



Vielfalt beim Ärztetag

Ärztliche und gesellschaftliche Themen
prägten die Diskussionen in Mainz.
Erfahrungen der Delegation aus dem Norden.

Seiten 8 – 15



KVSH

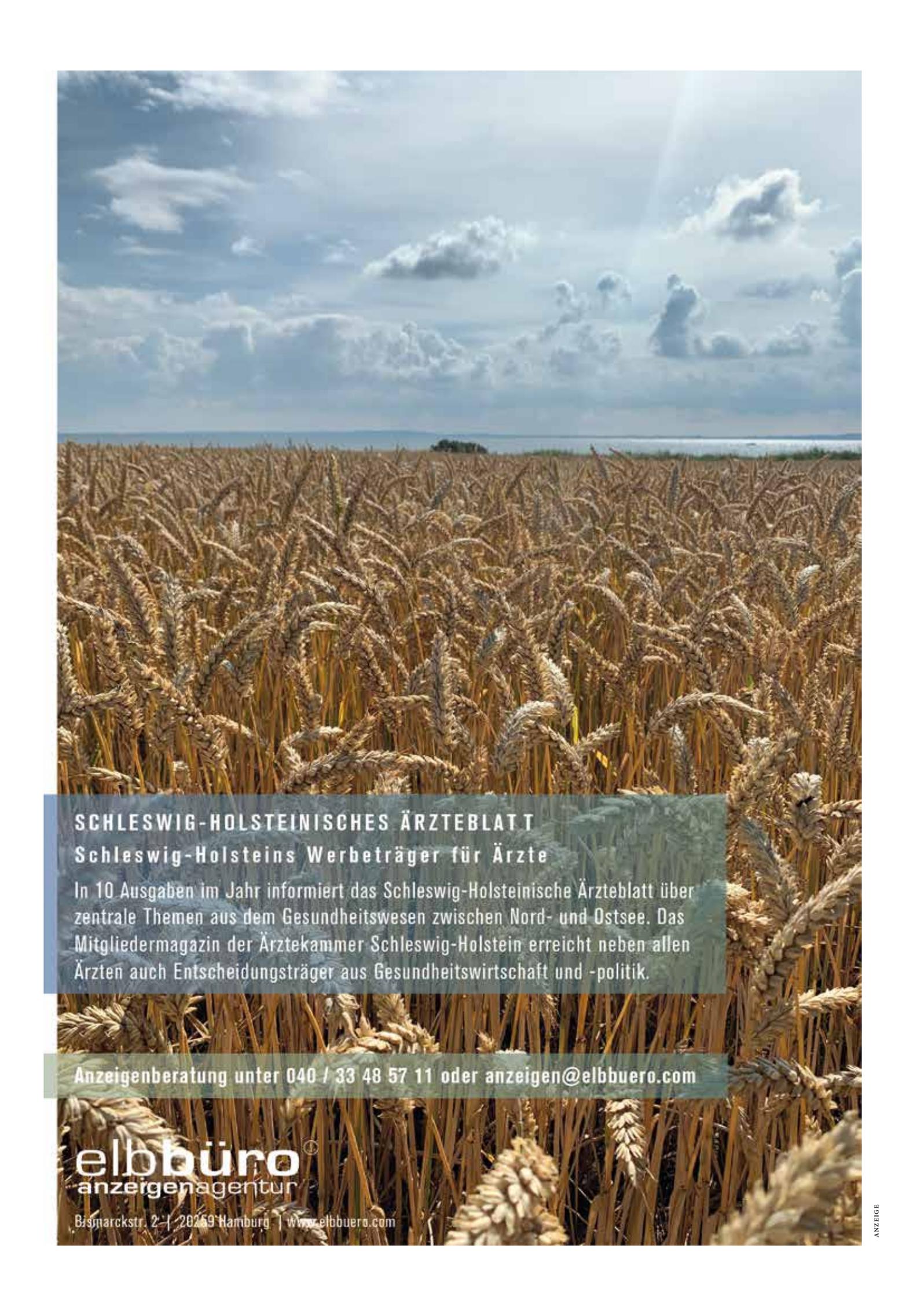
Interview mit den scheidenden
Vorstandsmitgliedern
Seiten 16 – 18

