelle über die Nummer 112 ein. Von dort werden die hauptberuflich tätigen professionellen Helfer unverzüglich losgeschickt. Zugleich wird geprüft, welcher registrierte Ersthelfer sich in der Nähe des Unglücksortes aufhält. Über die App wird er zeitgleich benachrichtigt und hat damit die Chance, eventuell noch vor Eintreffen der Rettungskräfte zu helfen. Damit wird die Chance auf ein Überleben des Patienten erhöht. Die App soll das Netz an Notarzteinsatzwagen und den 112-Ruf nicht ersetzen, sondern dieses als paralleles Glied in der Kette verstärken.



Dirk Schünemann ist einer der registrierten Ersthelfer in Schleswig-Holstein. Der in Pinneberg lebende ausgebildete Rettungssanitäter ist als ehrenamtlicher Ersthelfer in seiner Freizeit schon sieben Mal zu einem Notfall gerufen worden. Er engagiert sich außerdem dafür, dass die Retter-Apps Verbreitung finden.

DIRK SCHNACK

PÄDIATRIE

Ülenkinder für angstfreie Eltern

Familien von schwerstkranken Kindern können sich nach dem Klinikaufenthalt in Hamburg schulen lassen.



Hamburgs Zweite Bürgermeisterin Katharina Fegebank, Kirsten Mainzer, Eva Maria Ciolek (beide Ülenkinder) und Thomas Bott von der AOK Rheinland/Hamburg engagieren sich für Familien mit schwerstkranken Kindern.

Schwer erkrankte oder palliative Kinder und Jugendliche sollen in Hamburg bald besser versorgt werden. Auch Kinder aus Schleswig-Holstein könnten von dem neuen Angebot profitieren. Das Versorgungskonzept unter dem Titel „Ülenkinder“ zielt auf die Phase nach dem stationären Aufenthalt. Damit die betroffenen Familien sich auf das Zusammenleben mit einem schwer erkrankten Kind zu Hause besser einstellen können, werden sie durch Unterstützung von Ülenkinder geschult – die professionelle Hilfe soll deshalb aber nicht reduziert werden.

Nach dem stationären Aufenthalt geraten Familien mit schwerstkranken Kindern nach Beobachtung von Hamburgs Zweite Bürgermeisterin Katharina Fegebank (Die Grünen) schnell in eine Überforderungssituation. Deshalb engagiert sich die Hamburger Wissenschaftssenatorin als Schirmherrin für die Ülenkinder. „Ich hoffe, ich kann Türen öffnen und dazu beitragen, dass viele davon erfahren“, sagte Fegebank bei

Info

Ülenkinder ist für Familien, die ein Kind haben, das an einer schweren oder lebenslimitierenden Erkrankung leidet und besondere Behandlungspflege benötigt und die den Wunsch haben, ihr Kind zu Hause zu pflegen und zu versorgen, nicht bis zu 24 Stunden von einem Pflegedienst begleitet werden können, sich eine Entlassung in die eigenen vier Wände noch nicht vorstellen können und bei denen eine Entlassung des Kindes wegen Unsicherheit in der pflegerischen Versorgung noch nicht befürwortet wird.

der Vorstellung des Projektes in Hamburg. Sie begrüßte, dass sich Angehörige in dem Projekt schulen lassen können, damit sie sich auf die neue Situation zu Hause mit einem schwerstkranken Kind einstellen können und damit Sicherheit für den Umgang mit der neuen, die gesamte Familie belastenden Situation gewinnen und schließlich angstfrei mit dem erkrankten Kind zu Hause leben.

Dafür steht in der Hansestadt ab Mai 2020 ein Gebäude auf dem Gelände des Israelitischen Krankenhauses zur Verfügung, in dem acht Familienzimmer entstehen. Die Familien können dort vorübergehend einziehen und sich voll auf die Schulung durch professionelle Pflegekräfte für die kommenden Herausforderungen konzentrieren. Die Dauer des Aufenthaltes ist nicht vorgegeben und hängt davon ab, wann die Familien sich ihrer Aufgabe gewachsen fühlen. Bei der Projektvorstellung war die Rede von einem vier bis zu zwölf Wochen währenden Aufenthalt in dieser besonderen Wohnform, wenn dies von den betroffe-

nen Familien als erforderlich angesehen werde. Fest steht, dass die professionelle Hilfe durch Pflegedienste nicht zurückgefahren werden soll.

Die Schulung für die Familien ist nach Ansicht der Initiatoren trotz bestehender professioneller Hilfe sinnvoll. Denn: „Keine Familie möchte 24 Stunden am Tag einen Pflegedienst im Haus haben“, sagte Regionaldirektor Thomas Bott von der AOK Rheinland/Hamburg, die als Projektpartner die Kosten für Schulungen und Unterbringung übernimmt. Bott hofft, dass das Projekt zur Stärkung der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung der betroffenen Familien beitragen wird. Er betonte, dass weitere Krankenkassen als Vertragspartner für das Projekt willkommen seien. Derzeit ist nur die AOK Rheinland/Hamburg Vertragspartner für Ülenkinder. Aufgenommen werden können aber grundsätzlich alle gesetzlich versicherten Kinder und deren Familien, auch aus anderen Bundesländern.

Der Bedarf ist vorhanden: Auf rund 500 schätzten die Experten bei der Projektvorstellung die Zahl der schwerstkranken Kinder allein in Hamburg, wo es 15 spezialisierte ambulante Kinderkrankenpflegedienste gibt.

Nach Beobachtung der Initiatorinnen Eva Maria Ciolek und Kirsten Mainzer reicht das bei weitem nicht aus, um den Pflegebedarf zu decken, es kommt zu Lücken in der Anschlussversorgung. „Die Situation spitzt sich immer weiter zu“, sagte Ciolek. Nach ihrer Beobachtung müssen Kinder als Folge dieser Entwicklung zum Teil länger als medizinisch notwendig in der Klinik bleiben oder werden ohne Anleitung der Eltern nach Hause entlassen. „Damit sind die Familien überfordert“, steht für Ciolek fest.

Nach Angaben von Mainzer gibt es ein Projekt wie die Ülenkinder bislang in ganz Deutschland nicht. Die beiden Initiatorinnen sind Geschäftsführerinnen der gemeinnützigen Ülenkinder GmbH und haben beruflich u. a. Erfahrung in der Pflege. Mit den Ülenkindern wollen sie den Familien von schwerstkranken Kindern das Leben nicht nur vorübergehend, sondern dauerhaft erleichtern. Deshalb ist das Projekt zeitlich nicht befristet. Neben der AOK Rheinland/Hamburg suchen die Initiatoren aber nach weiteren Unterstützern, etwa für den Umbau des Gebäudes am Israelitischen Krankenhaus. „Wir benötigen unbedingt weitere Unterstützung in jeglicher Form“, betonte Mainzer. Auch von niedergelassenen Ärzten ist diese erforderlich, u. a. durch deren Hinweise auf das Ülenkinder-Angebot, wenn sie Patienten in der Praxis betreuen, die nach dem stationären Aufenthalt nicht weiter wissen.

DIRK SCHNACK

GEBURTSTAGE

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

Dr. Rosmarie Falk, Eutin,
feierte am 17.10. ihren 95. Geburtstag.

Jens Clasen, Bargtheide,
feiert am 01.12. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Friederike Stumpf, Ahrensburg,
feiert am 03.12. ihren 75. Geburtstag.

Peter Popp, Nortorf,
feiert am 03.12. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Hans-Joachim Böttcher, Wahlstedt,
feiert am 08.12. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Töppler, Heikendorf,
feiert am 08.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Ilse Wagner, Lübeck,
feiert am 12.12. ihren 80. Geburtstag.

Klaus Hornberger, Wahlstedt,
feiert am 12.12. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Hartwig Imholz, Pinneberg,
feiert am 13.12. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Dr. med. dent. Hans-Peter Busch, Kiel,
feiert am 14.12. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Reinhard Schütze, Norderstedt,
feiert am 14.12. seinen 70. Geburtstag.

Matthias Eberhardt, Mölln,
feiert am 15.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Helmut Behrens, Flensburg,
feiert am 17.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Gisela Samtleben, Heikendorf,
feiert am 18.12. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Jörg Tefßmer, Neumünster,
feiert am 18.12. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Margot Cornelius, Aumühle,
feiert am 19.12. ihren 80. Geburtstag.

Prof. Michael Seyfarth, Lübeck,
feiert am 20.12. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Gert Fricke, Ottendorf,
feiert am 22.12. seinen 80. Geburtstag.

Prof. Wilfried Schmeller, Groß Sarau,
feiert am 23.12. seinen 70. Geburtstag.

Margarete Engelmann, Groß Grönau,
feiert am 25.12. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Ingrid Olivet, Heide,
feiert am 30.12. ihren 80. Geburtstag.

Pneumologe Hundack jetzt in Neustadt



Lukas Hundack

Lukas Hundack arbeitet seit Herbst als Oberarzt für die Schön Klinik Neustadt. Er soll den neuen Fachbereich Pneumologie an der Klinik etablieren und damit die fachärztliche Versorgung in der Region ergänzen. Hundack war zuvor an verschiedenen Universitätskliniken tätig. Seit 2012 war er Oberarzt an der Medizinischen Klinik des Forschungszentrums Borsstel und Leiter der internistischen Intensivstation und Endoskopie. Zuletzt arbeitete der 49-Jährige im Deutschen Zentrum für Lungenforschung in Großhansdorf. Hundack lebt in Bad Oldesloe und hat berufsbegleitend einen Master in Business Health absolviert. (PM/RED)

Prof. Ina Kötter leitet doppelt

Prof. Ina Kötter ist seit Oktober Direktorin der Klinik für Rheumatologie und Immunologie am Klinikum Bad Bramstedt. Zugleich hat sie die Leitung der Sektion für Rheumatologie und entzündliche Systemerkrankungen in der III. Medizinischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) übernommen.

Kötter sieht in der Kooperation zwischen Bad Bramstedt und dem Universitätsklinikum Synergien. Im UKE soll neben dem Ausbau einer ambulanten allgemeinen und spezialisierten rheumatologischen Versorgung und der rheumatologischen Infusionsambulanz auch ein stationärer Bereich mit rund zehn Betten für schwerstkranken Patienten

entstehen. Mit Kötter starten mehrere neue Mitarbeiter in der Rheumatologie.

