



Mangelware

Positive Erfahrungen in Schleswig-Holsteins Impfzentren und Impfmobilien. Aber: Die Teams hätten gerne mehr Impfstoff für die Menschen gehabt.

Seiten 8 – 13

Innovation

Großhansdorf erprobt
COPD-Projekt
Seite 23

Organspende

Stabile Zahlen auch in
Schleswig-Holstein
Seite 27

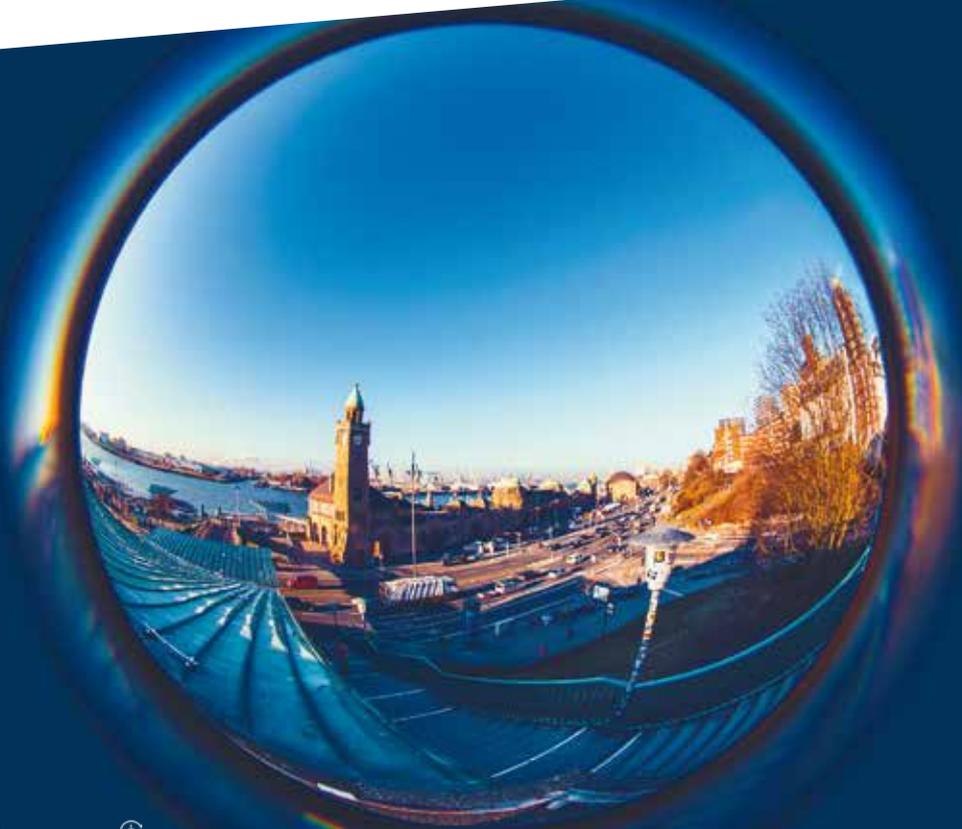
Fortbildung

Angebote sind vorhanden:
Online in die Akademie
Seiten 40 – 41





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



Fotos: axelbuekerk / photocase.de · Floku / photocase.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

Gefährliche Geisterdebatten und Polarisierungen

Noch ist das neue Jahr jung und das Thema Corona-Pandemie lässt uns weiterhin nicht los. Doch der Tenor der Diskussionen verändert sich. Im Vordergrund steht nicht mehr die Frage, ob es wirklich eine Corona-Pandemie gibt. Im Gegensatz zu April 2020 ist das Virus bei uns allen angekommen, jeder kennt ein Familienmitglied, eine Freundin oder einen Freund, einen Menschen aus der Umgebung, der zumindest positiv getestet oder erkrankt war, sogar Todesfälle an oder mit Corona. Die Leugnung dieser Tatsachen ist realitätsfremd und zynisch.

Doch die Diskussionen haben ein neues Feld: die Impfung gegen SARS-CoV-2, die einmal mehr eine kaum nachvollziehbare Polarisierung mit sich bringt. Es ist ein unvorstellbarer Forschungserfolg gewesen, dass innerhalb noch nicht einmal eines Jahres Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 entwickelt wurden und einsetzbar sind. Kaum geht es mit dem Impfen los, ziehen dunkle Wolken auf. Vermutungen über potenzielle Langzeitfolgen, die natürlich noch nicht eruierbar sind und selbstverständlich nachverfolgt und wissenschaftlich ausgewertet werden müssen, werden einmal mehr als Fakten ausgegeben. Vergleiche mit anderen Ländern, die praktisch ohne einen Überprüfungszeitraum durch eine unabhängige Arzneimittelbehörde diese neuen Impfstoffe zugelassen haben, werden herangezogen, um eigene Versäumnisse zu postulieren, anstatt froh zu sein, dass eine solche Prüfung zur Sicherheit erfolgt ist.

Es ist richtig, dass Impfstoffe nicht in nationalen Alleingängen bezogen werden. Es ist ein weltweites Problem, das nur gemeinsam gelöst werden kann, und eben nicht Recht des finanziell Stärkeren. Im Gegensatz zur Masernimpfung, wo die Erreger durch eine Impfpflicht ausgerottet werden können, ist die neu aufgeflammete Diskussion um eine Impfpflicht, wenigstens für bestimmte Berufsgruppen, eine Geisterdebatte. Und solange eine Priorisierung bei der Impfung vorgegeben ist, kann es keine Privilegien für Geimpfte geben – deren Privileg ist es, schneller einen Schutz zu haben als andere!

Eine Impfung ist bei weitem die beste und erfolgreichste Primärprävention, die wir haben – seit nunmehr 225 Jahren. Seien wir froh, dass wir diese gegen Corona einsetzen können, sehen wir die positiven Aspekte und die berechtigte Hoffnung, dadurch schneller die Pandemie weltweit zu überwinden und verlieren wir uns nicht in unnötige Diskurse, die niemanden im Nachhinein helfen. Klären wir lieber auf und nutzen die Impfung!

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



Prof. Henrik Herrmann ist seit 2018 Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

»Es ist richtig, dass Impfstoffe nicht in nationalen Alleingängen bezogen werden.«



Inhalt

NACHRICHTEN	6			FORTBILDUNG	39
Kurz notiert	6	COPD-Projekt in Schleswig-Holstein wird von G-BA gefördert	23	Onlinekurs zur Knorpeltransplantation	39
30 Jahre Klinik Manhagen	6	Klinik-Privatisierung: Profite als Chance oder Übel?	24	Termine	40
UKSH erhält neue Medikamente	6	MVZ mit besonderer Trägerschaft	26	Die Akademie mit breitem Angebot	41
Krebsgesellschaft und Ärztekammer sorgen sich um Patienten	7	Organspendezahlen stabil	27	MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER	42
Land stellt Perspektivplan vor	7	100 Jahre Deutsches Rotes Kreuz	28	Anerkennungen der Weiterbildung	42
TITELTHEMA	8	Das DRK heute im Norden	29	Serie: Die Kreisausschüsse der Ärztekammer	43
Impfzentren hoffen auf Nachschub	8	Anschlussheilbehandlung nach Covid-19 in Ratzeburg	30	ANZEIGEN	44
Unterwegs mit einem Impfmobil	10	PERSONALIA	32	TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50
GESUNDHEITSPOLITIK	14	MEDIZIN & WISSENSCHAFT	34		
Ausnahmезustand für das Klinikum NF	14	Endoprothetik: Virtuelle Jahrestagung	34		
Quarantäne: Folgen für eine Praxis	15	Interview: Suche nach OP-Alternative	35		
Die Rolle der MFA in der Krise	16	Vergleichsstudie: Die POC-PCR-Methode	36		
Pandemie macht Patienten schwerer	18	LESERBRIEF	38		
Weniger Arztbesuche werden für Diabetiker zum Problem	19				
Digitalisierung im Praxisnetz	20				
Rheuma: Covid-Impfung empfohlen	22				

10

**Festgehalten**

von Dirk Schnack

Impfen und promovieren

Die Pandemie hat viele Pläne zunichte gemacht. Für Anna-Sophie Liegmann trifft das nicht zu. Die 30-Jährige Lübeckerin möchte Fachärztin für Humangenetik werden — daran hat auch die Pandemie nichts geändert. Den Beginn ihrer Weiterbildung allerdings hat sie um wenige Wochen nach hinten verschoben, damit sie dazu beitragen kann, dass die Menschen in Schleswig-Holstein geimpft werden können. Von Lübeck aus startet Liegmann seit Jahresbeginn mehrmals pro Woche mit dem Impfmobil, um Pflegeeinrichtungen in der Region aufzusuchen. Liegmann ist das Impfen so wichtig, dass sie derzeit nur an ihren freien Tagen an ihrer Promotion arbeitet.

KURZ NOTIERT

Neuer Newsletter der Ärztekammer

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) hat seit Anfang des Monats einen neuen Newsletter – die Kammernews. Wer Interesse an dem monatlichen Newsletter hat, kann sich auf der Website der Ärztekammer (www.aeksh.de) registrieren und erhält dann regelmäßig einen Überblick über ausgewählte Neuigkeiten im schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen sowie Stellungnahmen der Kammer und einen Überblick über das Seminarangebot der Akademie. Im „Vordruck“ sind ausgewählte Artikel des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes noch vor Veröffentlichung der gedruckten Ausgabe zu lesen. Der Newsletter richtet sich an alle Ärzte und Medizinischen Fachangestellten im Land sowie an Medienvertreter. (RED)

Bündnis will die Reha stärken

Acht Fachgesellschaften haben die Wissenschaftlich-Medizinische Allianz für Rehabilitation (WMAR) gegründet. Die Initiatoren erhoffen sich von dem Bündnis eine gemeinsame Vertretung der Belange der Rehabilitationsmedizin in der Politik, bei wichtigen Institutionen des Gesundheitswesens und im akademischen Bereich. Zu den Zielen der Allianz zählen u. a. die Sicherstellung und Weiterentwicklung der rehabilitationsmedizinischen Lehre sowie die Translation und der Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Verbesserung der Reha-Qualität. Für Prof. Matthias Bethge vom UKSH in Lübeck, der die Gründung maßgeblich unterstützt hat, ist die WMAR für Schleswig-Holstein aus mehreren Gründen bedeutsam. Er verwies auf die hohe Zahl an Reha-Einrichtungen im Land und das für Ärzte bedeutsame Tätigkeitsfeld. (PM/RED)

Infektionskrankheiten rückläufig

Die vielen Hygienemaßnahmen haben im vergangenen Jahr zu einem deutlichen Rückgang vieler Infektionskrankheiten in Schleswig-Holstein geführt. Nach Angaben der DAK-Gesundheit sind 39 Prozent weniger Nachweise gemeldet worden. Die Krankenkasse stützt sich in ihrer Analyse auf Daten des Robert Koch-Instituts. Besonders gravierend zeigte sich der Rückgang bei Norovirus-Infektionen, die um mehr als 60 Prozent gegenüber dem Vorjahr zurückgingen. Die gleiche Entwicklung war bei Kinderkrankheiten zu beobachten: Windpocken gingen um mehr als ein Drittel zurück, Erkrankungen durch Rota-Viren um 77 Prozent. Die Gründe für den Rückgang sieht die Krankenkasse vor allem in den Corona-Maßnahmen, die auch Einfluss auf die Übertragung anderer Krankheiten hatten. „Der positive Effekt bei den Ansteckungen zeigt, dass die Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie prinzipiell wirken. Die Übertragung vieler anderer gefährlicher Krankheiten wurde so verhindert“, sagte DAK-Landeschef Cord-Eric Lubinski. (PM/RED)

Jubiläum für Manhagen



30 Jahre Klinik Manhagen: Jährlich werden hier 20.000 Patienten versorgt.

Sie war die erste orthopädische Fachklinik in Deutschland, die Fallpauschalen abgerechnet und damit das heutige Finanzierungssystem für deutsche Krankenhäuser mitbegründet hat – jetzt feierte die Klinik Manhagen ihr 30-jähriges Bestehen. 1991 war sie als Modellklinik im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen und des Landes gegründet worden. Gründer und Träger Prof. Heiner Rüschemann sieht

das Haus bis heute „von Innovationen geprägt“ und die Geschäftsführer Jan Zabel und Axel Post sprechen von einem „ganz eigenen Spirit des Hauses“.

In ihren Fachabteilungen zählt die Klinik zu den fallzahlstärksten in Deutschland, sowohl in der Augenheilkunde als auch in der Orthopädie. 450 Mitarbeiter versorgen jährlich mehr als 20.000 Patienten stationär und ambulant. (PM/RED)

UKSH erhält neue Corona-Medikamente

Das UKSH hat ein neues Corona-Medikament mit monoklonalen Antikörpern erhalten. Das Medikament Bamlanivimab des amerikanischen Pharmaunternehmens Eli Lilly ist in Deutschland noch nicht zugelassen, darf aber als Therapieversuch eingesetzt werden.

Als zentrale Verteilapotheke des Landes hat die Apotheke des UKSH laut Angaben im Januar vorerst 100 Ampullen erhalten, mit denen 100 an Covid-19 Erkrankte behandelt werden können. Zusätzlich wird dem UKSH ein weiteres Medikament des US-Herstellers Regeneron mit ähnlichem Wirkprinzip zur Verfügung gestellt. Der Liefertermin dieses Präparats, das zeitgleich an mehrere Uniklinika in Deutschland verteilt wird, stand bis Redaktionsschluss noch nicht fest.

„Bamlanivimab kann als Therapieversuch bei Covid-19-Patienten

eingesetzt werden, die stationär behandelt werden müssen und bei denen aufgrund von Vorerkrankungen ein schwerer Verlauf zu befürchten ist“, sagte Hans-Gerd Strobel, Chefapotheker und Leiter des Dezernats Apotheke des UKSH. Für die Therapie von Patienten, die beatmet werden müssen, werde das Medikament nicht verwendet. „Bamlanivimab kommt aufgrund der bisherigen Studien nur für einen kleinen Patientenkreis therapeutisch infrage. Deshalb wird der Einsatz des Medikaments für jeden Einzelfall geprüft werden“, sagte Prof. Jan Rupp, Direktor der Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie des UKSH in Lübeck.

Medikamente mit monoklonalen Antikörpern enthalten künstlich erzeugte Corona-Abwehrstoffe. Sie docken an das Coronavirus an und verhindern so, dass es in die menschlichen Zellen eindringt. (PM/RED)

Krebspatienten die Angst nehmen

Verzögerte Erstuntersuchungen, ausgelassene Kontrolluntersuchungen und unterbrochene Behandlungen – die Angst vor einer SARS-CoV-2-Infektion wirkt sich negativ auf die Wahrnehmung von Versorgungs- und Beratungsangeboten von Krebspatienten aus. „Für Patienten, die für die Behandlung ihres Krebsleidens ein Krankenhaus oder eine Praxis aufsuchen müssen, ist die Pandemie eine zusätzliche psychische Belastung“, sagt Prof. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH). Viele Patienten sahen sich bereits zu Beginn der Pandemie gezwungen, notwendige Untersuchungen abzusagen. Das hält Herrmann für gefährlich. Behandlungen, Beratungen und die medizinische Versorgung seien auch in der Pandemie unerlässlich.

Auch die Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft bemerkt die ängstliche Haltung der Patienten vor Besuchen in Kliniken und Praxen. Neben einer Gruppe von Betroffenen, die das Risiko einer SARS-CoV-2-Infektion komplett ignorierten, und einer weiteren Gruppe, die das Risiko realistisch einschätzen, gebe es auch jene, die sehr ängstlich seien. Prof. Frank Gieseler, Vorstandsvorsitzender der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft, mahnte zum Vergleich: „Das Risiko, dass sich eine Krebserkrankung durch das Aussetzen der Behandlung oder der Diagnostik verschlechtert ist wesentlich höher, als sich in der Klinik oder der Praxis mit SARS-

CoV-2 zu infizieren.“ Daher müsse man die ängstlichen Menschen erreichen.

Die Krebsgesellschaft, die ohnehin eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung von Krebspatienten in der Fläche in Schleswig-Holstein bemerkt, setzt derzeit auf ein breit gefächertes Beratungsangebot. Online-Fortbildungen, digitale Informationsveranstaltungen und Telefonberatungen seien derzeit das Mittel der Wahl. Das Angebot erreicht auch jene, die unter normalen Umständen aufgrund großer Entfernungen nicht an den Veranstaltungen teilnehmen könnten. „Wir wurden gezwungen, das Angebot zu modernisieren. Für die Zeit nach Corona gilt: Auf gar keinen Fall wieder in alte Muster zurückfallen. Unterm Strich bleibt auch nach Corona etwas Positives übrig“, so Gieseler.

In einer gemeinsamen Pressemitteilung anlässlich des Weltkrebstages am 4. Februar 2021 machten Ärztekammer und Krebsgesellschaft auf die Bedeutung von Vorsorge- und Kontrolluntersuchungen und der kontinuierlich fortgeführten Behandlung in der Pandemie aufmerksam. „Krebspatienten sind aufgrund der Erkrankung und des geschwächten Immunsystems besonders gefährdet. Ist eine Impfung nicht möglich, bleibt ihr Schutz in der aktuellen Pandemie eine gesellschaftliche Aufgabe“, so Kammerpräsident Herrmann.

STEPHAN GÖHRMANN

Perspektivplan des Landes

Die Landesregierung hat sich auf einen „Perspektivplan“ zur schrittweisen Lockerung der Lockdown-Maßnahmen verständigt. Danach sollen die Lockerungen von den regionalen Inzidenzwerten in den einzelnen Bundesländern abhängig sein.

„Ich bin überzeugt, dass unser Vorschlag eine Blaupause für eine bundesweite Verständigung sein kann“, sagte Schleswig-Holsteins Ministerpräsident Daniel Günther (CDU). Eine Entscheidung darüber sollte nach Redaktionsschluss im Februar fallen.

Der im Norden abgestimmte Plan sieht Lockerungen in mehreren Stufen vor. Bei einem Inzidenzwert über 100 sollten keine Änderungen gegenüber dem Status Quo vorgenommen werden. Wenn der Inzidenzwert sieben Tage stabil unter 100 bleibt, könnte es erste Lockerungen geben. Wenn der Wert drei Wochen unter 100 war, könnten u. a. Menschen in Krankenhäusern und Pflegeheimen, die zuletzt nur von einer registrierten Person besucht werden durften, eine weitere Person empfangen –allerdings getrennt. Auch die Testpflicht bleibt bestehen. Weitere Stufen sind bei Inzidenzwerten unter 50 und unter 35 eingezogen. Unter 50 würde den Besuch von zwei Personen gleichzeitig bei Menschen in Krankenhäusern und Pflegeheimen erlauben. Schleswig-Holsteins Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) hofft, dass der Plan dazu beiträgt, dass sich die Menschen weiter an die bestehenden Regeln halten: „Das ist für viele Menschen sehr anstrengend – und die Motivation sinkt naturgemäß, je länger die Pandemie dauert. Auch deswegen möchten wir gut nachvollziehbare Stufen.“ (PM/RED)



NASE VORN

eRezept in Software integriert

Die moderne **Praxissoftware medatixx** bietet ein weiteres digitales Highlight und ermöglicht damit eine effiziente Patientenversorgung auch in Krisenzeiten. Im Rahmen eines Pilotprojektes wurde das **eRezept** implementiert. Damit haben Sie die Nase vorn: Sie verordnen Medikamente schnell und einfach elektronisch.

Es kommt noch besser! medatixx entschädigt Sie für den organisatorischen und kommunikativen Aufwand, der durch die Ausstellung der eRezepte entsteht: **Bei aktiver Nutzung des eRezepts erhalten Sie einen Rabatt von 50,00 €* monatlich und zusätzlich 1,00 € für jedes ausgestellte eRezept auf Ihre Softwarepflegegebühr.**

Greifen Sie zu! Mit dem Angebot zur Praxissoftware medatixx und dem eRezept haben Sie die Nase vorn. Mehr Details unter

nase-vorn.medatixx.de

* monatlicher Nettobetrag. Angebotsbedingungen siehe shop.medatixx.de
Mindestvertragslaufzeit 12 Monate für die Praxissoftware medatixx.

Start mit Hindernissen

IMPFFEN Am 4. Januar haben die Impfzentren in Schleswig-Holstein ihre Arbeit aufgenommen. Alle waren für einen großen Andrang gerüstet – der wegen Lieferengpässen ausblieb. Ein Besuch im Impfzentrum zeigt, dass das Engagement der Teams trotzdem nicht nachlässt.

Am 28. Dezember kam die von vielen Menschen herbeigesehnte Nachricht per Pressemitteilung aus dem Kieler Gesundheitsministerium: „Ab dem 29. Dezember können sich berechnigte Personen zu Impfungen in 15 Impfzentren in Schleswig-Holstein anmelden.“ Die Internetseite www.impfen-sh.de war mit Fragen und Antworten rund um dieses Thema gefüllt. Zwei Tage zuvor waren die mobilen Impfteams zu ihren ersten Einsätzen ausgerückt, um Bewohner und Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen zu impfen. Weitere gute Nachricht: Neben den 15 gab es 14 weitere Standorte im ganzen Land, die als Impfzentren in Betrieb gehen könnten.

Kurz vor Jahresende 2020, so schien es, sollte ein entscheidender Schritt zur Eindämmung der Pandemie gelingen. Die Impfteams gingen gut organisiert und voller Elan an die Arbeit. Schleswig-Holstein lag bei der Impfquote im bundesweiten Vergleich von Beginn an an zweiter Stelle. Dann gab es wieder ernüchternde Entwicklungen. Weltweit wurden mehrere Virusmutationen registriert, von denen einige im Laufe des Monats auch in Schleswig-Holstein festgestellt wurden. Wie stark die Mutationen die Eindämmung der Pandemie erschweren werden, ließ sich bis Redaktionsschluss Ende Januar noch nicht abschätzen. Während bundesweit die Fallzahlen im Laufe des Januars eine langsam abnehmende Tendenz zeigten, blieb die Zahl der Todesfälle bis Ende des Monats noch stabil in einem hohen Bereich. Bis 1. Februar waren in Deutschland 57.120 Menschen mit oder an Covid-19 gestorben. In Schleswig-Holstein blieben die Fallzahlen zwar unter dem Bundesdurchschnitt, doch einzelne Hotspots führten immer wieder zu großen Sorgen und zeigten, dass eine echte Entspannung trotz des Impfstarts noch in weiter Ferne lag.

Hinzu kamen Lieferengpässe der Impfstoff-Hersteller Biontech/Pfizer und AstraZeneca. Damit wurden die weltweit begehrten Vakzine noch knapper. Die Folgen für Schleswig-Holstein waren sofort zu spüren: Schon in der dritten Januarwoche konnten keine neuen Termine für Erstimpfungen mehr vergeben werden. Die Zweitimpfungen waren zwar abgesichert, das Ausbleiben des fest eingeplanten Nachschubs aber führte zu einer erneuten, kontrovers geführten Diskussion. Das Land verwies auf den Bund, der Lieferzusagen gemacht hatte. Der Bund verwies auf die Hersteller und die EU-Verträge.

Trotz aller Kontroversen und Rückschläge: In den Impfzentren wurde gearbeitet. Was an Impfstoff zur Verfügung stand, wurde verimpft. Die aufgeheizten Debatten aus Politik und Medien blieben auch im Impfzentrum Neumünster außen vor, wie ein Besuch zum Ende der dritten Januarwoche zeigte.

Die Lieferengpässe hatten bewirkt, dass dort in den Holstenhallen nach wie vor nur in einer Schicht und mit einer Impflinie gearbeitet werden konnte. Jede halbe Stunde

kamen sechs impfberechtigte ältere Menschen, die meisten von ihnen in Begleitung eines Angehörigen. Geduldig ließen sie ihre Impfberechtigungen von Angehörigen der Bundeswehr prüfen, wiesen sich aus, nahmen im Warteraum Platz. Lange mussten sie nicht warten, bei manchen reichte die Zeit nicht einmal, um die über die Bildschirme laufenden Impfinformationen zu lesen. Ärztin Kathrin Kandzora bat zur Aufklärung. Fast alle zeigten sich interessiert, beanspruchten die Ärztin aber nicht lange. Sie wollten eine Station weiter zur MFA, die ihnen den Impfstoff verabreichte. Es folgte der zeitlich aufwendigste Teil: die Nachbeobachtung – wo es bislang noch zu keiner einzigen Reaktion kam, die eine ärztliche Intervention erforderlich gemacht hätte. Nach rund 40 Minuten, so schätzte Neumünsters Impfkoordinator Dr. Johannes Kandzora, hatten die meisten Menschen das Impfzentrum Neumünster wieder verlassen.

Jeden Tag erhielten 70 Menschen in Neumünster den Impfstoff, insgesamt waren es zu diesem Zeitpunkt rund 1.500 seit dem Start am 4. Januar. Eine von ihnen war Irmgard Overath, die mit 82 froh über den Impftermin war, den ihr Enkel für sie vereinbart hatte. Frau Overath war eine besondere Besucherin in Neumünster: Sie hatte schon eine Covid-Erkrankung im März 2020 überstanden. Seit rund einem Jahr, berichtete sie, hatte sie die in der Republik verstreuten Kinder und Enkel nicht mehr gesehen.

Für sie und die anderen bis dahin Geimpften in Neumünster war es der erste Termin. Wegen des Lieferengpasses mussten die Erstimpfungen kurz darauf unterbrochen werden. Seit 25. Januar ging es vorerst ausschließlich mit der zweiten Impfung weiter – ähnlich war es in den meisten anderen Impfzentren landes- und bundesweit. Ab Mitte Februar, schätzte Dr. Johan-

Info

Seit Beginn der Pandemie wurden am Campus Kiel des UKSH 42 Obduktionen an Verstorbenen, die sich vor ihrem Tod mit dem Coronavirus angesteckt hatten, vorgenommen. In den meisten Fällen sind die Menschen tatsächlich an den Folgen der Virusinfektion verstorben. Nur bei vier Personen fand sich keine Covid-19 assoziierte Todesursache. Über 88 Prozent der Infizierten starben an einer Lungenentzündung. Der jüngste Obduzierte wurde 53, der älteste 95 Jahre alt.



MFA Diana Seemann, Organisator Sebastian Auch und Ärztin Kathrin Kandzora (oben von links) gehören zum Team im Impfzentrum Neumünster. Rechts erhält die 82-jährige Irmgard Overath aus Wasbek ihre erste Corona-Impfung. In den folgenden Wochen wurden dann hauptsächlich Zweitimpfungen vorgenommen, weil es Lieferengpässe gab.

nes Kandzora zum damaligen Zeitpunkt, wird es voraussichtlich wieder so viel Impfstoff geben, dass auch erste Impfungen wieder verabreicht werden könnten.

Kandzora machte keinen Hehl daraus, dass er diesen Bruch lieber vermieden hätte. „Unsere Hoffnung war, dass wir die Kapazitäten erweitern können“, sagte er. Mehr Schichten und mehr Impflinien wären in Neumünster und in anderen Impfzentren möglich, wenn mehr Impfstoff da wäre. „Wir arbeiten unter unseren Möglichkeiten“, sagte Sebastian Auch, der für die räumliche und personelle Organisation jenseits der medizinischen Fragen in Neumünster verantwortlich ist. Ähnlich sah es in den anderen Impfzentren aus. In Kiel konnte nur eine von sieben möglichen, in Wahlstedt eine von vier möglichen Impflinien in Betrieb gehen.

Dennoch sind Kandzora und Auch überzeugt, dass alle Seiten Grund haben, das Positive zu sehen. Diese Haltung zeigte sich auch beim beschäftigten Personal. „Wir machen täglich Leute glücklich“, sagte etwa MFA Diane Seemann. Sie selbst habe zwar zwei Tage gebraucht, um den Lieferengpass für sich persönlich zu akzeptie-



ren und zu verarbeiten. Sie sagte aber auch: „Ich ver falle deshalb nicht in Depressionen, es geht ja schließlich voran.“

Diese Stimmung bestätigte auch die KV Schleswig-Holstein aus den anderen Zentren. „Die Teams arbeiten überall gut zusammen und sind guter Stimmung. Sie warten darauf, dass sie ihre Arbeit ausweiten können, um mehr Menschen zu impfen“, sagte KV-Sprecher Nikolaus Schmidt.