Kardiologie

Mentoring: Dr. Leon Iden
wirbt für Programm der DGK
Seiten 24 – 25

Lebenspende

Bundesweites Symposium in
der Kammer in Bad Segeberg
Seiten 42 – 43



SCHLESWIG-HOLSTEINISCHES ÄRZTEBLATT
Schleswig-Holsteins Werbeträger für Ärzte

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

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

elbbüro ©
anzeigenagentur

Bismarckstr. 2-1 | 20259 Hamburg | www.elbbuero.com

Deutscher Ärztetag: „Same procedure as every year?“

Der Deutsche Ärztetag im Mai hat eine lange Tradition und erinnert mich an eine andere, noch nicht ganz so lange Tradition am Ende eines Jahres auf einem englischen Landsitz: „Das ist all' die Jahre recht gut gegangen und es wird auch heute wieder gut gehen, denn der Ablauf ist seit Jahren genau gleich.“

Das galt auch für die 128. Auflage des Deutschen Ärztetags in Mainz, wobei die Betonung auf „recht gut gegangen“ liegt. Der Auftakt mit den Reden der beiden Haupttagonisten – Dr. Klaus Reinhardt und Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach – erfüllte die Erwartungen, diesmal ausgeglichener mit Kritik an den vielen nicht zu Ende gedachten geplanten gesundheitspolitischen Maßnahmen auf der einen Seite und bekannten Repliken auf der anderen Seite. Hervorzuheben ist das klare Bekenntnis zur unverrückbaren freiheitlich demokratischen Grundordnung als Fundament ärztlich-medizinischen Handelns durch den gastgebenden Kammerpräsidenten Dr. Günther Matheis in seiner Begrüßung.

In der nachfolgenden, über 27 Stunden langen parlamentarischen Debatte zeigten sich einmal mehr die Höhen und Tiefen eines Deutschen Ärztetags. Bei ethischen Themen strukturiert und fokussiert, um einen bestmöglichen Beschluss diskursiv ringend. Bei eigenen Themen, die auch Veränderungen bewirken, bewahrend und zögernd. Beispiele: Der Antrag, die gesteckten Klimaziele einzuhalten, wurde angenommen. Der Antrag, Kriterien für eine Klimanachhaltigkeit bei Fortbildungen zu definieren, wurde mit Nichtbefassung beschieden. Dem Antrag, den Ärztetag auf drei Tage zu reduzieren, stand der Antrag entgegen, auf fünf Tage zu erweitern, nachdem eine definierte Frist für eine Antragsstellung vor Beginn eines Ärztetags deutlich abgelehnt wurde. Besonders bemerkenswert der fast frenetische Jubel vieler Delegierter nach der launigen Rede des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Prof. Josef Hecken, der Verbündete gegen den Bundesgesundheitsminister suchte und fand – genau jener Vorsitzende, der mit den Beschlüssen dieses Gremiums nicht immer unsere ärztliche Tätigkeit erleichtert.

So kam es zur gleichen Prozedur wie in jedem Jahr: am letzten Tag noch über 130 Anträge, die letzten mussten wieder an den Vorstand überwiesen werden, ein vertiefender inhaltlicher Austausch parlamentarisch nicht möglich. Dennoch hat mir dieser 128. Deutsche Ärztetag sehr viel Mut gemacht, denn es waren zahlreiche junge Delegierte vor Ort, hoch engagiert und gut vernetzt, mit eigenen Anträgen, Redebeiträgen und neuen Ideen. Besonders beeindruckt hat mich die Delegation aus Schleswig-Holstein, sechs der neun Delegierten waren das erste Mal auf einem Ärztetag und haben sich aktiv eingebracht, nachzulesen in diesem Ärzteblatt – ich wünsche Ihnen sehr viel Vergnügen ...

