



ÖGD-Pakt darf nicht beendet werden

Dr. Alexandra Barth vom Verband
der Ärztinnen und Ärzte im
Öffentlichen Gesundheitsdienst
warnt vor einer Mittelkürzung.

Seiten 8 – 11

Arbeitszeit

Umfrage des Jungen
Forums der DGGG

Seiten 14 – 15

Kardiologie

Interview zum Cardio
Kompass Nord

Seiten 36 – 37

Palliativmedizin

Lesung im Kieler
Schauspielhaus

Seiten 24 – 25



PRAXISFLÄCHEN ZU VERMIETEN

KIEL-SCHLOSSQUARTIER

294 Quadratmeter

Bezugsfertig ab 01-2025

Barrierefrei im Erdgeschoss

Gesundheits-
Standort Alter Markt:
Apotheke, Sanitätshaus,
über 15 Arztpraxen und
Seniorenresidenz
im Umkreis von
200 Metern.



KAI-CITY KIEL

200-2.000 Quadratmeter

inkl. individuellem Ausbau

Bezugsfertig ab 11-2024

Barrierefrei mit Aufzug



NGEG
FRANK

INFOS UND KONTAKT

T +49-431-220 39 6000

vertrieb@ngeg.de . www.ngeg.de

Warum Ärzte es mit Henry Kissinger halten sollten

Ein Kompromiss ist nur dann gerecht, brauchbar und dauerhaft, ...

Eine eigene Gebührenordnung ist ein wichtiges Merkmal eines freien Berufes. Seit 1896 gab es die Preußische Gebührenordnung, die erst 1965 durch die erste Gebührenordnung für Ärzte, kurz GOÄ, abgelöst wurde. Die letzte Neufassung der GOÄ stammt von 1982, die letzte Neubekanntmachung von 1996, die letzte Änderung trat Anfang 2020 in Kraft. Seit 20 Jahren wird eine neue GOÄ angemahnt, fast genauso alt ist das Junktim, dass das Bundesgesundheitsministerium eine neue GOÄ erst per Rechtsverordnung erlässt, wenn sich Bundesärztekammer und die private Krankenversicherung geeinigt haben.

Damit begann ein langer, zäher Prozess unter Einbezug aller Berufsverbände und Fachgesellschaften, an dessen Ende circa 5.500 Gebührenpositionen und eine veränderte Systematik neu erarbeitet wurden. Der 120. Deutsche Ärztetag in Freiburg 2017 beschloss mit großer Mehrheit die Rahmenbedingungen dazu. Zu Beginn des Jahres 2023 konnte dem Bundesgesundheitsminister die komplette arzteigene neue GOÄ überreicht werden, es fehlte nur noch die Erfüllung des Junktims. Dieses gelang nun im September zwischen Bundesärztekammer und der privaten Krankenversicherung, es wurde ein Anstieg des Gesamtvolumens von 13,2 % vereinbart.

Das reicht nicht, um die Preissteigerungen der letzten Jahrzehnte auszugleichen, was aber auch nicht realistisch ist. Die sprechende Medizin wird nun besser vergütet, denn eine Arztminute ist eine Arztminute, vollkommen unabhängig von der ärztlichen Tätigkeit. Bei bestimmten technischen Leistungen kommt es zu einer Stagnation oder Abwertung, was natürlich zur Unzufriedenheit und zu zahlreichen Rückmeldungen führt. Es ist jetzt wichtig, innerärztlich das Gespräch darüber zu führen, nachweisliche Fehler zu berichtigen und Kompromisse zu finden. Die Zeit dafür ist vorhanden, es besteht nach einer jahrzehntealten GOÄ keine Hektik. Übertriebene Erwartungen sind ebenso wenig wahrscheinlich wie ein vollkommen neues Aufschneiden aller Gebührenscheitel. Am Ende steht die Frage, ob dieser Kompromiss für eine neue GOÄ trägt oder wir über viele weitere Jahre mit der alten GOÄ weitermachen müssen, wobei es dann mehr als fraglich ist, ob es jemals eine neue GOÄ geben wird oder die politisch Verantwortlichen nicht andere Wege gehen werden, welche unseren freien Beruf weiter aushöhlen würden.

... wenn beide Parteien damit gleich unzufrieden sind. (Henry Kissinger)

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Es ist jetzt wichtig, innerärztlich das Gespräch darüber zu führen, nachweisliche Fehler zu berichtigen und Kompromisse zu finden.“



Inhalt

| | | | | | |
|---|-----------|--|-----------|--|-----------|
| NEWS | 6 | Arbeitszeiten in der Gynäkologie | 14 | MEDIZIN UND WISSENSCHAFT | 31 |
| Level 1 auch künftig in Itzehoe | 6 | Lungentransplantation in Kiel | 16 | Studie zu Psychedelika | 31 |
| Onkologisches Zentrum in Reinbek | 6 | Zunahme depressiver Erkrankungen | 17 | Beitrag zur Elektrokrampftherapie | 32 |
| Neu: Krisenpass Schleswig-Holstein | 6 | Woche der seelischen Gesundheit | 18 | Lübecker Studie zur Leukämie | 34 |
| Klinikvergleich der AOK Nordwest | 7 | Klinikinsolvenz + Insolvenzabschluss | 20 | FORTBILDUNGEN | 35 |
| Neuer Rahmenvertrag Pflege | 7 | Weiter Kritik an der Klinikreform | 21 | Termine aus der Akademie | 35 |
| Digitale Honorarbescheide | 7 | Veranstaltung: Gesund älter werden | 22 | Kardio Kompass Nord | 36 |
| TITELTHEMA | 8 | Dringende Fälle in der Hausarztpraxis | 23 | Deutscher Hautkrebskongress | 38 |
| ÖGD-Pakt: Schleswig-Holstein würde von Verstetigung profitieren | 8 | MEDIZIN & KULTUR | 24 | Externe Fortbildungen | 44 |
| Arzt im ÖGD: Dr. Meinolf Marx | 11 | Palliativmedizin: Lesung und Diskussion im Schauspielhaus | 24 | MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER | 40 |
| GESUNDHEITSPOLITIK | 12 | LESERBRIEFE | 26 | Schlichtungsfall | 40 |
| Neustart für QuaMaDi | 12 | PERSONALIEN | 28 | Anerkennungen | 42 |
| Parkinson-Netzwerk für Ostholstein | 13 | | | ANZEIGEN | 45 |
| | | | | TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM | 50 |

14

**Festgehalten**

vom UKSH

Arbeitszeitmodelle in der Gynäkologie

Wie und wie viel wollen Ärztinnen und Ärzte künftig arbeiten? Wer strebt eine Leitungsposition an, wer befürchtet einen Karriereknick nach der Elternzeit? Solche Fragen stellte Studienleiter Dr. Nikolas Tauber, Arzt in Weiterbildung am UKSH in Lübeck, in der Studie „Favorisierte Arbeitszeitmodelle in der Gynäkologie“. Vergangenen Monat stellte er Ergebnisse beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) vor.

Klinikum Itzehoe hat auch künftig „Level 1“-Status

Die Frühchenstation des Klinikums Itzehoe hat auch für 2025 den Status „Level 1“ für das Perinatalzentrum erhalten. Dies teilten die Landesverbände der Krankenkassen und der Verband der Ersatzkassen der Krankenhausleitung mit. Das Team der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin um Chefarzt Dr. Georg Hillebrand kann damit auch im kommenden Jahr die allerfrühesten der Frühgeborenen, die entweder vor Vollendung der 29 Schwangerschaftswoche oder mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.250 Gramm zur Welt kommen, im Perinatalzentrum versorgen. „Für das Jahr 2025 haben nicht nur wir, sondern auch die Familien eine entsprechende Sicherheit. Wir sind zuversichtlich, dass wir aufgrund der guten Arbeit unseres gesamten Teams auch weiterhin unsere Expertise einbringen dürfen“, zitierte das Klinikum Itzehoe seinen Chefarzt. Krankenhausdirektorin Hannah Maria Werner erwartet, dass Itzehoe die Bedingungen für eine Zusage auch über 2025 hinaus erfüllen wird. (PM/RED)



Dr. Georg Hillebrand, Chefarzt der Klinik Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin.

Onkologisches Zentrum in Reinbek

Das Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift ist vom Kieler Gesundheitsministerium als Onkologisches Zentrum in den Krankenhausplan aufgenommen worden. Damit ist das St. Adolf-Stift eines von sechs Onkologischen Zentren in Schleswig-Holstein, das den Zentrumsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (gemäß § 136c Absatz 5 SGB V) entspricht. In den Kreisen Stormarn und Herzogtum-Lauenburg ist das St. Adolf-Stift das einzige vom Land so anerkannte Zentrum für die Behandlung von Krebspatienten. „Das Krankenhaus Reinbek ist in der Region südöstliches Schleswig-Holstein ein wichtiger Versorger für Tumorpatientinnen und -patienten. Es hat sich über die Jahre immer weiter spezialisiert und nun dem Ministerium gegenüber nachgewiesen, dass es die sehr strengen Qualitätskriterien erfüllt“, sagte Staatssekretär Dr. jur. Oliver Grundei. (PM/RED)

Neu: Krisenpass für Schleswig-Holstein

Wenn ein Mensch mit psychischer Erkrankung plötzlich und unerwartet in eine akute Krise gerät, geht oft gar nichts mehr. Wer in dieser Situation nicht mehr ausreichend kommunizieren und keine Auskunft über z.B. die individuelle Medikation, Behandlungsvereinbarungen oder wichtige Kontaktpersonen geben kann, kann über den Krisenpass helfenden Personen trotzdem relevante Informationen geben. Der Krisenpass wurde von einem Expertenpanel aus verschiedenen Fachbereichen und Institutionen sowie Angehörigen- und Selbstvertretung entwickelt. Seine Verbreitung wird vom Ministerium für Justiz und Gesundheit aktiv unterstützt. Er liefert kompakte Informationen und passt in jede Handyhülle oder Geldbörse. Der Pass kann aus einem Flyer herausgetrennt werden, in dem Informationen zu relevanten Angaben und Ausfüllhilfen aufgeführt sind. Auf der Webseite der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung (www.lvgfsh.de/krisenpass) sind weitere Informationen und auch die Möglichkeit zum Selbstaussdrucken zu finden. Ärztinnen und Ärzten, die ihren Patienten den Krisenpass aushändigen möchten, wird bei Interesse der Flyer in der gewünschten Stückzahl an ihre Praxis geschickt. Ansprechpartnerin ist Anja Rackwitz, rackwitz@lvgfsh.de. (PM/RED)

Dr. Jens Lassen zur Entbudgetierung

Die Entbudgetierung von hausärztlichen Leistungen ist von der Politik lange angekündigt – umgesetzt ist sie bislang nicht. Was bedeutet das für die Hausärztinnen und Hausärzte? Wie groß ist die Hoffnung, dass die Entbudgetierung doch noch kommt? Diese und weitere Fragen beantwortet Dr. Jens Lassen, Vorsitzender des Landesverbandes der Hausärztinnen und Hausärzte in Schleswig-Holstein, in einem Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden.

Darunter u.a.:

- ▶ Prof. Henrik Herrmann: Wer in Weiterbildung ist, ist kein „Assistent“
- ▶ Heiko Lehmann: So funktioniert Digitalisierung in der Hausarztpraxis
- ▶ Yannek Drees: Der neue kaufmännische Geschäftsführer in der Ärztekammer



Dr. Jens Lassen

Klinikvergleich der AOK Nordwest

Die AOK Nordwest hat vergangenen Monat erneut auf Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern in Schleswig-Holstein hingewiesen. Sie beruft sich dabei auf ihren aktuellen Klinikvergleich und verdeutlicht die Unterschiede am Beispiel von Implantationen eines künstlichen Hüftgelenks. Nach AOK-Angaben wurden 3.282 Fälle von AOK-Versicherten in Schleswig-Holstein aus den Jahren 2020 bis 2022 durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) auf Basis des Verfahrens zur Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) ausgewertet. Fünf von 26 Kliniken erreichten dabei eine überdurchschnittliche Qualität, 20 Kliniken eine durchschnittliche und eine Klinik eine unterdurchschnittliche Qualität.

Die Gesamtkomplikationsrate bei diesen Eingriffen lag über alle Kliniken im Durchschnitt bei 5,0 % und damit unter dem bundesweiten Wert von 5,7 %. Die Detailbewertungen für die 38 schleswig-holsteinischen Kliniken, die von 2020 bis 2022 mindestens 30 Eingriffe bei AOK-Versicherten in insgesamt 13 Leistungsbereichen durchgeführt haben, sind seit dem vergangenen Monat im Gesundheitsnavigator der AOK unter www.aok.de/gesundheitsnavigator abrufbar.

Das WiDO hat für die Komplikationsrate unter anderem analysiert, wie oft nach einer Hüftgelenksimplantation innerhalb eines Jahres ungeplante Revisionsoperationen erforderlich waren. Das ist zum Beispiel dann der Fall, wenn sich nach dem Eingriff das Operationsgebiet entzündete oder sich die Prothese in der Zwischenzeit gelockert hatte. Weiterhin wurde ausgewertet, wie oft es zu chirurgischen Komplikationen wie Infektionen durch die Prothese oder Verletzungen von Blutgefäßen kam. Analysiert wurde zudem der Anteil von Brüchen des Oberschenkelknochens innerhalb von 90 Tagen nach dem Eingriff. Im Rahmen einer Risikoadjustierung wurden unterschiedliche Patienteneigenschaften wie Alter, Geschlecht oder Vorerkrankungen in der Analyse berücksichtigt. (PM/RED)



Was bei vielen planbaren Operationen in Schleswig-Holstein gilt, zeigt sich auch beim Ersatz eines Hüftgelenks: Routine und Erfahrung zahlen sich aus.

Neuer Rahmen für die Pflegeheime

Die Vertretungen der Pflegeheime und der Pflegekassen in Schleswig-Holstein haben sich im vergangenen Monat auf einen neuen Rahmenvertrag verständigt. Ziele der Selbstverwaltungspartner sind mehr Qualität in der vollstationären Versorgung und zugleich attraktivere Bedingungen für die Pflegefachkräfte schaffen. Der jetzt vereinbarte Rahmenvertrag ersetzt eine rund 25 Jahre alte Vereinbarung und bildet künftig die verbindliche Grundlage für Vergütungsverhandlungen, die individuell zwischen den Pflegekassen, den Sozialhilfeträgern und den landesweit rund 550 vollstationären Pflegeeinrichtungen geführt werden.

„Durch mehr Personal soll eine bessere Versorgung der Bewohner gewährleistet und die Attraktivität der Arbeit in der Pflege gesteigert werden. Davon werden alle Beteiligten profitieren“, sagte Schleswig-Holsteins vdek-Leiterin Claudia Straub. Der neue Vertrag sieht neue Personalrichtwerte und weniger bürokratische Regelungen vor. Er verändert zudem die bisherige Regelung zur Abgrenzung von Regelleistungen und privaten Zusatzleistungen. Bislang führt diese Abgrenzung oft zu Diskussionen zwischen Betreibern von Pflegeeinrichtungen, Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Betreuern, ob eine Leistung schon in der Finanzierung berücksichtigt ist. (PM/RED)

Digitale Honorarbescheide

Die Mitglieder der KV Schleswig-Holstein können ihre Honorardokumente jetzt auf elektronischem Weg bekommen. Ziel der KVSH ist es, die regelhafte Zusendung der Honorarbescheide per Post zu vermeiden. Dokumente wie der Honorarbescheid und die PZV-Mitteilung finden die Mitglieder über ihren elektronischen Posteingang im neuen Mitgliederportal. Dafür müssen sie allerdings den Status einer „Digitalpraxis“ haben, den sie im neuen Mitgliederportal aktivieren müssen. Wenn das für alle Mitglieder einer Praxis erfolgt ist, bekommen diese die Honorardokumente als gesiegelte pdf-Datei zum Herunterladen.

In einem Newsletter stellte die KV im vergangenen Monat klar, dass MFA oder angestellte Ärztinnen und Ärzte diese Dokumente nicht einsehen können. Wer neue Unterlagen bekommen hat, erhält dies über eine zu hinterlegende Mailadresse angezeigt. Mit der Digitalpraxis setzt die KV ein Ziel um, das vom neuen Vorstand angekündigt wurde. KV-Chefin Dr. Bettina Schultz hatte schon kurz nach ihrem Amtsantritt erklärt, dass die Körperschaft den digitalen Austausch mit den Mitgliedern erleichtern müsse. Als Beispiel hatte sie die per Post zugeschickten Honorarbescheide genannt – was nach ihren Angaben bislang rund eine Million Blatt Papier im Jahr verbraucht. (PM/RED)



Dr. Bettina Schultz

Sparzwang bedroht den ÖGD-Pakt

ÖGD Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist unverzichtbar: Das haben Politik und Öffentlichkeit in der Pandemie gelernt und der Bund hat investiert. Doch die Mittel sind befristet. Was ab 2026 passiert, ist offen. Ärztinnen und Ärzte im ÖGD sind alarmiert.

Vier Milliarden Euro: Diese Summe stellte vor allem der Bund ab 2021 für die Jahre bis 2026 bereit, damit der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gestärkt werde. Zu offensichtlich hatte die Pandemie deutlich gemacht, dass die Gesundheitsämter personell und technisch nicht in der Lage waren, wie gewünscht auf diese Krise zu reagieren und ihren Aufgaben nachzukommen. Systematisch war zuvor an ihrer Ausstattung und am Personal gespart worden.

Folge war der ÖGD-Pakt, dessen Erfolg für Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) nur ein Jahr später, noch während der Pandemie, schon besiegelt war. „Der ÖGD-Pakt wirkt. Vor allem mit Bundesmitteln haben die Länder neue Stellen geschaffen, um den öffentlichen Gesundheitsdienst auszubauen. Dieses Engagement lohnt auch langfristig. Denn der Öffentliche Gesundheitsdienst ist ein wesentlicher Grundpfeiler für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung in Deutschland, für Gesundheitsförderung und Prävention“, ließ Lauterbach im Sommer 2022 verlauten. Zu diesem Zeitpunkt kämpften viele Gesundheitsämter noch darum, die endlich finanzierten Stellen zu besetzen. Das entpuppte sich als Herausforderung, weil Ärztinnen und Ärzte, aber auch IT-Expertinnen und -Experten am Arbeitsmarkt rar waren und sind.

Aus der Luft gegriffen war der optimistische Blick Lauterbachs dennoch nicht. 2.290 unbefristete Stellen waren schon bis Ende 2021 neu geschaffen und besetzt worden, davon 1.775 Stellen aus Bundesmitteln. Und heute? 2024 feierte Lauterbach den



„Ohne die zusätzlich geschaffenen Stellen haben wir keinen leistungsfähigen ÖGD.“

DR. ALEXANDRA BARTH

ÖGD-Pakt erneut als Erfolg unter Verweis auf die neu geschaffenen Stellen. Fast 5.000 sollen es bundesweit bis Ende vergangenen Jahres schon gewesen sein. Auch der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) sieht das als Erfolg an: „Die Gesundheitsämter in Deutschland sind personell und technisch inzwischen deutlich besser aufgestellt als noch vor der Coronapandemie. Dies ist wesentlich dem sogenannten ÖGD-Pakt zu verdanken“ teilte der Verband kürzlich mit.

Auch Schleswig-Holstein hat davon profitiert. Nach Angaben des Landesgesundheitsministeriums waren bis Ende 2023 insgesamt 194 Vollzeitäquivalente im ÖGD mit Mitteln aus dem ÖGD-Pakt geschaffen worden, 91 % davon unbefristet. Das Zwischenfazit könnte also positiv ausfallen. Nur: Derzeit ist offen, wie es weitergeht. Dass der Bund weiterhin Mittel in dieser Höhe zur Verfügung stellt oder sich überhaupt weiterhin an der Finanzierung beteiligt, wird zunehmend unwahrscheinlicher. Schon 2023 wurden Stimmen gegen dieses Engagement laut. Der Bundesrechnungshof formulierte es klar und schmerzhaft: „Es ist offen, ob Steuermittel in dieser Höhe dafür tatsächlich erforderlich waren. Künftig müssen Länder und Kommunen ihre Personalausgaben wieder selbst tragen und die Gesundheitsämter krisenfest aufstellen.“

Was also, wenn der Bund sich wieder komplett zurückzieht und der ÖGD-Pakt Geschichte sein wird? Für Dr. Alexandra Barth, Leiterin des Gesundheitsamtes in Neumünster und Vorsitzende des Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen, ist das ein Schreckensszenario. „Dann fiel der ÖGD in einen Zustand zurück, in dem er noch nicht einmal seine gesetzlichen Pflichtaufgaben erfüllen könnte – geschweige denn, dass er besondere Gefahrenlagen wie etwa ein massives Infektionsgeschehen bewältigen könnte. Das muss noch nicht mal eine Pandemie sein“, warnte Barth im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt und verdeutlichte: „Die nächste Krise kommt bestimmt.“

Zur Frage, welche Aufgaben ohne die Mittel aus dem ÖGD-Pakt nicht mehr geleistet und welche Stellen dann nicht mehr besetzt werden können, wagt das Landesgesundheitsministerium derzeit keine Prognose, sondern verweist auf Nachfrage auf den laufenden Austausch zwischen Bund und Ländern, auf das Bekenntnis der Gesundheitsministerkonferenz der Länder

Personalaufbau

Bund und Länder haben eine umfassende personelle Stärkung des ÖGD vereinbart. Die Bundesregierung stellt dafür (und für die Attraktivitätssteigerung) durch den Pakt rund 3,1 Mrd. Euro zur Verfügung.

Digitalisierung

Um die Digitalisierung des ÖGD zu stärken, stellt der Bund bis 2026 insgesamt 800 Millionen für die Digitalisierung und 24 Millionen für den Ausbau von DEMIS zur Verfügung.

Steigerung der Attraktivität des ÖGD

Angesichts von Fachkräfte- und Nachwuchsmangel ist ein weiterer Schwerpunkt des Paktes für den ÖGD, dessen Attraktivität zu steigern.

im Sommer 2024 zum ÖGD und eine entsprechende Arbeitsgruppe. Ob das Land fehlende Mittel des Bundes zumindest zum Teil kompensieren könne? „Hierzu sind die Ergebnisse der Gespräche mit dem Bund zum ÖGD abzuwarten.“

Für Landkreistag und Städtekreistag wäre ein Einstellen der Finanzierung problematisch. „Sollte der ÖGD-Pakt nicht fortgesetzt werden, ist zu befürchten, dass sukzessive wieder Stellen abgebaut werden. Dabei ist zu sehen, dass sich die Finanzlage der Kommunen drastisch verschlechtert hat und weiter verschlechtern wird. Auch der Umstand, dass sich das Land selbst in anderen Aufgabenbereichen – wie zum Beispiel der Städtebauförderung oder dem Öffentlichen Personennahverkehr – auf Kosten der Kommunen entlastet, erhöht den Konsolidierungsdruck vor Ort massiv“, hieß es in einer gemeinsamen Antwort auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. Die beiden Institutionen gaben zu bedenken, dass Bund und Ländern in vielen Aufgabenbereichen eine Anschubfinanzierung ausgereicht habe – was entsprechende Erwartungen geschürt habe. „Die Folgekosten müssen jedoch ganz wesentlich die Kommunen finanzieren. Hilfreich wäre es, wenn Bund und Länder angesichts der Bedeutung des ÖGD eine nachhaltige Finanzierung auch über das Jahr 2026 hinaus sicherstellen würden“, lautet ihre Forderung. Ähnlich klingt es beim BVÖGD: „Der dringend überfällige Stellenaufbau in den Gesundheitsämtern darf kein Strohhalm bleiben. Wir müssen den ÖGD auch über das Jahr 2026 hinaus so ausstatten, dass er – als dritte Säule im Gesundheitswesen – seine Aufgaben für die Gesundheit der Bevölkerung erfüllen kann“, sagte die BVÖGD-Vorsitzende Dr. Kristina Böhm.

Darauf hofft auch Barth. Sie weiß, dass die Arbeit der Gesundheitsämter für viele Lebensbereiche der Menschen unabdingbar ist. Viele dieser Aufgaben nehmen Gesundheitsämter wahr, ohne dass die Bevölkerung davon etwas spürt – zum Beispiel die regelmäßigen Kontrollen unseres Trinkwassers. Andere Aufgaben nehmen die Menschen nur einmalig wahr, etwa die Schuleingangsuntersuchungen. Und es gibt Aufgaben, die nur eine Gruppe der Bevölkerung betrifft, zum Beispiel die Leistungen der Sozialpsychiatrischen Dienste. Das volle Leistungsspektrum des ÖGD ist breit und den wenigsten Menschen und wohl auch nur wenigen Politikern bewusst – die aber über die Mittelvergabe entscheiden.

Laufen wir also Gefahr, dass der ÖGD wegen des Spardrucks erneut dem Rotstift

zum Opfer fällt? Das hätte nach Überzeugung Barths weitreichende Konsequenzen – vor denen die Öffentlichkeit bis zur Pandemie die Augen verschlossen hatte: „Die Bevölkerung kann dann weniger sicher sein, dass sie vor der Übertragung von gefährlichen Infektionskrankheiten geschützt wird.“

Barths klare Botschaft an den Bund lautet deshalb: „Der ÖGD-Pakt muss verlängert werden, um die Gesundheitsämter einigermaßen leistungsfähig zu halten. Ohne die zusätzlich geschaffenen Stellen haben wir keinen leistungsfähigen ÖGD.“ Und wenn der Bund tatsächlich den Pakt aufkündigt? „Dann erwarte ich, dass das Land einspringt“, sagt Barth. Von den Kommunen ist nach ihrer Ansicht keine Hilfe zu erwarten, weil die dazu finanziell nicht in der Lage sein werden.

