



Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Nr. 10

Oktober 2019
Bad Segeberg
72. Jahrgang

Herausgegeben von
der Ärztekammer
Schleswig-Holstein

Gesundheit ist ein Menschenrecht

Auf Probleme in der gesundheitlichen Versorgung u. a. von Flüchtlingen und Migranten machte eine Veranstaltung des Paritätischen im vergangenen Monat in Kiel aufmerksam.

► SEITE 16



WEITERBILDUNG

Der neue flexible Weg zum Facharzt

Beratung über die neue Weiterbildungsordnung in der Kammerversammlung. Entscheidung Ende November. Vorstand spricht von einer „neuen Weiterbildungskultur“.

Junge Ärzte in Schleswig-Holstein können sich auf eine neue Kultur in der Weiterbildung einstellen. Kommanden Monat verabschiedet die Ärztekammer Schleswig-Holstein voraussichtlich ihre neue Weiterbildungsordnung. Ein erstes Stimmungsbild nach einer Diskussion über das umfangreiche Werk in der Kammerversammlung zeigte die Tendenz, wesentliche Bestandteile der Musterweiterbildungsordnung auf Bundesebene im Norden zu übernehmen. Das bedeutet: Die Weiterbildungsordnung wird flexibler und kompetenzorientiert, die vermittelten Inhalte sind wichtiger als Richtzahlen.

Die Ärzte in Weiterbildung bekommen u. a. einen verbrieften Anspruch auf bestimmte Leistungen, können mehr Zeiten ambulant erbringen und sich auf ein elektronisches Logbuch stützen. Verbunden ist diese Entwicklung mit noch höherer Verantwortung der Weiterbildungsbefugten. Zugleich setzt die Ärztekammer darauf, dass sich in den Krankenhäusern und großen Praxen „Kümmerer“ für die Weiterbildung herausbilden und die jungen Ärzte damit besser durch die in der Regel fünfjährige Zeit begleiten.

Wie die Weiterbildungsordnung in Schleswig-Holstein konkret aussehen wird, entscheidet die Kammerversamm-

lung am 27. November. Anschließend wird die Ärztekammer die Neuerungen in den großen Krankenhäusern und Weiterbildungspraxen vor Ort vorstellen und die wichtigsten Inhalte erläutern.

Der neuen Weiterbildungsordnung waren jahrelange Beratungen auf Bundesebene vorangegangen. Schleswig-Holsteins Ärztekammer-Präsident Dr. Henrik Herrmann ist überzeugt, dass sich die intensive Vorarbeit gelohnt hat. Er wird sich für die Weiterbildung künftig in neu gewählter Funktion als einer der beiden Vorsitzenden der Weiterbildungsgremien auf Bundesebene einsetzen.

► WEITER AUF SEITE 6

THEMEN

11
Kreis Segeberg
fördert Ärzte

12
Offene Sprech-
stunde wirkt
kontraproduktiv

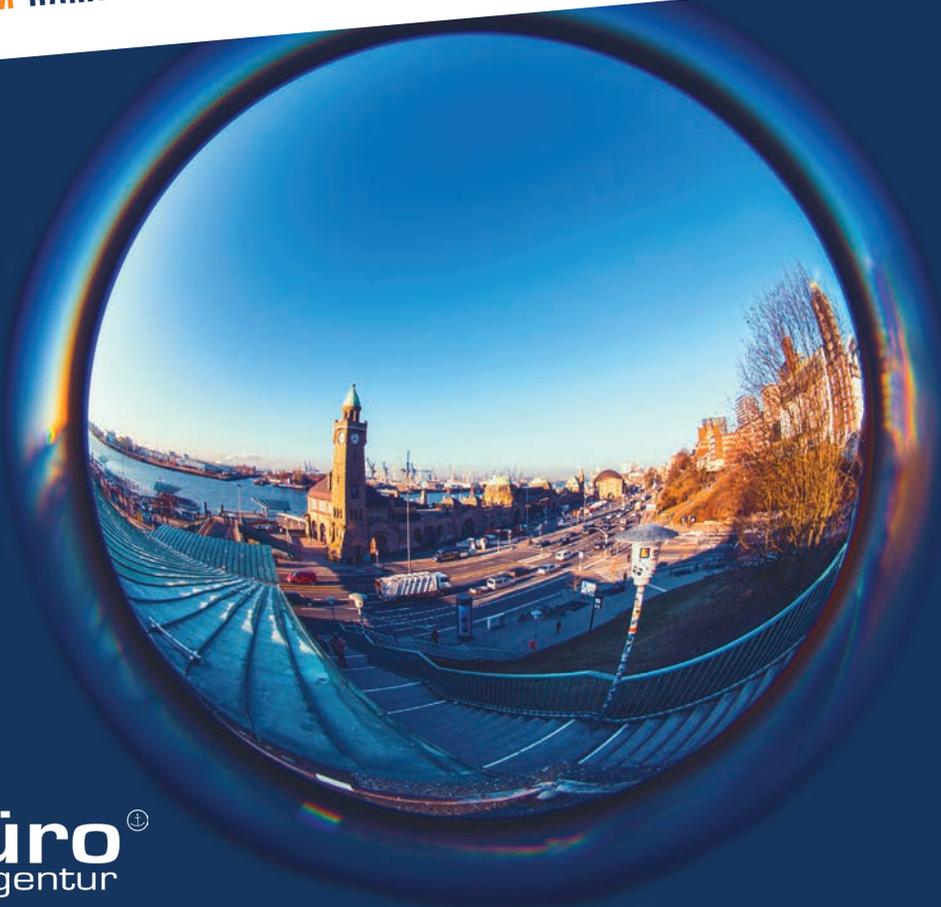
14
Heimpatienten
profitieren von
Telemedizinnetz

29
Dithmarscher
Ärzte rocken mit
dem Nachwuchs

32
Prof. Lehnert
wechselt nach
Salzburg



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

Hürden überwinden, Ausgrenzung vermeiden

„Die Gesundheit und das Wohlergehen meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein. Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder jegliche andere Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder Patienten treten.“

Auf einer Fachtagung zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten zwischen Menschenrechten und struktureller Ausgrenzung ist mir der tiefe Sinn dieser im Genfer Gelöbnis hinterlegten ärztlichen Werteorientierung noch einmal bewusst geworden. Es bestehen für Geflüchtete vielfältige Zugangsbarrieren, medizinische Leistungen sind gerade in der ersten Zeit außerhalb von Akutsituationen stark eingeschränkt. Interprofessionelle Netzwerke mit hohem Engagement aller Beteiligten haben sich in Schleswig-Holstein regional gebildet, um die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten zu verbessern. Diese sind bislang noch wenig bekannt und sichtbar. Es gilt, Hürden zu überwinden, Ausgrenzungen zu vermeiden und eine anhaltend umfassende Gesundheitsversorgung darzustellen.

Als Ärztekammer setzen wir uns dafür ein, dass folgende Ziele erreicht werden:

- ▶ Integration der Geflüchteten in unser Gesundheits- und Hilfsmittelsystem mit Überwindung sprachlicher und kultureller Barrieren
- ▶ Aufarbeitung psychotraumatischer Folgen der Vertreibung und Flucht mit vulnerablen Erlebnissen bei Kindern und Erwachsenen
- ▶ Aufbau einer Gesundheitskompetenz im präventiven und krankheitsbezogenen Bereich.

Wir haben gelernt, dass Geflüchtete nicht Träger von seltenen Erkrankungen sind, sondern die gleichen chronischen Krankheiten aufweisen wie unsere Bevölkerung. Der Zugang zu unserem Gesundheitswesen ist dabei teilweise schwer durchschaubar – dies gilt durchaus auch für alle Bürgerinnen und Bürger in unserem Land. Diesen Zugang zu ermöglichen, ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der Politiker, Wissenschaft, Sozial- und Wohlfahrtsverbände und die Ärzteschaft gefordert sind. Gerade uns als Ärztinnen und Ärzten kommt dabei die wichtigste Rolle zu, da wir präventiv, kurativ und sozial am Patienten tätig sind. Mir ist auch der letzte Aspekt besonders wichtig im Virchowschen Sinne: „Die Medicin ist eine sociale Wissenschaft, und die Politik ist weiter nichts, als Medicin im Grossen“.

Diese Fachtagung mit der Überschrift „Gesundheit ist ein Menschenrecht“ hat mich noch einmal sensibilisiert für die ethischen Grundsätze unserer Profession. Gerade auch in gesundheitspolitischen Diskussionen und Auseinandersetzungen müssen sie jederzeit unsere oberste Handlungsmaxime bleiben.

Freundliche Grüße
Ihr

Dr. Henrik Herrmann
PRÄSIDENT



„Der Zugang zum Gesundheitswesen ist teilweise schwer durchschaubar.“

Inhalt

NACHRICHTEN	4
Diskussion über Medizinstudienplätze	4
Förderkreis beschäftigt sich mit Versorgung	4
Kampagne für „Kein Täter werden“	5
Kurz notiert	5
TITELTHEMA	6
Ärzttekammer diskutiert über die neue Weiterbildungsordnung in Schleswig-Holstein	6
GESUNDHEITSPOLITIK	11
Kreis Segeberg will Ärzte fördern	11
Offene Sprechstunde aus Sicht der Ärzte kein Fortschritt	12
Telemedizin für Dithmarscher Heimbewohner	14
KV-Abgeordnete hadern mit Gesundheitspolitik	15
Tagung: Gesundheit ist ein Menschenrecht	16
AOK-Tag in Kiel zur Versorgung	18
TK diskutiert über Digitalisierung	19
IM NORDEN	20
Sozialmedizinisches Kolloquium in Lübeck	20
Deutsche Adipositas Gesellschaft tagte in Kiel	21
Portrait: Ärztin und Kulturwissenschaftlerin Anke Jacobs	22
Neubau für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig	23
Serie: KV Schleswig-Holstein nach dem Krieg	24
Ungewöhnliche Fortbildung in Meldorf	29
Ethik: Mit Präsenz Vorurteile abbauen	30
PERSONALIA	32
RECHT	34
Schlichtungsfall	34
Kurz notiert	35
MEDIZIN & WISSENSCHAFT	36
Pneumologische Frühreha	36
FORTBILDUNGEN	37
Seminar: Rauchfrei statt abhängig	37
Fachtagung zur Gerontopsychiatrie	38
Termine	40
Rheumakongress in Dresden	42
ANZEIGEN	43
TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50

Landespolitiker wollen mehr Studienplätze



Der schleswig-holsteinische Landtag hat sich in seiner Sitzung Ende September einstimmig für eine Bundesratsinitiative für 1.000 zusätzliche Medizinstudienplätze ausgesprochen. Ärztin und Grünen-Politikerin Dr. Maret Bohn forderte vom Bund, die Länder „nicht im Stich zu lassen“. Sie hat ausreichend Interesse am Arztberuf ausgemacht, nur: „Jede dritte Bewerbung läuft ins Leere.“

Einig waren sich viele Redner, dass 1.000 neue Studienplätze „bundesweit nur ein Tropfen auf den heißen Stein sind“, wie es der SPD-Abgeordnete

Heiner Dunckel ausdrückte. Auch sei nicht absehbar, wie neue Plätze bundesweit verteilt würden. FDP-Gesundheitsexperte Dennys Bornhöft erinnerte daran, dass neben zusätzlichen Medizinstudienplätzen mehr dafür getan werden muss, junge Ärzte im Land zu halten. Wirtschaftsförderung, Digitalisierung, ländliche Räume, Gesundheit und Wissenschaft sollten dafür „zusammen gedacht“ werden. Wissenschaftsministerin Karin Prien (CDU) forderte eine Aufwertung des ländlichen Raums, um die Tätigkeit als Landarzt attraktiver zu machen. (PM/RED)

Wie sicher ist die Sicherstellung?

Der Förderkreis Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein (FKQS) diskutiert am 13. November in Kiel über die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein – und wagt dabei den Blick über den Tellerrand auf andere Bereiche des Gesundheitswesens im Norden.

Wie ist die Situation genau in Schleswig-Holstein und welche Maßnahmen haben die beteiligten Institutionen bereits ergriffen, welche Möglichkeiten gibt es noch? Antworten auf diese Fragen erhofft sich der Förderkreis von dieser Veranstaltung zu seinem 25-jährigen Bestehen. Nach Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg und Abteilungsleiterin Bianca Hartz von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) wird Barmer-Chef Dr. Bernd Hillebrandt einen Impuls aus Sicht eines Krankenkassenvertreters geben. Anschließend diskutieren Schleswig-Holsteins Hausärztschef Dr. Thomas Maurer aus Leck und Facharzt Dr.

Marc Koch, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie von der überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft Medbaltic, in einer moderierten Runde mit Thomas Rampoldt von der Ärztenozessenschaft Nord.

Danach kommen Vertreter anderer Gesundheitsbereiche zu Wort und beleuchten das Thema aus ihrer Sicht: Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, Dr. Peter Froese, Vorsitzender des Apothekerverbandes Schleswig-Holstein, und Dr. med. dent. Joachim Hüttmann aus dem Landesvorstand des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte steuern ihre Erfahrungen bei.

Die Teilnahme ist kostenfrei, eine Anmeldung ist erforderlich. Ärzte bekommen für die Teilnahme drei Fortbildungspunkte. Die Veranstaltung im Steigenberger Conti Hansa (Schlossgarten 7) beginnt um 18 Uhr. Weitere Informationen zur Veranstaltung unter www.foerderkreis-qs.de. (PM/RED)

„Kein Täter werden“ soll bekannter werden

Rund 250.000 Menschen in ganz Deutschland und 7.000 in Schleswig-Holstein fühlen sich sexuell zu Kindern hingezogen. Diese sexuelle Präferenzstörung – die „Pädophilie“ – ist nicht heilbar, kann aber kontrolliert werden. Um das Thema in der gesellschaftlichen Debatte sowie das therapeutische Angebot bekannter zu machen, startete das Zentrum für Integrative Psychotherapie (ZIP) am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, die Informationskampagne „Kein Täter werden in Schleswig-Holstein“.

Eine vom Land geförderte Kampagne mit Maßnahmen wie Film, Plakatwerbung und Infomaterialien u. a. für Arztpraxen und Beratungsstellen soll den Bekanntheitsgrad des Projektes erhöhen. Durch Beiträge in (Fach-)Zeitschriften und Informationsveranstaltungen soll ein landesweites Netzwerk entstehen.

Bereits im Jahr 2005 wurde an der Berliner Charité das Projekt „Präventi-

on von sexuellem Kindesmissbrauch im Dunkelfeld“ gestartet. In den Folgejahren öffneten an verschiedenen Standorten in Deutschland ähnliche Therapiezentren, die sich 2011 zum bundesweiten Präventionsnetzwerk „Kein Täter werden“ zusammengeschlossen haben. Mittlerweile ist über das Präventionsnetzwerk an zwölf Standorten in Deutschland professionelle Hilfe für Personen mit pädophilen Neigungen verfügbar – freiwillig, unter Schweigepflicht und seit 2018 als Gesundheitsleistung von der Krankenkasse in einem speziellen multizentrischen Modellprojekt finanziert.

Der Kieler Standort besteht seit 2009. In den zehn Jahren meldeten sich in Schleswig-Holstein etwa 400 Personen, die wegen einer pädophilen Problematik Hilfe suchten, bundesweit waren es fast 10.000 Betroffene an den verschiedenen Standorten. Die bisherige Auswertung der Therapieergebnisse hat ergeben, dass die meisten Teilnehmer eine bessere Kontrolle über ihr sexuelles Verhalten erreicht haben. (PM/RED)

ANZEIGE

146. Jahrestagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin

31.01. bis 01.02.2020, Handelskammer Hamburg

Schwerpunktthemen

- Neuerungen in der Therapie von internistischen Erkrankungen
- Unterstützende Konzepte in der Tumormedizin
- Aktuelle Entwicklungen der Inneren Medizin für den praktischen Alltag
- Hämatologische Malignome
- Nephrologie

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Carsten Bokemeyer
Prof. Dr. med. Tobias Huber
Universitätsklinikum Hamburg

+++ Updates zu allen Teilbereichen der Inneren Medizin +++

Detaillierte Information und Anmeldung

www.innere-nordwest.de

KURZ NOTIERT

Hausärzte informieren mit neuem Magazin „entscheiden“



Seit vergangenen Monat informiert ein neues Magazin über Organ- und Gewebespenden. Das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und dem Deutschen Hausärzterverband herausgegebene Heft „entscheiden“ beinhaltet u. a. Portraits und Interviews, in denen Menschen persönliche Geschichten, Erfahrungen und Gedanken zum Thema Organ-

spende schildern. Ziel ist es, den Lesern das Thema aus verschiedenen Perspektiven näherzubringen. Ergänzend dazu werden wichtige Fragen beantwortet, Daten, Fakten und praxisnahe Tipps gegeben.

„Unsere aktuelle Repräsentativbefragung belegt, dass 44 Prozent der Befragten gerne mehr Information zum Thema Organspende hätten. Diesem großen Bedarf an Information kommen wir mit dem neuen Wartezimmermagazin zum Thema Organspende nach, indem wir Menschen bei ihrer Entscheidung mit seriösen Informationen unterstützen. Gleichzeitig wollen wir auch diejenigen erreichen, für die das Thema Organspende bisher nicht relevant war“, sagte die Leiterin der BZgA, Dr. Heidrun Thaiss. Hausärzte in Schleswig-Holstein bekommen das neue Magazin per Post zugeschickt und haben über die Auslage im Wartezimmer die Möglichkeit, ihre Patienten zu informieren. (PM/RED)

Share to care läuft ausgezeichnet in Bremer Hausarztpraxen

Das Share to care-Interventionsprogramm des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, ist beim diesjährigen Gesundheitspreis des Pharmaunternehmens MSD mit einem Sonderpreis ausgezeichnet worden. Ziel des Shared Decision Making-Projektes ist wie berichtet, chronisch kranke Patienten stärker mit entscheiden zu lassen, welche Therapie die beste für sie ist. Das in Kiel entwickelte Programm trägt dem Wunsch der Patienten nach mehr Information und Mitbestimmung Rechnung und soll an allen UKSH-Kliniken in der Landeshauptstadt etabliert werden. Es soll dazu beitragen, das Arzt-Patienten-Gespräch offener und faktenbasierter zu gestalten. Möglich ist die Umsetzung, weil der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses das Projekt mit 14 Millionen Euro fördert. Den mit 10.000 Euro dotierten Sonderpreis bekamen das UKSH, die AOK Bremen/Bremerhaven und die Handelskrankenkasse, weil sie das Programm in Bremen für den hausärztlichen Bereich angepasst haben. Damit steht das Programm auch Hausärzten in Bremen offen. „Damit wird weltweit erstmalig Shared Decision Making flächendeckend und indikationsübergreifend als Standardmethode etabliert“, sagte UKSH-Projektleiter Prof. Friedemann Geiger. Nach ersten Erfahrungen in Kiel berichtet er von einer steigenden Aufgeschlossenheit der Ärzte für das Programm. (PM/RED)

KAMMERVERSAMMLUNG

Neue Weiterbildungskultur ante portas

Diskussion über neue Weiterbildungsordnung in Schleswig-Holstein. Meinungsbild für Beschlussvorlage abgefragt. Sachliche Diskussion über Abweichungen von der Musterweiterbildung.

Sie ist eines der wichtigsten Regelwerke für Mediziner in Deutschland überhaupt: die Weiterbildungsordnung. Sie legt fest, auf welcher Grundlage sich Ärzte zu Fachärzten weiterbilden lassen, und bestimmt damit den Rahmen, in dem sich junge Ärzte und die Weiterbildungsbefugten bewegen. In den vergangenen Jahren hatten sich die Stimmen gemehrt, die eine Überarbeitung dieses Rahmens für überfällig hielten. „Wir brauchen eine neue Weiterbildungskultur“, fordert auch Dr. Henrik Herrmann – nicht erst, seit er Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein ist.

Nach jahrelanger Arbeit an der inzwischen verabschiedeten Musterweiterbildungsordnung auf Bundesebene rückt nun die neue Weiterbildungsordnung für Schleswig-Holstein in Sichtweite. Die Ärztekammer arbeitet seit Monaten mit Hochdruck an der neuen Weiterbildungsordnung auf Landesebene. Über den aktuellen Stand informierte Herrmann die Delegierten der Kammerversammlung im September – Gelegenheit für alle, um über strittige Punkte zu diskutieren, Änderungswünsche einzubringen und ihre Positionen zu vertreten. Das aus der Diskussion entstandene Meinungsbild hilft nun bei der Erarbeitung der endgültigen Beschlussvorlage für die Kammerversammlung am 27. November. Dann entscheiden die Delegierten über die neue Weiterbildungsordnung und werden – wie Herrmann es ausdrückte – „den Schalter umlegen“ für die von vielen Ärzten erhoffte neue Weiterbildungskultur.

Wie die neue Weiterbildungsordnung am Ende konkret aussehen wird, darüber wird die Ärztekammer nach Verabschiedung in ausgewählten Krankenhäusern und großen Weiterbildungspraxen vor Ort informieren und damit das Versprechen der „aufsuchenden Kammer“ einlösen.

Voraussetzung für die Neuerungen ist die neue Musterweiterbildungsordnung (MWBO) auf Bundesebene. Diese ist kompetenzbasiert und flexibel, Inhalte sind wichtiger als Zeiten. Die zu er-



Kammerpräsident Dr. Henrik Herrmann bei seinem Bericht des Präsidenten. Er warf einen Blick auf die wichtigsten Gesetzesvorhaben aus dem Bundesgesundheitsministerium und auf Entwicklungen im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein. Später moderierte Herrmann den Austausch über die geplante neue Weiterbildungsordnung, um dem Vorstand für dessen Beschlussvorlage ein Meinungsbild zu verschaffen. Nach Umsetzung wird die Weiterbildungsabteilung der Ärztekammer vor Ort in den Krankenhäusern und großen Weiterbildungspraxen informieren.

werbenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sind dort aufgeteilt in kognitive und Methodenkompetenzen sowie in Handlungskompetenzen. Neu ist in der MWBO u. a.:

- ▶ Richtzahlen sind in der Handlungskompetenz nur noch teilweise vorge-schrieben. Die Weiterbildungsassistenten haben einen verbrieften Anspruch auf bestimmte Leistungen.
- ▶ Die Mindestdauer für einen Weiterbildungsabschnitt beträgt nur noch drei statt vorher sechs Monate.
- ▶ Stationäre Zeiten sind nur noch dort festgelegt, wo sie zwingend erforderlich sind. Eine ambulante Begrenzung gibt es dagegen grundsätzlich nicht mehr, diese soll sich aus den Inhalten ergeben.
- ▶ Für die Dokumentation wird ein elektronisches Logbuch eingeführt.
- ▶ Für Weiterbildungsbefugte gibt es künftig verpflichtende Schulungen.
- ▶ Für die Allgemeinmedizin sind 24 Monate hausärztliche Versorgung und ein Jahr Innere Medizin in der stationären Akutversorgung, aber keine verpflichtende chirurgische Zeit mehr vorgeschrieben.

Dies sind nur Auszüge und Herrmann stellte klar, dass allein die Kammerversammlung bestimmt, wie die Weiterbildungsordnung auf Landesebene aussehen wird: „Sie sind der Souverän.“ Fest steht aber, dass zu große Abweichungen von der MWBO Folgen insbesondere für die Ärzte in Weiterbildung haben. Die bilden sich in zunehmendem Maße in verschiedenen Bundesländern weiter. Je größer die Abweichungen zwischen den Weiterbildungsordnungen dieser Bundesländer, umso schwerer macht man es den angehenden Fachärzten. Deutlich wird dies zum Beispiel bei den Richtzahlen. Wechselt ein Weiterbildungsassistent aus einem Bundesland, das eine Richtzahl aus einem Abschnitt der MWBO übernommen hat, in ein Bundesland, das diese Richtzahl nach oben gesetzt hat, kann dies unter Umständen negative Folgen haben: Einem Arzt, der diesen Abschnitt zuvor schon absolvierte hatte, kann damit im



Das Meinungsbild zu verschiedenen Fragen der neuen Weiterbildungsordnung wurde mehrfach abgefragt. Mark Weinhonig (unten links) sprach sich dafür aus, dass auch hausärztliche Internisten angehende Allgemeinmediziner ausbilden. Dr. Svante Gehring (unten rechts) begrüßte, dass die Sektoren bei der Wahl der Weiterbildungsstätte künftig eine geringere Rolle spielen.



neuen Bundesland unter Umständen eine Verlängerung der Weiterbildungszeit drohen. Für die Ärztekammer mit der nach oben abweichenden Richtzahl wiederum kann dies bedeuten, dass der Arzt sich für ein anderes Bundesland entscheidet.

Die von Herrmann moderierte Diskussion zu den einzelnen Abschnitten der MWBO und den in Schleswig-Holstein gewünschten Änderungen zeigte, welche Themen die Ärzte am meisten bewegen. Ein zentraler Diskussionspunkt war die Reduzierung von Richtzahlen und von festgelegten Zeiten in Kliniken. Für die Delegierte Katja Reisenbüchler folgt aus der Abkehr von den Richtzahlen, dass man den Weiterbildungsbeauftragten mehr Vertrauen entgegenbringen müsste. „Worauf basiert dieses Vertrauen?“, fragte Reisenbüchler und verwies in diesem Zusammenhang auf das Risiko falsch bescheinigter Kompetenzen.

Mehrere Delegierte brachten außerdem Beispiele von Inhalten aus ihren Fächern, die nach ihrer Ansicht nicht ausschließlich ambulant vermittelbar sind. Herrmann stellte klar, dass genau diese Inhalte auch weiterhin in der Klinik vermittelt werden können. Festgelegt werden muss dies jedoch nicht. Die Ärzte in Weiterbildung werden dort ihre Abschnitte absolvieren, wo sie die Inhalte vermittelt bekommen. Dr. Svante Gehring aus dem Vorstand der Ärztekammer verwies in diesem Zusammenhang auf den Wunsch, dass Sektorengrenzen eine geringere Rolle spielen sollen als früher – dies müsse sich auch in der Weiterbildungsordnung abbilden. „Wir brauchen diese neue Denke. Es ist eine Leistung der Landesärztekammer, wenn wir diesen modernen Blick auf die Weiterbildung bekommen“, warb Gehring für den Abbau der festgeschriebenen stationären Zeiten.

Info

Kompetenzbasiert und flexibel, Inhalte sind wichtiger als Zeiten: Diesen Grundsätzen folgt die neue Musterweiterbildungsordnung.

Auf die Fragen der Delegierten Erik Voges und Reisenbüchler zu Überprüfungen und zu möglichen Sanktionen für Weiterbildungsbefugte, die nicht erworbene Kenntnisse bescheinigen, stellte Herrmann klar: „Wir setzen darauf, dass sich Ärzte in Weiterbildung, denen so etwas passiert, bei uns melden.“

Außerdem sollen sich in den Abteilungen „Kümmerer“ herausbilden, die sich vor Ort für die Belange der Ärzte in Weiterbildung einsetzen und dafür sorgen, dass auch tatsächlich das vermittelt wird, was in der Weiterbildungsordnung vorgeschrieben ist. „Wir werden dann zunächst auf Gespräche setzen. Wir wol-



Für die Kammerdelegierte Katja Reisenbüchler (links) aus Dithmarschen folgt aus der Abkehr von Richtzahlen, dass man den Weiterbildungsbeauftragten mehr Vertrauen entgegen bringt – oder sie stärker kontrolliert. Dr. Christian Hirschner (unten) wünscht sich, dass die chirurgischen Zeiten in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin obligat bleiben.



sorgung. Das heißt: 42 Monate in der hausärztlichen Praxis wären für die Ärzte in Weiterbildung möglich, mindestens 24 Monate sind obligat. Dass dies in Schleswig-Holstein außer bei Fachärzten für Allgemeinmedizin auch bei hausärztlich tätigen Internisten möglich sein wird, begrüßte u. a. Allgemeinmediziner Mark Weinhonig aus dem Vorstand der Ärztekammer. Pro und Contra tauschten die Delegierten zur Frage aus, ob die chirurgische Zeit wie von der Kammer vorgeschlagen künftig nur noch fakultativ sein soll. Der Delegierte Dr. Christian Hirschner warb für eine Beibehaltung der obligaten sechs Monate, weil er dies als Basiswissen für Allgemeinmediziner betrachtet. Die Delegierte Karen Hartwig dagegen berichtete aus ihrem hausärztlichen Alltag: „Ich mache hauptsächlich HNO und Orthopädie, aber verschwindend wenig Chirurgie.“ Die Mehrzahl der Delegierten zeigte beim abgefragten Meinungsbild, dass die Chirurgie-Zeit in der Beschlussvorlage nach ihrer Ansicht nur fakultativ aufgenommen werden sollte, was nichts daran ändert, dass die chirurgischen Inhalte vermittelt werden müssen.

Ein besonderer und mit Spannung erwarteter Punkt war die Diskussion zur Frage, ob die Homöopathie auch künftig Bestandteil der Weiterbildungssystematik bleiben soll. Weil es schon im Vorwege viele Diskussionen zu diesem Punkt gegeben hatte, stellte Herrmann, der die Diskussion hierzu moderierte, fest: Es ist eine Versorgungsrealität vorhanden. Jeder Arzt kann weiterhin homöopathisch tätig sein. „Es geht ausschließlich um die Weiterbildung.“ Und er legte Wert auf die Feststellung, dass der Vorstand im Vorwege keinerlei Druck auf Delegierte ausgeübt habe und den Beschluss der Kammerversammlung selbstverständlich respektieren werde: „Die Kammerversammlung soll entscheiden.“

Der Vorstand hatte sich im Vorwege ausführlich und über einen langen Zeitraum mit dem Thema beschäftigt und einstimmig das nachstehend abgedruck-

te Positionspapier (Seite 9) verabschiedet, das den Kammerversammlungsmitgliedern zur Vorbereitung der Sitzung zugegangen war.

In der Kammerversammlung selbst verlief die Diskussion in professioneller und sachlicher Weise, auch wenn einzelne Kammerversammlungsmitglieder und Gäste ihrer Betroffenheit ob der Überlegungen zur Nichtwiederaufnahme der Homöopathie in die Weiterbildungsordnung der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft Ausdruck verliehen. So wurde zunächst Kritik am zitierten Münsteraner Kreis geäußert: Es handele sich ausschließlich um Medizinthoretiker und Forscher fern der Versorgungsrealität. Allerdings hatte eine schleswig-holsteinische Delegation den Münsteraner Kreis im Mai 2019 vor Ort kennenlernen dürfen. Demnach repräsentieren die neun Ärzte der 19 Autoren des Münsteraner Memorandums die Fächer Innere, Onkologie, Allgemeinmedizin, Geriatrie und Alternativmedizin. Ferner gehört ein Zahnarzt ebenso dazu wie Philosophen, Medizinethiker sowie ein Biologe und Juristen. Im Gespräch mit immerhin sechs der Autoren habe der wissenschaftstheoretische Ansatz zwar im Vordergrund gestanden, der Praxisbezug sei aber stets spürbar präsent gewesen.

Als weiteres Missverständnis konnte die mehrfach geäußerte Behauptung geklärt werden, der Deutsche Ärztetag habe (insbesondere 2018) einen Verbleib der Homöopathie in der Weiterbildungsordnung beschlossen. Das Thema ist gemäß Wortprotokoll auf den letzten drei Ärztetagen nicht angesprochen worden (vgl. baek.de / Deutsche Ärztetage).

Insbesondere einige Gäste der Kammerversammlung, aber auch vereinzelte Delegierte, vertraten hierzu eine konträre Auffassung, verwiesen auf den bestehenden Bedarf bei den Patienten, auf Studien und beklagten eine fehlende Lobby.

len keine Polizei sein“, sagte Herrmann. Sollte dieser Weg nicht erfolgreich sein, stehen der Kammer Sanktionsmöglichkeiten für die Weiterbildungsbeauftragten zur Verfügung. Zur Anregung des Delegierten Hans-Henning Harden, neben den Kompetenzen auch die „Weiterbildungspower“ einer Klinikabteilung zu überprüfen, verwies Herrmann auf die in Schleswig-Holstein schon eingeführte Höchstzahl von zehn Ärzten in Weiterbildung, die pro Weiterbildungsbeauftragtem in einer Abteilung beschäftigt werden dürfen.

Konstruktiv diskutiert wurde auch über die geplanten Änderungen für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Künftig sollen von den 60 Monaten 24 in der ambulanten hausärztlichen Versorgung abgeleistet werden, zwölf Monate Innere Medizin in der stationären Akutmedizin und weitere sechs Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenver-

900

Seiten an Informationen stehen den Kammerdelegierten für die Änderungen an der Weiterbildungsordnung zur Verfügung. Das Meinungsbild zu den wichtigsten Änderungen wurde am 4. September abgefragt. Am 27. November entscheiden die Delegierten.

ZUSATZ-WEITERBILDUNG HOMÖOPATHIE AUF DEM PRÜFSTAND

Der Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein hat im Februar 2019 einstimmig beschlossen, die weitere Aufnahme der Zusatz-Weiterbildung Homöopathie in die Weiterbildungsordnung kritisch zu hinterfragen und in der Kammerversammlung zur Abstimmung zu stellen. Dieser Beschluss wurde offengelegt und Vertretern der Homöopathie zeitnah kommuniziert.