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Es waren zahlreiche junge Delegierte vor Ort, hoch engagiert und gut vernetzt, mit eigenen Anträgen, Redebeiträgen und neuen Ideen.“



Inhalt

NEWS	6
Hubschrauber fliegt auch nachts	6
UKSH: Service-Beschäftigte sollen neu eingruppiert werden	6
Pflegegradrechner ist online	6
Arzneimittelkosten steigen	6
Bunt statt blau: Das Siegerplakat	7
TITELTHEMA	8
Deutscher Ärztetag: Das war die Woche in Mainz	8
Deutscher Ärztetag: So haben ihn die Delegierten empfunden	12
GESUNDHEITSPOLITIK	16
Interview mit Dr. Monika Schliffke und Dr. Ralph Ennenbach	16

Klinikreform macht kleine Schritte	19
Shared Decision Making in Kiel beeindruckt Patientenbeauftragten	20
Campen für die Organspende	21
Interview zur Altersvorsorge: Kevin Lütje	22
Mentoring in der Kardiologie	24
Kiels neues Laborzentrum	26
Tag der Frauengesundheit in Kiel	27
Vorgestellt: Der ÖGD der Bundeswehr	28
Plakatkampagne von KBV und KVen	30
Pakistan: Hilfe zur Selbsthilfe	32
LESERBRIEF	31

MEDIZIN UND WISSENSCHAFT	34
In Lübeck mitentwickelt: Das Herzpflaster	34
Aus der Schlichtungsstelle	36
PERSONALIEN	38
FORTBILDUNGEN	41
Im Fokus: Die „Abnehmspritze“	41
Lebendspendsymposium in der Ärztekammer Schleswig-Holstein	42
Externe Fortbildungstermine	44
Termine in der Akademie	45
ANZEIGEN	46
TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50

22

**Festgehalten***von Nicole
Brandstetter*

Rente ist auch ein Thema im jungen Alter

Das findet zumindest der Kammerabgeordnete Kevin Lütje, hier als Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz. Der Internist aus Kiel hat früh begonnen, sich mit dem Thema Finanzen und Altersversorgung auseinanderzusetzen und rät dazu, dies nicht auf die lange Bank zu schieben. Im Interview berichtet Lütje, welche Erfahrungen er mit dem Versorgungswerk gesammelt hat und weshalb er Forderungen nach einem vollen Inflationsausgleich bei den Renten für unrealistisch hält.

Luftrettung rund um die Uhr

Seit vergangenen Monat ist mit Christoph Europa 5 der DRF-Luftrettung ein zweites Luftrettungsmittel in Schleswig-Holstein rund um die Uhr einsatzbereit. Der Hubschrauber startet von Niebüll aus, der andere, Christoph 42, von Rendsburg aus. Tagsüber ist ein Pilot Teil der Besatzung, in der Dunkelheit sitzen zwei Piloten im Cockpit, da Nachtflüge für die gesamte Crew anspruchsvoller sind. Außerdem kommen moderne Nachtsichtgeräte, sogenannte Night Vision Goggles (NVG) zum Einsatz.

Die erweiterte Einsatzbereitschaft in Niebüll ist, wie berichtet, Ergebnis des Vergabeverfahrens zur Durchführung der Luftrettung durch das Land. Die Station Niebüll wurde am 1. April 2005 gegründet, seit März 2023 startet ein Hubschrauber des Typs H145 mit Fünfblattrotor als Christoph Europa 5. Die Station ist Bestandteil der Notfallversorgung, vor allem für das nördliche Schleswig-Holstein, die Bewohner der Nordfriesischen Inseln sowie des Westküstenbereichs in Syddanmark. Die eingesetzten Notärzte bringen laut DRF langjährige Erfahrung in der Notfallrettung mit. Um die längere tägliche Einsatzbereitschaft abzudecken, wird das notärztliche Team nun durch die Notfallmediziner des Helios Klinikums Schleswig unterstützt. (PM/RED)



Seit vergangenen Monat ist Christoph Europa 5 am Standort Niebüll rund um die Uhr einsatzbereit.

