



# Wie viel Arztzeit bleibt?

Teilzeit und 4-Tage-Woche werden auch unter Ärztinnen und Ärzten beliebter. Patientenversorgung kann dennoch funktionieren – wenn andere Bedingungen erfüllt sind.

Seiten 8 – 11



## KV-Vorständin

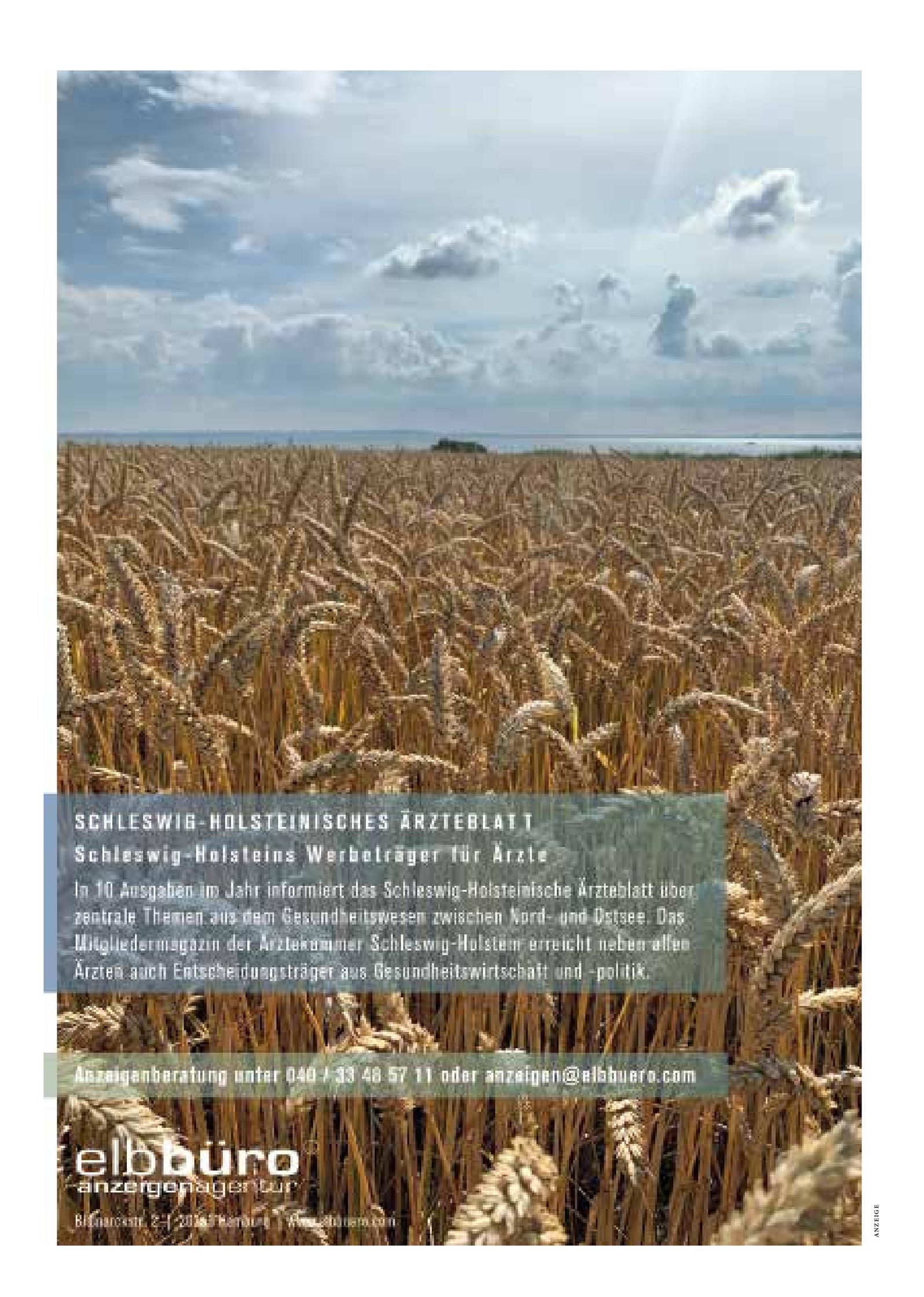
Interview mit Gynäkologin  
Dr. Bettina Schultz  
Seiten 12 – 13

## Weiterbildung

Ergebnisse einer Evaluation  
liefern wertvolle Erkenntnisse  
Seiten 16 – 17

## Mediation

Praxisinterne Streits müssen  
nicht vor Gericht enden  
Seiten 24 – 25



**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](mailto:anzeigen@elbbuero.com)

**elbbüro**  
anzeigenagentur

Büro: 23107 Hamburg | [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

# Kreative Ansätze für „echte Arztzeit“ erforderlich

Im Januar 2019 enthüllte die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Jahresarbeitszeituhr für den niedergelassenen Bereich: pro Minute verringert sich rechnerisch die in den deutschen Praxen verfügbare ärztliche Arbeitszeit um 8 Stunden. Laut Bundesärztekammerstatistik steigen die Arztzahlen in Deutschland stetig leicht an und liegen mit 428.500 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten 2023 auf einem Rekordniveau. Ein echtes Paradoxon? Grund genug für ein Schwerpunktthema in diesem Ärzteblatt.

Wir alle nehmen den Mangel in der Versorgung wahr: die Patientinnen und Patienten, die länger auf Termine warten, die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, die gehetzt sind und keine Zeit mehr haben, Ärztinnen und Ärzte, die sogar überlegen, ihre Profession zu verlassen – nicht nur ein deutsches Phänomen. Die Antwort darauf ist, wie so häufig und insbesondere im Gesundheitswesen, nicht eindimensional.

Durch den enormen medizinischen Fortschritt sind viel mehr diagnostische und therapeutische Möglichkeiten vorhanden, neue Gebiete und Spezialitäten in der Medizin entstehen, Altersgrenzen für eine Behandlung gibt es praktisch keine mehr. Dafür braucht es Ärztinnen und Ärzte, die gerade im stationären Bereich rund um die Uhr zur Verfügung stehen. Die Arbeitsbelastungen samt Arbeitsverdichtung in allen Bereichen der Medizin steigen, sodass vermehrt in Teilzeit gearbeitet wird: 2022 sind es im ambulanten Bereich 26 %, im stationären Bereich 31 %. Dazu kommen immer mehr bürokratische Aufgaben, die Arztzeit für die Patientenversorgung rauben, teilweise schon über 30 %!

Die Lösung liegt mitnichten in dem Glauben, dass eine 60- und mehr Stundenwoche wie früher wiederkommen sollte – das verbietet in einem Hochrisikobereich wie dem Gesundheitswesen schon allein die Patientensicherheit. Wir brauchen vielfältige und kreative Ansätze, damit genügend Arztzeit für die eigentlichen Arzt Tätigkeiten vorhanden ist: umgesetzte und nicht nur angekündigte Reduktion von Bürokratie, Arbeiten in interprofessionellen Teams mit zielgerichtetem Ressourceneinsatz und patientennah akademisierte Gesundheitsberufe, bessere Patientensteuerungen, vermehrte Gesundheitskompetenz unserer Bürgerinnen und Bürger, sinnvolle Digitalisierung, welche die Arbeit wirklich erleichtert, Abbau von Hürden, welche Zeit rauben, Verbindung der Sektoren, neue Arbeitsorganisationen im Sinne von New Work auch im Gesundheitsbereich. Ein „weiter so“ oder ein „es muss wieder wie früher werden“ wird nicht funktionieren. Es gibt viele Möglichkeiten der Veränderungen, wir müssen es nur einfach machen!

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Ein „weiter so“ oder ein „es muss wieder wie früher werden“ wird nicht funktionieren.“



## Inhalt

<b>NEWS</b>	<b>6</b>	Evaluationsbericht Weiterbildung	16	<b>FORTBILDUNGEN</b>	<b>37</b>
Klinikum Bad Bramstedt: Lösung in Sicht	6	Alarmübung am UKSH in Lübeck	18	Senologiekongress	37
Nicht nur Musik in Wacken	6	Medizinische Versorgung in der JVA	20	Termine aus der Akademie	38
Das SEK Eutin stockt deutlich auf	6	Verabschiedung Dr. Carsten Leffmann	22	<b>FKQS: Jubiläum im November</b>	<b>39</b>
MZEB entsteht in Lübeck	6	Gastbeitrag: Mediation bei Streitigkeiten in Arztpraxen	24	Externe Fortbildungen	44
Engere Zusammenarbeit im Notdienst	7	<b>PERSONALIEN</b>	<b>26</b>	<b>MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER</b>	<b>40</b>
Empfehlungen zur Geburtshilfe	7	Nachruf Dr. Dietrich Weisner	30	Ein Fall aus der Schlichtungsstelle	40
<b>TITELTHEMA</b>	<b>8</b>	<b>MEDIZIN UND WISSENSCHAFT</b>	<b>31</b>	Weiterbildungsermächtigungen	42
Mehr Köpfe, weniger Arztzeit	8	Krebsnachsorge: Neues vom Kongress	31	<b>ANZEIGEN</b>	<b>45</b>
Arbeiten trotz Rente	11	Gastbeitrag zu Long Covid	32	<b>TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM</b>	<b>50</b>
<b>GESUNDHEITSPOLITIK</b>	<b>12</b>	<b>LESERBRIEF</b>	<b>36</b>		
Interview mit Dr. Bettina Schultz	12				
<b>Prof. Stephan Timm: Chirurgen bringen sich ein</b>	<b>14</b>				
UKSH-Studie zur Organ-Allokation	15				



**Festgehalten**

von Dirk Schnack

## Keine unbegrenzten Leistungsversprechen

Dr. Bettina Schultz ist seit Juli neue Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein. Die Gynäkologin aus Eutin gehörte zu den Gründerinnen im Praxisnetz Eutin/Malente, war stellvertretende Vorsitzende des Berufsverbandes der Frauenärztinnen und Frauenärzte auf Landesebene und ist über die Arbeit in vielen Gremien der Selbstverwaltung mit der Standespolitik vertraut. Welche Positionen sie vertritt und welche Schwerpunkte sie in den sechs Jahren ihrer Amtszeit setzen will, verrät sie im Interview.

## Klinikum Bad Bramstedt: Lösung in Sicht

Die Investorengruppe IGP medical plante Stand Ende August die Übernahme des gesamten Konzerns Klinikum Bad Bramstedt mit den Standorten Bad Bramstedt und Hamburg. Laut Mitteilung des insolventen Klinikums stand aber die Zustimmung des Gläubigerausschusses und der Gläubigerversammlung zum Insolvenzplan noch aus. Zuvor hatte es lange Spekulationen über die Zukunft des Konzerns gegeben. Das FEK Neumünster hatte Interesse an einer Übernahme des Klinikums gezeigt, war aber im Sommer wegen der mit einer Übernahme verbundenen Risiken abgesprungen. Die geplante Übernahme umfasst den Leistungsbereich des Fachkrankenhauses mit rheumatologischer und orthopädischer Ausrichtung und 146 Planbetten im Krankenhausplan des Landes Schleswig sowie einem MVZ-Sitz mit mehreren Facharztsitzen. Außerdem wird die Investorengruppe die Rehabilitationsklinik in Bad Bramstedt mit 450 Betten sowie die Klinikliegenschaften und die dazugehörigen Tochtergesellschaften als alleinige Gesellschafterin übernehmen. (PM/RED)

## Nicht nur Musik in Wacken

Ernste Themen auf dem Wacken Open Air: Die Schleswig-Holsteinischen Hospize informierten in einem Gemeinschaftsstand über ihre Arbeit und die Kliniken aus Heide und Itzehoe sensibilisierten für die Darmkrebsprävention. Alle Mitarbeitenden im Hospiz-Zelt trugen T-Shirts mit der Frage „Welcher Song spielt auf deiner Beerdigung?“ und luden die Festivalbesucher ein, ihre Songwünsche in ein Buch einzutragen.

Als „vollen Erfolg“ verbuchten die Kliniken aus Heide und Itzehoe ihre Aktion „Krebs ist noch nicht mal ... für'n Arsch! Vorsorge rockt.“ Ihre Bilanz stützen sie unter anderem auf 1.000 T-Shirts, die sie in der Wacken-Woche an Festivalbesucher aus der ganzen Welt ausgegeben haben. Für die Kliniken standen Experten aus beiden Häusern in Wacken für Gespräche zur Verfügung. Einer von ihnen war Dr. Thomas Thomsen, Ärztlicher Direktor am Westküstenklinikum Brunsbüttel. „Ich alleine habe bestimmt mehr als 1.000 Gespräche geführt und viele Fragen beantworten können. Viele der Menschen hatten Freunde oder Angehörige durch Krebs verloren. Aber viele hatten auch genau deswegen schon eines der Vorsorgeangebote wahrgenommen“, berichtete der Gastroenterologe. Außer für Darmkrebsprävention wurde an dem Stand auch für Wiederbelebung geworben. (PM/RED)

## Das SEK Eutin stockt deutlich auf

Das Sankt Elisabeth Krankenhaus Eutin (SEK Eutin) erweitert seine geriatrische Station. Das Land Schleswig-Holstein fördert die Erweiterung mit Mitteln in Höhe von 11,6 Millionen Euro. Einen entsprechenden Zuwendungsbescheid übergab Landesgesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) an das Krankenhaus. Die Station wird sich im zweiten und dritten Obergeschoss über der Palliativstation befinden. Die Erweiterung ist Teil eines Anbaus, der mit 26,7 Millionen Euro vom Land gefördert wird und im Frühjahr 2025 in Betrieb genommen werden soll. Die Fachklinik für Geriatrie und Palliativmedizin soll den steigenden Bedarf an geriatrischer und palliativmedizinischer Versorgung in der Region decken. Das SEK Eutin wird mit Bezug des Neubaus nach eigenen Angaben nach dem UKSH das größte palliativmedizinische Angebot in Schleswig-Holstein vorhalten. Die Geriatrie wird nach den Fallzahlen zu den größten in Deutschland zählen. Durch den Klinikneubau wird sich die Bettenkapazität des Hauses erheblich erweitern – von 92 auf 132 in der Geriatrie, von 13 auf 22 in der Palliativmedizin und von 13 auf 20 in der Tagesklinik Geriatrie. Aktuell werden jährlich 1.980 geriatrische Patienten stationär im SEK Eutin behandelt, ab dem kommenden Jahr wird mit 3.000 gerechnet. Vor fünf Jahren waren es noch 1.541. Im gleichen Zeitraum stockte das Krankenhaus seine Vollzeitkräfte von 127 auf 187 auf. (PM/RED)

## MZEB entsteht in Lübeck

Das erste Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) in Schleswig-Holstein soll am UKSH auf dem Campus Lübeck entstehen. Das Land Schleswig-Holstein fördert Errichtung und Aufbau des Zentrums mit 500.000 Euro. Das MZEB wird Patientinnen und Patienten mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung, deren Erkrankungen und Störungsbilder wegen Art, Schwere oder Komplexität eine bedarfsgerechte Ergänzung zur ambulanten Regelversorgung erfordern, versorgen.

Leiter des Zentrums sind die Neurologen Prof. Tobias Bäumer und Dr. Sebastian Löns. Sie erwarten nach Etablierung des Angebots bis zu 800 Patientinnen und Patienten pro Quartal. Zum Angebot gehören Diagnostik- und Therapiemaßnahmen, die anderweitig für die Betroffenen nicht verfügbar sind, sowie eine Mitbehandlung durch andere Fachbereiche des UKSH. Im Vordergrund stehen Koordination und Unterstützung der ambulanten Behandler. Dafür soll ein entsprechendes Versorgungsnetz aufgebaut werden, das zum Beispiel Reha-technik, Hilfsmittelversorgung, unterstützte Kommunikation und Einrichtungen der Behindertenhilfe abdeckt.

Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) betonte bei der Übergabe des Förderbescheides des Landes Ende August, dass die Einrichtung spezieller Angebote für Menschen mit Behinderungen in der medizinischen Versorgung „selbstverständlicher Anspruch“ der Landesregierung sei. Sie informierte zugleich darüber, dass „der Bund keine Anschubfinanzierung leistet, obwohl die Bundesregierung den Ausbau von MZEB vereinbart hat.“ (PM/RED)

**KREBS IST  
NOCH NICHT MAL...**

**FÜR 'N ARSCH!**

klinikum-itzehoe.de westkuestenkliniken.de

VORSORGE ROCKT!

## Engere Zusammenarbeit

Der Rettungsdienst der Landeshauptstadt Kiel und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) haben eine engere Zusammenarbeit zur Versorgung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand vereinbart. Die Neustrukturierung umfasst eine einheitliche und effiziente Abstimmung der Abläufe zwischen den Rettungskräften vor Ort und dem universitären Cardiac Arrest Center (CAC) Kiel des UKSH. Kernpunkte der Vereinbarung sind eine frühzeitige direkte Information des CAC bei laufenden Wiederbelebnungsmaßnahmen und eine reibungslose Übergabe und Weiterbehandlung. „Durch diese enge Zusammenarbeit können wir sicherstellen, dass Patientinnen und Patienten schon wenige Minuten nach Beginn der Wiederbelebnungsmaßnahmen direkt an unser spezialisiertes Zentrum gemeldet und optimal weiterbehandelt werden“, sagte Prof. Derk Frank, Direktor der Klinik für Innere Medizin III mit den Schwerpunkten Kardiologie und internistische Intensivmedizin am UKSH. Dies ermögliche, die ersten 60 Minuten nach dem Stillstand effektiver zu nutzen. Sönke Hornung, Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes der Landeshauptstadt Kiel, erwartet „große Effekte“ durch „gezielte Optimierungen in kleinen Schritten“. Die enge Abstimmung und schnelle Kommunikation mit dem UKSH seien entscheidend für eine „bestmögliche Versorgung für die Betroffenen.“ Die dabei gewonnenen Erkenntnisse sollen in die Versorgungsforschung und in die Optimierung von Schulungsangeboten einfließen. (PM/RED)



*Handschlag für gute Zusammenarbeit: Dr. Constantin Kühl (Geschäftsführender Oberarzt Innere Medizin III), Prof. Derk Frank (Direktor Innere Medizin III), Sönke Hornung (Ärztliche Leitung Rettungsdienst Landeshauptstadt Kiel) und Dr. Felix Kreidel (Bereichsleiter Strukturelle Herzerkrankungen, Innere Medizin III, von links).*

## Empfehlungen zur Geburtshilfe



Der Qualitätszirkel Geburtshilfe Schleswig-Holstein hat im Sommer seine Empfehlungen zur Planung der künftigen geburts-hilflichen Versorgung vorgelegt. Für Aufsehen sorgte, dass sich der Hebammenverband anschließend von den gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen distanzierte, weil sie ihm zu medizinlastig erschienen.

Die Empfehlungen wurden vor dem Hintergrund einer sinkenden Geburtenrate in den Geburtskliniken erarbeitet – seit 2012 ist diese um 4,5 Prozent auf 18.428 Geburten zurückgegangen. Zwei Drittel davon fanden in Perinatalzentren der Level eins und zwei statt. „Viele werdende Eltern schätzen diese Sicherheit und wählen

bewusst diese Kliniken“, heißt es in den Empfehlungen, in denen von einer „sehr gut aufgestellten geburts-hilflichen Versorgung“ die Rede ist. Obwohl die Zahl der Geburtskliniken der Stufe vier rückläufig ist, beträgt die durchschnittliche Zeit, in der in Schleswig-Holstein eine Geburtsklinik erreicht wird, 21 PKW-Minuten. Über 95 Prozent der Frauen erreichen innerhalb von 40 Minuten eine Geburtsklinik. Zugleich stieg die Zahl der außerklinischen Geburten – auf niedrigem Niveau – auf 322 in 2022. Ihr Anteil an allen Geburten betrug 1,58 Prozent und lag damit deutlich über dem Anteil von 2018 (0,8 Prozent).

Die personelle Situation in den Geburtskliniken wird in den Empfehlungen als „angespannt“ bezeichnet. Empfohlen wird u.a. die Umsetzung des Nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“, die Schwangerenbetreuung in „angemessenen“ Versorgungsstufen, die Förderung einer Eins-zu-eins-Betreuung durch Hebammen, die Etablierung hebammengeleiteter Kreißsäle an jedem Standort mit stationärer Geburtshilfe, aber auch Zentrenbildung und hohe Fallzahlen.

Dies ist einer der Kritikpunkte des Hebammenverbandes. „Die Empfehlungen legen Wert auf kurze Anfahrtswege zur Geburtshilfe, empfehlen aber gleichzeitig eine Zentralisierung“, heißt es in einer Stellungnahme des Verbandes, der auch einen Fokus auf die Geburtsmedizin bemängelt. „Sicherheit wird mit Arztanwesenheit und Gerätemedizin gleichgesetzt, was zu einer Zunahme unnötiger Interventionen führen kann und damit dem Ziel einer natürlichen Geburt widerspricht“, so der Verband. Die Verbandsvorsitzende Anke Bertram hatte zugleich in einem Interview die wertschätzende Arbeit im Qualitätszirkel gelobt. (PM/RED)

# New Work kommt auch in der Medizin an

**ARZTZEIT** Immer mehr Menschen arbeiten in Teilzeit – auch Ärztinnen und Ärzte. Deren Arbeit aber wird extrem nachgefragt. Ist die Medizin also in der „Teilzeitfalle“? Es gibt gute Gründe, warum die allgemeine gesellschaftliche Entwicklung auch vor der Medizin nicht haltmacht.

„Ich halte nichts von dieser Vier-Tage-Woche und Homeoffice. Heutzutage will ja keiner mehr malochen.“ So wurde jüngst der frühere Fußball-Nationalspieler Lukas Podolski auf Social Media zitiert. Über 87 % der 13.500 Follower der Batz & Bialas Management GmbH bei Instagram stimmten der Aussage Podolskis zu.

Reichweite erzielte dieser Post nicht nur wegen des prominenten Sportlers, sondern auch, weil sich seine Aussage scheinbar gegen zentrale Trends der Arbeitswelt richtete. Wollen Menschen, die nach Vereinbarkeit von Familie und Beruf streben, wirklich nicht „malochen“? Viele Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, achten heute darauf, dass die Arbeit sie nicht rund um die Uhr beansprucht. Viele sind nicht mehr in Vollzeit tätig – auch nicht in den Arztpraxen, wie Zahlen der AOK zeigen. Sie titelte jüngst im Magazin „Gesundheit + Gesellschaft“ „Medizin in der Teilzeitfalle“ und beruft sich auf selbst recherchierte Zahlen, die sie bei den Kassenärztlichen Vereinigungen abgefragt hatte. Ergebnis: Überall steigt die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte, doch die verfügbare Arztzeit in den Arztpraxen schrumpft. Für Schleswig-Holstein fand Autor Jörn Hons folgende Zahlen heraus:

6.151 Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten arbeiten hier im ambulanten System – und damit 22 % mehr als zehn Jahre zuvor. Mit 482 Einwohnern je Arzt oder Ärztin liegt Schleswig-Holstein im Bundesvergleich genau in der Mitte. Den größten Zuwachs erfuhr der psychotherapeutische Bereich mit 65 %, mit weitem Abstand zum fachärztlichen (23 %) und zum hausärztlichen Bereich (plus 6 %). Der Bevölkerungszuwachs betrug im gleichen Zeitraum 5,3 %.



Dr. Janine Römpke

Bei gleicher Arbeitszeit und unveränderter Inanspruchnahme hätte sich damit das Angebot gegenüber der Nachfrage sogar vergrößert. Aber im gleichen Zeitraum hat sich nicht nur das Anspruchsdenken der Bevölkerung verändert, sondern auch die pro Kopf zur Verfügung gestellte Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte: Der Anteil der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit stieg nämlich von 12,4 % im Jahr 2014 auf aktuell 36,8 %. Auch hier gibt es wieder große Unterschiede zwischen den Fachgruppen: Bei den Psychotherapeuten beträgt der Teilzeitanteil 70 %, bei den Fachärzten fast 39 und bei den Hausärzten fast 16 %. Zum Geschlechterverhältnis gab es keine Angaben.

Auffällig sind die Unterschiede zwischen den Bundesländern. Während in den Stadtstaaten Berlin (22,7 %) und Hamburg (19,9 %) die Teilzeitquote bei Hausärzten deutlich höher liegt als in Schleswig-Holstein, beträgt sie in Sachsen-Anhalt nur 9,7 %. Die beiden Stadtstaaten haben auch den höchsten Anteil an angestellten Hausärzten (38,4 % in Berlin und 33,9 % in Hamburg), auch hier liegt Schleswig-Holstein mit 27,7 % im Mittelfeld.

Die ausschließlich für den ambulanten Bereich abgefragten Daten unterstreichen Entwicklungen, die im Gesundheitswesen bekannt sind und in der Tendenz auch für den stationären Bereich gelten: Teilzeitarbeit wird beliebter und die zur Verfügung stehende Arztzeit nimmt ab. Immer häufiger entscheiden sich Ärzte und Ärztinnen, den Beruf nicht ganztägig auszuüben. Hat das etwas mit der Einstellung zu tun? Stimmt diese eventuell nicht mehr, wie in einem Leserbrief (Seite 36) hinterfragt wird?

Blick ins Städtische Krankenhaus Kiel: Dort sind 60 % aller angestellten Ärztinnen und Ärzte in Teilzeit beschäftigt. Eine, die die Entscheidung für Teilzeit schon vor der Weiterbildung für sich getroffen hat, ist Dr. Janine Röpcke aus dem Zentrallabor. Sie hatte sich 2018 gezielt in der Geriatrie des Städtischen beworben, weil dort die Bedingungen für eine Teilzeittätigkeit gegeben waren. Sie war als Studentin Mutter geworden und von Beginn an darauf angewiesen, Elternrolle und Berufsleben unter einen Hut zu bringen. „Die Geriatrie war damals für mich ideal, weil kaum Nacht- und Wochenenddienste anfallen“, begründete Röpcke ihre Wahl im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Die Arbeitszeit von acht bis 14 Uhr passte zu den Betreuungszeiten ihres Kindes. Im Zentrallabor, wo sie inzwi-

## Zuwächse innerhalb der vergangenen 10 Jahre in SH



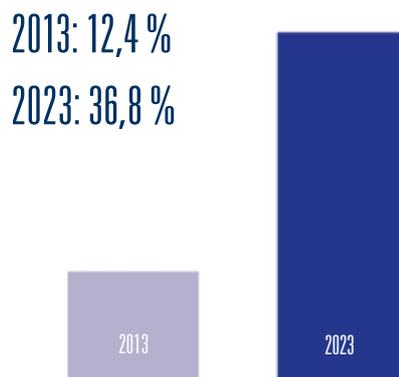
schen arbeitet, schätzt sie die gleichen Vorteile. Vollzeit, sagt sie, möchte sie nicht arbeiten, auch wenn Teilzeit die Dauer ihrer Weiterbildung verlängert. Aktuell arbeitet sie 30 Stunden pro Woche, was 77,97 % einer Vollzeitstelle entspricht. Röpcke könnte sich vorstellen, dass bei einem noch stärker steigenden Angebot an Teilzeitstellen in der Medizin die Zufriedenheit im Beruf zunimmt. „Das Arbeiten wird entspannter, es finden sich eher Leute, die in den Beruf gehen“, sagt sie. Und: „Die Arbeitgeber profitieren, weil junge Eltern, die Teilzeit arbeiten, priorisieren müssen und können. Das hilft auch im Berufsleben.“

Eine Bedingung, die nach ihrer Beobachtung für mehr Teilzeit erfüllt sein müsste: Die Betriebskindergärten in den Krankenhäusern müssten von morgens um sechs bis abends um 22 Uhr geöffnet sein. „Die Betreuung der Kinder muss gewährleistet sein, sonst zerreißt es einen.“ Ein negativer Aspekt der Teilzeittätigkeit aus ihrer Sicht: Der Arbeitsalltag ist noch verdichteter. Sie zum Beispiel integriert Tätigkeiten wie Statistiken erstellen, Qualitätsmanagement, Vorträge und Vorbereitung von Fortbildungen in weniger Arbeitsstunden als

Vollzeit tätige Kolleginnen und Kollegen. Sie verweist außerdem auf Nachteile des reduzierten Einkommens, u.a. für die Rente: „Hier sollte nachgebessert werden.“

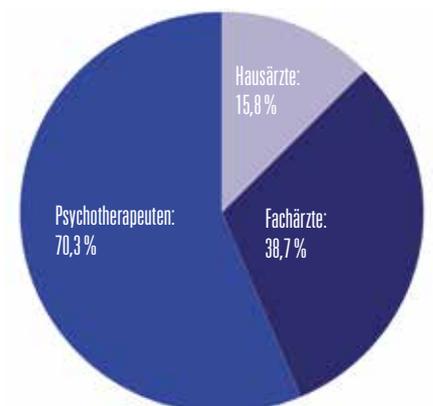
Während sich Röpcke durchaus vorstellen kann, perspektivisch die Arbeitszeit wieder aufzustocken, denkt ihr Kollege Dr. Christoph Hardung aus der Radiologie über seinen Abschied am Ende des kommenden Jahres nach. Er ist ebenfalls in Teilzeit angestellter Arzt – allerdings erst seit seiner Rente. Inzwischen ist Hardung 70 Jahre alt und hat seit Rentenbeginn die Vereinbarung getroffen, dass er sich jährlich neu für eine halbe Stelle bewirbt (siehe Text Seite 11). Sein Beispiel zeigt, dass die pauschale Aussage Podolskis nicht zutrifft – Hardung arbeitet nämlich gern. Genauso wie Röpcke legt er aber Wert darauf, dass die Arbeitszeitbedingungen mit

## Teilzeit-Ärzte im ambulanten Sektor in SH



## Teilzeit nach Fachgruppen in Schleswig-Holstein

Hausärzte: 15,8 %  
 Fachärzte: 38,7 %  
 Psychotherapeuten: 70,3 %





*Hat die 4-Tage-Woche in der Praxis eingeführt und bleibt dabei: HNO-Arzt Dr. Michael Klinger aus Neumünster.*

seinen individuellen Ansprüchen vereinbar sind. Für ihn heißt das: Eine Woche arbeiten, eine Woche frei haben.