Barth bereitet Sorgen, dass überhaupt über eine Beendigung des Paktes spekuliert wird. Schon die Diskussion über Mittelkürzungen sei schädlich für den ÖGD, weil das mögliche Bewerber abhalten könnte, sich in Gesundheitsämtern zu bewerben. Damit würde zunichte gemacht, was in den vergangenen Jahren mühsam aufgebaut werden konnte: Das Interesse für den ÖGD wecken und die attraktiven Seiten herausstellen. Barth führt das breite Tätigkeitspektrum und die gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf ins Feld, genauso die flexiblen Möglichkeiten, in Teilzeit zu arbeiten. Doch die Gesundheitsämter spüren auch, dass sich die Arbeitgeber auf Klinik-



Dr. Kristina Böhm

seite längst bewegt haben und flexibler geworden sind, was die Teilzeitmöglichkeiten angeht. Ein Problem für die Gesundheitsämter im Wettbewerb um Ärztinnen und Ärzte bleibt die Bezahlung. „Kommunale Arbeitgeber machen keine Anstalten, die Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst genauso zu bezahlen wie in Krankenhäusern“, kritisiert Barth. Weil die Lücke immer noch nicht geschlossen ist – laut Barth beträgt der Unterschied je nach Qualifikation bis zu 1.500 Euro monatlich – hat sie vor Jahren erfolgreich dafür gekämpft, dass Kommunen ihren Ärztinnen und Ärzten Zulagen zahlen können – wovon auch einige Gebrauch machen. Ohne

diese Zulagen, ist Barth überzeugt, wäre die personelle ärztliche Situation an den Gesundheitsämtern desaströs. Trotz Zulagen sei die Bezahlung bis heute der wichtigste Grund für unbesetzte Stellen in den Gesundheitsämtern. „Die Bewerber haben die Auswahl. Es besteht Interesse bei vielen Kollegen und Kolleginnen. Wenn es um die Bezahlung geht, machen viele einen Rückzieher“, lautet ihre Erfahrung.

Stand 2023 waren an den 15 Gesundheitsämtern in Schleswig-Holstein 226 ärztliche Stellen besetzt. 27 % dieser Stelleninhaber waren 60 Jahre oder älter.

Es geht aber nicht nur um die personelle Situation. Auch in anderen Bereichen sind die Herausforderungen für den ÖGD groß, zum Beispiel bei Prozessdigitalisierung, IT-Bereitstellung und IT-Sicherheit. Barth sieht die Gefahr, dass sich die personelle Situation weiter verschärfen könnte, wenn die Diskussion über den ÖGD-Pakt weitergeführt wird oder der Pakt ersatzlos gestrichen werden sollte. Die Sorge erscheint begründet – der Bundesrechnungshof stellte sogar infrage, ob die zur Verfügung gestellten Mittel in dieser Höhe überhaupt gerechtfertigt waren. Wenn Mittel fließen sollten, sei klar, wer zu bezahlen hätte: „Zuständig für die Finanzierung des ÖGD in den Ländern und Kommunen sind ausschließlich diese selbst.“ Der Bundesgesundheitsminister beteuert dennoch: „Auf die nächste Belastungsprobe wollen wir besser vorbereitet sein.“

DIRK SCHNACK

„Leistungsfähigkeit des ÖGD dauerhaft sichern“



Dr. rer. pol. Heiner Garg

Dr. rer. pol. Heiner Garg war in der Pandemie Landesgesundheitsminister in Schleswig-Holstein und ist aktuell gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Landtagsfraktion. Das sagt er zu dem auf der Kippe stehenden Pakt für den ÖGD:

Halten Sie eine Verlängerung des Paktes auf Bundesebene für sinnvoll?

Dr. rer. pol. Heiner Garg: Auch im Rahmen der Koalitionsverhandlungen auf Bundesebene wurde ausführlich über eine weitere Beteiligung des Bundes am Pakt für den ÖGD gesprochen. Die Erwartung der Vertreter der Länder war hierbei eindeutig. Selbstverständlich macht es nicht nur Sinn, sondern hielten wir und halte ich es nach wie vor für erforderlich, dass sich der Bund an dieser wichtigen Aufgabe

der Daseinsvorsorge weiter beteiligt. Es war eine ebenso gute wie richtige Entscheidung des damaligen Bundesgesundheitsministers, Jens Spahn, den Pakt für den ÖGD zu initiieren – und ihn mit entsprechenden Finanzmitteln zu hinterlegen. Allerdings war schon damals die Hoffnung und auch die Erwartung der Länder, dass sich der Bund über 2026 hinaus zumindest teilweise weiterhin an dieser Aufgabe beteiligt.

Was empfehlen Sie für Schleswig-Holstein, falls der Bund den Pakt auslaufen lässt – wie könnte es Schleswig-Holstein gelingen, den ÖGD dennoch zukunftsfest zu machen?

Garg: Das Land Schleswig-Holstein ist gut beraten, dafür Sorge zu tragen, die Anstrengungen – insbesondere im personellen Bereich – die in den vergangenen Jahren gerade von den Kommunen unternommen wurden, dauerhaft zu sichern. Daher sollte in jedem Fall – unabhängig von einer weiteren Bundesbeteiligung am Pakt – mit den Kommunen jetzt schon der intensive Austausch gesucht werden, wie die Stabilisierung der Leistungsfähigkeit des ÖGD dauerhaft gesichert werden kann. Es macht auch und gerade in Konsolidierungsphasen überhaupt keinen Sinn, bei zentralen Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge zu sparen. (DI)

Eine ärztliche Karriere: Klinik, Praxis, ÖGD

ÖGD Nach der Klinik der Schritt in die Niederlassung und schließlich der Wechsel in den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD): Diesen Weg ist Dr. Meinolf Marx gegangen. Der Facharzt für Strahlentherapie ist seit der Pandemie im Fachdienst Gesundheit des Kreises Pinneberg beschäftigt.

Die Entscheidung für den ÖGD traf Dr. Meinolf Marx in einer beruflichen Umbruchphase. Er war mit 55 Jahren als Partner einer großen radiologischen Berufsausübungsgemeinschaft ausgeschieden und hatte sich im Masterstudiengang Angewandte Ethik an der Universität Münster u.a. mit der Pandemie beschäftigt, als diese den immensen personellen Bedarf im ÖGD deutlich machte. Marx bewarb sich im Fachdienst Gesundheit des Kreises Pinneberg und hat seit 2020 eine Vollzeitstelle – je zur Hälfte im amtsärztlichen Dienst und im Infektionsschutz.

Mit diesem Weg ist Marx kein Exot. Neben ihm sind weitere Ärztinnen und Ärzte, die zuvor in der stationären Versorgung oder in der Niederlassung tätig waren, gewechselt – aus unterschiedlichen Motiven.

Marx erarbeitet im amtsärztlichen Dienst Gutachten, etwa zu medizinischen Fragestellungen, beschäftigt sich mit Themen wie Drogenscreening, anonymer HIV-Sprechstunde oder der Impfsprechstunde. Im Infektionsschutz geht es um den Bevölkerungsschutz und um die Beratung von Gemeinschaftseinrichtungen, Kliniken und Praxen und den Austausch mit den Hygienebeauftragten dieser Einrichtungen.

Marx schätzt diesen Austausch genauso wie den mit den anderen fachärztlichen Gruppen im Fachdienst und weiteren Berufsgruppen. „Ich war es immer gewohnt, mich mit anderen Fachgruppen auszutauschen. Hier ist es vielleicht noch vielfältiger“, sagt Marx. Im ÖGD hat er u.a. Pädiater, Internisten, Psychiater und Neurologen auf ärztlicher Seite, aber auch Sozialarbeiter, Biologen, MTA, Gesundheitsplaner



Dr. Meinolf Marx

und viele andere Berufsgruppen in seinem Kollegenkreis. Die Kommunikation mit den vielen ärztlichen Fachbereichen ist für ihn genauso wichtig wie mit den anderen Berufen. Eine große Rolle dabei spielt für ihn, dass das Team im Kreis Pinneberg gut zusammenarbeitet. „Wir haben hier eine schlagkräftige Truppe, die einiges bewegen kann“, ist er sicher.

Die Vorteile einer Tätigkeit im ÖGD werden aus seiner Sicht zu wenig wahrgenommen. Bekannt seien die Vorteile, die das Arbeiten im öffentlichen Dienst mit sich bringt: Work-Life-Balance, flexible Teilzeitarbeit und wenig Wochenendarbeit sowie gute Fortbildungsmöglichkeiten und die Chance, sich in einem Team einzubringen. Ihm ist aber genauso wichtig, mit seiner Arbeit zum Gemeinwohl beitragen zu können. Marx ist überzeugt, dass die Be-

völkerung von einem starken ÖGD und dessen Arbeit profitiert. Damit dieses Potenzial besser ausgeschöpft werden kann, sollte nach seiner Ansicht die Digitalisierung weiter intensiviert werden. „Sie ist die Voraussetzung dafür, dass der ÖGD eine vernünftige Datengrundlage und -aufbereitung schaffen und den politischen Entscheidungsträgern zur Verfügung stellen kann“, sagt Marx im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt.

„Ein starker ÖGD als dritte Säule im Gesundheitssystem neben ambulanter und stationärer Medizin leistet wichtige Netzwerkarbeit u.a. über die kommunalen Gesundheitskonferenzen, in denen sich die Akteure der gesundheitlichen und sozialen Versorgung mit politischen Entscheidern austauschen sowie die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung“, sagte Marx.

Auf diesem Weg ist der ÖGD nach seiner Beobachtung vorangekommen. „Das Vorurteil, dass hier noch ausschließlich gefaxt wird, stimmt nicht“, stellt er klar. Auf dem heutigen Stand allerdings sollte die Digitalisierung im ÖGD auch nicht stehen bleiben: „Ich würde es kritisch sehen, wenn die Mittel für die Digitalisierung gestrichen werden.“

Marx plant, dass er sich in den verbleibenden Berufsjahren der Arbeit im ÖGD widmen wird. Neben seiner Arbeit absolviert er seine Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, bis Jahresende könnte er seine Prüfung bereits absolviert haben. Sein Zwischenfazit fällt rundum positiv aus, den Weg in den ÖGD hat er bis heute nicht bereut: „Ich bin froh, dass ich diesen Schritt gegangen bin.“

DIRK SCHNACK

QuaMaDi künftig mit KI-Unterstützung

BRUSTKREBS Viele Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein haben ungeduldig darauf gewartet: Der neue Vertrag für das Programm Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik (QuaMaDi) steht. Ab 2025 läuft die Vereinbarung für weitere fünf Jahre.

Vier Augen sehen mehr als zwei: Bei Patientinnen mit besonderem Brustkrebsrisiko werten zwei Radiologen die Mammografieaufnahmen aus. Gibt es Auffälligkeiten, wird der Befund an ein Brustzentrum weitergeleitet. Das ist der Kern des Programms QuaMaDi, das es in dieser Form nur in Schleswig-Holstein gibt. Am 1. November gaben die Selbstverwaltungspartner bekannt, dass QuaMaDi fortgeführt wird. Die Zweitbefunder werden künftig von KI unterstützt. Auch Landesgesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) begrüßte die Fortführung.

Knapp 3.000 Frauen erkranken pro Jahr in Schleswig-Holstein neu an Brustkrebs. Auf die Einwohnerschaft umgerechnet, liegt die Erkrankungsrate damit deutlich über dem Bundesschnitt, ein Phänomen, das bereits in den 1980er-Jahren beobachtet wurde. Die Gründe dafür sind unklar, aber diese „im Wesentlichen unveränderten Grunddaten“ seien Anlass gewesen, in Schleswig-Holstein QuaMaDi einzuführen, heißt es im Jahresbericht von 2022 – der neueste, der vorliegt. Seit 2001 gibt es diese besondere Form der Vorsorge. Dafür schlossen die KVSH, die Landesverbände der Krankenkassen in Schleswig-Holstein sowie die Ersatzkassen einen Vertrag als Modellvorhaben nach Paragraph 63 des Sozialgesetzbuches V. Der muss regelmäßig neu verhandelt und wieder abgeschlossen werden – wenn alle Vertragspartner sich auf eine Fortsetzung einigen können. Zuletzt unterzeichneten die KV und die Kassen im ersten Quartal 2020 eine Verlängerung. Diese Vereinbarung läuft Ende dieses Jahres aus.

Auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes bestätigten beide Seiten schon im vergangenen Monat, dass alle Beteiligten ein Interesse daran hatten, das Präventionsprogramm fortzusetzen. „Die

KVSH ist in finalen Gesprächen mit den Krankenkassen über eine Verlängerung von QuaMaDi“, sagte damals ein Sprecher der Kassenärztlichen Vereinigung. In der Neufassung soll es einige Veränderungen geben: „Geplant ist, dass ein spezielles KI-Programm die Radiologen bei der Befundung der Mammografieaufnahmen unterstützt.“ Damit solle die Diagnosesicherheit in QuaMaDi optimiert werden. Zudem sollen die Patientinnen noch gezielter in den für sie medizinisch sinnvollen Versorgungsbereich gesteuert werden, hieß es von der KVSH.

Von „konstruktiven Gesprächen“ mit der KVSH über die Fortsetzung von QuaMaDi sprach auch Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordwest. „Wir gehen davon aus, dass die Verhandlungen in Kürze positiv abgeschlossen werden.“ Von der Fortsetzung des Programms profitieren zahlreiche Frauen in Schleswig-Holstein. Im Jahr 2022 durchliefen 63.435 Patientinnen mit 67.994 Mammografiebildern den Diagnostikprozess der Mehrfachbefundung, im Jahr 2021 sahen die Zahlen ähnlich aus. In rund 9.000 Fällen wurde das Drittgutachten eines Brustzentrums angefordert, weil Erst- und Zweitgutachten sich unterschieden. An den Befundungen waren im Jahr 2022 insgesamt 441 Ärztinnen und Ärzte aus 246 Praxen beteiligt. Darunter waren 331 Gynäkologen aus 209 Praxen und 93 Radiologen aus 35 Praxen, das sind alle radiologischen Praxen, die über eine kurative Mammografiegenehmigung verfügen. Mit im Boot sind weiterhin zwölf Fachleute in vier Referenzzentren sowie 14 Pathologen aus fünf Praxen. Die Patientinnen stammen aus allen Teilen des Landes. Sie alle bringen besondere Risikofaktoren mit, etwa Brustkrebs bei engen Verwandten oder eine eigene gynäkologische Krebserkrankung.

In 1.080 (2021: 1.154) Fällen wurde durch das Programm ein Karzinom nachgewiesen. Das entspricht einer Brustkrebsentdeckungsrate von rund 1,7 %. Diese Werte zeigten, „dass das in Schleswig-Holstein etablierte QuaMaDi-Programm höchste diagnostische Qualität liefert und somit zu Recht seit über 20 Jahren ein fester Bestandteil der Brustkrebsfrüherkennung in Schleswig-Holstein ist“, heißt es im Jahresbericht der QuaMaDi-Geschäftsstelle, die an die KVSH angeschlossen ist.

Für die Patientinnen bringt das Programm Vorteile, denn eine frühere Diagnose erhöht die Behandlungschancen deutlich, zeigt auch der Blick ins Krebsregister Schleswig-Holstein: „Frauen, die im UICC-Stadium I diagnostiziert werden, haben statistisch betrachtet die gleiche Sterblichkeit, wie nicht-erkrankte Frauen“, heißt es dort. Nach den aus dem ganzen Land gesammelten Daten spielt das Alter der Erkrankten dabei nur eine untergeordnete Rolle: „Auch Frauen im Alter von 75 Jahren werden zu 96 % statistisch geheilt.“ Der entscheidende Faktor sei dagegen das Tumorstadium. Eine Studie des UKSH vom November 2021 hatte Befunde, die im Rahmen des QuaMaDi-Programms erhoben wurden, systematisch aufgearbeitet. „Unsere umfassende Auswertung konnte den Erfolg dieses Programms eindeutig bestätigen“, sagte Prof. Christoph Röcken, Direktor des Instituts für Pathologie am UKSH und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.

Weiterhin ist die Brustkrebsinzidenz in Schleswig-Holstein hoch – sie liegt um etwa 20 % höher als im Bundesdurchschnitt, heißt es im Bericht des Krebsregisters. Ein Grund könnte sein, dass im Norden genauer hingeschaut wird – unter anderem mithilfe des Programms QuaMaDi.

Parkinson-Netzwerk für Ostholstein

PARKINSON In Ostholstein könnte zum Jahresende das erste Parkinson-Netzwerk in Schleswig-Holstein entstehen. Ärztinnen aus der Parkinson-Fachklinik der Schön Klinik Neustadt laden andere Akteure aus der Versorgung im Dezember zu einem ersten Kennenlernen ein. Ziel ist es, die Versorgung von Parkinson-Patienten zu verbessern.

Dr. Eva Magdalena Korf und Dr. Jennifer Tübing, Oberärztinnen in der Fachklinik von Chefarzt Prof. Björn Machner, sind die Initiatorinnen des Treffens. Sie hoffen auf Beteiligung aus allen Behandlungsbereichen der Erkrankung: Hausärztinnen und Hausärzte, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte, Kollegen und Kolleginnen aus anderen Kliniken, Behandelnde aus den Therapeutenberufen. Wichtig ist den beiden Initiatorinnen, dass das Netzwerk kein von der Klinik dominierter Zusammenschluss werden soll. „Das ist kein Schön Klinik-Netzwerk, sondern ein Parkinson-Netzwerk, bei dem die Mitglieder aus unterschiedlichen Bereichen kommen und auf Augenhöhe kommunizieren sollen“, sagte Korf im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Und sie stellt klar: „Es geht nicht darum, Patienten in unsere Klinik zu lotsen. Deshalb haben wir bewusst auch die anderen Krankenhäuser der Region eingeladen.“

Grund für ihr Engagement ist das Gefühl, dass die Verbindung und die Kommunikation der Behandler untereinander ausbaufähig ist. „Kliniken und Behandler im ambulanten Bereich stehen zu wenig im Austausch“, hat Korf beobachtet. Sie kann sich vorstellen, dass auch andere Beteiligte aus der Versorgung eine engere Vernetzung wünschen und sich davon Verbesserungen für die Versorgung versprechen.

Genau solch einen Austausch soll das Netzwerktreffen ermöglichen. Die Ziele dahinter: eine verbesserte interprofessionelle Kommunikation, sodass beispielsweise Versorgungsengpässe benannt und gemeinsam Lösungen erarbeitet werden können. Der Wissenstransfer und gemeinsame Fallbesprechungen können außerdem insgesamt zu einer verbesserten Versorgung



Dr. Jennifer Tübing

von Parkinson-Patienten beitragen. Wie genau sich die Netzwerktreffen entwickeln, hängt dabei wesentlich von den Teilnehmenden ab. Auch eine zunächst kleine Gruppe würde Korf nicht abschrecken: „Das kann langsam wachsen.“

Die Auftaktveranstaltung will ein erstes Kennenlernen der Teilnehmenden ermöglichen und bisherige Erfahrungen von Parkinson-Netzwerken aufzeigen. Außerdem wird es um die regionalen Versorgungsstrukturen gehen und um Dysphagie bei Parkinson als interdisziplinäre Herausforderung. Als Referent geladen ist Prof. Tobias Warnecke, Vorstandsvorsitzender des Vereins Parkinson-Netzwerke e.V. Denn neu ist die Idee von Parkinson-Netzwerken nicht. Bundesweit existieren bislang 13 solcher Netzwerke, die unter einem als Verein organisierten Dachverband arbeiten. Das nördlichste Netzwerk ist bislang in Hamburg. Der Verein Parkinson Netzwerke Deutschland e.V. wurde 2023 gegründet, um die Professionalisierung der Netzwerkstrukturen in Deutschland voranzutreiben. Unter dem Dach des Vereins können sich alle deutschen Parkinson-Netzwerke überregional austauschen und gemeinsam agieren.



Dr. Eva Magdalena Korf

Der Dachverband entfaltet vielfältige Alternativen, folgende nennt er auf seiner Website:

- ▶ Netzwerkarbeit initiieren und professionalisieren
- ▶ multidisziplinäre Zusammenarbeit fördern und digitalisieren
- ▶ Wissensaustausch vorantreiben
- ▶ politische Sichtbarkeit für die Netzwerke schaffen
- ▶ Behandlungspfade entwickeln
- ▶ wissenschaftliche Analysen durchführen

Das Netzwerk ist nicht das einzige Engagement, das Tübing und Korf in der Fachklinik neben der klinischen Arbeit entfalten. Im Frühjahr haben die beiden Oberärztinnen bereits ein Parkinson-Café für Patienten eingeführt. Zu dem Treffen sind beim letzten Mal rund 60 Betroffene und Angehörige gekommen. Ziel des Cafés ist es, neue Perspektiven für das Leben mit der Erkrankung aufzuzeigen. Diese Treffen für Patienten und Angehörige sollen zwei Mal jährlich stattfinden.

Die Parkinson-Fachklinik in Neustadt behandelt im Jahr rund 400 Patienten, die vorwiegend aus der Region, zum Teil aber auch aus anderen Bundesländern kommen.

DIRK SCHNACK

Wer sich im Job wohlfühlt, leistet bessere Arbeit

ARBEITSZEIT Wie und vor allem wie viel wollen Ärztinnen und Ärzte künftig arbeiten? Wer strebt eine Chefarztposition an, wer befürchtet einen Karriereknick nach der Elternzeit? Fragen, mit denen sich die unter Lübecker Leitung stehende Studie „Favorisierte Arbeitszeitmodelle in der Gynäkologie“ auseinandergesetzt hat und die Mitte Oktober beim Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) vorgestellt wurde.

Mich hat schon immer interessiert, warum es in den Kliniken so unterschiedlich läuft. Bei uns in Lübeck gehen alle Männer in Elternzeit, auch die in leitender Position. Es gibt jedoch auch Kliniken, in denen die Rollenverteilung sehr traditionell ist und noch niemals ein Mann in Elternzeit war“, erläutert Prof. Maggie Banys-Paluchowski, Stellvertretende Direktorin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am UKSH-Campus Lübeck, die Beweggründe für die Studie. Mit der vom „Jungen Forum“ der DGGG durchgeführten Umfrage sollten die Präferenzen angehender und aktiver Gynäkologen hinsichtlich verschiedener Arbeitszeitmodelle, der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie von Elternzeit erhoben werden. Eine zentrale Aussage der Studie: „Wunsch und Wirklichkeit stimmen bei vielen Aspekten rund um Arbeitszeit und berufliche Entwicklung nicht überein“, sagt Studienleiter Dr. Nikolas Tauber, Arzt in Weiterbildung am UKSH in Lübeck. So bevorzugen lediglich 12 % der Teilnehmenden eine Vollzeitbeschäftigung, 52 % arbeiten jedoch in Vollzeit. 76 % schätzen eine arbeitsplatznahe Kinderbetreuung als wichtigen Faktor bei der Wahl des Arbeitgebers ein; gleichzeitig geben 65 % der Befragten an, dass ihre Arbeitsstelle keine Kinderbetreuung mit flexiblen Betreuungszeiten zur Verfügung stellt.

1.364 Studierende, Ärztinnen und Ärzte haben von Oktober 2023 bis Mai 2024 an der Online-Umfrage teilgenommen – größtenteils in der Klinik tätige Ärztinnen und Ärzte (vom Berufsanfänger bis zur Chefarztin), dazu jeweils rund 80 Studierende und niedergelassene Gynäkologen. Die Teilnehmenden arbeiten zu drei Vierteln in Deutschland, 13 % in Österreich, 12 % in der Schweiz; über 80 % von ihnen

„Wir dürfen bei dem verständlichen Wunsch nach individueller Verwirklichung nicht vergessen, dass wir alle das teuerste Studium, das es gibt, genossen haben.“

PROF. MAGGIE BANYS-PALUCHOWSKI



sind zwischen 21 und 40 Jahren alt. Bemerkenswert: 90,8 % der Teilnehmenden sind Frauen. Tauber: „Die Feminisierung der Medizin wird insbesondere in der Gynäkologie deutlich, über 90 % der Assistenzärzte sind weiblich. In einer Zeit, in der Vielfalt und Gleichberechtigung zunehmend an Bedeutung gewinnen, ist es unerlässlich, Arbeitsumgebungen zu schaffen, die allen Anforderungen und Bedürfnissen gerecht werden. Hier kann der Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe mit seinem besonders hohen Frauenanteil eine Vorreiterrolle einnehmen.“

Banys-Paluchowski war von der großen Teilnehmendenzahl überrascht, ähnliche Vorläuferstudien hatten ihren Angaben zufolge kaum halb so große Resonanz gefunden. Überrascht war sie gleichsam von den

unterschiedlichen Karrierevorstellungen von Frauen und Männern: Während lediglich 4 % der Frauen eine Chefarztposition anstreben, sind dies bei den Männern mit 27 % signifikant mehr. Und lediglich 12 % der Frauen wollen sich habilitieren, im Gegensatz zu 47 % der Männer. 67 % der Frauen haben den Wunsch nach einer Habilitation ausdrücklich verneint, knapp 21 % sind noch unschlüssig. „Das habe ich so nicht erwartet und frage mich auch, warum so viele Frauen schon während der Assistenzarztzeit verneinen, sich später habilitieren zu wollen. Ich war 34, als ich mich habilitiert habe, bin selbst Mutter und möchte eigentlich allen Frauen zurufen 'Ihr könnt Eure Ziele erreichen'“. Neben den individuellen Wünschen der Frauen würden laut Banys-Paluchowski strukturelle Probleme,

wie eine fehlende kliniknahe Kita-Betreuung mit flexiblen Öffnungszeiten, verhindern, dass Ärztinnen bessere Chancen haben, eines Tages eine Chefarztstelle zu erreichen.

Auch zwischen bevorzugten und tatsächlichen Arbeitszeiten klaffen bei den Befragten in der Gynäkologie große Lücken. Lediglich 10 % der Frauen – aber 40 % der Männer – begrüßen eine Vollzeitbeschäftigung, 49 % aller befragten Frauen – und 84 % der Männer – arbeiten jedoch Vollzeit. Bei den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sind über 60 % vollzeitbeschäftigt. Dr. Tauber: „An uns Jüngere wird häufig herangetragen, dass wir weniger arbeiten würden. Die Zahlen hier geben das nicht wieder: Ärzte in Weiterbildung sind nach den Chefarzten das zweitgrößte Kollektiv in der Befragung, das in Vollzeit arbeitet.“ Zurecht, wie Banys-Paluchowski unterstrich: „Eine effektive Weiterbildung in einem operativen Fach ist in Teilzeit ausgesprochen schwierig. Ärztinnen und Ärzte werden insbesondere im OP nicht so gut eingearbeitet und ihre Lernkurve ist langsamer.“

Wie sollte eine ärztliche Teilzeitbeschäftigung bestenfalls gestaltet sein? In der Umfrage standen Jobsharing (eine Stelle, zwei Ärzte) und eine verringerte Zahl Ganztagsdienste zur Auswahl, die Optionen wurden – allerdings von nicht einmal einem Drittel der Befragten – gleichermaßen befürwortet. Ein möglicher Grund für die geringe Anwohlfähigkeit sind die individuellen Vorlieben: Eine halbe Stelle ist von den wenigsten Studienteilnehmern gewünscht (5 %); deutlich beliebter sind 70 – 80 % der Regelarbeitszeit (26 %) oder sogar 80 – 90 % (40 % aller Befragten).

Der 65. DGGG-Kongress

Der 65. DGGG-Kongress fand vom 16.–19. Oktober in Berlin statt. Unter dem Motto „Frauengesundheit am Puls der Zeit“ tagten im Kongresszentrum („CityCube Berlin“) rund 6.000 Expertinnen und Experten aus Gynäkologie und Geburtshilfe, um sich über aktuelle Entwicklungen, drängende Themen und Zukunftsperspektiven des Fachbereichs auszutauschen. Wie auch die Teilnehmendenzahl waren die 735 eingereichten Abstracts neuer Rekord in der langen Kongressgeschichte. Diskutiert wurden wissenschaftliche und gesundheitspolitische Themen.

FOTO: UKSH



„Wunsch und Wirklichkeit stimmen bei vielen Aspekten rund um Arbeitszeit und berufliche Entwicklung nicht überein.“

DR. NIKOLAS TAUBER

Das Thema Elternzeit und ein damit verbundener möglicher Karriereknick war ebenfalls Teil der Befragung. „Fast 90 % der Teilnehmenden stimmen dem für Frauen eher oder ganz zu, jedoch nicht einmal 50 % der Befragten sehen einen Karriereknick für Männer“, erläutert Studienleiter Nikolas Tauber. Wird eine Elternzeit vom eigenen Arbeitgeber unterstützt? Auch hier haben lediglich rund 50 % der Befragten mit Ja geantwortet. „Elternzeit führt bei Frauen häufiger zu einem Karriereknick – und dann oftmals zu einem Ausscheiden aus der Klinik und Wechsel in die Praxis“, hat Banys-Paluchowski beobachtet. Männer dagegen würden in aller Regel noch gelobt werden, wenn sie – eine meist deutlich kürzere – Elternzeit nehmen. „Wichtig ist jedoch, dass sich alle mit ihren individuellen Rollenmodellen identifizieren. Das können also auch Frauen sein, die nach ihrer Elternzeit weiter Karriere machen wollen, ebenso wie Männer, die eine längere Elternzeit als üblich nehmen und sich um ihre Familie kümmern wollen.“

Welche Konsequenzen nun aus der Studie gezogen werden? „Wir würden uns wünschen, dass die Ergebnisse jetzt kritisch diskutiert werden, um mögliche Anpassungen und Verbesserungen in die Praxis zu übertragen“, sagt Studienleiter Tauber. Dem Orga-Team aus dem Jungen Forum des DGGG sei bewusst, dass alle Lösungen im Einklang mit den Abläufen in einer Klinik und einer guten Patientenver-

sorgung stehen müssten. „Individuelle Präferenzen und Lebenssituationen haben einen erheblichen Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit – und dadurch auch auf die Qualität der Patientenversorgung. Wenn sich Ärztinnen und Ärzte im Job wohlfühlen, können sie bessere Arbeit machen. Das kommt unmittelbar den Patientinnen und Patienten zugute.“

Banys-Paluchowski verwies abschließend auf einen finanziellen Aspekt: „Wir dürfen bei dem verständlichen Wunsch nach individueller Verwirklichung nicht vergessen, dass wir alle das teuerste Studium, das es gibt, genossen haben; aktuelle Zahlen sprechen von 200.000 Euro Ausbildungskosten pro Kopf. Früher hat das bedeutet, dass die Absolventen ihr Leben lang bis zur Rente Vollzeit gearbeitet haben, heute wünschen sich viele Teilzeit. Es müssen also deutlich mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden, um den Patientenbedarf abdecken zu können. Das führt unweigerlich zu steigenden Kosten im Gesundheitssystem, denn niemand muss seine Ausbildungskosten zurückzahlen, nur weil sie oder er auf 50 % der Regelarbeitszeit zurückgeht. Auch dieser Aspekt muss thematisiert werden.“

UWE GROENWOLD

Anmerkung der Redaktion: Den Ausdruck „Assistenzarzt“ versuchen wir in unseren Artikeln zu vermeiden. Zitate werden von uns jedoch nicht abgewandelt.

Lungentransplantation nach langer Pause

TRANSPLANTATIONEN Acht Jahre dauerte die Unterbrechung bei Lungentransplantationen am UKSH in Kiel. Im September war es soweit: Die Klinik für Herzchirurgie führte den Eingriff in minimalinvasiver Technik durch.

Nach einer achtjährigen Unterbrechung wurde am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, erstmals wieder eine Lungentransplantation durchgeführt. Am 5. September 2024 konnte ein 68-jähriger Patient, der an einem fortgeschrittenen Lungenemphysem litt, erfolgreich operiert werden. Die Transplantation erfolgte durch das Team der Klinik für Herzchirurgie unter der Leitung von Prof. Gregor Warnecke in minimalinvasiver Technik. Beide Lungenflügel wurden über zwei kleine Hautschnitte entfernt und durch ein Spenderorgan ersetzt.

Nach Angaben aus dem UKSH konnte der Patient, der aufgrund seiner Erkrankung rund um die Uhr auf eine Sauerstoffversorgung angewiesen war, schon wenige Stunden nach der Operation wieder selbstständig atmen. „Nur sechs Stunden nach dem Eingriff wurde der Beatmungsschlauch entfernt, und zwei Tage später war keine zusätzliche Sauerstoffzufuhr mehr notwendig“, teilte das UKSH mit. Im Oktober befand sich der Patient auf der Normal-

station und bereitete sich auf seine Rehabilitation vor.

„Die erfolgreiche Lungentransplantation markiert einen wichtigen Schritt für die Patientenversorgung in Schleswig-Holstein. Minimalinvasive Operationstechniken ermöglichen es uns, die Belastung für den Patienten erheblich zu reduzieren und eine schnellere Genesung zu fördern“, sagte Warnecke, Direktor der Klinik für Herzchirurgie am Campus Kiel. Auch die Lungenheilkunde sei intensiv in die Vorbereitung der Operation eingebunden gewesen. „Durch die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit und die neuen ambulanten Strukturen können wir Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein und darüber hinaus wieder die Option einer Lungentransplantation bieten“, betonte Prof. Jan Heyckendorf, Direktor der Klinik für Innere Medizin I und Experte für Lungenheilkunde.

Mit der Wiederaufnahme des Lungentransplantationsprogramms erweitert das UKSH sein Transplantationspektrum und plant, das Programm in den kommenden

Monaten weiter auszubauen. Im vergangenen Monat befanden sich vier weitere Patientinnen und Patienten auf der Warteliste für eine Lungentransplantation, und weitere sollten medizinisch vorbereitet werden. Das UKSH kündigte an, dass innovative Techniken wie die cloud-basierte Überwachung der Lungenfunktion und moderne Immunsuppressionsverfahren künftig eingesetzt werden sollen, um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit terminalen Lungenerkrankungen zu optimieren.

Das Transplantationszentrum des UKSH ist nach eigenen Angaben das einzige Zentrum in Schleswig-Holstein, das das gesamte Spektrum der Organtransplantationen abdeckt. Am Campus Kiel werden Herzen, Lungen, Lebern, Pankreas (Bauchspeicheldrüsen), Dünndarm und Nieren transplantiert, während am Campus Lübeck vor allem Nieren- und Pankreastransplantationen durchgeführt werden.

Bundesweit wurden 2022 insgesamt 254 Lungentransplantationen vorgenommen, zugleich warteten 286 Patientinnen und Patienten auf eine Spenderlunge. (PM/RED)



Das Kieler Transplantationssteam mit Prof. Gregor Warnecke (links), Prof. Jan Heyckendorf (5. von links) und dem erfolgreich transplantierten Patienten Karl-Heinz Heckner (Mitte) nach der ersten Lungentransplantation seit acht Jahren.

Teurer als Diabetes und Herzinsuffizienz

DEPRESSIONEN Die Zahl der Menschen in Schleswig-Holstein, die unter Depressionen leiden, steigt kontinuierlich. Eine Auswertung der AOK Nordwest zeigt, welche Ausmaße die Erkrankung angenommen hat – und was das an volkswirtschaftlichen Kosten verursacht.

Im Jahr 2022 waren 318.000 Menschen ab zehn Jahren aus Schleswig-Holstein wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung, das entspricht 11,9 % der Bevölkerung. Als besorgniserregend stuft die Kasse ein, dass die Zahl der Betroffenen in den vergangenen fünf Jahren kontinuierlich gestiegen ist und jetzt einen Höchstwert erreicht hat.

„Depressionen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen und stellen eine enorme Herausforderung für unser Gesundheitssystem dar“, sagte Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordwest, bei der Vorstellung der Daten aus dem „AOK-Gesundheitsatlas Depressionen“ des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO).

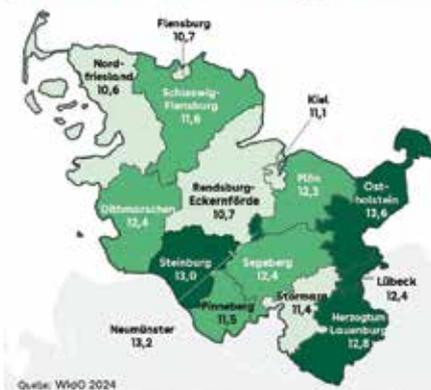
Zwischen den Regionen in Schleswig-Holstein gibt es deutliche Unterschiede. Im Kreis Nordfriesland waren 2022 10,6 % der Einwohnerinnen und Einwohner wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung, im Kreis Ostholstein waren dies 13,6 %. Im Vergleich zu anderen Bundesländern liegt der Anteil der wegen Depressionen behandelten Personen in Schleswig-Holstein mit 11,9 % deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt von 12,5 %.

Schon Kinder und Jugendliche ab zehn Jahren sind wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung. Die Krankheitshäufigkeit steigt mit zunehmendem Alter deutlich an. Frauen sind in fast allen Altersgruppen stärker betroffen als Männer. Bei den 60- bis 64-Jährigen ist mehr als jede fünfte Frau und jeder siebte Mann betroffen. In den Altersklassen zwischen 65 und 74 Jahren ist dann ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Nach diesem „Knick“ steigen die Prävalenzen jedoch weiter deutlich an. Der Prävalenzgipfel wird bei den 80- bis 84-jährigen Frauen mit 25,9 % erreicht. Bei den Männern wird die höchste Prävalenz mit 15,8 % in der Altersgruppe ab 90 Jahren gemessen.



Tom Ackermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Nordwest.

Depressionen in Schleswig-Holstein



Quelle: WIDO 2024
Prozentualer Anteil der Patientinnen und Patienten mit Depressionen in den Kreisen und kreisfreien Städten in 2022.

Der AOK-Gesundheitsatlas zeigt bei der Häufigkeit von Depressionen deutliche Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein: Im Kreis Nordfriesland waren 2022 10,6 % der Einwohnerinnen und Einwohner wegen Depressionen in ärztlicher Behandlung, im Kreis Ostholstein 13,6 %.

Die Relevanz der Erkrankung zeigt sich auch bei den volkswirtschaftlichen Kosten. Die AOK verwies in diesem Zusammenhang auf die jüngste vorliegende Krankheitskostenstatistik des Statistischen Bundesamtes, wonach 9,5 Milliarden Euro an Kosten auf Depressionen entfallen. Dies entspricht 2,2 % aller Krankheitskosten. „Depressionen haben somit aus Kostenperspektive eine höhere Relevanz als Herzinsuffizienz (7,4 Milliarden Euro) oder Diabetes mellitus (7,4 Milliarden Euro)“, gab die AOK zu bedenken.

Neben den direkten Krankheitskosten entstehen indirekte Kosten durch krankheitsbedingte Fehltagel. Auf die laut AOK bundesweit 34,5 Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte im Jahr 2022 hochgerechnet ergeben sich daraus 53,8 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage und Produktionsausfallkosten in Höhe von etwa 6,9 Milliarden Euro. Der Anteil der Depressionen an den gesamten volkswirtschaftlichen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit belaufe sich somit auf 7,7 %.

Allein bei den bei der AOK Nordwest in Schleswig-Holstein versicherten Beschäftigten fielen 2023 769.345 Fehltagel wegen Depressionen an. Die Dauer je Fall lag bei 45 Tagen.

„Unabhängig davon, welchen Einfluss berufliche Belastungen auf die Entstehung einer Depression haben, bieten Instrumente wie Fehlzeitenanalysen oder Befragungen zur Gesundheit der Mitarbeitenden im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Möglichkeit, die Relevanz im eigenen Unternehmen zu erkennen und den Betroffenen entsprechende Unterstützung anzubieten. Angesichts des Fachkräftemangels kommt gerade auch dem betrieblichen Eingliederungsmanagement nach einer Depression eine wichtige Rolle zu“, betonte Ackermann die Bedeutung von Prävention und Nachsorge.

(PM/RED)

Stress im Job und was dagegen hilft

SEELISCHE ERKRANKUNGEN Zur Woche der seelischen Gesundheit gab es zahlreiche Veranstaltungen in Schleswig-Holstein. Zum Auftakt hatte der Kreis Segeberg in die Akademie der Ärztekammer eingeladen, um mit Vertretern von Unternehmen über das Thema zu diskutieren.

Depression, Sucht, Psychosen – seit Jahren steigen die Zahlen psychischer Krankheiten. Inzwischen sind sie nach Atemwegs- und Skeletterkrankungen der dritthäufigste Grund für Fehltage bei der Arbeit und damit ein wirtschaftlicher Faktor. „Hand in Hand für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz“, lautete daher auch das Motto der diesjährigen bundesweiten Woche der seelischen Gesundheit. Wo Firmen und Beschäftigte Hilfe finden, erfahren Arbeitgeber und andere Interessierte aus dem Kreis Segeberg bei einer Veranstaltung in der Akademie der Ärztekammer in Bad Segeberg.

„Ja, ich bin so eine“ – mit diesem Bekenntnis eröffnete Marlies Stagat ihr Statement in der Podiumsrunde bei der Veranstaltung. „So eine“ – eine gesunde, erfolgreiche Frau, die auf einmal mit einer psychischen Krankheit zu kämpfen hat. „Ich bin sehenden Auges in den Burnout hineingerannt“, berichtete Stagat. Als es ihr besser ging, gründete sie ihre heutige Beratungsfirma „Erfolgswerkstatt-Nord“. Sie bietet unter anderem Führungskräfte- und Seminare zur Mitarbeiterverbundenheit an. „Es geht auch bei der Arbeit um Sinn“, sagte Stagat. „Menschen sind soziale Tiere, wir brauchen Bindung und Kontakte.“ Ihre Firma mit Sitz in Klein Gladebrügge berät kleine und mittlere Unternehmen der Region – Firmen, für die inzwischen der Mangel an Fachkräften ein Riesensproblem ist. Der Erhalt der Gesundheit aller Beschäftigten rückt damit immer mehr in den Mittelpunkt.

„Stressbewältigung ist einer der häufigsten Gründe, aus denen sich Arbeitgeber an uns wenden“, sagte Nora Hansen von der Koordinierungsstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), einem Angebot der gesetzlichen Krankenkassen. Unternehmen, die sich an die BGF wen-



Marlies Stagat (Erfolgswerkstatt-Nord), Nora Hansen (BGF Koordinierungsstelle), Janique Jornitz (MEBO Sicherheit), Antje Grahl (DRV Bund) und Eva Rincke (Landesverein Innere Mission, von links) diskutierten bei der Auftaktveranstaltung zur Woche der seelischen Gesundheit bei einer Veranstaltung des Kreises Segeberg in der Akademie der Ärztekammer.

den, erhalten kostenlos Beratung und Zugang zu den Präventionsseminaren, die alle Krankenkassen im Programm haben. „Unsere Berater haben einen Werkzeugkoffer mit Angeboten dabei und finden im Gespräch heraus, was für das Unternehmen passt“, sagte Hansen.

Im „Handlungsfeld Stressmanagement“ gibt es eine Reihe von Entspannungskursen, unter anderem Progressive Relaxation und autogenes Training. Gehen die Probleme tiefer, vermittelt das Team an andere Fachstellen. Dass die psychischen Probleme zunehmen, hält Hansen für verständlich: „Man ist 24/7 erreichbar, guckt auch am Sonntag aufs Telefon, ob es etwas Neues gibt, und macht sich selbst Druck.“

Hinzu kommt die Anforderung, sich ständig zu verändern, anzupassen, die großen gesellschaftlichen Prozesse im Kleinen abzubilden. Wie solche Veränderun-

gen ablaufen und wie sie sich auf Menschen auswirken, erforscht Dr. rer. nat. Nale Lehmann-Willenbrock, Professorin an der Universität Hamburg am Institut für Psychologie und zuständig für Arbeits- und Organisationspsychologie. „Veränderungen passieren ständig und oft ungeplant“, sagte Lehmann-Willenbrock im einleitenden Vortrag des Abends. „Ob die Veränderung gelingt, liegt an den Menschen. Unternehmen müssen einen Weg finden, damit die Menschen mitmachen. Denn Organisationen entwickeln sich, wenn die Mitarbeiter sich entwickeln.“

Klar ist: Veränderungen lösen Emotionen aus. Teils Freude, teils Angst, manchmal Wut, oft eine Mischung aus allem. Es sei wichtig, auf die ersten Reaktionen zu achten, riet die Arbeitspsychologin: „Denn das stimmt meist damit überein, wie die Menschen sich später verhalten.“ Laufe die

Veränderung langsamer oder nicht in die Richtung, die sich Führung wünscht, gebe es oft Vorwürfe an einzelne Beschäftigte, die als „faule Äpfel“ den Rest der Belegschaft mit Bedenken anstecken, sagte Lehmann-Willenbrock. Doch die Frage sei vielmehr, was das Unternehmen tun könne, um die Belegschaft mitzunehmen. Dass gemindert und gemeckert wird, sei normal: „Es gibt in jeder Runde Jammerzirkel, und Jammern steckt mehr an als Begeisterung.“

Jammern habe seine Berechtigung, denn es kann auf Probleme hinweisen. Einzelne Mitarbeiter könnten als „Agenten des Wechsels“ Argumente für die geplanten Maßnahmen in die Belegschaft tragen, riet die Professorin. Wichtig sei – auch für das seelische Wohlbefinden aller Beschäftigten – dass Bedenken gehört werden. Eine Kommunikation von oben herab löse dagegen nur Widerstand aus, führe zu Trotz, Frust und damit zu belastenden Stress. Dass heute so offen über psychische Probleme im Arbeitsleben gesprochen werde, sei eine erfreuliche Entwicklung, sagte Segebergs Landrat Jan Peter Schröder, der die Gäste bei dieser Veranstaltung zum Auftakt der Woche der seelischen Gesundheit begrüßte. „Jeder könnte einmal in die Situation kommen. Daher ist es wichtig, ein Verständnis zu haben für die, die es jetzt betrifft.“

Hinter der „Woche der seelischen Gesundheit“, die jährlich im Herbst in deutschlandweit in rund 50 Städten oder Kreisen stattfindet, steht das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, das es sich zur Aufgabe gemacht hat, psychische Krankheiten zu enttabuisieren. Über 170 Mitgliedsorganisationen gehören dem Bündnis an, darunter die Bundesärztekammer und mehrere psychologische und nervenärztliche Berufsverbände, die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, aber auch kleinere Einrichtungen wie

die Werkstätten Materialhof in Rendsburg und Selbsthilfvereine wie die Tourette-Gesellschaft Deutschland.

„Am besten ist, wenn Menschen gar nicht erst in eine chronische Krankheit geraten“, sagte Antje Grahl von der Deutschen Rentenversicherung, die das Programm „RV fit“ vorstellte. Ähnlich wie beim Angebot der Krankenkassen könnten Betriebe eine kostenlose Beratung und anschließend passende Seminare erhalten. Neben Ernährung und Bewegung steht immer öfter die Stressbewältigung im Zentrum. „Die Betriebe sind offen für solche Programme, auch die kleinen und mittleren“, betonte Grahl bei der Veranstaltung in der Akademie.

Wie unterschiedliche Unternehmen mit der gesundheitlichen Prävention umgehen, zeigten zwei Praxisberichte. „Unsere Beschäftigten wissen, dass ihr Bedarf gesehen wird“, sagte Eva Rincke, theologische Vorstandin im Landesverein für Innere Mission, zu dem unter anderem die Psychiatrische Klinik Rickling – und damit das größte psychiatrische Krankenhaus in Schleswig-Holstein – gehört.

Sie sprach in der Diskussionsrunde von „Seelsorge“ im kirchlichen wie gesundheitlichen Wortsinn. Im Seelsorgeteam können Beschäftigte ihre persönlichen Sorgen ansprechen, von Trauer über einen Todesfall in der Familie bis zu belastenden Situationen bei der Arbeit. Rund 600 kurze Gespräche führe die Abteilung für Seelsorge im Monat. Dennoch sei der Krankenstand in der Belegschaft weiter hoch, sagte Rincke. Zurzeit ändere sich viel im Unternehmen, „der Umbau läuft“. Aber der neue Vorstand, dem sie angehört, stehe für eine neue Atmosphäre: „Unsere Türen stehen offen, und es wird viel gelacht.“

Nicht immer zum Lachen ist der Job der Beschäftigten der Firma MEBO Sicherheit: „Sicherheitsleute sind heute eierlegende Wollmilchsäue, die eine ganze Reihe von

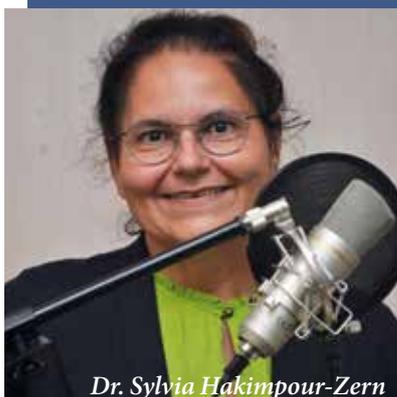


Dr. rer. nat. Nale Lehmann-Willenbrock

Aufgaben haben, gleichzeitig ist der Lohn niedrig“, sagte Janique Jornitz, Personalreferentin am Standort Bad Segeberg. Stress und psychische Belastungen spielten eine Rolle. „Wir müssen im ganzen Unternehmen das Bewusstsein dafür schärfen, dass jeder psychische Probleme kriegen kann.“ Wichtig sei: „Einfach mal quatschen.“ Offene Gespräche können nach Erfahrungen der Personalreferentin viele Probleme lösen.

Aber, darüber waren sich die Beteiligten einig, es gebe auch Grenzen dessen, was ein Unternehmen auffangen könne. Landrat Schröder berichtete von einem Kommunikationsspiel, bei dem die Teilnehmenden die Rollen von Prominenten einnahmen. Mit dabei waren Stars wie Beyoncé, Nena und Schauspieler Klaus Kinski, aber auch Donald Trump. „Wir haben alle untergebracht, auch die Zickigen und Schwierigen“, sagte Schröder. „Nur für Kinski und Trump gab es in keinem Team Verwendung.“

ESTHER GEISSLINGER



Dr. Sylvia Hakimpour-Zern

Dr. Sylvia Hakimpour-Zern im Podcast

Psychische Erkrankungen und die Stigmatisierung von Betroffenen sind Thema eines Podcasts des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes mit Dr. Sylvia Hakimpour-Zern vom Fachdienst Sozialpsychiatrie und Gesundheitsförderung des Kreises Segeberg. Die Fachärztin für Allgemeinmedizin und Ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen berichtet außerdem über die Woche der seelischen Gesundheit. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden. Darunter u.a.:

- ▶ Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken im Interview
- ▶ Yannek Drees: Der neue kaufmännische Geschäftsführer der Ärztekammer
- ▶ Dr. Jan Bräuning: Als Arzt bei der Bundeswehr
- ▶ Daniel Pleger: Arzt mit Augenmaß und Lust auf Standespolitik



Kliniken im Insolvenzmodus

KLINIKEN Das Johanniter Krankenhaus in Geestacht befindet sich im Insolvenzverfahren mit noch offenem Ausgang. Das Klinikum Bad Bramstedt dagegen hat nach langer Durststrecke inzwischen einen Weg aus der Insolvenz herausgefunden.

Der Insolvenzantrag des Johanniter Krankenhauses Geestacht hat zu öffentlichen Diskussionen über die Zukunft der Klinik, aber auch über Verantwortlichkeiten geführt. Nach einer Resolution auf kommunaler Ebene zum Erhalt der Klinik sah sich das Kieler Gesundheitsministerium im Oktober zu einer Klarstellung veranlasst, wonach es Bemühungen zum Erhalt der Klinik Geestacht ausdrücklich unterstütze.

Dazu sei das Ministerium im Austausch mit den Beteiligten. „Federführend im Verfahren zur Zukunft des Krankenhauses in Geestacht ist der Insolvenzverwalter in Zusammenarbeit mit der Klinikleitung, die eigenständig Lösungen prüfen. Wie bei Insolvenzverfahren üblich, steht das Ministerium dem Verwalter und auch potenziell interessierten Investoren in Bezug auf Fragestellungen zur Krankenhausplanung beratend zur Seite.“

Krankenhausplanerisch sei am Versorgungsauftrag der Klinik aktuell nichts verändert worden. Zur Frage, ob es auch einen

„Plan B“ gebe, falls das Engagement des Insolvenzverwalters nicht zu einer Fortführung der bisherigen Versorgungsangebote am Standort Geestacht führen würde, hatte Staatssekretär Dr. jur. Oliver Grundei erläutert, dass es Ministeriumsaufgabe sei, vorsorglich zu prüfen, wie die Versorgung alternativ sichergestellt werden könnte, wenn am Standort Leistungen wegfallen sollten. Hierzu ist das Ministerium im Austausch mit anderen Krankenhäusern, etwa mit der 18 Kilometer entfernten Klinik in Reinbek, die sich dazu auch öffentlich geäußert hatte. Weitere Krankenhäuser in der Region finden sich u.a. in Bergedorf, Lüneburg und Lübeck. Einen Zwang seitens der Krankenhausplanung, alle bisherigen Leistungsangebote am Standort Geestacht fortzuführen, könne es daher nicht geben. Grundei betonte: „Die Ursachen für Klinikinsolvenzen liegen nicht in der Krankenhausplanung begründet, sondern in unzureichenden Einnahmen gegenüber steigenden Ausgaben. Verantwortlich für die Klinikfinanzierung ist die Bundesregierung.“

Weiter als Geestacht ist das Insolvenzverfahren des Klinikums Bad Bramstedt, das am ersten Juni 2023 eröffnet worden war. Im Erörterungs- und Abstimmungstermin am Amtsgericht Neumünster hatte die Gläubigerversammlung im Oktober den Insolvenzplan angenommen. Auch das Gericht bestätigte anschließend den Insolvenzplan, sodass das Verfahren Ende Oktober beendet werden konnte.

Das Haus geht damit wieder in den Regelbetrieb über. Im nächsten Schritt folgt die weitere Umsetzung der im Insolvenzplan festgeschriebenen Maßnahmen, damit sich das Haus langfristig stabil aufstellen kann. Im Rahmen des Verfahrens konnten alle Arbeitsplätze sowie Unternehmensbereiche erhalten werden. Mit Rechtskraft des Insolvenzplans wird die IGP medical (Bad Bramstedt) GmbH neue Gesellschafterin der Klinikum Bad Bramstedt GmbH.

Das Klinikum Bad Bramstedt wurde von den Generalhandlungsbevollmächtigten Dr. Rainer Eckert und Michael Schütte von Eckert Rechtsanwälte und von Sachwalter Stefan Denkhäus durch das Verfahren begleitet.

„Die Bestätigung des Insolvenzplans durch das Gericht ist ein doppelter Erfolg: Für die Gläubiger konnte eine faire Lösung gefunden und damit Rechtssicherheit geschaffen werden, für die Region bedeutet die erfolgreiche Sanierung des Klinikums Bad Bramstedt nun hoffentlich langfristige Versorgungssicherheit, auch wenn noch eine Reihe von Restrukturierungsmaßnahmen nach Verfahrensbeendigung anstehen“, sagte Denkhäus.

Zufrieden zeigt sich auch Klinikgeschäftsführer Jens Ritter, der sich ausdrücklich bei den fast 1.000 Beschäftigten für deren Unterstützung während des Verfahrens und ihre Verbundenheit mit dem Haus während der vergangenen 18 Monate bedankte.



Das Krankenhaus in Geestacht befindet sich aktuell im Insolvenzverfahren.

Eine Klinikreform, die Sorgen verstärkt

KLINIKREFORM Der Bundestag hat die Krankenhausreform verabschiedet, diesen Monat geht sie in den Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat. Die Reaktionen aus Schleswig-Holstein sind von Sorgen geprägt.

Die vom Bundestag verabschiedete Krankenhausreform ist laut Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) notwendig, weil es Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen gebe. Diese Notwendigkeit wurde kaum angezweifelt, die Reforminhalte dagegen wurden von Ländersseite, Kliniken und Organisationen der ambulanten Seite massiv kritisiert.

Mit der Reform werden 65 Leistungsgruppen mit bundeseinheitlichen Kriterien eingeführt. Nur Krankenhäuser, die über das dafür erforderliche Personal, die Fachdisziplinen und die apparative Ausstattung verfügen, dürfen diese Leistungen künftig anbieten. In Regionen mit unbesetzten Facharztsitzen sollen sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen (Level-II-Krankenhäuser) fachärztliche Leistungen anbieten dürfen. Außerdem wird u.a. eine Vorhaltevergütung eingeführt, die einen Teil der Fallpauschalenvergütung ablöst. Dies sind aber nur Teile eines umfassenden Reformwerks.

Lauteste Kritiker waren die Kliniken und die Bundesländer. „Ich stelle fest, dass die wesentlichen, fachlich begründeten, Forderungen der Länder nicht berücksichtigt sind. Dazu gehören eine auskömmliche Übergangsfinanzierung bis die Reform greift, Bürokratieabbau anstatt Bürokratieaufbau, die Wahrung der Planungshoheit der Länder, eine Finanzierung, die auch die Grund- und Notfallversorgung in der Fläche verlässlich sichert, sowie eine rechtzeitig vorgelegte Wirkungsanalyse, die der Bundesminister mehrfach zugesagt, aber nicht geliefert hat“, sagte Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU), aktuell Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Mit dem Gesetz ist nach ihrer Ansicht die Sicherung der Grund- und Notfallversorgung im ländlichen Raum akut

gefährdet. Sie befürchtet zudem unkontrollierte Klinikinsolvenzen. Von der Decken stellte klar, dass sie sich für die Anrufung des Vermittlungsausschusses im Bundesrat einsetzen wollte, um noch Veränderungen zu erreichen. Sie hatte im Vorfeld mehrfach die mangelhafte Kommunikation mit dem Bundesgesundheitsministerium kritisiert.

Auch die Krankenhausgesellschaft und einzelne Krankenträger hatten sich immer wieder mit ihren Sorgen und ihrer Kritik an die Politik und an die Öffentlichkeit gewandt. Dies betraf einzelne Reformpunkte, aber auch den Weg, bis die Reform greift. Für diesen Zeitraum fordern sie bislang erfolglos eine Übergangsfinanzierung. Ohne diese drohe weiteren Krankenhäusern die Insolvenz, wurde immer wieder betont. Ein anderer Kritikpunkt von Ländern und Kliniken war die fehlende Wirkungsanalyse. Ohne diese Analyse komme es zu einer „Abstimmung im Blindflug“, hieß es. Für zusätzliche Empörung sorgte unmittelbar vor der Abstimmung, dass die eingeforderte Folgenabschätzung nur den Abgeordneten der Koalitionsfraktionen, nicht aber den Abgeordneten der Opposition vorgelegt worden war.

Den ambulanten Sektor treibt insbesondere die weitere Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen um. „Ich finde es lächerlich, wenn Sprecher der Koalitionsfraktionen im Zusammenhang mit dieser Reform von einer Ambulantisierung oder gar sektorenübergreifenden Versorgung sprechen“, sagte etwa Dr. Svante Gehring, Vorstandsvorsitzender der Ärztenossenschaft Nord. Das Gegenteil sei der Fall, die „Stationarisierung“ ambulanter Leistungen würde vorangetrieben.

„Warum soll sich in Zukunft eine Ärztin oder ein Arzt für den ambulanten Bereich entscheiden, wenn sie oder er dieselben Leistungen – ohne unternehmerisches Risiko im Krankenhaus erbracht – besser bezahlt bekämen“, fragte Dr. Axel Schroeder,



Prof. Kerstin von der Decken

stellvertretender Vorsitzender der Genossenschaft. Das führe zur Abschaffung von niedergelassenen Fachärzten in eigenen Praxen. Schroeder gab außerdem zu bedenken, dass Klinikärzte nicht über ausreichende praktische Erfahrungen in der ambulanten Grundversorgung verfügen würden.

Der Marburger Bund sieht neben kritischen auch eine Reihe von sinnvollen Änderungen im Gesetz und warb für eine Verständigung zwischen Bund und Ländern, um die mit der Reform verfolgten Ziele besser zu erreichen. In der vorliegenden Form bleibe das Gesetz hinter diesen Zielen zurück, teilweise konterkarriere es sie sogar, insbesondere im Hinblick auf den eigentlich zugesagten Bürokratieabbau. Sorgen bereitet dem Marburger Bund auch die erkennbare „Dynamik eines fortschreitenden Kapazitätsabbaus, der nicht Ergebnis planerischer Entscheidungen, sondern Ausdruck unzureichender Betriebskostenfinanzierung ist.“

DIRK SCHNACK

Kreis Pinneberg will „gesund älter werden“

PRÄVENTION Der Kreis Pinneberg widmete seine zweite kommunale Gesundheitskonferenz dem Thema „Gesund älter werden“. Einsamkeit, Bewegung und Ernährung wurden gezielt in Workshops behandelt. Im Vorwege hatten Gesundheitsplanerinnen des Kreises für eine Datenbasis gesorgt.

Der Kreis Pinneberg hat im vergangenen Monat zum zweiten Mal zu einer kommunalen Gesundheitskonferenz eingeladen. Nachdem es in einer ersten Konferenz im vergangenen Jahr um die Kinder und Jugendlichen im Kreis gegangen war, wurde diesmal das Thema „Gesund älter werden“ in den Fokus genommen – ein relevantes Thema vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, steigender Lebenserwartung und eines oft beklagten Fachkräftemangels. Eingeladen waren Akteure aus unterschiedlichen Bereichen: Ärztevertreter, Pflegeexpertinnen, Anbieter von unterschiedlichsten Angeboten für Senioren, Krankenkassenvertreterinnen sowie Vertreter der verschiedenen Seniorenräte im Kreis waren dabei.

Prof. Susanne Busch von der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) Hamburg stellte die im Kontext des Konferenztitels berechtigte Frage, wer denn wann als gesund gelte und erinnerte die Teilnehmenden an das salutogenetische Modell von Antonovsky, demzufolge Gesundheit als Kontinuum zwischen den Polen vollständiger Gesundheit und vollständiger Krankheit anzusehen ist. Und geht es nur darum, Krankheiten zu verhindern, oder (auch) darum, Gesundheit zu fördern, Ressourcen zu mobilisieren und Barrieren abzubauen?

Praktisch wurde das in einem Interview mit der Koordinatorin des „Netzwerk Nordstedt“ (NeNo), Frau Bärbel Joppien. Das NeNo bietet neben zahlreichen gemischten Nachbarschaftsgruppen auch eine reine Männergruppe, deren Vertreter ebenfalls Rede und Antwort stand, sowie die Vermittlung von Patengroßeltern und unverbindliche Treffen auf „Grünen Stühlen“ im Park. Die Teilnehmenden der Konferenz konnten eine Reihe von Anregungen aufgreifen und mitnehmen.

In drei Workshops wurde anschließend das Thema „Gesund älter werden“ unter spezifischen Gesichtspunkten betrachtet. Die Thematik der Workshops orientierte sich dabei an dem Nationalen Gesundheitsziel gleichen Namens. Die Teilnehmenden des Workshops „Einsamkeit im Alter“ hielten positiv fest, dass das Bewusstsein für Einsamkeit und Isolation im Alter gestiegen ist und es auch bereits erste gute Ideen gibt, wie dieser Herausforderung begegnet werden kann. Es gibt im Kreis Pinneberg eine Reihe guter und nachahmenswerter Initiativen, von gemeinsamen Wohnprojekten über aufsuchende Angebote bis hin zu praktischen Unterstützungsmöglichkeiten wie einem „Bedarfssammeltaxi“ für Menschen mit eingeschränkter Mobilität in Barmstedt und Umgebung. Oft gelingt es aber nicht, die Informationen zu verfügbaren Angeboten sichtbar und für die Betroffenen transparent zu machen – hier besteht Nachbesserungsbedarf.

In einem zweiten Workshop zum Thema „Ernährung im Alter“ waren die Teilnehmenden sich einig, dass der Nährstoffbedarf im Alter nicht immer ausreichend gedeckt wird. Es sind viele Informationen zu ausgewogener Ernährung verfügbar, aber was das für (langjährige) Ernährungsgewohnheiten des Einzelnen bedeutet, ist nicht immer klar. Hier braucht es gezielte Beratungen, etwa durch zertifizierte Ernährungsberaterinnen. Essensportionen sollten altersgerecht angepasst sein, um den Appetit nicht gleich beim Anblick eines Essenberges zu verlieren. Um auch mit funktionalen Einschränkungen weiterhin gut kochen und essen zu können, gibt es darüber hinaus eine Reihe von Hilfsmitteln, deren Verwendungsmöglichkeiten vielen älteren Menschen bekannt gemacht werden sollten.

Der dritte Workshop widmete sich dem Thema „Bewegung im Alter“. Positiv hiel-

ten die Teilnehmenden fest, dass im Kreis Pinneberg mehr als 16.000 Menschen über 60 Jahre im Vereinssport organisiert sind. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Anreize, sich mehr zu bewegen, nicht zuletzt durch neu gebaute Radwege oder durch Bewegungsanreize, die von Krankenkassen unterstützt werden. Zugleich wurde darauf hingewiesen, dass für die Betroffenen noch zu viele Barrieren im öffentlichen Raum bestehen. Partizipation älterer Mitbürger und Mitbürgerinnen scheitert beispielsweise nicht selten an banalen Dingen, wie fehlenden öffentlich zugänglichen Toiletten. Auch generationenübergreifende Angebote fehlen. Die Workshop-Teilnehmenden wünschen sich neben ganz konkreten Dingen wie einem Verkehrstraining auf dem Rad auch ganz allgemein eine sensibilisierte Gesellschaft, die Rücksicht nimmt und einen „präventiven Blick“, beispielsweise der Kommunen bei Bauvorhaben oder Umgestaltungen.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Teilnehmenden – neben gesellschaftlichem Engagement und der Selbstverantwortung der Betroffenen – auch die Kommunen in der Pflicht sehen, im Sinne der Daseinsvorsorge die Strukturen für alte Menschen so zu gestalten, dass diese aktiv partizipieren können, die Möglichkeit zu gesunder und ausgewogener Ernährung haben und darüber hinaus hinreichend Bewegungsmöglichkeiten im öffentlichen Raum bestehen.

Neben den Phasen der gemeinsamen Arbeit gab es an diesem Tag im Kreishaus auch Zeit zur Vernetzung und zum Knüpfen neuer Kontakte. Eine insgesamt zufriedene Teilnehmerschaft trat am Abend den Heimweg an im Bewusstsein, dass es noch viel zu tun gibt, aber auch mit dem Wissen, dass bereits viele Akteure gemeinsam an dem Ziel einer gesund älter werdenden Gesellschaft arbeiten. (PM/RED)

Dringliche Fälle in der Hausarztpraxis

ALLGEMEINMEDIZIN Das Lübecker Institut für Allgemeinmedizin arbeitet derzeit an einem bundesweiten Projekt zu Dringlichkeit und Komplexität von akuten Behandlungsfällen in Hausarztpraxen. Hausärztinnen und Hausärzte aus dem Norden sind zur Teilnahme aufgerufen.

Kürzlich ist eine bundesweite Studie zur Inanspruchnahme von Leistungen in der hausärztlichen Versorgung gestartet. Auch niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner aus Schleswig-Holstein sind zur Teilnahme aufgerufen.

Ziel der vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) initiierten Studie ist es, das Inanspruchnahmeverhalten von Patientinnen und Patienten mit dringendem Behandlungsbedarf in hausärztlichen Praxen zu untersuchen. Damit greift es ein Thema auf, das derzeit gesundheitspolitisch weit oben auf der Agenda steht und das nach Ansicht von Expertinnen und Experten eine wichtige Rolle für die künftige Verwendung der knappen Ressourcen im Gesundheitswesen spielen könnte. Bislang liegen wenige Daten darüber vor, wie groß der Anteil der Hausarztpraxen an dringlichen Behandlungen ist und wie viele Patienten schon in der Praxis abschließend behandelt werden, ohne dass Ressourcen in anderen Einrichtungen dafür in Anspruch genommen werden.

Gewonnen hat die Ausschreibung um das Projekt das Institut für Allgemeinmedizin der Universität zu Lübeck, das die Studie unter Leitung von Prof. Jost Steinhäuser derzeit durchführt.

Mithilfe eines vom Lübecker Institut neu entwickelten Messinstruments werden die Dringlichkeit von Behandlungsanlässen, deren Komplexität, die Diagnosen und der weitere Verlauf erhoben. Dabei sollen Patientendaten aus diesem Jahr betrachtet werden – was eine Unterstützung aus den allgemeinmedizinischen Praxen erforderlich macht.

Durch die retrospektive Beobachtung der Patientendaten werden Häufigkeit und Gründe der Inanspruchnahme von Leistungen in der hausärztlichen Versorgung besser verstanden.



Johannes Rieken (links) und Prof. Jost Steinhäuser

„Allgemeinärztinnen und -ärzte leisten täglich auch einen wesentlichen Beitrag in der Akutversorgung. Dieser Beitrag muss, um Optimierungspotenziale für die akutmedizinische Versorgung im Gesamtsystem zu identifizieren, dringend sichtbar werden“, sagte Studienleiter Prof. Jost Steinhäuser auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes.

Bisher liegt das Hauptaugenmerk beim Thema Akutversorgung nach seiner Beobachtung auf der Behandlung in den Krankenhäusern – möglicherweise, weil es aus dem ambulanten Sektor bislang keine entsprechenden Daten gibt.

Dies soll sich durch die Studie ändern. Wie läuft die Befragung ab? Für die Teilnahme können die Hausärztinnen und Hausärzte eine Tagesliste aus dem laufenden Jahr 2024 auswählen. Für das Projekt werden sie dann gebeten, Angaben zu Patienten, die sie selber an diesem Tag behandelt haben, über den Online-Fragebogen

Zum Projekt

Johannes Rieken
Facharzt für
Allgemeinmedizin
Telefon 0451 3101 8014
Johannes.rieken@uni-luebeck.de



zur Verfügung zu stellen. Der Fragebogen beinhaltet neun Items.

Mit Ergebnissen ist laut Institut ungefähr im Frühjahr des kommenden Jahres zu rechnen. Institutsmitarbeiter Johannes Rieken hält das Thema auch für geeignet, es später europaweit auszuweiten, um die Unterschiede zwischen den Ergebnissen in Deutschland zu denen in anderen Ländern deutlich zu machen.

DIRK SCHNACK

Vom Sterben in der Poesie – und im echten Leben

PALLIATIVMEDIZIN Ein Kultur-Event zum Thema Sterben: Eine ungewöhnliche Idee, die im Kieler Schauspielhaus kürzlich meisterhaft umgesetzt und von viel Applaus begleitet wurde. Mitveranstalter war die Palliativstation des Städtischen Krankenhauses Kiel.

Es ist vielleicht die ärgste Last, die auf uns Menschen liegt: Die durch nichts zu erschütternde Gewissheit, dass wir alle einmal gehen müssen von dieser Welt. Kein Wunder, dass man schon übers Sterben schrieb, kaum dass die Schrift erfunden wurde. Daniel Karasek und Norbert Aust – zwei im schauspielerischen Milieu verwurzelte Kreative – begaben sich anlässlich der mittlerweile 8. Kieler Hospiztage genau in diese literarische Nische.

Und siehe da: Die große Tragik, der nagende Selbstzweifel, die Angst vor dem, was denn da kommen wird, die schaurige Poesie, zugleich der Spott, der Humor und der Lebensmut bis zum letzten Atemzug, all das findet sich in der Literatur ebenso wie in den Einrichtungen, in denen das Sterben zum Alltag gehört.

Daniel Karasek, Generalintendant und Regisseur am Theater Kiel, und Norbert Aust, der langjährige Leiter des Kieler Kinder- und Jugendtheaters im Werft-

park, sind schon seit Jahren unterwegs, um mit gemeinsamen Lesungen Literatur unter die Leute zu bringen. Mal geht es in „Austs literarischem Salon“ um den Frühling, mal bilden norddeutsche Mythen den Schwerpunkt, mal dreht sich alles um das ewig junge Thema Liebe. Anlässlich der Kieler Hospiztage, die sich zwischen dem 5. und 12. Oktober so umfassend wie scheuklappenfrei der letzten Etappe unseres irdischen Daseins widmeten, befasste sich das Duo jedoch bei einer sehr gut besuchten Matinee im Schauspielhaus erstmals in dieser ausgeprägten Form mit dem Sterben. „Aust und Karasek treffen Freund Hein“, lautete das schwarzhumorige Motto, zu dem Erstgenannter anmerkte, dass man sich doch noch gern Zeit lassen würde für ein reales derartiges Treffen.

Goethe durfte bei dieser Lesung nicht fehlen, neben dem epochalen „Erlkönig“ unter anderem mit seinem Gedicht über den „Totentanz“, in dem er die Verbliche-

nen „in weißen und schleppenden Hemden“ aus ihren Gräbern steigen lässt. Anders als der Altmeister, der sinfoniehaft die großen Szenarien und Gefühle in Worte gießt, bereitet der erst vor knapp 25 Jahren verstorbene Lyriker Ernst Jandl dem Tod erfrischend schnodderig eine Bühne: „Wir sind die Menschen auf den Wiesen. Bald sind wir Menschen unter den Wiesen. Und werden Wiesen. Und werden Wald. Das wird ein heiterer Landaufenthalt.“

Eine berührende Tragödie beschreibt derweil Ludwig Achim von Arnim, der 1831 an einem Hirnschlag starb, in seinem Gedicht „Der Tod und das Mädchen im Blumen Garten“. Er zeichnet mit aller Konsequenz einen grimmigen Gesellen, der selbst im Angesicht unschuldigster Jugend so gar nicht mit sich handeln lässt: „Die SENSE ist mein Wappen, das ich mit Rechte führ, damit thu ich anklopfen jedem an seine Thür.“

Und dann gibt es immer wieder Dichter, die dem bedrückenden Thema mit wunderbarer Leichtigkeit begegnen. So wie Robert Gernhardt, der 2006 einem mehrjährigen Krebsleiden erlag: „Ach, noch in der letzten Stunde werde ich verbindlich sein. Klopft der Tod an meine Türe, rufe ich geschwind: Herein!“

Herein rief bei dieser ungewöhnlichen Lesung, die von viel Applaus begleitet wurde, gewissermaßen auch die Palliativstation des Städtischen Krankenhauses Kiel. Sie war Mitveranstalterin des Kultur-Events, stand am Rande der Lesung auch mit Informationen und Gesprächsangeboten bereit.

Haben jedoch die Worte der Poeten etwas mit der Realität der Menschen zu tun, die auf einer solchen Einrichtung in die zuletzt letzte Phase ihres Lebens treten? Jens Rieck, Pfleger und Teamleiter in der Palliativstation, kann in den literarischen Stücken durchaus viel erkennen, was die ihm anvertrauten Menschen vermitteln.



Aufmerksam lauschte das Publikum der Lesung im Kieler Schauspielhaus.



Psychoonkologe Manfred Gaspar, Teamleiter Jens Rieck, Stationsärztin Mara Wilken und Chefarzt Dr. Roland Repp (von links) informierten über die palliativmedizinische Arbeit am Städtischen Krankenhaus Kiel.

Selbstverständlich begegnet ihm immer wieder Angst, Verzweiflung und das Gefühl, der Sensenmann sei gerade im Begriff, sich die ganz und gar falsche Person zu nehmen. Andererseits betont Rieck: „Es ist nicht so, dass immer nur Trauer die Atmosphäre prägt, es wird auch viel gelacht.“

Palliativstationen wollen und sollen das Leiden lindern, Schmerzen nehmen oder sie so erträglich machen, dass ganz im Sinn der Hospizbewegung ein gutes „Leben bis zuletzt“ möglich ist. Und genau unter diesem Aspekt mag sich das Personal, das sich fast immer sehr bewusst für eine Arbeit im Dienst von Schwerstkranken entscheidet, nicht allein aufs schmerztherapeutisch Funktionelle beschränken.

„Wir wollen den ganzen Menschen sehen“, formuliert der Teamleiter aus dem Städtischen Krankenhaus das Leitbild und spricht von „sehr vielen Facetten“, die dabei mitschwingen. Sechs bis acht Wochen verbringen die meisten Kranken auf der Station. Genug Zeit, um Beziehungen aufzubauen, die besonderen Bedürfnisse des oder der Einzelnen zu erkennen und so weit wie möglich darauf einzugehen. „Es entsteht ein großes Maß an Vertrautheit“, formuliert es Jens Rieck und kommt sogleich auf die damit verbundene Verantwortung zu sprechen: „Letztlich vertrauen uns die Menschen ihr Leben an.“

In dieser Hinsicht hat eine Palliativstation, die es in der Landeshauptstadt seit vielen Jahren auch noch am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein gibt, viel zu bieten. Nicht nur hochqualifizierte ärztliche

und pflegerische Kräfte sind an Bord, auch Psychologie, Ergo-, Musik- oder Kunsttherapie und viele weiteren Disziplinen sind angedockt. Aus guten Gründen, wie Rieck und sein Team wissen. Manchmal, so erzählt der pflegerische Leiter, geht es am Ende eines Lebens um vermeintlich ganz profane Dinge wie Geld. Wenn sich indes ein Sterbender sorgt, wie in Zukunft seine Frau und die Kinder durchkommen sollen, sei ein solches Thema alles andere als banal, meinte Rieck.

Teil des insgesamt etwa 30 Mitglieder zählenden Teams der Palliativstation ist auch der Psychoonkologe Manfred Gaspar. Der Tod, so sagt er, sei in gewisser Weise „das Ziel des Lebens“. Woraus er den Schluss zieht, dass wir alle ihm eines Tages ausgeliefert sein werden, aber zugleich lernen können, mit der damit verbundenen Angst umzugehen.

Wie allerdings halten wir es heutzutage als Gesellschaft mit dem Tod? Dr. Roland Repp, Chefarzt der 2. Medizinischen Klinik und Leiter der dort untergebrachten Palliativstation im Städtischen Krankenhaus Kiel, sieht einen Zwiespalt. Allgemein sei das Sterben auch dank des Wirkens der Hospizbewegung gewiss nicht mehr so tabuisiert wie noch vor ein paar Jahrzehnten. „Wenn es einen individuell trifft, ist es aber immer noch ein Tabu und mit vielen Unsicherheiten behaftet“, nennt er die andere Seite.

Aufklärung und nicht zuletzt die nach seinen Worten „absolut nötige“ Unterstützung ehrenamtlicher Gruppen wie der

Hospizinitiative Kiel werden weiter nötig sein, glaubt Repp, dessen Haus jährlich ungefähr 500 Patientinnen und Patienten palliativmedizinisch betreut. Das geschieht direkt in der 2. Medizinischen Klinik, aber auch in vielen anderen Bereichen des Städtischen Krankenhauses.

Eine räumlich eigenständige Palliativstation mit zwölf Zimmern wird das Krankenhaus voraussichtlich erst Anfang 2027 bekommen. Aktuell entsteht ein Neubau zu geschätzten Gesamtkosten von 5,3 Millionen Euro. Davon muss die Klinik etwa 1,5 Millionen Euro aus Eigenmitteln zuschießen – und die Verantwortlichen hoffen, dass möglichst viel davon über Spenden aufgebracht werden kann.

Die Sorge, dass das Städtische Krankenhaus mit der Palliativstation des UKSH am Schwanenweg in Konkurrenz tritt, sieht Repp unterdessen nicht. Eine eindeutige Sprache sprechen dazu allein schon die Zahlen, meint der Chefarzt. Demnach weisen aktuell 37 % der Menschen am Ende ihres Lebens einen palliativmedizinischen Bedarf auf. Und angesichts der demografischen Entwicklung ist nach seiner Einschätzung zu erwarten, dass dieser Anteil in Zukunft eher noch wachsen wird.

MARTIN GEIST



Daniel Karasek (links) und Norbert Aust nahmen sich anlässlich der Kieler Hospiztage den Tod in der Literatur vor.

Fokus auf Honorar legen

LEISTUNGSVERSPRECHEN Leserbrief zum Interview mit Dr. Bettina Schultz in Ausgabe 9/2024, Seiten 12 – 13

Zuallererst möchte ich Frau Kollegin Dr. Bettina Schultz meinen Glückwunsch zur Wahl in das so sehr wichtige Amt der Vorstandsvorsitzenden der KV Schleswig-Holstein aussprechen. In dem Interview zur Situation der Niedergelassenen wird ja ein überwiegend positives Bild gezeichnet, gewisse kritische Anmerkungen eingeschlossen.

Aus meiner Sicht und Erfahrung – gut 21 Jahre habe ich als Augenarzt an der Westküste, in Heide, in der Niederlassung gearbeitet, die letzten sieben Jahre im Angestelltenverhältnis – wäre es sehr sinnvoll gewesen, auch auf die finanzielle Situation der Praxen einzugehen. Wenn man als rein konservativ tätiger Augenarzt für die „normale“ Behandlung eines Patienten nur circa

20 Euro pro Quartal und Vierteljahr, innerhalb des Budgets, erhält, dann kann man von diesen Einnahmen alleine keine zeitgemäße Praxis mit zeitgemäßer Ausstattung mehr führen. Ergänzt werden muss, dass ein Teil der Nachsorgen nach Operationen extrabudgetär bezahlt wird, aber die operativen Fälle sind nur in der Minderheit. Alles in allem, wie auch immer man es hin und her wenden und rechnen mag, ohne ein gerüttelt' Maß an Leistungen außerhalb der GKV (Gutachten, privatversicherte Patienten und Selbstzahlerleistungen) kann man keine rein konservative Augenarztpraxis mehr führen und halten. In diesem Zusammenhang sei angemerkt: „Einsatzmöglichkeiten für PAs im ambulanten Bereich gibt es genug, ...“; die Frage, ob diese Ar-

beitsleistung auch von dem aktuellen ärztlichen Honorar bezahlt werden kann, wurde nicht erörtert. Möchte das Thema nicht weiter vertiefen, aber an die alte Dithmarscher Bauernweisheit erinnern: „Wenn Du dien Knecht bloß en dünne Supp vörsetten deist un dien Peerd bloß Heu in de Rööp smittst, kannst Du keen Oorn infahren.“ (Wenn Du deinem Knecht nur eine dünne Suppe vorsetzt und deinem Pferd nur Heu in die Raufe wirfst, kannst Du keine Ernte einfahren.“)

DR. UDO HENNIGHAUSEN, HAMBURG

Sicher hohe Dunkelziffer

POST-COVID Leserbrief zum Gastbeitrag über Post-Covid in Ausgabe 9/2024, Seiten 32 – 36

Herzlichen Dank an Prof. Klaus Dieter Kolenda für seinen guten ausführlichen Beitrag zu Post-Covid und Post-Vac und an die Redaktion für die Veröffentlichung. Entsetzt war ich allerdings über die Zahl von „nur“ 472 Post-Vac-Verdachtsfallmeldungen und weitere 1.452 Meldungen über Verdachtsfälle, die vom Paul-Ehrlich-Institut als Post-Vac eingestuft wurden. Ist es realistisch, dass allein meine Psychotherapiepraxis für zwei Promille davon steht? Es gibt doch viel mehr als nur 500 psychotherapeutische Kolleginnen und Kollegen in ganz Deutschland.

Ich behandle etwa 100 Menschen pro Quartal und von denen sind längst nicht alle geimpft. Einige kenne ich als bewusst Ungeimpfte und bei einer Vielzahl ist mit der Impfstatus nicht bekannt, weil es für die Therapie nie eine Rolle spielte.

Ja, ich kenne Hinderungsgründe. Bei meiner ersten Meldung einer schweren Impfnebenwirkung habe ich eine Dreiviertelstunde gebraucht, bis ich das versteckte Formular im Internet gefunden und dann bearbeitet habe. Für die folgenden drei war es dann „nur“ eine Viertelstunde bis maximal 20 Minuten. Diese zusätzliche Arbeitszeit wird nicht bezahlt. Aber wir haben doch eine Meldepflicht und der müssen wir auch nachkommen, notfalls ohne Bezahlung.

Ich hoffe nun, Klaus Dieter Kolendas Beitrag hat dazu geführt, dass meine psychotherapeutischen Kolleginnen und Kollegen bei der beschriebenen Symptomatik an Post-Vac denken und ernst nehmen, und meine Ergänzung führt jetzt dazu, dass auch die Meldepflicht ernst genommen wird.

DR. RALF CÜPPERS, FLENSBURG

Leserbriefe

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

Zuschriften bitte an: aerzteblatt@aeksh.de

Ausufernde Kosten im Gesundheitswesen

ARZTZEIT Leserbrief zum Thema **Arztzeit** (Ausgabe 9/2024, Seiten 8 – 11) und zu einem Leserbrief zum gleichen Thema (Ausgabe 9/2024, Seite 36).

Ich nehme an, dass der Leserbrief des Kollegen Heitmann aus Fockbek zu dem Thema **Arztzeit** nicht unwidersprochen bleiben wird, obwohl hier Satz für Satz stimmig scheint. Wenn heute schon die Rede von einer Viertagewoche mancher niedergelassener Kollegen ist (wohl nur von Fachärzten?) wird der Begriff einer persönlichen Zuwendung konterkariert. In der sprechstundenfreien Zeit – und die ist für manchen Kranken verteuftelt lang – bleibt doch nur der Weg ins Krankenhaus und – der „Dringlichkeit“ geschuldet – schnell noch über die 112 mit horrenden Folgekosten. Ja, das leidige Thema **Kosten im Gesundheitswesen**, an dem Herr Lauterbach diesmal wohl keine Schuld hat. Fangen wir bei den Krankenkassen und den Patienten an: Eine Krankenkasse, die sich **Gesundheitskasse** nennt, weckt Begehrlichkeiten, die häufig – wegen eines erheblichen Wettbewerbes unter ihnen – auch bedient werden (siehe unterschiedliche fragwürdige Leistungen). Denn für die Gesundheit ist jeder selbst verantwortlich. Das bedeutet dann **Doktorhopping**, unnötige Konsultationen bei Befindlichkeitsstörungen, kostenintensive Diagnostik, Medikamente und Anwendungen und leider konsequenterweise ein Minus an Zeit für die wirklich Kranken, frei nach dem Motto „Ich zahle ja auch, dann kann ich auch erwarten“. Man vergleiche die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen pro Jahr in Dänemark mit Deutschland, wo die Mortalität durch weniger ärztliche Inanspruchnahme und damit weniger Medikamenteneinnahme wohl gleich scheint.

Ich habe, wie wohl alle Kollegen, in ihrer Ausbildung gelernt, dass mehr als 50 % aller Diagnosen durch eine vernünftige, damit zeitaufwendige Anamnese gestellt werden. Da Zeit aber Geld kostet, die in einer Praxis schlecht und nicht kostendeckend honoriert wird, bestehen ja eine Vielzahl von technischen Diagnosehilfen (Labor, Röntgen, besser CT oder MRT, Sonographie, skopische Untersuchung und nicht neu Igelleistungen etc.), die multipliziert durch große Patientenzahlen bei manchmal fragwürdiger Indikation hohe Kosten verursachen. Leider bestimmt hierbei sicherlich auch aus forensischen Gründen der Patient, wo es „lang geht“. Ich möchte das Wort **Überdiagnostik** und **Übertherapie** ganz vorsichtig nennen.

Thema **Medikamente**: Ich hatte in einer Vertretung eine ältere, mir unbekannt Dame, die mir bei der Konsultation ein DIN-A4-Blatt mit einer Medikamentenliste von 1–19 (!!) auf den Tisch legte und laut sagte: „Wenn Sie mir eines davon wegnehmen, Herr Doktor, dann gehe ich sofort.“ Beim Studium dieser unfassbaren Zahl waren – die Frau war multimorbide – fünf Medikamente wegen bestehender Krankheiten sicher gerechtfertigt. Der überwiegende Anteil diente zur Behandlung von Nebenwirkungen, die eben eine Fülle von Unpässlichkeiten bis Beschwerden wie Hautausschlag, Durchfall, Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit etc. hervorriefen (also keine Krankheiten).

Sicher kein Einzelfall. Nur, diese Medikamente wurden ärztlich per Kassenrezept zu Lasten der Kasse verordnet. Mehr als fünf

Medikamente kann kein Mediziner in ihren Nebenwirkungen und vor allem Interaktionen überschauen, so Aussage eines Pharmakologen. Der Arzt sollte ein Honorar für das Abraten und Absetzen eines fragwürdig indizierten Medikamentes erhalten (in der Klinik und „draußen“), um die Kaskaden möglicher Unverträglichkeiten zu verhindern. Leider ist das Absetzen eines Medikamentes zeitaufwendiger als ein neues Rezept.

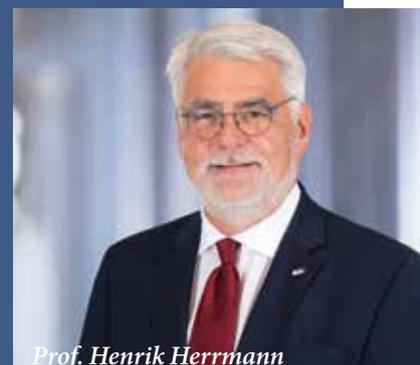
Thema **Krankschreibung**: Eine Krankschreibung ist Anweisung von Bargeld und nach Aussage derer, die es im Falle der sechswöchigen Lohnfortzahlung lohnen müssen, ein immenser Betrag. Zwar keine Krankenkassen-, sondern Arbeitgeberleistung. Wenn in Zukunft Krankschreibungen – in der Coronazeit wohl notwendig – ohne körperliche Untersuchung, sondern über den Bildschirm per Ferndiagnosen die Regel werden, wozu braucht man dann überhaupt einen Arzt? Vielleicht richtet es dann auch irgendwann die KI. Es ist schon erstaunlich, wegen welcher Beschwerden und zum Teil sonderbarer Diagnosen ein solch hoher Krankenstand besonders bei Berufsgruppen ohne übertriebene Arbeitsbelastung und „Arbeitsverdichtung“ (ein jetzt häufiges Schlagwort) resultiert. Mit dem oben Gesagten wiederhole ich längst Bekanntes. Da es immer um fremdes Geld geht, schmerzt das Ausgeben weniger. Wie sagte Kollege Heitman in seinem Leserbrief: Die hohen Kosten im Gesundheitswesen sind auch der Ärzteschaft zuzuschreiben – das kann ich nur bestätigen

DR. DIETRICH SCHRÖTER LÜBECK

Prof. Henrik Herrmann zur **Arztzeit**

Teilzeit und 4-Tage-Woche sind in zahlreichen Branchen inzwischen etabliert. Wie sieht es damit im Gesundheitswesen und speziell für Ärztinnen und Ärzte aus? Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann bezieht dazu in einem Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes Stellung. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden. Darunter u.a.:

- ▶ Dr. Jens Lassen: Warum die Entbudgetierung kommen muss
- ▶ Daniel Pleger: Kieler Arzt mit Augenmaß und Lust auf Standespolitik
- ▶ Dr. Jan Bräunig: Als Arzt bei der Bundeswehr
- ▶ Dr. Leon Iden: Warum Mentoring in der Kardiologie hilfreich ist



Prof. Henrik Herrmann

Chefarzt-Duo für Reinbek

Stephanie Dick und Dr. Sebastian Bertschat haben die Chefarztposition in der Abteilung für Gefäßchirurgie im Krankenhaus Reinbek St. Adolf-Stift übernommen. Die bisherige Chefarztin Dr. Annette Sommerfeld hat eine Privatpraxis gegründet und sich in Wentorf niedergelassen. Bertschat arbeitet seit 2012 und Dick seit 2017 im Reinbeker Krankenhaus in Oberarztfunktion. Für die Chefarztstelle hatten sie laut Mitteilung der Klinik ihren Hut gemeinsam in den Ring geworfen, als die Leitung vakant wurde und sich bewusst als Team beworben. Beide arbeiten seit Jahren in Teilzeit und werden auch als Chefarzte jeweils einen Tag außerhalb des Wochenendes frei haben. (PM/RED)



Dr. Sebastian Bertschat und Stephanie Dick

Sisko Braun ist neuer Chefarzt am Lübecker Geriatriezentrum

Dr. Sisko Braun hat die Position des Chefarztes am Geriatriezentrum Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck angetreten. Er leitet das Zentrum noch rund ein halbes Jahr lang übergangsweise mit dem scheidenden Chefarzt Dr. Martin Willkomm gemeinsam und soll im April 2025 als alleiniger Chefarzt auch zum ärztlichen Direktor ernannt werden. Braun war bis zu seiner Ernennung zum Chefarzt bereits mehr als zehn Jahre als Oberarzt im Geriatriezentrum des DRK-Krankenhauses tätig. Der Facharzt für Neurologie und Facharzt für Nervenheilkunde legt seine Schwerpunkte auf Geriatrie, Pallia-

tivmedizin, physikalische Therapie und ärztliches Qualitätsmanagement. Auf seine neue Position hatte er sich mit einem mehrjährigen Begleitstudium Hospital Management vorbereitet. Willkomm hat das Geriatriezentrum über 22 Jahre lang geleitet und weiterentwickelt. Er bleibt noch bis zu seinem Ruhestand im April 2025 gemeinsam mit Braun Chefarzt und Ärztlicher Direktor. Das Lübecker Krankenhaus ist seit 2002 Zentrum für Menschen mit altersbedingten Erkrankungen mit sektorenübergreifendem Behandlungskonzept.

(PM/RED)



Dr. Sisko Braun

GEBURTSTAGE

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

Jens Clasen, Bargtheide,
feiert am 01.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Friederike Stumpf, Ahrensburg,
feiert am 03.12. ihren 80. Geburtstag.

Peter Popp, Nortorf,
feiert am 03.12. seinen 75. Geburtstag.

Michael Ullrich, Lürschau,
feiert am 04.12. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Annette Holzky, Preetz,
feiert am 06.12. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Karin Niermann, Heiligenhafen,
feiert am 06.12. ihren 70. Geburtstag.

Anne-Marie Brandt, Flensburg,
feiert am 07.12. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Töppler, Heikendorf,
feiert am 08.12. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Dorothea Höling, Lübeck,
feiert am 08.12. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Ilse Wagner, Lübeck,
feiert am 12.12. ihren 85. Geburtstag.

Klaus Hornberger, Wahlstedt,
feiert am 12.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Hartwig Imholz, Pinneberg,
feiert am 13.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Dr. med. dent. Hans-Peter Busch, Kiel,
feiert am 14.12. seinen 75. Geburtstag.

Matthias Eberhardt, Mölln,
feiert am 15.12. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Helmut Behrens, Flensburg,
feiert am 17.12. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Gisela Samtleben, Heikendorf,
feiert am 18.12. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Jörg Tefßmer, Neumünster,
feiert am 18.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Margot Cornelius, Wentorf,
feiert am 19.12. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Angelika Hügelmann, Kiel,
feiert am 19.12. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Gert Fricke, Ottendorf,
feiert am 22.12. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Norbert Brym, Felm,
feiert am 22.12. seinen 70. Geburtstag.

Prof. Wilfried Schmeller, Groß Sarau,
feiert am 23.12. seinen 75. Geburtstag.

Margarete Engelmann, Groß Grönau,
feiert am 25.12. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Bernward Oepen, Lübeck,
feiert am 30.12. seinen 70. Geburtstag.

Björn Hauptmann zum Klinikdirektor ernannt

Prof. Björn Hauptmann ist neuer Klinikdirektor des Neurologischen Zentrums der Segeberger Kliniken. Er folgt auf Prof. Jose Manuel Valdueza, der in den Ruhestand gegangen ist. Hauptmann ist Facharzt für Neurologie, Klinische Geriatrie, Spezielle Neurologische Intensivmedizin und Sozialmedizin und ist bereits seit 2005 für die Segeberger Kliniken tätig. Der gebürtige Deggendorfer hat im Saarland und in Berlin studiert. Nach seiner Facharzt Ausbildung an der Charité und einem Forschungsaufenthalt in Israel wurde er 2005 leitender Oberarzt am Neurologischen Zentrum in Bad Segeberg, bevor er 2015 zum Chefarzt der Fachklinik für Parkinson und Bewegungsstörungen und zum stellvertretenden Ärztlichen Direktor des Neurologischen Zentrums ernannt wurde. Seit 2014 hält Hauptmann außerdem eine Professur an der MSH – Medical School Hamburg. Das Neurologische Zentrum ist Lehrkrankenhaus der Universitäten Lübeck, Kiel und Hamburg und gehört nach eigenen Angaben mit über 300 Betten zu den größten akut-medizinisch-rehabilitativen Einrichtungen in Deutschland. (PM/RED)



Prof. Björn Hauptmann

Doppelspitze für Eckernförde

Leif Olbrich und Jonathan Hartmann werden neue Chefarzte in der Schön Klinik Eckernförde. Der 44-jährige Olbrich übernimmt das Fachzentrum Geriatrie von Zita Krasemann, der 43-jährige Hartmann wird Chef des Zentrums für Innere Medizin. Beide waren zuvor schon bei den Schön Kliniken in Rendsburg bzw. Eckernförde als Oberärzte tätig. Olbrich ist gebürtiger Eckernförder und hat seine Weiterbildung in seiner Heimatstadt und in Rendsburg absolviert. Von 2019 bis 2022 war als angestellter Internist im ambulanten Bereich in Eckernförde tätig und kennt aus dieser Zeit die niedergelassenen Kollegen. Anschließend arbeitete er als Oberarzt in der Rendsburger Geriatrie. Hartmann war ab 2020 als Oberarzt der Intensivstation in Eckernförde tätig und erhielt zudem in Rendsburg eine kardiologische Ausbildung mit den Schwerpunkten Elektrophysiologie sowie im Bereich Herzschrittmacher und implantierbare Defibrillatoren. Perspektivisch möchte er diese Therapien auch in Eckernförde anbieten. (PM/RED)



Jonathan Hartmann



Leif Olbrich

Gunnar Cario ist neuer Klinikdirektor

Prof. Gunnar Cario ist Direktor der neu gegründeten Klinik für Kinderonkologie und -rheumatologie am UKSH in Kiel. Kommissarisch leitet er außerdem die ebenfalls neue Klinik für Neonatologie, Kinderpneumologie und Neuropädiatrie. Die zuvor bestehenden Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin I und II hob das UKSH auf.



Prof. Gunnar Cario

Die Neustrukturierung ging in Kiel einher mit der Verabschiedung des langjährigen Direktors der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin I, Prof. Martin Schrappe, in den Ruhestand. Dr. Andreas van Baalen, der die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin II kommissarisch geleitet hatte, verantwortet weiterhin den Bereich Neuropädiatrie. Cario wechselte 2005 als wissenschaftlicher Mitarbeiter an die Kinderkliniken des Kieler UKSH-Standortes, wo er zuletzt die Sektion für Kinderonkologie und -hämatologie leitete. (PM/RED)

Markus Quante ist Ärztlicher Direktor

Prof. Markus Quante ist neuer Direktor am Ameos Klinikum Eutin. Er folgt auf Dr. Franz Hartmann, der in den Ruhestand geht. Der 53-jährige Quante nannte als Ziel für sein neues Amt, die klinische und ambulante Versorgung stärker zusammenzuführen. Als Ärztlicher Direktor will er nicht nur für sein Fach stehen, „sondern alles zusammenführen und ein Brückenbauer sein“, wie es in einer Mitteilung des Klinikunternehmens hieß. Quante ist Chefarzt der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie mit Skoliosezentrum in Eutin und als Gutachter für den Bundesausschuss tätig. 2013 wurde er zum außerplanmäßigen Professor der medizinischen Fakultät der Philipps-Universität Marburg ernannt. Seit seiner Umhabilitation im Jahr 2020 lehrt Quante an der medizinischen Fakultät der Universität zu Lübeck. (PM/RED)



Prof. Markus Quante

Auszeichnung für Leon Iden

Dr. Leon Iden, Chefarzt Elektrophysiologie des Herz- und Gefäßzentrums in Bad Segeberg, ist auf der Herbsttagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in Hamburg mit dem Hugo-von-Ziemssen-Posterpreis ausgezeichnet worden. Iden und sein Team hatten gezeigt, dass eine strahlungsarme Behandlung durch sorgfältigen Einsatz von strahlensparenden Maßnahmen unter Verwendung des 3D-Mappings sicher und effektiv durchgeführt werden kann. In einer Registerstudie hatten sie 550 Patienten untersucht, die eine Katheterablation von Vorhofflimmern erhielten. Trotz des nur minimalen Einsatzes von Röntgenstrahlen konnten die Patienten sicher und effektiv behandelt werden. (PM/RED)



Prof. Thomas Arentz, die beiden Preisträger Sandro Jäckle und Dr. Leon Iden, Prof. Holger Thiele (von links)

FEK: Julian Bösel folgt auf Hansen

Prof. Julian Bösel ist Nachfolger von Dr. Hans-Christian Hansen als Chefarzt der Neurologie am Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) Neumünster. Hansen, der die Neurologie 24 Jahre lang geleitet hatte, ist in den Ruhestand gegangen. Der gebürtige Lübecker Bösel war zuletzt Chefarzt der Klinik für Neurologie am Klinikum Kassel, wo er laut FEK ein Kopf- und Neurozentrum auf- und ausgebaut und ein großes Kliniknetzwerk koordiniert hat. Bösel's Schwerpunkte liegen u.a. in der Akuttherapie von Schlaganfällen, in der Entwicklung von Schlaganfallnetzwerken und der Telemedizin. (PM/RED)



Prof. Julian Bösel

Thomas Thielsen neu in Norderstedt

Thomas Thielsen ist neuer Leiter des Herz- und Gefäßzentrums der Segeberger Kliniken in Norderstedt. Der 46-Jährige hat in Leipzig studiert und ist Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie. Laut Mitteilung der Segeberger Kliniken hatte der gebürtige Kieler in den vergangenen Jahren mehrere leitende Positionen in verschiedenen Kliniken inne. Zuletzt war Thielsen als Fachbereichsleiter für interventionelle Kardiologie im Herzkatheterlabor im Asklepios Klinikum Hamburg tätig. Sein Tätigkeitsschwerpunkt umfasst das gesamte Spektrum der interventionellen Kardiologie. (PM/RED)



Thomas Thielsen

FEK und Malteser mit neuen Geschäftsführerinnen

Svenja Ehlers ist neue Geschäftsführerin des Friedrich-Ebert-Krankenhauses (FEK) in Neumünster, Kerstin Ganskopf in Flensburg. Ehlers löst Interimsgeschäftsführer Dr. Ralf Paland ab. Sie ist Gesundheitsökonomin und Sozialwissenschaftlerin und war u.a. Kaufmännische Direktorin und Prokuristin im Klinikum Kassel. Paland hatte den Geschäftsführerposten für eine Übergangszeit übernommen, nachdem Vorgängerin Kerstin Ganskopf nach Flensburg wechselte. Sie hat die Geschäftsführung der Malteser Norddeutschland gGmbH und des dazugehörigen Flensburger Malteser Krankenhauses übernommen. (PM/RED)



Svenja Ehlers



Kerstin Ganskopf

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Hans-Joachim Böttcher, Wahlstedt,
geboren am 08.12.1934, verstarb am 31.07.2024.

Dr. Heinrich Wiechell, Lübeck,
geboren am 11.02.1938, verstarb am 28.09.2024.

Dr. Renate Kurth-Schumacher, Lübeck,
geboren am 03.11.1931, verstarb am 29.09.2024.

Wirkweise von Psychedelika im Gehirn

FORSCHUNG Ein Forschungsteam aus der Psychiatrie und Psychotherapie in Lübeck veröfentlichte kürzlich eine Studie in der Fachzeitschrift *Molecular Psychiatry* über die Auswirkungen verschiedener psychoaktiver Substanzen im Gehirn.

Um Symptome von Menschen mit psychiatrischen Störungen zu lindern, hat ein Zusammenschluss von Forschenden im Rahmen einer lang angelegten Studie, an der die Universität Basel, Universität Barcelona und die Universität zu Lübeck beteiligt sind, die Wirkweisen von Psychedelika auf das Gehirn erforscht.

Es ist seit langem bekannt, dass psychedelische Substanzen bei psychischen Erkrankungen helfen können, aber nicht risikofrei sind und dauerhafte negative Auswirkungen und möglicherweise sogar Psychosen verursachen können. Die Lübecker Forschenden untersuchten mittels funktioneller Magnetresonanztomografie (fMRT) die Auswirkungen verschiedener psychoaktiver Substanzen bei 25 gesunden Probandinnen und Probanden, um die unterschiedlichen Wirkmechanismen eines prototypischen Psychedelikums (LSD), eines Stimulans (D-Amphetamin) und eines Entaktogens (MDMA) auf die Hirnkonnektivität besser zu verstehen. Die Ergebnisse wurden in der Fachzeitschrift *Molecular Psychiatry* veröffentlicht. Dr. Mihai Avram, wissenschaftlicher Mitarbeiter in

der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität zu Lübeck, ist Erstautor der Studie. Er hebt hervor, welche Möglichkeiten in den Erkenntnissen stecken: „LSD, MDMA und D-Amphetamin üben sowohl gemeinsame als auch unterschiedliche Effekte auf verschiedene Neurotransmittersysteme aus. Unsere Studie zeigt, dass sich dies in den von uns beobachteten Veränderungen der Gehirnkonnektivität widerspiegelt. Mithilfe der funktionellen Magnetresonanztomografie können wir so Einblicke in die zugrunde liegenden neurobiologischen Mechanismen gewinnen, die wiederum neues Potenzial für therapeutische Ansätze bieten.“

25 gesunde Freiwillige nahmen an der Studie teil und erhielten entweder LSD, MDMA, Amphetamine oder ein Placebo ohne Wirkweise. Dabei konnten die Forschenden feststellen, dass LSD ein Netzwerk im Gehirn ausschaltet, das mit dem Selbst zu tun hat und beispielsweise Tagträume und Zukunftspläne steuert (das sogenannte Default-mode-Netzwerk). Das Bewusstsein von Einigkeit wird dadurch gestärkt. Obwohl MDMA oft als „atypisches Psychedelikum“ beschrieben wird,



Erstautor Dr. Mihai Avram aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität zu Lübeck erforscht die Auswirkungen von Psychedelika auf die Gehirnfunktion.

konnte das in der aktuellen Studie nicht bestätigt werden. Vielmehr stellten die Forschenden fest, dass MDMA in seiner Wirkweise D-Amphetamin ähnelt, vielleicht aufgrund ihrer strukturellen Gemeinsamkeiten und ihrer vergleichbaren Wirkung auf bestimmte Neurotransmitter.

Prof. Stefan Borgwardt, Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, sowie Professor für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck, ist sich sicher, dass die Forschung an psychedelischen Substanzen langfristig zu neuen Therapeutika führen wird: „Psychedelikastudien zeigen kurz- und mittelfristige Effekte bei der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen. Insbesondere in der Kombination von Psychedelikaapplikation und Psychotherapie, der sogenannten Psychedelika-assistierten (Psycho-)Therapie, scheint großes klinisches Potenzial bei bisher therapiereisistenten Patientinnen und Patienten zu liegen.“

(PM/RED)

Über die Studie

Bei der klinischen Studie wurde ein doppelblindes, placebokontrolliertes Crossover-Design verwendet. Dabei wurden verschiedene Maße der Konnektivität, d.h. die Art, wie verschiedene Bereiche des Gehirns miteinander „kommunizieren“ und Informationen austauschen, im Ruhezustand untersucht, darunter die Konnektivität innerhalb von Netzwerken (Integrität), die Konnektivität zwischen Netzwerken (Segregation), die Seed-basierte Konnektivität von Ruhezustandsnetzwerken und die globale Konnektivität. Im Vergleich zu Placebo lösten die Substanzen sowohl einzigartige als auch gemeinsame Effekte auf die Netzwerkonnektivität aus, wobei LSD zu einem stärker integrierten Gehirnzustand führte als die Amphetamine. Da Psychedelika und Stimulanzien in der Neurowissenschaft und der psychischen Gesundheitsforschung zunehmend an Aufmerksamkeit gewinnen, tragen die Ergebnisse zu einem besseren Verständnis der besonderen neurobiologischen Wirkungen von Psychedelika bei und geben Anlass zur weiteren Erforschung ihres therapeutischen Potenzials. (PM)

„Eine unterschätzte Behandlungsform“

ELEKTROKONVULSIONSTHERAPIE Veraltet, überholt, sogar grausam? Diese Vorstellungen zur Elektrokrampftherapie existieren bis heute in vielen Köpfen. Das Ameos Klinikum Neustadt arbeitet mit dem Verfahren. In einem Gastbeitrag erläutert Dr. Daniel Ehmke die Vorteile.



Durchführung einer Elektrokonvulsionstherapie bei einem Patienten im Ameos Klinikum Neustadt.

Die Elektrokonvulsions- oder Elektrokrampftherapie (EKT) ist ein etabliertes psychiatrisches Behandlungsverfahren, das in Teilen der Gesellschaft und auch der Ärzteschaft bis heute als veraltete, überholte oder gar inhumane und grausame Behandlungsmethode gilt. Diese grundlegend falsche Wahrnehmung beruht in der Regel auf mangelnden Informationen oder teils gezielt in die Öffentlichkeit getragenen Fehldarstellungen.

Bereits Mitte des 18. Jahrhunderts finden sich erste Publikationen zur Wirkung von tonisch-klonischen Muskelkrämpfen zur Therapie von Manien (Auenbrugger, 1746; Oliver, 1785). In den 1930er-Jahren wurde das Verfahren der Auslösung von Konvulsionen mittels elektrischer Impulse in Italien von Cerletti und Bini entwickelt und löste als verträglichere Methode die bis dahin pharmakologisch ausgelösten Krampfanfälle ab. Bei der EKT in der heutigen Anwendung wird durch eine elektrische Reizung des Gehirns unter Vollnarkose, kurzzeitiger Muskelrelaxation und Sauerstoffbeatmung ein generalisierter Krampfanfall ausgelöst. Die Wirkung der Behandlung tritt wahrscheinlich im Rahmen hierdurch bedingter zahlreicher neurochemischer Veränderungen im Botenstoffsystem des Gehirns ein, der definitive Wirkmechanismus ist bei in zahlreichen Studien erhobenen Wirksamkeitsnachweisen jedoch bis heute nicht vollends geklärt.

Auch wenn die EKT kein Wundermittel darstellt, wird der Stellenwert der Behandlung aktuell eher unterschätzt, was sich teils auch in den aktuellen Behandlungszahlen widerspiegelt. In Deutschland erhalten etwa 1.000 Patientinnen und Patienten pro Jahr eine suffiziente EKT-Behandlung. Im internationalen Vergleich (u.a. USA, skandinavische Länder, Großbritannien) ist diese Zahl sehr gering. Dem liegen neben der

immer noch bestehenden Unbekanntheit des Verfahrens auch andere medizinkulturelle Gründe zugrunde. Hinzu kommt eine eingeschränkte finanzielle Vergütung, aber auch die insgesamt knappe Verfügbarkeit des Verfahrens.

Gemäß den aktuellen Empfehlungen, unter anderem des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN) und der American Psychiatric Association (APA) ist die EKT bei wahnhaften Depressionen, depressivem Stupor, schizoaffektiven Störungen mit schwerer depressiver Verstimmung, Major Depression mit hoher Suizidalität oder Nahrungsverweigerung und akuter, lebensbedrohlicher (perniziöser) Katatonie das Therapieverfahren erster Wahl. Ebenso ist die EKT bei hohem Wirksamkeitsnachweis unter anderem angezeigt bei therapieresistenter Major Depression, therapieresistenten, nicht lebensbedrohlichen Katatonien und anderen akut exazerbierten oder therapieresistenten schizophrenen und schizoaffektive Psychosen. Wirksamkeitsnachweise liegen auch für therapieresistente Manien nach erfolgloser leitliniengerechter pharmakologischer Behandlung und für das maligne neuroleptische Syndrom vor.

Zur Durchführung der Behandlung braucht es entsprechend erfahrene psychiatrische/nervenheilkundliche Fachärzte und Fachärztinnen, die hier zusammen mit Anästhesistinnen und Anästhesisten die Therapie unter vergleichsweise hohem Aufwand durchführen. Dieser Umstand ist ein bedeutender Faktor für die nur eingeschränkte Verfügbarkeit der EKT in der akuten psychiatrischen Patientenversorgung. So findet diese Therapieform in Schleswig-Holstein nur an einigen regional versorgenden Kliniken regelmäßig Anwendung (Stand Oktober 2024): am Regio Klinikum Elmshorn, am Westküstenklinikum Heide, im Klinikum Itzehoe, in der Schön Klinik Rendsburg, am Psychiatrischen Zentrum Rickling, in der Helios Fachklinik Schleswig, am UKSH, sowohl am Campus Kiel als auch am Campus Lübeck, und am Ameos Klinikum Neustadt. Hier konnten gerade neue Räumlichkeiten, die eine Optimierung der prozessualen Durchführung ermöglichen, in Betrieb genommen werden. Durch die Nutzung von Synergieeffekten zwischen dem Ameos Klinikum Neustadt – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Anästhesie und Rettungsmedizin der Ameos Klinika Eutin, Oldenburg und



Überwachungsbereich für die Elektrokonvulsionstherapie im Ameos Klinikum Neustadt.

Fehmarn wurde mehr als eine Verdopplung der bisherigen Behandlungskapazitäten ermöglicht, was auch für die überregionale Patientenversorgung von Relevanz ist.

Die EKT wird als Behandlungsserie durchgeführt. Die ersten in der Regel acht bis 16 Behandlungen erfolgen meist im Abstand von drei bis vier Tagen und fast immer im Rahmen einer vollstationären Behandlung. Im weiteren Verlauf wird bei erfolgreichem Ansprechen auf die Therapie die Behandlungsfrequenz erweitert, sodass dann auch zwischen den teils 14- bis 28-tägig stattfindenden Therapien („Erhaltung-EKT“) bereits eine Entlassung aus der vollstationären Krankenhausbehandlung erfolgen konnte.

Die Risiken der Behandlung sind im Wesentlichen die Risiken der Narkose. Das Mortalitätsrisiko der EKT liegt etwa bei 1:50.000 Einzelbehandlungen, wobei die bisher dokumentierten Todesfälle meist auf kardiovaskuläre Komplikationen bei entsprechend vorgeschädigten Patientinnen und Patienten zurückzuführen waren.

Zur Indikationsstellung für die Durchführung der EKT, die aber immer nur eine Komponente im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzepts darstellt, sind verschiedene Faktoren maßgeblich: die zur Behandlung stehende Diagnose, die Ausprägung der Symptome, die Abwägung zwischen Nutzen und Risiken der Therapie unter Berücksichtigung anderer oder/und bisheriger Behandlungsoptionen und natürlich der Patientenwille. Eine sehr hohe Indikation zur Durchführung der EKT besteht dann, wenn die Notwendigkeit für eine rasche und anhaltende Verbesserung

der psychiatrischen Symptome bei entsprechendem Schweregrad der zugrunde liegenden Erkrankungen besteht. Ebenso sollte die Durchführung einer EKT unbedingt in Betracht gezogen werden, wenn die Risiken der EKT geringer sind als die anderer Behandlungen und aus der individuellen Patientenvorgeschichte eine zumindest partielle pharmakologische Therapieresistenz oder bereits ein gutes Ansprechen auf EKT bei früheren Erkrankungsepisoden bekannt ist.

Vonseiten der Patientinnen und Patienten wird die Wirkung der EKT retrospektiv als gut bis sehr gut beurteilt, die Nebenwirkungen (am häufigsten passagere Störungen der Kognition und Kopfschmerzen) als gering bis moderat empfunden. Nicht beschrieben sind strukturelle Hirnschäden nach lege artis durchgeführter EKT. Hierfür ließen sich auch in computer- und kernspintomografischen Untersuchungen keine Hinweise finden.

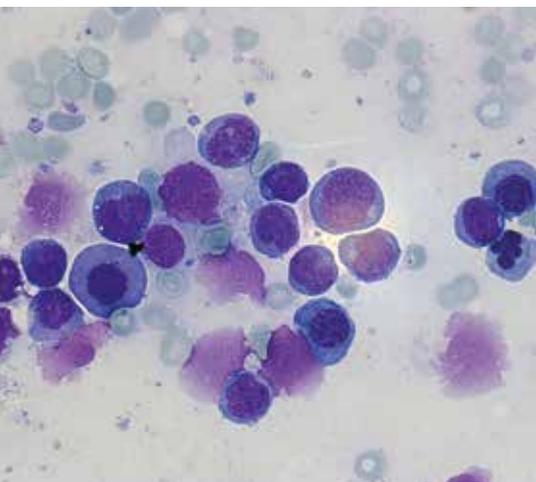
Zusammenfassend handelt es sich bei der EKT um ein hochwirksames, unverzichtbares und modernes psychiatrisches Therapieverfahren, dessen Risiko für unerwünschte Wirkungen nicht über dem anderer psychiatrischer Behandlungsverfahren liegt (Sauer und Lauter, 1987). Ein Verzicht auf die EKT würde aus meiner Sicht eine medizinisch und ethisch nicht vertretbare Einschränkung des Rechtes von häufig suizidal gefährdeten, schwerstkranken Patienten auf bestmögliche Behandlung bedeuten.

DR. DANIEL EHMKE,

ÄRZTLICHER DIREKTOR DER PSYCHIATRISCHEN AMEOS KLINIKA NEUSTADT UND EUTIN

AML: Krebshilfe fördert Kieler Forschungsprojekt

ONKOLOGIE Forschende der Kieler Universität und des UKSH werden von der Deutschen Krebshilfe dabei unterstützt, Resistenzen bei AML mit Mutationen im IDH1-Gen zu untersuchen. Ziel ist ein besseres Verständnis der Resistenzen.



oben: Kieler Krebsforschende von CAU und UKSH, im Bild Dr. Sophie Steinhäuser, werden von der Deutschen Krebshilfe gefördert, um die Resistenzbildung bei AML mit Mutationen im IDH1-Gen zu untersuchen.

unten: Bei der AML entartet eine frühe Vorstufe der sogenannten myeloischen Zellen, diese sogenannten Blasten (violett eingefärbt, 63-fache Vergrößerung) vermehren sich in der Folge unkontrolliert.

Trotz intensiver Forschung sind die genauen Ursachen von akuter myeloische Leukämie (AML) sowie die Mechanismen, die zu Therapieresistenzen führen, nicht vollständig verstanden. Kieler Krebsforschenden von der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) und dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, ist es nun laut Mitteilung der CAU gelungen, umfangreiche Förderung für ein neues Forschungsprojekt einzuwerben: Die Deutsche Krebshilfe gab kürzlich bekannt, dass sie das Kieler Vorhaben zur Untersuchung von Resistenzen bei AML mit Mutationen im IDH1-Gen mit rund 360.000 Euro über einen Zeitraum von drei Jahren fördert.

Diese speziellen Mutationen führen zur Bildung eines Stoffwechselproteins, das wichtige Prozesse während der Zelldifferenzierung stört und damit in die Reifung der Blutzellen eingreift. Der kürzlich auch in Deutschland zugelassene Wirkstoff Ivosidenib hat die Therapie von IDH1-mutierter AML deutlich verbessert. Viele Patientinnen und Patienten entwickeln im Laufe der Behandlung jedoch Resistenzen, was zu Rückfällen der Erkrankung führt. Initiiert wurde das neue Projekt von Mitarbeitenden der

Klinik für Innere Medizin II mit den Schwerpunkten Hämatologie und Onkologie am UKSH, Campus Kiel, darunter Dr. Sophie Steinhäuser, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Funktionelle Genomik Akuter Leukämien, Prof. Friedrich Stölzel, Sektionsleitung für Stammzelltransplantation und zelluläre Immuntherapie, und Prof. Claudia Baldus, Direktorin und Vorstandsmitglied des Universitären Cancer Centers Schleswig-Holstein (UCCSH).

„Unsere bisherigen Untersuchungen haben gezeigt, dass bei der IDH1-mutierten AML die räumliche Anordnung der DNA-Struktur im Zellkern gestört ist und dass dieser Mechanismus zur Aktivierung bestimmter leukämiefördernder Gene führt“, erklärte Steinhäuser. Das neue Forschungsprojekt zielt darauf ab, zwei Hauptaspekte zu untersuchen: Zum einen soll die Rolle der veränderten 3D-DNA-Struktur bei der Entstehung von Ivosidenib-Resistenzen näher beleuchtet werden, um die zugrundeliegenden Mechanismen der Resistenzentstehung besser zu verstehen und die Behandlung zu verbessern. Zum anderen sollen die modulatorischen Eigenschaften von Ivosidenib auf das Immunsystem untersucht werden. Die Bewertung der immunmodulatorischen Eigenschaften von Ivosidenib könnte daher neue Erkenntnisse für weiter optimierte und individuell angepasste Behandlungsstrategien liefern.

Die Erkenntnisse aus diesem Forschungsprojekt sollen das Verständnis von Resistenzen verbessern und dazu beitragen, neue Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln. „Unser Ziel ist es, die Therapie von IDH1-mutierter AML weiter zu personalisieren und Kombinationsbehandlungen zu finden, die die Wirksamkeit von Ivosidenib verbessern und Rückfälle verhindern“, blickte Baldus, Leiterin Arbeitsgruppe Funktionelle Genomik Akuter Leukämien, voraus. (PM/RED)

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Breaking Bad News – Professionelle Kommunikation beim Überbringen schlechter Nachrichten

Das Überbringen schlechter Nachrichten gehört zu den größten Herausforderungen zwischen Ärztinnen/Ärzten, Patientinnen/Patienten und Angehörigen. Einer Patientin oder einem Patienten mitteilen zu müssen, dass sie oder er schwer beziehungsweise unheilbar krank ist, die Prognose sich verschlechtert hat oder keine Therapieoptionen mehr zur Verfügung stehen, ist eine der unangenehmsten Aufgaben, die eine Ärztin oder ein Arzt zu erfüllen hat. Schlechte Nachrichten haben fast immer eine nachhaltige und lebensverändernde Wirkung. Eine gute Kommunikation hingegen kann positive Auswirkung auf den Krankheitsverlauf und somit auch auf die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten haben und stärkt die Kompetenz von Ärztin oder Arzt.

In diesem Seminar können auf der Basis entsprechender Kommunikationsmodelle spezielle Techniken geübt und mögliche Fehler vermieden werden. Die Kompetenz, schwierige Nachrichten zu überbringen, wird gestärkt und die Ärztin oder der Arzt gewinnt an Sicherheit.

Termin: 30. November 2024

LNA – Schleswig-Holstein-spezifischer LNA-Zusatzkurs

Als Leitender Notarzt oder Leitende Notärztin ist die Kenntnis der Einsatzumgebung ebenso wichtig wie das Wissen über die landesspezifischen Einsatzkonzepte, Regelungen und regionalen Besonderheiten. Um daher LNA bestmöglich auf ihren Einsatz im Land vorzubereiten, hat die Kammerversammlung der Ärztekammer

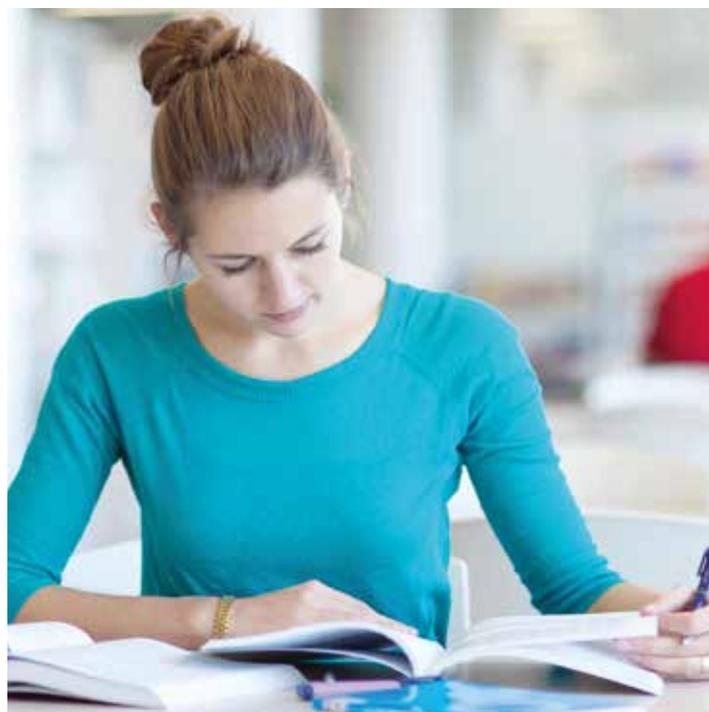


FOTO: ADOBE STOCK LICHTPOET

Schleswig-Holstein eine Empfehlung für einen Schleswig-Holstein-spezifischen LNA-Zusatzkurs gegeben.

Dieser Kurs ist verpflichtend für den Erwerb der Fachkunde LNA und wird in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN) und dem Forum Leitende Notärzte Schleswig-Holstein e.V. (FLN-SH) durchgeführt.

Termin: 10. Dezember 2024

Notfallmanagement und Basisreanimation

Die Zielgruppe der Veranstaltung sind niedergelassene Kolleginnen und Kollegen und ihre Praxisteams, die eine größere Sicherheit im Management von Notfallsituationen erlangen wollen. Neben den Basismaßnahmen der Reanimation, die auch praktisch geübt werden, sollen die häufigsten Notfallsituationen aus Praxisalltag und Notdienst diskutiert werden.

Es soll gezeigt werden, wie die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes auch mit den möglicherweise begrenzten notfallmedizinischen Ressourcen des Praxisalltags überbrückt werden kann und warum Respekt vor der Notfallsituation begründet, Angst aber meist überflüssig ist.

Termin: 11. Dezember 2024

Analgesie, Anästhesie und Atemwegssicherung in der Notfallmedizin

Dieser Kurs gibt einen Überblick über die im Notfall einsetzbaren Analgetika, Sedativa und Hypnotika, ihre Stärken und Schwächen sowie die Differenzialindikationen. Von der Analgesie über die Notfallnarkose bis zur Atemwegssicherung wird das Vorgehen erläutert, Fallbeispiele besprochen und gerade für den Bereich Atemwegssicherung sollen Rückfallstufen als mögliche Problemlösung im Falle einer schwierigen Intubation vorgestellt und praktisch trainiert werden.

Zielgruppe sind alle im ärztlichen Notdienst oder im Rettungsdienst tätigen Kolleginnen und Kollegen. Ihnen soll eine größere Sicherheit im Umgang mit Analgesie und Narkose vermittelt werden.

Termin: 14. Dezember 2024

Über den QR-Code finden Sie das komplette Veranstaltungsangebot



Kontakt

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

Teamarbeit kann die Expertise vervielfachen

HERZMEDIZIN Der „Kardio Kompass Nord“, die Fort- und Weiterbildungsveranstaltung des Herz- und Gefäßzentrums der Segeberger Kliniken, lockte in diesem Jahr 150 Teilnehmende an. Uwe Groenewold sprach mit Prof. Holger Nef (Direktor der Klinik für Kardiologie und Angiologie) und Prof. Stefan Klotz (Chefarzt der Herzchirurgie).



150 Teilnehmende waren in diesem Jahr beim Kardio Kompass Nord dabei.



Live-Cases und Diskussionen mit Experten im Podium gehörten zum Programm der Fortbildungsveranstaltung in Bad Segeberg.

Volles Haus, namhafte Experten, spannende Live-Cases, anregende Diskussionen – der „Kardio Kompass Nord“, die Fort- und Weiterbildungsveranstaltung des Herz- und Gefäßzentrums der Segeberger Kliniken, war für die Veranstalter ein Erfolg.

„Im Rahmen der Fortbildung wurden neueste Methoden und Verfahren in der interventionellen und auch chirurgischen Herzmedizin vorgestellt und diskutiert. Das war ein hervorragender Wissensaustausch, der Fachleute aus Kliniken und Praxen aus ganz Schleswig-Holstein angezogen hat“, resümierte Prof. Holger Nef, Direktor der Klinik für Kardiologie und Angiologie. Diskutiert wurden unter anderem aktuelle Entwicklungen bei der Behandlung von Herzklappenfehlern, Vorhofflimmern, Herzinsuffizienz und Hypertonie. Im Interview mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt gingen Nef und sein Kollege Prof. Stefan Klotz, Chefarzt der Herzchirurgie, anschließend näher auf Diagnose- und Therapieoptionen bei akuten und chronischen Koronarerkrankungen ein.

Die koronare Computertomografie-Angiografie (CCTA) ermöglicht eine nicht-invasive, kontrastmittelverstärkte Darstellung der Herzkranzgefäße, um Gefäßverengungen nachzuweisen. Läuft die CCTA der invasiven Herzkatheteruntersuchung den Rang ab?

Prof. Holger Nef: In der Tat ist die Bedeutung der CCTA in den vergangenen Jahren größer geworden. Das liegt an der verbesserten Auflösung des bildgebenden Verfahrens, der Informationsgehalt in der Diagnostik hat deutlich dazugewonnen. Somit kann auf die eine oder andere Koronarangiografie verzichtet werden.

Aber?

Nef: Die CCTA hat wesentliche Limitationen, ihre Aussagekraft ist beschränkt, etwa wenn schon Stents vorimplantiert sind oder die Kalkansammlung in den Kranzgefäßen hoch ist. Die CCTA hat einen hohen negativen prädiktiven Wert. Sind die Ursachen für die Beschwerden nicht koronarbedingt, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass die CCTA dies rich-

tig diagnostiziert. Liegt jedoch eine koronare Herzerkrankung vor, ist der Schweregrad der Stenose aufgrund der beschränkten Aussagekraft der Bilder nicht immer gut vorhersagbar.

Der Gemeinsame Bundesausschuss G-BA hat die CCTA in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen und seit Oktober als ambulante Behandlungsmöglichkeit freigegeben. Ist das in Ihrem Sinne?

Prof. Stefan Klotz: Das begrüßen wir prinzipiell sehr, insbesondere wenn es um schnelle diagnostische Abklärung, Prävention und Erhalt der Herzgesundheit geht. Allerdings sehen wir eine große Gefahr, weil die Interpretation der CCTA-Bilder in der Hausarztpraxis oder beim Radiologen ohne kardiologische Expertise gemacht wird. Deshalb unser Appell an niedergelassene Ärzte: Lasst uns koronare Herzpatienten gemeinsam behandeln.

Nef: Der Beschluss des G-BA kann jetzt bewirken, dass mehr CCTA gemacht werden. Bei der Frage, ob dadurch wie ge-

wünscht eines Tages die Zahl der Katheterinterventionen reduziert werden kann, ist es wichtig, dass wir die Bilder gemeinsam befunden und die richtigen Rückschlüsse daraus ziehen.

Klotz: Man muss außerdem dazu sagen, dass eine CCTA gemäß Leitlinien nur bei einem niedrigen oder moderaten Risiko für eine koronare Herzerkrankung indiziert ist. Bei Patienten mit einem Stent ist die Wahrscheinlichkeit für einen interventionellen Herzkatheter groß, mit einer dann wenig aussagekräftigen CCTA vorab hätten wir ansonsten eine doppelte Strahlenbelastung. Ein anderer Punkt: Die Befundung ist extrem davon abhängig, ob ein Patient Übergewichtig ist. Bei schlanken Patienten mit niedriger Herzfrequenz liefert eine CCTA sehr gute Bilder, bei Übergewichtigen mit schneller Herzfrequenz oder Vorhofflimmern ist die Qualität meist so schlecht, dass eine Herzkatheteruntersuchung bevorzugt werden sollte.

Zur koronaren Revaskularisation: Wann wird eine Katheterintervention mit Stent und wann eine chirurgische Bypass-OP bevorzugt?

Klotz: Ein akuter Infarktpatient kommt über die Notaufnahme sofort ins Katheterlabor, um das verschlossene Gefäß schnellstmöglich wieder zu eröffnen. In solchen Fällen sind wir als Herzchirurgen nur im Notfall tätig. Bei chronischen Koronarpatienten gilt: Je komplexer die Erkrankung, desto eher kommt eine chirurgische Bypassversorgung infrage. Wir berechnen den Schweregrad der Erkrankung mit einem Score, der den Verkalkungsgrad der Gefäße, das Alter, Lungen- und Nieren-



Prof. Stefan Klotz

funktion sowie Vorerkrankungen wie Diabetes berücksichtigt. Am wichtigsten ist aber, dass solche Patienten im Heart-Team gemeinsam besprochen werden und abhängig von Schweregrad und Befund die sinnvollste Therapie festgelegt und mit dem Patienten besprochen wird.

Nef: Bei einem stabilen Patienten mit ein bis zwei betroffenen Gefäßen ist eine Katheterbehandlung mit Stentimplantation in den allermeisten Fällen eine sehr gute Lösung. Bei komplexen Mehrgefäßerkrankungen hilft der Chirurg mutmaßlich besser. Handelt es sich hierbei jedoch um Hochrisikopatienten – also etwa alte Patienten, bei denen Narkose und Herzlungenmaschine riskant sind – können wir auch diese im Katheterlabor mit einem Stent versorgen.

Gibt es für genau solche Fälle den Hybrid-OP?



Prof. Holger Nef

Klotz: Ein Hybrid-OP ist definiert als ein Herzkatheterlabor mit guter Röntgenanlage im OP-Trakt. Das heißt, wenn bei der Katheterintervention unerwartet Komplikationen auftreten, kann der Patient ohne Raumwechsel und ohne Zeitverlust optimal chirurgisch behandelt werden.

Nef: Bei uns in Segeberg ist der Hybrid-OP in aller Regel für die TAVI, die Aortenklappenimplantation mittels Katheter, reserviert. Das ist immer ein gemeinschaftlicher Eingriff, der vom Kardiologen geleitet wird und bei dem wir mit dem Chirurgen einen starken Partner im Hintergrund wissen.

Zum Schluss ein kurzer Ausblick: Wohin steuert die Herzmedizin in Chirurgie und Kardiologie?

Klotz: In der Chirurgie werden wir immer minimalinvasiver, auch bei der Herzklappen-OP gibt es keinen großen Schnitt mehr, mit dem wir das Brustbein öffnen müssen. Die Technik schreitet schnell voran, die OP-Instrumente und die Kanülen für die Herz-Lungen-Maschine werden immer kleiner, sodass wir keine großen Zugänge mehr benötigen. Das ist für den Patienten viel schonender und ermöglicht eine schnellere Genesung.

Nef: Kardiologie und Herzchirurgie verschmelzen immer weiter. Natürlich hat jeder Bereich seine Schwerpunkte, allerdings gibt es eine große Schnittmenge an Erkrankungen, die durch beide Disziplinen versorgt werden. Entscheidend ist, dass die Zusammenarbeit aller Disziplinen im Team zu einer Vervielfachung der Expertise führt. Das ist in dieser Form nur an einem spezialisierten Herz- und Gefäßzentrum möglich.

Vielen Dank für das Gespräch.



Aufnahme aus dem Herz-Katheterlabor der Segeberger Kliniken.

Hautkrebskongress mit großer Bandbreite

ONKOLOGIE Zahlreiche Themen auf dem 34. Deutschen Hautkrebskongress in Würzburg mit Vorstellungen einzelner, konkreter Fälle und mit Beteiligung aus Schleswig-Holstein. Neben den medizinisch-wissenschaftlichen Themen spielten auch Fragen rund um die Künstliche Intelligenz (KI) eine Rolle.

Zum diesjährigen 34. Deutschen Hautkrebskongress, einer Gemeinschaftsveranstaltung der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) und der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG), hatte Prof. Bastian Schilling (Frankfurt a. Main) vom 25. bis 28. September nach Würzburg eingeladen. Circa 1.000 Teilnehmende und 250 wissenschaftliche Abstracts

wurden gezählt, nicht wenige Novitäten in der Therapie von Hauttumoren genannt. Nachstehend eine Auswahl an Informationen vom Kongress – vor allem zum therapeutischen Vorgehen, welches ja nicht nur die Dermatologie, sondern auch fachspezifisch weitere Fächer betrifft.

Während als Erstlinientherapie eines malignen Tumors der Haut in der Regel die chirurgische Entfernung angestrebt wird,

wurden in den letzten gut 10 Jahren nicht wenige medikamentöse Behandlungen entwickelt, die unter Umständen auch als Erstlinientherapie infrage kommen. Es handelt sich in erster Linie um Medikamente gegen das Maligne Melanom, das Basalzellkarzinom und das Plattenepithelkarzinom, aber auch für seltene Tumorentitäten wie das Merkelzellkarzinom, ein hochaggressiver Tumor, das Talgdrüsenkarzinom, kutane Sarkome und das Schweißdrüsenkarzinom.

Das Prinzip der neoadjuvanten Primärtherapie vor einer Operation wird zunehmend häufiger diskutiert. Die Indikation hierfür sind vor allem große Primärmelanome oder regionäre Metastasen, die man primär mit den Immun-Checkpoint-Inhibitoren, in der Regel einer Kombination von Ipilimumab und Nivolumab, behandelt, mit dem Ziel, den Tumor so weit zum „Einschmelzen“ zu bringen, dass man ihn gut operieren kann. Manchmal gelingt es mit diesem Konzept sogar, eine Heilung ohne Operation zu erreichen. So berichtete und demonstrierte Dr. Pascal Spahn (Karlsruhe) über den Fall eines 89 Jahre alten Patienten, bei dem sich ein circa apfelgroßes Melanom der Wange durch eine neoadjuvante Immuntherapie so weit zurückbildete, dass eine operative Entfernung und Deckung des Defektes mittels Wangenrotationsplastik möglich war, sekundär ergänzt durch eine laterale Zügelplastik zur Behandlung eines noch bestehenden Unterliedektropiums.

Weitere Indikationen zur primären medikamentösen Behandlung stellen sowohl das inoperable als auch das sehr seltene metastasierte Basalzellkarzinom dar, hierfür sind die Medikamente Vismodegib und Sonodegib zugelassen. Für das Plattenepithelkarzinom sei das Medikament Cemiplimab genannt, für das Merkelzellkarzinom das Medikament Avelumab. Bei einem et-

Kick-Off-Veranstaltung am 04.12.2024



Parkinson-Netzwerk
Ostholstein

- Gründung des ersten regionalen Parkinson-Netzwerkes Ostholstein
- Fachvorträge, Diskussion, Austausch
- Ziel: interprofessioneller Austausch aller Beteiligten, bestmögliche Versorgung von Menschen mit Parkinson in der Region

Seien Sie dabei!

Die Veranstaltung richtet sich an alle, die ambulant oder stationär an der Behandlung von Menschen mit Parkinson beteiligt sind, ob hausärztlich, nervenärztlich, physiotherapeutisch, logopädisch, ergotherapeutisch etc.

Die Teilnahme ist kostenlos, **Anmeldung bis 27.11.2024** an neuroinfo@schoen-klinik.de

Weitere Informationen:
www.schoen-klinik.de/neustadt




Schön Klinik Neustadt | Am Kiebitzberg 10 | 23730 Neustadt in Holstein

waigen Nichtansprechen auf eine gewählte Therapie oder bei einer Unverträglichkeit derselben besteht u. U. auch die Möglichkeit im Sinne der Off-label-Therapie auf ein anderes Medikament zu wechseln oder den Patienten in eine Studie mit einem neuen Medikament, welches helfen könnte, einzuschließen. Wichtig ist bei alledem – dieses gilt vor allem für die nicht-dermatologischen operierenden Fächer – bei etwaigen Unklarheiten den Patienten in einem interdisziplinären Tumorboard vorzustellen. Darüber hinaus gilt es, die Dermatologie in die postoperative Nachsorge einzubeziehen. Eine wichtige Neuerung stellt auch die medikamentöse Behandlung des metastasierten uvealen (Aderhaut-)Melanoms des Auges mit Tebentafusp dar.

Zwei „Streitgespräche“ wurden geführt, eines zur sogenannten Liquid Biopsy, das andere zur Frage der „prophylaktischen“ Exzision dysplastischer Nävi. Die Liquid Biopsy zur Detektion zirkulierender Tumor-DNA im Blut – für „Pro“ sprach Prof. Christoffer Gebhardt (Hamburg) – könnte zu einem die Therapie begleitenden Tool im Sinne der Prognoseabschätzung wie auch einer Therapiesequenzierung werden, indem es eventuell bei der Entscheidung helfen könnte, eine den Patienten belastende adjuvante Therapie zu deeskalieren oder den Zeitpunkt für den Wechsel von einer auf die nächste Systemtherapie zu optimieren.

Zur Frage der number needed to treat (NNT) – wie viele melanozytäre Nävi muss ich entfernen, um ein Melanom zu entdecken? – vertrat Prof. Axel Hauschild (Kiel) eine klare Auffassung. Er betonte, dass der Begriff der Dysplasie der Dermatohistologie entlehnt ist und dass ein dysplastischer Nävus keinen Prekursor für ein Melanom („Präkanzerose“) darstellt, aber ein Indikator für ein allgemein erhöhtes Risiko für das Entstehen eines kutanen Melanoms sei. Er wandte sich gegen die „prophylaktische“ Entfernung atypischer Nävi und favorisierte die Videodermatoskopie in Verbindung mit der Verlaufskontrolle der betreffenden Läsionen – wenn nicht ein unmittelbarer Melanomverdacht vorliegt. Das Ziel müsse sein, kein schnell wachsendes noduläres Melanom zu übersehen, welches ein vertikales Tumorwachstum von circa 0,5 mm pro Monat haben und somit zum „Killer“ werden kann, so sein Credo. Prof. Hauschild nannte folgende Hilfestellung in Kurzform:

Kein Melanom zu übersehen und eine gute NNT erzielen – ist dieses möglich? (NNT bedeutet: „Wie viele Nävi muss man



Prof. Axel Hauschild

exzidieren, um ein Melanom entfernt zu haben?“)

- ▶ nur bei exzellenten Kenntnissen in der Dermatoskopie
- ▶ nur mit Videoauflichtmikroskopie und Verlaufsbeobachtungen
- ▶ nur mit apparativen (= unabhängigen) Zusatzuntersuchungen unter Hinzuziehung von KI-Algorithmen
- ▶ nur bei Akzeptanz der eigenen Fehlbarkeit

In dem Symposium „onkologische Systemtherapie bei geriatrischen Patienten“ wurde ein speziell für dieses Patientenkollektiv erarbeitetes Assessment von PD Dr. Valentin Goede (Köln) vorgestellt (G8, CGA). Ziel dieses Assessments ist, als vulnerabel identifizierte Patienten nach Möglichkeit zu einer sicheren Systemtherapie zu befähigen. Dr. Michael M. Sachse (Bremerhaven) berichtete über den Wert dieses Tools bei der Entscheidungsfindung im ärztlichen Alltag. Der oben dargestellte Fall des großen Melanoms der Wange, das nach neoadjuvanter Immuntherapie erfolgreich operiert werden konnte, wurde in dieser Sitzung vorgestellt.

In dem Symposium „Künstliche Intelligenz (KI) in der Dermatologie“ wurde die KI als Assistenz zur dermatologischen Diagnostik – speziell die Dermatoskopie betreffend –, nicht aber als Ersatz für die ärztliche Kunst beurteilt. So formulierte

Dr. Anastasia Vollmer aus der Arbeitsgruppe von Prof. Holger Hänfle (Heidelberg) zu dem Thema „Kann die KI bei seltenen Hauttumoren und Melanomsimulatoren helfen?“: „Unter kontrollierten Bedingungen erzielen KI-Systeme bereits eine sehr gute diagnostische Leistung. Im klinischen Alltag sind seltene Tumoren oder seltene Subtypen häufig, sie werden von KI-Systemen oftmals nicht zuverlässig erkannt. Ärztlicherseits muss man deshalb wissen, wann man effizient und sicher auf die KI als Diagnostool zurückgreifen kann.“

DR. UDO HENNIGHAUSEN

Info

Information und Kommunikation zum Thema Hautkrebs:

Das Infoportal <https://infoportal-hautkrebs.de/hellerhautkrebs> – Entscheidung für Betroffene, Angehörige und Interessierte

Über ADO OncoPulse, die neue App der ADO, kann man sich umgehend informieren und auch Fortbildungspunkte erwerben. ADOReg ist das Patientenregister der ADO.

Ausblick: Der nächste Deutsche Hautkrebskongress wird vom 10. bis 13. September 2025 in Essen stattfinden.

Beschwerden nach fehlerloser Operation

SCHLICHTUNGSSTELLE Beschwerden nach Bandscheiben-OPs sind nicht immer auf Fehler zurückzuführen. Im geschilderten Fall konnte im Ergebnis kein Behandlungsfehler festgestellt werden. Tatsächlich wurde 2023 nur in knapp 32 % der mit Sachentscheidung abgeschlossenen Vorgänge ein Behandlungsfehler bejaht. In 23 % dieser Fälle wurde dieser Fehler zudem als ursächlich für den entstandenen Gesundheitsschaden angesehen.

Die Patientin (zum damaligen Zeitpunkt 37 Jahre alt) stellte sich erstmals am 21.06. bei dem späteren Operateur, einem Facharzt für Neurochirurgie, vor. Sie beklagte seit mehreren Jahren bestehende LWS-Schmerzen mit zusätzlicher Schmerzausstrahlung, vornehmlich in das rechte Bein. Vorausgegangen waren verschiedene konservative Behandlungsmaßnahmen, die ohne nachhaltigen Effekt geblieben waren. Nach körperlicher Untersuchung und unter Berücksichtigung der vorliegenden MRT-Bildgebung wurde die Diagnose einer degenerativ bedingten Osteochondrose bei LWK 4/5 gestellt, die als beschwerde-erklärend eingestuft wurde. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik und des entsprechenden Leidensdrucks bei fehlender Besserung durch konservative Therapie wurde die operative Behandlung erläutert und vorgeschlagen, wobei sowohl eine Versteifungsoperation als auch eine Prothesenimplantation im betroffenen Wirbelsäulensegment LWK 4/5 als chirurgische Optionen genannt wurden. Nach adäquater Bedenkzeit entschloss sich die Patientin gemäß den Unterlagen zur Durchführung einer Prothesenimplantation. Hierfür wurde sie am 17.08. in der antragsgegnerischen schleswig-holsteinischen Klinik aufgenommen. Gemäß des vorliegenden Operationsberichtes erfolgte die Operation am 17.08. in komplikationsloser Vollnarkose und verlief bis auf eine intraoperative Eröffnung des Bauchfells, die mittels Naht versorgt wurde, unauffällig. Das intra- und postoperative Röntgenbild zeigte eine korrekte Prothesenlage. Der postoperative Verlauf war prolongiert durch deutliche Schmerzen und eine Störung der Darmentleerung (Obstipation). Die Patientin wurde am dritten Tag nach

der Operation entlassen. Im Folgenden trat eine Wundheilungsstörung der bauchseitigen Narbe auf, welche mittels Sekundärnaht versorgt wurde.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin vermutete, dass die Operation fehlerhaft durchgeführt wurde. Seit der Operation sei ihre Beweglichkeit eingeschränkter als zuvor. Zum Zeitpunkt der Antragstellung habe sie immer noch einen Rollator nutzen müssen. Erst seit der Operation hätte sie ständig starke Schmerzen im Nacken und im Bauch. Sieben Monate nach der Operation könnte sie nicht selbstständig auf die Toilette gehen. Zudem hinterfragte sie den operativen Zugang über den Bauch. Des Weiteren schilderte die Patientin, sie hätte am Tag der Operation im Krankenhaus mehrfach erklärt, dass sie die Operation nicht gewollt hätte.

Stellungnahme des Operateurs

Der Operateur reagierte mit einer eigenen Darstellung des Sachverhalts. Er betonte insbesondere, dass ihm über eine ablehnende Haltung der Patientin nichts berichtet worden sei, er hätte im Einleitungsraum selbst mit ihr gesprochen. Sie hätte ängstlich gewirkt, aber nicht geäußert, dass sie die Operation nicht wolle. Für die beschriebenen Symptome hätte er keine zwingende Erklärung.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Chefarzt eines Wirbelsäulenzentrums außerhalb Schleswig-Holsteins, traf folgende Kernaussagen: Beim Fehlschlagen nicht-operativer Maßnahmen war unter Berücksichtigung des jungen Alters der Patientin im Hinblick auf eine ursachenorientierte Behandlung der

Bandscheibendegeneration die segmentale Versorgung mit Implantation einer Bandscheibenprothese hier eine therapeutische Option. Die präoperative radiologische Abklärung war korrekt und komplett.

Ausgehend von dem vorliegenden Operationsbericht wurde die Implantation der künstlichen Bandscheibe *lege artis* durchgeführt.

Die gewählte Operationstechnik von vorne über einen sogenannten linksseitigen retroperitonealen Zugang repräsentierte für die Implantation einer Bandscheibenprothese im Segment L4/5 den operativen Goldstandard.

Laut Operationsbericht wurden die einzelnen operativen Schritte dieser Operationstechnik korrekt durchgeführt. Das gewählte Implantat war etabliert und wurde fachgerecht eingebracht. Durch Verwendung von Probeimplantaten wurde die passgenaue Implantatgröße korrekt ermittelt.

Im Operationsbericht wurde die Komplikation der Eröffnung des Bauchfells beschrieben. Da anatomische Strukturen auf dem Weg zur Wirbelsäule beim Operieren von vorne das Bauchfell beinhalten, wohnt dieser Operationstechnik auch die Möglichkeit einer Verletzung des Bauchfells inne. Sie wird in der Literatur als „minor complication“ bezeichnet und tritt in ca. 3–4 % der Fälle auf.

Eine adäquate Versorgung dieser Komplikation durch Verschluss mittels Naht wurde dokumentiert, weitere Komplikationen wurden nicht beschrieben.

Die Nachbetreuung mit der entsprechenden Wundkontrolle und radiologischer Verlaufskontrolle erfolgte korrekt.

Vor Entlassung wurde die Darmtätigkeit der Patientin durch Erfragen des Abführens überprüft.

Für die andauernden Rückenschmerzen der Patientin konnte das wiederhergestellte

Profil der Lendenwirbelsäule ursächlich sein, sie sprachen nicht für ein fehlerhaftes Vorgehen.

Zur Problematik des Abführens mit chronischer Obstipation führte der Gutachter Folgendes aus:

Laut Operationsbericht erfolgte intraoperativ keine Darmverletzung. Die im postoperativen Verlauf durchgeführten Untersuchungen zur Abklärung dieser Problematik zeigten keinen pathologischen Befund. Von einer Spezialklinik empfohlene Zusatzuntersuchungen standen zum Begutachtungszeitpunkt noch aus. Im Rahmen der Operation wird das Bauchfell samt gesamten Darminhalt zur Seite bewegt, um einen adäquaten Überblick über das Operationsgebiet zu bekommen. Am Ende der Operation werden das Bauchfell und der Darm wieder in seine ursprüngliche Position zurückverlagert.

Postoperativ kann eine Trägheit des Darmes allein aus diesem immer erforderlichen Operationsschritten entstehen, ohne dass jedoch ein fehlerhaftes Vorgehen seitens des Operateurs vorliegt.

Die aufgetretene Wundheilungsstörung war nicht auf ein fehlerhaftes Vorgehen des Operateurs zurückzuführen. Eine Wundheilungsstörung ist jedweden chirurgischen Eingriff immanent.

Röntgenbilder, die 10 Monate nach der Operation angefertigt wurden, zeigten eine Veränderung des oberen Prothesenteils dahingehend, dass es sich um wenige Millimeter nach vorderseitig verschoben hatte. Neu eingetreten war zudem ein Aufeinandersitzen der metallischen Prothesenkomponenten am rückseitigen Teil der Prothese (sog. „posterior impingement“). Zudem war die Funktion der Prothese aufgehoben (sog. „Locked-in-Situation“).

Der Gutachter sah als mögliche Ursachen für diese Situation zum einen die Interaktion des Implantates mit dem Knochen an. Zum anderen war auch der Prozess eines Polymerabriebes von Prothesenbestandteilen denkbar. Beide Umstände können unabhängig vom operativen Vorgehen eintreten.

Radiologisch war im postoperativen Verlauf eine Fehlstatik der Lendenwirbelsäule eingetreten, die die von der Patientin geschilderte Beschwerdesymptomatik erklären konnte. Diese Fehlstatik konnte jedoch nicht der Operation und dem intraoperativen Vorgehen angerechnet werden.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an.

Sie folgte vollumfänglich der Einschätzung des Gutachters, dass die Indikationsstellung zur geplanten Operation nicht zu beanstanden war.

Eintritt einer nicht vermeidbaren Komplikation

Die aufgetretene Eröffnung des Bauchfells stellte die Verwirklichung eines aufklärungspflichtigen Risikos dar, die Versorgung dieser Komplikation erfolgte sowohl zeit- als auch fachgerecht. Ein fehlerhaftes Vorgehen konnte den Unterlagen nicht entnommen werden.

Die für die Operation erforderliche operative und anästhesiologische Aufklärung erfolgte nach Aktenlage zeitgerecht und war entsprechend dokumentiert. Die typischen Risiken und Komplikationsmöglichkeiten im Rahmen der Implantation einer LWS-Prothese waren in dem unterschriebenen Aufklärungsdokument ausführlich benannt.

Der Gutachter führte nachvollziehbar aus, dass die Eröffnung des Bauchfells bei der hier angewandten Operationstechnik durchaus vorkommen kann und es sich um eine Komplikation handelt, die sich nicht gänzlich vermeiden lässt. Auch wenn sich ein solches Risiko verwirklicht, ist jedoch immer im Einzelfall zu prüfen, ob die Komplikation trotz richtigen Handelns aufgetreten ist und unvermeidbar war oder ob die Komplikation als Folge eines fehlerhaften ärztlichen Handelns eingetreten ist und damit vermeidbar war.

Vorliegend waren dem Operationsbericht nachvollziehbar die einzelnen operativen Schritte dieses Eingriffs zu entnehmen, sie wurden fachgerecht durchgeführt. Es wurden keine Auffälligkeiten beschrieben, die das Auftreten der Komplikation hätten verursachen oder begünstigen können. Daher war die Eröffnung des Bauchfells in diesem Fall als nicht vermeidbar zu bewerten.

Postoperativer Verlauf

Der postoperative Verlauf, der von noch deutlichen Schmerzen und einer zusätzlichen Störung der Darmentleerung gekennzeichnet war, war in Einklang mit dem Gutachter auch nach Ansicht der Schlichtungsstelle im Rahmen der Schwere des Eingriffs als nachvollziehbar zu interpretieren. Die nach Fadenzug aufgetretene Wunddehiszenz mit Notwendigkeit einer erneuten Naht stellte eine seltene, aber durchaus typische Komplikation dar.

Die aufgrund der im Verlauf angefertigten Bildgebung festgestellte Veränderung der Prothesenstellung und -funktion er-

klärte möglicherweise die persistierenden beeinträchtigenden Schmerzen. Die Schlichtungsstelle folgte auch hier der Einschätzung des Gutachters, dass dieser Veränderung nicht ein Behandlungsfehler zugrunde lag. Es war eher von einem Implantatversagen auszugehen, wobei es sich ebenfalls um die Verwirklichung einer aufklärungspflichtigen Komplikation handelte. Die von der Patientin geschilderte persistierende Darmlähmung mit deutlich erschwerter Stuhlentleerung war hinsichtlich der Ursachen weiterhin nicht eindeutig geklärt. Unabhängig von weiterem Verlauf und Befunderhebung war nach Ansicht der Schlichtungsstelle jedoch davon auszugehen, dass die beschriebene Störung nicht durch ein fehlerhaftes chirurgisches Vorgehen ausgelöst wurde. Darmfunktionsstörungen sind als mögliche Komplikationen im Rahmen von Prothesenimplantationen in der Lendenwirbelsäule bekannt und zu benennen, ohne dass zwingend eine eindeutig erklärende Ursache gefunden werden kann. Gemäß Literatur sind derartige Störungen überwiegend von vorübergehender Natur, in einzelnen Fällen kann es zu bleibenden Störungen kommen. Auch dies wurde im Rahmen der Operationsaufklärung erwähnt.

Streitige Äußerungen in Schlichtungsverfahren

Nicht bewerten konnte die Schlichtungsstelle den von der Patientin vorgetragenen Umstand, sie habe unmittelbar vor der Narkoseeinleitung die Operation doch nicht durchführen lassen wollen. Im Schlichtungsverfahren sind Zeugenvernehmungen nicht vorgesehen. Diese sind den ordentlichen Gerichten vorbehalten. Entsprechende Äußerungen sind jedenfalls in den vorliegenden Unterlagen nicht dokumentiert. Zusammenfassend fanden sich nach Würdigung der medizinischen Dokumentation, der Stellungnahmen der Beteiligten und der gutachterlichen Erwägungen keine Hinweise für ein fehlerhaftes Vorgehen im Rahmen hier infrage stehenden Behandlung.

Im Ergebnis hielt die Schlichtungsstelle daher Schadensersatzansprüche für nicht begründet.

PROF. WOLFGANG BÖRM,
FACHARZT FÜR NEUROCHIRURGIE
ÄRZTLICHES MITGLIED DER SCHLICHTUNGSSTELLE

DR. JUR. JESSICA SIERING,
LEITERIN DER SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR
ARZTHAFTUNGSFRAGEN

ANERKENNUNGEN NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

Im III. 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

Prasti Pomarius

Allgemeinmedizin

Britta Albat

Katrin Albuschat

Bernd Altmann

Dr. Cornelia Balzer

Dr. Natalya Baryshnikova

Torben Blechenberg

Hendrik Dyszak

Tip Doktoru Yasemin Erdal-Göker

Dr. Sarah Frost

Dr. Stephan Görden

Matthias Hinderer

Phillip Höhmeier

Thies Lamping

Dr. Holger Löning

Dr. Alexander Matthiessen

Dr. Julia Munz

Julia Pfeiffer

Dr. Maren Rudat

Magdalena Scheppler

Dr. Caroline Schlegel-Buck

Priscilla Schmidt-Ibarra

Dr. Ida Siuts

Dr. Hannah Stüber-Dohle

Max Thomas

Patrick Wilms

Dr. Hannah Wintzen-Klepsch

Melike Öztürk-Dagdan

Anästhesiologie

Iris Baganz

Dr. Jonathan Hansen

Dr. Anna-Elisabeth Hopp

Dr. Jacqueline Köhler

Markus Meinhardt

Torben Neuss

Dr. Jeannette Schönebeck

Dr. Helene Selpien

Mehmet Emre Yilmaz

Arbeitsmedizin

Dr. Sabine Käferlein-Vogt

Sabine Löschner

Augenheilkunde

Wasim Al Jleilati

Dr. Aymen Dhidah

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Niklas Bembek

Marleen Hellmich

Dr. Magret Hensler

Katrin Husson

Hanna Rasmussen

Elisabeth Tiedje

Dr. Susanne Wiese

Kristina Wihlfahrt

Gefäßchirurgie

Dr. Anna-Maria Dück, B.A.