Dieser Vorstandsbeschluss gründet auf folgenden Argumenten:

Die Akzeptanz der Homöopathie in der Bevölkerung ist vorhanden, die homöopathischen Angebote von Ärztinnen und Ärzten, aber auch von anderen Berufsgruppen werden wahrgenommen. Die Entwicklung der Inanspruchnahme ist schwer abzuschätzen. Die Anzahl der homöopathisch tätigen Ärztinnen und Ärzte nimmt seit 2015 um durchschnittlich 2% pro Jahr ab. In Schleswig-Holstein wurden 2017 und 2018 keine Anträge und Prüfungen zur Zusatzweiterbildung Homöopathie vorgenommen. Die von der Akademie der Ärztekammer angebotenen Homöopathiekurse mussten mehrfach mangels Beteiligung abgesagt werden. Dies kann auch damit zusammenhängen, dass der Deutsche Zentralverein homöopathischer Ärzte (DZVhÄ), in dem viele homöopathisch tätige Ärztinnen und Ärzte organisiert sind, umfangreiche Kurse selber anbietet.

Die Homöopathie sieht sich als integrativer Ansatz in der Medizin mit folgender Grundlage (siehe MWBO 2018): „Philosophische, wissenschaftliche und rechtliche Grundlagen der homöopathischen Lehre, Therapieansatz der Homöopathie und Verständnis von Krankheit und Gesundheit“. Die Definition in der MWBO lautet: „Die Zusatz-Weiterbildung Homöopathie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die konservative Behandlung mit homöopathischen Arzneimitteln, die aufgrund individueller Krankheitsanzeichen als Einzelmittel nach dem Ähnlichkeitsprinzip angewendet werden.“

Für eine Wirksamkeit der in der Definition hinterlegten konservativen Behandlung mit homöopathischen Mitteln fehlen nach wie vor wissenschaftliche Nachweise. Bereits 1957 hat sich die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) dahingehend geäußert: „Die Beurteilung des therapeutischen Wertes homöopathischer Mittel erfolgt also nach wesentlich anderen Gesichtspunkten, als sie bei der Arbeit der Stellungnahmen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft ausschlaggebend sind. Die Arzneimittelkommission hat daher aus grundsätzlichen Überlegungen heraus beschlos-

sen, künftig nicht mehr zu dem therapeutischen Wert von homöopathischen Mitteln bzw. von solchen zusammengesetzten Präparaten Stellung zu nehmen“. Diese Position wurde 1998 in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt mit dem Titel: „Außerhalb der wissenschaftlichen Medizin stehende Methoden der Arzneimitteltherapie“ nochmals bestätigt, das Grundsatzpapier der AkdÄ dazu wurde auf einer diesbezüglichen Presseveranstaltung der Bundesärztekammer thematisiert. Nachfolgend kam es zu einer erwarteten ausgeprägten Diskussion darüber, als deren Folge wohl der Arbeitskreis „Pluralismus in der Medizin“ gegründet wurde, an dem auch der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dietrich Hoppe, teilgenommen hat. Die bislang vorgebrachten Studien konnten keine nachvollziehbare Evidenz der homöopathischen Mittel erbringen, weil Arzneimittel verwendet werden, die jenseits der Avogadriscchen Zahl verdünnt sind. Deswegen muss die Gabe homöopathischer Mittel aus Sicherheitsgründen nicht von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt werden, sondern kann von nichtärztlichen Berufsgruppen betrieben werden. Im Sozialgesetzbuch V ist die Homöopathie im Gesetzestext als Therapie nicht festgeschrieben, sondern lediglich wie folgt erwähnt: „Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapieeinrichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.“ Wirksamkeit und Effekt der Homöopathie sind im Zusammenhang mit einer ärztlichen Betreuung gegeben, das heißt, der „an sich unwirksamen, aber für wirksam gehaltenen Medikation“ kommt sehr wohl eine Bedeutung zu. Dies ist ein Erfolg der „sprechenden“ Medizin, die jenseits der Evidenz und von randomisierten Studien unzweifelhaft einen sehr hohen Stellenwert hat. Dies bezieht sich jedoch nicht allein auf die Homöopathie, sondern gilt ohnehin für jedes Gebiet der Medizin und darüber hinaus für weitere integrativ-komplementäre Angebote außerhalb der Weiterbildungssystematik wie anthroposophische Medizin, ayurvedische Medizin, traditionelle chinesische Medizin etc. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein unterstützt diesen nicht evidenzbasierten Ansatz der „sprechenden“ Medizin ausdrücklich und erachtet ihn für wichtig. Die Unterstützung gilt für die homöopathisch tätigen wie für alle anderen Ärztinnen und Ärzte, die diesen Ansatz neben der wissenschaftlichen Medizin vertreten.

Im Heilberufekammergesetz Schleswig-Holstein ist in §33 „Bestimmung

der Bezeichnung“ hinterlegt: „(1) Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen bestimmen die Kammern für ihre Kammermitglieder, wenn dies im Hinblick auf die wissenschaftliche Entwicklung und eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung oder des Tierbestandes durch Kammermitglieder erforderlich ist. (2) Bezeichnungen nach Absatz 1 sind aufzuheben, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht mehr gegeben sind“. Im Rahmen der Zusatz-Weiterbildung Homöopathie ist mit Sicherheit die angemessene gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung gegeben, diese Leistungen werden nachgefragt und stellen eine Therapie dar, die auch Ärztinnen und Ärzte wo geboten einsetzen sollen. Die wissenschaftliche Entwicklung dagegen ist auch nach Jahrzehnten nicht gegeben, es ist somit gerechtfertigt, kritisch zu hinterfragen, aus welchen Überlegungen heraus die Homöopathie in die Weiterbildungsordnung aufgenommen werden konnte. In den letzten Monaten hat bereits in unserem Kammerbereich eine Diskussion dazu stattgefunden, welche die Argumente weiter präzisiert hat und z. B. auch Abrechnungseinschränkungen infolge entsprechender Entscheidungen eindeutig ausräumen konnte.

Aufgrund der genannten Argumente schlägt der Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein auch nach erneuter eingehender Beratung in seiner Sommerklausur der Kammerversammlung mit einstimmigem Votum vor:

- ▶ Ergebnisoffene Diskussion und Beschlussfassung am 27. November 2019, ob die Zusatz-Weiterbildung Homöopathie in die Weiterbildungssystematik wieder aufgenommen werden soll.
- ▶ Bei Nichtaufnahme wird die weitere Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen außerhalb der ärztlichen Weiterbildungsordnung in die Hände der homöopathisch tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie z.B. der Fachgesellschaft (DZVhÄ) gegeben, deren bestehendes Diplom über die Anforderungen der Weiterbildungsordnung hinausgeht.
- ▶ Entsprechende Qualifikationsnachweise z.B. des DZVhÄ können mit dem entsprechenden Zusatz geführt und angekündigt werden, bisher erworbene Zusatzbezeichnungen Homöopathie behalten ihre Gültigkeit.
- ▶ Abrechnungsveränderungen ergeben sich daraus nicht, da es sich um eine Weiterbildungsordnung handelt und nicht um eine Gebührenordnung.

22. JUNI 2019 / VORSTAND DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

2%

Um diesen Anteil sinkt die Zahl der homöopathisch tätigen Ärzte pro Jahr bundesweit seit 2015.

10

betrug die durchschnittliche Teilnehmerzahl bei den von der Akademie der Ärztekammer angebotenen Homöopathiekursen. Mehrfach mussten Kurse wegen zu geringer Zahlen abgesagt werden.

0

Anträge zum Erwerb der Zusatzqualifikation Homöopathie wurden in den Jahren 2017 und 2018 in Schleswig-Holstein gestellt.



Kontrovers, aber sachlich verlief die Diskussion über die Homöopathie. Dr. Anouchka Nazarenus (links) fragte nach den Argumenten, die Homöopathie in der Weiterbildungsordnung zu belassen. Die Kammerdelegierte Dr. Regina Sternfeldt (oben) trat dafür ein, dass die Homöopathie weiterhin Zusatzweiterbildung bleibt.

Darüber hinaus befürchten sie auch finanzielle Nachteile für homöopathisch tätige Ärzte. Die Delegierte Dr. Regina Sternfeldt erwartet, dass die Krankenkassen bestehende IV-Verträge kündigen könnten. Als Folge werden sich nach ihrer Erwartung viele Menschen die Homöopathie nicht mehr leisten können und deshalb darauf verzichten. Sie kritisierte einen nach ihrer Ansicht zu beobachtenden Weg in Richtung „Algorithmus-Medizin“. Auch Neurochirurg Dr. Volker Klotz-Regener aus Flensburg warnte davor, sich immer mehr der Evidence Based Medicine zu beugen. Nach Wahrnehmung von Anja Hölscher, Fachärztin für Allgemeinmedizin aus Neumünster, werden Erkenntnisse aus der Homöopathie in den vergangenen Jahren verstärkt „vom Tisch gewischt“.

Für andere Delegierte wie etwa für den Allgemeinmediziner Dr. Daniel Lohmann aus Preetz ist Evidenz dagegen der zentrale Punkt - und dafür fehlen ihnen bei der Homöopathie die Belege. Dr. Anouchka Nazarenus sagte: „Was sind die Argumente der Befürworter für einen Verbleib in der Weiterbildungsordnung? Es gibt ein Fachorgan, das eine qualitativ hochwertiges Diplom anbietet. Andere Fachrichtungen haben auch eigenständige Organisationen.“ Der Pädiater Dr. Alexander Gick stellte fest: „Es geht nicht darum, ob die Homöopathie gut oder schlecht ist, sie ist nicht evidenzbasiert.“

Deutlich wurde, dass es dem Vorstand auch um die Wahrung der Glaubwürdigkeit gegenüber Vertretern anderer Verfahren wie etwa ayurvedische oder traditionelle chinesische Medizin,

denen eine Aufnahme in die Weiterbildungsordnung versagt wurde, geht. Der Vorstand steht weiterhin zu seinem Positionspapier, Entscheidungen fallen im November.

Fest steht, dass Schleswig-Holstein mit dem im November abzustimmenden Schritt nicht die erste Landesärztekammer in Deutschland wäre, die diesen Weg einschlägt. Wenige Tage nach der Diskussion in der Kammerversammlung in Bad Segeberg beschloss die Ärztekammer Bremen eine Weiterbildungsordnung ohne die Zusatzbezeichnung Homöopathie.

Im Bericht des Präsidenten ging Herrmann auf ausgewählte Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums ein. Eines der aus seiner Sicht wichtigsten: Der Gesetzentwurf zur doppelten Widerspruchslösung, zu dem der Ausgang der parlamentarischen Debatte offen ist. Herrmann erinnerte daran, dass sich der Deutsche Ärztetag eindeutig für die doppelte Widerspruchslösung ausgesprochen hat. Er selbst unterstützt diesen Paradigmenwechsel, sieht ihn aber nur als einen Mosaikstein zur Verbesserung der Organspende. Herrmann ist überzeugt, dass allein schon die Debatte um neue Lösungen, die das Thema vermehrt in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt hat, der Organspende nutzt. Klar ist für ihn aber auch die wichtige Rolle der Ärzte in dieser Frage: „Es liegt insbesondere an uns, der Ärzteschaft.“

Zur Diskussion um die Zahl der Krankenhausstandorte in Deutschland - ausgelöst durch eine Studie der Bertelsmann-Stiftung - warnte Herrmann davor, die Schlussfolgerungen auf jede Re-

SGBV

Im Sozialgesetzbuch V ist die Homöopathie im Gesetzestext als Therapie nicht im engeren Sinn festgeschrieben, sondern lediglich wie folgt erwähnt: „Bei der Beurteilung von Arzneimitteln der besonderen Therapieeinrichtungen wie homöopathischen, phytotherapeutischen und anthroposophischen Arzneimitteln ist der besonderen Wirkungsweise dieser Arzneimittel Rechnung zu tragen.“

gion zu übertragen. „Unbestritten haben wir zu viele Akutkrankenhäuser, insbesondere in den Metropolregionen, hier sind Fusionen und Schließungen indiziert. Doch Köln und Umland ist nicht überall“, so Herrmann. Er erinnerte daran, dass gerade Schleswig-Holstein auch kleinere stationäre Krankenhäuser zur Daseinsvorsorge vor Ort für gleichwertige Lebensverhältnisse benötigt. „Wir brauchen regionale Lösungen für eine flächendeckende Versorgung, sektorenverbindend gemeinsam von niedergelassenen und stationär tätigen Ärzten“, so der Präsident.

Ein anderer Entwurf des Ministeriums zur Einrichtung Integrierter Notfallzentren (INZ) in Krankenhäusern wird ebenfalls bereits diskutiert und stellt einen Paradigmenwechsel dar. Überlegt wird, die INZ mit standardisierter Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs gemeinsam von KVen und Krankenhäusern betreiben zu lassen. Festgelegt werden sollen die Standorte über die Landeskrankenhausplanung, Rettungsdienst und Sicherstellungsauftrag der KV wären berührt und sollen laut Entwurf neu ausgerichtet werden. Herrmann sieht darin eine Abkehr von der Subsidiarität und verwies darauf, dass viele Bundesländer diesen Entwurf kritisch sehen. „Es wird sich im weiteren politischen Prozess einiges noch ändern“, ist seine Erwartung. Fest steht für ihn: Die in Schleswig-Holstein erwarteten maximal 15 INZ müssen sorgfältig geplant und ausgestaltet werden. Unabdingbar bleibt aus seiner Sicht: „Es geht nur gemeinsam und im Konsens.“

DIRK SCHNACK

ALLGEMEINMEDIZIN

Ärztemangel bewegt Kreis zur Förderung

Der Kreis Segeberg will mit finanzieller Förderung dazu beitragen, dass die hausärztliche Versorgung in der Region gesichert bleibt. Einstimmiger Beschluss des Kreistages für verschiedene Maßnahmen.

Die Diskussion um einen möglichen Ärztemangel hat längst die Fachkreise verlassen. Die Sorge, dass in vielen Regionen die Wege zur hausärztlichen Versorgung weiter werden, treibt auch die Kommunalpolitik um. Der Kreis Segeberg hat sich als erster in Schleswig-Holstein zu einem ganzen Maßnahmenpaket entschlossen, das helfen soll, Ärzte an die Region zu binden. Der Kreis stellt dafür in den kommenden drei Jahren erhebliche Mittel im Haushalt bereit, die in der Summe die Millionengrenze überschreiten.

Von einem „Thema, das uns alle bewegt“ sprach Landrat Jan Peter Schröder vor der Abstimmung im Kreistag Ende September. Der Landrat begründete die Maßnahmen mit der Sorge, dass der Kreis Segeberg von einem sich abzeichnenden Ärztemangel betroffen sein könnte. Zwar gibt es derzeit rund 150 Arztpraxen im Kreis, aber Schröder warnte: „Ärztemangel gibt es wirklich. Als Kreis müssen wir unseren Beitrag dagegen leisten.“ Wirklich werben musste er vor der Abstimmung allerdings nicht mehr für das Paket. Alle im Kreistag vertretenen Parteien waren nach den entsprechenden Beratungen in Ausschüssen für den ausgearbeiteten Beschlussvorschlag, die Entscheidung fiel einstimmig aus.

Welche Maßnahmen greifen könnten, hatte der Landkreis vorher mit Ärztekammer, Kassenärztlicher Vereinigung, Ärztegenossenschaft und kommunalen Vertretern besprochen. Neben einer Förderung von klinischen Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin leistet sich der Kreis Segeberg künftig einen externen Koordinator für die ambulante Versorgung, bezuschusst die Ausbildung zur nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa) und gewährt Weiterbildungsassistenten einen Zuschuss zu den Wohnkosten.

Dass man insbesondere in der Weiterbildungszeit ansetzt, begründete Schröder mit der entscheidenden Le-

„Ärztemangel gibt es wirklich. Als Kreis müssen wir unseren Beitrag dagegen leisten.“

JAN PETER SCHRÖDER

bensphase, in der sich Ärzte in dieser Zeitspanne befinden. Ziel sei es, Ärzte in dieser Phase an die Region zu binden und sie zu motivieren, dauerhaft im Kreis sesshaft zu werden.

Als Ergebnis seiner Maßnahmen erhofft sich der Kreis neben dem Auf- und Ausbau eines strukturierten Weiterbildungsverbundes u.a. den Aufbau von Gesundheitszentren, eine bessere Kommunikation zwischen Kommunen und niedergelassenen Ärzten, die Netzwerkbildung zwischen Kliniken und ambulant tätigen Ärzten und eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die wichtigsten Fördermaßnahmen im Überblick:

- ▶ Kliniken im Kreis können ab dem kommenden Jahr einen Zuschuss erhalten, wenn sie bis zu fünf zusätzliche Weiterbildungsstellen für angehende Fachärzte für Allgemeinmedizin schaffen. Anders als die Weiterbildung im ambulanten Bereich wird diese Zeit bislang nur mit 1.360 Euro (in der Inneren Medizin) bzw. 2.340 Euro (in der Chirurgie und unmittelbaren Patientenversorgung) vom GKV-Spitzenverband bezuschusst. Die Differenz zu den in der ambulanten Versorgung geförderten 4.800 Euro monatlich zahlt künftig der Kreis. Damit soll den Krankenhäusern die Entscheidung zur Schaffung der Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin erleichtert werden. Die Förderung ist auf maximal 15 Teilnehmer in der Weiterbil-

dung zum Facharzt für Allgemeinmedizin begrenzt.

- ▶ Die Weiterbildungsassistenten selbst können 300 Euro monatlich als Wohnkostenzuschuss beantragen, wenn sie im Kreis Segeberg leben und dort nach Abschluss der Weiterbildung bleiben.
- ▶ Der externe Koordinator lehnt sich an ein Vorbild im Kreis Dithmarschen an. Er soll u.a. vor Ort Informationsveranstaltungen zur hausärztlichen Versorgung anbieten, rechtlich und organisatorisch beraten, Lösungsmöglichkeiten aufzeigen und Maßnahmen koordinieren. Außerdem soll die Weiterbildung im Verbund, insbesondere der Übergang zwischen ambulanter und stationärer Weiterbildung, verbessert werden. Der Koordinator dient auch als Ansprechpartner für Medizinstudierende und Ärzte, die Interesse an einer Weiterbildung im Kreis zeigen.
- ▶ Zur Stärkung und Entlastung von im Kreis tätigen Hausärzten wird die Weiterbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA), die sich zur Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa) schulen lassen, finanziell gefördert. Bislang gewährt das Land Schleswig-Holstein einen Zuschuss von 50 Prozent zu den Kursgebühren. Für angehende NäPa's, deren Arbeitgeber im Kreis niedergelassen sind, zahlt der Kreis künftig die andere Hälfte der anfallenden Gebühren. Ärzte, die eine bei ihnen angestellte MFA zur NäPa-Schulung schicken, erhalten außerdem für jede Teilnehmerin einen Lohnkostenzuschuss von 1.000 Euro für die Dauer der Weiterbildung.

Außerdem beauftragten die Kommunalpolitiker die Wirtschaftsförderungsgesellschaft des Kreises damit, Öffentlichkeitsarbeit für den Gesundheitsstandort des Kreises zu leisten. Über eine Fortführung der finanziellen Unterstützung über das Jahr 2023 hinaus soll nach entsprechender Evaluation entschieden werden.

DIRK SCHNACK

15

Teilnehmer können maximal in die Förderung des Kreises Segeberg für die klinische Zeit der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin aufgenommen werden. Der Kreis zahlt den Kliniken, die solche Weiterbildungsstellen schaffen, den Differenzbetrag zwischen der Förderung durch die GKV und den im ambulanten Bereich gezahlten 4.800 Euro. Damit sollen Kliniken bewogen werden, mehr solcher Stellen zu schaffen.

TSVG UND TSS

Offene Sprechstunde macht unzufrieden

KVSH und die Berufsverbände der Augenärzte und der Nervenärzte befürchten unzufriedene Patienten, weil die von der Politik mit der offenen Sprechstunde geschürte Erwartungshaltung zu hoch ist. Terminservicestelle in ihrer bisherigen Form wird selten genutzt.

Terminservicestellen (TSS) waren unter niedergelassenen Ärzten von Beginn an umstritten und die zur Umsetzung verpflichteten KVen waren unglücklich mit der neuen Aufgabe. Die bisherigen Erfahrungen mit den TSS zeigen, dass die Vorbehalte nicht unbegründet waren. Nun wird an einer neuen Perspektive gearbeitet – ab 2020 werden die TSS zu einem Instrument der Patientensteuerung.

Eine Bilanz der TSS in Bad Segeberg zeigt für Schleswig-Holstein, dass seit dem Start im Jahr 2016 bis Sommer 2019 rund 87.000 Patienten bei der Vermittlungsstelle angerufen hatten, eine im Vergleich zu den in den Praxen behandelten Patienten geringe Zahl. Schon während der Bandansage mit den üblichen Hinweisen etwa zum Datenschutz hatten rund 23.000 Anrufer wieder aufgelegt. Von den persönlich angenommenen rund 64.000 Anrufen erfüllten weniger als 40.000 die gesetzlichen Vorgaben zur Nutzung der TSS; ihnen wurde eine Arztpraxis zur Terminvereinbarung genannt. Am häufigsten wurden Psychotherapeuten (41 Prozent aller Termine), Ärzte für Nervenheilkunde und Neurologie, Psychiater, Kardiologen und Rheumatologen nachgefragt.

Anders als in anderen Bundesländern wird der Termin in Schleswig-Holstein nicht von der TSS vergeben, sondern in der vermittelten Praxis. Die KV will damit erreichen, dass so wenig wie möglich in die Praxisorganisation eingegriffen wird und die Terminvereinbarung innerhalb der vierwöchigen Frist direkt zwischen Patient und Praxis stattfinden kann.

Die Auswertung zeigt, dass rund elf Prozent der vereinbarten Termine von den Patienten nicht eingehalten wurden, teils ohne, teils nach sehr kurzfristiger Absage. „Dass Patienten Termine einfach nicht wahrnehmen und damit für andere Versicherte blockieren, ist nicht nur ärgerlich, sondern geht auch zulasten der Ärzte. Bei Fachärzten, die für



Nervenarzt Dr. Klaus Gehring, Augenarzt Dr. Bernhard Bambas und KV-Vorstand Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach (von links) äußerten sich in einer Pressekonferenz in Kiel skeptisch zur offenen Sprechstunde. Statt der von der Politik erwarteten Verbesserungen erwarten sie negative Folgen für die Versorgung der Patienten.

6 Eltern aus Schleswig-Holstein haben sich bislang über die Terminservicestelle eine pädiatrische Praxis für eine Vorsorgeuntersuchung ihres Kindes vermitteln lassen. 20 Anrufer haben sich an eine Hausarztpraxis vermitteln lassen. Im Vergleich zu den Behandlungszahlen in diesen Fachgruppen ist die Inanspruchnahme der TSS äußerst gering.

Untersuchungen längere Behandlungszeiten reservieren müssen, entsteht ein wirtschaftlicher Schaden, auf dem die Praxen sitzen bleiben“, sagte KV-Pressesprecher Marco Dethlefsen hierzu.

Die Terminvermittlungen durch die TSS waren zunächst auf fachärztliche Praxen beschränkt und seit 2017 auf psychotherapeutische Praxen ausgeweitet worden. Seit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) können sich Versicherte auch Termine bei Hausärzten, für Vorsorgeuntersuchungen bei Pädiatern sowie bei beiden Fachgruppen einen Arzt für eine kontinuierliche Betreuung vermitteln lassen. Damit hatte der Gesetzgeber auf eine öffentliche Diskussion über vermeintlich zu lange Wartezeiten und überfüllte Praxen reagiert. Die Zahlen zeigen, dass die Versicherten zumindest über die TSS kaum Abhilfe suchen. Termine bei Hausärzten haben sich in den vier Monaten seit Inkrafttreten des Gesetzes in Schleswig-Holstein nur 20 Patienten vermitteln lassen, nach einer langfristigen Hausarztbeziehung haben 82 Menschen gesucht. Vorsorgeuntersuchungen bei Pädiatern haben

sich sechs Eltern vermitteln lassen, eine kontinuierliche Betreuung durch eine pädiatrische Praxis haben drei über diesen Weg gesucht.

Bei vielen Ärzten bleibt das Gefühl, dass die TSS nur zusätzliche Erschwernisse bringt. Dr. Frank Ingwersen, Facharzt für Psychiatrie in Ahrenviöl zwischen Schleswig und Husum, berichtet von einer Zunahme an Patienten, die durch die TSS vermittelt wurden – bei ohnehin ausgelasteter Sprechstunde. Er befürchtet mittelfristig einen Zuwachs in einer Größenordnung von 25 bis 30 Prozent an Patienten in der laufenden Praxisversorgung, was für ihn nicht zu bewältigen ist. „Weil mein Budget sowieso nie reicht, kann ich so nicht weiterarbeiten“, verweist Ingwersen auf die finanziellen Folgen. Das Problem für die TSS: In der Region gibt es kaum Kollegen, an die sie Patienten verweisen könnte. Die KVSH sieht damit bestätigt, worauf die Körperschaften frühzeitig hingewiesen hatten: Die Terminvergabe schafft keine zusätzlichen Arztkapazitäten. Manchmal verknüpft sie dagegen sogar die Ressourcen, wie eine Auswertung des Rheu-

mazentrums Schleswig-Holstein Mitte (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 9/2019) gezeigt hat. Grund: Die Patienten haben Beschwerdebilder, die gar nicht in die zum Teil hoch spezialisierten Praxen gehören. Damit blockieren sie wertvolle Sprechstundenzeiten für andere Patienten.

Auf ein Detail des TSVG gingen KVSH und die Berufsverbände der Augenärzte und der Nervenärzte in einer gemeinsamen Pressekonferenz in Kiel ein: die offene Sprechstunde. KV-Vorstand Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach und die Landesvorsitzenden Dr. Bernhard Bambas (Augenärzte) und Dr. Klaus Gehring (Nervenärzte) machten darin deutlich, dass sie die fünf offenen Stunden pro Woche, die Fachärzte laut Gesetz nun anbieten müssen, für einen Rückschritt halten. Das Ziel einer schnelleren und zugleich besseren Versorgung wird der Gesetzgeber aus ihrer Sicht verfehlen. Grund ist die ungesteuerte Inanspruchnahme von Sprechzeiten durch die Patienten. Die von Ennenbach aufgezeigten drei theoretischen Optionen, mit denen Praxen auf den Patientenandrang in offenen Sprechstunden reagieren könnten, zeigen das Dilemma, in das der Gesetzgeber die niedergelassenen Fachärzte damit bringt:

5

Stunden pro Woche müssen bestimmte Facharztgruppen seit dem 1. September als offene Sprechstunde anbieten. Dazu gehören Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte, Neurologen, Neurochirurgen, Orthopäden, Psychiater und Urologen. Die KVSH und die Berufsverbände sehen darin trotz der finanziellen Anreize einen Rückschritt, weil die ungesteuerte Inanspruchnahme ärztlicher Kapazitäten die Zeit einengt.

- ▶ Schneller und damit weniger sorgfältig arbeiten.
- ▶ Weiterhin sorgfältig arbeiten und die zusätzliche Zeit bei den Patienten außerhalb der offenen Sprechstunden einsparen.
- ▶ Mit einem „Quick Check“ Patienten im Schnelldurchgang während der offenen Sprechstunde sortieren und nur die dringendsten Fälle sofort behandeln.

Für Ennenbach steht fest, dass alle drei Optionen für Ärzte und Patienten nachteilig sind. Er setzt deshalb darauf, dass Patienten die offene Sprechstunde selten nutzen und an der bewährten Mischung aus Termin- und offener Sprechstunde festhalten.

Gehring machte deutlich, dass die Fachärzte auch schon vor der offenen Sprechstunde darauf geachtet haben, dass akute Fälle möglichst zeitnah behandelt werden. Der hohe Andrang an Patienten konnte nach seiner Darstellung bislang bewältigt werden, weil Praxen gut organisiert waren; dies werde mit der offenen Sprechstunde deutlich erschwert.

Auch Bambas hält eine Ausweitung der Sprechzeiten bei den Augenärzten für nicht möglich, weil die überwiegende Zahl der Ärzte seiner Fach-

gruppe ohnehin schon weit mehr als die künftig vorgeschriebenen 25 Stunden Sprechstunden abhält. „Die neue, offene Sprechstunde geht dann zulasten der Terminsprechstunde“, sagte Bambas. Er erwartet, dass Patienten, die die offene Sprechstunde nutzen, eher unzufrieden sein werden. Denn: „In einer offenen Sprechstunde lässt sich nicht garantieren, dass für jeden Patienten genau der spezialisierte Ansprechpartner oder das in seinem Fall benötigte Untersuchungsgerät verfügbar ist.“ Die Folge: Es müssen weitere Termine verabredet werden und der Patient ist vergebens in die offene Sprechstunde gekommen. Für diesen Termin wiederum steht wegen der offenen Sprechstunde weniger Zeit zur Verfügung.

Bis Redaktionsschluss hatten rund 70 Prozent der betroffenen Facharztgruppen die offenen Sprechstunden an die KVSH gemeldet. Mit Verweigerern rechnen KV und Berufsverbände nur sehr begrenzt. Sie setzen vielmehr auf ein „innerärztliches Korrektiv“, das für eine vollständige Meldung sorgt. Ansonsten müsse die KV mahnen und „weitere Maßnahmen“ ergreifen. Welche das sein könnten, verriet Ennenbach nicht.

DIRK SCHNACK

ANZEIGE

29. & 30. November 2019
media docks Lübeck



7. Sana CardioMed Nord Colloquium

Unsere Schwerpunktthemen zur Herzmedizin:

Praktische Workshops | Praxisfälle mit TED Abfrage
Strukturelle Herzerkrankungen und Herzrhythmusstörungen |
Pro und Kontra in der Kardiologie | Allgemeine Kardiologie

12 CME Fortbildungspunkte

Infos und Anmeldung unter:
www.sana-cardiomed-nord.de



TELEMEDIZIN

Seniorenheime setzen auf Fernvisite

Telemedizinisches Pilotprojekt startet in Dithmarschen. Eingeschränkt mobile Bewohner von Pflegeheimen können Wege sparen. Ziel ist Ausdehnung auf das ganze Bundesland.

Bewohner von Pflegeheimen in Dithmarschen können seit vergangenen Monat telemedizinisch betreut werden und damit Wege in die Praxen oder in die Klinik vermeiden. Beim Projekt Telemed. Netz SH sind drei Pflegeheime telemedizinisch mit niedergelassenen Ärzten des Medizinischen Qualitätsnetzes Westküste (MQW), der Notaufnahme des Westküstenklinikums (WKK) in Heide und dem ife Telearztzentrum im Kreis Plön verbunden.

Finanziert wird das Projekt durch das Land mit 500.000 Euro aus dem von der Landesregierung eingerichteten Versorgungssicherungsfonds. Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg bescheinigte dem Projekt bei der Vorstellung im DRK Seniorenheim in Burg in Dithmarschen auch wegen des sektorenübergreifenden Ansatzes Vorbildcharakter. „Wir setzen damit um, was in Fachkreisen häufig nur diskutiert wird“, sagte Garg. Er sieht durch das Projekt Menschen „entlastet, ohne sie zu ersetzen“.

Initiator des Projektes ist Dr. Thomas Schang. Der Chirurg ist neben seinen Aufgaben als Vorsitzender der Agentur Deutscher Arztnetze (ADA) und als Vorstandsmitglied der Ärztekammer Schleswig-Holstein hauptberuflich medizinischer Leiter des Telearztzentrums der ife Gesundheits GmbH, das zusammen mit der Notaufnahme des WKK in Heide rund um die Uhr für die Patienten in Seniorenheimen in den Orten Burg, Brunsbüttel und Büsum zur Verfügung steht. Die drei Einrichtungen haben jeweils rund 100 Betten. „Unser Ziel ist es, diese Vernetzung in die Regelversorgung zu bekommen“, sagte Schang zum Projektstart.

Die eingeschränkt mobilen Patienten können über ihre Pflegekräfte auch zu niedergelassenen Ärzten telemedizinischen Kontakt aufnehmen. Auf hausärztlicher Seite sind jeweils eine Gemeinschaftspraxis in Burg und Brunsbüttel sowie das Ärztezentrum Büsum beteiligt, auf fachärztlicher Sei-



Livedemo vor Minister Dr. rer. pol. Heiner Garg (Mitte) und den Initiatoren des Projektes Telemed. Netz SH. Eine dafür geschulte Pflegefachkraft des DRK Seniorenheimes in Burg überträgt Vitaldaten einer Patientin an eine Praxis, der zugeschaltete Hausarzt bewertet sie und gibt Hinweise zum weiteren Vorgehen.

te eine pneumologische ortsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit Standorten in Schleswig, Rendsburg und Heide sowie eine internistische BAG in Brunsbüttel. Der MQW-Vorsitzende Burkhard Sawade kann sich vorstellen, dass weitere Praxen hinzukommen. „Jeder kann mit jedem kommunizieren und Daten austauschen. Das erspart Patienten und Ärzten Wege“, sagte Sawade in Burg.