Für Prof. Henrik Herrmann zeigen die Beispiele, dass Ärztinnen und Ärzte zunehmend die Bedingungen schaffen, die sie für ein erfolgreiches Arbeiten brauchen, ohne ihr Leben neben der Arbeit komplett zu vernachlässigen. Der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein stellt klar: „Die Bedingungen von früher, als alles der Arbeit untergeordnet wurde und die Arbeitszeiten nicht begrenzt waren, passen nicht mehr in die Zeit.“ Zu lange Arbeitszeiten seien nicht nur für die Ärztinnen und Ärzte selbst, sondern auch für die von ihnen behandelten Patientinnen und Patienten gefährlich: „In einem komplexen Bereich wie der Medizin kann man nicht 16 Stunden am Tag hochkonzentriert arbeiten.“ Verweise auf frühere Zeiten, wo „das doch auch ging“, sind für ihn nicht überzeugend. „Das war eine andere Medizin.“

Teilzeit als einzige Erklärung heranzuziehen, weshalb die zur Verfügung stehende Arztzeit als zu knapp empfunden wird,

reicht ihm nicht. Er verweist auf die unzureichende Patientensteuerung, die viele Arztkontakte erfordert und damit Arztzeit unnötig bindet. Das Gesundheitssystem sei gefordert, dafür Lösungen zu schaffen. Damit könnte auch die in der Politik oft reflexhaft geäußerte Forderung nach mehr Medizinstudienplätzen entkräftet werden. Damit ist er auf einer Linie mit Prof. Ferdinand Gerlach, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin in Frankfurt und früherer Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Im Interview mit „Gesundheit + Gesellschaft“ nannte er diese Forderung „unreflektiert, falsch, teuer und kontraproduktiv.“

Herrmann gibt zudem zu bedenken, dass Ärztinnen und Ärzte genauso wie andere Berufsgruppen das Recht auf eine angemessene Arbeitszeit und ein Leben neben der Arbeit haben. Wenn dafür Teilzeit das richtige Modell sei, müssten Arbeitgeber die entsprechenden Bedingungen schaffen. Er nimmt wahr, dass viele Kolleginnen und Kollegen Teilzeit als Vier-Ta-

ge-Woche anstreben. Diese Idee hat die HNO-Praxis von Jan Witte und Dr. Michael Klinger in Neumünster im vergangenen Jahr aufgegriffen. Nicht, weil sich die beiden Praxisinhaber mehr Freizeit wünschten, sondern um ihren angestellten MFA entgegenzukommen. Ihre Erfahrungen sind bislang positiv. Abhängig ist das Modell nach den Erfahrungen Klingers in erster Linie von der persönlichen Einstellung der Mitarbeitenden. Denn: Der Freitag ist in der Praxis zwar frei, an den vier Tagen von Montag bis Donnerstag wird dafür aber intensiver und länger gearbeitet. „Die Schlagzahl an diesen vier Tagen ist einfach höher. Das muss man mögen und können.“ Die fünf MFA, von denen eine wegen Nachwuchses derzeit nicht arbeitet, zogen alle mit. Eine probeweise zusätzlich eingestellte MFA dagegen nicht: „Sie hat nach einer Woche die Segel gestrichen, weil es ihr zu anstrengend war“, berichtet Klinger. Nicht erfüllt hat sich seine Erwartung, dass die 4-Tage-Woche die Personalsuche nach MFA erleichtern würde – die Stelle ist weiterhin frei und die Nachfrage verhalten. Anders war dies bei einer Kollegin, die sich initiativ als frisch ausgebildete Fachärztin in der Praxis bewarb und das Modell ausdrücklich begrüßte. Ob sie sich für die Praxis entscheiden wird, stand bei Redaktionsschluss noch nicht fest. Die Gesamtarbeitszeit pro Woche hat sich mit dem Modell für niemanden verringert, das Sprechstundenvolumen pro Woche wurde um eine Stunde erhöht – in Neumünster bedeutet 4-Tage-Woche also nicht weniger Arztzeit. Trotzdem hat sich aus Sicht Klingers die Work-Life-Balance für alle in der Praxis spürbar verbessert. Ganz unzutreffend ist Podolskis Aussage dennoch nicht. Zustimmung kann Klinger dem zweiten Satz des Fußballers: „Man sollte das, was man macht, mit Herzblut tun. Nur so kann man erfolgreich sein.“

DIRK SCHNACK



*Prof. Henrik Herrmann*

## Prof. Henrik Herrmann im Podcast

Welche Mosaiksteine braucht es, damit die zur Verfügung stehende Arbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten sinnvoll eingesetzt wird? Hierzu beantwortet Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann Fragen in einem Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden. Darunter u.a.:

- ▶ Daniel Pleger: Kieler Arzt mit Augenmaß und Lust auf Standespolitik
- ▶ Dr. Jan Bräunig: Als Arzt bei der Bundeswehr
- ▶ Jasper Balke: Fortschritte für Studierende im PJ
- ▶ Dr. Leon Iden: Warum Mentoring in der Kardiologie hilfreich ist
- ▶ Tim Wind: Die Niederlassung lohnt sich!



# Die Rente kann warten: Arzt entlastet auch noch mit 70

**ARZTZEIT** Stellen Ärztinnen und Ärzte zu wenig Arbeitszeit zur Verfügung? Dr. Christoph Hardung beweist das Gegenteil: Der Radiologe ist 70 Jahre alt und arbeitet noch in Teilzeit am Städtischen Krankenhaus Kiel.

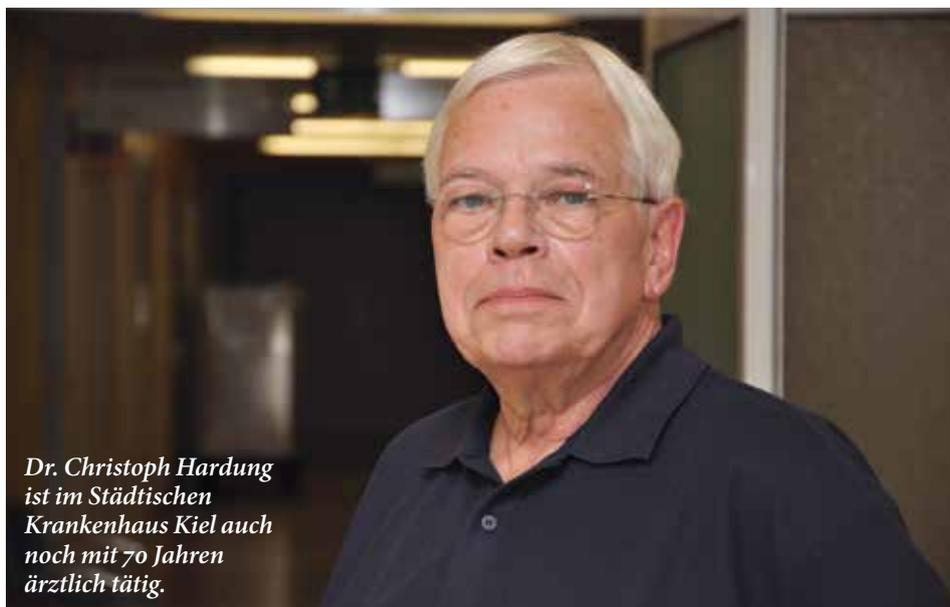
Eine Woche Arbeit – eine Woche Freizeit: Für Dr. Christoph Hardung ist das das ideale Teilzeitmodell mit hoher Work-Life-Balance. Hardung hat bis zum Rentenalter in Vollzeit gearbeitet und ist seitdem in Teilzeit tätig – mit jährlich neu vereinbartem Arbeitsvertrag. Er ist einer der vielen Ärztinnen und Ärzte, die auch in Schleswig-Holstein weiter in der Versorgung tätig sind, obwohl sie das Rentenalter erreicht haben.

Damit tragen Hardung und Co. zu einer Entlastung des angespannten Versorgungssystems bei, stellen „Arztzeit“ für das System und die Gesellschaft bereit. Sie sind das Gegenbeispiel zu den Kolleginnen und Kollegen, die früher in Rente gehen. Hardung fiel die Entscheidung dafür nicht schwer – die ärztliche Tätigkeit war für ihn nach der Familie schon immer wichtigster Lebensinhalt. „Ich wollte immer Arzt sein. Daran hat sich auch nichts geändert, als ich die Möglichkeit hatte, in Rente zu gehen“, berichtet Hardung, der von sich selbst sagt, keine zeitraubenden Hobbies zu verfolgen.

Erleichtert wird ihm das Arbeiten, weil seine Frau die gleiche Einstellung hat. Auch die Dermatologin arbeitete nach dem Verkauf ihrer Praxis noch weiter auf Honorarbasis in der ambulanten Versorgung.

Eine weitere Voraussetzung, die ihm entgegenkommt: Die Tätigkeit als Radiologe ist körperlich weniger fordernd als etwa in der Chirurgie. „Anstrengende Operationen fallen für Radiologen nicht an. Die könnte ich mir für mein Alter nicht mehr vorstellen“, sagt Hardung.

Positiv ist für ihn, dass er sich als noch tätiger Arzt problemlos fortbilden kann. Das Städtische Krankenhaus bietet viele in-



*Dr. Christoph Hardung ist im Städtischen Krankenhaus Kiel auch noch mit 70 Jahren ärztlich tätig.*

terne Möglichkeiten, die ihn interessieren und ihm die Möglichkeit bieten, auf dem aktuellen Stand zu bleiben.

Die Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen, die vom Alter her seine Kinder sein könnten, nimmt er als angenehm wahr. „Nach meiner Einschätzung klappt das hervorragend“, sagt Hardung. Er hält gemischte Altersgruppen für gut, weil Junge und Alte voneinander profitieren können. Als Beispiel nennt er die Selbstverständlichkeit, mit der sich jüngere Kolleginnen und Kollegen im digitalen Raum bewegen und ihm dafür Tipps geben. Umgekehrt profitieren sie von seiner Erfahrung, die ihn Entscheidungen oft schneller treffen lassen. Wichtig ist aus seiner Sicht, dass beide Seiten aufgeschlossen sind für die Positionen anderer und keine Haltun-

gen infrage stellen, nur weil diese von einem Menschen anderen Alters eingenommen werden.

Nur: Auf alles einlassen, was andere Generationen präferieren, hält er auch nicht für richtig. Hardung legt Wert auf verständliche Sprache. „Wir müssen an den Adressaten denken: Die Befunde sind wichtig für weitere ärztliche Entscheidungen, die unter Zeitdruck getroffen werden müssen. Deshalb sollten wir klar und verständlich in ganzen Sätzen formulieren“, lautet seine Haltung, die nicht bei jedem jüngeren Kollegen auf Verständnis stößt.

Als „Generationenproblem“ will er das nicht verstanden wissen. Wichtiger, als eine Haltung durchzusetzen, ist ihm Toleranz gegenüber anderen Einstellungen.

DIRK SCHNACK

# Kein unbegrenztes Leistungsversprechen

**KVSH** Seit 1. Juli ist der neue dreiköpfige Vorstand der KV Schleswig-Holstein im Amt. Welche Schwerpunkte setzt die Vorstandsvorsitzende Dr. Bettina Schultz, wo sieht sie Möglichkeiten, etwas für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu verbessern? Dirk Schnack sprach mit der Gynäkologin aus Eutin.

Wann haben Sie sich erstmals mit der Frage auseinandergesetzt, ob Sie für den KV-Vorstand kandidieren?

**Dr. Bettina Schultz:** Ich bin vor rund zwei Jahren aus der KV heraus gefragt worden, ob ich nicht kandidieren möchte. Ein Grund war offensichtlich meine bisherige berufspolitische Arbeit, u.a. in der Kreisstelle, im Praxisnetz und als stellvertretende Vorsitzende des Berufsverbandes der Gynäkologinnen und Gynäkologen auf Landesebene. Ich dachte immer, standespolitisches Engagement sei selbstverständlich, das ist es aber nicht. Ich war erst etwas zögerlich, weil ich mir die Arbeit nur am Schreibtisch und ohne Patientinnen nur schwer vorstellen konnte. Die Arbeit in der Praxis hat mir ja Spaß gemacht!

Wie ist es heute, ein paar Wochen nach Amtsbeginn? Fehlt Ihnen die Praxis schon?

**Schultz:** Es fehlt mir tatsächlich nicht, weil die KV-Arbeit so spannend ist. Ich genieße es, mich endlich auf eine Sache konzentrieren zu können. Das war vorher ja nicht so, da habe ich Landespolitik und Praxis immer parallel gemacht und auf mehreren Hochzeiten getanzt – das hat den Akku aufgezehrt.

Die ambulante Medizin steht vor zahlreichen Herausforderungen. Welche sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten?

**Schultz:** Wichtigste Aufgabe ist es, die ambulante Versorgung sicherzustellen. Dafür brauchen wir kluge Konzepte, um neue Wege zu gehen und bestehende zu optimieren. Wichtig wäre aus meiner Sicht ein verstärkter Austausch mit kommunalen Vertretern wie Landräten und Bürgermeistern, um aufzuzeigen, was eine KV leisten kann und was nicht. Aber auch, wie sich Kommunen selbst aufstellen könnten, um die ambulante Versorgung in der Region

zu stärken. Entsprechende Gesprächsrunden gab es bereits, diese könnte man intensivieren.

Genauso wichtig ist es, andere Berufe besser in die ambulante Versorgung einzubinden. Potenzial sehe ich insbesondere bei den Physician Assistants (PA), die in Schleswig-Holstein bereits ausgebildet werden. Leider finden sie bislang fast ausschließlich in Krankenhäusern Arbeitsplätze, weil uns eine Rechtsgrundlage für eine Abrechnung von PA-Leistungen in Arztpraxen fehlt. Ich bin sicher, dass gerade die

## Dr. Bettina Schultz

*Die vor 60 Jahren in Göttingen geborene Schultz kam zum Studium nach Lübeck und arbeitete seit 1991 zunächst in den Krankenhäusern in Oldenburg und Eutin. 2003 ließ sich die Gynäkologin in Einzelpraxis in Eutin nieder, wurde Gründungs- und Vorstandsmitglied des Ärztenetzes Eutin/Malente. Von 2010 bis 2015 war sie Abgeordnete der Ärztekammer Schleswig-Holstein, 2013 wurde sie außerdem KV-Kreisstellenvorsitzende im Kreis Ostholstein. 2016 wurde sie erstmals Abgeordnete der KVSH und zum Mitglied im Fachausschuss Fachärzte gewählt. 2020 wurde Schultz außerdem stellvertretende Landesvorsitzende im Berufsverband der Frauenärzte auf Landesebene und wurde bereits als Nachfolgerin von Doris Scharrel gehandelt. Im gleichen Jahr wurde sie außerdem Leiterin der Covid-19-Impfzentren Ostholstein (bis 2022), ein Jahr später auch in den Aufsichtsrat der Ärztenossenschaft Nord gewählt (bis 2024). 2023 wurde sie zudem Mitglied des Beirats des Vorstandes und des HVM-Ausschusses der KVSH – bis zu ihrer Wahl zur Vorstandschefin. (di)*

großen Versorgerpraxen liebend gerne sofort PAs einstellen würden. Einsatzmöglichkeiten für PAs im ambulanten Bereich gibt es genug, beispielsweise Hausbesuche. Klar ist aber auch: PAs sind hervorragend ausgebildet. Sie müssen mehr verdienen als MFA. Neben diesen beiden Maßnahmen sollten wir angehende Haus- und Fachärzte früher für die ambulante Versorgung begeistern und die Attraktivität des Arbeitens in der eigenen Praxis besser herausstellen. Vielen jungen Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern ist nach meiner Wahrnehmung noch nicht ausreichend bewusst, welche Vorteile ein Wechsel in die ambulante Versorgung für sie haben kann.

Wo ist denn die ambulante Versorgung in Schleswig-Holstein derzeit besonders ausgedünnt?

**Schultz:** Das sind die bekannten Regionen, die wir schon seit Jahren im Blick haben, zum Beispiel an der Westküste. Dort ist besonders der Mittelbereich Husum zu nennen. Es gibt aber auch in anderen Regionen Probleme, zum Beispiel in Neumünster und Elmshorn.

Die Einzelpraxis wird oft als Auslaufmodell beschrieben. Welche neuen Konzepte helfen, die Versorgung sicherzustellen?

**Schultz:** Die Einzelpraxis ist aus meiner Sicht kein Auslaufmodell. Das zeigen die vielen Übernahmen von Einzelpraxen. Auch meine Praxis ist von einer Kollegin übernommen worden, die die Praxis als Einzelpraxis weiterführt. Das ist gängige Praxis und wird nach meiner Überzeugung auch nicht aussterben. Darüber hinaus gibt es viele Modelle, die möglich sind und die wir auch begrüßen. Alles, was die Versorgung stärkt, ist in Ordnung. Vorsichtig sein müssen wir aber, wenn Private-Equity-Unternehmen in den Markt drängen und die Preise diktieren wollen. Am größten ist die

Versorgungsleistung nach meiner Überzeugung immer da, wo die Inhaber der Arztpraxen selbst behandeln.

**Es lässt sich aber beobachten, dass viele jüngere Ärztinnen und Ärzte mit dem Schritt in die Niederlassung zögern. Woran liegt das und wie lässt sich das ändern?**

**Schultz:** Wer sich mit dem Gedanken an eine Niederlassung trägt, der hat keine Angst vor der Medizin, sondern Respekt vor den organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aspekten der Praxisführung. Wir als KV machen Angebote zur Unterstützung und zeigen, dass Angst vor der Praxisführung unbegründet ist. Eine weitere Hürde ist die Vorstellung, mit der Übernahme einer Einzelpraxis allein zu sein. Das ist falsch! Seit immer mehr Frauen in der Medizin tätig sind, hat die Vernetzung stark zugenommen. Ich habe mich als Einzelpraxisinhaberin nie allein gefühlt, war stets Teil des Ärztenetzes Eutin/Malente. Als Mitglied eines Ärztenetzes kann man immer jemand anrufen, der Rat gibt und unterstützt. Ich glaube auch, dass der Begriff „Einzelkämpfer“ überholt ist, weil das Konkurrenzdenken zwischen den Praxisinhaberinnen und -inhabern heute viel geringer ausgeprägt ist als früher – in der Region versorgen sie gemeinsam.

**Sicherstellung ergibt sich schon aus der Aufgabe der KV. Welche weiteren Herausforderungen sehen Sie prioritär?**

**Schultz:** Natürlich steht die Digitalisierung ganz oben. Sie ist einer der Schlüssel für eine funktionierende Versorgung. Damit wir das Potenzial besser ausschöpfen können, muss Digitalisierung mit Gewinn und Arbeitserleichterung für die Praxisinhaber einhergehen – das war in der Vergangenheit nicht so. Jetzt sind wir mit einigen Anwendungen wie zum Beispiel E-Rezept gut gestartet. Ich wünsche mir, dass die nächsten Anwendungen ebenfalls gut verlaufen, damit die Akzeptanz steigt. Positiv ist, dass die Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein aufgeschlossen für die Digitalisierung sind und zum Beispiel Online-Schulungen sehr gut annehmen.

Aber auch die KV selbst kann in ihrer Kommunikation mit den Mitgliedern stärker digitalisieren. Nur ein Beispiel dafür sind die Honorarabrechnungen, die immer noch jedes Quartal in Papierform per Post den Praxisinhabern zugeschickt werden. Das verschlingt rund eine Million Blatt Papier im Jahr – hier ist also noch viel Potenzial.

Ein ganz anderes Thema ist die Patientensteuerung. Auch wenn die Möglichkei-

ten der KV hier begrenzt sind – die Aufgabe ist extrem wichtig. Denn wir haben ja viele Ärztinnen und Ärzte im Versorgungssystem, nur eben zu wenig Steuerung. Dass sie etwas bewirken kann, zeigt sich am Beispiel der Leitstelle 116 117. Aber auch hier ist digitale Unterstützung wichtig. Wir wollen deutlich machen, dass aus unserer Sicht beispielsweise Apps für die Patientensteuerung eingesetzt werden sollten. Das ist eine Möglichkeit, mit der Menschen Ängste genommen werden kann, mit der sie beruhigt werden. Eine solche Ersteinschätzung kann verhindern, dass unnötige Arztkontakte etwa in Notaufnahmen entstehen. Unsere gemeinsame Kampagne mit dem schleswig-holsteinischen Gesundheitsministerium zur Wahl der 116 117 war ein Schritt in die richtige Richtung. Sinnvoll wäre es natürlich auch, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung insgesamt zu verbessern, damit unnötige Arztkontakte seltener werden. Im Idealfall sollte die bereits in der Schule vermittelt werden.

**Wie ließe sich die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern in ihrer Region verbessern?**

**Schultz:** Am einfachsten, wenn wir die Krankenhausreform regional mitgestalten könnten. Die bundesweite Reform wird uns da wenig helfen. Man muss in Nordrhein-Westfalen anders planen als in Schleswig-Holstein. Von der Grundausrichtung her bin ich überzeugt, dass wir die Basis- und die Notversorgung in der Fläche unbedingt erhalten müssen. Aber es ist richtig, dass nicht jedes Krankenhaus jede Leistung anbieten muss. Niedergelassene Ärzte müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Patienten in jedem Krankenhaus eine gute medizinische Qualität bei den vor Ort angebotenen Leistungen vorfinden. Das ist nicht immer mit dem Wunsch nach Wohnortnähe vereinbar.

**Müssen Patientinnen und Patienten ihre Anspruchshaltung überdenken?**

**Schultz:** Ich glaube ja, es gibt kein unbegrenztes Leistungsversprechen. Aber das kann nicht eine KV allein entscheiden, sondern das muss gemeinsam mit Politik und Krankenkassen erfolgen. Wichtig wäre eine gemeinsame Linie, die auch Aussagen beinhaltet, was nicht geht. Wir müssen erreichen, dass der Beitrag zur Krankenversicherung nicht von manchen Menschen als Flatrate und Zugang zu jeder Leistung betrachtet wird. Es muss klar herausgestellt werden, dass man froh sein kann, wenn



**„Niedergelassene Ärzte müssen sich darauf verlassen können, dass ihre Patienten in jedem Krankenhaus eine gute medizinische Qualität bei den vor Ort angebotenen Leistungen vorfinden. Das ist nicht immer mit dem Wunsch nach Wohnortnähe vereinbar.“**

**DR. BETTINA SCHULTZ**

man Leistungen nicht in Anspruch nehmen muss und die Beiträge für die verwendet werden können, die sie auch objektiv benötigen. Da können wir in den Arztpraxen unseren Beitrag leisten, etwa indem wir sagen: Zum Glück können wir auf eine Medikation verzichten. Das funktioniert aber nur, wenn Politik und Krankenkassen diese Linie auch vertreten.

**Vielen Dank für das Gespräch.**

# „Wir brauchen regionale Versorgungsverbände“

**CHIRURGIE** Der Flensburger Chefarzt Prof. Stephan Timm ist seit kurzem Präsident des bundesweiten Konvents Leitender Krankenhauschirurginnen und -chirurgen (KLK). Timm sieht vor dem Hintergrund der Klinikreform und der Mindestmengenregelungen Gesprächsbedarf mit der Politik – aber auch die Aufforderung an die Akteure, zu gestalten.

Über Leistungsgruppen, Mindestmengen und Zertifikate wurde in den vergangenen Monaten viel und oft kontrovers diskutiert. Auch über die Leistungsgruppen aus Nordrhein-Westfalen. Was aber bedeutet das konkret für die Akteure in den Ländern, wie können und müssen sich die Krankenhäuser darauf einstellen? Diese Frage treibt nicht nur die Geschäftsführer in den Kliniken, sondern auch die leitenden Ärztinnen und Ärzte um.



Präsident des bundesweiten Konvents Leitender Krankenhauschirurginnen und -chirurgen: Prof. Stephan Timm aus dem St. Franziskus Hospital in Flensburg.

Der Konvent Leitender Krankenhauschirurginnen und -chirurgen (KLK) sucht mit seinem neuen Präsidenten Prof. Stephan Timm dazu den Austausch auf Bundes- und Landesebene. Für den Ärztlichen Direktor und Chefarzt des katholischen Malteser St. Franziskus-Hospitals in Flensburg steht fest, dass die Auswirkungen der Re-

form den Willen zum Austausch unter den Akteuren und zur Zusammenarbeit erfordert.

Eine Folge für sein Fachgebiet werden aus seiner Sicht regionale Versorgungsverbände sein. Sonst, befürchtet Timm, werden einzelne Leistungen in vielen Flächenländern in absehbarer Zeit gar nicht mehr angeboten. Als Flensburger hat er auf lokaler Ebene einen solchen Verbund bereits begleitet: Bei der Leistungsabstimmung mit dem benachbarten evangelischen Diako Krankenhaus. Dies war aufgrund der unterschiedlichen kirchlichen Träger ein Novum und sorgte bundesweit für Aufsehen. Künftig wird diese Zusammenarbeit noch enger, wenn beide Träger wie vereinbart ihre Leistungen gemeinsam in einem Flensburger Zentralkrankenhaus bündeln.

Das allein aber wird für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung in der Grenzregion mit allen stationären Leistungen nicht ausreichen, meint Timm. „Für einzelne Leistungen brauchen wir regionale Versorgungsverbände“, steht für ihn fest. Er kann sich etwa einen Verbund des Hauses in Flensburg mit den Krankenhäusern in Schleswig und Husum vorstellen – damit würden Krankenhäuser aus privater (Helios in Schleswig), kommunaler (Kreis Nordfriesland in Husum) und kirchlicher (Flensburg) Trägerschaft zu einer Zusammenarbeit finden.

Warum das aus seiner Sicht erforderlich wird, erläutert Timm am Beispiel der Mindestmengenregelung: Bei der chirurgischen Behandlung von Lungenkrebs müssen ab dem kommenden Jahr 75 anatomische Resektionen pro Jahr und Standort erbracht werden. Flensburg allein kommt nur auf 60, die anderen Standorte der Region auf deutlich weniger. „Wenn wir diese Leistung in der Region halten wollen, müssen wir kooperieren“, steht für Timm fest.

Ein Verzicht in der Region hätte nicht nur längere Wege für die Patienten im nördlichen Schleswig-Holstein zur Folge, sondern würde auch die wenigen verbleibenden Standorte, die diesen Eingriff vornehmen dürften, aus seiner Sicht überlasten. Wie die Zusammenarbeit im Detail aussehen könnte, steht noch nicht fest. Timm ist aber zuversichtlich, dass sich die Akteure vor Ort verständigen werden. Dafür müsse die bundesweite Gesundheitspolitik den Akteuren allerdings auch die erforderlichen regionalen Gestaltungsspielräume einräumen. Eine weitere Voraussetzung, die bislang noch nicht gegeben war: „Wir müssen die exakten Rahmenbedingungen kennen.“

Für solche Forderungen will der Konvent künftig stärker in der Öffentlichkeit eintreten und auch über den eigenen Fachkreis hinaus den Austausch suchen. Dass der wachsende Verbund aus inzwischen über 800 leitenden Krankenhauschirurginnen und -chirurgen – außerhalb von Unikliniken – medial bislang kaum wahrgenommen wurde, führt Timm auch auf die starken Fachverbände BDC und DGCH zurück. Timm kann sich für politische Forderungen auch ein gemeinsames Auftreten der drei chirurgischen Verbände vorstellen: „Es kommen gesundheitspolitisch so starke Umwälzungen auf uns zu, dass eine engere Abstimmung der Verbände zur Stärkung der chirurgischen Stimme sinnvoll erscheint.“

Über diese Umwälzungen will der KLK mit seinen Mitgliedern und Gästen auf der Jahrestagung am 10. und 11. Januar 2025 in der Handelskammer Hamburg sprechen. Gäste aus der Gesundheitspolitik – auch aus Schleswig-Holstein – werden dabei sein.

DIRK SCHNACK

# Ungerechtigkeiten bei der Organvergabe?

**TRANSPLANTATION** Wie gerecht sind die Allokationsregeln der Eurotransplant International Foundation? Eine Studie unter Federführung der Klinik für Innere Medizin IV mit den Schwerpunkten Nieren- und Hochdruckkrankheiten des UKSH in Kiel wirft Fragen auf.

Die Ergebnisse der Studie „Allokationsregeln und altersabhängige Wartezeit bei Nierentransplantationen – Eine Analyse aus dem nationalen Transplantationsregister“ wurden im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht. Dr. Kevin Schulte, stellvertretender Klinikdirektor und Letztautor der Studie, erklärte: „Unsere Untersuchung zeigt, dass die im Regelwerk vorgesehenen Altersgrenzen erhebliche und zunehmend problematische Auswirkungen auf die Wartezeiten haben. Diese Ungleichheiten legen aus ethischer und rechtlicher Sicht nahe, das geltende Regelwerk zur Allokation von Nierentransplantaten zu überarbeiten und anzupassen.“

Dr. Benedikt Kolbrink, Erstautor der Studie und Arzt der Klinik für Innere Medizin IV, beschreibt die Folgen anhand eines Beispiels: „Zwei Jugendliche werden im Alter von 16 Jahren dialysepflichtig. Aufgrund des pädiatrischen Bonus und weiterer günstiger Umstände wird einer von ihnen bis zum 18. Lebensjahr transplantiert. Der andere erreicht sein 18. Lebensjahr, ohne bis dahin transplantiert worden zu sein. Die Konsequenz: Seine Zusatzpunkte verfallen komplett und die Wartezeit nimmt sprunghaft um fünf Jahre zu. Statistisch wird er also mehr als fünf Jahre später transplantiert als der andere Jugendliche.“

Die Analyse, die Datensätze von 19.664 Nierentransplantationen aus dem nationalen Transplantationsregister einbezog, ergab signifikante Unterschiede in den Wartezeiten und den Transplantationsraten zwischen verschiedenen Altersgruppen. Im aktuellen Regelwerk gibt es zwei Altersgrenzen, den 18. und den 65. Geburtstag, die einen erheblichen Einfluss auf die Wartezeit haben.

Im Durchschnitt beträgt die Wartezeit auf eine Niere zum Zeitpunkt der Transplantation 5,8 Jahre. Für Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren liegt die mediane



Dr. Benedikt Kolbrink

Wartezeit bei 1,7 Jahren, während 18- bis 64-Jährige im Schnitt 7,0 Jahre warten müssen. Personen ab 65 Jahren erhalten im Median nach 3,8 Jahren eine Transplantation. Als Folge der aktuellen Regeln gibt es überproportional viele 65- und 66-jährige Organempfänger. 65-Jährige werden fast viermal häufiger transplantiert als 64-Jährige. Zudem konnten die Autoren nachweisen, dass die Differenz der Wartezeit zwischen Personen unter 65 Jahren und Personen über 65 Jahren weiter ansteigt: In den Jahren 2006 bis 2010 lag sie bei 2,6 Jahren, im Zeitraum 2017 bis 2020 bei 4,1 Jahren. Wachsende Ungleichheiten existieren ebenfalls an der Altersgrenze zum 18. Lebensjahr.