Was Seemann, das Ehepaar Kandzora und die anderen Helfer im Impfzentrum antreibt, sind die Menschen, die zu ihnen kommen. „Es ist beeindruckend, wie rüstig, fit, sortiert, gut vorbereitet und voller Opti-

mismus die älteren Menschen zu uns kommen“, sagte Dr. Johannes Kandzora. Die positive Grundhaltung der Menschen motiviere das Team, dies helfe auch über Enttäuschungen wie den Lieferengpass hinweg. Offen blieb bis Ende Januar, was die Lieferengpässe für die weitere Arbeit der Impfzentren landesweit bedeuten: Wann können die weiteren startbereiten 14 Zentren mit ihrer Arbeit beginnen, wann können sie in mehreren Schichten arbeiten und wann können die weiteren Impflinien eröffnet werden – diese Fragen konnten bis Redaktionsschluss nicht beantwortet werden.

DIRK SCHNACK

Mobil im Einsatz

IMP FEN Landesweit waren in den vergangenen Wochen 19 mobile Impfteams im Einsatz, um die Bewohner und die Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen zu impfen. Ein Team durften wir begleiten.



Anna-Sophie Liegmann will Humangenetikerin werden. Sie ist seit dem Start der mobilen Impfteams am 27. Dezember im Einsatz.

Nach dem Studium zunächst promovieren, dann die Weiterbildung zur Fachärztin für Humangenetik – für die Lübeckerin Anna-Sophie Liegmann waren die Jahre nach dem erfolgreich absolvierten Medizinstudium inklusive Forschungssemester in den USA klar strukturiert. Dann kam die Corona-Pandemie.

Es wurden Ärzte benötigt, u. a. für die mobilen Impfteams – eine schwere Entscheidung für Liegmann, die aber schließlich einen Kompromiss fand und ihre Weiterbildung um wenige Wochen zugunsten der Impfungen verschob. Die ersten Monate des Jahres 2021 wird die 30-jährige Ärztin neben der Arbeit an ihrer Promotion kaum zu etwas anderem kommen als zum Aufklären und Impfen. Seit Jahresbeginn ist Liegmann Teil des „Teams Lübeck eins“.

Oft ist sie gemeinsam mit Krankenschwester Stephanie Lewe und der Zahnmedizinischen Fachangestellten Katja Puck in einem Team. Auch an diesem dunklen und kalten Samstagvormittag im Januar: Als das Team am Impfzentrum eintrifft, wird das Trio schon von zwei ehrenamtlichen Helfern des Technischen Hilfswerks (THW) erwartet.

Ehrenamtler transportieren nachts den Impfstoff durch Schleswig-Holstein

Die beiden Helfer sind nachts um 3:30 Uhr in Flensburg mit ihrem Kleintransporter zu einer langen Autofahrt durch ganz Schleswig-Holstein gestartet. Erstes Ziel für sie ist an diesem Tag das zentrale Logistikzentrum des Landes, um die Impfdosen zu übernehmen. Dort erfahren sie, wohin sie die raren Impfdosen an ihrem arbeitsfreien Samstag transportieren müssen: Es geht noch weiter Richtung Südosten, nach Lübeck, wo sie gegen 7:30 Uhr eintreffen. In ihren Kühlboxen haben sie die heute zur Verfügung gestellten Dosen für das Impfzentrum und für zwei mobile Impfteams, die von hier aus in drei Lübecker Pflegeeinrichtungen fahren. Es sind zwei von insgesamt 19 mobilen Impfteams, die jeden Tag landesweit im Einsatz sind, um die Bewohner von Pflegeeinrichtungen und die Mitarbeiter zu impfen. Ziel ist es, dass möglichst jeder Bewohner bis Mitte Februar wenigstens die erste Impfung erhalten hat. In der zweiten Januarhälfte konnten die ersten von ihnen die zweite Impfung bekommen.

Im provisorischen Lagerraum der MuK suchen Lewe und Puck zunächst alles Material zusammen, das an diesem Tag benötigt werden könnte: Ein Notfallkoffer, Spritzen, FFP2-Masken, Verbandmateri-



„Team Lübeck eins“ ist startklar: Krankenschwester Stephanie Lewe, Ärztin Anna-Sophie Liegmann und ZFA Katja Puck (von links) vor ihrem Kleintransporter, mit dem sie in die Pflegeeinrichtungen fahren.

al und vieles mehr wird im Kleinbus verstaut. Liegmann inspiziert unterdessen die Impfdosen und prüft das Temperaturprotokoll, das die lückenlose Kühlkette dokumentiert. Von minus 75 Grad im Logistikzentrum ist die Temperatur während des Transports nach Lübeck langsam hochgeklettert. Bei der Übergabe an Liegmann beträgt sie noch minus 0,3 Grad. Bis zur Impfung und mit Verdünnung steigt sie ungefähr auf Raumtemperatur an. Liegmann rechnet noch einmal nach: Sie bekommt 21 Ampullen, aus denen jeweils sechs Impfdosen aufgezogen werden. Das reicht für 126 Menschen, denen ihr Team heute zu einer Impfung verhelfen könnte. Am Vortag hat

Info

9,7 Millionen medizinische Gesichtsmasken wurden im Januar an Mitarbeiter in stationären Einrichtungen der Pflege, der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe, der ambulanten Pflegedienste, der Schulen, Kitas und Kindertagespflege sowie bei der Polizei in Schleswig-Holstein aus dem Bestand des Landes verteilt. Schwerpunkte der Aktion lagen auf den besonders vulnerablen Bereichen Pflege und Eingliederungshilfe, die zusammen sechs Millionen Masken erhielten.

„Team Lübeck eins“ bis in den Abend hinein insgesamt 147 Menschen – Bewohner und Mitarbeiter – in einer Lübecker Einrichtung geimpft.

An diesem Tag geht es ins Pflegezentrum Nazareth, wo sie gegen 8:45 Uhr ankommen. Die Schnelltests für das Team liegen schon bereit. Während das Trio sich selbst abstreicht, ist Geschäftsführer Jorg Robbers erleichtert, dass geimpft werden kann. „Das ist für uns sehr wichtig, ein Corona-Ausbruch in der Demenzstation wäre eine Katastrophe.“

Mitarbeiter im Pflegeheim arbeiten unter großer Belastung

Pflegedienstleiterin Rebecca Meiske hofft, dass neben den Bewohnern heute auch viele Mitarbeiter geimpft werden können. Die vergangenen Wochen waren extrem belastend für die ganze Mannschaft. In einem der insgesamt vier Häuser des Zentrums war das Virus festgestellt worden. Einige der Heimbewohner, bei denen das Virus festgestellt wurde, sind inzwischen verstorben. Für die Mitarbeiter bedeutete der Corona-Ausbruch neben der mit den Erkrankungen und Todesfällen verbundenen psychischen Belastung auch eine größere körperliche Anstrengung. „Das Arbeiten unter Schutzkleidung und der Ausgleich der wegen Quarantäne fehlenden Mitarbeiter ist eine zusätzliche Belastung für alle gewesen“, berichtet Meiske.



Nach den Schnelltests geht es in einen Aufenthaltsraum mit angeschlossenen Zimmern. Hier richtet das Impfteam seine Arbeitsplätze für die kommenden Stunden ein. Liegmann und Meiske gehen zunächst die Einverständniserklärungen der Betreuer für die Bewohner der Demenzstation durch. Neben anziehen Lewe und Puck die ersten Spritzen auf.

Viele Fragen lassen sich erst nach Rückfragen bei Angehörigen klären

Die Ärztin fragt gezielt nach, wenn ein Kreuz auf einem Formular fehlt, greift zum Telefon, wenn sie eine Auskunft bei Betreuer oder Angehörigen benötigt. Das kostet Zeit, die sich Liegmann aber nimmt. Auch wenn Nebenwirkungen in den Anwendungsstudien selten auftraten, will sie die Risiken so gering wie möglich halten.

Vor der Tür warten die ersten Bewohner, um in den Aufenthaltsraum zu gelangen. Jeweils zu fünft kommen sie zur Ärztin, die sich vorstellt: „Guten Morgen, mein Name ist Anna-Sophie Liegmann und ich trage eine Maske, um mich gegen Corona zu schützen“, beginnt sie ihre Aufklärung. Die Bewohner, die in Kohorten zusammenleben, müssen die Maske nicht tragen. Liegmann erklärt ausführlich, worum es sich bei dem Virus handelt, wie man sich schützen kann, was die Impfung bewirken kann und versichert: „Ich selbst bin auch geimpft. Die Impfung ist ein Angebot an Sie, um Sie zu schützen.“ Jedem Bewohner wird ange-

boten, im Vier-Augen-Gespräch nachzufragen.

Die Reaktionen fallen unterschiedlich aus. „Ich bin nicht einverstanden“, sagt ein älterer Herr sofort mehrfach und schüttelt energisch den Kopf. Er bleibt auch auf Nachfragen und neuen Erläuterungen bei seiner eindeutigen Haltung. Obwohl der Betreuer zugestimmt hat, wird der Bewohner nicht geimpft. „Wer nicht möchte, wird nicht geimpft, auch wenn der Betreuer seine Einwilligung gegeben hat“, sagt Liegmann.

Ein anderer Mann aus der ersten Grup-

pe ist dagegen extrem interessiert. „Mit welchem Impfstoff impfen Sie? Ab wann profitiert man von der Impfung?“, will er wissen. Er entscheidet sich als erster an diesem Tag: „Ich bin einverstanden.“

So intensiv wie er fragen längst nicht alle. Eine ältere Dame hört sich zunächst still und interessiert alles an und bricht plötzlich in Tränen aus: „Ich habe Angst“, sagt sie. Die Impfung möchte sie trotzdem. Stephanie Lewe und Katja Puck wissen mit solchen Situationen umzugehen. Beruhigend sprechen sie mit den Bewohnern.



Hilfreich ist für sie, dass ständig Pflegekräfte und damit für die Bewohner bekannte Gesichter dabei sind. Mit kleinen Scherzen lockert das Team die Stimmung. „Na, Sie haben aber Muckies“, hört ein älterer Herr aus dem Impfzimmer in Anerkennung seines gerade freigemachten Oberarms. Der revanchiert sich: „Halten Sie mein Händchen?“

Erst die Bewohner, dann die Mitarbeiter des Pflegeheims

Bei aller Lockerheit bleibt Liegmann professionell und sorgfältig. Eine dokumentierte Penicillin-Allergie erfordert Nachfragen bei einer Tochter, ein unentschiedener Bewohner braucht eine wiederholte Aufklärung und die Frage nach Nebenwirkungen wird auch beim dritten Mal gewissenhaft beantwortet. Nach den Bewohnern bekommen Mitarbeiter die Chance auf eine Impfung, auch wenn nicht für alle Impfstoff vorhanden ist. Betreuungsassistentin Sylvia Lehmann nutzt die Chance und fragt, ob sie sich als Asthma-Patientin impfen lassen sollte. Sie gehört zu denen, die an diesem Tag geimpft werden können.

Das Impfteam ist am Nachmittag mit dem ersten Haus des Pflegezentrums Nazareth fertig und kann noch in eine zweite Einrichtung fahren. Dort zeigt ein Bewohner mit Down-Syndrom nach der Impfung eine Reaktion. Seine rechte Wange ist gerötet – ein „Flush“, außerdem berichtet er von Hitze im Nacken. Die Betreuer holen Liegmann, die das Impfen für 20 Minuten unterbricht und sich ausschließlich diesem Patienten widmet. Sie beruhigt ihn und erklärt, dass das in seltenen Fäl-

len vorkommen kann. Rötung, Hitze und Aufregung lassen schnell nach, als der Bewohner einen Kakao genießen kann. Zur Sicherheit bleibt eine Pflegekraft eine weitere Stunde bei ihm. Es bleibt die einzige Aufregung an diesem langen Samstag. Als am Abend alle 126 Impfdosen verabreicht sind, geht Liegmann noch einmal zu dem Bewohner mit der jetzt nicht mehr roten Wange: Alles ist in Ordnung – „Team Lübeck eins“ kann seinen Bus beladen und zurück ins Impfzentrum fahren. Um 19:30 Uhr, nach einem Zwölf-Stunden-Tag, ist Feierabend für das Trio. 18 solcher Arbeitstage hat Liegmann im vergangenen Monat absolviert. Zusammen mit ihrem Team hat sie allein im Januar mehr als 2.000 Menschen aufklären, impfen und schützen können.

DIRK SCHNACK

Fotos

Schnelltests vor dem Aufziehen der ersten Spritze (links oben) und vor allem vor dem ersten Kontakt mit den Pflegeheimbewohnern sind für die mobilen Impfteams obligatorisch. Wenn die Bewohner geimpft sind, können sich Beschäftigte wie Sylvia Lehmann aufklären und impfen lassen.



Ein Klinikum im Ausnahmezustand

PANDEMIE Covid-19 in einem Krankenhaus: Das Klinikum Nordfriesland hat im Januar erlebt, was viele Krankenhäuser fürchten.

Ein Schritt zurück in die Normalität: Wenn die Häuser in Husum und Niebüll in der ersten Februarwoche nach einem zwischenzeitlichen Aufnahmestopp, mehr als hundert positiv getesteten Mitarbeitern und Patienten und mehr als 2.000 von Quarantäne betroffenen Menschen wieder wie geplant Patienten aufnehmen konnten, durften die Verantwortlichen im Klinikum Nordfriesland hoffen, dass der schlimmste Teil der Krise überwunden war.

Ein Covid-19-Patient lag im Januar allerdings noch unter Beatmung auf der Intensivstation. Im vergangenen Monat mussten nach einem ersten positiv ausgefallenen PCR-Test alle 1.500 an den Standorten Husum und Niebüll eingesetzten Mitarbeiter und alle Patienten unverzüglich getestet werden. Bei 142 fiel der Test positiv aus, allerdings zeigten nur vier von ihnen Symptome. 2.149 Menschen mussten in Quarantäne, u. a. alle Mitarbeiter, die seit dem 4. Januar in den beiden Häusern gearbeitet hatten. Negativ getestetes Personal durfte trotz Quarantäne zwar arbeiten, außerhalb der Klinik mussten sie aber jeden Kontakt meiden und ausschließlich zwischen Klinik und ihrem Zuhause pendeln.

Die Folgen des Aufnahmestopps konnte der Ärztliche Direktor Dr. Rainer Kirchner im Januar noch nicht abschätzen. „Ein Krankenhaus vom Netz zu nehmen, hat immer Signalwirkung. Das verunsichert Patienten und Mitarbeiter, jeder wird noch vorsichtiger“, sagte Kirchner. Als Reaktion auf die Verunsicherung wurden die neuen Patienten in Husum und Niebüll zunächst ausschließlich in Einzelzimmern aufgenommen.

Der Ausbruch in Nordfriesland kam überraschend, weil das Haus nach eigener und nach Aussage des Kreises die geforderten Hygiene- und Vorsichtsmaßnahmen eingehalten hatte und weil es nach der Clusterstrategie des Landes keine Patienten mit Covid-19 behandelte. Nordfriesland sollte eigentlich die für die Corona-Patienten vorgesehenen Kliniken an der Westküste und in der Grenzregion bei den planbaren Behandlungen entlasten; stattdessen mussten die Covid-Häuser die nordfriesischen Patienten mitversorgen. Möglich wurde dies durch tägliche telefonische Abstimmungen zwischen den ärztlichen Leitern und den Geschäftsführern aller Kliniken des regionalen Clusters, um die zur Verfügung stehenden Kapazitäten abzu-

gleichenen. Für die anderen Krankenhäuser bedeutete dies eine zusätzliche Belastung in ohnehin angespannter Zeit. Dennoch funktionierte die Zusammenarbeit zwischen den Klinikträgern nach Wahrnehmung von Kirchner „sehr gut“.

Wie konnte es trotz der Vorsichtsmaßnahmen zum Ausbruch kommen? „Wir wissen es noch nicht, derzeit ist das nicht nachvollziehbar“, sagte Kirchner im Januar. Die Hygiene- und Schutzmaßnahmen in Husum und Niebüll wurden als Reaktion auf den Ausbruch ausgedehnt. Patienten werden nicht mehr nur vor Aufnahme und Entlassung, sondern auch während der stationären Behandlung alle fünf Tage getestet. Klinikmitarbeiter, die in sensiblen Bereichen eingesetzt sind, müssen sich alle zwei Tage testen lassen. Vor Wiederöffnung wurden die leeren Stationen in Husum und Niebüll grundgereinigt und desinfiziert, parallel dazu Hygieneschulungen durchgeführt. Ziel war es laut Geschäftsführer Stephan Unger, „mit größtmöglicher Sorgfalt wieder in die Patientenversorgung einzusteigen“. Rückendeckung bekam er dafür von Landrat Florian Lorenzen, der „Sorgfalt vor Schnelligkeit“ forderte.

DIRK SCHNACK



Der Eingangsbereich der Husumer Klinik während des Aufnahmestopps im Januar. Im Februar begannen die Häuser in Niebüll und Husum wieder mit der Patientenaufnahme.

Patienten meiden Praxis nach Kreiswarnung

QUARANTÄNE Für eine Husumer Praxis, die eng mit dem Klinikum Nordfriesland zusammenarbeitet, hatte der Covid-19-Ausbruch im Krankenhaus massive Auswirkungen.

Alle Mitarbeiter wurden getestet und sind aktuell nicht infiziert!“ Zu dieser Klarstellung auf seiner Praxis-Website sah sich der niedergelassene Gefäßchirurg Dr. Christian Klaproth gezwungen, nachdem über Social Media-Kanäle verbreitet wurde, dass seine Praxis ebenfalls vom Corona-Ausbruch im Klinikum Nordfriesland betroffen sei. Alle Patienten, die seit dem 4. Januar in der Praxis waren, sollten sich deshalb in Quarantäne begeben. Die Informationen hatte der Kreis Nordfriesland verbreitet.

„Das ist falsch. Damit gefährdet der Kreis die Gesundheit meiner Patienten, die dringend notwendige Untersuchungen unterlassen oder verschieben und er fügt mir wirtschaftlichen Schaden zu“, sagt Klaproth. Er spricht von einer „groben Fehlentscheidung der Politiker, basierend auf Entscheidungen von Juristen, die keine Abschätzung der Folgen vorgenommen haben, weil ihnen jeglicher medizinische Sachverstand fehlt.“

Klaproths Praxis befindet sich in einem Ärztehaus in Husum in Nachbarschaft zum Klinikum. Klaproth ist in diesem Haus Untermieter des Klinikums und er ist einer der wichtigsten Einweiser – eine enge Verflechtung, die nach dem Covid-19-Ausbruch im Klinikum gravierende Folgen hatte.

Von der Warnung des Kreises erfuhr der Arzt, nachdem ihm am 17. Januar eine Mitarbeiterin den entsprechenden Eintrag auf Facebook schickte. „Im Ärztehaus Husum im Erichsenweg 16 ist die Gefäßchirurgische Praxis Dr. Klaproth (da dort Arzt und Personal auch direkt im Krankenhaus arbeiten) betroffen“, teilte die Kreisverwaltung über diesen Weg mit. Andere Praxen im gleichen Haus seien nicht betroffen, denn: „Der vorhandene Durchgang zum Krankenhaus ist seit März 2020 dauerhaft verschlossen.“

Klaproth dagegen bestreitet, in der fraglichen Zeit im Klinikum tätig gewesen zu sein. „Obwohl ich nachweislich weder in



Dr. Christian Klaproth

den Räumen des Klinikums tätig war, noch infizierte Patienten in meiner Praxis behandelt habe und sowohl meine Mitarbeiterinnen als auch ich negativ getestet wurden, erhielt ich eine Anordnung, wonach ich mich unverzüglich in Quarantäne zu begeben habe“, sagt er. Er vermutet, dass ein kurzer Kontakt einer seiner Mitarbeiterinnen mit einem positiv Getesteten die Meldung ausgelöst haben könnte.

Die Folgen waren gravierend: Zwar konnte Klaproth seine Praxis öffnen, die Patienten aber blieben größtenteils aus. In der Woche nach dem Eintrag auf Facebook kamen 57 Patienten, im Durchschnitt sind es rund 160. „Viele haben ihre Termine gar nicht erst abgesagt. Die abgesagt haben, haben Angst, sich zu infizieren“, berichtet Klaproth.

Er sorgt sich, weil die ausgebliebenen Untersuchungen für die Patienten wichtig sind. Wer seine Untersuchung nicht aufschieben wollte und sich an andere Praxen

wandte, erhielt dort zum Teil Absagen. Patienten Klaproths wurden in einigen Fällen an der Tür abgewiesen mit der Aufforderung, sich in Quarantäne zu begeben. Auswärtige Dialysepraxen organisierten sogar spezielle Covid-Transporte für Patienten, die bei ihm in Behandlung waren und führten die lebensnotwendigen Behandlungen nur noch unter noch stärker verschärften Maßnahmen als ohnehin durch. Klaproth hat diese Vorfälle zwar mit den anderen Praxisinhabern telefonisch zum Teil aufgearbeitet, die Verunsicherung der Patienten aber ließ sich damit nicht sofort ausräumen. „Ich habe viele alte, kranken Patienten, die ich versuche zu beruhigen.“

Den wirtschaftlichen Schaden kann Klaproth noch nicht beziffern. Allein den Umsatzausfall in der ersten Woche nach dem Facebook-Eintrag beziffert der Gefäßchirurg auf mindestens 6.000 Euro. Die Chance auf einen Schadensausgleich durch den Kreis ist nach Einschätzung seines Anwalts gering.

Klaproth will dennoch darauf aufmerksam machen, welche Folgen die nach seiner Auffassung falsche Kommunikation des Kreises hatte. Er informierte u. a. seinen Berufsverband und schrieb einen offenen Brief an den verantwortlichen Landrat Florian Lorenzen. Darin kritisiert er eine „nicht vertretbare Informationspolitik“ und wirft dem Kreis vor, dass das Gesundheitsamt mit seinen Aufgaben überfordert sei.

Der Kreis teilte mit, dass er auch nach erneuter Prüfung zu keiner neuen Bewertung der Sachlage gekommen und dass Klaproths Praxisteam zum Teil direkt im Klinikgebäude tätig sei: „Es war deshalb anzunehmen, dass sowohl er als auch sein Personal sich in der relevanten Zeit ab dem 4. Januar regelmäßig – auch für längere Zeit – in den Räumen des Klinikums aufgehalten haben. Damit war keine andere Entscheidung möglich, als ihn und sein Personal in die getroffenen Maßnahmen einzubeziehen.“

Die „Prellböcke der Krise“

MFA Im Laufe der Pandemie sind die Leistungen vieler Berufsgruppen in den Fokus gerückt und gewürdigt worden, selten aber die der Medizinischen Fachangestellten (MFA).

Die Ärztenossenschaft Nord erwartet von der Politik höhere Orientierungswerte und die Abschaffung der Budgets, damit die Leistungsfähigkeit des ambulanten Sektors insgesamt erhalten bleibt und Medizinische Fachangestellte (MFA) künftig besser bezahlt werden können. In diesen Schritten sähe Dr. Svante Gehring, erster Sprecher der Genossenschaft, eine Anerkennung der „systemrelevanten Leistungsstärke der Praxen und ihrer MFA“. Gehring verwies darauf, dass weit über 90 Prozent der Abstriche und Covid-Patienten in den Praxen behandelt werden, „ohne dass die Öffentlichkeit und Politik diese Leistung in irgendeiner Weise würdigen“.

Insbesondere die Rolle der MFA wird nach Gehrings Beobachtung in der Öffentlichkeit nicht ausreichend wahrgenommen. Gehring sieht die MFA „an vorderster Versorgungsfront“, sie leisten nach seiner Einschätzung „harte, aber unterbezahlte Arbeit“. Zudem müssten die MFA derzeit als „Prellböcke in der Krise herhalten, wenn unzulängliche politische Beschlüsse, verfehlte Öffentlichkeitsarbeit und ausufernde Bürokratie auf die durch die Krise zunehmend genervten Patienten“ träfen.

Gehring kritisierte, dass Praxisinhaber ihre MFA als Folge der Budgets und zu geringer Orientierungswerte häufig nicht leistungsgerecht bezahlen könnten. Denn anders als im stationären Sektor schlagen sich Personalkostensteigerungen im ambulanten Bereich nicht in einer Steigerung des Orientierungswertes nieder. Folge dieser Entwicklung ist u. a. eine Abwanderung von MFA in die Kliniken.

Ende vergangenen Jahres hatten sich der Verband medizinischer Fachberufe und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA) auf eine Gehaltserhöhung verständigt, die in drei Schritten vollzogen wird



und bis Ende 2023 eine Steigerung um insgesamt 12 Prozent vorsieht. Die Tarifparteien hatten sich auf folgende Stufen geeinigt: Zunächst steigen die Gehälter zum 1. Januar 2021 um 6 Prozent. Zum 1. Januar 2022 folgen weitere 3 Prozent und zum 1. Januar 2023 ein Plus von 2,6 Prozent. Der Tarifvertrag gilt bis zum 31. Dezember 2023.

Drei Stufen wurden auch für die Ausbildungsvergütungen vereinbart. Diese erhöhen sich ab 1. Januar 2021 im ersten Ausbildungsjahr von bisher 865 auf 880 Euro, im zweiten Ausbildungsjahr von 910 auf 935 Euro und im dritten von 960 auf 995 Euro. 2022 gibt es weitere Erhöhungen. Abgeschlossen wurde zudem ein Tarifvertrag zur Kurzarbeit für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2021. Der Vertrag ist angelehnt an die Regelungen des öffentlichen Dienstes und enthält die Aufstockung zum Kurzarbeitergeld auf 80 Prozent des Nettoentgelts, den Ausschluss betriebsbedingter Kündigungen und die Wiedereinstellung bei befristeten Arbeitsverträgen.

„Wir haben mit dem relativ hohen Tarifabschluss einen längst überfälligen Schritt getan, um den Abstand der MFA-Gehälter zwischen dem niedergelassenen Bereich und den Krankenhäusern zu verringern. Substanziell ist die Einführung der neuen Stufen vom 17. bis zum 28. Berufsjahr. Denn die Kolleginnen mit dieser Berufserfahrung sind uns sowohl bei der Versorgung der Patienten als auch bei der Ausbildung des Berufsnachwuchses sehr wichtig“, sagte Hannelore König, Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe.

Erik Bodendieck, Vorsitzender der AAA und Präsident der Landesärztekammer Sachsen, sagte: „Die Arztpraxen als ausbildende Betriebe bleiben mit der stufenweisen Erhöhung der Ausbildungsvergütungen wettbewerbsfähig. Bei der Suche nach jungen Menschen für die Ausbildung ist die Vergütung ein wichtiges Kriterium.“

Beide Tarifparteien werten das Ergebnis als Zeichen der Wertschätzung und Anerkennung der Leistungen der Medizinischen Fachangestellten in der ambulanten Versorgung. Ziel sei es, die Abwanderung der ausgebildeten Fachkräfte in Richtung der Kliniken zu stoppen und den Gehaltsabstand zu Pflegefachkräften nicht zu groß werden zu lassen.

Die Tarifparteien betonten zudem, dass sie ihre politischen Aktivitäten zur Gegenfinanzierung der Tarifsteigerungen analog den Kliniken gemeinsam intensivieren wollen. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hatte im November die Einstiegsgehälter der Me-



Dr. Svante Gehring, erster Sprecher der Ärztegenossenschaft Nord, sieht MFA „in vorderster Versorgungsfront“. Er fordert, dass Praxen eine leistungsgerechte Bezahlung der MFA ermöglicht wird.

dizinischen Fachangestellten (MFA) in Krankenhäusern und Vertragsarztpraxen nach Tarifvertrag zwischen 2018 und 2020 verglichen. Ergebnis: „Wegen der in den vergangenen Jahren stärker gewachsenen Finanzierungsgrundlage in der stationären Versorgung liegt das monatliche Einstiegsgehalt einer MFA im Krankenhaus um rund 500 Euro höher als für MFA in Arztpraxen. Aufgrund der Tatsache, dass in Kliniken deutlich mehr Geld zur Finanzierung des Personals zur Verfügung steht, wird es für immer mehr Vertragsarztpraxen immer schwieriger, geeignetes medizinisches Fachpersonal zu finden bzw. zu binden.“ Die Tarifverträge sind online gestellt auf www.bundesaerztekammer.de/mfa/tarife. Die aktuelle Tariftabelle für MFA ist auf www.vmf-online.de/mfa-tarife veröffentlicht.