Mit dem vom Kieler Institut für Allgemeinmedizin evaluierten Projekt zielen die Beteiligten auf zwei Bereiche:

- ▶ Die Notaufnahmen der Kliniken. Bevor ein Heimpatient dort auf Verdacht eingeliefert wird, weil das Personal bei Beschwerden von Patienten unsicher ist, kann nun eine Vorabeschätzung eines Telearztes einholt werden. WKK-Geschäftsführer Dr. Martin Blümke erwartet, dass über diesen Weg Klinikeinweisungen vermieden werden.
- ▶ Die ambulante Versorgung. Hier können Personal und Patienten Wege in die Praxis oder der Hausarzt den Weg in die Einrichtung vermeiden, wenn

per Videoschaltung Beschwerden abgeklärt werden.

Die dafür erforderliche Technik ist nicht neu, sondern wird seit Jahren von Schiffsärzten genutzt, um medizinische Expertise von Kollegen an Land zu nutzen. „Neu ist nur, dass wir sie nach der Berufsrechtsänderung auch an Land einsetzen dürfen“, sagte Schang. Möglich sind neben Videobild und Textchat u. a. Blutdruck- und Pulsmessung, EKG, Spirometrie und Otoskopie. Alle Mitarbeiter der beteiligten Heime werden ärztlich geschult, die Technik zu bedienen. Die mobilen Geräte können für die Verbindung mit den Ärzten in die Patientenzimmer gebracht werden. Auf dem Laptop oder dem Praxisrechner des Arztes erscheinen neben den Bildern die Telemetriebefunde und -daten und die in der Sitzung erstellten Dateien. Alle beteiligten Ärzte stellen sicher, dass die Kontaktaufnahme durch die Heime zeitnah erfolgreich ist. Neben der EBM-Vergütung erhalten sie für die Teilnahme eine Pauschale. Die EBM-Vergütung bezeichnete Sawade als nicht ausreichend.

DIRK SCHNACK

5 Haus- und Facharztpraxen, die Notaufnahme des Westküstenklinikums Heide und das Telearztzentrum ife im Kreis Plön stellen die ärztlichen Ansprechpartner beim Telemedizinprojekt Telemed. Netz SH. Es ermöglicht drei Pflegeheimen in Dithmarschen eine ärztliche Abklärung von gesundheitlichen Beschwerden ihrer Bewohner, ohne dass diese eingeschränkt mobilen Patienten den Weg in Klinik oder Praxis antreten müssen und ohne dass ein Arzt in die Einrichtungen kommen muss.

KVSH

„Torte im Gesicht“ der Ärzte + Abgeordneten

Abgeordnetenversammlung der KV Schleswig-Holstein: Geringer Glaube in Versprechen der Gesundheitspolitik. Finanzielle Folgen des TSVG kaum absehbar. Förderung für Teampraxen.

Das Terminalservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist inkraft - aber welche finanziellen Auswirkungen hat dies für die Praxisinhaber? Eine verlässliche Antwort darauf konnte KV-Vorstand Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach noch nicht geben - zu viele Variablen sind im Spiel. Unter den Abgeordneten sorgte das für Frust - schließlich sollen sie den Ärzten an der Basis vermitteln, was konkret auf sie zukommt.

Das nährte die ohnehin verbreitete Skepsis, ob aus dem TSVG neben mehr Arbeit das von der Politik in Aussicht gestellte zusätzliche Honorar tatsächlich zu erwarten ist. „Wir können das Spiel nicht gewinnen“, glaubt etwa Orthopäde Dr. Dennis Wolter, der in Anspielung auf ein Zitat von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) „die Torte im Gesicht“ nicht des Ministers, sondern der Ärzte sieht. Denn selbst wenn kurzfristig ein Honoraranstieg durch eine Maßnahme verzeichnet werden

3,2 Mio.

Euro hat die KVSH in einen Strukturfonds eingestellt, mit dem „Teampraxen“ gefördert werden können. An zentralen Orten im ländlichen Bereich sollen diese Gemeinschaften aus drei bis fünf Ärzten einen Radius von 10 bis 15 km abdecken, bei Bedarf mit Zweigpraxis und Videosprechstunde. Träger der Praxen sollen ausschließlich niedergelassene Ärzte sein. Mindestens rund 100.000 Euro je Teampraxis sind vorgesehen. Die zu fördernden Regionen werden noch definiert.

sollte, wird dieser nach seiner Erfahrung schnell wieder einkassiert. „Nächstes Jahr kommt dann eine neue Taktik, die wir gar nicht vorhersagen können“, lautet seine Einschätzung.

Dieser skeptischen Haltung schloss sich eine Reihe von Abgeordneten an. Der Landesvorsitzende der Hausärzte, Dr. Thomas Maurer, war nicht ganz so pessimistisch. Er ist - wie übrigens Ennenbach auch - überzeugt, dass den Praxisinhabern unter dem Strich ein Plus beim Honorar bleibt.

Auch die neuen Gesetzesvorhaben aus dem Bundesgesundheitsministerium, von denen die KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliifke berichtete, konnten das Vertrauen der Abgeordneten in die Berliner Gesundheitspolitik nicht stärken. Den angeblich „mit der Hausleitung nicht abgestimmten“ Entwurf zur Reform der Notfallversorgung wertete Schliifke als „Versuchsballon“ des Ministeriums. „Diese Art, an künftige Gesetze zu gehen, ist tatsächlich neu“,

so Schliifke. Inhaltlich gehe es bei dem Gesetz um „große Brocken für die Länder“ - mit einer Überraschung. Denn der Entwurf sieht u.a. vor, dass der Sicherstellungsauftrag künftig geteilt würde in einen zur Sprechstundenzeit und einen zur Bereitschaftszeit. Für Schliifke ist allerdings klar, dass die Bundesländer daran kein Interesse haben dürften, denn: „Man holt sich eine Masse nicht lösbarer Probleme an den Hals.“ Folge der Teilung wäre, dass jegliche Verpflichtung von Vertragsärzten erlischen würde, Notdienst zu leisten. Länder oder Kliniken müssten sich die Ärzte dafür dann einkaufen - allein in Schleswig-Holstein sind dies derzeit 1.500 Ärzte.

Fortschritte machte die KVSH bei ihrem Bemühen, Ärzte auf dem Land mit zukunftsfähigen Strukturen zu unterstützen. Lokale Gesundheitszentren unter dem Begriff „Teampraxen“ sollen künftig mit 100.000 Euro und mehr gefördert werden.

DIRK SCHNACK

ANZEIGE

Ein Blick auf die Lunge 3.0

LUNGENCLINIC
GROSSHANDS DORF

Aktuelle Perspektiven: Asthma – COPD – Lungenkrebscreening

Ein wissenschaftliches Symposium der LungenClinic Grosshansdorf

27. November 2019 ■ Emporio Tower ■ Hamburg
Melden Sie sich jetzt an! www.lungenclinic.de

Auszug aus dem Programm:

- » Wie umgehen mit mildem Asthma?
- » Die COPD und das Herz
- » Trends in der Behandlung des Bronchialkarzinoms

Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer Hamburg beantragt.

ETHIK

„Mir brennt die Leber“

Veranstaltung des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Schleswig-Holstein widmet sich der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen. Funktionierende Kommunikation wichtigster Aspekt in der gesundheitlichen Versorgung geflüchteter Menschen.

Spätestens mit der hohen Zahl von Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten ist der Anteil derer, die nicht regulärer Teil des Gesundheitssystems sind, gestiegen. Mit der Veranstaltung „Gesundheit ist ein Menschenrecht“ widmete sich der Paritätische Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein diesem Thema.

Bei vielen stößt auf Unverständnis, dass Menschen, die jahrelang auf der Flucht waren, ihr Leben riskierten und alles hinter sich lassen mussten, in einem Land, das für ein qualitativ hochwertiges Gesundheitswesen bekannt ist, keinen Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung haben. „Es ist skurril, dass hier so viele Menschen sitzen, die sich dafür einsetzen, dass ein Grund- und Menschenrecht Anwendung findet“, sagte etwa Dr. rer. pol. Ayça Polat, Professorin im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Kiel.

Polat kritisierte die geringen Sozialleistungen für Asylbewerber. Sie fallen geringer aus, als die eines Menschen, der Grundsicherung (ALG II) bezieht. Das führe zu Behandlungslücken, die langfristig betrachtet teurer ausfallen als eine frühe Investition in die individuellen Gesundheitskompetenzen des Menschen. Das sieht Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, ähnlich. Er gab zu bedenken, dass Geflüchtete die gleichen Krankheiten wie Nicht-Geflüchtete haben, insbesondere wenn chronische Krankheiten in Betracht gezogen werden. Er forderte: „Die Menschen brauchen Gesundheitskompetenzen im präventiven wie krankheitsbezogenen Bereich. Hier gilt es alle zu erreichen, denn alle haben den gleichen Anspruch auf eine hochwertige und präventive Medizin.“ Anders, aber nicht weniger problematisch, sieht es bei psychotraumatischen Erkrankungen aus.

Laut Polat haben geflüchtete Menschen einen besonders eingeschränkten



„Jeder Mensch hat ein Anrecht auf eine gesundheitliche Versorgung“ – klare Worte des Ärztekammerpräsidenten Dr. Henrik Herrmann.

150

Experten aus dem Gesundheitswesen, der Sozialen Arbeit und der Politik diskutieren im Rahmen der Fachtagung über die Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen in Schleswig-Holstein.

Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten – obwohl sie aufgrund der psychischen Belastungen durch Krieg und Krisen in den Herkunftsländern sowie durch ihre Fluchterfahrungen eine höhere Prävalenz aufweisen psychisch zu erkranken. Dies macht die geringen Sozialleistungen für Polat noch unverständlicher.

Obwohl das Recht auf Gesundheit für jeden Menschen im Grundgesetz verankert und ein Menschenrecht ist, gestaltet sich die Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung vor allem für Geflüchtete schwierig. Dass in den ersten Jahren viele geflüchtete Menschen gesundheitlich versorgt wurden, lag laut Herrmann vor allem am hohen Engagement der Ärzte und weiterer Gesund-

heitsfachberufe sowie an einer funktionierenden intersektoralen Zusammenarbeit. Heute sieht der Kammerpräsident das Gesundheitswesen vor neuen Herausforderungen. Deshalb forderte er in Kiel die Überführung der Geflüchteten in die Normalversorgung.

Auch die Gesundheitsnetzwerke, die sich seit 2015 in zehn der 15 Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein gründeten, halten das für den einzig richtigen Schritt. Alle Beteiligten sind sich allerdings auch über die Baustellen im Klaren. Ein Aspekt einer funktionierenden Versorgung ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Sprachliche Hürden müssen überwunden werden. Wenn ein Patient nicht artikulieren kann, an welchen körperlichen Gebrechen er leidet, erschwert das den ärztlichen Befund. Schwieriger gestaltet sich die Diagnosestellung bei psychischen Leiden. Hier steht die Kommunikation im Vordergrund der Anamnese. Ein wichtiges Verbindungsstück in der Arzt-Patienten-Kommunikation ist der Dolmetscher. Er soll helfen, sprachliche und soziokulturelle Hürden zu überwinden.

In den Diskussionsrunden der Fachtagung wurde jedoch deutlich, dass viele strukturelle Probleme bestehen. Ein Diskussionssteilnehmer berichtete, dass ein Arzt die Behandlung abbrechen musste, weil nicht sichergestellt werden konnte, dass seine Behandlung und seine Therapieratschläge ordnungsgemäß übersetzt und angewendet wurden. Dass es zu wenig und zu wenig gut ausgebildete Dolmetscher gibt, sehen viele Teilnehmer in den Ausbildungsumständen des Berufs begründet. Eine Ausbildung zum Dolmetscher wird nicht berufsbegleitend, Fort- und Weiterbildungen gar nicht angeboten. Eine weitere Hürde ist die Finanzierung. Dolmetscher sind teuer und werden nicht von den Kostenträgern übernommen. Für die Teilnehmer ist das unverständlich, sieht das SGB V die Kostenerstattung etwa bei Gebärdendolmetschern vor: Gehörlose oder schwerhö-

rige Menschen „haben in Deutschland das Recht auch im Umgang mit staatlichen Einrichtungen (z. B. Ämter und Behörden, Gerichte) sowie im Zusammenhang mit einigen zentralen Lebensbereichen (Gesundheit, Bildung, Arbeit) Gebärdensprache zu verwenden. Dieses Recht ist an verschiedenen Stellen des Sozialgesetzbuches sowie im Behindertengleichstellungsgesetz und im Berliner Landesgleichberechtigungsgesetz verankert. Der Berufsverband der Gebärdensprachdolmetscher Berlin/Brandenburg schreibt deshalb auf seiner Internetseite: „Zur Wahrnehmung dieses Rechts können Sie Gebärdensprachdolmetscher hinzuziehen.“ In Schleswig-Holstein ist das nicht anders: „Der Anspruch gehörloser Menschen auf Gebärdensprachdolmetscher insbesondere bei Behörden, Polizei, Gericht, im medizinischen Bereich, aber auch am Arbeitsplatz ist gesetzlich geregelt.“

Als Antwort auf den Mangel an Dolmetschern und die Probleme der Kostenübernahme sah ein Diskutant ein Projekt aus Hamburg: Der Verein Sege-mi, Seelische Gesundheit – Migration

und Flucht e.V., hat ein Konzept mit einem Pool von Dolmetschern entwickelt. Die Übersetzer kommen kostenlos in die Praxen. Das Projekt zielt nach eigenen Angaben auf die Teilhabe an der gesundheitlichen Versorgung behinderter Menschen mit Fluchterfahrung. Darunter fallen neben der körperlichen oder der geistigen Behinderung auch seelische Behinderungen oder chronische Erkrankungen. Das Modellprojekt wird durch die Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Stadt Hamburg gefördert.

Ein Beispiel für die Bedeutung funktionierender Kommunikation unter Beachtung soziokultureller Merkmale ist der Ausdruck „Mir brennt die Leber“. In manchen Kulturen ist der Begriff der Psyche nicht bekannt. Stattdessen wird auf eine Körper-Codierung zurückgegriffen. „Während bei uns das Herz etwas Emotionales ist, ist es bei den Arabern die Leber. Jemand, der über eine brennende oder schmerzende Leber berichtet, ist nicht alkoholkrank. Es kann sein, dass er traurig ist und mit etwas nicht zurechtkommt“, erklärte Prof. Jan

Artikel 25

der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte beinhaltet unter anderem: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung (...).“

Kizilhan in einem Interview mit dem Magazin Cicero aus dem Jahr 2017. Der Islamwissenschaftler ist Psychologe und transkultureller Psychotherapeut.

Was für Dolmetscher gilt, gilt auch für Psychotherapeuten: Es gibt zu wenige. Vor allem auf dem Land macht sich das bemerkbar. „Eine Traumatherapie muss nicht zwangsläufig von einem Traumatherapeuten durchgeführt werden. Gerade in der Fläche gibt es kaum entsprechende Therapeuten, dafür aber viele Menschen mit pädagogischem traumalogischem Hintergrund“, sagte eine Teilnehmerin der Veranstaltung. „Wenn alle kämen, die kommen müssten, hätten wir gar nicht die Kapazitäten dazu“, berichtete ein Teilnehmer in einer der Gesprächsrunden. Viele der Anwesenden hatten auch die praktische Erfahrung gemacht, dass nicht jeder Mensch zwangsläufig eine Traumatherapie erhalten muss. Zuspruch zur Selbstständigkeit und Selbsthilfe würde oftmals genügen. Miteinander ins Gespräch zu kommen, könne schon zu einem gewissen Teil helfen.

STEPHAN GÖHRMANN

ANZEIGE



Jetzt online
registrieren:
divi2019.de

19. Kongress der Deutschen Interdisziplinären
Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin

Kooperation führt zu Entwicklung

04.–06.12.2019 | Hamburg Messe

Das ganze Spektrum der Intensiv- und Notfallmedizin!

- 100 wissenschaftliche Symposien
- 10 Pro/Contra Debatten
- über 60 Hands-on Kurse
- Posterwettbewerb / Posterpräsentation
- Fortbildungssitzungen mit 70 „State of the Art“ Vorträgen
- Sonderveranstaltungen (z.B. Hot-Topics, beste Publikationen)
- durchgehendes Pflegeprogramm
- Tele-Intensivmedizin live
- KIDS SAVE LIVES - Öffentlichkeitsveranstaltung
- interaktive Sitzungen

Kongresspräsident: Univ.- Prof. Dr. Bernd W. Böttiger
Organisation: K.I.T. Group GmbH, divi2019@kit-group.org

www.divi2019.de

Trennung der Sektoren aufweichen. Akademisierung der Pflegeberufe und Schaffung neuer Berufsbilder. Delegation ärztlicher Leistungen. Implementierung der Telemedizinprojekte in die Regelversorgung. Dies sind nur fünf der Ansätze und Forderungen, die auf dem AOK-Tag von Experten genannt wurden, um die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum künftig zu sichern.

Welche Veränderungen werden erwartet? Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg plädierte dafür, den auf dem Land lebenden Menschen nicht den Eindruck zu vermitteln, dass alles bleibt, wie es heute ist. „Den Landarzt in Einzelpraxis, der die gesamte Familie kennt und rund um die Uhr zur Verfügung steht, wird es so nicht mehr geben“, stellte Garg zu Beginn der Veranstaltung klar. Stattdessen werde die künftige Versorgung durch mehr Zusammenarbeit, Weiblichkeit, Interprofessionalität und Delegation ärztlicher Leistungen geprägt sein.

Garg verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass derzeit rund 70 Prozent der Absolventen des Studienganges Humanmedizin weiblich sind und auf dem Land Versorgungszentren entstehen. Thomas Rampoldt, Geschäftsführer der Ärztenossenschaft Nord, stellte zwei sich ähnelnde Organisationsformen für solche Zusammenschlüsse vor. Die kommunale Eigeneinrichtung unterscheidet sich von der Gründung eines MVZ dahingehend, dass keine Bürgerschaft für die Haftung vorgelegt werden muss, es aber einer potenziellen Unterversorgung der Region und damit der Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung bedarf. Beide Einrichtungen sind für die Sicherung der Versorgung auf dem Land relevant, da viele angehende Mediziner ein finanzielles Risiko, das durch eine Selbstständigkeit entsteht, gern vermeiden möchten, so Rampoldt. Auch sei die Übernahme bürokratischer Aufgaben durch geschultes Personal und damit die Möglichkeit, sich vollständig auf das ärztliche Tun konzentrieren zu können, verlockend.

Delegation wird im ärztlichen Alltag zunehmend gelebt. Aus Sicht der Ärztekammer müssen dafür drei Anforderungen erfüllt sein: ärztliche Anordnung, sorgfältige Auswahl und ärztliche Aufsicht. Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer, sprach sich in einem Vortrag auf der Veranstaltung klar für die Delegation aus. Auch der Akademisierung der Pflegeberufe und der Schaffung neuer Berufsbilder wie dem des Physician Assistant steht Herrmann – wie mehrfach berichtet – offen gegenüber. „Wir müssen uns bewusst sein, dass sich die medizinische Versorgung verändern wird. Lassen Sie uns diese Möglichkeiten nutzen und den Medizinern damit die Möglichkeit geben, sich wieder auf

AOK-TAG

Neue Ansätze für das Land

AOK-Tag in Kiel zu Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum.



Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK NordWest, stellt die Ergebnisse einer Forsa-Umfrage zum Thema „Stadt. Land. Gesund? Was sagen und erwarten die Bürger?“ vor.

ihre Kernkompetenzen zu konzentrieren“, sagte Herrmann in Kiel. Die derzeit diskutierten oft eindimensionalen Lösungen betrachtet der Kammerpräsident dagegen kritisch:

- ▶ Wettbewerb – auf dem Land leider nicht mehr gegeben.
- ▶ Mehr Geld – hilft nicht dabei, diejenigen aufs Land zu holen, die nicht hin wollen.
- ▶ Mehr Ärzte: Bei Schaffung neuer Studienplätze kommen diese erst in 15 Jahren in der Versorgung an, keiner weiß aber, wie diese dann aussehen wird.
- ▶ Landarztquote – Wie kann sich ein junger Mensch am Beginn eines Studiums schon für seine Zukunft in 15 Jahren verpflichten?

Dass auch telemedizinische Lösungen aus der künftigen Versorgung nicht mehr wegzudenken sind, bestätigten sowohl Garg als auch Herrmann. „Schleswig-Holstein ist in Sachen Telemedizin Vorreiter in der Bundesrepublik, wir müssen dafür sorgen, dass die laufenden Projekte in die Regelversorgung übergehen und auch im Vergütungssystem Berücksichtigung finden“, so Garg.

Die Akzeptanz telemedizinischer Lösungen ist im ländlichen Raum al-

lerdings noch ausbaufähig. Der Vorstandsvorsitzende der AOK NordWest, Tom Ackermann, berichtete über die Ergebnisse einer Forsa-Umfrage im Auftrag seiner Krankenkasse über die Erwartungen der Menschen in Schleswig-Holstein an die medizinische Versorgung. Danach können sich derzeit nur 55 Prozent der Befragten eine Behandlung per Videosprechstunde vorstellen. Nach wie vor ist der ländlichen Bevölkerung in Schleswig-Holstein infrastrukturell das Vorhandensein von Hausärzten am wichtigsten (94 % der Befragten), gefolgt von Einkauf vor Ort (92 %), Internet (89 %), Schulen (84 %) und Krankenhäusern (83 %).

Schleswig-Holsteins KV-Chefin Dr. Monika Schlifke sieht die Aufgabe des Arztes vor Ort auch künftig kaum ersetzbar. Sie machte deutlich: „Bei allen neuen Projekten darf zu keinem Zeitpunkt die Frage nach dem Patientennutzen vergessen werden.“ Bernhard Ziegler vom Klinikum Itzehoe erwartet, dass in der ambulanten Versorgung langfristig nur Hausärzte nicht mehr an Kliniken angestellt sein werden, ambulant tätige Fachärzte dagegen sieht er bei den Kliniken angestellt.

55%

der Befragten in der Forsa-Umfrage geben an, sich eine Behandlung per Videosprechstunde vorstellen zu können. 80 Prozent davon können sich sogar eine Befundbesprechung per Video vorstellen.

TK JAHRESTAGUNG

Gestalten oder treiben lassen?

Die Techniker Krankenkasse diskutierte über den Umgang mit Künstlicher Intelligenz und Digitalisierung in der Versorgung.



Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg und Sören Schmidt-Bodenstein (von links), Leiter der TK Landesvertretung, auf dem Podium der TK Jahresstagung.

Digitalisierung und Künstliche Intelligenz: Zwei Begriffe, die immer wieder genannt werden, wenn es um die Sicherung der Gesundheitsversorgung geht. Wie Digitalisierung und Künstliche Intelligenz die Entwicklungen in der Medizin unterstützen können, diskutierten Experten vergangenen Monat auf der gesundheitspolitischen Jahresagung der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse.

Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg appellierte auf der Tagung an die Akteure des Gesundheitswesens, bestehende technische Möglichkeiten zu nutzen und sich immer wieder auf die Suche nach neuen Projekten zu begeben. „Wir können uns entscheiden: wollen wir Mitgestalter sein oder uns von Weltkonzernen zu Getriebenen machen lassen, die entscheiden, wie die Patientenversorgung zukünftig aussehen soll“, sagte Garg. Die gute Zusammenarbeit und das gute Klima zwischen den Akteuren in Schleswig-Holstein seien dafür eine gute Voraussetzung. Auch die Unterstützung der Ärztekammer beschleunige die Umsetzung vieler Projekte – etwa durch Schaffung des berufsrechtlichen Rah-

mens. Garg erinnerte in diesem Zusammenhang an die frühe Änderung der Berufsordnung, die etwa Videosprechstunden ermöglicht. Er verwies auch auf die von Ärzten im Land genutzte Möglichkeit von Hausbesuchen durch geschulte Medizinische Fachangestellte, die die Patientenuntersuchungen mit Hilfe eines Telearztrucksackes vornehmen.

Auch von der sektorenverbindenden Medizin ist stets die Rede, wenn es um die Versorgungssicherung geht. Ein Beispiel, das hierzu in Kiel mehrfach genannt wurde, ist das Projekt „TelemedNetz SH“ (Seite 14). Projektinitiator Dr. Thomas Schang, Vorsitzender des Ärztenetzes Eutin-Malente, räumte allerdings ein, dass noch nicht alle Ärzte Kooperation vorleben. „Noch heute lautet der Tenor vielerorts: die beste Kooperation ist, alles selber zu machen“, so Schang. Verantwortlich dafür sieht er aber nicht allein die Ärzte: Die Vergütungssysteme seien noch nicht auf die Ära der sektorenverbindenden Medizin ausgerichtet, die Vergütung nach Qualität jedoch längst überfällig.

Und wie sieht es mit den Patienten aus – wollen die die verstärkte digitale Unterstützung überhaupt? Garg weist

um die Vorbehalte und appellierte deshalb u.a. an Ärzte, Überzeugungsarbeit zu leisten – auch dies gehöre zur Versorgungssicherung dazu. Auch die Patientensteuerung, die „von der Politik ungenutzt in den Mund genommen wird“, müsse Bestandteil der Versorgungssicherung sein, sagte Garg. Die transsektorale Videosprechstunde, die als Modellprojekt im Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) etabliert wird, hat diese Steuerung zum Ziel. Patienten können wie berichtet vor dem Aufsuchen der Notfallambulanz per Videotelefonie kurzfristig einen Arztkontakt erhalten und so in die richtige Versorgungsebene gelenkt werden.

Auch Laila Wahle, Klinikmanagerin im St. Adolf Stift in Reinbek, bewertet das vom Land geförderte Projekt des FEK positiv. Um nicht globalen Konzernen die Patientensteuerung zu überlassen, plädierte sie für eine stärkere Einbindung von Institutionen. Verbreiten auch Pflegeheime, Ärztenetze und andere Organisationen vermehrt Informationen über derartige Projekte, so ihre Vermutung, steigen die Chancen für Akzeptanz bei den Patienten.

Unterstützung könnte sie bei Sören Schmidt-Bodenstein, Leiter der TK-Landesvertretung, finden. Er sprach sich dafür aus, die zukünftige Versorgung aktiv mitzugestalten und sich nicht von Großkonzernen überholen zu lassen.

Wie sich Patienten besser einbinden lassen, wird im Share to Care-Projekt am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) erprobt. Projektleiter Professor Friedemann Geiger verdeutlichte, dass eine Therapie erfolgreich ist, wenn sie medizinisch gut und passend für den individuellen Patienten ist – und „Augenhöhe“ zwischen Arzt und Patient erreicht wird. Geiger räumte ein, dass die Akzeptanz des Projektes zwar gut, gerade bei erfahreneren Kollegen aber doch ausbaufähig sei. „Erfahrene Kollegen arbeiten häufig nach einem bestimmten Muster. Aus diesem herauszubringen, fällt nicht immer leicht“, sagte Geiger.

Digitalisierung und Künstliche Intelligenz: zwei Begriffe, die auch in Zukunft in der Medizin eine Rolle spielen werden? Professor Horst Hahn vom Fraunhofer-Institut für Digitale Medizin MEVIS, sieht diese als Werkzeug an, um einzelne Projekte zu verbinden. Allerdings betonte Hahn, dass für ihn die Künstliche Intelligenz viel mehr eine Mustererkennung als Intelligenz darstellt. Auch die Digitalisierung sei mehr als digitale Transformation zu sehen. „Die Patienten akzeptieren heute nicht mehr, nicht die beste Medizin zu erhalten. Wir müssen die Patienten mit unserer Versorgung genau dort abholen“, sagte Hahn.

Blog

Dass Patienten digitale Unterstützung im Gesundheitswesen nicht nur schätzen, sondern mit deren Hilfe selbst neue Angebote schaffen, zeigte der in Kiel vorgestellte Blog „lisabetes“ der Diabetikerin Lisa Schütte. Die Studentin berichtete, dass über den Blog viele Tipps für den Umgang mit der Krankheit ausgetauscht werden.

Das System der sozialen Sicherung, für Patienten wie Ärzte lebenswichtig, ist in Bewegung geraten. Während hierzulande die durch Demografie und Digitalisierung verstärkte Diskussion Veränderungen anzutreiben scheint, werden international andere Herausforderungen thematisiert und angepackt.

Die zehn wichtigsten globalen Herausforderungen für die Zukunft hat die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit ISSA (deutsch IVSS) formuliert. Darüber referierte der derzeitige Präsident Prof. Joachim Breuer beim 136. Sozialmedizinischen Kolloquium in Lübeck. Er ist seit einigen Monaten Inhaber des noch im Aufbau befindlichen Stiftungslehrstuhls für Versicherungsmedizin an der Universität zu Lübeck, des ersten Lehrstuhls dieser Art (speziell nur für Versicherungsmedizin) in Deutschland. Hintergrund ist der Wunsch der Initiatoren, eine Brücke zwischen Sozialverwaltung national wie international und der Wissenschaft in Recht und Medizin zu schlagen.

- ▶ Die erste globale Herausforderung ist das Schließen der Deckungslücke – bei uns, so Breuer, eher ein Randproblem etwa für manche Selbstständige, die einen lückenhaften Versicherungsschutz haben. Gedacht ist hier wohl eher an die Unfall-, Kranken- und Pflegeversicherung als an die Rentenversicherung, die auch bei uns Millionen Menschen eher unter- als überversorgt.
- ▶ Zweitens nennt der ISSA-Bericht das Ziel einer Abmilderung der Ungleichheiten in der Gesellschaft, etwa bei der Einkommensverteilung, beim Zugang zu medizinischer Versorgung oder speziell bei Männern und Frauen. Auch hier sei global viel erreicht worden, allerdings eher nur auf den ersten statistischen Blick. Viele Ungleichheiten bestünden weiterhin, ja verschärfen sich. Daher seien soziale Sicherungssysteme auszubauen, die eher steuer- als beitragsfinanziert und obligatorisch statt fakultativ seien, um mehr Rechtsansprüche zu gewähren. Die Botschaft des Berichts ist eindeutig: „Die soziale Sicherheit der Bevölkerung ist entscheidend für den gesellschaftlichen Zusammenhalt.“
- ▶ Drittens ist der demografische Wandel nach den Industrieländern auch weltweit angekommen. Die Zahl der über 80-Jährigen werde sich von 2000 bis 2050 auf über 400 Millionen verdreifachen, sagte Breuer. Um steigende Ausgaben und sinkende Einnahmen zu bewältigen und den Bedarf aller Menschen zu decken, müssten die Systeme der sozialen Sicherung ihre herkömmliche Schutzrolle „durch verstärkte Investitionen in Gesundheit, Beschäftigung und Eigenverantwortung ergänzen“.

SOZIALE SICHERUNG

Anpassungen global erforderlich

Die zehn größten Herausforderungen weltweit für die soziale Sicherung wurden beim jüngsten Sozialmedizinischen Kolloquium in Lübeck diskutiert.

1 Mrd.

Arbeitsmigranten gibt es weltweit. Im Land ihrer Tätigkeit sind sie häufig schlechter abgesichert als in ihrem Heimatland. Dies gilt auch für viele Ärzte.

400 Mio.

Menschen, die über 80 Jahre alt sind, wird es laut Prognosen im Jahr 2050 weltweit geben.

40 %

der Arbeitslosen sind 25 Jahre oder jünger. Weltweit ist Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit ein größeres Problem als derzeit in Mitteleuropa.

Offen blieb, wo bei uns solche Maßnahmen – denkbar wäre etwa die Einführung von Beitragsgutschriften für unbezahlte Pflegepersonen wie pflegende Familienangehörige – sichtbar sind.

- ▶ Die vierte Herausforderung ist weltweit die Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit junger Leute: 40 Prozent der Arbeitslosen sind unter 25 Jahre alt. In Mitteleuropa ist dies derzeit kein großes Problem.
- ▶ Hingegen werde (fünftens) die Umwandlung der Wirtschaft hin zu digitalen Arbeitsmärkten („Industrie 4.0.“) mit Blick auf die Zukunft große Anpassungen erfordern. Aber: „Vielleicht die Hälfte der heutigen Schulkinder wird später in Berufen arbeiten, die es heute noch gar nicht gibt – wie können wir sie dann darauf vorbereiten?“, fragte Breuer. Allerdings schränkt der Bericht ein: „In der Medizin sind heute neue Technologien entscheidend für eine verbesserte Gesundheit, aber es gibt auch andere Aufgaben und Entscheidungen in diesem Sektor, die selbst auf lange Sicht kaum durch digitale Eingriffe ersetzt werden können.“
- ▶ Sechstens sind Gesundheitsförderung und Prävention erheblich zu verstärken, um insbesondere die im höheren Alter gewonnenen Lebensjahre qualitativ befriedigend zu gestalten. Das gelte auch für die Behandlung chronischer Krankheiten und die Langzeitpflege, erläuterte Breuer. Und: „Wir müssen unsere Maßnahmen mehr auf die Hochrisikogruppen wie etwa stark Adipöse zuschneiden!“
- ▶ Eine leistungsfähige soziale Sicherung sei umso wichtiger, als (siebtens) weltweit mit neuen Risiken, Ungewissheiten und Extremereignissen gerechnet werden müsse: „Epidemien wie Ebola und Zika sowie aufkommende Trends wie etwa Antibiotika-Resistenzen verlangen neue Bekämpfungsstrategien.“ Das waren laut Bericht keineswegs immer teure Medikamente, sondern ein-

fache Rehydrationsmaßnahmen, die am effektivsten über das gute alte Radio kommuniziert wurden.

