



Klinikreform

Wie es für die Krankenhäuser weitergeht, liegt jetzt in Händen des Parlaments. In Schleswig-Holstein herrscht überwiegend Skepsis.

Seiten 8 – 13

Weiterbildung

Neuer Verbund in Flensburg
sammelt erste Erfahrungen
Seiten 28 – 29

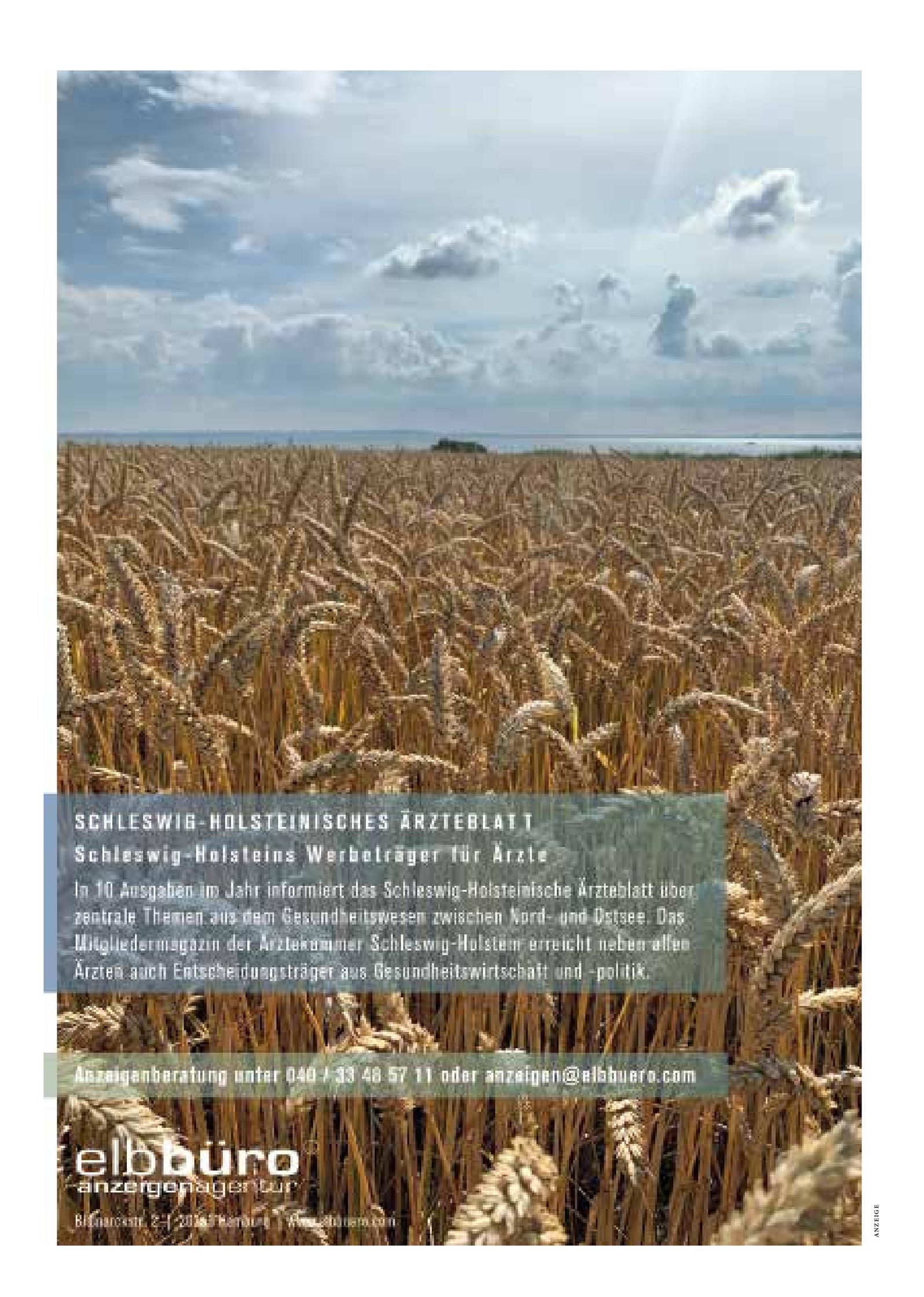
Adipositas

Bariatrische Operationen und
was danach kommt
Seiten 34 – 37

Impfen

Tagung der Landesvereinigung
für Gesundheitsförderung
Seiten 42 – 43





SCHLESWIG-HOLSTEINISCHES ÄRZTEBLATT
Schleswig-Holsteins Werbeträger für Ärzte

In 10 Ausgaben im Jahr informiert das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt über zentrale Themen aus dem Gesundheitswesen zwischen Nord- und Ostsee. Das Mitglieder magazin der Ärztekammer Schleswig-Holstein erreicht neben allen Ärzten auch Entscheidungsträger aus Gesundheitswirtschaft und -politik.

Anzeigenberatung unter 040 / 33 48 57 11 oder anzeigen@elbbuero.com

elbbüro
anzeigenagentur

Büro: 23107 Hamburg | www.elbbuero.com

„Ich mach' mein Ding“: Lauterbach folgt Lindenberg

Vor kurzem wurde unser Grundgesetz 75 Jahre alt und würdig gefeiert. Den Müttern und Vätern dieses Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland war es wichtig, den Föderalismus als Staatsstrukturprinzip und grundlegenden Aspekt des politischen Systems im Artikel 20 zu verankern und sogar in der Ewigkeitsklausel im Artikel 79 unabänderlich festzuschreiben. Dahinter steht der historische Bezug zu früher gelebten föderalen Strukturen, aber auch die Erfahrungen von Gleichschaltungen durch einen reinen Zentralismus. Unser föderalistisches System beruht u.a. auf einer klar geregelten Machtverteilung, politischer Integration, Bürgernähe sowie Subsidiarität und hat sich über 75 Jahre mehr als bewährt, auch wenn immer wieder Kritik geäußert wird.

In der heutigen Gesundheitspolitik wird leider zunehmend deutlich, welche Folgen ein Abweichen von diesem föderalen Prinzip hat. Selten ist ein solcher Riss zwischen Bund und Ländern aufgetreten wie bei bestimmten Bundesgesetzvorhaben im Gesundheitswesen in letzter Zeit, z.B. bei der Krankenhausreform. Es werden Bundesgesetze so umformuliert, dass die Länderzustimmung nicht notwendig ist. Danach ist das Ergebnis niederschmetternd, wie etwa beim Transparenzgesetz und dem danach veröffentlichten Bundes-Klinikatlas, der mehr Bürokratie, aber keine Transparenz schafft. Im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, das nur gemeinsam zwischen Bund und Ländern wirksam werden kann, hat sich der Bundesgesundheitsminister an Udo Lindenberg gehalten, nach der Devise: „Und ich mach' mein Ding, egal was die andern sagen.“

Das wurde noch einmal auf der Gesundheitsministerkonferenz in Travemünde mehr als sichtbar und es ist kein gutes Zeichen – denn Föderalismus für unsere Bürgerinnen und Bürger im Rahmen der Sicherung der Gesundheitsversorgung im ambulanten wie stationären Bereich kann nur zusammen gelingen, gerade vor Herausforderungen wie der Gesellschaft des langen Lebens, des Fachkräftemangels, der Mittelknappheit und des medizinischen Fortschritts. Unsere Landesgesundheitsministerin als Vorsitzende und alle Länderkolleginnen und -kollegen haben viele Vorschläge und Beschlüsse dazu gefasst. Der Bundesgesundheitsminister bedankt sich dafür und sagt wie immer eine konstruktive Prüfung zu. Wir kennen das von den Ärztetagen. Das ist zwar gut, aber besser wäre, diese Vorschläge und Beschlüsse zu berücksichtigen. Noch besser: sie auch gemeinsam umzusetzen.

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Es werden
Bundesgesetze so
umformuliert, dass
die Länderzustimmung
nicht notwendig ist.
Danach ist das Ergebnis
niederschmetternd.“



Inhalt

NEWS	6	GMK tagte in Travemünde	15	MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER	31
Neue Psychiatrie am WKK	6	Gastbeitrag: Dr. Jens Lassen	16	MEDIZIN UND WISSENSCHAFT	32
Krebsregister kritisiert Krankenkassen	6	KVSH: Abgeordnetenversammlung	18	Diabetes und Demenz	32
Netz nimmt Kurs auf Hausarzt-MVZ	6	Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Bericht für SH	19	Adipositaschirurgie	34
Standort für ADAC Luftrettung	6	Prof. Thomas Drabinski zur aktuellen Gesundheitsgesetzgebung	20	Nach dem bariatrischen Eingriff	36
DRK schickt mobile Praxis zur Hilfe	7	Gespräch am Wasser des vdek	22	PERSONALIEN	38
Rauschtrinken rückläufig	7	Norddeutscher Dialog der Barmer	23	FORTBILDUNGEN	41
Streit um Klinik-Investitionen	7	Tagung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	24	Externe Fortbildungstermine	41
TITELTHEMA	8	Beitragsentwicklung der PKV	26	Impftagung in Kiel	42
Klinikreform: Kaum Optimismus in den schleswig-holsteinischen Kliniken	8	Frauengesundheit: im Landtag	27	Termine aus der Akademie	44
Klinikreform: Das sagen die Vertreter der Krankenkassen	12	Weiterbildung in der Allgemeinmedizin: Verbund in Flensburg	28	ANZEIGEN	45
GESUNDHEITSPOLITIK	14	LESERBRIEFE	30	TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50
Klinikatlas: Viel Luft für Verbesserungen	14				

28

**Festgehalten***von Franziska
Mumm*

Flensburger Verbundkonzept für die Allgemeinmedizin

Sabrina Klaster und Dr. Klaus Weil sind mehr als zufrieden: Der Start der Verbundweiterbildung ist aus Sicht der angehenden Allgemeinmedizinerin Klaster und des Chefarztes Weil gelungen. Klaster ist die erste Ärztin in Weiterbildung, die die Verbundweiterbildung in Flensburg nutzt. Das Malteser St. Franziskus Hospital und Hausarztpraxen aus Flensburg bieten die Weiterbildung als Gesamtkonzept über fünf Jahre an – mit Vorteilen für alle Seiten.

WKK bekommt neue Psychiatrie

An den Westküstenkliniken Heide beginnt nach den Sommerferien der Neubau des Psychiatrie-Gebäudes. Das Land Schleswig-Holstein fördert den Bau mit 25 Millionen Euro. „Wir bekommen ein Gebäude, das den Ansprüchen an eine moderne psychiatrische Versorgung voll gerecht wird“, sagte Heides Psychiatrie-Chefärztin Dr. Anna-Christina Schulz-Du Bois. Neben einer geschützt geführten Station sollen auch großzügige, offene Bereiche für Begegnungen und gemeinsame Mahlzeiten entstehen. Die Einrichtung wird inklusive des Erd- und des Untergeschosses vier Ebenen mit Aufenthaltsmöglichkeiten für ambulante, stationäre und teilstationäre Patienten vorhalten. Hinzu kommen Therapie-, Gruppen- und Gemeinschaftsräume sowie Büros. Alle Räume verteilen sich auf 7.000 Quadratmetern Nutzfläche. Der Neubau entsteht gegenüber der Klinik für Geriatrie, mit der Fertigstellung rechnet das WKK für Ende 2026. (PM/RED)



So soll die neue Psychiatrie am WKK Heide aussehen. Fertig werden soll der Neubau Ende 2026.

MPN auf MVZ-Kurs

Ein hausärztliches MVZ, das von einem Ärztenetz betrieben wird: Das soll in Neumünster bald Realität werden. Das Medizinische Praxisnetz Neumünster (MPN) hat eine Betreibergesellschaft für ein netzeigenes MVZ gegründet. Zu Jahresbeginn 2025 könnte das MVZ seine Arbeit aufnehmen. Grund für die MVZ-Bemühungen ist die angespannte Lage in der hausärztlichen Versorgung der Stadt. Viele Hausärzte in Neumünster, die sich mit dem Gedanken an eine Abgabe tragen, finden nur schwer Interessenten für eine Nachfolge.

Nach Angaben der MPN-Vorsitzenden Dr. Dorette Kinzel-Herwig hat das MPN vor vier Jahren mit ersten Überlegungen zur Problemlösung begonnen. Gemeinsam mit der Ärztegenossenschaft Nord, der Stadt und dem Friedrich-Ebert-Krankenhaus habe man zunächst ohne Ergebnis nach Lösungen gesucht. Das Netz entschloss sich deshalb dazu, selbst ein MVZ zu gründen. Wie berichtet, erhält es dafür eine Förderung durch den Versorgungssicherungsfonds des Landes Schleswig-Holstein. Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen, die sich anstellen lassen möchten, werden geführt. Der Standort für das MVZ steht noch nicht fest. (PM/RED)

Kritik an Kassenveröffentlichungen

Das Deutsche Krebsregister (DKR) hat die von Krankenkassen in der Öffentlichkeit verwendeten Zahlen zu Krebsneuerkrankungen kritisiert und den Kostenträgern eine Abstimmung mit den Landeskrebsregistern empfohlen. „In den letzten Monaten wurden von verschiedenen Krankenkassen vermehrt Zahlen zu Krebsneuerkrankungen mit zum Teil drastischen, offensichtlich falschen und nicht haltbaren Aussagen veröffentlicht“, sagte der zweite Vorsitzende des DKR, Prof. Alexander Katalinic. Der Direktor des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität Lübeck nennt als Beispiel die Zahl von 10.000 Lungenkrebsdiagnosen bei Frauen in Niedersachsen, die von einer Kasse genannt worden sei. Laut DKR sind es lediglich 2.500. Die angeblich 10.000 Erkrankungen finden sich in einer Pressemitteilung der Barmer, die sich auf Angaben ihres Instituts für Gesundheitssystemforschung beruft. Katalinic dazu: „Ein Blick auf die Zahlen der Krebsregister hätte gezeigt, dass hier etwas nicht stimmen kann.“ Die Barmer spricht in ihrer Publikation allerdings nicht explizit von Neuerkrankungen, sondern von Diagnosestellungen. Hierunter fallen neue und bestehende Erkrankungen. Künftig wolle man aber stärker darauf achten, keine Fehlinterpretationen aufkommen zu lassen. Katalinic erinnerte daran, dass Krebserkrankungen meldepflichtig sind und diese Meldungen von den Landeskrebsregistern erfasst werden – mitfinanziert von den Krankenkassen. Diese Zahlen werden jährlich veröffentlicht und außerdem im Zentrum für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut zusammengeführt und von dort ebenfalls veröffentlicht. (PM/RED)

ADAC Luftrettung startet ab „Hungry Wolf“

Schleswig-Holstein hat seit 1. Juli einen vierten Standort für die Luftrettung. Die ADAC Luftrettung hat auf dem Standort „Hungry Wolf“ in der Nähe von Itzehoe im Beisein von Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken (CDU) eine Maschine des Typs H145 mit dem Funkrufnamen „Christoph 67“ auf dem Flugplatz stationiert. Er kann für Rettungseinsätze und als fliegende Intensivstation für Patiententransporte von Klinik zu Klinik genutzt werden. Der Einsatzradius liegt bei 50 bis 70 Kilometern. Die Maschine kann vom Flugplatz aus auch zu Einsätzen an der Nordseeküste und auf den Inseln fliegen.

Die Piloten und die Notfallsanitäter kommen von der ADAC Luftrettung, die Notärztinnen und Notärzte stellt das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Zugleich wurde in Kiel eine neue Zentrale Disposition der Luftrettung in Betrieb genommen. Sie koordiniert die Einsätze der vier Rettungshubschrauber und sorgt für eine optimale Nutzung der Ressourcen. (PM/RED)

Mobile Praxis des DRK im Hochwassergebiet

Eine Mobile Medizinische Versorgungseinheit (MMVe) des DRK Landesverbandes Schleswig-Holstein war im bayerischen Hochwassergebiet im Einsatz, um eine betroffene Hausarztpraxis zu unterstützen. Eingesetzt war die MMVe im Ort Babenhausen im schwäbischen Landkreis Unterallgäu. Dort war eine Hausarztpraxis vom Hochwasser so stark geschädigt, dass der Weiterbetrieb nicht möglich war. Die mobile Praxis ist ein Sattelaufleger mit zwei Behandlungsräumen und einem Warteraum. Mitgeführt werden diagnostische Geräte wie etwa EKG und Sonografiegeräte sowie Kleinartikel, die zu jeder Praxis dazu gehören.

Das DRK spricht von einer „vollwertigen, mobilen Arztpraxis“, die im Bedarfsfall autonom arbeiten soll. Nach Erreichen eines Standorts braucht es nur wenige Stunden, bis die Praxis einsatzbereit ist. Dafür müssen u.a. Strom- und Wasserleitungen angeschlossen werden. Ab zwölften Juni konnte in der mobilen Praxis behandelt werden, an diesem Standort war sie für eine Einsatzzeit von mindestens einer Woche vorgesehen. Schleswig-Holstein ist einer von vier Landesverbänden in Deutschland, die eine solche mobile Praxis für Katastrophenfälle vorhalten. Das Generalsekretariat des DRK fordert die



So sieht die mobile Praxis des DRK Schleswig-Holstein aus, mit der der Ausfall einer Hausarztpraxis in Bayern überbrückt wurde.

Praxen im Bedarfsfall länderübergreifend an. In diesem Fall soll sie für eine Interimszeit den Ausfall einer großen hausärztlichen Praxis kompensieren helfen. Die KV ist für die Interimszeit Betreiber der mobilen Bereitschaftspraxis. (PM/RED)

Kliniken: Kein Geld für Hamburg

Bei einer Debatte über Klinikinvestitionen haben schleswig-holsteinische Gesundheitspolitiker dem Wunsch Hamburgs nach einer Beteiligung an den Investitionen für die Krankenhäuser in der Hansestadt eine Absage erteilt. Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) warb aber für eine enge Abstimmung in der Krankenhausplanung.

Hamburgs Sozialsenatorin Melanie Schlotzhauer (SPD) hatte zuvor eine Beteiligung Niedersachsens und Schleswig-Holsteins an den Krankenhaus-Investitionen in der Hansestadt gefordert, weil nur rund zwei Drittel der dort stationär behandelten Klinikpatienten aus Hamburg kommen. Von den anderen Patienten kommen die meisten aus Schleswig-Holstein und Niedersachsen.

Die gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien im Kieler Landtag zeigten für das Ansinnen Schlotzhauers wenig Entgegenkommen. Dr. rer. pol. Heiner Garg von der FDP verwies auf schleswig-holsteinische Kapazitäten, die Hamburg dringend brauche – zum Beispiel im Reha-Bereich. Er erinnerte daran, dass in schleswig-holsteinischen Reha-Kliniken zahlreiche Patienten aus anderen Bundesländern behandelt werden. Auch Hauke Hansen (CDU) und Jasper Balke (Grüne) waren zwar für eine Abstimmung in der Krankenhausplanung, nicht aber für Zahlungen Schleswig-Holsteins an Hamburg. Birte Pauls (SPD) gab dagegen zu bedenken, dass deutlich weniger Hamburger in schleswig-holsteinischen Kliniken behandelt werden als umgekehrt. (PM/RED)

FOTO: DRK, AOK NORDWEST/COLORBOX/IFR

Weniger Klinikaufenthalte wegen Rauschtrinkens



Klinikaufenthalte von Kindern und Jugendlichen wegen exzessiven Alkoholkonsums sind in Schleswig-Holstein auf ein Rekordtief gesunken. Laut einer Auswertung der AOK Nordwest wurden im vergangenen Jahr 89 junge Menschen im Alter von 12 bis 20 Jahren wegen Rauschtrinkens in eine Klinik eingeliefert, im Vorjahr waren es 106. Die rückläufige Entwicklung ist bei Jugendlichen in den Altersgruppen der 12- bis 16-Jährigen sowie der 19- und 20-Jährigen zu beobachten. Hier ist die Zahl im Vergleich zum Vorjahr um über 36 % zurückgegangen. Bei den 17- und 18-Jährigen hingegen sind die Klinikaufenthalte durch Rauschtrinken um 32 % gestiegen.

„Trotz des Abwärtstrends bleibt hoher Alkoholkonsum bei Jugendlichen und jungen Heranwachsenden eine große Herausforderung. Wer bereits in jungen Jahren exzessiv Alkohol trinkt, läuft Gefahr, seine Gesundheit dauerhaft zu schädigen und eine Alkoholsucht zu entwickeln. Daher dürfen wir nicht nachlassen, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene über die Gefahren des Alkoholkonsums aufzuklären“, sagte Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordwest. (PM/RED)



Reform sorgt für eisige Harmonie

Harmonisch – diese Bezeichnung fiel Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach ein, als er die Atmosphäre bei der diesjährigen Gesundheitsministerkonferenz der Länder in Lübeck-Travemünde beschrieb. Der Bundesgesundheitsminister ist traditionell Gast auf dieser Konferenz, für die in diesem Jahr Schleswig-Holstein Gastgeber war.

Harmonie war das letzte, was Beobachter nach den verhärteten Fronten zwischen Bund und Ländern in Sachen Klinikreform für dieses Treffen erwartet hätten. Passend wäre die Beschreibung bestenfalls für die Haltung der Länder untereinander zur Klinikreform gewesen – sie lehnen Lauterbachs Pläne in der ins Parlament eingebrachten Fassung nämlich unisono ab, unabhängig von den jeweils regierenden Koalitionen in den Ländern. Auch die Körpersprache von Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin und Konferenzgastgeberin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) und Lauterbach, die bei der Abschlusskonferenz in Travemünde nebeneinandersaßen,

KRANKENHAUSREFORM Die Klinikreform ist vergangenen Monat ins parlamentarische Verfahren gegangen. Selten konnten sich Bund und Länder zuvor so wenig annähern – alle Kompromissversuche scheiterten. In Schleswig-Holstein sind die Erwartungen gering.

wäre mit Harmonie falsch umschrieben. Nicht zueinander gewandt, kaum Blickkontakt, ernste Mienen – wie Menschen, die sich nicht mehr viel zu sagen haben. Für die Klinikreform galt dies zu diesem Zeitpunkt auch tatsächlich. Denn Lauterbach hatte seinen Gesetzesentwurf schon ins Parlament eingebracht, ohne die vorgebrachten Länderargumente in irgendeiner Weise zu berücksichtigen. Jede Gelegenheit zum Kompromiss, die die Länder ihm immer wieder geboten hatten, ließ Lauterbach verstreichen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte es deshalb schon 14 Tage vor der Konferenz in Travemünde treffend beschrieben: „Nur das Parlament kann Lauterbachs Blockade noch brechen.“ Von der Decken bestätigte in Travemünde, dass alle

Anstrengungen der Länder in Sachen Klinikreform nicht länger auf das Bundesgesundheitsministerium, sondern in Richtung Abgeordnete gelenkt werden. Laut DKG decken sich die Kritikpunkte von Kliniken und Ländern in vielen Bereichen, sie teilte mit: „Das reformierte Vergütungssystem muss so gestaltet sein, dass wir von einer echten fallzahlunabhängigen Vorhaltevergütung reden können. Lauterbachs mit großem medialem Getöse angekündigte Vorhaltefinanzierung befreit die Kliniken keineswegs aus dem Hamsterrad von immer mehr Fällen. Sie sichert auch nicht die Existenz der bedarfsnotwendigen kleinen Krankenhausstandorte, und sie fördert nicht die Konzentration hochkomplexer Behandlungen an Zentren. Damit werden alle politischen Ziele der Finanzierungsreform verfehlt.“ Von der Decken ließ in Travemünde erkennen, dass die Länder im parlamentarischen Verfahren durchaus noch Chancen sehen. Sie stellte klar: „Wenn sich zeigt, dass Versorgungslücken entstehen, darf das Gesetz nicht verabschiedet werden.“ Eine Verzögerung der auch von ihr für dringend erforderlich gehaltenen Reform strebe sie zwar nicht an, aber ohne Änderungen müsse der Vermittlungsausschuss angerufen werden – mit entsprechenden Folgen für das Inkrafttreten des Gesetzes. Lauterbach betonte in Travemünde, dass er weiterhin von einem Inkrafttreten zum ersten Januar 2025 ausgehe. Von der Decken setzt in der Überzeugungsarbeit unter den Parlamentariern auf inhaltliche Argumente, aber auch auf die volle



Übereinstimmung der Bundesländer – sie will die 16:0-Beschlüsse der Länder in dieser Sache ins Feld führen. Abweichungen zwischen Bund und Ländern gibt es u.a. in Fragen der Übergangsförderung, der Planungshoheit und der Spielräume der Länder bei der Krankenhausplanung.

Hoffnung haben die Länder, weil die Bundestagsabgeordneten von mehreren Seiten auf Schwächen des Gesetzentwurfs hingewiesen werden – außer von den Länderregierungen auch von den Krankenhäusern vor Ort. Nachfragen zeigen, dass auch die Klinikleitungen in Schleswig-Holstein in weiten Bereichen unzufrieden sind mit dem, was vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegt wurde. John Nätke von der Diako in Flensburg etwa erwartet in erster Linie mehr Bürokratie und damit zusätzliche Belastungen für die Mitarbeitenden. Ob es Verbesserungen geben wird, sei in dieser Phase noch nicht absehbar. Mehr Bürokratie erwartet auch der Geschäftsführer der privaten Segeberger Kliniken, Marc Engelhard. Ebenso seien „Übergangsprobleme mit finanziellen Herausforderungen“ möglich. Aber Engelhard betonte auch Positives: „Insbesondere erwarten wir durch die Einführung einer Krankenhausplanung anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen eine gezieltere und effizientere Zuordnung von Ressourcen. Diese Reform kann dazu beitragen, dass die Spezialisierung und Expertise der Segeberger Kliniken noch besser zur Geltung kommt.“ Bei Dr. Christian Frank von den Sana Kliniken Lübeck herrscht wenig Vertrauen in die Arbeit des BMG. Er sagte: „Es ist bei der aktuell durch Herrn Prof. Lauterbach vorangetriebenen Reform zu befürchten, dass weitere Schnellschüsse ähnlich dem des Bundes-Klinikatlas folgen werden, die nicht zur Realität passen, bei Patienten und Mitarbeitenden für Verwirrung sorgen und für die Krankenhäuser zusätzliche Bürokratie und Arbeit verursachen.“ Die zum Teil mehrere Seiten umfassenden Antworten der Klinikmanager auf unsere Fragen zeigen, wie stark das Thema in den Kliniken bewegt. Eine vollständige Abbildung an dieser Stelle ist nicht möglich. Folgende Antworten geben wir in Auszügen wieder:

Erwarten Sie, dass die Klinikreform für Ihr Haus Verbesserungen bringen wird? Falls ja: Was wird sich für Ihr Haus verbessern?

John Nätke, Diako: Das ist überhaupt noch nicht absehbar. Wir kennen die Reform in ihren Auswirkungen bisher nicht.

Prof. Jens Scholz, UKSH: Derzeit war-

ten wir ja auf das Gesetz, das im parlamentarischen Verfahren ist, und können deshalb noch nicht konkret Stellung nehmen. Aber alle Krankenhäuser in Deutschland, auch die Universitätsklinika und das UKSH, haben den Fachkräftemangel in den vergangenen Jahren zu spüren bekommen und sind unter finanziellen Druck geraten. Gleichzeitig ist beispielsweise am UKSH der Zuspruch von Patientinnen und Patienten mit komplexen Erkrankungen erheblich gestiegen. Angesichts der Demografie soll jetzt eine effiziente Patientenversorgung und eine bestmögliche Verteilung der finanziellen und personellen Ressourcen ermöglicht werden.

Martin Blümke, Vorstandsvorsitzender 6K Verbund: Wir begrüßen das grundsätzliche Ziel der Reform, medizinische Leistungen im Sinne der Qualität zu zentralisieren und nur noch in auf die Behandlung spezialisierten Kliniken anzubieten. Die Kliniken im 6K Verbund gehören zu den größten Schwerpunktversorgern in Schleswig-Holstein und verfügen bereits über eine Reihe zertifizierter Spezialzentren. Die Reform wird diese Strukturen festigen und die Standorte sichern.

Was könnte sich für Ihr Krankenhaus evtl. erschweren?

Nätke: Wir erwarten in erster Linie



Prof. Kerstin von der Decken (CDU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD) bei der GMK-Abschlusskonferenz in Travemünde. Lauterbach nannte das Treffen harmonisch.

Marc Engelhard, Segeberger Kliniken: Wir erwarten, dass die Klinikreform positive Veränderungen für unser Haus mit sich bringen wird. Insbesondere erwarten wir durch die Einführung einer Krankenhausplanung anhand bundeseinheitlicher Leistungsgruppen eine gezieltere und effizientere Zuordnung von Ressourcen. Diese Reform kann dazu beitragen, dass die Spezialisierung und Expertise der Segeberger Kliniken noch besser zur Geltung kommt.

Dr. Christian Frank, Sana Kliniken Lübeck: Grundsätzlich halten wir die wesentlichen politischen Ziele der Krankenhausreform für richtig, aber ...

Stephan Unger, Klinikum Nordfriesland: Leider gehen wir inzwischen davon aus, dass sich für unser Klinikum nichts verbessern wird. Von der dereinst angekündigten Entökonomisierung, Entbürokratisierung und das Durchbrechen der Sektorengrenzen (z.B. für gemeinsame Notfallstrukturen) ist u.E. in den neuesten Entwürfen nichts übriggeblieben.

ein Mehr an Bürokratie, die zu einer weiteren Belastung unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führt.