Dr. Anna Griesmann

Dr. Nadine Zimmermann

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. Lisa Marie Hörmann

Christopher Kurz

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Yulia Astashova

Tip Maria Maagk

Dr. Stella Riemann

Dr. Markus Thieme, MaHM

Dr. Anna Sophie Wesselmann

Innere Medizin

Dr. Yannick Britt

Dr. Anna Collette

Dr. Moritz von Fallois

Dr. Ricarda Fickers

Alexandra Föll

Nayira Hakimi

Abdurahman Hamza

Birgit von Hemm

Johanna Heß

Dr. Philipp-Johannes Jensch

Dovile Korte

Dr. Kevin Kutschick

Lucia Landmesser

Mirjam Mehrlau

Cais Nofal

Dr. Sebastian Pointner

Dr. Rafael Henrique Rangel

Dipl.-Ing. Anika Rauch

Tobias Schreiber

Sinthuya Thavaneetharajah

Dr. Sabrina Vahldieck

Tilman Witte

Innere Medizin und Gastroenterologie

Dr. Levon Manvelovitch Harutyunyan

Dr. Stephan Schoch

Dr. habil. Carolin Zimpel

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Alexander Hubert Mullally

Innere Medizin und Infektiologie

Vladislav Leshchinskiy

Innere Medizin und Kardiologie

Christin Mahnke

Dr. Matthias Mezger

Dott. Mag. Alk Shehu

Innere Medizin und Pneumologie

Silja Cayo Talavera

Liis Kahju

Kinder- und Jugendmedizin

Nele Behn

Dr. Anne Hellfritsch

Laura Holzmann

Dr. Lydia Kissner

Dr. Gyde Nissen

Julian Peters

Ulrike Wittmann

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Dr. Dr. dent. Jonas Glang

Dr. Johannes Spille

Neurochirurgie

Nele Raydt

Neurologie

Dr. Robin Lüddecke

Orthopädie und Unfallchirurgie

Abdulrahman Fageeh

Markus Graßl

Pavlo Kovalchuk

Dr. Kim Liedtke

Timo Scholz

Pathologie

Dr. Katharina Heß

Dr. Ebba Nissen

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Dr. Judith Bethke

Dr. Nina Wehrmann

Psychiatrie und Psychotherapie

Khaled Mosaad Ahmed Abdelwahab, M.B.Ch.B.

Nina Mau

Dr. Sari Munser

Nils Timmermann

Doctor-Medic Georgios Xiromeritis

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Angela Flügel

Kristine Raether

Dr. Antonia Volland

Radiologie

Dr. Anna-Lena Steffens

Rechtsmedizin

Dr. Anne Tank

Strahlentherapie

Ahmed Al-Salool

Thoraxchirurgie

Andrea Strelow

Urologie

Julija Andrejeva

Dr. Anna Katharina Knabbe

Dr. Katharina Vogt

Dr. Thorben Winkler

Viszeralchirurgie

Stefan Schorn
Dr. Natalie Segler
Gaelle Seutchui Noupa

Öffentliches Gesundheitswesen

Dr. Anne Niemann

SCHWERPUNKTKOMPETENZEN**Gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin**

Dr. Alexander Hiller

**Kinder- und Jugend-Hämatologie
und -Onkologie**

Dr. Robert Bonacker

Neuropädiatrie

Dr. Friederike Pagel

Neuroradiologie

Dr. Madlen Klinzmann

Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Dr. Julia Huber

ZUSATZWEITERBILDUNGEN**Akupunktur**

Maria Gette
Sontka Alexandra Tamm
Dr. Coralie Tietze

Allergologie

Dr. Kristof Max

Betriebsmedizin

Dr. So Zin Shim
Dr. Dennis Wibisono

Diabetologie

Caroline Becher
Dr. Milena Braun
Ola Saied

Ernährungsmedizin

Anja Rochira
Dr. Myrto Theodorakopoulou

Geriatric

Anja Gröpke
Alexander Oni

Intensivmedizin

Dr. Jan-Paul Gundlach
Mathias Mahler
Dr. Matthias Meister
Dr. Diana Michels da Silva
Claas Oltrogge
Dr. Bernd Schucher

Klinische Akut- und Notfallmedizin

Dr. Martin Ballhausen
Christian Krumrey

Manuelle Medizin

Dr. Andreas Gerhardt
Dr. Stephan Miklós Artur Hoffmann
Dr. Sebastian Kleiß
Stefan Lauinger
Imke Rodis
Dr. Sina Schnitzler

Naturheilverfahren

Dr. Jörn Bohn
Dr. Angela Roos

Notfallmedizin

Martin Arlitt
Christian Curth
Karla Klotz
Julian Lauenroth
Alexia Lenz
Isabelle Metternich
Dr. Caroline Marie Müller
Dr. Constantin Peitz
dr. Željka Radic
Christina Richter
Viviana Schechten

Orthopädische Rheumatologie

Dr. Sebastian Kleiß

Palliativmedizin

Dr. Martin Bellersen
Dr. Karen Boettcher
David Bückreiß
Dr. Ume von Frihling
Dr. Tobias Graf
Dr. Falk Göbel
Dr. Christopher Hofmann
Dr. Lukas Kurlemann
Oleg Mitrofanov
Dr. Andreas Nebelin
Dr. Florian Rave
Dr. Elisa Stern
Dr. Charlotte Söling
Hans-Christian Winther

Phlebologie

Dott. Mag. Bachar El Jamal
Dr. Ammar Moubayed

Proktologie

Dr. Philipp Hüsecken

Psychotherapie - fachgebunden -

PD Dr. med. habil Carl Göbel, M.B.Ch.B.

Sozialmedizin

Stefan Laval
Saban Omer Oglou

Spezielle Schmerztherapie

Dr. Alexander Gromow

Suchtmedizinische Grundversorgung

Dr. Bettina Wegner

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

NOVEMBER, DEZEMBER, JANUAR

| | | |
|--------------|--|--|
| 20. November | Symposium Neuroonkologie im Zeitalter von AI und Molekularer Medizin | UKSH, Lübeck Telefon 0451 50043201 silke.huettmann@uksh.de www.uksh.de/neurochirurgie- luebeck Punkte beantragt |
| 20. November | 122. Tagung der Schleswig-Holsteiner Dermatologen | UKSH, Kiel Telefon 0431 50021102 ssievers@dermatology.uni-kiel.de Punkte beantragt |
| 4. Dezember | Die Rheumatologie am Städtischen stellt sich vor Innovationen und Expertise in Diagnostik und Therapie | Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH, Bildungszentrum, Kiel ralph.preuss@krankenhaus-kiel.de Punkte beantragt |
| 13. Januar | Stationäre Psychotherapie heute | NGAT sekretariat@ngat.de www.ngat.de Punkte beantragt |
| 22. Januar | Neuroendokrine Tumoren – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung | Bildungszentrum Westküstenklinikum Heide Telefon 04817851301 sekretariat-vtgchirurgie@wkk- hei.de Punkte beantragt |
| 25. Januar | Online-Veranstaltung IVOM- Zertifizierungskurs | UKSH, Lübeck Telefon 0451 50043911 stephanie.ullrich@uksh.de fortbildung.augenklinik.luebeck@ uksh.de www.uksh.de/augenklinik- luebeck 6 Punkte |

Hospizkultur und Palliativ- versorgung in der stationären Pflege

Im Mittelpunkt des digitalen Fachtags zur Hospizkultur und Palliativversorgung in der stationären Pflege in Schleswig-Holstein stehen die Implementierung und Verbesserung der Palliativversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Modelle guter Praxis aus Schleswig-Holstein werden ergänzt durch erste Erfahrungen und fachliche Impulse des bayrischen Projekts „Zeitintensive Betreuung im Pflegeheim“ (ZiB). Außerdem sollen Hospiz- und Palliativarbeit als gesamtgesellschaftliche Aufgaben thematisiert werden. Zugleich laden die Veranstalter zur Diskussion über die zukünftige Umsetzung von palliativer Pflege und hospizlicher Versorgung in Pflegeeinrichtungen ein.

Die Teilnahme ist kostenfrei und wird gefördert durch das Ministerium für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein. Fortbildungspunkte für Ärztinnen und Ärzte sowie beruflich Pflegenden sind beantragt. Eine Anmeldung ist erforderlich: anmeldung@hpvsh.de. Die Einwahldaten werden zeitnah vor der Veranstaltung zugeschickt.

Auffrischkurs Peer-Review Intensivmedizin

Seit rund zehn Jahren bieten die Landesärztekammern Peer-Review-Programme für Intensivmedizin an. Die Idee: Auf freiwilliger und vertraulicher Basis trifft ein interdisziplinäres Peerteam, bestehend aus externen Experten und Expertinnen, auf erfahrene Intensivmediziner und -medizinerinnen einer Klinik. Die Beteiligten begegnen sich auf Augenhöhe und identifizieren gemeinsam anhand eines strukturierten Fragenkatalogs und eines konstruktiv geführten Dialogs die für die spezifische Einrichtung relevanten Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken, um so konkret vor Ort Verbesserungspotentiale aufzudecken.

Peers, deren Schulung schon länger zurückliegt, bietet die Ärztekammer Hamburg im Januar einen Refresher-Kurs an. In einer fünfstündigen Online-Schulung erhalten sie einen Überblick über neues theoretisches und praktisches Wissen rund um das Peer-Review-Verfahren. Sie haben auch die Gelegenheit, sich mit Peers aus anderen Bundesländern auszutauschen.

Die Teilnahme am Refresher-Kurs ist kostenlos. Termin ist der 10. Januar 2025, von 13 bis 18 Uhr. Weitere Informationen und Anmeldung bei Dr. Annemarie Jungbluth, Leiterin Qualitätsmanagement bei der Ärztekammer Hamburg, Mail: qm@aekhh.de

ALLE ANGABEN OHNE GEWÄHR.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise für die Dezember-Ausgabe: 21. November 2024



HINWEIS DER REDAKTION:

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

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

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

 Schleswig-Holsteinisches
Ärzteblatt

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Dezember 21. November 2024

STELLENANGEBOTE



Facharzt/Fachärztin (m/w/d) für Chirurgie oder Allgemeinmedizin

Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie mit dem Schwerpunkt Lebertransplantation

Wir bieten Ihnen die ganze Welt der Spitzenmedizin an unserem Campus in Kiel.

Das bieten wir Ihnen:

- Eine nicht operative Tätigkeit mit planbaren Arbeitszeiten und Flexibilität ohne Teilnahme am Klinik-Dienstgeschäft
- Vielfältige interdisziplinäre Zusammenarbeit in Evaluation, Wartelistenführung sowie Nachsorge von Lebertransplantierten Patientinnen und Patienten sowie Leberlebendspendenden
- Teilnahme und aktive Mitarbeit in der interdisziplinären, auch organübergreifenden Transplantationskonferenz und an der Qualitätssicherung der TX-Patientinnen und -Patienten
- Die Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Transplantationsmedizin gemäß Weiterbildungsinhalten der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung bis zum **30.11.2024**. Die vollständige Ausschreibung (Stichwort **24476**) finden Sie auf <https://jobs.uksh.de>.

Bei Fragen wenden Sie sich gern an den Direktor der Klinik, Herrn Prof. Dr. med. Thomas Becker (Tel. 0431 500-20401), oder den Leiter der Sektion für Klinische Transplantationsmedizin, Herrn Prof. Dr. med. Felix Braun (Tel. 0431 500-33421).

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Dezernat Personal | Recruiting Center

C | A | U

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel



DIE DEUTSCHEN
UNIVERSITÄTSKLINIKEN



Weiterbildungsassistent/in Diabetologie für Diabetesschwerpunktpraxis in Oldenburg in Holstein in Voll- oder Teilzeit gesucht!

Wir suchen eine/n Kollegen/in mit abgeschlossener FA Ausbildung in Allgemeinmedizin oder Innere Medizin der/die sich im Fachgebiet der Diabetologie weiterbilden möchte und Interesse an der Mitarbeit in klinischen Studien hat.

Wir bieten eine qualifizierte Weiterbildung zum Diabetologen (12 Monate Weiterbildungsmöglichkeit) sowie eine strukturierte Einarbeitung in einem angenehmen Arbeitsumfeld und in einem kollegialen Team.

Bitte senden Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung per Mail an Dr. Thomas Schaum schaum@red-institut.de oder per Post: Markt 15 · 23758 Oldenburg in Holstein. Weitere Informationen finden Sie unter www.diabeteszentrum-oldenburg.de



DIABETES SCHWERPUNKTPRAXIS
Dr. med. THOMAS SCHAUM
Facharzt für innere Medizin



EIN LEBEN VERÄNDERN!

Mit einer Patenschaft können Sie Mädchenbildung fördern.

WERDEN SIE PAT:IN!
www.plan.de



Praxis für Hämatologie/Onkologie
in Kaltenkirchen sucht

FÄ/FA für Innere Medizin
sowie

FÄ/FA für Hämatologie/
Onkologie

zur Verstärkung des Teams.

praxis@hok-onko.de
Tel.: 0171-511 87 23

GYNÄKOLOGISCHE GEMEINSCHAFTSPRAXIS EUTIN

Wir suchen ab Januar 2025 eine

Weiterbildungsassistent:in oder Fachärzt:in

als Verstärkung in Teilzeit für unser freundliches und aufgeschlossenes Team.

Wir freuen uns auf ein Gespräch!

info@frauenaerzte-eutin.de
www.frauenaerzte-eutin.de



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

Mitglied der **actalliance**

Brot
für die Welt

Würde für den Menschen.

ANZEIGENSCHLUSS:
Heft Nr. 12 · 21. November 2024

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)**
- **Assistenzarzt für den Bereich Gynäkologie (m/w/d)**
- **Assistenzarzt für den Bereich Chirurgie (Fachrichtung Unfall- o. Allgemeinchirurgie) (m/w/d)**

Wir bieten einen modern ausgestatteten Arbeitsplatz, anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem familiären Arbeitsklima und Einbindung in ein motiviertes Ärzteteam mit flachen Hierarchie.

Nähere Infos zu den Aufgaben und zur Bewerbung finden Sie unter www.klinik-preetz.de/karriere

Für Fragen schreiben Sie uns: personalabteilung@klinik-preetz.de



**Sie sind Ärztin oder Arzt aus Leidenschaft?
Suchen eine Alternative zur Akutmedizin?
Wollen Beruf & Familie besser in Einklang bringen?
Bei uns können Sie dies verwirklichen!**

Wir suchen zum 01.04.2025 eine*n

Überärztin/Oberarzt(w/m/d) Fachärzt*in für Gastroenterologie

in unbefristeter Vollzeitstelle.

Die Klinik Föhrenkamp im Reha-Zentrum Mölln verfügt über 193 Betten mit der Hauptindikation Gastroenterologie. Mit unserer neu etablierten verhaltensorientierten Reha kooperieren wir mit der psychosomatischen Abteilung im Reha-Zentrum. Außerdem sind wir eine zertifizierte Klinik für Diabetologie (DDG) und Ernährungsmedizin.

Wir bieten Ihnen:

- Interessante, abwechslungsreiche Aufgaben in einem kollegialen Team
- Eine gute Work-Life-Balance mit familienfreundlichen Arbeitszeiten und ruhigen Bereitschaftsdiensten
- 30 Tage Urlaub bei einer 5-Tage-Woche
- Gute Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Eine leistungsgerechte Bezahlung EG-Gruppe II (TV EntgO DRV-Bund) und alle im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen

Sie sind interessiert?

Nähere Informationen zu den Vorteilen einer Anstellung im Öffentlichen Dienst, zu unserer Klinik sowie den Verdienstmöglichkeiten finden Sie unter <https://jobs.driv-bund-karriere.de>

Für Fragen steht Ihnen der ärztliche Direktor Herr Dr. Michael Marutt (Tel.-Nr. 04542/802-161) gerne zur Verfügung.

Bewerbungen richten Sie gerne per E-Mail an: bewerbung-rzmoelln@drivbund.de oder scannen einfach den QR-Code.



**Reha-Zentrum Mölln
Klinik Föhrenkamp**
Birkenweg 24
23879 Mölln



Deutsche
Rentenversicherung
**Reha-Zentrum Mölln
Kliniken Föhrenkamp
und Hellebachtal**

ANZEIGENSCHLUSS: Heft Nr. 12 · 21. November 2024

Senden Sie Ihren Anzeigenwunsch einfach an anzeigen@elbbuero.com

Wir sind eine moderne Allgemeinanzpraxis und versorgen Patienten sowohl in der Praxis als auch im Hausbesuch. Es werden alle gängigen Untersuchungen angeboten (Labor, Ultraschall, Ergometrie, Lungenfunktion, EKG, Blutentnahmen, Impfungen, DMP's, Vorsorgen, Ernährungsberatung, alternative Angebote z.B. Neuraltherapie und Akupunktur u.v.m.). Unsere MFA's übernehmen viele Arbeiten und entlasten uns zusätzlich.

Ab 1.4.2025 haben wir eine
**Freie Weiterbildungsstelle
zum FA/FÄ für Allgemeinmedizin
in Voll- oder jeglicher Art von Teilzeit.**

Wir bieten ein entspanntes Arbeiten im Team in verschiedenen Arbeitszeitmodellen, übertarifliche Bezahlung, freie Brückentage, Weihnachtsgeld, Benzingeld und Unterstützung im Rahmen der Weiterbildung. Seit Jahren arbeiten wir mit einem bewährten Einarbeitungs- und Betreuungskonzept für die Zeit Ihrer Weiterbildung.

Die Balance zwischen Freizeit und Arbeit ist uns wichtig.

Wir freuen uns auf Sie und brauchen Sie! Bei Fragen steht Ihnen Dr. Silke Babinsky unter 0170 - 702 29 29 gern zur Verfügung.

PRAXIS AM KANTPLATZ IN NEUMÜNSTER

Dr. Silke Babinsky · Christian Alexander Mohr · Dr. Janne Görke
Max-Richter-Str. 2a · 24537 Neumünster

VERTRETUNGEN

**ERFAHRENER GYNÄKOLOGE
IN RUHESTAND**

übernimmt Vertretungen,
Kooperationen oder
Beteiligungen in Kiel.

Kontakt unter: 01725463116

**Erfahrener
Allgemeinarzt
übernimmt
Praxisvertretungen**

Kontakt: 0160 33 88 403

PRAXISABGABE

ORTHOPÄDISCHE PRAXIS abzugeben,

konservativ mit digitalem Röntgen, etablierte Praxis
im Zentrum Schwerins mit großem Patientenstamm,
Planungsbereich SN / HWI / NWM

Kontakt unter: streifeneder@gmail.com

**Termine Rubrikanzeigen**

| Heft | Erscheinungstermin | Anzeigenschluss |
|----------|--------------------|-----------------|
| Dezember | 17.12.24 | 21.11.24 |

**Praxisabgabe
UROLOGIE**

Großraum HH zu 01/26,
verhandelbar.

Kontaktieren Sie uns gern unter:
urologie-geesthacht@live.de

**Mitten in Aachen:
HNO-Praxis**

im Dreiländereck D, BE, NL
abzugeben. Optimale Konditionen,
fachkompetentes Personal u.v.m. ...

Details gern per Tel.: 0171 744 00 61

Seit 1984 bestehende **NERVENÄRZTLICHE PRAXIS** in Kiel, seit 2009 ausschließlich **PRIVATÄRZTLICH** geführt, umsatzstark mit etablierten Patientenstamm, ist **zum 01.01.2026** in motivierte und engagierte Hände **zu übergeben** ...die die Patienten weiter lächeln lassen... interessiert?

Für weitere Details: praxis.trutschel@t-online.de oder Telefon: 0431-39 88 41

DRF Luftrettung
Menschen. Leben. Retten.

Helfen Sie uns
Leben zu retten.

www.drf-luftrettung.de/Förderer

KV-SITZ

Große orthopädische Praxis
(BAG, konservativ/operativ)
in Hamburg (Bestlage) **sucht**
Nachfolger für einen KV-Sitz.

Kontakt unter Chiffre SH 60346

GEMEINSCHAFTSPRAXIS
DERMATOLOGIE

Anteil mit einem halben oder ganzem
KV-Sitz in Lübeck ab 01/2026
abzugeben. Hoher Privatanteil.

Kontakt: hauthl@icloud.com

Halber Praxissitz für Psychiatrie in Einzelpraxis
in Neubrandenburg zum 15.04.2025 oder 01.05.2025 abzugeben.

Durchschnittliche Scheinzahl im Quartal: 680
FA für Psychiatrie, Praxisgröße ca. 66 qm, 4 Räume
(Sprechzimmer, Labor und Untersuchungsraum, Empfang, Wartezimmer).

Kontakt: Tel. 0395 - 77 82 73 33, Fax 0395 - 77 82 73 35,
E-Mail: mreisspraxis_fuer_psychiatrie@t-online.de

IMMOBILIEN

Praxishaus in Kiel-Elmschenhagen
ab 1.1.2025 zu vermieten.

Bestehend aus Arztpraxis (ca. 193 m²), Massagepraxis (92 m²) sowie
DG Wohnung (ca. 48 m²). Grundstück mit Zufahrt und Stellplätzen
bei einer Grundfläche von ca 697 m².

Kontakt unter E-Mail ernst@krautwald.de



Ihre Spende wirkt!

Helfen Sie, die Lebensräume bedrohter
Tierarten weltweit zu schützen.

Jetzt spenden: wwf.de oder

Spendenkonto: DE06 5502 0500 0222 2222 22



PRAXISRÄUME

Idealer Einstieg in neue Praxisräume im Hamburger Umland!

In Wrist/Holstein sind gut gelegene Praxisräume zum Erstbezug entstanden,
die von der Gemeinde günstig vermietet werden. Eine allgemeinmedizinische
oder internistische Praxis wäre uns sehr willkommen; u.U. besteht die Möglich-
keit, diesen Standort als Niederlassung bzw. in Kooperation mit einer Praxis in
der Region zu betreiben.

Wrist verfügt über eine moderne Grundschule sowie 2 Kindergärten, weiter-
führende Schulen sind im Nachbarort leicht erreichbar. Mit der Bahn ist man
in ca. 35 min., mit dem Auto (A 7, A 23) in ca. 40 min. in Kiel oder Hamburg.
Auf der Seite der KVSH können Sie in der „Praxisbörse“ weiteres dazu nach-
lesen. Über Ihr Interesse freuen wir uns sehr.

Kontakt: Bürgermeister Manfred Bube (manfred.bube@web.de)

DANKE FÜR ALLES
sos-kinderdoerfer.de



SOS
KINDERDÖRFER
WELTWEIT

Ab Januar 2025 Raum Segeberg:

2 moderne Räume

(barrierefreier Praxiszugang,
Gartenmitbenutzung)

für Psychotherapie zu vermieten.

Weitere Auskunft unter
Telefon 0170 - 674 30 53

**NÄCHSTER ANZEIGEN-
SCHLUSSTERMIN**
FÜR STELLEN- UND
RUBRIKANZEIGEN

Heft Dezember
21. November 2024

Senden Sie Ihren Anzeigenwunsch einfach
per E-Mail an anzeigen@elbbuero.com

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler

DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de

meditaxa[®]
Group

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

RECHTSBERATUNG
FÜR DIE HEILBERUFE

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



DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

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

IMPRESSUM



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

Die Redaktion gehört zur Abteilung
Kommunikation der Ärztekammer
Redaktion: Dirk Schnack (Ltg.),
Katja Willers
Telefon 04551 803 272, -273

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Prof. Wolfgang Börm, Dr. Daniel Ehmke, Esther Geisslinger, Martin
Geist, Uwe Groenewold, Dr. Udo Hennighausen, Dr. jur. Jessica Siering

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.
Bei Fragen wenden Sie sich gern telefonisch an das Mitgliederverzeichnis
oder per Mail an mitglied@aeksh.de.

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

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

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

Geschäftsführung
Dr. Gisa Andresen
(Ärztliche Geschäftsführung)
Yannek Drees
(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 Uberr, 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**

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

RAin Sabine Barth
Fachanwältin f. Medizinrecht

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
PartG mbB

Holtener Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

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

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 Dezember 21. November 2024



Rohwer & Gut

*Partnerschaftsgesellschaft mbB,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft*



Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

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

PSYCHOSOMATISCHE GRUNDVERSORGUNG

inkl. 30 Stunden BALINT-Gruppen!

2x 20 UE Bad Malente | 2x 20 UE **Live-Online**

Dr. med. J. Kuhnert, C. Medlin und Dozenten-Team

Startmodul: 05.+06.04.2025
BAD MALENTE

www.aim-psychoomatik.de

SUCHTMEDIZINISCHE GRUNDVERSORGUNG

inkl. Substitutionstherapie!

2 Module: 25 UE Präsenz + 25 UE **Live-Online**

PD Dr. med. A. Glahn, Dr. med. T. Peschel und Dozenten-Team

Modul 1: 27.–29.06.2025 HANNOVER
Modul 2: 26.–28.09.2025 Live-Online

www.aim-suchtmedizin.de

SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE

Vollständiges Live-Online-Seminar!

2x 30 UE **Live-Online** | 20 UE E-Learning

Prof. Dr. med. M. Karst und Dozenten-Team

Modul 1: 20.–22.06.2025
Modul 2: 12.–14.09.2025

www.aim-schmerztherapie.de

ÄRZTLICHE PALLIATIVMEDIZIN

2x 20 UE Basiskurs komplett **Live-Online**

3x 20 UE Fallkonferenzen **Live-Online**

3x 20 UE Fallkonferenzen in Hannover

Prof. Dr. med. habil. C. Reuter und Dozenten-Team

Startmodul Basiskurs: 10.+11.05.2025
LIVE-ONLINE

www.aim-palliativmedizin.de

Detaillierte Informationen zu ALLEN Lehrgängen der AIM finden Sie unter:

www.aim-akademie.info