- ▶ Achtens sei der Schutz der über eine Milliarde Binnen- und internationalen Arbeitsmigranten zu verbessern. Sie seien im Land ihrer Tätigkeit oft nicht so abgesichert wie in ihrem Herkunftsland – das betreffe alle Berufe, auch Ärzte.
 - ▶ Neuntens sei der technologische Wandel hin zu mobilen Informations- und Kommunikationstechnologien, zu Big Data und E-Government zugleich Herausforderung und Motor für innovative Lösungen in der sozialen Sicherheit. Beispielsweise habe die Republik Korea ein Big-Data-Projekt eingeführt, das sämtliche Sozialdaten der 50 Millionen Einwohner anonymisiert umfasse.
 - ▶ Hinzu kommen (zehntens) gestiegene öffentliche Erwartungen an die soziale Sicherung – oder umgekehrt wachsende (Bürokratie-)Kritik? So müsse die Sozialverwaltung zuverlässiger und schneller werden. Ob dabei ein eher unbekanntes kleines Land wie Aserbeidschan ein Muster liefern kann, wo die Rentengewährung „ohne Papierkram per SMS“ erfolgt? Immerhin könnte das deutsche Sozialsystem (angeblich „Weltspitze“) von anderen Ländern partiell lernen, bestätigte der Referent im Nachgespräch. Zum Beispiel im Pflegebereich von Japan, das für Demenzerkrankte spezielle Angebote entwickelt hat.
- Nicht diskutiert wurde, ob die versicherungsmedizinische Forschung in Zukunft Sozialsysteme identifizieren kann mit besserer Transparenz der Leistungen, mit weniger Kompetenzüberschneidungen durch Trägervielfalt und vor allem mit stärker ausgeprägtem Solidarprinzip zugunsten unterversorgter Gruppen, so wie es der Altmeister der wissenschaftlichen Sozialpolitik, Prof. Heinz Lamparter, schon vor Jahrzehnten forderte.

HORST KREUSSLER

ADIPOSITAS

Die süße Gefahr in Getränken

Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) in Kiel. Experten kritisieren hohen Zuckergehalt in industriell verarbeiteten Lebensmitteln.

Rund 500 Wissenschaftler, Behandler, Adipositas-Patienten und Verbraucher trafen sich im September zum dreitägigen Kongress der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) in Kiel. Die Experten halten die Risiken, die von Adipositas für die Gesundheit ausgehen, noch immer für unterschätzt und forderten die Politik deshalb zum Handeln auf.

„Adipositas ist eine chronische Erkrankung von epidemischen Ausmaßen“, sagte DAG-Präsidentin Prof. Martina de Zwaan. Sie sieht die Politik in der Verantwortung, die Nahrungsmittelindustrie zu einem NutriScore zu verpflichten. Die Strategie von Bundesernährungsministerin Julia Klöckner (CDU), auf freiwillige Maßnahmen der Industrie zu setzen, hält sie für wirkungslos. Den NutriScore als Nährwertkennzeichnungsmodell halten die DAG-Experten dagegen für geeignet, insbesondere Betroffene und Menschen mit niedrigem Bildungsabschluss Orientierung zu geben.

Mehr Druck auf die Politik erhofft sich de Zwaan von der im vergangenen Jahr gegründeten Deutschen Adipositas Allianz, der die DAG beigetreten ist. Konkret schlägt die DAG u. a. ein Verbot von an Kinder und Jugendliche gerichteter Werbung für adipogene Lebensmittel, tägliche Bewegung für Schüler sowie eine steuerliche Entlastung für gesunde Lebensmittel vor. Als Gegenfinanzierung regte Dr. Stefanie Gerlach aus dem DAG-Vorstand eine höhere Mehrwertsteuer auf ungesunde Lebensmittel an.

Als Beispiel für ungesunde und für die Gesundheit schädliche Lebensmittel nannte Tagungspräsidentin Prof. Anja Bosy-Westphal aus Kiel gesüßte Getränke wie etwa Fruchtsäfte, denn: „In flüssiger Form konsumierte Kalorien sättigen weniger und sie fluten im Körper zu schnell an und belasten damit die Leber und den Stoffwechsel.“ Ein hoher Verzehr zuckerreicher Getränke begünstige die Entstehung von Übergewicht und

Adipositas, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen und Karies.

Die Experten forderten auch therapeutische Lösungen für Betroffene in der Regelversorgung. Denn de Zwaan beobachtet, dass Betroffenen oft nur Empfehlungen gegeben werden und sie dann allein gelassen werden, weil es keine Angebote in der Regelversorgung gibt. Folge ist oft, dass Betroffene viel Geld für nur kurz wirksame Angebote zur Gewichtsreduktion ausgeben. Ein erster Schritt wäre nach ihrer Ansicht die Integration eines Adipositas-Moduls in das bestehende DMP Diabetes Typ 2.

Ernährungsmediziner Prof. Manfred Müller hat beobachtet, dass die Bereitschaft unter Ärzten zur Fortbildung zum Thema vorhanden ist. Allerdings kann er sich vorstellen, dass die Inhalte neu überdacht werden: Es gehe nicht nur um theoretisches Wissen, sondern darum, den Zugang zum Patienten zu finden. Er ist überzeugt, dass nicht allein die Politik Verantwortung übernehmen muss: „Wäre es nicht auch Sache der Ärztekammern, ein klares Signal für die Unterstützung der Betroffenen zu senden?“

Deutlich wurde in Kiel auch, dass Betroffene von Ärzten wirksame Unterstützung erwarten. „Andere bekommen von ihren Ärzten eine Behandlung, ich bekomme einen Rat“, sagte Melanie Bahlke. Der in der Selbsthilfe engagierte Frau hilft die reine Empfehlung, sich mehr zu bewegen und abzunehmen, wenig. Sie sieht Ärzte oft in einem „Spagat zwischen Hilflosigkeit und Unwissenheit“. Bahlke machte auch deutlich, was es bedeutet, Adipositas-Patientin zu sein: „Was für andere im Alltag selbstverständlich ist, zum Beispiel auf einem Stuhl sitzen oder in einem Bus fahren, ist für Menschen mit der Krankheit Adipositas ein Problem, an das wir ständig erinnert werden, das Angst macht und uns stigmatisiert. Wir leiden oft unter der Diskriminierung – eigentlich möchten wir aber nur als Menschen behandelt werden.“

DIRK SCHNACK





Anke Jacobs ist Fachärztin für Allgemeinmedizin. Ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis ist für sie der Grundstein einer umfassenden Behandlung.

PORTRAIT

Mehr als Medizin

Erst Kulturwissenschaftlerin, dann Medizinerin? Nein, Anke Jacobs fühlt sich zu mehr als nur einer Disziplin hingezogen. Zur umfänglichen Gesundheit des Patienten gehört mehr als nur Medizin.

Mit Doc's Arts plant sie ein weltweit einmaliges Musikfestival für Mediziner und Angehörige medizinischer Berufe. Die Idee hatte sie bereits im Medizinstudium. Dass Medizin und Musizieren zusammenpassen können, weiß Anke Jacobs. Für sie sind Medizin, Musik und Sport drei Säulen einer umfassenden Gesundheit – für ihre Patienten wie auch für sie selbst.

Der Kontakt zur Kultur- und Musikszene wurde ihr bereits in die Wiege gelegt: Das Elternhaus war oft Treffpunkt für Künstler. Jacobs Mutter war Kulturmanagerin, organisierte Konzerte und Kulturveranstaltungen in ganz Europa und der Welt, war in der Szene bekannt; ihr Vater, Leiter eines Sozialamtes, sorgte für das Beisammensein, die Gespräche und eine freundschaftliche Stimmung unter den Gästen. Jacobs begleitete schon als Kleinkind ihre Mutter zu Veranstaltungen und konnte bei deren Organisation hinter die Kulissen schauen. Als bei einem Kulturfestival der Mutter ein Mitarbeiter kurzfristig ausfiel, sprang Jacobs ein. Da war sie 15 Jahre alt. Der Veranstaltungsleiter war zufrieden und Jacobs wurde in das Organisationssteam aufgenommen.

In den folgenden Jahren genoss sie eine Art inoffizielle Ausbildung bei ihren Vorgesetzten und Kollegen, reiste viel, um Kulturveranstaltungen zu organisieren und durchzuführen. Mit 19 entschied sich Jacobs, ihren Beruf als Chefkoordinatorin mit dem Studium der Angewandten Kulturwissenschaft zu untermauern. Mit 23 Jahren war sie für ein Team von über 100 Mitarbeitern verantwortlich.

Erst eine schwere Erkrankung führte dazu, dass sich Jacobs intensiver mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzte. Ihre Erfahrungen formten bei ihr eine eigene Vorstellung zum Verhältnis von Arzt und Patient. Jacobs wurde wieder vollkommen gesund. Die Ärzte prognostizierten damals etwas anderes. Das weckte bei ihr noch mehr Interesse an der Medizin.

Mit 30 Jahren fing sie deshalb an, Humanmedizin zu studieren. Die Verbindung zur Kulturwissenschaft, zur Musik und zum Sport verschwand jedoch nie. An mehreren Stationen in ihrem Leben fiel ihr auf, dass viele junge Assistenzärzte und Ärzte, die schon länger berufstätig waren, oft gestresst und desillusioniert von ihrem Beruf waren. Der Ausgleich durch Musik und Sport geriet immer weiter in den Hintergrund. „Das ist schade. Mir ist aufgefallen, dass unter Medizinerinnen ein ausgesprochen hoher Anteil von Musikern ist – oft auf einem sehr hohen Niveau“, erklärt Jacobs. Diese Erkenntnis war Ursprung ihrer Idee für Doc's Arts. „Musizieren ist gesundheitsfördernd. Das

Festival zielt daher explizit auf die Arztgesundheit ab“, erklärt Jacobs. Gleiches gilt für Sport. Jacobs, die selbst viel Sport treibt, weiß um die ausgleichende Wirkung der Bewegung: „Sport hilft den Kopf frei zu bekommen, Musik hilft, sich wieder zu sammeln“, so die Allgemeinmedizinerin.

Heute ist Anke Jacobs Fachärztin für Allgemeinmedizin. Bis vor einigen Jahren hatte sie noch eine Privatpraxis. Als sie merkte, dass sie damit ihrer eigenen Vorstellung eines ausgewogenen Lebens nicht nachkommen konnte, entschloss sie sich zu einem anderen Modell. Jetzt arbeitet sie zwei Tage fest angestellt im Rehazentrum in Lübeck. Zusätzlich behandelt sie ihre Patienten privat in ihrem Praxisraum im Zentrum in Lübeck und in einem weiteren Praxiszentrum in München. Wenn möglich widmet sie sich an den verbleibenden zwei Tagen der Organisation von Veranstaltungen und Workshops, hält Vorträge oder schreibt an Büchern.

Die Trennung der Disziplinen ist im Berufsalltag als Ärztin nicht gewollt: ihr liegt die Gesundheit des Patienten am Herzen. Dafür gehört für sie die umfängliche Gesundheit, körperlich wie seelisch. „Seele, Geist, Psyche: Nennen Sie es, wie Sie wollen. Wenn ein Mensch krank ist, muss ihm geholfen werden. Mir ist klar, dass sich ein Chirurg bei einer Knie-OP auf das Knie fokussiert. Wenn ich aber einen Schmerzpatienten vor mir sitzen habe, bei dem ich merke, dass er auch mit psychischen Belastungen wie einer hohen Arbeitsbelastung zu kämpfen hat, muss ich als Ärztin den Patienten als Ganzes betrachten“, erklärt sie ihr pragmatisches Vorgehen.

Erkennt Jacobs eine Dysbalance, versucht sie herauszufinden, wodurch ein Ausgleich geschaffen werden könnte. Wann war der Patient das letzte Mal zufrieden, fröhlich oder glücklich? Wann stellte sich dieses Gefühl ein? Ein ausführliches Patientengespräch kann diese Fragen beantworten. Für Jacobs ist es wichtig, für den Patienten individuelle Wege zu einem ausgeglichenen Leben zu finden. Work-Life-Balance meint in diesem Zusammenhang den Ausgleich zwischen An- und Entspannung. Auf zu viel Stress können psychosomatische Erkrankungen folgen. Dann muss entschieden werden: Braucht der Patient Medikamente oder hilft bereits ein ausgeglichener Lebensstil, sodass möglicherweise auf Medikamente verzichtet werden kann?

Dieses Vorgehen sei zeitaufwendiger, aber nachhaltig, so Jacobs. Eine gute Therapie sollte auf die umfassende Gesundheit des Patienten ausgerichtet und stets Ziel der ärztlichen Tätigkeit sein. Jacobs Work-Life-Balance: Musik, Sport und Medizin.

STEPHAN GÖHRMANN

Sofas, Brettspiele, Musikinstrumente, ein Tischkicker – und das Wichtigste überhaupt: Es gibt WLAN. Die Aufenthaltsräume mit Netzanschluss sind eine der Neuerungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig. Für rund 14,7 Millionen Euro wurde die Klinik am Traditions-Standort umgebaut. Kein Selbstzweck, sondern eine Chance für andere Behandlungskonzepte.

Ein neues Bettenhaus mit rund 80 Plätzen – der Großteil der insgesamt 128 stationären Betten der Klinik – ist die teuerste und sichtbarste Veränderung. Der zweistöckige Ziegelbau liegt tief im Inneren des parkähnlichen Geländes auf dem Hesterberg. Nicht nur die ruhige Lage zwischen Wiesen und Bäumen sieht Dr. Martin Jung, Chefarzt der Klinik, als Vorteil, sondern auch die Aufteilung der Räume. Im alten Bettenhaus gab es große Stationen, in denen Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern gemeinsam untergebracht waren. Im neuen Haus leben die Kinder und Jugendlichen in kleineren Einheiten, die den Charakter von Wohngruppen haben.

„Wir können die Gruppen nach Krankheitsbildern belegen, etwa für Depression, Schmerzpatienten oder für Anorexie“, sagt Jung. Pro Gruppe gibt es einen Aufenthaltsraum und eine Küche, damit die Patienten nicht nur in ihren Zimmern sitzen. Für die Jugendlichen dürfte der Internet-Zugang besonders wichtig sein: „Vor dem Umzug trafen sich viele im benachbarten Supermarkt, weil es dort kostenloses Netz gab“, berichtet Jung. Die Frage, wie viel Smartphone-Zeit zugelassen ist, gehört zu den ewigen Streitpunkten in der Psychiatrie: Mediensucht ist ein wachsendes Thema. „Ein Jugendlicher kam mit Verdacht auf Essstörung, weil er so extrem mager war – dabei ging es eigentlich um Spielsucht, über der er das Essen vergaß“, schildert Jung einen Fall. Bei vielen Jugendlichen starten psychische Krisen im virtuellen Raum, sei es durch Cybermobbing oder das Versenden von Nacktfotos. Aber ganz ohne Smartphone geht es nicht, schließlich sollen die Jugendlichen nach dem Klinik-Aufenthalt wieder in den Alltag zurückkehren. Daher sollen sie im geschützten Raum Regeln für das Netz üben.

Neben der Mediensucht beobachtet der Psychiater weitere Verschiebungen in den Krankheitsbildern. Besonders zwei Phänomene bemerkt Jung, der seit den 1990er Jahren in Schleswig tätig ist, mit Sorge: „Wir sehen sehr kleine Kinder mit hochgradigen Störungen und Jugendliche, die hochgradig suizidal sind.“

Auf beide Probleme will die Klinik mit ihrer Umgestaltung eine Antwort geben. So ist als neues Angebot in einem eigenen Haus ein Eltern-Kind-Bereich entstanden, in dem bereits Kleinkinder mit

PSYCHIATRIE

Neubau auf dem Hesterberg

Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig zieht in den Neubau auf einem Traditionsstandort. Gruppen können nach Krankheitsbildern zusammengestellt werden.



Dr. Martin Jung (rechts), Chefarzt der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig, freut sich über den Klinikneubau an historischer Stätte auf dem Hesterberg. Die ruhige Lage im Park sieht er als großen Vorteil an.

Mutter oder Vater aufgenommen werden. „Das Kind ist der Patient, es durchläuft seinen psychiatrischen Alltag mit Therapien“, erklärt Jung. „Für die Eltern gibt es eigene Gruppen, in denen sie Hilfen für den Umgang mit ihrem Kind erlernen.“ Bundesweit existieren solche Eltern-Kind-Bereiche bereits seit einigen Jahren, in Schleswig-Holstein gab es diese Therapieform bisher nicht.

Im neuen Bettenhaus leben die etwas älteren Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. In Ausnahmefällen werden auch Heranwachsende bis 21 Jahre aufgenommen. Zu jedem Doppelzimmer gehört ein Bad. Das ist eine Verbesserung gegenüber dem alten Gebäude, in dem es Gemeinschaftswaschräume gab – schwierig für Kinder mit gestörtem Körpergefühl, wie etwa bei Essstörungen. Die Bäder sind nur vom Flur zu erreichen, damit das Personal im Blick behält, etwa ob Jugendliche nach den Mahlzeiten zur Toilette laufen, um das Essen zu erbrechen.

Innerhalb der Wohneinheiten gibt es „intensive und besonders intensive Betreuung“, so Jung: „Wir können ruhigere Bereiche definieren und auf diese Weise Patienten, die in einer Krise sind, in der Gruppe belassen. Wir sorgen aber gleichzeitig dafür, dass andere Kinder und Jugendliche ihre Ruhe vor sehr unruhigen Mitpatienten haben.“

9,7 Mio.

Euro an öffentlichen Mitteln flossen in den Neubau auf dem Schleswiger Hesterberg. Weitere fünf Millionen Euro investierte Klinikträger Helios. Chefarzt Dr. Martin Jung sieht im Erhalt des Standorts - zwischenzeitlich war eine Verlegung im Gespräch - einen großen Vorteil. Am anderen Standort hätte die Klinik nicht nur den großen Park mit seinen Möglichkeiten zum Spielen und Ruhe tanken verloren, sondern auch die eigene Schule, die Sporthalle und die kleineren Gebäude für Therapieangebote, die zum historischen Bestand des ehemaligen Landesheims gehören.



Für die stark Suizidgefährdeten halten die Stationen Krisenzimmer vor, die das Personal rund um die Uhr im Blick behält: „Wir hatten bereits Jugendliche, die sich sofort strangulieren wollen, wenn sie nur einen Moment allein sind.“

Gründe für die Häufung dieser Fälle seien schwer zu benennen. Jung spricht aber von einem Phänomen, das er in früheren Jahren so nicht gesehen hat. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eines von vier stationären psychiatrischen Zentren für Kinder und Jugendliche in Schleswig-Holstein und zählt zu den größten bundesweit. Sie versorgt jährlich rund 1.500 stationäre und 6.500 ambulante Patienten.

ESTHER GEISSLINGER



Ansicht der KV von der Eutiner Straße aus.

SERIE

Mit Misstrauen und Widerstand gestartet

Nach dem Krieg musste die KV ihre Arbeit ohne verlässlichen Rechtsrahmen, begleitet von Widerständen, Misstrauen und schlechter Stimmung unter den Ärzten, wieder aufnehmen.

Nach dem Zusammenbruch des nationalsozialistischen Regimes hatten auch die Reichsärztekammer in München und die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands in Berlin ihre Tätigkeit eingestellt. In Schleswig-Holstein herrschte in den Verwaltungsstellen der Kammer und KV von Mai bis Juli ein Inter-

1948

nahm die KVSH ihre Arbeit als selbstständige Organisation auf.

regnum. Der Amtsleiter der Kassenärztlichen Vereinigung und Vorsitzende der Ärztekammer, Dr. Hans Rinne, und der geschäftsführende Arzt der Ärztekammer und KV-Verwaltungsstelle, Dr. Oskar Voigt, waren verhaftet und interniert. 1946/1947 befanden sie sich im Internierungslager für NS-Führungskräfte in Eselsheide, dem Civil Internment Camp, CIC No. 79, zwischen Bielefeld und Paderborn. Von dort wurden sie 1948 nach Bad Segeberg entlassen. In ihren früheren Positionen fanden sie weder im Krankenhaus (Rinne) noch bei Kammer und KV wieder Verwendung. Rinne starb schon Ende 1948 an Krebs.³⁶

Eine arbeitsfähige ärztliche Organisation war jedoch in den Wirren der Nachkriegszeit dringend erforderlich. Dies erkannte auch die britische Besatzungsmacht. Sie beauftragte den aus Oberschlesien stammenden ehemaligen Amtsarzt und seit 1945 in Kiel tätigen praktischen Arzt Dr. med. Berthold Rodewald (1891-1966)³⁷ Ende Juni 1945, die Geschäfte der Ärztekammer einschließlich die der kassenärztlichen Verwaltungsstelle zu übernehmen. Obwohl die

schleswig-holsteinische Kammer und KV bis zum Zusammenbruch 1945 nur Untergliederungen der Reichsärztekammer ohne eigene Rechtspersönlichkeit waren, wurden sie nach dem Willen der Besatzungsmacht provisorisch als selbstständige Einrichtung weitergeführt, wobei die Provinzstelle der KVD bis zum August 1948 in die Landesärztekammer eingegliedert war. Die an die veränderten Verhältnisse angepasste Reichsärzterordnung wurde einfach weiter angewendet.³⁸

Die Militärregierung befürchtete im Chaos der ersten Nachkriegszeit im völlig mit Flüchtlingen und internierten deutschen Soldaten übervolkerten Schleswig-Holstein bei anfänglichem Arztmangel den Zusammenbruch der ärztlichen Versorgung sowie den Ausbruch von Seuchen. Die Zahl der Kassenärzte bedurfte einer Regulierung. Die geordnete Zulassung einer ausreichenden Menge von Ärzten zur Kassenpraxis war ein Gebot der Stunde. Auch zeigten sich in der Ärzteschaft Zerfallserscheinungen. Kleine und kleinste Abrechnungsstellen entstanden, örtlich wurden

Verhältnisse 1952 pro Jahr in DM	Honorare	Arzneikosten	Krankenhauspflege
Schleswig-Holstein	22,80	10,29	26,73
Bundesgebiet	22,49	12,22	23,53

Honorare, Arzneikosten und Krankenhauspflege in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet.

Vertragsverhandlungen zwischen einzelnen Ärzten und regionalen Krankenkassen aufgenommen. In mühsamer Kleinarbeit gelang es Rodewald mit anderen aktiven Ärzten, die Ärzteschaft regional trotz der schwierigen Verkehrsverhältnisse und der unsicheren Postwege in Versammlungen über die neuen Verhältnisse zu unterrichten.³⁹ Erstaunlich schnell wurden wieder ärztliche Kreisvereine gebildet. Weitgehend unbelastete Ärzte mit berufspolitischer Erfahrung wurden gefunden, die als Vorsitzende gewählt und von der Militärregierung bestätigt werden konnten. Diese Kreisvereinsvorsitzenden bildeten den aus 20 Obmännern bestehenden Beraterkreis für den „Kammerkommissar“, für den sich bald die Dienstbezeichnung „Präsident“ fand. Damit gab es eine Art parlamentarische Organ, das sich „Landesärztekammer“ nannte. Die erste vorbereitende Ärztekammersitzung fand schon am 30. Juni 1945 in Bad Segeberg statt. Auf Anweisung der Militärregierung wurde ein fünfköpfiger Vorstand gebildet.⁴⁰ Die Verwaltungsarbeiten wurden zunächst von Dr. med. Karl Hadenkamp (1889-1955), der bald darauf in die Geschäftsführung des Nordwestdeutschen Kammerausschusses wechselte, dann von Dr. med. Dr. rer. nat. Curt Walder und Alfred Evert (1901-1995) nach seiner Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft im August 1945 in den nächsten zwei Jahrzehnten geleitet.⁴¹

Walder, am 10. Februar 1895 in Berlin geboren, begann 1914 in Freiburg i. Br. das Medizinstudium, meldete sich noch im Herbst als Freiwilliger zum Kriegsdienst, wurde 1918 schwer verwundet und als Leutnant d. R. entlassen. Nach dem Studium der Medizin in Freiburg, Staatsexamen und Promotion 1922 zum Dr. med. schloss sich das Studium der Staatswissenschaften und 1924 die Promotion zum Dr. rer. pol. an. Es folgten die ärztliche Weiterbildung in der Charité, drei Jahre als praktischer Arzt in Berlin, dann 1928 die Aufnahme der Tätigkeit als ärztlicher Geschäftsführer des Deutschen Ärztevereinsbundes, 1936 mit dessen Auflösung die Übernahme durch die Reichsärztekammer. 1939 wurde er zum Kriegsdienst erst als Artillerieoffizier eingezogen, dann war er im Sanitätsdienst, zum Schluss als Divisionsarzt tätig. Im Krieg verlor er seine Frau, eine Tochter und seinen Sohn. Am Ende des Krieges wurde er als Oberstabsarzt d. R. in Schleswig-Holstein entlassen und stellte sich mit seiner umfassenden Erfahrung Rodewald zur Verfügung. 1952 heiratete er erneut.

Die anstehenden Arbeiten waren schwierig. Die Aufgaben hatten einen Umfang, wie es sie für Kammer und KV seit ihrem Bestehen noch nicht gegeben hatte. Hunderttausende von ärztlich unversorgten Flüchtlingen (1,2 Millionen

bei einer Gesamtbevölkerung von 2,65 Millionen) standen anfangs einer übergroßen Zahl von Ärzten gegenüber.⁴² Mitte 1949 gab es neben den 508 Kassenärzten, die bereits 1939 niedergelassen waren, noch 528 Kassenärzte mit vorübergehender Niederlassungsgenehmigung sowie 465 an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte, insgesamt also 1.495 Kassenarztpraxen gegenüber ca. 700 im Jahr 1939.⁴³ Die sozialhygienischen Probleme, das starke Ansteigen der Geschlechts-, Tuberkulose-, Typhus- und Malariaerkrankungen bei oft schwierigen Unterbringungsverhältnissen und einem Mangel an allen erforderlichen Materialien erschwerten die Arbeiten zusätzlich.⁴⁴ Die vermehrte Zahl der Ärzte und der schlechte Gesundheitszustand der Flüchtlinge, fast vollständig sehr junge und sehr alte Personen, hatten auch ein Absinken der ärztlichen Vergütungen zur Folge. Die Krankenkassen zahlten damals eine Kopfpauschale nach Zahl der Versicherten an die KV-Abrechnungsstelle, die dann die undankbare Aufgabe hatte, eine einigermaßen gerechte Bezahlung der Ärzte zu organisieren. Die große Zahl der zu behandelnden Fälle führte zu einer Verminderung der eigentlich nach abgerechneten Leistungen erforderlichen Zahlungen auf bis zu 50 Prozent.⁴⁵ Erst einige Zeit nach der Währungsunion 1948 begannen sich die Verhältnisse langsam zu bessern.

Überschattet wurde alles von der unsicheren rechtlichen Lage. Die Untergliederungen nahmen ihre Aufgabe als Funktionsträger der de jure noch fortbestehenden Reichsärztekammer wahr. Diese Auffassung festigte sich jedoch erst durch die Rechtsprechung des Obergerichtes Münster 1951 sowie des Verwaltungsgerichtshofs des 3. Karlsruher Senats 1952.^{46,47} Bis dahin war die notwendige, aber nicht unumstrittene Arbeit der Bad Segeberger ärztlichen Organisation ohne verlässliche Rechtsgrundlage. Hinzu kam die schlechte Stimmung in der Ärzteschaft. Die Nachfolgeorganisation der Reichsärztekammer wurde mit Misstrauen betrachtet. Es gab starke Widerstände aus der Ärzteschaft, gepaart mit Unzufriedenheit und Erbitterung. Besonders als nachteilig empfundene Entscheidungen der Kammer führten zu persönlichen Angriffen und Verunglimpfungen gegenüber den kommissarisch bestellten Leitern. Schwerer noch wogen die Hemmnisse durch inkompetente, von der Besatzungsmacht eingesetzte Kommissare der unteren Verwaltungsebenen, die den Fortgang der Arbeit gelegentlich nachhaltig gefährdeten.⁴⁸ Kompliziert wurde die Lage, wenn sich regionale Behörden berechtigt glaubten, über die Zulassung von Ärzten entscheiden zu können. Dabei spielten nicht selten unsachliche Mo-



Berthold Schüttertrumpf, Geschäftsführer der KV (1968-1987).

tive und persönliche Beziehungen eine unheilvolle Rolle.

Bei der ambulanten Versorgung der Bevölkerung sollte die von nationalsozialistischen Inhalten befreite Zulassungsordnung Anwendung finden. Das Verhältnis von einem Kassenarzt auf 600 versicherte Kassenmitglieder war allerdings nicht anwendbar, da die Flüchtlinge anfangs noch nicht in Schleswig-Holstein krankenversichert waren. Das früher bestehende Zahlenverhältnis von Arzt zu Gesamtbevölkerung von 1:2.200 konnte wegen des desolaten Gesundheitszustandes, der ungünstigen Altersverteilung und Unterbringung sowie der miserablen Verkehrsverhältnisse keine Anwendung finden. Rodewald entschied sich, ein Verhältnis von 1:1.700 anzustreben. Die Zahl der Kassenärzte erhöhte sich dadurch von 730 im Jahr 1939 auf 1.512 Ende 1948.

Ereignisse in der amerikanischen Zone drohten im Frühjahr 1948 die halbwegs stabilen Verhältnisse bei den ärztlichen Organisationen der Westzonen zu zerstören. In München sollte die dortige Ärztekammer als „Naziorganisation“ aufgelöst werden. Auswirkungen auf alle Ärztekammern wurden befürchtet. Damit drohte auch die Auflösung der in die Kammer einbezogenen und für das wirtschaftliche Überleben der niedergelassenen Ärzte wichtigen Verwaltungsstellen der KV. Als Reaktion wurden in den Westzonen die Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Ärztekammern ausgegliedert und selbstständig weitergeführt. Nun brauchte auch die KV eigene Leitungsstrukturen. Deswegen erfolgte in Schleswig-Holstein im Juli 1948 landesweit die Wahl der Organe der Kassenärztlichen Vereinigung, die im August 1948 im Klosterkamp 12 offiziell ihre Tätigkeit, nun als selbstständige Einrichtung weiterführte. Den Vor-

1,2 Mio.

Flüchtlinge waren nach dem Krieg in Schleswig-Holstein bei einer Gesamtbevölkerung von 2,65 Millionen Menschen zu versorgen. Mitte 1949 gab es neben den 508 Kassenärzten, die bereits 1939 niedergelassen waren, noch 528 Kassenärzte mit vorübergehender Niederlassungsgenehmigung sowie 465 an der kassenärztlichen Versorgung beteiligte Ärzte, insgesamt also 1.495 Kassenarztpraxen.

sitz beider Einrichtungen behielt Rodewald. In 17 der damals 21 Kreise kam es zwischen Vorsitzenden von Ärztevereinen und von Kassenärztlichen Kreisstellen zur Personalunion.⁴⁹ Die bis dahin als Verwaltungsstelle der Ärztekammer geführte Privatärztliche Verrechnungsstelle wurde ab 1. Oktober 1948 privatisiert.⁵⁰ Eine Zulassungsordnung vom 21. April 1948 schaffte klare Regelungen für die Zulassung der Kassenärzte. Das Arztregister wurde nunmehr bei der KV geführt. Die Übergangsbestimmungen bezüglich der rund 500 nur auf Widerruf zugelassenen Ärzte, denen mit der Zulassungsordnung nunmehr die kassenärztliche Tätigkeit dauerhaft ermöglicht wurde, führte noch für einige Zeit zu Ungewissheiten.

Nachdem in einer Arbeitstagung am 15./16. Juni 1947 in Bad Nauheim eine Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern, die spätere Bundesärztekammer, gegründet worden war, folgte jetzt am 16. Oktober 1948 in Stuttgart anlässlich des 51. Deutschen Ärztetages auch die Gründung der Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen, aus der in der Folgezeit die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KVB) entstand.⁵¹ Es gelang den Vertretern des KV-Bereichs, als gleichberechtigte Verhandlungspartner der Krankenkassen zunächst in der Britischen Zone anerkannt zu werden. Bis zur Schaffung eines neuen Kassenarztrechtliches sollte es jedoch noch bis zum 17. August 1955 dauern.