Scholz: Eine Weiterführung der jetzigen Strukturen ohne Transformationen ist keine Option. Wenn der Strukturwandel ausbleibt, wird das die Situation für alle erschweren, denn kein Krankenhaus hat mehr das Personal, um die Strukturen dauerhaft zu erhalten.

Engelhard: Es besteht die Möglichkeit, dass sich die Bürokratie zunächst erhöhen wird, da die Implementierung der Reform Zeit und Ressourcen in Anspruch nehmen wird. Außerdem könnte es zu Übergangsproblemen mit finanziellen Herausforderungen kommen, wenn bestehende Strukturen und Abläufe an die neuen gesetzlichen Vorgaben angepasst werden müssen.

Frank: Der vorliegende Gesetzesentwurf verfehlt diese Ziele weitgehend und gefährdet dadurch aus unserer Sicht die Versorgungssicherheit der Patienten. Die Gesetzesvorlage zum KVVG verdeutlicht,

dass die von Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach angekündigten Verbesserungen – mehr ambulante Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus, mehr Spezialisierung bei komplexen Leistungen, gesicherte Patientenversorgung in der Fläche, auskömmliche und leistungsunabhängige Strukturfinanzierung sowie eine deutliche Entbürokratisierung – in der Praxis nicht erfüllt werden. (...)

Unger: Die wirtschaftliche Situation eng verbunden mit der Möglichkeit, überhaupt noch Personal zu gewinnen. Damit ist vorrangig nicht zwingend die Klinikreform, sondern die Summe der Gesetzgebungsverfahren gemeint.

Blümke: Möglicherweise werden wir innerhalb des Verbundes Leistungsgruppen anders zuordnen. Dadurch verliert ein Haus möglicherweise einen Leistungsbezug, wird aber einen anderen gewinnen oder dauerhaft sichern können. Dazu sind wir untereinander innerhalb des Verbundes in Gesprächen, um die notwendigen Anpassungen aktiv mitzugestalten.

Wie beurteilen Sie die Kommunikation des Bundesgesundheitsministeriums und die Einbeziehung der Akteure im laufenden Reformprozess?

Näthke: Das ist beides ausbaufähig.

Scholz: Das Bundesgesundheitsministerium hat in einem ersten Schritt die bereits im Koalitionsvertrag vorgesehene Regierungskommission eingerichtet, die Empfehlungen formuliert hat. Anschließend erarbeiteten Bund, Länder und Fraktionen konkrete Vorschläge, die in einer Reihe von Beratungsrunden mit Selbstverwaltung, Kommunen und vielen anderen, auch unter Einbeziehung der Universitätsklinika, besprochen wurden. Es wurde viel diskutiert und debattiert bis nun am 15. Mai das Bundeskabinett den Entwurf zum Gesetz beschlossen hat. Von den richtigen Zielen – angesichts der Demografie zu tatsächlichen strukturellen Veränderungen und besserer Medizin zu kommen – ist der Bund nicht abgewichen. Deshalb haben die Universitätsklinika den Reformprozess konstruktiv begleitet.

Engelhard: Die Kommunikation des Bundesgesundheitsministeriums war bisher weitgehend transparent. Allerdings wünschen wir uns eine noch engere Einbeziehung der Kliniken und mehr praktische Hilfestellungen zur Umsetzung der Reformen. Eine regelmäßige und klare Informationsweitergabe ist essenziell, um Unsicherheiten zu vermeiden und den Reformprozess reibungslos zu gestalten.



Frank: Die Kommunikation und der gewählte Stil des Bundesgesundheitsministers helfen aus meiner Sicht nicht, um eine der wichtigsten Reformen mit signifikanter Bedeutung für unsere Bevölkerung und unseren gesellschaftlichen Zusammenhalt erfolgreich zu begleiten.

Unger: Gehört Ignoranz zu einem funktionierenden Kommunikationsportfolio? Verkürzt gesagt, laufen unsere Spitzenverbände und die Landesgesundheitsminister – unabhängig von der parteipolitischen Zugehörigkeit – bei Herrn Minister Lauterbach seit Monaten erfolglos „vor die Wand“. (...) Eine Kompromissbereitschaft seitens des Bundes, mit der aufwändige und zeitintensive Klagen der Länder verhindert werden könnten, ist derzeit nicht erkennbar.

Als Tiefpunkt der ministeriellen „Kommunikation“ mussten wir erleben, als der Minister auf der Plattform X eine Plakatkampagne der Deutschen Krankenhausgesellschaft in die Nähe von Hetzkampagnen und der AfD brachte. Wenn das die einzige Antwort auf eine legitime Kampagne eines seriösen Spitzenverbandes, der knapp 1,4 Millionen Beschäftigte im Krankenhauswesen repräsentiert und die aus Sorge um die Zukunft der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gestartet wurde, ist, wirft das kein gutes Licht auf die Kommunikationsfähigkeiten des Ministers.

Blümke: Die Kommunikation wirkt wenig kooperativ und die Zusammenarbeit ist nicht von dem Wunsch getragen, gemeinsam Lösungen für die Herausforderungen im Gesundheitswesen zu erarbeiten.

Was erwarten Sie von der Bundesregierung, damit den Krankenhäusern die Arbeit künftig erleichtert wird?

Näthke: Einen signifikanten Abbau der Bürokratie und einen verlässlichen Reformrahmen.

Scholz: Dass sich die Krankenhauslandschaft tatsächlich verändert. Das UKSH will mit seinen Kompetenzen zum Funktionieren des Systems beitragen. Die Universitätsklinika in Deutschland versorgen, koordinieren, beraten, forschen und bilden aus. Das geht weiter so gut, wenn die Transformation gewollt, gefördert und gesetzlich verankert ist.

Engelhard: Eine klare und unbürokratische Umsetzung der Reformen sowie finanzielle Unterstützung für notwendige Umstellungen und Investitionen. Darüber hinaus erhoffen wir uns eine nachhaltige Entlastung des Personals durch angemessene Personalvorhaltung, die durch das Gesundheitswesen gegenfinanziert wird.

Frank: Es muss wieder ein Weg des ehrlichen Dialogs mit allen Beteiligten eingeschlagen und die ursprünglichen Ziele der Reform wieder in den Fokus genommen werden. Daraus abgeleitet sollte dann ein System entwickelt werden, mit dem die heutigen und vor allem auch zukünftigen Herausforderungen in der Krankenhauswelt angegangen werden können.

Unger: Erstens eine umgehende Formulierung und Verabschiedung eines Vorschaltgesetzes zur besseren finanziellen Ausstattung der Krankenhäuser (...). Zweitens ein sofortiges Abschalten des irreführenden Klinikatlas, für den der Minister Kapazitäten des Ministeriums und des Bundesgesetzgebers unnötig eingesetzt hat. (...) Drittens einen Gesetzentwurf der seinen eigenen Ansprüchen gerecht wird. (...) Viertens: Wenn die Kliniken außerhalb von Universitätsstädten überhaupt noch Assistenzärzte gewinnen können, muss die Klinikreform unbedingt die Weiterbildungsordnungen berücksichtigen. (...) Fünftens: Bevor ein Gesetz zur Klinikreform in die parlamentarische Diskussion und Verabschiedung gebracht wird, ist eine Auswirkungsanalyse vorzulegen. (...)

Blümke: Die Bundesregierung muss zuerst zwingend und zeitnah für eine auskömmliche Klinikfinanzierung sorgen. Andernfalls drohen auch in versorgungsrelevanten Häusern Insolvenzen. Ebenso muss der schon lange versprochene Abbau von bürokratischen Aufgaben erfolgen. Leider zeigt sich aktuell das Gegenteil. Unverändert werden wertvolle Fachkompetenzen für unnötige Aufgaben gebunden und so der Patientenversorgung entzogen. Alternative Versorgungs- und Finanzierungsmodelle müssen angeboten werden, um endlich die Grenzen der Sektoren zu überwinden.

Was erwarten Sie von der schleswig-holsteinischen Landesregierung, damit den Krankenhäusern im Land die Arbeit künftig erleichtert wird?

Näthke: Dass sich die Landesregierung – wie teils schon geschehen – für die speziellen Bedürfnisse unseres Flächenlandes einsetzt, um auch weiterhin die Versorgungssicherheit im Land zu gewährleisten.

Scholz: Die Versorgung in Netzwerken sollte weiter gefördert werden, damit trotz der demografischen Herausforderungen in Zukunft eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung zum Wohle aller Patientinnen und Patienten sichergestellt ist. Wir als Universitätsklinikum können dabei einen wichtigen Beitrag als Kooperationspartner leisten und unsere Expertise sowie neueste wissenschaftliche Erkenntnisse einbringen.

Engelhard: Gezielte Förderprogramme für Digitalisierung und Infrastruktur, um den ambitionierten Reformprozess umzusetzen. Zudem wünschen wir uns eine engere Zusammenarbeit mit lokalen Gesundheitsbehörden und eine Förderung von regionalen Netzwerken und Kooperationen zwischen den Krankenhäusern.

Frank: Dass die Landesregierung sich weiterhin im Austausch mit den anderen Bundesländern wie auch der Bundesebene dafür einsetzt, dass die Krankenhausreform die lokalen und regionalen Gegebenheiten und Bedürfnisse bei der Planung berücksichtigt und die momentan bestehenden Herausforderungen aus der nicht ausreichenden Vergütung der Betriebskostenfinanzierung löst.

Zweitens muss das Land Schleswig-Holstein endlich selbst seiner gesetzlichen Verpflichtung bei der Investitionskostenfinanzierung nachkommen und den Krankenhäusern die notwendigen Mittel für die anstehende Transformation zur Verfügung stellen.

Drittens sollte die Landesregierung im Gesundheitswesen ihren bestehenden konstruktiven und offenen Kommunikationsstil mit allen Beteiligten fortsetzen und intensivieren, damit gemeinsam konstruktive Lösungen erarbeitet werden können, um auch zukünftige die Gesundheitsversorgung zu sichern.

Unger: Großes Lob an unsere Gesundheitsministerin, aber auch an ihren Vorgänger, Dr. Heiner Garg. Wesentliche Impulse für eine Klinikreform, gerade in Bezug auf die Vorhaltefinanzierung, kamen immer auch aus Schleswig-Holstein. Dankbar sind wir natürlich auch, dass die Gesundheitsministerkonferenz aktuell unter Leitung

von Frau von der Decken deutlich Stellung gegen das Vorgehen des Bundesgesundheitsministers bezieht und für eine Reform unter Einbindung der Länder kämpft. Da würden wir uns freuen, wenn dies zum Erfolg führen würde, ohne dass langwierige Verfahren vor dem Bundesverfassungsgericht angestoßen werden müssten.

Blümke: Die Landesregierung muss ihrer Aufgabe für die Investitionskostenfinanzierung nachkommen und mit ihren Vorgaben für die Krankenhausplanung Versorgungs- und Planungssicherheit in den städtischen und ländlichen Bereichen schaffen.

Erwarten Sie, dass Ihr Haus im Zuge der Reform Leistungsbereiche evtl. ganz einstellen muss? Falls ja: Welche?

Näthke: Das ist derzeit nicht absehbar.

Scholz: Das müssen wir uns genau anschauen, wenn das Gesetz verankert ist. Natürlich sind wir als Universitätsklinik für viele Leistungsbereiche hervorragend ausgestattet, aber auch wir wollen uns auf unsere Versorgungsrolle konzentrieren und können und wollen abgeben, wo es Sinn macht.

Engelhard: Es ist möglich, dass wir bestimmte Leistungsbereiche überdenken und ggf. erweitern oder einstellen müssen, vor allem, wenn diese nicht mehr den neuen Qualitäts- und Strukturkriterien der Gesundheitsreform entsprechen. Konkrete Entscheidungen hängen jedoch von den detaillierten Vorgaben der Reform und den zukünftigen Entwicklungen ab.

Frank: (...) Sofern die aus Nordrhein-Westfalen bekannte Leistungsgruppenlogik in Schleswig-Holstein zur Anwendung kommt, erwarten wir keine signifikanten Veränderungen bzw. vielmehr eine Bestätigung unseres Portfolios. Jedoch müssen auch wir die weitere Entwicklung auf Bundes- wie auch Landesebene abwarten.

Unger: Um dazu eine Aussage treffen zu können, ist es viel zu früh. Da bleibt das weitere Verfahren abzuwarten.

Erwarten Sie, dass Ihr Haus neue Kooperationen zu Leistungsbereichen mit anderen Krankenhäusern eingehen wird? Falls ja: welche?

Näthke: Das ist zu erwarten. Noch fehlen allerdings tiefere Informationen zur Klinikreform, um genauer auf Details eingehen zu können.

Scholz: (...) Natürlich wird sich der Bedarf durch die Reform verändern und wir werden noch mehr medizinische Leistungen im Verbund mit anderen Partnern an-

bieten, z.B. in ländlichen Regionen und über Telemedizin. Diese systemische Rolle der Universitätsklinik mit Krankenversorgung, Forschung und Lehre, optimal ausgebaut, kann ein großer Mehrwert für die Gesundheitsversorgung sein, auch in Schleswig-Holstein.

Engelhard: Ja, wir sehen in der Reform eine Chance, neue Kooperationen zu etablieren. Besonders im Bereich der spezialisierten medizinischen Versorgung könnten wir durch Partnerschaften mit anderen Krankenhäusern Synergien schaffen und somit die Versorgungssicherheit und -qualität sowie die sektorenübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessern.

Frank: (...) Im ersten Schritt wird es für uns wahrscheinlich darum gehen, die bestehenden Kooperationen in die neue Welt der Krankenhausversorgung zu übertragen.

Zusätzliche Kooperationen sind für uns absolut denkbar und keineswegs ausgeschlossen, da die zukünftige Versorgung sicher nur kooperativ mit vielen Partnern funktionieren kann.

Unger: Wir erwarten in der Tat weitere Kooperationen, die wir dann sehr gerne vereinbaren wollen, um der Bevölkerung in Nordfriesland ein weiterhin größtmögliches Leistungsspektrum ohne weite Wege und ohne größere Wartezeiten anbieten zu können. Was das genau sein könnte – dafür ist es derzeit auch noch zu früh, darüber Aussagen zu treffen.

DIRK SCHNACK



Die unklaren finanziellen Folgen der Reform

KRANKENKASSEN Fragen an Claudia Straub (vdek) und Tom Ackermann (AOK Nordwest) zur Wirkung der Krankenhausreform für die Krankenkassen und für Schleswig-Holstein stellte Dirk Schnack. Trotz unterschiedlicher Meinungen in Teilfragen eint die beiden die Sorge, dass die Beitragszahler zu stark belastet werden.



„Wir begrüßen eine höhere Konzentration von Leistungen bei komplexen Eingriffen.“

TOM ACKERMANN

Erwarten Sie, dass sich die stationäre Versorgung in SH durch die Krankenhausreform mittelfristig verbessern wird?

Claudia Straub: Ob die Versorgung durch die Krankenhausreform besser wird, ist fraglich, dass sie teurer wird, steht fest. Um die stationäre Versorgung zu verbessern, müssen die Krankenhausstrukturen modernisiert und Leistungen konzentriert werden. Die Reform ist so angelegt, dass viel vom Umsetzungswillen der Länder abhängt. Das Land muss eine konsequent qualitätsorientierte Leistungsplanung durchsetzen und darf nicht zu viele Ausnahmen zulassen.

Tom Ackermann: Ja, wir erwarten insbesondere für die Versorgung komplexer Leistungen eine Verbesserung der Versorgungsqualität, da durch die Krankenhausreform für bestimmte Leistungsgruppen Qualitätsstandards definiert und Mindestbehandlungsfallzahlen vorgegeben werden. Dies führt insgesamt zu mehr Spezialisierung und damit einhergehend zu einer Erhöhung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit.

Welche Veränderungen, die voraussichtlich kommen, würden Sie begrüßen?

Straub: Der Plan, das Leistungsgeschehen an den einzelnen Krankenhausstandorten durch eine Strukturierung nach Leistungsgruppen mit Qualitätsanforderungen zu ordnen, ist richtig. Wir sehen jedoch den erheblichen Spielraum zur Verwässerung der Qualitätsanforderungen kritisch. Es wäre ein Fortschritt in der Versorgung,

wenn nicht mehr jedes Krankenhaus komplexe Leistungen anbieten darf, die besser in einer spezialisierten Abteilung durchgeführt werden.

Ackermann: Wir begrüßen eine höhere Konzentration von Leistungen bei komplexen Eingriffen bei gleichzeitiger Sicherstellung des bedarfsgerechten Zugangs zur Grund- und Regelversorgung und damit verbunden ein höheres Maß an Spezialisierung und effizienteren Personaleinsatz. Um die Krankenhausstrukturen nachhaltig zu verbessern und krisenfest zu gestalten, ist es wichtig, die Leistungsgruppensystematik inklusive der Qualitätsanforderungen konsequent in der Krankenhausplanung zu verankern und bei der Vergabe der Versorgungsaufträge zu berücksichtigen.

Und welche Veränderungen wären aus Ihrer Sicht nicht hilfreich?

Straub: Mit der Reform soll ein Transformationsfonds für die Jahre 2026 bis 2035 in Höhe von jährlich fünf Milliarden Euro aufgelegt werden. Die Hälfte davon soll nach dem Willen der Bundesregierung die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) finanzieren. Die Gelder der Beitragszahler sind dafür aber nicht gedacht. Sie sind für die Behandlung der Patienten vorgesehen.

Ackermann: Diese Frage kann zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht umfassend beantwortet werden. Wir hielten es aber nicht für sinnvoll, wenn die bundeseinheitliche Leistungsgruppensystematik durch zahlreiche Ausnahmen in den Ländern auf-

geweicht und damit die Nichterfüllung von Qualitätskriterien hingenommen würde.

Welche Veränderungen vermissen Sie?

Straub: Wir hätten uns ganz klare Kriterien und Rahmenbedingungen für die Strukturveränderungen gewünscht, bevor das Finanzierungssystem so tiefgreifend verändert wird.

Ackermann: Wir vermissen die Finanzierung der Krankenhausstrukturreform durch die Länder und den Bund. Denn es gehört nicht zu den Aufgaben der GKV, aus Beitragsmitteln der Versicherten und Arbeitgeber die Transformationskosten für den Umbau der Krankenhauslandschaft zu finanzieren. Sofern es bei der jetzigen Regelung bleiben sollte, wäre zwingend die PKV an der Finanzierung zu beteiligen. Es ist nicht sachgerecht, eine Krankenhausstrukturreform nur von einem Teil der Bevölkerung, nämlich von Beitragszahlenden der GKV, finanzieren zu lassen, obwohl die Krankenhausversorgung der Bevölkerung ein wichtiger Bestandteil der Daseinsfürsorge darstellt.

Was sollte aus Ihrer Sicht getan werden, um die Kosten für die stationäre Versorgung nicht ausufern zu lassen?

Straub: Die Politik sollte bei der Reform nachjustieren, denn die Kosten, die auf die GKV zukommen, sind erheblich. Die Regelungen des Gesetzentwurfs würden zu jährlich steigenden Mehrkosten führen. Wir rechnen für das Jahr 2027 mit einer Summe von 5,8 Milliarden Euro.

Ackermann: Das Ambulantisierungspotenzial sollte ausgeweitet werden, so dass eine Verlagerung dieser bisher stationär erbrachten Fälle tatsächlich stattfindet und mehr Ambulantisierung nicht ins-

gesamt zu einer Fallausweitung führt. Die Einführung des Selbstkostendeckungsprinzips durch das Pflegebudget sowie die künftig volle Berücksichtigung des Orientierungswertes beim Landesbasisfallwert verursacht hohe Kostensteigerung in der stationären Versorgung, ohne flächendeckend die Versorgungsqualität zu verbessern. Diese Änderungen halten wir nicht für zielgerichtet. Überdies sollten die jetzigen Regelungen zur Abrechnungsprüfung auch unter den neuen Regelungen der Krankenhausreform fortgesetzt werden.

Was erwarten Sie von der Landesregierung in SH in Bezug auf die stationäre Versorgung im Land?

Straub: Wie schon gesagt: Das Land muss eine an Leistung und Qualität orientierte Krankenhausplanung durchsetzen. Wir erwarten zudem eine ausreichende Investitionsfinanzierung. Sonst verpufft jede Reform.

Ackermann: Wir erwarten, dass die SH-Landesregierung der Verpflichtung der Länder zur vollumfänglichen Finanzierung der benötigten Investitionsmittel dauerhaft nachkommt, um die Strukturreform in der Krankenhauslandschaft voranzutreiben. Bei der neuen Krankenhausplanung in SH sollten die mit den Leistungsgruppen verbundenen Qualitätsanforderungen zum Wohle der Patientensicherheit eingehalten und nicht durch Ausnahmen aufgeweicht werden. Die Landesregierung sollte kurzfristig das Planungsgutachten SH zur Verfügung stellen und insgesamt mehr Transparenz über die geplante Entwicklung unter den Beteiligten herstellen.

Vielen Dank für das Gespräch.



„Das Land muss eine an Leistung und Qualität orientierte Krankenhausplanung durchsetzen.“

CLAUDIA STRAUB



Dr. Thomas Maurer

Dr. Thomas Maurer im Podcast

Im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes berichtet Dr. Thomas Maurer über seine Tätigkeit als Hausarzt und als Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung der KV Schleswig-Holstein. Seine Einschätzung: Die Ärzteschaft hat gute Gründe, auf Defizite hinzuweisen, aber nicht, zu jammern. Auch in anderen Podcasts geht es um Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden. Darunter u.a.:

- ▶ Dr. Gisa Andresen: Was einsam macht und was dagegen hilft
- ▶ Dr. Leon Iden: Warum Mentoring in der Kardiologie hilfreich ist
- ▶ Anne Schluck: Hitzeschutz in der Praxis
- ▶ Tim Wind: Die Niederlassung lohnt sich!



Der Atlas als lernendes System

KLINIKATLAS Veraltete Zahlen, verwirrende Kriterien: Warum die Kritik am Klinikatlas so heftig war – auch aus Schleswig-Holstein. Das Bundesgesundheitsministerium nahm zwar Fehlermeldungen entgegen, plante aber nicht, das Angebot vom Netz zu nehmen. Ende Juni lag eine überarbeitete Fassung mit ersten Korrekturen vor.

Eine Internetseite, die „verständlich und transparent“ über alle Krankenhäuser bundesweit informiert und hilft, das richtige Haus für eine Behandlung zu finden – so lautete der Plan des Bundesgesundheitsministeriums. Doch als der „Klinikatlas“ Mitte Mai auf der Seite des Ministeriums freigeschaltet wurde, gab es massive Proteste. Denn in vielen Fällen ist das Ranking fragwürdig.

Die Schmerzklinik Kiel liegt an der Mündung der Schwentine. Gegründet wurde das Fachkrankenhaus 1997 als wissenschaftliches Modellprojekt des USKH und der AOK, die Patienten kommen aus ganz Deutschland oder aus dem Ausland. Denn das Team hat eine eigene Methode der integrierten Versorgung für Migräneerkrankte, Rückenschmerzgeplagte und andere von chronischen Schmerzen Betroffene entwickelt. Zahlreiche Preise und Lob im virtuellen Gästebuch sprechen vom Erfolg der Therapie.

Doch im Klinikatlas des Bundesgesundheitsministeriums tauchte die Spezialklinik nur unter „ferner liefen“ auf. Im bundesweiten Vergleich stand an erster Stelle ein Haus in Bayern, das vor allem mit Naturheilverfahren wirbt. Bei einer Suche innerhalb Schleswig-Holsteins erschienen beim Stichwort „Schmerz“ regionale Allgemeinkrankenhäuser auf den ersten Plätzen.

Prof. Hartmut Göbel, Leiter der Schmerzklinik, hat eine Erklärung dafür: „Es liegt an den Kriterien.“ Zwei Faktoren beeinflussten das Ranking im Atlas besonders stark: die Zahl der Behandlungen und die Zahl der Patienten pro Pflegekraft. Je weniger Kranke eine Person betreut, desto besser, so die Logik des Systems. Die sei aber falsch, erklärte Göbel: „Gerade in Fachkliniken, die keine akut Erkrankten aufnehmen, sondern chronische Fälle betreuen, braucht es nicht so viele Pflegekräfte wie in Allgemeinkliniken.“

Nicht nur der bundesweit bekannte Schmerzmediziner Göbel bekam Bauchgrimmen, wenn er an den Klinikatlas dachte. Zahlreiche Kliniken in Schleswig-Holstein hätten sich über Fehler auf dem neuen Portal beschwert, teilte das Landesgesundheitsministerium mit. „Die Rückmeldungen bestätigen die Informationen, die aus anderen Bundesländern und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften bekannt sind: Der Bundes-Klinikatlas weist eine Vielzahl von teils gravierenden Fehlern auf.“

Vielfach beklagten Kliniken veraltete Zahlen. Dass die Datenlage uneindeutig ist, bestätigte auch das Ministerium. Der Klinikatlas nutzte verschiedene Verzeichnisse, sodass sich „aufgrund unterschiedlicher Erhebungszeiträume für verschiedene Datenpunkte und -quellen die Jahre unterscheiden“.

Doch wenn die Liste aufgrund unklarer Zahlen eher zur Verwirrung beiträgt, was nutzt sie dann? „Sehr wenig, das neue Register schafft keine Transparenz, verunsichert eher Patientinnen und Patienten und schafft nur mehr Bürokratie“, sagte Prof. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Landesgesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU), die in diesem Jahr auch Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz der Länder ist, betonte sogar ein größeres Risiko: „Im Notfall könnten aufgrund falscher Angaben im Bundes-Klinikatlas Patientinnen und Patienten fehlgeleitet werden.“

Dass die Internetseite unverzüglich nachgebessert werden müsse, forderte auch Prof. Jens Scholz, Chef des UKSH und Vorsitzender des Verbandes der Universitätsklinika gegenüber dem Nachrichtenportal „Politico“. „Der Klinikatlas hat einen holprigen Start hingelegt und hat eindeutig Verbesserungsbedarf.“

Kritik kam auch von Jasper Balke, Gesundheitsexperte der Grünen Landtagsfraktion: „Die Grundidee ist total gut, aber durch die falschen Zahlen entsteht Verwirrung. Dadurch kann das Vertrauen in solche Angebote und zu staatlichen Instanzen kaputt gehen“, sagte er dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Er fände es besser, den Atlas vom Netz zu nehmen, bis die Zahlen stimmten und die Kriterien klarer seien.

Das Bundesgesundheitsministerium wies darauf hin, dass der Atlas „ein lernendes System“ sei. Kliniken könnten Fehler melden. „Verantwortungslos“, meinte von der Decken: „Nutzerinnen und Nutzer verlassen sich auf das, was sie sehen.“ Sie schlug vor, den Atlas vom Netz zu nehmen.

Kritik aufzunehmen gehöre zum Selbstverständnis des Projekts, sagte ein Sprecher des Ministeriums Anfang Juni in Berlin. Die Hinweise, etwa von Fachgesellschaften, würden ernst genommen, um den Klinikatlas zu verbessern. Ein Update finde kontinuierlich statt. Das Portal vom Netz zu nehmen, sei nicht geplant. Ende Juni dann die nächste Ernüchterung: Das Update fand zwar statt, wurde aber ebenfalls massiv kritisiert. „Mit seinem Neustart auch in der Light-Version endgültig gescheitert“, kommentierte die DKG. 22 Erkrankungen listete der neue Atlas auf. „Damit fehlen große und für die Bevölkerung hoch relevante Behandlungsangebote, für die der Lauterbach-Atlas keinerlei Erkenntnisse liefert“, so die DKG. Herzinsuffizienz, COPD, Demenz waren nur einige von vielen wichtigen Erkrankungen, über die der Atlas keine Informationen lieferte. Zudem bekamen Patienten weiterhin Kliniken angezeigt, die wegen ihrer Entfernung vom Wohnort für sie gar nicht erreichbar wären.

ESTHER GEISSLINGER

GMK nimmt das ganze System in den Blick

GMK Neben der Klinikreform sind in den vergangenen Monaten zahlreiche weitere Themen in den Fokus gerückt, die es auch auf die Agenda der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder geschafft haben. Insbesondere die ambulante Versorgung rückt nun in den Blickpunkt.

Mehr als 50 Beschlüsse fassten die Gesundheitsministerinnen und -minister bei ihrer zweitägigen Konferenz in Lübeck-Travemünde. Gastgeberin war Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU).

„Von der Gesundheitsministerkonferenz geht das starke Signal aus, dass sich die Länder gemeinsam und parteiübergreifend für die Sicherung der Gesundheitsversorgung einsetzen. Für die zunehmenden Herausforderungen wie Fachkräftemangel, Unterversorgung oder Arzneimittelknappheit gibt es keine Lösung auf Knopfdruck, aber eine Vielzahl an Stellschrauben, an denen wir drehen müssen“, sagte von der Decken zum Abschluss.

Insbesondere die Probleme und Engpässe in der ambulanten Versorgung spielten in Travemünde eine Rolle. Die GMK beschloss, eine eigene Arbeitsgruppe einzurichten, die sich mit Fragen der ambulanten und der sektorübergreifenden Versorgung beschäftigen wird. Vom Bund fordert die GMK, umgehend gesetzliche Weichenstellungen für eine Stärkung der ambulanten Versorgung zu ergreifen.