Pflegegrad kann jetzt selbst berechnet werden

Die Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein hat einen Pflegegradrechner online geschaltet, damit Menschen ihren individuellen Pflegegrad selbst einschätzen können. Der Pflegegradrechner ist kostenlos, werbefrei und wird von Erläuterungen begleitet.

Die Verbraucherzentrale wies aber darauf hin, dass der Pflegegradrechner keine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst ersetzt. „Die Erstbegutachtung muss immer persönlich erfolgen, Folgebegutachtungen sind auch telefonisch möglich. Das Online-Tool der Verbraucherzentralen hilft Verbrauchern, die individuelle Situation einzuschätzen“, teilte die Verbraucherzentrale mit Sitz in Kiel mit.

Neben dem Pflegegradrechner sind auf der Website der Verbraucherzentrale weitere Informationen rund um das Thema „der Weg zum Pflegegrad“ zusammengestellt. Sie geben einen Überblick von der Antragstellung über die Pflegebegutachtung bis zur Entscheidung der Pflegekasse und den bestehenden Möglichkeiten, auf eine Ablehnung durch den Medizinischen Dienst zu reagieren. (PM/RED)

UKSH soll angleichen

Ab dem Jahr 2027 soll ein einheitlicher Tarifvertrag für alle Mitarbeitenden am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) gelten – für dieses Ziel hat sich der schleswig-holsteinische Landtag Ende Mai nach einem fraktionsübergreifenden Antrag aller fünf im Landtag vertretenen Parteien ausgesprochen. Um das von der Politik vorgegebene Ziel zu erreichen, müssten die Mitarbeitenden der UKSH-Tochtergesellschaft Service Stern Nord voll in das UKSH integriert werden. Sie würden davon profitieren, weil sie dann unter den Tarifvertrag der Länder fallen.

Es geht um insgesamt rund 1.700 Vollzeitstellen an den UKSH-Standorten in Kiel und Lübeck. Bislang gilt für die Arbeitskräfte der Tochtergesellschaft, die nicht-medizinische Leistungen erbringen, ein Haustarifvertrag. Dieser müsste nun stufenweise an den Tarifvertrag der Länder bis 2027 angeglichen werden. Die Antragsteller begründeten ihr Anliegen mit der Leistung der Servicebeschäftigten, die sie als „unverzichtbaren Teil der wichtigen Arbeit des UKSH“ beschreiben. „Folgerichtig gehören sie zum UKSH“, hieß es im Antrag. Die Politiker hoffen zugleich, dass mit diesem Schritt die Attraktivität der Arbeitsplätze am UKSH gesteigert werden kann und dies zu einer Stärkung der Patientenversorgung und der Forschung an den Standorten beitragen wird.

Aktuell sollen viele Gehälter im Servicebereich nur knapp über dem Mindestlohn liegen. Wie die Umsetzung in den Tarifvertrag der Länder konkret gelingen soll, war zum Zeitpunkt der Debatte für Finanzministerin Monika Heinold (Grüne) aber noch nicht geklärt. Die Überführung wird das UKSH Geld kosten – laut Presseberichten rund 14 Millionen Euro. Die Gewerkschaft ver.di begrüßte die Entscheidung. Damit setze sich der Trend auf Landesebene, Ausgliederungen und Privatisierungen rückgängig zu machen, fort. (PM/RED)