Die angemietete Villa im Klosterkamp 12 stand der provisorisch errichteten Ärztekammer und der von ihr treuhänderisch verwalteten KV-Landesstelle allerdings zunächst nicht mehr zur Verfügung. Sie war von der Besatzungsmacht für eigene Zwecke zum 1. Juli 1945

1948

wurde in Stuttgart beim 51. Deutschen Ärztetag die Arbeitsgemeinschaft der Landesstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gegründet - dies ist der Vorläufer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

beschlagnahmt worden und wurde erst im Oktober 1947 wieder für die Landesärztekammer freigegeben. Bis dahin mussten die Aufgaben der beiden Verwaltungen einschließlich der zur Ärztekammer gehörigen Privatärztlichen Verrechnungsstelle im Wesentlichen in den Räumen der Eutiner Straße 3 bearbeitet werden. Auch nach Räumung der Villa durch die Briten forderte die Stadt noch das Verfügungsrecht über den 1. Stock der Villa Klosterkamp 12, um Wohnraum für den Oberkreisdirektor Dr. Jendis zu beschaffen. Die Arbeit der Ärztekammer musste also nicht nur mit den schwierigen politischen Bedingungen der Nachkriegszeit, sondern auch mit außerordentlich beengten räumlichen Verhältnissen fertig werden. Dem Vernehmen nach wurde ein einigermaßen erträglicher Übergang Mitte 1945 auch durch das Engagement der Mitarbeiterinnen einschließlich der „Bunge-Drillinge“ Anni, Irma und Elli ermöglicht, die bei der von den Briten angeordneten überstürzten Räumung der Villa im Klosterkamp 12 die wichtigsten Akten der Kassenärztlichen Vereinigung vorübergehend in der Malerwerkstatt Bunge in der Lübecker Straße 40 unterbrachten, sodass die für die Abrechnung notwendigen Unterlagen sichergestellt wurden und der „Geschäftsbetrieb“ insbesondere der Abrechnungsstelle für die Kassenärzte möglich blieb.⁵²

Ein unter diesen Umständen „glücklicher“ Umstand war, dass der Geschäftsumfang der Privatärztlichen Verrechnungsstelle, die das Gebäude in der Eutiner Straße bis 1945 allein genutzt hatte, in der ersten Nachkriegszeit stark rückläufig war. So konnten dort erst einmal alle unterkommen. Eine nachhaltige Besserung der Raumsituation gab es auch in der Folgezeit nur in geringem Umfang.

Die PVS konnte in der Moltkestraße 1 unmittelbar neben dem Gebäude von Kammer und KV ein eigenes Verwaltungsgebäude errichten. Dadurch stand in der Eutiner Straße zusätzlicher Platz zur Verfügung. Ein größerer und ein kleinerer Anbau nutzten auch die letzten Erweiterungsmöglichkeiten. In dieser Situation wurden die nicht mehr brauchbaren Räume in der Klosterkamp im Jahr 1951 gekündigt. Der Raumbedarf der KV wurde jedoch in den Folgejahren immer größer, insbesondere durch die Vergrößerung der Kassenarztzahl, aber auch durch die weitere Ausgestaltung des kassenärztlichen Vertragswesens, des Prüfungswesens und durch Neuregelungen der Honorarverteilung. Entlastungsversuche durch Rationalisierungsmaßnahmen und den Einbau erster Vorstufen einer mechanisierten Datenverarbeitung schufen keine dauerhafte Abhilfe. Insgesamt war dies eine bedrängende Arbeitssituation, da auch die Räume von Rinnes ursprünglicher Privatklinik den Ansprüchen an ein zeitgemäßes Bürogebäude kaum gewachsen waren. Bis zu einer befriedigenden Lösung Mitte der sechziger Jahre musste noch eine Menge Geduld aufgebracht werden.

1952 stellen sich Honorare, Arzneikosten und Kosten für Krankenhauspflege der Schleswig-Holsteiner im Vergleich zum Bundesgebiet wie folgt dar: (Tabelle Seite 24)

Die Kassenärzte in Schleswig-Holstein befanden sich trotz der schwierigen Flüchtlingssituation in einer wirtschaftlich vergleichbaren Lage wie die Ärzte im übrigen Bundesgebiet. Die Zahl der Mitarbeiter/-innen in der Geschäftsstelle der KV war dem steigenden Bedarf angepasst worden. Waren es 1945 etwa 25 Mitarbeiter, so gab es Ende 1952 neben dem wie bisher zur Hälfte von der KV bezahlten geschäftsführenden Arzt Curt Walder den kaufmännischen Geschäftsführer Alfred Evert, einen hauptamtlich tätigen Prüferarzt, 46 kaufmännische Angestellte, einen Kraftfahrer und einen Hausmeister. 1965 waren es schon 75 Mitarbeiter. 1952 fanden immerhin 12 Vorstandssitzungen und 7 Sitzungen der Abgeordnetenversammlung statt. Am 7. Mai 1952 fanden Wahlen statt, wobei auf 75 Kassenärzte pro Kreis ein Abgeordneter gewählt wurde, hinzu kamen 7 auf einer Landesliste gewählte Abgeordnete sowie einige hinzugewählte Vertreter ärztlicher Verbände. Bei den Vorstandswahlen am 14. Juni 1952 kam es zu einem Patt in der Wahl des 1. Vorsitzenden zwischen Berthold Rodewald und Rudolf Reichert mit jeweils 16 Stimmen. In der Stichwahl wurde Rodewald mit 17 Stimmen erneut KV-Vorsitzender.

Die weitere Entwicklung der KVSH

Aufgrund eines überraschenden Rücktritts Rodewalds kam es am 9. Juli 1952

Name	Ort	Fachrichtung	Geburt- ggfs. Todesdatum	Amtszeit
Berthold Rodewald	Kiel	prakt. Arzt	1891-1966	1948-1952
Rudolf Reichert	Kiel	Frauenarzt	1907-1997	1952-1981
Guido Piepgras	Kiel	Internist	1927-2008	1981-1989
Eckhard Weisner	Preetz	Allgemeinarzt	1937	1989-1998
Klaus Bittmann	Plön	Frauenarzt	1943	1998-2006
Ralf Büchner	Klanxbüll	Allgemeinarzt	1958	2006-2008
Ingeborg Kreuz	Flensburg	prakt. Ärztin	1960	2008-2012
Monika Schlickfe, Dipl. med. oec.	Ratzeburg	Allgemeinärztin	1951	ab 2012



Eutiner Straße 3, früherer Sitz der Ärztekammer und KV, ist heute ein Seniorenheim.

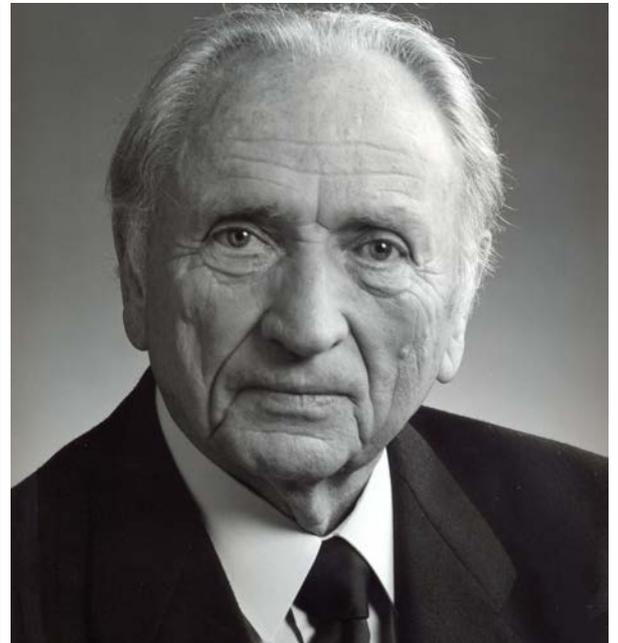
zu einer erneuten Wahl des 1. KV-Vorsitzenden. Nun wurde Rudolf Reichert (1907-1995), Frauenarzt aus Kiel, gewählt, der dieses Amt bis 1981 für fast drei Jahrzehnte bekleiden sollte.⁵³ Reichert, am 2. Juli 1907 in Stuttgart geboren, studierte in Tübingen, Innsbruck und Kiel und legte 1931 sein Staatsexamen in Tübingen ab. Danach folgte die Niederlassung als praktischer Arzt in Kiel, Wehrdienst bei der Marine von 1939-1945, danach ab 1946 weiterhin Niederlassung in Kiel, nun aber als Frauenarzt. Reichert war seit der Wiedergründung der KVSH 1948 Vorsitzender der KV-Kreisstelle Kiel und gehörte seit diesem Zeitpunkt auch der Abgeordnetenversammlung an.

Das Gesetz über das Kassenarztrecht vom August 1955 schuf auch in Schleswig-Holstein endgültig wieder rechtlich geordnete Verhältnisse. Es gab nunmehr auf gesetzlicher Grundlage gewählte Vorsitzende, Vorstände und Abgeordnetenversammlungen. Auch bestanden wieder wie vor 1933 Schiedsämter, Landesausschüsse und (anstelle eines Reichsausschusses) ein Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die anfangs von den KV-Kreisstellen durchgeführt wurden, kam dazu. Die Ergebnisse der notwendigerweise häufig subjektiven Prüfungen konnten jedoch nicht befriedigen. Grundsatzurteile des Bundessozialgerichts 1962/63 führten ab Mitte der sechziger Jahre zu einem bundesweit vorbildlichen Verfahren der KVSH. Die schleswig-holsteinischen Kassenärzte erhielten nun einmal im Jahr die sämtlichen Daten ihres Leistungs- und Ordnungsverhaltens mitgeteilt und hatten so die Möglichkeit, dieses Wissen bei ihrer Arbeit zu berücksichtigen.⁵⁴

Im Oktober 1965 konnten die Kassenärztliche Vereinigung und die Ärztekammer endlich ein neues Verwaltungsgebäude in der Bismarckallee 1 bezie-

hen. Bauherr musste jetzt aus wirtschaftlichen Gründen die KV sein, die „arme“ Ärztekammer wurde Untermieter. Es war Evert gelungen, ausreichende Flächen auf einem etwa 100 Meter von dem Ärztekammergebäude Eutiner Straße 3 ortsauswärts gelegenen Eckgrundstück der Bismarckallee für einen Verwaltungsbau zu erwerben. Im Erdgeschoss und im 2. Obergeschoss des neuen KV-Hauptverwaltungsgebäudes befand sich 1965 die modernste Technik der damaligen Zeit. Neben einer konventionellen Lochkartenanlage war eine elektronische Datenverarbeitung installiert. Es bestand nunmehr die Möglichkeit, über ein Lochstreifengerät aus den Arztabrechnungen die Gebührenordnungsnummer mithilfe von „Locherinnen“ in einen Lochstreifen zu übernehmen und durch Verwendung der elektronischen Rechenanlage die Honorarabrechnung mit sämtlichen Arbeitsabläufen durchzuführen. Im ersten Obergeschoss gab es einen großen Sitzungssaal, kleinere Sitzungs- und Besprechungsräume sowie Räume für den KV-Vorsitzenden, den Kammerpräsidenten und die Geschäftsführer. Das Verwaltungsgebäude mit ausreichenden Räumen für die Mitarbeiter/innen, einer damals hochmodernen EDV sowie einer architektonisch und künstlerisch eindrucksvollen Gestaltung war zweifellos der Höhepunkt der langjährigen Tätigkeit von Alfred Evert für die KV.⁵⁵

1973 erfolgte ein weiterer Neubau der KV, das Rechenzentrum, auf dem gegenüberliegenden Eckgrundstück, einem Teil des Kurparks. Das Gebäude musste schon 1981 erweitert werden. Hier befand sich nicht nur eine moderne Großrechenanlage, die die Lochkartentechnik abgelöst hatte, sondern sogar ein KV-eigenes Schwimmbad. Eine Fußgängerbrücke über die Bismarckallee in Höhe des 1. Stockwerks verbindet die beiden Verwaltungsgebäude. Anstelle des Schwimmbades entstanden in den neun-



Rudolf Reichert, KV-Vorsitzender (1953-1981).

1965

bezogen KV und Ärztekammer ein neues Verwaltungsgebäude in der Bismarckallee. Bis dahin hatten beide Organisationen unter räumlich schwierigen Bedingungen arbeiten müssen. Die Kammer blieb zunächst Untermieter der KV und bezog 1977 ein eigenes Gebäude in der Nachbarschaft.

ziger Jahre dringend benötigte Büroräume. Im August 1977 konnte auch die Ärztekammer ein eigenes Gebäude in der Bismarckallee 8-12 beziehen.

Zweieinhalb Jahre nach dem Bezug des neuen Gebäudes wechselte der kaufmännische Geschäftsführer. An die Stelle von Alfred Evert trat 1968 Berthold Schüttrumpf (1924-1996), der, bereits seit 1946 Mitarbeiter der KV, das Amt bis 1987 wahrnahm. Schon vorher war 1965 an die Stelle von Curt Walder der Bad Segeberger Internist Dr. med. Gerd Iversen (1916-2004) getreten. Iversen wurde nach dem plötzlichen Tod des Kammerpräsidenten Prof. Dr. med. Edmund Christiani (1908-1977) im Januar im März 1977 zum Kammerpräsidenten gewählt. Die dann im August 1978 erfolgte Nachbesetzung der Position des geschäftsführenden Arztes durch Dr. med. Karl-Werner Ratschko (geboren 1943) erfolgte nicht mehr für die KV, sondern allein für die Ärztekammer.

Nachfolger Reicherts wurde 1981 der Kieler Internist Dr. med. Guido Piepgras (1927-2008). Piepgras, am 24. Dezember 1927 in Kiel geboren, war seit 1975 Mitglied der Abgeordnetenversammlung der KV und von 1973 bis 1980 KV-Vorsitzender in Kiel. Bereits Mitte der siebziger Jahre war er auch Mitglied des KV-Vorstandes. 1989 wurde er durch den damaligen 2. KV-Vorsitzenden Dr. med. Eckhard Weisner unerwartet mit 34 zu 18 Stimmen abgelöst.

Weisner, geboren am 16. Juni 1937 in Kiel, kam aus einer in der ärztlichen Landespolitik tief verankerten Kieler Arztfamilie. Großvater Julius (gestorben 1925) und Vater Georg (1895-1971) waren beide in Kiel niedergelassen, Dr. med. Julius Weisner noch als Augen- und Ohrenarzt, Dr. med. Georg Weisner als Hals-Nasen-Ohrenarzt. Julius Weisner war nach dem Ersten Weltkrieg Vorsitzender des Provinzialverbandes Schleswig-Holstein des Hartmannbundes, des Vorläufers der schleswig-holsteinischen KV, eine Funktion, die auch sein Sohn Georg kurzfristig 1933 innehatte. Eckhard Weisner war Allgemeinarzt und ließ sich 1968 in Preetz nieder. So überrascht es nicht, dass er als Vertreter der damals jüngeren Generation in der Kassenärztlichen Vereinigung seinen Weg machte. Seit 1976 war er Mitglied der Abgeordnetenversammlung, einer, wie er selbst in seinen Erinnerungen schreibt, „leicht verknöcherten“ KV. Mitglied des KV-Vorstandes wurde er 1981, 1985 dann bis 1989 ihr 2. Vorsitzender. Seit 1981 war er für 20 Jahre auch Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Zwei Monate nach seiner Wahl 1989 kam er in den KBV-Vorstand. Dies war nicht selbstverständlich für den Vertreter einer kleinen KV. 1997 wurde Weisner auch zum 2. Vorsitzenden der KBV und zum Vorsitzenden des Zentralinstituts für Kassenärztliche Versorgung der KBV gewählt. Eckhard Weisner war von 1984 bis 1997 Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer. Er stand in einer schwierigen Situation der Ärztekammer für das Amt des Kammerpräsidenten zur Verfügung, wurde im März 1998 auch gewählt und gab nicht leichten Herzens dafür den KV-Vorsitz auf.⁵⁶ Weisner war insgesamt neun Jahre Vorsitzender der KVSH, eine Zeit, in der es mit der KVSH spürbar voranging.

Sein Nachfolger wurde Dr. med. Klaus Bittmann, niedergelassener Frauenarzt aus Plön, geboren 1943, im Amt 1998-2006, im letzten Jahr hauptamtlich. Es folgten nun schon hauptamtlich Dr. med. Ralf Büchner (geboren 1958, im Amt 2006-2008), Dr. med. Ingeborg Kreuz (geboren 1960, im Amt 2008-2012) und Dr. med. Monika Schliifke (geboren 1951, im Amt 2012 bis heute).



Dr. Monika Schliifke und Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach.

Noch in die Amtszeit von Piepgras fiel 1987 der Wechsel der Geschäftsführung von Schüttrumpf zu Dr. phil. Bodo Kosanke (1944-2013). Kosanke war Soziologe, hatte seine Prägung im Zentralinstitut für Kassenärztliche Versorgung in Köln erhalten und brachte mit seinen Ideen frischen Wind in die KV. In seiner Zeit gab es mit Unterstützung des Vorsitzenden Eckhard Weisner in der KVSH wesentliche strukturelle Veränderungen und einen nicht immer bequemen Modernisierungsschub, dessen Auswirkungen bis weit in das 20. Jahrhundert reichten.⁵⁷ 2005 wechselte Kosanke, nachdem der Vorstand der KV durch Gesetzesänderungen nun hauptamtlich besetzt sein musste, bis 2006 zusammen mit Bittmann in den hauptamtlichen Vorstand der KVSH. Sein Nachfolger als Hauptgeschäftsführer wurde Ralph Ennenbach (geboren 1962), der 2006 auch Kosanke in dem nunmehr zweiköpfigen hauptamtlichen Vorstand der KV ablöste. Ennenbach nimmt dieses Amt als 2. Vorsitzender neben dem auch weiterhin mit Ärzten bzw. Ärztinnen besetzten 1. Vorsitz bis heute wahr.

Die Geschichte der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein seit 1948 war anfangs geprägt von der Bewältigung der Kriegsfolgen, dann von einer fortschreitenden Modernisierung zunächst des Abrechnungswezens durch immer stärkeren Einsatz der EDV. Als Folge der zunehmenden Spezialisierung der Ärzteschaft seit den siebziger Jahren kam es zu einer beeindruckenden Weiterentwicklung. Heute gibt es neben modernen Leitungsstrukturen mit leistungsfähigen Abteilungen der inneren Verwaltung wie Personal, Finanzen und Recht zahlreiche Sachgebiete für das stark gewachsene kassenärztliche Leistungsspektrum. Dazu gehören, um nur einige zu nennen, die Akupunktur, das ambulante Operieren, die Chiropraktik, die Dermatohistologie, die Dia-

lyse, Früherkennungsuntersuchungen, Hautkrebs-Screening, die Herzschrittmacherkontrolle, die Hörgeräteversorgung, die invasive Kardiologie, das Langzeit-EKG, ambulante Eingriffe am Auge, Mammografie, Psycho- und Sozialtherapie, Schmerztherapie, Sonografie u. a. m. Hierbei handelt es sich um heute ambulant mögliche ärztliche Tätigkeiten, an die in der ambulanten Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten zu Beginn der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts noch nicht zu denken war. Damit war es aber nicht getan. Die autoritären Strukturen und Arbeitsweisen der KV wurden aufgebrochen und sind mehr und mehr einer vom Servicegedanken geleiteten Verwaltung einer demokratisch verstandenen Körperschaft gewichen. Neben den immer schon vorhandenen Bereichen Arztregister, Abrechnung, Zulassung, Niederlassung, Ermächtigung, Sprechstundenbedarf, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Hilfsmittel u. a. m. gibt es nun Sachgebiete für Niederlassungsberatung, Qualitätssicherung, Qualitätszirkel und Qualitätsmanagement, es gibt eine aktive Öffentlichkeitsarbeit mit einem hauptamtlichen Pressesprecher und einem monatlich erscheinenden KV-Magazin sowie den gesellschaftsbezogenen Bereich Gesundheitspolitik und Kommunikation.

Die Beschreibung der Entwicklung im Einzelnen, die kontinuierlich von den ehren- und hauptamtlich Tätigen sowie dem KV-Vorstand und den Mitarbeitern über die Jahrzehnte geleistet wurde, ist vielfältig und sehr komplex. Sie kann hier nicht geleistet werden und muss einem gesonderten Beitrag vorbehalten bleiben. Peter Zastrow, Bad Segeberg und Martin Maisch, KVSH, bin ich für Anregungen und Bildmaterial dankbar.

LITERATUR BEIM VERFASSER
DR. DR. PHIL. KARL-WERNER RATSCHKO,
BAD SEGEBERG

1981

musste das KV-Gebäude erweitert werden. Platz wurde u.a. für weiteres Personal, das aufgrund steigender Aufgaben eingestellt wurde, aber auch für eine damals moderne Großrechenanlage benötigt.

DITHMARSCHEN

Feiern und fortbilden

Die KV-Kreisstelle Dithmarschen veranstaltete für die Ärzte der Region eine Sommerfeier mit Rockkonzert und sprach damit auch den niederlassungswilligen Nachwuchs an.

Es war ein ungewöhnlicher, aber erfolgreicher Modus für eine Sommerfeier einer KV-Kreisstelle: ein Rockkonzert, in dessen Pausen berufspolitische Vorträge eingebettet waren und das zugleich Ärzte aus unterschiedlichen Generationen, Fachgruppen und Sektoren ansprach.

Auf die ungewöhnliche Idee waren Mitglieder der KV-Kreisstelle Dithmarschen gekommen. Deren Vorsitzender Burkhard Sawade und sein Stellvertreter Reimar Vogt lassen sich von der Überzeugung leiten, dass Haus- und Fachärzte, Niedergelassene und Krankenhausärzte, Stadt- und Landärzte und Ärzte unterschiedlicher Altersgruppen berufsbedingt genügend Gemeinsamkeiten haben, um auch gemeinsam feiern zu können. „Die von Gesundheitspolitikern gerne befeuerten Unterschiede lassen wir nicht gelten“, sagte Vogt. Schon in der Planungsphase stand deshalb fest, dass die niedergelassenen Ärzte nicht unter sich bleiben wollten, sondern auch Krankenhausärzte und den Ärztenachwuchs einladen würden. Das Konzept ging auf. Rund 100 ärztliche Teilnehmer aus den genannten Bereichen – unter ihnen Kammerpräsident Dr. Henrik Herrmann und die KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliffke – waren trotz zeitgleicher Konkurrenz auf dem Meldorfer Marktplatz zu der Veranstaltung in die Meldorfer Dithmarschenhalle gekommen.

Die Themen der Vorträge berührten in erster Linie Niederlassung und Notdienst. „Diese Themen brennen in der Berufspolitik am meisten unter den Nägeln“, sagte Vogt. Dies gilt für Dithmarschen in besonderem Maße: 43 Prozent der dort tätigen Hausärzte sind älter als 60 Jahre. Damit wird fast die Hälfte aller Grundversorger in den kommenden Jahren aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit ausscheiden. „Diese Entwicklung wird uns auch im Notdienst vor besondere Herausforderungen stellen, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund einer wie in ganz Schleswig-Holstein ermüdenden Bereitschaft zur Teilnahme am Notdienst“, sagte Vogt. Weiteres für den Nachwuchs wichtiges Thema: die Weiterbildung. Der ärztliche



Fortbildung mit Rockmusik - und zugleich mit dem ärztlichen Nachwuchs ins Gespräch kommen. Das schaffte die KV-Kreisstelle Dithmarschen kürzlich in Meldorf.

Direktor des Westküstenklinikums, Dr. Urs Nissen, informierte die Teilnehmer darüber, wie die Verbundweiterbildung des regionalen Krankenhauses organisiert wird.

Die Gäste konnten in ausliegenden Listen und im persönlichen Gespräch mit den Kreisstellenmitgliedern ihr Inte-

resse an einer Niederlassung oder an einem Engagement im Notdienst bekunden – und nutzten dies. Eine erste Interessentin führte sogar direkt im Anschluss an die Veranstaltung schon konkrete Gespräche zum Einstieg in die Niederlassung in Dithmarschen. (RED/PM)

ETHIK

Mit mehr Präsenz Vorurteile abbauen

Maßnahmen zur engeren Anbindung von klinischer Ethikberatung an die Patientenversorgung.

Mit zunehmenden technischen Möglichkeiten der modernen Medizin haben auch moralische Dilemmasituationen und ethische Fragestellungen zugenommen, was häufig über Leitlinienempfehlungen und Behandlungspfaden hinaus eine differenzierte interdisziplinäre Einzelfallanalyse erfordert. Die Angebote an professionellen Beratungsangeboten in Kliniken und auch ambulant nehmen dementsprechend zu. Häufig wird in der Praxis jedoch eine verhaltende Inanspruchnahme solcher Strukturen beklagt.

Klinische Ethikkomitees (KEK) oder entsprechende Strukturen wie Ethikreferate, Ethikforen, Ethikkonsildienste etc. haben die Aufgabe, bei ethischen Fragestellungen am Krankenbett beratend zu unterstützen. Sie unterscheiden sich damit grundlegend von den gesetzlich festgeschriebenen Ethikkommissionen, die für forschungsethische Belange zuständig sind. Allgemeine Empfehlungen und Standards klinischer Ethikberatung wurden 2006 in einer Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer beschrieben und gleichzeitig zur weiteren Implementierung derartiger Strukturen ermuntert. Ermunterungen und guten Absichten zum Trotz ist die Akzeptanz von klinischer Ethikberatung nicht zuletzt bei Ärzten weiterhin von Widerständen und Vorbehalten geprägt, die bis heute bei vielen in der Ethikberatung Tätigen zu Enttäuschung über eine geringe Anzahl von Anfragen zu ethischen Fallbesprechungen und geringer Einbindung in den Klinikalltag führen.

Eine Offenheit für auch alternative Angebote klinischer Ethikberatung wurde daher bereits gefordert. Die vorliegende Artikel soll solche alternativen Ansätze darlegen, die zu einer vermehrten Inanspruchnahme von klinischer Ethikberatung führen könnten und im UKSH, Campus Kiel seit Schaffung einer

Info

Ethik first ist ein kombiniertes Lehr- und Unterstützungsangebot für Ärzte und Studierende an der CAU in Kiel. Über die Website <https://www.ethik-first.de> können ethische Fragestellungen, die im Klinikalltag auftauchen, besprochen werden. Ziel ist ein niederschwelliger Zugang zur klinischen Ethikberatung.

Oberarztstelle für klinische Ethik praktiziert werden.

Visitenbegleitung

Die Idee, Stationsvisiten durch einen Ethikberater begleiten zu lassen, ist nicht neu. Unter anderem Richter, Scheffold et al. haben bereits Vorteile dieser Art der interkollegialen Zusammenarbeit erprobt und herausgearbeitet. Eine frühzeitige Thematisierung auch von sich erst abtanzenden Konfliktsituationen hat sich als vorteilhaft erwiesen. Die regelmäßige Präsenz des Ethikberaters auf Station motiviert zur niederschweligen Einbeziehung und kann helfen, Vorurteile abzubauen.

Teilnahme an Transplantationskonferenzen

In stationären Einrichtungen, die auch Transplantationszentren sind, sind regelmäßige interdisziplinäre Transplantationskonferenzen nach Transplantationsgesetz vorgeschrieben. Hauptaufgabe ist die Entscheidung zur Aufnahme bzw. Verbleib auf der Warteliste, die seit der Novelle des TPG im Sechs-Augenprinzip erfolgen muss). Diese Entscheidungen bringen neben interdisziplinären medizinischen Problemen oft auch ethische Aspekte mit sich, die die Anwesenheit eines klinischen Ethikberaters in diesen Konferenzen sinnvoll macht. Aufklärungen zur Lebendorgan-spende Die Aufklärung des potentiellen Spenders zu einer Lebendspende (Niere, Teileber) stellt hohe Anforderungen an das Transplantationszentrum und sollte ausnahmslos ein informiertes Einverständnis zum Ziel haben. Aus medizinethischer Sicht begründet sich diese besonders gewissenhafte Aufklärungsverpflichtung aus der beispiellosen Situation, dass beim Spender eine Operation geplant wird, die für den biologischen Organismus nur Schaden und keinen Nutzen bringt. Somit ist eine Verletzung der wichtigen medizinethischen Prinzipien Benefizienz und Non-Malefizienz nur durch eine autonome Entscheidung zu rechtfertigen. Dass diese Aufklärungsverpflichtung mitnichten als eine banale Routinetätigkeit angesehen werden sollte, zeigt zum einen die im Transplantationsgesetz festgelegte, obligate Anwesenheit eines unabhängigen Arztes bei diesen Aufklärungen wie auch der Blick in die neuere deutsche Rechtsprechung: Anfang 2019 hat der BGH die Bedeutung einer auch formal korrekten Aufklärung eines potentiellen Lebendspenders bekräftigt und ein Vorinstanzurteil aufgehoben und damit die Rechte zweier Patienten bestärkt, die sich im Vorfeld der Spende nicht ausreichend ärztlich aufgeklärt

RUNDER TISCH GEPLANT

Der Berufsordnungsausschuss (BOA) der Ärztekammer beobachtet seit Jahren die Initiativen zur ambulanten und klinischen Ethikberatung in Deutschland und hat sich in einer Sitzung im Mai 2019 entschlossen, zu diesem Thema einen interprofessionell zusammengesetzten „Runden Tisch“ Ende Oktober 2019 einzuberufen. Dazu wird auch erneut Dr. Annette Rogge eingeladen, die die gleiche Zielrichtung wie der BOA verfolgt: die klinische Ethikberatung zu stärken und – wie im Artikel anklingt – um eine ambulante zu erweitern. Wir möchten über eine sektorenübergreifende, interprofessionell aufgestellte Organisation zur medizinethischen Beratung im Norden diskutieren.

Als Möglichkeit wird die Gründung eines Vereins erörtert werden, strukturell orientiert z.B. am Patientenombudsverein, der die bestehenden Angebote zur Ethikberatung im Norden vermittelt, mögliche Standards festlegt und ggf. in der Zukunft auch selbst beratend tätig wird. Das Treffen im Oktober soll ganz bewusst ergebnisoffen gehalten werden. Es müssten zunächst die im Alltag hinderlichen Faktoren eruiert und gemeinsame Ziele der interprofessionellen Zusammenarbeit definiert werden. Erst dann wird es um die Gründung einer Organisation und ihre Trägerschaft bzw. Finanzierung gehen.

DR. SVANTE GEHRING
FÜR DEN BERUFSORDNUNGS-AUSSCHUSS

gefühlt hatten. Der im TPG geforderte Facharzt sollte aus den Reihen des klinischen Ethikkomitees gestellt werden. Diese Kollegen sind aufmerksam für die spezielle Aufklärungssituation und mit den Voraussetzungen für ein informiertes Einverständnis vertraut. Zusätzlich führt dieser Mitarbeiter des KEK in Kiel mit jedem Spender noch ein Vier-Augengespräch durch, in dem die Freiwilligkeit abgefragt wird und der potentielle Spender auch die Telefonnummer des Ethikdienstes ausgehändigt bekommt, um auch bei möglichen späteren Zweifeln an der Entscheidung zur Spende einen unabhängigen Ansprechpartner niederschwellig erreichen zu können. Spezielles Angebot für Medizinstudenten und junge Ärzte/Ärztinnen

Spezielles Angebot für Medizinstudente und junge Ärzte/Ärztinnen

Seit 2017 wird an der Christian-Albrechts-Universität (CAU) zu Kiel und am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) mit „Ethik-First“ ein kombiniertes Lehr- und Unterstützungsprojekt für Studenten und Ärzte angeboten. Es bietet die Möglichkeit, ein im klinischen Alltag erlebtes moralisches Dilemma an-zusprechen und unter Anleitung zu reflektieren. Damit soll insbesondere medizinischen Berufsanfängern Hilfestellung für den Berufsalltag gegeben werden. Das Projekt soll auch der Vernetzung von Studierenden verschiedener Semester und jungen Ärzten dienen, die sich für Medizinethik interessieren. „Ethik First“ ist somit nicht nur als Lehrveranstaltung, sondern auch als Unterstützungsangebot für Einsteiger in den Klinikalltag konzipiert und verfolgt das Ziel, einen Zugang zur klinischen Ethikberatung, sowie Sensibilisierung für ethische Fragestellungen zu ermöglichen. Der wissenschaftliche Hintergrund ist dabei die Theorie des „moral distress“. Klassischerweise wird dieses Phänomen als die psychologische Reaktion einer Person, die in einer bestimmten Situation glaubt, die ethisch richtige Verhaltensweise zu kennen und diese aufgrund von äußeren oder inneren Hindernissen nicht ausführen kann, definiert. Ein gesunder Umgang mit „moral distress“ stellt ein wichtiges Problem in der Ausbildung von Ärzten dar. Im Medizinstudium werden diese Probleme aber weiterhin wenig adressiert.

Dieses Angebot wäre sicherlich auch sinnvoll auf andere Berufsgruppen, z.B. in der Pflege auszuweiten. Es wird unterstützt durch UKSH Gutes Tun.

CIRS

Das Critical Incident Reporting System (CIRS) stellt ein bewährtes Fehlermeldesystem zur klinischen Risikoerken-

nung dar. Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen können anonym, sanktionsfrei und niederschwellig Beinahe Schäden und Ereignisse über ein meist webbasiertes Erfassungsformular melden. Diese Daten werden streng vertraulich von einer zentralen Stelle bearbeitet, sodass Präventionsmaßnahmen zur Erhöhung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit abgeleitet und anonymisiert kommuniziert werden können.

Während einige ethische Fragestellungen einhellig vom Behandlungsteam thematisiert werden können, gibt es auch komplexe ethische Konflikte, für die die klinische Ethikberatung nicht direkt kontaktiert wird. Die Gründe hierfür können vielfältig sein. Im Vordergrund dürften Zeitmangel sowie hierarchische und berufsgruppenbezogene Barrieren stehen. Wir haben das bereits bestehende und gut etablierte CIRS-System explizit für die Meldung ethisch kritischer Situationen geöffnet. Hierzu ist eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe aus den Bereichen Qualitäts- und Risikomanagement, Innere Medizin/Public Health und Medizinethik gebildet worden.

Das Projekt dient der engeren Einbindung der klinischen Ethik in die kontinuierlichen Verbesserungsprozesse der Kliniken, soll mittelfristig die Sensibilität der Mitarbeiter für ethische Probleme erhöhen und möchte einen zusätzlichen Zugang zur klinischen Ethikberatung etablieren.