Kötter studierte zunächst Anglistik, Germanistik und Romanistik in Berlin und Tübingen, später dann in Tübingen Humanmedizin. Dort absolvierte sie auch ihre Facharztausbildung in der Inneren Medizin. Von 1989 bis 2012 arbeitete sie am Universitätsklinikum Tübingen (UKT), von 2004 bis 2012 als Oberärztin in leitender Funktion für den Bereich Rheumatologie. Nach einer Zwischenstation als Leiterin der Rheumatologie am Robert Bosch-Krankenhaus in Stuttgart war sie zuletzt ab 2014 als Chefärztin an der Asklepios Klinik Altona tätig. (PM/RED)

Schäfer unterstützt jetzt auch in Lübeck

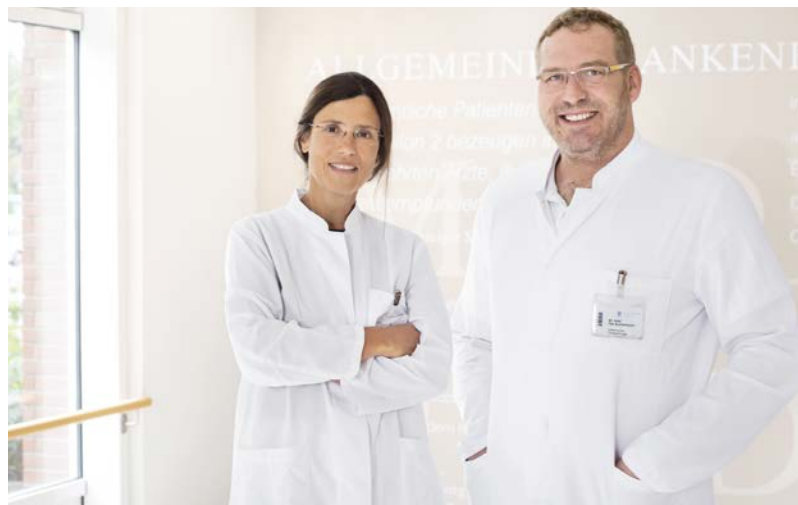


Campusübergreifende Zusammenarbeit (v. l.): Prof. Philipp Schäfer, Dr. Marcus Wiedner, Dr. Eric Stahlberg und Dr. Mattis Planert

Prof. Philipp Schäfer, Leiter des Bereichs interventionelle Radiologie am Campus Kiel des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), ist nun campusübergreifend auch in Lübeck tätig und unterstützt das Team um Dr. Fabian Jacob, Dr. Mattis Planert und Dr. Eric Stahlberg bei komplexen Eingriffen. Schäfer leitet den Bereich inter-

ventionelle Radiologie am Campus Kiel seit zehn Jahren. Schwerpunkte seiner klinischen Tätigkeit sind die Behandlung von Erkrankungen der Hauptschlagader, von Durchblutungsstörungen der Beine und Bauchorgane und die interventionelle Therapie chronischer und bösartiger Lebererkrankungen. (PM/RED)

Kollegiale Führung für das neue Lungenzentrum



Christine Hansen-Wester und Dr. Tim Kuchenbuch

Christine Hansen-Wester, Leiterin der Sektion Pneumologie, und Thoraxchirurg Dr. Tim Kuchenbuch leiten seit Oktober das neue Lungenzentrum an den Sana Kliniken Lübeck im Kollegialsystem. Mit dem neuen Zentrum wollen Hansen-Wester und Kuchenbuch Patienten und einweisenden Ärzten transparentere Strukturen und

festen Ansprechpartner in allen medizinischen Belangen rund um Erkrankungen der Lunge und des Brustkorbs bieten. Sie versprechen sich eine bessere medizinische Versorgung und effektive Behandlungsabläufe. Für die Patienten erwarten sie kürzere Wege und die Verzahnung von Diagnostik und Therapie. (PM/RED)

Dr. Jan Peter Goltz neu in Lübeck

Dr. Jan Peter Goltz ist neu als Chefarzt des Instituts für diagnostische und interventionelle Radiologie/Neuro-radiologie an den Sana Kliniken Lübeck. Der 43-Jährige übernimmt die Position des Chefarztes von Dr. Wasim Alhaj Hammoud, der die Abteilung in den zurückliegenden Monaten kommissarisch mit einem Oberärzte-Team geleitet hatte.

Goltz verfügt über 15 Jahre Berufserfahrung und hat u. a. in Hannover und Würzburg gearbeitet. Seit 2013 leitet

er die Sektion interventionelle Radiologie der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des UKSH, Campus Lübeck. 2019 erhielt er den Ruf auf eine W2 Professur für Interventionelle Radiologie an der Universität zu Lübeck.

Der neue Chefarzt kündigte an, die Wahrnehmung seiner Fächer als therapeutischer Partner im Bereich der minimalinvasiven Techniken und Therapien auszubauen und sie nicht länger als rein diagnostische Disziplinen zu betrachten. (PM/RED)

Borgwardt wird Nachfolger von Hohagen

Prof. Stefan Borgwardt ist neuer Professor für Psychiatrie und Psychotherapie der Lübecker Universität.

Er ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck. Borgwardt trat am ersten Oktober die Nachfolge von Prof. Fritz Hohagen an.

Borgwardt hat u. a. an der Universität Basel und am Londoner King's College gearbeitet. Als Klinikdirektor in Lübeck will Borgwardt die diagnostischen und therapeutischen Schwerpunkte und innovativen Versorgungsangebote für die Region ausbauen. Sein Ziel ist es, die klinische Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen im UKSH mitzugestalten und die Klinik mit anderen sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen stärker zu vernetzen. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

Ahrens ist Belegarzt in Bad Schwartau

Dr. Thorben Ahrens ist seit Kurzem belegärztlich im Helios Agnes Karll Krankenhaus in Bad Schwartau tätig. Der 39-jährige Gynäkologe hat die Praxis von Dr. Atif Seoudy übernommen, der laut Klinik in den Ruhestand gegangen ist. Ahrens war zuvor elf Jahre lang am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Lübeck tätig. Er bietet in Bad Schwartau nahezu das gesamte operative Spektrum in der Gynäkologie an. Schwerpunkt ist nach eigenen Angaben die minimal-invasive Chirurgie. Die Klinik kann durch Ahrens ihr Leistungsspektrum in der Gynäkologie ausbauen. Am Agnes Karll Krankenhaus sind insgesamt 45 Ärzte in 13 Fachrichtungen belegärztlich tätig. (PM/RED)

Fickenscher bleibt an DVV-Spitze

Prof. Helmut Fickenscher, Direktor des Instituts für Infektionsmedizin des UKSH, Campus Kiel, ist für drei weitere Jahre zum Präsidenten der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV) gewählt worden. Die Wahl fand anlässlich der DVV-Jahrestagung in Gießen statt.

Aufgaben der DVV liegen in der Prophylaxe von Viruserkrankungen des Menschen, in der Diagnostik und Therapie dieser Krankheiten sowie in Fragestellungen der antiviralen Desinfektion. Ärzte und Wissenschaftler der DVV widmen sich diesen Themen u. a. in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut und dem Paul-Ehrlich-Institut. Die interdisziplinäre Vereinigung wurde vor 65 Jahren zur Bekämpfung der Kinderlähmung gegründet. (PM/RED)



Prof. Fickenscher

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Rainer Jenisch, Lübeck, geboren am 01.02.1948, verstarb am 04.06.2019.

Dr. Jan Mühlfeld, Glückstadt, geboren am 18.11.1944, verstarb am 18.07.2019.

Dr. Friedrich Zeitler, Holm, geboren am 13.02.1933, verstarb am 02.09.2019.

Dr. Godske Nielsen, Reinbek, geboren am 06.12.1926, verstarb am 15.09.2019.

Dr. Nanette Lenkeit, Uetersen, geboren am 03.06.1944, verstarb am 18.09.2019.

Dr. Michael Aronsson, Glinde, geboren am 11.04.1956, verstarb am 19.09.2019.

Dr. Thomas Tschirner, Burg/Dithm., geboren am 01.08.1958, verstarb am 30.09.2019.

Dr. Traute Decho, Lübeck, geboren am 10.03.1952, verstarb am 02.10.2019.

SERIE

Fehlstellung nach inkorrektem Einsetzen einer Oberarmkopf-frakturprothese

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

Kasuistik

Eine 64-jährige Frau rutschte auf regennassem Boden aus, fiel auf die linke Körperseite und verspürte starke Schmerzen im linken Schultergelenk. In einer Klinik wurde durch Röntgenaufnahmen eine mehrfragmentäre Oberarmkopffraktur links diagnostiziert. Mit einer CT-Untersuchung am gleichen Tag wurde das Ausmaß der Fraktur präzisiert und aufgrund des schalenförmigen Kalottenfragments, das von jeglicher Durchblutung abgetrennt war, die Indikation zur Implantation einer Oberarmkopffrakturprothese gestellt.

Die Operation wurde zwei Tage nach dem Unfall durchgeführt. Nach Entfernung des Kalottenfragments wurde eine Oberarmkopffrakturprothese zementfrei eingesetzt. Postoperative Röntgenaufnahmen wurden drei Tage später angefertigt und ergaben laut radiologischem Befund, dass die Oberarmkopffrakturprothese mit regelrechter Gelenkartikulation und einigen im Subakromialraum verbliebenen schaligen Fragmenten implantiert wurde.

Wegen einer fortbestehenden erheblich eingeschränkten Funktion des linken Schultergelenks wurde zunächst im weiteren Verlauf eine Axillarisparesie sowie die Läsion weiterer Äste des Armplexus vermutet. Mit einer EMG-Untersuchung wurden jedoch Nervenläsionen ausgeschlossen.

Bei weiteren Untersuchungen war der Deltamuskel bei isometrischer Testung in allen Teilen angesprungen. Sonografisch wurde eine vordere Subluxation der Prothese diagnostiziert, eine Rotatorenmanschette war nicht nachweisbar. Röntgenaufnahmen der linken Schulter in drei Ebenen ergaben eine ventrale Subluxation der Prothese. Empfohlen wurde ein Prothesenwechsel auf eine inverse Schulterprothese. Die Operation wurde zwei Monate später in einer Facharztambulanz durchgeführt. Eine Rotatorenmanschette konnte nicht mehr nachgewiesen werden, die Tubercula waren bis auf mobile Reste im hinteren Bereich vollständig resorbiert. Nach Darstellung der Prothese wurde eine Version nach vorne von 70 Grad festge-

stellt. Nach Entfernung der schalenförmigen Knochenreste wurde die Traumaoprothese komplett entfernt, da wegen der pathologischen Drehung nach vorne eine einfache Umwandlung der modularen Prothese in eine inverse Prothese nicht möglich war. Anschließend wurde zunächst der pfannenseitige und danach der schaftseitige Prothesenteil mit einer Drehung nach hinten von 10 Grad mit Zement implantiert. Röntgenaufnahmen der linken Schulter ergaben einen korrekten Sitz und Artikulation der inversen Prothese.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Nachdem in der Folge der ersten Operation bei der krankengymnastischen Behandlung keine Fortschritte erreicht worden seien, habe sich die Patientin bei einem Schulter spezialisten vorgestellt. Dieser habe festgestellt, dass eine falsche Prothesenart eingesetzt worden sei. Der Operationsschnitt sei ebenfalls falsch gewesen. Die Rehabilitation sowie die Krankengymnastik, der Einsatz einer Bewegungsschiene und die erlittenen Schmerzen seien vergeblich gewesen.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter kam zu der Bewertung, dass bei der operativen Versorgung der komplexen Mehrfragmentfraktur eine Erhaltung des Oberarmkopfes durch Osteosynthese nicht möglich gewesen wäre. Die Indikation zur Implantation einer Frakturprothese sei nicht zu beanstanden. Die kurz nach der Operation angefertigten Röntgenaufnahmen der linken Schulter würden eine nicht korrekt im Gelenk stehende Schulterprothese darstellen. In der seitlichen Aufnahme stehe der Oberarmkopf deutlich vor der Schultergelenkspfanne beziehungsweise berühre diese nur im Randbereich. Da eine Röntgenaufnahme in deutlicher Außendrehstellung sehr ungewöhnlich wäre und die Aufnahmen üblicherweise in leichter Innenrotation durchgeführt würden, müsse man von einer groben Fehlstellung der Prothese ausgehen. Standardmäßig werde die Prothe-

se in etwa 20 Grad Drehung nach hinten implantiert. Da sich bei der Revisionsoperation eine Drehung nach vorne von 70 Grad ergeben habe, sei insgesamt von einer Fehlrotation von 90 Grad auszugehen.