Arzneimittel: Die Kosten im Norden steigen

Die Ausgaben für Arzneimittel sind in Schleswig-Holstein nach Zahlen der AOK Nordwest im vergangenen Jahr gestiegen: Im vergangenen Jahr erhielten alle rund 2,5 Millionen gesetzlich Versicherten Medikamente im Wert von rund 1,65 Milliarden Euro. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Anstieg von 3,1 %, gegenüber 2021 um 9,8 %. Die AOK bezog sich mit ihren Angaben auf Statistiken des GKV-Spitzenverbandes. „Zentrale Kostentreiber sind nach wie vor die hochpreisigen patentgeschützten Arzneimittel. Hier muss die Ampel-Koalition dringend gegensteuern, um die anhaltend hohen Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln abzubremsen“, sagte der AOK-Vorstandsvorsitzende Tom Ackermann. Im Durchschnitt bekam 2023 jeder gesetzlich Versicherte in Schleswig-Holstein Arzneimittel für rund 652 Euro verordnet. (PM/RED)

Bunt statt blau: Das Siegerplakat

Die 14-jährige Angélique Xiu aus Pinneberg hat, wie schon im vergangenen Jahr, den DAK-Wettbewerb „bunt statt blau“ in Schleswig-Holstein gewonnen. An dem kreativen Wirken gegen das Rauschtrinken hatten sich landesweit mehr als 200 Schülerinnen und Schüler beteiligt, bundesweit waren es 6.000. Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) übergab als Schirmherrin der Aktion im Norden die Preise und Urkunden. „Mit meinem Bild möchte ich die Schattenseiten von übermäßigem Alkoholkonsum verdeutlichen. Denn wer viel Alkohol trinkt, spült nicht nur Sorgen, sondern auch Glück und seine eigene Gesundheit herunter. Auf meinem Bild mache ich es damit erkennbar, dass dem Betrachter der bunte und mit Leben geschmückte Vordergrund sofort ins Auge sticht. Dem Jugendlichen entgeht dieser Anblick vollkommen, weil er nur noch blau und den Hals der Flasche sieht“: So beschrieb die Gewinnerin ihr Plakat, für das sie ein Preisgeld von 300 Euro erhielt. Von der Decken betonte: „Bilder, die von Kindern und Jugendlichen selbst gestaltet werden, sind ein sehr wirksames Mittel, um junge Menschen von exzessivem Trinken abzuhalten. Sie weisen nicht mit dem erhobenen Zeigefinger auf ein Problem hin, sondern sind kreativ gestaltete Werke für Menschen der gleichen Altersgruppe.“ Nach Daten des Statistischen Bundesamtes mussten 2022 rund 11.500 Kinder und Jugendliche im Alter von 10–19 Jahren wegen akuten Alkoholmissbrauchs in deutschen Kliniken behandelt werden. „Jeder junge Mensch mit einer akuten Alkoholvergiftung ist einer zu viel. Fakt ist: Noch immer trinken viele Jugendliche sprichwörtlich, bis der Arzt kommt. Deshalb setzen wir weiter auf Aufklärung und führen unsere erfolgreiche Präventionskampagne ‚bunt statt blau‘ in Schleswig-Holstein fort“, sagte Cord-Eric Lubinski, Leiter der DAK-Landesvertretung. (PM/RED)