Einige der genannten Maßnahmen sind an den speziellen Bedürfnissen eines Universitätsklinikums ausgerichtet, andere könnten aber auch an allen stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens implementiert werden oder für die zunehmende Zahl ambulanter Ethikberatungen interessant sein. Zur praktischen Umsetzbarkeit ist die Unterstützung durch den Einrichtungsträger strukturell, ideell und finanziell, z.B. durch Finanzierung einer festen Stelle eines klinischen Ethikberaters, für viele der genannten Teilprojekte unerlässlich. Neben den oben genannten speziellen Angeboten sollte eine gute und formlose Erreichbarkeit für alle an klinisch-ethischen Fragestellungen beteiligten Gruppen, also auch Patienten und ihren Angehörigen für eine erfolgreiche klinische Ethikberatung selbstverständlich sein.

DR. ANNETE ROGGE, OBERÄRZTIN
KLINISCHE ETHIK,
UKSH KIEL

KURZ NOTIERT

Navigation 60plus begleitet Menschen in den Ruhestand

Der Übergang aus dem straff strukturierten Arbeitsalltag in den Ruhestand bringt grundlegende Veränderungen mit sich, die unter Umständen „kritische Lebensereignisse“ darstellen und die Gesundheit gefährden. Dies kann auch für Ärzte gelten. Jahrelang gewohnte Tagesstrukturen entfallen, die berufliche Rolle als Quelle von Selbstbestätigung und sozialer Einbindung geht verloren. Die neu hinzu gewonnene freie Zeit wird für gewöhnlich in der ersten Ruhestandsphase als Bereicherung empfunden, jedoch kann zu einem späteren Zeitpunkt durchaus eine belastende Leere auftreten, und das zu einem Zeitpunkt, an dem viele Menschen noch ein Viertel ihres Lebens vor sich haben.

Bei vielen älteren Menschen ist die Lebensqualität gestiegen. Die heute 70-Jährigen sind körperlich und geistig fitter als die Generation vor ihnen, sodass die Lebensspanne zwischen 60 und 80 Jahren ein großes Potenzial für den Einzelnen und auch für die Gesellschaft birgt.

Vor diesem Hintergrund startete die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein (LVGFHS) das Modellprojekt Navigation 60plus. Es richtet sich an die Zielgruppe „60plus“, deren Eintritt in den beruflichen Ruhestand bevorsteht. Ziel ist die Schärfung eines Bewusstseins für die anstehenden Veränderungen sowie die Unterstützung beim Aufbau einer aktiven und erfüllenden Tagesstruktur.

Als Modellregion wurde Lübeck gewählt. Die Hansestadt setzt als einer der kooperierenden Arbeitgeber im Modellprojekt seit Mai die Maßnahmen in die Praxis um. „Als Arbeitgeberin möchten wir unseren Mitarbeitenden Wertschätzung und Unterstützung entgegenbringen, indem wir ihnen die Teilnahme am Projekt im Rahmen der Arbeitszeit ermöglichen“, sagte Sabine Blumenthal von der Hansestadt Lübeck. Die Teilnehmenden erwarten eine Schulung im Umfang von 3x3 Stunden. Zusätzlich können sie an einer Netzwerkveranstaltung teilnehmen und eine Broschüre mit vertiefenden Informationen erhalten. Zwei Informationsveranstaltungen, an denen insgesamt 119 Beschäftigte der Hansestadt aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen teilnahmen, waren die ersten konkreten Angebote für die Zielgruppe. In den zweistündigen Veranstaltungen wurden ihnen das Projekt und die Möglichkeiten zur aktiven Beteiligung vorgestellt. Zugleich gab es konkrete Denkanstöße zur eigenen Lebenssituation und den bevorstehenden Veränderungen, die sich durch den Eintritt in den Ruhestand ergeben. 66 Beschäftigte der Hansestadt haben sich für die weitere Teilnahme angemeldet und die ersten Schulungseinheiten wurden inzwischen erfolgreich durchgeführt.

Als einer der weiteren Partner ist die Netz Lübeck GmbH ab August mit den Projektbausteinen für ihre Beschäftigten gestartet. Im nächsten Jahr werden weitere Lübecker Arbeitgeber folgen. „Mit diesem Angebot möchten wir Menschen im Alter von „60plus“ anregen und unterstützen, sich frühzeitig mit den Veränderungen zu beschäftigen, die das Ende des Berufslebens mit sich bringt. Eine aktive Vorbereitung und Planung wirken sich stärkend auf die Gesundheit aus und der Start in den nächsten Lebensabschnitt kann bewusster erfolgen“, sagte Dr. Elfi Rudolph von der LVGFHS. Sie erhofft sich von dem Projekt einen Beitrag dazu, das Bild vom Alter in der Gesellschaft offener und positiver zu gestalten. Im Anschluss an die dreijährige Modellphase von „Navigation 60plus“ ist eine Weiterführung geplant. Aus dem Kreis der Teilnehmenden werden Multiplikatoren (60plus-Lotsen) geschult, die die Inhalte des Projektes auch über die Modellphase hinausgehend an die Zielgruppe herantragen. (PM/RED)

GEBURTSTAGE

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

Dr. Jürgen Wendemuth, Büsumer Deichhausen, feiert am 01.11. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Hanns-Ulrich Hermann, Neumünster, feiert am 03.11. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Maya Steppeler-Ackermann, Dammfleth, feiert am 03.11. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Issifi Djibey Maiga, Rendsburg, feiert am 08.11. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Walter Zettler, Schleswig, feiert am 09.11. seinen 100. Geburtstag.

Dr. rer. nat. Bernd Janowski, Schwentinental, feiert am 11.11. seinen 75. Geburtstag.

Prof. Gerd Oehler, Ratzeburg, feiert am 13.11. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Heinz-Dieter Weigert, Reinbek, feiert am 13.11. seinen 70. Geburtstag.

Peter Hammerl, Großhansdorf, feiert am 18.11. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Peter Hueck, Oldenburg i. H., feiert am 18.11. seinen 75. Geburtstag.

Karl-Friedrich Nielsen, Eutin-Fissau, feiert am 20.11.1944 seinen 75. Geburtstag.

Dr. Monika Schmidt-Holtz, Ratzeburg, feiert am 24.11. ihren 70. Geburtstag.

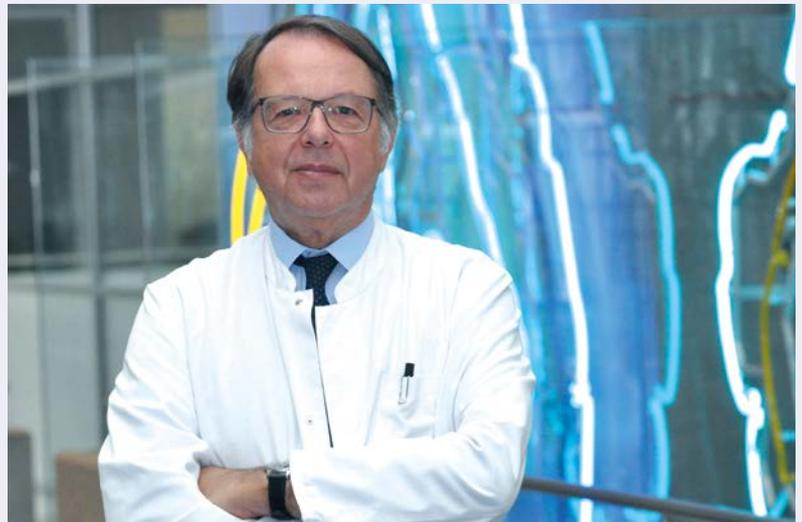
Dr. Wolfgang Marx, Elmshorn, feiert am 26.11.1949 seinen 70. Geburtstag.

Dr. Peter Lindner, Großhansdorf, feiert am 27.11. seinen 95. Geburtstag.

Dr. Erika Hoffmann-Ammon, Flensburg, feiert am 28.11. ihren 95. Geburtstag.

Erika Nerger, Dahme, feiert am 30.11. ihren 80. Geburtstag.

Lehnert wird Rektor der Uni in Salzburg



Prof. Hendrik Lehnert

Prof. Hendrik Lehnert war Direktor der Medizinischen Klinik I am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, drei Jahre lang Präsident der Lübecker Universität und Sprecher mehrerer Forschungsverbände in der Hansestadt. Am 30. September wurde der Internist emeritiert und ging unmittelbar anschließend an seine neue Aufgabe als Rektor der Universität Salzburg. Über den Wechsel, über seine Zeit in Lübeck und die Perspektiven für die Hochschule in der Hansestadt sprach Lehnert mit Dirk Schnack.

Prof. Lehnert, wie kommt es zur Verbindung nach Salzburg?

Prof. Hendrik Lehnert: Ich hatte vorher nur ideale Verbindungen. Ich kannte die Stadt zwar von regelmäßigen Besuchen der Festspiele und vom Skifahren. Beruflich gab es aber bislang keine Verbindungen; die Universität Salzburg hat ja auch gar keine Medizinfakultät.

Keine Medizinfakultät – was reizt Sie dennoch an der neuen Aufgabe?

Lehnert: U. a., die Verbindung zur Medizin zu stärken. In Salzburg gibt es eine private medizinische Hochschule. Die Universität könnte die Zusammenarbeit mit dieser Hochschule ja eventuell ausbauen und zu einer engen Kooperation gelangen. Aber natürlich reizt auch die Herausforderung, Rektor einer 1622 gegründeten Hochschule im Ausland mit heute rund 20.000 Studierenden und über 3.000 Mitarbei-

tern zu werden. Das ist mir Freude und Ehre zugleich.

Ihre zwölfjährige Zeit in Lübeck hielt eine ganze Reihe von Herausforderungen bereit. Eine davon war die von der Politik geplante Schließung der damaligen Medizinischen Uni Lübeck. Wie haben Sie diese Zeit erlebt?

Lehnert: Tatsächlich als extrem bedrohlich und intensiv. Eigentlich wollte ich gar nicht mehr darüber sprechen, denn diese Zeit ist vorbei und die Bedrohung ist nicht mehr vorhanden. Fest steht für mich, dass diese Zeit zu einem neuen Spirit hier auf dem Campus beigetragen hat. Man kann die damals gewonnene Solidarität unter Studierenden und Mitarbeitern bis heute spüren. Eine andere Folge war, dass durch die damalige Bürgerbewegung pro Uni die Beziehung zwischen der Hochschule und der Stadt viel enger worden ist. Dies hat u. a. dazu geführt, dass Uni und Stadt zahlreiche und neue Veranstaltungsformate eingeführt haben.

Heikel war damals auch die Beziehung zur Universität in Kiel. Damals vermissten viele Lübecker die Solidarität aus der Landeshauptstadt. Hat sich das Verhältnis gebessert?

Lehnert: Eindeutig ja. Wir haben seitdem zahlreiche Gespräche geführt und beide Standorte wissen um die Bedeutung des anderen. Beide Hochschulen haben zu einem neuen Miteinander gefunden und arbeiten auf einer pragmatischen Ebene gut zusammen.

Die Uni Lübeck ist klein und muss sich im Wettbewerb gegen größere und finanzstärkere Hochschulen behaupten. Wie gelingt das?

Lehnert: Indem sie sich auf ihre Stärken konzentriert. Für eine Uni der Größenordnung Lübecks bedeutet das: maximal drei Schwerpunkte. Das sind in Lübeck erstens Gehirn, Hormone und Verhalten, zweitens Infektion und Entzündung und drittens Biomedizintechnik. Diese Schwerpunkte müssen klar erkennbar bleiben, damit die Uni für die Experten dieser Gebiete attraktiv bleibt. Eine Hochschule wie Lübeck hat im Kampf um Köpfe und Finanzmittel immer einen schwereren Stand als größere Einrichtungen. Deshalb war auch die Umwandlung in eine Stiftungsuniversität wichtig. Damit und mit unserem neuen Fundraising-Konzept haben wir die Möglichkeit bekommen, zusätzliche Mittel einzuwerben, die wir in diesem Wettbewerb dringend brauchen und die uns ein wenig unabhängiger vom Land machen. Das bedeutet natürlich nicht, dass wir die Landesmittel nicht mehr benötigen – die bleiben für Lübeck unverzichtbar.

Als Sie 2007 nach Lübeck kamen, war die Medizinische Klinik I noch anders strukturiert. Sie haben vieles neu eingeführt. Haben Sie Ihre Ziele erreicht?

Lehnert: Die Entwicklung seit 2007 zeigt, dass sich wirklich einiges verändert hat. An der Klinik selbst sind heute neben der allgemeinen Inneren Medizin auch Endokrinologie, Diabetologie und Stoffwechsel, die Ernährungsmedizin, Gastroenterologie und Hepatologie sowie Nephrologie und Transplantation angesiedelt. Ich glaube, dass wir in diesen Bereichen sehr gut aufgestellt sind, was die Patientenversorgung angeht. Das geht nur mit sehr engagierten Mitarbeitern, und die hatte ich in Lübeck zum Glück.

Wie sieht es mit der Verbindung zwischen Krankenversicherung und Forschung und Lehre aus?

Lehnert: Auch im wissenschaftlichen Umfeld hat sich vieles getan. Universität und Universitätsmedizin sind stärker miteinander vernetzt als früher, das geht nahtlos ineinander über. Krankenversorgung und Forschung und Lehre sind untrennbar miteinander verbunden. Die Klinik braucht die Uni und umgekehrt. Gerade für eine kleine Hochschule wie Lübeck ist das das A und O – daran darf nicht gerüttelt werden.

Vielen Dank für das Gespräch.

KURZ NOTIERT

Rabe erhält Balzan-Preis

Prof. Klaus Rabe, Chefarzt der Pneumologie des Norddeutschen Thoraxzentrums sowie Ärztlicher Direktor der LungenClinic Großhansdorf, wird kommenden Monat in Bern gemeinsam mit Forscherkollegen des Deutschen Zentrums für Lungenforschung mit dem Balzan-Preis ausgezeichnet. Den mit 750.000 Schweizer Franken dotierten Preis erhält die Forschergruppe für die Arbeit über die „Pathophysiologie der Atmung: von der Grundlagenforschung zum Krankenbett“. Begründet wird die Vergabe an die vierköpfige Gruppe mit den ihren „hervorragenden Leistungen auf dem Gebiet der Lungenerkrankungen, die Resultate innovativer Forschung zu neuen Therapien und Verbesserungen der Lebensqualität der Patienten brachten“. Rabe kündigte an, dass ein Teil des Preisgeldes in die weitere Forschung fließt, „um unseren Patienten auch in Zukunft aktuelle Therapien anbieten zu können“. Der Balzan-Preis ehrt seit 1961 Geistes- und Naturwissenschaftler wie auch Personen, die sich um Kunst und Kultur verdient gemacht haben. (PM/RED)



Prof. Klaus Rabe (Foto: LungenClinic Grosshansdorf)

Göder organisiert Schlafkongress

Prof. Robert Göder vom UKSH in Kiel organisiert gemeinsam mit Dr. Holger Hein aus Hamburg die 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM), die vom 7. bis 9. November in Hamburg stattfinden wird. Übergeordnete Themen sind in diesem Jahr „die innere Uhr“ und neue Ergebnisse der chronobiologischen Forschung. Im Hauptsymposium zum Kongressmotto spricht Till Roenneberg über die Messung von Aktivitätsmustern. Luciana Besedovsky stellt eine Studie vor, die zeigt, wie Schlafmangel die Adhäsionsfähigkeit der T-Zellen beeinträchtigt und die damit beweist, wie wichtig Schlaf für die Bekämpfung von Infektionen ist. Insgesamt sind 30 Symposien geplant, die auch alle anderen Facetten des Fachgebietes berühren. Auch ein Patientenforum und eine Podiumsdiskussion zur Zeitumstellung sind vorgesehen. Göder hofft, dass gesicherte schlafmedizinische Erkenntnisse zu Änderungen im Alltag der Menschen führen. Derzeit bekommen zu viele Menschen zu wenig Schlaf – etwa durch Medienkonsum, Zeitumstellung, berufs- oder familienbedingt oder weil Volkskrankheiten sich ungünstig auf den Schlafrhythmus auswirken. Weitere Informationen zum Kongress unter www.dgsm-kongress.de (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

*Dr. Susanne Schüllli, Schönbek,
geboren am 24.09.1918,
verstarb am 01.08.2019.*

*Georg Heigl, Wyk/Föhr,
geboren am 30.04.1939,
verstarb am 02.08.2019.*

*Dr. Ingrid Eisenmann, Lübeck,
geboren am 10.08.1933,
verstarb am 16.08.2019.*

*Dr. Edlef Pauls, Mildstedt,
geboren am 28.12.1938,
verstarb am 17.08.2019.*

*Dr. Thomas Ellebrecht, Lübeck,
geboren am 23.02.1953,
verstarb am 22.08.2019.*

*Prof. Gerd Jütting, Scharbeutz, OT
Gleschendorf,
geboren am 06.10.1930,
verstarb am 25.08.2019.*

*Dr. Uwe Bahnsen, Glücksburg,
geboren am 22.07.1924,
verstarb am 29.08.2019.*

*Dr. Gudrun Engel, Plön,
geboren am 22.02.1956,
verstarb am 31.08.2019.*

*Dr. Hans Georg Esche, Niebüll,
geboren am 24.08.1930,
verstarb am 01.09.2019.*

*Dr. Ingo Martini, Lübeck,
geboren am 25.08.1970,
verstarb am 06.09.2019.*

*Dr. Jörg Haferkamp, Glücksburg,
geboren am 11.10.1939,
verstarb am 09.09.2019.*

*Hans-Dietrich Rupp, Albersdorf,
geboren am 15.02.1925,
verstarb am 09.09.2019.*

SERIE

Appendizitis zu spät diagnostiziert und behandelt

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

Kasuistik

In einem Schlichtungsverfahren war die diagnostische Abklärung von Oberbauchbeschwerden zu prüfen, als deren Ursache sich eine perforierte gangränöse Appendizitis mit Unterbauchperitonitis erwies.

Der 29-jährige Patient stellte sich in der Rettungsstelle einer Klinik mit Oberbauchschmerzen vor. Nach dem Behandlungsbericht hatten die Beschwerden drei bis vier Tage vorher mit Halsschmerzen begonnen und jetzt waren Magenschmerzen und Übelkeit mit Erbrechen hinzukommen. Auf Basis der klinischen Untersuchung wurden die Diagnosen „akute Gastritis und Tonsillitis“ gestellt. Nach Verabreichung von MCP, einer Infusion und Novalmison folgte die Entlassung mit der Maßgabe zur Vorstellung beim Hausarzt bei persistierenden Beschwerden oder bei Verschlechterung eine Wiedervorstellung in der Rettungsstelle.

Nach diesen kurz nach Mitternacht erfolgten Maßnahmen stellte sich der Patient am selben Tag dort erneut vor. Im Bericht der Einrichtung ist als Diagnose mit Bezugnahme auf die Anamnese weiter akute Gastritis aufgeführt und die Entlassung wieder mit der Maßgabe einer Wiedervorstellung bei akuter Verschlechterung angegeben, nachdem sich erneut durch Gabe von Ringerlösung mit 2 g Novaminsulfon und 40 mg Buscopan eine Besserung zeigte.

Sechs Tage später ergab eine ambulante Abdomen-Sonografie in einer radiologischen Praxis eine deutlich pathologische Darmkolarde im rechten Unterbauch und führte am selben Tag mit der Verdachtsdiagnose eines freien Intervalls nach Perforation einer akuten Appendizitis zur Klinik-Einweisung. In der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie erfolgte eine fünfwöchige stationäre Behandlung wegen perforierter gangränöser Appendizitis mit Unterbauchperitonitis. Nach zunächst laparoskopischer Exploration Konversion zur konventionellen Appendektomie mit Lavage und Drainage. Der weitere komplizierte Verlauf war durch Notwendigkeit zu Re-Laparotomien, Lavagen, Ile-

ostoma-Anlage und Rückverlagerung, Dünndarmdekompression, intraluminaler Dünndarm-Schienung sowie intraabdomineller VAC-Anlagen und -Wechsel gekennzeichnet.

Weitere stationäre Behandlungen im Zusammenhang mit der Appendizitis-Komplikation erfolgten wegen des Auftretens von Fadengranulomen im Bereich der Laparotomie-Narbe. Zur aktuellen Situation ergaben sich Untersuchungen und Behandlungen wegen abdominalen Schmerzen.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Diagnose und Behandlung der Appendizitis seien nicht zeitgerecht erfolgt. Es hätten eine gründlichere klinische Untersuchung und Anamnese erfolgen und über das Blutbild hinaus weitere Laborbefunde erhoben werden müssen. Auch wurde eine Abdomen-Sonografie fehlerhaft unterlassen. Der Patient hätte bei bereits auffälligem Befund und ohne Sonografie nicht nach Hause entlassen werden dürfen. Die akute Blinddarmentzündung sei nicht erkannt worden. Es hätte durch eine Appendektomie am Tag nach der Erstvorstellung die Perforation verhindert werden können.

Stellungnahme der Klinik für Innere Medizin

Ein Wanderschmerz in den Unterbauch oder bestehende Schmerzen im rechten Unterbauch seien anamnestisch nicht angegeben worden. Es sei kein Fieber nachweisbar gewesen und es sei eine symptomorientierte, ordnungsgemäße Untersuchung erfolgt. Hierbei hätte sich ein weiches Abdomen mit einem epigastrischen Druckschmerz gezeigt. Es habe keine Abwehrspannung, weder ubiquitär noch lokal, festgestellt werden können. Die Darmfunktion sei regelrecht gewesen. Insgesamt habe ein akutes Abdomen klinisch ausgeschlossen werden können.

Auf eine symptomatische Therapie mit einem Analgetikum und einem Spasmolytikum habe sich der Zustand so gravierend gebessert, dass eine Entlassung möglich gewesen sei. Es sei auf

mögliche Komplikationen und ein unverzügliches Aufsuchen des Hausarztes zur klinischen und paraklinischen Verlaufskontrolle hingewiesen worden. Gegen diesen ärztlichen Rat habe sich der Patient nicht am Folgetag, sondern erst nach sechs Tagen vorgestellt.

Gutachten

Die Behandlung in der Rettungsstelle der in Anspruch genommenen Klinik sei wegen mangelhafter Befunddokumentation nicht sach- und fachgerecht gewesen. Eine Ultraschalluntersuchung sei nicht erfolgt und aus einem hochkranken und hochauffälligen Laborbefund sei keine Konsequenz gezogen worden. Es sei kein verbindlicher Wiedervorstellungstermin vereinbart worden und bei der erneuten Vorstellung wäre eine Diagnose zu erzwingen gewesen. Bei einer früheren Operation wäre mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Zeitablauf der Bauchfellentzündung mit den späteren Folgen der Sepsis und des langen Intensivstationsaufenthaltes deutlich verkürzt worden. Bei frühzeitiger Intervention wäre mit einem etwa zehntägigen stationären Aufenthalt ohne zusätzliche Operationen zu rechnen gewesen.

Allein fehlerbedingt eingetretene gesundheitliche Beeinträchtigungen seien mehrfache Operationen, ein schwerwiegender Verlauf auf der Intensivstation mit Beatmungspflicht und Entwicklung einer Critical-Illness-Polyneuropathie gewesen.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten an. Sie folgt der gutachterlichen Analyse, die sich mit dem Begriff des akuten oder subakuten Abdomens detailliert auseinandersetzt. Aus zugehöriger Literatur ergibt sich die Bewertung, dass Behandlung und Diagnostik nicht zeitgerecht und ausreichend waren. Im vorliegenden Fall waren Mängel in der Befunderhebung festzustellen. Hier kommt es unter folgenden Voraussetzungen zu einer Umkehr der Beweislast zugunsten der Patientenseite:

- ▶ Es wurden Befunde nicht erhoben, die dem Standard gemäß hätten erhoben werden müssen.
- ▶ Eine standardgerechte Anamneseerhebung, eine Ultraschalluntersuchung sowie ein chirurgisches Konsil zur Kontrolle hätten erfolgen müssen.
- ▶ Bei standardgemäßer Untersuchung hätte man mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen abklärungs- bzw. behandlungsbedürftigen Befund erkannt. Der Bundesgerichtshof hat den Begriff „hinreichend“ nicht weiter definiert. Die Oberlandesgerichte definieren das Maß aber, unwidersprochen vom Bundesgerichtshof, als überwiegende Wahrscheinlichkeit, also mehr als 50 Prozent.

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.

Info

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.

Aufgrund des weiteren Verlaufs kann davon ausgegangen werden, dass man bei Durchführung dieser Maßnahmen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer akuten Appendizitis gestellt hätte.

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

In Anbetracht der Risiken des Fortschreitens einer unbehandelten akuten Appendizitis würde das Unterlassen einer Operation einen schweren Behandlungsfehler darstellen.

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verknüpfung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Gesundheitsschaden

Die Beweislastumkehr bezieht sich auf folgende Primär- und typischerweise damit verbundenen sekundären Gesundheitsschäden: Fortschreiten der Appendizitis bis zur Perforation, die mehrfachen Operationen, Aufenthalt auf der Intensivstation, Critical Illness-Polynuropathie

Fazit

Die Möglichkeit einerseits atypischer Manifestationsformen akuter Appendizitiden und andererseits die Tatsache, dass eine verzögerte Therapie häufig für schwerere Verlaufsformen verantwortlich ist, begründet die Notwendigkeit geeigneter Befunderhebungen für die Differenzialdiagnose akuter abdominaler Beschwerden. Dies schließt die Erhebung von Laborparametern wie Leukozyten sowie des C-reaktiven Proteins und den abdominalen Ultraschall zur frühzeitigen Sicherung einer Ope-

rationensindikation und Vermeidung von Perforationen ein. Auch muss immer die Einbeziehung anderer Fachgebiete in Erwägung gezogen werden. Dies ist von Fachärzten der Inneren Medizin zu erwarten. Aber auch bei anderen Krankheitsbildern sollten alle Fachgebiete prüfen, ob die alleinige Übernahme der Diagnostik und Behandlung die korrekte Entscheidung darstellt. Dies vor allem vor dem Hintergrund der unzureichenden Befunderhebung und der damit verbundenen Beweislastumkehr zu Ungunsten der Arztseite.

PROF. GERALD KLOSE
CHRISTINE WOHLERS

PROF. WALTER SCHAFFARTZIK
SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFT-
PFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN
ÄRZTEKAMMERN

ANZEIGE

CAUSACONCILIO

RECHTSANWÄLTE

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

Unsere Fachanwälte für Medizinrecht ...

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

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

www.causaconcilio.de

KURZ NOTIERT

Aktualisierte Infoliste zu Abortio

Die Bundesärztekammer hat die von ihr im gesetzlichen Auftrag geführte Informationsliste zu Schwangerschaftsabbrüchen nach § 13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz aktualisiert. Die Liste mit Ärzten, Krankenhäusern und Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 Strafgesetzbuch durchführen, befindet sich seit dem Start des Registrierungsverfahrens im Juli 2019 im Aufbau. Sie wird in einem Work-in-progress-Verfahren kontinuierlich erweitert. Mit der Liste ermöglicht der Gesetzgeber, dass Ärzte, Krankenhäuser und Einrichtungen über Leistungen zum Schwangerschaftsabbruch informieren können, ohne Gefahr zu laufen, gegen strafrechtliche Vorgaben zu verstoßen.

Gut fünf Wochen nach dem Start des Registrierungsverfahrens hat sich die Zahl der Ärzte und Einrichtungen auf der Liste weit mehr als verdoppelt und lag in der ersten Septemberwoche bei 215 Einträgen aus allen Bundesländern. Darunter befinden sich neben ambulanten Einrichtungen auch Kliniken, die entsprechende Eingriffe vornehmen. Zahlreiche weitere Anträge auf Eintrag in die Liste durchlaufen derzeit das Verifizierungsverfahren und werden in der nächsten Aktualisierungsrunde ergänzt. Um den Aufbau der Liste weiter zu beschleunigen, informiert die Bundesärztekammer kontinuierlich über die Liste und das Anmeldeverfahren. Abgerufen werden kann die Liste auf der Internetseite der Bundesärztekammer (siehe Links und Kontaktmail unten). Dort findet sich auch eine Suchfunktion nach Postleitzahlen und Orten. Die Liste wird außerdem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) veröffentlicht. Die Aufnahme in die Liste ist freiwillig und kann von Ärzten und Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen von § 218a Absatz 1 bis 3 Strafgesetzbuch durchführen, auf der Internetseite der Bundesärztekammer beantragt werden. Die Registrierung nimmt etwa drei Minuten in Anspruch. Ein mehrstufiger Verifizierungsprozess gewährleistet die Sicherheit und Korrektheit der Angaben.

Liste mit Suchfunktion nach Postleitzahlen und Orten: <https://liste.bundesaerztekammer.de/suche/>; Registrierung für die Liste: <https://liste.baek.de> (PM/RED)

FRÜHREHA

Überraschend unbekannt

Die pneumologische Frührehabilitation – Schnittstelle zwischen Akutkrankenhausbehandlung und medizinischer Rehabilitation.

Langzeitbeatmung und Entwöhnung (Weaning) stellen bei steigenden Patientenzahlen eine besondere Herausforderung in der Intensivmedizin dar. Schätzungen gehen von mindestens 400.000 Beatmungspatienten pro Jahr aus, bei ca. 10 bis 20 Prozent ist das Weaning deutlich verlängert. In spezialisierten Weaningzentren können wir die Behandlungsqualität und die Prognose verbessern, aber viele Patienten haben nach erfolgreichem Weaning funktionelle Defizite, die die weitere Versorgung erschweren.

Mit einem neuen therapeutischen Angebot zur pneumologischen Frührehabilitation schließen wir auf Grundlage von § 39 SGB V in der LungenClinic Großhansdorf diese Versorgungslücke. So können wir Patienten, die noch eine akutmedizinische Behandlung benötigen, z. B. nach Langzeitbeatmung, frühestmöglich in einem interdisziplinären, fachübergreifenden Behandlungsteam stabilisieren und rehabilitieren. Ziel ist ein stufenloser Übergang von der Intensivtherapie über die stationäre Frührehabilitation in die ambulante Weiterbehandlung oder weiterführende stationäre Rehabilitation.

Aufgrund der Schwere der Erkrankung mit oft körperlichen Defiziten oder Beatmungsabhängigkeit können diese Patienten noch nicht in eine klassische Rehabilitationseinrichtung übernommen werden. Sie benötigen noch eine akutmedizinische Unterstützung, sind aber nicht mehr intensivpflichtig. Diese schwerkranken, oft multimorbiden Patienten profitieren von der frühestmöglichen Rehabilitation mit Unterstützung eines multidisziplinären Teams aus speziell ausgebildeten Pflegekräften, Physio-, Atmungs-, Ergotherapeuten, Logopäden und Psychologen unter pneumologisch-fachärztlicher Leitung.

Abzugrenzen ist die Frührehabilitation inhaltlich und in der Zielsetzung von der Frühmobilisation und der weiterführenden Rehabilitation (z. B. AHB). Die Leistungen der Frührehabilitation

beinhalten regelhaft akutmedizinische Aufgaben mit spezifischen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, ggf. auch mit intensivmedizinischer Behandlung.

Während z. B. die neurologische Frührehabilitation gut etabliert ist, gibt es im pneumologischen Bereich kaum derartige Einrichtungen. Dies überrascht umso mehr, da die Beatmungstherapie zentraler Bestandteil der modernen Intensivtherapie ist. Während bei den meisten Patienten eine zeitnahe Entwöhnung gelingt, sind für das prolongierte Weaning neben der Schwere der Akut- und Grunderkrankung u. a. das Lebensalter und Komorbiditäten ursächlich.

In spezialisierten Weaningzentren gelingt auch bei komplexen, prolongierten Weaningverläufen oft eine erfolgreiche Entwöhnung. Dennoch haben viele Patienten nach erfolgreichem Weaning erhebliche funktionelle Defizite, die neben krankheitsbedingten Einschränkungen („Dyspnoe“) bei oft chronischer Lungenerkrankung durch den langen Intensivaufenthalt mit Immobilität und Kraftverlust bedingt sind. Zudem verschärfen die Folgen der Intensivbehandlung (z. B. Critical Illness Polyneuropathie/Myopathie: CIP/CIM) das Krankheitsbild. Hier ist eine intensive, aber keine akut-intensivmedizinische Weiterbehandlung erforderlich. Aufgrund der funktionellen Einschränkungen und der medizinisch notwendigen Behandlung ist bei diesen Patienten eine klassische Rehabilitation (z. B. AHB) noch nicht möglich.

Die Ursachen des prolongierten Weanings sind meist multifaktoriell, in vielen Fällen liegt als wesentliche Komorbidität eine COPD zugrunde. Die Prognose dieser Patientengruppe bleibt auch nach erfolgreichem Weaning limitiert:

- ▶ Nach einem Jahr leben nur noch 40 Prozent der entwöhnten Patienten.
- ▶ Die mediane Dauer bis zur nächsten Krankenhausaufnahme betrug in Studien weniger als zwei Monate.