Kurz nach der Ärztegenossenschaft ging der Verband der medizinischen Fachberufe mit einem Zehn-Punkte-Plan an die Öffentlichkeit, der folgende Forderungen umfasste:

- ▶ Rolle von MFA und ZFA in der Patientensteuerung stärken: MFA und ZFA übernehmen in der digitalen und telefonischen Patientensteuerung im ambulanten Gesundheitswesen eine stetig wachsende Rolle. Um diese zu erfüllen ist es unter anderem notwendig, MFA und ZFA in der Nutzung digitaler Anwendungsmöglichkeiten zu qualifizieren und die digitalen Anwendungen entsprechend zu honorieren.
- ▶ Bereitstellung freiwilliger Tests und Priorisierung von MFA und ZFA in der Impfstrategie.
- ▶ Sicherstellung ausreichender Schutzausrüstung und Erstattung der tatsächlichen Kosten für den Mehraufwand bei

den Hygienemaßnahmen für alle Patienten.

- ▶ Von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sind Corona-Arbeitsschutzstandards in praxisnaher Form zu erstellen, damit Arbeitgeber und Arbeitnehmer diese unter der besonderen Belastung schnell nachvollziehen können.
- ▶ Die Fürsorgepflicht muss von den ärztlichen und zahnärztlichen Arbeitgebern ernst genommen und gewahrt werden. Dazu gehört die Anpassung der Hygienekonzepte. Sie sind im Team zu erstellen und müssen die räumlichen Gegebenheiten berücksichtigen.
- ▶ Bei Verletzungen der arbeitsschutzrechtlichen Pflichten von Arbeitgeberseite muss der Schutz der Mitarbeitenden in Kleinbetrieben besonders berücksichtigt werden.
- ▶ Die Auszubildenden in den Arzt- und Zahnarztpraxen sind besonders zu schützen. Überforderung ist zu vermeiden. Die Ausbildung im dualen System (Betrieb und Berufsschule) muss auch in der Pandemie gewährleistet werden.
- ▶ Verstärkte Überzeugungsarbeit, um das Präventionsbewusstsein bei medizinischem Personal im niedergelassenen Bereich zu verbessern und die Durchimpfungsrate bei Grippe, Pertussis und Pneumokokken zu erhöhen. Das gilt auch für die Corona-Impfung.
- ▶ Die Notbetreuung in Kindertageseinrichtungen und Schulen muss aufgrund der Systemrelevanz der MFA und ZFA gesichert sein.
- ▶ Die Gehaltssituation der Medizinischen und Zahnmedizinischen Fachangestellten muss verbessert werden.

Lockdown macht dick und Angst

ÜBERGEWICHT In der Pandemie werden die Deutschen schwerer. Schon in den ersten Wochen des Lockdowns im Frühjahr 2020 nahmen die Deutschen im Durchschnitt ein Kilogramm zu.

Der Lockdown in Deutschland hat viele gesundheitliche Folgen. Mehrere davon werden im Journal of Health Monitoring von RKI und Destatis deutlich. Zum Thema Gewicht schreiben die Autoren auf Seite 9: „Ab dem Frühjahr 2020 zeigt sich ein deutlicher Anstieg. Im Zeitraum April bis August 2019 lag das adjustierte, mittlere Körpergewicht bei 77,1 kg. Im Vergleichszeitraum April bis August 2020 betrug dieser Wert 78,2 kg.“ Auch für den BMI zeigte sich ein Anstieg: Von 25,9 auf 26,4 im Durchschnitt.

Als Ursachen gaben Menschen in Befragungen häufiges und ungesundes Essen sowie mangelnde Bewegung an. Die Autoren warnen davor, die Zunahme von einem Kilogramm pro Jahr zu verharmlosen und empfehlen, die weitere Entwicklung zu beobachten.

Allgemeinmediziner Dr. Michael Emken, der in seiner Praxis in Bad Segeberg viele Patienten zu den Themen Ernährung und Bewegung berät, bestätigt die Einschätzung der Studienautoren. „Es gibt einige wenige, die nutzen die neu entstehenden Freiräume, um ihre sportlichen Aktivitäten zu verstärken. Die meisten anderen ziehen sich unter dem Eindruck der Pandemie zurück und reduzieren ihr Engagement.“ Emken erwartet, dass die auf der ersten Lockdown-Phase beruhenden Daten von RKI und Destatis sich im Winter bestätigen könnten. Bei vielen Patienten beobachtet er, dass sich die Gewichtszunahme über dem durch die Weihnachtsfeiertage zu erklärendem Niveau bewegt. „Auch sonst durchaus aktive Menschen bewegen sich weniger, weil strukturierte Trainingsangebote wie Sportverein oder Fitnesscenter ausfallen.“ Auch die von ihm mit initiierten Trainingsveranstaltungen für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht und Adipositas (ZIMT und Fördekids) können

im Lockdown nicht stattfinden. „Hier sind insbesondere die Eltern gefordert, für zusätzliche Bewegungsangebote für ihre Kinder zu sorgen“, so Emken. Für ihn steht fest: „Die Länge des Lockdowns insbesondere auch mit dem Wegfall der strukturierten Sportangebote trägt deutlich zur Verbreitung von Übergewicht und Adipositas bei.“

Er spricht Patienten in seiner Praxis darauf an und verweist darauf, dass Covid-19 kein Argument sei, um auf Bewegung zu verzichten. „Es geht darum, Wege zu finden, wie man sich auch ohne professionelle Hilfe regelmäßig bewegen kann. Ich nutze jede Gelegenheit, meine Patienten anzuspornen, sich in der freien Natur zu bewegen.“

Solange im Rahmen der jeweils geltenden Bestimmungen möglich, rät Emken zu Verabredungen im Freien mit Gleichgesinnten – dies erhöhe die Chancen, den Plan zur Aktivität auch umzusetzen.

Eine weitere Option sind Online-Trainings. „Eine gute Möglichkeit, um Patienten zu motivieren, einen gesunden Lebensstil zu pflegen und insbesondere, sich sportlich zu betätigen“, sagt Emken. Zu solchen Online-Trainings rät auch die Barmer. „Um trotz Lockdown-Einschränkungen im

Sportbereich und nasskaltem Winterwetter die körperliche Fitness zu erhalten, bieten wir unseren Versicherten Online-Angebote kostenfrei an“, sagt Schleswig-Holsteins Barmer-Chef Dr. rer. oec. Bernd Hillebrandt. Er verweist auf die sechs Kurse von „Cyberfitness“, die Angebote von Ernährung über Rückenfitness bis zur progressiven Muskelentspannung bieten. Nach Barmer-Angaben melden sich bundesweit mehr als 1.000 Versicherte im Monat für diese Kurse an. Die Teilnehmer erwarten Kurse, die zwischen 30 und 60 Minuten dauern und sich über einen Zeitraum von acht Wochen erstrecken. Die Kurse werden laut Krankenkasse von qualifizierten Coaches angeleitet. Am stärksten fragen die Versicherten den Kurs „erfolgreich abnehmen“ nach, gefolgt von „Rücken-Coaching“ und „Yoga für Einsteiger“. Der entscheidende Vorteil der Online-Trainings liegt für Hillebrandt in der zeitlichen und räumlichen Flexibilität.

Neben der Gewichtszunahme beobachtet Emken weitere gesundheitliche Auswirkungen bei seinen Patienten. Vor allem die mit der Pandemie und ihren Folgen verbundene psychische Belastung treibt ihn um. „Viele Menschen haben große Ängste, sind deprimiert oder leiden unter der sozialen Isolation“, sagt der Allgemeinmediziner. Auch diese Einschätzung wird im Bericht von RKI und Destatis bestätigt, besonders für Kinder und Jugendliche.

„Insbesondere Symptome von Angst und Depression treten bei Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie gehäuft auf. Kinder und Jugendliche mit bereits vorliegenden psychischen Störungen wie beispielsweise ADHS stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar“, heißt es im Bericht (Seite 28).

Während einer Krisensituation besteht ein erhöhtes Bindungsbedürfnis an die Eltern. Trennungen aufgrund außerhäuslicher Quarantäne oder wegen eines klinikaufenthaltes eines Elternteils würden von den Kindern als besonders belastend empfunden. Hinzu kämen die Herausforderungen, die durch Schließungen von Bildungs- und Betreuungseinrichtungen auftreten, etwa die damit verbundenen Verluste an Kontakten und Tagesstrukturen.

Die Studienautoren fordern als Konsequenz, dass besonders Familien mit einem geringen sozioökonomischen Status, mit kleineren Kindern, mit intellektuell oder körperlich eingeschränkten Kindern oder solchen mit bestehenden psychischen Störungen unterstützt werden sollten.

DIRK SCHNACK

Info

Das Journal of Health Monitoring ist die vom Robert Koch-Institut (RKI) und dem Statistischen Bundesamt (Destatis) gemeinsam getragene Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In der Ausgabe 4 von Dezember 2020 gibt es einen Überblick zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung zu Beginn der Covid-19-Pandemie. Der Bericht im Internet: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2020/JoHM_Inhalt_20_04.html

Weniger Arztbesuche – Risiko für Diabetiker

DMP Eine gefährliche Folge des Lockdowns sind ausbleibende Arztbesuche. Dies gilt auch für Menschen mit Diabetes. DAK und AOK machen in diesem Zusammenhang auf die Bedeutung von DMP aufmerksam.

Der coronabedingte Rückgang von Arztbesuchen hat im abgelaufenen Jahr zu einer zeitweiligen Unterversorgung von Zuckerkranken geführt. Laut einer Sonderauswertung der DAK-Gesundheit gilt dies bundesweit, auch für Schleswig-Holstein. Danach sind in Schleswig-Holstein 2020 im Vergleich zum Vorjahr fast ein Sechstel weniger Patienten neu in ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus gekommen. Die Angabe bezieht sich auf das zweite Quartal und somit auf die Zeit der ersten Corona-Welle. Die Kasse sieht das Risiko einer zeitweiligen Unterversorgung der Zuckerkranken und befürchtet mittel- bis langfristig einen Anstieg schwerer Folgeerkrankungen in Schleswig-Holstein.

Die aktuelle Analyse der DAK-Daten zeigt: Im zweiten Quartal 2020 haben sich im Norden 16 Prozent weniger DAK-Versicherte bei ihrem Arzt in ein Behandlungsprogramm für Diabetiker einschreiben lassen als im Vergleichsquartal des Vorjahres. Im dritten Quartal waren es sogar 25 Prozent weniger und für das vierte Quartal 2020 rechnet die Kasse erneut mit einem besonders deutlichen Minus. „Der Rückgang bei den Einschreibungen ist besorgniserregend“, sagte Cord-Eric Lubinski, Leiter der DAK-Landesvertretung in Schleswig-Holstein. „Wenn die Patienten beim DMP nicht mitmachen, weil sie aus Angst vor Corona nicht in die Praxen kommen, dann riskieren sie mittel- bis langfristig schwere Folgeerkrankungen. Wir befürchten für die Zukunft eine spürbare Zunahme an Fußamputationen“, sagte Lubinski.

Fußamputationen sind extreme Spätfolgen einer Diabeteserkrankung, und Möglichkeiten, den Erkrankungsprozess zu verzögern, zu stoppen oder ihn umzukehren, sind vorhanden. „Grundsätzlich können



viele Versäumnisse durch ein entsprechendes therapeutisches Engagement wieder ausgeglichen werden“, räumt auch Lubinski ein, schränkt aber ein: „Dazu müssen sich die Patienten wieder zum Arzt trauen.“ Die DAK rate deshalb allen Diabetikern, auch während der Corona-Pandemie ihre Behandlung weiterzuführen.

Wie wichtig die DMP sind, zeigt auch eine Meldung der AOK Nordwest. Jeder achte bei der AOK versicherte Diabetes-Patient war im Jahr 2019 podologisch behandelt worden. Die Fuß-Amputationsrate nahm in den vergangenen Jahren um 7,9 Prozent ab. „Wir führen das vor allem auf die strukturierten Behandlungen im DMP ‚AOK-Curaplan‘ für Diabetes-Patienten zurück. Darin sind auch regelmäßige ärztliche Kontrollen der Füße und bei Bedarf podologische Verordnungen vorgesehen. Mit der fachgerechten Beobachtung und Behandlung der Füße von Diabetes-Patien-

ten können schwerwiegende Schäden wie das diabetische Fuß-Syndrom und damit letztlich auch das Risiko für Amputationen von Füßen oder Unterschenkeln reduziert werden“, sagte AOK-Vorstandschef Tom Ackermann.

Rund 80.000 AOK-Versicherte in Schleswig-Holstein sind an Diabetes mellitus vom Typ 1 oder vom Typ 2 erkrankt. Bei einem Drittel der AOK-versicherten Diabetes-Patienten lagen 2019 Neuropathien, ein diabetisches Fuß-Syndrom oder beide Folgeerkrankungen gleichzeitig vor.

In Deutschland sind aktuell mehr als sieben Millionen Menschen zuckerkrank. Bei der großen Mehrheit liegt ein Typ-2-Diabetes vor. Durch einen gesundheitsbewussten Lebensstil kann das Risiko für eine Erkrankung gesenkt werden. Um das individuelle Diabetes-Risiko zu ermitteln, stellt die DAK einen Test bereit auf: www.dak.de/diabetes-risiko-test. (PM/RED)

Schluss mit Kopieren, Scannen, Ausdrucken

KIM Die Digitalisierung in den Praxen schreitet zwar voran, aber schleppend. Die Übergangsphase für Kommunikation im Medizinwesen (KIM) wurde bis Oktober verlängert.

2020 brachte vielen Branchen einen Digitalisierungsschub, auch in Arztpraxen zogen neue Formen der Kommunikation ein. Neben den corona-bedingten Neuerungen traten zum Jahreswechsel 2021 gesetzliche Regelungen in Kraft, die die Arbeit verändern sollen, darunter die „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM). Doch ihre Einführung läuft zögerlich, auch das Arbeiten mit der elektronischen Gesundheitskarte hat noch nicht flächendeckend Einzug in den Alltag der Praxen gehalten. Bis Oktober läuft eine Übergangsfrist, in der die neuen Geräte angeschafft werden müssen. Ärzte sehen Chancen – und einige Hürden.

Zum Stichwort Digitalisierung fallen Dr. André Plümer, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin im Ärztehaus Heist und Vorsitzender im Gesundheitsnetz Region Wedel e.V. (GRW), als erstes die zahlreichen Videokonferenzen, virtuellen Fortbildungen und Patientenkontakte über Bildschirm ein: „Das ging für viele von uns von Null auf Hundert“, sagt der 51-Jährige. Auch er selbst, der sich seit Schülertagen viel mit Computern und neuen Techniken befasst hat, konnte im Jahr 2020 einiges dazulernen. „Anfangs habe ich mich schwergetan“, gibt er zu: „Welches Programm nutzt man, wie organisiert man eine Bildschirm-Sitzung, damit nicht alle durcheinanderreden?“ Inzwischen sind die Abläufe eingespielt, und auch große Fortbildungsveranstaltungen mit Hunderten von Beteiligten aus zahlreichen Praxen der GRW fanden statt.

Ein Thema dieser Fortbildungen waren die Formen von Digitalisierung, die gesetzlich vorgeschrieben sind. Die Kommunikation im Medizinwesen (KIM) soll in einem datensicheren System zwischen allen Akteuren im Gesundheitswesen stattfinden. Das Modell ist Pflicht: Wer kein entsprechendes System vorweisen kann, darf beispielsweise keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mehr an die Krankenkassen



Dr. André Plümer

schicken. Zudem droht ein Honorarabzug. Das Verfahren sollte eigentlich zu Jahresbeginn in jeder Praxis umgesetzt sein, so sah es das Terminservice- und Versorgungsgesetz vor.

„Aber noch im Sommer wussten viele Ärzte das gar nicht oder nahmen die Ankündigung nicht so recht ernst“, sagt Gabriele Prahl, Koordinatorin und Beraterin der Praxisnetze in Wedel und Pinneberg. Der Grund: „Wir reden seit Jahrzehnten von der Digitalisierung, aber nichts ist passiert. Daran haben die Ärzte sich gewöhnt.“

Im aktuellen Fall ließ Corona die Einführung neuer Software in den Hintergrund treten: „Wir kämpfen zurzeit an anderen Fronten“, sagt Dr. Kristin Woywod, Allgemeinmedizinerin mit Schwerpunkt Geriatrie in einer Gemeinschaftspraxis in Prisdorf und Mitglied des Pinneberger Arzt-Netztes (PAN). Woywod ist eine Befürworterin der schnellen und datensicheren Kommunikation und hofft, dass sie und ihre Patienten davon profitieren: „Wenn die Verständigung und Informationsübermittlung zwischen den Praxen gut läuft, ist das eine super Arbeitserleichterung.“ Allein, der Weg dorthin ist noch lang: „Es ist mühsam, alles zu installieren und umzustellen. Darum arbeiten wir zurzeit noch nicht damit.“

Landes- wie bundesweit geht es Praxen ähnlich, das zeigt auch das PraxisBarometer Digitalisierung 2020 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): „Die Praxen sind an einer weiteren Digitalisierung interessiert“, hieß es bei der Vorstellung im November. Allerdings müsse „der Mehrwert klar erkennbar“ sein und die Technik fehlerfrei laufen.

Bei der Technik aber haperte es: Bis zum Jahreswechsel fehlte es an zertifizierten Anbietern. Das Bundesgesundheitsministerium gewährte daher eine Fristverlängerung für die Einführung bis Oktober 2021. Um die Computer einer Praxis fit zu machen für das KIM-Verfahren, muss eine Software aufgespielt werden.

Inzwischen tummeln sich zwar zahlreiche Anbieter auf dem Markt, darunter ist auch ein eigener Dienst der KBV. Aber die Menge macht die Wahl nicht einfacher, sagt André Plümer. Um für die eigene Praxis die richtige Technik auszuwählen und den anderen Mitgliedern im Praxisnetz Tipps geben zu können, lassen sich die Netz-Vorstandsmitglieder von Firmen ihre Verfahren vorführen. Welches passt, hängt unter anderem davon ab, mit welchen Systemen die Praxis bisher arbeitet.

In beiden Praxisnetzen gab es zur Vorbereitung Informationsveranstaltungen

und Schulungen. „Das machen wir bei allen neuen Themen so“, berichtet Prahl. Den Ärzten eine Handreichung zu geben, sei eine wichtige Funktion der Netze, sagt die überzeugte Verfechterin von Praxisnetzen. Prahl war maßgeblich an der Gründung des bundesweit ersten Verbundes in Rendsburg und Umgebung beteiligt.

Im August gab es eine Fortbildung über die Grundlagen mit einem Vertreter der KV, an der auch die Praxisangestellten teilnahmen. „Es ist uns wichtig, alle Teammitglieder mitzunehmen“, so Prahl. Bei der Schulung kam heraus: Viele der anwesenden Ärzte hatten ihren neuen elektronischen Heilberufsausweis der Generation 2.0 noch nicht beantragt oder waren sich nicht sicher, ob ihre Karte über die neuen Funktionen verfügt. Dabei ist der Ausweis Voraussetzung, um KIM zu nutzen

KIM

Kommunikation im Medizinwesen

- ▶ **Wie eine Mail, nur datensicher: KIM-Nachrichten sind verschlüsselt und werden über die Telematik-Infrastruktur versendet.**
- ▶ **Damit haben nur Sender und Empfänger Zugriff auf die Inhalte.**
- ▶ **Für den KIM-Standard braucht eine Praxis ein Software-Update und einen Vertrag mit einem zertifizierten Anbieter und den elektronischen Heilberufsausweis.**
- ▶ **Wenn KIM gesetzlich vorgeschrieben wird, dürfen bestimmte Nachrichten, etwa die AU, nur noch über dieses Verfahren versendet werden.**

oder über ein weiteres Gerät auf die elektronische Karte eines Patienten zuzugreifen. Auch für e-Arztbriefe braucht es den aktuellen Ausweis.

„Wir können die Papierflut verringern und Schluss machen mit dem Wahnsinn aus Kopieren, Scannen, Ausdrucken“, sagt Plümer. „Dass das sinnvoll ist, steht außer Frage.“ Als Beispiel nennt er den Medikamentenplan, der auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert ist. Gerade bei Älteren und Multimorbiden kann sich nach jedem Arztbesuch die Zusammensetzung der täglichen Dosis ändern, es sei also „sehr sinnvoll, dass der Patient den Plan immer in aktueller Form bei sich hat.“ Die Frage ist nur, wie gut das im Alltag klappt: „Das Ideal ist natürlich, alle Informationen auf dem aktuellen Stand zu halten, aber oft bin ich einen Schritt hinterher, weil ständig andere Dinge passieren.“

Auch Kristin Woywod fürchtet: „Bis das reibungslos läuft, werden Jahre ins Land gehen.“ Gerade bei ihren hochbetagten Patienten sei alles, was mit Digitalisierung und neuer Technik zu tun habe, „eine Herausforderung“. Jüngere kämen mit Datenschutz-Einwänden: „Die wollen vielleicht nicht, dass der Hautarzt vom Besuch beim Psychiater erfährt.“ Und bei der Kommunikation untereinander sei auch wichtig, dass alle Praxen sich beteiligen. Die Arbeit selbst werde durch die neuen Techniken nicht verändert, glaubt Woywod: „Einiges möchte ich gern selbst kontrollieren, wenn mir etwas nicht einleuchtet oder nicht umfassend genug untersucht worden ist. Da ist es vollkommen egal, ob mir ein Ergebnis per Brief auf Papier oder in elektronischer Form übermittelt wird.“

ESTHER GEISSLINGER



Ärzte spüren Verunsicherung bei Patienten

RHEUMA Über die SARS-CoV-2-Impfung kursierten verunsichernde Meldungen. Die DGRh stellte richtig.

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) sah sich vergangenen Monat gezwungen, vor Fehlinformationen über die Corona-Impfungen bei Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zu warnen. In verschiedenen Stellungnahmen – in Medien, aber auch von einzelnen Behörden und Krankenkassen – war davon die Rede, dass die Impfung für diese Personengruppe risikobehaftet sei und deshalb davor gewarnt werden müsse.

Die DGRh widersprach diesen Aussagen und riet ausdrücklich zur Impfung. Die Zulassung für die Impfstoffe von Biontech/Pfizer und Moderna schließe Patienten mit chronischen Erkrankungen und Autoimmunerkrankungen ebenso wie solche unter immunsuppressiver Therapie, die deren körperliche Abwehr mindert, ein. „Die Falschinformationen zur Impfung sind nicht nur unbegründet, sie sind sogar potenziell lebensgefährlich für die Betroffenen, denen man die Impfung verwehrt“, sagte Prof. Andreas Krause, Ärztlicher Direktor der Klinik für Innere Medizin am Berliner Immanuel Krankenhaus und Präsident der DGRh.

„Wir raten ausdrücklich dazu, die fehlerhaften Informationen umgehend zu korrigieren, und bitten zudem alle informierenden Stellen, Landesregierungen, Krankenkassen und Medien, die korrekte Information an die Bevölkerung und damit die Betroffenen zu verbreiten“, riet Prof. Christof Specker, 1. Vizepräsident der DGRh aus Essen. Die Fachgesellschaft befürwortete zudem, zügig gezielte Impf-Studien für Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen aufzunehmen.

Prof. Julia Holle und Prof. Frank Moosig aus dem Rheumazentrum Schleswig-Holstein Mitte in Neumünster unterstützen die Stellungnahme der DGRh in diesem

Kontext, „weil die Erfahrung zeigt, dass Impfungen mit Totimpfstoffen bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und unter Immunsuppression sicher sind“, wie sie auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes sagten. Sie ergänzten: „Die STIKO empfiehlt sogar unter Immunsuppression mehr Impfungen als nach Standard vorgesehen; sie empfiehlt jetzt auch die Impfung gegen COVID-19, und Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen unter Immunsuppression sind durch die STIKO in die Gruppe 3 der priorisiert zu impfenden Risikogruppen eingeordnet worden.“

Sie selbst empfehlen ihren Patienten unter Immunsuppression seit Jahren die gemäß STIKO empfohlenen Impfungen und weisen die Patienten dezidiert darauf hin, dass Impfungen mit Lebendimpfstoffen unter Immunsuppression nicht erfolgen sollten. Problematisch sei dies gelegentlich vor allem bei der z. T. auch vorgeschriebenen Masernimpfung als einer der wenigen Impfungen mit Lebendimpfstoff. „Der Hinweis zu Impfungen unter Immunsuppression wird in der Regel bereits bei Erstvorstellung thematisiert, nämlich wenn eine entzündlich-rheumatische Erkrankung diagnostiziert wird und eine Immunsuppression eingeleitet werden muss. Wir empfehlen jetzt auch die Impfung gegen COVID-19 mit den Impfstoffen von Biontech oder Moderna.“

Die beiden Experten haben generell eine gewisse Impfskepsis unter ihren Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen beobachtet – sie schätzen deren Anteil auf rund 20 bis 30 Prozent – hervorgerufen durch entsprechende Informationen in den Medien: „Dies hat einen Teil unserer sonst „impfwilligen“ Patienten verunsichert, und es gibt zurzeit viele persönliche und telefonische Nachfragen.“

Viele ihrer dauerhaften Patienten sind allerdings „sehr gut informiert und wünschen, möglichst schnell gegen COVID-19 geimpft zu werden“. Viele von ihnen erkundigen sich laut Moosig und Holle „nur zur Sicherheit“ noch einmal bei den Ärzten, dass es sich bei den bisher zugelassenen Impfstoffen um Totimpfstoffe handelt, die verimpft werden dürfen, und bitten um eine detailliertere Aufklärung über die Zulassungsstudien.

Nachfragen stellen die Patienten insbesondere zu bisher bekannten Nebenwirkungen und zur Dauer der Impfstoffwirkung, bisweilen fragen auch Patienten unter Rituximab nach: „Unter dieser Therapie muss der Impftermin genauer festgelegt werden, da es unter Rituximab zu einer reduzierten Impfantwort kommt, insbesondere, wenn der letzte Infusionszyklus kürzere Zeit zurückliegt.“ Impfungen werden hier laut Moosig und Holle rund fünf Monate nach der letzten und mindestens einen Monat vor der nächsten Infusion empfohlen. „Eine solche Steuerung durch Ärzte ist aber bisher nicht im System vorgesehen und sollte ggf. bei der weiteren Ausgestaltung der Impforganisation in den Prioritätsgruppen 2 und 3 berücksichtigt werden“, regen die beiden Experten an.

Viele der älteren Patienten (> 80 Jahre) beklagen sich nach ihren Angaben über die Impfstoffknappheit und darüber, dass sie bisher keinen Impftermin erhalten haben. Auch die technischen Hürden, an einen Termin zu kommen, werden oftmals beklagt. Wer nicht über IT-affine Unterstützung verfügte, war nach ihrer Wahrnehmung bei dem im Januar „überlasteten ungeeigneten Anmeldeprozedere oft überfordert“.

Einen signifikanten Terminrückgang haben Hole und Moosig in ihrer Praxis nicht registriert. Lediglich einzelne Patienten hätten aufgrund der hohen Infektionszahlen eine Terminverschiebung gewünscht. „Dieses „Problem“ hatten wir auch in der initialen Phase des ersten Lockdowns. Schwierig ist natürlich, dass die Patienten erfahrungsgemäß wenige Wochen später alle ihre Termine nachholen möchten“, so Moosig und Holle.

Erfreulich sei dagegen, dass es zurzeit weniger Diskussionen an der Anmeldung bezüglich Begleitpersonen gibt, die Patienten oft auch ohne ersichtlichen Grund begleiten möchten: „Die Begleitpersonen sind zurzeit einfacher dazu zu bewegen, die Praxis nicht mit zu betreten bzw. wieder zu verlassen.“

Digital agieren und früh intervenieren

COPD Ein mit Mitteln des Innovationsfonds gefördertes Projekt unter Leitung der Lungenclinic Grosshansdorf soll die Versorgung von COPD-Patienten verbessern. Ziel: Exazerbationen vermeiden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) unterstützt mit „Telemotor COPD – TELEMEDIZINISCHES MONITORING für COPD-Patienten“ erstmals eine neue Versorgungsform für Menschen mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) mit Mitteln des Innovationsfonds. Ziel des Projekts ist es, akute Verschlechterungsschübe – sogenannte Exazerbationen – von Patienten durch digitale Prävention und häusliches Telemonitoring zu vermeiden. Damit einhergehen sollen eine verbesserte Lebensqualität und die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Der Innovationsfonds fördert Projekte aus den Bereichen Versorgungsforschung und neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen. Langfristig streben die Projektpartner eine Empfehlung des G-BA zur Überführung des Modells in die Regelversorgung an.

Die COPD zeichnet sich durch eine besonders hohe Krankheitslast aus und schränkt die Lebensqualität stark ein. Ein Hauptproblem sind die hohen Exazerbations- und Hospitalisierungsraten: Bis zu 77 Prozent der Patienten erleiden mindestens eine mittelschwere oder schwere Exazerbation innerhalb von drei Jahren. Einer von fünf Patienten stirbt innerhalb eines Jahres nach dem ersten exazerbationsbedingten Krankenhausaufenthalt. Das Fatale: Erlittene Exazerbationen erhöhen das Risiko für erneute Exazerbationen. Zudem kommt es mitunter nach Hospitalisierungen zu Unterbrechungen im Patientenmonitoring. Dies kann dazu führen, dass (erneute) Exazerbationen erst spät als solche erkannt und therapiert werden und eine weitere Hospitalisierung begünstigen.

Hier setzt Telemotor COPD an. Diese neue Versorgungsform zielt auf eine Optimierung der ambulanten Versorgung von COPD-Patienten: Maßnahmen zur Früher-



Prof. Klaus Rabe

kennung von Exazerbationen sollen es Behandlern ermöglichen, rechtzeitig präventiv einzugreifen. „Bislang wird auf COPD-Exazerbationen vor allem reagiert – wir wollen aber agieren und intervenieren, bevor es zu spät ist, der Patient im Krankenhaus behandelt werden muss und wertvolle Lungenfunktion unwiederbringlich verloren geht“, sagt Prof. Klaus Rabe, Konsortialführer des Projekts und Ärztlicher Direktor der Lungenclinic Grosshansdorf.

Hierfür kommen verschiedene Elemente zum Einsatz. Kernstück ist eine telemedizinische Plattform (App), die in Kombination mit entsprechenden Messgeräten ein kontinuierliches Telemonitoring bestimmter Vitalparameter wie etwa Atem- und

Herzfrequenz ermöglicht. Auf Basis dieser Messwerte können Behandler den Gesundheitszustand der Patienten einordnen und bei einer Verschlechterung frühzeitig intervenieren. Ergänzend zum Telemonitoring enthält die App Motivations- und Trainingselemente zur Förderung der Adhärenz und Verbesserung des Allgemeinzustands.

Durch das Zusammenspiel der Maßnahmen im Rahmen der digitalen Prävention soll als primäres Ziel die Exazerbationsrate signifikant gesenkt werden. Zugleich kann eine frühzeitige Intervention bei einer sich abzeichnenden Exazerbation auch dazu beitragen, Krankheitskosten durch vermeidbare intensive stationäre Behandlungen zu verringern. Eine Schlüsselrolle nehmen in der Umsetzung speziell ausgebildete COPD-Nurses ein. Nach Einschreibung der Patienten in das Programm stehen diese ihnen als Ansprechpartner per Video-Chat zur Verfügung. Sie übernehmen auch die Einordnung des Gesundheitszustandes und können bei Verschlechterungen der gemessenen Parameter eine Kontaktaufnahme mit den zuständigen Pneumologen initiieren. „Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen COVID-19-Pandemie ist eine solche digitale Versorgung von großem Wert, da persönliche Kontakte und damit das Ansteckungsrisiko auf ein Minimum reduziert werden können – bei dennoch guter Überwachung des Zustands der Patienten“, betonte Rabe. Zusätzlich stärkt das Projekt durch eine engere Verknüpfung zwischen stationären und ambulanten Akteuren die sektorenübergreifende Versorgung. Wie wichtig Projekte zur Versorgungsverbesserung von COPD-Patienten sind, zeigt die Zahl der Betroffenen; weltweit wird diese auf 384 Millionen Menschen geschätzt. Seit 2010 ist COPD die dritthäufigste Todesursache. (PM/RED)

Kein Profit in Kliniken?

PRO+CONTRA Die Personalnot in Krankenhäusern ist Folge der langjährigen Sparpolitik infolge der Ökonomisierung und Profitorientierung! Diese Haltung vertritt unsere Leserin, die schleswig-holsteinische Ärztin Dr. Mechthild Klingenburg-Vogel – eine von vielen Ärzten vertretene Meinung. Patrick Reimund von der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH) führt andere Gründe an.

Zu profitorientiert

Durch die Coronakrise wird der langjährige Mangel an Pflegekräften besonders auf Intensivstationen jetzt offensichtlich und öffentlich. Zwar wurden im Frühjahr 2020 schnell zusätzliche Intensivbetten und Beatmungsgeräte bereitgestellt, doch immer deutlicher wurde: Es fehlen die zu ihrer Bedienung nötigen qualifizierten Pflegefachkräfte, um die besonders pflegeintensiven Covid-19-Patienten zu versorgen.

Dass schon vor der Pandemie zeitweise bis zu 20 Prozent der Intensivbetten abgemeldet werden mussten, weil Personal fehlte – mit oft lebensgefährlichen Folgen – führte nicht zu grundsätzlichen Änderungen des Systems. Wie konnte es in unserem medizinisch so hoch entwickelten Land soweit kommen? Die Personalnot im Pflegebereich ist direkte Folge der seit Jahren herrschenden Sparpolitik im Pflegebereich durch die zunehmende Ökonomisierung und Profitorientierung der Krankenhäuser!

Vor 1985 durften Krankenhäuser keine Gewinne machen. Es herrschte wie bei Schulen, Museen oder Feuerwehr das Prinzip der echten Selbstkostendeckung durch duale Finanzierung. Die Länder waren für die Investitions- und die Krankenkassen für die Betriebskosten zuständig. Doch entsprechend dem neoliberalen Credo in der Wirtschaft, dass der Markt alles regle, zog sich der Staat immer mehr aus der Finanzierung zurück, die Krankenhäuser wurden zunehmend marktwirtschaftlich und wettbewerbsorientiert ausgerichtet.

Die Investitionskosten, die immer weniger von der öffentlichen Hand getragen wurden, mussten durch Einsparungen bei den Betriebskosten aufgefangen werden. Es kam zu massiven Stellenstreichungen, besonders im Pflegebereich. Zum Vergleich: In Deutschland muss eine Vollzeitpflegefachkraft in der Tagesschicht durchschnittlich 13 Patienten versorgen, in Norwegen sind es etwas mehr als 5 Patienten, in England sind es durchschnittlich 8,6 Patienten je Pflegekraft. Untersuchungen zeigen, dass eine Erhöhung der Zahl der zu versorgenden Patienten je Pflegekraft von 6 auf 7 bereits ein erhöhtes Risiko für Fehler, Infektionen, Kreislaufkomplikationen und sogar eine erhöhte Sterblichkeit zur Folge hat.

Außerdem hat das „Outsourcing“ von Reinigungs- und Küchendiensten an private Firmen und deren massive Einsparungen am Personal zu Hygienemängeln mit der Gefahr von Krankenhauskeimen geführt und verhindert den wichtigen persönlichen Kontakt mit den in den Stationsbetrieb eingebundenen Kräften.

Seit 1990 nicht mehr mit dem sozialistischen System konkurriert werden musste, kam es zu einer zunehmenden Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Daseinsvorsorge. Doch Solidarsysteme eignen sich nicht für eine Wettbewerbssteuerung. Da Krankenhäuser rote Zahlen schrieben, waren Kommunen ver-

Rendite ist legitim

Grundsätzlich ist festzustellen, dass das Gesundheitssystem im Allgemeinen und damit auch Krankenhäuser mit anderen Sektoren um in einer Volkswirtschaft nicht unbegrenzt vorhandene Ressourcen konkurrieren. Jede Arbeitsstunde und jeder Euro, der für die Gesundheitsversorgung verwendet wird, steht für andere Zwecke nicht zur Verfügung. Daher ergibt sich immer die Notwendigkeit, mit vorhandenen Mitteln möglichst ökonomisch umzugehen.

Hat es jemals eine Phase gegeben, in der die Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag (zumindest weitgehend) frei von ökonomischen Zwängen erfüllen konnten? In Ansätzen war dies allenfalls in einer kurzen Zeitspanne nach der Einführung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1974 der Fall, das für die Krankenhäuser eine Deckung ihrer Selbstkosten und die Investitionsfinanzierung durch den Staat (duale Finanzierung) vorsah. Bereits ab Mitte der Achtzigerjahre wurde mit einer Kette von Spargesetzen „Kostendämpfung“ betrieben, da das System der Selbstkostendeckung als Verursacher von unerwünschten Ausgabeanstiegen der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen wurde.

In den Neunzigerjahren begann der Weg hin zur pauschalen Finanzierung von Krankenhausleistungen, an dessen Ende die DRG-Fallpauschalen standen. Der „Preis“ für diese definierten Krankenhausleistungen wird auf Bundes- und Landesebene unabhängig von den Kosten des einzelnen Krankenhauses festgelegt. Krankenhäuser können damit systemimmanent Gewinne wie auch Verluste erzielen. Die vollständige Finanzierung der Betriebskosten über feste Leistungsentgelte machte Leistungssteigerungen lukrativ.

Parallel zur Veränderung der Rahmenbedingungen hat die Aktivität privater Krankenträger an Bedeutung gewonnen. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass die nach dem System der dualen Finanzierung für die Deckung der Investitionskosten der Krankenhäuser zuständigen Länder ihrer gesetzlichen Verpflichtung nur unzureichend nachgekommen sind. Die Krankenhäuser waren und sind damit gezwungen, erhebliche Anteile der Investitionen selbst zu finanzieren. Dies



kann nur aus Überschüssen aus dem laufenden Betrieb erfolgen. „Gewinne“ sind damit für einen nachhaltigen Betrieb notwendig.

Insbesondere einige Kommunen haben vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen ihre Krankenhäuser in private oder freigemeinnützige Trägerschaft abgegeben. Zudem stand dies im Einklang mit dem damaligen „Zeitgeist“, der in vielen Bereichen zu einem Rückzug des Staates aus Bereichen der Infrastruktur und Daseinsfürsorge führte. Durch den Zugriff auf den Kapitalmarkt konnten Mittel für notwendige Investitionen verfügbar gemacht werden. Renditeerwartungen der Investoren sind damit selbstverständlich verbunden und legitim.

Den oben beschriebenen Rahmenbedingungen unterliegen alle Krankenhäuser, unabhängig davon, ob sie von Land oder Kommunen, freigemeinnützigen oder privaten Trägern betrieben werden. Überschüsse aus dem laufenden Betrieb sind damit notwendig, wenn nicht die Krankenhausträger selbst für nicht gedeckte Investitionskosten aufkommen sollen. Bei für das einzelne Krankenhaus nicht zu beeinflussenden DRG-Fallpauschalen können positive Ergebnisse nur durch entsprechend niedrige Kosten erreicht werden. Krankenhäuser weisen einen hohen Anteil an Personalkosten auf, deren Entwicklung daher enorm wichtig für das wirtschaftliche Ergebnis eines Krankenhauses ist. Möglichkeiten zur Reduktion von Sachkosten sind in den vergangenen Jahren weitgehend ausgeschöpft worden.

Dass dieser Zusammenhang die Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern vorangetrieben hat, kann nicht bestritten werden. Zur Wahrheit gehört dabei auch, dass die überproportional gestiegenen Kosten für den ärztlichen Dienst bei insgesamt gedeckelten Budgets der Krankenhäuser zu Lasten aller anderen Berufsgruppen gingen. Die Mitarbeitenden in der Pflege als größte Personalgruppe sind davon in besonderem Ausmaß betroffen.

Mit der Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRG-Fallpauschalen hat der Gesetzgeber reagiert und für diesen Teil des Krankenhauspersonals das Selbstkostendeckungsprinzip (wieder) eingeführt. Jede besetzte Stelle in der Pflege am Bett wird nunmehr von den Kostenträgern bezahlt – nicht mehr und nicht weniger. Auch das gilt für alle Krankenhäuser aller Trägergruppen. Dass entsprechendes Personal am Arbeitsmarkt zumindest kurzfristig nicht verfügbar ist, ändert sich damit allerdings nicht. Längerfristig können nur attraktivere Arbeitsbedingungen einschließlich konkurrenzfähiger Vergütungen daran etwas ändern.

Dieser Schritt zurück zum Selbstkostendeckungsprinzip sichert die Finanzierung der Pflegekosten, minimiert gleichzeitig das Potenzial für Gewinne oder Verluste. Ähnliche Auswirkungen könnte die aktuell diskutierte leistungsunabhängige Finanzierung von Vorhaltekosten der Krankenhäuser haben. Konsequenz einer derartigen Systemumstellung sollte dann aber auch sein, dass die Länder ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Investitionsfinanzierung in vollem Umfang und verlässlich nachkommen. Dies würde alle Krankenhäuser massiv entlasten und Spielräume für bessere Arbeitsbedingungen in den Kliniken schaffen.

PATRICK REIMUND

fürbar, sich durch die Privatisierung der Krankenhäuser Erleichterung zu erhoffen – die Zahl größerer privater Krankenhauskonzerne stieg. Die Abschaffung des sozialstaatlichen Selbstkostendeckungsprinzips war Voraussetzung dafür, den Krankenhaussektor zu ökonomisieren und zu einem lukrativen Geschäftsfeld für Investoren zu machen. Inzwischen werden sogar ambulante Versorgungszentren als gewinnträchtige Investitionsmöglichkeiten für Aktionäre entdeckt.

Im Jahr 2004 sollte mit dem Fallpauschalensystem ein Steuerungsinstrument zur Kostensenkung eingeführt werden. Nach kurzer Zeit kam es stattdessen zu einer massiven Kostensteigerung. Die Ursache dafür liegt vor allem in den Fallzahlsteigerungen. Das DRG-System vergütet je nach Diagnose einen Festpreis. Dieser umfasst die gesamte Krankenhausbehandlung, unabhängig von der Behandlungsdauer. Ist ein Patient kürzer stationär, macht das Krankenhaus Profit, muss er länger behandelt werden, Verlust. Das heißt, es müssen möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit behandelt werden, was oft „blutige Entlassungen“ nach Operationen und erhöhte Komplikationen bedeutete.

Private Kliniken spezialisierten sich darauf, relativ gesunde, unkomplizierte Patienten mit „lukrativen“ DRG-Diagnosen zu behandeln. „Lukrativ“ sind Fälle, bei denen ein Gewinn nach der DRG-Vergütung zu erwarten ist, z. B. Knie- und Hüftgelenksendoprothesen-Operationen, während die kommunalen Häuser teure, „unrentable“ Abteilungen, Notaufnahmen, Geburts- und Kinderstationen bereithalten müssen. Das DRG-System kann sich auch auf die Art der Behandlung auswirken. So wird z. B. eine Kaiserschnittentbindung höher vergütet als eine oft sehr personal- und zeitaufwendige natürliche Geburt. Die Folge ist, dass die Zahl der Kaiserschnittentbindungen deutlich zugenommen hat, nicht unbedingt zum Vorteil der so Entbundenen und ihrer Babys.

Da die Personalkosten mit ca. 60 Prozent den größten Anteil an den Betriebskosten ausmachen, wurde massiv Personal abgebaut (51.000 Stellen!). Dies, verbunden mit Stress und mehr Bürokratisierung, die für eigentliche pflegerische Aufgaben kaum mehr Zeit lassen, führt zu zunehmender Frustration, häufigen Krankmeldungen im Pflegebereich, zu Burnout, Arbeitszeitreduzierung, Frühberentungen oder sogar Kündigungen, wodurch die Personalknappheit weiter verstärkt wird. Pflegekräfte müssen aus ihrer Freizeit für fehlende Kollegen einspringen, was den Frust erhöht.

Um ihre Arbeitszeit besser strukturieren zu können, arbeiten zunehmend Pflegekräfte über Leiharbeitsfirmen, was für die Kliniken wiederum teurer ist.

Zwar wird seit 2020 versucht, dem entgegenzusteuern, indem die Personalkosten des Pflegebereichs aus den DRG-Budgets ausgegliedert wurden, und ab Januar 2021 soll ein Pflegeuntergrenzengesetz dem Personalmangel, besonders auf den Intensivstationen, entgegenwirken. Es ist jedoch zu befürchten, dass nicht ausreichend qualifiziertes Personal gefunden werden kann. Es fehlen ca. 40.000 - 80.000 Pflegekräfte, die durch Anwerbungen ausländischer Pflegekräfte nicht ersetzt werden können. Eine bessere Vergütung der Pflegetätigkeiten ist wichtig, aber solange sich die Arbeitsbedingungen nicht ändern, wird der in allen Bereichen bestehende Personalmangel nicht behoben werden können. Da hilft kein Applaudieren, so anerkennend und unterstützend diese Geste während der ersten Coronawelle auch war. Krankenhäuser dürfen keine betriebswirtschaftlichen Gewinne erzielen! Die Daseinsvorsorge gehört in die Öffentliche Hand! An vielen Orten bilden sich jetzt Pflegebündnisse, um die häufig erschöpften und resignierten Pflegekräfte in ihrem Kampf um eine Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen und die Abschaffung des DRG-Systems zu unterstützen.

DR. MECHTHILD KLINGENBURG-VOGEL



Kreis mischt im MVZ mit

MVZ Nicht nur in Schleswig-Holstein sind Kommunen als Träger ambulanter ärztlicher Einrichtungen aktiv. Der hessische Kreis Vogelsberg hat zu Jahresbeginn ein Modell gestartet, das es im Norden noch nicht gibt.

Ein Kreis und zwei Kommunen sind im hessischen Vogelsbergkreis Träger eines gemeinsamen MVZ. Weitere Städte und Gemeinden aus dem Kreis könnten per Satzung der gemeinnützigen GmbH noch beitreten. Der Kreis ist mit mehr als 75 Prozent Mehrheitsgesellschafter.

Mit Ausnahme der Trägerstruktur und der Managementgesellschaft – in Hessen ist dies die Optimedis AG statt der Ärztegenossenschaft Nord bei den meisten Modellen in Schleswig-Holstein – ähnelt das Modell den hier bekannten. Auch in Hessen verzeichnet man nachlassendes Interesse von Ärzten an einer Praxisübernahme.

„Arztpraxen sind wie ein Dominostein in der ländlichen Infrastruktur. Wenn eine Praxis schließt, folgen oft andere wichtige Einrichtungen“, sagt Ulf Werner, Geschäftsführer der MVZ Vogelsberg gGmbH. Mit dem MVZ will man vor Ort verhindern,

dass der „Dominostein Arztpraxis“ fällt. Das Risiko bestand aus Sicht des Kreises: Die Zahl der Hausärzte im Kreis hat innerhalb von zehn Jahren um zehn Prozent abgenommen. Der Kreis stellte den Bürgermeistern der 19 Städte und Gemeinden deshalb das Modell eines interkommunalen MVZ vor. Vorteil gegenüber Alleingängen der Gemeinden: Diese brauchen bei einem MVZ in Rechtsform der GmbH eine selbstschuldnerische Bürgschaft als Haftung für etwaige Ansprüche von Krankenkassen und KV. Kleinen Gemeinden wird diese Bürgschaft in aller Regel nicht gewährt, dem Kreis schon.

Das Gemeinschaftsprojekt in Hessen startete mit drei angestellten Ärzten und zehn MFA. Seit Februar ergänzt ein weiterer angestellter Arzt das allgemeinmedizinisch ausgerichtete Team. Mittelfristig hofft Werner auf einen Personalbestand von sechs Ärzten und rund 15 MFA. Die Nach-

frage der Patienten ist vorhanden, das MVZ ist derzeit das einzige ambulante allgemeinmedizinische Angebot in diesen beiden Gemeinden. Die Rekrutierung von Ärzten bleibt für das MVZ eine schwierige Aufgabe, meint Werner: „Auf dem Land wird es auch in den kommenden Jahren eine Herausforderung bleiben.“ Neben den bekannten Vorteilen erhalten die Ärzte im MVZ Vogelsberg deshalb neben einem Grundgehalt einen Bonus für die persönlichen Leistungen.

Ziel sind auch in Hessen Gesundheitszentren, die die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen erleichtern – vergleichbar mit dem Modell, das die kommunale Eigeneinrichtung in Büsum erfolgreich etabliert hat. Als Blaupause dient das Modell an der Nordsee laut Werner dennoch nicht. „Jedes Modell muss sich an den jeweiligen Bedingungen vor Ort orientieren“, betont er. In Büsum hat man eine andere Rechtsform gewählt, zudem sind dort nicht mehrere Gemeinden beteiligt.

Das liegt nach Auskunft von Thomas Rampoldt von der Ärztegenossenschaft Nord daran, dass Kommunen sich nur schwer auf einen gemeinsamen Standort für ein Gesundheitszentrum einigen können. Eine Ausnahme ist das Zentrum in Hürup, an dessen Träger, der Sozialstation, mehrere Gemeinden beteiligt sind. Für das Zentrum in Lunden wiederum haben sich Umlandgemeinden zu einem Defizitausgleich bereit erklärt.

Kreise sind in Schleswig-Holstein bislang zwar nicht Gesellschafter von MVZ, engagiert sind sie in der ambulanten Versorgung aber schon: Der Kreis Dithmarschen und der Kreis Segeberg beschäftigen jeweils Koordinatoren für die ambulante hausärztliche Versorgung, die wie berichtet schon Gesundheitszentren in ihren Regionen etablieren konnten, indem sie die Interessen unterschiedlicher Kommunen und der dort ansässigen Ärzte berücksichtigt haben – was allerdings nicht in allen Regionen gelungen ist.

DIRK SCHNACK

Info

Eingang zum Ärztezentrum in Büsum, das bundesweit als Vorbild für immer neue Modelle von Zentren in der ambulanten Versorgung gilt. Übertragbar sind die Modelle jedoch meist nicht; sie müssen an die regionalen Besonderheiten angepasst werden.



Stabile Spenden

ORGANSPENDE Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) meldet für das Pandemiejahr 2020 stabile Spendenzahlen. Lob für die Kliniken.



Im Jahr 2020 haben in Deutschland 913 Menschen nach dem Tod ein oder mehrere Organe gespendet. Das entspricht 11,0 Spendern pro eine Million Einwohner, meldet die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Damit liegen die Organspendenzahlen trotz des von der Coronavirus-Pandemie geprägten Jahres in etwa auf dem Niveau von 2019 (932 Organspender; 11,2 Spender pro einer Million Einwohner). In Schleswig-Holstein gab es im vergangenen Jahr 27 Organspender, dies waren vier mehr als im Vorjahr.

Im zurückliegenden Jahr konnten bundesweit 2.941 postmortal entnommene Organe durch die internationale Vermittlungsstelle Eurotransplant (ET) an Patienten auf den Wartelisten zugewiesen werden, nur ein leichter Rückgang gegenüber dem Jahr zuvor (2019: 2.995 Organe). Dazu zählten 1.447 Nieren, 746 Lebern, 342 Lungen, 320 Herzen, 79 Bauchspeicheldrüsen sowie 7 Därme. Jeder der 913 Spender hat somit durchschnittlich mehr als drei schwerkranken Patienten die Chance auf ein neues Leben ermöglicht.

Bis Ende Februar 2020 – dem Start der Pandemie in Deutschland – verzeichneten die Organspendenzahlen eine deutliche

Zunahme, die aber im Verlauf des Jahres nicht anhielt. Dass Organspenden und Transplantationen in Deutschland jedoch insgesamt ohne die teils großen Einbrüche wie in anderen europäischen Ländern fortgeführt werden konnten, führt die DSO auf mehrere Gründe zurück: das Engagement in den Kliniken und die frühzeitig mit allen beteiligten Institutionen getroffenen Regelungen, um auch während der Pandemie die Sicherheit für die Empfänger im Organspendeprozess zu gewährleisten.

Auch das im April 2019 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Or-

ganspende trug laut DSO vermutlich dazu bei, dass die Organspendenzahlen stabil blieben. Die beschlossenen Maßnahmen bewirken, dass sich in den Kliniken die Voraussetzungen für das Erkennen und Melden möglicher Organspender verbessern. Insbesondere die Rolle der Transplantationsbeauftragten wurde gestärkt, die die Schnittstelle zwischen Entnahmekrankenhäusern und der DSO bilden. Sie haben eine Schlüsselfunktion im Bemühen um höhere Organspendenzahlen und müssen nun für ihre Aufgaben freigestellt werden. Diese Aufgaben umfassen das Erkennen möglicher Organspender, zudem die Erstellung klinikinterner Verfahrensanweisungen für den Ablauf einer Organspende sowie die Fortbildung von Krankenhausmitarbeitern.

Das Engagement der Entnahmekrankenhäuser lässt sich auch an der Zahl der organspendebezogenen Kontakte ablesen, also der Fälle, in denen sie sich an die DSO gewendet haben, um über eine mögliche Organspende zu sprechen. Diese Kontakte haben 2020 im Vergleich zu 2019 um 2,5 Prozent zugenommen und lagen bei 3.099 (2019: 3.023). „Das zeigt, dass es für Ärzte und Pflegende auf den Intensivstationen zunehmend selbstverständlich ist, am Lebensende von Patienten mit schwerer Hirnschädigung auch nach der Einstellung zur Organspende zu fragen, selbst in der Phase der Pandemie“, sagte Dr. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO.

Das Gesetz vom April 2019 verpflichtet die Entnahmekrankenhäuser zudem zur Dokumentation und Datenauswertung der Todesfälle mit primärer und sekundärer Hirnschädigung. So wird erfasst, warum ein irreversibler Hirnfunktionsausfall nicht festgestellt oder ein möglicher Organspender nicht an die DSO gemeldet wurde. Dazu erklärte Rahmel: „Unsere bundesweite Erstanalyse vom November 2020 verdeutlicht, dass wir in Deutschland ähnlich hohe Organspendenzahlen haben könnten wie in anderen Eurotransplant-Ländern. Voraussetzung dafür ist, dass in den Kliniken alle Möglichkeiten einer Organspende erkannt und in Betracht gezogen werden.“ Weitere Impulse verspricht sich die DSO vom Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende, das im Jahr 2022 in Kraft tritt. Es sieht eine verstärkte Aufklärung der Bevölkerung über die Organspende vor. Eingebunden werden dabei u. a. Hausärzte und Behörden. Zudem ist die Einführung eines Organspenderegisters geplant. (PM/RED)

Info

81 Organe wurden im vergangenen Jahr in Schleswig-Holstein gespendet, dies waren vier mehr als im Jahr zuvor. Bundesweit ging die Zahl von 2.995 auf 2.941 zurück. Im Norden wurden 144 Organübertragungen vorgenommen, dies waren 54 mehr als 2019. Bundesweit sank die Zahl von 3.196 auf 3.016.

Höhen und Tiefen für Ärzte im DRK

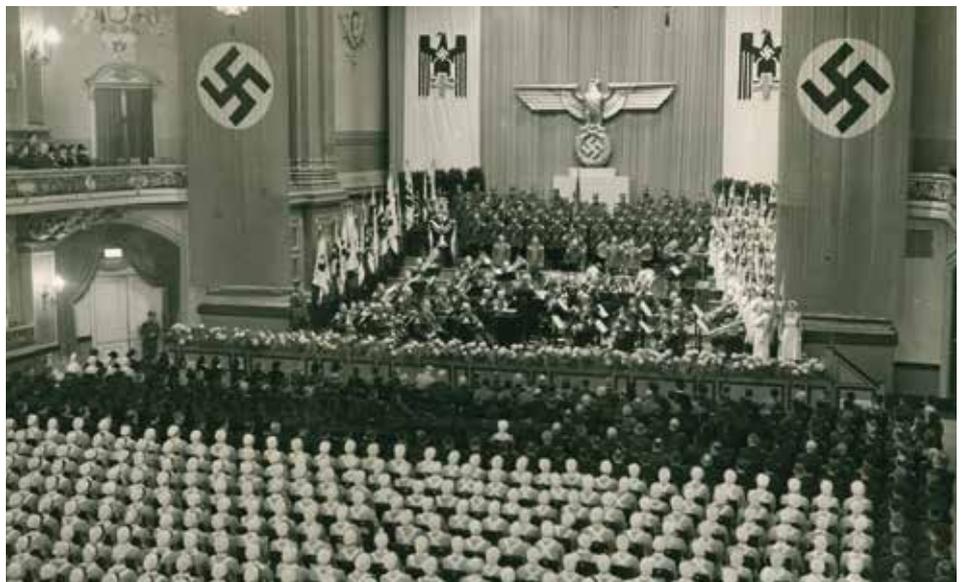
100 JAHRE DRK Eine Tagung der IPPNW setzt sich kritisch mit der DRK-Geschichte auseinander und wirft auch einen Blick auf das Kapitel des „Dritten Reichs“ und auf beide Weltkriege.

Vor 100 Jahren gründete sich das Deutsche Rote Kreuz in Bamberg. Heute ist die Organisation bundes- und weltweit tätig, „rettet Menschen, hilft in Notlagen, bietet Gemeinschaft, steht den Armen und Bedürftigen bei und wacht über das Völkerrecht“, so die Selbstbeschreibung. Doch kritische Historiker werfen dem Verein vor, sich bisher nicht gründlich mit den dunklen Seiten seiner Geschichte befasst zu haben.

Ärzte in Rotkreuz-Uniform an der Auswahlrampe in Auschwitz, Rotkreuz-Schwester, die den Eid auf den Führer leisteten, ein rascher Ausschluss von jüdischen oder politisch unliebsamen Beschäftigten: „Die NSDAP hat das DRK sehr schnell durch offene und versteckte Repressalien gleichgeschaltet“, sagte der Kinderarzt und Medizinhistoriker Dr. Horst Seithe bei einer Tagung der IPPNW, der deutschen Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges. Zur Wahrheit gehöre aber auch: Gegen die Gleichschaltung war „keine Gegenwehr erkennbar“. Stattdessen habe die Organisation „Mitverantwortung übernommen“, weil es Strukturen und Personal aufbaute, die einen „Krieg führbar erscheinen ließen“, so Seithe weiter, der auch ein Buch zum Thema verfasst hat.

Er sieht eine „Traditionslinie“ aus der Geschichte der Organisation, deren Wurzeln zurück ins 19. Jahrhundert reichen und deren erste große Bewährungsprobe im Ersten Weltkrieg kam.

Über diese Phase berichtete bei der Tagung Dr. phil. Uta Hinz, Medizinhistorikerin an der Universität Düsseldorf. Bis zu neun Millionen Soldaten kämpften in diesem Krieg, alle Seiten mussten eigene und fremde Verwundete versorgen und Gefangene unterbringen. Das DRK half und heilte nicht nur in den Lazaretten, son-



Fahnenweihe und Vereidigung von DRK-Helferinnen in der Philharmonie in Berlin: die Anwesenden während der Ansprache des örtlichen Gauleiters Artur Goerlitzer.

dern – da es über das internationale Rotkreuz-Komitee in Genf Kontakte zu den Feinden herstellen konnte – suchte im großen Stil Vermisste, informierte Angehörige und brachte Millionen von Paketen und Briefen zu den Gefangenen. Gleichzeitig aber war das DRK „Teil der Heimatfront“,

Info

Am 25. Januar 1921 entstand das Deutsche Rote Kreuz, wie wir es heute kennen: Die bestehenden deutschen Rotkreuzlandesvereine schlossen sich auf einer Sitzung im Alten Rathaus in Bamberg in einem Dachverband zusammen, der seitdem das gesamte Rote Kreuz in Deutschland vertritt. Die Jubiläumsfeier findet am Weltrotkreuztag am 8. Mai 2021 in Bamberg statt.

so Hinz. Es gab propagandistische Angriffe auf die Gegner, vor allem ging es um die Frage, wer die Gefangenen besser behandelte. Die Deutschen rühmten sich ihrer „neuen und modernen Lager“, in denen „Menschlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Ordnung“ herrschten, während gleichzeitig „die Franzosen und ihre sauberen Blutsbrüder“ deutsche Gefangene vernachlässigen würden. Während Briten oder Franzosen immerhin als gleichrangig angesehen wurden, galten Russen meist als „dumpe Masse“ und wurden schlechter behandelt. Dennoch, so Hinz' Resümee, hielt sich das DRK an die Werte und Standards humanitären Handelns.

Der Versailler Vertrag verpflichtete das DRK zur Demilitarisierung. Die aber fand nur scheinbar statt, so Horst Seithe in seinem Vortrag: Der konservative Jurist Joachim von Winterfeldt-Menkin, Präsident des DRK von 1921 bis 33, war nicht nur „Herzemonarchist“, sondern sah auch ei-

nen weiteren Krieg voraus und wollte das DRK dafür bereithalten. So führten die Ortsvereine Mobilmachungslisten, um später schnell wieder zum Sanitätsdienst zurückzukehren. Offiziell aber wandte sich das DRK der Wohlfahrtspflege zu und trat 1926 in die Liga der Wohlfahrtsverbände ein. Es behielt aber, auch durch seine internationalen Verbindungen, einen Sonderstatus.

Als die NSDAP an die Macht kam, erklärte Winterfeldt-Menkin Adolf Hitler die „unbedingte Bereitschaft, uns Ihnen zu unterstellen“. Dazu gehörte sein Angebot, „Personen zu entfernen, die nicht in die heutige Zeit passen“ – also jüdische oder linke Beschäftigte – sowie der Vorschlag, NS-Funktionäre in die Führungsgremien der eigenen Organisation zu holen.

Von dieser Anbiederung profitierte Winterfeldt-Menkin nicht, berichtete Seite: Dr. Paul Hocheisen, Chef des SA-Sanitätswesens und Generaloberstabsarzt, übernahm die organisatorische Verantwortung, Präsident wurde Carl Eduard von Sachsen-Coburg und Gotha. Während einige Forscher ihn für unpolitisch und unwissend halten, schreibt Seite ihm als hohem NS-Funktionär eine wichtige Rolle und Mitverantwortung zu. Das DRK insgesamt wurde fest in NS-Strukturen eingebunden: Jeder Arzt, jede Schwester leistete einen Eid auf den „Führer“, der Schirmherr des DRK war. „Die Täter waren Teil der Organisation, sie waren die Organisation“, so Seite.

Trotz dieser engen Verflechtungen mit den Eliten sowohl des Kaiserreichs als auch des „Dritten Reiches“ habe das DRK seine Geschichte bisher kaum aufgearbeitet, kritisiert die IPPNW. Seite zählte in seinem Vortrag nur wenige Studien zum Thema auf. Das sei ein Unterschied zu anderen Gruppen im Gesundheitswesen, die sich geradezu einen Wettlauf um die schnellste und umfassendste Aufklärung liefern, sagte Professor Karl-Heinz Leven, Direktor des Instituts für Medizingeschichte und Ethik der Universität Erlangen und Organisator der Tagung. Der Startschuss für diese breite Aufarbeitung fiel 1980 auf dem Gesundheitstag in Berlin, an dem rund 12.000 Mediziner Alternativen zu den als verkrustet empfundenen Strukturen der Kammern suchten.

In einer Pressemitteilung appellierte die IPPNW an das Deutsche Rote Kreuz, sich endlich „glaubwürdig und nachhaltig seiner belasteten Vergangenheit zu stellen und diese anzunehmen“.

ESTHER GEISSLINGER

„Es tun sich neue Welten auf“

100 JAHRE DRK Der Landesverband Schleswig-Holstein wünscht sich Ärzte für das Ehrenamt.

Aktuell dreht sich im DRK-Landesverband Schleswig-Holstein alles um die Corona-Pandemie, aber auch in ruhigeren Zeiten gibt es reichlich Aufgaben. Kliniken, Pflegeheime, Jugendbetreuung und soziale Angebote für alle Altersgruppen finden sich unter dem Dach des Roten Kreuzes. Zum 100-jährigen Jubiläum des DRK Deutschland wünscht sich Schleswig-Holsteins DRK-Landesarzt Dr. Ingo Prill, dass sich mehr Kollegen freiwillig engagieren. Denn ohne Ehrenamtliche sind die Strukturen nicht zu halten.

Rund 150 Gäste saßen vor einigen Jahren an der Kaffeetafel bei der 75-Jahr-Feier des DRK-Ortsvereins Ratekau. Der 100. Geburtstag des bundesweiten Dachverbandes fällt dagegen vergleichsweise klein aus, sagt Dr. Ingo Prill. Der Allgemeinmediziner aus Ratekau im Kreis Ostholstein ist ehrenamtlicher Landesarzt des DRK in Schleswig-Holstein, er teilt sich das Amt mit Dr. Sabine Kraas, Leiterin des Instituts für Transfusionsmedizin in Schleswig. Der 61-jährige Prill trat vor einem halben Jahrhundert in die Organisation ein, anfangs eher notgedrungen: „Mit zehn, elf Jahren hat man auf dem Land nicht so viel Auswahl.“ Nach dem Studium übernahm er verschiedene ehrenamtliche Funktionen und hofft auf Nachahmer.

Rund 7.500 Menschen arbeiten in Schleswig-Holstein hauptberuflich für das Rote Kreuz. Vorstände des Landesverbandes sind zurzeit Anette Langner, die als ehemalige SPD-Staatssekretärin im Gesundheitsministerium bestens politisch vernetzt ist, und Ralph Schmieder, vorher Vorstand der Sparkasse Südholstein. Ein knappes Dutzend eigener Einrichtungen listet die Verbands-Homepage auf, darunter das Krankenhaus Mölln-Ratzeburg, das Norddeutsche Epilepsiezentrum für Kinder und Jugendliche (NEZ) und die Kurklinik „Goldene Schlüssel“ in St. Peter-Ording. Zurzeit ist der Landesverband ein wichtiger Akteur bei der Organisati-

on der Corona-Testzentren und Impfstraßen, kümmert sich im Auftrag der KV um die Logistik und stellt das Fachpersonal für Impfungen und Tests.

Doch die Arbeit des DRK klappt nur mit Ehrenamt: Freiwillige, überwiegend Frauen, schmieren Brötchen bei Blutspendeterminen, kochen Kaffee für Alternachmittage, organisieren Treffen. Besonders im ländlichen Bereich sei das eine wichtige Aufgabe, sagt Prill. Neben diesen sozialen Aufgaben gibt es auch professionelle Präventionsangebote wie den „aktivierenden Hausbesuch“ und aktuell ein Projekt gegen Einsamkeit in Corona-Zeiten.

Früher seien auch Ärzte ehrenamtlich für die Ortsvereine tätig gewesen, erinnert sich Prill: „Als ich ein kleiner Junge war, kamen diese älteren, gütig lächelnden Herren manchmal bei den Treffen vorbei.“ Damals stand die Tätigkeit des „Ortsvereinsarztes“ sogar in der Satzung – das DRK schloss damit an die Tradition an, ärztlichen Fachverstand in alle Gremien einzubeziehen. Doch diese Zeiten sind vorbei. Die heutige Satzung verlangt erst auf der Kreisebene einen Arzt oder eine Ärztin. Doch auch diese Posten sind schwer zu besetzen – aber wichtig.

„Die Regeln verlangen, dass ein Arzt nominell die Leitung etwa von Erste-Hilfe-Ausbildungen übernimmt“, erklärt Prill. Er muss die Übungen zwar nicht selbst vornehmen, aber bestätigen, dass die Ausbilder qualifiziert sind. Daneben geht es um die Vernetzung mit anderen Rettungs- oder Sanitätsdiensten und Sitzungen des DRK-Vorstands. „Es geht um etwa sechs Termine im Halbjahr“, schätzt Prill, der als Landesarzt zurzeit regelmäßig an den Coronarunden auf Landesebene teilnimmt. „Aber nicht zu vergessen, man profitiert selbst davon.“ Zu dem Gefühl, „etwas Gutes zu tun, bekommt man viel zurück, nicht in Heller und Pfennig, sondern in Freude und Anerkennung“. Neue Kontakte, eine Vielzahl an Informationen: „Durch so ein Amt tun sich neue Welten auf.“ ESTHER GEISSLINGER

Nach Covid-19 ist vor der Reha

REHA Anschlussheilbehandlungen nach Covid-19 sind nicht die Regel. Ratzeburg bezieht seelischen Zustand der Patienten mit ein.



Chefarzt Dr. Stefan Nagel, Krankenhausdirektor Stephan Freitag, Chefarzt Dr. Jan Schmielau und Facharzt Dr. Burkhard Lehnigk (von links) streben eine bessere Kommunikation über die Möglichkeiten der Reha nach Covid-19 ein.

Als im Frühsommer 2020 die ersten Patienten nach einer Covid-19-Erkrankung in das Aneos Reha-Klinikum Ratzeburg kamen, mussten sich auch erfahrene Ärzte und Therapeuten an die neue Herausforderung herantasten. Komplettes Neuland mussten sie dennoch nicht betreten – das bewährte Instrumentarium der Reha stand zur Verfügung und führte auch zu Fortschritten. Wie wichtig die Reha für die Patienten ist, zeigte sich in den kommenden Monaten in somatischer und psychosomatischer Hinsicht.

„Eine Corona-Erkrankung setzt nicht nur der Lunge, den Nieren und dem Herz zu, sondern auch der menschlichen Psyche“, sagte Dr. Stefan Nagel in einem Pressegespräch Ende Januar in Ratzeburg. Das allerdings machten sich nach Beobachtung des Chefarztes des Reha Klinikums für Psychosomatik und pflegende Angehörige in diesen ersten Monaten mit Covid-19 weder Patienten, noch alle behandelnden Ärzte klar – zu groß war die Erleichterung, die Erkrankung überstanden zu haben. Folge: Viele Patienten wurden in die Häuslichkeit entlassen und fanden anschließend nur schwer zurück in den Alltag. Was aber

bedeutet das Gefühl, wegen der Erkrankung plötzlich gealtert zu sein? Wie verarbeitet man die aufgetretenen Verlustängste? Wie verändert uns die fehlende körperliche Nähe, wenn die Distanzregeln strikt eingehalten werden? Diesen und weiteren Herausforderungen begegnet Nagels Team in der psychosomatischen Klinik mit einer 35-tägigen Reha.

Damit es zu dieser Reha kommen kann, muss nach seiner Ansicht die Aufmerksamkeit für das Thema erhöht werden. Dies gilt auch für die somatischen Beschwerden nach der Akutphase. Dr. Jan Schmielau, Chefarzt des Reha Klinikums und Dr. Burkhard Lehnigk, Facharzt für Pneumo-

Info

Das Konzept der Anschlussheilbehandlung nach Covid-19 differenziert nach folgenden Schwerpunkten: Körperliche Leistungsfähigkeit, Lungenfunktionstraining, kognitive Beeinträchtigungen, Wahrnehmungsstörungen, psychische Belastungssituation und Fatigue.

logie in der Klinik, wünschen sich ebenfalls mehr Sensibilität für die Reha nach Covid-19. Noch sind nach ihrer Wahrnehmung nicht alle weiterbehandelnden niedergelassenen Ärzte über die Möglichkeiten informiert, mit denen eine Reha den aus Akutkliniken entlassenen Patienten weiterhelfen kann. „Viele dieser Patienten haben eine Lungenembolie durchgemacht und haben noch Wochen später Luftnot. Das geht in der Nachbehandlung zum Teil unter“, nennt Lehnigk als Beispiel.

Viele scheinbar genesene Patienten – als solche werden sie in allen Statistiken geführt – sind nach der Akutklinik keinesfalls in der Lage, in ihren Alltag zurückzukehren. Manche von ihnen bleiben zu Hause und erholen sich, wenige kümmern sich eigeninitiativ um eine Reha. Diese kleine Gruppe hat schon geschafft, was vielen nicht gelingt – das Eingeständnis, dass sich der frühere Gesundheitszustand ohne weitere Unterstützung gar nicht oder nur sehr langsam wieder einstellen wird. „Diese Akzeptanz, dass nicht sofort alles wieder funktioniert, muss sich erst einmal einstellen“, sagt Schmielau. Deshalb wird auch in der somatischen Reha mit den Experten der psychosomatischen Klinik zusammengearbeitet. Die Akzeptanz ist nach Erfahrungen der Ratzeburger Reha-Ärzte stark von der „Fallhöhe“ abhängig. Insbesondere zuvor junge und körperlich fitte Menschen haben es schwer, den erlittenen Leistungsabfall zu verarbeiten und die Geduld aufzubringen, die gewohnten Fähigkeiten nur langsam zurückzuerlangen.

Wann und wie Patienten nach der Akutklinik in die Anschlussheilbehandlung kommen, ist derzeit so individuell wie die speziell auf sie zugeschnittenen Therapiepläne. Die Zeitspannen zwischen Akut und Reha liegen nach Angaben der Ärzte zwischen einer und acht Wochen. Die meisten der Ratzeburger Patienten kommen bislang auf Empfehlung der Akutkliniken, mehrheitlich aus dem regionalen Einzugsgebiet inklusive Lübeck. Nur wenige Patienten kommen auf Initiative aus dem niedergelassenen Bereich, oder weil sich Patienten selbst darum gekümmert haben. Das Klinikum würde die Erfahrungen mit bislang erst rund 30 Rehabilitanden gerne ausbauen, auch Studien über die Wirkung der Reha von Covid-19 Patienten wären nach ihrer Ansicht hilfreich. Die Kostenträger sind bei den Anträgen nach Erfahrungen von Krankenhausdirektor Stephan Freitag bislang mehrheitlich aufgeschlossen, wenn es um die Bewilligung der Reha geht.

DIRK SCHNACK

Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt

Anzeigenschlusstermin
Ausgabe März 2021

19. Februar 2021



GEBURTSTAGE

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

Dr. Ingrid Mehnert, Kiel, feiert am 01.03. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Ulf Garmesen, Geesthacht, feiert am 02.03. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Dieter Kerkmann, Wees, feiert am 03.03. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Reinhild Schiffer, Kiel, feiert am 03.03. ihren 70. Geburtstag.

Elisabeth Marczuk, Scharbeutz, feiert am 05.03. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Claudia Kamps, Scharbeutz, feiert am 06.03. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Benedicta Matthiessen, Bad Bramstedt, feiert am 08.03. ihren 90. Geburtstag.

Dr. Herbert Seele, Glinde, feiert am 08.03. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Gisa Esche-Bruhn, Kaltenkirchen, feiert am 08.03. ihren 80. Geburtstag.

Heinz Biemann, Pinneberg, feiert am 09.03. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Gert Kunze, Ahrensböök, feiert am 11.03. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Elfriede Leicht, Kiel, feiert am 12.03. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Hans-Joachim Frercks, Lauenburg/Elbe, feiert am 13.03. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Richard Koether, Bad Oldesloe, feiert am 17.03. seinen 80. Geburtstag.

Joachim Matthiassen, Schleswig, feiert am 17.03. seinen 75. Geburtstag.

Benno Colmorgen, Henstedt-Ulzburg, feiert am 17.03. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Dankwart Rachor, Lübeck, feiert am 17.03. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Jörn Pankow, Flensburg, feiert am 21.03. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Wolfram Block, Groß Vollstedt, feiert am 22.03. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Reiner Hartmann, Eckernförde, feiert am 22.03. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Matthias von Müllmann, Lensahn, feiert am 22.03. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Wilken Boie, Handewitt, feiert am 24.03. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Peter Dahl, Lübeck-Travemünde, feiert am 26.03. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Claus Hudemann, Quarnbek, feiert am 26.03. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Christel Baeker, Kiel, feiert am 27.03. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Günter Guddat, Sylt, OT Morsum, feiert am 28.03. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Ralf-Sigmar Simon, Norddorf/Amrum, feiert am 28.03. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Gunnar Burmeister, Bösdorf, feiert am 28.03. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Michael Kompisch, Wentorf, feiert am 29.03. seinen 80. Geburtstag.

Prof. Walter Sigge, Groß Grönu, feiert am 31.03. seinen 75. Geburtstag.

Chefarzt bei Sana in Lübeck: Felix Renken

Dr. Felix Renken ist seit Jahresbeginn neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an den Sana Kliniken Lübeck. Gemeinsam mit Chefarzt Dr. Norbert Thiem, der seit mehr als zwölf Jahren für die medizinischen Belange der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie zuständig ist, leitet Renken nun im Tandemmodell bis zu dessen Eintritt in den Ruhestand Ende Februar die Fachabteilung.

Der 50-Jährige hat nach seinem Studium in Kiel zunächst an der Schön Klinik in Neustadt und am

UKSH in Lübeck gearbeitet. Renken war Leiter des Bereichs „Traumatologie und Wiederherstellungschirurgie“ sowie Hauptoperateur im Lübecker Endoprothesenzentrum.

An den Sana Kliniken reizt ihn nach eigener Aussage die interne Vernetzung mit Fachabteilungen wie Radiologie, Innere Medizin und Anästhesie sowie mit Partnern wie etwa das DRK Krankenhaus in der Hansestadt. Laut Mitteilung des Hauses liegt Renken die Weiterbildung in einem interdisziplinären Team am Herzen. (PM/RED)

Direktor am UKSH in Kiel: Babak Moradi

Prof. Babak Moradi verstärkt das Direktorium der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am UKSH-Campus Kiel und leitet die Klinik gemeinsam mit Prof. Andreas Seekamp. Zuvor war Moradi kommissarischer Geschäftsführender Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Heidelberg.

Moradi bringt Erfahrungen aus den USA, Australien und Kanada mit. 2013 wurde er mit dem Start-up-

Preis der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie ausgezeichnet, 2018 mit dem Wilhelm-Roux-Preis der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie und mit dem Arthur-Vick-Preis der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie. Moradi hat sich auf die gelenkerhaltende Chirurgie und minimalinvasive Verfahren des Gelenkersatzes spezialisiert. Das Spektrum in Kiel will er durch innovative OP-Verfahren ergänzen. (PM/RED)

W2-Professur in Lübeck: Thomas Kötter



Prof. Thomas Kötter

Prof. Thomas Kötter hat seit Jahresbeginn eine W2-Professur am Institut für Allgemeinmedizin (IfA) an der Universität in Lübeck inne.

Zuvor war er wissenschaftlicher Mitarbeiter am IfA, das von Prof. Jost Steinhäuser geleitet wird. Zudem arbeitet Kötter als Hausarzt in Lübeck.

Als seine wichtigsten Ziele für die kommenden Jahre bezeichnete Kötter die Stärkung und Erweiterung des Lehrpraxen-Netzwerkes des Instituts sowie die Weiterentwicklung der Lehre im Fach Allgemeinmedizin unter den Rahmenbedingungen der kommenden Approbationsordnung.

Kötter hob hervor, dass seine Forschungsthemen zu evidenzbasierter Primärversorgung und „Scientific Literacy“ eng mit der allgemeinen medizinischen Lehre an der Universität und in den Lehrpraxen verknüpft sein werden. (PM/RED)

Oberärztin in HU: Nina Böhm



Chefarzt Dr. Simon Bühler und die neue Kreißsaaloberärztin Nina Böhm in der Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg.

Nina Böhm ist neue Kreißsaaloberärztin an der Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg. Sie erweitert das fachliche Spektrum des Hauses um die Schwerpunkte Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin.

Böhm verfügt über mehr als 20 Jahre Berufserfahrung und war seit 2005 an der Hamburger Asklepios Klinik Nord Heidberg tätig, in ihrer letzten Position dort als Leitende Oberärztin in der Geburtsmedizin.

„Ich habe mir immer eine enge und persönlichere Betreuung der mir anvertrauten Patientinnen gewünscht. Das ist in diesem Haus mit

seinen rund 800 Geburten im Jahr gut möglich“, sagte Böhm zu ihrem Amtsantritt im Januar.

„Die Perinatologie ist spezialisiert auf die gesundheitliche Betreuung von Schwangeren vor und nach der Geburt. Wir haben jetzt die höchste Expertise bei der Betreuung sowohl des ungeborenen als auch des neugeborenen Kindes im Haus. Damit stärken wir einen Kernbereich unserer Arbeit und können werdenden Müttern und ihren Neugeborenen eine sichere Behandlung und Betreuung anbieten“, sagte Henstedt-Ulzburgs Chefarzt Dr. Simon Bühler. (PM/RED)

Chefarzt am SKK: Jochen Renner

Prof. Jochen Renner hat zu Jahresbeginn als Chefarzt die Leitung der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin im Städtischen Krankenhaus Kiel (SKK) übernommen. Er tritt die Nachfolge von Dr. Andreas Hückstädt an, der wie berichtet zum Jahresende in den Ruhestand gegangen ist.

Renner war bis Ende 2019 27 Jahre in der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin am UKSH, Campus Kiel tätig, zuletzt als leitender Oberarzt und Lehrbeauftragter. Im Januar 2020 ist er als Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie an die Helios Kliniken in

Schwerin gewechselt und nach einem Jahr zurückgekehrt.

Renner wurde 1962 in Preetz geboren. Als Schwerpunkt seines klinischen Alltags nennt das SKK die Implementierung perioperativer Behandlungskonzepte wie Patient Blood Management, das ERAS-Konzept zur schnelleren Rekonvaleszenz der Patienten nach operativen Eingriffen sowie die Weiterentwicklung der Sonografie in der Ausbildung wie in der Patientenversorgung. 2016 wurde Renner mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit ausgezeichnet. Er setzt sich in Projekten für die Förderung von Studierenden ein. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

FEK mit neuen Ärztlichen Direktoren

PD Dr. Ivo Heer ist als Ärztlicher Direktor im Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster zum Jahreswechsel auf eigenen Wunsch zurückgetreten. Wie das FEK im Januar mitteilte, haben die ärztlichen Vertreter der Krankenhausleitung, PD Dr. Nicolas Schwarz (Chefarzt der Klinik für Chirurgie) und PD Dr. Andrea Pace (Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie), die kommissarische Leitung übernommen. (PM/RED)

Burckhardt übernimmt von Baum

Dr. Holger Baum, seit 22 Jahren im FEK, hat sich in den Ruhestand verabschiedet. PD Dr. Till Burkhardt übernimmt den Chefarztposten in der Neurochirurgie des Neumünsteraner Krankenhauses. Burkhardt ist seit zweieinhalb Jahren als Oberarzt im FEK tätig und hat laut Mitteilung der Klinik dank der Einarbeitung durch Baum einen reibungslosen Übergang erfahren. (PM/RED)

UKSH holt Jendges aus Berlin

Corinna Jendges wird neuer Vorstand für Krankenpflege, Patientenservice und Personalangelegenheiten am UKSH. Sie wird spätestens am 1. Juni die Nachfolge von Michael Kiens antreten. Die Position soll nach Angaben der Landesregierung neu ausgerichtet und gestärkt werden. „Im Zuge der Neubesetzung erweitern wir die Zuständigkeit der Vorstandsposition und stärken die Pflege“, kündigte Finanzministerin Monika Heinold an. Jendges hat Gesundheits- und Pflegemanagement studiert und zuvor als Krankenschwester gearbeitet. Sie kommt von Vivantes in Berlin. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Susanne Dohrendorf, Berkenthin, geboren am 06.04.1960, verstarb am 05.10.2020.

Dr. Gudrun Chanda, Schönkirchen, geboren am 26.06.1943, verstarb am 24.11.2020.

Dr. Hans Peter Hellmig, Börnsen, geboren am 06.08.1939, verstarb am 01.12.2020.

Dr. Ulrich Hagemeister, Krummesse, geboren am 10.04.1943, verstarb am 12.12.2020.

Dr. Thomas Stamm, Tönning, geboren am 24.06.1951, verstarb am 12.12.2020.

Dr. Hans-Günther Orłowski, Flensburg, geboren am 13.06.1929, verstarb am 13.12.2020.

Dr. Karsten Rieck, Lübeck, geboren am 08.10.1946, verstarb am 19.12.2020.

Jens-Michael Berger, Norderstedt, geboren am 29.01.1951, verstarb am 28.12.2020.

Dr. Ernst Sönke Fiedler, Flensburg, geboren am 08.07.1933, verstarb am 28.12.2020.

Schwankende Nachfrage nach Operationen

ENDOPROTHETIK Zahl der elektiven Eingriffe 2020 deutlich rückläufig. Starke Einbrüche in der ersten Lockdown-Phase. Neben den Vorgaben der Politik spielt die Angst der Patienten vor Ansteckung eine wichtige Rolle.

Die Zahl der implantierten Hüft- und Kniegelenksendoprothesen ist coronabedingt 2020 deutlich zurückgegangen. Wie Prof. Karl-Dieter Heller aus Braunschweig, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik (AE), bei der virtuellen Jahrestagung im Dezember erklärte, hat sich während der ersten Welle im Frühjahr die Zahl der endoprothetischen Operationen in einzelnen Häusern auf etwa 20 Prozent reduziert. Betroffen hiervon waren insbesondere die Kliniken, die ihre Regelversorgung herunterfahren mussten, um Kapazitäten für an COVID-19-Erkrankte freizuhalten.

Ähnliche Beobachtungen hat Prof. Ludger Gerdesmeyer, Orthopäde und Unfallchirurg am UKSH-Campus Kiel, gemacht: „Planbare orthopädische Eingriffe sind häufig verschoben worden oder ganz ausgefallen. Bei Häusern der Maximalversorgung mit vielen COVID-19-Erkrankten war der Rückgang deutlich stärker. Anders herum bedeutete dies auch: Je weniger eine Klinik am COVID-19-Management beteiligt war, desto geringer waren die OP-Ausfälle.“

Laut einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) sind planbare, nicht dringliche Eingriffe wie Operationen zum arthrosebedingten Hüftersatz im März und April 2020 um 79 Prozent gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen. Im gesamten Jahr 2019 wurden laut Endoprothesenregister in Deutschland 450.000 Knie- und Hüftgelenke implantiert, endgültige Zahlen für 2020 liegen noch nicht vor.

Geringer als etwa das UKSH sind die Imland-Kliniken mit Sitz in Rendsburg und Eckernförde in die Versorgung von COVID-19-Patienten eingebunden. Gleichwohl ist es auch im dortigen Gelenkzentrum zu erheblichen Rückgängen gekommen: 2020 mussten „gut ein Drittel“ der geplanten endoprothetischen Operationen



Dr. Steffen Oehme

verschoben werden, wie Dr. Steffen Oehme auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes im Januar erklärte. „Zu Beginn der Pandemie haben wir für sechs Wochen sämtliche elektiven Operationen im Gelenkzentrum eingestellt. Einen Teil konnten wir im Sommer und Herbst nachholen, aktuell ist der Standort Eckernförde, wo die elektiven Eingriffe vorgenommen werden, von keinen Einschränkungen des Betriebs betroffen.“

Doch nicht nur die Vorgaben der Politik führten zu OP-Verschiebungen oder -Ausfällen. Häufig haben Patienten aus Angst, sich im Krankenhaus mit dem Corona-Virus zu infizieren, den OP-Termin gestrichen. Oehme: „Anfangs haben wir eine relativ große Anzahl von Absagen registriert. Mit Stabilisierung der pandemischen Lage über den Sommer stieg dann die Nachfrage wieder deutlich an, um mit Wiederaufflam-

men der Pandemie im Herbst und jetzt im Winter wieder zu sinken.“

Wann ist die Implantation einer Endoprothese bei Arthrose indiziert? Die hierfür entwickelten evidenz- und konsensbasierten Indikationskriterien (EKIT) sind aus einer Initiative der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Deutschen Gesellschaft für Endoprothetik gemeinsam mit Kostenträgern und Patientenvertretern entstanden. Die EKIT-Leitlinie für das Knie ist seit 2018 auf den Seiten der AWMF abrufbar, die EKIT-Kriterien für das Hüftgelenk sind im September 2020 unter Leitung der AWMF abschließend abgestimmt worden und sollen als S3-Leitlinie mit dem höchsten Evidenzgrad in Kürze publiziert werden.

Entscheidende Kriterien für eine Operation sind das Versagen der konservativen Therapie über drei bis sechs Monate, anhal-

tende Beschwerden des Patienten sowie klinische und radiologische Zeichen der fortgeschrittenen Arthrose. Bei Ruheschmerzen oder Aufhebung der schmerzfreien Gehstrecke liege eine klare Indikation zur Operation vor, so AE-Präsident Heller.

In den Kliniken greifen strenge Hygienekonzepte wie Corona-Testungen bei der Aufnahme, Isolierung von Risikopatienten und umfassende Quarantäneregeln. Dazu kämen regelmäßige Testungen von Personal und Patienten. Auch die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus habe sich in den vergangenen Jahren deutlich verkürzt. Gründe hierfür seien die Aufnahme erst am OP-Tag, eine minimalinvasive Operationstechnik und die sofortige Mobilisation nach dem Eingriff. Sofern die Pandemie-situation in Deutschland stabil bleibe, so Heller, „steht aus unserer Sicht einer Operation momentan nichts im Wege“.

Einen anderen Aspekt bringt UKSH-Experte Gerdsmeyer in die Diskussion (siehe Interview rechts): „So mancher Patient hat die Erfahrung gemacht, dass es auch ohne Operation gehen könnte.“ Die Nachfrage nach alternativen Therapieangeboten sei während der Pandemie stark gestiegen, auch Ärzte suchen vermehrt nach nicht-operativen Behandlungsmöglichkeiten. „Auch wenn dies eher ein Nebeneffekt ist, er könnte einen Trend einleiten.“ Zwar sei es noch zu früh, um das abschließend zu bewerten, aber es könnte bedeuten, dass die Zahl elektiver Operationen nach der Corona-Krise dauerhaft zurückgehe, so Gerdsmeyer.

Weiteres Kongressthema war Sport nach Hüftgelenkersatz. „Wir müssen unsere Empfehlungen hinsichtlich der sportlichen Betätigung nach Implantation einer Hüftprothese anpassen und moderaten Sport nun nicht nur eindeutig erlauben, sondern empfehlen“, sagte Heller. In der Hüftendoprothetik ermöglichen innovative Prothesenmaterialien, vielfältige Implantatmodelle und differenzierte, schonende OP-Techniken mittlerweile einen deutlich aktiveren Lebensstil. Aktivitäten, die zu einer gleichmäßigen, wenn auch intensiven Belastung der Prothese führen – langsames Joggen, Fahrradfahren, Ski-Langlauf (sogenannte „Low-Impact“-Sportarten) – sind nach Angaben der AE unproblematisch. Ausnahmen bilden weiterhin „Stop-and-Go“-Sportarten wie Ballsportarten, extreme Ausdauerbelastungen und Sportarten mit intensivem Körperkontakt. Heller: „Sie können die Haltbarkeit der Hüftprothese nach wie vor erheblich verkürzen.“

UWE GROENEWOLD

„Aktive Suche nach Alternativen zur OP“

INTERVIEW Uwe Groenewold spricht mit Prof. Ludger Gerdsmeyer, Leiter der Sektion für Onkologische und Rheumatologische Orthopädie in der Klinik für Unfallchirurgie am UKSH-Campus Kiel.

Wie viele elektive endoprothetische Eingriffe wurden 2020 in der von Ihnen geleiteten Abteilung verschoben?

Prof. Ludger Gerdsmeyer: Der Rückgang bei den elektiven Operationen lag bei sechs Prozent. Das ist im Vergleich zum Bundesdurchschnitt deutlich weniger, was an der besonderen Vernetzung unserer ambulanten und stationären Strukturen liegt. Allerdings sind Schwerpunktkrankenhäuser wie das UKSH, die als Maximalversorger in die Grund- und Regelversorgung eingebunden sind, im Vergleich zu Fachkliniken stark benachteiligt, da hier durch Vorgaben der Gesundheitsministerien Freikapazitäten für die COVID-19-Patientenversorgung großzügig einzuplanen sind.

Wie lange müssen die jeweiligen Operationen verschoben werden?

Gerdsmeyer: Bis Weihnachten lag der Zeitverzug bei etwa sechs bis acht Wochen. Durch die aktuell harten Einschnitte werden sich diese Zeiten spürbar verlängern.

Woran liegt das?

Gerdsmeyer: Bei uns sind es aktuell Personalengpässe. Eine zunehmende Zahl des ärztlichen und pflegerischen Personals ist in die Versorgung der Corona-Patienten eingebunden, Raumstrukturen mit Isolationsmöglichkeiten müssen zu Lasten der vorhandenen Strukturen geschaffen werden, ohne dass Kompensationsmöglichkeiten bestehen. In der ersten Phase waren auch Ängste der Patienten Gründe für Absagen geplanter Operationen, diese Skepsis hat sich im Laufe des Jahres vermindert.

Was bedeuten die OP-Verschiebungen für die Patienten?

Gerdsmeyer: Für konservativ austherapierte Patienten bedeutet der zeitliche Verzug, dass mit schlechteren Ergebnissen zu rechnen ist, da der Patient insgesamt mit schlechteren Voraussetzungen in die Operation startet und das Defizit später nicht mehr kompensieren kann.

Und für nicht austherapierte Patienten?

Gerdsmeyer: Bei denen sehen wir eine deutlich verstärkte Nachfrage nach alternativen Behandlungsmethoden. Die Pa-



Prof. Ludger Gerdsmeyer

tienten suchen aktiv sehr viel mehr nach nicht-operativen Behandlungsmöglichkeiten und stellen fest, dass sie damit auch ans Ziel kommen können. So mancher hat die Erfahrung gemacht, dass es auch ohne Operation gehen könnte. Dies ist im Moment eher ein Nebeneffekt, könnte aber einen Trend einleiten, denn auch Ärzte suchen vermehrt nach nicht-operativen Behandlungsmöglichkeiten. Wir müssen später mit etwas Abstand die Zahlen analysieren, um das abschließend zu bewerten. Letztlich könnte es bedeuten, dass die Zahlen elektiver Operationen nach der Corona-Krise dauerhaft zurückgehen.

Was raten Sie Patienten für die Wartezeit?

Gerdsmeyer: Ich empfehle ihnen, sich maximal in eine nicht-operative Therapie einzubringen. Das bedeutet aktives Training, Bewegung, eine konsequente medikamentöse Therapie und auch alternative Behandlungen wie Akupunktur und physikalische Maßnahmen. Bei der Gewichtsreduktion klingt die Regel „10 Prozent weniger Gewicht gleich 50 Prozent weniger Schmerzen“ einfach, ist aber schwer umzusetzen. Hier wäre eine intensivere Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen, Physiotherapeuten und Ernährungsberater sicher hilfreich.

Wie geht es weiter?

Gerdsmeyer: Das hängt stark von einer erfolgreichen Impfstrategie ab. Wenn die Zahl intensivpflichtiger COVID-19-Patienten signifikant reduziert werden kann, rechne ich wieder mit einem Regelbetrieb der elektiven Operationen im Lauf des zweiten Quartals.

SARS-CoV-2 schnell und sicher diagnostizieren

LABORDIAGNOSTIK In Zusammenarbeit zwischen dem Johanniter Krankenhaus in Geesthacht und dem benachbarten LADR Zentrallabor Dr. Kramer & Kollegen wurde die Zuverlässigkeit einer Point of Care (POC)-PCR-Methode zum Nachweis von SARS-CoV-2-spezifischer RNA evaluiert.

Hierzu wurde die in 20 Minuten vor Ort durchgeführte POC-PCR mit einer akkreditierten Labormethode verglichen. Ziel dieser Kooperation war die Etablierung einer diagnostischen Strategie für eine schnelle und zuverlässige patientennahe Testung, die zu jeder Zeit (24/7) durchführbar ist. Bei Patienten mit SARS-CoV-2-typischen Symptomen müssen diese immer differenzialdiagnostisch abgeklärt werden.

Eine Differenzierung von anderen, insbesondere viralen Atemwegserkrankungen ist klinisch nicht möglich. Bei asymptomatischen Patienten gilt es ferner, eine Übertragung auf vulnerable Patientengruppen innerhalb des Krankenhauses, aber auch auf medizinisches Personal zu verhindern. Hierbei spielt die Erkennung von Infizierten eine Schlüsselrolle. Durch die POC-PCR entfällt die Einteilung in COVID-19-positive, COVID-19-Verdachts- und COVID-19-negative Patienten. Die Verteilung in COVID-19-positive und -negative Patienten erfolgt erst nach Diagnosestellung. Somit wird ein viel kleinerer Isolationsbereich im Krankenhaus benötigt. Das Personal wird weniger belastet und der Einsatz persönlicher Schutzausrüstung reduziert. Der Direktnachweis von SARS-CoV-2-spezifischer RNA mittels akkreditierter Reverse-Transkriptase-PCR von zwei Zielsequenzen aus einem Naso- bzw. Oropharyngealabstrich wird vom Robert Koch-Institut (RKI) als Goldstandard empfohlen. Diese Methode benötigt jedoch bei Durchführung auf Geräten im Labor vom Probeneingang bis zur Befundfertigstellung mindestens 4 Stunden. Antigen-Schnelltests am Point of Care liefern zwar unmittelbar Ergebnisse, weisen aber eine deutlich geringere Sensitivität und Spezifität im Vergleich zur PCR auf.

Eine Kombination von hoher Sensitivität und sehr schneller Verfügbarkeit eines Ergebnisses versprechen POC-PCR-Geräte.

Zur Überprüfung wurde folgende Analyse durchgeführt:

Die Vergleichsuntersuchung – Material und Methoden

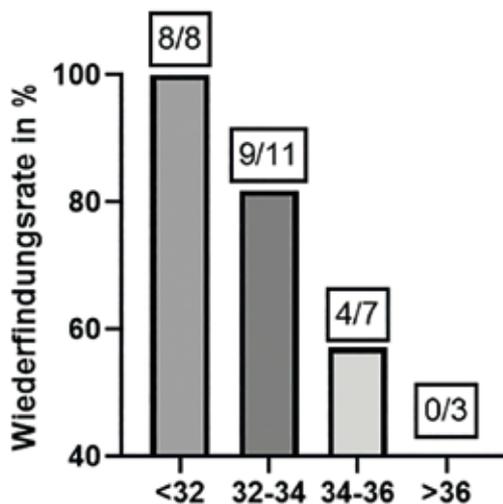
Als POC-PCR-Test wurde der VitaPCR™ SARS-CoV-2-Test (Credo Diagnostics, Singapur) eingesetzt. Dieser Test weist 2 Zielregionen des N-Gens von SARS-CoV-2 nach. Die Durchführung ist durch geschultes medizinisches Personal möglich. Im Gegensatz zu Antigen-Schnelltests sind mehrere Pipettierschritte erforderlich. Der Test liefert innerhalb von 20 Minuten Ergebnisse – von der Probennahme bis zum Resultat. Der Hersteller gibt die Spezifität und Sensitivität mit jeweils 100 Prozent an.

Die Testungen fanden in einem dafür eingerichteten geschlossenen Raum in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) des Johanniter Krankenhauses durch geschultes Personal statt. Die Durchführung der SARS-CoV-2-PCR im LADR Zentrallabor erfolgte auf einem Großgerät von Roche, dem Cobas 8800 (Roche Diagnostics, Mannheim). Die Zielsequenzen dieser PCR liegen im Replikase- (orf 1a/b) und im E-Gen.

Im ersten Schritt erfolgte eine Vergleichsmessung von Proben aus der Labor-Routine. Hierfür wurde das POC-PCR-Gerät zeitweise ins LADR Zentrallabor verlegt, um positive Proben aus der Routine unter entsprechenden Sicherheitsbedingungen erneut mittels des VitaPCR™ zu analysieren.

Dazu wurden Tupfer mit unterschiedlichen Konzentrationen viraler RNA (anhand des jeweiligen Ct-Wertes ermittelt) ausgewählt, um orientierend eine semi-quantitative Nachweisgrenze der VITA-PCR zu ermitteln. Generell variieren Ct-Werte der PCR-Verfahren abhängig von Hersteller, Zielregion, Extraktion, Abnahmeort und Abnahmetechnik. Angepasst an die klinische Fragestellung wurden die Ergebnisse der Vita POC-PCR nur qualitativ als positiv und negativ dargestellt. Eine

Grafik



Die Abbildung 1 zeigt die Übereinstimmung der positiven Ergebnisse der SARS-CoV-2 VitaPCR™ (POC) [Anzahl positiver/untersuchter Proben] mit den Ct-Werten der Roche SARS-CoV-2 PCR (Cobas 8800; Labor-Großgerät; Referenzwert) positiv getesteter Rachenhinterwand-Abstriche.

Fachinformation zur Bedeutung und weiteren Erläuterung von Ct-Werten unter: <https://ladr.de/coronavirus-sars-cov-2>.

Bei hoher und mäßiger Viruskonzentration (Ct-Wert unter 32) weist die POC-PCR eine hohe Sensitivität auf (8 von 8 positiven Proben wurden erkannt). Mit abnehmender Viruskonzentration treten zunehmend falsch negative Resultate und somit eine abnehmende Sensitivität der POC-PCR auf. Der anhand definierter Proben in Zusammenarbeit mit dem RKI und dem Nationalen Konsiliarlabor ermittelte Schwellenwert der verwendeten Labormethode (ergänzt durch eine Sicherheitszone) liegt bei einem Ct-Wert von 30. D.h., Viruskonzentrationen, die zu einem höheren Ct-Wert führen, werden als nicht mehr infektiös für Zellkulturen angesehen – die Patienten gelten damit als nicht kontagiös. Somit wurden mittels POC-PCR alle als kontagiös zu wertenden Patienten korrekt erkannt.

Im zweiten Schritt führten wir vergleichende Messungen durch, um die Frage zu beantworten, ob durch den Einsatz von zwar geschultem, aber doch laborfremdem medizinischen Personal diskrepante Ergebnisse auftreten würden.

Dazu wurden für einen Zeitraum von 6 Wochen symptomatische Patienten vor Aufnahme in der ZNA des Johanniter Krankenhauses sowie symptomatische Mitarbeiter zwei Mal nasopharyngeal abgestrichen. Einer der beiden Tupfer wurde sofort mit der Vita POC-PCR untersucht. Der zweite Tupfer wurde ins Zentrallabor gebracht und dort zeitnah mit dem Labor-Großgerät analysiert.

Die parallele Untersuchung ergab in keinem der abgenommenen Abstriche eine Abweichung (siehe Tabelle). Klinisch konnte somit in allen Fällen schnell entsprechend dem Resultat reagiert werden.

Studienergebnisse und Fazit

Insgesamt weist die POC-VitaPCR™ in der ZNA (bei korrektem Handling) im Vergleich zum Labor-PCR-Großgerät zwar eine etwas geringere Sensitivität auf, ist dafür aber wesentlich schneller in der Ergebniserstellung. Es zeigte sich, dass im Bereich höherer Viruskonzentration (Ct-Wert unter 30) die Ergebnisse beider Methoden übereinstimmten. Falsch negative Resultate der VitaPCR™ fanden sich lediglich bei niedriger Viruskonzentration in einem Messbereich mit fraglicher Relevanz für das klinische Setting. Die systembedingte Einzeltestung und die relativ hohen Anschaffungs- und Testkosten machen das Gerät für Screeningzwecke jedoch ungeeignet.

Als künftiges Vorgehen wurde in diesem konkreten Setting festgelegt, dass bei fraglich-positiven Proben (lediglich eine von zwei Zielregionen detektierbar) in der POC-PCR sowie bei fortbestehendem klinischem Verdacht stets eine Abklärung mittels neuem Abstrich im LADR Zentrallabor durchgeführt wird. Eine generelle Paralleltestung ist zur Schonung entsprechender Ressourcen nicht weiter vorgesehen. Das POC-PCR-Gerät ist als fester Bestandteil in den Testalgorithmus der ZNA des Johanniter Krankenhauses Geesthacht eingebunden worden, sodass möglichst zügig und schnell zuverlässige Ergebnisse erstellt werden können. Aus Kapazitäts- und Kostengründen wird jedoch ein generelles Screening bei asymptomatischen Patienten in Anlehnung an die nationale Teststrategie mittels Antigen-Schnelltest durchgeführt.

TOM REUTER, DR. CONSTANZE LANGE,
PROF. JAN KRAMER, DR. TIMO RATH

Tabelle

	Vita-PCR positiv	Vita-PCR negativ
Infiziert	9	0
Nicht-Infiziert	0	12

Die Tabelle zeigt die Übereinstimmung der Ergebnisse der verwendeten SARS-CoV-2 VitaPCR™ (POC) mit der Roche SARS-CoV-2 PCR (Nachweis SARS-CoV-2 RNA = Infiziert; kein Nachweis = Nicht-Infiziert) von zwei jeweils separat hintereinander gewonnenen naso-/oropharyngealen Abstrichen.

Fahndung nach Mutationen

LABOR Um mehr über die Ausbreitung der Virus-Mutationen zu erfahren, wird die Analyse in Schleswig-Holstein deutlich ausgedehnt.

Das LADR Zentrallabor Dr. Kramer & Kollegen in Geesthacht und das LADR Laborzentrum Nord in Flintbek bei Kiel fahnden nach eigenen Angaben seit Ende Januar nach Varianten des Coronavirus. Besonders die Mutation N501Y des Coronavirus gilt derzeit als eine der wichtigsten Ursachen für die starke Ausbreitung von Covid-19-Fällen in Europa. Die beteiligten Labore setzen daher nicht nur die im Rahmen der Coronavirus-Surveillanceverordnung (CorSurV) vorgesehene Sequenzierung von 5 Prozent der SARS-CoV-2-PCR-positiven Proben um, sondern screenen seit 25.01.2021 alle PCR-positiven Proben aus den LADR Laboren mittels spezifischer PCR-Verfahren auf die Mutation N501Y (B.1.1.7). Diese Mutationsanalyse erfolgt taggleich zusammengefasst für die Schleswig-Holsteiner LADR Labore im regionalen Zentrallabor. „Für die britische B.1.1.7-Variante ist das Vorhandensein der klinisch relevanten Mutation N501Y und der Deletion 69-70 charakteristisch“, erklärte Prof. Jan Kramer, Ärztlicher Geschäftsführer des LADR Laborverbands. Auch in den in Südafrika (B.1.351) und Brasilien (B.1.1.28) zuerst beschriebenen Virusvarianten ist die Mutation N501Y nachweisbar. „Daher analysieren wir alle positiven PCR-Proben, in denen SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde, gezielt mit einer zweiten PCR, die nach der Mutation N501Y sucht. Ist N501Y vorhanden, folgt eine dritte PCR zur Suche nach der Deletion 69/70 für die Virusvariante, die zuerst in England beschrieben wurde“, sagte Kramer.

Wöchentlich gab es in den neun Facharztlaboren im LADR Laborverbund, die den PCR-Nachweis auf SARS-CoV-2 durchführen, zuletzt rund 6.000 positive SARS-CoV-2-PCR-Proben bei rund 50.000 Testanforderungen. Die LADR Testkapazität mit insgesamt jetzt 85.000 PCR-SARS-CoV-2-PCR Tests pro Woche war damit nur zu 60 Prozent ausgelastet. Neben einer deutlich verminderten Anzahl an Testanforderungen beruhte dies auch auf erneuten Investitionen in die Testverfügbarkeit, als im November 2020 die Hersteller von Geräten, Reagenzien und Plastikmaterial wieder lieferfähiger waren. Eine erneute Überlastung der Labore wie im Herbst erwartet das Labor nach eigener Aussage nicht. (PM/RED)

„Versorgung der Bevölkerung in Gefahr“

INTENSIVMEDIZIN Die Ursachen für drohende Versorgungsengpässe sind in der Personalknappheit zu sehen. Kieler Pflegebündnis sieht Handlungsbedarf und will mit gewählten politischen Vertretern ins Gespräch kommen.

Nicht nur in der Pandemie sind Intensivstationen die buchstäblich letzte Rettung. Inzwischen erfahren wir täglich durch Fernsehen und Presse, wie es in den Intensivstationen langsam eng wird. Das jedoch ist nicht nur eine schicksalhafte Erscheinung der Pandemie, die zweifellos eine beispiellose Belastung der Intensiv-Teams mit sich bringt, sondern auch Resultat einer Entwicklung der letzten Jahre, die vor allem einem dramatischen Schwund von Pflegekräften zuzuschreiben ist. Mehrfach haben Fachgesellschaften warnend auf diese Situation hingewiesen, ohne dass sich Entscheidendes geändert hat. Nach einer Erhebung des „Krankenhausbarometers 2019“ können 97 Prozent aller größeren Kliniken offene Stellen in der Intensivpflege nicht besetzen. Seit 2015 verlassen jährlich mehr als 7 Prozent der Intensivpflegekräfte ihren Arbeitsplatz, in Krankenhäusern ab 600 Betten sind es sogar 8,5 Prozent. Dem steht die Zahl der offenen Stellen im Pflegedienst der Intensivstationen gegenüber, die über die Jahre zugenommen hat. Zurzeit fehlen ca. 3.000 bis 3.500 Intensivpflegekräfte. Konkreter bedeutet das, dass es in den meisten Kliniken im Intensiv-Pflegebereich bis zu neun offene Stellen gibt. Die Gründe für die Berufsfucht ist vielfältig: zu hohe Arbeitsbelastung durch Personalmangel, unzureichenden Pflegeschlüssel und Zeitdruck. Hinzu kommt die schlechte Vereinbarkeit von Beruf und Familie, weil immer wieder Abforderungen aus dem „frei“ erfolgen. Die erhöhten Belastungen bilden sich auch im Krankenstand der Beschäftigten ab. Der Gesundheitsreport der Barmer 2020 ermittelt die durchschnittliche Dauer von Arbeitsunfähigkeiten für Berufstätige in der Krankenpflege mit 27,5 Tagen pro Versicherungsjahr in Schleswig-Holstein. Zum Vergleich: Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro Berufstätigem und Versicherungsjahr beträgt durchschnittlich 18,5 Tage.

Verschiedene internationale Studien haben gezeigt, dass eine schlechtere pflegerische Besetzung mit einer erhöhten Mortalität der Intensivpatienten verbunden ist.

Eine Selbsteinschätzung der Tätigkeit der Pflegenden zeigt alarmierende Ergebnisse in einer Intensivpflegeumfrage 2017 durch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung. Nur ein Bruchteil der Intensivpflegenden betrachtet die Patientensicherheit angesichts der angespannten Personalsituation als gewährleistet. Wegen der personellen Unterversorgung auf Intensivstationen ist es an der Tagesordnung, dass Intensivbetten gesperrt werden und für einen begrenzten Zeitraum für die Krankenversorgung nicht zur Verfügung stehen. Im Durchschnitt sind deutschlandweit täglich 22,4 Prozent aller Intensivbetten gesperrt.

War 2018 die Betreuungsrelation auf Intensivstationen meist 3:1 in der Tagschicht und 3,5:1 in der Nacht, hat sich das durch die Personaluntergrenzenverordnung ab 2019 zu 2,5/1(3,5:1) zumindest auf dem Papier geändert. Ab 01.01.2021 gilt sogar: Tagschicht 2:1 bzw. 3:1 nachts.

Was zunächst wie eine deutliche Verbesserung aussieht und nahezu den Vorstellungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung

für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und verschiedener Berufsverbände entspricht, droht sich in Zukunft zu einem Fake auszuwachsen. Denn wo sollen die fehlenden Pflegekräfte herkommen? Der Stellenmarkt für dreijährig examinierte Pflegefachpersonen ist leergefegt. Das wird zu weiterem Bettenabbau auf den Intensivstationen führen, anders werden die Kliniken die Vorgaben nicht erfüllen können. Bemühungen um eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen, damit der Beruf wieder attraktiver wird, sind nicht in Sicht. Angedacht wird eine Reduktion der Krankenhäuser, was einem Bettenabbau gleichkäme.

Aus Sicht einer zufriedenstellenden Daseinsfürsorge wird das Problem einer drohenden intensivmedizinischen Unterversorgung nicht ohne strukturelle Änderungen zu lösen sein. Bei einer Umfrage unter Intensivpflegekräften zur Frage, wo sie die Ursachen für diese Misere sehen, antworteten 97 Prozent, dass ökonomische Interessen in den Vordergrund geraten sind. Inzwischen pfeifen es die Spatzen von den Dächern, dass das bestehende DRG-System das hauptsächliche Instrument der Ökonomisierung des Gesundheitswesens ist und dies eine bedarfsorientierte Versorgung behindert.

Es ist notwendig, dass sich schnell etwas ändert. Die Pflegenden, die jetzt in der Pandemie bis zur Erschöpfung „systemrelevant“ tätig sind, werden weiter ihrem Beruf den Rücken kehren, wenn keine Maßnahmen ergriffen werden, die Vertrauen auf Besserung schaffen. Pseudolösungen sind obsolet.

Um notwendigen Änderungen einen Impuls zu geben, hat sich in Kiel das „Kieler Pflegebündnis“ gegründet. Dies ist ein offenes Bündnis von Gruppen, Initiativen, Verbänden und Einzelpersonen wie Ärzte, Pflegekräfte, Patienten und Bewohner von Einrichtungen mit unterschiedlichen Hintergründen und Erfahrungen – aber einig in der Überzeugung, dass im Gesundheits- und Sozialbereich dringender Handlungsbedarf besteht. Dabei legen wir großen Wert auf die Unabhängigkeit von parteipolitischen Interessen und Ausrichtungen. Das Kieler Pflegebündnis hat sich zunächst an die Kieler Ratsversammlung als demokratisch gewählte Institution gewandt, die wie andere demokratisch gewählte Institutionen Verantwortung für das Wohl der Bürger trägt. Das Bündnis hat einen Fragenkatalog erarbeitet, mit dessen Hilfe die Situation der Intensivversorgung in der Region Kiel festgestellt werden soll, damit in weiteren Schritten Maßnahmen ins Auge gefasst werden können.

SIEGFRIED LAUINGER, KIEL

Online ohne Schweineknie

ORTHOPÄDIE Für eine Fortbildung zur Knorpeltransplantation bietet sich eine Präsenzveranstaltung mit praktischen Übungen am Schweineknie an. So plante es auch der Quickborner Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Dr. Matthias Buhs. Auch dieser Plan musste wegen der Pandemie geändert werden.

Der seit über einem Jahr von dem Quickborner Orthopäden geplante „Knorpel-Kompakt-Kurs“ wird am 20. Februar in Hamburg stattfinden. Die Veränderungen im Format zeigen, wie sich die Organisatoren von Fortbildungen auf die Pandemiesituation einstellen müssen. „Durch die Corona-Pandemie sahen wir uns leider gezwungen, von dieser Veranstaltung mit praktischen Übungen am Schweineknie abzusehen. Wir freuen uns aber sehr, dass wir die Veranstaltung dennoch online, in einem leicht abgeänderten Format anbieten können. Dabei ist die Teilnehmerzahl nun auch nicht mehr begrenzt“, berichtet Buhs dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt.

Buhs plant, das Basiswissen der knorpelregenerativen Therapie am Kniegelenk konzentriert zu vermitteln. Ein Schwerpunkt liegt auf den klinischen und wissenschaftlichen Grundlagen, damit die Teilnehmer ein gutes Verständnis für die Knorpeltherapie erlangen. Ein weiterer Fokus liegt auf den konservativen und medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten, da laut Vorgaben der „AG klinische Geweberegeneration“ der DGOU nur symptomatische Knorpelschäden ab ICRS Grad III operativ behandelt werden sollen. Damit hier die richtigen Schritte eingeleitet werden, erhalten die Teilnehmer eine Übersicht zur MRT-Diagnostik von Knorpelschäden, damit die Beurteilung und Einordnung entsprechender Defekte besser gelingen kann. Die Teilnehmer erhalten außerdem eine Übersicht über alle operativen Verfahren für isolierte Knorpel- oder kombinierte Knochen-Knorpel-Defekte: knochenmarkstimulierende Verfahren, unterschiedliche zellfreie Implantate, Knorpel-Knochen transplantation ebenso wie neue, vielversprechende Methoden wie beispielsweise das „minced cartilage“ neben der alt-

bewährten matrixinduzierten autologen Chondrozytentransplantation (M-ACT).

Die M-ACT gehört zu den am besten untersuchten operativen Behandlungsmethoden in der regenerativen Orthopädie und Unfallchirurgie mit einer nach Einschätzung von Buhs „sehr guten Studienlage“. „Seit ihrer Einführung vor 20 Jahren hat sich dieses zweizeitige Verfahren immer weiterentwickelt. So werden im Rahmen einer Arthroskopie zwei kleine Knochen-Knorpelzylinder gewonnen, die für die In-vitro Kultivierung der Knorpelzellen bei der Herstellerfirma eingeschickt werden. Nach etwa sechs Wochen werden die vermehrten Knorpelzellen angeliefert und minimalinvasiv in den debridierten Defekt verbracht. Im Anschluss ist eine Entlastung des versorgten Bereichs nötig“, erläutert Buhs.

Das „minced-cartilage“-Verfahren wiederum hat sich erst in den vergange-

nen Jahren nach Erstbeschreibung in den 80er Jahren wieder etabliert. Dieses einzeitige Verfahren ist in jedem großen Gelenk anwendbar. Auch hier wird der Defektbereich bis auf die subchondrale Platte debridiert. Es wird dann aus einem unbelasteten Bereich des Gelenkes, z. B. Femurrand im Kniegelenk, Knorpel gewonnen, der „zerkleinert“ wird. Mit diesen sehr kleinen Knorpelchips, die intraoperativ mit dem aus Patientenblut gewonnenen plättchenreichen Plasma (PRP) vermischt werden, wird minimalinvasiv der Knorpeldefekt nahezu ausgefüllt. Zur Fixierung nutzt der Operateur ein aus dem PRP hergestelltes Fibrinkleber. Eine entsprechende Entlastung ist anschließend ebenso erforderlich. „Dieses Verfahren gewinnt immer mehr Anwender, es finden hierzu eine Reihe von Studien statt“, sagte der Orthopäde.

Mittel- und langfristige Ergebnisse der einzelnen Verfahren werden im Rahmen der Veranstaltung von den Referenten präsentiert, um den Teilnehmern auch die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Techniken aufzuzeigen.

Auch im Rahmen der Knorpeltherapie bedarf es einer entsprechenden postoperativen Nachbetreuung durch die Physiotherapie, idealerweise in enger interdisziplinärer Abstimmung. Entsprechende Maßnahmen und Möglichkeiten zur Zusammenarbeit sollen in der Fortbildung ebenfalls beleuchtet werden. Für eine moderne, patientenorientierte Knorpeltherapie ist nach Überzeugung von Buhs auch eine optimale Kommunikation zwischen den Therapeuten und Patienten erforderlich. Deshalb wird in der Fortbildung nicht nur das Knorpelregister als globales Instrument der Qualitätskontrolle, sondern auch eine neuartige App zur Patienten-Kommunikation vorgestellt. Die Kursgebühr beträgt 35 Euro. Weitere Informationen über www.knorpelkompaktkurs.de. (PM/RED)

Info

Der niedergelassene Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Matthias Buhs aus Quickborn beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Diagnose und Therapie von Knorpelschäden und Arthrose. Als Vorstandsmitglied des Qualitätskreises für Knorpelrepair und Gelenkerhalt e. V. (QKG e. V.) organisierte er große Kadaver-Workshops, zum Beispiel 2019 in Essen. „Da es inzwischen etablierte große Knorpelkongresse in Berlin und Freiburg gibt und wir in Essen jährlich unsere Kadaver-Workshops durchführen, war es uns als mitgliederorientiertem Verein ein Anliegen, ein entsprechendes Format auch im Norden anzubieten“, sagt Buhs.

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Online-Veranstaltung für MFA: Aktualisierung der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz

Die Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz müssen alle fünf Jahre aktualisiert werden. Mit diesem Kurs erhalten Sie die aktuellen Informationen zum Strahlenschutz. Wir bieten dieses Seminar als Blended Learning Webseminar an. Die Teilnehmer nehmen einen Vormittag an einer Live-Übertragung (Webseminar) teil. Den zweiten Abschnitt des Seminars bearbeiten Sie auf unserer eLearning-Plattform ILIAS als Lerneinheit im Selbststudium.

Inhalt:

- ▶ Auszüge des Strahlenschutzgesetzes und der Strahlenschutzverordnung
- ▶ Grundprinzipien des Strahlenschutzes
- ▶ Qualitätssicherung
- ▶ Neue Verfahren in der Röntgentechnik
- ▶ Umgang mit/Anwendung der Leitlinien der Bundesärztekammer
- ▶ Einstelltechniken

Nächster Termin: 24. März 2021 (Fortbildungsstunden: 8)

Jährliche QM-Pflichtschulung kompakt

Jeder Unternehmer, d. h. auch der verantwortliche Arzt in der Praxis, trägt die Gesamtverantwortung für die Durchführung der jährlichen Pflichtschulungen auf Basis der QM-Richtlinie vertragsärztlicher Versorgung.

Wir bieten Ihnen mit diesem Seminar die Möglichkeit, die geforderten Themen kompakt und kontinuierlich in unserem Hause aufzufrischen, und entlasten Sie damit von der Organisation und Durchführung mehrerer Einzelschulungen in der eigenen Praxis. Diese Unterweisung muss folgende Themen beinhalten:

- ▶ Datenschutz
- ▶ Arbeitsschutz
- ▶ Hygienestandards/Gefahrstoffverordnung
- ▶ Brandschutzschulung
- ▶ Notfallmanagement

Durch jährliche Auffrischungen der o. g. Themen können der sichere Betriebsablauf und gesunde Arbeitsbedingungen gewährleistet werden.

Hinweise:

- ▶ Wir bieten das Seminar auch als Inhouse-Schulung, speziell auf Ihre Wünsche ausgerichtet, an. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage.
 - ▶ Aktuell planen wir, das Seminar dauerhaft für Sie in Form von eLearning-Lerneinheiten anzubieten. Mehr Informationen dazu erhalten Sie in den nächsten Ausgaben des Ärzteblattes.
- Nächster Termin:** 12. Juni 2021 (Fortbildungspunkte: 10, Fortbildungsstunden: 10)

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz/Röntgendiagnostik/Röntgentherapie

Die Fachkunde Strahlenschutz muss alle fünf Jahre aktualisiert werden. Eine Möglichkeit der Aktualisierung besteht im Besuch eines von der zuständigen Stelle anerkannten Strahlenschutzkurses. Der hier angebotene eintägige Kurs wurde am 31. Mai 2007 vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend und Senioren des Landes Schleswig-Holstein und damit bundesweit als Kurs zur Aktualisierung der Fachkunde anerkannt. An dieser Stelle möchten wir darauf hinweisen, dass dieser Kurs zur Aktualisierung gem. § 47 Strahlenschutzverordnung nicht ausreichend ist, eine Fachkunde zur Untersuchung beruflich strahlenexponierter Personen (Ermächtigte Ärzte gem. § 175 StrlSchV) zu aktualisieren. Hier ist ein gesonderter Kurs nötig.

Inhalt:

- ▶ Dosisbegriffe
- ▶ Strahlenexposition von Personal und Patient
- ▶ Die Strahlenschutzgesetzgebung
- ▶ Aktuelle technische Entwicklungen der Röntgenbilderzeugung
- ▶ Änderungen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung
- ▶ Die „rechtfertigende Indikation“
- ▶ Abschlusstest

Nächster Termin: 5. Juni 2021 (Fortbildungspunkte: 9, Fortbildungsstunden: 8)

Kontakt

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

Virtuelle Tugend statt realer Not

FORTBILDUNG In der Akademie der Ärztekammer werden Fortbildungsveranstaltungen mit Abstand und digital angeboten. Tag der Akademie am 14. August geplant.

Auch das noch! Ich habe den Kurs gemacht, ich habe mir so viel Mühe gegeben, ich habe nachts und am Wochenende gelernt und morgen ist endlich die Prüfung. Stattdessen: Lockdown – ohne Prüfung keine Zusatzbezeichnung – alles auf Null, alles umsonst? Und ab wann wieder auf Hundert? Das hat mir gerade noch gefehlt.

So fühlten sich am 13. März die Teilnehmer des Kurses Ernährungsmedizin am Vorabend der Prüfung. Vollkommen verunsichert, weil man noch nicht wusste, was „Pandemie“ wirklich bedeutet und man am Folgetag nicht „abliefern“ durfte.

Das Projektteam der Akademie machte aus der realen Not eine virtuelle Tugend und schuf über Nacht die digitalen Voraussetzungen, die eine Prüfung auf der E-Learning-Plattform Ilias möglich machte.

Das war der Anfang einer Auf-Digitalisierung im Kontext des Aus-, Fort- und Weiterbildungsauftrags der Akademie. Innerhalb von zwei Wochen wurden 24 Unterrichtseinheiten (UE) für die erweiterte überbetriebliche Ausbildung (eÜBA) auf die Plattform gebracht und innerhalb der folgenden vier Wochen 44 UE für die ÜBA.

2020 haben insgesamt 2.248 Teilnehmer online an Veranstaltungen teilgenommen, das sind mehr als 6.700 UE, die digital „gebaut“ wurden. Zum Vergleich die Zahl der online durchgeführten Veranstaltungen 2019: Null.

2019 wurden 30 Prozent der geplanten Veranstaltungen mangels Teilnehmern abgesagt, 2020 waren es 48 Prozent, zwei Drittel hiervon coronabedingt. Trotzdem konnte mehr als die Hälfte der Teilnehmerzahl aus dem Vorjahr erreicht werden.

Zusätzlich setzte die Akademie umfassende Hygienepläne um. Die wenigen Präsenzveranstaltungen wurden ab August 2020 mit reduzierter Gruppengröße und Prüfungen in Absprache mit dem Ministerium ohne Probanden und als Einzelprüfung durchgeführt.

Gefordert waren auch seelsorgerische und empathische Fähigkeiten am Telefon, weil es Teilnehmer und Referenten gab, die das Risiko der Präsenz scheuten, während andere sich überhaupt nicht vorstellen konnten, sich digital auf den Weg zu machen.

Die Inhalte der Kurse ACLS, KITZ, Akupunktur und Notfallmedizin eignen sich nicht für ein E-Learning-Format. Perfekt gelang die digitale Transformation der zu vermittelnden Inhalte wiederum für die QM-Pflichtschulung, DSGVO-Praxisanwendungen und die Auffrischung Fachkunde Strahlenschutz. Der 200 Stunden umfassende QM-Kurs konnte als Blended-Learning-Angebot stattfinden und „Digitale Gesundheitsanwendungen in Klinik und Praxis“ wurde passend zum Inhalt vollständig digital als Live-Webseminar an zwei Samstagen und einer achtstündigen anspruchsvollen Lerneinheit durchgeführt, Lernerfolgskontrolle inklusive.

Als virtuelle Teilnehmerin kann ich überzeugt festhalten: Es bringt Spaß, es schadet nie, Neues zu wagen, die Diskussion gelingt auch virtuell (wenn sich alle eingegroovt haben). Die Lernerfolgskontrolle gelang nicht erfolgreich, wenn man meinte, sich nebenbei mit den Inhalten befassen zu können, und die zeitliche Flexibilität empfand ich als Vorteil.

Gleichwohl konnten wir uns 2020 nicht wie gewünscht fortbilden – und werden es auch 2021 nicht schaffen. Nachteile werden uns trotzdem nicht entstehen, denn die schleswig-holsteinischen Ärzte hatten sich schon bis Juni 2020 im Schnitt 32,7 Fortbildungspunkte erarbeitet. Das 5-Jahres-Intervall zum Sammeln der vorgeschriebenen 250 Fortbildungspunkte wurde rückwirkend zum 1. April 2020 um neun Monate verlängert und Vertragsärzte, deren Zertifikat im vergangenen Jahr eingereicht werden musste, konnten vom 1. April bis zum 30. September 50 Bonuspunkte erhalten – 61 Kollegen machten von diesem Angebot Gebrauch.

In das Jahr 2021 starten Kammer und Akademie zuversichtlich. Das „neue Normal“ werden – wo es didaktisch sinnvoll ist – E-Learning- und Blended-Learning-Formate sein. Ganz neu strukturiert erscheint der 90-Stunden-Kurs Strahlenschutz für MFA: Aus 14 Präsenztagen entsteht ein modulares Angebot aus einem E-Learning-Modul, einem Theoriemodul sowie anschließenden Praxismodulen, die jeder Teilnehmer so buchen kann, wie es zeitlich passt.

Sobald wie möglich werden wir wieder Präsenzveranstaltungen wie den Kurs Notfallmedizin, die Balintgruppen, Sonografie- und Akupunkturkurse anbieten.

Mein optimistisches Fazit: Das nach außen sichtbare Zeichen des inneren Fortschritts sind Baumaßnahmen. Wir freuen uns auf das gerade entstehende neue Gästehaus, das wir im April/Mai 2021 beziehen können.

Der digitale Umbau des Lehrangebots ist gelungen. Wir haben bewiesen, dass wir auch digital können, wo es Sinn macht. Die Anwenderfreundlichkeit nimmt stetig zu und die Plattformperformance wird zunehmend evaluiert. Goldstandard ist und bleibt das gemeinsame Lernen im Rahmen einer Präsenzveranstaltung, weil wir auch hier – wie in allen anderen Lebensbereichen – das Zusammensein und den Austausch vermissen und es Lerninhalte gibt, die man im wahrsten Sinne des Wortes begreifen muss.

Lernen funktioniert ganzheitlich, das zeigen Ergebnisse neurowissenschaftlicher Studien. Diesem Thema widmet sich der „Tag der Akademie“, der hoffentlich am 14. August stattfinden kann. Ich wünsche mir Vorträge aus den Bereichen Neurowissenschaft und Didaktik, gern auch einen Beitrag aus der Sparte Science-Slam, Antworten auf die Frage, wie Patienten lernen, um eine „shared decision“ gemeinsam mit uns treffen zu können. Außerdem hoffe ich, dass wir bis dahin auch gelernt haben, was Pandemie bedeutet und wie man sie dauerhaft beherrschbar macht. DR. GISA ANDRESEN

ANERKENNUNGEN NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

Im VI. Quartal 2020 wurden von der Ärztekammer Schleswig-Holstein aufgrund erfüllter Voraussetzungen folgende Anerkennungen nach Weiterbildungsordnung ausgesprochen:

FACHARZTKOMPETENZEN

Allgemeinmedizin

Karl Raphael Bednarzik
Oliver Cranskens
Nihat Emin Güllac
Dr. Jane Katrin Hausberg
Dr. Dirk Henning Hezel
Johannes Justus Härke
Dr. Laura Höning
Dr. Janne Johnsen
Dr. Annette Kodal
Dr. Christine Kühnel
Romy Lange
Dr. Finn David Rauprich
Johannes Lennart Rieken
Dr. Jan-Thorben Sander
Dr. Thomas Stefan Schmidlin
Dr. Sabrina Sosat

Anästhesiologie

Jennifer Finck
Dr. Christine Knopp
Dr. Andrea Schrum
Christina Schuldt
Dr. Heike Ulla Schönwälder
Charlotte Winterling

Arbeitsmedizin

Cornelia Kunde
Dr. Gisliind Walsemann

Augenheilkunde

Vyara Simeonova-Topalova
Dr. Martin Ulrich

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Malgorzata Katarzyna Halecka

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. Laura von Dücker
Dr. Salim Greven
Dr. Inka Verena Naumann
Dr. Maren Wölk

Innere Medizin

Aiham Alfakhouri
Dr. Ezgi Baysal-Temel
Dr. Constanze Born
Aref Chaker
Khaled El Tawyl
Dr. Nicolai Faber
Fernando Ruben Fuster
Dr. Lisa Marie Harloff
Björn Lars Jemlich
Dr. Tobias Laubenstein
Dr. Janina Lühring
Christoph Malenke
Tina Nadine Maurer
Dr. Philip Sauter
Dr. Georg Serfling
Dr. Christopher Wagner
Dr. Philipp Winkelmann

Innere Medizin und Gastroenterologie

Dr. Alexander Bauer

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Karsten Hamann
Stefan Lukic

Innere Medizin und Kardiologie

Gamal Abdallah
Dr. Maximilian Eisler
Dr. Christian Wilhelm Fatum
Amer Zakhour

Innere Medizin und Rheumatologie

Dr. Ann-Kristin Herink

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Franziska Maria Ebert
Dr. Friederike Pieper

Kinderchirurgie

Dr. Jonas Marius Baastrup

Neurochirurgie

Philipp Nagel

Neurologie

Dr. Carl Hartmut Helmar Göbel
Dr. Josif Mircheski
Dr. Hanna Helen Müller
Theodosios Theodosiou

Plastische und Ästhetische Chirurgie

Dr. Jan Philipp Neis

Psychiatrie und Psychotherapie

Katharina Drescher
Ron-Oliver Nolting
Florian Steinmeyer
Dr. Kirsten Warncke
Ingeborg Mechtild Weber-Jacoby

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

PD Dr. med. habil Katrin Breitbach
Caroline Marie Jäschke
Dr. Julia Noziczka
Corinna Secker

Radiologie

Dr. Julia Freischmidt
Dr. Julian Andreas Pfarr
Ali Ibrahim Ali Sharif

Strahlentherapie

Dr. Christine Winkler

Urologie

Dr. Rami Julian Galal
Dr. Julia Ring
Melanie Funda Soyka

Viszeralchirurgie

Dr. univ. Dominik Aniol
Dr. David Benjamin Ellebrecht
Dr. Annette Christiane Haar
Dr. Kim Christin Honselmann
genannt Humme
Dr. Andrea Schenk

SCHWERPUNKTKOMPETENZEN

SP Neuropädiatrie

Andrea Marie-Louise von Minckwitz
Dr. Marion Rapp

SP Neuroradiologie

Dr. Catalin Teodor Sabou

ZUSATZWEITERBILDUNGEN

Allergologie

Dr. Annette Sophie Baratay
Dr. Olaf Schnabel
Ilka Marie Sommer

Betriebsmedizin

Dr. Friederike Besch

Dermatohistologie

Dr. Merit Kaeding

Geriatric

Nicole Adler
Dr. Frank Hofschulze

Handchirurgie

Dr. Miriam Hamann

Intensivmedizin

Dr. Greta Bergmann
Dr. Holger Hettich
Dr. Konstantinos Kalousis
Kristin Leonhard
Dr. Matthias Johannes Lutz
Dr. Markus Princk
Dr. Carsten Thee

Klinische Akut- und Notfallmedizin

Dr. Lutz Erich Bartz
Dr. Thomas Carlisle Fleischmann
Dr. Jörg Metzner
Dr. Domagoj Schunk
Dr. Sebastian Wolfrum

Manuelle Medizin/Chirotherapie

Marco Diekmann
Dr. Tim Drewes
Dr. Eckhardt Johannes Klostermeier
Dr. Björn Lütjohann
Florian Rosenbusch
Andreas Sarelas
Kai-Uwe Schlüter
Dr. Carl Bastian Unold
Dr. Hilke Irma Doris Weichert

Medikamentöse Tumorthherapie

Dr. Christoph Hans-Georg Cirkel
Beatrice Friederike Heddy von Kameke

Naturheilverfahren

Dr. Monserat Nathalie Eschenburg

Notfallmedizin

Caspar Gruber
Marwan Haj Hamdo
Kati Hildebrandt
Christian Wolfgang Krumrey
Ronak Mirzaei-Khosrawi
Thore Müller
Dr. Hendrik Runte
Tobias Schmidt
Dr. univ. Moritz Telschow
Erik Thomsen

Palliativmedizin

Dr. Frauke Jensen
Dr. Arne Schwartz

Sozialmedizin

Dr. Janine Sahin

Spezielle Schmerztherapie

Dr. Anika Anker
Dr. Hendrik Behrendt
Dr. Martin Bienemann

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

Die Ärzte brauchen ein „Wir“

RENSBURG-ECKERNFÖRDE Dörte Paulsen setzt sich im Kreis Rendsburg-Eckernförde für mehr ehrenamtliches Engagement und eine geeinte Ärzteschaft ein.



Dörte Paulsen

berufenes Kreisausschussmitglied für den Zeitraum zwischen 2010 und 2014, von 2014 bis 2018 in die Kammerversammlung gewählt und Kreisausschussmitglied und seit 2018 schließlich Vorsitzende des Kreisausschusses Rendsburg-Eckernförde – Dörte Paulsen ist überzeugte Ehrenamtlerin: „Ich halte ehrenamtliches Engagement grundsätzlich für sehr wichtig, auch fern der Berufspolitik. Ohne den freiwilligen Einsatz von Menschen ist es um unsere Gesellschaft schlecht gestellt.“

Als Vorsitzende hat sich Paulsen u. a. zum Ziel gesetzt, vermehrt junge Menschen für das Ehrenamt zu begeistern. „Wir sind aktiv auf junge Leute zugegangen und haben heute mehr berufene Mitglieder denn je,“ so die Allgemeinmedizinerin aus Eckernförde.

Mit rund 1.600 Ärzten ist Rendsburg-Eckernförde zwar kleiner als Kiel und Lübeck, mit sechs gewählten und elf weiteren berufenen Mitgliedern ist er aber der mitgliederstärkste Kreisausschuss in ganz Schleswig-Holstein. Das ermöglicht, ein breites Spektrum der ärztlichen Tätigkeit im Kreisausschuss abzubilden. Vertreten sind je ein Arzt vom MDK, der KV-Kreisstelle, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem Palliativnetz, die leitenden Positionen der Kliniken in Damp, Eckernförde und

Rendsburg sowie eine Weiterzubildende aus Rendsburg.

Paulsen, die den Kreisausschuss von Beginn an als Ort des kollegialen und berufspolitischen Austausches wahrgenommen hat, erkennt darin einen großen Mehrwert. Selbst in einer fachübergreifenden Praxis niedergelassen und neben der hausärztlichen Tätigkeit noch als Psychotherapeutin und Palliativmedizinerin tätig, weiß sie, dass von der breiten Fächerung der Tätigkeitsprofile der (berufenen) Mitglieder alle profitieren. Gerade in der Pandemie haben sich die kurzen Wege bewährt. Im Kreisausschuss ließen sich so sektorenübergreifend schnell Antworten auf drängende Fragen finden.

Die ausgeglichene Mischung verschiedener Berufsfelder sowie die Konstellation aus jungen und etablierten Ärzten ist Paulsen wichtig. Besonders bei versorgungsrelevanten Themen im Kreis hat sich der verbindende und offizielle Charakter des Ausschusses bewährt. Die Mitglieder werden zu Gesprächen eingeladen, da sie in der Debatte nicht selten für die ganze Ärzteschaft im Kreis stehen. Paulsen betont: „Die Ärzteschaft tritt zu selten als ein Block in Erscheinung. Dabei brauchen wir das „Wir“. Gemeinsam haben wir Gewicht“

STEPHAN GÖHRMANN

Die Arbeit der Kreisausschüsse

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) wird bei der Durchführung ihrer Aufgaben in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt von einem Kreisausschuss unterstützt. Die Kreisausschüsse werden analog zur Kammerversammlung benannt. Ihre Mitglieder erarbeiten während ihrer Treffen Strategien und Konzepte, um die berufliche Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte im Kreis zu fördern. In bis zu drei Mal jährlich stattfindenden gemeinsamen Sitzungen informiert die oder der Kreisausschussvorsitzende den Vorstand der ÄKSH über aktuelle Themen und Diskussionen in den Kreisen.

DER KREISAUSSCHUSS

- ▶ Dörte Paulsen, Eckernförde (Vorsitz)
- ▶ Miriam Weiß, Eckernförde (Stellvertreterin)
- ▶ Dr. Sebastian Irmer, Eckernförde (2. Stellvertreter)
- ▶ Dr. Fritz-Achim Pinkenburg, Rendsburg (Fortbildungsbeauftragter Altkreis Rendsburg)
- ▶ Dr. Carsten Joachim, Eckernförde (Fortbildungsbeauftragter Altkreis Eckernförde)
- ▶ Bertram Bartel, Kronshagen
- ▶ Prof. Dr. Nour Eddine El Mokhtari, Rendsburg
- ▶ Dr. Norbert Henke, Eckernförde
- ▶ Eckard Jung, Eckernförde
- ▶ Nora Kelm, Rendsburg
- ▶ Dr. Hendrik Schönbohm, Alt Duvstedt
- ▶ Dr. Anna Christina Schulz-Du Bois, Rendsburg
- ▶ Silvia Stieper, Brinjahe (Gesundheitsamt)
- ▶ Petra Struve, Neudorf-Bornstein
- ▶ Imke Tangen, Kiel
- ▶ Sven Tetzlaff, Büdelsdorf
- ▶ Mike Thomsen, Nortorf

KONTAKT

Haben Sie Fragen zur Arbeit des Kreis Ausschusses Rendsburg-Eckernförde und suchen Kontakt zur Vorsitzenden? Dann wenden Sie sich gern direkt an Frau Paulsen. Sie freut sich über eine Kontaktaufnahme per Mail an: rendsbuerg-eckernfoerde@aeksh.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 Weiterbildungsbefugnissen) korrekt sind. Unter www.aeksh.de finden Sie die aktuellen Listen der weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein.

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

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



Schleswig-Holsteinisches

Ärzteblatt

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 03/2021 19. Februar 2021

STELLENANGEBOTE

ICH WILL DABEI SEIN, WENN WIR KRANKEN- HAUS NEU DENKEN.



Nordseeklinik Westerland/Sylt

MIT DIESEM WUNSCH SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOBEEN. Mit über 160 Gesundheitseinrichtungen in 14 Bundesländern zählen wir zu den größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland. Der Kern unserer Unternehmensphilosophie: Es reicht uns nicht, wenn unsere Patienten gesund werden – wir wollen, dass sie gesund bleiben. Wir verstehen uns als Begleiter, der Menschen ein Leben lang zur Seite steht.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Voll- oder Teilzeit einen

Facharzt (w/m/d) für die Innere Medizin

Wir sind

ein Kompetenzzentrum für Akut- und Rehabilitationsmedizin mit insgesamt 374 Betten und 300 Mitarbeitern. Mit den Fachabteilungen für Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie/Intensivmedizin, Schmerzmedizin, Radiologie und Dermatologie sowie den Belegabteilungen Gynäkologie und Urologie stellen wir für die Insel Sylt die medizinische Grund- und Regelversorgung (84 Betten) sicher. In der angeschlossenen Rehabilitationsklinik (290 Betten) betreuen wir Patienten in der Tumornachsorge, mit Atemwegs-, Haut-, und allergologischen Erkrankungen sowie der Orthopädie.

Die Klinik für Innere Medizin stellt die Versorgung der Inselbevölkerung und der Gäste im gesamten Spektrum der Inneren Medizin sicher. Die Chefarztin verfügt über die Schwerpunkte Gastroenterologie und internistische Onkologie, einer der Oberärzte über den Schwerpunkt der Kardiologie. Eine volle Weiterbildungsmöglichkeit für die Innere Medizin besteht bereits, für die Gastroenterologie und Kardiologie ist diese nach der neuen WBO beantragt. Der Stellenschlüssel beträgt derzeit 1-3-9. Für die Diagnostik steht eine hochmoderne Ausstattung zur Verfügung (High-End-Sonographiegerät für die Sonographie und Echokardiographie mit Möglichkeit zur Kontrastmittelsonographie, Stressechokardiographie, TEE-Sonde, Langzeit-EKG/RR, Ergometrie inklusive Spiroergometrie, Kontrolle von Herzschrittmachern, Bodyplethysmographie, moderne Endoskopie für Gastroskopien, Koloskopie, ERCP und Endosonographie, Bronchoskopien und endobronchialen Ultraschall, 128-Zeilen-CT, MRT inklusive Möglichkeit zum Kardio-MRT, hochmoderne Angio-Suite, 6 Intensiv-/Monitorplätze).

Ihr Aufgabengebiet

umfasst die Durchführung von internistischer Diagnostik im gesamten Spektrum der Inneren Medizin und die Unterstützung der Assistenzärzte auf der Station und in der Notaufnahme sowie Teilnahme am Rufdienst.

Ihr Profil

Abgeschlossene Facharztweiterbildung für die Innere Medizin bzw. Weiterbildungsassistent im letzten Weiterbildungsjahr | Kenntnisse in der Pulmologie sind wünschenswert | Menschlich und fachlich hochqualifizierte Persönlichkeit mit dem Willen und der Fähigkeit zu selbstständigem Handeln und zur Mitarbeit in einem motivierten und breit qualifizierten Internisten-Team | Ausgeprägte Kommunikationsfähigkeiten gekoppelt mit einer hohen Sozialkompetenz | Freude in der Team- und Mitarbeiterführung | Arbeit in einem Team mit flachen Hierarchien und gegenseitiger Unterstützung

Wir bieten

eine interessante, abwechslungsreiche Aufgabe mit hoher Eigenverantwortung und großem Gestaltungsspielraum, Arbeiten in einem hochmotivierten, breit aufgestellten Team mit flacher Hierarchie, die Möglichkeit zur Weiterbildung in den Schwerpunkten Gastroenterologie/Kardiologie, bei Eignung Aufstiegsmöglichkeit in eine Oberarztposition, großzügige Unterstützung bei externen Fortbildungsveranstaltungen sowie Hilfe bei der Wohnraumsuche.

Die Asklepios Nordseeklinik liegt auf der wunderschönen Insel Sylt, direkt am weißen Sandstrand von Westerland. Die schönste Urlaubinsel in Deutschland mit ca. 19.000 Einwohnern bietet eine atemberaubende Natur und vielseitige Wassersportmöglichkeiten. Flensburg ist in 1,5 Std. und Hamburg in 2,5 Std. Autofahrt zu erreichen. Die Deutsche Bahn verbindet die Insel über den Hindenburgdamm mit dem Festland und garantiert neben dem Autozug eine direkte Verbindung mit dem Festland. Auf Sylt sind sämtliche Schulformen, auch weiterführende Schulen, vorhanden.

Für weitere Informationen steht Ihnen die Chefarztin der Abteilung, Frau Dr. K. Münzer, unter Tel.: (0 46 51) 84-13 01, E-Mail: k.muenzer@asklepios.com oder der leitende Oberarzt, Herr Lange, unter Tel.: (0 46 51) 84-13 66, E-Mail: st.lange@asklepios.com zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung!

Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt · Personalabteilung · Herr Mustafa Kemal Yildiz
Norderstraße 81 · 25980 Sylt · OT Westerland · E-Mail: personal.sylt@asklepios.com

STELLENANGEBOTE

Für unsere Institutsambulanz der Vorwerker
Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am
Standort Lübeck suchen wir zum nächstmöglichen
Zeitpunkt Verstärkung (m/w/d):



Facharzt für Kinder- und Jugend- psychiatrie/-psychotherapie

30-40 h/Woche

Ausschreibungsnummer: **A322-12210-2020**
(Bitte bei Bewerbungen stets angeben.)

Weitere Informationen finden Sie unter: www.vorwerker-diakonie.de/karriere
Bewerbungen bis zum 1. März 2021 am besten per E-Mail an:
bewerbung@vorwerker-diakonie.de

Wir suchen ab 01.02.2021 (oder später) einen

Weiterbildungsassistenten (w/m/d)

für eine Gemeinschaftspraxis in Neumünster (WB-Erlaubnis für 2 Jahre
vorhanden). Wir bieten gesamtes Spektrum der hausärztlichen und
internistischen Versorgung, sowie Naturheilverfahren und Hausbesuche.

Arbeitszeiten flexibel gestaltbar von Viertel-, Halb- bis Vollzeit alles
möglich. Überdurchschnittliche Bezahlung, Urlaub, sowie finanzielle
Unterstützung bei erforderlicher Kinderbetreuung.

Die Balance zwischen Arbeit und Privatleben ist uns wichtig.

Praxis am Kantplatz Dr. Silke Babinsky & Chr. A. Mohr

Max-Richter-Str. 17 · 24537 Neumünster

Tel.: 04321-85388-0 · info@praxis-am-kantplatz.de

Keine Lust mehr auf Nachtdienste? Interesse an langfristiger Patientenbetreuung?
Für unsere gynäkologische Gemeinschaftspraxis ca. 50 km nordwestlich
von Hamburg suchen wir zum 01.04.2021 oder auch später eine(n)

FA/FÄ für Gynäkologie (m/w/d)

in Vollzeit oder Teilzeit zur Anstellung. Spätere Partnerschaft möglich.

Auch vertretungsweise Tätigkeit möglich. Wir bieten flexible Arbeitszeiten,
eine großzügige Urlaubsregelung, ein breites Angebotsspektrum und
ein gutes Arbeitsklima. Kontakt: frauenarztbewerbung@gmx.de

Begeisterung gesucht!

Für unsere große allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis in Preetz
vor den Toren Kiels suchen wir zum 01.07.2021 einen

Arzt in Weiterbildung (w/m/d) in Vollzeit

Ein Schwerpunkt unserer Arbeit ist die Versorgung von schwer und palliativ
erkrankter Patient*innen und eine rege Hausbesuchstätigkeit. Wir sind Lehrpraxis
der Universität Kiel - Aus- und Weiterbildung liegt uns am Herzen.

Dres. Lohmann/Fischer/Schuknecht

FÄ für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin Kontakt über: dr.lohmann@gmx.de

NÄCHSTER ANZEIGEN- SCHLUSS:

Heft Nr. 03

19. Februar 2021



Große **allgemeinmed. Praxis** im NO v. HH mit breitem diagnostischem
und therapeutischem Spektrum (Chirotherapie und Geriatrie sind unter
anderem Schwerpunkte) **sucht ab sofort in Voll- oder Teilzeit** einen/n:

- FA/FÄ f. **Allgem. Med. oder Innere Med./ Geriatrie,**
- **älteren Kollegen (in Rente),**
- **WBA für Allgem. Med.**

Spätere Übernahme/Beteiligung möglich. Sie werden gerne mit unserem
freundlichen, erfahrenen und engagierten Team von Kollegen/innen und
MFAs arbeiten.

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter:
0171 - 531 89 71 oder winffah@web.de



FLENSBURG
Zwischen Himmel und Förde
Mellem himmel og fjord

Karriere im Aufwind

Die Stadt Flensburg, Universitätsstadt mit fast 100.000 Einwohnern, in attraktiver Fördelage an einem der schönsten
Segelreviere Europas, mit einer Innenstadt, in der die Spuren ihrer bedeutenden Geschichte an vielen Stellen abzulesen
sind, mit einem sehr reichhaltigen und vielfältigen Kulturangebot, in dem die dänische Minderheit eine wichtige Rolle
spielt, sucht für den Fachbereich Soziales und Gesundheit eine

■ Ärztin/Arzt (m/w/d) für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst

Weitere Informationen finden Sie unter: www.flensburg.de/karriere

Nähere Auskünfte erhalten Sie auch vom Leiter des Fachbereiches Soziales und Gesundheit, Herrn Thomas Russ, unter
Telefon 0461 85-2324.

Stadt Flensburg | Die Oberbürgermeisterin | FB Zentrale Dienste/Personal | 24931 Flensburg

Psychotherapie

Ambulante (Langzeit) Fälle
als Weiterbildungsassistent
3 Pat./halber Tag/ Woche.

**440 €/Monat ohne
Supervisionskosten**

Bei Weiterbildung (TP) in
Psychosomatische Medizin
u. Psychotherapie
Psychiatrie u. Psychotherapie
Fachgeb. Psychotherapie
info@praxis-leinz

Facharzt/-ärztin Allgemein- medizin/Innere Medizin.

Hausärztl. Praxis in HH-Ost sucht
ab sofort eine/n engagierte/n
Kollegin/en.

Ich freue mich auf Ihre Bewerbung
unter info@hamburg-hausarzt.com

STELLENANGEBOTE

WB Assistent Labormedizin (m/w/d)

Unabhängiges medizinisches Labor in SH sucht WB-Assistenten (m/w/d) für den FA Labormedizin in fortgeschrittenem Abschnitt der WB in VZ zunächst zur Anstellung, **spätere Assoziation mit KV-Sitz-Übernahme erwünscht**. Vertraulichkeit wird zugesichert.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbungen an: info@laborbewerbung.de

FA/FÄ Allgemein/Innere Medizin

mit 15-40 Std. von familiär geführter, dennoch großer und top moderner allg./intern. Hausarztpraxis in Hamburg Langhorn/Norderstedt Glashütte gesucht. Wir sind familienfreundlich. Mit Ihnen zusammen sind vier Ärzte und bieten eine attraktive Vergütung.

Kontakt gern an: o.harder@medkollegium.de oder 0176 - 10 00 32 66

Im Ausbau befindliche Hausarztpraxis in Elmshorn sucht **FÄ/FA für Allgemeinmedizin/Innere Medizin** zunächst in Anstellung in Teilzeit/Vollzeit.

Wir freuen uns über Kontaktaufnahme unter: Hausarztpraxis-Langelohe@web.de

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

Senden Sie uns Ihr Anschreiben resp. Ihre Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Chiffre-Nummer der Anzeige per Post oder E-Mail.

Eine Auskunft zum Inserenten kann und darf nicht erteilt werden.

Bitte senden Sie Zuschriften an:

elbbüro Stefanie Hoffmann **Chiffre** (Nr. der Anzeige entnehmen)
Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg oder anzeigen@elbbuero.com.

Facharzt für Radiologie (m/w/d) gesucht

Für unsere radiologische Praxis mit vier Standorten in und um Kiel suchen wir einen Facharzt für Radiologie (m/w/d) für einen Kassenarztsitz in Vollzeit.

Die Stelle ist unbefristet. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website www.foerde-radiologicum.de

Förde-Radiologicum GbR

Frau Annika Dohse -Personalleitung- Mail dohse@foerde-radiologicum.de
Steenbeker Weg 33 · 24106 Kiel Tel. 0431/38 81 81 45

Gynäkologische(r) Weiterbildungsassistentin/-assistent
ab dem 4. Weiterbildungsjahr zum 1.7.2021 gesucht.

2 Jahre Weiterbildungsmächtigung vorhanden. Vielfältige Ausbildung inklusive ambulantem OP und Ultraschalldiagnostik

Kontakt erbeten unter: wagner@hansegynäkologikum.de

Nettes Team sucht **Arzt/Ärztin in Voll- oder Teilzeit** in Allgemeinarztpraxis in Plön mit komplementärer, osteopathischer, chirurgischer und unfallchirurgischer Ausrichtung. Wir bieten großes diagnostisches und therapeutisches Spektrum (Röntgen, Ultraschall) und flexible Arbeits- und Urlaubszeiten. **Kontakt:** info@dr-stehle.de **Web:** www.dr-stehle.de

Zur richtigen Zeit am richtigen Ort



MDK MEDIZINISCHER DIENST
DER KRANKENVERSICHERUNG
NORD

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

Verstärken Sie unser Ärzteteam als

ärztlicher Gutachter (m/w/d)

im Bereich Krankenhaus (Kennziffer 26)
im Bereich Ambulante Versorgung (Kennziffer 27)
im Bereich Pflegeversicherung (Kennziffer 28)

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

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

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

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

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

Weiterbildungsassistent/in Allgemeinmedizin

ab 3/2021 oder später für allgemeinmedizinische Praxis in Rendsburg gesucht
Befugnis 30 Monate (neue WBO voraus. 42 Monate) Vollzeit, Teilzeit, flexible Absprachen, attraktive Vergütung, bezahlte Fortbildungen - alles ist möglich.

Infos zur Praxis: www.hausarztrendsburg.de Bewerbungsunterlagen bitte an: g_michaelsen@hotmail.com - weitere Informationen vorab gerne unter: 0176-43 64 48 31. **Wir freuen uns auf Sie!**

Assistenzarzt/Facharzt (w/m) in Teilzeit

Wir bieten eine Weiterbildung (bis 18 Monate) und eine Teilzeitstelle für FA in Teilzeit. Wir arbeiten schulmedizinisch/ ganzheitliche Therapien (Homöopathie, Akupunktur, NHV) Website der Praxis: www.praxis-pinneberg.de

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an: melikhov.goulmara@hotmail.com

Praxis für Allgemeinmedizin G. Melikhov
Damm 49 · 25421 Pinneberg
Telefon: 04101 - 22 85 9



STELLENANGEBOTE

abts + partner.

Die a&p MVZ GmbH ist eine Ärztesozietät mit gynäkologischem Schwerpunkt. Mit über 170 Mitarbeitern an derzeit 13 Praxisstandorten in Schleswig-Holstein bieten wir unseren Patienten eine wohnortnahe Basisversorgung, ambulant-spezialärztliche Leistungen und ein stationäres Leistungsspektrum aus einer Hand.

Für unsere Praxen in **Kiel, Neumünster, Mittelangeln, Niebüll und Flensburg** suchen wir:

- **Fachärzte/ Fachärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe** m/w/d
- **Ärzte/ Ärztinnen in Weiterbildung** m/w/d mit abgeschlossener geburtshilflicher Ausbildung

Bitte bewerben Sie sich schriftlich bei uns:

a&p MVZ GmbH
Herr Dr. Martin Völckers
Prüner Gang 7 | 24103 Kiel

www.abts-partner.de

MVZ im Großraum Hamburg

sucht in Voll- oder Teilzeit

Facharzt (m/w/d) für Innere Med. und/oder Gastroenterologie



Für Details stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:

Ina Seibel, seibel@seibel-duesseldorf.de, 0211 - 95 07 37 05

Suche ärztliche Verstärkung für meine **Allgemeinarztpraxis** mit **Angestelltenstelle**. Übernahme/Anstellung in **Ahrensburg** möglich!

Weitere ganzheitliche Spezialisierungen sind für unser Team sehr willkommen!

Wir freuen uns auf Austausch weiterer Details unter:
GesundheitspraxisDOC@gmx.de

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSS:

Heft Nr. 03

19. Februar 2021



ASSOCIATION

FA Allgemeinmed. (m/w/d)

zur Entlastung in Hausarztpraxis im Norden von Lübeck ab 1.4.21 gesucht. Langfristig bietet sich die Option zur Übernahme.

Kontakt: u-prill@t-online.de

FA/FÄ Pädiatrie

15-25 (evtl. mehr) Std. in großer Schwerpunktpraxis in HH-Nord gesucht. **WB Pneumologie und Allergologie möglich!**

Mail: cms313025@gmail.com
Tel.: 0176 - 83 25 40 73

elbbüro

anzeigen@elbbuero.com

Moderne Gemeinschaftspraxis mit breitem Spektrum und tollem Team in Norderstedt sucht **FÄ/FA Allgemeinmedizin/ Innere Medizin in VZ/TZ** ab Jahresmitte 2021.

Zuschriften unter Chiffre SH 50968

MVZ in Lübeck sucht

FA/FÄ mit Zusatz spez. Schmerztherapie
FA/FÄ für Psychosomatische Medizin
FA/FÄ für Neurologie od. Allg. Medizin

info@schmerz-psyche.de
0451-88 05 74 14

WBA Pädiatrie (w/m/d)

in Voll oder Teilzeit, ab März 2021 oder später für große Kinderarztpraxis in HH Ost gesucht. Entspanntes Team, fundierte Weiterbildung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an:
Kinderarztpraxis-farmsen@outlook.de

AUGEN

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

Bewerbung bitte an
bewerbung@augenklinik-kempten.de

Orthopäde/in (w/m/d) für Zusammenarbeit in Praxis gesucht: freitags + Urlaubsvertretungen.

Dr. Thomas Georgi - 25832 Tönning
Kontakt: christine.georgi@t-online.de

Suche Ergänzung oder Übernahme für Arbeitsmedizinische Praxis in Kiel.

Breites Tätigkeitsspektrum inkl. Reise-, Verkehrs-, Tauchmedizin. Langjährige Kunden, überwiegend in SH. Folgende **Optionen** möglich:

A: Selbstständige/r KollegIn für Einstieg wahlweise von Raumsharing bis Praxisübernahme **ODER**

B: Aufnahme/Erweiterung von Betriebsmedizin in bestehende Praxis.

Kontakt unter Chiffre SH 50939

VERTRETUNGEN

Erfahrener Allgemeinarzt übernimmt Praxisvertretungen

Kontakt: 0160 33 88 403

Spende und werde ein Teil von uns.
seenotretter.de



#teamseenotretter



STELLENGESUCHE

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit traumatherapeutischem Schwerpunkt, sexualtherapeutisch und forensisch weitergebildet, knapp 65, sucht nach seiner Pensionierung ab April 21 langfristiges Anstellungsverhältnis im forensischen Fachbereich, gerne auch im Bereich der Flüchtlingshilfe oder im öffentl. Gesundheitswesen. Ich freue mich auf Ihre Antworten an: volker.eisenlohr@gmx.de

RADIOLOGIE:

Assistenzarzt in fortgeschrittener Weiterbildung sucht Stelle in radiologischer Abteilung mit geringer Nachtdiensttätigkeit in Hamburg und Umgebung.

Kontakt unter: docrad@t-online.de

CHIFFREHINWEIS

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

PRAXISABGABE

**LANDARZTPRAXIS
(zentral in SH)
bietet perfekte
Niederlassung.**

Kontakt unter Chiffre SH 50963.

Ideal für Arzt-(Ehe-)Paar:

Hausärztlich-internist. Doppelpraxis mit 2 Arztsitzen in HH-Langenhorn zu 3/4 mit Option zur späteren kompletten Übernahme zum 1.7. oder 1.10. 21 abzugeben.

Bewerbungen an:
dr.w.meyer@gmx.de

PRAXISÜBERNAHME

**Gynäkologisches MVZ sucht
zwecks Erweiterung weitere
Praxis in Hamburg
zur Übernahme.**Wir bieten gute Konditionen und auch gerne eine weitere Anstellung der Abgeberin/des Abgebers.
Kontakt unter Chiffre SH 50942.

CHIFFREHINWEIS

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

Bitte senden Sie Zuschriften an:
elbbüro Stefanie Hoffmann
Chiffre (Nr. der Anzeige)
Bismarckstr. 2 • 20259 Hamburg
oder anzeigen@elbbuero.com.**NÄCHSTER
ANZEIGENSCHLUSS:
Ausgabe März 2021
19. Februar 2021**

MEDIZINTECHNIK

AMT
Abken Medizintechnik**Die größte Markenvielfalt
Norddeutschlands vereint
unter einem Dach!**Konfigurieren Sie Ihr Wunsch-Ultraschall-Gerät über unseren Ultraschall-Finder auf www.amt-abken.de.Oder besuchen Sie die **Ultraschall-Gerätewelt in Norderstedt** bei Hamburg und erleben Sie die Produktvielfalt unserer Exklusivpartner im direkten Vergleich.**Das AMT Abken-Team freut sich auf Sie!**

Wir beraten Sie kompetent zu den Themen Ultraschallgeräte, Herz-Kreislaufdiagnostik vom Marktführer SCHILLER, Praxisausstattung, Finanzierung, Wartung, Service und Applikation.

AMT Abken Medizintechnik GmbH
Langenharmer Weg 219 • 22844 Norderstedt
Tel.: 040 - 180 102 82 • info@amt-abken.de**PHILIPS****SAMSUNG****SIEMENS**
Healthineers**elbbüro** fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | anzeigen@elbbuero.com | www.elbbuero.com

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler**Steuerberatungsgesellschaft mbH**
Bad Segeberg • Heide • HamburgHindenburgstraße 1 • 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/8808-0Zweigstelle Heide • Tel.: 0481/5133
Zweigstelle Hamburg • Tel.: 040/61185017mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.demeditaxa®
GroupBerater für Ärzte
seit über 50 Jahren.**RECHTSBERATUNG
FÜR DIE HEILBERUFE**Praxiskauf / -verkauf • Gemeinschaftspraxis • MVZ
Gesellschaftsrecht • Zulassung • Vergütung
Honorarverteilung • Regress
Berufsrecht • Arztstrafrecht**DR. KLAUS KOSSEN**
ANWALTSKANZLEIKurhausstraße 88 • 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/89930 • Fax 04551/899333
E-Mail: mail@kk-recht.de
www.kk-recht.de

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Dr. Gisa Andresen, Esther Geisslinger, Uwe
Groenewold, Dr. Mechthild Klingenburg-Vogel,
Prof. Jan Kramer, Dr. Constanze Lange,
Dr. Timo Rath, Patrick Reimund, Tom Reuter.

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. 7/2021 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

Die Zeitschrift erscheint elf Mal im Jahr jeweils zum 15. des
Monats. Die Zeitschrift wird von allen Ärzten in Schleswig-
Holstein im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer be-
zogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Beiträge geben die Auffassung der namentlich genannten
Autoren, nicht zwingend die der Redaktion wieder. Für unau-
gefordert eingereichte Beiträge werden keine Honorare bezahlt.
Die Redaktion behält sich das Recht vor, über die Veröffentli-
chung, die Gestaltung und ggf. redaktionelle Änderungen von
Beiträgen zu entscheiden. Dies betrifft auch Leserbriefe. Die
Redaktion freut sich über unverlangt eingesandte Manuskripte
und bittet um Verständnis, dass umfangreiche Arbeiten auf-
grund des redaktionellen Konzepts nicht berücksichtigt wer-
den können. Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Ärzteblatt
die männliche Form eines Wortes verwendet. Gemeint sind so-
wohl die weibliche Form sowie Formen, die auf eine Zugehö-
rigkeiten außerhalb des binären Geschlechtersystems hinwei-
sen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und
Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme
der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Ein-
willigung 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

Prof. 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 Mozer
Telefon 04551 803 700
Fax 04551 803 701
akademie@aeksh.de

Ärztliche Angelegenheiten

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

Facility Management und Gästehaus

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

Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

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

Mitgliederverzeichnis/Ärzttestatistik

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

Finanzbuchhaltung

Finanzreferentin: Janina Zander
Telefon 04551 803 552
Fax 04551 803 551
buchhaltung@aeksh.de

IT-Abteilung

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

Personalabteilung

Personalreferentin: Kristin Schwartz
Telefon 04551 803 152
Fax 04551 803 151
personal@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
krebsregister-sh@aeksh.de

Versorgungswerk der

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

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Bertram Bartel

Vorsitzender des Aufsichtsrates

Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen

Geschäftsführung

Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de

Mitgliederservice

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

AKIS

Der Service Ihrer Ärztekammer online:

Das Ärztekammer-
Informations-System
(„AKIS“) ist eine On-
line-Kommunikations- und Service-
Plattform der Ärzte-
kammer Schleswig-
Holstein, über die Sie
einfach und sicher
Kontakt zu Ihrer Ärz-
tekammer aufnehmen
können.
Den Zugang finden
Sie auf der Homepage
der Ärztekammer
www.aeksh.de un-
ter Login. Bei Fragen
wenden Sie sich gern
telefonisch an das
Mitgliederverzeichnis
oder per Mail an mit-
glied@aeksh.de

FACHBERATER

Stingl · Scheinpflug · Bernert
vereidigte Buchprüfer und Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft

Spezialisierte Beratung für Ärzte



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

Ihre fachlich kompetenten Ansprechpartner

Anette Hoffmann-Poeppel – Steuerberaterin

FACHBERATERIN für das Gesundheitswesen (DStV e.V.)



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

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

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
PartG mbB

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
Fachwältin f. Medizinrecht

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**

Wir können hier natürlich viel über uns schreiben, wie toll wir sind und was wir alles können u.s.w.

Aber:

IT ist das Beschleunigen von Arbeitsabläufen. Diesen Kern der IT erweitern und pflegen wir in Ihrer Praxis.



21 Jahre Erfahrung im Medizinbereich.

Wir optimieren den Fluss und die Anbindung zwischen Ihren Medizingeräten in der Praxis (Sono, MRT, CT, Röntgen, EKG, BGA, LDT, Steri, TI, KV-SafeNet, KIM, EAU, Diktate u.v.m.).