„Derartig sprunghafte Veränderungen sind medizinisch weder sinnvoll noch begründbar“, betont Schulte. Da das Transplantationsgesetz (TPG §12, Abs. 3) vorgibt, dass die geltenden Allokationsregeln bei der Organvergabe vordringlich die Aspekte Dringlichkeit und Erfolgsaussicht berücksichtigen müssen, werfen die erhobe-



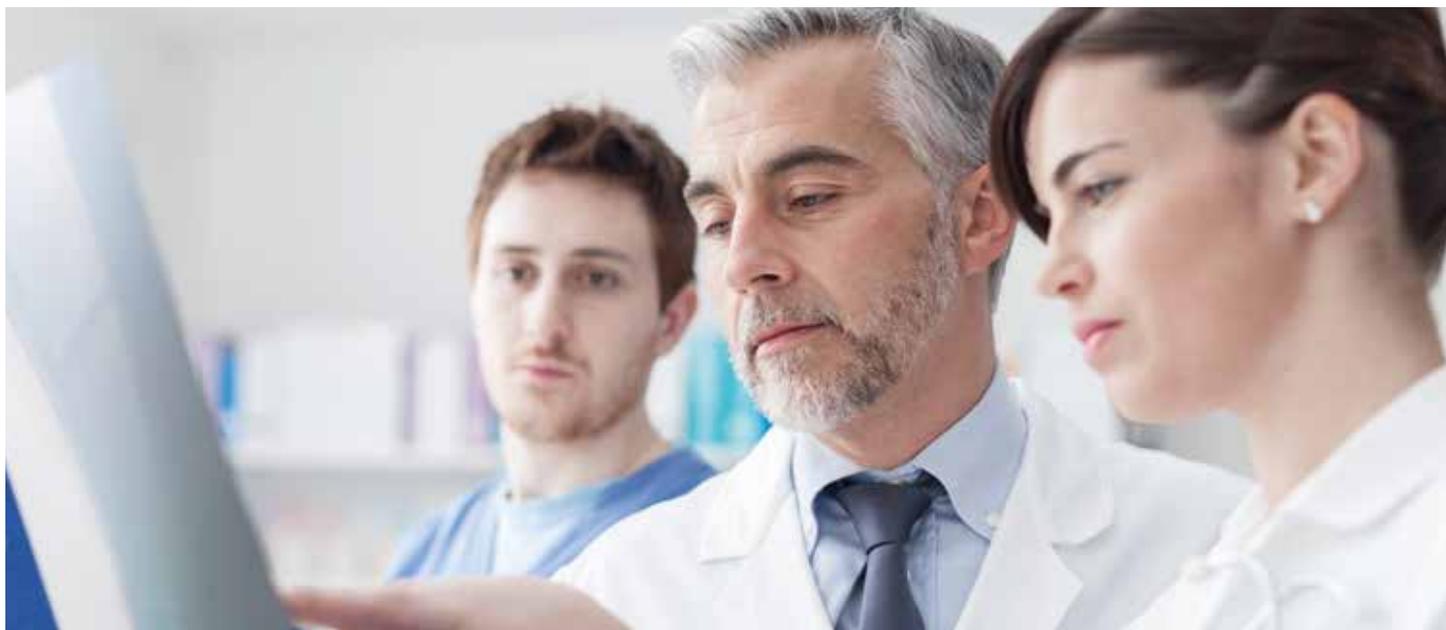
PD Dr. Kevin Schulte

nen Daten die Frage auf, ob das geltende Regelwerk den Vorgaben des Gesetzgebers gerecht wird. „Unsere Analyse hat ethische und rechtliche Implikationen: Aus ethischer Sicht muss das Regelwerk die individuelle Chancengerechtigkeit der Wartenden und den gesellschaftlichen Nutzen der verfügbaren Organe austarieren. Scharfe Altersgrenzen und sich sprunghaft verändernde Wartezeiten werden nach unserem Verständnis weder dem einen, noch dem anderen gerecht“, so Schulte.

Prof. Roland Schmitt, Direktor der Klinik für Innere Medizin IV, unterstreicht die Relevanz der Studie für zukünftige Reformen: „Um für die angespannte deutsche Transplantationsmedizin den besten Weg in die Zukunft zu finden, ist eine transparente und gerechte Verteilung der verfügbaren Nierenorgane ein zentraler Punkt. Die Ergebnisse der Studie bieten wertvolle Impulse für eine Neubewertung der Allokationsregeln und fordern eine kritische Auseinandersetzung mit dem bestehenden Verfahren.“ (PM/RED)

# Jährliche Kurzbefragung zur Weiterbildung

**WEITERBILDUNG** Evaluation der Weiterbildung 2023 und 2024. Zwei Drittel der Teilnehmenden würde die Weiterbildungsstätte weiterempfehlen. 71 % berichten von einem positiven Umgang mit Fehlern.



Die Gestaltung der Rahmenbedingungen für die ärztliche Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt, sowohl auf der Seite der Weiterzubildenden, als auch bezüglich der weiterbildenden, erfahrenen Kolleginnen und Kollegen ist bundesweit hoheitliche Aufgabe der Ärztekammern im Rahmen der Selbstverwaltung. Bekanntermaßen dient die Weiterbildungsordnung als Grundlage, die in unregelmäßigen, ca. acht- bis zehnjährigen Abständen nach intensiver Vorbereitung durch die Bundesärztekammer unter Anhörung zahlreicher Verbände, wissenschaftlicher Fachgesellschaften und den Landesärztekammern, vom Deutschen Ärztetag als Mustervorlage beschlossen wird. Da Gesundheit weitgehend Sache der Bundesländer ist, müssen die Landesärztekammern diese (Muster-) Weiterbildungsordnung in Landesrecht überführen, was zumeist erst nach individuellen und landesspezifischen Anpassungen erfolgt. Das heißt: In der Republik existieren 16 in Nuancen unterschiedliche Wei-

terbildungsordnungen nebeneinander, auch wenn sich die ärztliche Weiterbildung im klinischen Alltag zwischen Flensburg und Garmisch kaum unterscheiden sollte.

Um ein Meinungsbild zur Weiterbildungssituation aus Sicht der Betroffenen zu erhalten, werden seit Jahren Befragungen und Evaluationen in unterschiedlicher Form durchgeführt, auch wenn die Landesärztekammern in der Regel in gutem Austausch mit ihren Mitgliedern stehen und – mit Verlaub – die „Weiterbildungsszene“ im Land gut kennen. Derartige Erhebungen haben nicht nur Standesorganisationen wie der Marburger Bund, der Hartmannbund und Fachgesellschaften initiiert, sondern auch einzelne Kammern und die Bundesärztekammer (zuletzt mit fast 30.000 teilnehmenden Kammermitgliedern im Jahr 2011). Die Ergebnisse dieser Erhebungen sind cum grano salis in all den Jahren immer die gleichen. Unsere fachärztlichen Nachwuchsgenerationen fordern stets mehr Planungssicherheit für die Zeit der Weiterbildung

(Stichwort: Weiterbildungsplan/Curriculum) sowie mehr Flexibilität und Familienfreundlichkeit in der Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung. Ferner werden Hierarchie- und Bürokratieabbau gefordert. Während sich in Sachen Bürokratie in besonderem Maße auch die Ärztekammern bewegen müssen, sind deren Einflussmöglichkeiten auf die erstgenannten Problemfelder eingeschränkt. Hier sind die Arbeitgeber – in diesem Fall als Weiterbildungsstätten – aufgerufen, die ärztliche Weiterbildung attraktiv zu gestalten. In Zeiten des Fachkräftemangels vielleicht sogar als Marketinginstrument im Wettbewerb um gute „Köpfe“ zu entdecken.

Die inzwischen auch schon wieder sechs Jahre alte aktuelle Weiterbildungsordnung bietet mit vielen Möglichkeiten ambulanter Weiterbildung und der Fokussierung auf den Kompetenzerwerb spannende neue Ansätze, muss aber dringend weiterentwickelt werden. Zu viele inhaltliche Detail- und Umsetzungsfragen sind offen geblieben, unsere Weiterbildungsab-

teilungen sind weiterhin angespannt. Vor diesem Hintergrund hielten die Landesärztekammern eine jährlich durchgeführte, große Weiterbildungsévaluation für wenig zielführend. Der Aufwand sei angesichts des geringen Handlungsspielraums zu groß. Da der Deutsche Ärztetag und der Vorstand der Bundesärztekammer nicht zuletzt mit dem Argument, man würde damit auch signalisieren, sich der Probleme anzunehmen, immer wieder Evaluationen einfordert, wurde eine auf wesentliche Aspekte reduzierte, schlanke Online-Erhebung entwickelt und 2023 sowie 2024 jeweils im Frühjahr durchgeführt. Inzwischen haben sich sechs weitere Landesärztekammern diesem durch das Institut für ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein (IÄQSH) in Bad Segeberg organisierten Verfahren angeschlossen. Kurzzusammenfassungen sind in beiden Jahren auf den Deutschen Ärztetagen als Stimmungsbarometer vorgestellt worden.

Angeschrieben mit gleichzeitiger Übermittlung eines (einmal gültigen) Zugangscodes zur Online-Plattform wurden (der Einfachheit halber) alle Kolleginnen und Kollegen im Land, die zu Beginn des Jahres jünger als 45 Jahre waren und gemäß Mitgliederverzeichnis der Ärztekammer keine Facharztqualifikation besaßen. Die Ergebnisse aus 2024 im Einzelnen [Zahlen aus 2023 in Klammern]:

- ▶ Rücklaufquote: 25[38] % (aus 52 Fachgebieten), 36[37] % Ärzte, 64[62] % Ärztinnen.
- ▶ 68[69] % in Vollzeit tätig, 20[18] % 75–99 %, 11[12] % 50–74 % der regulären Arbeitszeit.
- ▶ 18[14] % in ambulanter, 72[66] % in stationärer Weiterbildung, Rest: andere oder keine Angabe.
- ▶ Jährliches Weiterbildungsgespräch



- durchgeführt: 62[58] % ja; 33[23] % nein, Rest: keine Angabe
  - ▶ Kontinuierliche Logbuchdokumentation durch die/den Weiterzubildende/n selbst: 59[51] % ja; 36[28] % nein, Rest: keine Angabe
  - ▶ Kontinuierliche Logbuchdokumentation durch die Weiterbildungsbefugten: 40[38] % ja; 55[41] % nein, Rest: keine Angabe
  - ▶ Ein WB-Programm wurde ausgehändigt: 23[57] % ja; 72[21] % nein, Rest: keine Angabe
  - ▶ Positiver Umgang mit Fehlern und Kritik: 20[19] % immer; 51[36] % überwiegend; selten 20[15] %; 3[3] % nie, Rest: keine Angabe
  - ▶ Weiterempfehlung der WB-Stätte: 24[59] % ja; 42 % überwiegend; 22 % nur bedingt; 5[13] % nein, Rest: keine Angabe
- Schon im Jahr 2009 war z.B. die Rücklaufquote in Schleswig-Holstein mit 36 % im Vergleich zu heute ähnlich, ebenso die Angabe von damals 53 % der Befragten, bei Aufnahme der Weiterbildung kein WB-

Programm erhalten zu haben. Die Ergebnisse aus dem Jahr 2023 waren lückenhaft und, wie deutlich wird, (noch) nicht direkt mit den Zahlen aus diesem Frühjahr vergleichbar. Das liegt daran, dass Fragen auch gänzlich übersprungen werden konnten. Dies wurde in der Folgebefragung elektronisch nachjustiert. Weiterbildungsbefugte sind bei dieser Wiederaufnahme der Erhebung zunächst noch nicht einbezogen worden.

Nach aktueller Einschätzung hat sich die Beschränkung auf Kernfragen in Form einer Online-Erhebung als äußerst praktikabel (und ressourcenschonend) erwiesen. Die Beantwortung der Fragen nimmt lediglich ca. 4 Min. in Anspruch. Durch die pauschale Einladung zur Teilnahme aller Kolleginnen und Kolleginnen bis 45 Jahre ohne Facharztqualifikation entfällt der enorme Aufwand der Zuordnung von Weiterbildungsstätte zu den Weiterzubildenden durch die Weiterbildungsabteilung. Die Ergebnisse sind damit zwar weder dem Weiterzubildenden, noch dem Weiterbilder zuzuordnen, können aber dennoch wertvolle Hinweise geben. Das Potenzial, zukünftig Trends nachweisen zu können, wird aber sichtbar, sodass wir derzeit an einer jährlichen Kurzbefragung dieser Art festhalten wollen, besonders da wir mit der verpflichtenden Schulung für Weiterbilder und regelmäßigen Informationsveranstaltungen für Weiterzubildende auch Verbesserungsmaßnahmen eingeführt haben. Am Ende ermöglicht die vergleichsweise einfache und schnelle, rein digitale Umsetzung neben festen Kernfragen auch jährlich wechselnde einzelne Abfragen zu aktuellen Entwicklungen. Zusätzlich sind die Ergebnisse durch Halbautomatisierung schnell verfügbar.

DR. CARSTEN LEFFMANN

## Podcast zur Verbundweiterbildung

Verbundweiterbildungen gibt es in Schleswig-Holstein bislang in drei Fachgebieten. Prof. Doreen Richardt, Vizepräsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein, erläutert im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes die Vorteile. Neben der Verbundweiterbildung gibt es zahlreiche weitere Themen in den Podcasts – mit unterschiedlichen Gesprächspartnern. Die Bandbreite umfasst das gesamte Geschehen im Gesundheitswesen, jeweils mit dem Fokus auf Schleswig-Holstein. Rund 100 Folgen können über Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Podcasts gibt es u.a. zu folgenden Themen:

- ▶ Dr. Jan Bräunig: Warum die Bundeswehr für Ärztinnen und Ärzte attraktiv ist
- ▶ Dr. Ludger Iske: Resilient durch Musik
- ▶ Dr. Thomas Maurer: Wir haben keinen Grund zum Jammern
- ▶ Dr. Gisa Andresen: Was uns einsam macht und was hilft



Prof. Doreen Richardt, LL.M

# Amoklauf am UKSH: „Finde die Roten!“

**KATASTROPHENÜBUNG** Bei einer interprofessionellen MANV-Übung am UKSH Campus Lübeck übten Einsatzkräfte den Ernstfall. Gutes Zusammenspiel der Einsatzkräfte aus unterschiedlichen Organisationen.

Schreiend kommt eine vermutlich angeschossene Frau mit starken Verletzungen am Arm aus dem Hörsaal gelaufen und wird vom heraneilenden Feuerwehrmann der Werksfeuerwehr des UKSH in Lübeck aufgenommen. Was ist geschehen, wie viele Verletzte gibt es und wo genau befinden sich diese?

Um die Zusammenarbeit der Feuerwehren, des Technischen Hilfswerkes und der Rettungsdienste zu trainieren, fand diesen Sommer erstmalig eine Großübung am UKSH Campus Lübeck statt. Das Szenario des Großeinsatzes: ein Amokläufer verursacht eine Explosion und Menschen werden unter Betonteilen verschüttet. In einem der zwei Hörsäle legt der Täter ein Feuer und schießt im zweiten Hörsaal um sich. Am Ende seiner Taten richtet er sich selbst.

Durch den Suizid des Täters ergibt sich für die Einsatzkräfte der Umstand, den Tatort als „grün“ einzustufen und sich somit auf die Versorgung der Verletzten und die Absicherung der Tatorte konzentrieren zu können.

Bei der Übung handelte es sich um eine sogenannte MANV-Lage. Sie impliziert einen Massenanfall von Verletzten und ist ein „Notfall mit einer größeren Anzahl an Verletzten sowie Geschädigten/Betroffenen mit dem Bedarf an besonderen planerischen und organisatorischen Maßnahmen“ und erfordert eine frühzeitige Absprache zwischen Hilfsorganisationen und Einsatzleitung. Bei einer LeBE-Lage handelt es sich dagegen um eine lebensbedrohliche Einsatzlage und einen „Notfall mit einem hohen Gefährdungspotenzial für das Leben von Opfern, Unbeteiligten und Einsatzkräften. Die Ordnung des Raumes sowie der gesamte Einsatz innerhalb dieser Lage unterliegt der polizeilichen Leitung“. Eine frühzeitige Absprache zwischen Polizei und den beteiligten Hilfsorganisationen ist daher notwendig.



*Medizinstudentin Viktoria Rachner nahm als Statistin an der Großübung teil und wurde durch das Deutsche Rote Kreuz realitätsnah geschminkt.*

Die frühzeitige Absprache zwischen den Hilfskräften war für die Zuschauer der Übung schnell zu sehen: der eintreffende Feuerwehrmann der Werksfeuer UKSH Lübeck verschaffte sich zunächst einen ersten Eindruck über die Gesamtlage und gab die Informationen – trotz hysterisch wirkender Patientin in seinen Armen – ruhig und konzentriert an seine Kollegen per Funk weiter. Kurz darauf trafen weitere Akteure ein und der Einsatz begann an den

verschiedenen Gefahrenpunkten: die Feuerwehr betrat den „brennenden“ Hörsaal. Um die Situation realistischer für die Einsatzkräfte zu gestalten, wurden den Feuerwehrmännern und -frauen Masken auf das Gesicht gelegt, die die Sicht stark einschränkten und eine starke Rauchentwicklung darstellen sollten. Durch die stark eingeschränkte Sicht wurde die Verletztensuche erschwert und damit realistisch dargestellt. Auch das Technische Hilfswerk traf zügig nach Alarmierung ein und kümmerte sich um die Situation der Verschütteten. Für diesen Zweck wurden Stahlrohre aufgebaut, die ineinander verschachtelt und durch große Betonbrocken nicht freizugänglich waren. Kamerainstallationen, um Verletzte in den Rohren ausfindig zu machen und Sägen, um den Weg für die Verletzten freizulegen, kamen zum Einsatz.

Im hinteren Bereich der Übung und somit dem zweiten Hörsaal kümmerten sich die Rettungsdienste um die weiteren Verletzten, die der Amokläufer mit einer Schusswaffe verletzte oder die Brandverletzungen erlitten. Bereits kurz nach Eintreffen aller Einsatzkräfte gab Dr. Holger Maurer, Leitender Oberarzt in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der Universität Lübeck und Leiter der Großübung, den Zuschauern ein Update: alle Verletzten wurden in einer angemessenen Zeitspanne gefunden.

Schon bei der ersten Sichtung der Verletzten mussten die Einsatzkräfte zeitnah die Einteilung in Kategorien vornehmen. Bei der präklinischen Sichtung werden die Patienten in drei Kategorien eingeteilt:

- ▶ SK I – rot: Der Patient ist vital bedroht und eine Sofortbehandlung ist erforderlich.
- ▶ SK II – gelb: Der Patient ist schwer verletzt/erkrankt und die Behandlung ist dringlich.
- ▶ SK III – grün: Der Patient ist leicht verletzt/erkrankt und die Behandlung nicht dringlich.



*Die Hörsäle der Universität Lübeck waren als Schockräume eingerichtet, in denen Patienten behandelt wurden und interdisziplinäre Teams ihr Vorgehen üben konnten.*

▶ SK IV – blau (Vergabe aber nur bei Katastrophenlagen): Der Patient hat keine Überlebenschance und muss palliativ versorgt werden.

Die Sichtung und Einteilung der Verletzten erfolgten hinter den Hörsälen im Freien, um die Arbeiten der Feuerwehr im vorderen, „brennenden“ Bereich nicht zu behindern. Die Patienten wurden aus dem Gebäude transportiert und je nach Kategorie „sortiert“ und mit Bändern in den entsprechenden Farben markiert. Bei diesem Vorgehen lautet gemäß PD Dr. Klaas F. Franzen, ebenfalls Leiter der Übung und tätig als Oberarzt in der Medizinischen Klinik III am UKSH Campus Lübeck, das priorisierte Ziel: „Finde die Roten!“. Da bei einer MANV nicht alle Patienten sofort individuell behandelt und transportiert werden können, gehe es laut Franzen darum, die medizinischen Maßnahmen auf das zur Lebensrettung nötige Maß zu beschränken, vermeidbare Todesfälle zu verhindern und so viele Patienten wie möglich mit den vorhandenen Ressourcen zu versorgen.

Im Rahmen der Übung standen Rettungsfahrzeuge bereit, die die Patienten aufnahmen. Nach kurzer Zeit, die eine Fahrzeit zur Klinik darstellen sollte, wurden die Patienten wieder ausgeladen und in die entsprechenden installierten Räume gebracht. Zwei Schockräume des UKSH und der Sana-Klinik Lübeck standen in den Hörsälen des Audimax der Universität Lübeck für die Patientenversorgung zur Verfügung, der Bereich der Garderobe diente als Notaufnahme.

Auch bei der Patientensichtung im Krankenhaus erfolgt die Einteilung nach dem Schweregrad der Verletzung:

▶ Rot-Plus: Schockraum: Patienten mit

akuter vitaler Bedrohung, die sofort versorgt werden müssen

▶ Rot: ZOP: Patienten mit vitaler Bedrohung, die nicht in den Schockraum müssen, alle Beatmeten

▶ Gelb: minimalinvasive Chirurgie, Überwachung überwachungspflichtige Verletzte, Geschädigte, Erkrankte, die eine dringende Versorgung benötigen

▶ Grün: AOZ: leicht verletzte Patienten, bei denen eine spätere oder ambulante Versorgung ausreicht

Bei der innerklinischen Sichtung kann sich der Zustand des Patienten entweder durch bereits erfolgte Therapie verbessert oder aber auch durch nicht ausreichend zur Verfügung stehende Versorgung verschlechtert haben. Die Medizinstudentin Viktoria Rachner berichtete nach ihrem Einsatz: „Ich habe eine Verletzte mit starken Verbrennungen gespielt, die eigentlich nicht im Schockraum behandelt werden sollte. Auf dem Weg in die Klinik haben sich meine Vitalzeichen dann aber stark verschlechtert und ich musste doch im Schockraum behandelt werden“.

Alle 50 Statisten – darunter viele Medizinstudierende in Lübeck – wurden für die Übung vom Deutschen Roten Kreuz realitätsnah geschminkt und trugen eine Karte mit Informationen zu ihren Verletzungen um den Hals. Während der Übung erzeugten sie durch ihr Schauspiel – lautes Rufen, hysterisches Weinen und auch irrationales Verhalten wie das erneute Aufsuchen der Hörsäle, um Freunde zu suchen – eine realitätsnahe Stimmung. „Die Stimmung und dadurch verursachte Stresssituation ist für die übenden Einsatzkräfte sehr wichtig“, sagte Franzen. Denn wer in stressigen Situationen sein Wissen und Können abfragen kann, handelt auch im Ernstfall

professionell und lösungsorientiert. Beim Eintreffen in den Kliniken – das Audimax der Universität Lübeck diente zur Darstellung des UKSH und der Sana-Kliniken Lübeck – erfolgte die Triage und die Behandlungsdringlichkeit der Patienten wurde erneut eingeschätzt und festgestellt.

Musste ein Patient im Schockraum behandelt werden, stand ein interdisziplinäres Team bereit, um den Patienten schnellstmöglich zu helfen. Für die Behandlung im Schockraum wurden die Vitalzeichen digital dargestellt und waren auch akustisch wahrzunehmen. Auf die Fragen des Teams über Veränderungen der Symptome durch eingesetzte Medikamente/Therapie wurde durch einen eingeweihten Kollegen Auskunft gegeben. Am Ende der Behandlung wurden jeder Fall einzeln besprochen und Verbesserungsvorschläge innerhalb des Teams formuliert und diskutiert.

Das Fazit direkt nach der Großübung verdeutlichte: alle Beteiligten empfanden die Übung als ein gutes Ablauftraining, um Schwachstellen bei den verschiedenen Abläufen ausfindig zu machen. Inwiefern eine Steigerung der Handlungssicherheit aller Übungsteilnehmer bei Vorliegen einer komplexen Lage erfolgte und wie die interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation/Information tatsächlich empfunden wurde, wird im Nachgang evaluiert. Für die Zuschauer gut zu beobachten war ein weiteres Ziel der Übung: Die Zusammenarbeit zwischen Feuerwehr, Rettungswesen und THW im Einsatzfall und das Schaffen von Führungsstrukturen und das Abbilden der Versorgungskette. Auch die Einbindung von Studierenden und Auszubildenden und der frühzeitige Abbau von interprofessionellen Berührungängsten konnte während der Übung wahrgenommen werden.

ASTRID SCHOCK



*Im Hintergrund: die zwei Hörsäle, in denen der Täter Feuer legte und eine Studentin mit der Schusswaffe verletzte. Vorne: Betroffene waren in Stahlrohren durch Betonteile verschüttet und mussten durch Feuerwehr und THW befreit werden.*

# Enge, Drogen und Langeweile

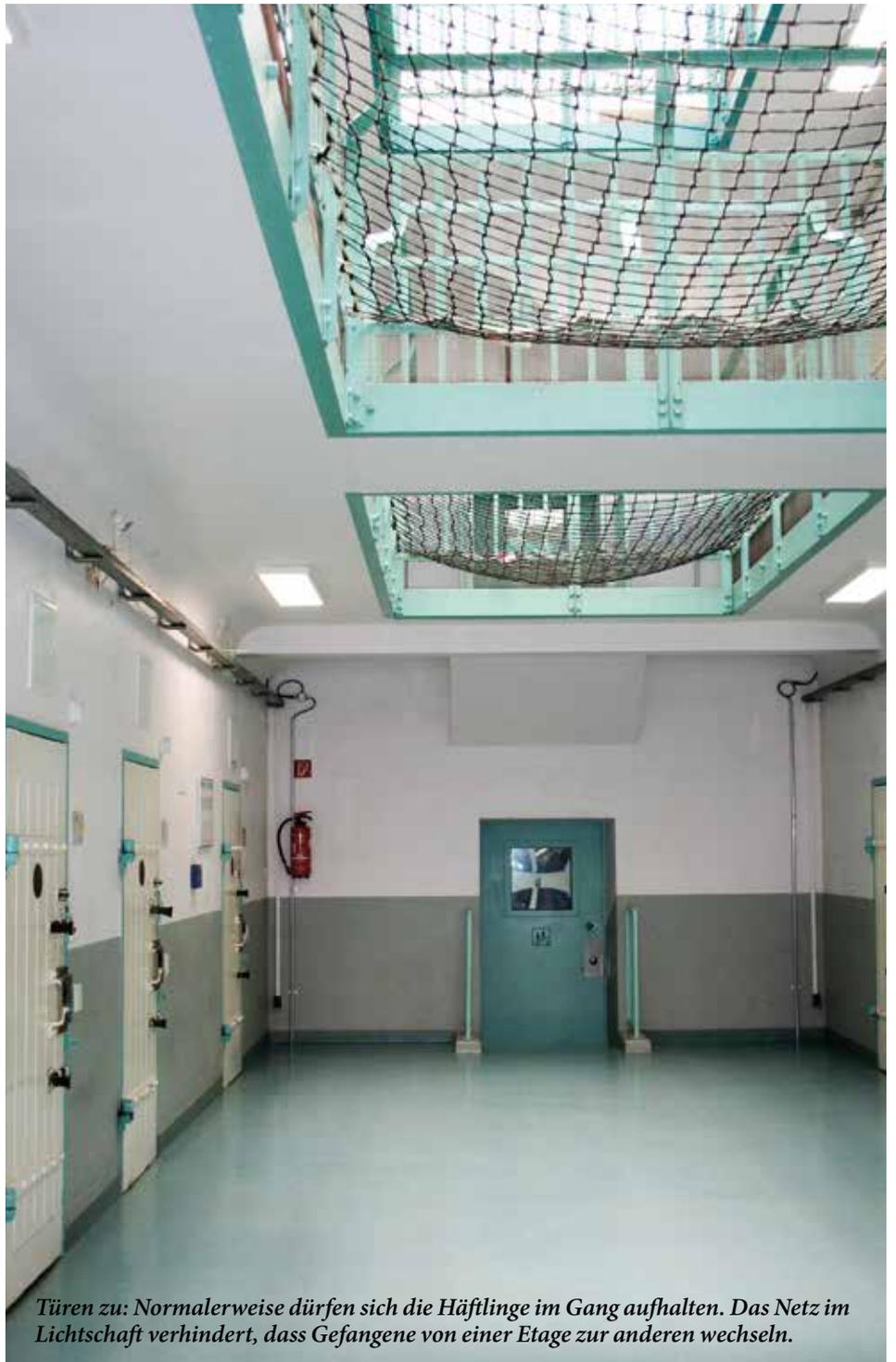
**JUSTIZVOLLZUG** Ministerpräsident und Gesundheitsministerin informierten sich über die Bedingungen in der Justizvollzugsanstalt Lübeck. Auf dem Gelände ist eine Klinik geplant. Jeder fünfte Häftling ist psychisch auffällig.

Ungefähr 2.900 Menschen sitzen in Schleswig-Holstein in Haft. Etwa jeder fünfte, also 580 Personen, zeigt psychische Auffälligkeiten oder Störungen. In Lübeck, mit 479 Plätzen eine der größten Justizvollzugsanstalten (JVA) im Land, soll bis 2027 eine eigene Klinik für die schwersten Fälle entstehen. Bei einem Besuch informierten sich Ministerpräsident Daniel Günther und Justiz- und Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (beide CDU) über die Pläne.

Rufe hallen über den Innenhof, als der Ministerpräsident und seine Begleitung eintreffen. An den Fenstern des Hafthauses G sind Köpfe zu sehen. „Die freuen sich“, versichert JVA-Leiter Marc Arnold. Ein Scherz: Die Gefangenen müssen wegen des Besuchs in ihren Zellen bleiben. Normalerweise dürfen sie sich tagsüber – wenn sie nicht bei der Arbeit sind – in dem Flur jenseits der Zellentüren aufhalten.