Eine große amerikanische Analyse von Medicare-Daten zeigte unlängst bei 2,3 Millionen Krankenhauspatienten mit akut-exazerbierter COPD ein deutlich erhöhtes Risiko für eine erneute stationäre Behandlung insbesondere in den ersten Wochen. Das gilt insbesondere für Patienten nach beatmungspflichtiger Exazerbation. Knapp zwei Drittel aller Patienten wurden im ersten Jahr erneut stationär behandlungspflichtig. Diese als „Drehtüreffekt“ bezeichneten wiederkehrenden Krankenhausaufenthalte belasten in erheblicher Weise die Lebensqualität und Prognose der Patienten, aber auch das gesamte Gesundheitswesen.

In der pneumologischen Frührehabilitation können Patienten nach Abschluss der intensivmedizinischen Akutbehandlung und/oder nach erfolgreichem Weaning fachspezifisch versorgt und frühzeitig rehabilitationsmedizinischen Maßnahmen zugeführt werden.

Die pneumologische Frührehabilitation kann mit ihrem multidisziplinären Therapieansatz (z. B. Physiotherapie, Atmungstherapie, aktivierend-therapeutische Pflege, Logopädie, Psychologie) unter fachärztlicher Betreuung eine bestehende Versorgungslücke schließen. Diese ergibt sich aus der Tatsache, dass entwöhnte Patienten von der Intensivstation funktionell zu eingeschränkt sind für eine weiterführende Versorgung (z. B. AHB/Häuslichkeit) und noch eine intensive medizinische Behandlung bei meist chronischer Lungenerkrankung benötigen. Voraussetzung ist eine multi- und interdisziplinäre, patientenzentrierte Teamarbeit mit pneumologischer Expertise. So können z. B. durch Etablierung einer nicht-invasiven Beatmung die Symptome und die Prognose verbessert und die Rehospitalisierung reduziert werden. Dies setzt einen sicheren und zuverlässigen Umgang mit den Hilfsmitteln voraus, sodass die Schulung der Patienten und der Angehörigen breiten Raum einnimmt. Darüber hinaus beeinträchtigen nicht selten z. T. unbemerkte Schluckstörungen den Weaningprozess („stille Aspiration“), sodass der logopädischen Betreuung eine wichtige Rolle zukommt. Ziele der pneumologischen Frührehabilitation:

- ▶ Wiederherstellung der körperlichen und mentalen Funktionen
- ▶ Wiedererlangen der Selbstständigkeit
- ▶ Vermeidung von Komplikationen und bleibenden Beeinträchtigungen
- ▶ schnellere klinische Stabilisierung
- ▶ stabile außerklinische Versorgung
- ▶ langfristige Sicherung des Behandlungserfolges
- ▶ weniger Entlassungen in Pflegeeinrichtungen

DR. MAIKE OLDIGS,
DR. BERND SCHUCHER,
PROF. KLAUS RABE

Fazit

Weaning, Frührehabilitation und außerklinische Beatmung liegen in diesem integrierten Versorgungskonzept in einer Hand und können die Behandlung und Prognose verbessern. Ebenso können chronisch kranke Patienten mit schwerer Lungenerkrankung, die akutmedizinisch versorgt werden müssen, von frührehabilitativen Maßnahmen profitieren (z. B. schwere COPD, Lungenfibrosen, komplexe postoperative Patienten). Mit der pneumologischen Frührehabilitation können wir eine bessere Versorgung dieser schwerkranken, multimorbiden Patienten erreichen.

NIKOTINENTWÖHNUNG

Ziel: Rauchfrei statt abhängig

Ein Curriculum der Akademie der Ärztekammer vermittelt Ärzten Hilfestellung bei der Frage, wie Patienten vom Nikotin entwöhnt werden können.



Sie leiten das Seminar zur „Ärztlich begleiteten Tabakentwöhnung“: Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin Marina Soltau (links) von der Tagesrehabilitation für suchtkranke Menschen (TASK) und die Fachärztin für Neurologie, Angela Kiewitt, von der Median Klinik Mecklenburg.

Nikotin ist für zahlreiche Erkrankungen mitverantwortlich und belastet Patienten praktisch aller ärztlichen Fachgruppen. Schon deshalb rückt der Tabakkonsum der Patienten immer wieder in den Fokus von Ärzten. Wie aber kann ein Raucher zum Aufhören motiviert werden, ohne dass er das Angebot als „moralischen Zeigefinger“ empfindet? Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es medikamentös und verhaltenstherapeutisch? Um solche Fragen dreht sich ein Curriculum der Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein im kommenden Monat.

Neurologin und Suchtmedizinerin Angela Kiewitt und Diplom-Psychologin Marina Soltau vermitteln als Kursleiterinnen Grundlage zur Tabakabhängigkeit und -entwöhnung. Dabei legen sie Wert auf eine interaktive Gestaltung: Selbstreflektionsanteile und Übungen zur Gesprächsführung sind in dem 20-stündigen Curriculum genauso enthalten wie Techniken, um eine ange-

messene Coachingsituation herzustellen. Die vermittelten Hilfestellungen können nach Ansicht von Kiewitt im Praxialtag konkret helfen: „Eine motivationale Unterstützung durch gezielte Kurzinterventionen kann bei Patienten, die meist in erster Linie wegen eines somatischen Anliegens den Arzt aufsuchen, auf fruchtbaren Boden fallen“, sagt Neurologin Kiewitt. Anders als etwa die meisten Alkoholabhängigen halten abhängige Raucher ihr Rauchverhalten selbst für dissonant. Bei Alkoholabhängigen beträgt dieser Anteil fünf Prozent, bei Rauchern sind dies rund 50 Prozent.

„Diese Motivationslage sowie der besondere Kontext der vertraulichen und niedrigschwelligen Arzt-Patienten-Beziehung ermöglichen es, nicht nur abstinenzmotivierte Patienten auf ihrem Weg zur Nikotinabstinenz zu unterstützen“, sagt Kiewitt. Das heißt: Es gibt zahlreiche Raucher, die gerne keine mehr wären. Diese Gruppe unter den Patienten ist dialogbereit und empfindet es als unterstützend, wenn ihr Arzt sie darauf an-

spricht, auch wenn die Patienten wegen eines anderen Anlasses in die Praxis oder ins Krankenhaus gekommen sind.

Häufig liegen bereits Aufhörversuche vor, wobei die Angst vor Entzugserscheinungen oder gar Folgen wie z. B. Gewichtszunahme groß ist. Vor diesem Hintergrund ist die Art der Ansprache entscheidend. Soltau und Kiewitt haben die Erfahrung gemacht, dass Patienten oft auf die zu erwartenden Folgeerkrankungen angesprochen werden. „Das wissen die selbst alle. Ich muss an der erwünschten Wirkung des Nikotins ansetzen“, empfiehlt Soltau. Wenn ein Patient also raucht, um ruhig zu werden, kann man ihm etwa Entspannungstechniken empfehlen. „Es geht darum, die Funktion der Zigarette zu erkennen und durch Alternativen zu ersetzen“, sagt Soltau.

Zielgruppe des Seminars sind Ärzte aller Fachgruppen, die rauchende Patienten behandeln. Die Beratung und Motivation zur Tabakentwöhnung kann nach dem aktuellen DMP Asthma Vertrag abgerechnet werden. (di)

Info

Am 15. und 16. November sowie am 23. November findet das Seminar „Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung“ in der Akademie der Ärztekammer in Bad Segeberg statt (Freitag von 13:00 - 16:15 Uhr, Samstag von 9:00 bis 16:15 Uhr). Insgesamt umfasst die Fortbildung 20 Stunden. Die Veranstaltung ist mit 20 Fortbildungspunkten zertifiziert, ist auf das Seminar suchtmmedizinische Grundversorgung anrechenbar und kostet 240 Euro.

Der Anblick im Rückspiegel des Autos lässt viele Autofahrer erstarren: Ein Polizeiauto folgt. Sofort entstehen Gedanken wie „Habe ich alle Papiere dabei?“, „Was sagt eigentlich die TÜV-Plakette?“ oder der Blick kontrolliert nervös den eigenen Tachostand. Biegt das Polizeiauto dann auch noch in die gleiche Richtung ab – und das eventuell sogar zweimal – überschlagen sich die Gedanken bis hin zu „Habe ich eigentlich etwas Verbotenes im Kofferraum?“ Ändert das Polizeiauto seine Richtung, ist die vermeintliche „Verfolgungsjagd“ beendet und der Herzschlag beruhigt sich. Doch was passiert, wenn die Gedanken aus diesem Kreislauf nicht aussteigen können und sich ein Verfolgungswahn entwickelt?

Der Wahn als Psychose ist ein Krankheitsbild, das im Rahmen des ersten Fachtages zum Thema „Gerontopsychiatrie – Wissen schafft (Pfle-)ge Zeit“ vorgestellt wurde. Dr. Nils Riemenschneider aus der Fachklinik Hahnknüll klärte über die verschiedenen Formen der Psychose auf und ging auf die Erkrankung speziell im Alter näher ein. Die Psychose sei eine Gruppe von Störungen, der ein Realitätsverlust über mehrere Zeiten bzw. längere Zeit folge. Häufig seien die Patienten agitiert, aggressiv, schwierig zu betreuen und/oder neigten leicht zu Konflikten. Das Umfeld sei diesbezüglich häufig ebenfalls schwer belastet und somit gehe eine Reduzierung der Lebensqualität häufig damit einher. Ein Problem einer vorhandenen Psychose sei häufig, dass Menschen mit einer Wahnerkrankung ihre eigene Krankheit nicht sehen könnten. So sei das verlorene gegangene Handy – beispielsweise als Symptom einer angehenden Demenz – von der Tochter/ dem Nachbarn oder Freunden gestohlen worden. „Das eigene Ich schützt sich vor sich selbst, indem es sich nicht der Realität stellt, sondern andere Auswege sucht“, sagte Riemenschneider. Das eigene Selbstwertgefühl wird auf diese Weise nicht angegriffen und der Betroffene schützt sich – vermeintlich – selbst.

Auslöser für Wahnerkrankungen können vielfältig sein, gerade im Alter werden die Grundmotive Angst und Misstrauen durch Veränderungen in den Lebenssituationen häufig bestärkt: Die Auslöser reichen vom Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haus über Verarmung bis hin zu Vereinsamung und sozialem Rückzug. Auch induzierte Wahnerkrankungen treten häufig im Alter auf, Psychosen werden von Partner zu Partner übertragen. Wie mit diesen Patienten am besten umzugehen ist, erläuterte Riemenschneider nicht nur in seinem Vortrag, sondern diskutierte dies auch mit dem Fachpublikum und anwesenden Betroffenen. So betonte Sibylle Lindemann, die vor einigen Jahren selbst an

FACHTAGUNG

Auch mal Mensch sein

Erste Fachtagung Gerontopsychiatrie in Kaltenkirchen ermöglichte sektorenübergreifenden Austausch und Einblicke in Krankheitsbilder.



Michaela Schlösser (links) und ihr Team informierten sich für ihre zukünftige Tätigkeit bei der Betreuung eines Altenheims. Dr. Florian Gal (unten) berichtete über die Volkskrankheit Depression.



14 alkoholhaltige Getränke - das ist die maximale Anzahl, die innerhalb einer Woche konsumiert werden sollte. Ein Getränk entspricht zehn Gramm Alkohol. Die Anzahl der Getränke variiert daher anhand der Art des Getränkes: 1 Getränk = 0,25 Liter Bier
0,125 Liter Wein
0,04 Liter Spirituosen

einer Psychose litt, dass Authentizität der betreuenden Personen am wichtigsten sei. Sie berichtete von vielen Gesprächen mit Therapeuten und Ärzten, die zwar einfühlsam geführt worden seien, wobei es den Personen aber an Authentizität fehlte. „Erst die fröhlich über den Flur laufende Pflegerin, die einfach so war, wie sie war, hat den Zugang zu mir finden können“, sagte Lindemann. Von der Notwendigkeit der Authentizität und Gesprächen auf Augenhöhe berichtete auch Iris Kunze. Sie litt an einer Essstörung, die heute geheilt ist. Sie berichtete von ärztlichen und therapeutischen Gesprächen, die rein fachlich gewesen seien und bei denen sie sich nicht verstanden gefühlt habe. Erst bei einem Kontakt auf Augenhöhe habe sie sich ausreichend wohlgefühlt, um sich für eine Behandlung öffnen zu können. Dass auch eine Essstörung eine Sucht darstellt, erläuterte Dr. phil. Jean Hermanns in seinem Vortrag. Hermanns ist Diplomsociologe und Leitender Therapeut der suchtpsychiatrischen Abteilung des Psychiatrischen Zentrums Rickling. In seinem Vortrag beleuchtete er den Konsum von Alkohol – gerade auch im Al-

ter – näher. Dass bei Alkoholkonsum stets nur von einem risikoarmen – und nicht risikolosen – Konsum gesprochen wird, sei dadurch begründet, dass Alkohol im Gegensatz etwa zu Cannabis niemals von körpereigenen chemischen Reaktionen gebildet werden kann. Alkohol stelle daher stets eine toxische Belastung für den menschlichen Körper dar. Als risikoarmer Konsum wird bei Männern zwei Drinks pro Tag, bei Frauen ein Drink pro Tag beziffert. Der Unterschied erklärt sich durch das unterschiedliche Verhältnis von Körperfett und Körperwasser in den weiblichen/männlichen Körpern. Ein Drink entspricht dabei 10 Gramm Alkohol und unterscheidet sich daher in der Menge abhängig von der Art des Getränkes. Mehr als 14 Drinks in der Woche sollte der Konsum zu keiner Zeit übersteigen. Das Risiko, diese Werte zu übersteigen, steigt häufig mit zunehmendem Alter. Die Gründe seien vielfältig und häufig schnell zu erklären. „Der Anspruch, am nächsten Tag fit an der Arbeit zu sein und rechtzeitig aufzustehen, bricht mit Beginn der Pensionierung bzw. dem Rentenbeginn weg. Da kommt es abends auf das zweite oder auch dritte Glas Wein nicht mehr an“, so Hermanns. Auch nehme die Alkoholverträglichkeit im Alter ab, der Stoffwechsel verändere sich und eine raschere Suchtentstehung sei die Folge. Doch wie entsteht eine Sucht? Hermanns erläuterte die häufig ablaufenden Schritte: Am Beginn stellt sich meist der starke Wunsch bzw. Zwang zur Einnahme der Substanz ein. Es folgen eine verminderte Kontrollfähigkeit und körperliche Entzugssymptome. Auch eine Vernachlässigung sonst frequenter Interessen und die Fortführung der Einnahme der Substanz trotz des Bewusstseins schädlicher Folgen sprechen deutlich für eine Suchterkrankung.

Hermanns verwies diesbezüglich auf Fragen, mit denen ein potenziell Betroffener eine Selbsteinschätzung zu seinem Alkoholkonsum vornehmen kann (Infoleiste). Die Auswirkungen von Alkoholkonsum in Bezug auf die Alterserkrankung Demenz seien gerade in der Entstehung der Erkrankung nachweisbar. So sei das Risiko, an Demenz zu erkranken, bei starkem Konsum um 25 Prozent erhöht, bei reduziertem Konsum könne das Risiko sogar um 29 Prozent vermindert werden. Auch die Zunahme von Schlafstörungen im Alter sei häufig der Beginn einer Sucht, so Hermanns. Zwar würden Benzodiazepine gut vertragen, aber gerade dieser Vorteil könne zu einer schnelleren und häufigeren Einnahme führen und Betroffene könnten die Einnahme nur noch unter Entzugserscheinungen wieder beenden.

Der Umgang mit Suchterkrankungen stellt Ärzte und Pflegepersonal häu-



Dr. Nils Riemenschneider (links) diskutierte mit dem Fachpublikum über Suchterkrankungen. Iris Kunze (rechts) sprach sich als Betroffene für einen Kontakt auf Augenhöhe aus.



fig vor Herausforderungen. Silke Stahmer, Pflegekraft im Psychiatrischen Zentrum Rickling, verdeutlichte, dass der Aufbau einer Beziehung zu Betroffenen und das Verständnis für die Dynamik der Sucht von großer Bedeutung sind. Das Pochen auf Einsicht sei selten zielführend, Beschimpfungen und Beleidigungen nicht als persönlich anzusehen, sondern stets den Abstand zu wahren und jeden Tag neu auf den Patienten zuzugehen, dagegen schon. Dass sogar von Fall zu Fall die weitere Einnahme eines bestimmten Medikamentes sinnvoll erscheint, wenn der Betroffene diese bereits seit langer Zeit nimmt, wies Stahmer dabei nicht von der Hand. „Trotzdem sollte unser oberstes Ziel stets sein, gemeinsam mit dem Patienten ein Leben aufzubauen, das auch ohne Alkohol lebenswert zu führen ist“, so Stahmer.

Inwieweit eine Depression dazu führen kann, dass Betroffene ihr Leben nicht mehr als lebenswert empfinden, erläuterte Dr. Florian Gal in einem Kurzvortrag. Er unterschied drei Grade der Depression: leicht, mittel und schwer. Auch eine schwere Depression ist laut Gal, der als leitender Oberarzt auf der Station internistische, neurologische und rehabilitative Behandlung im Psychiatrischen Zentrum Rickling tätig ist, nach guter Diagnostik heilbar. Häufig beklagen ältere Menschen Symptome wie gedrückte Stimmung, Antriebslosigkeit und Verlust von Freunden und Interessen, nicht aber die eigentliche Erkrankung Depression. Beschreibt ein Patient die bekannten Symptome, ist eine saubere Diagnostik wichtig, um eine Behandlung so schnell wie möglich starten zu können. Gal nannte als Problem, dass die Symptome in der Hausarztpraxis nicht immer richtig gedeutet und deshalb auch nicht die notwendigen Schritte eingeleitet werden. Mit den richtigen Medikamenten könnten schwere Depressionen effektiv behandelt werden und Folgeerkrankungen wie

etwa Muskelschwund oder Lungenentzündungen durch Bettlägerigkeit vorgebeugt werden. Die Ursachen für die Entstehung einer Depression sind laut Gal vielfältig und reichen vom Verlust anderer Menschen bis hin zum Verlust der Mobilität, wenn im Alter das Autofahren nicht mehr möglich ist. Gal betonte, dass die Volkskrankheit Depression häufig übersehen wird und erst körperliche Beschwerden den Weg für eine Behandlung öffnen könnten. Ist die Krankheit aber erst einmal erkannt, sei sie auch gut behandelbar.

Um genau solche Erkrankungen erkennen und zeitnah behandeln zu können, besuchte Michaela Schlösser gemeinsam mit ihrem Praxisteam die Fachtagung Gerontopsychiatrie. Sie wird die Betreuung eines Altenheimes, das derzeit in Kaltenkirchen entsteht, übernehmen und die Patienten vor Ort versorgen. „Hausärzte übernehmen immer mehr Funktionen und Verantwortung, wir möchten optimal auf unsere neue Aufgabe vorbereitet sein und offen auf die neuen Patienten zugehen können“, sagte Schlösser.

Dass der Aufbau einer Beziehung die Grundlage für ein Arbeitsbündnis ist, betonte auch Franka Wehking vom Sozialdienst der DRK-Fachklinik Hahnknüll in Neumünster. Auf die Frage, bis zu welchem Grad es Verständnis im Bereich der Pflege gehen sollte, verdeutlichte sie: „Verständnis ist der professionelle Umgang mit den Symptomen einer Erkrankung. Bleiben Sie immer auf Augenhöhe und verstellen Sie sich gegenüber Ihren Patienten nicht.“

So seien auch Rückfälle nicht zu verurteilen, sondern als Symptom der Erkrankung zu sehen. „Stehen wir in einer Beziehung zu diesem Menschen, fällt Verständnis meist leichter, und vergessen Sie nicht: Mensch sein auf beiden Seiten macht eine gute Beziehung aus – privat und auch beruflich.“

ASTRID SCHOCK

CAGE

Ist eine Abkürzung für Fragen zum eigenen Alkoholkonsum:

- ▶ Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken? (cut down)
- ▶ Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden? (annoyed)
- ▶ Haben Sie sich jemals wegen Ihres Trinkens schuldig gefühlt? (guilty)
- ▶ Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden? (eye-opener)

Fortbildungstermine bei der Ärztekammer

ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG		FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL	
OKTOBER/NOVEMBER		OKTOBER/NOVEMBER	
25./26. OKTOBER	Einführung in die Echokardiographie Beginn: 9:00 Uhr	18./19. OKTOBER	Arbeits- und Lernmethoden Beginn: 8:30 Uhr
25. BIS 27. OKTOBER	Akupunktur Blöcke F + G, Teil 3 Beginn: 17:00 Uhr	18. OKTOBER BIS 8. NOVEMBER	Grundlagen der Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen Beginn: 15:00 Uhr
1. NOVEMBER 2019 BIS 3. MÄRZ 2020	Ernährungsmedizin Beginn: 9:00 Uhr	23. OKTOBER	Gynäkologie - Cardio-Toco-Graphie (CTG) richtig interpretieren Beginn: 15:00 Uhr
2. BIS 16. NOVEMBER	Progressive Relaxation Aufbaukurs Beginn: 9:30 Uhr	24. OKTOBER BIS 9. NOVEMBER	Sachkunde gem. § 5 und § 8 nach MPBetreibVO - Endoskopieaufbereitung - Beginn: 9:00 Uhr
6. NOVEMBER	Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht Beginn: 16:00 Uhr	25. OKTOBER BIS 23. NOVEMBER	Fachzertifikat Ernährungsmedizin/Aufbauseminar Beginn: 15:00 Uhr
7./8. NOVEMBER	Transfusionsverantwortliche und Transfusionsbeauftragte - Beginn: 9:00 Uhr	26. OKTOBER	Modernes Wundmanagement Beginn: 8:30 Uhr
8./9. NOVEMBER	Geriatrische Grundversorgung Modul 3 Beginn: 16:00 Uhr	26. OKTOBER BIS 7. DEZEMBER	Nicht-ärztliche Praxisassistent/-in _Refresher zum Kompetenzerhalt - Beginn: 9:00 Uhr
9. NOVEMBER	Ärztliche Begutachtung im System der sozialen Sicherung in Deutschland - Beginn: 9:00 Uhr	30. OKTOBER	Heilmittelverordnung - Informationsveranstaltung für Medizinisches Assistenzpersonal Beginn: 17:00 Uhr
11. BIS 15. NOVEMBER	Intensivmedizin - Theoretische und Praktische Grundlagen der allgemeinen Intensivmedizin - Beginn: 9:00 Uhr	1./2. NOVEMBER	Professionell kommunizieren und motivieren Beginn: 15:00 Uhr
15. BIS 23. NOVEMBER	Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung Beginn: 13:00 Uhr	1. BIS 8. NOVEMBER	Fachzertifikat Notfallmanagement - Grundlagen - NÄPA Refresher - Beginn: 15:00 Uhr
16. NOVEMBER	Suchtmedizin in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Beginn: 9:00 Uhr	2. NOVEMBER	Hausbesuche und Versorgungsmanagement Beginn: 8:30 Uhr
INTERPROFESSIONELLE FORTBILDUNGEN		8./9. NOVEMBER	Rechtliche Grundlagen zum Einsatz von Telemedizin und der Nicht-ärztlichen Praxisassistenten - Beginn: 14:00 Uhr
OKTOBER/NOVEMBER		15. BIS 30. NOVEMBER	Qualitätsmanagementbeauftragte/r in Einrichtungen des Gesundheitswesens Beginn: 14:00 Uhr
18. OKTOBER BIS 2. NOVEMBER	Fachzertifikat Qualitätsmanagement Beginn: 14:00 Uhr	15. NOVEMBER BIS 7. DEZEMBER	Grundlagen der Kardiologie Beginn: 14:30 Uhr
19. OKTOBER	GOÄ Grundkurs Beginn: 8:30 Uhr	15./16. NOVEMBER	Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten - Beginn: 15:00 Uhr
30. OKTOBER	Wundversorgung Beginn: 15:00 Uhr	16. NOVEMBER	EBM/Grundkurs Beginn: 9:30 Uhr
9. NOVEMBER	Motivational Interviewing - Wie man Änderungsbereitschaft fördert Beginn: 9:00 Uhr	20. NOVEMBER	Aktualisierung der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz - Beginn: 9:00 Uhr
16. NOVEMBER	Tatort Praxis Beginn: 9:00 Uhr	22. NOVEMBER BIS 14. DEZEMBER	Sachkunde gem. § 5 und § 8 nach MPBetreibVO Beginn: 9:00 Uhr
16. NOVEMBER	Krebsregister in Praxis und Klinik Beginn: 9:00 Uhr	23. NOVEMBER	Der Praxisbesuch - für Menschen mit Demenz eine Herausforderung - Beginn: 14:30 Uhr
21. NOVEMBER	Kindernotfälle - Kindertrainingszirkel (KiTZ) - Wiederbelebung Beginn: 17:00 Uhr		
30. NOVEMBER	Harnsedimente und Erkennung von Harnwegserkrankungen Beginn: 9:00 Uhr		

Kontakt

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

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

OKTOBER/NOVEMBER

25. - 27. OKTOBER	Annual Conference DTC 2019 Global Surgery Infections - Education - Technology	Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie e.V. kontakt@tropenchirurgie.org www.tropenchirurgie.org Punkte beantragt
26. OKTOBER	Motivational Interviewing	IFT-Nord gGmbH, Kiel ambulanz@ift-nord.de www.ift-nord.de 12 Punkte
7. NOVEMBER	Kind und Epilepsie	DRK - Norddeutsches Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche Telefon 04307 90 902 klinik@drk-sutz.de www.drk-epilepsiezentrum.de Punkte beantragt
2. NOVEMBER	Die therapeutische Beziehung - aus Sicht C. G. Jungs Dr. Dipl. Psych. Claus Braun, Berlin	NGaT (Norddeutsche Gesellschaft für Psychotherapie) Telefon 0170 70 83 919 WAdelssen@t-online.de Punkte beantragt
13. NOVEMBER	Forum Gynäkologie 2019	UKSH, Kiel Telefon 0231 909 80 23 oder 0179 760 82 22, gabriele.wickert@wicara.de www.wicara.de Punkte beantragt
13. NOVEMBER	De facto: Onkologie Current aspects in the treatment of advanced lung carcinoma	UKSH, Kiel Telefon 0431 500 18 201 krebszentrum-nord@uksh.de www.krebszentrum-nord.de 3 Punkte
13. NOVEMBER	Hämatologie Aktuell: AML/ MDS	UKSH, Kiel Telefon 0431 500 24 970 inges.kunft@uksh.de www.uksh.de/med2-kiel Punkte beantragt
16. NOVEMBER	9. Lübecker Allergie- Symposium	UKSH, Lübeck Telefon 0451 500 43 465 stephanie.ullrich@uksh.de 5 Punkte
16. NOVEMBER	Symposium - Grenzen und Herausforderungen stationärer Psychotherapie	Curtius Klinik, Bad Malente Telefon 04523 407 744 sekretariatCA@curtius-klinik.de www.curtius-klinik.de 5 Punkte
19. NOVEMBER	„Modellhafte Erprobung von quantitativen CRP-Tests am Point-of-Care im Rahmen einer rationalen Antibiotika- Therapie“	Fortbildungskreis Elmschenhagener Ärztinnen, Ärzte und Apotheker Telefon 0431 781166 besch.lutz@gmail.com 3 Punkte
20. NOVEMBER	Notarzt- und Rettungsdienst Fortbildungen 2019 B-Probleme (COPD/Asthma, NIV- Beatmung)	UKSH, Kiel Telefon 0431 500 31551 notfallmedizin@uksh.de Punkte beantragt
27. NOVEMBER	Diabetes und AVK	UKSH, Lübeck Telefon 0451 500 44 113 sabine.franke@uksh.de www.uksh.de Punkte beantragt

Weitere Informationen bei den Veranstaltern. Alle Angaben ohne Gewähr.

Tatort Praxis



16. November
9:00 - 16.30 Uhr

Gebühr: 250,00 Euro

Konfliktmanagement aggressiver Situationen

Ein wesentlicher Beitrag zur Deeskalation ist die professionelle Kommunikation mit den Patienten. Dazu werden verschiedene Kommunikationsmodelle vorgestellt. In Kleingruppen werden der Umgang mit Aggressionen und der Abbau von Konflikten geübt. Für ein erfolgreiches Risikomanagement werden organisatorische Maßnahmen zur Gewaltprävention erarbeitet.

Ärztliche Begutachtung im System der sozialen Sicherung in Deutschland

9. November

9:00 - 17:30 Uhr

Gebühr: 99,00 Euro

Der Kurs richtet sich an alle interessierte Ärztinnen und Ärzte aus allen Tätigkeitsbereichen. Dieser Kurs bietet neben Hinweisen an allgemeine Anforderungen an ärztliche Gutachten auch die Möglichkeit, sich über die gesetzlich bestimmten Aufgabenschwerpunkte und Fragestellungen der unterschiedlichen Sozialleistungsträger im System der sozialen Sicherung in Deutschland zu informieren. Erfahrene ärztliche Kollegen des MDK, des Landesamtes für soziale Dienste, des ärztlichen Dienstes der Arbeitsagentur und der deutschen Rentenversicherung stehen als Dozenten Rede und Antwort und führen in die unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Themen ein.

Heilmittelverordnung - Informationsveranstaltung für Medizinisches Assistenzpersonal

30. Oktober

17.00 - 18.30 Uhr

Gebühr: 35,00 Euro

Was muss die Heilmittelverordnung enthalten? Welche Angaben sind zu ergänzen? Und wie können Sie unkompliziert mit den Gesetzlichen Krankenkassen abrechnen? Hier finden Sie wichtige Informationen rund um die Heilmittelverordnung.

Kontakt

Akademie der Ärztkammer Schleswig-Holstein

Telefon 04551 803 700

E-Mail akademie@aeksh.de

Autoimmun-Systemerkrankungen und Osteoarthrosen gehören zu den Schwerpunkten des 47. Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Dresden. Muskuloskeletale Erkrankungen sind die wichtigste Ursache von anhaltenden Schmerzzuständen und Funktionseinschränkungen. Nach DGRh-Angaben leidet etwa ein Viertel aller Deutschen an funktionellen Einschränkungen der Bewegungsorgane; rund zehn Millionen Menschen haben klinisch manifeste Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Sieben Millionen Menschen leiden unter schweren chronischen Rückenschmerzen, fünf Millionen unter symptomatischen Arthrosen, 1,5 Millionen unter entzündlich-rheumatischen Erkrankungen. Dazu kommen rund 20.000 Rheumakranke Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

Häufigste Form einer Vaskulitis ist die Riesenzellarthritis. Sie betrifft Menschen ab dem 50. Lebensjahr und verursacht häufig starke Kopfschmerzen, Schmerzen der Becken- und Schultergürtelmuskulatur, Kauschmerzen, ungewollten Gewichtsverlust und Fieber. Als schwere Komplikationen können auch Sehstörungen bis zur Erblindung oder Schlaganfälle auftreten. „Die Behandlung mit Glukokortikoiden ist in der Regel zunächst erfolgreich“, wie Prof. Bernhard Hellmich aus Kirchheim erläuterte. Große Kohortenstudien der vergangenen Jahre zeigen jedoch, dass es bei bis zu 70 Prozent der Patienten zu Rückfällen kommt, sobald die Dosis reduziert oder die Therapie ganz ausgeschrieben wird. Zudem kommt es bei einem Teil der Patienten zu strukturellen Gefäßschäden, die dann etwa zum Befall der Aorta und zur Bildung von Aortenaneurysmen führen können. Auch therapiebedingte Folgeschäden wie Osteoporose, Diabetes und Katarakte sind nicht selten.

„Mit dem Ziel, die Glukokortikoidexposition zu reduzieren und das Rezidivrisiko zu senken, wurden in jüngster Zeit konventionelle und biologische Therapien in klinischen Studien untersucht“, erklärte der Rheumatologe. Einige der Studien kamen zu positiven Ergebnissen, die zum Beispiel für den Interleukin-6-Antagonisten Tocilizumab zur Zulassung geführt haben. Auch Zytostatika wie Methotrexat oder Immunsuppressiva können – allerdings mit uneinheitlichen klinischen Ergebnissen – als Komedikation gegeben werden. Auf dem europäischen Rheumatologen-Kongress im Sommer 2019 in Madrid wurden neue europäische Empfehlungen zum Management der Riesenzellarthritis vorgestellt und jetzt auch in Dresden diskutiert. Eine interdisziplinäre deutschsprachige Leitlinie ist unter Federführung der DGRh in Arbeit; eine Veröffentlichung wird 2020 erwartet.

RHEUMATOLOGIE

Frühe Therapie entscheidend

47. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie in Dresden. Früher Therapiebeginn bei systemischer Sklerose vermeidet Folgeschäden.

Schwerpunktthema von Prof. Gabriela Riemekasten, Direktorin der Klinik für Rheumatologie am UKSH Campus Lübeck, war die systemische Sklerose. Dabei handelt es sich um eine chronische Autoimmunerkrankung aus der Gruppe der Kollagenosen. Über eine Vermehrung des Bindegewebes kommt es zu einer diffusen Sklerose von Haut und – in der Folge – inneren Organen wie Nieren, Speiseröhre und Darm. Hohes Alter bei Diagnosestellung sowie eine verzögerte Überweisung zum Referenzzentrum sind mit einer schlechteren Prognose assoziiert, erläuterte Riemekasten, ein Krankheitsverlauf ohne Herz-Lungenbeteiligung mit einer guten.