Die Fehlrotation der Schulterprothese im vorliegenden Fall um etwa 90 Grad stelle eine schwerwiegende mechanische Störung des Schultergelenks dar, sodass die von allen Nachbehandlern dokumentierte nahezu vollständige Pseudoparalyse der linken Schulter als weitgehende Folge der Fehlpositionierung der Prothese angesehen werden müsse.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an. Die Versorgung der Oberarmkopffraktur mit einer Frakturprothese war aufgrund des mit CT nachgewiesenen Ausmaßes der Fraktur gerechtfertigt. Die postoperativen Röntgenaufnahmen stellten eine nach vorne gedrehte Kopfkalotte dar, die subtotal vor der Gelenkpfanne stand. Aufgrund der vorliegenden Aufnahmen musste davon ausgegangen werden, dass eine erhebliche Rotationsfehlstellung bestand. Hinsichtlich des Ausmaßes ist davon auszugehen, dass dies intraoperativ hätte erkannt und korrigiert werden müssen. Spätestens die postoperativen Röntgenaufnahmen wären ein dringender Anlass zu einer zeitnahen Revisionsoperation gewesen, um die Fehlstellung zu beheben.

Aus den weiteren Röntgenaufnahmen geht hervor, dass eine regelrechte Artikulation nicht möglich war und somit eine chronische Luxation vorlag. Eine krankengymnastische Nachbehandlung und Rehabilitation führten daher im vorliegenden Fall zu erheblichen Schmerzen und konnten keine Erfolge erzielen.

Bei fachgerechtem ärztlichem Handeln wäre intraoperativ die Fehlstellung erkannt und eine Korrektur vorgenommen worden. Aufgrund der hohen Rate an sekundärer Rotatorenmanschetteninsuffizienz durch Nichteinheilen oder Resorption der Tubercula von mindestens 50 Prozent hätte sich im vorliegenden

Info

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

Fall ebenfalls im weiteren Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit die Notwendigkeit zu einem Prothesenwechsel auf eine inverse Schulterprothese ergeben.

Als fehlerbedingt ist daher zwar die längerfristige frustrane Nachbehandlung mit Krankengymnastik und Rehabilitation bei chronischer Luxation des Schultergelenks mit einhergehenden Beschwerden bis zur Revisionsoperation zu bewerten. Die Revisionsoperation selbst wäre auch bei fachgerechtem Vorgehen nicht hinreichend wahrscheinlich vermieden worden. Der Verlauf mit dem zu erwartenden Eintritt eines Dauerschadens wäre auch – einschließlich der Notwendigkeit eines Prothesenwechsels auf eine inverse Prothese – bei fachgerechter Behandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten gewesen.

Fazit

Bei nicht möglicher oder nicht erfolgversprechender Osteosynthese bei komplexen Oberarmkopffrakturen ergibt

sich die Indikation zur Implantation einer Oberarmkopffrakturprothese. Dabei muss auf die korrekte Rotation von etwa 10 bis 20 Grad Retroversion geachtet werden.

Schließlich zeigt dieser Fall, dass zur Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen eine umfassende Prüfung der Krankenunterlagen notwendig ist. Nur mit dem Operationsbericht und den schriftlichen Röntgenbefunden wäre der Fehler möglicherweise nicht festgestellt worden.

DR. MICHAEL ROJCZYK
FACHARZT FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE
CHRISTINE WOHLERS
RECHTSANWÄLTIN
PROF. WALTER SCHAFFARTZIK
SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN
ÄRZTEKAMMERN
IN HANNOVER

KURZ NOTIERT

Honorarärzte im Krankenhaus sind nicht selbstständig

Honorarärzte im Krankenhaus sind regelmäßig im Krankenhaus abhängig beschäftigt und nicht selbstständig tätig. Insofern unterliegen Honorararztverträge der Sozialversicherungspflicht. So hat es der 12. Senat des Bundessozialgerichtes (BSG) in einem Grundsatzurteil vom 4. Juni 2019 am Fall einer Anästhesistin entschieden (Aktenzeichen B 12 R 11/18 R). Nachfolgend erging eine vergleichbare Entscheidung zu Honorarpflegekräften (Aktenzeichen B 12 R 6/18 R). Ausgangspunkt der rechtlichen Einordnung ist § 7 Absatz 1 SGB IV. Danach ist eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung die „nichtselbstständige Arbeit, insbesondere in einem Arbeitsverhältnis“. Anhaltspunkte für eine Beschäftigung sind eine Tätigkeit nach Weisung und eine Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses. Ob jemand beschäftigt oder selbstständig tätig ist, richtet sich nach einer vorzunehmenden Gesamtwürdigung der vereinbarten und tatsächlich gelebten Praxis. Der Honorarhöhe kommt hierbei keine besondere Rolle zu. Vielmehr ist diese nur ein Indiz von vielen. Eine Weisungsgebundenheit der beschäftigten Anästhesistin wurde im Sinne einer „funktionsgerechten, dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess“ ebenso bejaht wie eine tätigkeitsbezogene Eingliederung in den Betriebsablauf des Krankenhauses. Gemessen am Vergleich mit angestellten Krankenhausärzten konnte das BSG nicht feststellen, dass die Anästhesistin ins Gewicht fallende Freiheiten hinsichtlich Gestaltung und Umfang ihrer Arbeitsleistung innerhalb des einzelnen Dienstes hatte. Zeitlich nachfolgend hat das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (Urteil vom 26.06.2019, Az. L 2/12 R 233/17) im dort zugrunde liegenden Fall einer betriebsärztlichen Betreuung von Beschäftigten eines Krankenhauses eine Einbindung in die Organisations- und Weisungsstruktur der Klinik nicht festgestellt und daher eine selbstständige Tätigkeit bestätigt. (CH)

Leichenschau wird ab dem kommenden Jahr besser vergütet

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 20. September 2019 der Fünften Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte zugestimmt. Damit wird die Verordnung zum 1. Januar 2020 in Kraft treten und die Leichenschau besser vergütet. Zugleich wurde der in entsprechenden Fallkonstellationen seitens der Ärztekammer Schleswig-Holstein schon zuvor als rechtskonform angesehene Ansatz einer Reiseentschädigung nach § 9 GOÄ ausdrücklich in den Verordnungstext aufgenommen. Ein neu geschaffener Zuschlag (Ziffer 102 GOÄ-neu) bildet, so die Verordnungs Begründung, „zwei in bestimmten Fällen auftretende Umstände“ ab, die zu einem zusätzlichen ärztlichen Zeitaufwand führen können. Dies sind die Leichenschau an einem dem Arzt unbekanntem Toten und das Vorliegen besonderer Umstände (z. B. bei länger zurückliegendem Tod oder besonderer Auffindesituation z. B. mit erschwelter Zugänglichkeit des Toten oder auch bei Verdacht auf einen nicht natürlichen Tod). Voraussetzung für die Berechnungsfähigkeit des Zuschlags ist allerdings, dass sich durch die besonderen Umstände tatsächlich auch ein zusätzlicher Zeitaufwand von mindestens zehn Minuten ergeben hat. Zu beachten ist, dass die Leistung der Leichenschau und der erwähnte Zuschlag nach Ziffer 102 nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig sind. (CH)

ANZEIGE

CAUSA CONCILIO
RECHTSANWÄLTE

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

Unsere Fachanwälte für Medizinrecht ...

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

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

www.causaconcilio.de

Der politisch-ökonomische Druck auf die ambulante und zumal die stationäre Krankenversorgung wird derzeit im Fachbereich Orthopädie und Unfallchirurgie besonders stark wahrgenommen.

Not lehrt bekanntlich auch zusammenrücken: So überrascht nicht, dass die großen Fachgesellschaften ihren Jahreskongress DKOU unter dem neuen „Dach“ der DGOU (als Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.) in Berlin gemeinsam mit insgesamt über 11.000 Teilnehmern aus 60 Ländern veranstalteten. Natürlich war Schleswig-Holstein auch dabei, u.a. mit einem Referat aus dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck, zu überraschenden Erfahrungen bei der Hallux-valgus-Korrektur.

Für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) war es bereits die 105., für die DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) die 83. Tagung. Mitveranstalter unter dem DKOU-Label war der vor allem die niedergelassenen Ärzte vertretende Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU). Tenor der eindringlichen Mahnungen der Präsidenten in mehreren Pressekonferenzen: Eine gute Versorgung der Patienten in Orthopädie und Unfallchirurgie ist morgen nicht mehr sicher.

Wie können wir die jungen Ärzte in Zeiten von Kostendruck, Überbürokratisierung und Arbeitsüberlastung überhaupt noch weiterbilden, fragte DGOU-Präsident Prof. Paul Alfred Grützner aus Ludwigshafen. Die aufwendige Weiterbildung werde nicht zuletzt wegen der mangelnden Finanzierung mit Fallpauschalen als eine Art „Nebenprodukt“ der täglichen Arbeit betrachtet. Hier müsse die Politik dem zunehmenden Nachwuchsmangel im Fach dringend entgegenarbeiten. Ko-Präsident Prof. Carsten Perka, Ärztlicher Direktor am Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie an der Charité in Berlin, beschrieb die Problematik so: „Immer weniger der derzeit rund 5.300 Nachwuchsmediziner in Orthopädie und Unfallchirurgie erhalten eine breite Weiterbildung über die gesamte konservative und operative Medizin hinweg – und damit die Kompetenz, die wichtigsten Beschwerdebilder umfassend zu diagnostizieren und zu behandeln.“ Hinzu komme, kritisierte Grützner, dass die in Krankenhäusern oft dominierenden komplexen Eingriffe weniger für die praktische Weiterbildung geeignet seien.

Zudem fehle oft die Erfahrung für kleinere Eingriffe, wie sie in der ambulanten Versorgung vorherrschten. Außerdem bilde die Konzentration auf das Operieren nicht die Versorgungsrealität

ORTHOPÄDIE

Wissen + Werte

**Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin.
Eine gute Versorgung morgen wurde als nicht mehr sicher eingestuft.**

tät ab, wo etwa 37 Millionen Patienten – also fast die Hälfte der Bevölkerung – wegen Erkrankungen des Bewegungsapparats behandelt würden, davon 1,8 Millionen oder fünf Prozent operativstationär und 650.000 rehabilitativ.

Dr. Thomas Möller aus Speyer, DKOU-Kongresspräsident für den BVOU, unterstrich in diesem Zusammenhang: „Das heißt aber, über 35 Millionen Patienten werden konservativ behandelt, mit Schmerztherapie, mit Injektionsverfahren, mit manueller Medizin, Chirotherapie, Osteopathie, mit Gips- und Verbandstechniken, Akupunktur, Stoßwellentherapie, technischer Orthopädie, Psychosomatik oder Naturheilkunde und mit den von Physiotherapeuten erbrachten Leistungen.“

An anderer Stelle wurde auf dem Kongress die Bedeutung der präventiven Medizin betont, etwa spezielle wirksame Dehnübungen bei Schulterbeschwerden oder aktuell die Beratung der Verkehrsplanung anhand des Traumaregisters zu hohen Risiken durch E-Scooter, E-Bikes und weiteren modernen Fortbewegungsmitteln. Allerdings: Laut Deutschem Ärzteblatt (Ausgabe 41/2019, C 1491) entlassen „fast alle“ Kliniken Patienten zwar mit langen Medikationslisten, aber ohne Empfehlung zu nützlichen körperlichen Aktivitäten.