Die Ärztenossenschaft Nord begrüßte die Ankündigung, mahnte aber auch, die betroffenen Akteure einzubeziehen. „Wir haben genug von Expertenkommissionen, die aus dem Elfenbeinturm heraus Empfehlungen geben, die an jeder Realität vorbeilaufen“, sagte der Vorstandsvorsitzende der Ärztenossenschaft Nord, Dr. Svante Gehring aus Norderstedt. Nach seiner Schilderung verdienen angestellte Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor inzwischen zum Teil einen höheren Stundenlohn als ihre Chefs, tragen aber im Vergleich zu den Inhabern weniger Verantwortung. Gehring sprach von einer „Unwucht im System“. Die Genossenschaft forderte

„Wir haben genug von Expertenkommissionen, die aus dem Elfenbeinturm heraus Empfehlungen geben.“

DR. SVANTE GEHRING

deshalb eine Entbudgetierung für alle Fachgruppen und eine aufgestockte Honorierung, die die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bei der Vergütung ihrer Leistungen „auf Augenhöhe“ mit dem stationären Sektor bringe.

Gehring Stellvertreter Dr. Axel Schroeder aus Neumünster forderte zugleich „weniger Staat und Gesetze“. Das von von der Decken abgegebene Bekenntnis zu inhabergeführten und freiberuflich-selbstständigen Praxen und MVZ nannte er „das richtige Zeichen“. Am Rande der Gesundheitsministerkonferenz hatten Ärztinnen und Ärzte zuvor gemeinsam mit anderen Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen für bessere Rahmenbedingungen im ambulanten Sektor demonstriert. Aufgerufen hatten dazu neben der Ärztenossenschaft und den Praxisnetzen auch die Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di.

Ein weiterer Punkt aus dem ambulanten Sektor, über den sich die GMK Gedanken machte, war die Bedarfsplanung, in der die Länder auf mehr Einfluss drängen. Melanie Schlotzhauer (SPD), Gesundheitssektorin von Hamburg, begründete dieses

Ziel mit dem schwierigen Zugang für manche Menschen zur ambulanten Gesundheitsversorgung. Sie gab zu bedenken, dass Menschen es selbst in rechnerisch überversorgten Regionen immer schwerer haben, Arzttermine zu bekommen. Die Mitwirkung der Länder inklusive Stimmrecht wäre aus ihrer Sicht eine Bereicherung für die Zulassungsausschüsse, in denen bislang KVen und Krankenkassen allein entscheiden.

Dissens mit dem Bund gibt es zum Thema ÖGD: Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) stellte in Travemünde klar, dass der Bund kein Geld für eine Weiterführung oder Verstetigung des 2026 auslaufenden Bund-Länder-Paktes vorgesehen hat. Die Länder halten das für falsch und erinnern an den Wortlaut der laufenden Vereinbarung, mit dem eine Verstetigung angestrebt wird. „Es ist nicht akzeptabel, wenn der Bund sich davon einseitig verabschieden möchte“, sagte von der Decken. Nach ihrer Ansicht würde das die erreichten Erfolge der ÖGD-Arbeit gefährden. Die Länder streben mit einer Verstetigung eine nachhaltige strukturelle Stärkung des ÖGD an, „da die Herausforderungen durch Sicherheitslagen, Krisen, Klimawandel, Pandemien und die demografische Entwicklung weiter zunehmen werden.“

Zudem soll nach dem Willen der Länder das Anerkennungsverfahren für ausländische Ärztinnen und Ärzte beschleunigt werden, ohne dabei die Patientensicherheit zu vernachlässigen. Der Bund wurde zum Erhalt der wohnortnahen Arzneimittelversorgung durch inhabergeführte Vor-Ort-Apotheken gebeten, die Rahmenbedingungen entsprechend anzupassen. Bisher vom Bund in Aussicht gestellte Maßnahmen reichten nicht, um die Lage der Apotheken nachhaltig zu verbessern und die Versorgung zu gewährleisten.

DIRK SCHNACK

„Weniger Amt, mehr Akteur“

GASTBEITRAG Dr. Jens Lassen, Vorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes Schleswig-Holstein, beschreibt in einem Gastbeitrag seine Erwartungen an die KV. Er verspricht sich Fortschritte von einer „gestalterischen Haltung“ zu den vorliegenden Gesetzen.

Was uns Ärztinnen und Ärzte in diesen Zeiten mit anderen Berufsgruppen eint, sind nicht zuletzt die Probleme, die wir mit ihnen teilen: MFA sind genauso rar wie das Fachpersonal in Bäckereien. Die Lohnkosten steigen nicht nur für die Praxen, sondern auch im Tischlerhandwerk. Und der Diesel wird für das Praxisauto und das Taxi gleichermaßen teurer. Unsere Versuche, die eklatanten Probleme der niedergelassenen Medizin immer wieder aufzuzeigen, drohen vor dem Kieler Landeshaus und im Berliner Regierungsviertel im allgemeinen Klagefeld unterzugehen.

Man sollte die strukturellen Probleme der Praxen aber nicht als das Jammern einer wohl situierten Berufsgruppe abtun. Es geht um die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, und die ist nicht irgendein Thema. Für die Menschen ist „ihre Hausarztpraxis“ keine Adresse, sondern der Ort, zu dem sie kommen, wenn es ihnen nicht gut geht. Das muss so bleiben und dafür gilt es zu arbeiten. Und das hier sind die Themen, die dafür momentan auch in Schleswig-Holstein oben auf der Tagesordnung stehen:

GVSG

Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat am 22. Mai das Kabinett passiert und kommt jetzt in das parlamentarische Verfahren des Bundestags. Dass es die Entbudgetierung der hausärztlichen Honorare nach dem Modell MGV+ inklusive der Hausbesuche beinhalten wird ist ein großer Erfolg für die Hausärztinnen und Hausärzte, für den ihr Berufsverband lange gearbeitet hat. Den gebietsärztlichen Kolleginnen und Kollegen ist zu wünschen, dass sie schnell nachfolgen. Die Budgets, eingeführt 1992 von Horst Seehofer und Rudolf Dreßler, waren ein Relikt aus den Zeiten einer Ärzteschwemme. Mit der hat

unsere heutige Situation nun rein gar nichts mehr gemein.

Zwei weitere große Themenkomplexe im GVSG sind zum einen die Einführung einer Jahrespauschale für die Behandlung chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten und die Neuorganisation der hausärztlichen Strukturpauschale (03040). Künftig sollen nur noch Praxen dieses Geld erhalten, die nicht nur auf dem Papier, sondern auch in der Realität hausärztliche Versorgung betreiben. Viel wichtiger als die Details dieser Regelung, die man jetzt einzeln betrachten könnte und die ohne jeden Zweifel gut ausgearbeitet und verhandelt werden müssen, ist, dass die Selbstverwaltung, namentlich also das KV-System, diese Punkte und auch das Gesetz an sich als Chance begreift. Nach jahrelangem Stillstand im Kollektivvertrag bietet das GVSG erstmals eine Perspektive für die Weiterentwicklung der hausärztlichen Rahmenbedingungen. Die müssen wir nutzen – und dafür brauchen wir den echten Willen der Selbstverwaltung.

Wir haben auch in Schleswig-Holstein erlebt, dass die KV dem Gesetz coram publico vor allem mit Sorge und Bedenken begegnet ist und reflexartig aktiv wenig sinnstiftende Vorschläge befeuert hat, so zum Beispiel die verpflichtende Einschreibung der Patientinnen und Patienten bei einer festen Hausarztpraxis.

Der neue KVSH-Vorstand würde sicherlich keinen Fehler begehen, wenn er mit einer gestalterischen Haltung an das große Thema herangeht und den Schulterchluss mit den Hausärztinnen und Hausärzten und ihrem Berufsverband sucht. Wir erleben in Schleswig-Holstein derzeit ein sehr dynamisches Wachstum der HZV, vor allem, weil sie die Ärztinnen und Ärzte schon jetzt von den Geißeln endlicher Budgets zu weiten Teilen befreien kann und endlich Innovation in die Praxis bringt. Genau das sind ja die „Kanonenkugeln“, die

das KV-System seinen Mitgliedern an die Füße gehängt hat und die alle loswerden wollen. Der Kollektivvertrag ist starr und an Problemen nicht arm – er täte gut daran, seine wenigen Chancen zu nutzen. Wir brauchen von der KV weniger sorgenvolle deutsche Amtsstube und viel mehr aktive Gestaltung im Sinne der Praxen – letztlich also ein Stück Sinneswandel. Der naive Klang dieses Satzes macht die Botschaft dabei nicht weniger wahr.

Notdienst

Der Ärztliche Bereitschaftsdienst ist mit seinen aktuellen Problemen eines der drängendsten Themen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte allgemein, im Speziellen aber auch für die Hausärztinnen und Hausärzte. Durch den Wegfall der sogenannten Poolärztinnen und -ärzte, der uns in Schleswig-Holstein in besonderem Maße getroffen hat, ist die Arbeitsbelastung durch den Notdienst für die Niedergelassenen nochmal deutlich angestiegen. Diesen Dienst versehen sie bekanntermaßen zusätzlich zum täglichen Arbeitsmarathon in den Praxen. Am Horizont zeichnet sich nun gleichzeitig das Notfallgesetz ab, das Anfang Juni mit einem ersten Referentenentwurf aus dem BMG publik wurde und fast nur Schatten, aber kein Licht beinhaltet. Hier addieren sich jetzt zwei Probleme. Zu der bereits bestehenden Notdienstbelastung kommen die Vorstellungen aus dem Ministerium mit deutlich ausgeweiteten Öffnungszeiten der Anlaufpraxen (die schreibt das Gesetz konkret vor) und einem nächtlichen Telemedizinangebot. Außerdem soll es „Kooperationspraxen“ geben, die an das neu zu gründende integrierte Notfallzentrum angebunden sein sollen.

Die KVSH hatte richtigerweise zum Jahresbeginn die Öffnungszeiten einiger Anlaufpraxen eingeschränkt. Seitdem erfolgt beim Thema Notdienst allerdings nichts als eine wiederkehrende Problembe-

schreibung, die mit der Hoffnung verbunden wird, dass die Politik das Problem über eine Befreiung der Notdienstärztinnen und -ärzte von der Sozialversicherungspflicht regelt. Diese Befreiung wäre auch absolut korrekt und folgerichtig und man muss sie weiter fordern. Wir sind dabei in Schleswig-Holstein dankbar für eine große Unterstützung durch die Landespolitik, die sich hier wie bei anderen Themen öffentlich hinter uns stellt. Die politische Verantwortung liegt aber leider nicht in Kiel, sondern im Berliner Arbeitsministerium von Hubertus Heil. Dass die vielzitierte Politik uns dieses Problem lösen wird, ist immer noch nicht in Stein gemeißelt. Wir müssen daher selbst nach Lösungen suchen – und zwar jetzt. Bisher gibt es in der KVSH über die Reduktion der Anlaufpraxis-Zeiten hinaus nur den Vorschlag, den fahrenden Notdienst von 0 bis 8 Uhr auf weniger Köpfe zu verteilen und die Bezirke zu vergrößern, nach dem Motto: um Mitternacht eine Einweisung im Pflegeheim in Flensburg, um 1 Uhr eine Todesfeststellung in Heide, um 2 Uhr Knieschmerzen in Husum, zwischendurch zehn Telefonate. Solche Vorschläge können nur von jemandem kommen, der entweder noch nie nachts einen Notdienst geleistet hat oder nie wieder einen leisten will. Wir müssen viel weiter denken, mit Stichworten wie: externes nicht-ärztliches Personal im fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst mit Arzt-Support aus der 116117-Leitstelle, zumutbare Wege für die Bevölkerung in eine Anlaufpraxis, sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von Poolärztinnen und -ärzten und auch die Frage, was nachts ausdrücklich und verlässlich nicht behandelt werden muss; also die alte Leier: Wir müssen uns am medizinischen Bedarf orientieren, nicht an den Bedürfnissen. Und wir brauchen die komplette ärztliche Solidarität der Fachgruppen untereinander. Der Notdienst ist eben kein exklusives Prob-

lem der Allgemeinmedizin. Auch hier wird entscheidend sein, dass die KVSH eine Idee entwickelt, wie den Niedergelassenen der Spagat zwischen immer volleren Praxen und immer mehr Notdienstverpflichtung gelingen soll. Die bisherige Taktik, einfach alles so zu belassen wie es jetzt ist, die Praxen also weiter bei 130 % laufen zu lassen und auf den politischen Heiland zu hoffen ist dabei die einfachste aller Optionen. Sie ist allerdings auch gleichzeitig die schlechteste.

Ärztlicher Nachwuchs

GVSG und Notdienst sind zwei Themen, die direkt auch mit dem ärztlichen Nachwuchs für die Praxen vergesellschaftet sind. Wir bemerken selbst, wie wenig sich ein endliches PZV-Budget mit der Warteschlange auf dem Gehweg vor der Praxis in gedanklichen Einklang bringen lässt. Und auch die gleichzeitige Aussicht auf viele Notdienste macht den Abschied aus der Klinik nicht unbedingt leichter. Wenn wir unser Nachwuchsproblem lösen wollen, müssen wir neben der Bearbeitung dieser Themen auch immer wieder an den politischen Willen, den Masterplan 2020 endlich zu beschließen, appellieren. Diese Reform der ärztlichen Approbationsordnung erhöht die Zahl der Medizinstudienplätze und bringt die angehenden Kolleginnen und Kollegen früher mit der Allgemeinmedizin in Kontakt, sodass sich dann hoffentlich eine größere Anzahl für den Hausarztberuf begeistern lässt. Wir sind hier im Land gesegnet mit zwei engagierten Instituten für Allgemeinmedizin an den UKSH-Campi in Kiel und Lübeck, die beide einen guten Draht in die Praxen haben. Wir alle sollten uns zusammen dafür einsetzen, dass die Reform endlich kommt.

Wer als politischer Akteur heute den Masterplan 2020 weiter verzögert, wird sich in elf Jahren nach der Mitverantwortung für den dann immer weiter zunehmenden Hausarztmangel fragen lassen müssen.

Dr. Jens Lassen



Dr. Jens Lassen

Dr. Jens Lassen ist seit 2022 Vorsitzender des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes Schleswig-Holstein. Er löste damals seinen Praxispartner Dr. Thomas Maurer ab, der als Vorsitzender der KV-Abgeordnetenversammlung in Bad Segeberg eine zentrale Rolle in der Landespolitik in Schleswig-Holstein spielt. Lassen hatte zu seinem Amtsantritt zentrale Anliegen des Verbandes formuliert. Die wichtigste aus seiner Sicht: Dafür zu sorgen, dass die Schlüsselposition der Allgemeinmedizin bei allen Beteiligten wahrgenommen wird. Außerdem stehen die weitere Vernetzung der Hausärzteschaft mit Ausbau der hausarztzentrierten Versorgung (HZV), die Begleitung der Digitalisierung in der ambulanten Medizin und die Nachwuchsgewinnung für die Allgemeinmedizin, - u.a. in Kooperation mit den Instituten für Allgemeinmedizin an den Universitäten Kiel und Lübeck - auf der Agenda. (di)

Entbudgetierung, aber keine Euphorie

KVSH Ist ein kompletter Richtungswechsel in der deutschen Gesundheitspolitik erforderlich? Diese Forderung erhob die Abgeordnetenversammlung der KV Schleswig-Holstein in einer Resolution, die sie bei ihrer Sitzung am 12. Juni in Bad Segeberg verabschiedete.

Die KV Schleswig-Holstein begrüßt zwar grundsätzlich die vom Bundesgesundheitsministerium angesprochene Entbudgetierung hausärztlicher Leistungen, für Euphorie besteht nach Überzeugung des KV-Vorstands deshalb aber kein Anlass. Grund sind die zahlreichen, zum Zeitpunkt der Versammlung Mitte Juni noch zu lösenden Detailfragen.

Eines der Probleme sind die schwierigen, oft komplizierten Formulierungen, mit denen das Bundesgesundheitsministerium die Entbudgetierung in gesetzliche Regelungen umzusetzen plant. Die im Juni noch amtierende KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliffke machte in ihrer letzten Abgeordnetenversammlung als KV-Chefin deutlich, wie schwer oder gar nicht verständlich diese Formulierungen sind und präsentierte als Beispiel einen Satz aus dem neuen Absatz 3c, der im Paragraphen 87a im SGB V eingefügt werden soll. Der von ihr gezeigte Satz besteht aus deutlich über 100 Wörtern. Der dazu gehörige Absatz erstreckt sich laut Schliffke über zwei komplette DIN A4-Seiten. „Selbst die Honorarexperten der KBV haben ihn bislang nicht entschlüsseln können“, betonte Schliffke in ihrem Bericht.

Dieses Verständnis sei aber wichtig, schließlich soll der Satz verstehen helfen, wie die Entbudgetierung umgesetzt werden soll. Um eine verständliche Grundlage zu schaffen, müsse es noch „mehrere Runden mit den Gesetzesschreibern des BMG geben“, mahnte Schliffke. Sie machte deutlich, dass die Entbudgetierung, wenn sie wirklich gewollt sei, ganz einfach formuliert werden könnte – nämlich mit folgendem Satz: „Ab 1. Januar 2025 sind von den Krankenkassen alle Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereiches zum aktuellen Orientierungspunktwert zu bezahlen.“

Diese Formulierung träfe aus Sicht Schliffkes den Kern der Sache, entspräche

„Was wir nicht brauchen, sind ideologische Experimente und politische Verunsicherungen, die die Praxen der Niedergelassenen (...) infrage stellen und ihre Existenz gefährden.“

RESOLUTION DER KVSH

dem Koalitionsvertrag und auch der medialen Kommunikation von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD). Die von ihr präferierte Formulierung sei aber wohl, so die Vermutung Schliffkes, „ein bisschen simpel“.

Sie wird den Verdacht nicht los, dass die vorliegenden Passagen aus dem Bundesgesundheitsministerium „eher nach Hinhaltenakt und Verschleierungsversuch“ aussehen. Für sie war Mitte Juni deshalb auch noch nicht absehbar, wann und wie die Entbudgetierung tatsächlich kommt.

Hoffnungen setzen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in die Entbudgetierung dennoch. Aber: Nach Überzeugung Schliffkes käme sie für manche Bereiche im ambulanten Gesundheitswesen „zehn Jahre zu spät“. Sie begründete ihre Einschätzung mit der hausärztlichen Mangelsituation, die zum Beispiel an Aufnahmestopps in einigen Praxen oder an Praxisschließungen erkennbar sei. Teilweise sei man deshalb gezwungen, Patienten an die regionalen Notfallpraxen zu verweisen. Eine Entbudgetierung ab 2025 werde daran zumindest kurzfristig nichts ändern.

Welche Lösung sieht die KV? Eine am gleichen Tag verabschiedete Resolution

zeigt: Am besten ein kompletter Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik. Dafür brauche es Rahmenbedingungen, die die ärztliche und psychotherapeutische Arbeit erleichtern und eine Weiterentwicklung der bewährten Strukturen zulassen. „Was wir nicht brauchen, sind ideologische Experimente und politische Verunsicherungen, die die Praxen der Niedergelassenen, die das Rückgrat der Gesundheitsversorgung bilden, infrage stellen und ihre Existenz gefährden“, heißt es in der Resolution.

Als konkrete Forderungen wurden u.a. eine „echte Entbudgetierung“ ohne Umverteilung von Mitteln innerhalb der ambulanten Versorgung, ein Bekenntnis zu inhabergeführten, freiberuflich-selbstständigen Praxen und MVZ, faire Wettbewerbsbedingungen für Kliniken und Praxen bei der Ambulantisierung und eine Digitalisierung mit „entlastendem Mehrwert“ genannt. Nach Ansicht der Abgeordneten müssten sich alle geplanten und schon im parlamentarischen Verfahren befindlichen Gesundheitsgesetze daran messen lassen, welchen Beitrag sie dazu leisten, die Praxen und damit die gesundheitliche Versorgung zu stärken.

DIRK SCHNACK

Gesunde Kinder in Schleswig-Holstein

PÄDIATRIE Die zahlreichen Probleme in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen sind in den vergangenen Jahren von Pädiatern klar angesprochen worden. Trotz teils schwieriger Rahmenbedingungen ist es bislang gelungen, dass es um die Gesundheit des Nachwuchses im Norden insgesamt noch gut bestellt ist. Dies zeigt ein im Juni vorgestellter Bericht.

Gut bis sehr gut: Zu diesem Urteil kommt eine Studie vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck und des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) unter Leitung von Prof. Alexander Katalinic in Bezug auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. Das Urteil gilt für 90 % der Kinder. Zehn Prozent der untersuchten Altersgruppe geht es schlechter.

Die Studie unter dem Namen „Die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein in Krisenzeiten“ wertete Antworten von 2.500 Eltern aus Schleswig-Holstein aus. Auftraggeber für die Studie war das Landesgesundheitsministerium. Das Fazit von Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) fiel zwar positiv aus, sie machte aber auch deutlich, dass an den Defiziten gearbeitet werden müsse. „Die Studie zeigt, dass der weit überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein in einem guten bis sehr guten Gesundheitszustand ist. Das ist nach den Belastungen der Coronapandemie ein positiver Befund und zeigt, dass unsere Gesundheitsversorgung insgesamt gut funktioniert“, sagte die Ministerin. Die Studie mache aber auch deutlich, dass es Kindern und Jugendlichen mit einem speziellen Versorgungsbedarf sowie aus schwierigeren sozialen Verhältnissen tendenziell weniger gut gehe. Von der Decken sieht in den Ergebnissen wichtige Anhaltspunkte für alle Akteure im Land und eine Grundlage für einen weiteren Austausch. Zu den wichtigsten Ergebnissen der Studie zählen u.a.:

► Der Mittelwert für die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kin-

der liegt höher als in den Vorstudien 2021 und 2022.

- Weniger gut geht es Kindern und Jugendlichen mit speziellem Versorgungsbedarf, von Eltern mit einer inadäquaten Gesundheitskompetenz, deren Eltern ohne Partner leben sowie Kindern, die Hinweise auf eine pathologische Nutzung digitaler Spiele zeigen.
- Für über ein Fünftel der Kinder besteht mindestens erhöhter medizinischer, psychosozialer oder pädagogischer Versorgungs- oder Unterstützungsbedarf.
- Bei 19,7 % der Kinder besteht ein ungedeckter Versorgungsbedarf. Besonders oft betroffen: Selbsthilfegruppen, RehaMaßnahmen, Videosprechstunden, Schulungen bei chronischen Erkrankungen, Logopädie, Ergotherapie, psychologische Beratung oder Psychotherapie.
- Die meisten Kinder haben einen Kinderarzt oder eine Kinderärztin, die sich regelmäßig um die gesundheitlichen Belange des Kindes kümmern. Allerdings finden es 17,0 % der Eltern sehr bis extrem schwierig, kinderärztliche Versorgung zu bekommen. Über die fachärztliche Hilfe sagen dies 36,8 % und über die notärztliche Hilfe für ihr Kind 23,5 %.
- Für den Weg in die pädiatrische Praxis benötigten 80 % der Familien fünf bis 30 Minuten (durchschnittlich 17 Minuten), in die hausärztliche Praxis fünf bis 20 Minuten (durchschnittlich elf Minuten), in die fachärztliche Praxis zehn bis 45 Minuten (durchschnittlich 25 Minuten) und zum nächsten Krankenhaus zehn bis 40 Minuten (durchschnittlich 22 Minuten).
- Mit der medizinischen Versorgung ihres Kindes sind Eltern vorwiegend zufrieden bis sehr zufrieden. Weniger zufrieden sind sie mit den Wartezeiten in Praxen oder im Krankenhaus, der sektoren-

übergreifenden Zusammenarbeit und den Terminwartezeiten.

- Jeder neunte teilnehmende Elternteil hat Mängel in der Gesundheitskompetenz und damit Probleme, gesundheitsrelevante Informationen für das Kind zu finden, zu verstehen, einzuordnen und zu nutzen. Das betrifft u.a. die Suche nach Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, die Entscheidung, eine Zweitmeinung einzuholen und die Beurteilung der Vertrauenswürdigkeit von Medieninformationen zu Gesundheitsrisiken.
- 62,8 % der Kinder und Jugendlichen überschreiten die altersabhängige empfohlene Bildschirmzeit. Für ein Drittel der Kinder unter drei Jahren geben Eltern Bildschirmzeiten an.
- Ein Viertel der 10- bis 17-Jährigen zeigt Hinweise auf eine riskante und ein Achtel auf eine pathologische Nutzung digitaler Spiele.
- Insgesamt geben 28,4 % der Befragten an, dass mindestens ein Haushaltsmitglied raucht, von den 14- bis 17-Jährigen rauchen nach Angaben der Eltern 7,6 %.
- Zwei Drittel der 14- bis 17-Jährigen trinken gelegentlich und 0,2 % täglich Alkohol.
- Mehr als die Hälfte der 5- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen bewegt sich zu wenig. Pandemiebedingte Nichtteilnahme an Bewegungsangeboten spielten keine nennenswerte Rolle.
- Im Vergleich zur ersten Voruntersuchung aus dem Jahr 2021 zeigten viele Eltern Hinweise für eine Depression. Weniger Eltern als in der ersten Voruntersuchung äußerten dagegen Hinweise auf eine Angststörung.

DIRK SCHNACK

Gesucht: Ideologiefreie Gesundheitsreform

AMBULANTE VERSORGUNG Wie sieht die Zukunft des Vertragsarztsystems aus? Die Reformpläne des Bundesgesundheitsministers bewertet der Kieler Gesundheitsökonom Prof. Thomas Drabinski (Institut für Mikrodaten-Analyse, IfMDA) für uns in einem Gastbeitrag.

Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach sagt im Zusammenhang des Entwurfs zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG, Kabinettsfassung vom 22. Mai 2024): „Unser Gesundheitssystem braucht eine Generalüberholung (...)“. Die Aussage impliziert, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) umfassend reformiert oder erneuert werden muss. Eine Generalüberholung ist immer dann nötig, wenn es tiefgreifende Ineffektivitäten und Ineffizienzen gibt, die nicht mehr durch kleinere systeminterne Anpassungen oder Verbesserungen behoben werden können.

Generalüberholung bedeutet im Vertragsarztsystem (ambulante Versorgung gesetzlich Krankensicherter) eine grundlegende Neugestaltung von Strukturen und Prozessen im Zuständigkeits- und Aufgabenbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Ziele einer Generalüberholung könnten die Verbesserung der Qualität der Versorgung, die Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Attraktivität der Vergütungssysteme, die Steigerung der Effektivität von Entscheidungen sowie die Effizienzintensivierung des Verwaltungshandelns sein.

Generalüberholung der vertragsärztlichen Hausarztsituation

Auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum GVSG heißt es: „Durch den Wegfall der Budgets wird es für Hausärzte attraktiver, wieder mehr Patienten anzunehmen. Unnötige Quartalsuntersuchungen entfallen, überfüllte Wartezimmer werden vermieden.“ Konkret sind drei Maßnahmen für Vertragshausärzte vorgesehen im GVSG:

1) Leistungsbudgets der allgemeinen hausärztlichen Versorgung sollen nicht mehr in ihrer bisherigen KV-Logik mengenbegrenzt bzw. honorargemindert sein,

sondern durch eine neue morbiditätsbedingte hausärztliche Gesamtvergütung („Hausarzt-MGV“) ersetzt werden, kalkuliert auf Datenbasis 2023. Dieses Verfahren wird fälschlicherweise als „Entbudgetierung der Hausärzte“ bezeichnet. Letztendlich ist die Hausarzt-MGV aber nur ein neu gelabeltes Budget für die Hausärzte innerhalb des KV-Budgets.

2) Ausschließlich für leicht zu behandelnde Chroniker (ab dem 18. Lebensjahr) sollen Versorgungspauschalen anstelle von Quartalspauschalen (Versichertenpauschalen, Chroniker-Pauschalen) eingeführt werden, um die „Kapazitäten der Hausärztinnen und Hausärzte effizient zu nutzen“. Alle anderen Chroniker („nicht leicht zu behandeln“) werden aber wie bisher vergütet.

3) Hausarztpraxen, die durch den Bewertungsausschuss wohldefinierte Strukturqualitätskriterien vorhalten (z.B. regelmäßige Nutzung von Anwendungen der Telematikinfrastruktur, bedarfsgerechte Praxisöffnungszeiten auch nach 19 Uhr sowie bedarfsgerechte Haus- und Heimbesuche), sollen eine Fixvergütung erhalten (sogenannte Vorhaltepauschale). Alle anderen Hausärzte, die die Strukturqualitätskriterien des Bewertungsausschusses erfüllen können oder wollen, bekommen keine Vorhaltepauschale ausgezahlt.

Mit den drei Maßnahmen ist unter Umständen eine Änderung in den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für solche KV-Regionen zu erwarten, in denen Hausärzte bisher eine Honorarquote unter 100 % hatten: Für Maßnahme 1) erwartet das BMG insgesamt eine jährliche Mehrausgabe in Höhe „eines unteren dreistelligen Millionenbetrages“ (Erhöhung einzelner KV-Budgets), da Krankenkassen zu Aufstockungszahlungen an die KVen verpflichtet werden sollen (keine „befreienden“ Zahlungen mehr). Es ist aber zu erwarten,

dass die dahinterstehende neu eingefügte SGB-V-Regelungen (§ 87a Abs. 3c, GVSG-Kabinettsfassung) für alle Beteiligten Bürokratielasten und Streitigkeiten in unbefristeter Höhe auslösen werden. Die Maßnahmen 2) und 3) sollen budgetneutral wirken, d.h. durch eine KV-interne Umverteilung refinanziert werden, was zu Konflikten zwischen den Arztgruppen der KVen führen dürfte.

Ineffektive und ineffiziente Regelungen

Die vorangestellten drei Maßnahmen, die im GVSG für Vertragshausärzte vorgesehen sind, erfüllen bei genauerer Betrachtung nicht die Eigenschaft einer Generalüberholung. Im hausärztlichen Vertragsarztsystem werden keine grundlegenden Neugestaltungen von Strukturen und Prozessen bewirkt. Vielmehr werden Bürokratielasten erhöht, ohne dass nennenswerte Ziele wie eine echte Entbudgetierung oder messbare Qualitätsverbesserungen in der Versorgung umgesetzt werden.

Die Attraktivität des KV-Vergütungssystems wird nicht verbessert, sondern durch eine „Verschlimmbesserung“ belastet. Die Effektivität von Entscheidungen („die richtigen Dinge tun“) und die Effizienz des Handelns („die Dinge richtig tun“) wird nicht befördert. Für die Vertragshausärzte lassen die Neuregelungen – wenn überhaupt – nur marginale Verbesserungen in wenigen KV-Regionen erwarten.

Gesundheitsökonomisch sind die Regelungen als ineffektiv und ineffizient zu bewerten, gesundheitspolitisch können sie eventuell als Erfolg verkauft werden – wenn man nicht so genau hinschaut und den Überschriften Glauben schenkt.

Mit Ausnahme der Anhebung der Bagatellgrenze (eventuell weniger Arzneimittelregresse) sind keine unmittelbaren Maßnahmen für die Vertragsfachärzte im GVSG vorgesehen.

Generalüberholung der vertragsärztlichen Facharztsituation

Fachärzte werden im GVSG nur indirekt als Teil der ambulanten Versorgungskette betrachtet und im Zusammenhang mit den Hausärzten knapp besprochen: „Sollte eine schnelle fachärztliche Behandlung notwendig sein, können sie [die Hausärzte] direkt zum richtigen Facharzt steuern, sodass die Patientin beziehungsweise der Patient eine nahtlose Behandlung erhält.“

Diese Formulierung im GVSG „B. Besonderer Teil“ sieht auf den ersten Blick unspektakulär aus, trägt in sich aber bereits den Plan einer „echten“ Generalüberholung der vertragsärztlichen Facharztsituation im Kontext des mittlerweile breiter diskutierten Konzepts des „Primärarztsystems“. So schlägt z.B. der Sachverständigenrat Gesundheit und Pflege in seinem jüngsten Gutachten 2024 „Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024“ die Einführung eines Primärarztsystems in Deutschland vor: „Der Rat empfiehlt die flächendeckende Registrierung von Versicherten bei hausärztlichen bzw. kinderärztlichen Praxen sowie die Etablierung eines Primärarztsystems im Rahmen der Regelversorgung zur verbesserten Steuerung der Patientenwege und Vermeidung von Überversorgung. Die Einschreibung in das Primärarztsystem soll für Versicherte monetär incentiviert werden.“

Neben dem Aufbau eines Primärarztsystems sollen Primärversorgungszentren strukturell gefördert werden, um so die faktische Reorganisation von Einzelpraxen in größeren Zentren zu bewirken. Betriebswirtschaftlich sind damit eventuell Skaleneffekte in der Gesundheitsproduktion (Kostensenkungen in Abhängigkeit von der Patientenzahl) zu erwarten. Zusätzlich

könnten Primärversorgungszentren mit „intersektoralen Zentren“ organisatorisch verflochten werden, die strukturell mit einer ambulant-stationäre Versorgung nach Level II (geplante Krankenhausreform) kompatibel sind.

Ähnlich argumentiert die BMG-Regierungskommission (Krankenhausversorgung), die sich in der 10. Stellungnahme (Überwindung der Sektorengrenzen des deutschen Gesundheitssystems, 03.05.2024) neben dem Ausbau des Primärarztsystems die Frage stellt, „(...) ob und wenn ja in welcher Weise langfristig die doppelte Facharztschiene in Deutschland überwunden werden kann mit dem Ziel, dass nicht primärärztliche Fachärztinnen und Fachärzte nur noch an oder in Kooperation mit Krankenhäusern (inkl. Level II) tätig sind.“

Um die Vertragsfachärzte in der Patientenversorgung weiter nutzen zu können, sollen Krankenhäuser grundsätzlich für eine sektorenübergreifende Versorgung (Level II) geöffnet werden. Dort sollen dann ambulante Behandlungen mit den vertragsärztlich freigesetzten Facharztkapazitäten angeboten werden. Die Vergütung der Level-II-Krankenhäuser soll über einen Mix aus Tagespauschalen (modifizierte DRG, Vorhaltepauschalen) und KV-Budgets erfolgen. Level-II-Krankenhäuser könnten dann Primärversorgungszentren mit Bettenbestand sein, deren „Standort-Platz bieten für vielfältige Gesundheitsangebote: Apotheken, Arztpraxen, MVZ, Gesundheitskioske, Sanitätshäuser, andere Gesundheitsberufe“. Mit einer wiederholten und strategisch angelegten Diskussion versucht die von Gesundheitsminister Karl Lauterbach eingesetzte BMG-Regierungskommission die Reallokation der ambulanten Fachärzte aus

der Praxis in die Klinik salonfähig zu machen: „Durch eine kluge Reduktion der doppelten Facharztvorhaltung würde eine sektorenverbindende Versorgung deutlich befördert, und vorhandene Strukturen würden effizienter genutzt.“

Doktriniert von der doppelten Facharztschiene

Es ist nicht nachvollziehbar, was eine „kluge Reduktion“ vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels, der demografischen Entwicklung und der anwachsenden Multimorbidität der Patienten überhaupt sein soll. Anscheinend wirkt aber die Doktrin von Gesundheitsminister Karl Lauterbach aus dem Jahr 2007 bis in seine steuerfinanzierte Regierungskommission hinein: „Die doppelte Facharztschiene ist wahrscheinlich die größte Quelle von Unwirtschaftlichkeit und Ungerechtigkeit im deutschen Gesundheitssystem.“

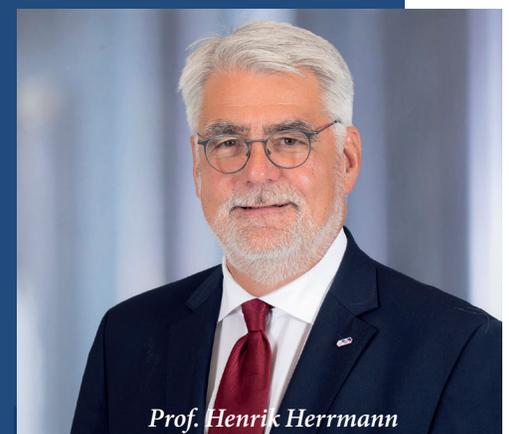
Es bleibt zu hoffen, dass die Zukunft der ambulanten Facharztpraxen nicht zu sehr durch die aktuell diskutierten Reformpläne geschädigt wird. Eine Generalüberholung der ambulanten Facharztstruktur im Sinne der oben beschriebenen Doktrin wäre nicht zielführend für die Versorgungssituation der Babyboomer-Jahrgänge (über die nächsten zwei Jahrzehnte hinweg).

Die ambulant tätigen Vertragsärzte brauchen dringend ideologie- und normativfreie Reformansätze, damit perspektivisch und ernsthaft von einer Generalüberholung der (haus- und fachärztlichen) Vertragsarztvergütung gesprochen werden kann. Die sich abzeichnende mutwillige Zerstörung der ambulanten Facharztinfrastruktur müsste eigentlich gesundheitspolitisch auffallen – nicht nur in den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die Podcasts des Präsidenten

Prof. Henrik Herrmann hat im Vorfeld des Deutschen Ärztetages die wichtigsten Themen umrissen. Eines davon: Die Weiterbildung. Im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes hat der Präsident aber auch schon zu zahlreichen weiteren aktuellen Themen aus dem Gesundheitswesen Stellung bezogen. Die Bandbreite umfasst das gesamte Geschehen im Gesundheitswesen, jeweils mit dem Fokus auf Schleswig-Holstein. Rund 90 Folgen können über Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Podcasts mit dem Präsidenten als Gesprächspartner gibt es u.a. zu folgenden Themen:

- ▶ Aufstehen für Demokratie
- ▶ Mehr Geld und Wertschätzung für MFA
- ▶ Physician Assistant
- ▶ Eigene Praxis: Motivation statt Abgesang



Prof. Henrik Herrmann

System auf dem Prüfstand

NOTFALLREFORM Wo rufen Patienten in Not an und hoffen auf Hilfe? Diese Frage stellten sich Vertreter der Notfallversorgung beim vdek-Gespräch am Wasser in Kiel.

Es gibt einen Notfall! Gibt es den wirklich oder ist dieser vermeintliche Notfall nur in der Wahrnehmung des Betroffenen ein solcher – für Rettungskräfte und Ärzte jedoch eher eine Bagatelle? „Jeder Mensch, der eine Notrufnummer wählt, befindet sich in seinen Augen in einer Notlage und ist auf der Suche nach Hilfe. Dieses muss ernstgenommen werden und der Betroffene aufgefangen werden“, sagt Stephan Bandlow, Fachdienstleiter der Kooperativen Regionalleitstelle West. Jährlich erreichen die Regionalleitstelle 396.000 Anrufe, davon sind 240.000 Notrufe und bei ca. 200.000 erfolgt ein Einsatz des Rettungsdienstes. Die Besonderheit der Leitstelle ist die bauliche und inhaltliche Zusammenarbeit mit der Polizei und damit eine gemeinsame Nutzung aller Ressourcen.

Ob ein Einsatz notwendig ist, sollte nach Aussage der Teilnehmer des Gesprächs am Wasser eine Anlaufstelle entscheiden. „Wir brauchen eine gute Patientensteuerung und eine gute Kooperation und Vernetzung der einzelnen Akteure. Aber derjenige, der den Patienten steuert, muss dazu auch rechtlich in der Lage sein“, stellte Jan Osnabrügge von der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein klar. Für Claudia Straub, Leiterin der vdek-Landesvertretung, wäre eine einheitliche Notrufnummer denkbar. „Viele Men-

schen rufen in einer Notsituation immer die 112 an und kommen gar nicht auf die Idee, dass ihnen auch bei der 116117 geholfen werden würde“, so Straub. Die Anrufe, die jedoch bei der 116117 eingehen, profitieren laut Alexander Paquet von der KVSH von der standardisierten Ersteinschätzung und werden in die benötigte Versorgung gelenkt. Paquet äußerte den Wunsch, dass die Vernetzung der Leitstellen unter 116117 und 112 verstärkt wird, um einen „Drehtüreneffekt“ und eine doppelte Datenaufnahme zu verhindern. Auch Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) sprach sich für eine einheitliche Ersteinschätzung und die Abstimmung der standardisierten Notrufabfragen aus.

Wenn immer mehr Betroffene allerdings nicht zum Telefonhörer greifen, sondern direkt eine Notaufnahme aufsuchen, sind die Notaufnahmen im Land schnell überlastet. Dr. Sabine Jobmann, Chefarztin am Städtischen Krankenhaus Kiel, berichtete, dass sich die Notaufnahme des Städtischen Krankenhauses nahezu täglich wegen Überlastung abmelden müsse.

„Uns fehlt in Deutschland die gesundheitliche Erziehung: es wäre sinnvoll, wenn die Menschen lernen, welche gesundheitlichen Fälle in die Notaufnahme gehören und das eine Notaufnahme beispielsweise nicht für eine Routineuntersuchung vor ei-

ner Weltreise zuständig ist“, sagte Jobmann. Eine verbesserte Patientensteuerung ist nach ihrer Einschätzung über den „gemeinsamen Tresen“, eine Anlaufstelle für ambulante Notfälle, sinnvoll, um einer Überlastung der Notaufnahmen entgegenzuwirken. Auch bei ihrer Tätigkeit als Notärztin empfindet Jobmann gerade einmal einen von zehn Einsätzen als tatsächlichen Notfall.

Zu einer Entlastung für die Einsatzkräfte könnte das Modell des Gemeindefall-sanitäters werden. Das Modell wird derzeit in einzelnen Landkreisen in Niedersachsen getestet, die Evaluationsergebnisse werden in Kürze veröffentlicht. Gemeinde-Notfall-sanitäter werden zusätzlich ausgebildet und übernehmen Einsätze von Rettungswagen, wenn diese medizinisch nicht notwendig sind. „Ein Gemeindefallsanitäter hat keinen Zeitdruck und muss nicht in 20 Minuten bei dem nächsten Einsatz sein. Er hat somit auch die Möglichkeit, mit den Patienten Gespräche zu führen, die Medikamentengabe in Absprache mit dem Hausarzt zu treffen und den Patienten das Gefühl zu geben, dass sich jemand kümmert“, berichtete Bodo Rotter, Referent beim vdek in Niedersachsen.

In Schleswig-Holstein ist die Schwelle längst überschritten, aber über Lösungen wird miteinander gesprochen.

ASTRID SCHOCK



Stephan Bandlow, Dr. Sabine Jobmann, Prof. Kerstin von der Decken, Alexander Paquet, Bodo Rotter, Claudia Straub, Jan Osnabrügge (v.l.)

Mutige und Willige gesucht

BARMER-DIALOG Sektorengrenzen überwinden: Wird Schleswig-Holstein zur Testregion? Der Norddeutsche Dialog der Barmer in Kiel ließ erkennen, dass die Akteure dafür aufgeschlossen wären.

Ambulant vor stationär, geht da noch mehr? Diese Frage diskutierten Fachleute beim Norddeutschen Dialog der Barmer in Kiel. Obwohl nach der fast zweistündigen Debatte kein fertiges Konzept auf dem Tisch lag, sahen die Vertreter von Politik, Kliniken und Praxen eine Chance, in Schleswig-Holstein einen Test zu starten. Er könnte die „verkrusteten Strukturen“ zwischen ambulant und stationär aufbrechen, wie alle Teilnehmer es sich wünschten.

Jede fünfte Operation, für die ein Patient stationär in einer Klinik aufgenommen wird, könnte ambulant stattfinden: Diese Zahl nannte Dr. rer. pol. Martin Rößler, einer der Autoren des IGES-Gutachtens, das die Daten von Versicherten der Barmer verwendete. Er räumte mit der Annahme auf, bestimmte Personen oder Krankheiten müssten automatisch ausgeschlossen werden. Laut Gutachten ist eine Verschiebung in den ambulanten Bereich möglich, auch wenn Patienten älter sind oder einen Pflegegrad haben. Unterschiede zwischen Städten mit guter Infrastruktur und dem ländlichen Raum spielen kaum eine Rolle.

Doch die Idee, „das System durch Ambulantisierung zu retten, ist unterkomplex“, so die Haltung der niedergelassenen Ärzte Dr. Martin Völckers (Gynäkologe) aus Kiel und Dr. Jens Beermann (Kardiologe) aus Wedel. Beermann hält die Patientensteuerung für die wichtigste Stellschraube: „Wir haben sowohl eine Unter- wie Überversorgung.“ Beermann verdeutlichte die Notwendigkeit einer stärkeren Ambulantisierung mit anschaulichen Beispielen. Es brauche gute Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzten und bezahlte Zeitreserven, um solche Fälle rasch aufnehmen zu können. Ein wichtiger Punkt betreffe die Aus- und Weiterbildung: „Die findet traditionell an Kliniken statt, aber dort kommen die meisten Krankheiten gar nicht vor, die wir in den Praxen behandeln.“

Völckers hat mit der Park-Klinik Kiel den „Graben zwischen Systemen“ übersprungen: „Wir sind hybrid, wir sind beides – wir machen die großen Operationen und die ambulante Betreuung.“ Er wünschte sich, dass die Trennung aufgehoben wird:



Dr. Martin Völckers aus Kiel (links) und Dr. Jens Beermann aus Wedel beim Barmer-Dialog.

„Wenn wir den Mut nicht haben, alles zu verändern, werden wir stranden.“ Dennoch warnte er davor, die Risiken der Ambulantisierung klein zu reden. Er verwies darauf, dass nach vielen Eingriffen Patienten schon heute sofort nach Hause geschickt werden. Auch nach „tiefen Schnitten in den Leib“ würden Kliniken alles daransetzen, nach dem System der hybriden DRGs schnell zu entlassen. Irgendwann werde das ambulante Verfahren Pflicht. Dennoch zeigte er sich optimistisch, dass sich ein Weg findet: „Schließlich müssen wir es lösen.“

Tatsächlich gebe es eine Lösung, meinte Dr. Martin Blümke, medizinischer Geschäftsführer des Heider Westküstenklinikums: das Regionalbudget, das für den Bereich Psychiatrie in fünf Kreisen gilt, darunter auch in Dithmarschen. „Wir haben nicht einmal die Hälfte der Betten behalten, weil die Leute in der Tagesklinik oder zuhause betreut werden“, berichtete Blümke. „Die Freiheit, die so entstanden ist, ist großartig, für die Patienten, aber auch für die Beschäftigten.“ Ginge es nach ihm, würde er die Abteilungen für Geriatrie und Pädiatrie sofort nach diesem Modell umgestalten. „Aber die KV sieht nicht einmal Gesprächsbedarf.“ Auch die Kassen machten Probleme. Werde eine Frau kurz nach einer Geburt nach Hause entlassen, dürfe er das nicht abrechnen: „Dann bleibe ich

auf den Kosten sitzen.“ Wie die Niedergelassenen forderte der Klinikvertreter ein Ende der Trennung zwischen den Sektoren: „Die Mauer muss weg!“

Wo, wenn nicht in Schleswig-Holstein – mit kurzen Wegen und engen Gesprächsdrähten zwischen den Akteuren – könnte ein solcher Testlauf stattfinden? Dr. Oliver Grundei, Staatssekretär im Gesundheitsministerium, zeigte sich offen: „Die Idee ist spannend. Es spricht nichts dagegen, in einer Region einen Testlauf zu starten.“ Er nahm die KV in Schutz, die sich an die Gesetze halten müsse. Sie sei generell offen und eine Partnerin auch bei Veränderungen im System. Doch dauerhafte Änderungen könnten nur auf Bundesebene entschieden werden, so Grundei weiter. Ausdrücklich lobte er das SPD-geführte Bundesgesundheitsministerium: Die sektorengleiche Abrechnung von Hybrid-DRGs sei ein „positiver Ansatz“.

Im Schlusswort fasste Gastgeber Dr. Bernd Hillebrandt, Geschäftsführer der Barmer in Schleswig-Holstein, zusammen: „Das Potenzial für Veränderungen ist hoch, aber es wird nicht alles auf einen Schlag gehen.“ Die ersten Schritte seien Rechtssicherheit und ein Konzept, was ambulant möglich sei. „Dann braucht es eine Aktion der Mutigen und Willigen.“

ESTHER GEISSLINGER

„...es muss jemand da sein, der nicht stigmatisiert“

KINDERGESUNDHEIT Auftaktveranstaltung der Initiative „Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein“ in Kiel. 40 % aller psychischen Erkrankungen haben ihren Ursprung vor dem 14. Lebensjahr, zwei Drittel der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein sind nicht in Behandlung.

„Ich bin krank“. Ein Satz, der bei körperlichen Beschwerden einfach ausgesprochen und verstanden wird. Ist der Betroffene aber psychisch erkrankt, trifft er mitunter auf unterschiedliche Reaktionen – häufig auf Unverständnis bis hin zu Abwertung. Sind Kinder und Jugendliche betroffen, ist ihr Umfeld zum Teil überfordert. Eltern suchen mitunter die Ursache bei sich selbst oder möchten die Krankheit ihres Kindes ignorieren und versuchen, diese zu verheimlichen.

Auch Freunde der Betroffenen haben meist keine Erfahrung mit psychisch Erkrankten und stigmatisieren die Krankheit. „Wir können oft beobachten, dass die Stigmatisierung als zweite Krankheit bei Betroffenen genannt wird, da diese unter den Reaktionen ihres Umfeldes zusätzlich zur Krankheit stark leiden“, sagte PD Dr. Moritz E. Wigand, Chefarzt der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Schön Klinik Rendsburg, im Rahmen der Auftaktveranstaltung der Initiative „Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein“ in Kiel. Um der Stigmatisierung aus dem Weg gehen zu können, versuchen Kinder und Jugendliche ihre Krankheit zu verstecken, ist sie doch für viele mit Scham besetzt und könnte zur Ausgrenzung führen.

Das Präventionsprogramm „Verrückt? Na und! – Seelisch fit in der Schule“ des Vereins Irrsinnig Menschlich e.V. bringt das Thema psychische Gesundheit seit 2001 in die Schulen und schafft auf diese Weise Bewusstsein für das Thema und den richtigen Umgang damit. Regionalgruppen bieten im Rahmen des Projekts Schultage an, an denen zwei Vertreter eine Schulklasse besuchen. Der fachliche Experte wird stets von einem persönlichen Experten begleitet. „Wir stellen zu Beginn die Frage an die Schüler, ob sie der Meinung sind, dass



Dr. Manuela Richter-Werling

man psychisch Erkrankte äußerlich erkennen könne. Die Antwort ist eigentlich immer einstimmig: Ja, natürlich sieht man es dem Betroffenen auf den ersten Blick an“, so Silke Neumann, fachliche Expertin der Regionalgruppe Kiel des Kieler Fensters. Im Rahmen des Schultages berichtet der persönliche Experte erst im Laufe des Vormittags von seinen persönlichen Erfahrungen und Leidensweg. „Es wird dann sehr still im Klassenzimmer und alle sind erstaunt, haben sie mir die Krankheit im Vorwege eben doch nicht ansehen können“, so Susanne Michaels, die als persönliche Expertin der Regionalgruppe Kiel schon häufig ihrem Leidensweg berichtet hat: Suizidversuch mit 17 Jahren, absolvierte Therapien und heute stabil, aber weiterhin unter Depressionen leidend. Die Folgen ihrer Krankheit haben sie ihr Leben lang begleitet. „Ich wurde als zu faul abgestempelt,



PD Dr. Moritz E. Wigand

fühlte mich häufig antriebslos und habe keine Ausbildung abschließen können. Eine enge Freundin hat mir zugehört, über die Krankheit sprechen war das Wichtigste für mich, um zu lernen mit ihr umgehen zu können“, so Michaels. Die Initiatoren des Projekts wollen nicht nur die betroffenen Kinder ansprechen und ihnen aufzeigen, wo sie Hilfe finden und annehmen können. Sie wollen auch die Mitschüler erreichen, die zwar selbst nicht betroffen sind, aber Mitschüler mit Erkrankungen haben. „Psychisch Erkrankte verheimlichen ihre Krankheit aus Angst vor sich selbst, aber meist aus Angst vor den Reaktionen des Umfeldes. Doch niemand kann in den Kopf des anderen hineinsehen, deshalb ist es so wichtig, betroffenen Kindern und Jugendlichen Mut zu machen, um sich zu öffnen“, sagte Neumann. Eschel Ewert, Landes- schülervertreter der Gymnasien in Schles-



Susanne Michaels, Silke Neumann und Eschel Ewert



Dr. Sylvia Hakimpour-Zern

wig-Holstein, plädiert für mehr Struktur und Kapazitäten für die Unterstützung der Schülerschaft. „An unserer Schule sind ca. 1.000 Schüler und für diese gerade einmal zwei Schulsozialarbeiter an zwei Vormittagen in der Woche zuständig. Da kann doch gar nicht jeder Schüler berücksichtigt, gar aktiv angesprochen werden, wenn es Auffälligkeiten gibt“, so Ewert.

Er ist sich sicher, dass auch die Lehrkräfte nicht genügend Kapazitäten haben, um angemessen auf auffällige Schüler zugehen zu können bzw. um diesen aktiv Hilfe anzubieten. Damit Schüler sich ihren Lehrkräften gegenüber öffnen, bedarf es Vertrauen und eine Bindung zueinander. „Unterrichtet ein Lehrer acht verschiedene Klassen, wird es ihm schwerfallen, zu jedem Schüler eine Bindung aufzubauen“ war sich Dr. Manfred Böge, Sachgebietsleiter im Zentrum für Prävention, Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein (IQSH), sicher. Für Böge fängt die Prävention psychologischer Erkrankungen im Elternhaus an und führt über die Lehrkräfte bis in die Schule. „Menschen, die gut mentalisieren können, sind resilienter“ so Böge. Wer also seine eigenen Gefühle und Wahrnehmungen spüren und darüber reden kann, kann auch das Verhalten und die Bedürfnisse seines Gegenüber besser verstehen und entsprechend darauf reagieren. „Die traditionellen Familienstrukturen haben sich aufgebrochen und die Kinder wachsen mit mehr Freiheitsgedanken auf. Es bleibt aber dabei: den Erziehungsauftrag haben sowohl die Eltern als auch die Schule“, so Böge. Benötigt das Elternhaus Hilfe, werden Inja Möller

und ihre Kollegen aus dem Jugendamt der Landeshauptstadt Kiel tätig. „Unser Ziel ist es stets, die Kräfte zu bündeln, um die Kinder im Regelsetting halten zu können“, sagte Möller. Schulsozialarbeiter nehmen dabei eine Schlüsselrolle ein. Suizidale Gedanken, Essstörungen, Cybermobbing, ein minderes Selbstwertgefühl und Panikattacken können den Schulalltag belasten. „Die Lehrkräfte können einen Schüler mit Panikattacke nicht angemessen auffangen und dabei den Rest der Schulklasse sich selbst überlassen. Wir sind dann ansprechbar und übernehmen“ berichtete Sara Qazi Salgado, Schulsozialarbeiterin am Gymnasium Altenholz. Sie begrüßt das Projekt „Verückt? Na und!“, da für sie eine Enttabuisierung psychischer Erkrankungen einen ausschlaggebenden Punkt bei der Behandlung, aber auch für die Prävention darstellt. „Ich würde mir wünschen, dass der Satz ‘ich gehe zum Psychologen’ genauso normal ist wie der Satz ‘ich habe mir ein Bein gebrochen‘“, so Qazi Salgado. Auch Dr. Manuela Richter-Werling, Gründerin des Vereins Irrsinnig Menschlich e.V., plädiert für eine Stärkung der Prävention. „Wenn es den Menschen zuhause und in der Schule gut geht, dann sind sie auch resilienter in Hinblick auf die Krisen von außen“, so Richter-Werling. Denn auch nach dem Ende der Corona-Pandemie werden Kinder und Jugendliche durch äußere Umstände wie den Krieg in der Ukraine, die Klimakrise oder Einsamkeit stark belastet. Die Lücke zwischen Hilfesuche, Hilfe finden und Hilfe annehmen ist laut Petra Gollnik vom Ministerium für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein immer noch zu

groß. Denn wenn ein Betroffener sich öffnet, bedeute dies nicht, dass auch ein Therapieplatz zur Verfügung stehe. Zusätzliche Projekte und eine anhaltende Finanzierung seien daher maßgeblich für die Gesundheit der Bevölkerung in Schleswig-Holstein. „Wir haben viele tolle Projekte im Land, mit denen wir viel bewegen können. Wird die Finanzierung jedoch nach kurzer Projektphase wieder gestrichen, so hilft dies langfristig nicht. Wir brauchen Projekte, die auch auf kommunaler Ebene verstetigt werden“, sagte Dr. Sylvia Hakimpour-Zern vom Gesundheitsamt Kreis Segeberg. Krankenkassenübergreifende Projekte betreut Ariane Lieckfeldt von der Mobil Krankenkasse. Lieckfeldt zeigte sich erstaunt, dass die Beteiligten der Auftaktveranstaltung nicht durchgehend von den Projekten der anderen wussten und sprach sich für eine vertiefende Vernetzung der Akteure aus. „Wir müssen gemeinsam nach Lösungen suchen, um Kinder und Jugendliche mit psychischer Belastung frühzeitig unterstützen zu können“ sagte Prof. Kerstin von der Decken, Ministerin für Justiz und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, in ihrem Grußwort.

Das Fazit der Auftaktveranstaltung lautet für Gaby Erdmann, stellvertretende Vorständin des BKK-Landesverbandes Nordwest: Transparenz schaffen, Vernetzung verfestigen und Prävention durch gute Mentalisierung. „In dem Moment, wo sich ein Kind oder ein Jugendlicher öffnet, muss jemand da sein: eine Telefonnummer, ein Projektmitarbeiter oder ein Freund, der nicht stigmatisiert“, so Erdmann.

ASTRID SCHOCK

Rechnungen an Kollegen werden Usus

PKV-BEITRÄGE Die Diskussion über Beitragserhöhungen betrifft neben den gesetzlichen auch die privaten Krankenkassen. Ein Punkt, der in der Öffentlichkeit kaum eine Rolle spielt: Auch ärztliche Behandlungen von Kolleginnen und Kollegen schlagen heute stärker zu Buche.

Die Finanzprognosen für die Gesetzliche Krankenversicherung lassen auf hohe Defizite und damit auf Beitragssteigerungen schließen. Die Entwicklung in der Privaten Krankenversicherung (PKV) dagegen wird in der Öffentlichkeit weniger beachtet. Ärztinnen und Ärzte, die in der PKV versichert sind, spüren aber Erhöhungen der Beiträge und thematisieren dies zumindest in eigenen Kreisen (siehe Leserbrief auf Seite 31).

Die PKV rechtfertigt die seit Jahrzehnten steigenden Beiträge vor allem mit gestiegenen Kosten für „teure Mehrleistungen“ durch den medizinischen Fortschritt. Anders als Gesetzliche Krankenkassen, heißt es auf der PKV-Website, dürften private Versicherungsunternehmen „ihre einmal gegebenen Leistungsversprechen nicht kürzen“.

Der Verband stellt einen Vergleich der Beitragsentwicklungen über die vergangenen 20 Jahre zwischen PKV und GKV an,

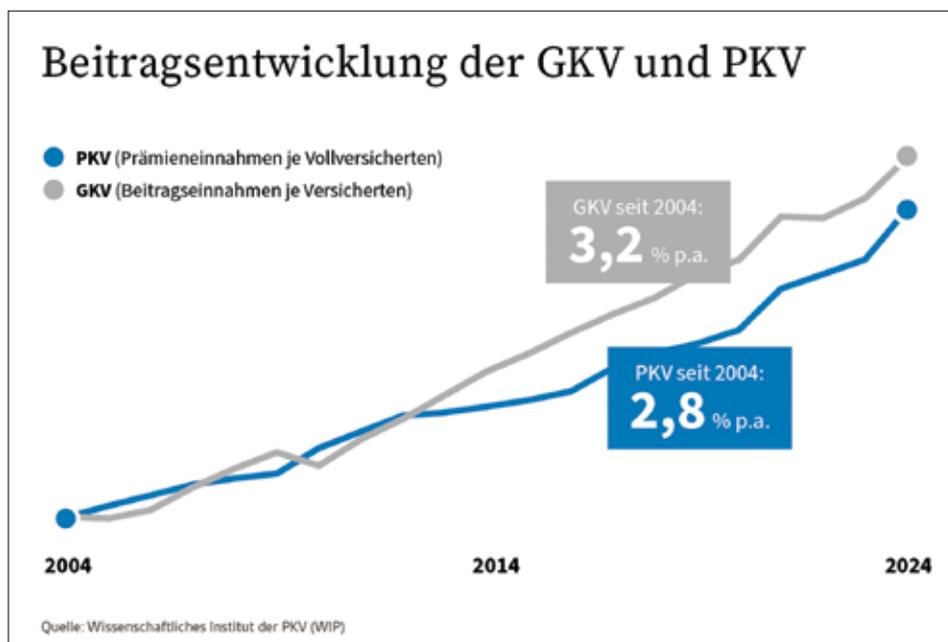
gestützt auf Daten des Wissenschaftlichen Instituts der PKV. Danach beträgt die Beitragssatzsteigerung in der PKV seitdem im Jahresdurchschnitt 2,8 %, in der GKV 3,2 % (siehe Grafik). Wichtig ist jedoch: In der PKV erfolgt die Beitragsberechnung – anders als in der GKV – unabhängig vom Einkommen. Die Ausgaben, versichert der Verband, würden von unabhängigen Treuhändern geprüft. Dass es in manchen Jahren zu sprunghaften Anstiegen, in anderen Jahren zu keinen Anpassungen kommt, erklärt der Verband mit dem Schwellenwert: Ausgabensteigerungen müssen soweit über der Kalkulation liegen, dass dieser Schwellenwert überschritten wird, damit eine Beitragsanpassung erfolgt. Vorher bleiben die Beiträge konstant. Was sich in diesen Jahren aber an zusätzlichen Ausgaben angesammelt hat, wird nach Überschreiten des Schwellenwertes eingerechnet.

Ein weiterer Effekt, den die PKV berücksichtigen muss: Ihr aufgebautes Vorsorgekapital brachte aufgrund der allge-

meinen Zinsentwicklung in den vergangenen Jahren weniger Geld ein – und damit standen weniger Mittel für die medizinische Versorgung zur Verfügung. Was über Zinsen weniger erwirtschaftet wird, muss in der PKV über eine höhere Vorsorge von den Versicherungsunternehmen ausgeglichen werden – dies geschieht über die Beiträge.

Der Verband gibt auch zu bedenken, dass Privatversicherte Einfluss auf die Höhe ihres Beitrags nehmen können, etwa über höhere Selbstbehalte oder den Wechsel in einen günstigen Tarif. Beitragsrückerstattungen sind möglich, wenn ein Jahr lang keine Rechnungen eingereicht werden.

Ein anderer Punkt fällt vorwiegend älteren Kolleginnen und Kollegen auf und spielt in der öffentlichen Diskussion keine Rolle: Wenn sich Ärztinnen und Ärzte in Arztpraxen behandeln lassen, erhalten sie anschließend Rechnungen wie alle anderen Versicherten auch und sind zum Teil verwundert über die angesetzten Steigerungsfaktoren. Die früher übliche Praxis, bei Behandlungen unter Kolleginnen und Kollegen keine Rechnung zu stellen oder nur den einfachen Steigerungssatz anzusetzen, scheint immer seltener zu werden. „Es ist das gute Recht, für die Behandlung eine Rechnung zu stellen. Es sollte aber jedem klar sein, dass die dafür anfallenden Ausgaben beitragsrelevant sind“, sagt Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann. Wäre es realistisch, dass Ärztinnen und Ärzte zur früheren Praxis zurückkehren und Behandlungen für Kolleginnen und Kollegen nicht in Rechnung stellen? Herrmann ist skeptisch: „Das wäre ein sehr kollegiales Zeichen und ich würde es begrüßen. Aber es gibt auch begründete Fälle, in denen das nicht möglich wäre. Auf breiter Front sehe ich eine solche Praxis in der immer heterogener werdenden Ärzteschaft für schwer umsetzbar.“



„Keine Großbaustelle, aber viele, viele kleine“

FRAUENGESUNDHEIT Landtag debattiert über Frauengesundheit, Gesundheitsausschuss berät das Thema weiter. Über die Hälfte der Bevölkerung ist weiblich, dennoch gilt in der Medizin oft der männliche Körper als Norm. Wie gut versorgt sind die Frauen in Schleswig-Holstein? Damit befasste sich der Landtag auf Anfrage der SPD-Landtagsfraktion.

Fast 200 Fragen stellte die Fraktion, 357 Seiten stark ist die Antwort der Landesregierung darauf – aber zufrieden ist die SPD-Gesundheitsexpertin Birte Pauls dennoch nicht: „Zu vielen Themen hat die Regierung keine Daten, und insgesamt wird viel nur berichtet, ohne eigene Strategie, wie Dinge zu verbessern sind“, sagte sie dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt.

82,91 Jahre werden die Frauen in Schleswig-Holstein im Durchschnitt alt, das liegt etwas unter dem Bundesschnitt mit 83,13 Jahren. Kritisch sieht Pauls besonders die Versorgung von Frauen mit Behinderung: „Viele Praxen sind nicht barrierefrei.“

Die Regierung wies auf das geplante Medizinische Behandlungszentrum für Erwachsene mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung hin und erklärte außerdem, die Versorgung von Personen mit Behinderungen und Einschränkungen sei Alltagsgeschäft in allen Praxen. Dennoch sei die Lage für Frauen mit Handicaps schwierig, so Pauls: „Ich kenne eine über 50-jährige Frau im Rollstuhl, die in ihrem ganzen Leben erst dreimal gynäkologisch untersucht wurde.“

3.246 Schwangerschaftsabbrüche ließen Schleswig-Holsteinerinnen im Jahr 2022 vornehmen, der Wert lag etwas höher als in den vergangenen Jahren. Zurzeit bieten 50 Praxen Abbrüche an, die meisten nutzen medikamentöse Verfahren. Dennoch gibt es weiße Flecken: In Dithmarschen und im Kreis Plön fehlen Angebote für ungewollt Schwangere.

Ein Problem für Männer wie Frauen ist die Therapie psychischer Leiden. „Aber Frauen sind häufiger betroffen“, betonte Pauls. Denn sie trügen die Hauptlast an familiärer Care-Arbeit, seien öfter Opfer von Gewalt und Missbrauch, litten damit an Stress, Burn-out und posttrauma-

tischen Belastungsstörungen. Und: „Frauen erleben häufiger, dass ihnen nicht geglaubt wird oder körperliche Beschwerden als psychisches Problem abgestempelt werden – das kann am Ende zu weiterem Leid führen“, sagte Pauls.

In der Landtagsdebatte gab es viel Zustimmung zum Vorstoß der SPD und Dank an das Ministerium für die umfangreiche Antwort: „Es ist wichtig, dass wir den Gender Health Gap schließen“, betonte Hauke Hansen (CDU). Denn „Frauen und Männer werden anders krank“, aber die Umsetzung dieser Erkenntnis verlaufe schleppend. Im Land gebe es zwar „keine Großbaustelle, aber viele kleine“. Gerade im psychiatrischen und psychologischen Bereich fehle es an Angeboten.

Rückenschmerzen, Ziehen im Arm – „immer noch gehen Frauen mit solchen Symptomen zum Arzt und kommen mit einem Schmerzmittel wieder nach Hause, obwohl es Anzeichen für einen Herzinfarkt sind“, sagte Jasper Balke (Grüne). Er wünschte sich mehr Forschung, die Frauen einbezieht, und Medikamente, die speziell für die Geschlechter zugeschnitten sind. Denn heutige Präparate seien oft nur an Männer erprobt. „Wir müssen viel mehr über das Thema sprechen“, forderte Balke.

„Frauengesundheit ist ein Thema, das uns alle betrifft“, stimmte Annabell Krämer (FDP) zu. Sie lobte das Brustkrebs-Screening QuaMaDi, dass es so nur in Schleswig-Holstein gibt: „Eine unverzichtbare Säule der Brustkrebsfrüherkennung.“ Sie rief aber auch die Frauen auf, sich aktiv um Vorsorge für alle Krebsarten zu kümmern: „Da ist auch die Verantwortung der einzelnen gefragt.“

Jette Waldinger-Thiering (SSW) legte den Finger auf die großen Schwachstellen: „Wenn Frauen mit psychischen Problemen erst nach Jahren auf der Warteliste



Hilfe erhalten oder wenn eine Frau heute in einer radiologischen Praxis anruft und einen Termin für März 2025 erhält, finde ich das nicht in Ordnung.“ Auf dem Papier seien die Arztsitze zwar besetzt, aber vielleicht stimme die Zahl der Sitze nicht, fragte die SSW-Abgeordnete. Sie kritisierte außerdem, dass die Regierung einen Landtagsbeschluss aus dem Jahr 2022 nicht umsetze: „Wir wollten, dass es in Einrichtungen des Landes kostenlose Menstruationsartikel geben soll – die gibt es aber bis heute nicht.“

Dass Frauen in Vorsorge und Versorgung „mitunter benachteiligt“ seien, bestätigte Gesundheitsministerin Kerstin von der Decken (CDU). In einigen Bereichen habe das Land Maßnahmen ergriffen, etwa bei den Endometriose-Zentren in Kiel und Lübeck. „Das Thema ist nie beendet, aber wir haben tolle Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen, wir stellen uns der Verantwortung.“

ESTHER GEISSLINGER

„Planbar und unkompliziert“

ALLGEMEINMEDIZIN Auf der Verbundweiterbildung in der Allgemeinmedizin ruhen große Hoffnungen. In Flensburg sammelt man erste Erfahrungen mit einem solchen Modell. Bislang fällt das Fazit positiv aus.



Chefarzt Dr. Klaus Weil und Sabrina Klaster, Ärztin der Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin in Flensburg.

Angehende Allgemeinmediziner stehen in Deutschland vor der Herausforderung, ihre nach der Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildungsabschnitte in Kliniken und Praxen in Eigenregie zu organisieren, woraus eine erhebliche Planungsunsicherheit bezüglich Qualität der Weiterbildung, Wohnort und Vergütung resultiert. Das Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital und die befugten Weiterbildungspraxen der Region Flensburg bieten mit der neu geschaffenen, gemeinsamen Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin eine Lösung.

Dabei werden im Rahmen eines Fünf-Jahres-Weiterbildungsvertrages die klinischen Weiterbildungsphasen nach einem im Vorfeld mit den Weiterzubildenden und den Weiterbildungsstätten abgestimmten Gesamtkonzept absolviert. Hinzu kommt, dass die Notwendigkeit einer Bewerbung um jeweils einzelne Bausteine der Weiterbildung entfällt.

Verbund aus Sicht des Krankenhauses

Die neue Verbundweiterbildung umfasst eine 36-monatige Klinikphase, in der 24 Monate Allgemeine Innere Medizin in der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation des St. Franziskus-Hospitals absolviert werden können. Darin enthalten sind bereits die notwendigen 12 Monate in der stationären Akutversorgung unter klinischen Bedingungen. Optional wird eine 6-monatige Rotation in die Zentrale Notaufnahme des Medizinischen Klinik-Verbundes Flensburg im DIAKO Krankenhaus ermöglicht. Weitere 12 Monate können in einem klinischen Fach nach Wahl im Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital absolviert werden. Der zweite Teil der Verbundweiterbildung umfasst eine 24-monatige ambulante hausärztliche Praxisphase, für die eine Freistellung seitens der Klinik erfolgt.

„Wir haben mit Beginn des Jahres diese kompakte Lösung geschaffen, die für alle Beteiligten eine Win-win-Situation darstellt“, sagt der Chefarzt der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation im Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, Dr. Klaus Weil. „Die angehenden Allgemeinmediziner und -medizinerinnen erhalten eine entsprechende Planungssicherheit in Form eines Fünf-Jahres-Weiterbildungsvertrages, der sämtliche curricularen Inhalte der Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin aus einer Hand anbietet. Und auch wir als Krankenhaus und die niedergelassenen Praxen als weitere Akteure können auf eine höhere Planungssicherheit in Bezug auf den ärztlichen Nachwuchs bauen. Zudem wird die Zusammenarbeit zwischen uns und den Praxen intensiviert und vertieft“, erklärte Weil.

Verbund aus Sicht der Ärztin in Weiterbildung

Sabrina Klaster bestätigt diese Einschätzung. Sie ist die erste Ärztin, die im St. Franziskus-Hospital in das System der Verbundweiterbildung eingestiegen ist. Ursprünglich aus Bayern stammend, lebt sie bereits seit Längerem in Angeln und hatte vor ihrem Medizinstudium bereits Biochemie studiert. Ursprünglich hatte sie sich in der Geriatrie für den 24-monatigen Pflichtteil in der Akutversorgung, den die Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin erfordert, beworben. Während des Vorstellungsgesprächs im Sommer 2023 kam das Gespräch recht zügig auf den damals noch in der Entstehung befindlichen Plan des Krankenhauses. „Mein Interesse war sofort geweckt. Ich habe den Vorteil, während meiner gesamten Weiterbildung zur Allgemeinmedizinerin einen festen Bezugspunkt zu haben, sofort erkannt und wollte daran unbedingt teilhaben“, berichtet Klaster. Im Januar ist sie in ihre fünfjährige Weiterbildung eingestiegen und freut sich, dass das Ganze auch mit Familie viel zuverlässiger planbar ist, als wenn sie sich für alle erforderlichen Teile bei verschiedenen Stellen eigens bewerben müsste: „Der Radius ändert sich einfach weniger, alles ist organisierter und ich habe direkt gute Kontakte in der Region.“

Was sie nach der abgeschlossenen Weiterbildung machen möchte, kann Klaster noch nicht genau sagen, findet aber die Geriatrie schon äußerst interessant. „Wir arbeiten hier in der Geriatrie täglich mit multimorbiden Patientinnen und Patienten. Sich damit auszukennen und den ganzen Menschen zu sehen, das ist für mich



Dr. Axel von Elten

sehr wichtig. Das wird mir in meiner Zukunft immer helfen – ob nun in einer Klinik oder in einer Praxis. Im Moment fühle ich mich hier sehr wohl und weiß, ich habe die richtige Entscheidung getroffen.“

Verbund aus Sicht der Praxis

Dr. Axel von Elten (Ärztliche Gemeinschaftspraxis Flensburg-Mürwik) spricht ebenfalls von einer Win-win-Situation für alle Beteiligten: „Ich fand das Thema sofort extrem spannend, denn wir müssen insgesamt mehr tun für den ärztlichen Nachwuchs. Dabei ist dieses Weiterbildungskonzept sehr hilfreich. Wir merken auch in unserer Großpraxis, dass es zunehmend schwieriger wird, Nachwuchsärzte zu gewinnen“, steht für von Elten fest.

Er gibt zu bedenken, dass die Standorticherheit gerade für Ärztinnen und Ärzte mit Familie eine große Rolle spielt. „Insgesamt ist das Konzept sehr familienorientiert. Wir müssen auch bedenken, dass der Frauenanteil bei den Medizinstudierenden kontinuierlich wächst, und dieses Konzept bringt eine bessere Planbarkeit bspw. in Lebenssituationen wie einer Schwangerschaft mit sich. Der Einsatz der Ärztin kann dann individuell flexibler gestaltet werden und es entstehen weniger große Lücken während der Weiterbildung. Zudem hilft ein derart umfassendes Weiterbildungspaket dabei, den Standort Flensburg für die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten noch attraktiver zu gestalten.“

Weitere Vorteile der Verbundlösung

Neben der curricular vorgesehenen Rotation während der Weiterbildung in der All-

gemeinmedizin besteht je nach persönlicher Schwerpunktsetzung und nach individueller Absprache auch die Möglichkeit einer Rotation in andere Kliniken und Bereiche des St. Franziskus-Hospital in Flensburg. Die Verbundweiterbildung umfasst zudem einen 80-Stunden-Kurs in psychosomatischer Grundversorgung, sodass sämtliche Kompetenzen für den Erwerb des Facharztes Allgemeinmedizin vermittelt werden. „Die von uns eingeführte Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin ermöglicht sowohl eine strukturelle Verbesserung des Weiterbildungsablaufes als auch eine Optimierung der Weiterbildungsqualität“, ist Weil überzeugt.

In enger Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle Verbundweiterbildung der KVSH sowie dem Hausärzterverband Schleswig-Holstein wird dieses Angebot ergänzt durch vier Schulungstage pro Jahr für Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung Allgemeinmedizin, die in Bad Segeberg oder Kiel stattfinden, ein Traineeprogramm der KVSH sowie einen direkten Draht zum Praktiker „Frag den Doc“.

Die während der stationären Weiterbildung anfallenden Kosten übernimmt das Malteser Krankenhaus gemäß Tarifvertrag, die Kosten der ambulanten hausärztlichen Phase werden durch die niedergelassenen Weiterbilder getragen. Die Ärztinnen und Ärzte haben Anspruch auf sämtliche Leistungen, die für Mitarbeitende der Malteser Norddeutschland gGmbH verfügbar sind und bei Bedarf werden Kinderbetreuungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt.

(PM/RED)

„Verschiedene Konsummuster nicht in einen Topf werfen“

CANNABIS Leserbrief zum Gastbeitrag von Prof. Klaus-Dieter Kolenda über „Nutzen und Risiken von Cannabis-Produkten“, Ausgabe 5, Seiten 34 – 37

Herr Prof. Kolenda bringt in seiner Einordnung zweifelsohne sehr wichtige und berechtigte Einwände an. Doch muss vielleicht nicht gleich das Kind mit dem Bade ausgeschüttet werden. Die Erfahrung der plötzlichen Legalisierung einer vorher teils hart verfolgten Handlung hatten wir als Gesellschaft so noch nicht. Die Integration der Möglichkeiten ist eine große Herausforderung sowohl für potenzielle Patienten als auch für deren Behandler und insgesamt für jeden, dessen Vorurteile gegen stumpfe Kiffer nun etwas gekitzelt werden.

Cannabis als Pflanzenmedizin hat eine dokumentierte Geschichte von mehr als 3.500 Jahren. Im letzten Jahrhundert wurde Cannabis von Millionen Bundesbürgern trotz der drohenden Strafverfolgung unterschiedlich intensiv genutzt. Die geschätzte Jahresprävalenz ist immerhin 8,8 % der Bevölkerung von 15 bis 64 Jahre, innerhalb der letzten 30 Tage 4,3 % (Rauschert et al., 2023a). Da stellt sich doch die Frage, warum so viele Menschen in der Neuzeit solch ein strafrechtliches Risiko eingegangen – und warum Cannabis schon seit der Urzeit für verschiedenste Beschwerden offensichtlich erfolgreich verwendet wurde.

Neben dem berechtigten Bedürfnis nach Rausch (das wir übrigens bei Alkohol als völlig gerechtfertigt hinnehmen – die dramatische Zahl alkoholbedingter Todesfälle Jahr für Jahr billigend) ist wohl ein substanzialer Anteil der Selbstmedikation zuzuschreiben. Dafür spricht auch die große Anzahl an Selbstzahler-Verschreibungen in den ersten Wochen nach Legalisierung. Möglicherweise sind das eben nicht Menschen, die sich nun endlich in Apothekenqualität zudröhnen wollen. Sondern Patienten, denen ihre Lebensqualität und Symptomlinderung mehr wert ist als entwürdigende und zeitintensive Debatten mit Sachbearbeitern der gesetzlichen Kassen. Natürlich sind auch Symptomkonstellationen in diese Selbstmedikationsbewegung gerutscht, für die es bereits andere pharmakologische Ansätze gibt. Man denke nur an Methylphenidat bei ADHS, ein Syndrom, das häufig gut auf niedrig dosiertes Cannabis anspricht. Die Nebenwirkungsliste von Methylphenidat aber lässt die Aufzählung der Cannabis-Nebenwirkungen aus den von Prof. Kolenda zitierten Studien schon gar nicht mehr so bedrohlich wirken. Natürlich ist dies derzeit noch ein Off-Label-Use. Aber off-label verschreiben wir auch gerne und viel, wenn wir als Behandler den Eindruck haben, es wäre für eben diesen uns gegenüber sitzenden Patienten eine geeignete Intervention. Anders als weithin wahrgenommen, hat die Evidenzbasierte Medizin (EBM) ja drei Säulen, die gleichberechtigt nebeneinanderstehen und die Entscheidung für oder gegen eine Intervention stützen: Studien (mit unterschiedlichen Evidenzstufen bis hin zur RCT), die persönliche Erfahrung des Behandlers und die Werte und Erwartungen des Patienten (Sackett et al.).

Eine Fetischisierung von RCTs als einziger Weg zur richtigen ärztlichen Entscheidung ist daher weder so gewollt gewesen noch wird es der ärztlichen Heilkunst gerecht.

Vielleicht sollten zur Annäherung erstmal die verschiedenen Konsummuster nicht in einen Topf geschmissen werden. Die Mengen, die für eine Symptomlinderung nötig sind, könnten gut mit „Microdosing“ beschrieben werden. Das ist vom Empfinden nicht vergleichbar mit einem erlebnisorientierten Mischkonsum eines ganzen Joints mit anderen psychoaktiven Substanzen (wie Alkohol oder Nikotin) im Party-Setting. Von diesem Hochdosiskonsum aber geht die Gefahr drogeninduzierter Psychosen aus. Microdosing birgt diese Gefahr eher nicht. Es muss dabei die individuell richtige Menge titriert, aber auch die richtige Blüte gefunden werden.

Wem das zu schamanisch vorkommt, der sei erinnert an unser im Kern gleiches Vorgehen auch mit synthetischen Pharmaka. Auch die Therapie mit beispielsweise Betablockern ist keine Raketenwissenschaft. Es wird nach Wirkung titriert, man kennt so ein paar Einstiegsdosen, es wird letztlich beobachtet, wieviel von was dem Patienten am besten hilft ohne größere Nebenwirkungen.

Der konkreten Art und Sorte der verschreibbaren Blüten kommt große Bedeutung zu. Anders als bei synthetisierten THC-Derivaten kommt bei Cannabisblüten ein in der synthetischen Pharmakologie unbekannter Effekt zum Tragen, der aber in der Pflanzenpharmakologie und Ethnobotanik sehr wohl große Bedeutung hat. Das den eigentlichen Wirkstoff umgebende Gemisch an sekundären Pflanzenstoffen, die Entourage, führt zu einer stärker aktiven Wirkung der Leitsubstanz als diese in Reinform hätte. Dadurch kann das Wirkspektrum beispielsweise nicht mehr nur vorrangig dämpfend oder euphorisierend oder analgetisch sein, sondern auch entzündungshemmend oder appetitanregend oder anxiolytisch. Die Datenlage für den Entourage-Effekt ist noch spärlich, aber kann aufgrund ihrer Auswirkung auf den Therapieerfolg und auf die Verschreibungspraxis schwerlich ignoriert werden.

Was nun ansteht, ist ein Lernprozess bei allen Beteiligten. Die naturromantische Euphorie über ein vermeintliches Panazeum darf gedämpft, die Skepsis vor dem Untergang des Abendlandes in den Drogenrausch darf relativiert werden.

Anders als bei Alkohol habe wir die historische Möglichkeit, für eine Substanz „von Anfang“ an einen bewussten Konsum zu kultivieren. Dazu gehört die enge und klar formulierte Indikation für adoleszente Patienten, ein sehr viel liberalerer Umgang in der Schmerz- und Palliativmedizin und eine Offenheit nicht nur für mögliche Anwendungsgebiete, sondern auch für die Eigenverantwortung der Patienten.

DR. CHRISTOPH SCHNOOR, SCHLESWIG

„Krasses Missverhältnis“

PKV-BEITRÄGE Leserbrief zu den steigenden Ausgaben in der Privaten Krankenversicherung. Redaktioneller Beitrag in dieser Ausgabe, Seiten 26

Im Rahmen der Diskussion über die „Erhöhungen“ der Renten im Versorgungswerk habe ich diese den Erhöhungen der Beiträge zu meiner PKV in den letzten zehn Jahren gegenübergestellt. Dort besteht ein krasses Missverhältnis: Ca. 6 % zu über 100 %. Hochgerechnet – bei gleichbleibenden Steigerungsraten – bedeutet das, dass ich in zehn Jahren 2/3 meiner Rente für meine Krankenversicherung aufbringen muss. Das finde ich äußerst beunruhigend. Es gab mal Zeiten, in denen die Krankenkassenbeiträge für Ärzte relativ niedrig waren, weil unter Kollegen keine, oder nur Rechnungen mit dem einfachen Satz gestellt wurden. Das ist leider nur noch ganz selten Usus. Aber sägen wir durch dieses Verhalten nicht an dem Ast, auf dem wir selber sitzen? Das ist zwar sicher nicht der einzige Grund für den unverhältnismäßigen Anstieg der Beiträge, trotzdem könnten wir durch ein Umdenken den weiteren rasanten Anstieg der Beiträge zumindest etwas bremsen, was letzten Endes uns allen dann doch wieder zugutekäme.

JAN-HENRIK SELLIN, PREETZ

Leserbriefe

Ihre Meinungen zu den im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt behandelten Themen sind uns als Leserbriefe willkommen. Sofern sie in angemessenem Ton abgehalten sind, drucken wir sie gerne ab. Sie geben die einzelne Meinung des zusendenden Mitglieds der Ärztekammer wieder, nicht die der Redaktion oder die Haltung der Ärztekammer. In Ausnahmefällen können wir auch Zuschriften von Lesern berücksichtigen, die nicht Mitglied der Ärztekammer sind und die aus persönlichen, uns nachvollziehbaren Gründen nicht mit Namen in der Veröffentlichung gekennzeichnet sind. Wir behalten uns in jedem Fall vor, Leserbriefe zu kürzen.

Zuschriften bitte an: aerzteblatt@aecksh.de

Änderung der Weiterbildungsordnung

Eine vierte Satzungsänderung der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein ist am 11. Juni 2024 in Kraft getreten. Mit der Satzungsänderung wurden auch die „Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung“, in denen zusätzlich zur Weiterbildungsordnung Richtzahlen festgelegt sind, angepasst. Die Änderungen beruhen überwiegend auf Änderungen der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. U.a. betrifft eine Änderung die Abbildung digitaler Kompetenzen in den bei Erwerb einer Facharztkompetenz nachzuweisenden Allgemeinen Inhalten der Weiterbildung. Im Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin, im Gebiet Radiologie sowie im Schwerpunkt Forensische Psychiatrie des Gebiets Psychiatrie und Psychotherapie wurden einzelne Weiterbildungsinhalte bzw. Richtzahlen angepasst, indem diese inhaltlich abgeschwächt geregelt bzw. die zu erbringende Anzahl verringert wurde.

Für Urologen, die ihre Facharztanerkennung nach einer zuvor gültigen Weiterbildungsordnung erworben haben, wurde mit der Satzungsänderung der Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie ermöglicht. In der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung ist geregelt, dass Urologen, die ihre Facharzt-Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung abschließen, die Zusatz-Weiterbildung Medikamentöse Tumorthherapie mit der Facharztanerkennung integral erwerben.

In der Zusatz-Weiterbildung Transplantationsmedizin wurden unter „Spezifische Inhalte für die Facharzt-Weiterbildung Kinder- und Jugendmedizin“ im Weiterbildungsblock „Diagnostik und Therapie“ die Inhalte zur Herztransplantation ergänzt.

Die Weiterbildungsordnung sowie die Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung können unter www.aeksh.de eingesehen werden. (TR)

Offene Videosprechstunde zur Fragen der ärztlichen Weiterbildung

Wann: 10. September 2024, 16:30 Uhr bis 17:30 Uhr

Wo: online (ohne vorherige Anmeldung)

Einwahllink: <https://konferenz.aeksh.de/rooms/umb-crc-89g-v10/join>



Insulinresistenz im Gehirn begünstigt Demenz

DIABETES Frauen mit einem Diabetes mellitus Typ 2 erkranken häufiger an Demenz als männliche Diabetiker. Verantwortlich für diese – nicht ganz neue – Erkenntnis könnte sein, dass die Insulinsensitivität im Gehirn bei postmenopausalen Frauen mit vermehrtem Bauchfett stärker abnimmt als bei gleichaltrigen Männern. Forschende aus Schleswig-Holstein vermuten außerdem einen Zusammenhang zu Entzündungsprozessen, sowohl in dem neuen Sonderforschungsbereich Geschlechtervielfalt als auch im Exzellenzcluster Präzisionsmedizin spielt das Thema eine bedeutende Rolle.

Das das Gehirn ein insulinsensitives Organ ist, wissen wir seit einigen Jahren. Aber dass das Gehirn von Frauen und Männern unterschiedlich auf Insulin reagiert und dies auch noch in unterschiedlichen Lebensphasen, ist eine neue Erkenntnis“, erklärte Prof. Stephanie Kullmann, Neurowissenschaftlerin am Institut für Diabetesforschung der Uni Tübingen, kürzlich beim Diabeteskongress in Berlin. So verändert sich bei Frauen die Insulinwirkung im Laufe des Menstruationszyklus. Vor dem Eisprung ist die Insulinsensitivität deutlich höher als danach, wie Untersuchungen mit schlanken jungen Frauen ergeben haben, denen nasal Insulin per Spray verabreicht wurde und deren Veränderungen im Gehirnstoffwechsel anschließend im funktionellen MRT sichtbar wurden. Die verminderte Insulinwirkung im Gehirn könnte zyklusbedingte Heißhungerattacken begünstigen und somit zu einer Insulinresistenz des gesamten Körpers beitragen, so Kullmann.

Mit zunehmendem Alter lässt die Wirkung von Insulin bei Frauen im Gehirn nach. Das könnte eine Erklärung dafür sein, dass Frauen häufiger an einer Alzheimer-Demenz erkranken als Männer. Dies betrifft insbesondere limbische Regionen, in denen es um die kognitive Kontrolle geht, wie die Neurowissenschaftlerin erläuterte. „Vor allem der für Gedächtnisprozesse relevante Hippocampus zeigt eine Abnahme der Insulinwirkung bei Frauen nach dem 50. Lebensjahr, während sich die Insulinwirkung im Hippocampus bei Männern mit zunehmendem Alter zwischen 20 und 70 Jahren nicht verändert.“ Neue Daten einer noch nicht veröffentlichten Untersu-

chung, an der maßgeblich auch ihr Kollege Prof. Martin Heni von der Universität Ulm beteiligt ist, zeigen, dass die Fettverteilung hier eine wesentliche Rolle spielt: Personen mit mehr Bauch- und/oder Leberfett haben eine geringere Insulinsensitivität. Kullmann: „Besonders Frauen über 50 mit vermehrtem Bauchfett weisen mit zunehmendem Alter eine verminderte Insulinwirkung im Hippocampus auf.“ Die Insulinresistenz des Gehirns, so das Ergebnis ihrer vorläufigen Untersuchungen, ist ein Krankheitstreiber und trägt zu kognitiven Beeinträchtigungen bei – und zwar ganz unabhängig von einer Ganzkörper-Insulinresistenz. Weitere Forschungen müssten folgen.

In Schleswig-Holstein untersucht insbesondere ein Team um Prof. Matthias Laudes, Direktor des Instituts für Diabetologie und klinische Stoffwechselforschung am UKSH in Kiel, dieses Phänomen genauer. Im neuen, vom UKSH in Lübeck initiierten Sonderforschungsbereich SFB 1665 zur Geschlechtervielfalt (siehe Infokasten) befasst sich ein von Laudes geleitetes Teilprojekt mit Adipositas und Insulinsensitivität. Und im interdisziplinären Exzellenzcluster Präzisionsmedizin für chronische Entzündungserkrankungen werden unter Leitung von UKSH und Uni Kiel geschlechterspezifische Analysen zu einer Reihe von Erkrankungen durchgeführt, die mit chronischen

Neuer Sonderforschungsbereich zur Geschlechtervielfalt

Anfang Juni hat der neue Sonderforschungsbereich zur Geschlechtervielfalt (SFB 1665 „Determinants, meanings and implications of sex diversity in sociocultural, medical and biological landscapes“) seine Arbeit aufgenommen. Dabei handelt es sich um ein interdisziplinäres Verbundprojekt unter Leitung der Universität Lübeck, das von der DFG in den kommenden vier Jahren mit knapp 12 Millionen Euro gefördert wird. 27 Forschende aus Medizin, Biologie und Genetik, Geistes- und Sozialwissenschaften wollen in 17 Projekten die Auswirkungen des biologischen Geschlechts ergründen – von medizinischen Fragestellungen bis hin zur soziokulturellen Bedeutung in gesellschaftlichen Zusammenhängen. Beteiligt sind aus Schleswig-Holstein neben der Uni Lübeck auch das UKSH und die Kieler Christian-Albrechts-Universität, dazu kommen Forschende von Universitäten in Berlin, Hannover, Magdeburg und München. Geschlecht und seine Auswirkungen sind zurzeit viel diskutierte Themen, sowohl in der Gesellschaft als auch in der Wissenschaft. Forschungsergebnisse dazu haben weitreichende Folgen, vor allem im Bereich der Medizin: „Geschlecht und seine Auswirkungen sind ein wesentlicher Zugang zu einer personalisierten Medizin. Daher ist die Erforschung der vielfältigen Ausprägungen des biologischen Geschlechts sehr wichtig“, sagt der Sprecher des SFB 1665, der Lübecker Kinder- und Jugendmediziner Prof. Olaf Hiort.



PD Dr. Svenja Meyhöfer



Prof. Matthias Laudes

Entzündungen assoziiert zu sein scheinen und zu denen Diabetes gehört.

Menschen mit Diabetes haben häufiger Beeinträchtigungen der kognitiven Funktionen und sind stärker demenzgefährdet als Stoffwechselgesunde. Schätzungen zufolge leiden Personen mit Diabetes im Laufe ihres Lebens etwa doppelt so häufig an einer Demenzerkrankung wie gleichaltrige Personen ohne Diabetes. Neben schlechter Einstellung von Blutzucker, Blutdruck und Blutfetten können auch Rauchen, Bewegungsmangel und Depressionen sowie schwere Unterzuckerungen die Entstehung von Demenzen fördern. „Gleichwohl handelt es sich bei der Kombination von Diabetes und Demenz nicht um ein neues Krankheitsbild“, erklärt Prof. Laudes auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. Vielmehr würde man hier einen typischen Verlauf des „accelerated aging“, des beschleunigten Alterns beobachten. „Degenerative Prozesse im Gehirn und Insulinresistenz nehmen im Alter zu – unabhängig von dick oder dünn. Bei fettleibigen Menschen laufen diese Prozesse nur deutlich schneller ab.“

Woran das liegt, ist abschließend noch nicht geklärt. In eigenen, noch nicht veröffentlichten Untersuchungen, bei denen zahlreiche Labor- und klinische Daten ausgewertet wurden, habe sich letztlich eine ungesunde Ernährung als stärkster treibender Faktor herausgestellt. Mehr Bewegung führe – allen positiven allgemeingesundheitlichen Aspekten zum Trotz – dagegen nicht zu einer verbesserten Insulinsensitivität des Gehirns, so Laudes. In der sogenannten FoCus-Kohorte („Food Chain Plus“) werden seit 2011 rund 2.000 Men-

schen aus Kiel und Umgebung untersucht – 1.500 zufällig ermittelte Personen sowie 500 Patientinnen und Patienten aus der Diabetesambulanz des UKSH. Alle fünf Jahre folgen erneute Befragungen, etwa zu Ernährungsgewohnheiten und Gesundheitsempfinden, sowie Laboranalysen: „Aus den Antworten, ob und wann eine Diabeteserkrankung und ob und wann eine Demenz aufgetreten ist, können wir nicht nur den Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen, sondern auch den beschleunigten Krankheitsprozess herauslesen“, erläutert Laudes. „Die komplexe Auswertung dieser multiplen Daten wird langfristig unser Verständnis über die Entwicklung von Zivilisationskrankheiten wie Diabetes und Demenz deutlich voranbringen und neue, geschlechterspezifische Therapieansätze aufzeigen.“

Ebenfalls noch ungeklärt ist die Frage, wie sich neben allgemeinen Lebensstilempfehlungen und regelmäßigen (Vorsorge-) Untersuchungen Einfluss auf das gefährliche Duo nehmen lässt. Gibt es langfristig bestenfalls Mikronährstoffe oder Ernährungskomponenten in Tablettenform, die sich positiv auf Diabetes und Demenz auswirken? Im Blickpunkt des Exzellenzclusters Präzisionsmedizin befindet sich aktuell der Tryptophanstoffwechsel, Laudes hat hierzu gerade außerdem einen Antrag für ein europaweites Forschungsprojekt eingereicht. Die Aminosäure Tryptophan ist ein Vorläufer für die Serotoninsynthese; der Neurotransmitter Serotonin beeinflusst bekanntlich Stimmung, Schlaf oder Appetit des Menschen. „Bei Diabetespatienten kann es zu einer verminderten Verfügbarkeit von Tryptophan kommen, da inflamm-

atorische Prozesse die Umwandlung von Tryptophan in Serotonin hemmen. Dies kann sich negativ auf kognitive Funktionen auswirken“, so Laudes. Der komplexe Tryptophanstoffwechsel könne eine bedeutende Schnittstelle in verschiedenen Prozessen rund um immunologische Vorgänge und Entzündungen spielen; diese müssten in der Folge jedoch noch weiter untersucht werden.

In der klinischen Praxis sind Unterschiede bezüglich der geistigen Gesundheit von weiblichen und männlichen Patienten nicht sichtbar, wie PD Dr. Svenja Meyhöfer, Leiterin der Tagesklinik Adipositas am UKSH in Lübeck auf Anfrage erklärte. „Geistige Gesundheit hat vielfältige Einflussfaktoren. Postmenopausale kognitive Einschränkungen sind im klinischen Alltag schwierig zu beurteilen. Hierfür sind große kontrollierte Studien erforderlich, um dies abschließend bewerten zu können.“ Das anfangs geschilderte Phänomen der unterschiedlichen Insulinwirkung je nach Zyklusphase sei im Alltag jedoch von großer Relevanz, so Meyhöfer: „Tatsächlich stellen wir in der Ambulanz häufig zyklusbedingte Heißhungerattacken bei den Patientinnen fest. Hormonelle Einflüsse auf das Essverhalten sind oft ein zentrales Thema für die Patientinnen.“ Hier macht Neurowissenschaftlerin Kullmann vielen Frauen Mut: Bei Personen mit einer „höheren kognitiven Kontrolle“ können die negativen Folgen einer verminderten Insulinwirkung im Gehirn durch das eigene Verhalten zumindest teilweise beeinflusst werden. „Und dieser Zusammenhang ist bei Frauen stärker ausgeprägt als bei Männern.“

UWE GROENEWOLD

Bariatrische Eingriffe bei Adipositas

ADIPOSITASCHIRURGIE Adipositas ist eine chronische Erkrankung, für die es Behandlungsoptionen gibt. Welche das sind und ab wann Adipositas zu einem behandlungsbedürftigen Problem wird, schildert Dr. Andrea Schenk aus dem Adipositaszentrum des UKSH in Lübeck.

Am diesjährigen Welt-Adipositas-Tag, dem 4. März 2024, titelte das Magazin „Der Spiegel“: „Mehr als eine Milliarde Menschen plagt starkes Übergewicht“. Laut dem World Obesity Atlas 2024 wird prognostiziert, dass im Jahr 2030 50 % der Erwachsenen weltweit an Übergewicht oder Adipositas leiden werden. Daher ist es wichtig, über die chronische Erkrankung Adipositas und ihre Behandlungsoptionen umfassend aufzuklären.

Warum sollte eine Adipositaserkrankung behandelt werden? Adipositas ist eine ernst zu nehmende chronische Erkrankung, die zahlreiche Folge- und Begleiterkrankungen nach sich ziehen kann, wie Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, obstruktives Schlafapnoesyndrom (OSAS), chronische Gelenkschmerzen, Arthrose, Fettlebererkrankungen, Einschränkung der Fertilität und polyzystisches Ovarialsyndrom (PCO). Bei einem BMI > 40 kg/m² leiden 25,6 % der Patientinnen und Patienten an einem Diabetes mellitus Typ 2 und 50,9 % an einer arteriellen Hypertonie. Weiterhin zeigt sich, dass Adipositas das Risiko für Krebs-

erkrankungen erhöht. Eine Gewichtszunahme um 5 BMI-Einheiten steigert bei beiden Geschlechtern das Risiko für Speiseröhrenkrebs um etwa 50 %. Bei Frauen erhöht ein BMI-Anstieg um 5 BMI-Einheiten das Risiko für Endometriumkrebs um 60 % und für Darmkrebs um bis zu 10 %; bei Männern steigt das Risiko für Darmkrebs um bis zu 20 %.

Ab wann sollte behandelt werden? Ab einem BMI von 30 kg/m² spricht man von einer Adipositas Grad I. In diesem Stadium sollten Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapien begonnen werden, die zusammen als konservative multimodale Adipositasstherapie bezeichnet werden. Neu ist die Möglichkeit der Verordnung einer medikamentösen Adipositasstherapie, deren Kosten jedoch gemäß § 34 im fünften Sozialgesetzbuch von den Patienten selbst getragen werden müssen.

Bei Adipositas Grad II mit Begleiterkrankungen oder Adipositas Grad III mit einem BMI über 40 kg/m² sollte auch zunächst eine konservative multimodale Adipositasstherapie durchgeführt werden. Wird nach dieser Maßnahme das Ausgangsgewicht nicht um mindestens 15 % bzw. 20 % gesenkt, gilt die konservative Therapie als

erschöpft. Laut S3-Leitlinie zur „Chirurgie der Adipositas und metabolischer Erkrankungen“ ist dann eine OP-Indikation zu stellen.

Ab einem BMI von 50 kg/m² ist gemäß S3-Leitlinie eine primäre OP-Indikation gegeben. Auch bei einer besonderen Schwere der Begleiterkrankungen oder wenn die konservative Therapie als erfolglos eingestuft wird, kann eine Primärindikation gestellt werden.

Vor einer geplanten Operation müssen alle Patienten ein psychologisches Gutachten einholen, um Kontraindikationen wie unter anderem eine unbehandelte Bulimia nervosa, instabile psychopathologische Zustände oder eine aktive Substanzabhängigkeit auszuschließen. Zudem sind unbehandelte endokrine Ursachen der Adipositas, wie eine Hypothyreose oder ein Hyperkortisolismus, auszuschließen.

Indikation für eine Operation

Die Indikationsstellung zu einem adipositaschirurgischen bzw. metabolischen Eingriff soll interdisziplinär in einem Adipositaszentrum erfolgen. Am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck wurde daher ein interdisziplinäres Adipo-



Dr. Laura Tomala und Dr. Andrea Schenk

Podcast zur Adipositaschirurgie

Im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes berichten Dr. Andrea Schenk und Dr. Laura Tomala über ihre Erfahrungen in der Adipositaschirurgie und über den zum Teil schwierigen Weg, bis die Betroffenen Unterstützung und Hilfe bekommen. Auch in anderen Podcasts geht es um Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden – mit Stimmen aus der Ärztekammer und anderen Akteuren. Darunter u.a.:

- ▶ Dr. Ludger Iske: Resilient durch Musik
- ▶ Dr. Florian Reifferscheid: Notfallmediziner und Luftretter aus Leidenschaft
- ▶ Dr. Christine Schwill: So habe ich den Deutschen Ärztetag erlebt
- ▶ Tim Wind: Die Niederlassung lohnt sich!





Dr. Laura Tomala (links) und Dr. Andrea Schenk. Tomala beschreibt auf den Folgeseiten die „Chirurgie nach der Chirurgie“.

sitasboard mit Internisten, Chirurgen, Psychologen und Ernährungsfachkräften etabliert. In diesem Rahmen werden Fälle besprochen und individuelle Behandlungsstrategien festgelegt.

Operieren wir zu viel? In Deutschland werden aktuell jährlich ca. 20.000 adipositaschirurgische bzw. metabolische Eingriffe durchgeführt. Im europäischen Vergleich ist die Zahl der Operationen hierzulande sehr gering. In den Niederlanden werden ca. 91,8 Operationen pro 100.000 Erwachsene durchgeführt, in Frankreich 76,9 Operationen pro 100.000 Erwachsene und in Deutschland nur 27,5 Operationen pro 100.000 Erwachsene. Zum Zeitpunkt der Operation liegt der BMI unserer Patientinnen und Patienten im internationalen Vergleich am höchsten.

Operationsmethoden

Die weltweit häufigste Operation mit 63,3 % ist die laparoskopische Sleeve-Gastrektomie, bei der etwa 75 % des Magens entlang einer Kalibrationssonde entfernt werden. Die Sleeve-Gastrektomie führt zu einem Übergewichtsverlust (Excess Weight Loss, EWL) von etwa 60–70 %. Postoperativ können bei ca. 20 % der Patienten De-Novo-Refluxsymptome auftreten.

Der weltweit zweithäufigste Eingriff mit 28,8 % ist der Roux-Y-Magenbypass. Nach Bildung eines kleinen Magenpouches wird der Dünndarm mit diesem verbunden. Die Nahrung passiert zunächst den alimentären Schenkel, bevor an der Fußpunktanastomose Verdauungssekrete aus dem biliopankreatischen Schenkel hinzukommen. Der EWL nach einem Roux-Y-Magenbypass beträgt 70–80 %. Der Restmagen

und die Gallenwege sind postoperativ einer Endoskopie nicht mehr zugänglich. Die Prävalenz von Dumpingsyndromen nach Roux-Y-Magenbypass liegt bei 20–40 %. Es muss eine konsequente Supplementation von Nährstoffen erfolgen, um Mangelerscheinungen vorzubeugen.

Der Effekt der Adipositas- und metabolischen Chirurgie auf die Komorbiditäten und die Lebensqualität unserer Patienten ist beachtenswert. Es kann eine Diabetes-Remission in bis zu 86 % der Fälle erreicht werden. Die Remissionsrate ist bei kurzzeitig bestehendem Diabetes mellitus Typ 2 am höchsten. Postoperativ zeigt sich eine signifikante Reduktion für kardiovaskuläre Ereignisse und damit eine Reduktion der Mortalität. Die Lebenserwartung der Patientinnen und Patienten steigt nach einem adipositaschirurgischen Eingriff statistisch um 6,1 Jahre, nach einem metabolischen Eingriff bei bestehendem Diabetes sogar um 9,3 Jahre.

Warum erfolgt eine Nachsorge?

Postoperativ sollten die Patienten weiter begleitet werden. In der chirurgischen S3-Leitlinie wird eine Nachsorge nach 1, 3, 6, 12, 18 und 24 Monaten empfohlen, mit anschließenden jährlichen Intervallen. Inhalte der Nachsorge sind dabei unter anderem die Kontrolle der Gewichtsentwicklung, eine Anpassung der Medikation bei Begleiterkrankungen, Kontrolle der Durchführung einer Supplementation und die Anregung zu sportlicher Aktivität. Bei der Supplementation von Vitaminen und Mineralstoffen sollte auf Präparate von Spezialherstellern zurückgegriffen werden. In diesen Präparaten sind die Dosierungen der Vit-

amine und Mineralstoffen an die jeweilige Operationsmethode angepasst.

Die Rolle der Selbsthilfegruppen

Viele Patientinnen und Patienten haben einen langen Leidensweg hinter sich, bevor sie sich zu einer Beratung an ein Adipositaszentrum wenden. Die Adipositaserkrankung ist immer noch sehr stigmatisierend, da es jeder sieht und oft an die eigenverantwortliche Behandlung appelliert wird. Ein Austausch unter Betroffenen über stigmatisierende Erlebnisse, Behandlungswege und erreichte Erfolge ist daher sehr wertvoll und unterstützend.

Operationsindikationen

Nach Erschöpfen der konservativen Therapie über 6 Monate

- ▶ bei BMI ≥ 35 kg/m² und Adipositas-assoziierten Begleiterkrankungen
- ▶ bei BMI ≥ 40 kg/m²

Primärindikation

- ▶ bei BMI ≥ 50 kg/m²
- ▶ wenn der konservative Therapieversuch als aussichtslos eingestuft wird
- ▶ bei besonderer Schwere der Begleiterkrankungen

Indikation metabolische Chirurgie

- ▶ ab BMI ≥ 40 kg/m² Empfehlung unabhängig der Diabeteseinstellung
- ▶ bei BMI ≥ 35 kg/m², wenn diabetes-spezifische Zielwerte nicht erreicht werden

Die Chirurgie nach der Chirurgie

POSTBARIATRISCHE CHIRURGIE Dr. Laura Tomala, Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie, hat viele Patientinnen und Patienten, die nach einer bariatrischen Operation zur ihr kommen. Sie ist seit 2023 niedergelassen in der Ostsee-Klinik in Bad Schwartau in Gemeinschaftspraxis mit Dr. Thomas Lange und Dr. Holger Giritsh. Sie kooperiert mit dem Adipositaszentrum des UKSH in Lübeck.

Nach einer drastischen Gewichtsreduktion durch einen bariatrischen Eingriff sind die Patienten meistens noch nicht an ihrem Ziel angekommen, denn die Haut hängt in großen Hautlappen herunter – hier kommt die postbariatrische Chirurgie ins Spiel.

Nach einer erfolgreichen Gewichtsreduktion mit Stabilisierung des Körpergewichtes benötigt etwa ein Drittel der Patienten einen plastisch-chirurgischen rekonstruktiven Eingriff. Das bedeutet, dass viele Patienten trotz der vielen Schritte im Zuge der Gewichtsreduktion dann noch nicht am „Ziel“ angekommen sind.

Im Rahmen des modernen Therapiekonzeptes der bariatrischen Chirurgie bildet die plastische Chirurgie die abschließende Maßnahme, welche auch in der S3-Adipositas-Leitlinie Einzug gefunden hat. Gesprochen wird von der postbariatrischen Chirurgie nach drastischer Gewichtsreduktion mit Wiederherstellung der Körperform. Mit der betreffenden Wortwahl und unter Vermeidung der Begriffe „Straffungsoperationen“ soll ein klares Signal für den gesundheitlichen Wert der Eingriffe gesetzt werden mit scharfer Trennung zu den ästhetischen Operationen. Zudem sind postbariatrische Eingriffe nicht primär Eingriffe zur Gewichtsreduktion und damit keine „Fett-weg-Chirurgie“, sondern dienen der funktionellen Rekonstruktion.

Zeitpunkt für postbariatrische Operationen

Die Patienten erreichen ein bis zwei Jahre nach einem bariatrischen Eingriff ihr Zielgewicht. Ist dieses erreicht und wird für etwa ein Jahr konstant gehalten, ist dies ein geeigneter Zeitpunkt für einen wiederherstellenden Eingriff. Die meisten Patienten leiden unter einer großen Bauchfettschürze, welche sich in ein bis zwei großen Haut-

lappen über Nabel und Leiste wölbt. Neben Bekleidungsproblemen bedeutet die mechanische Beeinträchtigung eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität, da die Haut im Bereich der Umschlagfalten oft feucht ist mit geröteter, juckender Haut. Nicht selten wird berichtet, dass die Patienten aufgrund des unangenehmen Geruches mehrmals am Tag duschen und Tücher in die Umschlagfalten legen, um das Reiben zu verhindern und die Feuchtigkeit aufzunehmen. Ein Vorbeugen ist oft kaum möglich, es kommt zu schmerzhaften Einklemmungen der Hautüberschüsse in der Leiste. Gerade beim Sport, den die Patienten benötigen um ihr Zielgewicht halten zu können, ist dies oft hinderlich.

Hautüberschüsse an vielen Stellen

Neben dem Hautüberschuss am Bauch berichten viele Patienten von störenden Hautüberschüssen an der Brust, den Oberarmen und Oberschenkelinnenseiten. Seltener wird von beeinträchtigenden Hautüberschüssen am Hals, im Bereich der Flanken, dem Rücken und dem Gesäß berichtet. Der Hautüberschuss kann derart belastend sein, dass immer wieder Patienten berichten, dass sie sich „dick“ weniger gesund gefühlt hatten, jedoch durchaus attraktiver und schöner. Die viele faltige Haut lasse sie alt und „schrumpelig“ wirken.

Die operativen postbariatrischen Eingriffe umfassen die Abdominoplastik („Bauchdeckenstraffung“), Mastopexie („Bruststraffung“), die Dermatolipektomie der Hautüberschüsse an den Oberarmen und Oberschenkeln („Oberarm- und Oberschenkelstraffung“). Von einem oberen Bodylift wird gesprochen, wenn eine Mastopexie mit einer Dermatolipektomie der Haut des lateralen Thorax kombiniert wird, hingegen ist mit dem unteren Bodylift eine Kombination der Abdominoplastik mit ei-

ner Dermatolipektomie des Gesäßes („Gesäßstraffung“) gemeint. Das untere Bodylift ist für Patienten nach drastischer Gewichtsreduktion besonders geeignet, da sich hier in einer Operation Bauch, Gesäß und laterale Oberschenkel ideal rekonstruieren lassen mit Entfernung von viel überschüssiger Haut ohne unschöne „Übergänge“ zu nicht-gestraffter Haut.

Die Eingriffe erfolgen mehrschrittig, um die Risiken wie Blutverluste und Auskühlung mit folgender Wundheilungsstörung zu minimieren. Zwischen den Eingriffen sollte eine Zeit von mindestens drei Monaten liegen. Die Operationen dauern zwischen zwei und vier Stunden, erfolgen in Vollnarkose unter stationären Bedingungen von ein bis drei Nächten. Zur Vermeidung von postoperativen Seromen und größeren Hämatomen wird die angepasste Kompressionswäsche sechs Wochen konsequent am Tag und in der Nacht getragen. Zudem wird eine körperliche Schonung in den ersten zwei bis drei Wochen nach dem operativen Eingriff empfohlen.

Schwierige Kostenübernahme

Es ist empfehlenswert, einen Antrag auf Kostenübernahme seitens der Krankenkasse von einem Plastischen Chirurgen stellen zu lassen. Die Indikation wird geprüft und das mehrschrittige Vorgehen besprochen. In dem schriftlichen Antrag wird der Befund festgehalten, zudem werden Fotos mit eingereicht. Es macht zudem oft Sinn, ein dermatologisches Gutachten mit Fotodokumentation bei intertriginöser Dermatitis anfertigen zu lassen. Der Antrag wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft. Zum Unmut der Patienten werden die Anträge in hoher Zahl abgelehnt, dabei werden die Entscheidungen oft als willkürlich empfunden. Erhält eine Person mit einem

mäßig schweren Befund eine Zusage, kann es trotzdem sein, dass eine andere Person mit einem deutlich ausgeprägteren Befund eine Absage erhält. Es empfiehlt sich nach einer Absage weiterhin „hartnäckig“ zu bleiben, Widerspruch einzulegen und persönlich beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorstellig zu werden. Auch gibt es die Möglichkeit vor dem Sozialgericht zu klagen. Schlagen alle Bemühungen

fehl, ist die Durchführung der postbariatrischen Eingriffe auch als Selbstzahlerleistung möglich.

Ein neues selbstbewusstes Leben

Die Patienten berichten oft von einem neuen Lebensgefühl nach der Gewichtsreduktion, welches deutlich gesünder und beweglicher ist. Nach den postbariatrischen Eingriffen sind sie oft noch selbstbewusst

ter und berichten von einer deutlich höheren Lebensqualität. Für die Patientinnen und Patienten gehen lang gehegte Träume in Erfüllung: Das Kaufen von Kleidung „von der Stange“, das Tragen eines Anzugs in normaler Größe zu einem besonderen Anlass, das Training mit einer Sportmannschaft, das Finden eines Lebenspartners. Dazu beitragen zu können, ist eine Motivation für uns Plastische Chirurgen.

„Von der Gesellschaft ganz anders angenommen“

INTERVIEW Die 33-jährige Jennifer Kolossa hat sich von Dr. Andrea Schenk und Dr. Laura Tomala behandeln lassen und stand ihnen anschließend für Fragen zur Verfügung.

Wann haben Sie festgestellt, dass sie eine Gewichtsreduktion nicht allein durch Diät und Sport erreichen können?

Jennifer Kolossa: Die Gewichtszunahme ist ein schleichernder Prozess. Doch dann hatte ich ein Schlüsselerlebnis: Eines Tages im Hansa-Park wollte ich in ein Fahrgeschäft einsteigen und passte einfach nicht in den Waggon. Das gab mir zu denken. Das ist nun fünf Jahre her.

Wie haben Sie von der Möglichkeit einer Magenoperation erfahren?

Kolossa: Bekannte von mir erhielten einen bariatrischen Eingriff und erzählten mir von ihren Erfahrungen. Die Berichte als auch die offensichtlichen Ergebnisse haben mir Hoffnung gemacht und ich dachte zum ersten Mal, dass dieser Weg vielleicht auch für mich der richtige sein könnte.

Welcher Eingriff wurde bei Ihnen in welchem Krankenhaus durchgeführt und wer hat sie bei diesem Prozess unterstützt?

Kolossa: Ich erhielt vor drei Jahren eine Schlauchmagenoperation im Adipositaszentrum des UKSH in Lübeck. Von der Erstvorstellung hatte ich niemanden erzählt. Erst als Frau Dr. Andrea Schenk mich beraten und mir Mut gemacht hatte, berichtete ich meiner Mutter und engsten Freunden von dem Gespräch und meiner Entscheidung. Inzwischen gehe ich mit meiner Vergangenheit ganz offen um.

Wie haben sie die ersten Wochen nach der Schlauchmagenoperation erlebt?

Kolossa: Ich habe mich nach der Operation gleich gut gefühlt. Ich konnte noch am Operationstag aufstehen und hatte keine Schmerzen. Ich erinnere mich, dass ich lernen musste, Trinken und Essen zu trennen. Vier Tage nach dem Eingriff durfte ich nach Hause. Tag für Tag konnte ich dann sehen, wie ich dünner wurde. Ich kann mich noch genau an den Moment erinnern, als mein Doppelkinn verschwand und sich meine Schlüsselbeine unter der Haut begannen abzuzeichnen. Ich machte jeden Monat ein Foto von mir vor dem Spiegel mit Top und Jeans, weil die Änderungen meines Körpers so schnell voranschritten, dass ich es selbst kaum glauben konnte.

Wieviel Gewicht haben sie seither abgenommen und wie macht sich das fehlende Gewicht bemerkbar?

Kolossa: Ich habe seit der Magenoperation 53 kg abgenommen. Das erreichte Gewicht halte ich seit über einem Jahr und entspricht meinem Wunschgewicht. Manchmal ertappe ich mich bei der Sorge, wieder zuzunehmen, aber das ist wohl normal. Seit ich ein Normalgewicht erreicht habe, ist alles leichter. Man wird von der Gesellschaft ganz anders angenommen. Männer, die ich schon lange kenne und die sich vorher nicht für mich interessierten, tun es auf einmal. Durch mein gestärktes Selbstbewusstsein gehe ich offener auf andere Menschen zu und traue mich, meine Meinung zu sagen. Bei dem Thema Ernährung habe ich gemerkt, wie sich ein „Schalter“ in meinem Kopf umgelegt hat. Ich habe Freude an gesundem Essen. Und ich kleide mich auch anderes.

Würden Sie eine Magenoperation auch anderen Betroffenen empfehlen?

Kolossa: Absolut, das würde ich. Ich würde mich auch immer wieder dafür entscheiden.

Wann und warum reifte die Entscheidung in Ihnen, wiederherstellende plastisch-chirurgische Eingriffe durchzuführen?

Kolossa: Ein Jahr nach der Magenoperation habe ich mein Wunschgewicht erreicht, aber mein Spiegelbild war nicht schön anzusehen. Die Haut hing an den Oberarmen, der Brust und dem Bauch. Bei Bewegungen hörte ich manchmal die überschüssige Haut an den Oberarmen richtig gegen meinen Brustkorb „klatschen“. Zudem hatte ich hartnäckige Entzündungen im Bereich des Bauchnabels.

Wurden die Kosten von der Krankenkasse übernommen?

Kolossa: Ich habe die plastischen Operationen zwei bis drei Jahre nach der Magenoperation vornehmen lassen. Die Bruststraffung und die Oberarmstraffung wurden nicht von der Kasse übernommen, die Bauchdeckenstraffung hingegen schon.

Welche Rolle spielt für Sie der Zusammenhalt in einer Selbsthilfegruppe?

Kolossa: Für mich war der Austausch in der Selbsthilfegruppe besonders im ersten Jahr nach der Magenoperation sehr hilfreich und motivierend. Zudem habe ich dort sehr gute Freunde gefunden, mit denen ich mich bis heute täglich austausche.

Vielen Dank für das Gespräch.

Neue Klinikdirektorin am UKSH in Kiel: Susanne Wiegand



Prof. Susanne Wiegand

Prof. Susanne Wiegand ist neue Direktorin der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie; Phoniatrie und Pädaudiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel. Zuletzt hatte Prof. Markus Hoffmann diese Klinik interimistisch geleitet, nachdem Direktorin Petra Ambrosch im Oktober 2023 in den Ruhestand gegangen war.

Wiegand hat in Marburg studiert und dort 2005 promoviert. Ihre Facharztweiterbildung absolvierte sie laut einer Mitteilung des UKSH am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM), Standort Marburg, wo sie sich 2012 für das Fach Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde habilitierte. Ab 2013 war sie dort als leitende Oberärztin tätig, 2014 wurde sie zur außerplanmäßigen Professorin in Marburg ernannt. 2016 wechselte Wiegand dann als leitende Oberärztin und stellvertretende Klinikdirektorin ans Universitätsklinikum nach Leipzig.

Wiegands klinische Schwerpunkte liegen in der Therapie von Kopf-Hals-Tumoren, der Mikrochirurgie des Ohres, der Behandlung von Erkrankungen der Speicheldrüsen und Nasennebenhöhlen sowie von vaskulären Malformationen des Kopf-Hals-Bereichs. Zu ihren Forschungsthemen zählen innovative Behandlungsformen und die Weiterentwicklung der personalisierten Therapie von Kopf-Hals-Tumoren. In Kiel strebt sie einen Ausbau der Klinikstrukturen und die Einführung innovativer Therapiekonzepte an. (PM/RED)

GEBURTSTAGE

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

Dr. Gabriele Niemann, Neustadt,
feiert am 03.08. ihren 70. Geburtstag.

Harald Körner, Mildstedt,
feiert am 04.08. seinen 70. Geburtstag.

Prof. Hermann Schneider, Sylt, OT Keitum,
feiert am 05.08. seinen 90. Geburtstag.

Prof. Dieter Jocham, Lübeck,
feiert am 08.08. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Birger Heinzow, Kiel,
feiert am 09.08. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Joachim Hermann Splieth, Kellinghusen,
feiert am 09.08. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Josef Althaus, Lübeck,
feiert am 11.08. seinen 75. Geburtstag.

Dipl.-Psych. Matthias Freidel,
Kaltenkirchen,
feiert am 11.08. seinen 75. Geburtstag.

Prof. Stefan Wässer, Geesthacht,
feiert am 13.08. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Jan Klimas, Heiligenhafen,
feiert am 14.08. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Harald Schulze-Rava, Wedel,
feiert am 15.08. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Rumpf, Bünsdorf,
feiert am 17.08. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Rüdiger Krause, Meldorf,
feiert am 18.08. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Stefan Jost, Handewitt,
feiert am 19.08. seinen 75. Geburtstag.

Prof. Walter Jonat, Molfsee,
feiert am 21.08. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Frank Krämer, Fahrndorf,
feiert am 23.08. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Andreas Küllmer, Bad Malente-
Gremsmühlen,
feiert am 24.08. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Burkhard Hübner, Drage,
feiert am 27.08. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Andreas Richter, Krummesse,
feiert am 28.08. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Norbert Dührkop, Kiel,
feiert am 29.08. seinen 85. Geburtstag.

Jürgen Ansorge, Rodenbek,
feiert am 31.08. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Viola-Dagmar Hinzpeter, Ratzeburg,
feiert am 03.09. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Erich Seifert, Itzehoe,
feiert am 13.09. seinen 103. Geburtstag.

Dr. Albert Zapp, Bad Malente-
Gremsmühlen,
feiert am 13.09. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Harald Barth, Altenholz,
feiert am 14.09. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Michael Niemann, Bönebüttel,
feiert am 16.09. seinen 90. Geburtstag.

Dr. Hans-Joachim Zielinski, Sylt, OT
Westerland,
feiert am 17.09. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Carsten Wahn, Kattendorf,
feiert am 18.09. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Ingo Göken, Oldenburg,
feiert am 19.09. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Rüdiger Lyhs, Schönberg,
feiert am 20.09. seinen 80. Geburtstag.

Eberhard C. Schaal, Rellingen,
feiert am 20.09. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Melita Mucha, Müssen,
feiert am 20.09. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Klaus-Peter Otto, Bad Schwartau,
feiert am 20.09. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Päivi Suvanto-Scholz, Rendsburg,
feiert am 20.09. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Eberhard Buß, Wentorf,
feiert am 21.09. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Dirk-Uwe Leiber, Klein Wesenberg,
feiert am 23.09. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Ulrich Kosfeld, Neustadt,
feiert am 24.09. seinen 70. Geburtstag.

Prof. Günter Frank, Lübeck-Travemünde,
feiert am 25.09. seinen 80. Geburtstag.

PD Dr. Lutz Kleine, Heringsdorf,
feiert am 26.09. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Stefan Allarding, Kiel,
feiert am 26.09. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Elisabeth Margarete Gehse, Gelting,
feiert am 28.09. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Michael Hamschmidt, Lübeck,
feiert am 29.09. seinen 70. Geburtstag.

Bambas bleibt Vorsitzender der Augenärzte

Dr. Bernhard Bambas aus Bad Segeberg bleibt Vorsitzender des Landesverbandes Schleswig-Holstein im Berufsverband der Augenärzte (BVA). Bambas steht bereits seit dem Jahr 2000 an der Verbandsspitze in Schleswig-Holstein und wurde jetzt zum siebten Mal gewählt. Bis zum vergangenen Jahr war Bambas auch stellvertretender Bundesvorsitzender. Diese Funktion hat er nicht mehr inne, seit mit dem Kieler Daniel Pleger ein weiterer Schleswig-Holsteiner Bundesvorsitzender ist. Auf Landesebene ist Pleger genauso wie Dr. Jan Reichelt aus Rendsburg Stellvertreter von Bambas. (PM/RED)

Jos Becktepe ist Nachfolger von Klaus Stecker

Dr. Jos S. Becktepe ist bereits seit Mai neuer Chefarzt und Teil der Klinikleitung in der August-Bier-Klinik in Malente. Becktepe ist Facharzt für Neurologie, Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Er war vorher geschäftsführender Oberarzt im Team Neurologie am UKSH Kiel. In Malente löst er nach 20 Jahren Dr. Klaus Stecker ab, der bis 30. April 2024 als Chefarzt die Klinik geleitet hat. Stecker hat eine neurologische Privatpraxis in Eutin eröffnet und betreut außerdem fachneurologisch und neuropsychologisch in der Mühlenbergklinik Patienten im Rahmen der dortigen Post-Covid-Komplexbehandlungen. (PM/RED)

Christoph Röcken ist neuer Vorsitzender der Pathologen



Prof. Christoph Röcken aus Kiel ist neuer Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (DGP). Der Direktor des Instituts für Pathologie am Kieler Standort des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) wurde laut Mitteilung des UKSH ebenso wie die stellvertretende Vorsitzende Professorin Eva Wardelmann (Münster) von der Mitgliederversammlung der DGP in München gewählt. Röcken ist seit 2011 im DGP-Vorstand aktiv, seit 2018 als stellvertretender Vorsitzender. Er folgt auf Professor Gustavo Barretton aus Dresden. Röckens Mandat als Vorsitzender läuft bis zur Mitgliederversammlung 2026 in Augsburg. (PM/RED)

Prof. Christoph Röcken

WKK Heide holte Prof. Jakob Izbicki



Prof. Jakob Robert Izbicki

Das WKK Heide hat Prof. Jakob Robert Izbicki für ein neu gegründetes überregionales Zentrum zur Behandlung von Pankreas- und Lebererkrankungen gewinnen können. Izbicki war bis zu seinem Ruhestand im vergangenen Jahr 21 Jahre lang Leiter des Zentrums für operative Medizin am Hamburger UKE und Direktor der dortigen Chirurgischen Klinik. Der Experte für Erkrankungen des oberen Verdauungstraktes und für die Behandlung von Pankreas- und Lebererkrankungen berät u.a. in den wöchentlichen Tumorkonferenzen der Westküstenkliniken über die optimale Versorgung von Patientinnen und Patienten mit bösartigen Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse. Zentrumsleiter sind die beiden chirurgischen Chefarzte der Westküstenkliniken, Dr. Marc Liedke und Prof. Eric Schlöricke. Sie nannten ihren Neuzugang „eine echte Koryphäe“, mit dem die Versorgung auf universitärem Niveau erfolge. Das Leistungsspektrum des neuen Zentrums umfasst neben bösartigen Pankreaserkrankungen auch akute und chronische Entzündungen der Bauchspeicheldrüse sowie primäre und sekundäre Lebertumoren. Die Diagnostik und Therapie reicht von der interventionellen Endoskopie und Radiologie über organerhaltende Operationsverfahren bis zu multiviszeralen Resektionen. In das Zentrum kommen die Patientinnen und Patienten per Einweisung. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

*Irmela Dentzien, Uelsby,
geboren am 28.02.1968, verstarb am 05.03.2024.*

*Dr. Nader Ahmadi, Ahrensburg,
geboren am 10.07.1933, verstarb am 03.04.2024.*

*Dr. Gisela von Rabenau, Heikendorf,
geboren am 19.03.1934, verstarb am 11.05.2024.*

*Dr. Wolf Labitzky, Rellingen,
geboren am 29.06.1926, verstarb am 15.05.2024.*

*Dr. Peter Halama, Stockelsdorf,
geboren am 16.06.1943, verstarb am 26.05.2024.*

*Dr. Gudrun Burchardt, Harrislee,
geboren am 18.04.1929, verstarb am 28.05.2024.*

*Dr. Joachim Zippel, Lübeck,
geboren am 05.07.1953, verstarb am 07.06.2024.*

DGS-Auszeichnung ging nach Lübeck



Prof. Achim Rody und Prof. Maggie Banys-Paluchowski (Mitte) erhielten den Novartis Innovationspreis. Rechts Prof. Sara Brucker, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Senologie.

Prof. Maggie Banys-Paluchowski und Prof. Achim Rody haben den Novartis Innovationspreis „Junior meets Senior“ der Deutschen Gesellschaft für Senologie (DGS) erhalten. Beide Preisträger arbeiten am Lübecker Standort des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH). Banys-Paluchowski ist dort Leiterin des Brustzentrums und des Zentrums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs. Rody ist Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die Preisverleihung fand im Rahmen des DGS-Jahreskongresses in Dresden statt. Der Preis ist mit jeweils 5.000 Euro dotiert. „Sie als Forschungsduo haben mit Ihren innovativen und herausragenden sowie generationsübergreifenden Forschungsleistungen maßgeblich an der Mitgestaltung des inhaltlichen Schwerpunkts unserer Fachgesellschaft beigetragen“, begründete Prof. Sara Brucker als Vorsitzende der medizinischen Fachgesellschaft die Auswahl der diesjährigen Preisträger. (PM/RED)

Louisa Bolm ist neues Mitglied in der Exzellenz Akademie

Dr. Louisa Bolm, Ärztin der UKSH-Klinik für Chirurgie in Lübeck, ist in die Exzellenz-Akademie des Konvents der Lehrstuhlinhaber für Allgemein- und Viszeralchirurgie aufgenommen worden. Im Rahmen des Konvents in Köln stellte sie ihre wissenschaftliche und klinische Arbeit vor und konnte das Gremium auch in der folgenden Diskussionsrunde überzeugen. Die Exzellenz-Akademie begleitet und fördert besonders begabten chirurgischen Nachwuchs der Universitätskliniken und gibt ihm ein gemeinsames Forum. Die Exzellenz-Akademie hat 26 Mitglieder, die für maximal sechs Jahre oder bis zum Erreichen einer Professur unterstützt werden. Bolm hat in Lübeck studiert und arbeitet seit 2018 am UKSH. Von 2020 bis 2022 war sie als Surgical Research Fellow an der Harvard Medical School und am Massachusetts General Hospital in Boston tätig. Neben Bolm sind auch PD Dr. Kim Honselmann, Funktionsoberärztin, und PD Dr. Rüdiger Braun, Funktionsoberarzt der Klinik für Chirurgie, Campus Lübeck, Mitglieder der Exzellenz-Akademie. (PM/RED)

Jörg Wiltfang steht der DGMKG vor



Prof. Jörg Wiltfang

Prof. Jörg Wiltfang, Direktor der UKSH-Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Kiel, ist neuer Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (DGMKG). Wiltfang wurde beim Jahreskongress der Fachgesellschaft in Heidelberg in das Amt gewählt, das er zwei Jahre lang innehaben wird. Die DGMKG tritt für die Belange der Fachärztinnen und Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Deutschland ein und hat rund 1.900 Mitglieder. Wiltfang hat Human- und Zahnmedizin in Göttingen studiert und war an den Universitätskliniken Göttingen und Erlangen tätig. Seit 2004 ist er Klinikdirektor am Campus Kiel und Inhaber des Lehrstuhls für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Seit November 2022 steht er der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) vor, dem Dachverband von 35 Fachgesellschaften mit 27.000 Mitgliedern. Für Wiltfang ist die weitere Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Zahnmedizin ein Hauptanliegen seiner beiden Präsidenschaften. (PM/RED)

tingen studiert und war an den Universitätskliniken Göttingen und Erlangen tätig. Seit 2004 ist er Klinikdirektor am Campus Kiel und Inhaber des Lehrstuhls für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Seit November 2022 steht er der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) vor, dem Dachverband von 35 Fachgesellschaften mit 27.000 Mitgliedern. Für Wiltfang ist die weitere Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Medizin und Zahnmedizin ein Hauptanliegen seiner beiden Präsidenschaften. (PM/RED)

David Krug: Vom UKSH an das UKE

Dr. David Krug hat das UKSH verlassen, um die ärztliche Leitung des Ambulanzentrums der UKE GmbH im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie die Leitung des Fachbereichs Strahlentherapie zu übernehmen. Der 38-jährige Facharzt für Strahlentherapie folgt dort auf Prof. Andreas Krüll, der altersbedingt ausscheidet. Krug, der zugleich die Position des stellvertretenden Direktors der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie im UKE übernimmt, war zuletzt stellvertretender Direktor der Klinik für Strahlentherapie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, sowie Leiter des Saphir Radiochirurgie-Zentrums Norddeutschland. Krug hat in Lübeck studiert und 2013 dort auch promoviert. Seine Facharztweiterbildung absolvierte er in der Radioonkologie und Strahlentherapie des Universitätsklinikums Heidelberg, dort wurde er 2017 auch Oberarzt. Ein Jahr später wechselte er nach Kiel, wo er sich 2022 habilitierte. (PM/RED)

Dr. David Krug



Dr. David Krug

Philipp Inden neu in Bad Segeberg



Dr. Philipp Inden

Dr. Philipp Inden ist neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie im Allgemeinen Krankenhaus der Segeberger Kliniken. Der 49-jährige gebürtige Osnabrücker war in den vergangenen Jahren am BG Klinikum Hamburg als Oberarzt tätig und mit der Leitung der Endoprothetik betraut.

Nach seinem Zivildienst als Rettungssanitäter studierte Philipp Inden in Göttingen, in Berlin und Bern.

„Ein besonderes Anliegen ist mir, die unfallchirurgische Versorgung auch schwererer Verletzungen und komplexer Gelenkverletzungen weiter auszubauen und auf hohem medizinischem Niveau zu gewährleisten. In den letzten Jahren gab es in der Unfallchirurgie und Orthopädie bemerkenswerte Fortschritte, die den Patientinnen und Patienten zugutekommen. Technologische Innovationen und neue Operationsmethoden haben zu einer erheblichen Verbesserung der Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten geführt“, sagte Inden zu seinem Antritt in Bad Segeberg. (PM/RED)

Caroline Barisch ausgezeichnet

Prof. Caroline Barisch vom Forschungszentrum Borstel, Leibniz Lungenzentrum hat den Förderpreis der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e.V. (DGHM) erhalten. Der mit 3.500 Euro dotierte Preis wurde ihr auf der 76. Jahrestagung der DGHM vergangenen Monat in Würzburg verliehen. Grund für die Auszeichnung ist Barischs wissenschaftliche Arbeit zur Untersuchung und Analyse von Virulenzstrategien, die das Bakterium *Mycobacterium tuberculosis* besitzt, um optimale Bedingungen für dessen intrazelluläre Replikation zu schaffen.

Nach Promotion in Kassel und Tätigkeiten als Postdoc in Genf war Barisch an der Uni Osnabrück tätig. 2022 nahm sie den Ruf auf die Professur für die „Biologie des Interaktoms in der Dysbiose“ der Uni Hamburg in Kooperation mit dem Forschungszentrum Borstel an. Seit Sommer des vergangenen Jahres ist ihr Labor am CSSB (Center for Structural Systems Biology) in Hamburg angesiedelt. (PM/RED)

FOTO: SEGEBERGER KLINIKEN

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

JULI, AUGUST, SEPTEMBER

17. Juli 4. September	Webinar/Online Neue Aspekte zu C.difficile-Infektionen Mikrobiom des Darms trifft Darmgesundheit	LADR Akademie Telefon 04152 803 400 veranstaltung@ladr.de www.LADR.de www.LADR.de/c-difficile-24-07 www.LADR.de/darm- geesthacht-24- 1 Punkt 4 Punkte
7. September	28. Kieler Arzt- Patientenseminar für chronisch- entzündliche Darmerkrankungen	UKSH, Kiel Telefon 0431 500-22457 dietlind.pott@uksh.de 4 Punkte
12. - 14. September	Clinical Skills Laboratory for Beginners	UKSH, Lübeck Telefon 0451 500 42 001 petra.schuhr@uksh.de Punkte beantragt
17. - 20. September	Basiskurs Hämatologisches Labor	UKSH, Kiel Telefon 0431 500 24 970 inges.kunft@uksh.de www.uksh.de Punkte beantragt
23. - 25. September	7. Interdisziplinäres FEES-Basisseminar Schleswig-Holstein	AMEOS Klinikum Middelburg Klinik für Neurologische Rehabilitation sabine.graffenberg@ameos.de 34 Punkte

ALLE ANGABEN OHNE GEWÄHR.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise für die
September-Ausgabe: 21. August 2024

Botschaften immer „kurz und einfach“

IMPFEIN Die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein lud zum Impftag ein. Motto in diesem Jahr: „Impfen für die Zukunft – Von Immunkompetenz bis Krebsprävention“. Neue Impfkampagne für den Norden setzt auf kurze, prägnante Botschaften.

Kleiner Pieks, große Wirkung: Dass Impfen den Ausbruch von Krankheiten oder zumindest einen schweren Verlauf verhindert, ist hinlänglich bekannt. Dennoch hinkt Deutschland in vielen Bereichen, etwa im Kampf gegen Humane Papillomviren (HPV), hinter den Zielen der WHO zurück. Wie sich die Impfmüdigkeit bekämpfen lässt, war ein Thema der Impffachtagung 2024 in Kiel, die die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein veranstaltete.

„Kinder und Jugendärzte brennen für Impfungen“, sagte Christopher Schäfer. Der Kinderarzt aus Itzehoe, der seine Praxis gemeinsam mit seiner Frau Silke betreibt, kämpft leidenschaftlich dafür, die Impfquote gegen HPV zu erhöhen. Bereits in den 1970er Jahren vermutete Dr. Harald von Hausen einen Zusammenhang zwischen den Viren und bestimmten Krebserkrankungen. „Damals wurde er ausgelacht, 2008 bekam er den Nobelpreis“, erinnerte Schäfer.

Heute ist die Wirkung der Viren unbestritten. Seit 2007 finden Impfungen statt, erst nur bei Mädchen. „Dann kam die WHO drauf, dass auch Jungs Menschen sind“, sagte Schäfer. Seither gibt es klare Empfehlungen, aber im Bundesschnitt sind gerade einmal 50 Prozent der jungen Frauen geimpft, bei jungen Männern liegt die Zahl mit rund zehn Prozent noch deutlich darunter. Schleswig-Holstein steht im Ländervergleich im Mittelfeld. Besonders stark sind Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen, möglicherweise weil in der früheren DDR eine bessere Impfkultur herrschte als in der früheren BRD. In Westdeutschland sind die südlichen Länder, besonders Baden-Württemberg, die Impfwirge. Doch selbst die Spitzenreiter sind noch weit vom Ziel entfernt: Impfquoten von 90 Prozent sollten es nach dem Willen der WHO bis 2030 sein.



Dr. Martin Oldenburg

„Wir müssen die Eltern überzeugen“, sagt Schäfer. Jeder Kontakt zur Praxis müsse ein Impfkontakt sein, dabei komme den MFAs eine wichtige Rolle zu: „Sie vereinbaren die Termine, sie fragen nach dem Impfpass.“ Im Gespräch gelte: „Keep it short and simple.“ Greifbare Vergleichszahlen seien sinnvoll: „Wenn alle drei Monate eine vollbesetzte Boeing abstürzt, das entspricht den Toten durch Krebs, der von HPV verursacht wird.“ Auch eine Geschichte aus der eigenen Praxis erzähle er oft: „Da kam eine Mutter mit Tränen in den Augen, die sich verabschieden wollte, weil sie an Krebs erkrankt war und nicht überleben würde. Sie bat: Impfen Sie meine Kinder.“ Und dann komme der entscheidende Satz: „Es ist Zeit für die Impfung, welcher Arm?“ Am besten sei es, Kinder beiderlei Geschlechts ab neun Jahren zu impfen. Aber auch Jugendliche und Erwachsene könnten von der Spritze profitieren: „Ich würde jeden impfen, der

fragt. Falsch machen können Sie nichts.“ HPV werde übrigens nicht nur durch Geschlechtsverkehr übertragen: „Die höchste Viruslast wurde an Augenbrauen gefunden.“

Während die schwerwiegenden Folgen der HPV-Infektion oft erst im mittleren Lebensalter auftreten, wirken sich RS-Viren sofort aus. In der schematischen Zeichnung ähnelt das runde Respiratory Syncytial Virus dem Corona-Erreger: „Und es wirkt auch ähnlich“, sagte Dr. Folke Brinkmann. Die Professorin am UKSH-Campus Lübeck leitet die Sektion für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie. RSV verursacht Atemwegs-Krankheiten, die fast alle Kleinkinder durchlaufen. Das Virus dockt an die Zellen der Atmungsorgane und in der Lunge an. „Die Zellen kleben zusammen, die Flimmerhärchen auf dem Epithel funktionieren nicht mehr, zäher Schleim verlegt die Atemwege, die Luft kommt nicht mehr

raus“, beschrieb Brinkmann. Bei schweren Verläufen müsse das Kind beatmet werden. Die Ansteckungsrate sei hoch: „Es wird durch den Schnodder weiterverteilt.“ Eine dauerhafte Immunität gebe es nicht, allerdings hätten Erwachsene so viele Infektionen durchlaufen, dass sie meist geschützt seien. Dieser Schutz gelte auch für Babys kurz nach der Geburt, die eine Immunisierung durch die Plazenta erhalten haben. Allerdings könnten Ältere durchaus stärker betroffen sein: „Dazu haben wir aber nicht genügend Zahlen“, räumte Brinkmann ein.

Eine echte Therapie fehlt, nur Atemhilfen und Kochsalz in schwierigen Fällen, sonst „gentle loving care“ und Zeit. „Für Eltern ist das nicht zufriedenstellend“, so die Referentin.

Bei einer Krankheit, der praktisch niemand entgehen kann, bietet sich eine Impfung an. Für Kindern mit besonderem Risiko, etwa Frühgeborene oder Herz-Patienten, gibt es ein zugelassenes Mittel, das aber während der Erkältungszeit alle vier Wochen gegeben werden muss – teuer und auch aufwändig für die Eltern der ohnehin kranken Babys. Zurzeit in der Erprobung ist eine langwirksame Antikörper-Spritze, die bei gesunden Babys die Krankheiten deutlich reduzieren konnte.

Das Thema Impfen müsse immer wieder nach vorn gebracht werden, sagte Sören Schmidt-Bodenstein, der als Vorsitzender der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein die Gäste begrüßte und sich über die große Beteiligung freute. „Die Corona-Pandemie und damaligen heftigen Debatten ums Impfen haben mir noch einmal gezeigt, wie wichtig es ist, dass Menschen verstehen, was evidenzbasiertes Wissen ist und wie Empfehlungen erarbeitet werden“, sagte Schmidt-Bodenstein. Es sei wichtig, diese Erkenntnisse zu vermitteln. Das sei nicht leicht, „aber wenn es einfach wäre, würde wir alle heute das Wetter genießen“.

Wie schwierig der Spagat zwischen fachlich korrekten Informationen und dem Wunsch der Öffentlichkeit nach schnellen und greifbaren Empfehlungen ist, erlebten die Mitglieder der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut (Stiko) während der Corona-Pandemie hautnah. Davon berichtete Gudrun Widders, die seit 2017 in dem ehrenamtlichen Gremium sitzt. Die Diplom-Medizinerin war zu ihrem jetzigen „Unruhestand“ in verschiedenen Funktionen im Gesundheitsdienst in Brandenburg tätig und gehört heute zu den erfahrensten Stiko-Mitgliedern. Denn nach einer neuen Regel ist nach spätestens drei



Prof. Folke Brinkmann

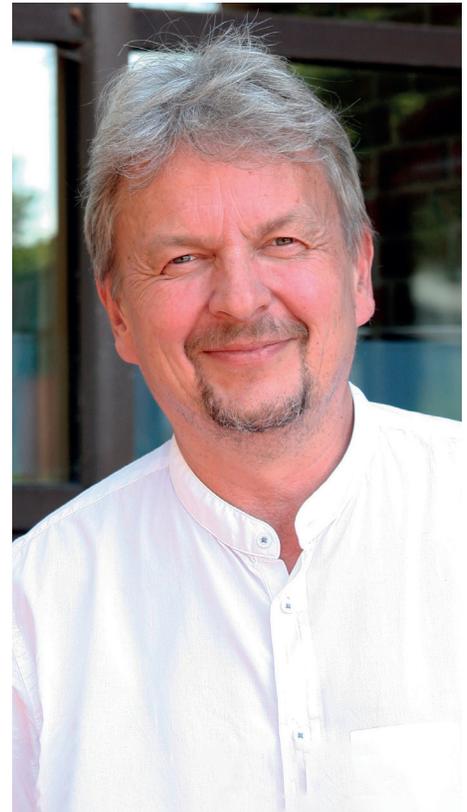
Amtszeiten á drei Jahren Schluss. Diese Zeit hatte viele Altgediente erreicht, sodass die Stiko nun auf einen Schlag zwölf neue Mitglieder aufnahm. Die Arbeit gehe dennoch wie gewohnt weiter.