Bei erstmaligem Auftreten des sogenannten Raynaud-Syndroms, das bei Kälte oder Stress zunächst zu einem schmerzhaften Abblassen der Finger und anschließender Blutfülle führt, kommt es bei jedem zweiten Patienten innerhalb von zwei Jahren zu einer Organbeteiligung, bei drei von vier Patienten innerhalb von fünf Jahren. Eine kausale Therapie ist nicht möglich, sodass die symptomatische Behandlung von Haut- und Organschäden im Vordergrund steht. Hier werden unter anderem gefäßerweiternde und entzündungshemmende Medikamente eingesetzt. Riemekasten: „Eine frühe und intensive Therapie ist der Schlüssel, um Folgeschäden zu vermeiden, und natürlich die schnelle Überweisung in ein Referenzzentrum. Dann können wir Verbesserungen und nicht nur Stabilität erzielen.“

Beim systemischen Lupus erythematoses (SLE) greift das Immunsystem Gewebe und Organe im eigenen Körper an und ruft eine Entzündungsreaktion hervor. Ins Visier dieser fehlgeleiteten Abwehr geraten vor allem Gelenke, Nieren und Haut. Betroffen sind meist Frauen im gebärfähigen Alter. Sie leiden unter rheumaartigen Schmerzen, oft mit Fieber verbunden. Im Gesicht kommt es zu einer typischen schmetterlingsförmigen

Rötung, auf dem Kopf zu Haarausfall, im Mund zu schmerzhaften Geschwüren. Angegriffen werden aber auch lebenswichtige Organe wie das Herz. Früher endete die Erkrankung oft tödlich. Heute leben die meisten Patienten dank immunsupprimierender Medikamente einen weitgehend normalen Alltag.

Einer der für SLE typischen Antikörper sind Autoantikörper, die sich gegen das Antigen Ro60 richten. Ro60 ist im Prinzip eine harmlose Zellstruktur; warum diese Autoantikörper entstehen, ist nicht bekannt. Forschungsarbeiten von Dr. Martin Kriegel aus der Schweiz deuten auf eine Beteiligung von Haut- und Darmbakterien hin. Anlass für die Immunreaktion ist vermutlich eine Verwechslung: Die Antikörper, mit denen das Immunsystem die Organe angreift, sind eigentlich gegen das Eiweiß Ro60 gerichtet, das bei einigen Bakterien im Darm, aber auch im Mund und auf der Haut vorkommt. Wie Kriegel beschreibt, gleicht diese bakterielle Zielstruktur dem Antigen Ro60, das auch in den meisten menschlichen Zellen vorkommt und von den Antikörpern angegriffen wird. Kriegel konnte zudem zeigen, dass der in der Regel harmlose Darmbewohner *Enterococcus gallinarum* bei anfälligen Menschen in die Leber eindringt. Dort könnten Immunreaktionen ihren Anfang nehmen, um schließlich den gesamten Körper zu erfassen.

Bei Mäusen konnte Kriegel den Ausbruch einer SLE-artigen Erkrankung durch einen Impfstoff gegen dieses Bakterium verhindern. „Ob Impfungen oder andere gezielte Behandlungsansätze gegen Darmmikroben in der Zukunft neue Therapiemöglichkeiten für Patienten mit Rheuma darstellen, muss noch intensiv untersucht werden, könnte aber aufgrund unserer Ergebnisse vorstellbar sein“, sagt Kriegel, der für seine Forschungen mit dem mit 15.000 Euro dotierten Preis der Stiftung der DGRh ausgezeichnet wurde.

UWE GROENEWOLD

2.500

Teilnehmer aus 17 Ländern waren beim diesjährigen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie in Dresden. Sie hatten die Auswahl aus insgesamt 420 wissenschaftlichen Vorträgen.

SH

Zahlreiche Teilnehmer aus Schleswig-Holstein waren als Vortragende oder als Gäste in Dresden dabei. Darunter waren zum Beispiel die Lübecker UKSH-Klinikleiterin Prof. Gabriela Riemekasten, Prof. Bimba Hoyer, leitende Rheumatologin am UKSH-Campus Kiel, Prof. Julia Holle, Rheumazentrum Schleswig-Holstein Mitte in Neumünster, und Prof. Peter Lamprecht aus Lübeck.



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



Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen des Kreises Plön



Die Klinik Preetz ist Teil der als gemeinnützig anerkannten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen des Kreises Plön GmbH. Wir bieten eine professionelle Gesundheitsversorgung für den gesamten Kreis Plön, die ganze Familie, das ganze Leben und das an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr. Familiäres und menschliches Miteinander, ein professioneller Anspruch über das übliche Maß hinaus, verbunden mit einer soliden, bodenständigen Grundhaltung, zeichnen uns aus. Moderne Medizin mit Herz und Wärme – das ist unser Selbstverständnis!

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Assistenzarzt (w/m/d) für die Chirurgie

mit 40,0 Wochenstunden (Teilzeit möglich)
befristet für die Dauer der Weiterbildung.

Ihre Aufgaben

- Klinische Betreuung von stationären und ambulanten Patientinnen und Patienten
- Aktiver Einsatz im OP-Saal je nach Ausbildungsstand
- Teilnahme am Bereitschaftsdienst

Ihr Profil

- Approbation als Arzt/Ärztin
- Wiedereinsteiger/innen nach einer beruflichen Auszeit/Elternzeit und Ärztinnen / Ärzte in Weiterbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Allgemeinmedizin sind herzlich willkommen
- Teamfähigkeit und Engagement
- Sensibilität und Einfühlungsvermögen im Umgang mit unseren Patientinnen und Patienten
- Ausgeprägtes Weiterbildungsinteresse und Verantwortungsbewusstsein

Unser Angebot

- Modern ausgestatteter Arbeitsplatz
- Fachübergreifender Einsatz in der Unfall- und Gelenkchirurgie sowie der Allgemein- und Viszeralchirurgie mit voller Weiterbildungsbefugnis für die/den Fachärztin/-arzt für Allgemeinchirurgie
- Anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem familiären Arbeitsklima
- Einbindung in ein junges dynamisches Ärzteteam mit flachen Hierarchien
- Entgelt nach dem TV-Ärzte/VKA einschl. Zusatzversorgung

Für erste Informationen stehen Ihnen unsere Chefärzte unter Tel.: 04342/ 801-167 gerne zur Verfügung.

Sie können uns auch unverbindlich kennenlernen: Gerne bieten wir Ihnen Gelegenheit, einen Tag zu hospitieren. Eine Hospitation ist eine hervorragende Gelegenheit, sich vor Ort ein Bild über unsere Arbeit und die Atmosphäre bei uns zu machen.

Zusammen mit Ihnen möchten wir unser Team stärken!

Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung per E-Mail an:
personalabteilung@klinik-preetz.de

Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen des Kreises Plön gGmbH

Personalabteilung - Am Krankenhaus 5 - 24211 Preetz
www.klinik-preetz.de

Tschüß Klinikstress? Noch immer Nacht- und Wochenenddienste?

Allgemeinarzt/Internist, m/w/d, gesucht zur langfristigen Erweiterung unseres tollen Teams in einer großen hausärztlichen Praxis in Neumünster.

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

Kontakt per E-Mail (praxis-am-kuhberg@web.de) oder Telefon (04321-42320)



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

Am **Klinikstandort Eckernförde** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die **Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie** eine/einen

Fachärztin/Facharzt (m/w/d)

unbefristet in Vollzeit

oder eine/einen

Assistenzärztin/Assistenzarzt (m/w/d)

unbefristet in Vollzeit als Weiterbildungsstelle

Das Leistungs-/Behandlungsspektrum umfasst die Aufgaben einer Geburtsklinik (Level IV) mit rund 600 – 700 Geburten jährlich. Das ärztliche Team wird von zwei Chefärzten geführt. Das gynäkologische Behandlungsspektrum beinhaltet Eingriffe außerhalb onkologischer Indikationen, der operative Schwerpunkt liegt im Bereich der urogynäkologischen Operation.

Sie passen zu uns, wenn

- Sie eine engagierte, fachlich qualifizierte und teamfähige Persönlichkeit sind, die Freude daran hat, Ihre Erfahrungen in der Geburtshilfe sowie in Diagnostik und Therapie gynäkologischer Erkrankungen einzubringen
- Sie Freude und Leidenschaft für die Geburtshilfe mitbringen und über den Anspruch verfügen, unsere Schwangeren und Gebärenden fachlich kompetent und gleichzeitig menschlich empathisch zu begleiten
- Sie das Engagement und den Willen mitbringen, sich operativ weiter zu entwickeln
- Sie die Bereitschaft mitbringen, im Team mit Hebammen und Pflegepersonal zusammenzuarbeiten
- Sie Rufbereitschafts- und Bereitschaftsdienste übernehmen

Wir passen zu Ihnen, denn

- Sie werden Teil eines zukunftssicheren kommunalen Schwerpunktkrankenhauses
- es erwartet Sie eine leidenschaftlich arbeitende geburtshilfliche Abteilung, bestehend aus einem erfahrenen Team von 12 Beleghebammen
- es erwartet Sie eine geburtshilfliche Station, geführt von fachkompetenten Kinderkrankenschwestern
- wir fördern Sie bei der beruflichen Weiterentwicklung, intern wie extern (6K Verbund)
- wir bieten eine nach WHO-Kriterien arbeitende babyfreundliche Geburtshilfe
- wir bieten Ihnen die Vorteile eines kleinen Hauses mit seinen kurzen Dienstwegen und einem menschlichen Umgang untereinander
- wir bieten Ihnen einen attraktiven und modernen Arbeitsplatz, in den Sie strukturiert eingearbeitet werden
- wir zahlen Ihnen eine tarifliche Vergütung nach Entgeltgruppe I bzw. II TV-Ärzte/VKA sowie die im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen

Was wir noch zu bieten haben

- eine reizvolle Lage direkt an der Ostsee mit zahlreichen Freizeitangeboten
- eine attraktive Stadt mit ansprechendem Shoppingangebot auch an Sonn- und Feiertagen
- die Nähe zur Landeshauptstadt Kiel und allgemein guten Verkehrsverbindungen
- eine gute Infrastruktur mit allen Schularten in der näheren Umgebung
- direkte Parkmöglichkeiten an der Klinik

Sie wollen „imländer“ werden?

Erste fachliche Auskünfte erteilt Ihnen gerne die Chefärzte, Herr Dr. Kröger und Herr Martin, Tel.: 04351 882-351.

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

Schwerbehinderte erhalten bei uns die gleiche Chance!

BEILAGENHINWEIS: Diese Ausgabe enthält Beilagen der **AMT Abken Medizintechnik GmbH** und des **Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf / Institut für Osteologie und Biomechanik (IOBM)**

STELLENANGEBOTE

HAMBURG SUCHT!

BEZIRKSAMT HAMBURG-MITTE

Sie wollen sich beruflich verändern?
Wir haben eine spannende Alternative für Sie!
Das **Gesundheitsamt** sucht zum nächstmöglichen Termin für den

SOZIALPSYCHIATRISCHEN DIENST

in Voll- oder Teilzeit **zwei**

**FACHÄRZTINNEN/FACHÄRZTE
FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE,
NEUROLOGIE ODER ALLGEMEINMEDIZIN ODER
ÄRZTINNEN/ÄRZTE
MIT ERFAHRUNG IN DER PSYCHIATRIE**

Es handelt sich um insgesamt 1,8 Stellenanteile. Davon 0,9 unbefristet und 0,9 befristet auf 2 Jahre.

Die Aufgaben ergeben sich insbesondere aus dem Hamburgischen Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. U.a. sind gutachterliche Stellungnahmen abzugeben sowie psychisch kranke Menschen und deren Angehörigen zu beraten.

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

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

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

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

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen bis zum **06.11.2019** an:

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



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

Wir suchen ab sofort in Vollzeit oder Teilzeit einen

**Assistenzarzt (m/w/d)
in Weiterbildung zum Facharzt
Psychiatrie und Psychotherapie
oder im Rotationsjahr für den
Facharzt für Neurologie**

Bringen Sie sich mit Engagement und Kreativität in unser Team ein und entwickeln Sie gemeinsam mit uns innovative Konzepte für eine nachhaltige Behandlung unserer Patienten. Für uns sind Teamfähigkeit, eine hohe Arbeitsqualität und ein gutes Arbeitsklima besonders wichtig.

Wir können eine fundierte Ausbildung für die gesamte Weiterbildungszeit für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gewährleisten. Es besteht die Möglichkeit der Rotation in die neurologische Abteilung im Hause. Die Kosten für die Assistenzarztausbildung an einem psychotherapeutischen Ausbildungsinstitut einschließlich der Selbsterfahrungskurse werden vom Haus getragen.

Die Vergütung richtet sich nach den Bestimmungen des TV-Ärzte/VKA bzw. TVöD-K, hinzu kommen die im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen. Fortbildungen werden großzügig gefördert.

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

Ihr Interesse ist geweckt? Dann richten Sie Ihre Bewerbung bitte an die **imland gGmbH, Abteilung Personal & Recht
Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg
oder per E-Mail (Unterlagen bitte in PDF) an ulrike.sander@imland.de**



Für den **Krisendienst des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Gesundheitsamt des Kreises Steinburg** werden

Honorarärzte*innen

gesucht.

Nähere Informationen finden Sie im Internet unter www.steinburg.de.

Für Rückfragen steht Ihnen die Abteilungsleiterin Frau Gundlach unter der Telefonnummer 04821/69 304 gern zur Verfügung.

Bewerbungen mit aussagekräftigen Unterlagen werden bis zum **31.10.2019** erbeten an:

**KREIS STEINBURG · DER LANDRAT · GESUNDHEITSAMT
Viktoriastr. 17a · 25524 Itzehoe · sozialpsychiatrie@steinburg.de**

WB-Assistent (w/m) für Allgemeinmedizin

Für unsere hausärztliche Praxis in Elmshorn (30 km nordwestl. Hamburg) mit naturheilkundlichem Schwerpunkt suchen wir eine/n WB-AssistentIn (halb- oder ganztags)

Wir bieten das gesamte Spektrum der Allgemeinmedizin mit einem integrativen Ansatz aus naturheilkundlichen Methoden (Schwerpunkte Akupunktur, klassische Homöopathie und anthroposophische Medizin) und einer psychosomatischen Ausrichtung. Diagnostik: LZ-RR, Lufu, EKG **sowie** ein junges, freundliches Team mit angenehmem Betriebsklima und eine finanzielle Beteiligung an Akupunktur-Ausbildung.
Langfristiger Einstieg möglich.

Wir erwarten eine/n freundliche/n engagierte/n Kollegen/in mit Interesse an ganzheitlich-naturheilkundlicher Behandlung

www.praxis-für-integrale-medizin.de

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung! Bitte senden Sie diese an Dr. Martin Weigel unter: praxis@doc-weigel.de

STELLENANGEBOTE

MANHAGEN

Die Klinik der Spezialisten



Die Klinik Manhagen ist eine Fachklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie, Augenheilkunde und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie.

Zur Verstärkung unseres ärztlichen Teams suchen wir zum nächstmöglichen Termin

Stationsarzt (m/w/d) in VZ oder TZ

Ihre Aufgaben

- Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen sowie Versorgung der Patienten während des stationären Aufenthaltes
- Akutversorgung von Komplikationen
- Fachübergreifende Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen

Ihr Profil:

- FA für Innere Medizin, Allgemeinmedizin oder Anästhesie
- Hohe Notfallkompetenz
- Teamfähigkeit, hohe Patientenorientierung sowie Organisationsgeschick

Unser Angebot:

- Eine spannende Tätigkeit mit hohem Patientenbezug
- Arbeiten in einem interdisziplinären Team unter Leitung von Prof. Dr. Jörg Braun
- Größtmögliche Entlastung von arztfernen Tätigkeiten
- Unbefristeter Arbeitsvertrag

Facharzt (w/m/d) für Anästhesie in der Augenheilkunde in VZ/TZ

Ihre Aufgaben

- Die Versorgung unserer Patienten überwiegend mit lokalanästhetischen Verfahren wie die Peribulbäranästhesie unter Berücksichtigung von Begleiterkrankungen insbesondere älterer Patienten (Herz-/Kreislauf-/Lungenerkrankungen)
- Die Durchführung von Vollnarkosen (Larynxmaske) bei Schieloperationen und Tränenwegsintubationen.

Ihr Profil:

- Facharzt für Anästhesie
- Ausgewiesene mehrjährige Expertise in der Anästhesie der Augenheilkunde
- Hohe Teamfähigkeit, Patientenorientierung, Belastbarkeit und Flexibilität

Unser Angebot:

- Leistungsorientiertes Vergütungspaket
- Möglichkeit der Weiterentwicklung in hoch spezialisierter Fachklinik
- Unbefristeter Arbeitsvertrag und geregelte Dienstzeiten

Für Rückfragen steht unser Ärztlicher Direktor Herr Prof. Dr. med. Jörg Braun gerne zur Verfügung (04102 605 124 o. 125 AB)

Bitte senden Sie Ihre aussagefähigen und vollständigen Bewerbungsunterlagen an: Per Post: Park-Klinik Manhagen • Sieker Landstraße 19 • 22927 Großhansdorf
Per E-Mail: bewerbung@manhagen.de • Per Online-Bewerbung: www.manhagen.de/stellenangebote/

Psychiatrie/Psychotherapie

Teilzeitstelle (ca. 20 Std./Wo), Stadtrand HH, flexible Arbeitszeit, WB-Ermächtigung liegt vor (24 Monate). Beginn nach Absprache.

Praxis Dr. med. Uhlmann
Telefon: 040 722 01 02

Kinderarztpraxis in HH

sucht netten Kollegen (m/w/d) zur Anstellung oder Einstieg (BAG), KV-Sitz vorhanden, sehr engagiertes Team, finanzielle Unterstützung f. Fortbildung z. B. f. Naturheilverfahren möglich, optim. Anbind. an Bus/Bahn
Kontakt: kinderarzt.hh@web.de

Freundlicher und engagierter

Allgemeinmediziner/in

zum 1. 03. 2020 für alteingesessene, HH-zentrumsnahe Hausarztpraxis in Vollzeit zur Anstellung gesucht. Details gern im pers. Gespräch.
Kontakt unter Chiffre SH 50313.



FLENSBURG
Zwischen Himmel und Förde
Mellem himmel og fjord

Karriere im Aufwind

Bei der Stadt Flensburg sind zum nächstmöglichen Zeitpunkt folgende Stellen im Fachbereich Soziales und Gesundheit im Gesundheitsamt zu besetzen:

Fachärztin/Facharzt (m/w/d) für Psychiatrie

Im Sozialpsychiatrischen Dienst der Stadt Flensburg stellen Sie gemeinsam mit dem Team die Hilfen für psychisch kranke Menschen, deren Angehörige und/oder rechtliche Vertreter/innen (m/w/d) sicher. Hierzu zählen Beratungen und fachärztliche Begutachtungen im Gesundheitsamt. Ihre Begutachtungen erfolgen z. B. im Rahmen des PsychKG SH, des SGB II, des Beamtenrechts und der Eingliederungshilfe. In begründeten Fällen finden auch Hausbesuche statt.

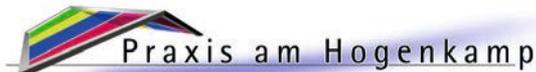
Ärztin/Arzt (m/w/d) für die Leitung des Teams Gesundheitsschutz

Die Stelle umfasst ein breit gefächertes Tätigkeitsfeld im öffentlichen Gesundheitswesen mit Schwerpunkten im Infektionsschutz, in der Hygiene- und Umweltmedizin sowie im hafenzärztlichen Dienst.

Weitere Informationen zu den Aufgaben und der geforderten Qualifikation finden Sie unter: www.karriere.flensburg.de.
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Stadt Flensburg | Die Oberbürgermeisterin | FB Zentrale Dienste/Personal | 24931 Flensburg
E-Mail: personalabteilung@flensburg.de

STELLENANGEBOTE



Diabetologe/ Weiterbildungsassistent Diabetologie (m/w/d) in Vollzeit, Teilzeit, ab sofort, unbefristet

Große Diabetes Schwerpunktpraxis (2 Diabetologen, 6 Diabetesberaterinnen, Zweigstelle, Fußambulanz) sucht ärztliche Verstärkung (FA Allgemeinmedizin oder Innere Medizin), flexible Arbeitszeiten möglich, volle Weiterbildungsbefugnis zum Diabetologen ÄK (18 Monate), Beginn auch mittelfristig nach Absprache möglich, auch Arzt in Weiterbildung Allgemeinmedizin am Ende der Weiterbildung und Ausbildungswunsch Diabetologie willkommen!

Praxis am Hogenkamp · Hogenkamp 16 · 25336 Elmshorn
Kontakt: Dr. Thomas Kröplin und Hauke Wolters
Telefon: 04121/461360 · E-Mail: Kroepplin@praxisamhogenkamp.de

Medizinisches Versorgungszentrum in Itzehoe
(Kreisstadt in Schleswig Holstein) sucht ab sofort oder später eine/n

Allgemeinmediziner/in oder hausärztlich Internisten/in in Ganztags- oder Teilzeitstellung. KV-Sitz vorhanden.

Individuelle familienfreundliche Arbeitszeitvereinbarung möglich.
Das MVZ ist sowohl fachärztlich gastroenterologisch, kardiologisch
und angiologisch als auch hausärztlich ausgerichtet.

Es besteht die Möglichkeit, endoskopische und sonografische
Diagnostikverfahren zu erlernen oder zu vertiefen. Auf Wunsch ist
die Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst möglich.
Die Bezahlung erfolgt übertariflich. Gewinnbeteiligung üblich.

Bewerbungen richten Sie bitte an:
MVZ am Holstein Center GmbH
Dr. med. Johannes Fontius (leitender Arzt)
Brunnenstr. 5 · 25524 Itzehoe
Tel. 04821/17 83 10 · Fax. 04821/17 83 149
E-Mail: mvz@mvz-am-hc.de

ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 11 18. Oktober 2019



Marien-Krankenhaus Lübeck

Arbeiten am Marien-Krankenhaus Lübeck
Für Ihre berufliche Zukunft!

Das Marien-Krankenhaus Lübeck
sucht zum nächstmöglichen
Zeitpunkt:

Belegärzte (m/w/d)

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

Weiterhin bieten wir Stellen für

Assistenzärzte (m/w/d)

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

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

www.marien-krankenhaus.de



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

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



KLINIKUM
ITZEHOE

Karriereplanung ist Lebensplanung.

Das **Klinikum Itzehoe** ist eines der größten Krankenhäuser in
Schleswig-Holstein und Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel,
Lübeck und Hamburg.

Für unsere **Medizinische Klinik I** suchen wir zum nächstmög-
lichen Zeitpunkt einen

» Oberarzt (m/w/i/t) Hämatologie/Onkologie

Die **Medizinische Klinik** versorgt stationär jährlich ca. 10.000
Patienten. Die teilstationäre Therapie der Hämatologie/Onkologie
erfolgt in der interdisziplinären onkologischen Tagesklinik mit
ca. 6.500 Patientenkontakten pro Jahr. Stationär behandlungs-
bedürftige Patienten werden auf der onkologischen Station betreut.

Leistungsspektrum:

- Gesamtes Spektrum der Hämatologie und Onkologie, derzeit
ohne Behandlung akuter Leukämien und Stammzelltransplantation
- Darmzentrum und Brustzentrum
- Eigene Zytologie von Knochenmark u. a.
- Komplettes Spektrum der Radiologie
- Volle Weiterbildungsermächtigung in der Hämatologie/Onkologie
- Wöchentliche Tumorkonferenzen

Wir wünschen uns von Ihnen:

- Abgeschlossene Weiterbildung in der Hämatologie/Onkologie
- Engagement für die Weiterentwicklung des Spektrums und
Angebots der Klinik
- Aktive Mitarbeit bei der strukturierten Aus- und Weiterbildung
der Assistentinnen/Assistenten
- Vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen
Berufsgruppen im Klinikum

Unser Engagement:

- Hohe Investitions- und Innovationsbereitschaft
- Berücksichtigung der Lebenssituation unserer Mitarbeiter durch
individuelle Arbeitsplatzgestaltung
- Individuelle Förderung durch vielfältige Fort- und Weiterbildungs-
angebote
- Angenehme abteilungs- und hierarchieübergreifende Arbeits-
atmosphäre

Für erste Fragen steht Ihnen
der Chefarzt der Klinik, Herr Prof.
Dr. Koch, unter der Telefon-
nummer 04821 772-2300
gerne zur Verfügung.

Bewerben Sie sich gerne online
über unser Bewerberportal.

Klinikum Itzehoe

Personalmanagement
Robert-Koch-Str. 2
25524 Itzehoe

personalmanagement@kh-itzehoe.de

Referenznummer 106-19

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

„Goldstück“
außergewöhnliche Psychotherapeutische Praxis
mit sechs (Teilzeit) angestellten Psychotherapeuten
(TP,VT,PA). Über Weiterbildungsassistenten für
Psychosomatische Medizin (TP, ab 1. 1. 2020) zum
Praxisnachfolger
ideal auch f. FÄ/FA f. Psychiatrie u. Psychotherapie
0176 96 75 03 30 / www.praxis-leinz.de

STELLENANGEBOTE

Die DIAKO Flensburg sucht einen

Stationsarzt (m/w/d) für die Gefäßchirurgie

zur stationären Versorgung der gefäßchirurgischen Patienten
ohne Wochenend-, Schicht- oder Nachtdienst

Ihre Qualifikation: Facharzt (m/w/d) oder in einer entsprechenden
Facharztweiterbildung, Fachsprachenkenntnisse nach C1

Weitere Informationen
erhalten Sie über den
QR-Code und unter:

www.diako.de/wir-als-arbeitgeber



DIAKO
KARRIERE

Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg
Tel. 0461 812-1201, E-Mail: bewerbung@diako.de

Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin

in Hamburg-Wandsbek
ab sofort oder später in
Voll-/Teilzeit gesucht.

Tel. 0172 - 4552250

Suche Facharzt/Fachärztin f. Allgemein-/Innere Medizin

zur Anstellung in Teilzeit, Haus-
arztpraxis Hbg. Lurup, spätere
Übernahme der Praxis möglich.

Kontakt erbeten unter:
praxis-hausarztthamburg@gmx.de

Große orthopäd./unfallchir. Gemeinschaftspraxis in Kiel sucht 2020 einen

FA/FÄ für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Wir behandeln das gesamte Spektrum der konservativen und operativen Orthopädie.
Ein überdurchschnittlich gutes Arbeitsklima und umfassende Weiterbildungsmög-
lichkeiten zeichnen uns aus.

Über Ihre Bewerbung an Herrn Dr. Lutz von Spreckelsen freuen wir uns.
Weitere Informationen erhalten Sie unter www.orthopraxis-kiel.de

ASSOZIATION

Hausärztliche Gemeinschafts- praxis sucht Nachfolger/-in

4-er GMP in Schleswig sucht ab 1/2021
einen neuen Partner/-in. 12-monatige
Anstellung als Übergang erwünscht.

Praxis Dr. Wächtler, Thielsen,
Marxen und Lindemann
Am Brautsee 47, 24837 Schleswig
Telefon: 04621 - 25848

Erfahrener Hausarzt sucht in Kiel
und erreichbarer Umgebung ab
04/20

Mitarbeit, ggf. auch Einstieg.

Wichtig sind mir: Arbeit im Team,
am liebsten mit mehreren Kollegen/
innen, gerne Stadtrand oder ländlich.

Kontakt unter Chiffre SH50392.

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

PRAXISABGABE

Privatpraxis am Rande Hamburgs

Wir suchen einen berufserfahrenen Kollegen oder eine Kollegin der Inneren Medizin
oder Allgemeinmedizin mit einer Begeisterung u.a. für Ganzheitliche Medizin, der/die
ohne bürokratische Zwänge entspannt gute Medizin betreiben möchte.

Wir bieten eine seit vielen Jahren hervorragend eingeführte konkurrenzlose lukrative
Privatpraxis u.U. nach einer Übergangsgemeinschaftspraxis zum Verkauf. In modernen,
großzügigen Räumen behandeln wir aufgrund unserer Ausrichtung überwiegend junge
bzw. junggebliebene Patienten.

Der Praxisgründer möchte u.a. wegen zunehmender Seminar- und Autorentätigkeit in
absehbarer Zeit ausscheiden bzw. auf Wunsch in geringerem Maße mitarbeiten.

Bei Interesse kontaktieren Sie uns bitte über Chiffre SH50361.

GYNÄKOLOGISCHE PRAXIS ABZUGEBEN.

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

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

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

„Goldstück“

**außergewöhnliche Psychotherapeutische Praxis
mit sechs (Teilzeit) angestellten Psychotherapeuten
(TP,VT,PA). Über Weiterbildungsassistenten für
Psychosomatische Medizin (TP, ab 1. 1. 2020) zum
Praxisnachfolger**

**ideal auch f. FÄ/FA f. Psychiatrie u. Psychotherapie
0176 96 75 03 30 / www.praxis-leinz.de**

Augen-Doppelpraxis

Gewinn pro Jahr € 500 Tsd. , mind. 12 Wochen Urlaub, 34,5 h Wochen-
arbeitszeit/Arzt, kein Notdienst, 1-2,5 Augenärzte möglich, derzeit 2 Fach-
ärzte. 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

PRAXISRÄUME

Neubau Ärztehaus in 24782 Büdelsdorf/ A7

Fertigstellung Juni 2020

Freie Praxis/-Büro Räume zwischen 150 - 300 m² zu vermieten

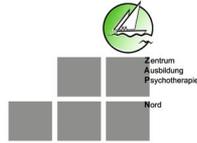
Bereits vor Ort: 3 Hausärzte, 3 Chirurgen, ambulantes OP Zentrum, Sanitätshaus

Weitere Auskünfte erhalten Sie gern unter: rosenthal.scharfenberg@gmx.de

FORTBILDUNGEN

Lehrinstitut Lübeck

Zentrum Ausbildung Psychotherapie · ZAP Nord



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

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

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

Bereiche und Gebiete:

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

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

Für weitere Informationen und Anfragen:

ZAP-Nord-GmbH · Fackenburger-Allee 1 · 23554 – Lübeck
Tel.: 0451 48660700 · sekretariat@zap-nord.de

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.**

SONSTIGES

**Einladung zum
Dialog im Sell-Speicher**

Wir laden Sie zu folgenden Veranstaltungen ein:



24.10.2019:
Aus Finanzgeschichte(n) lernen
Vermögenswerte durch stürmische Zeiten navigieren

Andreas Tetzlaff von DWS International GmbH
Beginn 8:30 Uhr, Einlass 8:00 Uhr

07.11.2019:
Erbschaft und Testament
Kniffe und Tricks bei der Testamentsgestaltung

Andreas Kühnelt, Partner der Anwaltskanzlei CausaConcilio in Kiel
Beginn: 18:00 Uhr, Einlass 17:30 Uhr

21.11.2019:
Investition in eine effizientere Welt
Klimawandel und Umweltschutz als Anlagechance

Jörg Klocke von Nordea Asset Management
Beginn: 18:00 Uhr, Einlass 17:30 Uhr

U.A.w.g. über die Anmeldeseite (siehe QR Code), telefonisch oder per Mail:
Tel. 0431 9804 4782
privatebankingkiel@sydbank.dk

Veranstaltungsort:
Sydbank Kiel
Sell-Speicher, Wall 55
24103 Kiel



**RECHTSBERATUNG
FÜR DIE HEILBERUFE**

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



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

HINWEIS DER REDAKTION:

Alle Anzeigen beruhen auf Angaben der Anzeigenkunden und werden nicht von der Redaktion geprüft. Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, dass die Angaben (auch zu den Weiterbildungs-befugnissen) korrekt sind. Unter www.aeksh.de finden Sie die aktuellen Listen der weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein.

Entsprechende Beschwerden über unrichtige Angaben, insbesondere zu falschen Aussagen hinsichtlich der Weiterbildungs-befugnis, können nach den berufsrechtlichen Vorschriften verfolgt werden. Auf eventuelle zivilrechtliche Folgen, wie Schadensersatzansprüche, wird hingewiesen. Gewerbliche Anzeigen stellen keine redaktionellen Beiträge dar.

Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, dass die ausgeschriebenen Praxen im Sinne der Bedarfsplanung bedarfsgerecht sind. Interessenten werden gebeten, sich mit der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein in Verbindung zu setzen.

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Esther Geisslinger, Uwe Groenewold, Prof. Gerald Klose, Horst Kreuzsler, Dr. Maike Oldigs, Prof. Klaus Rabe, Dr. Dr. phil. Karl-Werner Ratschko, Dr. Annette Rogge, Prof. Walter Schaffartzik, Dr. Bernd Schucher, 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 Ärz-
tekammer Schleswig-
Holstein, über die Sie
einfach und sicher
Kontakt zu Ihrer Ärz-
tekammer aufnehmen
können.

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

FACHBERATER

Stingl · 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-Poepfel – Steuerberaterin
FACHBERATERIN für das Gesundheitswesen (DStV e.V.)



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

Kanzlei für **Medizinrecht****Wir beraten Ärzte**

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
Partnerschaft

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtener Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

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

RAin Sabine Barth
Rechtsanwältin

info@medrechtpartner.de
www.medrechtpartner.de

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

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

Rohwer & Gut

Partnerschaftsgesellschaft mbB,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft



Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

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

Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt

