



Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Nr. 7/8

Juli/August 2018
Bad Segeberg
71. Jahrgang

Herausgegeben von
der Ärztekammer
Schleswig-Holstein



KAMMERWAHL

Kammerversammlung in neuer Zusammensetzung

Nachlese zur Wahl: Die Kammerversammlung bekommt viele neue Gesichter und wird weiblicher – aber auch etwas älter. Wahlbeteiligung bleibt unverändert.

In wenigen Wochen konstituiert sich die neue Kammerversammlung. Am 12. September kommen die frisch gewählten 70 Abgeordneten erstmals in der Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein in Bad Segeberg zusammen. Die wichtigste Aufgabe an diesem Tag: Sie wählen einen neuen Präsidenten oder eine neue Präsidentin. Dr. Franz Bartmann, seit 2001 im Amt, tritt nicht erneut an.

Unter den künftigen Abgeordneten sind gleich 39 Mitglieder, die bei der kürzlich beendeten Wahl erstmals ein Mandat ihrer Kollegen im jeweiligen Wahlkreis bekommen haben und damit neu in der Versammlung.

Die Wahlbeteiligung – landesweit bei rund 40 Prozent – variierte je nach Region, weist aber in allen Landesteilen Luft nach oben auf. Positiv ist, dass der in anderen Wahlen der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen beobachtete negative Trend nicht eingetreten ist: Die Wahlbeteiligung in Schleswig-Holstein blieb konstant.

Positiv ist auch, dass der in vielen anderen Bundesländern übliche „Lager“-Wahlkampf zwischen niedergelassenen und angestellten Ärzten in Schleswig-Holstein erneut moderat blieb. Dies lässt darauf hoffen, dass die Zusammenarbeit auch im neuen Parlament konstruktiv sein wird.

Die insgesamt rund 6.500 Wähler stimmten bei dieser Wahl zwar häufiger für Frauen als bei der vorangegangenen im Jahr 2013 – mit jetzt 32 Frauen sind diese aber weiterhin in der Minderheit. Auffällig war, dass die Zahl der Ärzte, die sich um ein Mandat ihrer Kollegen beworben haben, mit 171 rückläufig war. Dies hat möglicherweise eine höhere Wahlbeteiligung verhindert; in Kreisen mit geringer Auswahl war die Wahlbeteiligung etwas schwächer. Am stärksten war das Interesse an der Wahl in der Altersgruppe, die schon seit einigen Jahren mitten im beruflichen Alltag steht: unter den 50- bis 59-Jährigen.

► WEITER AUF SEITE 6

THEMEN

10

Fernbehandlung:
Nach der
Liberalisierung

14

Freiwillige Ärzte
für Notdienst
gesucht

15

Die Budgets
bleiben vorerst

17

Jens Spahn auf
Kurzbesuch im
UKSH

26

Aids in Uganda:
Keine Entwar-
nung

SCHLESWIG- HOLSTEINS BESTER STELLENMARKT FÜR ÄRZTE



Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt informiert elf mal im Jahr über zentrale Themen aus dem Gesundheitswesen zwischen Nord- und Ostsee. Das Mitglieder magazin der Ärztekammer Schleswig-Holstein erreicht neben den Ärzten auch viele Entscheidungsträger aus dem Gesundheitswesen.

Kontakt: Maxime Lichtenberger, 089 55241-246, maxime.lichtenberger@atlas-verlag.de

atlas
Verlag GmbH

Ein Beruf wie jeder andere ...

Nun ist es amtlich: das Ergebnis der Kammerwahl 2018. In den kommenden fünf Jahren werden die 70 gewählten Ärztinnen und Ärzte in zwei- bis dreimal jährlich stattfindenden Kammerversammlungen über Fragen der ärztlichen Berufsausübung in Schleswig-Holstein beraten und mitentscheiden. Sie tun dies stellvertretend für mittlerweile 17.600 Kolleginnen und Kollegen. Bei meiner Amtsübernahme vor 17 Jahren standen wir noch kurz vor Erreichen der magischen Zahl 12.000.

Möglicherweise ist dieser Mengenzuwachs eine der Ursachen für die aus unserer Sicht relativ geringe Wahlbeteiligung von knapp unter 40 Prozent. Denn – ganz ehrlich – in meinem eigenen Wahlbezirk kannte ich diesmal, im Gegensatz zu meiner ersten Kandidatur vor genau 30 Jahren, in denen sich die Zahl der berufstätigen Ärzte in Flensburg geradezu verdoppelt hat, nur wenige der Kandidat(inn)en persönlich, ganz zu schweigen von deren Motivation oder gar politischen Absichten.

Das führt unmittelbar zu einem weiteren kritischen Punkt.

Kammerarbeit ist für die allermeisten Pflichtmitglieder ein abstrakter Begriff ohne exakte inhaltliche Vorstellung. Ausnahme sind möglicherweise die Berufseinsteiger, die sich noch in der Weiterbildung befinden bzw. für die diese Phase der ärztlichen Berufsbiographie noch in frischer Erinnerung ist. Konflikte mit dem ärztlichen Berufsrecht, dessen Überwachung eine weitere Kernaufgabe der Kammer darstellt, sind, verglichen mit der Gesamtzahl der Mitglieder, so selten, dass daraus kein kollektives Bewusstsein für die Wichtigkeit und Bedeutung der Kammertätigkeit ableitbar ist. Häufig vermisst wird dagegen die Präsenz der Kammer in der öffentlich ausgetragenen Diskussion über die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und über Ärztinnen und Ärzte im Besonderen. Nach jedem kritischen Bericht in der Tagespresse erwartet man ganz selbstverständlich am kommenden Tag eine flammende Richtigstellung an gleicher Stelle durch die Landesvertretung. Dieses Schicksal teilen wir mit Vertretern anderer Berufsgruppen, die sich regelhaft in und durch Medien missverständlich oder falsch dargestellt sehen.

Entgegenwirken kann man unberechtigter Kritik am besten – oder sogar ausschließlich – durch das eigene Handeln, unterstützt durch geduldige und nachhaltige politische Arbeit. Nur so ist überhaupt zu erklären, dass, trotz omnipräsenter Skandale und Skandalisierungen, der Arztberuf nach wie vor im Vergleich mit anderen Berufsgruppen hohes Ansehen genießt.

Das zumindest hat sich seit den – in der Erinnerung – goldenen vergangenen Zeiten kaum verändert. Bis in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts war der ärztliche Berufsstand nahezu unantastbar. Dafür stand eine absolute Monopolstellung an medizinischem Wissen und ein sprichwörtliches ärztliches Ethos, das sich fundamental abhob vom Selbstverständnis anderer Berufe und Berufsgruppen. Ganz offensichtliche Privilegien waren damit in den Augen der Öffentlichkeit absolut legitimiert. Einer der Garanten für die Aufrechterhaltung dieses Status war die Ärztekammer.

Heute sehen nicht wenige Ärztinnen und Ärzte ihre Interessenvertretung in erster Linie bei Gewerkschaften und Berufsverbänden, was geradezu den Eindruck provoziert, der Arztberuf sei ein Beruf wie jeder andere.

Wir selbst und große Teile der Bevölkerung sehen das anders. Nach wie vor zeichnet sich der Arztberuf durch ein besonderes Maß an Verantwortung und Empathie für Patienten – (Leidende) – und Hilfsbedürftige aus. Standesdünkel ist in meinen Augen zwar mega-out, ein gesundes Standesbewusstsein aber nach wie vor angesagt.

Und deshalb mein uneingeschränktes Ja zur Kammerarbeit!

...oder der Stand von gestern.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr



Dr. Franz Joseph Bartmann

PRÄSIDENT



Schreiben Sie uns gerne Ihre Meinung – wir freuen uns über Kritik und Anregungen: aerzteblatt@aecksh.de

Inhalt

NACHRICHTEN	4
Computerspielsucht als Krankheit anerkannt	4
Neuer MedGuide erschienen	4
Entbindungsstation in Husum umgebaut	4
Förderstiftung unterstützt UKSH-Projekte	5
Traineeprogramm für junge Ärzte	5
TITELTHEMA	6
So haben Schleswig-Holsteins Ärzte gewählt	6
GESUNDHEITSPOLITIK	10
Fernbehandlung: Die Folgen der Liberalisierung	10
Flüchtlinge: Ehrenamtliches Projekt in Lübeck	12
KVSH: Abgeordnete diskutieren über Notdienst	14
Entbudgetierung: Kein Erfolg für Vorstoß aus dem Norden	15
Gesundheitsminister: Konferenz will Ärztenetze stärken	16
Organspende: Jens Spahns Besuch am UKSH in Kiel	17
Kliniken diskutieren über Digitalisierung	18
Fachtagung in Kiel zu Osteoporose	19
Pflege: Auf der Suche nach Ursachen für Personalmangel	20
Generalversammlung der Ärztegenossenschaft	21
Jevenstedter Arzt engagiert sich als Präventologe	22
Präventologie: Vier Stufen zur Gesundheit	24
Barmer-Report: Junge Akademiker mit psychischen Leiden	25
Aids: Die prekäre Versorgungssituation in Uganda	26
Rückblick auf den Hauptstadtkongress in Berlin	28
IM NORDEN	29
Onko-Lotsen geben Patienten Orientierung	29
Kieler Ärzte helfen in Tansania	30
Portrait: Dr. Christian Thomsen	32
Innovationsfonds fördert Projekt am UKSH	33
PERSONALIA	34
MEDIZIN & WISSENSCHAFT	37
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie	37
RECHT	38
Schlichtungsfall	38
FORTBILDUNGEN/AKADEMIE/ECS	40
Termine	40
ANZEIGEN	42
TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50

Computerspielsucht als Krankheit anerkannt

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Computerspielsucht offiziell als Krankheitsbild anerkannt. Damit kann sie als Hauptdiagnose gestellt werden und Betroffene können damit früher in die Behandlung gelangen.

Im ICD-11 finden sich bei der Computerspielsucht drei Diagnosekriterien: der Kontrollverlust hinsichtlich Dauer und Häufigkeit des Spielens, die Aufgabe anderer Interessen oder Aktivitäten sowie die Tatsache, dass der Betroffene sein Verhalten trotz negativer Konsequenzen fortführt oder sogar steigert. Diese Verhaltensauffälligkeiten müssen über einen längeren Zeitraum auftreten und stehen im Kontext mit sozialem Rückzug.

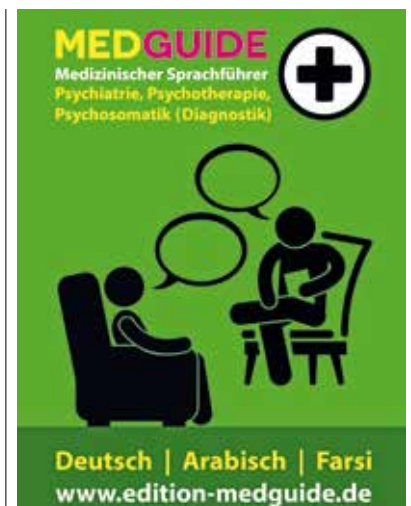
Von der Schön Klinik Bad Bramstedt, die solche Patienten behandelt, wurde die Entscheidung der WHO begrüßt. Der leitende Psychologe Dr. Tim

Aalderink hofft, dass das Krankheitsbild nun von seinem Stigma befreit wird. „Bislang konnten Therapeuten den pathologischen Computergebrauch nur als Begleiterkrankung diagnostizieren. Der Betroffene musste also zusätzlich noch an mindestens einer anderen psychischen Störung erkrankt sein, ehe eine Therapie ohne Schwierigkeiten anerkannt wurde“, sagte Aalderink. Er hat vor sieben Jahren den in Deutschland damals ersten akut-stationären Behandlungsschwerpunkt für Patienten mit Computerspielsucht in Bad Bramstedt etabliert.

Nach seinen Angaben ändert sich für die Spezialklinik durch die WHO-Entscheidung nichts. Patienten mit Computerspielsucht, die in die Klinik kommen, weisen oft komplexe Krankheitsbilder mit einem langen Verlauf und Begleiterkrankungen auf. (PM/RED)

Neuer MedGuide erschienen

Mit dem neuen MedGuide „Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik (Diagnostik)“ auf Deutsch, Arabisch, Farsi sparen Ärzte bei Menschen mit Migrationshintergrund deutlich Zeit beim Helfen. Die Ausgabe umfasst 192 Seiten und kostet im Großformat (A4) € 39,90. Weitere Info: www.edition-medguide.de



Neue Entbindungsstation in Husum

Die Klinik in Husum hat nach fünfmonatigem Umbau kürzlich ihre neue Entbindungsstation in Betrieb genommen. Die Station wurde um einen vierten Kreißsaal erweitert. Mit den zusätzlichen Kapazitäten reagiert das Klinikum Nordfriesland auf die gestiegenen Geburtenzahlen, die in Husum zuletzt um rund ein Viertel höher lagen als im Jahr 2012.

Das finanzielle Gesamtvolumen für den 350 Quadratmeter umfassenden Bereich im dritten Obergeschoss der Klinik liegt bei rund 2,2 Millionen Euro. Darin

enthalten sind auch Mittel für die technische Aufrüstung von Geräten, etwa für eine zentrale Überwachung.

1,5 Millionen Euro der in Husum investierten Summe sind Fördermittel. Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg betonte zur Wiedereröffnung in Nordfriesland den damit verbundenen „Beitrag zur Stärkung der Geburtshilfe in der Region“. Um die hatte es in den vergangenen Jahren wie berichtet nach Standortschließungen wiederholt öffentliche Auseinandersetzungen gegeben. (PM/RED)

Förderstiftung unterstützt sechs UKSH-Projekte



Ministerpräsident Daniel Günther eröffnete gemeinsam mit Prof. Dr. Jens Scholz, Pit Horst, Dr. Fritz Süverkrüp und Alexander Eck (von links) die zehnte Kuratoriumssitzung der Förderstiftung des UKSH im Hause Süverkrüp Automobile.

Die Förderstiftung des UKSH unterstützt die Universitätsmedizin im Norden im ersten Halbjahr 2018 mit insgesamt 275.000 Euro, die in sechs Projekte fließen. Neben dieser Rekordsumme wurde im Beisein von Ministerpräsident Daniel Günther auf der zehnten Kuratoriumssitzung außerdem bekannt gegeben, dass das Kuratorium um sechs neue Kuratoren auf nun mehr als 50 gewachsen ist. Günther dankte den Kuratoren für ihr Engagement und sagte: „Das UKSH verdient es, zugunsten der bestmöglichen, universitären Gesundheitsversorgung im Norden unterstützt zu werden.“

Seit Gründung wurden 45 medizinische Vorhaben mit einer Gesamtsumme von über einer Million Euro gefördert. Aktuell zählen dazu:

- ▶ Die Klinik für Psychiatrie und

Psychotherapie (Kiel) für die Etablierung neuartiger Aktivitätsanalyse-Systeme für Patienten mit Depressionen. Ziel ist die Verbesserung der ambulanten Therapiemöglichkeiten.

- ▶ Die HNO-Klinik für die Anschaffung eines mobilen Schlafuntersuchungsmessplatzes.

- ▶ Die Lübecker Klinik für Chirurgie für ein innovatives Behandlungsvorgehen, das die Wundheilung verbessert.

- ▶ Die Kieler Klinik für Augenheilkunde für ein neuartiges Gerät, das u. a. die progressive Ausdünnung der Hornhaut frühzeitiger erkennen hilft.

- ▶ Beide Campi für eine zielgerichtete Behandlung von bislang schwer therapiebaren Krebserkrankungen.

- ▶ Das UKSH-Schlaganfallzentrum für ein Gerät der Bildgebungs-Diagnostik. (PM/RED)

Finanzierung und Praxisgründung

In einer weiteren Auflage des Trainee-Programms für junge Ärzte informiert die KV Schleswig-Holstein am 1. September in der Akademie der Ärztekammer (Esmarchstraße 4 in Bad Segeberg) über das Thema Finanzierung und Einnahmen in der Arztpraxis. Die KV zielt mit ihrem Programm auf alle Ärztinnen und Ärzte, die sich derzeit in Weiterbildung befinden, in Arztpraxen angestellt sind und alle weiteren, die sich für eine Niederlassung in Schleswig-Holstein interessieren.

Die Teilnehmer bekommen einen Einblick in die tatsächliche Einnahmesituation niedergelassener Ärzte in Deutschland, aufgeteilt nach Fachgruppen, und werden über die wichtigsten

anfallenden Investitionen zur Niederlassung informiert. Die Zahlen werden von Experten der Apotheker- und Ärztekammer vorgestellt.

Außerdem werden erneut Ärzte, die sich bereits in Schleswig-Holstein niedergelassen haben, über ihre Erfahrungen berichten. Die Teilnahme ist kostenfrei, erfordert aber eine Anmeldung. Ansprechpartner sind Sylvia Kühne, Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Tel. 04551 803 763 oder E-Mail sylvia.kuehne@aecksh.de und Bettina Fanselow, Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Tel. 04551 883 255 oder E-Mail bettina.fanselow@kvsh.de. Für die Teilnahme gibt es Fortbildungspunkte. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

Weiterbildung nur mit Approbation

Eine nach dem 13. Juli 2016 begonnene ärztliche Tätigkeit, die auf Grundlage einer vom Landesamt für soziale Dienste erteilten Berufserlaubnis ausgeübt wird, kann nicht als Weiterbildung anerkannt werden. Dieser Regelung liegt die am 13. Juli 2016 in Kraft getretene Satzungsänderung der Weiterbildungsordnung zugrunde, die gemäß EU-Richtlinie 2013/55/EU umzusetzen war. Darin wird geregelt, dass mit der Weiterbildung erst nach der ärztlichen Approbation begonnen werden kann. Ärzte, die vor Inkrafttreten dieser Satzungsänderung eine Weiterbildung auf Grundlage einer Berufserlaubnis begonnen haben, können unter Einreichung eines ausführlichen Weiterbildungszeugnisses ihre Tätigkeit als Weiterbildung bei der Ärztekammer gemäß Übergangsbestimmungen anerkennen lassen. (TR)

Neue Holding Area in Lübeck

Die Lübecker Sana Kliniken arbeiten seit Juni mit einer Holding Area, die Halte- und Aufwachraum in unmittelbarer Nähe zum OP vereint. Vier Betten sind für Patienten vorgesehen, deren Eingriff als nächstes ansteht. Sechs Betten sind reserviert für Patienten in der Aufwachphase nach der Operation. In der Holding Area werden Patienten an die Überwachungsmonitore angeschlossen, Narkosezugänge gelegt und OP-Checklisten besprochen. Die Klinik hofft auf kürzere Wechselzeiten zwischen den Eingriffen. (PM/RED)

Kongress zur Patientensicherheit

Der fünfte Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie findet am 18. und 19. Oktober in Berlin statt. Auf der Tagung wird u. a. über Erfolge und Perspektiven nach zehn Jahren Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) berichtet und die Frage nach der interprofessionellen Zusammenarbeit als Schlüssel für AMTS gestellt. Weitere Themen werden u. a. der Medikationsplan und AMTS in der Pädiatrie und Geriatrie sowie in Therapieleitlinien sein. Nähere Informationen zum Programm und zur Anmeldung unter www.patientensicherheit2018.de (PM/RED)



Wahl
2018

KAMMERWAHL

Nur bedingt zufrieden

Erneut 40 Prozent Wahlbeteiligung bei der Kammerwahl. Viele neue Gesichter in der Kammerversammlung.

Mehr als 6.500 Ärzte aus Schleswig-Holstein haben ihre Stimmen für die Kammerwahl im Norden abgegeben. Die Wahlbeteiligung bewegt sich mit rund 40 Prozent auf dem Niveau der vergangenen Wahl im Jahr 2013. Die Zahl der abgegebenen gültigen Stimmzettel stieg deutlich um rund 800 - Ausdruck der im gleichen Zeitraum gestiegenen Mitgliederzahl.

„Auch wenn mit rund 40 Prozent die Wahlbeteiligung unter unseren Erwartungen und Hoffnungen zurückgeblieben ist, kann man mit Blick auf andere Kammern im Bundesgebiet, die teilweise unter diesem Ergebnis geblieben sind, insgesamt zufrieden sein“, sagte Schleswig-Holsteins Kammerpräsident Dr. Franz Bartmann. Ein Problem könnte nach seiner Beobachtung die reine Persönlichkeitswahl sein: „Im Gegensatz zu früher kennt man Kolleginnen und Kollegen nur aus dem unmittelbaren Umfeld. Ich selbst hatte Mühe, im eigenen Wahlbezirk hinter einzelnen Namen Gesichter, Haltungen oder gar politische Absichten für die Kammerarbeit zu erkennen. Damit entfallen wesentliche Kriterien für eine echte Wahl unter unterschiedlichen Kandidaten“, sagte der Kammerpräsident, der selbst nicht erneut kandidiert hatte.

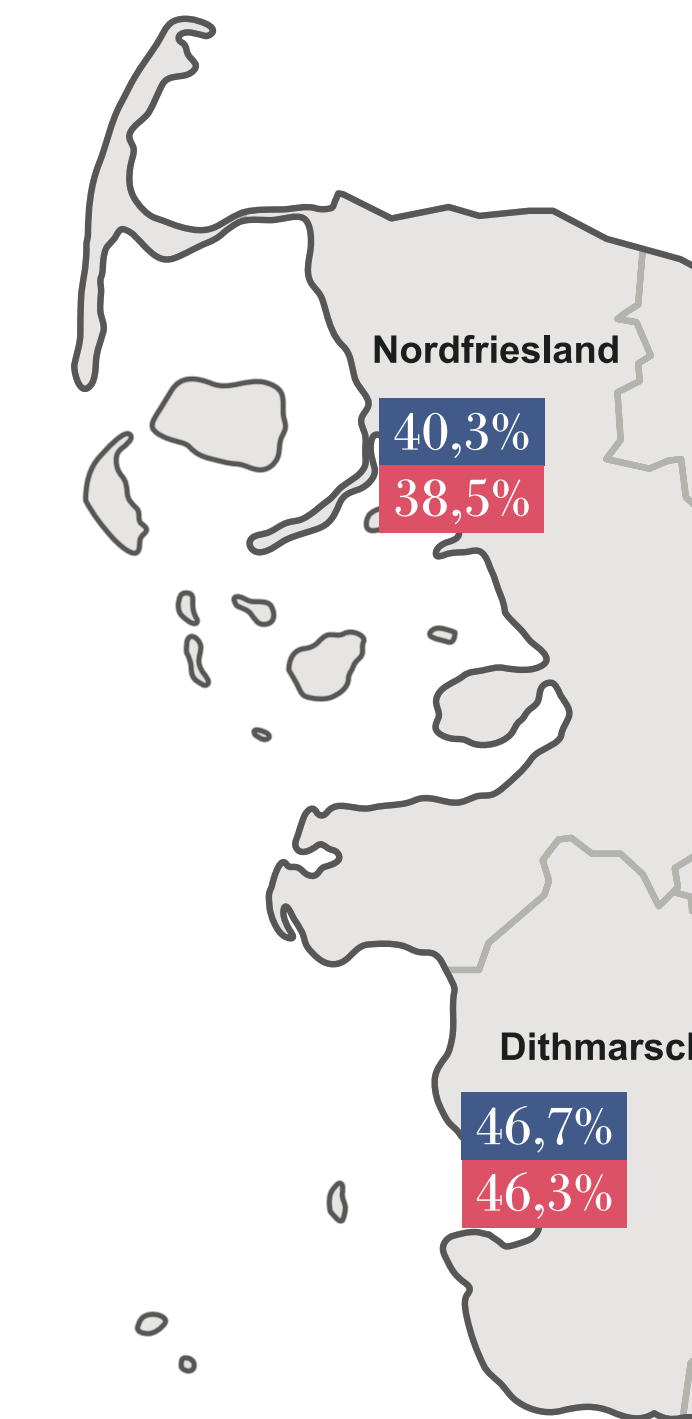
Aus dem amtierenden Vorstand wurden Vizepräsident Dr. Henrik Herrmann sowie Dr. Gisa Andresen, Dr. Svante Gehring, Dr. Christian Sell-schopp und Dr. Thomas Schang erneut in die Versammlung gewählt. Neben Bartmann war aus dem Vorstand auch Petra Imme nicht wieder angetreten.

Über die Zusammensetzung des künftigen Vorstands entscheidet die

konstituierende Kammerversammlung am 12. September. Ein wesentlicher Arbeitsschwerpunkt wird die Umsetzung der Weiterbildungsordnung sein. Bartmann erwartet neue Herausforderungen insbesondere im Bereich der Befugniserteilung und der Unterstützung der jungen Kollegen vor Ort mithilfe des elektronischen Logbuches. Auch gilt es, die Mitglieder auf dem Weg in die Digitalisierung mitzunehmen und zu unterstützen. „Apps und digitale Kommunikationsformen werden eine exponentielle Entwicklung erfahren“, prognostiziert Bartmann.

Die Versammlung wird künftig mit jeweils 35 Sitzen für niedergelassene und angestellte Ärzte ausgeglichen besetzt sein. Bei der vergangenen Wahl hatten die niedergelassenen Ärzte einen Sitz mehr erringen können. Statt bislang 28 werden künftig 32 Frauen vertreten sein. Gleich 39 der 70 Mitglieder sind neu in der Versammlung, die ein Durchschnittsalter von 53,5 Jahren aufweisen wird. Das deutet für Bartmann darauf hin, dass der Einstieg in die Berufspolitik relativ spät erfolgt.

In den einzelnen Wahlkreisen schwankte die Wahlbeteiligung zwischen 46,3 Prozent in Dithmarschen und 32,6 Prozent in Pinneberg. In Kiel stieg die Wahlbeteiligung von 35 auf über 40 Prozent, auch Lübeck konnte leicht zulegen. Niedrigere Wahlbeteiligungen gab es in Kreisen, in denen keine konkurrierenden Wahlvorschläge vorlagen. Ein deutlich gesunkenes Interesse zeigte sich etwa im Kreis Schleswig-Flensburg. Dort hatten vor fünf Jahren noch mehr als 50 Prozent der wahlberechtigten Ärzte ihre Stimmen abgegeben, in diesem Jahr waren es nur noch 39,3 Prozent. Dort wie



12.9.18

An diesem Tag tritt die konstituierende Kammerversammlung in Bad Segeberg zusammen und wählt den neuen Vorstand.

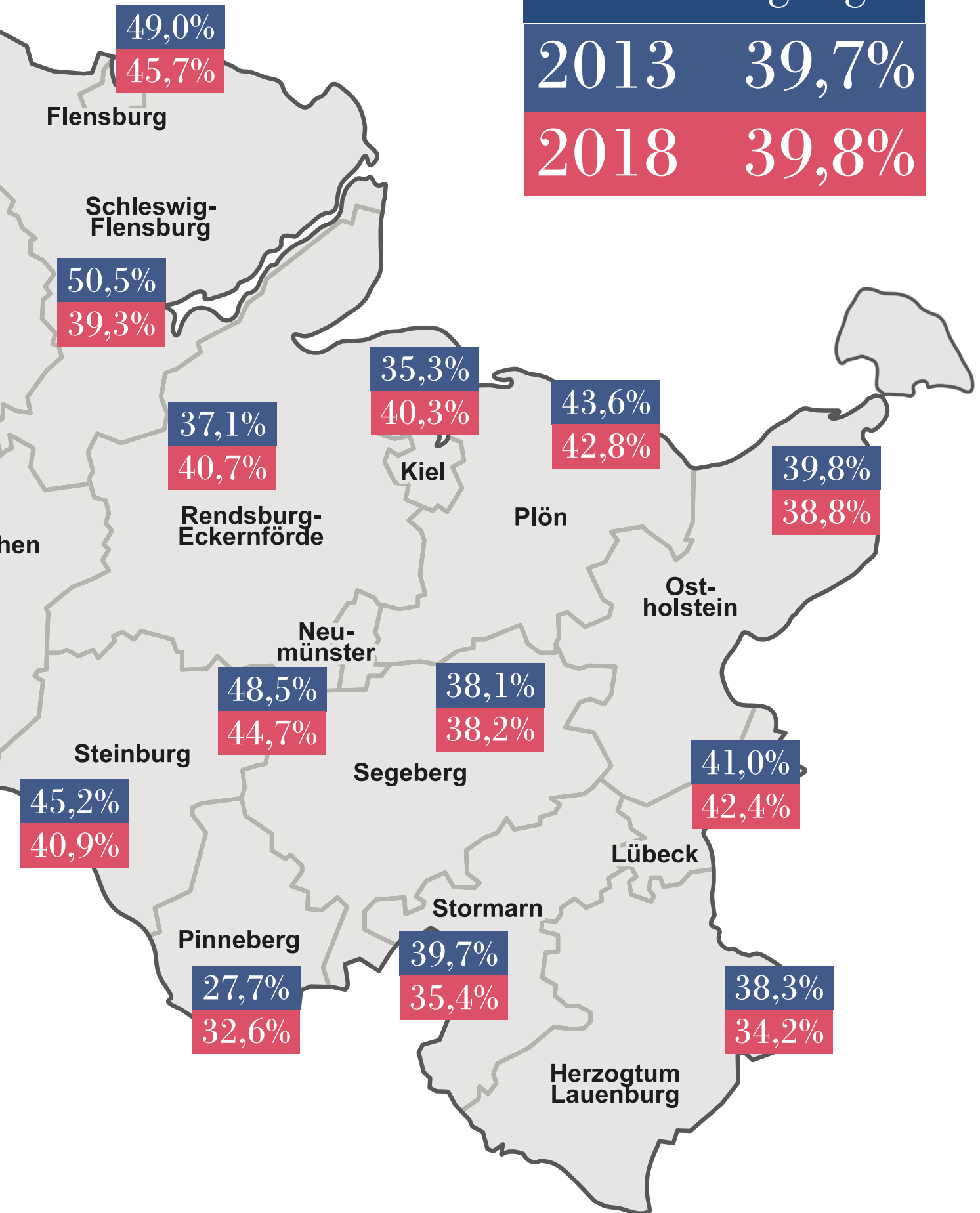
auch in den Kreisen Pinneberg und Herzogtum-Lauenburg gab es keine Alternativen zu den Wahlvorschlägen. Alle Bewerber in diesen Kreisen wurden damit auch Delegierte - möglicherweise ein Grund für die niedrige Wahlbeteiligung.

Von den insgesamt 4.079 wahlberechtigten niedergelassenen Ärzten gaben 45 Prozent ihre Stimmen ab. Von den 9.067 angestellten Ärzten nutzten 35 Prozent ihr Stimmrecht. Von allen abgegebenen Stimmen kamen rund 48 Prozent von den angestellten, rund 28 Prozent von den angestellten und 22 Prozent von nicht berufstätigen Ärzten. Insgesamt hatten sich 171 Ärzte - und damit 30 weniger als vor fünf Jahren - um einen Sitz beworben. DIRK SCHNACK

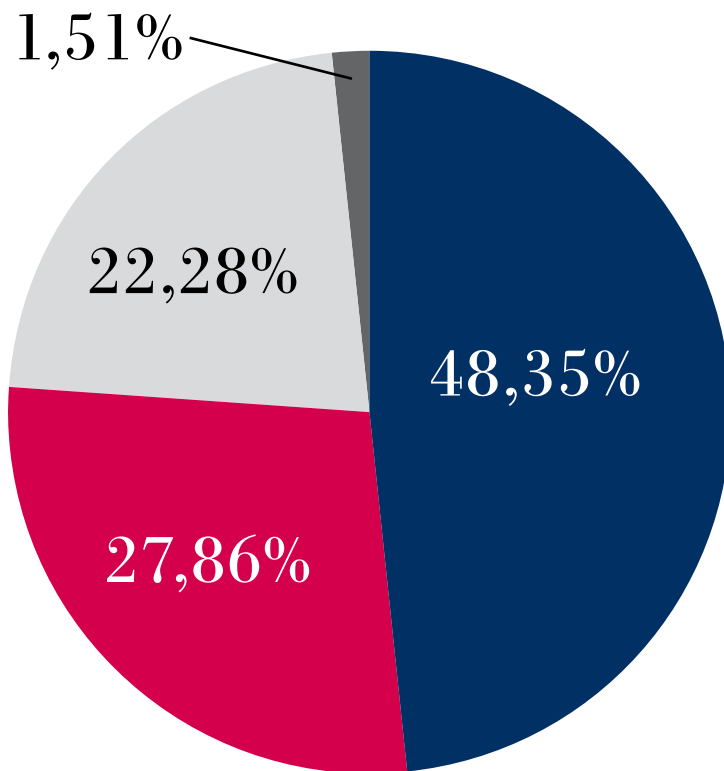
Wahlbeteiligung

2013 39,7%

2018 39,8%



Wahl zur Kammerv



Wer hat gewählt?