Diese konservativen orthopädischen Verfahren seien massiv bedroht, weil „sie nicht angemessen vergütet werden und weil die Weiterbildung von Kliniken erbracht wird, die aus diesem Grund de facto kaum noch konservativ behandeln“. Eine bessere Wertschätzung der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie tue not, wie sie das „Weißbuch“ 2017 bislang erfolglos gefordert habe: „Wer konservativ behandelt, ist kein Orthopäde zweiter Klasse.“ Um aber die Versorgung in Zukunft zu sichern, seien neue Weiterbildungskonzepte wie Rotationsmodelle und innovative Simulationsverfahren, aber auch eine flächendeckende Finanzierung der Weiterbildung notwendig.

Ein weiteres Problem belaste nicht nur, aber auch die Orthopädie und Unfallchirurgie immer mehr: die Notfallbehandlung. Die Überlastung der Notfallambulanzen durch die „falschen“ Patienten führe zur personellen Überlas-

tung und zu einem „Ärztfrust“ besonders abends mit ernstzunehmenden Konsequenzen für die betroffenen Einrichtungen: „Wir verlieren in Berlin die besten Leute, die den Schichtdienst abends und nachts ihren Familien nicht länger zumuten können“, sagte Perka. Die wirtschaftlichen Verluste für die Kliniken seien enorm: „Der gleiche Kollege, der bisher im Krankenhaus tätig war, eröffnet oftmals nur wenige hundert Meter entfernt eine private Praxis, um hier zu ihm angenehmen Zeiten mit höherer Effizienz in den Abläufen ein vergleichbares Spektrum wie das abzudecken, das vorher im Krankenhaus operiert wurde.“ Die Ausbildung eines Nachfolgers sei dann oftmals mit Zeit, Reputationsverlust und sinkenden Patientenzuweisungen verbunden.

Außerdem müssten immer mehr elektiv geplante Operationen verschoben und reguläre Patienten benachteiligt werden, mit der Folge höherer Behandlungskosten etwa durch einen längeren, nicht vergüteten prästationären Aufenthalt. Thematisiert wurden in Berlin auch die Dolmetscherkosten für die Behandlung von Patienten mit unzureichenden Deutschkenntnissen und die zum Teil nicht kostendeckende Gesamtsituation mancher Einrichtungen.

Am Beispiel der häufigsten Sportverletzung, der Sprunggelenkverletzung, nannten Prof. Benita Kuni und BVOU-Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher (beide aus dem Ortho-Zentrum in Karlsruhe) die Möglichkeit, durch enge Vernetzung zwischen Notfallambulanzen, Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie Behandlung und Kosten zu optimieren. Ähnlich Grützner auf die Frage nach einem guten klinischen Beispiel: In den BG-Kliniken könnten die Patienten ohne Sektorengrenzen ambulant, stationär und rehabilitativ gut koordiniert behandelt werden. Und um sie gehe es letztlich, sie sollten besser behandelt werden. Sie brauchen laut Kongress-Programm „Kompetenz, Menschlichkeit und verantwortungsvollen Umgang mit dem medizinischen Fortschritt“. Daher das treffende Motto des Gründungskongresses der „äußeren“ Medizin: „Wissen braucht Werte.“ HORST KREUSSLER

1.800

Präsentationen aus Wissenschaft und Forschung gab es auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2019 vom 22. bis 25. Oktober in Berlin. Mehr als 11.000 Teilnehmer aus 60 Ländern waren zum gemeinsamen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der DGU (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie) gekommen. Mitveranstalter war der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU).

NEUROLOGIE

Kein Unterschied

Ärzte behandeln sich selbst nach den gleichen Grundsätzen wie ihre Patienten. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.

Mehr als 6.500 Teilnehmer zählte der 92. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) Ende September in Stuttgart, darunter auch wieder viele Experten aus Schleswig-Holstein. Die Ärzte und Wissenschaftler tauschten sich über neueste Erkenntnisse weit verbreiteter Erkrankungen wie Demenz, Schlaganfall, Parkinson, Multiple Sklerose oder Epilepsie aus.

„Behandeln Ärzte sich selbst anders als ihre Patienten?“ Dieser Frage ging PD Dr. Janne Gierthmühlen, Neurologin am UKSH Campus Kiel, nach. „Die Idee für dieses Thema entstand, weil andere Vortragende und ich auf einem Schmerztherapie-Symposium gefragt wurden, ob wir uns so therapieren würden, wie die Leitlinien es empfehlen, oder ob zwischen Praxis und Theorie nicht doch ein Unterschied besteht“, erläuterte die Oberärztin auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. „Zur Beantwortung der Frage haben wir die Migräne gewählt, da diese durch Neurologen und Schmerztherapeuten leicht diagnostizierbar und unter Neurologen weit verbreitet ist.“

Gemeinsam mit Kollegen der Uniklinik Münster und der Migräne- und Kopfschmerzambulanz Königstein wurden mehrere tausend Fragebögen online an die Mitglieder der Schmerzgesellschaft, der Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft und der DGN geschickt; teilgenommen haben letztendlich 418 Frauen und Männer, von denen 175 regelmäßig unter Migräne litten. „Viele Ärzte mit Migräne behandeln sich selbst, ohne einen Fachkollegen hinzuzuziehen. Unsere Annahme war, dass sie sich häufig nicht leitlinienkonform therapieren und zum Beispiel eher einmal starke Schmerzmedikamente 'einwerfen', um leistungsfähig zu bleiben. Dies hat sich jedoch so in unserer Untersuchung nicht bestätigt“, sagte Gierthmühlen.

Die Studienteilnehmer hatten im letzten Monat durchschnittlich 2,2 Migränetage. Zur Therapie einer akuten Attacke wurden am häufigsten Ibuprofen, Triptane, ASS, Metamizol und Paracetamol eingenommen. 96,6 Prozent nehmen zur Akuttherapie ein Medikament der ersten Wahl nach den Leit-



PD Dr. Janne Gierthmühlen

Info

Der DGN-Kongress war auch für den Nachwuchs eine wichtige Plattform für den Start in die Neurologie. Die Jungen Neurologen organisierten mit Unterstützung der DGN ein eigenes Programm für Medizinstudierende, Pfleger und Assistenzärzte – mit Tipps für Kongressneulinge, praktischen Anleitungen für Berufsanfänger, spannenden Vorträgen und Workshops rund um Beruf und Karriere in Klinik und Forschung.

nienempfehlungen. Knapp 10 Prozent nehmen eine medikamentöse Migräneprophylaxe, rund die Hälfte der Befragten bezeichnet Sport und einen geregelten Lebenswandel als wichtigste nicht-medikamentöse Prophylaxe. Das Fazit Gierthmühlens: „Die Akuttherapie der eigenen Migräne erfolgt zum größten Teil leitliniengerecht, bei der Indikation für eine Prophylaxe zeigt sich vor allem bei jüngeren, weniger erfahrenen Ärzten ein eher zurückhaltendes Vorgehen. Auch wenn 14,3 Prozent der Teilnehmer sich selbst anders therapieren würden, wenn sie Patienten in ihrer Behandlung wären, scheint zwischen Selbstbehandlung und Behandlung von Migräneklienten kein wesentlicher Unterschied zu bestehen.“

Präsidentin der DGN ist Prof. Christine Klein, Leiterin der Klinik für Neurologie am UKSH-Campus Lübeck. Während des Kongresses hielt Klein verschiedene Vorträge rund um das Thema Bewegungsstörungen. Unter anderem ging es dabei um das Netzwerk Dystract (Deutsches Netzwerk zur Translationalen Erforschung und Behandlung dystonaler Erkrankungen) und den weiteren Aufbau des Deutschen Dystonie-Registers, mit dem die Forschung zu Ursachen und Behandlung der häufig gene-

tisch bedingten Bewegungsstörungen vorangetrieben werden soll. Zahlreiche weitere Experten aus Schleswig-Holstein, darunter auch die Leiterin der Klinik für Neurologie am UKSH Campus Kiel, Prof. Daniela Berg, stellten beim Kongress aktuelle Forschungsergebnisse vor. Mit einem Preis ausgezeichnet wurde Dr. Franziska Hopfner, UKSH-Campus Kiel. Für ihre Arbeit „Genome-wide association study in autopsy-confirmed Multiple System Atrophy“ erhielt sie den mit 3000 Euro dotierten 1. Preis der Dr. Mähler-Linke-Stiftung aus München. Ziel ihrer Arbeit ist es, ein besseres Verständnis der Krankheitsmechanismen und die Entwicklung neuer Therapien der Multisystematrophie (MSA) zu ermöglichen.

Die Behandlung von Bewegungsstörungen mit der tiefen Hirnstimulation war ein Kongressschwerpunkt. Ein Hirnschrittmacher ist eine Elektrode im Gehirn, die durch Stromimpulse Zittern und motorische Ausfälle bei Patienten mit Bewegungsstörungen reduziert. Die tiefe Hirnstimulation wird zur Behandlung verschiedener neurologischer Krankheiten eingesetzt, unter anderem mit großem Erfolg bei Parkinson-Patienten. Doch nicht alle profitieren davon gleichermaßen und nicht zu jeder Zeit. Das Verfahren wurde in den letzten Jahren maßgeblich verbessert: Bei der neuen sogenannten „closed loop“-Stimulation werden Aktivitätszustände des Gehirns in Echtzeit erfasst und das Stimulationsprotokoll wird individuell an den momentanen elektrophysiologischen Zustand des Gehirns angepasst.

Damit nicht genug: Prof. Ulf Ziemann aus Tübingen forscht derzeit an einer neuen Generation von Hirnschrittmachern. Zusammen mit seinem Team testet er eine helmartige Vorrichtung, die Patienten aufgesetzt wird und die hochpräzise jeden Punkt des Kortexmantels ansteuern und stimulieren kann. Die zugehörige Software ist in der Lage, Signale des Nervensystems in Echtzeit auszuwerten und zu analysieren, in welcher Millisekunde der gesetzte Impuls einen therapeutischen Effekt hat. Erst dann wird er gesetzt. „Patientengruppen, an denen wir das Verfahren testen werden, sind Alzheimer-Patienten und Patienten mit Arm-Hand-Paresen nach Schlaganfall. Wir rechnen damit, 2025 einen Prototypen zu haben, mit dem wir dann in die klinische Phase gehen können.“ Für die Patienten wäre das Verfahren vergleichsweise komfortabel, da im Gegensatz zur herkömmlichen tiefen Hirnstimulation kein chirurgischer Eingriff notwendig ist, der Schädel also nicht zur Platzierung der Elektroden aufgetrennt werden muss. Ob die komplexe biointelligente Stimulation auch langfristig von außen funktioniert, ist allerdings noch fraglich und Gegenstand weiterer Forschungen.

UWE GROENEWOLD

Fortbildungstermine bei der Ärztekammer

ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG

NOVEMBER/DEZEMBER

16. NOVEMBER	KV-Traineeprogramm für Weiterbildungsassistenten
20. NOVEMBER	Schwangerschaftskonfliktberatung
22. - 23. NOVEMBER	Geriatrische Grundversorgung Modul 4
22. - 24. NOVEMBER	Akupunktur Blöcke F + G, Teil 4
30. NOVEMBER	GOÄ Grundkurs
14. DEZEMBER	ACLS-Training (Advanced Cardiac Life Support)
11. DEZEMBER	Seminarreihe Allgemeinmedizin - Schmerz-Syndrome Teil 1 - HWS Schultergürtel Arm und Hand: Untersuchung und Therapie

INTERPROFESSIONELLE FORTBILDUNGEN

NOVEMBER/DEZEMBER

16. NOVEMBER	Krebsregister in Praxis und Klinik
16. NOVEMBER	Tatort Praxis
6. - 7. DEZEMBER	Professionelle Gesprächsführung

FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL

NOVEMBER/DEZEMBER

20. NOVEMBER	Aktualisierung der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz
23. NOVEMBER	„Herausforderung Demenz in der Praxis – hilfreiche Tipps für den Umgang und die Kommunikation mit Betroffenen“.
AB 29. NOVEMBER	Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen
AB 29. NOVEMBER	Fachzertifikat Notfallmanagement / Aufbauseminar
4. DEZEMBER	Basiswissen-Augenheilkunde
6. - 7. DEZEMBER	Professionelle Gesprächsführung
7. DEZEMBER	DMP - Medizinische Dokumentation
7. DEZEMBER	EBM/Aufbaukurs
14. DEZEMBER	Spritzen, na und...? - Kompakt
14. DEZEMBER	Diabetes: Formen, Therapie und Ernährung

Kontakt

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

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

NOVEMBER

20. NOVEMBER	114. Tagung der Schleswig-Holsteiner Dermatologen Punkte beantragt	UKSH Kiel Telefon 0431 500 21151 sascha.gerdes@uksh.de www.uksh.de
20. NOVEMBER	336. Kolloquium Pädiatrie „Kinderdiabetologie – ein Update für die tägliche Praxis.“ 2 Punkte	UKSH Kiel Telefon 0431 500 20189 p.wulf@pediatrics.uni-kiel.de www.uksh.de/paediatric-kiel
11. DEZEMBER	337. Kolloquium Pädiatrie „Augenbewegungsstörungen bei Kindern im Video“ 2 Punkte	
23. NOVEMBER	21. Symposium Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin Punkte beantragt	UKSH Lübeck Telefon 0451 500 42801 melanie.sahlmann@uksh.de www.kinderklinik-luebeck.de
27. NOVEMBER	Update Gefäßmedizin Diabetes und AVK 2 Punkte	UKSH Lübeck Telefon 0451 500 40113 sabine.franke@uksh.de www.uksh.de
27. NOVEMBER	Ein Blick auf die Lunge 3.0 Aktuelle Perspektiven: Asthma – COPD – Lungenkrebscreening Punkte beantragt	LungenClinic Grosshansdorf GmbH Großhansdorf Telefon 04102 601 1820 www.lungenclinic.de
28. NOVEMBER	impilo MCAS Symposium 6 Punkte	impilo Gesundheitszentrum Telefon 0451 489 42111 education@impilo.de www.impilo.de
3. DEZEMBER	Soziales Kompetenztraining Praxistag Punkte beantragt	imland Klinik Rendsburg Telefon 04331 200 8001 christine.foerster@imland.de https://rendsburg.imland.de/de/psychiatrie
4. DEZEMBER	Depression und somatische Störungen 2 Punkte	Curtius Klinik Bad Malente Telefon 04523 407 744 sekretariatCA@curtius-klinik.de www.curtius-klinik.de
7. DEZEMBER	Lübecker Augenärztliche Fortbildung 6 Punkte	UKSH Lübeck Telefon 0451 500 43911 jennifer.junghans@uksh.de www.uksh.de/augenklinik-luebeck

ACLS-Training



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.

- Theoretische Grundlagen gemäß den aktuellen ERC Leitlinie
- Einfache Szenarien zu den verschiedenen Formen des Herzkreislauf-Stillstände
- 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: 14. Dezember 2019, Samstag 9:30 - 17:00 Uhr
Fortbildungspunkte: 10

Schwangerschaftskonfliktberatung-Training

Alle Ärztinnen und Ärzte, die die Beratung im Schwangerschaftskonfliktfall durchführen wollen, bedürfen gemäß §§ 8 und 9 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes – SchKG – einer Anerkennung als Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle. Diese wird in Schleswig-Holstein durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein (Sozialministerium) erteilt. Voraussetzung dafür ist die Teilnahme an einer Veranstaltung, die sich mit Inhalt, Form und Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung befasst. Die nachstehend ausgeschriebene Fortbildungsveranstaltung wird vom Sozialministerium als ausreichender Nachweis anerkannt. Gemäß den Richtlinien des Landes Schleswig-Holstein über die Anerkennung und Förderung von Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen nach dem SchKG sind Ärztinnen und Ärzte, die als Beratungsstelle gem. § 9 SchKG i. V. m. § 8 SchKG anerkannt sind, verpflichtet ihre Kenntnisse mindestens alle drei Jahre den jeweiligen Entwicklungen anzupassen und ihre Teilnahme an entsprechenden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen nachzuweisen.

Termin: 20. November 2019, Mittwoch 16:00 - 20:00 Uhr
Fortbildungspunkte: 4

Seminarort: MSGJFS des Landes Schleswig-Holstein, Adolf-Westphal-Straße 4, 24143 Kiel

Kontakt

Akademie der Ärztkammer Schleswig-Holstein

Telefon 04551 803 700

E-Mail akademie@aeksh.de

Weitere Informationen bei den Veranstaltern. Alle Angaben ohne Gewähr.



#starkeSelbstverwaltung

TÄTIGKEITSBERICHT 2018

Was die Ärztekammer 2018 antrieb

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) hat im letzten Jahr einiges bewegt. Nach der Wahl zur Kammerversammlung zeigte sich, dass über die Hälfte der Mitglieder zum ersten Mal gewählt worden sind. Darunter sind viele Kollegen, die sich in der Weiterbildung befinden. Der steigende Teil von Ärztinnen in Schleswig-Holstein hat sich ebenfalls in der Kammerversammlung bemerkbar gemacht. Der Frauenanteil beträgt jetzt 46 Prozent und der neugewählte Vorstand besteht aus drei Frauen und vier Männern. Die in der Kammerversammlung vertretenen Versorgungssektoren weisen eine ähnliche Verteilung auf. Die ÄKSH ist eine starke Selbstverwaltung aller Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein. Für das Jahr 2018 setzte sie sich drei Themenschwerpunkte.

Mit der fortschreitenden Digitalisierung ergibt sich ein großes Potential für den Arztberuf. Für deren Nutzbarmachung änderte die ÄKSH ihre Satzung und öffnete als erste Ärztekammer Deutschlands die Berufsordnung für eine uneingeschränkte Verwendung unterstützender Kommunikationsmedien. Seit dem 14. Mai 2018 „ist eine Beratung oder Behandlung ausschließlich über Kommunikationsmedien erlaubt, wenn diese ärztlich vertretbar und ein persönlicher Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten nicht erforderlich ist.“ Damit stellte die ÄKSH auch für künftige digitale Versorgungsmöglichkeiten die Weichen. Die Einflussnahme der ärztlichen Selbstverwaltung

in die politische Gestaltung gehört zum Selbstverständnis der ÄKSH. Sie setzt sich für intelligente digitale Lösungen ein, die den Arztberuf unterstützen und bürokratische Hürden abbauen. So können sich die Ärzte wieder auf ihre Kernkompetenz konzentrieren: der Behandlung der Patienten.

Die weitere Sicherstellung der medizinischen Versorgung in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein fordert die ÄKSH heraus, alte Strukturen neu zu denken. Dazu gehören die Praxis ohne Arzt, neue Qualifikationsmöglichkeiten für das Assistenzpersonal, das unter der Leitung von Ärzten steht, wie der Physician Assistant (PA) oder die Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPA). Die ÄKSH steht für höchste Qualität und die gemeinsame Gestaltung der medizinischen Versorgung in Schleswig-Holstein ein. Ein Beispiel dafür ist das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin, das im Oktober 2017 von ÄKSH, der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein sowie den beiden allgemeinmedizinischen Lehrstühlen in Kiel und Lübeck eingerichtet wurde. Die Stärkung der Allgemeinmedizin, der Freiberuflichkeit und der Fort- und Weiterbildung werden die ÄKSH auch in den kommenden Jahren begleiten. Der personelle Zuwachs in der Weiterbildungsabteilung zeigt den hohen Stellenwert, den der Vorstand der Umsetzung der Weiterbildungsordnung diesem Bereich zuschreibt.






Ehrenamt und Geschäftsführung

	11	Vorstandssitzungen
	3	Kammerversammlungen
	3	Vorstandssitzungen mit den Kreisausschussvorsitzenden
	4	Sitzungen des Wahlvorstandes für die Kammerwahl 2018








Akademie

	5.578	Teilnehmer*innen
	1.867	Fortbildungszertifikate
	16.067	Anerkennungen externer Veranstaltungen
	716	Neue Ausbildungsverträge MFA
	448	Bestandene Prüfungen zur MFA



Weiterbildung

	18	Ausschusssitzungen
	280	Persönliche Beratungsgespräche
	808	Prüfungen und Fachgespräche
	3,5%	Nichtbestehensquote
	498	Anträge auf Weiterbildungsbefugnis



Qualitätsmanagement



8

Fachausschusssitzungen (Externe stationäre Qualitätssicherung)



279

Begutachtungen von Stellungnahmen



168

Überprüfungen medizinischer Geräte und Einrichtungen durch die Ärztlichen Stellen



417

Erteilungen von Fachkunden nach der Röntgenverordnung



IT Abteilung



30.941

Accounts für das papierlose Arbeiten im AKIS



8%

Steigerung der Accountanzahl zu 2017



56.522

Anmeldungen im AKIS



67%

Steigerung der Anmeldung im AKIS zu 2017



Rechtsabteilung



50

Vorstandsbefassungen



9

Ermittlungsaufträge an den Untersuchungsführer



2

Berufsrechtliche Klagen



4

Einstellung gegen Geldzahlung



Finanzen



12,2

Mio. € Haushaltsvolumen



69,5%

Anteil Ärztekammerbeitrag



19,7%

Anteil Teilnehmergebühren, Prüfungs- und Bearbeitungsgebühren



1,5%

Veränderung zu 2017



Personal



166

Mitarbeiter*innen



8

Auszubildende



91

Mitarbeiter*innen in Vollzeit



75

Mitarbeiter*innen in Teilzeit



44 J.

Durchschnittsalter

#starkeGemeinschaft

6.985
3.612 w 3.373 m

Als Angestellte oder Beamte in Krankenanstalten tätig

5.444
2.406 w 3.038 m

Hauptberuflich in freier Praxis tätig

17.795
8.298 w* 9.497 m*

460
282 w 178 m

Bei Behörden oder öffentlich-rechtlichen Körperschaften tätig

4.367
1.757 w 2.610 m

Ohne ärztliche Tätigkeit, in Elternzeit oder Freistellungsphase der Altersteilzeit

539
241 w 298 m

In sonstiger ärztlicher Tätigkeit

*Für das Jahr gab es keine Mitglieder mit der Einordnung „divers“.

ANERKENNUNGEN NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

Im III. Quartal 2019 wurden von der Ärztekammer Schleswig-Holstein aufgrund erfüllter Voraussetzungen folgende Anerkennungen nach Weiterbildungsordnung ausgesprochen:

FACHARZTKOMPETENZEN

Allgemeinchirurgie

Anne-Katrin Neetz

Allgemeinmedizin

Dana Degethoff
Jan Eckermann
Dagmar Federow
Katja Freundt
Dr. Kirsten Geschonke
Dr. Sven-Erik Heilscher
Dr. Carolin Kinder
Natalie Lauenstein
Dr. Sonja Maaß
Ruth Mirbach
Franziska Nickel
Jens Prechel
Eva Rhades
Tina Schmiedel
Anna Karolina Staffier
Dr. Sabine Wedekind

Anästhesiologie

Sybille Bode
Barbara David
Dr. Birte Hermes
Paulina Kefßler
Dr. Christian König
Dr. Rossella Lauciello
Mathias Mahler
Philipp Möllerarnd
Dr. univ. Neel-Torge Reichert
Dr. Armin Sablewski

Augenheilkunde

Dr. Maximilian Kurz
Monika Katarzyna Sajduk-Yilmaz
Dr. Mara Joana von Schöpfung
Gesine Sühring

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. Sarah Fründt
Dr. Marion Haase
Meike Schröder

Innere Medizin

Dr. Amer Bajrovic
Justyna Brüggemann
Dr. Anna Czajczynska
Nadine Drewes
Dr. Christina Kujat
Sabine Käferlein-Vogt
Nadine Liesch
Stefan Lukic
Dr. Jan Oelbe
Dr. Johannes Rosentraeger
Wiebke Sagasser
Dr. Imke Tangen

Innere Medizin und

Gastroenterologie

Dr. Jan-Friso Nast
Katrin Tiessen

Innere Medizin und

Hämatologie und Onkologie

Maike Prange

Innere Medizin und Kardiologie

Dr. Jordis Arp-Arlt
Katharina Diekmann
Dr. Felix Dörr
Jatinderjit Kaur
Dr. Andreas Matthes
Dr. Frederik Strang

Innere Medizin und Pneumologie

Dr. Patrick Parschke

Innere Medizin und Rheumatologie

Dr. Lukas Roth

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Frederike Callsen
Dr. Gesche Ellermann
Mirko Hahn
Dr. Anke Leverenz
Merle Preikszas
Ulrike Richter
Tasja Scholz

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Annemarie Fröhlich

Kinderchirurgie

Dr. Marie Bouteleux

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Dr. Daniel Steller

Neurologie

Belal Mohammad Ali Ali Jabr
Dr. Nele Gao
Ahmad-Alin Geaid
Dr. Felix Gövert
Dr. Frank Hofschulze

Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. Mathias Holz
Johannes Sandloff
Kai Schlüter
Ruth Thiemann
Dr. Benedikt Wilke

Plastische und Ästhetische Chirurgie

Dr. univ. Felix Steinhauer

Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. Matthias Hollmann
Sascha Merte
Elisabeth Shahrabi

Radiologie

Dr. Stephanie Blohmke
Christoph Wesenigk

Urologie

Hannah Hofrichter

Viszeralchirurgie

Esknder Alsuleiman

SCHWERPUNKTKOMPETENZEN

SP Neonatologie

Dr. Kirstin Faust

SP Neuroradiologie

Dr. Christoph Kopetsch
Dr. Fabian Scheer

SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Dr. Michael Gembicki

ZUSATZWEITERBILDUNGEN

Akupunktur

Dr. Benjamin Bohm
Patrick Dethloff
Dr. Roger Weist

Allergologie

Dr. Sabrina Heinrichs
Dr. Gönke Pörksen

Andrologie

Dr. Eckhard Schenk

Balneologie und Medizinische Klimatologie

Dr. Elmar Battenberg

Diabetologie

Dr. Swantje Brede

Geriatric

Dr./VAK Elena Bulanova
Katja Carstensen
Kirsten Dahms
Kirsten Kracke
Dr. Saskia Otte
Dr. Daniela Reißer-Schwachenwald

Handchirurgie

Dr. Martin Hornberger
Dr. Juliane Quast

Intensivmedizin

Oliver Belke
Dr. Maciej Piotr Izbicki
Christian Schmidt

Kinder-Gastroenterologie

Dr. Ina Ellrichmann

Manuelle Medizin/Chirotherapie

Dr. Markus Bergmeyer
Tuncay Ertural
Dr. Matthias Herzberg
Dr. Andreas Hug
Dr. Christina Jansen
Dr. Peter Koppe
Alexander Leopold
Dr. Susanne Mohaupt
Bernad Münstermann
Alexander Novo de Oliveira
Nadine Schelten
Dr. Beata Thomsen

Medikamentöse Tumorthherapie

Dr. Ulrike Wehkamp

Naturheilverfahren

Cornelia Klupsch

Notfallmedizin

Dr. Tobias Becher
Barbara Gersmann
Dr. Jonas Hanf
Nadine Hennig
Dr. Jonas Herzberg
Dr. Jessica Horn
Björn Jemlich
Dr. Thorben Klee
Anja Kraft
Dr. Maximilian Niemann
Maret Ochsen
Dr. Dipl.-Ing. Jörg Stephan
Kaija Szornn
Julia Wehner
Andreas Wefßler
Dr. Anna-Maria Wilz
Lena Zimmer

Palliativmedizin

Gunna Derner
Cornelia Dugaro
Dr. Katharina Gerber
Dr. Thomas Jens Hansen
Dr. Tim Haß
Dr. Wiebke Kuhn
Dr. Joanna Przewozna
Dr. Angelika Terjung
Felix Wachtler
Janko Winterling

Phlebologie

Dr. Heiko Schulze

Plastische Operationen

Dr. Johannes Metzke

Röntgendiagnostik - fachgebunden

Dr. Christian Weilandt

Schlafmedizin

Dr. Roland Kurth

Spezielle Orthopädische Chirurgie

Dr. Markus Stücker

Spezielle Schmerztherapie

Dr. Julia Hüllemann
Dr. Melanie Kratzenberg
Dr. Georg Laaff
Jörg Reichert
Dr. Thomas Rode-Appelhans
Dr. Dmitry Valentinovic Zorenkov

Spezielle Unfallchirurgie

Dr. Christian Weilandt

Spezielle Viszeralchirurgie

Benedikt Hörsch

Suchtmedizinische

Grundversorgung

Dr. Frank Hetzel

Die Liste ist nicht vollständig. Sie enthält nur die Namen derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich mit der Veröffentlichung einverstanden erklärt haben.

KREISAUSSCHÜSSE

Kommunikation führt zum Erfolg

Serie über die Kreisausschüsse - Start mit Lübeck. Der Vorsitzende Dr. Hauke Nielsen setzt auf permanenten Austausch.



Dr. Hauke Nielsen

Er sucht das Gespräch mit seinen Kollegen am UKSH in der Mittagspause, zur Kammerwahl plakatiert er auf dem Klinikgelände und er achtet auf ein ausgewogenes Verhältnis von männlichen und weiblichen Kollegen sowie an angestellten und niedergelassenen Ärzten bei den Wahlvorschlägen: Wenn eine Kammerwahl ansteht, ist Lübecks Kreisausschussvorsitzender Dr. Hauke Nielsen noch stärker als ohnehin für die Selbstverwaltung engagiert.

Auch dank seines Engagements standen für Lübeck vergleichsweise viele Kollegen auf der Wahlliste zur Kammerwahl. „Ich habe täglich Kontakt zu einer Vielzahl der im Kreis Lübeck tätigen Kollegen und nutze diesen engen Austausch auch für die Arbeit im Rahmen des Kreisausschusses“, berichtet Nielsen.

Insgesamt zählt der Kreisausschuss Lübeck 15 Mitglieder (sieben weiblich, acht männlich, sieben angestellt, acht niedergelassen) aus elf Fachrichtungen. „Der Kreisausschuss ist fachärztlich so breit aufgestellt, dass wir bei Anregungen und Problemen der Kollegen im Kreis gute Expertise vorweisen, leicht Rücksprache halten und uns adäquat mit den Dingen auseinandersetzen können“, so Nielsen. Er betont aber auch: „Weitere Kollegen sind uns willkommen“ - dies gelte auch für junge Kollegen, an denen es gerade in der Universitätsstadt nicht

mangelt. In Bezug auf den ärztlichen Nachwuchs sieht Nielsen für die Hansestadt keine Probleme.

Er appelliert an die Kollegen, den Kreisausschuss in seiner Funktion als Ansprechpartner und Mittler zur Ärztekammer zu erkennen und zu nutzen. In den dreimal jährlich stattfindenden gemeinsamen Sitzungen der Kreisausschussvorsitzenden mit dem Vorstand der Ärztekammer sei es stets möglich, die Kammer auf aktuelle Themen und Probleme der einzelnen Kreise hinzuweisen und auch Anliegen zur Weiterbearbeitung vorzutragen. Über die Sitzungen und die Kammerversammlungen berichtet Nielsen im Anschluss an den Kreisausschuss und tauscht sich mit den Anwesenden aus. Die anschließenden Gespräche empfindet er als konstruktiv; es herrsche eine gute Diskussionskultur und Meinungsbildung.

Die Zusammenarbeit mit dem örtlichen Ärzteverein bezeichnet Nielsen als „äußerst kooperativ“. Nicht der Kreisausschuss, sondern der Ärzteverein ist für die Organisation von Fortbildungen zuständig. Themenvorschläge und Anregungen nimmt Nielsen aber gern unter luebeck@aecksh.de entgegen und leitet diese an den Vorsitzenden des Ärztevereins, Dr. Sebastian Fetscher (ebenfalls Mitglied im Kreisausschuss und dort Fortbildungsbeauftragter) weiter.

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. Hauke J. Nielsen (Vorsitz)
- ▶ Dr. Frank Niebuhr (Stellvertreter)
- ▶ PD Dr. Sebastian Fetscher, (Fortbildungsbeauftragter)
- ▶ Dr. Waltraud Anemüller,
- ▶ Dr. Andreas Bobrowski, Lübeck - KV Kreisstellenleiter
- ▶ Dr. Michael Hamschmidt, - ärztlicher Leiter Gesundheitsamt
- ▶ Prof. Dr. Birgit Kahle
- ▶ Dr. Susanne Klaißer
- ▶ Dr. Jan Marxsen,
- ▶ Dr. Angela Michelsen,
- ▶ Dr. Anouchka Nazarenus
- ▶ PD Dr. Doreen Richardt
- ▶ Dr. Ralf Staiger, Lübeck - KV Notdienstbeauftragter
- ▶ Dr. Sven-Olaf Stiefke
- ▶ Dr. Meike Wedemeyer

KONTAKT

Wenn Sie Interesse an einer Mitarbeit im Kreisausschuss Lübeck haben, wenden Sie sich gern direkt an Dr. Hauke Nielsen. Er freut sich über eine Kontaktaufnahme per Mail an luebeck@aecksh.de.



 Schleswig-Holsteinisches
Ärzteblatt

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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

STELLENANGEBOTE

WIR verstehen den Job des Mediziners als Aufgabe fürs **LEBEN** und engagieren uns nachhaltig für **GESUNDHEIT.**



**ARBEITS- UND BETRIEBSMEDIZINER (M/W/D)
ODER ÄRZTE FÜR DIE WEITERBILDUNG (M/W/D)
ZUM FACHARZT FÜR ARBEITSMEDIZIN
VOLL- ODER TEILZEIT, BUNDESWEIT AN VERSCHIEDENEN STANDORTEN**
(u. a. Heide | Kiel | Flensburg)

Starten Sie mit uns durch in eine gesunde Zukunft!

Wir sind Vordenker, Marktführer und europaweit mit über 4.500 Fachkräften in der Arbeitsmedizin, in der Arbeitssicherheit und im Gesundheitsmanagement im Einsatz. Mit einem jährlichen Wachstum von über 200 Mitarbeitenden unterstützen und beraten wir unsere Kunden bei der Gestaltung gesunder und sicherer Arbeitsplätze.

Unser Antrieb: Wir fördern und leben Gesundheit – auf allen Ebenen.