Zur Freude über den Aufenthalt in den Zellen bestünde auch kein Grund: Sie sind eng, bieten Platz für ein Bett mit blau-weißer Decke, einen Schrank und ein Regal für die persönlichen Gegenstände. Neben der Tür trennt eine Holzwand eine Toilette und ein Waschbecken ab. Bis auf wenige Räume sind es Einzelzellen.

Obwohl immerhin in den Zellen für Privatsphäre gesorgt ist, sorgt das Leben im Gefängnis für psychische Belastungen: Enge und Langeweile bestimmen den Alltag der Gefängnisinsassen. Ihr Tagesablauf ist fremdbestimmt, die Zukunft nach der Haft für viele ungewiss. Entsprechend ist der Anteil von Menschen, die unter Störungen oder Auffälligkeiten leiden, höher als in der Gesamtbevölkerung. Silke Nagel, Leiterin der sozialpsychiatrischen Abteilung des Gefängnisses, stellt fest, dass der Anteil Betroffener wächst: „Früher gab es immer mal eine auffällige Person, die in der Sicherheitsabteilung untergebracht werden musste.“



*Türen zu: Normalerweise dürfen sich die Häftlinge im Gang aufhalten. Das Netz im Lichtschacht verhindert, dass Gefangene von einer Etage zur anderen wechseln.*



*Silke Nagel leitet die sozialpsychiatrische Abteilung des Gefängnisses.*

Heute ist es ständig so.“ Meist, so Nagel, spiele Drogenmissbrauch eine Rolle.

Ein achtköpfiges, multiprofessionelles, überwiegend weibliches Team kümmert sich um die Belange der Häftlinge, hilft in der Phase vor der Entlassung bei der Wohnungssuche oder vermittelt Kontakte zu Drogen- und Schuldenberatungsstellen außerhalb der Gefängnismauern. Wer will, kann bereits im Gefängnis eine Drogentherapie beginnen – und zeigt damit Bereitschaft, sich mit seinen Problemen auseinanderzusetzen. Im Gefängnis kommt so etwas gut an, es kann für die Häftlinge die Zeit hinter Gittern erleichtern. Aber immer wieder haben die Bediensteten es mit Gefangenen zu tun, die aggressiv gegen sich und andere sind, die nicht auf Ansprache reagieren oder unter Halluzinationen leiden. Um sie kümmert sich – neben einer Allgemeinärztin



*Besuch hinter Gittern: JVA-Leiter Marc Arnold (r.) zeigt Gesundheits- und Justizministerin Kerstin von der Decken und Ministerpräsident Daniel Günther die Einrichtung.*

– ein Psychiater, der fest im Gefängnis angestellt ist.

Trotz dieser eigentlich guten personellen Ausstattung gehörte Lübeck zu den Gefängnissen, die eine Rüge des Europarates für den Umgang mit ihren Insassen erhielten. Bei einer Besichtigung mehrerer Gefängnisse im Herbst 2022 stellte die Besuchskommission in Lübeck wie auch in Celle fest, dass Personen in Einzelhaft zu wenig Kontakt zu anderen Menschen hatten. Weitere Rügen betrafen die Polizei in mehreren Bundesländern, weil dort Personen in Gewahrsam fixiert wurden – eine Praxis, die eigentlich nur auf richterlichen Beschluss passieren darf.

Zurzeit werden schwere Fälle in das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) überwiesen, was einen großen Personalaufwand bedeutet. Das soll sich durch den Bau eines neuen Gebäudes auf

dem Gefängnisgelände verbessern. Dort soll eine Abteilung mit 25 Plätzen entstehen, die von einem externen Träger betreut wird und in der akut psychisch Kranke geschlossen untergebracht sind, bis sie wieder haftfähig sind. Eine Verlegung in eine Forensik sei schwierig, erklärte Nagel: Nur wenn eine psychische Krankheit zum Tatzeitpunkt akut war und für eine geminderte Schuldfähigkeit sorgte, spielt sie für das Urteil eine Rolle.

Die Klinik auf dem Gefängnisgelände soll bis 2027 fertig werden, sagte Ministerin von der Decken. Das Land ist damit hinter seinen ursprünglichen Plänen zurück: Laut einer Ausschreibung, die im Internet zu finden ist, war der Baubeginn für Mitte 2023 und die Übergabe für 2026 geplant. Einen Grund für die Verzögerung nannte von der Decken bei ihrem Besuch in Lübeck nicht. ESTHER GEISSLINGER



*Mauern und Zäune bestimmen den Alltag der Gefangenen. Immerhin sind sie in den Zellen einzeln untergebracht. Neben Bett, Schrank und Toilette bleibt kaum Platz.*

# „QM ist kein Job, sondern ein Lebensstil“

**TAG DER AKADEMIE** Symposium anlässlich der Verabschiedung des Ärztlichen Geschäftsführers der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Carsten Leffmann, zum Thema Medizin, Qualität, Kammer.

Ein letztes Mal „die Nase gepudert“ und „mit einem Lied auf den Lippen“ zu seiner „furchtbar netten“ Verabschiedung: Weggefährten erkennen die typischen Formulierungen von Dr. Carsten Leffmann sofort. Sie genossen sie auch auf dem Symposium zu seiner Verabschiedung am Tag der Akademie zum Thema „Medizin. Qualität. Kammer“, mit dem er sich nach fast 15 Jahren als Ärztlicher Geschäftsführer der Ärztekammer Schleswig-Holstein verabschiedete.

In diesem Rahmen ging die ärztliche Geschäftsführung offiziell auf Dr. Gisa Andresen über, der Leffmann symbolisch den Schlüssel überreichte – in diesem Fall einen von Leffmann selbst gestalteten Transponder mit Inschrift 001, da die Ärztekammer seit Jahren keine Schlüssel mehr nutzt.

„Die 001 verdanke ich dem ehemaligen kaufmännischen Geschäftsführer Karsten Brandstetter, der mir damals die Nummer 1 überließ“, so Leffmann. Andresen, die bereits Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer war, dankte Leffmann für die intensive Begleitung in die Aufgaben ihres neuen Amtes und führte durch den Tag der Verabschiedung.

15 Jahre lang prägte Leffmann die ärztliche Selbstverwaltung und war mit Akteuren des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein bestens vernetzt. „Zu Zeiten der Corona-Pandemie wurde ich von meinen Gesundheitsministerkollegen für unsere gute Vernetzung, den starken Zusammenhalt und das Ziehen an einem Strang aller Akteure im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein häufig beneidet. Diesen Spirit hatten wir zu großen Teilen Carsten Leffmann zu verdanken, der mit seiner in sich ruhenden Art, aber stets klaren Positionierung dies gestaltet hat“, berichtete Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP), ehemaliger Gesundheitsminister des Landes Schleswig-Holstein, in seinen Grußworten an Leffmann.

Auch Dr. Franz Bartmann, ehemaliger Präsident der Ärztekammer Schleswig-



Dr. Carsten Leffmann und Dr. Gisa Andresen



Dr. Stephan Böhmen

Holstein, berichtete von Leffmanns strukturierter Arbeitsweise und der modulbasierten Herangehensweise, die ihn damals bewogen, sich für eine Einstellung Leffmanns als Ärztlicher Geschäftsführer einzusetzen. „Ich habe damals große Hoffnung in Leffmann gesetzt, um die teils düstere Stimmung in Bad Segeberg und die fehlende Wahrnehmung der Ärztekammer in



Dr. Christof Veit

der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft zu verändern und wurde nicht enttäuscht“, sagte Bartmann.

Laut einer Umfrage empfinden 71 % der befragten schleswig-holsteinischen Ärzte die Ärztekammer heute als wichtig für ihre Berufsgruppe. 69 % der Befragten nehmen sie als zuverlässig wahr, lediglich 36 % als leistungstark. Woran dies liegen könnte



Dr. Frank Niebuhr



Dr. Gyde Jungjohann

und ob noch mehr Kammer geht, stellte Prof. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, im Rahmen des Symposiums vor. Herrmann berichtete über sechs Themengebiete, bei der die Ärztekammer eine tragende Rolle spielen sollte. Als Kernkompetenz nannte Herrmann die Fort- und Weiterbildung, bei der sich die Ärztekammer stets hinterfragen und den Entwicklungen – auch europaweit – anpassen sollte. „Wenn wir es nicht schaffen, in Schleswig-Holstein eine qualitativ hochwertige und den Ansprüchen entsprechende ärztliche Weiterbildung zu gestalten, besteht die Gefahr, diese Kernkompetenz irgendwann abgeben zu müssen“, so Herrmann.

Da die Ärztekammer nicht an Geldflüssen in der Gesundheitsbranche beteiligt ist, empfindet er die Körperschaft als geeignete Plattform für die Vernetzung der einzelnen Akteure, bundesweit auch zwischen den Landesärztekammern. Bei der Vernetzung nehme die Ärztekammer derzeit eine beratende Rolle ein. Herrmann sprach sich dafür aus, dass sich die Kammer aktiver in die Gestaltung der Versorgung einbringt und sie stärker mitgestaltet. „Wir vertreten alle Ärzte in Schleswig-Holstein und müssen dafür sorgen, dass sich die Versorgung verändern kann“, so Herrmann. Zwar habe jeder Arzt Letztverantwortung, aber trotzdem müsse nicht jede Sonographie ärztlich getätigt werden. „Wir brauchen wieder mehr zeitliche Kapazitäten, die der Arzt für mehr Zeit mit dem Patienten nutzen kann“ so Herrmann. Die Erhaltung der Indikationsqualität und eine wertorientierte Medizin nannte er als Grundwerte der ärztlichen Tätigkeit.

Auch die öffentliche Gesundheit und die Stärkung der Prävention sah Herrmann als zentralen Baustein der Ärztekammer,

ebenso wie die Ausarbeitung von Prozessen, Information, Kommunikation und Technik. „Wenn in der Umfrage unter 5.000 Ärzten der Brief als eines der am häufigsten genutzten Informationswege der Ärztekammer genannt wird, erkennen wir schnell, dass hier Handlungsbedarf besteht“ so Herrmann.

Das Gestalten von Prozessen erarbeitete Leffmann sich schon zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit, er war maßgeblich an der Gestaltung des ärztlichen Qualitätsmanagements beteiligt. „Qualitätsindikatoren sind richtig und wichtig, wir kommen zusammen und lernen voneinander. Es muss aber hinterfragt werden, warum Parameter erfasst werden und wie sinnvoll die Erhebung ist“ sagte Dr. Christof Veit, Geschäftsführer BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit. Veit sprach sich gegen eine leistungsorientierte Vergütung aus und wies daraufhin, dass es um eine ganzheitliche Patientenversorgung gehen sollte und nicht nur die Erhebung von Daten. „Wir brauchen die Kombination aus Kultur und Messen, um Qualitätssicherung so zu gestalten, dass alle mit großem Engagement dabei bleiben“, so Veit.

Die Kombination aus Kultur und Messen hat auch Dr. Gyde Jungjohann, im Jahr 2001 eine der ersten QM-Schülerinnen Leffmanns, bei ihm stets wahrgenommen und geschätzt. „Mit seiner Integrität, Klarheit, Wertschätzung und seinem hanseatischen Understatement hat Carsten Leffmann seine tiefste Überzeugung vorgelebt: „QM ist kein Job, sondern ein Lebensstil“, so Jungjohann.

Integrität und ein offener Umgang mit Patienten nannte auch Dr. Stephan Böhmen, ehemaliger Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Rehasentrum Oldenburg (Oldenburg), als wichtige Säule des Arztseins



Prof. Henrik Herrmann

– heute und damals. Arzt sein heute bedeutet für Böhmen nicht etwa das Erreichen von monetären Zahlen, sondern Empathie für Patienten und das Schaffen von Vertrauen. „Wir müssen den Anspruch haben, die richtige Behandlung für den Patienten auszuwählen – und manchmal ist dies eben auch keine Behandlung. Aber dafür bedarf es innerer und äußerer Freiheit“, so Böhmen.

Freiheit, den Tag frei gestalten zu können und sich Zeit für Menschen und Aktivitäten zu nehmen, die im Berufsalltag manchmal zu kurz gekommen sind, das wünschte auch Dr. Frank Niebuhr Carsten Leffmann bei seiner Verabschiedung: „Alle reden immer von 'Unruhestand', aber ich sage ab jetzt einfach nur: 'Privatmensch', denn es darf auch mal ruhig werden“ so Niebuhr. Leffmann zeigte sich „mit Verlaub“ beschenkt und geehrt und verabschiedete sich typisch hanseatisch: „Tschüß“.

ASTRID SCHOCK

# Mediation in der Arztpraxis

**MEDIATION** Mediation kann in Arztpraxen und vergleichbaren Praxisstrukturen im Gesundheitswesen helfen, Konflikte zu lösen. Wann und wie das funktioniert, erläutert Mediator und Rechtsanwalt Hans Barth in einem Gastbeitrag.

Arztpraxen werden mehr und mehr in Kooperationen betrieben, wie zum Beispiel Praxisgemeinschaften, Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ. Das liegt vor allem daran, dass es heute der nachvollziehbare Wunsch vieler Ärzte und Ärztinnen ist, nicht mehr allein tätig zu sein. Dies bringt eine Reihe von Vorteilen mit sich, wie zum Beispiel Kostenverdünnung, Möglichkeit von gegenseitiger Vertretung, kollegiale Fachgespräche, Aufteilung der Praxisführung, besserer Service für Patienten usw. Die Praxen werden in der Regel als kleine Personengesellschaften (GbR, PartG) geführt. Konflikte unter den Praxisinhabern oder auch mit ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern kommen angesichts der Verflechtung von finanziellen und persönlichen bzw. emotionalen Aspekten nicht selten vor. Juristische Lösungen führen in dieser Situation erfahrungsgemäß meist nicht zu einem befriedigenden Erfolg.

## Typische Konfliktfelder in der Praxis

Aus dieser Ausgangssituation ergeben sich erfahrungsgemäß folgende Konfliktfelder: Praxispartner untereinander

- ▶ Gewinnverteilung wird für ungerecht gehalten
- ▶ Arbeitseinsatz für die Praxis erscheint ungerecht verteilt
- ▶ unterschiedliche Auffassungen von Praxis- oder Personalführung
- Junior- Senior- Partner
- ▶ Juniorpartner bringt nicht den erwünschten Einsatz
- ▶ Juniorpartner erhält nicht die erhoffte Stellung in der Praxis
- ▶ Seniorpartner beharrt auf seiner bisherigen Art der Praxisführung
- Gender- Problematik (Arzt/Ärztin)

Unterschiedliche Vorstellungen, wie die Praxis weiterentwickelt werden soll

- ▶ Investitionen
- ▶ neue Strukturen/Kooperationen
- ▶ Verkauf an MVZ
- ▶ Marketingstrategie
- ▶ Probleme im Praxisteam
- ▶ Konflikt Arzt/Team, insbesondere nach Praxisübernahme

## Spezielle Hindernisse in Arztpraxen für juristische Lösungen

Es gibt in den Praxen Besonderheiten gegenüber anderen Unternehmen. Anwaltliche oder steuerliche Berater von Arzt- oder sonstigen Praxen kennen diese Probleme hinreichend und halten aufgrund dieser – nachfolgend beschriebenen – Besonderheiten zunehmend juristische Lösungen für die Konfliktbewältigung in Praxen für ungeeignet.

- ▶ Die Konflikte in der Praxis werden häufig lange unter dem Tisch gehalten, um durch einen Streit die gemeinsame Tätigkeit nicht zu gefährden.
  - ▶ Oft führt auch die Summe von vielen Kleinigkeiten, die ihrerseits im Einzelfall nicht justiziabel sind, nach längerer Zeit zum Streit.
- Wenn der Konflikt dann ausbricht, sind juristische Lösungen meist schwierig, da wir es hier mit einer Verflechtung von verschiedenen Rechtsgebieten – Zivilrecht, ärztliches Berufsrecht, Kassenarztrecht, Steuerrecht – zu tun haben. Darüber hinaus findet man häufig verschiedene, ineinandergreifende Verträge vor, die manchmal 20 Jahre alt sind und nur mit Ergänzungsverträgen auf neue Konstellationen angepasst wurden. Womöglich steht zudem noch die Praxisimmobilie im Eigentum der Praxisinhaber oder deren Lebenspartner.

- ▶ Ein gerichtliches Verfahren ist selbst bei anderen Unternehmen oder Gesellschaften wegen der üblichen Verfahrensdauer selten zielführend. Bei Arztpraxen kommt noch dazu, dass manchmal parallel zum Rechtsstreit im Verhältnis zur Kassenärztlichen Vereinigung von den Beteiligten schon Fakten geschaffen werden, die ein eventuelles Urteil konterkarieren. Umgekehrt kann es kassenarztrechtliche Vorgaben geben, die eine bestimmte zivilrechtliche und wirtschaftliche Lösung unmöglich machen oder zumindest verzögern. So muss eine Praxisnachfolge oder eine Verlegung eines Praxissitzes (auch eines ggf. ausscheidenden Partners) immer vom Zulassungsausschuss genehmigt werden.
- ▶ Viele Gesellschaftsverträge enthalten Klauseln, wonach ausscheidende Gesellschafter ihren Gesellschaftsanteil einschließlich ihrer vertragsärztlichen Zulassung in der Praxis belassen müssen, verbunden mit einem Wettbewerbsverbot. Ein Ausscheiden unter einer solchen Regelung führt somit zur Unmöglichkeit, im bisherigen Wirkungskreis seine berufliche Tätigkeit fortzusetzen. Das Ergebnis ist, dass der ausscheidenswillige Partner nicht kündigt, sondern die anderen Partner solange drangsaliert, bis diese einer Realteilung der Gesellschaft zustimmen.
- ▶ Neben der Dauer einer juristischen Auseinandersetzung wirkt sich auch deren Art und Weise negativ auf die Praxis aus. Die Zusammenarbeit in der Praxis ist dann regelmäßig blockiert. Was zunächst als Sachkonflikt behandelt wurde, wird dann auf einmal persönlich ausge tragen. Konsequenzen in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit, die Qualität der ärztlichen Versorgung und Stimmung der Mitarbeiter bleiben nicht aus.

- ▶ Ein Konflikt unter den Praxispartnern gefährdet die wirtschaftliche Lage der Praxispartner durchaus in existenziellem Umfang. Manchmal steht dabei der gesamte Wert der Praxis im Raume. Da es sich bei den Praxen um Personengesellschaften handelt, sind diese durch die Gesellschafter persönlich finanziert. D.h., dass für eine Praxisgründung oder für den Erwerb eines Gesellschaftsanteils hohe Investitionskosten durch persönliche langfristige Kredite finanziert werden. Meist handelt es sich neben der Hausfinanzierung um die größte Investition, die die Gesellschafter in ihrem Leben tätigen. Die Zerschlagung einer Praxis hat somit – anders als zum Beispiel bei einer kaufmännischen GmbH – für die Gesellschafter persönlich oft drastische finanzielle Auswirkungen.
- ▶ Dem gegenüber steht eine persönliche Beziehung der Praxispartner untereinander. Manchmal resultiert diese aus früheren gemeinsamen Ausbildungszeiten, manchmal aus verwandtschaftlichen Beziehungen etc. Die Tätigkeit der einzelnen Partner in den Praxen ist geprägt durch ihre Therapiefreiheit, d.h. dass die Art und Weise, wie ein Arzt in der Praxis tätig ist, immer einen persönlichen Hintergrund hat. Die oben dargestellten Konfliktfelder berühren also stets das Selbstverständnis der Person.
- ▶ In der Arztpraxis ist die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Praxisteam eng, sowohl im administrativen Bereich wie auch bei gemeinsamer Behandlung am Patienten. Vertrauen ist unerlässlich. Bei Konflikten im oder mit dem Team stehen Praxen heute zusätzlich vor dem Problem, dass neue Mitarbeiter schwer zu finden sind. Daher ist die Kündigung von Mitarbeitern – was im Kleinbetrieb meist ohne weiteres möglich ist – heute eine Option, die möglichst vermieden werden soll. Eine einvernehmliche Regelung unter den Mitarbeitern oder im Verhältnis zum Praxisinhaber ist vorzuziehen.

### *Mediation als Verfahren zur Konfliktbewältigung*

Wenn der Konflikt in einer medizinischen Praxis dauerhaft gelöst werden soll, muss somit immer die persönliche Ebene mit befriedet werden. Aus verschiedenen Gründen bietet sich daher die Mediation als Verfahren zur Konfliktbewältigung in einer Arztpraxis an.

Die Mediation ist ein vertrauliches und strukturiertes Verfahren, bei dem die Parteien mithilfe eines Mediators freiwillig und eigenverantwortlich eine einvernehmliche Beilegung ihres Konflikts anstreben. Ein Mediator ist dabei eine unabhängige und neutrale Person ohne Entscheidungsbefugnis, die die Parteien durch die Mediation führt (§ 1 MediationsG).

Anders als bei einem Gerichts- oder Schiedsgerichtsverfahren wird es nicht einen Gewinner und einen Verlierer geben. Vielmehr wird angestrebt, dass alle beteiligten Parteien aus dem Verfahren in der Weise als Gewinner hervorgehen, dass sie den für Sie größtmöglichen Nutzen erreichen. Nur mit einem solchen Ergebnis kann eine dauerhafte Fortführung einer Praxis möglich sein.

Bei der Mediation wird nicht nur der an der Oberfläche liegende Sachkonflikt gelöst, sondern auch der Beziehungskonflikt der beteiligten Parteien.

Die Mediation lässt kreative Lösungen durch die Konfliktparteien zu, auf die man in juristischen Verfahren gar nicht kommen würde. Diese Lösungen werden sich am Nutzen für die Parteien orientieren.

Den Konfliktparteien wird nicht eine Lösung durch ein Gerichtsurteil vorgeschrieben, vielmehr entwickeln die Konfliktparteien gemeinsam aus eigener Kraft heraus ihre Lösung. Dies entspricht vielmehr dem Selbstverständnis von Partnern in einer Arztpraxis und gibt den Partnern Zuversicht, die Probleme auch in Zukunft gemeinsam lösen zu können.

Ein Mediationsverfahren ist immer vertraulich. Anders als bei einem öffentlichen Gerichtsverfahren ist hier die Diskretion gewahrt. Schließlich möchte niemand, dass der interne Konflikt einer Praxis nach außen getragen wird, auch nicht in den eigenen beruflichen Kreisen.

Die Mediation führt anders als bei sonstigen Verfahren meist zu einer langfristigen und somit nachhaltigeren Befriedung zwischen den Parteien. Das Praxisklima wird nicht durch eine lange Verfahrensdauer weiter verschlechtert. Das Verfahren ist durch die Parteien selbst bestimmt und nicht in eine Verfahrensordnung gepresst.

Um formale Sicherheit für die Konfliktparteien zu gewährleisten, wird in den meisten Fällen eine Integration der beteiligten Praxisberater erfolgen. Die rechtliche und wirtschaftliche Sinnhaftigkeit einer von den Parteien bei der Mediation ge-

fundenen Lösung kann und sollte im Abschluss durch die jeweiligen juristischen oder/oder steuerlichen Berater überprüft und gegebenenfalls verbessert werden. Das Ergebnis kann dann z.B. als außergerichtlicher Vergleich durch die Anwälte fixiert werden.

### *Hohe Motivation der Konfliktparteien*

Personen, die im Gesundheitswesen tätig sind, sind in der Regel an einer außergerichtlichen Lösung interessiert. Sie kennen oft die Mediation als Verfahren. Ihnen ist auch meistens klar, dass vor Gericht der Konflikt weiter eskalieren wird. Gesellschaftsverträge in einer Arztpraxis enthalten häufig eine Schlichtungs- oder sogar Mediationsklausel.

Die Praxen sind langfristig angelegt, üblicherweise sollen sie für die beteiligten Gesellschafter die Grundlage für ihre ärztliche Tätigkeit bis hin zum Eintritt in den Ruhestand sein. Daher ist eine Fortsetzung der Gesellschaften auch persönlich für die Gesellschafter von hoher Bedeutung. Somit ist es wichtig, dass eine Lösung gefunden wird, die die Fortführung der Praxis ermöglicht; wenn dies nicht möglich ist, kann durch die Mediation wenigstens eine Lösung gefunden werden, die für alle Beteiligten auch für die Zukunft eine wirtschaftlich auskömmliche Situation herstellt.

Gerichtliche Verfahren und auch Verfahren vor einem Schiedsgericht sind für die Beteiligten mit hohen Kosten verbunden, da diese sich nach dem Streitwert bemessen. Wenn es um ein Ausscheiden aus der Praxis oder um eine Aufteilung der Praxis geht, wird dies der Wert der gesamten Praxis sein. Man bewegt sich also mit den Streitwerten in Bereichen von mehreren 100.000 Euro. Die Mediation hingegen wird meist nach der tatsächlich verbrauchten Zeit abgerechnet.

### *Resümee*

Die Mediation als Verfahren bietet sich aus vielen Gründen gerade zur Konfliktlösung in Arztpraxen oder sonstigen Praxen im Gesundheitswesen an. Die Mediation ist selbstbestimmt, sie strebt den Nutzen aller beteiligten Konfliktparteien an, ist schneller und kostengünstiger als ein gerichtliches Verfahren und führt meist zu einer nachhaltigeren Befriedung der Konflikte.

## Wechsel in Ratzeburg

**D**r. Roland Preuss ist neuer Ärztlicher Direktor des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg. Er folgt auf Dr. Andreas Schmid, der das Amt seit 2006 ausgeübt hatte. Schmid bleibt Geschäftsführer und Leiter des Brustzentrums Herzogtum Lauenburg/östliches Hamburg. Bis 2023 war Schmid auch Leiter der chirurgischen Klinik in Mölln-Ratzeburg. Preuss ist seit 1996 am Standort tätig, zunächst als Oberarzt und Stellvertreter des Chefarztes am damaligen Städtischen Krankenhaus Mölln. Im Oktober 2005 wurde er zum Chefarzt der Klinik für Innere Medizin an dem 2002 fusionierten DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg ernannt. Seine Bestellung zum Ärztlichen Direktor erfolgte einstimmig durch die Aufsichtsrats- und Gesellschaftervertreter des Krankenhauses. Schmid wurde eine „sehr erfolgreiche“ Zeit als Ärztlicher Direktor attestiert. (PM/RED)



Dr. Andreas Schmid (links) und Dr. Roland Preuss

## Heide verpflichtet Dr. Dominique Finas



Dr. Dominique Finas

**D**r. Dominique Finas ist neuer Chefarzt der Frauenklinik am Westküstenklinikum Heide (WKK). Er folgt auf Dr. Thomas Kunz, der die Klinik 27 Jahre lang geleitet hatte. Vor seinem Medizinstudium in Lübeck hatte Finas zunächst ein Musikstudium mit dem Hauptfach Querflöte abgeschlossen. Als Mediziner hatte er mehrere leitende Positionen im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe inne – unter anderem am UKSH Campus Lübeck, als Klinikdirektor für Gynäkologie und Geburtshilfe am Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld sowie als stellvertretender Klinikdirektor an der Uniklinik in Magdeburg. Zuletzt war der 57-Jährige am Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin tätig. In Heide übernimmt Finas eine Klinik, die Teil des zertifizierten Holsteinischen Brustzentrums ist, über ein Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe verfügt und einen Schwerpunkt in der gynäkologischen Onkologie hat. Finas kündigte an, die Behandlung von Beckenbodenschwäche und Störungen der Blasenfunktion zum Schwerpunkt in Heide auszubauen. (PM/RED)

## Neu in Itzehoe: Dr. Tim Klüter



Dr. Tim Klüter

**D**r. Tim Klüter ist neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Itzehoe. Zuvor war er mehr als zwölf Jahre am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel tätig, zuletzt als stellvertretender Direktor der Unfallchirurgie und geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie. In Itzehoe folgt Klüter auf Sönke Müller. Studiert hat Klüter an den Universitäten von Kiel, Sydney und Bern. 2012 promovierte er in Kiel. Seine Schwerpunkte sind die Beckenchirurgie, Sporttraumatologie und Alterstraumatologie. In der Forschung beschäftigt er sich vor allem mit der Verbesserung der Knochenbruchheilung und Behandlung von Knochendefekten; zu diesem Thema hat er auch seine Habilitation vorgelegt. 2021 wurde Klüter zum Privatdozenten ernannt. Am Standort Itzehoe überzeugte ihn neben der Fachkompetenz in allen Fachbereichen auch die Präsenz von Spezialisten in der orthopädischen Chirurgie, Handchirurgie, Plastischen Chirurgie und Neurochirurgie. (PM/RED)

## GEBURTSTAGE

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

Dr. Eugen Altwicker, Heiligenhafen, feiert am 14.10. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Johannes Kandzora, Neumünster, feiert am 15.10. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Hans Hendrick Klinker, Heikendorf, feiert am 16.10. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Ralph Dieter Graff, Lübeck, feiert am 16.10. seinen 70. Geburtstag.

Frauke Gütschow, Reinbek, feiert am 16.10. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Udo Lincke, Halstenbek, feiert am 19.10. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Rainer Schifter, Kiel, feiert am 19.10. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Heinz Schuhr, Großhansdorf, feiert am 20.10. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Gerd Petersen, Eutin, feiert am 20.10. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Peter Feustel, Wenningstedt-Braderup/Sylt, feiert am 25.10. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Ricklef Flor, Husby, feiert am 26.10. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Michael Müller, Molfsee, feiert am 28.10. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Hans-Martin Bader, Flensburg, feiert am 29.10. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Heike Ehmke, Lübeck-Travemünde, feiert am 29.10. ihren 70. Geburtstag.