- Angestellte Ärzte
- Niedergelassene Ärzte
- Nicht berufstätig
- Sonstige

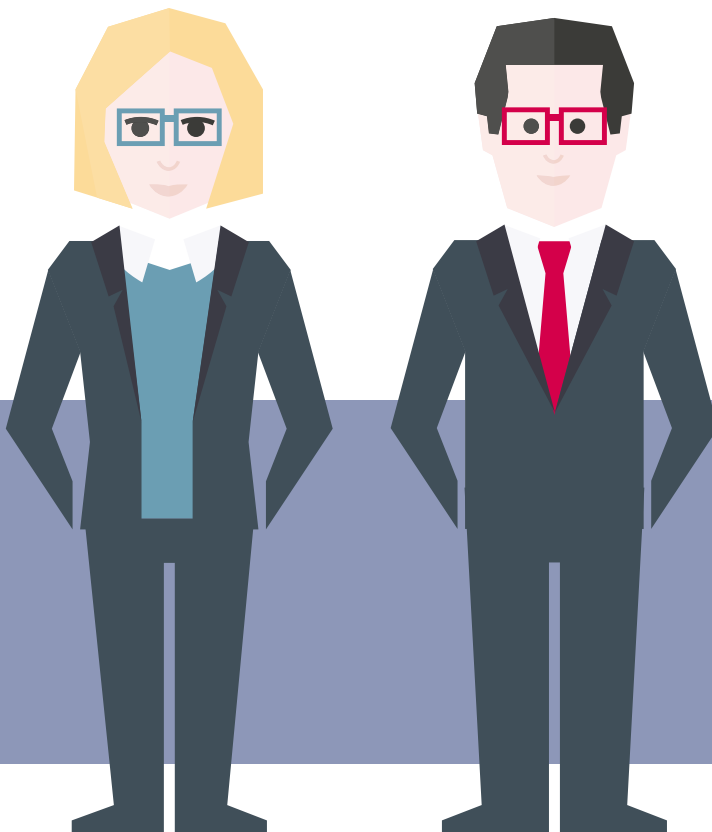
In dieser Wahlperiode neue
Kammerversammlungsmitglieder:

39

Ihre Delegierten

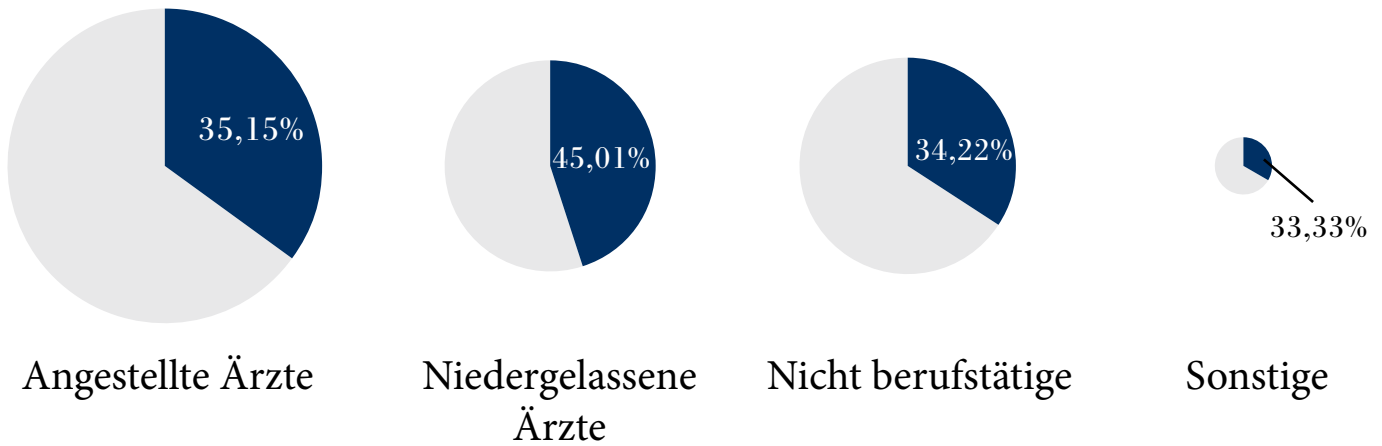
Durchschnittsalter der
Delegierten

53,5 Jahre

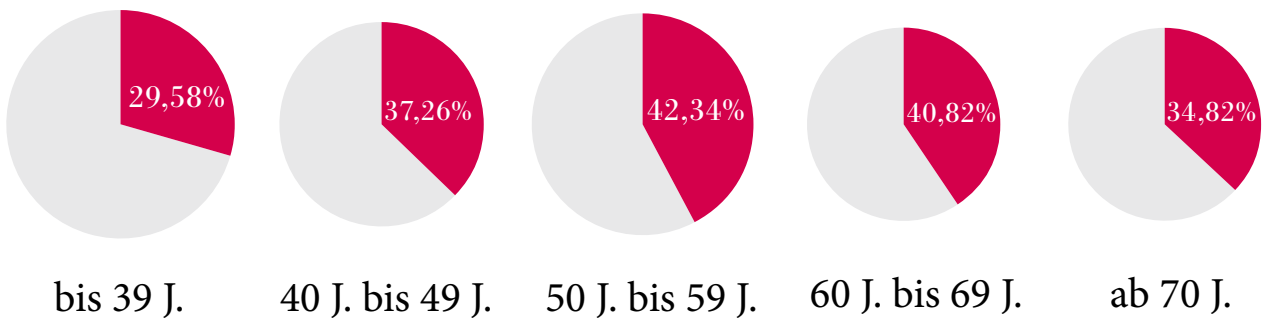


Wahlversammlung 2018

Wahlbeteiligung innerhalb der Sektoren



Wahlbeteiligung innerhalb der Altersgruppen



weiblich	männlich	Angestellte	Niedergelassene
32/70	38/70	35/70	35/70

FERNBEHANDLUNG

Die Folgen der Liberalisierung

Was bedeutet die Liberalisierung der Berufsordnung zum Thema Fernbehandlung für den Alltag von Ärzten und Patienten? Dr. Thomas Schang beschreibt die wichtigsten Folgen.

Die Öffnung der Berufsordnung der Landesärztekammer Schleswig-Holstein hinsichtlich der Paragraphen 7,4 (ausschließliche Fernbehandlung) und die Änderung der Muster-Berufsordnung der Bundesärztekammer auf dem Ärztetag 2018 befördern die Diskussion von Projekten zur Fernbehandlung.

Chancen und Risiken einer Öffnung der ausschließlichen Fernbehandlung

► **Zugang zur Versorgung:** Fernbehandlung bietet einen einfacheren Zugang zur Versorgung insbesondere für Patienten in strukturschwachen Regionen oder in Seniorenheimen mit eingeschränktem Zugang zu haus- und fachärztlicher Versorgung. Aber auch in Ballungsgebieten kann der Besuch einer Arztpraxis etwa für berufstätige Alleinerziehende einen erheblichen Aufwand darstellen. Für Praxisinhaber bietet Fernbehandlung die Chance einer effizienteren Patientenversorgung insbesondere bei einem großen ländlichen Einzugsbereich. Mancher zeitaufwendige Hausbesuch kann durch eine Online-Sprechstunde ersetzt werden. Leichter Zugang kann allerdings auch zu häufiger Inanspruchnahme führen.

► **Patientensicherheit:** Fernbehandlungen verfügen nur über eingeschränkte diagnostische Möglichkeiten, wenn auch der technische Fortschritt stabile, sichere Videoverbindungen und telemetrische Messwertübertragung ermöglicht. Telefonisch oder per Video muss besonderer Wert auf eine sorgfältige Anamnese gelegt werden. Hier bieten selbstlernende Algorithmensysteme zunehmend wertvolle Unterstützung und absehbar sogar Verbesserungen gegenüber einer klassischen Anamnese. Klassische neurologische oder orthopädische Funktionstests könnten modifiziert per Video-Fernbehandlung sogar eine Renaissance erleben.

Neue technische und rechtliche

Möglichkeiten könnten allerdings zu einer unrealistischen Erwartungshaltung der Patienten und zu Konflikten mit ihrem Arzt führen.

Ein Behandlungsfehler kann und darf nicht mit dem Hinweis auf eingeschränkte Möglichkeiten einer Fernbehandlung gerechtfertigt werden. Deshalb werden häufig Patientenerwartungen im Rahmen einer Fernbehandlung enttäuscht werden müssen.

► **Zugang des Behandlers zu Vorinformationen:** Bei der Fernbehandlung eines unbekanntem Patienten fehlen in der Regel Aufzeichnungen früherer Arztkontakte. Die Anamneseerhebung wird daher umso wichtiger. Allerdings könnte die Ausweitung der Fernbehandlung auch die Entwicklung elektronischer Patientenakten befördern. Nicht zufällig entwickeln sich Fernbehandlungskonzepte insbesondere in Ländern mit funktionierendem Datenaustausch über elektronische Patientenakten. Damit wird aber auch die Bindung eines Patienten an „seinen“ Arzt weniger eng.

► **Veränderung der Versorgungsstruktur:** Klassische Versorgungsstrukturen in Praxen und Kliniken könnten durch die Ausweitung der Fernbehandlung eine deutliche Entlastung ihrer angespannten Ressourcen erfahren. Andererseits könnte dies zur Ausbildung eines weiteren Versorgungssektors führen, der sich womöglich auf leicht behandelbare Fälle konzentriert und störend in bestehende Finanzierungskonzepte eingreift. Aufgrund unserer bestehenden Strukturen, die sich von den Gesundheitssystemen mit schon weit entwickelter Fernbehandlung wesentlich unterscheiden, erscheint diese Befürchtung jedoch unbegründet.

Eine patientenzentrierte Sichtweise würde außerdem zuerst nach dem Patienteninteresse und dann erst nach dem geeigneten Finanzierungskonzept der Versorgung fragen.

Weiter bestehende Einschränkungen der Fernbehandlung

Auch nach Öffnung der Berufsordnung bestehen jedoch weiterhin wesentliche Einschränkungen.

► **Behandlungen nur durch Niedergelassene oder Kliniken:** Behandlungen sind laut §17 der Berufsordnung und §29 des Heilberufekammergesetzes nur zulässig durch niedergelassene Ärzte oder Klinikärzte. Fernbehandlungsprojekte müssen also die bestehenden Versorgungsstrukturen nutzen. Unternehmen ohne Leistungserbringerstatus, wie z. B. Callcenter, können keine Behandlungen, aber durchaus Organisationsaufgaben übernehmen. Die eigentliche Behandlung und Verantwortung muss aber immer bei niedergelassenen Ärzten oder Klinikärzten liegen.

► **Problem Fernrezepte:** Häufige Elemente einer Behandlung sind Verordnungen, insbesondere Medikamentenverordnungen. Nach §48 Arzneimittelgesetz (Bundesgesetz) ist Officin-Apotheken in Deutschland jedoch eine Einlösung von Rezepten untersagt, soweit sie „offensichtlich“ im Rahmen einer ausschließlichen Fernbehandlung zustande gekommen sind.

Anbieter von Fernbehandlungen im Ausland bedienen sich internationaler Versandapotheken, die Medikamente direkt an die Patienten liefern. Die Verordnungsstellen werden von den gesetzlichen Krankenkassen dann nicht übernommen. Dabei geht es längst nicht mehr nur um Lifestyle-Produkte sondern auch um andere Medikamente wie z. B. Antibiotika.

Technische Probleme der digitalen Versendung von Fernrezepten treten dagegen in den Hintergrund. Eine elektronische Signatur mittels Heilberufenausweis und die elektronische Identifikation eines Patienten (Abgleich der Versicherungsnummer mit Stammdatendatei, Videovorlage der Gesundheitskarte) sind vorstellbar. Auf diese Weise ließen

Info

Die Aufgabe des generellen ausschließlichen Fernbehandlungsbotes entbindet nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht (§2 Berufsordnung) und auch nicht von haftungsrechtlichen Konsequenzen bei Behandlungsfehlern. Es kommt daher künftig darauf an, Möglichkeiten und Grenzen von Fernbehandlung in die Curricula ärztlicher Weiterbildung und Fortbildung zu übernehmen.

sich Rezepte auch auf das Smartphone des Patienten oder einer Apotheke versenden (z. B. Produkt LifeTime der Fa. connected-health GmbH, Hamburg).

► **Problem Fern-AU:** Das Potenzial von Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit (AU) im Rahmen einer Fernbehandlung stößt auf große öffentliche Aufmerksamkeit und wird kontrovers diskutiert. Nach einer gültigen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dürfen AU allerdings nur nach persönlicher körperlicher Untersuchung ausgestellt werden. Während sich die Durchführung einer tatsächlichen körperlichen Untersuchung im Rahmen eines persönlichen Kontaktes nicht in jedem Einzelfall überprüfen lässt, wird nach derzeitigem Stand im Rahmen einer Fernbehandlung eine erfolgte körperliche Untersuchung grundsätzlich ausgeschlossen.

Es besteht also derzeit keine Möglichkeit einer AU-Bescheinigung für GKV-Patienten im Rahmen einer abschließlichen Fernbehandlung.

Damit fehlt aber noch ein wichtiger Antrieb für die Weiterentwicklung von Fernbehandlungen. AU-Bescheinigungen wegen grippaler Infekte führen regelmäßig zur Grippesaison zur Überlastung der Praxen, der Notfallambulanzen und der KV-Bereitschaftsdienste, ganz zu schweigen von der Erregerverbreitung.

Erforderlich wäre eine Neufassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Darin könnte der Begriff „körperliche Untersuchung“ dahingehend präzisiert werden, dass für die Diagnose notwendige Untersuchungen gefordert werden, die bei entsprechenden technischen Voraussetzungen auch telemedizinisch erfolgen dürfen.

Technisch sind Fernuntersuchungen in vielen Fällen bereits möglich und werden etwa im Bereich der Hochseeschifffahrt und der Versorgung von Offshore-Anlagen auch angewendet.

► **Ärztliche Sorgfaltspflicht:** Die Aufgabe des generellen ausschließlichen Fernbehandlungsverbotes entbindet nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht (§2 Berufsordnung) und auch nicht von haftungsrechtlichen Konsequenzen bei Behandlungsfehlern. Es kommt daher künftig darauf an, Möglichkeiten und Grenzen von Fernbehandlung in die Curricula der ärztlichen Fort- und Weiterbildung zu übernehmen.

Haftungsrechtlich stehen Haftpflichtversicherungen und Versicherte vor der Aufgabe, ihre Tarife ggf. auf die Ausübung von Fernbehandlung einzustellen. Allerdings galt und gilt weiterhin die Sorgfaltspflicht. Insofern kann man also infrage stellen, ob Fernbehandlung tatsächlich ein erhöhtes Risiko darstellt, solange der Sorgfaltspflicht nachweislich Genüge getan wird.

► **Problem Finanzierung von Fernbehandlung:** Vergütungen von Fernbehandlungen sind derzeit (fast) nicht im Rahmen des EBM vorgesehen. EBM-GOP für Videosprechstunden sind stark budgetiert und stellen definitiv eher einen negativen als einen positiven Anreiz zur Durchführung von Fernbehandlungen dar. Auch Fernbehandlungen müssten sorgfältig dokumentiert und abgerechnet werden, selbst wenn de facto keine Leistungsziffer in Ansatz gebracht werden kann. Im Rahmen der PKV ließe sich die Ziffer 1 GOÄ (Beratung auch telefonisch) abrechnen.

Es ist daher zu diskutieren, ob eine Ziffer „Beratung auch per Kommunikationsmedien“ in den EBM aufgenommen werden sollte. Bei einer abschließlichen Fernbehandlung kann die Grundpauschale, eine Hauptumsatzquelle niedergelassener Ärzte, nicht in Ansatz gebracht werden. Wenn man ausschließliche Fernbehandlungen dort, wo sie sinnvoll eingesetzt werden können, fördern will, müsste über eine Kompensation der wegfallenden Grundpauschale nachgedacht werden.

Ferner stellen sich bei nennenswerter Ausweitung der Fernbehandlung auf Patienten außerhalb des für einen Vertragsarzt vorgesehenen Versorgungsgebietes auch Fragen des Fremdkassenzahlungsausgleichs und letztlich sogar der Grundlagen der Bedarfsplanung.

Organisation von Fernbehandlungen mit Unterstützung eines Callcenters

Im Rahmen des deutschen Gesundheitssystems ist derzeit eine medizinische Versorgung zu Lasten der GKV im Sinne einer Behandlung oder individuellen Therapieberatung durch Callcenter außerhalb der bestehenden gesetzlichen Versorgungsstrukturen nicht vorgesehen. (Die Unterstützung des gesetzlichen Auftrages der GKV-Versicherung zur Beratung und Information ihrer Versicherten auch durch Callcenter ist davon nicht betroffen.)

Im Rahmen des Managements durch Callcenter-Firmen ließe sich jedoch die Umsetzung von Fernbehandlungskonzepten durch niedergelassene Ärzte organisieren. Beispiele bieten britische Hausärzte, die seit 2017 über eine Callcenter-Firma (Babylon) ein Netz von fernbehandelnden Ärzten aufbauen („GP at Hand“, zugelassen vom NHS und der Care Quality Commission. Fernrezepte dürfen mit Einschränkungen ausgestellt werden. Patienten schreiben sich online bei einem Telearzt in seiner Praxis ein. Die Praxis bekommt dann auch die jährliche Kopfpauschale des NHS für den Patienten. <https://www.gpathand.nhs.uk>).

WEITER AUF SEITE 12

Fernbehandlung erlaubt – was nun?

Schleswig-Holstein hat aktuell die liberalste Regelung zur Fernbehandlung bundesweit, der aktuelle Beschluss des Deutschen Ärztetags (DÄT) steht dem deutlich nach. Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt sprach mit Dr. Svante Gehring, Vorstandsmitglied der Ärztekammer und Vorsitzender des Berufsordnungsausschusses.

Warum hat Schleswig-Holstein so frühzeitig eine so weitreichende Änderung der Berufsordnung beschlossen?

Dr. Svante Gehring: Uns war wichtig, den im kassenärztlichen Notdienst tätigen Kolleginnen und Kollegen weitgehende Rechtssicherheit zu geben. Als sich abzeichnete, dass auf dem diesjährigen DÄT eine nur teilweise Öffnung des entsprechenden Paragraphen erreicht werden würde, hat die Kammerversammlung in einem einstimmigen Beschluss die Berufsordnung im Alleingang geändert. So können wir die Entwicklung aktiv mitgestalten.



Dr. Svante Gehring

Sind Fernbehandlungen überhaupt von der Berufspflicht abgedeckt?

Dr. Svante Gehring: Diese Angst kann der Ärzteschaft genommen werden. Die Berufspflicht deckt in der Regel die Fernbehandlung voll ab. Eine andere Sorge betrifft die großen IT-Firmen, die Patienten vom Ausland aus beraten. Diese waren und sind nach deutschem Berufsrecht nicht zu belangen. Das war ja gerade ein Argument, diese zu öffnen und auch deutschen Ärzten die Möglichkeiten der Fernbehandlung zu erlauben.

Die Behandlungsoptionen in der Fernbehandlung sind limitiert. Wie passt das zur Goldgräberstimmung in der IT-Branche?

Gehring: Tatsächlich sind die bisher im KV-System gegebenen Indikationen eingeschränkt und die Abrechnung lediglich kostendeckend. Auch ist eine Fernverschreibung von Arzneimitteln ohne vorherigen direkten Arzt-Patientenkontakt nach §48 Arzneimittelgesetz nicht zulässig. Daher wird der Goldgräberstimmung unter IT-Firmen bald Ernüchterung folgen, denn die ärztliche Tätigkeit in Deutschland ist nach §17 MBO-Ä ohnehin an die Krankenhausstätigkeit oder Niederlassung gebunden, Praktizieren im Umherziehen ist nicht möglich. Diese Firmen kommen deshalb an uns nicht vorbei, denn nur wir Ärzte können beides: Fernbehandlung und, wenn geboten, auch direkt behandeln. Nur so werden wir nach bestehendem Berufsrecht der ärztlichen Sorgfaltspflicht gerecht, die das Patientenwohl als oberstes Gut einschätzt.

Welche nächsten Schritte müssten folgen?

Gehring: Ein „Curriculum Fernbehandlung“, um Ärztinnen und Ärzte zu qualifizieren, bewährte Triage-Algorithmen zu testen und ggf. zu modifizieren sowie eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation von Projekten sehe ich als wesentlich an. Ich empfehle, dass sich Krankenhausgesellschaft, KVSH, Ärztengeossenschaft Nord und ÄKSH mit dem Ministerium an einen Runden Tisch setzen, um Projekte gerade in unterversorgten ländlichen Gebieten zu planen, zu koordinieren und zu finanzieren. Hier ist nach meiner Einschätzung viel Fingerspitzengefühl in der öffentlichen Kommunikation gefragt, um Unwissenheit und Überforderung der Menschen im digitalen Zeitalter zu vermeiden.

Ein ähnliches Konzept verfolgt das Callcenter teleclinic (München, Partner der KV Baden-Württemberg bei dem Projekt doc direkt). Hier wird ein Netzwerk niedergelassener Ärzte aufgebaut, die über eine digitale Plattform Behandlungsaufträge annehmen können. Im Bereich von KV-Projekten könnten spezielle Vergütungsformen auch unabhängig vom EBM umgesetzt werden, etwa im Rahmen der Vergütung für den Bereitschaftsdienst.

Bedarf für Qualitätsmanagement

In Großbritannien wurden 2016-2017 Anbieter von Fernbehandlungsprojekten von der Care Quality Commission des NHS inspiziert. Nur 4 von 28 erfüllten alle Anforderungen. Bei 15 Anbietern bestand Verbesserungsbedarf in folgenden Feldern: Überprüfung der Identität der Patienten bei Verordnungen, nicht ausreichende Einschätzung der Eignung von Patienten für eine Fernbehandlung, nicht ausreichende Sicherheitsvorkehrungen wie Hinweise auf mögliche Verschlechterungen und Angebot weiterer Kontaktaufnahme, nicht ausreichende Herstellung eines „informed consent“ und inadäquate Kommunikation mit Patienten. (Zitiert nach BMJ, 2018; 360:1195). Viele dieser Mängel haben aber weniger mit der Fernbehandlung als solcher und mehr mit einer allgemeinen Verletzung der Sorgfaltspflicht zu tun.

Die Option einer ausschließlichen Fernbehandlung schärft den Blick für Qualitätsstandards, die eigentlich für jede Behandlung gelten sollten.

Fernbehandlungsprojekte sollten daher eine ernsthafte, spezielle Qualitätssicherung implementieren. Ausschließliche Fernbehandlungen können zweifellos anspruchsvoller als Behandlungen face to face sein und besondere Kommunikationsfähigkeiten erfordern, die nicht bei jedem Behandler einfach vorausgesetzt werden dürfen.

Nach Beschluss des Deutschen Ärztetages 2018 hat die Bundesärztekammer daher eine „Projektgruppe Fernbehandlung“ eingerichtet, die zu den anstehenden rechtlichen und medizinischen Fragen eine Stellungnahme erarbeiten soll.

Fazit

Die Abschaffung des (ausschließlichen) Fernbehandlungsverbotes wirft für Ärzte und Patienten eine Reihe von Fragen auf, die bisher noch nicht im Fokus standen. Bei wesentlicher Ausweitung können Fernbehandlungsangebote durchaus ein disruptives Element für bisherige Versorgungs- und Vergütungsstrukturen darstellen. Darin sollte aber kein Problem, sondern ein Arbeitsauftrag an die Selbstverwaltung und die Politik gesehen werden.

DR. THOMAS SCHANG

FLÜCHTLINGE

Erste Hilfen für tiefe Wunden

Mehr als 50 ärztliche und psychologische Fachleute engagieren sich ehrenamtlich in der Flüchtlingshilfe in Lübeck.

Seit 2014 beschäftigt sich der Lübecker Verein ePunkt mit dem Thema Engagement für Geflüchtete. Der Verein versteht sich als Bürgerkraftwerk und Freiwilligenagentur, er hat seit 2009 eine Reihe von Projekten aus den Bereichen Bildung, Inklusion, Flüchtlingsengagement und Nachbarschaft entwickelt.

2015, mit dem Beginn der Flüchtlingswelle, entstand die Idee zu dem Projekt „Erste Hilfen für tiefe Wunden“, das seit 2017 von der Lübecker Possehl-Stiftung unterstützt wird und 2018 eine weitere Förderung erhielt.

Worum geht es bei dem Projekt?

In Lübeck lebende Migranten aus Flucht-Herkunftsstaaten werden in einer einjährigen Qualifizierung zu kultursensiblen Behandlungsbegleitern (KSBB) für Geflüchtete ausgebildet. Mit „Kümmern, Informieren, Übersetzen“ sollen sie eine Lücke in der psychosozialen Versorgung, vor allem bei Menschen mit Traumafolgestörungen, schließen.

Das Besondere: Die einjährige Qualifizierung erfolgt vollständig ehrenamtlich durch ein Netzwerk von Ärzten, Sozialarbeitern und Psychologen.

Und das ganz Besondere: Zunächst wurde von der ehrenamtlichen Beteiligung von 20-30 Fachleuten ausgegangen, inzwischen sind über 60 Fachleute beteiligt, darunter ca. 50 Ärzte und Psychologen. Das Interesse am ersten Qualifizierungsdurchlauf war so groß, dass eine zweite Qualifizierung schon fest eingeplant ist.

Warum dieses Projekt?

Asylbewerber und Geflüchtete leiden sehr oft unter Posttraumatischen Belastungsstörungen (Steel et al 2009, Joksimovic 2008). In einer Studie von U. Gaebel in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge wurde bei 40 Prozent der 78 zufällig ausgewählten Asylantragstellern eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

festgestellt (2005). Die deutschsprachigen Fachgesellschaften für Psychotraumatologie gehen in ihrer aktuellen Leitlinie sogar von einer 50-prozentigen Prävalenz der PTBS unter Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern aus (Flatten et al 2011).

Mit der Konsolidierung ihrer sozialen Situation wächst die Zahl derjenigen Flüchtlinge, die sich mit Traumafolgestörungen an medizinische Versorgungseinrichtungen wenden, ohne dass hier in ausreichender Zahl Therapeuten zur Verfügung stehen. Von psychiatrischen Experten wurde dringend die Ausbildung kultursensibler Behandlungsassistenten gefordert (DGPPN Kongress November 2016).

Die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge ist zudem durch Sprach- und Kulturbarrieren erschwert, und dies auf beiden Seiten: Aufseiten der Psychotherapeuten und Psychiater, die sich auf neue und unbekanntere Situationen einstellen müssen und aufseiten der Geflüchteten und Asylsuchenden, denen die Behandlungssituation fremd, unbekannt, z. T. bedrückend und beschämend erscheint.

Wogedolmetscht werden muss, entstehen zusätzliche Probleme, weil vereidigte Dolmetscher mit der psychotherapeutischen Behandlungssituation und Psychiater/Psychotherapeuten mit der Anwesenheit eines Dolmetschers oft nicht vertraut sind. All dies führt dazu, dass die erfolgreiche Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen mit Bleibeperspektive oft nicht gelingt.

Andererseits: Die grundsätzliche Bereitschaft zu helfen ist groß, besonders bei Menschen aus psychosozialen Berufen. Fachkompetente Hilfsbereitschaft und Hilfsbedürftigkeit so zusammenzubringen, dass nachhaltige Versorgungsstrukturen entstehen, dafür bedarf es jedoch einer guten Projektkoordination.

Explizites Ziel des Projektes ist es, durch die Gewinnung vieler ehrenamtlicher ärztlicher und psychologischer Do-

50

Ärzte und Psychologen zählen zu den Ehrenamtlichen, die sich in Lübeck daran beteiligen, dass Migranten zu kultursensiblen Behandlungsbegleitern für Geflüchtete qualifiziert werden.



zenten Schwellen abzubauen und die Bereitschaft zu erhöhen, sich in der Versorgung Geflüchteter zu engagieren.

Wie sieht das Projekt konkret aus?

Zweisprachige Migranten aus Flucht-Herkunftsstaaten werden zu „kultursensiblen Behandlungsbegleitern“ qualifiziert und aufgewertet. Ihre Tätigkeit erleichtert die Diagnostik von Traumafolgestörungen, unterstützt die psychotherapeutische Behandlung und überbrückt Wartezeiten und Therapieengpässe. Zudem unterstützen die KSBB psychisch instabile Geflüchtete darin, trotz ihrer belastenden Lebenserfahrungen handlungsfähig zu bleiben und aktiv an ihrer Integration mitzuwirken.

In der Qualifikation erwerben die Teilnehmer Wissen über psychische Erkrankungen, kultur- und fluchtspezifische Auswirkungen, die psychosoziale Versorgung in Deutschland und den Prozess des Therapie-Dolmetschens. Mit den erworbenen Kenntnissen können sie psychisch Erkrankte unterstützen, den Weg zur Therapie ebnen und Therapeuten in der „Therapie zu dritt“ unterstützen. Dadurch soll eine Lücke in der psychosozialen Versorgung Geflüchteter geschlossen werden.

Viele Migranten aus Krisenländern sind bereits als Dolmetscher in sozialen oder medizinischen Bereichen tätig. Ihre Qualifizierung zu KSBB trägt zur Aufwertung ihrer oft ehrenamtlichen Tätigkeit, aber auch zur eigenen Integration in den Arbeitsmarkt bei.

Von Beginn an waren in einer Steuerungsgruppe wichtige Akteure der psychosozialen Flüchtlingsversorgung in

Lübeck einbezogen, darunter die Brücke Lübeck (Dr. Müller-Nehring), das Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) Lübeck (Jan Reinhardt), das Forum Psychotherapie Lübeck (Bettina Alberti und Peter Köhler), die Arbeiterwohlfahrt Lübeck (Jahan Mortezaei) sowie das Zentrum Ausbildung Psychotherapie (ZAP) Nord (Dr. Frank Damhorst).

„Erste Hilfen für tiefe Wunden“ fügte sich dadurch leicht in die bestehende Versorgungsstruktur ein: Die Gemeindediakonie Lübeck mit ihrem FLOW-Projekt organisiert eine Willkommenskultur von ehrenamtlichen Laien und am Lübecker Zentrum für integrative Psychiatrie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) besteht eine Ambulanz für psychisch kranke Geflüchtete.

Die Seminare und Vorlesungen begannen im Februar 2018. Zuvor wurden unter mehr als 40 Bewerbern 17 Teilnehmer für den ersten Durchlauf ausgewählt. Es waren Menschen dabei, die von der Qualifizierung bei ihren bisherigen Dolmetschertätigkeiten profitieren wollten und Personen, die in der Qualifizierung eine berufliche Chance sahen. Es sind sechs männliche und elf weibliche Teilnehmer im Alter zwischen 22 und 59 Jahren dabei. Sprachlich vertreten sind Farsi, Arabisch, kurdische Sprachen, Russisch, Türkisch, Hindi, Dari, Paschtu und Urdu. Die Teilnehmer kommen aus Afghanistan, dem Iran, dem Irak, dem Libanon, der Türkei, Syrien, der Ukraine, Indien und Ägypten.

Wie läuft es?

Allen Befürchtungen zum Trotz bildete sich rasch eine kohärente und hoch engagierte Ausbildungsgruppe. Bisher ist noch kein Teilnehmer ausgeschieden. Es ist eine dichte Lernatmosphäre entstanden mit hoher Lernmotivation, die sich auch auf die ehrenamtlichen Dozenten überträgt. Es bedurfte aber zusätzlich einer Schulung der akademischen Fachleute in „leichter Sprache“, damit das fachspezifische Vokabular von den Teilnehmern auch wirklich verstanden wird.