WIR BIETEN MEHR

- > Vielfältige und erfüllende Aufgaben
- > Ausgezeichnete Aufstiegschancen
- > Work-Life-Balance mit flexiblen Arbeitszeiten
- > Finanzierte Weiterbildungsmaßnahmen
- > Attraktive Vergütung und Benefits

LEBEN UND ARBEITEN

- > Beratung von Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Größen in allen Fragen rund um Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz
- > Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen
- > Konzeption und Durchführung von Schulungen

IHR PROFIL ALS GESUNDHEITSEXPERTE

- > Ärztinnen und Ärzten mit 24-monatiger Erfahrung in einem Gebiet der Inneren und Allgemeinmedizin, Fachärzten für Arbeitsmedizin und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin bieten wir einen Einstieg in ein expandierendes Unternehmen
- > Professionelles Auftreten, Kommunikationsstärke und Freude an der Beratung
- > Teamfähigkeit

INTERESSIERT?

Dann freuen wir uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Ihrer Gehaltsvorstellungen und des frühestmöglichen Eintrittstermins, gerne auch per E-Mail an arztbewerbungen@bad-gmbh.de

B·A·D GmbH – Personalentwicklung und Recruiting

Frau Mähringer, Tel.: 0228 - 40072-407
Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn
www.bad-gmbh.de/karriere

Folgen Sie uns auf:



JETZT BEWERBEN!
wir-leben-gesundheit.com

Sicher arbeiten. Gesund leben.  **B·A·D**
GESUNDHEITSVORSORGE UND SICHERHEITSTECHNIK GMBH

Manche lassen ihr ganzes Leben zurück. Um es zu behalten.

Wir unterstützen Menschen, die auf der Flucht sind, damit sie ein Leben in Würde führen können.

brot-fuer-die-welt.de/fluechtlinge

IBAN: DE10 1006 1006 0500 5005 00

Mitglied der **actalliance**



Würde für den Menschen.

ANZEIGEN- SCHLUSSTERMIN:

Heft Nr. 12

20. November 2019

**Sie haben eine Idee für
eine Anzeige
aber niemanden für
die Umsetzung?**

Wir helfen Ihnen!

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

STELLENANGEBOTE

Diakonie Ostholstein

 Pflege • Versorgung • Begleitung

Die Diakonie Ostholstein gGmbH ist Träger der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) im östlichen Holstein.

Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir ab 01.01.2020 oder später

Palliativmediziner (m/w/d)

mit abgeschlossener Facharztausbildung und Zusatzweiterbildung Palliativmedizin für die Besetzung der ärztlichen Rufdienste außerhalb der normalen Arbeitszeit.

Wir bieten Ihnen frei wählbare Dienstwochenenden und/oder Dienste an Wochentagen in der Zeit von 16 bis 8 Uhr bei adäquater Vergütung. Die notwendige Dienstausrüstung stellen wir Ihnen zur Verfügung. Bei Bedarf können Sie ein Dienstfahrzeug nutzen.

Unser multiprofessionelles Team trifft sich regelmäßig zu Teamsitzungen, Fortbildungen und Supervisionen. Wir sind ausdrücklich an der Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen sowie aus dem ambulanten und stationären Sektor interessiert.

Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an:

Dr. med. Regina Böhme
Diakonie/SAPV-Fachbereichsleitung

Janusallee 1
23714 Bad Malente
Tel.: 04523 883687

Mail: regina.boehme@sapv-oh.de

SAPV

Spezialisierte ambulante
Palliativversorgung
Östliches Holstein



Stadt
Neumünster

Wir suchen für unseren Fachdienst Gesundheit zum nächstmöglichen Zeitpunkt bzw. zum 01.01.2020 zwei

Fachärztinnen (m/w/d)

Abteilungsleitung „Amtsärztliche Leistungen, Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz“ (00534/1)

Abteilungsleitung „Sozialpsychiatrie und Leistungen für besondere Zielgruppen“ (00532/1)

Frau Dr. Barth, Tel. (04321) 942 2815, als Fachdienstleiterin Gesundheit, gibt gern weitere Informationen zu dieser Stellenausschreibung.

Nähere Informationen finden Sie unter www.neumuenster.de/stellenangebote.

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte unter Angabe der Referenz-Nr. bis zum **15.12.2019** an die:

Stadt Neumünster, Zentrale Verwaltung und Personal, Abt. Personal, Postfach 2640, 24516 Neumünster oder personaldienste@neumuenster.de. Bitte fügen Sie Ihre Unterlagen zu einer PDF-Datei zusammen und senden diese unter Angabe der Referenznummer im Email-Betreff.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!



Bitte haben Sie Verständnis, dass wir keine Eingangsbestätigung versenden.

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.



Ihr Weihnachts-CARE-Paket für Kinder in Kriegsgebieten. Jetzt spenden: www.care.de

IBAN: DE 93 37050198 0000 0440 40



care[®]
Die mit dem CARE-Paket

STELLENANGEBOTE

WIR suchen Führungskräfte in der Arbeitsmedizin, die eine positive Unternehmenskultur **LEBEN** und innovative Lösungen zur unternehmerischen **GESUNDHEIT** entwickeln.



Führungskräfte in der Arbeitsmedizin (m/w/d)
VOLLZEIT, IN FLENSBURG UND HEIDE

Starten Sie mit uns durch in eine gesunde Zukunft!
Wir sind Vordenker, Marktführer und europaweit mit über 4.500 Fachkräften in der Arbeitsmedizin, in der Arbeitssicherheit und im Gesundheitsmanagement im Einsatz. Mit einem jährlichen Wachstum von über 200 Mitarbeitenden unterstützen und beraten wir unsere Kunden bei der Gestaltung gesunder und sicherer Arbeitsplätze.
Unser Antrieb: Wir fördern und leben Gesundheit – auf allen Ebenen.

WIR BIETEN MEHR

- > Sie gestalten unsere „Gesunde Führung“ von Anfang an mit
- > Sie erwarten vielfältige und erfüllende Aufgaben und ausgezeichnete Aufstiegschancen
- > Sie genießen eine gute Work-Life-Balance mit flexiblen Arbeitszeitmodellen
- > Sie erhalten eine attraktive Vergütung und zahlreiche Benefits

IHR PROFIL ALS GESUNDHEITSEXPERTE

- > Sie konnten bereits den Facharzttitle „Arbeitsmedizin“ oder die Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ erlangen
- > Sie haben Freude an der Entwicklung und Motivation Ihrer Mitarbeiter
- > Sie sind interessiert an wirtschaftlichen Zusammenhängen
- > Sie besitzen eine hohe Kunden- und Serviceorientierung, ausgeprägtes Organisationsgeschick und Kommunikationsfähigkeit

B:A-D GmbH – Personalentwicklung und Recruiting

Frau Mähringer, Tel.: 0228 - 40072-407
Herbert-Rabius-Straße 1, 53225 Bonn
www.bad-gmbh.de/karriere

Folgen Sie uns auf:




LEBEN UND ARBEITEN

- > Sie führen die Mitarbeiter Ihres Ärzteteams in den entsprechenden Gesundheitszentren
- > Sie beraten Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Größen in allen Fragen rund um Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz
- > Sie führen arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen durch
- > Sie gestalten die Entwicklung der Sparte Arbeitsmedizin in unserem Unternehmen aktiv mit

INTERESSIERT?

Dann freuen wir uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellungen und des frühestmöglichen Eintrittstermins, gerne auch per E-Mail an arztbewerbungen@bad-gmbh.de

 **JETZT BEWERBEN!**
wir-leben-gesundheit.com

 **BAD**
GESUNDHEITSVORSORGE UND SICHERHEITSTECHNIK GMBH
Sicher arbeiten. Gesund leben.

STELLENGESUCHE

HNO-Facharzt sucht Anstellung

in Praxis / MVZ
im Hamburger Umfeld
ab 1.12. oder später.
Kontakt unter:
facharztthno@yahoo.com

KV-SITZ

Nervenarzt/-ärztin für Hamburg gesucht!

Ganzer Sitz in etablierter Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie ab 2020 frei.

Zuschriften bitte an info@hamburg-neuro.de



Spenden Sie unter www.dkhw.de

Mit Ihrer Hilfe finden Kinder Platz zum Spielen.



STELLENANGEBOTE

Pathologe/-in Teilzeit gesucht

Das Institut für Hämatopathologie Kiel sucht zum 01.04.2020 einen/eine **FA/FÄ für Pathologie** oder **Assistent/-in in fortgeschrittener Weiterbildung**.

Wir sind ein modern eingerichtetes Institut mit Zugriff auf ein breites Methodenspektrum (Histologie, Zytologie, Flowzytometrie, Molekularpathologie). Wir betreuen Einsender aus dem gesamten Bundesgebiet im Spezialgebiet Hämatopathologie und Lymphom-erkrankungen sowie Dermatopathologie.

Kontakt: Dr. Wiebke Franz - wfranz@haematopathologie-kiel.de

AUGEN

Facharzt (m/w/d) für Region Alpenland (Allgäu). Im Team oder eigenständig. TZ möglich.

Bewerbung bitte an christina.halder@augenklinik-kempten.de

Gyn-Praxis in Winsen und Lüneburg sucht Weiterbildungsassistentin (m/w) oder FÄ/FA

24-Monate WB-Ermächtigung für gyn. Praxis in Winsen und Lüneburg, in TZ oder VZ. Sehr nettes Team.

E-Mail: gyn-wba@gmx.de

**ANZEIGEN-
SCHLUSSTERMIN:
Heft Nr. 12
20. November 2019**

**KINDER
IN NOT**

Ihr Weihnachts-CARE-Paket für Kinder in Kriegsgebieten. Jetzt spenden: www.care.de

IBAN: DE 93 37050198 0000 0440 40

 **care**
Die mit dem CARE-Paket

Als Gesundheitszentrum in Quickborn mit mehreren Fachrichtungen unter einem Dach suchen wir

eine/n FA/FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe zur Anstellung gerne ab dem 01.01.2020 in TZ oder VZ.

Wir bieten ein umfangreiches gynäkologisches Spektrum in unserer Praxis an, u.a. mit einem ambulanten OP-Zentrum für Gynäkologische Eingriffe.

Sie haben Spaß an der selbstverantwortlichen Patientenversorgung sowie einem kollegialen Gedankenaustausch und arbeiten gerne in einem Team? Haben vielleicht auch den Wunsch einer späteren Teilhaberschaft? (keine Voraussetzung).

Dann freuen wir uns über Ihre aussagefähige Bewerbung, bitte per Mail an unsere Praxismanagerin hilmer@gesundheitszentrum-quickborn.de.

Hausarztpraxis in Bargteheide mit super Team

sucht **FÄ/FA f. Allgemeinmedizin/Innere Medizin** oder **WBA Allgemeinmedizin** zur Anstellung. Gute Anbindung nach Hamburg. Voll- oder Teilzeit möglich mit guter Work/Life Balance. Späterer Einstieg in Gemeinschaftspraxis oder Übernahme denkbar.

Kontakt unter Tel. 0176/56796899 oder jens.thomae@web.de



BDN

Betriebsärztlicher Dienst Norddeutschland GmbH

Wir sind ein modernes Dienstleistungsunternehmen und betreuen verschiedene Firmen arbeitsmedizinisch in Lübeck und Umgebung, vor Ort oder in unserer eigenen Praxis und suchen zu sofort oder später **in Lübeck** einen **Weiterbildungsassistenten (m/w/d) FÄ Arbeitsmedizin (w/m/d)** Vollzeit (Teilzeit möglich) und/oder einen **Facharzt (w/m/d)** Vollzeit (Teilzeit möglich)

Sie bringen mit:

- Approbation als Arzt/Ärztin (ggf. Facharztweiterbildung in Arbeitsmedizin)
- bei Weiterbildungsassistenten: 2 Jahre internistische Weiterbildung (kann auch später erworben werden)
- Kooperationsbereitschaft, Teamfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein
- kundenorientierte, selbstständige Arbeitsweise

Wir bieten:

- attraktives Gehalt und geregelte Arbeitszeiten (7.30-16.00 Uhr, bei Teilzeit in Absprache – ohne Nacht- und Wochenenddienste)
- Dienstwagen für Einsätze außer Haus sowie finanzierte Weiterbildungsmaßnahmen
- strukturierte Einarbeitung und Unterstützung durch qualifiziertes Assistenzpersonal

Diese Stelle eignet sich auch für Wiedereinsteiger/-innen, Berufsanfänger/-innen und Kollegen, die sich neu orientieren möchten

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung:

Betriebsärztlicher Dienst Norddeutschland GmbH

Frau Kathrin Bromberger, Osterweide 8, 23562 Lübeck oder Kathrin.Bromberger@bd-nord.de

Für eine telefonische Kontaktaufnahme vorab steht Ihnen unsere Geschäftsführerin, Frau Bromberger unter Tel.: 0451/607299-0 zur Verfügung.

Idyllisch am Elbe-Lübeck-Kanal gelegene Landarztpraxis mit nettem Team sucht **fachärztliche/n Kollegin/Kollegen zur hausärztlichen Versorgung**, gerne auch in Teilzeit

www.krummesser-hausaerzte.de
Kontakt unter: drakropp@aol.com

Vereinbarkeit von Beruf und Familie?
Kein Wochenenddienst, keine Nachtdienste
- bei uns ist das möglich!

Wir suchen SIE als **Fachärztin/ Facharzt für Anästhesiologie** in Teilzeit zur Verstärkung unseres Teams der Frauenklinik an der Elbe zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
anaesthesie@frauenklinik-elbe.de

FA/FÄ Pädiatrie

20-36 Std. für Ausbau großer Schwerpunktpraxis in HH-Nord gesucht!
(WB Allerg./Pneumologie u.U. möglich)
Tel. 040-63644410 o. 0170-7387026
oder cms313025@gmail.com

Suche **Praxisassistent für große hausärztliche Allgemeinarztpraxis** in Süderbrarup, späterer Einstieg in Partnerschaft möglich.

Anfragen bitte an schleiaerzte@gmail.com

MEDIZINTECHNIK



AMT
Abken Medizintechnik

... auch im Internet unter:
www.amt-abken.de

Ihr zuverlässiger Partner für
Ultraschallgeräte bei Beratung,
Kauf, Service und Finanzierung!

PHILIPS SAMSUNG SIEMENS Healthineers

AMT Abken Medizintechnik GmbH · Langenharmer Weg 219 · 22844 Norderstedt
Tel. 040 - 180 10 282 · info@amt-abken.de · www.amt-abken.de

PRAXISABGABE

Augen-Doppelpraxis

Gewinn pro Jahr € 500 Tsd. , mind. 12 Wochen Urlaub, 34,5 h Wochenarbeitszeit/Arzt, kein Notdienst, 1-2,5 Augenärzte möglich, derzeit 2 Fachärzte. Chirurgie leicht machbar, wir überweisen jährl. über 400 Pat. zur Kat.-extr., Vorder-/Hinterabschnittlaser, Sehschule, Vollzeitorthoptistin u.v.m.. Übernahmekosten gering.

Leben im Urlaubsland Nr. 1: 1h zur Ostsee, 1,25h bis Hamburg, 1,5h bis Berlin.

Kontakt unter Telefon 0151 - 26 92 05 05, 19h - 21h

Nervenarztpraxis

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

praxis_abgabe@web.de

CHIFFREHINWEIS:

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

Beteiligung an großer Gemeinschaftspraxis in der hausärztlichen Versorgung

zwischen Hamburg und Bremen **Ende 2020** abzugeben.

Vorherige Einarbeitung im Angestelltenverhältnis möglich.

Kontakt unter Chiffre SH50395.

Nachfolger/in für gutgehende Hausarztpraxis in Norderstedt

(Nähe Herold-Center – gute U-Bahn-Anbindung) zum 1.1.2020 gesucht.

J.M. Berger Tel. 0170-162 29 22

Nachfolger/in für Allgemeinarztpraxis in Keitum auf Sylt gesucht

Nach fast 30 Jahren Tätigkeit suche ich für Anfang 2021 engagierte/n Nachfolger/in für Einzelpraxis im ländlich geprägten Osten der Insel mit entsprechenden touristischen Anteil. Eine Beziehung zur Insel wäre wünschenswert. Bei Interesse bitte ich um Kontakt via Chiffre SH50412.

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg · Heide · Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.



RECHTSBERATUNG FÜR DIE HEILBERUFE

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



DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

Kurhausstraße 88 · 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/89930 · Fax 04551/899333
E-Mail: mail@kk-recht.de
www.kk-recht.de

Praxisrecht

Dr. Fürstenberg & Partner
Hamburg · Berlin · Heidelberg

Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen im Gesundheitswesen!

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

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

Praxisrecht.de

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

Rechtsanwälte & Fachanwälte für
Medizinrecht | Steuerrecht

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

BEILAGENHINWEIS:

Diese Ausgabe enthält eine Beilage der KelCon GmbH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vorsitzender des Verwaltungsrates
Bertram Bartel

Vorsitzender des Aufsichtsrates
Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen
Geschäftsführung
Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de

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

AKIS

**Der Service Ihrer
Ärztekammer
online:**

Das Ärztekammer-
Informations-System
(„AKIS“) ist eine On-
line-Kommunikations-
und Service-
Plattform der Ärzte-
kammer 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 · Scheinpflug · Bernert
vereidigte Buchprüfer und Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft

Spezialisierte Beratung für Ärzte



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

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



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

Kanzlei für **Medizinrecht**

Wir beraten Ärzte

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
Partnerschaft

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtener Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

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

RAin Sabine Barth
Rechtsanwältin

info@medrechtspartner.de
www.medrechtspartner.de

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

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

Rohwer & Gut

Partnerschaftsgesellschaft mbB,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft



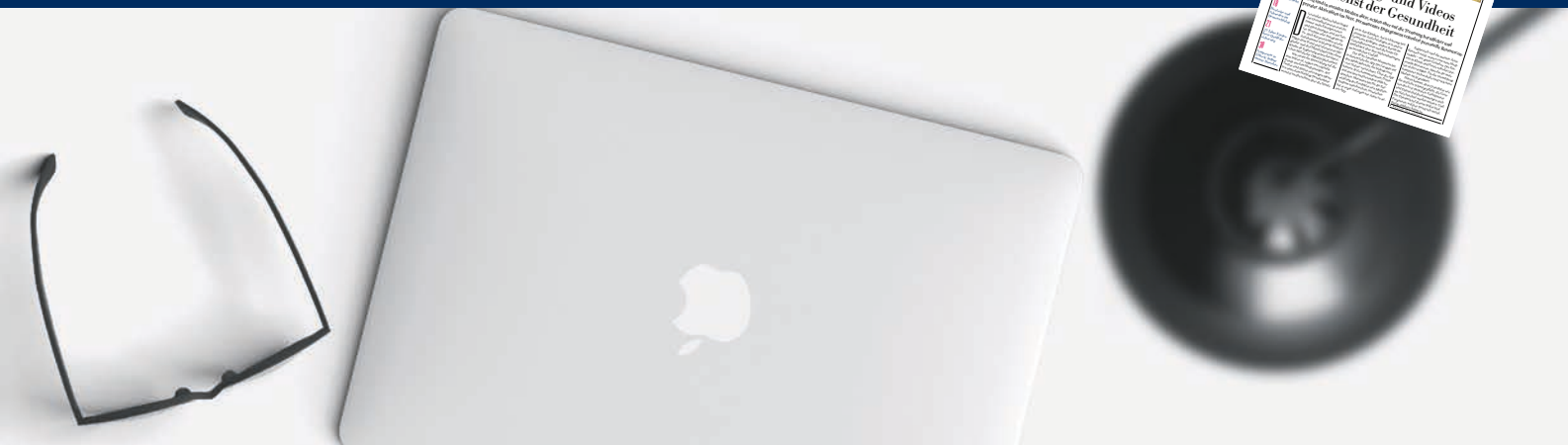
Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

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

Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt



STELLEN- UND WIRTSCHAFTSZEITUNG

STELLENANGEBOTE

HAMBURG SUCHT! BEZIRKSAMT HAMBURG-MITTE

Sie wollen sich beruflich verändern? Wir haben eine spannende Alternative für Sie! Das **Gesundheitsamt** sucht zum nächstmöglichen Termin ein Voll- oder Teilzeit-Praxisarzt.

FACHÄRZTIN/FACHARZT (M/W/D) FÜR PÄDIATRIE ODER ALLGEMEINEMEDIZIN MIT PÄDIATRISCHER ERFAHRUNG

Kurz vor der jeweiligen u.g. Facharztprüfung für den Fachbereich Pädiatrie oder Allgemeinmedizin sind wir auf der Suche nach einer engagierten und erfahrenen Kollegin oder einem Kollegen für die Abteilung Kinder- und Jugendgesundheitsamt (KJG) im Vorklinikhaus des Gesundheitsamtes Hamburg-Mitte. Die Aufgaben umfassen die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in der Ambulanz sowie in der Notaufnahme, die Teilnahme an der ärztlichen Dienstleistung, die Teilnahme an der ärztlichen Dienstleistung, die Teilnahme an der ärztlichen Dienstleistung, die Teilnahme an der ärztlichen Dienstleistung.

FACHÄRZTIN/FACHARZT (M/W/D) FÜR INNERE MEDIZIN ODER PNEUMOLOGIE ODER RADIOLOGIE ODER ALLGEMEINEMEDIZIN ODER RÄRZTIN/ARZT (M/W/D) MIT EINSCHLÄGIGEN ERFAHRUNGEN IN DEN GENANNTEN BEREICHEN

Das Gesundheitsamt Hamburg-Mitte ist ein zentralisiertes Gesundheitsamt mit 172 Stellen in der Fachabteilung Innere Medizin, Pneumologie, Chirurgie, Gynäkologie und einer Beteiligung an der Urologie.

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

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen **Artzt in Weiterbildung (w/m/d) oder Facharzt (w/m/d) Innere Medizin/Allgemeinmedizin für die Fachabteilung Geriatrie, in Voll- oder Teilzeit**.

Artzt in Weiterbildung (w/m/d) Innere Medizin/Pneumologie

Das Gesundheitsamt Hamburg-Mitte ist ein zentralisiertes Gesundheitsamt mit 172 Stellen in der Fachabteilung Innere Medizin, Pneumologie, Chirurgie, Gynäkologie und einer Beteiligung an der Urologie.

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

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik verfügt über 114 stationäre und ambulante Behandlungsbetten sowie eine spezialisierte Intensivstation. Seit 2008 arbeitet die Klinik im regionalen Verbund mit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) zusammen. Die Klinik ist eine gut vernetzte psychiatrische Psychotherapeutische Arbeitsgemeinschaft. Es besteht eine enge Kooperation mit den verschiedenen Kliniken des UKE.

Gesundheitsamt - Systematische BAQ - Teil 03 - Schöningh

Das Gesundheitsamt Hamburg-Mitte ist ein zentralisiertes Gesundheitsamt mit 172 Stellen in der Fachabteilung Innere Medizin, Pneumologie, Chirurgie, Gynäkologie und einer Beteiligung an der Urologie.

Assistenzarzt (m/w/d) - Schleswig

Das Gesundheitsamt Hamburg-Mitte ist ein zentralisiertes Gesundheitsamt mit 172 Stellen in der Fachabteilung Innere Medizin, Pneumologie, Chirurgie, Gynäkologie und einer Beteiligung an der Urologie.