## Nordfriesland holt Lena Jessen

Lena Jessen ist seit Monatsbeginn neue Chefärztin der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in der Klinik Husum des Klinikums Nordfriesland. Sie folgt auf den im Frühjahr überraschend verstorbenen Dr. Michael Glaubitz. Jessen war zuletzt am Helios Klinikum Schleswig tätig. In Husum will sie gemeinsam mit dem übergangsweise in Leitungsfunktion tätigen Oberarzt Dr. Thorsten Oesterle die bisherigen Schwerpunkte fortführen und weiterentwickeln. Die 43-jährige Jessen wurde in Flensburg geboren, hat in Kiel Medizin studiert und war 13 Jahre lang an Kliniken im Rhein-Main-Gebiet tätig, unter anderem an einem Haus mit Perinatalzentrum der höchsten Stufe. In mehreren Einsätzen für die „German Doctors“ hat sie Menschen in Sierra Leone und Kenia in kleinen ländlichen Krankenhäusern versorgt. (PM/RED)



Lena Jessen

## Gräsner berät EU-Ausschuss



Prof. Jan-Thorsten Gräsner

Die Europäische Kommission hat Prof. Jan-Thorsten Gräsner vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in den „Beratenden Ausschuss für Krisenfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit“ (Advisory Committee on Public Health Emergencies – ACPHE) berufen. Der ACPHE berät und unterstützt die Europäische Kommission im Falle eines grenzüberschreitenden Gesundheitsnotstands auf Ebene der Europäischen Union. Der Ausschuss bietet seine Expertise auf Anfrage der Kommission oder des Gesundheitssicherungsausschusses (Health Security Committee) der EU an und bewertet, ob eine Bedrohung als Gesundheitsnotstand auf Unionsebene eingestuft werden soll, wie auf einen solchen Notstand reagiert werden soll und wann die Anerkennung eines solchen Notstands wieder aufgehoben werden kann. Das Gremium wird mit Mitgliedern aus Gesundheitswesen, Sozialdiensten und Zivilgesellschaft besetzt, um eine unabhängige und vielfältige Beratung zu gewährleisten. (PM/RED)

## Gharaei ist Chefarzt in Schönhagen



Dr. Daniel Gharaei

Dr. Daniel Gharaei ist neuer Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Vamed Rehaklinik Schloss Schönhagen. Er folgt auf Dr. Johannes Zahner, der die Klinik an der Ostseeküste aus persönlichen Gründen verlassen hat. Gharaei ist Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie mit den Zusatzqualifikationen Palliativ- und Notfallmedizin. Zuletzt war er Chefarzt der onkologischen Rehaklinik der Mediclin Deister Weser Kliniken in Bad Münde.

Gharaei hat Erfahrungen im ambulanten und stationären Bereich, in der Akut- sowie in der Rehamedizin. Als niedergelassener Onkologe leitete er 15 Jahre lang medizinische Versorgungszentren in Cuxhaven und im Hamburger Raum. Zu seinen beruflichen Stationen zählen auch Tätigkeiten als Chefarzt der Abteilung Onkologie und Gastroenterologie in der Rehaklinik Porta Westfalica in Bad Oeynhausen sowie als Oberarzt der Abteilung Pneumologie und Beatmungsmedizin der inzwischen geschlossenen Regio Klinik Wedel. In Schönhagen setzt Gharaei auf Teamarbeit, Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit. (PM/RED)

## Naureen Keric ist neu am UKSH

Prof. Naureen Keric ist seit August neue Direktorin der Lübecker Klinik für Neurochirurgie am UKSH. Keric folgt in dieser Position auf Prof. Jan Gliemroth, der die Klinik nach dem Ausscheiden des langjährigen Direktors Prof. Volker Tronnier kommissarisch geleitet hatte. Keric hat nach ihrem Medizinstudium an der Göttinger Georg-August-Universität am Max-Planck-Institut für Experimentelle Medizin, ebenfalls Göttingen, promoviert. Ärztlich tätig ist sie seit 2006

– zunächst an der Göttinger Universitätsmedizin, wo sie sich auf vaskuläre und neuroonkologische Chirurgie spezialisierte. 2011 wechselte sie an die Universitätsmedizin Mainz, wo sie seit 2013 als Oberärztin, ab 2020 als Leitende Oberärztin und stellvertretende Klinikdirektorin fungierte. Keric plant, die neurochirurgische Klinik in Lübeck zu einem überregionalen Spitzenzentrum weiterzuentwickeln. Zu ihren Schwerpunkten zählen die multimodale Behandlung intrakranieller Tumore durch Operation, Chemo- und Immuntherapie. (PM/RED)



Prof. Naureen Keric

## MVZ-Sitz in Heide wechselt von Lürer auf Jordan

Frank Jordan übernimmt den Sitz von Dr. Christian Lürer in der kardiologischen Praxis des MVZ an den Westküstenkliniken (WKK) in Heide. Jordan arbeitet mit Unterbrechungen seit 1999 in den Westküstenkliniken, wo er unter anderem am Aufbau der damals neu gegründeten Zentralen Notaufnahme mitwirkte. Nach seiner Facharztausbildung in Duisburg 2003 war er in Heide zunächst Oberarzt in der Aufnahme-Station, leitete zwischenzeitlich die Intensivstation, war verantwortlich für das Herzkatheterlabor und übernahm ab 2014 die organisatorischen und personalleitenden Aufgaben als leitender Oberarzt der neu gegründeten Medizinischen Klinik 2. Jordan verfügt über mehr als 20 Jahre Erfahrung als interventioneller Kardiologe. Neben seiner Tätigkeit in der Klinik übernahm Jordan ab 2014 auch Sprechstunden im MVZ. Die Entscheidung, jetzt fast vollständig in die ambulante Versorgung einzusteigen, begründete der 58-Jährige unter anderem mit der besseren Planbarkeit des Arbeitsalltags. „Gleichzeitig bleibe ich weiterhin eng an die Klinik angebunden und kann den Patientinnen und Patienten eine gut abgestimmte Behandlung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich anbieten“, sagte Jordan. Der 67-jährige Lürer wird zwei Tage in der Woche noch bis mindestens Mitte 2025 im MVZ arbeiten, dann wird er 30 Jahre lang als niedergelassener Kardiologe in Dithmarschen gearbeitet haben. (PM/RED)



Dr. Christian Lürer (links) hat seinen kardiologischen Sitz in Heide an Frank Jordan abgegeben.

## Neue Ärztliche Leitung auf den Inseln



Dirk Langemeyer (links) mit Dr. Thomas Wander und Dr. Clemens von Reusner, leitende Ärzte der Inneren Medizin Inselklinik Föhr-Amrum.

Dirk Langemeyer ist neuer leitender Arzt in der Chirurgie der Inselklinik Föhr-Amrum. Langemeyer war zuvor leitender Oberarzt einer unfall- und handchirurgischen Abteilung in Bad Oeynhausen, wo er seit 2006 und in Teilzeit auch in einer chirurgischen Praxis tätig war. „Damit ist er wie geschaffen für die stationäre, aber auch die sehr umfangreiche ambulante chirurgische Versorgung in der Inselklinik Föhr-Amrum“, teilte das Klinikum Nordfriesland zu seinem Wechsel mit. Die Inselklinik mit Sitz in Wyk auf Föhr ist einer der vier Standorte des Klinikums Nordfriesland, das seinen Hauptsitz auf dem Festland in Husum hat. Der 55-jährige Langemeyer will mit seinem Team die unfallchirurgisch-orthopädische Basisversorgung für die Inselbewohner und die Urlauber aufrechterhalten und ausbauen. Sein Spezialgebiet Handchirurgie sei weitgehend ambulant durchführbar. „Uns ist durchaus bewusst, dass aufwändigere Operationen weiterhin auf dem Festland durchgeführt werden müssen“, wird Langemeyer in der Mitteilung zitiert. (PM/RED)

## Bruchhage ist neuer Direktor

Prof. Karl-Ludwig Bruchhage ist neuer Direktor der Klinik für HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie am UKSH-Campus Lübeck. Er folgt auf Prof. Rainer Schönweiler, der die Klinik kommissarisch geleitet hat. Nach seinem Studium in Padua/Italien und München und seiner Promotion an der Ludwig-Maximilians-Universität arbeitete Bruchhage zunächst als Oberarzt an der Charité in Berlin und als leitender Oberarzt am Zentralklinikum Augsburg. 2011 wechselte Bruchhage ans UKSH in Lübeck. An der HNO-Klinik hatte er mehrere Führungspositionen inne, zuletzt als Leiter der HNO-Sektion. Er besitzt die Zusatzbezeichnungen plastische Operationen und Allergologie. Bruchhage will den Einsatz von KI und von roboterassistierten Eingriffen in der HNO ausbauen. (PM/RED)



Prof. Karl-Ludwig Bruchhage

## Neue Vorständin am UKSH

Monika Alke ist neues Vorstandsmitglied im UKSH. Alke übernahm die Position der Vorständin für Krankenpflege, Patientenservice und Personalangelegenheiten. In dieser Position ist sie verantwortlich für alle personellen und sozialen Angelegenheiten der Mitarbeitenden am UKSH und Tochtergesellschaften. Außerdem übernimmt die Juristin Geschäftsführungsaufgaben in einzelnen Tochtergesellschaften. Alkes Vorgängerin Corinna Jendges hatte den Maximalversorger Ende März verlassen. Alke war bis 2021 insgesamt 22 Jahre lang im Airbus-Konzern beschäftigt, zuletzt in der Konzernzentrale in Toulouse. Anschließend war sie Vorständin für Betrieb und Personal und Arbeitsdirektorin bei der Bremer Straßenbahn AG. (PM/RED)



Monika Alke

## Carla Nau neu in der Leopoldina

Prof. Carla Nau, Direktorin der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des UKSH in Lübeck, Professorin für Anästhesiologie an der Universität in Lübeck (UzL) und aktuelle Vorsitzende des akademischen Senats der UzL, ist in die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina aufgenommen worden. Die Leopoldina vereinigt Forschende mit besonderer Expertise in ihren jeweiligen Fachgebieten

„Die Aufnahme in die Leopoldina ist eine große Ehre, die mir viel bedeutet. Ich sehe darin auch eine Auszeichnung für die stetigen Bemühungen, interdisziplinäre und interprofessionelle Perspektiven translationaler Schmerzforschung voranzutreiben“, sagte Nau, die sich als Anästhesiologin international einen Namen als Schmerzforscherin gemacht hat. Ihre Arbeiten haben unter anderem das Verständnis der molekularen Wirkmechanismen von Lokalanästhetika und deren Nebenwirkungen, die Mechanismen der Schmerzwahrnehmung sowie der postoperativen Schmerzverarbeitung entscheidend gefördert. Sie hat auch Impulse zum Verständnis erblicher Schmerzerkrankungen sowie für die Suche nach Nozizeptor-spezifischen Schmerzmitteln geliefert. Jüngst beschäftigt sie sich mit e-Technologien und künstlicher Intelligenz zur Optimierung der Versorgung in der Schmerztherapie und Intensivmedizin. Nau ist seit 2013 am UKSH und an der Universität in Lübeck tätig. (PM/RED)



Prof. Carla Nau

## Interims-Geschäftsführer am FEK in Neumünster

Dr. Ralf Paland ist für eine Interimszeit zum Geschäftsführer des Friedrich-Ebert-Krankenhauses (FEK) in Neumünster berufen worden. Die Entscheidung gilt bis zur Regelung der Nachfolge von Kerstin Ganskopf, die das FEK verlassen und ab Oktober die Geschäftsführung der Malteser Norddeutschland GmbH in Flensburg übernehmen wird. Der vom Aufsichtsrat berufene Paland gilt als erfahrener Manager im Gesundheitswesen, der mehrere Kliniken in Deutschland als Geschäftsführer geleitet hat. „Wir freuen uns sehr, dass wir mit Dr. Ralf Paland eine so erfahrene Führungspersonlichkeit für die Interimszeit gewinnen konnten“, sagte der Aufsichtsratsvorsitzende des FEK, Hauke Hansen. Die Suche nach einer dauerhaften Nachfolge verläuft nach seinen Angaben „sehr erfolgreich“. Es habe „sehr viele Bewerbungen von hochkarätigen Anwärtinnen und Anwärtern“ gegeben. (PM/RED)

## Neue Präsidentin am Landessozialgericht

Birgit Voß-Güntge ist neue Präsidentin des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein. Die bisherige Vizepräsidentin des schleswig-holsteinischen Oberverwaltungsgerichts ist in der neuen Position Nachfolgerin von Dr. Christine Fuchsloch, die an die Spitze des Bundessozialgerichts berufen wurde. Voß-Güntge hat nach einer Ausbildung im gehobenen allgemeinen Verwaltungsdienst für die Schleswig-Holsteinische Landesvertretung in Bonn gearbeitet und in der früheren Bundeshauptstadt auch ihr Jurastudium absolviert. Nach der Referendarzeit war sie zunächst Staatsanwältin in Flensburg, Richterin am Schleswiger Verwaltungsgericht und später am Sozial- sowie am Landessozialgericht Schleswig. Im Oktober 2014 erfolgte der Wechsel an das schleswig-holsteinische Oberverwaltungsgericht, wo sie 2020 zur Vizepräsidentin ernannt wurde. Viele Ärztinnen und Ärzte sind am Landessozialgericht als Gutachter tätig. (PM/RED)

## Neuer Geschäftsführer in Rendsburg und Eckernförde

David Kayser hat die Klinikgeschäftsführung für die Krankenhäuser in Rendsburg und Eckernförde übernommen. Die Häuser gehören zur Schön Klinik Gruppe, die die ehemals kommunalen imland Kliniken, wie berichtet, vor einem Jahr übernommen hatte. Kaysers Vorgänger Timon Gripp wechselt nach sechs Jahren in der Schön Klinik Gruppe zu einem anderen Klinikträger. Kayser war zuvor am Helios Hanseklिनик Stralsund tätig. (PM/RED)



David Kayser

Den Schwerpunktversorger mit über 1.000 Betten und Tagesklinikplätzen und 1.600 Mitarbeitenden hatte er seit Anfang 2021 als Geschäftsführer geleitet. Außerdem beriet er die Helios-Geschäftsführung und Führungskräfte in strategischen Fragestellungen. Sein neuer Arbeitgeber erwartet von Kayser laut Mitteilung des Unternehmens eine nahtlose Fortführung des Transformations- und Restrukturierungsprozesses an den beiden Standorten. Kayser betonte vor seinem Start die Herausforderung, am größten Haus der Klinikgruppe für stabile Arbeitsplätze und einen wirtschaftlichen Betrieb zugleich zu sorgen. Den bereits eingeleiteten Umbau des kleineren Standortes Eckernförde mit mehr ambulanten und weniger stationären Angeboten bezeichnete der neue Geschäftsführer als „zukunftsträchtiges Konzept, das als Modell für andere Kliniken in ganz Deutschland dienen kann.“ (PM/RED)

## Nachruf Dr. Dietrich Weisner

Am 25. Juli 2024 ist PD Dr. Dietrich Weisner im Alter von 83 Jahren nach langer schwerer Krankheit in Kiel verstorben. Mit ihm ist ein beliebter Arzt mit besonderem Schwerpunkt in der Geburtshilfe und Ultraschalldiagnostik sowie ein bei den Kieler Kolleginnen und Kollegen geschätzter engagierter ärztlicher Berufspolitiker von uns gegangen.

Weisner, am 24. Juni 1941 in Halle an der Saale geboren, stammt aus einer Arztfamilie, in der Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung zum Selbstverständnis gehörte. Großvater Julius Weisner war nach dem Ersten Weltkrieg Vorsitzender des Provinzverbandes Schleswig-Holstein des Hartmannbundes, eine Funktion, die auch sein Sohn, Weisners Onkel Georg innehatte. Dietrichs Vetter Eckard Weisner war als niedergelassener Allgemeinarzt u.a. seit 1976 als Mitglied der Abgeordnetenversammlung, später auch als Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung und danach als Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein ebenfalls stark engagiert.

Dietrich Weisner war sein ganzes berufliches Leben zuallererst leidenschaftlicher Frauenarzt, über dessen Empathie und Einfühlungsvermögen immer wieder von seinen Patientinnen begeistert berichtet wurde. Über 33 Jahre war er zunächst als Assistenzarzt, später als leitender Oberarzt in der Universitätsfrauenklinik Kiel tätig, engagierte sich in der Hebammenausbildung und, trotz großer Familie und vielfältiger beruflicher Belastung, in der ärztlichen Berufspolitik. 1976 wurde Weisner erstmalig – und später immer wieder – für die Kieler Liste des Marburger Bundes in die Kammerversammlung der Ärztekammer gewählt. 1984 kam er in den Vorstand der Kammer und jeweils 1988 und 1992 erfolgte die Wahl zum Vizepräsidenten. Von 1984 bis 1992 war er Vorsitzender des Marburger Bundes Schleswig-Holstein.

Nach einem schweren Schlaganfall der Präsidentin der Ärztekammer Dr. Ingeborg Retzlaff im Jahre 1993 übernahm Weisner aus dem Stand heraus zunächst ihre Vertretung, dann 1994 ihre Nachfolge. Diese anspruchsvolle Aufgabe neben einem fordernden Berufsleben wurde ihm zusätzlich erschwert durch die schwere Erkrankung seines Chefs Prof. Dr. Kurt Semm, den der leitende Oberarzt lange Zeit als Klinikleiter vertreten musste.

Trotz dieser schwierigen Voraussetzungen fallen in seine Amtszeit viele Fortschritte im Kammerbereich. Dazu gehört u. a. die Neufassung des Heilberufegesetzes durch das Land Schleswig-Holstein, mit der die Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der Berufsgerichtsbarkeit sowie einer Novellierung der Weiterbildungsordnung wie auch für eine geschlechtergerechte Änderung der Wahlordnung der Kammer geschaffen wurden. Die ersten Anfänge einer Implementierung der Qualitätssicherung in den



PD Dr. Dietrich Weisner

Krankenhäusern und die entschiedene Beteiligung an der Schaffung eines schleswig-holsteinischen Krebsregisters gehörten ebenso wie die Gründung eines Ombudvereins für die Beratung von Patienten, die Einrichtung einer unabhängigen Beratenden Kommission Sucht und Drogen, durch die suchtkranke Ärzte unabhängig von offiziellen Stellen Hilfe finden konnten, zu den Schwerpunkten der Wahlperiode.

Nach den im Juni 1997 erfolgten Wahlen zur Kammerversammlung, in die Weisner in Kiel wieder mit einer hohen Stimmzahl gewählt wurde, erfolgte völlig überraschend eine Ablösung als Präsident durch den niedergelassenen Internisten Dr. Jürgen Schmidt. Ein in der Schleswig-Holsteinischen Landeszeitung Ende Dezember 1996 abgedrucktes missverständliches Interview Dietrich Weisners hatte zu Verärgerung in der Ärzteschaft geführt und war wohl der entscheidende Grund für das plötzliche Ende der berufspolitischen Laufbahn des damals 56-Jährigen. So ganz wollte man ihn aber dann doch nicht missen, wie seine Wahl zum Leiter der Akademie für ärztliche Weiter- und Fortbildung der Ärztekammer in der folgenden Sitzung der Kammerversammlung beweist. Nach seinem Ausscheiden aus der Berufspolitik und altersbedingt aus der Frauenklinik war Dietrich Weisner zusammen mit seiner Frau Nicola weiter für die Kieler Patientinnen in eigener Gemeinschaftspraxis tätig, eine schöne Fortsetzung eines erfüllten ärztlichen Lebens.

DR. DR. PHIL. KARL-WERNER RATSCHKO

## WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

*Dr. Eckehard Teitge, Westerrönfeld,  
geboren am 03.03.1956, verstarb am 23.06.2024.*

*Dr. Hans-Jürgen Meißner, Heikendorf,  
geboren am 11.01.1946, verstarb am 28.06.2024.*

*Dr. Paul-Robert Böhme, Schenefeld,  
geboren am 29.11.1933, verstarb am 03.07.2024.*

*Dr. Herbert Roth, Eutin,  
geboren am 07.05.1924, verstarb am 03.07.2024.*

*Dr. Jochen Domnick, Aukrug,  
geboren am 31.10.1950, verstarb am 22.07.2024.*

*Dr. Heinrich Petersen, Glücksburg,  
geboren am 08.12.1923, verstarb am 03.08.2024.*

# Geheilt – aber nicht gesund

**KREBSNACHSORGE** Bei der Diagnose Krebs denken Patienten noch nicht an die Nachsorge. Die aber wird wichtiger, weil die Lebensspanne nach erfolgreichen Therapien immer länger wird. Ein Kongress in Lübeck widmete sich kürzlich allein der Nachsorge.

Geheilt – aber nicht gesund. So lässt sich die Situation vieler Menschen skizzieren, die an Krebs erkrankt sind und erfolgreich therapiert wurden. Spätfolgen der häufig aggressiven Therapie treten Jahre, mitunter Jahrzehnte später auf. Wie Patienten mit ihrer Situation umgehen, wo sie Hilfe finden und was niedergelassene Ärzte leisten können – das waren Themen beim von der Deutschen Krebshilfe geförderten 1. Kongress für onkologische Langzeitnachsorgepatientinnen und -patienten „Nachsorge Nord“ im Europäischen Hansemuseum in Lübeck.

Rund 500.000 Menschen erkranken in Deutschland jährlich an Krebs, mehr als 20.000 davon in Schleswig-Holstein. Aufgrund immer besserer Heilungschancen wächst die Zahl der Langzeitüberlebenden – in Schleswig-Holstein sind es rund 100.000. Der Preis der erfolgreichen Behandlung ist hoch: Morbidität und Mortalität der sogenannten Cancer Survivors sind im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen signifikant erhöht, bis zu 70 % der Betroffenen leiden 30 Jahre nach Diagnosestellung unter mindestens einer neuen chronischen Erkrankung. „Zu den häufigsten Langzeitfolgen gehören Zweitumore, endokrinologische und kardiovaskuläre Erkrankungen“, erläutert Prof. Thorsten Langer, der bereits 2014 eine interdisziplinäre Sprechstunde für Langzeitnachsorge am UKSH, Campus Lübeck, eingerichtet hat. „Die individuelle Therapieexposition, die genetische Veranlagung, das persönliche Gesundheitsverhalten und mögliche Komorbiditäten bestimmen sowohl das generelle Risiko, an Langzeitfolgen zu erkranken, als auch das betroffene Organsystem und den Schweregrad der Erkrankung.“ Zur qualifizierten Nachsorge gehören – je nach persönlichem Risikoprofil – regelmäßige endokrinologische, neurologische sowie neuropsychiat-

rische Untersuchungen, Echokardiogramme, Tests der Nieren- und Leberfunktion sowie Audiogramme zur Überprüfung des Gehörs. „Patienten, die in jungen Jahren bestrahlt wurden, gehören einer Hochrisikogruppe an und sollten jährlich in einem Zentrum für Krebsnachsorge vorgestellt werden“, so Langer.

Der Kongress in Lübeck richtete sich an Patientinnen und Patienten, deren Krebstherapie seit mindestens zwei Jahren abgeschlossen ist. Rund 90 Interessierte waren der Einladung ins Hansemuseum gefolgt und verfolgten Expertenvorträge unter anderem von UKSH-Medizinerinnen, Patientenvertretern und Sozialrechtlern. „Vor allem die Vorträge über neurokognitive Spätfolgen und Fatigue empfanden viele Teilnehmer als äußerst informativ und hilfreich“, erklärte Dr. Judith Gebauer, Ärztin in der Lübecker Nachsorgesprechstunde und Leiterin einer bundesweiten Studie zur Langzeitnachsorge.

Viele wichtige Erkenntnisse zu möglichen Langzeitfolgen der Krebstherapie seien erst in den vergangenen beiden Jahrzehnten erlangt worden, so Gebauer. „Ein Großteil der Patienten ist daher nicht über ein erhöhtes Risiko informiert worden, frühzeitig chronisch zu erkranken und viele dieser Menschen sind nicht an ein Nachsorgeprogramm angebunden.“ Es bestehe die Gefahr, dass aufgrund der komplexen Krankengeschichte und der hohen medizinischen und psychosozialen Bedarfe mögliche chronische Erkrankungen nur verzögert erkannt und nicht ausreichend versorgt werden. „Insbesondere in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein stellt die spezialisierte, interdisziplinäre Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus eine besondere Herausforderung dar“, sagt Dr. Gebauer. Niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten komme hier besondere Bedeutung zu, können sie doch potenzielle Patienten



Prof. Thorsten Langer

in der Praxis identifizieren, über Versorgungsangebote informieren und in Nachsorgestrukturen einbinden. Über eine ärztliche Kontaktaufnahme freue sie sich und biete bei Bedarf einen telemedizinischen Austausch an, so Gebauer.

Die Versorgung ehemals krebserkrankter Kinder, Jugendlicher und junger Erwachsener ist inzwischen weltweit vereinheitlicht, fortlaufend aktualisierte Leitlinien zu Themen wie Kardiomyopathie oder Fatigue können auf der internationalen Website [www.ighg.org](http://www.ighg.org) aufgerufen werden. Informationen zum Angebot der Langzeitnachsorge in Schleswig-Holstein und zur Anmeldung für Veranstaltungen und Fortbildungen finden Interessierte unter [www.langzeitnachsorge-sh.de](http://www.langzeitnachsorge-sh.de).

UWE GROENEWOLD

# PCS, PVS, ME/CFS: Viele Betroffene, wenig Hilfe

**POST-COVID** PCS, ME/CFS, PVS – mit der Pandemie sind auch zahlreiche Abkürzungen in den medizinischen Alltag eingekehrt. Prof. Klaus-Dieter Kolenda, der auch als Sachverständiger zu diesem Thema tätig ist, gibt in einem Gastbeitrag einen Überblick.

Es handelt sich um vor allem durch Infektionen ausgelöste chronische Krankheiten mit einem komplexen Erscheinungsbild, ungeklärter Ursache und zum Teil gravierenden Auswirkungen. PCS bedeutet „Post-Covid-Syndrom“ und ME/CFS „Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom“, das auch zum Spektrum von PCS gehören kann. Das Gemeinsame dieser Krankheitsbilder besteht darin, dass bei ihnen eine ausgeprägte Erschöpfbarkeit und vorzeitige Ermüdung und zusätzlich eine Fülle von relativ unspezifischen Symptomen und Befindlichkeitsstörungen im Mittelpunkt stehen<sup>1</sup>.

Im Prinzip ist dieses Syndrom schon seit Ende des 19. Jahrhunderts unter verschiedenen Bezeichnungen bekannt und wurde in den letzten Jahrzehnten vor allem mit chronischen (Virus-)Infektionen in einen ursächlichen Zusammenhang gebracht.

Seit der Corona-Pandemie hat die Zahl der Patientinnen und Patienten mit solchen Krankheitsbildern deutlich zugenommen, die weiterhin ein ernstes, aber ungelöstes Problem sind, z.B. hinsichtlich der Krankheitsentstehung, der hausärztlichen Versorgung und der Therapie, aber auch bei der sozialmedizinischen gutachterlichen Beurteilung und Betreuung<sup>2</sup>.

## Post-Covid-Syndrom (PCS)

Unter Post-Covid-Syndrom, kurz PCS, bezeichnet man die Langzeitschäden bzw. Spätfolgen der Infektionskrankheit Covid-19. Dieser Begriff umfasst alle Krankheitserscheinungen, die 12 Wochen nach Erkrankungsbeginn von Covid-19 persistieren oder neu auftreten, nicht durch andere Ursachen erklärbar sind und mindestens zwei Monate anhalten<sup>3</sup>.

Krankheitsbezeichnung und Definition sind jedoch nicht einheitlich. Oft wird auch

von Long-Covid gesprochen. Damit sind Krankheitsbilder gemeint, die vier Wochen und länger nach der akuten Phase von Covid-19 noch bestehen bzw. neu auftreten<sup>4</sup>.

In den meisten Fällen einer SARS-CoV-2-Infektion sind die akuten Symptome der Erkrankung nach zwei bis drei Wochen überwunden. Als Folge von Covid-19 können eine Fülle von organbezogenen Symptomen im Rahmen von PCS aber auch weiterbestehen bzw. neu auftreten<sup>5</sup>.

Dazu gehören vor allem eine ausgeprägte Fatigue, d.h. eine außergewöhnliche und krankhafte Müdigkeit und leichte Erschöpfbarkeit, ein „Nebel im Gehirn“, auch „brain fog“ genannt, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Muskelschwäche und Schmerzen in den kleinen Gelenken, atypischer Brustschmerz, thorakales Druckgefühl und Atemnot bei Belastung.

Die Inzidenz des PCS ist zurzeit unklar. Sie ist in verschiedenen Patientengruppen unterschiedlich und ist unter anderem abhängig von der Schwere des Krankheitsverlaufs von Covid-19 und der Art der Behandlung.

Bei etwa 20 – 30 % der Covid-19-Patienten halten die Symptome der Erkrankung länger als 4 Wochen an. Rund 10 % der positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Patienten sollen auch nach 12 Wochen noch Symptome verspüren<sup>3</sup>.

Die Ursachen des PCS sind noch nicht geklärt<sup>3,5,6,7</sup>.

Somatische Faktoren: Ein Teil der Langzeitschäden soll aus Gewebeveränderungen resultieren, die durch SARS-CoV-2 ausgelöst werden, wie z.B.:

- ▶ irreversibler Untergang von Lungenparenchym, Myokard oder anderen wichtigen Funktionsgeweben mit Ersatz durch Bindegewebe und
  - ▶ Schädigung von Nervenzellen im ZNS.
- Die vielfältigen Organmanifestationen des PCS erklären sich möglicherweise un-

ter anderem durch die Verteilung des ACE2(Angiotensin-Converting-Enzyme 2)-Rezeptors in verschiedenen Körpergeweben, der die Eintrittspforte des Virus ist. Mögliche weitere ursächliche Faktoren sind:

- ▶ endotheliale Dysfunktion: Die SARS-CoV-2-Infektion könnte eine Gefäßentzündung mit gestörter Mikrozirkulation, Mikrothrombosen und endothelialer Dysfunktion bewirken;
- ▶ Viruspersistenz ohne Virusreplikation: Denkbar wäre eine durch die Virusbestandteile anhaltende Entzündungsreaktion;
- ▶ Autoimmunität: Autoantikörper gegen Typ-1-Interferone und G-Proteingekoppelte Rezeptoren bei PCS-Patienten könnten einen Einfluss auf die Steuerung des autonomen Nervensystems haben<sup>(siehe auch 6)</sup>;
- ▶ persistierende Aktivierung des Komplementsystems;
- ▶ persistierende Entzündung: Insbesondere in der Lunge, im Herzen und im ZNS.

Psychosoziale Faktoren: Neben den direkten somatischen Folgen der Infektion mit SARS-CoV-2 im Sinne eines postviralen Syndroms sind auch psychosoziale Faktoren inklusive einer posttraumatischen Belastungsstörung als mögliche Ursachen zu diskutieren, die zum Beispiel auch Ausdruck eigenständiger psychischer Erkrankungen oder Folgen der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie sein können<sup>5</sup>.

Die Belastungen durch die Auswirkungen der Infektionserkrankung, aber auch die Maßnahmen gegen die Pandemie, können bei vielen Menschen zum Neuauftreten psychischer Erkrankungen oder zur Verschlechterung bestehender psychischer Störungen führen.

In einer Studie anhand von sechs Fallgeschichten Long-Covid-Erkrankter wurden die charakteristischen Merkmalen die-

ses Krankheitsprozesses nachgegangen. Auch bei kritischer Betrachtung zeigen sich ernsthafte körperliche Symptome, die nicht mit dem Etikett „rein psychosomatisch“ abgetan werden können<sup>7</sup>.

Die Ergebnisse der Fallanalysen werden zum Anlass genommen, einen erweiterten Begriff des Sozio-Psycho-Somatischen zu diskutieren. Gesellschaftliches webt sich in Biographisches ein, eine sozial bedingte schmerzliche Erfahrung, die sich auf die Krankheit gleichsam aufschichtet. Diskutiert werden Aspekte wie Stigmatisierung, Missachtung und Ausgrenzung. Folgende Risikofaktoren, die ein PCS befördern, werden angegeben<sup>3,5</sup>:

- ▶ mittleres Lebensalter,
- ▶ weibliches Geschlecht (Frauen häufiger betroffen als Männer),
- ▶ Komorbiditäten wie Übergewicht und Adipositas, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie und Diarrhoe,
- ▶ mehr als 5 angegebene Symptome in der ersten Woche der akuten Covid-19-Infektion und
- ▶ der Impfstatus (ab der 2. Impfung), der das Risiko von PCS deutlich zu mindern scheint.

Da bisher keine spezifischen diagnostischen Marker im Blut oder charakteristische bildgebende Befunde bekannt sind, muss die Diagnose eines PCS klinisch aufgrund der Symptomatologie gestellt werden<sup>(siehe auch 5)</sup>.

Die Diagnose PCS setzt voraus, dass die relevanten Symptome nicht schon vor der akuten Covid-19 bestanden haben und dass Einschränkungen im Alltag sowie ein Leidensdruck bei Patientinnen und Patienten vorliegen, sodass den medizinischen Vorbefunden eine wesentliche Bedeutung zukommt<sup>2</sup>.

Außerdem müssen möglichst alle Erkrankungen, die mit einer Fatigue einhergehen können, ausgeschlossen werden. Dazu gehören z.B. im internistischen Bereich Krebserkrankungen, Herzerkrankungen, chronische rheumatologische Erkrankungen, Anämien, Hyperthyreose, aber auch neurologische Erkrankungen wie z.B. eine Multiple Sklerose.

Eine Abgrenzung von einer Depression ist wegen der Häufigkeit dieser Erkrankung in der erwachsenen Bevölkerung von ca. 8 % von großer Bedeutung. Deshalb stellt in den meisten Fällen das PCS eine Ausschlussdiagnose dar und ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Bei Betroffenen mit einer schweren Fatigue in Kombination mit einer Belastungsintoleranz ist das Vorliegen einer

ME/CFS anhand der klinischen Kriterien zu prüfen<sup>(siehe auch 5)</sup>.

### *Myalgische Enzephalomyelitis/ Chronisches Fatigue-Syndrom*

Im Folgenden beziehe ich mich vor allem auf eine umfangreiche Veröffentlichung von der Arbeitsgruppe um Carmen Scheibenbogen, die im Mai 2023 im Deutschen Ärzteblatt erschienen ist und in der die bei ME/CFS auftretende Symptomatik detailliert geschildert wird<sup>8</sup>.

Dort wird ausgeführt, dass ME/CFS eine komplexe und chronische Erkrankung mit noch unvollständig geklärter Ursache ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) klassifiziert sie als neurologische Erkrankung.

Auslöser sind meistens Infektionskrankheiten wie das häufige und harmlose Pfeiffersche Drüsenfieber, verursacht durch das Epstein-Barr-Virus, aber auch Influenza oder eine Infektion mit SARS-CoV-2, die durch die Pandemie weltweit zum häufigsten Trigger geworden ist. Deshalb gehört ME/CFS auch zum Spektrum des PCS.

Aber auch andere Erkrankungen wie Magen-Darm-Infektionen, Reaktivierungen von Herpes simplex und bakterielle Infektionen bis hin zu einem HWS-Trauma und Operationen können Auslöser von ME/CFS sein<sup>8</sup>.

Typische Symptome der oft schwer kranken Patienten sind wie bei PCS eine ausgeprägte Fatigue, Schmerzen in den Extremitäten, neurokognitive Einschränkungen sowie Schlaf- und Kreislaufstörungen, die eine interdisziplinäre Diagnostik und eine multiprofessionelle Versorgung erfordern. Charakteristisches Hauptsymptom ist eine ausgeprägte Belastungsintoleranz mit einer versetzt auftretenden und lange an-

haltenden Verschlechterung aller Symptome (die Betroffenen sprechen von einem „Crash“) nach Alltagsaktivitäten, die sogenannte postexertionelle Malaise (PEM).

Die namensgebende Fatigue beeinträchtigt den Alltag, bessert sich kaum durch Ausruhen und geht oft mit einer muskulären Schwäche einher.

Schmerzen sind variabel ausgeprägt mit Muskel-, Kopf- und seltener Gelenkschmerzen. Manche Patienten haben generalisierte Schmerzen wie bei einer Fibromyalgie.

Bei den Konzentrations- und Gedächtnisproblemen stehen Wortfindungsstörungen, Verlangsamung im Denken („Gedächtnisnebel“, „brain-fog“) und die Unfähigkeit, sich länger zu konzentrieren, im Vordergrund. Häufig bestehen Symptome einer vegetativ-autonomen Dysfunktion, die sich als orthostatische Intoleranz (OI) mit Schwindel beim Aufrichten, Tachykardie, Atembeschwerden, Mundtrockenheit, Temperaturempfindlichkeit, Reizdarm oder Reizblase äußern können.

Nach einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit ging man 1993 von einer Prävalenz der ME/CFS von 0,3 % in Deutschland aus. Eine aktuelle Studie aus Deutschland, die fast 30 Millionen Versicherte der Krankenkassen ausgewertet hat, zeigt für 2020 eine Inzidenz von 0,2 % für Versicherte ohne und 0,6 % mit vorausgegangener Covid-19.

ME/CFS ist relativ weit verbreitet und keine seltene Erkrankung. In Deutschland leiden nach (präpandemischen) Schätzungen etwa 250.000 Menschen an ME/CFS<sup>9</sup>. Wenn man also berücksichtigt, dass die Zahl der Erkrankten sich durch die Covid-19-Pandemie verdreifacht hat, kann man derzeit von mindestens 500.000 Betroffene-



nen ausgehen. Betroffen sind vor allem jüngere Menschen im Alter zwischen 10 und 50 Jahren, darunter dreimal mehr Frauen als Männer<sup>9</sup>.

Die Diagnose ME/CFS ist schwierig zu stellen, weil es bis heute keinen spezifischen diagnostischen Labormarker oder charakteristische Befunde von bildgebenden Verfahren gibt. Deshalb kann die Diagnose nur aufgrund der Bewertung der Symptome (siehe oben) gestellt und muss interdisziplinär abgeklärt werden<sup>8</sup>.

Dabei kommt dem Auftreten von PEM als Leitsymptom der Erkrankung eine besondere Bedeutung zu. Bei Patienten mit OI (siehe oben) kann dann häufig ein POTS (Posturales Orthostatisches Tachykardie-Syndrom) mit einem einfachen Schellong-Test nachgewiesen werden. Bis zur Etablierung eines überzeugenden diagnostischen Markers bleibt aber auch ME/CFS eine Diagnose, die nur gestellt werden kann, wenn alle Erkrankungen, die bekanntermaßen mit einer Fatigue einhergehen, ausgeschlossen worden sind.

Menschen mit PCS, die ein halbes Jahr nach ihrer Corona-Infektion an einer krankhaften Erschöpfung, der Fatigue, leiden, sind oft nach bis zu 20 Monaten noch stark beeinträchtigt. Das zeigt eine aktuelle Studie der Charité-Universitätsmedizin Berlin und des Max Delbrück Centers<sup>10</sup>.

Betroffene, die ME/CFS entwickeln, sind in den allermeisten Fällen unverändert schwer krank. Patienten mit ähnlichen Symptomen, die die Diagnosekriterien für ME/CFS nicht erfüllen, erleben dagegen eine langsame Verbesserung ihrer Beschwerden.

Da es sich um eine Multisystemerkrankung handelt, sind die sozialmedizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen des PCS noch nicht absehbar. Sie dürften aber immens sein<sup>5</sup>.

Denn unter den Patientinnen und Patienten mit ME/CFS finden sich Schwerbetroffene mit erheblich eingeschränkter bis aufgehobener beruflicher Leistungsfähigkeit bis hin zu Schwerstbetroffenen, die bettlägerig sind, einen Grad der Behinderung (GdB) von 100 aufweisen und einen Pflegegrad 4 oder 5<sup>8</sup>.

Was die Therapie betrifft, so existieren bisher keine evidenzbasierten kausalen spezifischen Behandlungsmöglichkeiten, da die Ursachen der hier zur Rede stehenden Erkrankungen nicht geklärt sind<sup>5</sup>.

Aktuelle Therapiekonzepte stützen sich auf einen pragmatischen Ansatz, der Maßnahmen der physikalischen Rehabilitation mit einer symptomorientierten Thera-

pie der unterschiedlichen Organstörungen einschließt.

Die gezielte Therapie von Komorbiditäten (siehe oben) trägt zur Symptomreduktion bei und verbessert die Lebensqualität der Betroffenen.

Im Fall von ME/CFS (mit Vorliegen eines PEM) müssen alle diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf die individuell oft erheblich eingeschränkte Belastbarkeit ausgerichtet werden. Ein „Pacing“, d.h. ein schonender, dosierter und an die Belastbarkeit des Patienten angepasster Umgang mit seinen Energiereserven ist dabei zu empfehlen.

### Post-Vac-Syndrom

Die wenigen Forschungsergebnisse zeigen bei PVS eine Symptomatik nach Covid-19-Impfungen wie beim Post-Covid-Syndrom, die aber sehr viel seltener auftritt.

Zunächst muss man sich klarmachen, dass es anerkannte schwerwiegende Nebenwirkungen der Corona-Impfung gibt. Dazu zählen Myokarditis und Perikarditis nach der Gabe der mRNA-Impfstoffe Comirnaty und Spikevax und Sinusvenenthrombose, Thrombose-mit-Thrombozytopenie-Syndrom (TTS) und Guillain-Barre'-Syndrom, ein neurologisches Krankheitsbild, bei den Vektorimpfstoffen Vaxzevria und Jcovden. Außerdem ist mit anaphylaktischen Reaktionen bei allen angewandten Vakzinen zu rechnen<sup>2,3</sup>.

Diese erwähnten schwerwiegenden Nebenwirkungen nach der Corona-Impfung wurden während der Pandemie „selten“ bzw. „sehr selten“ beobachtet, das bedeutet, sie wurden in den passiven und retrospektiven Meldesystemen über Nebenwirkungen und Impfkomplicationen, die in Deutschland, Europa und den USA existieren, in einer Häufigkeit von 0,01 bis 0,1 % bzw. weniger als 0,01 % der Geimpften gemeldet<sup>2</sup>.

Somit bedeutet „sehr selten“ beispielsweise, dass eine Nebenwirkung oder Impfkomplication bei weniger als einer Person bei 10.000 Geimpften oder verwendeten Impfdosen auftritt bzw. bei weniger als 100 Personen bei 1 Million Geimpften oder verwendeten Impfdosen beobachtet wird.

Wie ist hier das Post-Vac-Syndrom einzuordnen? In meinem letzten Beitrag über die Sicherheit von Covid-19-Impfstoffen vom Juli 2023 hatte ich zum PVS geschrieben, dass dieses ein neuartiges Krankheitsbild mit Post-Covid-vergleichbarer Symptomatik (z.B. chronische Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Herz-Kreislaufbeschwerden) ist, das nach der Covid-

19-Impfung auftreten kann<sup>2</sup>.

PVS sei aber bisher kein anerkanntes Krankheitsbild und es existiere bisher auch keine einheitliche Definition für dieses Syndrom. In der Nebenwirkungsdatenbank des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) seien bis zum 6. Juli 2022 insgesamt 472 Post-Vac-Verdachtsfallmeldungen eingegangen.

Diese Einschätzung soll hier aktualisiert und präzisiert werden, indem ich die wichtigsten Aussagen einer ausführlichen Stellungnahme des PEI zum Thema „Post-Vac-Syndrom“ nach Covid-19-Impfung vom 19.05.2023 kurz zusammenfasse<sup>4</sup>.

Dort heißt es, dass das PEI seit dem Beginn der Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 Ende 2020 bislang 1.452 Meldungen über Verdachtsfälle von Impfnebenwirkungen erhalten habe, die als „Post-Vac-Syndrom“ eingestuft wurden.

In der Statistik enthalten seien demnach alle Fälle bis zum 31. März 2023. Der zeitliche Abstand von den Impfungen sei dabei jeweils unterschiedlich.

Weiter heißt es in der Stellungnahme, die Symptome ähnelten denen bei Long- oder Post-Covid-Patienten. Genannt werden Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS), das Posturale Orthostatische Tachykardie-Syndrom (POTS) einschließlich von Beschwerden, die als postexertionelle Malaise (PEM; langanhaltende Symptomverschlechterung nach Belastung) bezeichnet werden.

Kritisch wird angeführt, dass der Begriff „Post-Vac“ keine medizinisch definierte Bezeichnung einer Erkrankung darstelle. Unter dem Begriff würden nach den vorliegenden Erkenntnissen verschiedene, länger andauernde Beschwerden beschrieben werden, wie sie auch mit Long-/Post-Covid in Verbindung gebracht werden.

Beim Vergleich der dargestellten absoluten Zahlen von Verdachtsfallmeldungen falle auf, dass zum Zeitpunkt der Auswertung mehr als 50 % aller weltweit registrierten Verdachtsfälle (n= 2.817) mit diesen Gesundheitsstörungen aus Deutschland berichtet wurden (n= 1.547). Dabei sei zu beachten, dass in Deutschland keineswegs 50 % aller Impfdosen weltweit verabreicht worden sind.

Bei der Betrachtung von Verdachtsfallmeldungen ist u.a. die Anzahl durchgeführter Impfungen mit dem jeweiligen Impfstoff zu beachten. In Deutschland wurden bislang über 192 Millionen Covid-19-Impfungen verabreicht.

Gemessen an den bislang verimpften Dosen von Covid-19-Impfstoffen und der Anzahl der gemeldeten Verdachtsfälle, in

denen Beschwerden zum oben genannten Symptomkomplex berichtet wurden, ergibt sich eine Melderate von weniger als einem Verdachtsfall pro 100.000 Impfungen (0,73/100.000) bzw. 7,3 Verdachtsfällen auf 1 Million Impfungen.

Somit werden solche Verdachtsfälle von Post-Vac „sehr selten“ (siehe oben) im zeitlichen Zusammenhang mit Covid-19-Impfungen berichtet.

Weitere Erkenntnisse zum PVS: Vielversprechend erschien mir zunächst ein weiterer Artikel der Arbeitsgruppe um Carmen Scheibenbogen mit dem Titel „Post-Covid und Post-Vac: Die Pandemie nach der Pandemie“ von 2023<sup>5</sup>. Dieser Text mit 67 Literaturzitaten zum Thema beschäftigt sich mit einem klinischen Algorithmus zur Abklärung von Patienten mit Post-Covid-Syndrom (siehe auch die entsprechende Grafik in dem Artikel). Bezüglich PVS findet sich dort nur der Hinweis, dass es auch bei Post-Vac nach Impfung gegen SARS-CoV-2 ähnliche Zustände wie bei PCS gebe, die sich aber in den vorgestellten Algorithmus nicht einordnen lassen. Warum das so ist, wird aber nicht gesagt. Nur zwei der angeführten Literaturzitate beziehen sich auf PVS.

Ein Zitat verweist auf einen Artikel in der Wissenschaftszeitschrift *Science* von Januar 2022<sup>6</sup>. Dort wird geschildert, dass in seltenen Fällen Covid-19-Impfstoffe Long-Covid-Symptome auslösen können.

Dazu gehören der sogenannte brain fog, Kopfschmerzen und Blutdruckschwankungen, die in der Forschung untersucht werden, wobei die Ursachen dieser Nebenwirkungen nach der Impfung weiter unklar sind. Aber die Häufigkeit des Auftretens von

Symptomen eines PVS nach einer Covid-19-Impfung wird sehr viel geringer eingeschätzt als die von Post-Covid-Symptomen nach einer SARS-CoV-2-Infektion.

Das zweite Literaturzitat verweist auf eine Arbeit von einer Gruppe Naturwissenschaftler aus Griechenland vom April 2022<sup>7</sup>. Dort wird gesagt, dass Impfungen ein wichtiges Instrument zur Eindämmung der Coronavirus-Pandemie 2019 gewesen seien und mRNA-Impfstoffe von zentraler Bedeutung für die laufende Impfkampagne gewesen wären, die zweifellos Tausenden das Leben gerettet hätten.

Es seien jedoch Nebenwirkungen nach der Impfung festgestellt worden, die möglicherweise durch eine proinflammatorische Wirkung der verwendeten Lipidnanopartikel der mRNA-Impfstoffe in menschlichen Geweben oder Organen verursacht sein könnten.

Das derzeitige Wissen zu diesem Thema stammt meist aus zellbasierten Versuchen oder solchen an Modellorganismen. Weitere Forschungen zu den zellulären und molekularen Grundlagen der durch mRNA-Impfstoffe induzierten Nebenwirkungen seien daher für die Sicherheit der Impfstoffe wichtig, um das Vertrauen in die Impfung zu erhalten und der Gesundheitspolitik Orientierung zu geben.

#### **Aktuelle Studie: Symptome und Erfahrungen bei PVS**

Und schließlich möchte ich noch auf eine Veröffentlichung einer großen klinischen Arbeitsgruppe aus den USA hinweisen, die im November 2023 als Preprint publiziert wurde<sup>8</sup>. Darin werden im Rahmen einer deskriptiven Analyse die Symptome und

Erfahrungen von 241 Patientinnen und Patienten (ab 18 Jahren) geschildert, die nach einer Covid-19-Impfung selbst über PVS berichteten und anschließend 14 Monate lang beobachtet wurden.

Ergebnisse: Das mediane Alter der Teilnehmer betrug 46 Jahre, wobei sich 192 (80 %) als weiblich und 209 (87 %) als nicht-hispanische Weiße bezeichneten und 211 (88 %) US-Bürger waren.

Von diesen Teilnehmern mit PVS hatten 127 (55 %) den mRNA-Impfstoff von Pfizer und 86 (37 %) den von Moderna erhalten. Die mediane Zeit vom Tag der Impfung bis zum Auftreten der Symptome betrug drei Tage.

Die fünf häufigsten Symptome waren:

- ▶ Belastungsintoleranz (71 %),
- ▶ übermäßige Müdigkeit (69 %),
- ▶ Taubheitsgefühle und Benommenheit (63 %),
- ▶ „Gehirnnebel“ (63 %) und
- ▶ Neuropathie (63 %).

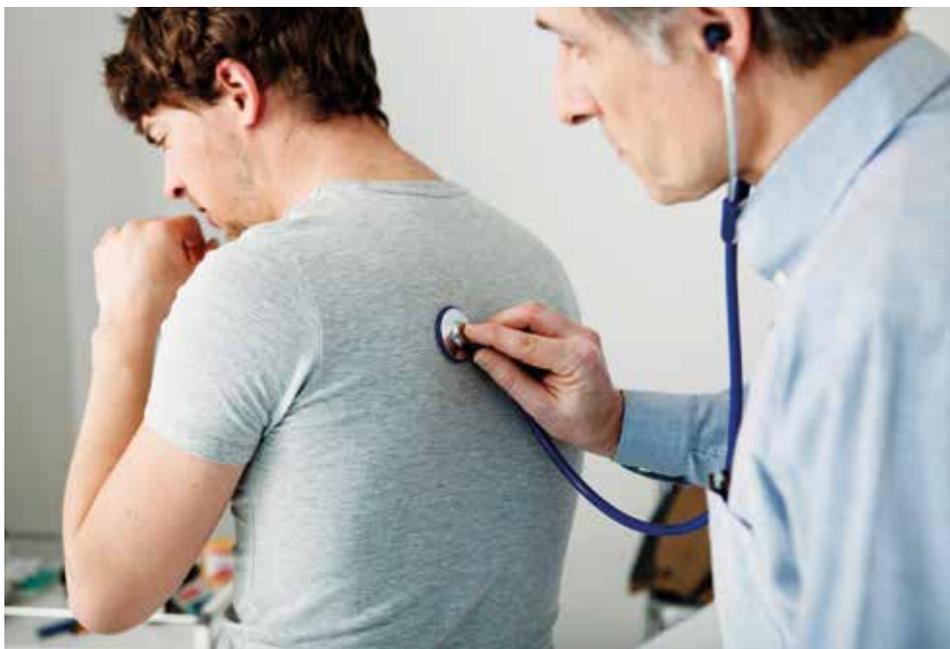
In der Woche vor Abschluss der Umfrage berichteten die Teilnehmer, dass sie sich mindestens einmal unwohl (93 %), ängstlich (82 %) und sehr besorgt (81 %) gefühlt haben. Außerdem wurden Gefühle von Hilflosigkeit (80 %), Angst (76 %), Depression (76 %), Hoffnungslosigkeit (72 %) und Wertlosigkeit (49 %) angegeben.

Die Teilnehmer berichteten, dass sie durchschnittlich 20 Interventionen zur Behandlung ihrer Erkrankungen erhalten hätten.

Fazit: In dieser Studie hatten Personen, die nach der Covid-19-Impfung über PVS berichteten, einen schlechten Gesundheitszustand, eine hohe Symptombelastung und ausgeprägten psychosozialen Stress, obwohl sie viele Behandlungen erhalten hatten. Weitere Untersuchungen sind notwendig, um diese Erkrankung richtig zu verstehen und effektiv zu behandeln.

#### **Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**

1. Ich gehöre zu den Medizinerinnen der älteren Generation und bin in der letzten Zeit auf eine Reihe von relativ „neuen“ Krankheitsbildern gestoßen, die als Long Covid bzw. mit den Akronymen PCS, ME/CFS und PVS bezeichnet werden, wobei PCS „Post-Covid-Syndrom“, ME/CFS „Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Fatigue-Syndrom“ und PVS „Post-Vac-Syndrom“ bedeutet.
2. Im Rahmen meiner noch gelegentlichen Gutachtertätigkeit habe ich einige Patientinnen und Patienten mit diesen Krankheitsbildern näher kennengelernt und dabei festgestellt, dass es sich um Be-



troffene im mittleren Alter handelt, die durch diese Erkrankungen hinsichtlich ihrer Lebensqualität und beruflichen und sonstigen Leistungsfähigkeit zum Teil erheblich beeinträchtigt sind.

3. Diese Krankheitsbilder stehen zwar meist in einem Zusammenhang mit einer Infektionserkrankung, vor allem mit Covid-19, aber die eigentlichen Ursachen, das heißt, ihre Pathogenese ist noch weitgehend unklar. So gibt es bis heute keinen Labortest und auch kein bildgebendes Verfahren, mit dem die Existenz dieser Krankheitsbilder nachgewiesen werden kann.
4. Von daher wundere ich mich, dass es eine Reihe von „Experten“ auf diesem Gebiet gibt, die eine rein somatische Ursache dieser Erkrankungen postulieren und eine seelische (auch teilweise) Verursachung strikt ablehnen.
5. Das ist mit ein Grund dafür, dass vielen Betroffenen, die unter ihren Beschwerden erheblich leiden, in der Rehabilitation nicht oder nur wenig geholfen werden kann, weil sie prinzipiell gegen psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen eingestellt sind. Diese könnten ihnen jedoch, unabhängig von den Vorstellungen über die mögliche Verursachung dieser Erkrankungen, bei der Krankheitsbewältigung helfen.
6. Dabei gibt es gute Gründe dafür, warum neben direkten biologischen Folgen der Infektion mit SARS-CoV-2 und anderer Krankheitserreger bzw. der Impfung auch psychosoziale Faktoren als mögliche Ursache für die oben genannten Erkrankungen zu diskutieren sind (siehe auch 1, 9, 10).
7. Da die Zahl der von den oben genannten Krankheitsbildern Betroffenen in Deutschland mittlerweile in die Hunderttausende gehen dürfte, besteht hier ein großer Forschungs- und Versorgungsbedarf.
8. Angemerkt sei noch, dass es bisher nur wenige Anlaufstellen für Erwachsene mit Verdacht auf PVS gibt: Dazu gehören eine Spezialambulanz für Post-Vac-Fälle am Universitätsklinikum Marburg sowie die neurologische Post-Covid-19-Sprechstunde an der Klinik für Neurologie, Charité Universitätsmedizin Berlin. Hier werden PVS-Betroffene nur bei primär neurologischer Manifestation betreut.

LITERATUR BEIM VERFASSER  
 PROF. KLAUS-DIETER KOLENDA,  
 KRONSHAGEN

## „...aber, die heutige grundsätzliche ärztliche Einstellung ist so nicht akzeptabel“

### ARZTZEIT Gedanken eines Lesers zum Thema ärztliche Arbeitszeit und zur Work-Life-Balance.

Sind es in den vergangenen Jahren so viel mehr Patienten und weniger Ärzte geworden? Hat sich das Verhältnis wirklich entscheidend verändert? Wir waren damals voll ausgelastet bei deutlich weniger Personal.

Die heutigen Schwierigkeiten mit dem deutschen Gesundheitswesen, insbesondere auch mit den hohen Kosten, erscheinen mir nicht allein politisch bedingt, sondern auch der Ärzteschaft zuzuschreiben.

Die Life-Work-Balance hat sich für etliche Kollegen anscheinend zum Rückzug ins Private verschoben.

Kürzlich wurde im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt über neue Organisationen für den Bereitschaftsdienst der Ärzte diskutiert. Dabei wurde fast abschätzig über kleinteiligen Bereitschaftsdienst gesprochen, den wir damals erfüllten. Wir waren vier bis fünf Kollegen in einem Umkreis von 20 km, die sich im Bereitschaftsdienst abwechselten. Der Bereitschaftsdienst mit einer Woche jeden Monat durchgehend Tag und Nacht war natürlich eine Herausforderung.

Für die Patienten dagegen war es eine fast optimale Situation. Um die Patienten geht es aber doch in erster Linie. Was sollte ein Arzt ohne Patienten? Man kannte sich persönlich, die häuslichen und familiären Umstände, die Vorgeschichte. In Notfällen, z.B. drohendem status asthmaticus, war ich zur Stelle, auch am Heiligabend. Wenn Sie heute den Hausarzt an der Ecke anrufen, erhalten Sie selten Anschluss und bekommen den Arzt nicht zu sprechen.

Der Notarzt mit RTW muss es richten. Der kann aber nicht überall gleichzeitig sein und muss oft erst die Adresse des Patienten finden. Die Kosten dieses Einsatzes übertreffen die hausärztlichen um mehr als das Zehnfache (dies zu den hohen Kosten des Gesundheitswesens).

In den Notaufnahmen der Krankenhäuser drängeln sich dann Patienten, die auch ambulant hausärztlich versorgt werden könnten, wenn sie denn einen telefonisch erreichen würden. Eine Niederlassung sollte davon abhängig sein, dass der Arzt zu den „Sprechzeiten“ auch telefonisch persönlich erreichbar ist (Ausnahmen und Vertretungen natürlich möglich).

In Einzelfällen hat es schon immer einmal Differenzen im Arzt-Patienten-Verhältnis gegeben, aber die heutige grundsätzliche ärztliche Einstellung ist so nicht akzeptabel.

DR. JOACHIM HEITMANN, FOCKBEK

## 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: aertzblatt@aeksh.de

**N**atascha Jost, Doktorandin im Brustzentrum am UKSH-Campus Lübeck, und ihre Kollegin Dr. Franziska Fick stellten aktuelle Daten zur Behandlung von älteren Brustkrebspatientinnen vor. In Deutschland liegt das Durchschnittsalter bei der Diagnose bei 63 Jahren. „Ältere Patienten sind in klinischen Studien deutlich unterrepräsentiert. Ziel der Untersuchung war es, Patienten- und Krankheitsmerkmale sowie den Behandlungsverlauf bei einer großen Gruppe älterer Patientinnen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs zu analysieren“, erklärte Jost. In die Analyse wurden 327 Patientinnen und Patienten eingeschlossen, darunter sieben Männer. Das Durchschnittsalter betrug 83 Jahre, die Altersspanne lag zwischen 80 und 96 Jahren. Die häufigsten Begleiterkrankungen waren Bluthochdruck (69,1 %), Fettleibigkeit (25,7 %), Diabetes (19,9 %), Herzinsuffizienz (8,3 %) und Osteoporose (8,3 %). Fast alle Patienten (95,6 %) nahmen mindestens ein und durchschnittlich fünf Medikamenten ein. Nur knapp ein Drittel (32 %) der Patienten wurde leitliniengerecht behandelt – je älter, desto seltener.

„Bei älteren Patientinnen wird oft von der Leitlinienempfehlung abgewichen, besonders beim HER2-positiven und triple-negativen Mammakarzinom, also bei den Tumoren, bei denen eine Indikation zur Chemotherapie vorliegt“, erklärte Prof. Maggie Banys-Paluchowski, Leiterin des Lübecker Brustzentrums, auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. Im hohen Alter müsse der Benefit einer solchen aggressiven Therapie immer sorgfältig mit den Nebenwirkungen abgewogen werden. „Unsere Auswertung zeigt, dass die Therapieentscheidung bei dieser vulnerablen Population im klinischen Alltag sehr individualisiert getroffen wird – das finde ich positiv. Wir sollten nicht um jeden Preis versuchen, leitliniengerecht zu behandeln, sondern den Allgemeinzustand, Komorbiditäten und die individuelle Situation der Patientinnen und Patienten in den Fokus stellen.“

Banys-Paluchowski selbst stellte die kürzlich gestartete, weltweit größte Studie zu Lokalisationsverfahren bei nicht-tastbaren Mammakarzinomen vor. Derzeit werden unterschiedliche Lokalisationstechniken verwendet, wie die Drahtmarkierung, Markertechniken, Farbstoff oder intraoperativer Ultraschall. Weil die wissenschaftliche Datenlage noch keine eindeutige Aussage über die optimale Technik ermöglicht und auch die internationalen Leitlinien die Datenlage nicht einheitlich bewerten, wurde

# Leitlinien: Nicht um jeden Preis!

**BRUSTKREBS** Beim 43. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Senologie in Dresden waren auch aus Schleswig-Holstein verschiedene Expertinnen vertreten, um aktuelle Studienergebnisse zu präsentieren.



Aus dem UKSH in Lübeck beim Kongress in Dresden vor Ort (v.l.): Dr. Franziska Fick, Prof. Dr. Achim Rody, Natascha Jost, Prof. Maggie Banys-Paluchowski, Dr. Katharina Kaschmer.

die MELODY-Studie ([www.eubreast.org/melody](http://www.eubreast.org/melody)) ins Leben gerufen, an der aktuell 17 Länder mit 99 Studienzentren teilnehmen. Im Rahmen der Studie werden Daten zum Tumorstadium, zum feingeweblichen Untersuchungsergebnis, zum Ergebnis der bildgebenden Diagnostik und zur durchgeführten Therapie erfasst. Auf diese Weise können die unterschiedlichen Lokalisationstechniken in Abhängigkeit von anderen Faktoren bewertet werden. Dabei werden alle Patientinnen nach dem jeweils gültigen Standard behandelt. „Mit den ersten Ergebnissen rechnen wir 2025 und 2026“, erklärte Banys-Paluchowski, die die internationale Studie leitet. „Unser Ziel ist es, mit dieser umfassenden Untersuchung Evidenz für Leitlinienempfehlungen zu schaffen.“

Weiteres Kongressthema: Der erste Schritt zur Ausweitung der Altersgrenzen im Deutschen Mammographie-Screening-Programm ist zum 1. Juli 2024 erfolgt: Seitdem können auch Frauen zwischen 70 und 75 Jahren am Mammographie-Screening teilnehmen, wie während des Kongresses in Dresden erläutert wurde. Eine automatische Einladung mit Terminvorschlag, wie

bei Frauen zwischen 50 und 69 Jahren, erfolgt zunächst jedoch nicht. Interessierte Frauen dieser Altersgruppe können sich an die für ihren Wohnort zuständige zentrale Stelle wenden, um einen Termin zu vereinbaren ([www.mammo-programm.de/de/termin](http://www.mammo-programm.de/de/termin)). Voraussetzung hierfür ist, dass die letzte Früherkennungs-Mammographie mindestens 22 Monate zurückliegt.

Auch die Ausweitung des Mammographie-Screenings in der Altersgruppe 45 bis 49 Jahre ist einen entscheidenden Schritt weitergekommen: Das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) hat in seiner Stellungnahme bereits im Oktober 2023 festgestellt, dass die Teilnahme am Screening auch für Frauen ab einem Alter von 45 Jahren mit mehr Nutzen als Risiken verbunden ist. Das BfS empfiehlt daher, die untere Altersgrenze für die Teilnahme am Mammographie-Screening von 50 auf 45 Jahre herabzusetzen. Ob und wann der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine entsprechende Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie vornimmt, ist aktuell noch unklar.

## 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 Notärzte mit umfangreichen Erfahrungen in Klinik und Rettungsdienst.

Inhalte: Die Inhalte beziehen sich auf das BÄK-Curriculum.

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.

Termin: 12. bis 14. November 2024

### Fachkunde Strahlenschutz – Röntgendiagnostik

Eine Fachkunde im Strahlenschutz setzt sich grundsätzlich aus dem Besuch von Strahlenschutzkursen und dem Nachweis praktischer Erfahrung zusammen. Zum Erwerb der Fachkunde ‚Röntgendiagnostik‘ sind folgende Strahlenschutzkurse in der angegebenen Reihenfolge zu absolvieren:

- ▶ Kurs zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz – Röntgendiagnostik (8 Stunden)
- ▶ Grundkurs im Strahlenschutz – medizinischer Bereich (21 Stunden)
- ▶ Spezialkurs im Strahlenschutz – Röntgendiagnostik (20 Stunden)

Der Kurs zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz setzt sich aus 4 Stunden Theorie und 4 Stunden Praxis zusammen. Der theoretische Teil wird hier angeboten, der praktische Teil sollte vor dem Besuch des theoretischen Teils in der Abteilung absolviert worden sein, in der auch die praktische Erfahrung zum Erwerb der Fachkunde gesammelt wird. Ein schriftlicher Nachweis über den praktischen Teil ist vor Beginn des theoretischen Teils vorzulegen.

Zum Erwerb der Fachkunden ‚Computertomographie‘ und ‚Interventionelle Radiologie‘ ist der Besuch weiterer Spezialkurse nötig. Die aufgeführten Kurse sind gemäß der Richtlinie ‚Strahlenschutz in der Medizin‘ vom 17. Oktober 2011 sowie der Richtlinie ‚Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin‘ vom 22. Dezember 2005, zuletzt geändert am 27. Juni 2012, von der für den Vollzug der Strahlenschutzverordnung zuständigen obersten Landesbehörde des Landes Schleswig-Holstein und damit bundesweit anerkannt.

- ▶ Mo. 12:00 – 15:00 Uhr: Kenntnisse im Strahlenschutz/Röntgendiagnostik – theoretischer Teil
- ▶ Mo. 13:30 Uhr – Mi. 16:30 Uhr: Grundkurs Medizin
- ▶ Do. 9:00 Uhr – Fr. 18:00 Uhr: Spezialkurs Röntgendiagnostik

Eine partielle Teilnahme ist möglich.

Termin: 23. bis 27. September 2024



Über den QR-Code finden Sie das komplette Veranstaltungsangebot.



#### Kontakt

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

# Nach „Bonanza“ kam die Kälte...

**FKQS ...und Kälte macht sozial. Zumindest galt das für männliche Primaten in der Eiszeit – weil eine veränderte Dopamin-Oxytocin-Mischung mehr Toleranz unter Männchen und größeren Gruppen zuließ. Das funktioniert nicht nur bei Goldstumpfnasen. So sah auch 1993 das gemeinsame Überlebensprinzip der Arzneimittelhersteller und der Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein aus.**

Die Bedrohung hieß GSG. Nein, gemeint ist nicht das Graf-Stauffenberg-Gymnasium, auch nicht die Spezialeinheit der Bundespolizei. Gemeint ist das Gesundheitsstrukturgesetz, das Horst Seehofer als frisch gekürter Gesundheitsminister glaubte, der „erstaunlichen Kreativität im Geldausgeben u.a. der Ärztfunktionäre“ (Zitat Ärztezeitung) entgegengesetzt zu müssen.

Seine Vorgängerin Gerda Hasselfeldt war gemeinsam mit Helmut Kohl mit dem Aufbau Ost beschäftigt und hatte nicht verhindern können, dass sich in dieser auch mit „Bonanza“ (Syn. für Goldgrube, Wohlstand) beschriebenen Zeit die Gesundheitskosten verdoppelt hatten. Der von Ärztfunktionären als „nicht richtiger Akademiker“ verspottete Seehofer legte ein Sparpaket auf, das im ersten Jahr zur angestrebten Kostensenkung von 5,5 Mrd. Euro führte.

Seehofer „kriegte“ sie alle: Er verfügte einen Preisstopp für die Hersteller von Arzneimitteln, forderte höhere Zuzahlungen von Patienten und erfand das Arzneimittelbudget, für das 1993 noch Hersteller und Ärzte, ab 1994 nur noch die Verschreiber haften sollten.

Pharmaindustrie und Ärzteschaft mutierten zu bewusst gegeneinander ausgespielten Feinden. Das war der Stoff, aus dem in Schleswig-Holstein der Beginn einer wunderbaren Freundschaft wurde.

„Die Erfahrung, dass die Politik sich rigoros über legitime Interessen der so genannten Leistungserbringer hinweggesetzt und auch durchaus einzelne Gruppierungen gegeneinander ausgespielt hatte, führte schnell zu der Erkenntnis, dass mehr gemeinsames Handeln nötig war“ beschrieb Dr. Eckhard Weisner (Präsident der ÄKSH von 1998–2001) die Lage, die am 30. Juni 1993 zu einem ersten dreistündigen Gespräch zwischen Ärzten und Vertretern der Pharmaindustrie führte.

Aus einem Zustand, der auf den ersten Blick wie eine Katastrophe wirkte, entstand 1994 der „Förderkreis Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein e.V.“. Ein Verein, der Mitglieder der Arzneimittelindustrie, der KV und der Ärztekammer einte im Bemühen um die „Verbesserung der Krankenversorgung insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie und die Förderung der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich in Schleswig-Holstein“ (s. Satzung 6. Juli 1994).

Gründungsmitglieder waren neben Weisner Dr. Karl-Werner Ratschko (ärztlicher und Hauptgeschäftsführer ÄKSH 1978–2003) und Dr. Klaus Bittmann (Vorsitzender KVSH 1998–2006), der 2000 die Ärztegenossenschaft Nord gründete, die ebenfalls Mitglied im FKQS wurde.

„Das war die schönste Zeit, weil alles dort begann“ heißt es in einem Lied über das Jahr 1994. Es begann – wie Dr. Franz Bartmann (Präsident der ÄKSH 2001–2018, Vorsitzender des FKQS 1999–2019) anlässlich des 25-jährigen FKQS-Jubiläums konstatierte – der Brückenschlag über die Kluft zwischen Dax-orientierten Unternehmen und dem Patienten verpflichteten Ärzten.

Mein „Therapieziel“ (Vorsitzende des FKQS seit 2019) ist es nach wie vor, „im Gespräch zu bleiben“ und das gelingt: in den Arbeitsgruppen, im Interview „talk about“, in der Diskussion über förderpreiswürdige Projekte und vor allem in dem jährlich stattfindenden Symposium.

Auf der Dauerbaustelle Gesundheitsreform fragen wir uns, ob Geiz krank macht, Rabattverträge Chaos in die Realität bringen oder nur den Hausarzt in den Spagat – überlebt das System trotz Morbi RSA oder nach dem Prinzip shift happens mit sicherer Sicherstellung trotz oder wegen des Versorgungsverbesserungsgesetzes oder verieren wir uns gemeinsam im Regulierungs-



*Spricht über die Zukunft beim FKQS-Jubiläum: Prof. Ulrich Reinhardt.*

kuddelmuddel? Sie sind nicht mitgekommen? Mocht nix. Ich habe versucht, die Titel der Symposien 2008–2023 in einen Zusammenhang zu bringen – gelungen ist mir das nicht. Aber spannend war es in jedem Jahr.

Und so werden wir auch die nächsten 30 Jahre gestalten. „Gemeinsam neue Wege gehen“ ist der Titel des diesjährigen Symposiums, das stattfindet am 13. November 2024 von 18:00–20:30 Uhr im Atlantic Hotel in Kiel (Anmeldung über die FKQS-Homepage). Feiern Sie mit uns! Sie sind herzlich eingeladen! Unsere Ministerin Prof. Kerstin von der Decken wird Sie begrüßen, es folgen Interviews mit Dres. Franz Bartmann und Klaus Bittmann und auf die Zukunft vorbereiten wird uns der Zukunftsforscher Prof. Ulrich Reinhardt.

DR. GISA ANDRESEN, FKQS-VORSITZENDE

# „Critical view of safety“ nicht beachtet

**SCHLICHTUNGSSTELLE** Operationsstandards bei der Gallenblasenentfernung: Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus im Rahmen einer Gallenblasenentfernung mangels ausreichender Darstellung der Strukturen – ein vermeidbarer Fehler, wie die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Schleswig-Holstein entschied.

Der behandelnde Arzt, niedergelassener Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, führte als Belegarzt in einem schleswig-holsteinischen Krankenhaus bei der Patientin eine laparoskopische Cholezystektomie durch. Vorausgegangen waren mehrere Episoden von Gallengangskoliken.

Bei symptomatischer Cholezystolithiasis wurde die Indikation zur Cholezystektomie gestellt. Hierbei wurde der Ductus hepatocholedochus durchtrennt. Laut Operationsbericht wurden nach Anlage des Pneumoperitoneums über eine Minilaparotomie weitere Trokarzugänge im linken und rechten Oberbauch platziert.

Im Anschluss wurde die Gallenblase am Fundus mit einer Zange gefasst, einige Verwachsungen wurden gelöst. Dann wurde mit der Diathermie der peritoneale Überzug gespalten und das Calot-Dreieck dargestellt.

Im Operationsbericht wird nun das vermeintlich „sichere Identifizieren des Ductus cysticus“ beschrieben, dieser wurde zirkulär umfahren und dann zwischen drei Clips durchtrennt. Sodann wird beschrieben: „Es verbleibt gallenblasenwärts bzw. leberwärts ein Gallengangslumen. Somit V.a. Verletzung des Ductus hepatocholedochus.“

Die Operation wurde laut Operationsbericht fortgesetzt und die Gallenblase weiter freipräpariert. Dann gelang auch die sichere Darstellung des Ductus cysticus, der nun ebenfalls mit Clips versorgt und dann durchtrennt wurde. Auch die Arteria cystica wurde sicher identifiziert und mit Clips versorgt. Anschließend erfolgte die Präparation des verletzten Hauptgallenganges. Hierbei zeigte sich laut Operationsbericht eine subtotale Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus mit einem kompletten Verschluss des duodenumseitigen Stump-

fes mit zwei Titanclips, einer schmalen Gewebsbrücke nach leberwärts und einem relativ großen freien Lumen des DHC nach leberwärts.

## Der weitere Verlauf

Unmittelbar nach der Operation erfolgte laut OP-Bericht die Verlegung der Patientin in ein Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe. Dort wurde noch am selben Tag eine Laparotomie durchgeführt. Es erfolgte der Zugang zur Bauchhöhle über eine quere Oberbauchlaparotomie.

Vier Tage später musste eine Revisionsoperation erfolgen, da die angelegte biliodigestive Anastomose (Verbindung zwischen Hauptgallengang und oberem Dünndarm) insuffizient geworden war. Es erfolgte die Anlage einer erneuten Hepatikojejunostomie im Sinne einer Hepp-Couinaud-Erweiterungsplastik. Hierbei wurden die Lumina der Gangstrukturen durch zusätzliche Längsinzisionen erweitert. Es wurden nun zwei Gallengangsdrainagen in den rechten und linken Lebergallengang eingelegt, ebenso wurde der Pankreasgang drainiert.

Der postoperative Verlauf zeigte keine Auffälligkeiten und die Patientin konnte am 14.12. nach Hause entlassen werden. Die eingelegten Gallengangsdrainagen sollten noch insgesamt mindestens vier Wochen verbleiben. Im weiteren Verlauf kam es am 17.12., 22.12 und 27.12. zur Vorstellung in der Notaufnahme aufgrund nicht mehr fördernder Drainage. Am 30.01. erfolgte die Entfernung der letzten Drainage. Bei der nach Aktenlage letzten Vorstellung in dem behandelnden Klinikum zeigten sich unauffällige Verhältnisse im Bereich der Leber.

## Beanstandungen der ärztlichen Maßnahmen

Die Antragstellerin vermutete, dass die laparoskopische Cholezystektomie durch

den Operateur fehlerhaft durchgeführt wurde und die Durchtrennung des Hauptgallenganges auf die nicht ordnungsgemäß durchgeführte Operation zurückzuführen sei. Darüber hinaus beanstandete sie, dass die verursachte Läsion nicht unmittelbar selbst durch den Operateur behandelt worden sei. So sei möglicherweise wertvolle Zeit verstrichen.

## Stellungnahme des Operateurs

Auf den Vorwurf fehlerhaften Handelns wurde mit einer eigenen Darstellung des Sachverhaltes reagiert. Behandlungsfehler wurden in Abrede gestellt.

Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass es sich bei der subtotalen Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus um eine seltene, typische und konsequenzenreiche Komplikation handele. Die entsprechende persönliche und infrastrukturelle Expertise für die operative Versorgung in einem solchen Fall sei in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung grundsätzlich nicht gegeben.

## Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte externe Gutachter, Facharzt für Chirurgie, kam zu dem Ergebnis, dass die Operation fehlerhaft erfolgt sei, da die Strukturen der Gallenblase vor Durchtrennung nicht sicher identifiziert worden seien. Die Indikation zur Operation am 4.12. sei medizinisch begründbar gewesen und nicht zu kritisieren. Die Operation sei aber nicht nach den geltenden Fachgebietsstandards durchgeführt worden. Zur Vermeidung von Komplikationen – wie der hier eingetretenen – werde während der Operation üblicherweise eine Technik angewandt, um die Wahrscheinlichkeit für eine Verletzung der Strukturen zu minimieren, die als „critical view of safety“ bezeichnet werde. So sei es Standard, solange keine Strukturen zu durchtrennen,

bis eindeutig der Gallenblasengang (Ductus cysticus) und die Gallenblasenarterie (Arteria cystica) identifiziert seien.

Im Operationsbericht sei die Darstellung des Calot-Dreiecks und die Spaltung des serösen Überzuges beschrieben.

Als Calot-Dreieck wird die gedachte Verbindung zwischen Gallenblasengang, dem Gallengang und der Gallenblasenarterie bezeichnet. Eine Seite dieses Dreiecks stellt die Arteria cystica, eine andere der Gallenblasengang dar. Nicht beschrieben sei im Operationsbericht die explizite Darstellung zweier Strukturen, die zur Gallenblase zögen, ebenso finde sich keine Angabe darüber, ob die Serosa des Calot-Dreiecks von beiden Seiten gespalten worden sei, was impliziere, dass die Strukturen vollständig von Fett- und Bindegewebe befreit seien.

Es fehle daher im Operationsbericht die Beschreibung der zweiten Begrenzung des Calot-Dreiecks. Da eben jedoch die Ausbildung der Gangstrukturen im Bereich der Gallenblase extrem variabel seien, gelte es als Operationsstandard, vor einer Durchtrennung der Strukturen beide (Ductus cysticus und Arteria cystica) sicher zu identifizieren und festzustellen, dass beide zur Gallenblase zögen. Dies müsse im Operationsbericht zwingend dokumentiert werden.

Der Gutachter kam daher zu dem Ergebnis, dass dem vorliegenden Operationsbericht nicht sicher zu entnehmen sei, dass standardgemäß operiert worden sei, da eine eindeutige Darstellung der Strukturen vor ihrer Durchtrennung im Sinne eines „critical view of safety“ nicht dokumentiert sei. Die aufgetretene Komplikation der Verletzung des Hauptgallengangs bei dem Eingriff sei aufgrund einer fehlerhaften Durchführung der Operation entstanden. Wären die Strukturen der Gallenblase vor Durchtrennung sicher identifiziert worden, wäre es nicht zu einer Verletzung des Hauptgallenganges gekommen.

Auf die Komplikation bei der Operation vom 04.12. sei standardgemäß reagiert worden. Die Verlegung sei zeitgerecht erfolgt und fachgerecht gewesen, da die erfolgreiche Behandlung von Gallengangsverletzungen eine hohe Expertise im Bereich der Gallengangs Chirurgie erfordere.

### *Die Entscheidung der Schlichtungsstelle*

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an. Die Verletzung

des Hauptgallengangs der Patientin in der Operation vom 04.12. wurde als behandlungsfehlerhaft bewertet. Im Einzelnen:

Der Gutachter stellte verständlich und überzeugend das standardgemäße Vorgehen bei einer Cholezystektomie dar. Eine entsprechende sorgfältige Präparation des Operationssitus war im Operationsbericht vom 04.12. nicht nachvollziehbar. Entweder wurde eine solche versäumt oder sie wurde jedenfalls nicht dokumentiert.

### *Dokumentationspflicht*

Der Arzt ist verpflichtet, alle wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Befunde, Maßnahmen und Unterredungen in hinreichend klarer Form zu dokumentieren. Inhalt und Umfang der Dokumentation richten sich nach § 630 f Abs. 2 BGB. Danach ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.

Damit der Verlauf der Operation hinreichend deutlich wird, sind im Rahmen des Operationsberichts die medizinisch gebotenen wesentlichen Operationsschritte, die gewählte Operationsmethode sowie die intraoperativen Befunde zu beschreiben.

Die Schlichtungsstelle schloss sich daher dem Gutachter auch dahingehend an, dass die sorgfältige Präparation als medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme zu dokumentieren gewesen wäre.

### *Dokumentationsfehler*

Das Unterlassen der ärztlichen Dokumentation ist zwar keine eigenständige Anspruchsgrundlage, dem Patienten kommen aber bei mangelhafter Dokumentation Beweiserleichterungen hinsichtlich des Vorliegens eines Behandlungsfehlers zu. Gemäß § 630h Abs. 3 BGB wird zu Lasten des Arztes bei nicht dokumentierten Maßnahmen vermutet, dass er diese Maßnahmen nicht getroffen hat. Diese Vermutung kam der Patientin zugute, sodass die Schlichtungsstelle davon auszugehen hatte, dass eine sorgfältige Präparation des Operationssitus nicht stattgefunden hatte. Eine Widerlegung dieser Vermutung in einem zivilgerichtlichen Verfahren wäre ggf.

denkbar, dies dürfte nach Einschätzung der Schlichtungsstelle im vorliegenden Fall jedoch nur schwer möglich sein.

### *Vermeidbarkeit der Komplikation*

Der Gutachter hat nachvollziehbar dargestellt, dass es als schwerwiegende Komplikationen bei einer Gallenblasenentfernung sehr selten zu einer Verletzung des Ductus hepatocholedochus und der Leberarterien kommen kann. Die anatomischen Varianten der Gallenwege im Bereich des Leberhilus seien sehr zahlreich und bergen bei nicht eindeutiger Identifikation des Ductus cysticus vor seiner Durchtrennung ein hohes Fehlerpotenzial.

Bei Eintreten einer solchen Komplikation muss jedoch im Einzelfall geprüft werden, ob sie trotz standardgerechtem Handeln aufgetreten ist und mithin unvermeidbar war, oder ob die Komplikation als Folge eines behandlungsfehlerhaften Handelns aufgetreten und damit vermeidbar war.

Der Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass es bei initialer Darstellung der Gallenblasenarterie und des Gallenblasenganges im Sinn des „critical view of safety“ nicht zu einer Verletzung des Hauptgallenganges gekommen wäre. Daher war die Verletzung des Hauptgallengangs hier als vermeidbar zu bewerten.

### *Kausalität und Gesundheitsschaden*

Durch das fehlerhafte Vorgehen wurde der Krankenhausaufenthalt der Patientin um ca. 2 Wochen verlängert. Zusätzlich zu der ersten Operation wurden zwei weitere Eingriffe erforderlich, es wurde eine Oberbauchlaparotomie durchgeführt.

Die Patientin wurde mit noch für weitere 6 Wochen einliegenden Gallengangsdrainagen entlassen. Aufgrund von Verstopfungen musste sie sich wiederholt in der Notaufnahme vorstellen. Es bestehen nun höhere Risiken für weitere Erkrankungen im Bereich der Leber. Im Ergebnis waren daher aus Sicht der Schlichtungsstelle Schadensersatzansprüche im dargestellten Rahmen begründet.

DR. JUR. JESSICA SIERING, LEITERIN DER  
SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFT-  
PFLICHTFRAGEN DER ÄRZTEKAMMER  
SCHLESWIG-HOLSTEIN

# ANERKENNUNGEN NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

Im II. Quartal 2024 haben folgende ärztliche Personen aufgrund erfüllter Voraussetzungen das Recht zum Führen folgender Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein erhalten:

## FACHARZTKOMPETENZEN

### Allgemeinchirurgie

Dr. Felicitas Frettlöh

### Allgemeinmedizin

Dorothee Baumgärtner

Sandra Bock

Timm de Buhr

Sabina Caro Leal

Dr. Claudia Frank

Wafaa Hammoud

Solvejg Hauffen

Dr. Heiko Klinge

Dr. Anne-Kathrin Krug

Dr. Christine Krumm

Dr. Simon Lorenz

Laura Möltgen

Claudia Niehoff

Dr. Catharina Rautenberg

Dr. Sven Rieper

Petra Hilde Roß

Dr. Philipp Schlattmann

Jannik Schweim-Günther

Richard Skupin

Dr. Moiken Ußner

Dr. Mareike Wahls

Katrin Wonnemann

### Anästhesiologie

Dr. Sebastian Baier

Dr. Andrea Baron

Dr. Leonard Donner

Karol Friedrich

Dr. Christian Fuchs

Susanna Heinrichs

Kati Hildebrandt

Dennis Kretschmann

Nathanael Lauer

Dr. Ívar Orri Magnússon

Friederike Thiele

Michael Usinger

### Arbeitsmedizin

Dr. Rebecca Weidemann

### Augenheilkunde

Dr. Hannah Hunold

Nicole Kobinger

Dr. Roya Piria

Dr. Michael Zimbelmann

### Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. Golo Aust

Dr. Thekla Schönherr

Dr. Anneke Wilhelm

### Gefäßchirurgie

Dr. Matthias Bürger

### Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Carina Freitag

Frederike Weigelt

### Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. Marion Jost

Nadine Lüttmann

Dr. Benjamin Schlag

### Innere Medizin

Idjzat duktur fi-t-tibb al-bashari Odai Al Mahmoud

Anja Aleksic

Kinan Bakkour

Dr. Marie-Charlott Birke

Dr. Aminah Flinspach

Dr. Amelie Grübener

Dr. Tim Hahn

Lieske Tonia Kim Jarck

Hannes Karstens

Lena Koopmann

Dr. Tobias Löffler

Dr. Simon Mirolid

Dr. Nadine Sarah Mirwald

Alaa Saied

Dr. Jost Schwarzwald

Yushu Shang

Dr. Friederike Werner

### Innere Medizin und Angiologie

Christian Heber

### Innere Medizin und Endokrinologie

#### und Diabetologie

Dr. Tim Hollstein

Martina Meier-Höfig

### Innere Medizin und Infektiologie

Dr. Elena Terhalle

### Innere Medizin und Kardiologie

Moschtaba Akhundzada

Ahmad Alali

Leman Aliyeva

Erik Matschulla

Dr. Omar Samara

Osama Tlass

Dr. Jan-Per Wenzel

### Innere Medizin und Nephrologie

Vanessa Marina Bosch

Dr. Jan-Ole Heller

Folkert Munsche

### Innere Medizin und Pneumologie

Dr. Lutz Leimenstoll

### Kinder- und Jugendchirurgie

Dr. Helena Dirksen

### Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Josephine Drese

Janne Herzberg

Dr. Antje Langeloh

Dr. Esther Neuschulz

Lisa Orgis

### Kinder- und Jugendpsychiatrie

#### und -psychotherapie

Nadine Dießner

### Neurochirurgie

Dr. Johanna Oltmann

### Neurologie

Dr. Maire Czesla

Mario Alberto Gatica Tossi, Ph.D.

Dr. Maximilian Kleimaker

Dr. Martin Neumann

Dr. Laura Paschen

Anabel Seegers

Carolin Steffens

### Orthopädie und Unfallchirurgie

Philipp Daniels

Dr. Moritz Konkel

Lisa Lange

Dr. Jan Schiegnitz

### Pathologie

Dr. Kristina Greimelmaier

### Physikalische und Rehabilitative Medizin

Arash Khosravi

### Physiologie

Dr. Carl Vahldieck

### Plastische und Ästhetische Chirurgie

Dr. Melanie Harden

### Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. Friederike Hofschulte

A'man Talal Jamil Inayah

Doctor-Medic Aureliya Saku

Andranik Ter-Vardanyan

### Strahlentherapie

Dr. Diana Grasreiner

Christian Staackmann

Transfusionsmedizin

Dr. Waltraud Martin

### Urologie

Mira Maria Baumstark

Silvia Brozat-Essen

Dr. Jessica Maytham

## SCHWERPUNKTKOMPETENZEN

### Gynäkologische Onkologie

Dr. Mohamed Elessawy  
Dr. Mascha Greuling  
Inga Kemena

### Neonatologie

Dr. Gesa Henrike Auerswald

### Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Dr. Rami Shihada

## ZUSATZWEITERBILDUNGEN

### Akupunktur

Victoria Chhay-Bergmann  
Dr. Philipp Hannah  
Sabine Kalwa  
Dr. Melanie Kratzenberg  
Margarete Kripke  
Monique Palm  
Melanie Reichardt  
Dr. Jona Röseler  
Tugçe Temel  
Meral Tosun  
Sema Wolf  
Allergologie  
Dr. David De Luca Laredo

### Balneologie und Medizinische Klimatologie

MUDr. Mária Chudá  
Dr. Marlene Reich

### Betriebsmedizin

Dr. Kathrin Freifrau von Hardenberg  
Dr. Katrin Pelka

### Ernährungsmedizin

Dr. Matthias Lessing  
Dr. Berenice Schulte

### Geriatric

Dr. Annika Kranich  
David Kurzer  
Dr. Sonja Wigand

### Handchirurgie

Stephan Niclas Rautenbach

### Infektiologie

Dr. Neel Petersen

### Intensivmedizin

Martina Figge  
Dr. Klaus Klepik  
Huyen Pham Thi  
Rico Raphelt  
Dr. Julia Windolph

### Klinische Akut- und Notfallmedizin

Dr. Fabienne Jacob  
Dr. Jan Kersebaum

### Notfallmedizin

Anita Heckert  
Dr. Ann-Christin Jährg  
Dr. Leonard Jährg  
Dr. Iman Khalili, B.A.  
Dr. Eylena Lafendt-Triskatis  
Dr. David Mehlan  
Jule Mischke  
Dr. Franziska Nesso  
Markus Richter  
Mahdi Trabelsi  
Dr. Maxi Treder

### Palliativmedizin

Dr. Silke Bertram  
Christopher Kaczmarek  
Dr. Christine Knopp

### Phlebologie

Özgür Dogan

### Plastische Operationen

Dr. Alexander Dinkelacker

### Plastische und Ästhetische Operationen

Dr. Dr. Burkhard Kunzendorf

### Proktologie

PD Dr. Nils Gerrit Heits

### Psychotherapie

Jeannette Bax

### Spezielle Orthopädische Chirurgie

Dr. Alexander Novo de Oliveira

### Spezielle Schmerztherapie

Dr. Anja Gahrns  
Dr. Peter Koppe

### Suchtmedizinische Grundversorgung

Henning Bachmann

### Ärztliches Qualitätsmanagement

Dr. Sisko Braun  
Dr. Sarah Foltmer  
Dr. Christina Kaske-Kuper  
Christoph Trockel

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

## FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

### SEPTEMBER, OKTOBER, NOVEMBER

25. September	Nahrungsmittel-unverträglichkeiten in der Praxis – den Überblick behalten!	Schloss Warnsdorf, Ratekau OT Warnsdorf www.schloss-warnsdorf.de fortbildung@schloss-warnsdorf.de Punkte beantragt
26. September	Der Expertendialog - Kolorektales Karzinom	Städtisches Krankenhaus, Kiel Bildungszentrum www.krankenhaus-kiel.de anmeldung@krankenhaus-kiel.de Punkte beantragt
27. September	Neues aus der Gynäkologischen Onkologie	
28. September	2. Lübecker neurovaskuläre Ultraschallkurs	Sana Kliniken, Lübeck Telefon 0451 585 01 info-luebeck@sana.de www.sana.de/luebeck/ fortbildungsanmeldung 10 Punkte
2. Oktober	Rationale Antibiotika- Therapie in der Ambulanten Versorgung	LADR Akademie, Geesthacht Telefon 04152 803 400 veranstaltung@ladr.de www.LADR.de/ antibiotikatherapie- geesthacht-24-10 3 Punkte
9. Oktober	Symposium 5. Alterstraumatolo- gisches Symposium 10. Flensburger Geriatrie Symposium Update Alterstraumatologie	Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital, Flensburg Telefon 0461 816 2515 sekretariat.geriatrie@malteser.org www.malteser-franziskus.de Punkte beantragt
17. Oktober	10th Anniversary Symposium on Inflammatory Skin Disease	UKSH, Lübeck Lübecker Institut für Experimentelle Dermatologie (LIED) LIED@UKSH.de Punkte beantragt
20. November	Prävention und Therapie der Parkinson-Krankheit	ZAR, Kiel Telefon 0171 6217327 ivonne.gluth@zambongroup.com 5 Punkte
22./23. November	Back & Neck-Seminare Management von akutem und subakutem Kreuzschmerz Valide untersuchen, pragmatisch handeln, kompetent kommunizieren, Selbsteffizienz fördern	Dr. Mathias Rosenbaum, Lübeck Telefon 0451 75787 praxis@allgemeinmedizin- gesellenhaus.de mathias.rosenbaum@icloud.de 16 Punkte

ALLE ANGABEN OHNE GEWÄHR.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise für die Oktober-Ausgabe: 20. September 2024

## Update Alterstraumatologie

5. Alterstraumatologisches Symposium und 10. Flensburger Geriatrie Symposium der Klinik für Geriatrie & Frührehabilitation im Malteser St. Franziskus-Hospital, u.a. mit folgenden Themen:

- ▶ Marina Saussele: „Der Sturz auf die Hüfte“
- ▶ Dr. Mattias Weuster: „Typische alterstraumatologische Verletzungen“
- ▶ Dr. Edward Oates: Osteosynthese oder Prothese, eine Frage des Alters?“
- ▶ Dr. Leif Menzdorf: „Die Insuffizienzfrakturen“
- ▶ Dr. Jakob Schwarzkopf: „Polytrauma mit protraumiertem Delir“
- ▶ Dr. Magnus Melms: „Postoperatives Delir“
- ▶ Dr. Klaus Weil: „Polypharmazie – weniger ist mehr?“

▶ Katja Reinboth: „Osteoporose-Management - frustrierte Mühe?“

Wann: 9. Oktober 2024, 17:30 – 21:30 Uhr

Wo: Hotel Wassersleben, Wassersleben 4, 24955 Harrislee

Anmeldung erbeten unter: 0461 816 2515 oder sekretariat.geriatrie@malteser.org

## Book Launch: „Ethik des assistierten Suizids“: Autonomie, Vertrauen, Ambivalenzen

Ein Reflexionsabend zu einem existentiellen und gesellschaftlich relevanten Thema unserer Zeit. Kurze Impulse, musikalische Intermezzi, Raum für Diskussion und die Vorstellung eines aktuellen Buches (von Claudia Bozzaro, Gesine Richter und Christoph Rehmann-Sutter) dazu.

- ▶ Gesine Richter: „Den Suizidwunsch einsamer Hochaltriger akzeptieren – ein Blick aus der Perspektive derer, die zurückbleiben“
  - ▶ Hannah Mrozynski: „Erfahrungsbericht aus ärztlicher Sicht zum praktischen Umgang mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid in der Klinik“
  - ▶ Sandy Ohms: „Motive und Erfahrungen von professionellen Sterbebegleiterinnen und Sterbebegleitern“
  - ▶ Claudia Bozzaro, Christoph Rehmann-Sutter: „Warum dieses Buch?“
  - ▶ Gemeinsame Diskussion mit dem Publikum
  - ▶ Musikalische Intermezzi mit Bettina Günst und Winfried Kassenberg
  - ▶ Ausklang mit Häppchen und Getränken
- Wann: 11. Oktober 2024 18:00 – 20:00 Uhr  
Wo: Medizin- und Pharmaziehistorische Sammlung der CAU, Brunswikerstr. 2, Kiel  
Anmeldung erbeten unter: 0431 22 03 35 0 oder info@hospiz-initiative-kiel.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 Weiterbildungsbeugnissen) korrekt sind. Unter [www.aeksh.de](http://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 Weiterbildungsbeugnis, 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.



## 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](mailto:anzeigen@elbbuero.com) · [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

**NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Oktober 20. September 2024**

## STELLENANGEBOTE

**1.500**  
Mitarbeiter\*innen  
**45** Rettungswachen  
**250.000**  
Alarmierungen  
im Jahr

Dithmarschen | Pinneberg | Rendsburg-Eckernförde | Segeberg | Steinburg

## Rettungsdienst Kooperation

in Schleswig-Holstein gGmbH

### Gemeinsam neue präklinische Versorgungsformen etablieren!

Aktive Einbindung in Gestaltung und Weiterentwicklung der Telemedizin der RKiSH.

### Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir unbefristet mehrere Telenotärzte\* Telenotärztinnen

in Voll- oder Teilzeit (0,25 – 1,0 VK) für unseren Standort in Pinneberg.

#### Abwechslungsreiches Aufgabenspektrum:

- Telenotarzt\* Telenotärztin in der Telemedizinzentrale
- Dienst auf dem NEF
- Rettungsdienstliche Lehre in der Aus- und Fortbildung von Rettungsfachpersonal
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen

#### Wir bieten Ihnen:

- Eine Vergütung nach TVöD VKA, die der Eingruppierung in die Gruppe Ä3 Stufe 2 (Oberarzt\*Oberärztin) des TV-Ärzte/VKA entspricht, umfangreiches Gesundheitsmanagement, uvm.

*Perspektivisch werden wir unserem ärztlichen Personal eine Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung Medizinische Informatik innerhalb der RKiSH anbieten können.*



Ausführliche Informationen:  
[karriere.rkish.de](http://karriere.rkish.de)



RKiSH gGmbH | Moltkestraße 10 | 25421 Pinneberg | [rkish.de](http://rkish.de)



© Fatheema Murtaza

## IHR NEUER ARBEITSPLATZ

**WIR SUCHEN QUALIFIZIERTE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER, DIE MIT UNS IN DEN BEREICHEN MEDIZIN, TECHNIK, ADMINISTRATION UND PROJEKTKOORDINATION HUMANITÄRE HILFE LEISTEN.**

Unsere Teams sind in rund 60 Ländern im Einsatz. Werden Sie ein Teil davon!

Informieren Sie sich online:  
[www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten)



Vollausgestattete, moderne Praxis in **Bad Oldesloe** sucht

### FA/FÄ für Augenheilkunde WB ASS. ab 4. WB Jahr

zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit.  
Bewerbungen an: [mail@aazbo.de](mailto:mail@aazbo.de)

### Arbeiten an der Elbe!

Engagiertes fröhliches Hausarztpraxisteam in Hamburg braucht Verstärkung und sucht ab 9/24 in TZ

### FA/FÄ für Allgemein/ Innere Medizin (w/m/d)

Kontakt unter 0172- 510 74 45



MARE MED

### FÄ/FA für Orthopädie und Unfallchirurgie

für Praxis in Plön in Teilzeit  
(15-30 Std./Wo.) gesucht.

Modern ausgestattete Praxis, junges motiviertes Team, mittelfristig Einstieg in ÜBAG möglich.

**MARE MED PLÖN** Dr. André Mitzlaff  
Kontakt: [dr.mitzlaff@orthoploen.de](mailto:dr.mitzlaff@orthoploen.de)

## ATOS PRAXISKLINIK HAMBURG

Die ATOS Praxisklinik Hamburg gehört zu den modernsten chirurgischen Kliniken in Deutschland, mit dem Fokus auf ambulante und kurzstationäre operative Behandlungen.

**Wir suchen** für ein dynamisches Arbeitsumfeld mit kurzen Wechselzeiten eine/n erfahrene/n

### FA für Anästhesie (m/w/d) in Voll-/Teilzeit mit Interesse an einer Leitungsfunktion

Das erwartet Sie:

- TIVA bei Erwachsenen und Kindern ab 3 Jahren
- Ultraschallgesteuerte Regionalanästhesie
- Flexibles Arbeiten in einem netten, kollegialen Team
- Hohe Eigenverantwortung und flache Hierarchien
- 5-Tage-Woche: **Kein Nachtdienst, kein Wochenenddienst**

**Wir freuen uns** auf Ihre Bewerbung an [christine.huebner@atos.de](mailto:christine.huebner@atos.de)

### Genug vom Klinikalltag und Fallpauschalen? Lust auf komplexes ärztliches Handeln (im Mittelpunkt der Mensch)?

In unserer internistischen Hausarztpraxis mit Potenzial (2 KV-Sitze) zwischen Hamburg und Lübeck ist genau das möglich. Wachsende Kleinstadt im Speckgürtel von Hamburg - alle Schulen vor Ort!

Kontaktanfragen bitte unter [praxis.abgabe@gmx.net](mailto:praxis.abgabe@gmx.net)

Kiel sucht

frische Köpfe

#frischköpfe

[kiel.de/jobs](http://kiel.de/jobs)



Jetzt bewerben als:

## Ärzt\*in in Kiel

19 Wochenstunden, vergütet nach EG 14 TVöD / A 14 SHBesG



STELLENANGEBOTE



## Die Klinik in Preetz

Die **Klinik Preetz** bietet eine professionelle Gesundheitsversorgung für den gesamten Kreis Plön, für die ganze Familie, für das ganze Leben, rund um die Uhr und das an 365 Tagen im Jahr. Familiäres und menschliches Miteinander, ein professioneller Anspruch über das übliche Maß hinaus, verbunden mit einer soliden, bodenständigen Grundhaltung, zeichnen uns aus. **Moderne Medizin mit Herz und Wärme – das ist unser Selbstverständnis!**

Zusammen mit Ihnen möchten wir unser Team stärken und suchen zum nächstmöglichen Termin

### ▪ Assistenzarzt für den Bereich Innere Medizin (oder Allgemeinmedizin) (m/w/d)

Wir bieten einen modern ausgestatteter Arbeitsplatz, anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem familiären Arbeitsklima, Einbindung in ein motiviertes Ärzteteam mit flachen Hierarchien sowie Vergütung nach dem TV-Ärzte/VKA einschl. Zusatzversorgung.

Nähere Infos zu den Aufgaben und zur Bewerbung finden Sie unter [www.klinik-preetz.de/karriere](http://www.klinik-preetz.de/karriere)

Für Fragen schreiben Sie uns: [personalabteilung@klinik-preetz.de](mailto:personalabteilung@klinik-preetz.de)

### FA Gynäkologie (w/m/d) gesucht

für unbefristete Anstellung in moderner, etablierter Praxis in Itzehoe. Flexible Voll- oder Teilzeit, wertschätzendes Miteinander.

Wir freuen uns auf Sie! [bewerbung@frauenaerzte-itzehoe.de](mailto:bewerbung@frauenaerzte-itzehoe.de)

Arbeiten  
zwischen  
HH & Nordsee





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

OHNE  
DEINE  
SPENDE  
GEHT'S  
NICHT

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





#teamseenotretter



Lübeck und Ostholstein  
Gemeinnützige therapeutische Angebote



## Facharzt / Fachärztin (Voll-/Teilzeit)

- für **Psychiatrie und Psychotherapie** (m/w/d)
- für **Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** (m/w/d)



- **kein Wochenend- und Nachtdienst**
- **keine Rufbereitschaft**
- **geregelter Arbeitszeiten**

[www.jobs.die-bruecke.de](http://www.jobs.die-bruecke.de)

DIE BRÜCKE Lübeck und Ostholstein gGmbH • [www.die-bruecke.de](http://www.die-bruecke.de)  
Tel.: 0451 14 00 8-49 • [bewerbung@die-bruecke.de](mailto:bewerbung@die-bruecke.de)

## KREIS STORMARN

Soziales und Gesundheit



## Ärztin/Arzt (m/w/d) im Sozialpsychiatrischen Dienst

Der Kreis Stormarn sucht für den Fachdienst Gesundheit zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine **Ärztin/Arzt (m/w/d) im Sozialpsychiatrischen Dienst.**

Für Ihre Fragen zum Aufgabengebiet oder zu den Anforderungen an die Stelle steht Ihnen die Leiterin des Sachgebietes, Frau Akisli-Knietzsch, Tel.: 04531/160 1420, gerne zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter: [www.kreis-stormarn.de/karriere](http://www.kreis-stormarn.de/karriere)

**Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!**



## STELLENANGEBOTE



KREIS  
OSTHOLSTEIN



... flexibel,  
familien-  
freundlich,  
zuverlässig

Der Kreis Ostholstein sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für den Fachdienst Gesundheit

- eine/n **Fachärztin/Facharzt** (m/w/d) für **Kinder- und Jugendpsychiatrie** für den Jugendärztlichen Dienst EG 15 TVöD
- **Ärztinnen/Ärzte** (m/w/d) für die Fachgebiete **Amtsärztlicher Dienst und Sozialpsychiatrischer Dienst** EG 14 TVöD – Vollzeit/Teilzeit

Näheres finden Sie unter: [www.kreis-oh.de/Stellenangebote](http://www.kreis-oh.de/Stellenangebote)

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Kreis Ostholstein  
Fachdienst Personal und Organisation  
Postfach 433 · 23694 Eutin  
E-Mail: [personal@kreis-oh.de](mailto:personal@kreis-oh.de)



[berufe-sh.de](http://berufe-sh.de)

## BEILAGENHINWEIS

Diese Ausgabe enthält eine Beilage von PLAN International



## Hausaufgaben machen. Ein Wunsch, den wir Millionen Kindern erfüllen.

Aruna, ein Junge aus Sierra Leone, musste früher arbeiten. Heute geht er in die Schule. Wie er seinen Traum verwirklichen konnte, erfahren Sie unter: [brot-fuer-die-welt.de/hausaufgaben](http://brot-fuer-die-welt.de/hausaufgaben)

**Brot für die Welt**

Würde für den Menschen.

Mitglied der **actalliance**

Für unsere langjährig bestehende **Anästhesiepraxis im Herzen Kiels** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt Sie zur ärztlichen Unterstützung als

**Facharzt/Fachärztin** in Teil- oder Vollzeit mit Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie

Stellenbeschreibung: Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten in unserer Terminsprechstunde. Bei Interesse besteht die Möglichkeit, auch anästhesiologisch tätig zu sein.

Ihr Profil: psychosomatische Grundversorgung, Kenntnisse in der Behandlung chronisch kranker Patienten, gute Kommunikations- und Teamfähigkeit, Einfühlungsvermögen im Umgang mit Patienten, Bereitschaft zu Fort- & Weiterbildungen

Wir bieten flexible & familienfreundliche Arbeitszeiten und Urlaubsregelungen sowie eine leistungsgerechte Vergütung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: [schmerztherapie@narkose-im-norden.de](mailto:schmerztherapie@narkose-im-norden.de)

### FÄ/FA (m/w/d) Gynäkologie und Geburtshilfe

in Teilzeit (20-30h/Woche) ab 01.02.2025

für unsere moderne Doppelpraxis in Wedel gesucht. Flexible Arbeitszeiten, super Verkehrsanbindung, tolles Team.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

[bewerbung@frauenheilkunde-am-rathaus.de](mailto:bewerbung@frauenheilkunde-am-rathaus.de)

Mehr über uns: [frauenheilkunde-am-rathaus.de](http://frauenheilkunde-am-rathaus.de)



## Termine Rubrikanzeigen

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

**STELLENGESUCHE**

**Sie haben Interesse an Pränataldiagnostik?**

Sie möchten Ihr Praxisprofil oder Ihr bestehendes Pränatalteam erweitern? DEGUM II mit langjähriger Expertise freut sich auf neue Tätigkeit. [deckwart-praenatal-hh@gmx.de](mailto:deckwart-praenatal-hh@gmx.de)

**VERTRETUNGEN**

**Erfahrener Allgemeinarzt übernimmt Praxisvertretungen**

Kontakt: 0160 33 88 403

**PRAXISABGABE**

**HNO KV Sitz in Gemeinschaftspraxis in Bad Schwartau abzugeben**

Umsatzstarke, seit über 35 Jahren etablierte HNO-Gemeinschaftspraxis sucht Nachfolger für den Senior. Die Praxis befindet sich in einem modernen Ärztehaus incl. 2 OP-Sälen und privater stationärer Betten. Ebenso ist ein CT vorhanden, sowie Belegbetten direkt vor Ort. Großzügige Praxisräume und eine zuletzt komplette Renovierung überzeugen. An apparativer Diagnostik fehlt es an nichts (incl. Schlafmedizin, Doppler Duplex usw. . .). Hinzu kommt ein erfahrenes junges Team, sowie ein hoher Freizeitwert durch die nahegelegene Ostsee. Kontakt : [frankwisst@yahoo.de](mailto:frankwisst@yahoo.de)

**ANÄSTHESIEPRAXIS VOLLE KV ZULASSUNG IN LÜBECK**

Stammoperateure,umsatzstabil, breit aufgestellt, PKV u. GKV, exzell. Struktur u. vernetzt, eingearbeitetes Team, Geräte/Equipment komplett, Einarbeitung, Anstellung, Gemeinschafts- oder Einzelpraxis möglich, Nachfolgeregelung zum 01.09.24 / 01.01.25.

Kontakt und weitere Informationen unter [DmePraxis@web.de](mailto:DmePraxis@web.de)

**ANZEIGENSCHLUSS :  
Heft Oktober  
20. September**



**Unterstützen Sie Menschen in Not!**

**Helfen Sie jetzt!**  
[www.drk.de](http://www.drk.de)

Deutsches Rotes Kreuz e.V.  
IBAN: DE63 3702 0500 0005 0233 07  
BIC: BFSWDE33XXX  
Spendenzweck: Nothilfe Ukraine



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

Senden Sie uns Ihr Anschreiben resp. Ihre Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Chiffre-Nummer der Anzeige per Post oder E-Mail an: [elbbüro Stefanie Hoffmann](mailto:elbbüro.Stefanie.Hoffmann) (**Chiffre Nr. der Anzeige entnehmen**) Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg oder [anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com).

**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](mailto:mail@kanzleidelta.de)  
[www.kanzleidelta.de](http://www.kanzleidelta.de)



Berater für Ärzte  
seit über 50 Jahren.

**RECHTSBERATUNG FÜR DIE HEILBERUFE**

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



**DR. KLAUS KOSSEN**  
ANWALTSKANZLEI  
Kurhausstraße 88 · 23795 Bad Segeberg  
Tel.: 04551/89930 · Fax 04551/899333  
E-Mail: [mail@kk-recht.de](mailto:mail@kk-recht.de)  
[www.kk-recht.de](http://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:  
Dr. Gisa Andresen, Hans Barth, Esther Geisslinger, Uwe Groenewold,  
Prof. Klaus-Dieter Kolenda, Dr. Carsten Leffmann, Dr. Dr. phil. Karl-  
Werner Ratschko, Astrid Schock, Dr. jur. Jessica Stiering

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. redakti-  
onelle 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 männ-  
liche 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 Aus-  
nahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung strafbar.

## AKIS

Der Service Ihrer Ärztekammer  
online:

Das Ärztekammer-Informations-System („AKIS“) ist eine Online-Kom-  
munikations- und Service-Plattform der Ärztekammer Schleswig-Hol-  
stein, über die Sie einfach und sicher Kontakt zu Ihrer Ärztekammer auf-  
nehmen können.

Den Zugang finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer [www.aeksh.de](http://www.aeksh.de).  
Bei Fragen wenden Sie sich gern telefonisch an das Mitgliederverzeichnis  
oder per Mail an [mitglied@aeksh.de](mailto: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. Gisa Andresen  
(Ärztliche Geschäftsführung)  
N.N.  
(Kaufmännische 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

Holtenuauer Straße 94  
 24105 Kiel  
 Tel.: 0431-564433

**RA Jan Dischinger**  
 Fachanwalt f. Medizinrecht

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

**RAin Sabine Barth**  
 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 Oktober 20. September 2024**



**Partnerschaftsgesellschaft mbB,**  
 Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft



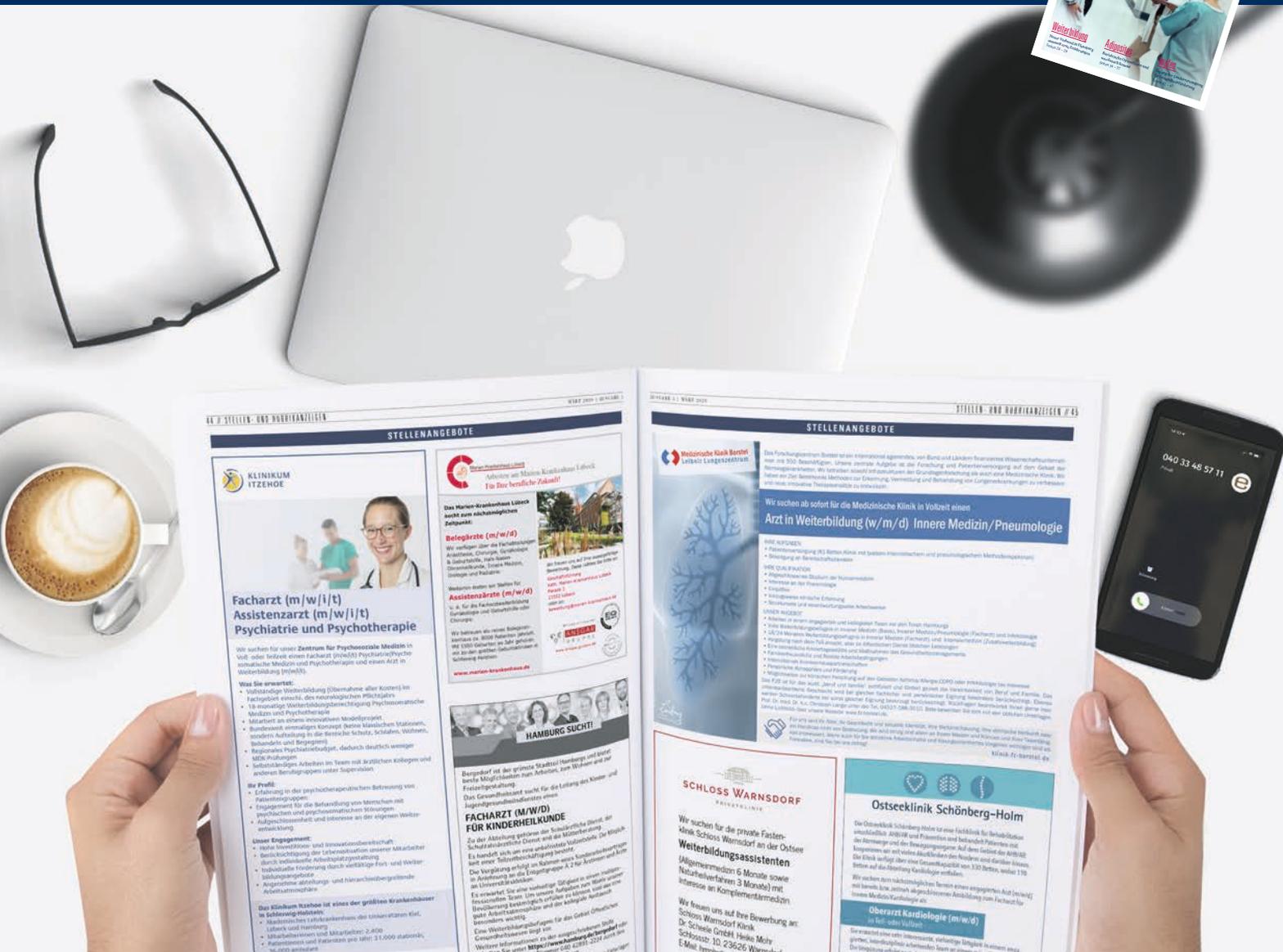
**Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe**

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

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

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

# Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt



**KLINIKUM TITZHOE**

**Stellenangebote**

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

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

**Was Sie erwartet:**

- Vollständige Weiterbildung (Übernahme aller Kosten) im Fachgebiet Psychotherapie, des neurologischen Psychiatrischen
- 18 monatliche Weiterbildungsstunden (reguläre Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie)
- Mitarbeit an einem innovativen Modellprojekt
- Bestehende einmündigen Konzept (buntes klassisches Stations-, Behandlung- und Regelnetz)
- Regulares Psychotherapiebudget, dadurch deutlich weniger MBG-Problemen
- Selbstständiges Arbeiten im Team mit ärztlichen Kollegen und anderen Berufsgruppen (z.B. Logopäden)

**Ihre Profil:**

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

**Unser Engagement:**

- keine Investition- und Investitionsrisikofreiheit
- Bestmögliche Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung der individuellen Arbeitsplatzgestaltung
- Individuelle Förderung durch vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote
- Angenehme Arbeits- und Hierarchieverhältnisse
- Arbeitszufriedenheit

**Das Klinikum Titzehoe ist eines der größten Krankenhäuser im Schöneberger Raum:**

- 1400 Betten
- 10000 ambulante Patienten
- 10000 stationäre Patienten
- 10000 ambulante Patienten

**Das Marien-Krankenhaus Lübeck sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt**

**Belegärzte (m/w/d)**

Wir suchen über die Fachbereiche Anästhesie, Chirurgie, Urologie, Gynäkologie, Zahnklinik, Innere Medizin, Orthopädie, Erste Medizin, Strahlentherapie und Pathologie

**Assistenzärzte (m/w/d)**

u. a. für die Fachbereiche Anästhesie, Chirurgie, Urologie, Gynäkologie, Zahnklinik, Innere Medizin, Orthopädie und Pathologie

Wir bieten ein interessantes Arbeitsumfeld in einem renommierten Krankenhaus mit 1300 Betten in der Hansestadt Lübeck. Wir sind ein Teil der Marien-Kliniken, die zu den größten Krankenhäusern in Schleswig-Holstein gehören.

[www.marien-krankenhaeuser.de](http://www.marien-krankenhaeuser.de)

**HAMBURG SUCHT!**

Benötigt für die größte Stadtteilklinik Hamburg und damit auch für die größte Kinderklinik Hamburg, zum Wachsen an der Spitze der Kinder- und Jugendgesundheitsversorgung einen

**FACHARZT (M/W/D) FÜR KINDERHEILKUNDE**

Zu der Abteilung gehören die Schulärztliche Dienst, der Schulärztliche Dienst und die Mutterberatung. Es handelt sich um eine anspruchsvolle Vollzeitstelle. Der Arbeitsplatz ist ein moderner, hell und freundlich. Die Abteilung ist ein integraler Bestandteil des Krankenhauses. Es erwartet Sie eine vielfältige Tätigkeit mit einem hohen Verantwortungsbereich. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Beratung von Eltern, die eine Operation ihres Kindes planen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Beratung von Eltern, die eine Operation ihres Kindes planen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Beratung von Eltern, die eine Operation ihres Kindes planen.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: Dr. Schöne Wamsdorf Klinik, Dr. Schöne Wamsdorf Klinik, Schosshof 10, 23626 Wamsdorf, E-Mail: [hr@schonewamsdorf.de](mailto:hr@schonewamsdorf.de)

**Medizinische Klinik Berlin Leitwiz Logopädie**

**Stellenangebote**

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

**Ihre Aufgaben:**

- Betreuung von Patienten im Inneren Medizin (Pneumologie, Gastroenterologie, Nephrologie, Endokrinologie, Rheumatologie, Infektiologie, Hämatologie, Onkologie)
- Mitarbeit an der Patientenbetreuung
- Mitwirkung bei der Diagnostik
- Durchführung von Konsultationen
- Teilnahme an wissenschaftlichen Konferenzen

**Ihre Vorteile:**

- Arbeit in einem engagierten und kollegialen Team
- 1200 Betten
- 10000 ambulante Patienten
- 10000 stationäre Patienten
- 10000 ambulante Patienten

**SCHLOSS WARNSDORF**

Wir suchen für die private Fachklinik Schloss Warnsdorf an der Ostsee **Weiterbildungsassistenten (Allgemeinmedizin 6 Monate sowie Naturheilverfahren 3 Monate) mit Interesse an Komplementärmedizin**

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: Dr. Schöne Wamsdorf Klinik, Schosshof 10, 23626 Wamsdorf, E-Mail: [hr@schonewamsdorf.de](mailto:hr@schonewamsdorf.de)

**Ostseeklinik Schönberg-Holm**

Die Ostseeklinik Schönberg-Holm ist eine Fachklinik für Rehabilitation unterschiedlichster Art und Patienten mit verschiedenen Erkrankungen der Muskeln und des Bewegungsapparates. Auf dem Gelände der Ostseeklinik befinden sich ein Wellness- und Kurpark mit 1000 Bäumen. Die Klinik verfügt über eine Gesundheitskammer mit 100 Betten, einem 110 Betten auf der Abteilung Kardiologie und einem 110 Betten auf der Abteilung Neurologie.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin einen engagierten Arzt (m/w/d) mit Interesse an der Weiterbildung im Bereich Neurologie/Kardiologie.

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

Wir erwarten einen sehr interessierten, verantwortungsbewussten Kollegen mit langjähriger Berufserfahrung in der Kardiologie. Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der Betreuung von Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen.