Die Teilnehmer lernen die fachlichen Inhalte entlang einer Liste von 25-30 Fachbegriffen pro Ausbildungsmodul, d. h. jeweils ca. 25 Begriffe zu den Themen Angst, Depression, Sucht, PTSD etc. Dabei wurde klar, dass aus Arbeitsmarktperspektive die Qualifizierung auch als Sprachkurs B2+ mit gleichzeitiger psychosozialer Fachkunde interpretiert werden kann.

Was folgt daraus?

In dem Projekt werden engagierte Menschen mit Fluchthintergrund für soziale und Gesundheitsberufe qualifiziert, und zwar sprachlich und fachlich. Dies bringt die Teilnehmer nahe an den ersten Arbeitsmarkt heran. Um die damit verbundenen zusätzlichen Integrationsmöglichkeiten zu nutzen, werden auch Praktika in Bereichen organisiert, in denen die Arbeitsplatzchancen besonders hoch sind (z. B. als Betreuungskräfte im gerontopsychiatrischen Bereich oder als Auszubildende oder Krankenpflegehelfer/-innen im Krankenhausbereich).

Immer klarer wird auch, dass „Erste Hilfen für tiefe Wunden“ ein Projekt gegenseitiger Qualifizierung geworden ist: In ungewöhnlicher Dichte und Diversität bekommen hiesige Fachleute Einblick in Versorgungstraditionen und das Krankheitsverständnis der Herkunftsländer, und das in ihrem jeweiligen Fachgebiet.

Alles in allem: Wir finden, dass das Projekt eine Win-Win-Win-Situation für alle Beteiligten schafft: Die psychosozialen Fachleute erhalten die Chance, sich in einer Weise bürgerschaftlich zu engagieren, wie es ihnen neben der eigenen Berufstätigkeit leicht möglich ist. Sie profitieren zudem von der soziokulturellen Vielfalt der Teilnehmer. Diese wiederum bekommen eine außerordentlich dichte Qualifizierung geboten, die ihnen zusätzliche Arbeitsmarktchancen eröffnet. Drittens werden strukturelle Verbesserungen in der Versorgung Geflüchteter aufgebaut, die nachhaltig und zukunftsfähig sind und sicher noch gebraucht werden.

DR. PETER DELIUS / STINE NIELANDT

17

Geflüchtete waren für die erste Qualifizierung ausgewählt worden. Es waren Menschen dabei, die von der Qualifizierung bei ihren bisherigen Dolmetschertätigkeiten profitieren wollten, Personen, die Wissen in ihre jeweiligen Communities tragen wollen und Personen, die in der Qualifizierung eine berufliche Chance sahen.

KVSH

Die Steilvorlage aus der Politik

KV-Abgeordnetenversammlung: Vorstandschefin Dr. Monika Schliffke fordert mehr Geld, bevor Ärzte die Zusagen der Politik erfüllen.

Die Gesundheitspolitik der neuen Bundesregierung kennzeichnet aus Sicht von Schleswig-Holsteins KV-Chefin Dr. Monika Schliffke bislang vor allem eines: Zusagen an die Bevölkerung und Patienten. In der jüngsten KV-Abgeordnetenversammlung der Nord-KV in Bad Segeberg machte Schliffke eine Gegenrechnung auf: mehr Geld und Entbudgetierung.

Längere Sprechzeiten für Vertragsärzte, Heimverträge für Hausärzte, mehr fachärztliche Leistungen, insgesamt mehr Service und Umsetzung der Digitalisierung: Die Liste der Forderungen an niedergelassene Ärzte ist lang. Das „absolute Hervorheben des Servicegedankens gegenüber Bevölkerung und Patienten“ nimmt Schliffke bislang in der Gesundheitspolitik des neuen Gesundheitsministers Jens Spahn (CDU) wahr. Konsequenz aus Sicht der KV-Chefin: „Für Vertragsärzte wird es schwierig.“

Grund: 25 Jahre lang habe man ihnen „eingeläut“, in „WANZ-Kriterien“, also wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig, zu denken. Zugleich habe man ihnen ein Budget verordnet und dies mit Regressen untermauert – und nun konfrontiert man sie mit der Forderung, die deutlich gestiegenen Ansprüche der Patienten umzusetzen. „Wie soll das gehen? Hier entsteht eine absolute Widerspruchssituation, die bei jedem Arzt Konflikte bis in Detailentscheidungen auslösen muss und logischerweise werden Abwehrreaktionen und Verweigerungshaltung provoziert“, sagte Schliffke. Für sie sieht es derzeit so aus, als wolle die Politik alles: „WANZ plus Service plus mehr Verpflichtungen.“

Nicht leichter macht diese Linie für die Vertragsärzte die Haltung der gesetzlichen Krankenkassen. Denn die tun nach Beobachtung Schliffkes bislang so, „als ginge sie das alles nichts an“. Als Beispiel nannte Schliffke die „mager Honorierung der Videosprechstunde“. „Motto: Macht mal Zukunft für 4,20

Euro.“

Die kürzlich für sechs weitere Jahre im Amt bestätigte Vorstandsvorsitzende stellte klar: „Das geht so nicht, das passt nicht zusammen, das geht alles nicht ohne Geld.“

Eine logische Forderung aus dem politischen Umdenken ist für sie die Entbudgetierung, denn: „Mit Denkmustern aus Ärzteschwemmezeiten kommt man nicht mehr weiter. Die Politik liefert jetzt die Steilvorlage für die Honorarverhandlungen. Auf die Argumentation der GKV darf man gespannt sein“, sagte Schliffke.

In puncto Digitalisierung hält Schliffke Spahns Forderung nach stärkerer Aktivität der Ärzteschaft für nachvollziehbar. Sie verwies auf 400.000 Anrufe deutscher Patienten im vergangenen Jahr allein beim Anbieter Dr. Ed in London – dies seien doppelt so viele Anrufer wie bei den Terminservicestellen. Hinzu kämen Anbieter wie etwa Medgate in Basel und neue, die nun auf den Markt drängen: „Wenn wir hier nicht Felder selbst besetzen, die wir für ärztliche Kernfelder halten, sind diese verloren und es tritt ein Effekt ein, den wir eigentlich alle nicht wollen: Große Teile der beratenden Medizin werden entpersonalisiert und immer anonym.“ Um dem entgegenwirken zu können, lobte sie die erfolgte Änderung der Berufsordnung in Schleswig-Holstein als Meilenstein, der Ärzten erlaubt, in diesem Bereich tätig zu werden.

Beim Thema Notdienst war die KV kürzlich zu einem Schritt gezwungen, den sie laut Schliffke lieber vermieden hätte: Im Bezirk Flensburg musste nach mehr als zehn Jahren die allgemeine Notdienstverpflichtung wieder eingeführt und zum ersten Juli umgesetzt werden. Flensburg wird voraussichtlich nicht der einzige Bezirk bleiben. In einigen weiteren Bezirken zeichnen sich bei der freiwilligen Besetzung von Anlaufpraxen, fahrendem Dienst und Hintergrunddienst ebenfalls so große Lücken ab, dass die Verpflichtung auch dort be-

vorsteht. „Insgesamt stellen alle Bezirke eine gewisse Dienstmüdigkeit fest“, fasste Schliffke die Situation zusammen. Die Zahlen aus Flensburg machen deutlich, warum es mit freiwilligen Ärzten allein nicht mehr ging: Von 247 grundsätzlich Verpflichteten waren zuletzt nur noch 27 Ärzte freiwillig beteiligt. „Sie sind nun wirklich an der Grenze der Überforderung und Zumutbarkeit“, sagte Schliffke. Über ein Jahr lang liefen die Bemühungen in Flensburg mit Einladungen, Zirkeln und Ansprache ohne den erhofften Erfolg.

Künftig soll deshalb ein Dienstplan für ein Jahr im Voraus erstellt und mit Freiwilligen besetzt werden. Lücken werden über ein Losverfahren aus den verpflichteten Ärzten besetzt. Verbunden mit dieser Entscheidung entbrannte auch in der Abgeordnetenversammlung eine Diskussion darüber, ob jeder Arzt und jede Fachrichtung für den Notdienst geeignet sei. Hierzu gibt es eine klare Verpflichtung: Jeder Vertragsarzt ist zum Notdienst verpflichtet. Ärzten, die sich dafür nicht mehr qualifiziert fühlen, sollen Fortbildungen angeboten werden. Abgeordnete wie Dr. Axel Kloeztzinger versuchten in diesem Zusammenhang Ängste zu nehmen und erinnerten daran, dass sich die medizinischen Anforderungen im Bereitschaftsdienst in aller Regel in Grenzen halten, meist gehe es um Basismedizin.

Zugleich will die KV die finanzielle Attraktivität erhöhen, damit die Motivation für Freiwillige steigt. KV-Vorstand Dr. Ralph Ennenbach stellte Pläne vor, den Stundensatz für die Bereitschaftsdienste in den Anlaufpraxen von bislang 50 auf 75 Euro anzuheben. Dies würde Zusatzkosten in Höhe von zwei Millionen Euro bedeuten. Ein Stimmungsbild zeigte, dass die kürzlich in Hamburg vollzogene Anhebung auf 100 Euro und mehr pro Stunde als zu hoch betrachtet wird. Die Hamburger Preise würden die Kosten für die Anlaufpraxen, Schleswig-Holstein hat davon deutlich mehr als Hamburg, auf sieben Millionen Euro verdoppeln. Wie stark die Anpassung nach oben tatsächlich ausfallen soll, wird in einer der kommenden Abgeordnetenversammlungen entschieden. Dann soll es auch Vorschläge für die weiteren Dienste geben.

Daneben gab es Anregungen aus der Versammlung, über weitere Anreize zur freiwilligen Teilnahme am Bereitschaftsdienst nachzudenken. Dr. Beate Schrorer verwies auf die spezielle Situation von Ärztinnen im fahrenden Notdienst, für deren Schutz etwa ein Fahrer sorgen könnte. Auch die Frage, ob ein Entlastungsassistent in der Praxis am Tag nach dem Notdienst die Motivation erhöhen könnte, wird diskutiert.

DIRK SCHNACK

75 €

Über diesen Stundensatz diskutiert die KVSH derzeit für die Bereitschaftsdienste in den Anlaufpraxen. Bislang zahlt die KV 50 €. Erste Bezirke können die Dienste nicht mehr mit freiwilligen Ärzten besetzen.

BUDGETIERUNG

Minister lassen die Honorare gedeckelt

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder lehnte den Antrag von Schleswig-Holsteins Minister Dr. Heiner Garg zur Entbudgetierung ab: einige Länder zeigten sich aber offen für Änderungen.

Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg (FDP) hatte mit seinem Antrag auf Entbudgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung im Vorwege der diesjährigen Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder für Aufsehen gesorgt, mit unterschiedlichem Echo in der Selbstverwaltung.

Krankenkassen wie die AOK Nordwest warnten davor, das „Geld der Beitragszahler mit der Gießkanne“ zu verteilen. Nach Ansicht von Tom Ackermann, Vorstandschef der AOK Nordwest, hat sich das bestehende Vergütungssystem in den vergangenen Jahren „bewährt“. Er verwies außerdem darauf, dass die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung in den vergangenen Jahren „kontinuierlich gestiegen“ sind. Auch berücksichtige das bestehende Vergütungssystem bereits regionale Besonderheiten.

Die KV Schleswig-Holstein dagegen sah in der Abschaffung der Budgets die „notwendige Antwort auf die zunehmende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen“. KV-Chefin Dr. Monika Schlißke sagte: „Budgets sind für Ärzte seit 25 Jahren wirksam, um die Menge medizinischer Leistungen für Versicherte zu begrenzen. In Zeiten abnehmender Arztzahlen ist diese Argumentation nicht mehr haltbar.“ Unter ärztlichen Verbänden hatte Garg für seinen Vorstoß viel Lob erhalten. Neben der KV hatten sich u. a. der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands und der Hartmannbund angetan gezeigt. Dr. Mark F. Tobis, Vorsitzender des Hartmannbund-Landesverbandes Schleswig-Holstein, sagte: „Die Einsicht, dass Budgets und Regresse keine Argumente sind, sich niederzulassen, sollte inzwischen beim Gesetzgeber angekommen sein.“

Der Entwurf für die Gesundheitsminister der Länder sah lediglich einen Einstieg in die Entbudgetierung, beginnend mit den Leistungen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung, vor.

Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg hatte mit seinem Vorstoß zur Entbudgetierung keinen Erfolg, will aber weiter dafür werben.



Konkret genannt waren im Entwurf Versicherten- und Grundpauschale, Konsiliarpauschale, hausärztliche Vorhaltepauschale sowie die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung. Einzelheiten sollten laut Entwurf in einem bundesweit einheitlich geltenden Katalog festgelegt werden, den die regionalen Verhandlungspartner auf Landesebene aus Sicherstellungsgesichtspunkten erweitern und ergänzen sollten.

Die Honorierung der Grundleistungen ohne Budget hätte laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung zu jährlichen Mehrkosten in Höhe von rund 450 Millionen Euro für die gesetzlichen Krankenkassen geführt. Mit Blick auf die Überschüsse und Rücklagen der Krankenkassen nannte Garg diesen Umfang vertretbar und „im Interesse der Versicherten“.

Er versprach sich von der Änderung „sichere und kalkulierbare Erlöse“ für die Praxen und damit einen Beitrag zur Förderung der Niederlassung in den Flächenländern. Eine Leistungsausweitung infolge der Entbudgetierung

hält Garg für unwahrscheinlich. In der Begründung führt er „bereits überlastete Praxen“ und ärztliche Arbeitszeiten an, „die weit über dem Durchschnitt der Beschäftigten in Deutschland liegen“.

Trotz der Ablehnung signalisierten laut Kieler Gesundheitsministerium andere Bundesländer Offenheit, im Zusammenhang mit einer Vergütungsreform über mögliche Verbesserungen zu beraten. Garg räumte ein, dass eine Zustimmung besser gewesen wäre, aber: „Es ist gut, dass das Thema jetzt im Diskussionsprozess auf Bundesebene angekommen ist.“ Er sieht den Bund weiterhin in der Pflicht, eine Entbudgetierung zu prüfen, und versprach: „Dafür werde ich weiter werben.“ Und er betonte: „Die bestehende Budgetierung wird weder Patienten noch der ärztlichen Leistung gerecht. Sie schrittweise abzuschaffen wäre ein einfacher, aber wirksamer Beitrag zur Fachkräftesicherung, da Ärzte für ihre tatsächlich erbrachte Leistung auch vergütet werden.“

DIRK SCHNACK

GMK

Ärzteneetze als Hoffnungsträger

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder beschäftigte sich in Düsseldorf mit vielen Themen, die für Schleswig-Holstein wichtig sind.

Nach Vorstellung der Länderminister sollten Ärztenetze künftig Arztstühle erwerben können und Ärzte sowie anderes medizinisches Personal anstellen dürfen. Die Ressortchefs der Bundesländer erhoffen sich davon u. a. eine bessere Zusammenarbeit und ein Mittel gegen drohende Versorgungslücken. Der Antrag war u. a. von Schleswig-Holstein eingebracht und einstimmig angenommen worden.

Bindenden Charakter hat der Beschluss nicht. Das Bundesgesundheitsministerium wird damit gebeten, die Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung durch eine Stärkung der Ärztenetze zu verbessern. Die Gesundheitsminister der Länder wünschen sich diesen zusätzlichen Gestaltungsspielraum für die Ärztenetze, den diese wie berichtet schon seit längerer Zeit einfordern, zumindest für zertifizierte Netze in Regionen, in denen Unterversorgung herrscht oder in denen diese droht. „Kooperation und Zusammenarbeit werden zukünftig gerade bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf dem Land eine zunehmend wichtige Rolle spielen. Die Kooperation der Ärzteschaft trägt dazu bei, Versorgungslücken zu schließen. Sie ist eine wichtige Basis für eine sektorenübergreifende Versorgung“, sagte Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg (FDP) zum Antrag.

Auch die von Garg vorgeschlagene verpflichtende Entscheidungslösung in der Organspende wurde in Düsseldorf diskutiert. Im Kaminesgespräch entstand ein Meinungsbild zu dieser und zur Option Widerspruchslösung. Die Länder verständigten sich zunächst auf einen Antrag, der beide Optionen als weiteren Weg zur Erhöhung der Organspendebereitschaft prüfen soll. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hatte wenige Tage zuvor bei einem Besuch in Kiel (siehe rechte Seite) angekündigt, dass sein Ministerium hierzu nach

der Sommerpause einen Entwurf vorlegen wird. Garg warb in diesem Zusammenhang weiter für die verpflichtende Entscheidungslösung: „Damit können wir eine Brücke zwischen Gegnern und Befürwortern der Widerspruchslösung bauen. Organspende bliebe damit eine individuelle Entscheidung, aber jeder muss diese treffen. Ich bin überzeugt, dass damit deutlich mehr Leben durch eine Organspende gerettet werden können“, sagte Garg.

Ein Antrag, der ebenfalls aus Schleswig-Holstein mit initiiert wurde, soll für eine Stärkung der Hebammen und der Geburtshilfe sorgen. Einstimmig fordern die Länder das Bundesgesundheitsministerium zu einer Evaluation der Wirksamkeit des Sicherstellungszuschlags zum Ausgleich der Berufshaftpflichtversicherung für Hebammen auf. Damit soll der Bund der Frage nachgehen, ob das derzeitige Verfahren geeignet ist, über das Niveau des Sicherstellungszuschlags hinaus steigende Haftpflichtprämien aufzufangen. Zudem bittet die Konferenz den Bund, unter Beteiligung der Länder und ihrer Erkenntnisse, ein Gutachten zur Versorgungssituation und zu erforderlichen Maßnahmen in der Geburtshilfe und Hebammenversorgung in Auftrag zu geben. Auf Initiative Schleswig-Holsteins soll dabei auch die Situation der Belegärzte in der Geburtshilfe einbezogen werden.

Wichtiges Thema in Düsseldorf war auch die Frage, wie Patientenrechte gestärkt werden könnten. Ein hierzu beschlossenes Maßnahmenbündel sieht u. a. transparente Patienteninformation vor. Die Minister sind überzeugt, dass „eine Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten dazu dient, Schwachstellen aufzudecken und Verbesserungspotenzial auszuschöpfen“, wie Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SPD) anschließend mitteilen ließ. Zur Patientenorientierung zählen die Minister konkret die Verbesserung der Patientensouveränität und

der Orientierung im Gesundheitswesen, die Stärkung der Gesundheitskompetenz und gesundheitlichen Eigenverantwortung, die Förderung der Kommunikation und des Wissenstransfers zwischen Patienten und allen Beteiligten im Gesundheitswesen, die Stärkung der gesundheitlichen Selbsthilfe und Patientenbeteiligung, die Erhöhung der Patientensicherheit, die Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements und Erleichterungen zur Beweislast und zum Beweismaß bei möglichen Behandlungsfehlern. Vor diesem Hintergrund beschloss die GMK insgesamt 17 konkrete Punkte. Dazu gehören u. a.:

► Die Forderung, die Gesundheitskompetenz in Deutschland deutlich zu verbessern. Die Konferenzteilnehmer sehen in der Förderung von Gesundheitskompetenz eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe, die über die Institutionen des Gesundheitswesens weit hinausgeht. Die GMK begrüßt in diesem Zusammenhang den kürzlich vorgelegten Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz.

► Orientierung und Transparenz über die Zugangswege zu den benötigten Beratungs- und Versorgungswegen soll durch ein geplantes Gesundheitsportal geschaffen werden. Patienten sollen so in die Lage versetzt werden, ihre Interessen besser zu vertreten und ihre Entscheidungen auf der Basis qualitätsgesicherter Informationen zu treffen. Die GMK bittet die Bundesregierung, hierfür die erforderlichen Grundlagen zu schaffen und die vorhandenen gesetzlichen Grundlagen zu schärfen.

► Barrierefreiheit für alle Patienten ist für die GMK ein wesentlicher Beitrag zum gleichberechtigten und diskriminierungsfreien Zugang zu den Leistungen und den Angeboten des Gesundheitswesens. Die GMK bittet insbesondere die Verantwortlichen in der stationären und ambulanten Versorgung, für die Barrierefreiheit ihrer Einrichtungen Sorge zu tragen.

► Kommunikationskompetenz der im Gesundheitswesen Tätigen: Diese ist nach Auffassung der Länderminister von wesentlicher Bedeutung für die Partizipation, Qualität, Sicherheit und den Erfolg der gesundheitlichen Prävention und der medizinischen Behandlung von Patienten. Die GMK tritt deshalb dafür ein, die Stärkung dieser Kompetenzen mit geeigneten Maßnahmen zu unterstützen. Sie bittet daher die Verantwortlichen der Ausbildungs- und Studiengänge für Gesundheitsberufe um eine systematische Berücksichtigung dieser Anforderungen im jeweiligen Curriculum. Dies gilt insbesondere für die anstehende Novellierung der Approbationsordnungen für Ärzte und Zahnärzte.

DIRK SCHNACK

GMK

Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder ist eine von vielen Fachministerkonferenzen der Bundesländer. Ihr gehören alle Gesundheitsminister und -senatoren der Länder an. Der Bundesgesundheitsminister ist ständiger Gast der GMK. Die Konferenz soll der Zusammenarbeit und der Koordination der Länderinteressen in gesundheitspolitischen Fragestellungen dienen. Im kommenden Jahr übernimmt Sachsen den Vorsitz und wird damit Gastgeber der GMK. Schleswig-Holstein war 2008 Gastgeber, damals begrüßte Landesgesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht (SPD) ihre Kollegen im Plöner Schloss.

ORGANSPENDE

Appell zur Entscheidung



Patientin Karina Kukshaus, Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und Prof. Felix Braun werben in Kiel für den Organspenderausweis.

Politiker und Kassenvertreter halten eine Auseinandersetzung mit dem Thema Organspende für erforderlich. Jens Spahn auf Kurzbesuch im Kieler Transplantationszentrum.

Mehr als 400 Menschen warten in Schleswig-Holstein auf ein Spenderorgan, bundesweit sind es fast 10.000. Wie kann man den Menschen schneller helfen? Mit dieser Frage beschäftigt sich auch die Politik, wie der Besuch von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) Anfang Juni im Transplantationszentrum am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel zeigte.

Spahn kündigte einen Gesetzentwurf an, der nach der Sommerpause vorliegen soll. Weitere Festlegungen vermied er bei seinem Kurzbesuch. Spahn rief in Kiel dazu auf, über Organspenden stärker zu diskutieren. „Jeder sollte sich mit diesem Thema beschäftigen und möglichst zu einer Entscheidung kommen, ob er Organspender sein möchte. Die Antwort darf auch ein Nein sein“, betonte Spahn.

Die von Schleswig-Holsteins Landesgesundheitsminister Dr. Heiner Garg (FDP) zuvor ins Spiel gebrachte verpflichtende Entscheidungslösung nannte Spahn „interessant“. Garg will erreichen, dass jedem Menschen beim Beantragen behördlicher Dokumente eine Entscheidung abverlangt wird, ob er potenzieller Organspender sein möchte oder nicht.

427

Menschen in Schleswig-Holstein warteten Anfang Juni nach Angaben der TK auf ein Spenderorgan. Die meisten von ihnen benötigen eine neue Niere (282), gefolgt von Leber (71), Herz (45), Lunge (31) und Bauchspeicheldrüse (10).

„Das Recht auf Nichtentscheidung wäre bei dieser Lösung nicht mehr gegeben – und das ist von mir auch so gewollt“, sagte Garg.

Eine repräsentative Umfrage der Barmer unter ihren Versicherten hatte zuvor gezeigt, dass sich 14 Prozent der Befragten noch nie mit dem Thema Organspende beschäftigt haben, 60 Prozent nur „ein bisschen“ und 26 Prozent intensiv. Laut Umfrage gibt es eine Mehrheit (58 Prozent) für die sogenannte Widerspruchslösung. Nach dieser Lösung wäre jeder Deutsche automatisch Organspender, wenn er nicht ausdrücklich widerspricht. Bislang ist es umgekehrt: Bei der geltenden Lösung muss der postmortalen Organentnahme ausdrücklich zugestimmt werden.

Wie sehr das Thema drängt, zeigten die zahlreichen Äußerungen auch von anderen Krankenkassen zum Tag der Organspende. Dr. Johann Brunkhorst, Leiter der TK-Landesvertretung, wies auf die schwierige Integration in den Klinikalltag hin. „Natürlich ist es für die Klinikmitarbeiter eine enorme Herausforderung, das Thema in einer Krisensituation ansprechen zu müssen. Daher ist es umso wichtiger, die Themen Organspende und Hirntod fest in die Ausbildung von Gesundheitsberufen zu in-

tegrieren“, forderte er. Zum Tag der Organspende hatte es neben Gargs Vorstoß weitere Vorschläge gegeben, wie auf den Engpass reagiert werden sollte. Barmer-Chef Prof. Christoph Straub räumte zwar eine Informationspflicht der Krankenkassen ein, forderte aber auch schärfere Regeln: „Wir brauchen strenge Qualitätsvorgaben für Transplantationszentren, etwa durch gesetzlich fixierte Mindestmengen für Transplantationen.“ Außerdem müsse dafür gesorgt werden, dass Transplantationszentren und nachversorgende Praxen enger kooperieren.

Spahn und die UKSH-Patientinnen Karina Kukshaus und Maren Grotkopp warben in Kiel für den Organspenderausweis. Von Kukshaus erfuhr der Minister, wie erleichtert sie nach der Meldung einer Spende im Jahr 2013 war. Bei der damals 17-Jährigen war akutes Leberversagen festgestellt worden. Sie erhielt das Organ eines Unfallopfers, das einen Spenderausweis bei sich trug. Maren Grotkopp dagegen wartet schon seit längerer Zeit und ist zudem auf der Warteliste in den vergangenen Wochen nach unten gerutscht. „Das ist in Ordnung, solange es mir gesundheitlich gut geht. Ich weiß aber auch, wo es hingehen kann“, sagte die Patientin.

DIRK SCHNACK

KRANKENHÄUSER

Wir Pilger aus der „E-Health-Diaspora“

In puncto E-Health spielt das deutsche Gesundheitswesen nicht in der ersten Liga, so der Tenor auf dem Hamburger Krankenhaustag. Gesucht wurde nach Wegen für einen möglichen Aufstieg.

Für die Politik ist klar: Digitalisierung muss forciert werden, das gilt insbesondere für das Gesundheitswesen. Wie die Akteure dieses Ziel erreichen sollen, ist weniger deutlich umrissen. Hamburgs Kliniken glauben, dass sie für diesen Weg in die Digitalisierung mehr Geld und weniger behördliche Vorgaben benötigen und damit auch den derzeitigen Rückstand auf andere europäische Länder wie etwa Dänemark verringern könnten. Entsprechend fielen die Forderungen auf dem diesjährigen Krankenhaustag in der Hansestadt aus.

Aus Sicht der Hamburger Gesundheitsbehörde ist das jedoch die falsche Herangehensweise, u. a. weil sie von Defiziten der Selbstverwaltung ablenkt. Diese unterschiedlichen Positionen auf dem Krankenhaustag wurden allerdings abgemildert, weil der Senat der Hansestadt einen Tag zuvor eine drastische Erhöhung der Klinik-Investitionsmittel freigegeben hatte. Statt bislang rund 100 Millionen Euro stehen den Kliniken in Hamburg damit 2019 rund 140 Millionen Euro an jährlichen Investitionsmitteln (inklusive Strukturfonds) zur Verfügung.

Das sind zwar Zahlen, die andere Bundesländer nicht erreichen, aber die Hamburgische Krankenhausgesellschaft (HKG) erinnerte in diesem Zusammenhang an die in anderen Branchen üblichen Investitionsraten. HKG-Chef Dr. Joachim Gemmel sagte: „Andere Branchen würden über unsere Investitionsquote lächeln.“ Mit anderen Worten: Erforderlich wäre aus seiner Sicht eine noch stärkere Aufstockung der Mittel.

Insbesondere für die Digitalisierung sei ein Zuschlag oder ein Sonderprogramm erforderlich, meint Gemmel. „Es reicht nicht, die Digitalisierung im Koalitionsvertrag der Bundesregierung auszurufen. Man muss auch die finanziellen Spielräume dafür schaffen“, sagte der Asklepios-Manager auf dem Krankenhaustag.

Zugleich verwies Gemmel auf die von ihm wiederholt angeprangerte Flut von Vorgaben. „Das größte Hindernis in der Umsetzung liegt neben den erforderlichen Investitionen vor allem in der gesetzlich verordneten Flut von Strukturvorgaben, die den Krankenhäusern Bürokratie aufbürden und Strukturen auf dem Stand des letzten Jahrhunderts fordern.“

Dr. Gerald Gaß, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, hob in Zusammenhang mit der Gesundheitspolitik der Bundesregierung eher auf die damit verbundenen Chancen ab. Aus seiner Sicht lassen die bisherigen Äußerungen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) sogar auf eine Aufbruchstimmung hoffen. „Daran wird er sich messen lassen müssen“, sagte Gaß.

Die Digitalisierung bietet nach Ansicht von Gaß viele Chancen: Kliniken können ihre medizinische Kompetenz losgelöst von festen Standorten verfügbar machen. Patienten können bedarfsgerecht in vernetzte Strukturen gesteuert und im ländlichen Raum können sektorenübergreifende Gesundheitszentren realisiert werden.

Neben der auch von Gemmel geforderten Entlastung durch Entbürokratisierung appellierte Gaß an die Politik, die „Misstrauenskultur“ zu beenden und den Mitarbeitern in den Krankenhäusern mehr Vertrauen entgegenzubringen. „Man muss nicht jeden Handgriff vorgeben, das demotiviert die Mitarbeiter und sorgt für ein unattraktives berufliches Umfeld“, sagte Gaß mit Blick auf die angespannte Personalsituation.

Dr. Matthias Gruhl, Leiter des Amtes für Gesundheit der Hansestadt, lenkte den Blick von den umfangreichen Forderungen der Krankenhäuser auf Versäumnisse der Selbstverwaltung. Als Negativbeispiel führte Gruhl die elektronische Gesundheitskarte an. Und: Deutschland ist für ihn „E-Health-Diaspora“, aus der man in Länder wie Dänemark und Estland „pilgert und staunt,

wie dort Selbstverständliches realisiert wird.“ Mitverantwortlich für diesen Zustand aus seiner Sicht: die Selbstverwaltung.

Deutlich wurde aber auch, dass die genannten Länder nicht als Blaupause für Deutschland taugen. Barmer-Chef Prof. Christoph Straub verwies auf das hochgelobte dänische Klinik-Investitionsprogramm. Derzeit entstehen dort 16 moderne Zentralkliniken. Übertragen auf Deutschland heiße dies, dass wir mit nur 300 Kliniken auskommen müssten. „Das wollen wir alle nicht“, stellte Straub klar.

Auch Schleswig-Holsteins Kammerpräsident Dr. Franz Bartmann, der das dänische Gesundheitswesen schon durch seinen Wohnort Flensburg gut kennt, sieht Dänemark trotz eines digitalen Vorsprungs keineswegs als leuchtendes Vorbild, denn neben den in Deutschland oft herausgestellten Vorzügen des Nachbarn gelte auch, dass die Patienten dort keineswegs zufriedener geworden sind.

Was aber bedeutet Digitalisierung für die Rolle der Ärzte? Schließlich wird zunehmend deutlich, dass Algorithmen zu besseren Ergebnissen kommen als Menschen: dies gilt auch für Diagnosen. „Die Rolle der Ärzte bleibt wichtig, aber anders“ sagte Bartmann. Denn: „Man sollte nicht den Ehrgeiz haben, ein besseres als das richtige Ergebnis zu erreichen.“ Das bedeutet: Die Rolle des Arztes verlagert sich noch mehr in Richtung Steuerung. Ein Schwerpunkt, den die Technik Ärzten nicht nehmen kann, ist nach Einschätzung der Teilnehmer der Podiumsdiskussion die Zuwendung. Dass es zu der von manchen befürchteten Verdrängung von Ärzten durch moderne Technik kommen könnte, hält Straub, der wie Gruhl selbst Mediziner ist, für ausgeschlossen. Für ihn steht fest: „Es wird zu keiner Verdrängung kommen. Medizin wird immer menschliches Handeln bleiben.“

140 Mio

Euro werden im kommenden Jahr an Investitionsmitteln für Hamburger Kliniken zur Verfügung stehen. Der Landesanteil Hamburgs wurde von 95 auf 122 Millionen Euro angehoben. Hinzu kommen Mittel aus dem Strukturfonds.

OSTEOPOROSE

Der lange Weg bis zur Zulassung

Veranstaltung in der Kieler Hermann Ehlers Akademie informiert über neues Testverfahren zur Osteoporose-Früherkennung: Knochendichte messen ohne Röntgen.

Medizin hat der Mann eigentlich gar nichts am Hut. Mathematik und Physik sind die Fachgebiete von Anton Eisenhauer, seine Habilitation hat er im Fach Geochemie geschrieben. Aktuell ist der Wissenschaftler am Geomar, dem Helmholtz-Zentrum für Ozeanforschung in Kiel, stellvertretender Leiter des Forschungsbereichs Marine-Biogeochemie und Marine-Geosysteme. Doch seine Arbeit könnte die Diagnose der Volkskrankheit Osteoporose verändern und Ärzten wie Patienten ein neues Hilfsmittel für die Überwachung von Therapiefortschritten geben. In einem Vortrag, zu dem die Hermann Ehlers Akademie in Kiel eingeladen hatte, stellte Anton Eisenhauer sein Verfahren vor, von dem möglicherweise einmal viele Menschen profitieren könnten.

Weil Osteoporose nicht heilbar ist, stand die Frage im Mittelpunkt, wie sich der Knochenschwund möglichst lange aufschieben lässt. Die Antwort gab Dr. Claus-Christian Glüer, Professor für Biomedizinische Bildgebung der Klinik für Radiologie und Neuroradiologie des UKSH in Kiel: Viel Sport, kalziumreiche Ernährung und ausreichende Versorgung mit Vitamin D sowie Verzicht auf Nikotin und Alkohol.

Besonders Sport sei wichtig, erklärte Glüer dem Publikum. Denn die Knochen erneuern sich ständig, werden durch die Fresszellen Osteoblasten ab- und durch die Osteoklasten wieder aufgebaut. Schwund tritt ein, wenn mehr Material verschwindet als nachgeliefert wird. Dabei reagieren die Knochenzellen auf die Belastungen, denen jeder einzelne Körperteil ausgesetzt ist. Nur wenn Arme, Beine, Hüften oder Schultern richtig arbeiten müssen, hält der Körper starke Knochen für sinnvoll und steckt Energie in den Aufbau des Skeletts. Am sinnvollsten, um im ganzen Körper einer Osteoporose vorzubeugen, seien demnach spezielle Kraftsport-Übungen. Auch Vibrationstraining, bei dem die Muskeln und damit auch das Skelett in Schwingung



Dr. Martin Kluxen



Prof. Anton Eisenhauer



Dr. Claus-Christian Glüer

versetzt werden, nannte Glüer als sinnvolle Methode. Dieses Training hält unter anderem Astronauten fit, die monatelang ohne die Schwerkraft der Erde leben und damit automatisch Muskeln und Knochendichte verlieren. Um Beine und Hüften zu trainieren, eignen sich Laufen oder Walking. Schließlich ziehen Stürze und Brüche von Oberschenkel- oder Hüftknochen oft weitreichende Folgen nach sich, sowohl für die Betroffenen als auch für das ganze Gesundheits- und Pflegesystem. Denn gerade für ältere Menschen, bei denen die Osteoporose am häufigsten manifest wird, leitet ein solcher Bruch oft die Phase der Pflegebedürftigkeit ein.

Und die Zahl der Betroffenen wächst: Aktuell haben 20 Millionen Frauen und 800.000 Männer in Deutschland eine Form von Osteoporose, auch wenn viele von ihnen von der Krankheit noch gar nichts wissen. Die Kosten betragen pro Jahr in Deutschland je nach Berechnung zwischen etwa sieben bis 13 Milliarden Euro.

Angesichts dieser Größenordnungen wächst unter Ärzten das Bewusstsein für die Bedeutung von Vorsorge und gemeinsamen Leitlinien. So haben sich rund 20 wissenschaftliche Fachgesellschaften zum Dachverband Osteologie (DVO) zusammengeschlossen, der unter anderem Leitlinien entwickelt. Eine „Kitteltaschenversion“ kam 2017 heraus und kann auf der Homepage des Verbandes eingesehen werden. Ganz neu ist ab Juli dieses Jahres die Zertifizierung zum „Osteologen DVO“ über ein Online-Verfahren.

Um festzustellen, ob die Knochenstruktur brüchig wird, müssen Patienten bislang unter das Röntgengerät. Die Dichtemessung Dual Energy X-Ray Absorptiometry (DXA) gilt dabei als Goldstandard. Ein Alternativverfahren, das sich zurzeit in Tests befindet, hat das Team um Eisenhauer entwickelt und mit „Osteolabs“ eine eigene Firma gegründet. Sie wird bisher durch die Helmholtz-Gesellschaft und das Geomar finanziert.

„Osteolabs“ sucht nach einem Biomarker, der Auskunft über den Zustand der Knochen gibt, und ist bei der Zusammensetzung des Kalziums in Blut oder Urin fündig geworden. Das Verfahren der Dichtemessung ohne Röntgeneinsatz stammt aus der Meeresforschung, es wird in ähnlicher Form angewandt, um Korallenriffe zu kontrollieren.

Der ganze Körper speichert das Element Kalzium, besonders viel liegt im Skelett: „Den Peak Bone, den Zeitpunkt der größten Knochendichte, erreicht der Mensch mit 35 Jahren, danach wird es weniger“, so Eisenhauer in seinem Vortrag. 1,5 Kilo Kalzium hat ein gesunder Mann zu seinen besten Zeiten im Körper, eine Frau etwa 1,3 Kilogramm. Bei einer 70-Jährigen sind es nur noch rund 700 Gramm. Dabei ist Kalzium nicht gleich Kalzium. Das Element setzt sich aus verschiedenen Isotopen zusammen, deren Verhältnis sich auf dem Weg von der Nahrung über das Blut in den Knochen ändert. Das Osteolabs-Team nimmt dabei die Isotope 42 und 44 unter die Lupe. „Im Urin eines Osteoporosekranken ist dieser Wert deutlich niedriger als bei einem Gesunden“, sagt Eisenhauer. In klinischen Studien ist das Verfahren bereits erprobt, weitere Tests laufen. Mit der Zertifizierung rechnet das Team für Ende des Jahres. Interessierte können sich dann ein „Home-Kit“ nach Hause schicken lassen, eine Urinprobe ans Labor senden und erhalten nach wenigen Tagen ein Ergebnis. Geplant ist, dass Arztpraxen „Profi-Kits“ einsetzen. Auch hier wird eine Urinprobe eingesandt, die Praxis erhält dafür einen ausführlichen Laborbericht. Zurzeit kosten die Prüfverfahren knapp 300 Euro. Auf die Frage, ob die Kassen die Kosten übernehmen, sagte Eisenhauer: „Die Verhandlungen laufen.“

Wie das Zulassungsverfahren für ein neues Medikament aussieht, berichtete Dr. Martin Kluxen, Leiter des Kompetenzzentrums Medizin beim Bundesverband der Ersatzkassen in Berlin. Die entscheidende Rolle spielt dabei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der schlägt vor, welche medizinische Innovation den Sprung zur Kassenleistung und damit dauerhaft ins System schafft. „Die wichtigste Frage lautet, ob etwas Nutzen für den Patienten hat“, sagte Kluxen. Außerdem spielt eine Rolle, ob eine neue Behandlung oder ein neues Medikament notwendig ist, etwa, weil es für eine seltene Krankheit noch gar kein anderes Heilverfahren gibt, und ob eine neue Methode wirtschaftlicher ist als eine bereits erprobte. Auch das neue Knochenmessverfahren muss diese Probe bestehen und Ergebnisse randomisierter Studien einreichen. Drei bis vier Jahre dauert es in der Regel, bis ein neues Verfahren das Gütesiegel des Ausschusses erhält.

ESTHER GEISSLINGER

PFLEGE

Bedarf an Fachkräften

Einigkeit beim Gespräch am Wasser des vdek in Kiel: Image und Bezahlung für Pflegekräfte sind mit verantwortlich für die angespannte Personalsituation.

Gut gemeint, aber kontraproduktiv? Dieser Eindruck drängt sich manchen Akteuren in der Pflegebranche auf, wenn sie Aussagen von Politikern über die Belastung von Pflegekräften im beruflichen Alltag hören. Die ist zwar real, die Fokussierung auf dieses Thema hilft den Pflegekräften aber nicht unbedingt, meint zumindest Schleswig-Holsteins Landeschef im Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), Mathias Steinbuck.

„Die politisch Verantwortlichen sollten aufhören, den Beruf schlechtzureden“, appellierte Steinbuck beim „Gespräch am Wasser“ des Ersatzkassenverbandes vdek zur Kieler Woche. Der Kassenverband hatte zum Thema „Personalnotstand in der Pflege“ in den Sell-speicher eingeladen. Bei der Suche nach Ursachen für den Status quo ging es auch um das Image – und das halten viele für verbesserungswürdig. „Der Beruf wird oft assoziiert mit Rückenwaschen“, kritisierte Patricia Drube. Die Präsidentin der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein hielt ein leidenschaftliches Plädoyer auf die Fähigkeiten ihrer Kollegen und machte damit deutlich, wie falsch die Wahrnehmung vieler Menschen in Bezug auf den Beruf ist. „Wir können Krankheiten lindern und vorbeugen. Wir können Pflegebedürftigkeit verhindern und hinauszögern“, sagte Drube.

Die zweite in Kiel genannte Ursache für den „Notstand“: die Bezahlung. Nach Ansicht des Staatssekretärs im Kieler Gesundheitsministerium, Dr. Matthias Badenhop, muss an dieser Stelle ein Umdenken stattfinden. Er sagte: „Pflege kostet Geld, gute Pflege kostet viel Geld. Es gibt andere Dinge, bei denen man sparsamer sein kann als in der Pflege.“ Badenhop verwies in diesem Zusammenhang u. a. auf die seit Jahren ansteigende Unterstützung des Landes für die Pflegeausbildung. Ob die geplante Anhebung des Beitrags zur Pflegeversicherung um 0,3 Prozent ausreicht,

bezweifelte zumindest der Verbandsvorsitzende des vdek, Uwe Klemens. Er gab zu bedenken, dass diese Anhebung möglicherweise nicht lange ausreichen wird, eine zweite Anhebung während der Amtszeit von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) aber wohl eher unwahrscheinlich sein dürfte. Klemens forderte zugleich, nicht nur die Pflegeversicherung in die Pflicht zu nehmen – Pflege sei eine gesellschaftliche Verpflichtung. „Wir brauchen ab 2019 ein Pflegefinanzierungskonzept“, forderte Klemens.

Wie groß die Anstrengungen eines Krankenhauses sein müssen, um allein den bestehenden Mitarbeiterstamm in der Pflege aufrecht zu erhalten, verdeutlichte Bernhard Ziegler, Bundesvorsitzender des Interessenverbandes kommunaler Krankenhäuser (IVKK), am Beispiel des von ihm geführten Klinikums Itzehoe, das insgesamt rund 700 Mitarbeiter allein in der Pflege beschäftigt. Jährlich scheiden zwischen 60 und 80 Pflegemitarbeiter aus, die ersetzt werden müssen. „Das sind jährlich mehr als zwei Schulklassen, die wir neu einstellen müssen“, sagte Ziegler.

Neben verstärkten Anstrengungen in der Ausbildung wurde auch die Einstellung ausländischer Pflegekräfte diskutiert. Steinbuck sieht darin einen „wichtigen Baustein“ für ein Gesamtkonzept. Nach seinen Zahlen arbeiten derzeit 128.000 Menschen aus dem Ausland als Pflegekraft in Deutschland – und nach seiner Auffassung dürften es gerne mehr werden. Steinbuck, der im eigenen Unternehmen gute Erfahrungen mit Pflegekräften aus Vietnam sammelt, hält dafür vereinfachte Anerkennungsverfahren für erforderlich. Um einzelne Betreiber von den damit verbundenen bürokratischen Anforderungen zu entlasten, wünscht er sich ein strukturiertes und vom Land organisiertes Verfahren, das mehr ausländische Pflegekräfte anzieht.

DIRK SCHNACK

ÄRZTEGENOSSENSCHAFT

Genossen in der Gewinnzone

Positives Ergebnis für 2017. Dr. Svante Gehring löst Dr. Klaus Bittmann als erster Sprecher der Ärztegenossenschaft Nord ab. Neue interne Strukturen.

Gestartet als „Kampforganisation“ hat sich die Ärztegenossenschaft Nord als ärztliche Interessenvertretung neben den Körperschaften in Schleswig-Holstein etabliert. 18 Jahre nach der Gründung hat sich in den Aufgabengebieten viel verändert, nun auch personell. Dr. Klaus Bittmann tritt in die zweite Reihe zurück und überlässt, wie langfristig angekündigt, Dr. Svante Gehring das Amt des ersten Sprechers. Fast nebenbei geschah dieser entscheidende Wechsel auf der Generalversammlung der Ärztegenossenschaft Nord Anfang Juni in Bad Segeberg.

Bittmann steht noch für die Generation von Ärzten, die der Organisation in Proteststimmung beigetreten waren und die bis heute den Stamm der noch 1.800 Mitglieder bilden. Die Stimmung von damals jedoch ist längst verflogen. „Protest-Grundstimmung ist derzeit bei den Ärzten nicht vorhanden“, stellte Bittmann fest. Er hält es aber für wichtig, dass die Genossenschaft bei allen notwendigen Veränderungen auch weiterhin in der Lage bleibt, sich, wenn nötig, über Proteste für die Ärzte einzusetzen: „Dann müssen wir die Stimme erheben und klar reden.“

Trotz fehlender Protestbereitschaft beobachtet Bittmann, dass viele Ärzte mit den Rahmenbedingungen ihres Berufes nicht einverstanden sind. Einen Grund dafür vermutet er in der „Vertechnisierung“. Ein Begriff, unter dem er zahlreiche Veränderungen, die die Politik in den ärztlichen Alltag bringt, subsumierte. Als Beispiele nannte er die jüngste Vorgabe zur Mindestsprechstundenzahl für niedergelassene Ärzte, aber auch die Digitalisierung. Daraus den Rückschluss zu ziehen, Ärzte lehnten technischen Fortschritt ab, wäre falsch. Für Bittmann gilt aber die Prämisse, dass der technische Fortschritt den Menschen dienen muss.

Diese Haltung vertritt auch Dr. Svante Gehring, der den Mitgliedern



noch einmal die Vorteile der auf dem Deutschen Ärztetag verabschiedeten Änderung der Berufsordnung zur Fernbehandlung deutlich machte. Gehring zeigte aber auch, wie sich die Ärztegenossenschaft mit ihren internen Strukturen auf ihre wichtigsten Geschäftsfelder eingestellt hat. Für diese Felder sind einzelne Vorstandsmitglieder künftig die ehrenamtlichen Ansprechpartner, die tägliche Arbeit wird von Angestellten der Genossenschaft verantwortet.

Zur wirtschaftlichen Seite: 2017 betrug der Umsatz insgesamt 1,393 Millionen Euro. Hauptumsatzträger waren:

- **Rahmenverträge:** Hier wickelt die Genossenschaft das Inkasso für Firmen ab, deren Produkte von Ärzten gekauft werden. Die Genossenschaft prüft vorher das Preis-Leistungsverhältnis bei diesen Produkten. Die Umsätze in diesem Bereich betragen 2017 insgesamt 529.000 Euro.

Zwei, die sich gut verstehen und ergänzen: Dr. Klaus Bittmann (links) gibt nach 18 Jahren an der Spitze der Ärztegenossenschaft Nord sein Amt als erster Sprecher an Dr. Svante Gehring ab.

- **Selektivverträge:** In Verträgen mit verschiedenen Krankenkassen sind derzeit rund 42.000 Patienten eingeschrieben. Das Umsatzvolumen betrug im vergangenen Jahr 335.000 Euro.

- **Dienstleistungen:** Die Ärztegenossenschaft übernimmt die Geschäftsführung von Ärztezentren wie in Büsum und Ärztenetzen wie etwa in Kiel. Diese Dienstleistungen führten 2017 zu Erlösen in Höhe von 386.000 Euro.

Laut Prognose von Geschäftsführer Thomas Rampoldt wird es im laufenden Jahr einen Überschuss von 37.000 Euro bei einem Umsatz von 1,45 Millionen Euro geben. 2017 erwirtschaftete die Genossenschaft zwar insgesamt einen Gewinn von rund 18.000 Euro, allerdings lag das operative Ergebnis im vergangenen Jahr noch im vierstelligen Minusbereich: das Gesamtplus kam aus Beteiligungen an Tochterfirmen zustande.

DIRK SCHNACK



PRÄVENTOLOGIE

Gesund durch Beziehungen

Prävention und Gesundheitsförderung stehen seit über 20 Jahren auf der gesundheitspolitischen Agenda. Präventologen setzen sich dafür ein, dass dies in der Praxis umgesetzt wird.

Füreinander Sorge tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken, das sind laut Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung. Der WHO ging es bei der Verabschiedung der Charta um eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik, von der Krankenversorgung hin zur Förderung der Gesundheit. Das impliziert, dass Gesundheit weniger eine Aufgabe der Medizin als eine Herausforderung für die Bürger selbst darstellt. Die Menschen sind gefordert, sich für ihre Gesundheit stark zu machen und sich für gesundheitsfördernde Lebensbedingungen einzusetzen. Was ist von die-

sem Ziel erreicht, wo stehen wir heute, über 20 Jahre später?

„Zu wenig ist bislang geschehen“, schrieb kürzlich Dr. Ellis Huber. Der frühere Präsident der Berliner Ärztekammer verweist darauf, dass immer noch zu wenige Menschen Eigenverantwortung übernehmen, dass es immer noch zu viele Lebenswelten gibt, die die Menschen krank machen. Dennoch zieht er unter dem Strich ein positives Fazit. Denn nach seiner Beobachtung haben die Ottawa-Charta und der anschließende Entwicklungsprozess eine „stille Revolution“ in Gang gesetzt, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu-

mindest befähigt.

Huber engagiert sich für dieses Ziel über den Berufsverband der Präventologen, dessen Vorsitzender er ist. Der Verband versteht sich als Netzwerk von Menschen, die sich beruflich oder als Bürger für gesunde Verhaltensweisen und gesunde Verhältnisse einsetzen. Zu diesem Netzwerk zählen u. a. geprüfte Präventologen, unterschiedliche Gesundheits- und Sozialberufe, aber auch Unternehmen der Gesundheitswirtschaft und interessierte Einzelpersonen. Präventologen wie Huber verstehen sich selbst als Experten der Prävention und Gesundheitsförderung, die mit besonderer Kompetenz und Wirksamkeit zur Förderung der Gesundheit der einzelnen

Info

Weitere Informationen über den Berufsverband der Präventologen e.V. im Internet: www.praeventologe.de

Menschen und ihrer sozialen Gemeinschaften beitragen. Ihre Vision ist, dass jeder Mensch sein volles Gesundheitspotenzial entfalten kann. Dazu muss der Einzelne zwar beitragen, ohne die entsprechenden politischen Rahmenbedingungen aber geht es nicht. Der Berufsverband sieht Präventologen deshalb als Teil einer Neuorientierung in der Gesundheitspolitik.

Der in WHO-Programmen erfolgreich erprobte „Setting-Ansatz“ für Städte, Dörfer, Schulen, Betriebe oder Unternehmen stellt das Instrumentarium und die Methodik bereit, mit denen Gesundheitsförderung praktisch umgesetzt werden kann. Präventologen zeichnen sich dabei durch eine besondere kommunikative und soziale Kompetenz aus. „Sie sind vor allem Beziehungsspezialisten“, heißt es auf der Homepage des Verbandes. Denn nach ihrem Verständnis ist die Qualität der menschlichen Beziehungen der wichtigste Einzelfaktor, der über die Gesundheit oder Krankheit eines Individuums entscheidet: „Die Beziehungskrankheiten sind in der Kommunikationsgesellschaft an die Stelle der Infektionskrankheiten des letzten Jahrhunderts getreten und Beziehungslosigkeit ist der gefährlichste Krankheitserreger der modernen Welt und Beziehungsfähigkeit das Antibiotikum der Wissensgesellschaft.“ Eine offene Kommunikations- und Kooperationskultur innerhalb der Professionen und Institutionen der Prävention und Gesundheitsförderung oder ein lebendiges gegenseitiges Beziehungsnetz hilft nach diesem Ansatz allen beteiligten Personen.

Ein Arzt, der die Ziele der Präventologen in Schleswig-Holstein aktiv unterstützt, ist Allgemeinmediziner Dr. Johann-Christian Hackbarth. Der Hausarzt aus Jevenstedt bei Rendsburg ist klassischer Landarzt in Einzelpraxis. Er macht gerne Hausbesuche im Pflegeheim, spricht gerne mit seinen Patienten über deren Lebensumstände – und macht damit vieles von dem, was seine jüngeren Kollegen angeblich nicht mehr so schätzen.

Dem Hausarzt „alten Schlages“ merkt man an, dass ihm sein Arbeitsalltag, abgesehen von den bürokratischen Anforderungen, auch nach 27 Jahren in der Niederlassung noch immer Spaß macht. Ein Grund dafür ist die langjährige Begleitung der von ihm behandelten Patienten. „Ich habe heute erwachsene Patienten, deren Eltern schon in meiner Praxis waren und sich mit dem Gedanken an ihr erstes Kind getragen haben“, sagt der Landarzt.

1991 hat er sich in Jevenstedt niedergelassen, zunächst in Gemeinschaftspraxis, seit 1994 ist er Einzelkämpfer. Neben seiner gibt es eine weitere Praxis am Ort. Mit Umland sind in Jevenstedt rund 3.500 Patienten zu versorgen. Im be-

nachbarten Rendsburg finden seine Patienten Krankenhaus und fachärztliche Versorgung.

Bei Hackbarth finden sie eine allgemeinmedizinische Versorgung, die weit über das hinausgeht, was man als Patient erwarten darf. Man spürt echtes Interesse an den Patienten, ihren Familien und ihren Lebensumständen. „Man ist auch ein wenig Seelsorger“, ist eine Erfahrung Hackbarths, die ihn aber nicht abschreckt. Das liegt auch an seiner Einstellung zu den Menschen und zur Medizin, die von der Präventologie beeinflusst ist. Der Allgemeinmediziner versucht beispielsweise, seine Patienten dazu zu motivieren, in ihrem Alltag bewusster auf Ernährung und Bewegung zu achten, Stress zu verringern und damit ihre Gesundheit zu fördern. „Das gelingt nur bei einem eigenverantwortlichen Umgang mit der eigenen Gesundheit“, sagt Hackbarth.

Nicht bei allen Patienten hat er damit Erfolg, wie er einräumt. Auch in seiner Praxis in Jevenstedt gibt es Patienten, die trotz schwerer, schon eingetretener gesundheitlicher Schäden weiterhin rauchen und die sich trotz starken Übergewichts weiterhin ungesund ernähren und zu viel essen. Weil Eigenverantwortung immer wieder an ihre Grenzen stößt, begrüßt er gesetzliche Regelungen wie etwa das Rauchverbot an öffentlichen Plätzen: „Wer hätte vor Jahren gedacht, dass wir heute rauchfrei in Gaststätten essen können? Solche Fortschritte lassen sich nur politisch errei-

chen“, nennt der Allgemeinmediziner als Beispiel.

Daneben aber versucht er als Präventologe bei den Einzelnen in kleinen Schritten Fortschritte zu erzielen und stößt durchaus auf Resonanz. Zum Teil sind es einfache Maßnahmen, die manche Patienten zum Nachdenken anregen. So hängt in seiner Praxis etwa ein Maßband mit einer Länge von 100 Zentimetern. Daneben ein Hinweis: „Wenn dieses Maßband über ihrem Bauch nicht mehr zusammenfindet, sprechen Sie mich an.“

Neben seiner Praxistätigkeit setzt Hackbarth auch Impulse für die Dorfentwicklung, um dem von ihm beobachteten Trend zur Urbanisierung und zum Vereinsamen entgegenzuwirken. Zusammen mit dem örtlichen Gewerbeverein hat er beispielsweise ein 24-stündiges Staffelfahren organisiert. Ergebnis war Bewegung an der frischen Luft auch für viele seiner Patienten und ein Gemeinschaftsgefühl. Eigenverantwortung stärken, Menschen zusammenführen – darin sieht der Landarzt zwei seiner Aufgaben, die sich mit der Vision der Präventologen decken.

Wie lange Hackbarth noch als Landarzt arbeiten wird, will der 64-Jährige aktuell noch nicht entscheiden – „mindestens noch drei, vier Jahre“. Er ist überzeugt: Ohne seinen Beruf, den er mehr als Berufung versteht, wäre sein Alltag ärmer.

DIRK SCHNACK



Dr. Johann-Christian Hackbarth ist Präventologe und niedergelassener Allgemeinmediziner in Jevenstedt.

PRÄVENTOLOGIE

Vier Stufen zur Gesundheit

Nach welchem Konzept sollten die Zivilisationskrankheiten bekämpft werden? Präventologe Dr. Johann-Christian Hackbarth empfiehlt das Vier-Stufen-Konzept von Prof. Egbert Nüssel.

Sie sind die Partner des in der Bevölkerung auch unter dem Begriff des „tödlichen Quartetts“ bekannten metabolischen Syndroms: Abdominelle Fettleibigkeit, Bluthochdruck, veränderte Blutfette und Diabetes. Diese vier Zivilisationskrankheiten steigen nicht nur bei uns an, sondern auch in industriellen Schwellenländern und in der Dritten Welt. Würde man Adipositas als Krankheit anerkennen, gäbe es in Deutschland mehr als 20 Millionen Menschen mit einer nicht übertragbaren chronischen Krankheit. Neben persönlichem Leid verursacht das auch immer höhere Kosten.

Um diese Erkrankungen wirksamer als bislang zu bekämpfen, muss die Ärzteschaft aus Sicht von Präventologen wie Dr. Johann-Christian Hackbarth andere Wege gehen als die bislang eingeschlagenen – und dabei insbesondere auf mehr Prävention setzen. Wobei Hackbarth klar ist: „Prävention hat nicht nur Freunde, weil wichtige Wirtschaftsfaktoren, die bisher profitiert haben, Einbußen hinnehmen müssten.“ Auch unter Ärzten und Patienten hat Prävention oft einen schweren Stand. Hinzu kommt der Einfluss wichtiger Verbände, die Lobbyarbeit betreiben. Als Beispiel führt Hackbarth an, wie stark etwa Agrarindustrie, Lebensmittelbranche, Großhandelsketten, Restaurants und Pharmaindustrie davon profitieren, wenn die Menschen viel essen: „Allen geht es gut, wenn die Menschen mehr essen. Und alle beschäftigten Armeen von Lobbyisten, um die Regierung davon abzuhalten, irgendetwas zu unternehmen, was die Menschen hindert, zu viel zu essen.“

Hinzu kämen zum Teil die Überbewertung von Symptomen und enge Grenzen für Normwerte. Nach Beobachtung von Kritikern werden auf diese Weise Krankheiten „erfunden“, um zuvor normale Zustände therapiebedürftig zu machen und damit das Geschäft anzukurbeln. Präventologen setzen als Ausweg deshalb auf Eigenverantwortung

und multidisziplinäre Public-Health-Programme.

„Es muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass derjenige, der sich weigert, vermehrt Eigenverantwortung für sich zu übernehmen, das Prinzip der Solidarität im Gesundheitswesen verletzt. Es wird zunehmend als ungerecht empfunden, dass Gesundheitsbewusste die Kosten der Ignoranten bezahlen“, sagt Hackbarth.

Das bislang umfangreichste interdisziplinäre Interventionsprogramm startete 1985 im baden-württembergischen Oestringen im Rahmen des „Cindi-Programms der WHO“ (Cindi = Country-wide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention). Die Korrektur des Anspruchsdenkens und das Schaffen von Anreizen für einen verantwortungsvollen Umgang mit medizinischen Leistungen sind in erster Linie Aufgabe der Politik. Genau diese Anreize fehlen Hackbarth aktuell etwa beim Bemühen um die Reduzierung der Adipositas. „Solange es keine finanziellen Vorteile hat, einen Präventologen einzustellen, der sich um das körperliche und seelische Wohl eines Betriebes kümmert, werden wir uns im täglichen Praxisgespräch die Zähne ausbeißen“, meint Hackbarth.

Deshalb favorisiert er ein für Ärzte vergleichsweise leicht installierbares System, um Gesundheit zu messen, zu überwachen und damit den Wettbewerb in eine gesunde Richtung zu lenken. Das Prinzip der kommunalen Prävention geht zurück auf eine Idee von Prof. Egbert Nüssel (1928 - 2015) vom Institut für klinische Sozial- und Arbeitsmedizin in Heidelberg. Das Konzept geht vom Grundsatz aus, dass niedergelassene Ärzte an komplexen Patientenkollektiven forschen. Die so gewonnenen Erkenntnisse lassen sich auf den Versorgungsalltag übertragen und sind für Kosten-Nutzen-Bewertungen relevant. Das Modell in Kürze:

Im Rahmen der hausärztlichen Ver-

sorgung werden regelmäßig im Zusammenhang mit der persönlichen Betreuung von Patienten bei Gesundheitschecks, DMP und weiteren Programmen folgende Parameter erhoben: Rauchen: ja/nein, BMI, RR (sys/dias)↓ Cholesterin (HDL/LDL), TG, Bauchumfang.

Diese Parameter werden genutzt, um das Risiko der heutigen nichtinfektiösen Zivilisationskrankheiten einschätzen zu können. Die Idee Nüssels war die Etablierung eines Vier-Stufen-Konzeptes:

► Erste Ebene: Vergleich der oben genannten Parameter eines Patienten von einem Jahr zum anderen, Alltag im Rahmen der haus- und betriebsärztlichen Betreuung von Patienten.

► Zweite Ebene: Vergleich des Patientenkollektivs in einer Praxis von einem Jahr zum anderen durch Vorbild, Motivation, Schulung und/oder Medikamente.

► Dritte Ebene: Vergleich einer Praxis mit einer anderen (unter Berücksichtigung des Datenschutzes). Damit wird es möglich, die hausärztlichen Bemühungen zu bewerten und zu verbessern.

► Vierte Ebene: Hier wird ein Vergleich von Orten, Gemeinden, Kreisen, Bundesländern bezüglich ihres Engagements für den präventologischen Gedanken und damit zur Verhältnis-Prävention auf politischer Ebene vorgenommen. Die erhobenen Werte lassen sich überschaubar darstellen und ermöglichen es Therapeuten, Betriebsärzten und Gemeinden, ergriffene präventologische Impulse in ihrer Wirkung zu beurteilen.

Was bei Nüssel mit persönlichen Aufzeichnungen in der Region Heidelberg und Wiesloch begann, wurde später in Ansbach fortgeführt und wird jetzt zur Evaluation von präventologischen Maßnahmen durch geprüfte Präventologen genutzt, um damit das Potenzial zu verdeutlichen und zu quantifizieren, was lebensstilverändernde Maßnahmen bewirken.

Info

Die Informationen, die der Patient von seinem Arzt im Rahmen des Vier-Stufen-Modells erhält, sollen sensibilisieren und zu weiteren Aktivitäten motivieren, die möglichst von der Stadt oder Gemeinde unterstützt werden.

BARMER ARZTREPORT

Jung, gebildet, psychisch leidend

Ein Viertel der jungen Erwachsenen hat psychische Leiden. Akademiker besonders betroffen. Situation in Schleswig-Holstein angespannter als im Bundesdurchschnitt. Hilfe auch digital.

Wer jung ist und auf dem Land lebt, erfreut sich nach verbreiteter Auffassung in aller Regel bester Gesundheit. Zahlen aus dem Arztreport 2018 der Barmer legen nahe, dass diese Rechnung nicht mehr aufgeht. Mehr als jeder vierte junge Erwachsene zwischen 18 und 25 Jahren leidet demnach unter einer psychischen Erkrankung. Gegenüber dem Jahr 2005 bedeutet das eine Zunahme um 40 Prozent.

Zugrunde liegen dem aktuellen Arztreport der Barmer Ersatzkasse Daten aus dem Jahr 2016, als allein bei 8,7 Prozent der jungen Schleswig-Holsteiner eine Depression diagnostiziert wurde. Dies entspricht einer Steigerung um 70 Prozent innerhalb von zehn Jahren. Somatoforme Störungen, für die keine organischen Ursachen gefunden werden, stellen mit einer Betroffenenrate von sechs Prozent die zweithäufigste Störung dar. Unterm Strich wurde bei 27,6 Prozent der Jüngeren im Land eine psychische Störung festgestellt, was etwa 70.000 Betroffenen entspricht.

„Schon überraschend“ sind diese Zahlen für Barmer-Landesgeschäftsführer Dr. Bernd Hillebrandt, zumal das ländlich geprägte Schleswig-Holstein bei fast allen psychischen Erkrankungen leicht über dem Bundesdurchschnitt liegt. Das gilt auch für den Bereich der Hochschulen (siehe Infoleiste). Die Folgen dieser Bestandsaufnahme sind aus Sicht von Hillebrandt nicht zu unterschätzen. Vielfach seien mit psychischen Erkrankungen auch körperliche Beschwerden wie Schmerzzustände oder Magen-Darm-Erkrankungen verbunden, betonte er.

Dass psychische Krankheiten bei jüngeren Leuten querbeet auf dem Vormarsch sind, überrascht den psychologischen Psychotherapeuten Heiko Borchers aus Kiel nicht. Er macht das Bildungssystem mit verantwortlich: Einschulung mit sechs Jahren unabhängig von der Reife des Kindes, die aus Sicht



Heiko Borchers



Dr. Georg Hillebrandt

von Borchers verfehlte Inklusion, das achtjährige Gymnasium und schließlich das auf Tempo und Leistung gepolte Studium: Vom ersten Schultag bis zum Master steht der Nachwuchs nach Borchers' Diagnose unter extremen Leistungsvorgaben.

Gerade für den studierten Teil der jüngeren Schleswig-Holsteiner hört der Stress zudem nach dem Abschied von Uni oder Fachhochschule keineswegs auf. „Von befristeten Verträgen sind vor allem Akademiker betroffen“, betont Borchers. In der damit verbundenen dauernden Unsicherheit sieht er einen wesentlichen Grund dafür, dass an seiner Praxistür viele Hochschulabsolventen, aber kaum jüngere Handwerker

anklopfen: „Die werden von ihren Betrieben schnell fest übernommen, gründen eine Familie oder arrangieren sich auf andere Weise fest in und mit ihrem Leben.“

Therapeutische oder ärztliche Betreuung gilt zwar vielfach als unerlässlich, Hilfe gibt es aber auch digital. So fördert die Barmer das nicht nur Kassenmitgliedern zugängliche Online-Angebot „StudiCare“. Mit Videos, Erklärtexten und Anleitungen für praktische Übungen soll die App etwa zur Überwindung von Prüfungsängsten beitragen oder depressiv veranlagte Studenten zum Aufbau einer Tagesstruktur mit positiven Akzenten anleiten. Ein führender Kopf hinter dem Programm ist Dr. David Daniel Ebert vom Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Erlangen-Nürnberg. Er ist überzeugt, dass Online-Hilfe frühzeitig gegen eine dramatische Verschlechterung bei psychischen Problemen wirken kann. Außerdem, hebt er hervor, trage das netzgestützte Instrumentarium maßgeblich dazu bei, dass Betroffene, die von sich aus nie nach Unterstützung fragen würden, überhaupt erst erreicht werden.

Der Barmer-Arztreport birgt wie jede Statistik auch seine Tücken. Aus der dramatisch anmutenden Zunahme der Diagnosen kann nicht geschlussfolgert werden, dass die Zahl der psychischen Erkrankungen bei den jungen Erwachsenen im Land im selben Maß zugenommen hat. Entsprechende Leiden, erläutert Borchers, verlassen immer mehr die Tabu-Ecke, sodass Betroffene eher um Hilfe ersuchen. Außerdem haben sich nach seinen Angaben schlicht die diagnostischen Möglichkeiten verbessert. Wahrscheinlich ist also, dass psychische Erkrankungen tatsächlich ein Stück weit zugenommen haben und zugleich eine ganze Reihe von schon lange Betroffenen jetzt erst überhaupt in Erscheinung getreten ist.

7.000

der ungefähr 36.000 Studierenden im Land leiden an einer psychischen Erkrankung. Mit 18,2 Prozent liegt diese Gruppe über dem bundesweiten Durchschnitt von 17 Prozent.

AIDS

Jedes zweite infizierte Kind nicht behandelt

HIV-Infektion und Aids – ein Vergleich zwischen Deutschland und Subsahara-Afrika, insbesondere Uganda. Aids bleibt dort die wichtigste Todesursache, noch vor Tuberkulose und Malaria.

Die HIV-Erkrankung ist eine chronische Infektion mit dem HI-Virus, die zu einem langsam fortschreitenden Immundefekt führt. Nach langjähriger Symptomfreiheit treten zwei bis vier Jahre nach der Infektion leichtere Erkrankungen und acht bis zehn Jahre danach die sogenannten AIDS-definierenden Erkrankungen auf, an denen die Patienten ohne wirksame Therapie innerhalb weniger Jahre versterben. Eine effektive antiretrovirale Therapie (ART) gibt es seit etwa 1995. Unter der ART kommt es meist zur ausreichenden Wiederherstellung des Immunsystems, sodass AIDS-definierende Erkrankungen ausheilen können. Die Wirksamkeit der Behandlung hält aber nur so lange an, wie die ART weitergeführt wird.

In Deutschland gab es 2014 etwa 83.000 Personen, die mit dem HI-Virus infiziert waren, das sind 0,1 Prozent der Bevölkerung. 80 Prozent davon sind Männer und 20 Prozent Frauen. Entsprechend dem Risiko der Infektion haben zwei Drittel der infizierten Männer Sex mit Männern gehabt (MSM), 20 Prozent der Infizierten haben sich durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr infiziert, 7.900 Personen durch intravenösen Drogenkonsum, 450 durch intravenöse Blutprodukte (Hämophilie) und 400 Kinder durch Mutter-Kind-Transmission. 3.200 Personen haben sich 2015 neu infiziert und 450 starben an Aids.

2014 hat UNAIDS weltweit das 90-90-90-Ziel proklamiert. Danach sollen große Anstrengungen gemacht werden, damit bis 2020 90 Prozent der HIV-Infizierten diagnostiziert, 90 Prozent mit antiretroviralen Medikamenten behandelt und in 90 Prozent eine Suppression des Virus erreicht ist, sodass es nicht mehr nachweisbar ist. An dieser Zielsetzung gemessen waren 2015 in Deutschland 85 Prozent der wahrscheinlich bestehenden HIV-Infektionen diagnostiziert, 84 Prozent davon behandelt und in 93 Prozent war das Virus nicht mehr

nachweisbar. Die Diagnose Aids bedeutet heute in Deutschland nicht mehr die Ankündigung des baldigen Lebensendes, sondern eher „bedingte Gesundheit“, solange eine effektive ART durchgeführt wird. Somit handelt es sich bei HIV/Aids heute in Deutschland eher um ein medizinisches Randproblem.

In Subsahara-Afrika ist die Situation gänzlich anders. Von weltweit circa 37 Millionen mit dem HI-Virus infizierten Personen sind etwa 50 Prozent Frauen. Davon leben allein 26 Millionen Erwachsene und Kinder in Subsahara-Afrika, das am schwersten betroffen ist. Die HIV-Prävalenzrate lag hier 2014 bei durchschnittlich 4,7 Prozent der erwachsenen Bevölkerung und war damit etwa 50 Mal höher als in Deutschland. Hinter diesen Zahlen verbergen sich jedoch erhebliche Unterschiede. Während die Raten in Zentral- und Ostafrika Werte zwischen 5 und 10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung aufweisen, liegen sie in Südafrika und den angrenzenden Ländern bei 20 Prozent und in einigen Landesteilen sogar noch höher.

Aids ist in Subsahara-Afrika zur häufigsten Todesursache geworden. Jeder fünfte Todesfall in Afrika ist auf HIV/Aids zurückzuführen, die Lebenserwartung ist in einigen Ländern um bis zu 20 Jahre gesunken. Mehr als 10 Millionen Kinder wurden bereits zu Waisen, weil ihre Eltern an Aids verstorben sind. 2014 starben in Subsahara-Afrika etwa 790.000 Menschen an Aids.

Während in Deutschland vor allem schwule Männer von HIV/Aids betroffen sind, ist der Hauptübertragungsweg in Subsahara-Afrika der heterosexuelle Geschlechtsverkehr, wobei sich mehr Frauen als Männer infizieren. Ein großes Problem ist auch die Mutter-Kind-Übertragung. Ohne adäquate Behandlung werden bis zu 40 Prozent der Kinder HIV-infizierter Mütter ebenfalls infiziert. Mit einer effektiven ART lässt sich diese Quote auf unter ein Prozent senken. Für die armen Länder in Subsahara-

Afrika ist bedeutsam, dass antiretrovirale Medikamente immer noch sehr teuer sind und die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel weit überschreiten. Deshalb sind die meisten dieser Länder auf Medikamentenspenden internationaler Organisationen angewiesen.

Auch wenn in den letzten zehn Jahren Fortschritte bei der Behandlung von HIV/Aids erzielt worden sind, zeigt eine aktuelle Studie, dass wir derzeit noch sehr weit von dem 90-90-90-Ziel von UNAIDS entfernt sind. Das gilt vor allem für die armen Länder in Subsahara-Afrika, zu denen auch Uganda gehört.

2017 gab es in Uganda 1,4 Millionen Menschen (15 bis 49 Jahre), die mit einer HIV-Infektion lebten. Das waren 6,5 Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Frauen sind davon überproportional betroffen: 7,6 Prozent der Frauen waren gegenüber 4,7 Prozent der Männer infiziert. Weitere besonders betroffene Gruppen sind neben Prostituierten, Homosexuellen und intravenösen Drogenutzern vor allem Mädchen in der Adoleszenz und junge Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren, die vierfach häufiger betroffen sind als junge Männer im selben Alter. In jedem Jahr wurden 52.000 neue Infektionen und 28.000 Todesfälle durch Aids registriert. In Uganda gibt es etwa zwei Millionen Aids-Waisen, jedes fünfte Kind gehört zu dieser Gruppe.

In den letzten Jahren ist es zu einem langsamen Anstieg in der Zahl der behandelten HIV-Infizierten gekommen. Unter Berücksichtigung des 90-90-90-Ziels von UNAIDS ist in Uganda 74 Prozent der Infizierten ihr HIV-Status bekannt und 67 Prozent der Erwachsenen erhalten eine antiretrovirale Behandlung, aber nur 47 Prozent der infizierten Kinder. Das bedeutet, dass 2016 rund 33 Prozent der infizierten Erwachsenen und 53 Prozent der infizierten Kinder nicht behandelt wurden. Anhaltende Ungleichheiten bleiben bestehen, die bestimmen, wer eine

1,4 Mio

Menschen zwischen 15 und 49 Jahren mit einer HIV-Infektion leben derzeit in Uganda - dies entspricht einem Anteil von 6,5 Prozent der erwachsenen Bevölkerung. Zum Vergleich: In Deutschland sind dies rund 83.000 Menschen, dies sind 0,1 Prozent der Bevölkerung.



Zwei Millionen Kinder in Uganda sind Waisen, weil ihre Eltern an Aids gestorben sind. Zugleich sind viele der Kinder selbst infiziert. Nur jedes Zweite davon wird behandelt.

Behandlung erhält, und viele infizierte Menschen erfahren Stigmatisierungen und Diskriminierungen.

Abschließend werden die demografischen, sozialen und wirtschaftlichen Auswirkungen von HIV/AIDS in Subsahara-Afrika betrachtet. Aids ist die wichtigste Todesursache noch vor Tuberkulose und Malaria und mittlerweile für jeden fünften Todesfall verantwortlich. Ein großes soziales Problem sind die Aids-Waisen. Besonders im Bildungsbereich und im Gesundheitswesen ist es zu erheblichen Ausfällen gekommen, da hier viele gut ausgebildete jüngere Beschäftigte entweder erkrankt oder an Aids verstorben sind. Nicht zuletzt sind verheerende wirtschaftliche Auswirkungen zu verzeichnen. Durch den vorzeitigen Tod beziehungsweise Ausfall vieler Menschen im produktiven Alter erleidet die Wirtschaft massive Einbrüche und es ist zu einem Rückgang der landwirtschaftlichen und industriellen Produktion und des Wachstums gekommen.

Während der 90er Jahre war Uganda ein Beispiel für ein Land, in dem die Prävention von HIV-Infektionen und Aids gelungen war. Die Rate der HIV-Infektionen fiel von einst 15 Prozent auf 5 Prozent in der erwachsenen Bevölkerung. Im letzten Jahrzehnt ist es dann wieder zu einem signifikanten Anstieg ge-

40 %

der Kinder HIV-infizierter Mütter sind in Subsahara-Afrika ebenfalls infiziert. Nur 47 Prozent der infizierten Kinder in Uganda erhalten eine antiretrovirale Behandlung. In Uganda gibt es zwei Millionen Waisenkinder, deren Eltern an Aids gestorben sind.

kommen. Das ist eine große Herausforderung für die gesamte Gesellschaft, für das Gesundheitswesen des Landes und für die kommunalen Einrichtungen.

Wir sollten darüber diskutieren, auf welchem Weg die Einrichtungen in Ruakarawe und der „Freundschaftsverein Kronshagen-Bushenyi/Ischaka“ (siehe Kasten rechts) die Bemühungen der Menschen in Uganda zur Prävention und Behandlung von HIV-Infektionen und Aids unterstützen können. Wichtig bleiben Maßnahmen zur Prävention. Dazu gehören

- ▶ die Förderung von „Safer Sex“-Verhalten, insbesondere bei jungen Menschen, durch Verfügbarkeit und Gebrauch von Kondomen,
- ▶ die Förderung der Akzeptanz von biomedizinischen Interventionen wie der freiwilligen Beschneidung bei Männern,
- ▶ der Kampf gegen sozio-kulturelle, geschlechtsbezogene und generelle Faktoren, die die HIV-Epidemie antreiben, durch gezielte erzieherische Maßnahmen.

PROF. KLAUS-DIETER KOLENDA

IHR ERFAHRUNGSBERICHT

Dieser Artikel ist eine Zusammenfassung eines Vortrags, den Prof. Klaus-Dieter Kolenda vergangenen Monat bei einer Veranstaltung des Freundschaftsvereins Kronshagen-Bushenyi/Ishaka in den Räumen der Christuskirche Kronshagen gehalten hat. Anlass war der Besuch des Bürgermeisters von Bushenyi (Uganda) und zweier Mitarbeiter in Kronshagen. Der Vortrag basiert auf einem ausführlichen Text des Autors zu diesem Thema, der im vergangenen Jahr zum Welt-AIDS-Tag in den Nachdenkseiten erschienen ist (<https://www.nachdenkseiten.de/?p=41544>). Der Autor greift darin die wichtigsten gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen von HIV-Infektionen und AIDS in Subsahara-Afrika, speziell in Uganda, auf, vergleicht diese mit der Situation in Deutschland und verdeutlicht damit die Belastungen durch die HIV-Erkrankung für die Menschen in Afrika. Sie haben ebenfalls Erfahrungen mit der medizinischen Situation in anderen Ländern gesammelt? Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt freut sich über Ihren persönlichen Erfahrungsbericht. Bitte nehmen Sie Kontakt mit uns auf oder schicken Sie uns unverbindlich Ihr Manuskript plus Fotos an: aerzteblatt@aeksh.de

HAUPTSTADTKONGRESS

Info-Broker in der Radiologie

Digitalisierung war auch auf dem Hauptstadtkongress das vorherrschende Thema. Stimmung zwischen Euphorie und Pragmatismus.

Gibt es in zehn Jahren noch Radiologen oder werden die Bilder von Robotern befundet? Diese Frage wurde im Pressegespräch beim diesjährigen Hauptstadtkongress in Berlin gestellt. Die Digitalisierung des Gesundheitswesens war, wie derzeit auf fast jeder Fachtagung, das beherrschende Thema. In der Eröffnungssitzung erhielt der Siemens-Vorstandsvorsitzende Dr. Bernd Montag die Gelegenheit, eine Zukunftsvision aus Sicht der Industrie vorzutragen. Die Digitalisierung werde die medizinischen Berufe rasch verändern: Radiologen würden zu „Informationsbrokern“, Laborärzte aus dem Labor verschwinden, und auch die anderen Fachärzte müssten sich umstellen.

In einer Podiumsdiskussion meinten Prof. Erwin Böttinger (Universität Potsdam) und Dr. Martin Hirsch (Ada Health, Berlin, Enkel des Nobelpreisträgers Werner Heisenberg), die derzeit weltweit stark erforschte Künstliche Intelligenz (KI) werde Ärzten helfen: „Welcher Arzt kann sich 7.000 Krankheiten merken?“ Vor allem bei der Diagnostik seltener Krankheiten, bei der genetischen Prävention oder bei der telemedizinischen Kommunikation mit peripheren Gesundheitszentren weltweit könnten Algorithmen aus der KI hilfreich sein. An Einwänden, „doch auf dem Teppich zu bleiben“, mangelte es andererseits nicht, etwa an Hinweisen auf die großen Schwierigkeiten selbst bei der relativ einfachen Gesundheitskarte (versus elektronische Patientenakte), d. h. auf zugrundeliegende Interessenkonflikte.

Besonders deutlich kamen Für und Wider der Digitalisierung in der Medizin in einem Workshop im Hauptstadtkongress Gesundheitspolitik zum Ausdruck: „Mehr Zeit für Menschlichkeit zwischen Gesundheits-App und Pflegeroboter: Wirkungen und Nebenwirkungen der Digitalisierung im Krankenhaus.“ „Spiegel“-Journalist Thomas Schulz berichtete in einem Input-Vor-

trag über seine jahrelangen Erfahrungen im Silicon-Valley-Netzwerk um San Francisco. Dort gebe es die weltweit größte Ansammlung von interdisziplinärem Wissen bei sehr starker Vernetzung (trotz Konkurrenz) und seit etwa zwei Jahren eine enorm hohe Kapitalausstattung durch die Web-Konzerne Google, Apple, Microsoft, Facebook und Co. Und: Forschungsfeld Nr. 1 für unzählige Start-ups sei jetzt Biologie, Gesundheit, Medizin. Schulz' zentrale These, die er in seinem soeben erschienenen Buch „Zukunftsmedizin – Wie das Silicon Valley Krankheiten besiegen und unser Leben verlängern will“ erläutert, lautet: Das Zeitalter der digitalen Medizin beginnt jetzt – Maschinen-Medizin mit KI verändert das Gesundheitssystem.

Big Data und die Auswertung mit KI erstrecken sich auf die Zelltherapie (z. B. Kampf gegen Alzheimer), auf die Gentherapie (Entfernung defekter DNA), auf den Organersatz („Leber aus dem 3D-Drucker“, „Modem fürs Gehirn“), auf die Immuntherapie zur Prävention und mit dem Ziel der Lebensverlängerung und vor allem auf den Kampf gegen Krebs mit Genomanalysen und personalisierter Medizin. Allerdings räumte Schulz ein: „Der Weg in die personalisierte Digitalmedizin scheint alles andere als vorgezeichnet: Es müssen grundsätzliche Debatten geführt werden über Kosten, Zugang, Datenschutz und Ethik.“ Wenn es demnächst möglich sein sollte, dass Patienten per App einen drohenden Herzschaden frühzeitig erkennen, oder wenn ihnen versprochen wird, ihr Leben auf 120 oder 150 Jahre zu verlängern („klingt nach Science Fiction“) – wie damit umgehen? „Wie kann der Arzt das alles dem fragenden Patienten erklären?“

Kein Wunder, dass die Podiumsdiskutanten aus Ärzteschaft, Krankenhausleitungen und Industrie diesem euphorischen Szenario eher pragmatisch gegenübertraten. „Wir brauchen eine Digitalisierung, die wirklich hilft“, sagte der Berliner Kammerpräsident Dr. Günther

Jonitz. Großartige Versprechen müssten genau wie sonst solide belegt werden. Bloße Datenkorrelationen seien noch längst keine Kausalzusammenhänge und der Mensch sei nun mal mehr als die Summe seiner Daten oder Krankheiten. Selbst wenn Roboter im Modellversuch sehr viel schneller und treffsicherer Hautkrebs oder Herzrhythmusstörungen identifiziert hätten als Fachärztergruppen, bestehe doch die Gefahr vieler „Fehlalarme“. Eine neue Technik in der Medizin solle immer dem patientenorientierten Arzt und die Helfer im Krankenhaus unterstützen und letztlich zu einer humaneren Medizin beitragen.

Ähnlich argumentierte Dr. Rainer Norden, Chef des Evangelischen Klinikums Bethel: Digitalisierung sei auf dem Weg, müsse aber unbedingt ethisch kontrolliert werden. Er sieht in den Kliniken immer mehr technische Optimierungsprozesse mit den Zielen Kostensenkung und Gewinnsteigerung, allerdings mit ungeahntem neuem Verwaltungsaufwand. „Und in diese Prozesse sollen schließlich die Patienten reingepresst werden?“

In der zum Kongresstermin publizierten Ausgabe der Fachzeitschrift „ChrisCare“ mit dem Titelthema „Digitalisierung im Gesundheitswesen“ bringt Prof. Timo Ulrich (Akkon-Hochschule, Berlin) die Ambivalenz auf den Punkt: Fortschritte ja („Digitalisierung verändert die Medizin“), aber ist die datenbasierte Computer-Medizin wirklich „Allheilmittel/Revolution/Quantensprung“? Er zitiert den Pionier der evidenzbasierten Medizin in Deutschland, Prof. Gerd Antes (Cochrane-Stiftung), der eine Nutzen-Risiko-Kosten-Analyse von „Big Data“ fordert und sagt: „Es ist bisher kein erkennbarer Nutzen durch Big Data für den Patienten oder das Gesundheitswesen allgemein messbar.“

Ähnlich kürzlich auch das Hamburg Center for Health Economics. Das heißt konkret im Arzt-Patienten-Verhältnis: Totale Digitalisierung konkurriert mit Zeit und Aufmerksamkeit bei der Patientenfürsorge: „Ohne bewusstes Gegensteuern wird die digitale Patientenakte mehr Aufmerksamkeit erhalten als der Patient selbst.“ (Dr. Georg Schiffner, Geriater und Chefarzt in Hamburg-Wilhelmsburg).

Am Ende des Kongresses war auch die Zukunft der Selbstverwaltung ein besonderes Thema. Im Vorwege zu einer in Berlin angekündigten Tagung der Stiftung Marktwirtschaft drängte sich dem Beobachter die Frage auf, ob die ärztliche Selbstverwaltung auch die Gefahr einer sie – durch Arbeitnehmer- und Verbraucherschutz – einengenden digitalen Staatswirtschaft sieht und entsprechend agiert.

HORST KREUSSLER

8.400

Teilnehmer kamen in diesem Jahr zum Hauptstadtkongress. Nach Angaben der Veranstalter war dies auf der größten deutschen Branchenkonferenz Rekord. Leitthema war „Digitalisierung und vernetzte Gesundheit.“

ONKOLOTSEN

„Eine Stelle, die Orientierung gibt.“

Sachsen macht es vor, Schleswig-Holstein steigt ein: In Neumünster wurden die landesweit ersten „Onkolotsen“ ausgebildet. Unklar ist, wie dieses Angebot für Krebspatienten finanziert werden kann.

Diagnose Krebs: „In den ersten Sekunden begreifst du gar nichts. Du bist leer im Hirn, die Info muss ja erstmal ankommen – aber der Arzt redet einfach weiter. Du musst Entscheidungen treffen, vielleicht schon einer Therapie zustimmen. Eine unmögliche Lage“, sagt Andrea Krull. Die Neumünsteranerin hat diese Situation selbst erlebt, als bei ihr vor über fünf Jahren ein Eierstockkarzinom festgestellt wurde. Seither engagiert sich die Lehrerin in der Selbsthilfe und gründete 2013 mit einer zweiten Betroffenen die Gruppe „OvarSHG“ in Kiel. Das Netzwerk hat sich seither erweitert, Gruppen gibt es unter anderem in Hamburg, Essen und München. Krull stieß auf ein Projekt der Sächsischen Krebsgesellschaft, die Fachpersonal aus Kliniken, Praxen oder Beratungsstellen zu „Onkolotsen“ ausbildet. Rund 100 Personen aus verschiedenen Bundesländern nahmen seit 2012 an der Ausbildung teil. Krull durchlief den Kurs 2016 und ist inzwischen in Neumünster ehrenamtlich als Onkolotsin tätig. Im Mai startete die Ausbildung auch in Schleswig-Holstein.

„Ein tolles Projekt“, schwärmt Dr. Dorette Kinzel-Herwig. Die Frauenärztin gehört dem Vorstand des Praxisnetzes Neumünster an, das Kooperationspartner der Sächsischen Krebsgesellschaft bei der Ausbildungsreihe ist. Der Lotse könne helfen, weil bei manchen Patientenfragen auch erfahrene Mediziner an ihre Grenzen gerieten, sagt Kinzel-Herwig: „Probleme der sozialen Absicherung, wie ein Behindertenausweis beantragt wird oder wann eine Reha ansteht – davon habe ich keine Ahnung.“ Auch der einfühlsame Umgang mit den Erkrankten gelinge nicht immer: „Wir bemühen uns natürlich, aber aus Sicht des Patienten mag das anders aussehen und nicht immer perfekt sein.“

Die Aufgaben des Onkolotsen sind vielfältig: „Informationen geben, aber vor allem einfach da sein“, sagt Andrea Krull. Zwischen Diagnose und Therapie-

beginn strömten viele Informationen auf die Betroffenen ein, „da braucht es eine Stelle, die Orientierung gibt“. Etwa: Welche Klinik ist spezialisiert, was ist mit einer Zweitmeinung? Aber auch: Wie gehe ich um mit der Zukunftsangst und was bedeutet es, wenn die Diagnose „unheilbar“ lautet? „Es geht wohlgerne nicht um eine psychoonkologische Therapie“, betont Krull, „sondern um praktische Fragen, die die Erkrankten klären müssen, bevor sie überhaupt an eine Therapie denken können.“

Eben da zeige das Lotsenmodell sein „Win-win“-Potenzial, meint Krull: „Der Onkolotse kann das Personal in Kliniken und Praxen von vielen Gesprächen entlasten.“ Es sei wichtig, dass die Lotsen schnell eingeschaltet werden. „Meist kommen die Leute nur einige Male, dann sind die Dinge geklärt und sie gehen beruhigt in die Therapie.“

Im Kurs, der aus sechs bis sieben Modulen besteht, befassen sich die künftigen Onkolotsen mit medizinischen Fragen zu Entstehung und Verlauf von Krebserkrankungen. Die sechs am häufigsten auftretenden Arten und die gängigen Therapien werden besonders berücksichtigt. Weitere Workshops betreffen sozialrechtliche Fragen, etwa den Anspruch der Patienten auf Ernährungsberatung oder Sportkurse. Besonders wichtig sind Gesprächstechniken: „Man muss zuhören und reagieren, aber nicht bestimmen“, sagt Andrea Krull. Dabei müssen die Lotsen schwierigste Fragen sensibel handhaben: „Wie geht man um mit jemand, der sterben wird?“

Anfangs erhielt die Sächsische Krebsgesellschaft Fördermittel für die Ausbildung. Inzwischen sind die Kurse, die mit einem Zertifikat abschließen, kostenpflichtig: Knapp 2.000 Euro kostet die Teilnahme. Da sich das Angebot vor allem an Menschen richtet, die beruflich mit Krebspatienten zu tun haben – Ärzte, Beschäftigte in Kliniken und Praxen, aber auch aus anderen Bereichen des Gesundheitswesens wie Apotheken, Krankenkassen, Beratungsstellen – könn-

ten die Arbeitgeber einen Beitrag leisten. Die Veranstalter bemühen sich zudem um Spenden oder Sponsoren.

Unklar ist allerdings, wie die spätere Tätigkeit der Onkolotsen abgerechnet werden kann. „Die Bezahlung ist der wunde Punkt“, räumt Kinzel-Herwig ein. Zurzeit ist die zertifizierte Beratung keine abrechenbare Leistung. In Sachsen läuft aktuell eine mehrjährige Studie, die den Nutzen der Onkolotsen bewertbar machen soll. Zurzeit aber müsste eine Praxis oder Klinik, die stundenweise eine Person für die Lotsentätigkeit freistellt, die Kosten dafür selbst aufbringen. Löhnen könne sich das dennoch, sagt Krull. Neben den besseren Abläufen sei es „eine Frage der Haltung“, ob eine Klinik eine solche Stelle schafft. Denkbar sei auch, dass mehrere niedergelassene Praxen sich einen Lotsen teilen und anteilig zahlen. Kinzel-Herwig ist da skeptisch: „Wenn ich ehrlich bin – das ist kaum vorstellbar.“ Schließlich könne kein Lotse die ärztliche Tätigkeit ersetzen. „Es muss eine zusätzliche Betreuung sein“, sagt die Gynäkologin. „So schön das Modell ist, ich sehe kaum Chancen, dass die Praxen es zahlen.“ Ähnlich war die Reaktion bei einer ersten Nachfrage in Kliniken: „Da gab es nicht viel Gegenliebe.“

Ob mittelfristig eine Finanzierung über die Krankenkassen möglich ist, steht noch in den Sternen. „Eine Beurteilung ist schwierig, weil wir bislang keinerlei Erfahrungen haben“, sagt Florian Unger, Sprecher des Ersatzkassen-Landesverbandes vdek. Er verweist auf die laufende Studie zur gesundheitsökonomischen Evaluation. „Erst wenn die Ergebnisse vorliegen, gibt es für die Kassen eine Grundlage, um das Projekt aus Kassensicht zu bewerten.“ Krull wünscht sich, dass trotz der Hürden weitere Lotsen einsteigen, auch Männer. Denn bestimmte Gespräche, etwa wenn Prostatakrebs-Patienten über Sex reden wollen, fielen unter Geschlechtsgenossen deutlich leichter.

ESTHER GEISSLINGER

Info

19.500 Menschen in Schleswig-Holstein erkranken pro Jahr neu an Krebs. Zusätzlich treten jährlich 7.400 Fälle des „weißen Hautkrebses“ auf, den das Krebsregister des Landes gesondert erfasst. Nach aktuellen Zahlen des Registers, die den Zeitraum 2012 bis 2014 abdecken, sterben pro Jahr 8.200 Menschen im Land an Krebs. 70 Prozent der Frauen und 65 Prozent der Männer überleben demnach die erste Diagnose um fünf Jahre.

ENTWICKLUNGSHILFE

Hilfe für Tansania

Der Verein „Kieler Ärzte für Afrika“ unterstützt eine Region in Tansania seit zehn Jahren. Die 54 ärztlichen Mitglieder achten darauf, dass das eingesetzte Geld auch dazu beiträgt, die Eigenverantwortung zu stärken.



Der vor zehn Jahren gegründete Verein „Kieler Ärzte für Afrika“ sieht gute Chancen, dass die von ihm unterstützte Region in Tansania mittelfristig unabhängiger von der Hilfe aus Deutschland wird. Insbesondere das wachsende betriebswirtschaftliche Verständnis und die Fähigkeit, sich eigenverantwortlich zu helfen, stimmen die Kieler Unterstützer optimistisch. Zugleich wissen sie, dass ein kompletter Verzicht auf Unterstützung vorerst noch nicht möglich ist. Mit dieser Einschätzung kehrten jüngst die Ärzte Dr. Klaus Jessen und Dr. Gerd Leimenstoll, Vorstandsmitglieder des Kieler Vereins, von einer Reise aus Tan-

sania zurück.

„Es gibt einen Wandel zum Positiven. Insbesondere ein Chefarztwechsel im Marangu-Hospital gibt uns die Hoffnung, dass unsere Richtung „Hilfe zur Selbsthilfe“ künftig noch stärker verfolgt wird“, sagt Jessen. „Es bringt nichts, nur Geld zu geben. Wir müssen flankierend unterstützen und die Eigenverantwortung stärken“, sagt Leimenstoll. Erst müsse vor Ort ein Businessplan aufgestellt werden, dann könne man darüber sprechen, wie man von deutscher Seite aus helfen kann. Die beiden Ärzte sind wie berichtet (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 7/8 2015) wiederholt in Tansania am Fuß des Kilimandscharo gewese-

KÄFA

„Kieler Ärzte für Afrika“: Der Verein wurde 2008 in Kiel gegründet. Heute gehören dem Verein 54 Ärzte und drei Institutionen aus dem Gesundheitswesen an.

sen, um Näheres über die Wirksamkeit der Hilfsaktionen von „Kieler Ärzte für Afrika“ zu erfahren. Der Verein hat 54 ärztliche Mitglieder und kümmert sich in Tansania vorrangig um zwei Projekte eines kirchlichen Trägers vor Ort. In den ersten Jahren beobachteten sie dank der Spenden aus Kiel zwar dringend erforderliche Fortschritte in der medizinischen Versorgung, eine nachhaltige Verbesserung hin zur eigenverantwortlichen Hilfe konnten sie aber nicht entdecken.

Das vergangene Jahr markiert nach ihrer Beobachtung einen Wendepunkt. Hilfreich war dabei, dass der leitende Bischof des Landes mit der deutschen Mentalität vertraut ist und versucht, den



Dr. Klaus Jessen (links) und Dr. Gerd Leimenstoll aus dem Vorstand des Vereins „Kieler Ärzte für Afrika“ haben bei Besuchen in Tansania wahrgenommen, dass ein Mentalitätswandel vor Ort stattfindet: Langfristig will man unabhängig von Spenden werden.

Symptomatisch für das Marangu-Hospital: Die teure Waschmaschine deutschen Fabrikats ist ausgefallen - deshalb muss die Krankenhauswäsche wie früher gereinigt werden.



„Es bringt nichts, nur Geld zu geben. Wir müssen flankierend unterstützen und die Eigenverantwortung stärken.“

Unterstützung entbehrlich macht.

Ein Problem in Uuwo ist die Nähe zum wohlhabenderen Kenia, das ebenfalls dringend gut ausgebildetes medizinisches Personal sucht. Um dieses in Uuwo zu halten, lässt die Kirchengemeinde mit Unterstützung der apo-Bank-Stiftung, die von Kieler Seite angeregt wurde, Wohnungen für das medizinische Personal bauen, die günstig gemietet werden können. „Wir müssen die Ärzte und Schwestern vor Ort halten, sonst ist eine medizinische Versorgung nicht möglich“, begründet Jessen das Engagement. Im Sommer werden die Wohnungen bezogen, über die Mieter entscheidet die Kirchengemeinde vor Ort.

In Uuwo werden jährlich rund 7.000 bis 8.000 Menschen medizinisch versorgt. Dabei geht es ausschließlich um eine Basisversorgung, die rund um die Uhr geleistet wird. Das nächste Krankenhaus, das Marangu-Hospital, ist rund zehn Kilometer entfernt. Diese Entfernung ist angesichts der schlechten Infrastruktur und der wenigen zur Verfügung stehenden Transportmittel aber schwer zu bewältigen.

Im Marangu-Hospital litt die Versorgung nach Beobachtung Jessens und Leimenstolls in den vergangenen Jahren immer wieder darunter, dass gespendete Geräte ausfielen, weil sich niemand um die Wartung kümmerte. Auch die Beschaffung von Ersatzteilen ist ein Problem. Inzwischen sind die Kieler Ärz-

te optimistisch, dass sich die Beteiligten vor Ort stärker um dieses Problem kümmern, um die gespendeten Geräte auch langfristig nutzen zu können.

Die positive Entwicklung in der Region Uuwo ist nicht überall in Tansania zu beobachten. Die Lebenserwartung in Tansania liegt bei nur 63 Jahren. Sorge bereitet den Kieler Ärzten, dass die Bevölkerung des Landes nach Prognosen von heute rund 57 Millionen auf 138 Millionen im Jahr 2050 anwachsen soll. Wie die medizinische Versorgung mit dieser Bevölkerungsentwicklung mithalten soll, wissen auch Jessen und Leimenstoll nicht.

DIRK SCHNACK

Helfern vor Ort davon etwas zu vermitteln. Auch der neue Chefarzt des unterstützten Marangu-Hospitals verfolgt nach Beobachtung Jessens und Leimenstolls diese Richtung. Aber auch die allgemein positive Entwicklung der Region Uuwo hilft. Dort hat sich inzwischen eine vergleichsweise gut verdienende Mittelschicht angesiedelt, die auch in der Lage ist, sich eine Krankenversicherung zu leisten; dies können derzeit nur rund 15 Prozent der Menschen in Tansania. Die steigende Zahl an Krankenversicherten wiederum hilft den medizinischen Einrichtungen, ihre Leistungen zu refinanzieren. Daraus entsteht ein Kreislauf, der eine komplette externe

IHR ERFAHRUNGSBERICHT

Sie haben selbst im Ausland ärztlich geholfen oder Ihre berufliche Erfahrung in einem anderen Kontext eingebracht? Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt freut sich über Ihren persönlichen Erfahrungsbericht. Bitte nehmen Sie Kontakt mit uns auf oder schicken Sie uns unverbindlich Ihr Manuskript plus Fotos an: aerzteblatt@aecksh.de

PORTRAIT

„Wir verlassen uns zu stark auf die Geräte“

Dr. Christian Thomsen ist am Ende seiner beruflichen Tätigkeit nach Schleswig-Holstein gezogen. Sein Lebensthema ist die Ganzkörperuntersuchung und die Bewahrung klassischen Wissens.



Der Junge kam mit Rückenschmerzen zum Hausarzt. Der verschrieb Schmerzmittel, die nicht halfen. Der Orthopäde meinte, der Kleine sei faul, er solle mehr Sport treiben. Die Knoten, die kurz darauf am Hals wuchsen, wurden operativ entfernt. Den Tumor in den Hoden entdeckten die Ärzte erst Wochen später.

„Hätte nur einer der Beteiligten den Jungen in dieser ganzen Zeit einmal gründlich untersucht, wie viele Umwege hätte man sich gespart und wie viel besser hätte man dem Patienten helfen können“, sagt Dr. Christian Thomsen. Es sind Geschichten wie diese, die den Arzt dazu bringen, kurz vor Ende seiner beruflichen Laufbahn wieder an seine Anfänge anzuknüpfen: Thomsen hat ein Buch verfasst, das auf seiner Doktorarbeit aufbaut. Es ist ein praktischer Leitfaden mit knappen Beschreibungen und Skizzen, die zeigen, wie eine gründliche körperliche Untersuchung aussehen soll. Das Buch wendet sich hauptsächlich an Studierende, lohnt aber auch für ausgebildete Ärzte als schnelles Nachschlagewerk. Denn die Kenntnisse über eine

fachgerechte Ganzkörperuntersuchung schwinden, meint Thomsen: „Wir sind dabei, die Grundlagen unserer Arbeit zu verlieren.“

Der gebürtige Hamburger wohnt seit 2010 auf der Halbinsel Eiderstedt, mit weitem Blick über grüne Wiesen, auf denen im Frühjahr und Sommer Schafe grasen. „In Schleswig-Holstein habe ich mich immer wohl gefühlt“, sagt der 67-Jährige. Bereits als Kind sei er gern bei seinen Verwandten in der Nähe von Kiel gewesen: „Ein Ort der Entschleunigung.“ Dennoch verbrachte Thomsen große Teile seines Arbeitslebens in Hamburg, später in England und in der Schweiz, bevor er in den Norden zurückkehrte. Vor allem England, das Land, das er bereits als Student besuchte, hat „alles geändert“, sagt Thomsen.

Eigentlich wollte der großgewachsene Mann Allgemeinmediziner oder Internist werden. Aber die Marine, bei der er mit dem Studium begann, „brachte mich dazu, Anästhesie gut zu finden“, denn in dem Bereich herrschte gerade Mangel, zudem war die Arbeit im OP spannender, als Thomsen gedacht hatte.

1975 ging der Jungmediziner mit einem Auslandsstipendium nach England. Der Grund: „Es war bekannt, dass die Engländer ganz hervorragend im Bedside-Teaching waren, in der praktischen Unterweisung ihrer Studenten am Krankenbett.“ In kleinen Gruppen, teilweise im Einzelunterricht, lernten die Studierenden, wie sie sich Patienten nähern, welche Fragen sie stellen sollten und was Handflächen, Augen und Lungengeräusche verraten. Thomsen schrieb eifrig mit, zeichnete Skizzen. War begeistert von dem, was die körperliche Untersuchung alles zeigt.

Er suchte eine Möglichkeit, seine Skizzen und Erfahrungen in eine Doktorarbeit zu verwandeln, und fand schließlich in der Medizingeschichte seine Doktorväter. Die historischen Zusammenhänge fesselten ihn ebenso wie die Untersuchung selbst – bis heute kann Thomsen aus dem Gedächtnis die Jahreszahlen nennen, an denen erstmals Untersuchungsmethoden erprobt und neue Ideen gewagt wurden.

Sein Faible für Geschichte zeigt sich auch in dem Haus, in dem er mit seiner Frau und seiner jüngeren Tochter lebt. Der reetgedeckte Bau, der auf einer Warft mitten auf der Halbinsel liegt, ist ein Haubarg, eines der typisch Eiderstädter Häuser in Ständerbauweise, in denen früher Mensch und Tier unter einem großen Dach lebten und in dessen eingebauter Scheune das Heu geborgen wurde; das bedeutet übersetzt die Bezeichnung dieses Haustyps. Thomsen glaubt, dass sein Haus der älteste noch stehende Haubarg auf Eiderstedt überhaupt sein könnte: Die Balken stammen von 1588. In jahrelanger Arbeit haben der Arzt und vor allem seine Frau Zimmer für Zimmer renoviert. „Beim Tag des offenen Hofes musste ich von morgens bis abends Führungen machen“, berichtet Thomsen. Wie über die Medizingeschichte kann er inzwischen auch über Gebälk, Fliesenornamente und den „Hexenstern“ an einer alten Tür im Haus berichten.

Dr. Christian Thomsen vor seinem Haubarg auf Eiderstedt. Der Anästhesist arbeitet heute als Honorararzt in verschiedenen Kliniken in Schleswig-Holstein. Sein Hobby ist neben seinem Haus die Medizingeschichte.

Aber die körperliche Untersuchung bleibt sein Lebensthema. Obwohl er selbst als Anästhesist wenig Gelegenheit dazu hat, spricht er mit Studierenden über die Bedeutung des Handanlegens. Seine Furcht: Verlassen sich Ärzte zu sehr auf die Geräte und zu wenig auf ihren Tastsinn, den Augenschein und die Fachkenntnisse, ist „das Fundament in Gefahr“, so auch der Titel eines Aufsatzes, den Thomsen 2005 für das Deutsche Ärzteblatt schrieb.

Gut 15 Jahre lang arbeitete Christian Thomsen am BG-Klinikum in Hamburg. Dann zog es ihn erneut nach England. Anfang der Nuller Jahre warb die englische Regierung im EU-Ausland Mediziner an, um die Engpässe im staatlichen Gesundheitssystem zu beheben. Thomsen fing bei einem Treatment Centre in der Nähe von Sheffield an, das auf Knie- und Hüft-OPs spezialisiert war. Tempo und effektive Arbeit standen im Vordergrund, Röntgenbilder wurden an Radiologen in Belgien verschickt, Befunde hin- und her gemailt. „Hilfreich, ja – aber auch schrecklich, wenn ein Arzt den Patienten nicht einmal mehr zu Gesicht bekommt, geschweige denn eine richtige Untersuchung macht“, sagt Thomsen.

Gut 200 Jahre alt ist die heutige Form der Untersuchung, bei der der Arzt seine Hände, seine Augen und das Stethoskop einsetzt. Der Durchbruch kam an der Schwelle zum 19. Jahrhundert. „Viel daran geändert hat sich bis heute nicht“, sagt Thomsen. Ein bisschen bessere Geräte, ein paar neue Handgriffe, ansonsten gehe der moderne Mediziner genauso vor wie die Heiler und Forscher im 19. Jahrhundert. Nur verschwinde das Wissen allmählich, bedauert Thomsen: „Viele verlassen sich zu stark auf die Geräte und vernachlässigen den Augenschein und den Tastsinn.“ Röntgenstrahlen statt Hand, CT statt Gespräch – es scheint so einfach. Und kann so schiefgehen: „Ich kann doch die Geräte nur dann sinnvoll einsetzen, wenn ich bereits einen begründeten Verdacht habe“, sagt Thomsen.

Während der Jahre in England – „die Familie war in Deutschland geblieben, ich hatte viel Zeit“ – überarbeitete er seine Doktorarbeit. Nach einem weiteren beruflichen Engagement als Oberarzt in einer Schweizer Klinik kehrte der Arzt nach Deutschland und in den Norden zurück. Zurzeit ist er als Honorararzt tätig und springt in verschiedenen Krankenhäusern ein, wenn dort Personalengpässe entstehen. Regelmäßig steht er in Itzehoe im OP, tageweise arbeitet er im Inselkrankenhaus in Wyk auf Föhr. Für die Ganzkörperuntersuchung setzt er sich weiterhin ein: „Es darf nicht sein, dass junge Ärzte ihr Studium beenden, ohne dieses Wissen zu haben.“

ESTHER GEISSLINGER

Info

Die griechische „Säftelehre“ bildete bis fast zum 19. Jahrhundert die Grundlage der Diagnostik. Erst der Italiener Giovanni Battista Morgagni stellte in seinem 1761 veröffentlichten Lebenswerk „De sedibus et causis morborum“ Krankheitsgeschichte und Befunde der Leichenschau in Beziehung. 1811 forderte Jean-Nicolas Corvisart, Leibarzt Napoleons, ein Buch, mit dem Krankheiten bereits zu Lebzeiten diagnostiziert werden konnten. Er baute damit auf der von Auenbrugger entwickelten Methode der Perkussion auf. 1819 erfand René Laennec das Stethoskop. 1839 entwickelte Josef von Skoda seine bis heute gültige These von Perkussion und Auskultation.

INNOVATIONSFONDS

Gemeinsam entscheiden

Projekt zur gemeinsamen Entscheidungsfindung am UKSH wird vom Innovationsfonds gefördert. Dr. Eckart von Hirschhausen als Botschafter.

Am Campus Kiel des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) ist „MAKING SDM A REALITY“, ein durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördertes Projekt, gestartet. Ziel ist, Patienten stärker in Entscheidungen über ihre Behandlungen einzubinden und so die Versorgungsqualität zu verbessern. Dafür werden leicht verständliche medizinische Informationen für Patienten bereitgestellt sowie Ärzte und Pflege in der Kommunikation geschult. Insgesamt werden rund 14 Millionen Euro investiert, um „Shared Decision Making“ (SDM), eine partnerschaftliche Form der Arzt-Patienten-Kooperation, innerhalb der nächsten vier Jahre in sämtlichen Einheiten in Kiel zu etablieren. Das Kieler Klinikum konnte sich bei der Bewerbung um die Implementierung gegen andere Krankenhäuser in Deutschland durchsetzen.

Mit dem Vorhaben soll Shared Decision Making zum Standardverfahren der Therapieentscheidung werden. Im klinischen Alltag gilt es dabei, neue medizinische Erkenntnisse und die Präferenzen des Patienten zusammenzuführen.

Das Interventionsprogramm bein-

haltet vier Module: Ärztetrainings, Qualifizierung des Pflegepersonals, Anregungen für Patienten sowie die Bereitstellung evidenzbasierter und laienverständlicher Patienteninformationen auf einer Online-Plattform. Es wird also parallel auf Krankenseite und auf Patientenseite angesetzt. Insgesamt soll so die Gesundheitskompetenz von Patienten in Bezug auf ihre eigenen Erkrankungen gefördert werden. Gleichzeitig werden die Versorgungs- und die Indikationsqualität in der Krankenhausmedizin nachhaltig verbessert.

Auch von prominenter Seite erhält das Projekt Unterstützung. „Ich engagiere mich für mehr Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung, weil Humanmedizin für mich bedeutet, kranke Menschen in ihren persönlichen Präferenzen ernst zu nehmen, auf Augenhöhe zu informieren und zu begleiten“, sagte Dr. Eckart von Hirschhausen, der sich als Botschafter für das Kieler Innovationsfondsprojekt deutschlandweit einsetzt.

Das UKSH kooperiert bei diesem Projekt eng mit Partnern am Universitätsklinikum Tromsø in Norwegen, wo SDM analog etabliert wird. (PM/RED)



Patienten in Entscheidungen einbeziehen: Das UKSH hat hierzu kürzlich ein Projekt gestartet.

GEBURTSTAGE

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

Dr. Bahman Kiani, Heiligenhafen, feiert am 03.08. seinen 85. Geburtstag

Dr. Rolf Tetzlaff-Gahrmann, Lübeck, feiert am 03.08. seinen 75. Geburtstag

Dr. Frank-Thomas Wiemer, Fockbek, feiert am 03.08. seinen 75. Geburtstag

Dr. Rosemarie Harz, Reinbek, feiert am 03.08. ihren 70. Geburtstag

Prof. Hans Rieckert, Kiel, feiert am 04.08. seinen 80. Geburtstag

Dr. Carsten Schiefer, Bad Bramstedt, feiert am 06.08. seinen 75. Geburtstag

Dr. med./Univ. Prag Ladislaus Jindrichovsky, Kronshagen, feiert am 07.08. seinen 75. Geburtstag

Dr. Eckehard Festersen, Itzehoe, feiert am 07.08. seinen 70. Geburtstag

Peter Ahsbals, Neumünster, feiert am 08.08. seinen 70. Geburtstag

Dr. Rainer Gerdas, Westerröfeld, feiert am 12.08. seinen 75. Geburtstag

Dr. Hans Meyer, Lübeck, feiert am 13.08. seinen 80. Geburtstag

Dr. Manfred Böger, Eckernförde, feiert am 16.08. seinen 70. Geburtstag

Dr. Reinold Hillebrand, Rabenkirchen-Faulück, feiert am 16.08. seinen 70. Geburtstag

Dr. Dr. phil. Karl-Werner Ratschko, Bad Segeberg, feiert am 17.08. seinen 75. Geburtstag

Dr. Karsten Lück, Lübeck, feiert am 20.08. seinen 75. Geburtstag

Dr. Volkher Schulte, Harrislee, feiert am 20.08. seinen 75. Geburtstag

Dr. Rainald Pohl, Tarp, feiert am 22.08. seinen 75. Geburtstag

Wesselka Werner, Flensburg, feiert am 23.08. ihren 90. Geburtstag

Dr. Hubert Hoser, Mölln, feiert am 24.08. seinen 75. Geburtstag

Dr. Jürgen Tonagel, Großhansdorf, feiert am 26.08. seinen 80. Geburtstag

Dr. Egon Werner Nowak, Pinneberg, feiert am 29.08. seinen 80. Geburtstag

Ortrun Lohsen, Heikendorf, feiert am 30.08. ihren 70. Geburtstag

Dr. Wolfgang Schmiedebeg, Niebüll, feiert am 31.08. seinen 75. Geburtstag

Stabwechsel in der Brunsbütteler Geriatrie

Dr. Christine Guzy hat die Leitung der Klinik für Geriatrie am Westküstenklinikum Brunsbüttel übernommen. Ihr Vorgänger Dr. Henrik Herrmann bleibt Ärztlicher Direktor des Hauses und Ärztlicher Leiter des Bildungszentrums für Gesundheitsberufe in Heide.

Guzy ist Fachärztin für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie und Palliativmedizin. Die 52-Jährige hat in Hamburg Medizin studiert und ihre Facharzt Ausbildung in Itzehoe absolviert. Vor ihrem Wechsel nach Brunsbüttel war Guzy Oberärztin für Geriatrie bei Dr. Bernd Sgries in Itzehoe.

„Die Führung der Abteilung ist mir durch meine langjährige Arbeit als Lei-

tende Oberärztin vertraut. Ich übernehme eine gut aufgestellte Abteilung in neuen modernen Räumlichkeiten, die gut in die neue Struktur des Integrierten Versorgungszentrums passt und einen wichtigen Beitrag zur wohnortnahen Versorgung älterer Menschen hier in Brunsbüttel leistet“, sagte Guzy, die zuvor acht Jahre als leitende Oberärztin Stellvertreterin Herrmanns war. Der 59-Jährige zieht sich aus der Führung der Abteilung zurück, um sein berufspolitisches Engagement auszubauen. Herrmann ist Vizepräsident der Ärztekammer und Landesvorsitzender des Marburger Bundes in Schleswig-Holstein. (PM/RED)



Dr. Christine Guzy ist neue Leiterin der Klinik für Geriatrie am WKK Brunsbüttel.

KGSH unter neuem Vorsitz

Landespastor Heiko Naß ist seit Juni neuer Vorsitzender der Krankenhausesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH). Der 54-Jährige löst Dr. Jörn Klimant ab, der sich nach seiner Tätigkeit als Landrat beruflich umorientiert hat. Naß war zuvor stellvertretender Vorsitzender der KGSH. Neuer Vize ist nun der Landrat des Kreises Steinburg, Torsten Wendt. Er komplettiert das dreiköpfige Präsidium zusammen mit Dr. Cordelia Andreßen, die wiedergewählt wurde. Andreßen ist zugleich Vorsitzende des VPKSH - Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein e.V. - und Kuratoriumsmitglied der Lubinus Stiftung in Kiel. Wie berichtet hatte es zugleich einen Wechsel in der Geschäftsführung der KGSH gegeben: Patrick Reimund folgte auf Bernd Krämer, der sich in den Ruhestand verabschiedet hat. (PM/RED)

Auszeichnung für Prof. Mehdorn

Prof. em. Maximilian Mehdorn, von 1991 bis 2015 Direktor der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel, ist von der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) mit der Wilhelm-Tönnis-Medaille ausgezeichnet worden. Mehdorn erhielt die Medaille auf der 69. Jahrestagung der Gesellschaft in Münster. Die Auszeichnung wird an Neurochirurgen „für überragende Leistungen auf dem Gebiet der Neurochirurgie“ vergeben. Damit verbunden ist zugleich die Ehrenmitgliedschaft in der DGNC. UKSH und die Kieler Christian-Albrechts-Universität gratulierten zur Auszeichnung, die sie zugleich als „hochverdient“ bezeichneten. Die unregelmäßig vergebene Medaille wurde von der DGNC zu Ehren des deutschen Neurochirurgen Wilhelm Tönnis gestiftet. (PM/RED)

Wechsel von Lübeck nach Bad Segeberg



PD Dr. Jan C. Schagemann und Chefarzt Dr. Robert Keller (von links).

PD Dr. Jan C. Schagemann ist neuer Oberarzt in der Klinik für Chirurgie an den Segeberger Kliniken. Der 41-Jährige Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie kommt vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Lübeck. Dort war er als Funktionsoberarzt in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie und als stellvertretender Bereichsleiter der Kinderorthopädie tätig. Schagemann ist laut Klinik Experte auf dem Gebiet der Endoprothetik, der Rekonstruktion von Knorpelschäden und der Behandlung von Kniescheibeninstabilitäten.

Schagemann hat in Münster und Kopenhagen studiert und in Freiburg promoviert. Nach dem Studium absolvierte er ein 18monatiges Postdoc-Research-

Fellowship an der Mayo-Clinic in den USA. Seine Facharztausbildung schloss er 2013 am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein in Lübeck ab.

In den Folgejahren erwarb er u. a. die Zusatzbezeichnungen Spezielle Orthopädische Chirurgie und Manuelle Therapie/Chirotherapie. 2017 habilitierte er auf dem Gebiet der Knorpelregeneration und erhielt die Lehrbefugnis für Orthopädie der Universität in Lübeck. Er war maßgeblich an der Zertifizierung der Klinik als Endoprothetikzentrum beteiligt und zertifizierter Hauptoperateur. Er ist aktives Mitglied diverser orthopädischer Fachgesellschaften, u. a. Gastmitglied des Knorpel-/Meniskuskomitees der Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie (AGA). (PM/RED)

Marlies Borchert von den Segeberger Kliniken zur Ehrenbürgerin der Stadt ernannt

Marlies Borchert, geschäftsführende Gesellschafterin der Segeberger Kliniken, ist für ihr berufliches Lebenswerk zur Ehrenbürgerin der Stadt Bad Segeberg ernannt worden. Die 74-Jährige ist seit Gründung der Kurklinik 1974 in verschiedenen Positionen im Unternehmen tätig. Sie ist die erste Frau in der Riege von sieben Männern, die seit 1843 zu Ehrenbürgern der Stadt ernannt wurden. Die Segeberger Kliniken sind nach eigenen Angaben heute größter Arbeitgeber der Stadt an der Trave. 2.000 Mitarbeiter versorgen jährlich fast 40.000 Patienten. Das Unternehmen ist landesweit die größte Eigentümer geführte Klinik mit Sitz in Schleswig-Holstein.

„Von der Kurklinik bis zum Lehrkrankenhaus, das ist schon fast ein olympischer Weg“, sagte Bürgervorsteherin Ingrid Altner in ihrer Laudatio während

des Festaktes im Bürgersaal des Segeberger Rathauses und lobte damit Borcherts Arbeit für die Segeberger Kliniken, die sie 1991 im management buy out Verfahren gekauft und anschließend weiterentwickelt hatte. (PM/RED)



Marlies Borchert (Mitte) bei der Auszeichnung zur Ehrenbürgerin mit Bürgermeister Dieter Schönfeld und Bürgervorsteherin Ingrid Altner.

GEBURTSTAGE

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

Dr. Jürgen Wiedemann, Kiel, feiert am 02.09. seinen 75. Geburtstag

Dr. Heike Arnold, Lübeck, feiert am 04.09. ihren 80. Geburtstag

Dr. Gisela Nuppenau, Norderstedt, feiert am 06.09. ihren 85. Geburtstag

Dr. Dipl.-Psych. Gunnar Paulsen, Kiel, feiert am 12.09. seinen 75. Geburtstag

Dr. Klaus Harpprecht, Husum, feiert am 13.09. seinen 80. Geburtstag

Dr. Georg Postler, Neuberend, feiert am 14.09. seinen 85. Geburtstag

Prof. Hans-Jürgen Mest, Quickborn, feiert am 15.09. seinen 75. Geburtstag

Dr. Helgard Heidemann, Heikendorf, feiert am 16.09. ihren 70. Geburtstag

Dr. Wolfgang Mitlehner, Klappholz, feiert am 16.09. seinen 70. Geburtstag

Dr. Dierk Lorenz, Leck, feiert am 18.09. seinen 75. Geburtstag

Prof. Ulrich Seppelt, Flensburg, feiert am 18.09. seinen 75. Geburtstag

Dr. Oskar Wegener, Ahrensburg, feiert am 19.09. seinen 90. Geburtstag

Dr. Jochen-Michael Schäfer, Kiel, feiert am 21.09. seinen 75. Geburtstag

Dr. Sönke Thomsen, Flensburg, feiert am 21.09. seinen 70. Geburtstag

Prof. Wolfgang Müller-Ruchholtz, Molfsee, feiert am 22.09. seinen 90. Geburtstag

Prof. Heiko Iven, Lübeck, feiert am 24.09. seinen 75. Geburtstag

Friedrich Mittelstädt, Osdorf, feiert am 25.09. seinen 80. Geburtstag

Dr. Reiner Scholz, Kiel, feiert am 25.09. seinen 70. Geburtstag

Dr. Michael Werner, Neumünster, feiert am 27.09. seinen 70. Geburtstag

Hannelore Stamm, Schönkirchen, feiert am 28.09. ihren 75. Geburtstag

Dr. Karl-Heinz Mierisch, Oldenburg, feiert am 30.09. seinen 95. Geburtstag

Dr. Wolf-Dieter Schreiner, Lübeck, feiert am 30.09. seinen 75. Geburtstag

KURZ NOTIERT

Wiederwahl bei der DKG

Prof. Christoph Röcken und Prof. Frank Gieseler sind für zwei weitere Jahre in den Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) gewählt worden. Röcken ist Leiter des Instituts für Pathologie und Leiter des Onkologischen Zentrums am UKSH in Kiel. Gieseler ist Bereichsleiter Experimentelle Onkologie, Palliativmedizin und Ethik in der Onkologie der Medizinischen Klinik I am Campus Lübeck und Vorsitzender der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft. In seiner Vorstandsposition vertritt Gieseler die 16 Landeskrebsgesellschaften (Sektion A). Röcken repräsentiert die medizinisch-wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaften (Sektion B) der DKG. Neben seinem Vorstandsamt in der DKG wurde Röcken zudem zum stellvertretenden Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Pathologie e.V. (DGP) gewählt. Die DGP ist die wissenschaftliche Fachgesellschaft in der Pathologie und fördert die ärztlichen Belange in dem Bestreben, der Erforschung und Abwehr von Krankheiten zu dienen. (PM/RED)

Neuer Chef in der Herzchirurgie

Prof. Stefan Klotz ist seit ersten Juli neuer Chefarzt in der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie der Segeberger Kliniken. Der 46-Jährige kommt von der Uniklinik Lübeck, wo er seit 2011 als leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor tätig war. Klotz hat in Bonn studiert und lange Zeit an der Uniklinik Münster gearbeitet, wo er nach einem Forschungsaufenthalt an der Columbia University New York 2006 habilitierte. Klotz ist Mitglied zahlreicher wissenschaftlicher Gesellschaften und Tagungspräsident der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie. Er folgt in Bad Segeberg auf den unerwartet verstorbenen PD Dr. Ernst-Günter Kraatz. (PM/RED)

Kaufmännische Leitung in Husum

Stephan Unger ist seit einigen Wochen neuer kaufmännischer Direktor am Klinikum Nordfriesland. Der gelernte Bankkaufmann und Wirtschaftswissenschaftler hatte zuvor als kaufmännischer Leiter der Klinik für Geriatrie in Geesthacht Erfahrungen im Gesundheitswesen gesammelt. Laut Klinikangaben setzt Unger in seiner neuen Position auf „wertschätzende Kommunikation“, in der Mitarbeiter Unstimmigkeiten sachlich ansprechen. Unger kündigte an, dass er vor Veränderungen die Prozesse in Nordfriesland zunächst beobachten und hinterfragen wolle. (PM/RED)

Doppelspitze in der Klinik Nord

Dr. Christian Clausen wird ab September gemeinsam mit PD Dr. Marc Schult die ärztliche Leitung in der Klinik für Unfall- und Orthopädische Chirurgie der Asklepios Klinik Nord - Heidberg übernehmen. Beide Chefarzte werden nach Angaben des Konzerns die Abteilung gleichberechtigt leiten: Schult wird die Bereiche Schwerverletztenversorgung und Handchirurgie verantworten und als Durchgangsarzt tätig sein, Clausen wird den Bereich Orthopädie inklusive Ersatz der großen Gelenke sowie die Fußchirurgie übernehmen. Beide Chefarzte kennen sich nach eigenen Angaben seit mehreren Jahren und haben nach möglichen Kooperationsformen gesucht. Der 45-Jährige Clausen stammt aus Hamburg und hatte zuletzt an der Paracelsus Klinik in Henstedt-Ulzburg gearbeitet. Weitere berufliche Stationen waren die Charité sowie Kliniken in Bremervörde, Stade, Lüneburg, Hamburg-Harburg und Hamburg-Eilbek. Unterstützt wird Clausen in Heidberg von seiner Kollegin und Oberärztin Dr. Astrid Thiemann, die mit ihm zusammen aus Henstedt-Ulzburg zu Asklepios wechseln wird. (PM/RED)

Häufig temperamentvoll, stets fair

Am 12. Mai 2018 ist unser geschätzter Chefarztkollege Dr. Horst Ostertag plötzlich bei einem tragischen Unfall ums Leben gekommen. Er wurde nur 60 Jahre alt.

Dr. Ostertag wurde am 2. August 1957 in Hamburg geboren, wo er nach dem Abitur sein Medizinstudium und seine Facharztausbildung an der Universitäts-Frauenklinik Eppendorf unter der Leitung von Prof. H. Maass absolvierte.

Gemeinsam mit Prof. Walter Jonat wechselte er 1996 als Oberarzt an die Universitäts-Frauenklinik Kiel und übernahm 2004 als Nachfolger von PD Dr. Ackermann die Chefarztleitung der Frauenklinik des Diakonissen-Krankenhauses Flensburg. Neben seinen klinischen Schwerpunkten als Senologe und gynäkologischer Onkologe war er ein herausragender Operateur mit besonderem manuellem Geschick und ein erfahrener Geburtshelfer. Als Gynäkologe „alten Schlages“ deckte er das gesamte operative und konservative Fach der Gynäkologie und Geburtshilfe ab.

Dr. Ostertag war ein begnadeter Organisator, konsequent in der Umsetzung seiner Ziele und kompromisslos in der Sache. Eine fachliche Auseinandersetzung mit Horst Ostertag war häufig temperamentvoll, aber stets fair. Im Mittelpunkt seines Wirkens standen immer seine Patientinnen. Auch privat lebte Dr. Ostertag häufig am sportlichen Limit, voller Aktivität und Tatendrang.

Persönlich verliere ich mit Horst Ostertag mehr als einen Lehrer, Oberarzt- und Chefarztkollegen. Unser Mitgefühl gilt seiner Familie, insbesondere seinen Kindern. Im Namen aller gynäkologischen Chefarzte Schleswig-Holsteins.

UNIV.-PROF. NICOLAI MAASS



WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Nora **Boroffka**, Kiel,
geboren am 28.11.1928, verstarb am 07.02.2018.

Dr. Karl-Friedrich **Plücker**, Westerholz b. Langballig,
geboren am 13.07.1941, verstarb am 18.02.2018.

Dr. Eckhard **Goepel**, Elmshorn,
geboren am 25.08.1918, verstarb am 14.03.2018.

Dr. Hartmut **Richter**, Flensburg,
geboren am 15.09.1944, verstarb am 29.03.2018.

Dr. Heinz-Hermann **Hilmer Koch**, Elmshorn,
geboren am 04.03.1946, verstarb am 06.04.2018.

Dr. Horst **Ostertag**, Flensburg,
geboren am 02.08.1957, verstarb am 12.05.2018.

Dr. Hans-Günter **Schwöbbermeyer**, Lübeck,
geboren am 24.04.1924, verstarb am 16.05.2018.

Dr. Barbara **Keck**, Lübeck,
geboren am 14.11.1940, verstarb am 18.05.2018.

Dr. Kersten **Schulze**, Schleswig,
geboren am 09.04.1941, verstarb am 20.05.2018.

Dr. Sigrid **Peetz**, Kiel,
geboren am 23.09.1921, verstarb am 26.05.2018.

Dr. Hildegard **Trutschel**, Neumünster,
geboren am 24.08.1919, verstarb am 31.05.2018.

Dr. Dietrich **Willkomm**, Bad Schwartau,
geboren am 24.10.1930, verstarb am 05.06.2018.

Susanne **Kamps**, Niesgrau,
geboren am 27.05.1937, verstarb am 11.06.2018.

Prof. Peter **Lemburg**, Salem,
geboren am 15.05.1938, verstarb am 11.06.2018.

Dr. Michael **Parbs-Dalitz**, Bad Schwartau,
geboren am 05.02.1961, verstarb am 20.06.2018.

BRUSTKREBS

Chemotherapie bald überflüssig?

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie in Stuttgart. Motto: „Senologie gleich Evolution“. 2.500 Teilnehmer.

Prof. Achim Rody, Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am UKSH-Campus Lübeck, war mit mehreren Beiträgen zu operativen und medikamentösen Therapieoptionen beim Kongress präsent. Viel diskutiertes Thema ist seit längerer Zeit die künftige Rolle von belastenden Chemotherapien. Die Entwicklung neuer Therapien, die unmittelbar in krankheitsverursachende Signalwege eingreifen, sowie diagnostischer Methoden, die frühzeitig Aufschluss über die Notwendigkeit und den Erfolg einer zytotoxischen Behandlung geben, haben zu erheblichen Veränderungen bei der Behandlung von Brustkrebs geführt. In fünf bis zehn Jahren, so die Prognose von Rody, könne bei der Behandlung vieler Krebserkrankungen auf eine Chemotherapie verzichtet werden.

So habe die zielgerichtete Anti-HER2-Therapie dazu beigetragen, dass die begleitende Chemotherapie in frühen Stadien von einer Polychemotherapie auf eine Monotherapie reduziert werden könne. Auch die Implementierung sogenannter Immunonkologika unterstreiche diese Entwicklung. „Daraus ergeben sich neue wissenschaftliche Fragestellungen, denen derzeit im Rahmen von klinischen Studien nachgegangen wird, etwa die Frage, ob der Effekt von neuen molekularen Substanzen durch eine Chemotherapie gesteigert werden kann oder ob eine Kombination solcher neuen Substanzen die Chemotherapie komplett ersetzen kann.“ Geprüft werde außerdem, welchen Effekt die Kombination anderer onkologischer Therapieformen wie die Strahlentherapie oder die Antihormontherapie mit den neuen zielgerichteten Substanzen haben kann. „Aktuelle Daten vom ASCO-Kongress in Chicago zeigen, dass bei BRCA-mutierten Mammakarzinomen durch eine neoadjuvante Therapie mit einem PARP-Inhibitor ohne weitere Chemotherapie eine patho-histologische Komplettremission in 53 Prozent der Fälle erreicht werden kann – solche Werte können an-

Prof. Achim Rody, Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am UKSH Campus Lübeck.



Prof. Oliver Müller, Klinik für Innere Medizin III am UKSH Campus Kiel.



sonsten nur durch eine Polychemotherapie erzielt werden.“

Darüber hinaus zeigte kürzlich die TAILORx-Studie, dass nach einer genomischen Risikoanalyse bei einem niedrigen und mittleren Risiko (Ausnahme: Patientinnen unter 50 Jahre) sehr sicher auf eine Chemotherapie verzichtet werden kann. In der Studie, die kürzlich im New England Journal of Medicine ver-

öffentlicht wurde (DOI: 10.1056/NEJMoa1804710), wurde die Effektivität eines Tests geprüft, der die Expression von 21 Genen im Primärtumor bestimmt und mit der Berechnung des Rückfallrisikos anzeigt, ob eine Chemotherapie vorteilhaft ist. Die Empfehlung, auf eine Chemotherapie verzichten zu können, gelte jedoch ausschließlich für Patientinnen mit Hormonrezeptor positivem, nodal-negativem Mammakarzinom, so Rody.

Weitere Erkenntnisse für das nodal-positive Mammakarzinom werden durch die RxPonder-Studie erwartet. Auch hier kann durch die genauere Risikoeinschätzung und gezielte Identifikation von Niedrigrisikopatientinnen auf eine Chemotherapie verzichtet werden. Rody: „Diese Entwicklungen machen deutlich, dass wir uns momentan in einer Umbruchphase befinden. In vielen Teilbereichen wird die Chemotherapie reduziert und im Zuge dessen durch eine zielgerichtete Therapie ersetzt. Ich gehe davon aus, dass wir in fünf bis zehn Jahren bei vielen Tumorarten komplett auf eine Chemotherapie verzichten können.“

Das Thema Kardiotoxizität beschäftigt Prof. Oliver Müller, Klinik für Innere Medizin III am UKSH-Campus Kiel. „Nebenwirkungen der Brustkrebsbehandlung auf das Herz-Kreislaufsystem sind häufig und können insbesondere zur linksventrikulären Funktionseinschränkung und manifesten Herzinsuffizienz führen“, erläuterte er beim Kongress in Stuttgart. Zwar zeige eine aktuelle Publikation im European Heart Journal (doi:10.1093/eurheartj/ehy167), dass die kardiovaskuläre Sterblichkeit durch die Brustkrebsbehandlung nicht erhöht wird. „Dies ist auf ein gesteigertes Bewusstsein in der Gynäkologie für kardiale Nebenwirkungen und eine entsprechende Therapieanpassung zurückzuführen“, sagte Müller. „Über die kardiale Morbidität und teils erheblich reduzierte Lebensqualität durch die Herzinsuffizienz der betroffenen Patientinnen trifft die Studie jedoch keine Aussage.“

Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie und Kardiologie sowie ein geschärftes Bewusstsein für mögliche kardiovaskuläre Komplikationen sei Voraussetzung für die optimale klinische Versorgung von Brustkrebs-Patientinnen. Die frühe Erfassung einer Kardiotoxizität ermögliche bereits vor Auftreten von Symptomen die Einleitung einer kardio-protektiven Therapie. Kardio-onkologische Spezialambulanzen, wie sie sich derzeit auch am UKSH im Aufbau befinden, ermöglichen laut Müller eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Behandlung von kardiovaskulären Folgen einer Krebserkrankung bzw. -therapie.

UWE GROENEWOLD

DER SCHLICHTUNGSFALL

Unklare Thoraxschmerzen

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

Kasuistik

Eine 55-jährige Patientin stellte sich am 29. November gegen 17 Uhr im KV-Bereitschaftsdienst vor. Sie gab an, seit dem Vorabend starke Rückenschmerzen zu haben. Diese bezögen sich auf den BWS-Bereich. Sie sei sich nicht sicher, ob die Schmerzen auch in die linke Schulter oder den linken Arm ausstrahlt hätten. Wärme (warmes Duschen) habe ihr gutgetan. Eine arterielle Hypertonie sei bekannt und behandelt.

Die Patientin war laut Unterlagen der behandelnden Ärztin in einem zufriedenstellenden Allgemeinzustand, es hätten sich Verspannungen der Rückenmuskulatur gefunden. Die Lungenauskultation sei unauffällig gewesen, der Blutdruck mit 170/120 mm/Hg erhöht. Luftnot oder ein Schweißausbruch seien nicht festgestellt worden. Es wurde ein EKG abgeleitet, das keine pathologischen Veränderungen zeigte: „Keine Erregungsrückbildungsstörungen, keine Hinweise auf akuten Myokardinfarkt“. Es wurden der Patientin daraufhin unter der Diagnose BWS-Syndrom Novaminsulfon-Tropfen verordnet. Wegen des Hypertonus sollte sie fünf bis sieben Tropfen Nifedipin einnehmen, die ebenfalls verordnet wurden. Zum Abend sollte sie eine zusätzliche Dosis ihres Blutdruckmedikamentes einnehmen.

Nach den Unterlagen des Krankenhauses rutschte die Patientin gegen 19:30 Uhr plötzlich bewusstlos von der Couch. Der Ehemann habe mit der Laienreanimation begonnen, der Rettungsdienst sei durch die Nachbarn informiert worden. Bei Eintreffen des Notarztes bestand Kammerflimmern. Nach Defibrillation Sinusrhythmus, jedoch kein adäquater Auswurf. Unter fortgesetzter Reanimation sei erst nach 37 Minuten ein stabiler Kreislauf aufgetreten.

Im Krankenhaus wurde bei ST-Streckenhebungen im Bereich der Vorderwand eine sofortige Koronarangiografie durchgeführt. Hierbei fand sich lediglich ein Verschluss des ersten diagonalen Astes, eines relativ kleinen Gefäßes ohne Interventionsbedarf. Echokardiografisch trat nur ein geringer LV-Schaden auf. Die Kreislauffunktion war im weiteren Verlauf unkompliziert, das Ausschleichen der Katecholamine rasch möglich. Nach Hypothermie über 24 Stunden erfolgten ein regelhaftes Wiedererwärmen und die Beendigung der Sedierung. Neurologisch fand sich je-

doch ein ungünstiger Befund mit Koma und Ausfall sämtlicher zentralen Reflexe. In der zerebralen Computertomografie fand sich das Bild eines schweren hypoxischen Hirnschadens. In Absprache mit der Familie wurde ein palliatives Therapieziel mit Abbruch aller lebenserhaltenden Maßnahmen angestrebt. Die Patientin verstarb schließlich in intensivmedizinischer Betreuung.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Es wird um Klärung gebeten, ob seitens der Ärztin im KV-Notdienst ein Behandlungsfehler begangen worden sei.

Stellungnahme der Ärztin

Auf den Vorwurf fehlerhaften Handelns wird ausgeführt, dass die Patientin Verspannungen der Rückenmuskulatur gehabt habe und in zufriedenstellendem Allgemeinzustand gewesen sei. Der körperliche Untersuchungsbefund sei bis auf eine Erhöhung des Blutdrucks und den pathologischen Befund im Bereich der Rückenmuskulatur unauffällig gewesen, Luftnot oder ein Schweißausbruch seien nicht festgestellt worden. Das EKG habe keine krankhaften Veränderungen gezeigt. Unter der Diagnose eines BWS-Syndroms seien Novaminsulfon-Tropfen verordnet worden. Insgesamt habe es keine klinischen Zeichen gegeben, die eine umgehende Klinikeinweisung erforderlich gemacht hätten.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte externe allgemeinmedizinische Gutachter führt aus, dass für das Vorliegen eines akuten Koronarsyndroms folgende Faktoren gesprochen hätten: Das Symptom Thoraxschmerz sei die eigentliche Beratungsursache gewesen. Das Symptom sei erstmals aufgetreten und habe bereits fast 24 Stunden angehalten. Der vorliegende Bluthochdruck sei ein Hinweis auf eine mögliche Gefäßerkrankung. Allerdings hätten keine Hinweise auf eine instabile Situation, keine Schweißausbrüche und keine Atemnot bestanden. Es sei keine Belastungsabhängigkeit der Beschwerden angegeben worden. Es seien Muskelverspannungen der Rückenmuskulatur nachgewiesen worden und die Patientin sei jünger als 65 Jahre gewesen. Das EKG sei unauffällig gewesen.

Der Gutachter führt allerdings aus,

dass das erstmalige Auftreten von lang anhaltendem Thoraxschmerz mit Ausstrahlung in den Rücken ein schwerwiegendes Symptom sei, das den Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms als bedeutsamste Möglichkeit eines abwendbar gefährlichen Verlaufs darstelle. Ein normales Ruhe-EKG sei hierfür kein Ausschlusskriterium. Die Konsequenz sei entsprechend den Leitlinien, dass bis zum sicheren Ausschluss in einem derartigen Fall an der Arbeitshypothese „akutes Koronarsyndrom“ festzuhalten sei.

Dies bedeute in der Primärversorgung, den Patienten sofort in eine kardiologische Einrichtung einzuweisen. Die Anamnese erfordere zwingend den Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms als wichtigste abwendbar gefährliche Diagnose beim Leitsymptom neu aufgetretener lang anhaltender Thoraxschmerzen bei Hypertonie. Es könne allerdings nicht sicher geschlussfolgert werden, dass eine Kausalität zwischen der Behandlung und dem letalen Verlauf der Erkrankung bestehe. Auch bei richtigem Vorgehen, das heißt Einweisung in eine kardiologische Einrichtung, wäre ein Kreislaufstillstand mit Hypoxie wie bei der Patientin möglich gewesen.

Bei sorgfältigem Vorgehen wäre der Fehler in der damaligen Situation vermeidbar gewesen, wenn aus der Wichtung der anamnestischen Angaben die richtige Handlungsweise mit dem Ziel des Ausschlusses eines akuten Koronarsyndroms als abwendbar gefährlicher Ablauf abgeleitet worden wäre. Auch bei richtigem Handeln habe das Risiko eines letalen Verlaufs der Erkrankung bestanden. Es könne deshalb nicht geschlussfolgert werden, dass der Tod der Patientin allein infolge der ambulanten Behandlung eingetreten sei.

Stellungnahme zum Gutachten

Zu dem Gutachten wurde ärztlicherseits darauf hingewiesen, dass die Patientin mit Schmerzen in der hinteren Thoraxpartie, also am Rücken, gekommen sei. Der Begriff Brustschmerz bedeute, zumindest umgangssprachlich, einen Schmerz in der vorderen Thoraxpartie.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich unter eigener Urteilsbildung dem Gutachten im Ergebnis unter juristischen Gesichtspunkten nur teilweise an.

Info

Die norddeutsche Schlichtungsstelle ist zuständig für Berlin, Bremen, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. Seit Gründung 1976 haben mehr als 100.000 Patienten ihre Dienste in Anspruch genommen. Die Schlichtungsstelle bietet Patienten, Ärzten und Haftpflichtversicherern eine Plattform für die außergerichtliche Klärung von Arzthaftungstreitigkeiten. Ziel ist, allen Beteiligten eine objektive, kompetente Streitbeilegung zu ermöglichen.

Die Patientin suchte am 29. November gegen 17 Uhr den KV-Notdienst auf, wo sie ärztlich diagnostiziert und behandelt wurde. Die Patientin klagte über seit 24 Stunden bestehende heftige Thoraxschmerzen im Rückenbereich. Anamnestisch war eine arterielle Hypertonie bekannt, die Blutdruckwerte waren zum Zeitpunkt der Untersuchung mit 170/120 mm/Hg erhöht. Der körperliche Untersuchungsbefund war mit Ausnahme von Verspannungen der Rückenmuskulatur und der arteriellen Hypertonie unauffällig. Das EKG zeigte keine pathologischen Veränderungen. Als wichtigste Diagnose mit abwendbar gefährlichem Verlauf war in dieser Situation ein akutes Koronarsyndrom auszuschließen. Zum Nachweis/Ausschluss eines Herzinfarkts wäre eine Bestimmung der CKMB und des Troponins indiziert gewesen. Wenn die Bestimmung dieser Parameter im Rahmen des KV-Notdienstes nicht möglich gewesen wäre, wäre die Einweisung in ein Krankenhaus zur weiteren Diagnostik erforderlich gewesen. Kardiovaskuläre Erkrankungen führen die Todesursachenstatistik an, sodass bei unklaren, anhaltenden heftigen Thoraxschmerzen

der Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms zwingend erforderlich ist.

Im vorliegenden Fall sind folglich Mängel in der Befunderhebung festzustellen. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit Veränderungen in der Beweislastverteilung zwischen den Parteien daraus resultieren. Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verknennung dieses Befunds als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde (vgl. BGH NJW 2004, 1871 ff).

Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt: Bei Einweisung in ein Krankenhaus wäre die Patientin an einem EKG-Monitor überwacht worden. Das Auftreten von Kammerflimmern oder Kammerflimmern mit Herzkreislaufstillstand wäre innerhalb eines Zeitintervalls von weniger als einer Minute festgestellt wor-

den und es hätte innerhalb von weniger als drei Minuten eine Behandlung stattfinden müssen. Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verknennung des zu erwartenden Befunds oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Gesundheitsschaden

Die Beweislastumkehr bezieht sich auf folgende primären und typischerweise damit verbundenen sekundären Gesundheitsschäden: Das Kammerflimmern mit Kreislaufstillstand führte zu einem schweren hypoxischen Hirnschaden mit Todesfolge.

Bei korrektem Vorgehen wäre nach ärztlicher Erfahrung mit folgendem Verlauf zu rechnen gewesen: Die Ursache des Kammerflimmerns mit Kreislaufstillstand und der Folge eines tödlichen hypoxischen Hirnschadens war der Verschluss eines kleinen diagonalen Astes. Die hierdurch ausgelöste Beeinträchtigung der linksventrikulären Funktion war gering, sodass die Patientin im weiteren Verlauf vonseiten des Herzens ein nicht nennenswert beeinträchtigtes Leben hätte führen können. Ein hypoxischer Hirnschaden wäre bei zeitgerechter Behandlung des Kammerflimmerns nicht aufgetreten.

Fazit

Bei heftigen Thoraxschmerzen muss auch bei Vorliegen von Verspannungen der Rückenmuskulatur ein Herzinfarkt als lebensbedrohliche behandelbare Gesundheitsstörung in Betracht gezogen werden.

PROF. HEINZ-JÜRGEN ENGEL
ÄRZTLICHES MITGLIED DER SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN
KERSTIN KOLS, ASSESSOR JURIS
GESCHÄFTSFÜHRERIN DER SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN, HANS-BÖCKLER-ALLEE 3, 30173 HANNOVER

ANZEIGE

CAUSA CONCILIO

RECHTSANWÄLTE

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

Mit 9 Fachanwälten für Medizinrecht ...

<p>KIEL: Deliusstraße 16 · 24114 Kiel Tel. 0431/6701-0 · Fax 0431/6701-599 kiel@cc-recht.de</p> <p>HAMBURG: Neuer Wall 41 · 20354 Hamburg Tel. 040/355372-0 · Fax 040/355372-19 hamburg@cc-recht.de</p> <p>SCHÖNBERG: Eichkamp 19 · 24217 Schönberg Tel. 04344/413973-3 · Fax 04344/413973-5 schoenberg@cc-recht.de</p>	<p>Frank Schramm Dr. Paul Harneit Stephan Gierthmühlen Dr. Kai Stefan Peick Sven Hennings Christian Gerdts Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer Dr. Jana Spieker Wiebke Düsberg Linda Kuball</p>
--	---

... sowie Fachanwälten für Arbeitsrecht, Familienrecht, Erbrecht, Handels- und Gesellschaftsrecht und Steuerrecht.

www.causaconcilio.de

Info

Eine fehlerhafte Unterlassung der medizinisch gebotenen Befunderhebung führt dann zu einer Umkehr der Beweislast hinsichtlich der Kausalität des Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden, wenn sich bei der gebotenen Befunderhebung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein reaktionspflichtiges positives Ergebnis gezeigt hätte und wenn sich die Verknennung dieses Befunds als fundamental oder die Nichtreaktion hierauf als grob fehlerhaft darstellen würde.

Fortbildungstermine bei der Ärztekammer

ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG		FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL	
AB 15. AUGUST	Balint-Gruppe Beginn: 16:30 Uhr, 9 Termine 40 Punkte	AB 13. JULI	Controlling in ärztlich geleiteten Einrichtungen Beginn: 14:00 Uhr
AB 28. AUGUST	Zusatz-Weiterbildung Osteopathische Verfahren, 4 Module 160 Punkte	AB 10. AUGUST	Betriebliches Gesundheitsmanagement Beginn: 14:00 Uhr
AB 20. AUGUST	TEE in der Anästhesiologie - perioperativ angewandte TEE Beginn: 9:00 Uhr 48 Punkte	AB 17. AUGUST	Datenschutzbeauftragte/-r in Einrichtungen des Gesundheitswesens Beginn: 14:00 Uhr
AB 24. AUGUST	Psychosomatische Grundversorgung Teil III Beginn: 16:00 Uhr 17 Punkte	18. AUGUST	Tipps zum Ausbildungsstart Beginn: 9:00 Uhr
29. AUGUST	Notfallmanagement und Basisreanimation 15:00 - 19:00 Uhr 7 Punkte	18. AUGUST	Grundlagen der Arzneimittelkunde und -versorgung älterer Menschen Beginn: 9:00 Uhr
AB 31. AUGUST	Akupunktur Blöcke F + G, Teil 1 Beginn: 17:00 Uhr 23 Punkte	22. AUGUST	Aktualisierung der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz Beginn: 9:00 Uhr
AB 1. SEPTEMBER	Hypnose Aufbaukurs, 2 Termine 9:30 - 16:45 Uhr 20 Punkte	AB 24. AUGUST	Sachkunde gem. §5 und §8 nach MPBetreibVO Beginn: 9:00 Uhr
1. SEPTEMBER	KV-Traineeprogramm für Weiterbildungsassistenten 10:00 - 16:00 Uhr 7 Punkte	AB 24. AUGUST	Psychosomatische und psychosoziale Versorgung Beginn: 15:00 Uhr
AB 3. SEPTEMBER	Grundkurs für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte tägl. 8:45 - 16:00 Uhr 40 Punkte	AB 30. AUGUST	Fachzertifikat Wundmanagement Beginn: 15:00 Uhr
5. SEPTEMBER	Praxiskauf/Praxisverkauf - Arzt und Recht - 15:00 - 19:00 Uhr 5 Punkte	AB 30. AUGUST	Fachzertifikat Impfberatung Beginn: 15:00 Uhr
		AB 31. AUGUST	Hygiene/ Aktuelle Richtlinien und Grundlagen Beginn: 15:00 Uhr
		AB 31. AUGUST	Communication with English speaking patients Beginn: 15:00 Uhr
		AB 31. AUGUST	Fachzertifikat Ernährungsmedizin/Aufbauseminar Beginn: 15:00 Uhr
		1. SEPTEMBER	Impfen leicht gemacht - Kompakt Beginn: 9:00 Uhr
		AB 3. SEPTEMBER	Strahlenschutzkurs für medizinisches Assistenzpersonal Beginn: 8:30 Uhr
		8. SEPTEMBER	Hausbesuche und Versorgungsmanagement Beginn: 8:30 Uhr
		AB 10. SEPTEMBER	Durchführung der Ausbildung Beginn: 9:15 Uhr
		AB 14. SEPTEMBER	Personalmanagement Beginn: 14:00 Uhr

Kontakt

Esmarchstraße 2-4, 23795 Bad Segeberg

► **Ärztliche Fort- und Weiterbildung**
Telefon 04551 803 761, E-Mail akademie@aecksh.de

Kontakt

Esmarchstraße 2-4, 23795 Bad Segeberg

► **Fort- und Weiterbildung für medizinisches Assistenzpersonal**
Telefon 04551 803 700, E-Mail ecs@aecksh.de

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

25. AUGUST	Transgenerative Erkrankungen	Curtius-Klinik Bad Malente-Gremsmühlen, Tel.: 04523 4070
28. AUGUST	One Step Ahead: Rheumatologie	UKSH, Campus Kiel, Klinik für Innere Medizin I, Ingeborg Schwenger, Tel.: 0431 500 222 01
29. AUGUST	Notarzt- und Rettungsdienstfortbildung, Thema: Terror	UKSH, Dr. Niels Renzing, niels.renzing@uksh.de
AB 3. SEPTEMBER	Evidenzbasierte Medizin (EbM) - 21. Lübecker Grundkurs	Universität zu Lübeck, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Sebastian Rölle, Telefon 0451 500 51201, sebastian.roelle@uksh.de
AB 7. SEPTEMBER	Modul Basiskompetenz Patiententrainer (Pädiatrie), 23 Punkte beantragt	Trainerakademien Sylt, trainerakademiesylt@web.de
8. SEPTEMBER	25. interdisziplinäres Kieler Schilddrüsen-symposium	UKSH, Klinik für Nuklearmedizin, Molekulare Bildiagnostik und Therapie, Tel. 0431/500-16801, Marlies.Marx@uksh.de oder Ulf.Luetzen@uksh.de
AB 9. SEPTEMBER	Fachspezifisches Modul Adipositas (Pädiatrie), 40 Punkte beantragt	Trainerakademien Sylt, trainerakademiesylt@web.de
AB 10. SEPTEMBER	Fachspezifisches Modul Neurodermitis (Pädiatrie), 20 Punkte beantragt	Trainerakademien Sylt, trainerakademiesylt@web.de
AB 13. SEPTEMBER	Clinical Skills Laboratory for Beginners	Universität zu Lübeck Institut für Anatomie, Petra Saur, Tel. 0451 500 42020, petra.schuhr@uksh.de
15. SEPTEMBER	Weiterbildung - Gruppenpsychotherapie, Umgang mit Persönlichkeitsstörungen	IFT-Nord gGmbH, ambulanz@ift-nord.de, www.ift-nord.dew
AB 17. OKTOBER	International Symposium on Cancer-Immuno-Oncology 12 Punkte	Infinite Science GmbH, Lübeck, Media Docks, Anmeldung: https://www.cancer-immuno-oncology.org/registration/

Weitere Informationen bei den Veranstaltern. Alle Angaben ohne Gewähr.

Notfallmanagement und Basisreanimation

In dieser neu konzipierten Fortbildung können Ärztinnen/Ärzte und medizinisches Assistenzpersonal eine größere Sicherheit im Management von Notfallsituationen erlangen. Nach einer kurzen theoretischen Übersicht liegt der Schwerpunkt auf den praktischen Übungen in den Bereichen Basisreanimation, Atemwegsmanagement und Teamkommunikation, die Sie anhand von Fallbeispielen erlernen.

Termin: 29. August 2018

Gebühr: 75 €

Information: Susanne Korbs (04551 803 705)

Akupunktur Blöcke F + G, Teil 1

Je Termin werden 15 Stunden Praktische Akupunkturbehandlung + 4 Stunden Fallbeispiele angeboten. Es ist möglich, eine partielle Buchung nur für die Fallbeispiele vorzunehmen. Die Teile 1-4 werden in Kiel und der Teil 5 Block G wird in Bad Seberg durchgeführt.

Termin: 31. August - 2. September 2018

Gebühr: 323 €

Information: Susanne Müller (04551 803 762)

Fachzertifikat Impfberatung

Das Fachzertifikat Impfberatung befähigt Sie, eigenständig Impfausweise auszuwerten, auf verschiedenste Impffragen aus den Bereichen der Standard-, Indikations- und Reiseimpfberatung kompetent Auskunft zu geben und Ihre/n Ärztin/Arzt zu entlasten. Sie lernen die gesetzlichen Grundlagen des Impfens kennen. Ihr Qualitätsmanagement in der Praxis wird verbessert.

Termin: ab 30. August 2018, 2 Wochenenden

Gebühr: 360 Euro

Information: Rabea Brunke (04551 803 706)

Hausbesuchen und Versorgungsmanagement

Als zweitgrößte Gruppe unter den Fachberufen im Gesundheitswesen unterstützen Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte den niedergelassenen Arzt in der ambulanten Versorgung. Durch anspruchsvolle Handlungskompetenzen unterstützen auch Sie Ihren Arbeitgeber bei Hausbesuchen und im Versorgungsmanagement.

Termin: 8. September 2018, 9:00 - 16:00 Uhr

Gebühr: 100 Euro

Information: Rabea Brunke (04551 803 706)

Newsletter Anmeldung online

Ab sofort ist es möglich den Newsletter online zu bestellen oder abzubestellen. Loggen Sie sich auf unserer Homepage in Ihrem Account ein, wählen Sie „Ihr Konto“ aus und klicken dann bitte auf „Einstellungen“. Hier finden Sie alle aktuellen Newsletter und Publikationen der Ärztekammer Schleswig-Holstein.



ZUM KLEINANZEIGEN- MARKT



Schleswig-Holsteinisches
Ärzteblatt

Gerne verarztet wir Sie rund um das Thema Kleinanzeigen.

Kontakt: Maxime Lichtenberger | Tel.: 089 55241-246 | E-Mail: maxime.lichtenberger@atlas-verlag.de | Online: www.atlas-verlag.de/kleinanzeigenmarkt

Stellenanzeigen

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



Klinik Nord

MIT DIESEM WUNSCH SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOSEN. Mit rund 150 Gesundheitseinrichtungen in 14 Bundesländern zählen wir zu den größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland. Der Kern unserer Unternehmensphilosophie: Es reicht uns nicht, wenn unsere Patienten gesund werden – wir wollen, dass sie gesund bleiben. Wir verstehen uns als Begleiter, der Menschen ein Leben lang zur Seite steht.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die

Psychiatrische Institutsambulanz (PIA) der Klinik für Gerontopsychiatrie einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / fortgeschrittenen Weiterbildungsassistenten Psychiatrie und Psychotherapie oder Facharzt Nervenheilkunde (w/m), in Voll- oder Teilzeit

Wir sind

mit über 1.800 Betten an drei Standorten die größte Klinik in Hamburg. Getreu dem Leitsatz „Gesund werden. Gesund leben.“ arbeiten 28 medizinische und psychiatrische Kliniken und Abteilungen Hand in Hand, um jährlich über 100.000 Patienten aus dem Norden der Freien und Hansestadt Hamburg sowie dem Süden Schleswig-Holsteins auf höchstem Niveau zu versorgen. In der PIA der Klinik für Gerontopsychiatrie erhalten ältere Patienten mit psychischen Störungen ein interprofessionelles ambulantes Behandlungsangebot. Ein Schwerpunkt ist dabei die Therapie von Patienten mit affektiven Störungen im Gruppen- und Einzelsetting, ein anderer die aufsuchende ärztliche Versorgung von Patienten in Pflegeheimen.