Grundsätzlich wendet sich die Stiko an die Fachöffentlichkeit, „aber wir haben gerade während der Pandemie gesehen, dass es wichtig ist, auch die Öffentlichkeit zu informieren“, sagte Widders. Diese Aufgabe könne die Kommission aber nicht allein leisten, sondern brauche den Gesundheitsdienst und weitere Akteure.

Widders stellte auch das aktuelle Bulletin der Stiko vor, in dem alle bisherigen und neuen Empfehlungen aufgeführt sind. Daneben gibt es praktische Informationen für Praxen, etwa was bei einem unklaren Impfstatus zu tun ist. Das betreffe unter anderem Geflüchtete, so Widders. Es sei bei dieser Gruppe sinnvoll, von den sonstigen Regeln abzuweichen. Diese Impfungen würden dennoch normal bezahlt, betonte Widders: „Alles, was in der Stiko-Empfehlung steht, ist fachlicher Standard.“

Trotz dieser Regeln, die für alle gelten, bleibt Deutschland beim Impfen ein Flickenteppich, zwar nicht „bei den Zielen, aber bei der Umsetzung“, sagte Dr. Jens Milbradt von der Geschäftsstelle der Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI).

Die Gruppe ist am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsi-



Christopher Schäfer

cherheit angesiedelt und sorgt seit 2007 für den bundesweiten Austausch aller Akteure – darunter die Stiko, das Paul-Ehrlich-Institut, das sich um Impfstoffsicherheit kümmert, der G-BA und die Landesministerien. Denn für das Impfen sind die Bundesländer zuständig. Die NaLI legt seit 2012 den Nationalen Impfplan vor, der die großen Linien vorgibt. Der Impfplan schaffe Transparenz für die Fachwelt, „die Länder sprechen miteinander, die Zahlen steigen“, sagte Milbradt. Der Austausch findet in zahlreichen Arbeitsgruppen sowie bei den zwei-jährlichen Nationalen Impfkongressen statt.

Auch Schleswig-Holstein hat eine eigene Impfkampagne. Davon berichtete Monika Traute von der Firma „Monks – Ärzte im Netz“, die als Teil eines Redaktionsteams neue Flyer, Postkarten und Plakate erstellt hat. Sie sind in einem einheitlichen Farbkonzept gehalten, das das Blau des Landes-Logos und das Grün der Aktion „Pro Impfen“ verbindet. Auch hier gilt das Motto „Keep it short and simple“. Wer mehr wissen will, wird per QR-Code auf die Seite der Kampagne geleitet. Dr. Martin Oldenburg, als Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium für das Impfen zuständig, fasste zusammen: „Wir haben nicht nur den Startschuss gegeben, sondern sind auch schon im Rennen.“

ESTHER GEISSLINGER

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Telenotarzt

Telemedizinische Anwendungen finden im Gesundheitswesen zunehmende Verbreitung. Im Bereich der präklinischen Notfallmedizin etablieren sich Systeme, die besondere fachliche und persönliche Anforderungen an die eingesetzten TNA stellen. Das Bundesärztekammer Curriculum „Telenotarzt“ vermittelt die aus notfallmedizinischer Sicht erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten für den Einsatz als TNA. Es qualifiziert TNA dazu, vor Ort befindliches Einsatzdienstpersonal bei Primär- und Sekundäreinsätzen zu unterstützen und bspw. Maßnahmen zur Behandlung von NotfallpatientInnen zu delegieren.

In diesem Seminar vermitteln versierte Telenotärztinnen und Telenotärzte aus den Pionierregionen in Aachen und Goslar ihre langjährigen praktischen Erfahrungen. Der hohe Anteil praktischer Übungen und Simulationen erlaubt dabei einen Einblick in die reale Tätigkeit sowie in die unterschiedlichen TNA-Systeme. Das Seminar richtet sich an besonders versierte NotärztInnen mit umfangreichen Erfahrungen in Klinik und Rettungsdienst. Die Inhalte beziehen sich auf das BÄK-Curriculum (link). Detaillierte zeitliche Abläufe und Stundenpläne folgen zu einem späteren Zeitpunkt.

Teilnahmevoraussetzungen:

- ▶ Nachweis der Anerkennung als Fachärztin oder Facharzt in einem Gebiet mit unmittelbarem Bezug zur klinischen und rettungsdienstlichen Notfall- und Intensivmedizin sowie der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin.
- ▶ Nachweis von mindestens 2 Jahren regelmäßiger und andauernder Tätigkeit als Notärztin oder Notarzt, mind. jedoch 500 eigenständig absolvierte Notarzteinsätze (primäre und sekundäre) nach Erwerb der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin.
- ▶ Erfahrung in der eigenverantwortlichen Führung von Personen und in Strukturen.

Eine Telenotarztstätigkeit setzt voraus, dass auch eine regelmäßige Rettungsdiensttätigkeit ausgeübt wird.

Die Unterlagen zur Teilnahmevoraussetzung senden Sie bitte umgehend nach Ihrer Anmeldung per Mail an petra.petersen@aeksh.de.

Termin: 12. bis 14. November 2024

Blockweiterbildung zur Nicht-ärztlichen Praxisassistenz

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

Wir bieten diese Ausbildung als Blockunterricht vom 5. bis 23. August 2023 an. Am Ende der Weiterbildung erhalten Sie nach erfolgreich bestandener Prüfung Ihr Zertifikat zur Nicht-ärztlichen Praxisassistenz. Das zur Prüfung erforderliche Notfallmanagement Seminar buchen Sie bitte extra. Dieses ist nicht automatisch enthalten.

Mit Absolvierung dieser Blockweiterbildung haben Sie 165 theoretische Fortbildungsstunden und somit den gesamten Bereich der Medizinischen Kompetenz als Block besucht. Das Seminar Notfallmanagement ist extra zu buchen. Bei einer 10-jährigen Berufstätigkeit sind somit alle nötigen theoretischen Fortbildungsstun-

den absolviert. Sollten Sie sich in einer weniger als 10-jährigen Berufstätigkeit befinden, können Sie gerne zusätzliche Seminar außerhalb der Blockweiterbildung dazubuchen.

Um zur Prüfung zugelassen zu werden, benötigen Sie noch 20 Stunden Notfallmanagement. Es sind Plätze für Sie reserviert. Bitte geben Sie bei der Buchung an, dass Sie die Blockweiterbildung absolvieren möchten.

Dieses Seminar ist nach dem Weiterbildungsbonus der Investitionsbank Schleswig-Holstein förderungswürdig. Die Ärzteschaft Schleswig-Holstein bietet eine Förderung über den Kreis Segeberg an. Ebenso fördert die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein mit dem Strukturfond die Weiterbildung zur NÄPA.

Teilnahmevoraussetzungen: Berufsabschluss als Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin oder nach dem Krankenpflegegesetz. Eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit in einer haus- oder fachärztlichen Praxis.

Die praktische Prüfung wird durch Einreichung von 4 Fallbeispielen und 28 Hausbesuchsprotokollen (bei einer 10-jährigen Berufserfahrung) erbracht. Diese können bereits vor/während oder nach Absolvierung der Blockweiterbildung absolviert werden. Das Zertifikat Nicht-ärztliche Praxisassistenz wird bei Vorlage und bestandener Prüfung ausgehändigt.

Der Prüfungstermin zur Nicht-ärztlichen Praxisassistenz wird während der Blockweiterbildung individuell besprochen. Eine Anmeldung ist erforderlich. Prüfungsgebühr Euro 140,00.

Termin: 5. bis 23. August 2024

Manuelle Medizin

In die hausärztliche Praxis kommen täglich Patienten mit Beschwerden am Bewegungsapparat. Häufig kann man diese nur unzureichend beraten und behandeln. Dieser Kurs verbessert Ihre Kompetenz bei der Untersuchung und Behandlung von Patienten mit Störungen am Bewegungsapparat und gibt einen ersten Eindruck in die Möglichkeiten der Chirotherapie.

Die Inhalte des Kurses sind:

- ▶ Kreuzschmerz: Behandlung, Untersuchung, Abgrenzung zum Bandscheibenvorfall und dessen konservative Behandlung.
- ▶ Untersuchungsgang Knie und Schulter
- ▶ obere Extremität – Untersuchungsgang und Behandlungsgriffe (Karpaltunnelsyndrom und Tennisellenbogen)

In diesem Kurs werden Inhalte der Chirotherapie so präsentiert, dass die wichtigsten Techniken sofort erfolgreich im Praxisalltag angewendet werden können.

Nächster Termin: 7. September 2024

Über den QR-Code finden Sie das komplette Veranstaltungsangebot



Kontakt

Akademie der Ärztekammer
Schleswig-Holstein
Telefon 04551 803 700
akademie@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 September 21. August 2024

STELLENANGEBOTE

ICH BIN DABEI, WEIL WIR KRANKENHAUS NEU DENKEN



ASKLEPIOS Als einer der größten privaten Klinikbetreiber in Deutschland verstehen wir uns als Begleiter unserer Patient:innen – und als Partner unserer Mitarbeitenden. Wir bringen zusammen, was zusammengehört: Nähe und Fortschritt, Herzlichkeit und hohe Ansprüche, Teamwork und Wertschätzung, Menschen und Innovationen.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Ltd. Oberarzt (w/m/d)

Geriatric oder

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

Innere Medizin/Allgemeinmedizin/Geriatrie



WIR SIND

ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung und versorgen mit rund 300 Mitarbeiter:innen über 35.000 Patient:innen jährlich. Unsere modern ausgestattete Klinik verfügt über die Fachabteilungen Geriatrie, Innere Medizin und Kardiologie, Chirurgie und Intensivmedizin. Die Klinik ist als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Lübeck anerkannt.

IHR AUFGABENGEBIET

Sie übernehmen die Versorgung der geriatrischen Patienten auf der Station und leiten das Team aus Pflege, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Neuropsychologen.

IHR PROFIL

Facharzt:ärztin für Innere Medizin/Allgemeinmedizin/Neurologie mit oder ohne Zusatzbezeichnung Geriatrie | Assistenzarzt:ärztin für Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit mindestens 2-jähriger Berufserfahrung | Sie sind gut strukturiert, teamfähig, motiviert, belastbar und zuverlässig | Sie haben Interesse an der Versorgung älterer multimorbider Menschen

WIR BIETEN

Eine Tätigkeit in Voll- oder Teilzeit ohne Nacht- und Wochenenddienste | Alle Facetten der Altersmedizin am Krankenhaus mit dem direkt der Geriatrie zugeordneten therapeutischen Team | Die Mitgestaltung des weiteren Ausbaus der geriatrischen Klinik (derzeit 40 stationäre und 12 teilstationäre Plätze) | Die Weiterbildung Geriatrie (18 Mo./volle WB), Allgemeinmedizin (12 Monate) | Eine leistungsgerechte Vergütung nach TV Ärzte Asklepios | Konzernweite Vernetzung durch unser Social Intranet „ASKME“ | Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch u. a. flexible Arbeits- und Teilzeitmodelle | Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention durch viele Angebote im Rahmen des „Asklepios Aktiv“ Programms | Mitarbeiterrabatte in vielen Onlineshops und zahlreiche Vergünstigungen für Freizeitaktivitäten und Veranstaltungen

Für Rückfragen steht Ihnen gerne Frau Urda Tiedemann von Gizycki, Chefärztin Geriatrie, unter Tel.: +49 45 31 68 24 97 oder per E-Mail: u.tiedemann@asklepios.com zur Verfügung.

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

Asklepios Klinik Bad Oldesloe
Personalabteilung
Schützenstraße 55 · 23843 Bad Oldesloe



MVZ NordOst

Familienmedizin mit Leidenschaft

Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (m/w/d)

Wir, das MVZ NordOst, sind auf der Suche nach einer Fachärztin/einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin für unsere Kinderarztpraxis in Schwarzenbek. Wenn Sie sich in der beschriebenen Stelle wiederfinden, freuen wir uns auf Ihre Nachricht!

Die Praxis

Das MVZ NordOst ist in ärztlichem Eigenbesitz und bereits seit 2016 befindet sich unsere Kinderarztpraxis Schwarzenbek in modernen Räumlichkeiten. Der Standort ist gut an den ÖPNV angeschlossen. So ist beispielsweise Hamburg in nur rund 20 Minuten zu erreichen.

Die Kinderarztpraxis bietet das gesamte Spektrum der pädiatrischen Versorgung. Wir leben von der Kompetenz und dem Wissensschatz unserer Kollegen! Wenn Sie also Zusatzbezeichnungen oder spezielle Weiterbildungen besitzen, nehmen wir diese gerne in das Praxisangebot mit auf.

Unser Team

Das Team der Kinderarztpraxis besteht derzeit aus 8 Kolleginnen:

- + 2 Ärztinnen
- + 5 Medizinische Fachangestellte
- + 1 Auszubildende

Was Sie mitbringen

- + Eine Approbation als Ärztin/Arzt mit Facharztanerkennung in Kinder- und Jugendmedizin
- + Praktische Erfahrung als Ärztin/Arzt in Weiterbildung
- + Sie übernehmen gerne Verantwortung und lieben was Sie tun
- + Ihre eigenen Ideen und Ansätze bringen Sie gerne mit ein
- + Sie verfügen über eine gute Kommunikationsfähigkeit und sind souverän im Umgang mit Patientinnen und Patienten
- + Sie haben Freude am wertschätzenden gemeinsamen Arbeiten mit einem aufgeschlossenen, kompetenten Team

Was wir Ihnen bieten

- + Eine unbefristete Anstellung mit geregelten Arbeitszeiten ohne Nacht- und/oder Wochenenddienst
- + Einen etablierten Patientenstamm
- + Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben
- + Ein engagiertes und eigespieltes Praxisteam
- + Ein wertschätzender aufgeschlossener Umgang miteinander und Kommunikation auf Augenhöhe
- + Ein angemessenes Gehalt

Wenn Ihnen gefällt was Sie sehen, melden Sie sich gerne bei uns!

Senden Sie Ihre Bewerbung an: r.hirnstein@mvz-nordost.de oder per Post: MVZ NordOst · z.H. Ralf Hirnstein · Zwischen den Brücken 1 · 21514 Büchen

Für ein erstes Gespräch oder Ihre Fragen steht Ihnen Herr Hirnstein auch gern telefonisch zur Verfügung: 04155 - 823 30 50 oder 0170 703 50 11

ANZEIGENSCHLUSS:

Heft Nr. 09 21. August



STELLENANGEBOTE



CURTIVS | KLINIK
Psychosomatische Medizin

Die Curtius Klinik ist eine Fachklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit insgesamt 180 Betten in der akutmedizinischen Versorgung und in der Rehabilitation. Wir arbeiten schwerpunktmäßig nach einem tiefenpsychologisch fundierten, multimodalen Konzept. Wir integrieren andere Therapieformen wie verhaltenstherapeutische, systemische, körperbezogene sowie erlebnisorientierte Elemente wie Tanz- und Bewegungstherapie, Musiktherapie oder Ergo- und Gestalttherapie. Psychoedukation, Entspannungsverfahren und Physiotherapie vervollständigen unser Angebot nachhaltig.

Unser vollstationäres Behandlungsangebot wurde jüngst um eine psychosomatische Institutsambulanz ergänzt, das mehrstufige Versorgungskonzept wird mittelfristig durch eine Tagesklinik vervollständigt.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin eine/n

Oberarzt (m/w/d) -für den Akutbereich- in Voll- oder Teilzeit

Ihr Profil:

- Facharzt/-ärztin für Psychosomatik und Psychotherapie oder Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Ihr Aufgaben:

- Führung eines Teams von Ärzten, Psychologen und Spezialtherapeuten
- Fachärztliche Anleitung psychosomatischer Behandlungen
- Beteiligung an der ärztlichen und psychologischen Aus- und Weiterbildung und der Supervision
- Mitarbeit an der Weiterentwicklung medizinischer und therapeutischer Konzepte
- Umsetzung von Vorgaben der Kostenträger und des Qualitätsmanagements

Unser Angebot:

- Vergütung nach Marburger Bund
- Betriebliche Altersvorsorge und betriebliche Krankenzusatzversicherung
- 31 Tage Urlaub bei einer 5 Tage Woche
- Attraktive Lage mit hoher Wohn- und Lebensqualität und guter Infrastruktur
- Vielseitige und interessante Aufgabe mit Gestaltungsspielraum
- Interne und externe Fort- und Weiterbildung
- Regelmäßige externe Supervision und interkollegiale Beratung
- Moderne und flexible Arbeits- und Dienstzeitenmodelle
- Kurze Entscheidungswege
- Offene und wertschätzende Unternehmenskultur
- Angebote des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung und für Rückfragen steht Ihnen Frau Suhr, Personalabteilung, unter Tel. 04523/407-712 gern zur Verfügung. Bitte senden Sie diese an folgende E-Mail Adresse: bewerbungen@curtius-klinik.de

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



Ihre Spende wirkt!

Helfen Sie, die Lebensräume bedrohter Tierarten weltweit zu schützen.

Jetzt spenden: wwf.de oder

Spendenkonto: DE06 5502 0500 0222 2222 22



AMEOS

WERDEN SIE TEIL UNSERES FORENSIK-TEAMS!

Oberarzt (m/w/d) für Psychiatrie und Psychotherapie

Willkommen bei AMEOS – im AMEOS Klinikum für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie Neustadt

Sie wollen psychisch kranke Menschen auf ihrem Weg zur Besserung und bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft unterstützen? Dann sind Sie bei uns genau richtig!

Das erwartet Sie

- > Leitung und Supervision der Teams von zwei Stationen im hoch gesicherten Bereich
- > eine Führungsposition in einem angenehmen Arbeitsklima mit persönlicher Atmosphäre und einem wertschätzenden kollegialen Miteinander sowie viel Raum für Eigeninitiative
- > Allgemeinmedizinerinnen im Haus und somit volle Konzentration auf die psychiatrische Arbeit
- > familienfreundliche, individuell abstimmbare Arbeitszeiten
- > ein Arbeitsplatz an der Ostsee in einer der beliebtesten Ferienregionen Deutschlands mit guter Anbindung an die Städte Lübeck und Kiel

Das bringen Sie mit

- > eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt (m/w/d) für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenarzt (m/w/d) sowie Erfahrung im Umgang mit psychisch kranken Straftätern
- > Ehrgeiz, Verantwortungsbewusstsein, Flexibilität, Teamfähigkeit, wertschätzender und partizipativer Führungsstil und Interesse an transkultureller Psychiatrie
- > gerne multilingual
- > Freude an der Weiterentwicklung zeitgemäßer forensisch-psychiatrischer Konzepte

Wir bieten Ihnen eine Fülle von Vorteilen

- 📌 **Leistungsgerechte Vergütung:** Möglichkeit des Nebenverdiensts durch gutachterliche Tätigkeit inkl. entsprechender Anleitung und Unterstützung sowie Zulage für die Tätigkeit in der Forensik in Höhe von 300 €
- 📖 **Fachliche und persönliche Entwicklung:** großzügige Förderung von Weiter- und Fortbildungen sowie eine individuelle Karriereplanung im Rahmen unseres Personalentwicklungskonzepts, Übernahme der Weiterbildungskosten
- 🗨️ **Arbeiten auf Augenhöhe:** faire und empathische Zusammenarbeit im Team
- 🛡️ **Sicherheit am Arbeitsplatz:** defensive Selbstverteidigung bei der Polizei, Sicherheitsmaßnahmen
- 🏠 **Corporate Benefits:** Rabatte bei über 200 Top-Marken, Fahrrad-Leasing (z.B. E-Bike) inkl. Arbeitgeberzuschuss, Wellpass-Firmenfitness
- 👶 **Kinderbetreuung:** kostenfreie Kindernotfallbetreuung

BEREIT FÜR DEN NÄCHSTEN SCHRITT?

Rufen Sie uns direkt an.

Dr. Wilhelm Tophinke
Chefarzt
+49 4561 611 4283
dr.wilhelm.tophinke@ameos.de

STELLENANGEBOTE



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

Facharzt oder Assistenzarzt (m/w/d)

der Fachrichtung Kardiologie, Innere Medizin, Orthopädie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychosomatik oder Allgemeinmedizin.

Wir sind eine Rehabilitationsklinik der Deutschen Rentenversicherung Nord mit den Fachabteilungen Kardiologie, Orthopädie, Verhaltensmedizin und PostCovid-Komplexbehandlung.

Sie haben Lust Verantwortung zu übernehmen, wollen aktiv Prozesse mitgestalten und in einem interdisziplinären Team arbeiten?

Schicken Sie Ihre Bewerbung an bewerbung@muehlenbergklinik.de

Für Rückfragen steht Ihnen gerne die Ärztliche Direktorin Fr. Dr. med. Melanie Hümmelgen unter 04523/993-1054 zur Verfügung.



Weitere Informationen erhalten Sie unter: www.muehlenbergklinik.de/karriere

Schwerbehinderte und ihnen Gleichgestellte haben Vorrang vor Bewerber*innen gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung.

FÄ/FA Allgemein Medizin oder Innere Medizin für moderne Praxis in Fockbek gesucht

Wir (FA Allg. Med, FÄ Innere, WBA) möchten gerne weiter wachsen, zusammen mit Ihnen! Umfangreiche diagnostische Möglichkeiten.

Wir sind verschiedenen Arbeitszeitmodellen gegenüber aufgeschlossen. Sitzübernahme mittelfristig möglich bis erwünscht. Wir freuen uns auf Sie! Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an: aerzte@gp-fockbek.de

RADIOLOGIE

Keine Lust mehr auf Dienste und Überstunden? Praxis bietet Work-Life-Balance für **Facharzt/WBA (w/m/d)**. Flexible Arbeitszeiten (TZ oder VZ) bei guter Bezahlung.

Weitere Informationen unter: www.radiologie-uelzen.de

Kinderarztpraxis

(Pneumologie/Allergologie) im Hamburger Osten sucht

FÄ/FA Pädiatrie

zur Verstärkung des Teams.

kinderpraxis-hh@web.de

HNO-Fachärztin/arzt gesucht

im Angestelltenverhältnis in Teil- oder Vollzeit in HNO-GP in Schleswig-Holstein Nähe Kiel/Lübeck gesucht. Attraktive Bezahlung. Flexible Arbeitszeiten.

Kontakt unter Tel. 0152-28 78 57 64



Termine Rubrikanzeigen

Heft	Erscheinungstermin	Anzeigenschluss
September	16.09.24	21.08.24
Oktober	15.10.24	20.09.24
November	15.11.24	21.10.24
Dezember	17.12.24	21.11.24

Assistenzärztin/arzt HNO

Überörtliche HNO-GP in Lübeck sucht zum 01.08.2024 eine Kollegin oder Kollegen zur Anstellung in Vollzeit oder Teilzeit für den Standort Bad-Segeberg.

Weiterbildungsermächtigung 2 Jahre zum Facharzt, 1 Jahr für Zusatzbezeichnung Allergologie, volle Weiterbildung Schlafmedizin. Langfristige Bleibeperspektive.

Kontakt: Dr. Jan Hollandt (0151 67 82 23 39 oder hollandt@hno-luebeck.de)
Weitere Informationen unter: www.hno-luebeck.de



FRAUENARZTPRAXIS

— HENSTEDT-ULZBURG —

— PINNEBERG —

Toennies & Oppermann

WBA Gyn./Facharzt Gyn. (m/w) für 20-25 Std/Woche gesucht.

Wir sind eine gyn. Gemeinschaftspraxis mit 7 FÄ im nördlichen Randgebiet von HH u. Pinneberg. Spezialsprechstunden wie Dysplasie, Laser und Mamma gehörten ebenso zu unserem Spektrum wie ein ambulanter OP. Zusatzqualifikation für gyn. Onkologie/ Tumorthherapie, Psychotherapie und Kolposkopie vorhanden. Vergütung angelehnt an Tarif zzgl. Zusatzleistungen.

Interesse an einer langfristigen, interessanten Tätigkeit im netten Team?
Bewerbung an: info@frauenarztpraxis-hu.de

Wir sind eine Anästhesiepraxis in Hamburg in einem ambulanten, gynäkologischen MVZ und suchen **FA Anästhesiologie (m/w/d) in Teilzeit.**

Wir bieten ein breites operatives Spektrum in einem jungen und dynamischen Team mit positivem Arbeitsklima.

Kontakt: anaesthesie-wh@gmx.de

Wir beraten Sie gern bei der Planung Ihrer Anzeige:

elbüro

fon (040) 33 48 57 11

anzeigen@elbuero.com

www.elbuero.com

IMMOBILIEN

Neumünster (ca. 3 km vom Friedrich-Ebert-Krankenhaus)

Einfamilienhaus mit Einliegerwohnung, Top-Lage (Sackgassenende am Knick), Bj. 1980, Grundstück ca. 700 qm, Wfl ca. 167 qm, Vollkeller, 2 Garagen, V 131,7 kWh/qm p.a. Kl E, Öl-ZH KP-Angebote ab 300.000 €.

Bitte nur private Anfragen: 0172/419 6933 oder markus.kuestner@icloud.com

STELLENGESUCHE

Erfahrener Unfallchirurg/Orthopäde im Ruhestand

sucht Teilzeit-Stelle im ambulanten (vorzugsweise operativen) Bereich in Kiel und Umland.

Kontakt erbeten unter:
Chiffre SH 60279

Weiterbildung in Kardio-MRT in Radiologie / Kardiologischem MVZ mit MRT-Bereich gesucht.

Facharzt Kardiologie vorhanden.
Kontakt unter Chiffre SH 60283

Erfahrene Fachärztin für Allg. Medizin und Geriatrie

(derzeit OÄ Geriatrie)

sucht Stelle in und um Lübeck in Klinik, Praxis oder Reha.

Kontakt unter: dr-huempel@gmx.de

Sie haben Interesse an einer Chiffre-Anzeige?

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



Spende und werde ein Teil von uns. [seenotretter.de](https://www.seenotretter.de)

Einsatzberichte, Fotos, Videos und Geschichten von der rauen See erleben:

[f](#) [t](#) [i](#) [v](#) [#teamseenotretter](#)

PRAXISABGABE

Große Hautarztpraxis in Bremen abzugeben.

Kontakt unter
dr.h.malek@web.de
oder 0421/ 277 26 47

Nachfolge für moderne hausärztliche Doppelpraxis in Lauenburg gesucht.

Praxis Weber
Alte Wache 12 · 21481 Lauenburg
praxis.weber.lauenburg@telemed.de

ANZEIGEN-SCHLUSS: Heft Nr. 09 21. August 2024

anzeigen@elbbuero.com

Seit 20 Jahren bestehende schöne

Privatpraxis für Kinderheilkunde

vor den Toren Hamburgs
sucht ab 2025

PartnerIn/NachfolgerIn

Kontakt unter 0179-681 23 95

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de



Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

RECHTSBERATUNG FÜR DIE HEILBERUFE

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



[K](#) Kurhausstraße 88 · 23795 Bad Segeberg
Tel.: 04551/89930 · Fax 04551/899333
E-Mail: mail@kk-recht.de
www.kk-recht.de

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.),
Katja Willers
Telefon 04551 803 272, -273

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Prof. Thomas Drabinski, Esther Geisslinger, Uwe Groenewold,
Dr. Jens Lassen, Dr. Andrea Schenk, Astrid Schock, Dr. Laura Tomala

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. 10/2024 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

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

AKIS

Der Service Ihrer Ärztekammer
online:

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

Den Zugang finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer www.aeksh.de. Bei Fragen wenden Sie sich gern telefonisch an das Mitgliederverzeichnis oder per Mail an mitglied@aeksh.de.

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

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

Vorstand
Prof. Dr. Henrik Herrmann (Präsident)
Prof. Dr. Doreen Richardt, LL.M.
(Vizepräsidentin)
Dr. Peer-Gunnar Knacke
Anne Schluck
Dr. Christine Schwill
Hannah Teipel
Dr. Victoria Witt
Telefon 04551 803 206
vorstand@aeksh.de

Geschäftsführung
Dr. Carsten Leffmann
(Ärztl. Geschäftsführung)
N.N.
(Kaufm. Geschäftsführung)
Telefon 04551 803 206
sekretariat@aeksh.de

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

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

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

Ärztliche Angelegenheiten
Leitung: Dr. Uta Kunze
Telefon 04551 803 302
uta.kunze@aeksh.de
Strahlenschutz/Ärztliche Stellen
Cornelia Ubert, Gabriele Kautz-Clasen
Telefon 04551 803 304, 04551 803 303
aerztliche-stelle@aeksh.de

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

Kommunikation
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Nicole Brandstetter
Telefon 04551 803 270
presse@aeksh.de

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

Mitgliederverzeichnis/Ärztstatistik
Leitung: Yvonne Rieb
Telefon 04551 803 456
mitglied@aeksh.de

Finanzabteilung
Leitung: Janina Zander
Telefon 04551 803 552
finanzen@aeksh.de

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

Personalabteilung
Leitung: Kristin Hartwig
Telefon 04551 803 152
personal@aeksh.de

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

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

Vorsitzender des Verwaltungsrates
Bertram Bartel
Vorsitzende des Aufsichtsrates
Petra Struve

Geschäftsführung
Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de
Mitgliederservice
Telefon 04551 803 900
Fax 04551 803 939
mitglied@vaesh.de

FACHBERATER

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



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

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



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

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

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
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
Fachanwältin 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!

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN

Heft September 21. August 2024



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**