Ihr Aufgabengebiet

umfasst die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von älteren Menschen mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Psychiatrie sowie die aufsuchende psychiatrische Versorgung von Patienten in Pflegeheimen im näheren Umkreis der Klinik.

Ihr Profil

Sie sind bereits Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Facharzt für Nervenheilkunde oder Assistenzarzt mit fortgeschrittener Weiterbildung in diesem Fach und verfügen idealerweise über Erfahrung in der Behandlung von gerontopsychiatrischen Patienten | Sie haben Interesse an interprofessioneller Zusammenarbeit und setzen sich für die Kontakte mit außerklinischen Versorgungseinrichtungen ein | Sie haben Interesse am Aufbau und der Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen mit individuellem psychotherapeutischen Interesse | Sie verfügen über einen Führerschein und haben die Bereitschaft zur aufsuchenden Versorgung von Patienten | Sie bringen sowohl Teamfähigkeit als auch die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Arbeit mit

Wir bieten

spezialisierte und doch abwechslungsreiche Arbeit in einem motivierten und netten Team. Ggf. Befreiung von der Teilnahme an den Hausdiensten. Möglichkeit zum Engagement in Forschung und Lehre sowie hohe Qualitätsstandards. Möglichkeiten zur internen und externen Fortbildung, u. a. am unternehmenseigenen Bildungszentrum. Leistungsgerechte Vergütung nach TV-Ärzte KAH. Betriebliche Gesundheitsvorsorge und betriebliche Altersversorgung. Kindertagesstätte und Krippe auf dem Klinikgelände in Ochsenzoll sowie HVV-ProfiCard und nah.sh-Firmenabo gehören ebenso zu unserem Angebot. Die Stelle ist grundsätzlich auch für Schwerbehinderte geeignet.

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne Herr PD Dr. Wollmer, Chefarzt Gerontopsychiatrie, unter Tel.: (0 40) 18 18-87 23 37 (Sekretariat) zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe der Kennziffer 145-45-SÄB!

Asklepios Klinik Nord · Personalmanagement – Frau Kuse · Langenhorner Chaussee 560 · 22419 Hamburg · E-Mail: bewerbung.nord@asklepios.com

Stellenanzeigen



Wir sind eine erfolgreiche überregionale orthopädisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis und suchen für unsere Standorte in Schleswig-Holstein zum nächstmöglichen Termin in Teil- oder Vollzeit eine/n

Fachärztin/arzt für Anästhesie.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Ihre Bewerbung bitte zu Händen von
Herrn Dr. med. Zimmermann
Gelenkzentrum Schleswig-Holstein
Eichkoppelweg 74 | 24119 Kronshagen
E-Mail: zimmermann@gelenkzentrum-sh.de



Das **Helios Agnes Karll Krankenhaus in Bad Schwartau** ist ein Belegkrankenhaus mit 14 Fachrichtungen und 100 aufgestellten Betten.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt **Belegärztinnen/-ärzte** des Fachgebiets Anästhesie zur Erweiterung unseres schmerztherapeutischen Behandlungsspektrums mit dem Fokus auf **multimodale Schmerztherapieverfahren**.

Die Ausschreibung erfolgt gemäß §103 Abs. 7 SGB V.

Falls ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande kommt, kann der Krankenhausträger mit einem nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag abschließen. Dieser ermöglicht eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung.

Anfragen oder schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an die:

Helios Agnes Karll Krankenhaus Bad Schwartau
z. Hd. Herrn Johannes Grundmann – Geschäftsführung
Am Hochkamp 21, 23611 Bad Schwartau
Telefon: 0451 2007-151
E-Mail: johannes.grundmann@helios-gesundheit.de

Beilagenhinweis:

Diese Ausgabe enthält
Beilagen der PVS Schleswig Holstein



Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Nord
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität zu Lübeck

Mit dem Wechsel des bisherigen Stelleninhabers in die Position des Ärztlichen Direktors ist zum 01.01.2019 die Stelle
der leitenden Ärztin/des leitenden Arztes Innere Medizin
nachzubetzen.

In unserer modernen, großzügig ausgestatteten Rehabilitationsklinik mit 311 Patientenzimmern werden in den drei etwa gleich großen Abteilungen Innere Medizin, Orthopädie und Verhaltensmedizin Heilverfahren und Anschlussrehabilitationen durchgeführt. Die Klinik kann von sämtlichen Kostenträgern belegt werden.

Geboten werden eine unbefristete Stelle mit tariflicher Vergütung (TgDRV), ein sehr angenehmes Arbeitsklima mit geregelten Arbeitszeiten, die Möglichkeit zur Ausübung von Nebentätigkeiten mit Weiterführung der Privatambulanz des bisherigen Stelleninhabers, Privatliquidation für stationäre Behandlungen sowie Gutachterfähigkeit.

Gesucht wird eine Fachärztin/ein Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie mit Leitungskompetenz und Interesse an Rehabilitationsmedizin. Idealerweise besteht eine fundierte allgemeininternistische Ausbildung mit Spaß an der Patientenversorgung und -edukation sowie an der Beteiligung der Klinikorganisation und -weiterentwicklung. Die Belastung durch die erforderliche Beteiligung an der internistischen Rufbereitschaft ist gering.

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt eingestellt.

Bei Interesse senden sie bitte Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen an den Ärztlichen Direktor, Herrn Prof. Dr. Eike Hoberg, Mühlenbergklinik – Holsteinische Schweiz – , Frahmsallee 1–7 | 23714 Bad Malente-Gremsmühlen.
Der aktuelle Stelleninhaber, Herr Dr. Friedrich Schroeder, gibt gerne weitere telefonische Auskünfte: 04523 993 1054.

E-Mail:

kleinanzeigen-sh@atlas-verlag.de



**HILDESHEIMER
AUGENZENTRUM**

Innovatives, großes Augenzentrum im Raum Hannover am Universitäts-Lehrkrankenhaus St. Bernward sucht:

AUGENCHIRURG (M/W)

mit Erfahrung in Katarakt-Chirurgie und IVOM. Optional Lid-/Netzhautchirurgie. Auf Wunsch auch konservative Tätigkeit möglich. Chance auf Führungsposition.



Mehr Infos:



Ralph Herrmann

www.hildesheimer-augenzentrum.de/karriere

Stellenanzeigen



DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg
Akademisches Lehrkrankenhaus des UKSH, Campus Lübeck



Arbeiten, wo andere Urlaub machen!

Unser Krankenhaus mit 158 Betten und rund 400 Mitarbeiter*innen ist einer der größten Arbeitgeber im Kreis.

Im Rahmen der Nachfolgeplanung suchen wir einen

Facharzt (m/w/d) für Anästhesiologie

Das bieten wir:

- ein qualifiziertes, motiviertes und engagiertes Team
- die aktive Förderung des fachübergreifenden Austausches
- Vergütung gem. TvöD VKA
- einen zukunftssicheren Arbeitsplatz im Herzen des landschaftlich reizvollen Kreises Herzogtum Lauenburg

In unserem Einstellungsverfahren berücksichtigen wir alle Geschlechter gleichberechtigt.

Vorabinformationen erteilt Ihnen gerne der Chefarzt der Abteilung, Herr Dr. Münstedt unter 04541/884 5767.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

DRK-Krankenhaus Mölln-Ratzeburg gGmbH
Personalabteilung · Frau Fahl
Röpersberg 2 · 23909 Ratzeburg
fahl@drk-krankenhaus.de

Jetzt bewerben! Weitere Infos unter:

www.drk-krankenhaus.de

DRK-Kur und Reha gGmbH
Zentrum für Gesundheit und Familie
Elly Heuss-Knapp Haus, Plön



Ärztliche Leitung für Mutter-/Vater-Kind-Klinik

Für das DRK-Zentrum für Gesundheit und Familie im holsteinischen Plön suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Ärztin / Arzt für Allgemeinmedizin o. Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin, Neurologie
drk-sh.de/jobs



Elly Heuss-Knapp-Haus, Ölmühlenallee 6, 24306 Plön
Ihre Ansprechpartnerin: Tanja Lessau, Kaufm. Leitung, ☎ 04522 804-0



WIR SORGEN FÜR SIE

Fast 30.000 stationäre und ambulante Patienten im Jahr, sieben Spezialkliniken, 352 Planbetten und 50 Tagesklinikplätze – das Bethesda Krankenhaus Bergedorf, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg, stellt mit seinen über 750 Mitarbeitern die Not- und Unfallversorgung für den Hamburger Südosten auf höchstem medizinischen und einfühlsamen, pflegerischen Niveau sicher.

Zur Erweiterung unseres Ärzteteams der **Klinik für Neurologie/Stroke Unit** suchen wir **ab sofort in Voll- oder Teilzeit**

Assistenzärzte (m/w) zur Weiterbildung zum Facharzt

Ihre Aufgaben:

- Ärztliche Versorgung der neurologischen Notfallpatienten sowie der stationären Patienten, inklusive Stroke Unit

Ihr Profil:

- Abgeschlossenes Studium der Humanmedizin
- Ausgeprägte Patientenorientierung
- Verständnis für wirtschaftliche Zusammenhänge

Wir bieten:

- Strukturierte Weiterbildung, die sich in der Personalbemessung und der Dienstplanung durch Berücksichtigung von festen Weiterbildungszeiten widerspiegelt
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen
- Arbeitgeberfinanzierte betriebliche Altersversorgung
- Zuschuss zum HVV-Profiticket
- Firmenfitnessprogramm zu Sonderkonditionen

Bergedorf liegt im Südosten der Hansestadt und zeichnet sich aus durch eine enge Anbindung an das Leben der Großstadt ebenso wie durch Naturnähe und Familienfreundlichkeit.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an Herrn Dr. Trostdorf, Chefarzt der Klinik für Neurologie, der Ihnen für Fragen auch gerne telefonisch unter 040/72554-1270 zur Verfügung steht. Ihre Bewerbungsunterlagen schicken Sie bitte per Post oder E-Mail im PDF-Format an: trostdorf@bkb.info

Bethesda Krankenhaus Bergedorf
gemeinnützige GmbH
Glindersweg 80
21029 Hamburg
www.klinik-bergedorf.de



Kinderärztin/Kinderarzt (Teil- oder Vollzeit, inkl. KV-Sitz)

Als große Kinderarztpraxis mit Zweigpraxis im Hamburger Norden suchen wir fachlich versierte & freundliche Verstärkung für unser Ärzteteam zur Festanstellung, gerne mit eigenem Schwerpunkt. Spätere Assoziation möglich. Wir freuen uns schon auf Ihre Bewerbung. CHIFFRE 2505/16774

Allgemeinanzpraxis Dr. Ralf-Günter Wegers & Kollegen

Dr. Carsten Collin (ang.), Thorsten Gottschalk (ang.),
Dr. Wolfgang Ermes (ang.)

Memeler Straße 12, 24837 Schleswig

Aufgrund des kurzfristigen Ausscheidens eines vollzeitig tätigen Kollegen aus familiären Gründen und eines stetig steigenden Patientenaufkommens suchen wir baldmöglichst **eine/n Allgemeinarzt/-ärztin entweder als Vertragsarzt/ärztin und Teilhaber/in oder als angestellte/r Ärztin/Arzt**, auch flexible Arbeitszeitgestaltung und/oder Teilzeitarbeit möglich.
Tel 04621-52544, Fax 04621-51500, www.dr-wegers-schleswig.de
Mobil 0171-3223355, Email dr-wegers@versanet.de

Stellenanzeigen

In unserem sozialpsychiatrischen Medizinischen Versorgungszentrum MVZ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Kiel arbeiten wir als multiprofessionelles Team zusammen. Dazu gehören neben den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch Psychologen, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Heilpädagogen, Sozialpädagogen und Dipl. Pädagogen.

Für unser Team suchen wir zum 1. September 2018 oder später eine Fachärztin/einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie oder eine Ärztin/einen Arzt in fortgeschrittener Weiterbildung

Wir wünschen uns soziale Kompetenz und Kooperationsfähigkeit, Offenheit und Wertschätzung sowie organisatorische Kompetenz und eigenverantwortliches Handeln.

Wir bieten

- Eine Tätigkeit in einem sehr guten und angenehmen Arbeitsklima
- Die Mitarbeit in einem engagierten und aufgeschlossenen Team
- Gestaltungsmöglichkeiten in der konzeptionellen Weiterentwicklung
- Geregelte Arbeitszeiten auch in Teilzeit
- Eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- Supervision und Unterstützung bei Fortbildung

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an: bewerbung@kjpp-kiel.de
Telefonische Anfrage unter: 0431 20005222



**FÄ/FA Allgemein
stunden-/tageweise
gesucht von PG in HH
Bergedorf/Lohbrügge
praxishein@t-online.de**

Idyllisch am
Elbe-Lübeck-Kanal
gelegene Landarztpraxis mit
großem Spektrum sucht zum
Herbst/Winter 2018 eine/n
Weiterbildungsassistentin/en
für 18-24 Monate
[www.krummesser-
hausarzte.de](http://www.krummesser-
hausarzte.de)

**Hausarztpraxis in
Norderstedt sucht**
angest. Fach-Arzt/Ärztin
Innere/Allg.medizin.
Gem.Praxis später möglich.
Hausarzt@wt.net.de



Die **Helios Klinik Kiel** ist ein Belegkrankenhaus mit 50 aufgestellten Betten.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin Belegärztinnen/-ärzte des Fachgebietes Orthopädie mit zusätzlicher Weiterbildung Kinderorthopädie zur Erweiterung des operativen Spektrums und Etablierung kinderorthopädischer und neuroorthopädischer Operationen bei Kindern und jungen Erwachsenen.

Die Ausschreibung erfolgt gemäß §103 Abs. 7 SGB V. Falls ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande kommt, kann der Krankenhausträger mit einem nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag abschließen. Dieser ermöglicht eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung.

Anfragen oder schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an die

Helios Klinik Kiel
z. Hd. Herrn Johannes Grundmann – Geschäftsführung
Hamburger Chaussee 77; 24113 Kiel
Telefon: 0431 7206-304
E-Mail: johannes.grundmann@helios-gesundheit.de

FA/FÄ oder Weiterbildungsassistent/in für gynäkologische Praxis in Flensburg gesucht.

Sie möchten gern selbstverantwortlich arbeiten, wünschen eine flexible Arbeitszeitgestaltung in einem freundlichen Team?

Wir sind eine gynäkologische Gemeinschaftspraxis mit zytologischem Einsendelabor und suchen eine/n Entlastungsassistenten/in oder eine/n Weiterbildungsassistenten/in halbtags (15-25 Std/Woche). Stundenzahl kann individuell festgelegt werden. Weiterbildungsermächtigung für 24 Monate liegt vor.

Wir freuen uns auf Sie als neue/n Kollege/in.

Gynäkologische Gemeinschaftspraxis
Dr. Keren Först-Hädicke & Gudrun Thielsen
Holm 45
24937 Flensburg

Kontaktaufnahme unter:
Khaedicke@frauenarzt-flensburg.info

Hinweis:

Alle Anzeigen beruhen auf Angaben der Anzeigenkunden und werden nicht von der Redaktion geprüft. Verlag, 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.

Die Redaktion

FA/Fä für Chirurgie/Orthopädie zur Anstellung TZ/VZ
in großer chir. BAG-Hamburger Osten zum 01.09.2018 oder später gesucht. 6 Monate Weiterbildung in Unfallchir. vorhanden, ggf. spätere Partnerschaft möglich. Tel. 0172-1494286 oder 0151-42539155

Stellenanzeigen



Das Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital in Flensburg sucht einen
Oberarzt (w/m) Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation

Leben & Arbeiten im schönsten Segelrevier Deutschlands

Interesse: www.malteser-franziskus.de oder 0461 816-2515



Malteser
 ...weil Nähe zählt.

Bitte beachten Sie unsere nächsten Anzeigenschusstermine:

Heft Nr. 09/18: 20.08.2018 Heft Nr. 10/18: 20.09.2018 Heft Nr. 11/18: 19.10.2018



Ostseeklinik Schönberg-Holm

Arbeiten mit Meerblick!

Die Ostseeklinik Schönberg-Holm sucht
 zum nächstmöglichen Termin eine/-n engagierte/-n

Arzt/Ärztin

vorzugsweise in Vollzeit (40 Stunden/Woche)

Der Einsatz ist sowohl in der Fachabteilung Orthopädie wie auch in der Kardiologie oder Pneumologie möglich.

**Wir verfügen über folgende
 ärztliche Weiterbildungszeiten:**

- Innere Medizin, 24 Monate
- Kardiologie, 12 Monate
- Pneumologie, 12 Monate
- Orthopädie u. Unfallchirurgie, 12 Monate
- Sozialmedizin, 12 Monate

**Möchten Sie unsere neue Kollegin
 bzw. unser neuer Kollege werden?**

Dann freuen wir uns auf Ihre vollständigen
 Bewerbungsunterlagen.

Ostseeklinik Schönberg-Holm

- Personalabteilung -

An den Salzwiesen 1
 24217 Ostseebad Schönberg
bewerbung@ostseeklinik.com

Darauf dürfen Sie sich freuen:

- interessante und vielseitige Arbeit mit Ihren Patienten (Verweildauer in der Regel 3 Wochen)
- Mitarbeit im engagierten und interdisziplinär tätigen Team von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten am Kernort der Urlaubsregion Probstei
- Vergütung nach Haustarifvertrag mit dem Marburger Bund
- maximal 6 Bereitschaftsdienste im Monat
- interne sowie vom Arbeitgeber geförderte externe Weiterbildungsmaßnahmen

Die Ostseeklinik Schönberg-Holm

ist eine zertifizierte Fachklinik für Rehabilitation, Anschlussrehabilitation und Prävention mit insgesamt 330 Betten und behandelt Patienten mit Erkrankungen

- des Herzens und des Kreislaufs,
- der arteriellen Gefäße,
- der Atemwege,
- des Stoffwechsels und
- der Bewegungsorgane.

Auf dem Gebiet der Anschlussrehabilitation arbeiten wir vor allem mit den Akutkliniken in Schleswig-Holstein und Hamburg vertrauensvoll und partnerschaftlich zusammen.

TOP
 REHA KLINIK
 2018

FOCUS
 DEUTSCHLANDS
 GRÖSSTER REHA-
 KLINIKVERGLEICH

www.ostseeklinik.com

Stellenanzeigen

Große überregionale orthopädische-unfallchirurgische Praxis mit Durchgangsarzt-Verfahren sucht zur **Verstärkung des Teams einen Facharzt für Orthopädie** mit dem Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie. Eigener OP und Belegabteilung.

Bewerbungen an:

Dr. Georg Ludwig
Ostsee-Sport-Klinik
23611 Lübeck-Bad Schwartau
ludwig@ostsee-klinik.de

Praxisvermietung

Praxisfläche in zentraler Lage in 24251 Osdorf zu vermieten. Preis: VB.

Das großzügig angelegte Erdgeschoss, 165m², 8 Räume, wurde bisher als Arztpraxis genutzt. In unmittelbarer Nähe befinden sich noch 2 gut frequentierte Praxiseinrichtungen (Zahnarzt- / Allgemeinmedizin). Gestaltung und Ausstattung der Räume sind individuell verhandelbar.

Kontakt:

Tel: 04346 / 602533 Mobil: 01717854379
Mail: ute.mittelstaedt@yahoo.de

Praxisabgabe

Hausärztlich geführte, lukrative internistische Einzelpraxis in zentraler Lage im nördlichen Speckgürtel von Hamburg abzugeben. Zuschriften bitte unter Chiffre 2505/16770

Hausarztpraxis in Eckernförde

Allgemeinpraxis/KV-Zulassung in attraktiver Lage zum 1.4.2019 abzugeben.
Chiffre: 0001/10165

Immobilien

Ärztelhaus in Böklund zur Miete

Fertiggestellter Neubau 2017, im Zentrum, Praxisfläche ca.194 qm im Erdgeschoss für Euro 1.550,00 zu vermieten. Bereits im Haus eine Bank sowie eine Zahnarztpraxis u. nebenliegende Apotheke, Erstbezug u. Aufteilg. Räume frei gestaltbar, Energiebed.-ausweis 45,5 kWh(qm x a)
Vollständige Unterlagen/Angaben unter 04623 28 103 18 u. info@woba-boeklund.de
GbR Boysen&Eissing, Schleswiger Str. 25, 24860 Böklund

Verschiedenes

Prof. Dr. Varoga mit dem MVZ Orthodoc Orthopädie und Chirurgie in Kiel ist Studienzentrum für europäische Knorpelzelltransplantationsstudie

Professor Dr. Deike Varoga, Kiel, spezialisiert auf gelenkerhaltende Kniechirurgie, aus dem MVZ Orthodoc Orthopädie und Chirurgie, ist einer von 20 europäischen Prüfärzten in einer Studie zur Überprüfung der Wirksamkeit der Knorpelzelltransplantation bei großflächigen Knorpelschäden (4 bis 12 cm²) im Kniegelenk.

Das Studienzentrum von Prof. Varoga mit der Kieler Orthodoc Praxis wurde für diese Multicenter-Studie von der zuständigen Ethikkommission zustimmend bewertet.

Bleibt ein Knorpeldefekt im Kniegelenk unbehandelt, wird er im Laufe der Zeit größer und führt zu weiterem Gelenkverschleiß. Oftmals hilft dann nur noch das künstliche Gelenk.

Um den Zerstörungsprozess aufzuhalten oder in der Progression zu verlangsamen, soll nun die Wirksamkeit und Verträglichkeit der autologen Chondrozyten Transplantation (ACT) im Rahmen einer klinischen Prüfung evaluiert werden.

Im Rahmen dieser Studie wird der Knorpeldefekt durch Professor Varoga gelenkerhaltend im dafür zertifizierten Knorpelzentrum in der HELIOS Klinik Kiel mittels Knorpelzelltransplantation minimal invasiv operiert. Sie erhalten eine individualisierte Nachbehandlung und Betreuung. Im Rahmen der insgesamt 5-jährigen Nachsorge werden regelmäßige Kontrolluntersuchungen und MRT Untersuchungen durchgeführt, um die Qualität der Knorpelregeneration und das klinische Ergebnis nach der Operation zu erfassen und auszuwerten.

Klinische Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten sind gesetzlich vorgeschrieben und notwendig und sollen die klinische Versorgung der betroffenen Patienten verbessern.

- Sind Sie zwischen **14 und 65 Jahre** alt? (14 bis 17-Jährige mit geschlossener Epiphysenfuge)
- Wollen Sie Ihren **Knienknorpeldefekt** im Rahmen einer **klinischen Studie** behandeln lassen?
- Kontaktaufnahme: Prof. Dr. Varoga, MVZ Orthodoc Orthopädie und Chirurgie, Kiel – Tel: 0431-61112



AMT
Abken Medizintechnik

... auch im Internet unter:

www.amt-abken.de

Ihr zuverlässiger Partner für
Ultraschallgeräte bei Beratung,
Kauf, Service und Finanzierung!

PHILIPS SAMSUNG SIEMENS Healthineers

AMT Abken Medizintechnik GmbH · Langenharmer Weg 219 · 22844 Norderstedt
Tel. 040 - 180 10 282 · info@amt-abken.de · www.amt-abken.de

Buchen Sie im Internet:
www.atlas-verlag.de/ kleinanzeigenmarkt

Veranstaltungen

2. Lübecker Wundsymposium am 29.8.2018

im ATLANTIC Hotel Lübeck | Schmiedestr. 9-15 | 23552 Lübeck
von 15.00-19.15 Uhr

Anmeldung:

Tel.: 0451 500-40442 oder E-Mail: Claudia.killaitis@uksh.de

Fortbildungspunkte:

4 der Kategorie A der AEKSH

weitere Informationen:

unter www.uksh.de/veranstaltungen

Fachberater

Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen
im Gesundheitswesen!

Praxisrecht
Dr. Fürstenberg & Partner
Hamburg · Berlin · Heidelberg

Insbesondere Beratung für

- Ärzte | Zahnärzte
- Apotheken
- Krankenhausträger
- Berufsverbände
- Sonstige Unternehmen im Gesundheitswesen

Vom **Arbeitsrecht bis zur Zulassung** - unsere Kanzlei steht für persönliche, individuelle und zielgerichtete Rechtsberatung und Vertretung. Erfahren Sie mehr über unser umfassendes Leistungsportfolio unter

Praxisrecht.de

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

Rechtsanwälte & Fachanwälte für
Medizinrecht | Steuerrecht

Lokstedter Steindamm 35 22529 Hamburg
fon +49 (0) 40 - 2390876-0
e-mail hamburg@praxisrecht.de

Fachberater

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg · Heide · Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de

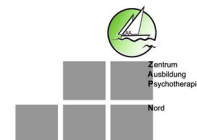
meditaxa
Group

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

Fortbildungen

Lehrinstitut Lübeck

Zentrum Ausbildung Psychotherapie · ZAP Nord



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

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

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

Bereiche und Gebiete:

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

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

Für weitere Informationen und Anfragen:

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

Hinweis:

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.

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

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

IMPRESSUM



Herausgeber: Ärztekammer Schleswig-Holstein
V. i. S. d. P.: Dr. Franz Joseph Bartmann

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Dr. Franz Bartmann, Prof. Heinz-Jürgen Engel, Dr. Peter Delius, Esther Geisslinger, Martin Geist, Uwe Groenewold, Kerstin Kols, Horst Kreussler, Prof. Klaus-Dieter Kolenda, Stine Nielandt, Dr. Thomas Schang.

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:
atlas Verlag GmbH,
Flößergasse 4, 81369 München
Telefon 089 55 241 0
Fax 089 55 241 244

Geschäftsführung: Christian Artopé
Anzeigenleitung: Maxime Lichtenberger,
Telefon 089 55 241 246
Disposition: Roswitha Reiser,
Telefon 089 55 241 223

Zurzeit ist die Anzeigenpreisliste
Nr. 4/2018 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

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

Info

Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen gemäß § 103 Abs. 4 SGB V

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat bisher Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt ausgeschrieben. Bitte beachten Sie, dass seit Januar 2018 diese Ausschreibungen ausschließlich auf der Homepage der KVSH www.kvsh.de erscheinen werden. Der Grund für die neue Vorgehensweise ist die Beschleunigung der Ausschreibungsverfahren. Die Veröffentlichungen werden immer zum Monatsanfang mit einer Bewerbungsfrist bis zum Monatsende erfolgen.

Ärztekammer Schleswig-Holstein

Bismarckallee 8-12
23795 Bad Segeberg
Telefon 04551 803 0
Fax 04551 803 101
info@aeksh.de
www.aeksh.de

Vorstand

Dr. Franz Bartmann (Präsident)
Dr. Henrik Herrmann (Vizepräsident)
Dr. Gisa Andresen
Dr. Svante Gehring
Petra Imme
Dr. Thomas Schang
Dr. Christian Sellschopp
Telefon 04551 803 206
Fax 04551 803 201
vorstand@aeksh.de

Geschäftsführung

Dr. Carsten Leffmann
(Ärztl. Geschäftsführer)
Telefon 04551 803 206
Fax 04551 803 201
Karsten Brandstetter
(Kaufm. Geschäftsführer)
Telefon 04551 803 206
Fax 04551 803 201
sekretariat@aeksh.de

Ärztliche Weiterbildung

Leitung: Manuela Brammer
Telefon 04551 803 652
Fax 04551 803 651
weiterbildung@aeksh.de

Rechtsabteilung

Leitung: Carsten Heppner (Justiziar)
Telefon 04551 803 402
Fax 04551 803 401
rechtsabteilung@aeksh.de

Qualitätsmanagement

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

Ärztliche Fortbildung und Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung

Telefon 04551 803 761
Fax 04551 803 751
akademie@aeksh.de

Medizinische Fachberufe und Edmund-Christiani-Seminar

Leitung: Cornelia Mozer
Telefon 04551 803 702
Fax 04551 803 701
ecs@aeksh.de

Hauswirtschaft und Gästehaus

Leitung: Helena Willhöft
Telefon 04551 803 802
Fax 04551 803 801
gaestehaus@aeksh.de

Ärztliche Angelegenheiten

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

Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

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

Mitgliederverzeichnis/Ärzttestatistik

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

Finanzbuchhaltung

Leitung: Kay Petruske
Telefon 04551 803 552
Fax 04551 803 551
buchhaltung@aeksh.de

IT-Abteilung

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

Personalabteilung

Leitung: Tobias Köpke
Telefon 04551 803 152
Fax 04551 803 151
personal@aeksh.de

Facility Management

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

Strahlenschutz/Ärztliche Stellen

Cornelia Uberr, Gabriele Kautz-Clasen
Telefon 04551 803 304, 04551 803 303
Fax 04551 803 301
aerztliche-stelle@aeksh.de

Krebsregister Schleswig-Holstein

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

Versorgungseinrichtung der
Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 14-16, 23795 Bad Segeberg
www.veaeksh.de

Geschäftsführung

Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@veaeksh.de
Mitgliederservice
Telefon 04551 803 900
Fax 04551 803 939
mitglieder@veaeksh.de

Fachberater

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



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

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



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

Kanzlei für **Medizinrecht**

Wir beraten Ärzte

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
Partnerschaft

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtener Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

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

RAin Sabine Barth
Fachanwältin f. Familienrecht

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: Sprechen Sie uns gerne an!

estimed

bewerten.bewegen

- **Praxiswertgutachten**
- **Gutachten im Zugewinnausgleich**
- **Mediation Berufsausübungsgemeinschaft**
- **Begleitung bei Praxisverkauf / Praxisverkauf**

Horst Stingl

von der IHK zu Kiel öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für die Bewertung von Unternehmen im Gesundheitswesen, Betriebsanalysen und Betriebsunterbrechungsschäden

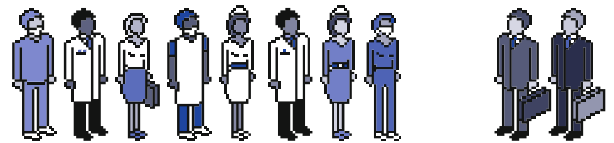
Am Dörpsdiek 2
24109 Kiel/Melsdorf
Tel. 043 40 / 40 70 60
Lokstedter Steindamm 35
22529 Hamburg
Tel. 040 / 23 90 876 55
beratung@estimed.de

www.estimed.de



Rohwer & Gut

Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft



Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

Partnerschaftsgesellschaft mbB

Richard-Wagner-Straße 6
23556 Lübeck
Tel.: 0451-48414-0
Fax: 0451-48414-44

Holtener Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431/564430

www.rohwer-gut.de
info@rohwer-gut.de

SCHLESWIG-HOLSTEINS BESTER STELLENMARKT FÜR ÄRZTE



Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt informiert elfmal im Jahr über zentrale Themen aus dem Gesundheitswesen zwischen Nord- und Ostsee. Das Mitgliedermagazin der Ärztekammer Schleswig-Holstein erreicht neben den Ärzten auch viele Entscheidungsträger aus dem Gesundheitswesen.

Kontakt: Maxime Lichtenberger, 089 55241-246, maxime.lichtenberger@atlas-verlag.de

atlas
Verlag GmbH



Die PVS[®]

Schleswig-Holstein · Hamburg
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung
www.pvs-se.de | info@pvs-se.de

Dr. med. Söhnke Boye, Anästhesiologie, Bad Schwartau

„Die PVS bedeutet für mich:
komplexe GOÄ - einfache Abrechnung!“