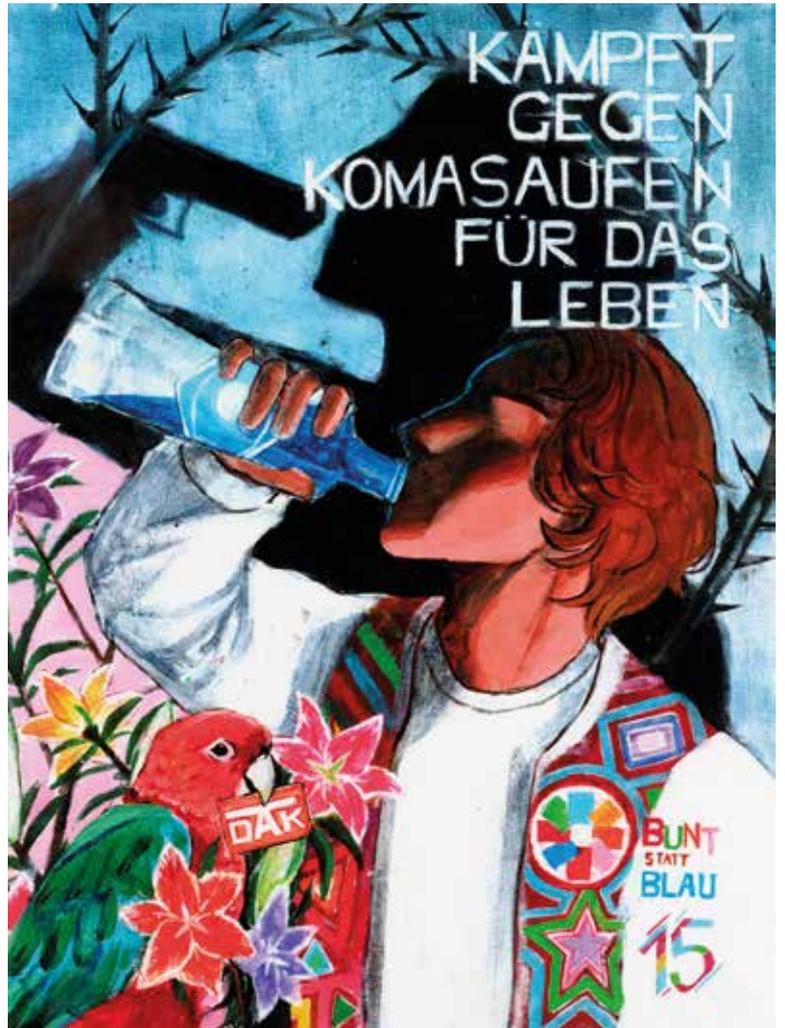


FOTO: DAK GESUNDHEIT

ANZEIGE

**UK
SH** UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

UCCSH | Universitäres Cancer Center Schleswig-Holstein

Veranstaltungskalender

für Fachpublikum | online oder vor Ort | kostenlos und zertifiziert

Vorträge und Veranstaltungen zu onkologischen Themen für die 2. Jahreshälfte
Weitere Informationen und Anmeldung auf www.uksh.de/uccsh

2/2024



Signal für Dialog und Demokratie

DEUTSCHER ÄRZTETAG BÄK-Präsident Dr. Klaus Reinhardt und Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach betonten zur Eröffnung des 128. Deutschen Ärztetages in Mainz beide ihre Gesprächsbereitschaft. An die des Ministers glauben viele Delegierte aber nicht, wurde in der Aussprache deutlich. Außerdem: kontroverse Debatten, Beschlüsse mit Folgen und Enttäuschungen.

Gleich mehrfach gab es zur Eröffnung stehenden Applaus – wenn es um die Werte ging, die für unsere Gesellschaft und den ärztlichen Berufsstand wichtig sind. Dr. Günther Matheis, Präsident der gastgebenden Ärztekammer Rheinland-Pfalz, brachte zu Beginn seine Sorge darüber zum Ausdruck, dass demokratische Werte und Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit zunehmend infrage gestellt werden. Er erinnerte an die Wertegemeinschaft, die Ärztinnen und Ärzte bildeten. Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, sprach vom „Privileg, in einem Land leben zu dürfen, in dem man, geschützt von unserer Verfassung und ohne Angst vor Repressalien und Verfolgung, jederzeit friedlich seine Meinung äußern kann.“ Er betonte: „De-

mokratie besteht aus Debatte und anschließender Entscheidung aufgrund der Debatte.“ Jesse Ehrenfeld, Präsident der American Medical Association, ging auf die Bedeutung der Vielfalt der Berufsausübung ein und warnte vor dem weltweit zunehmenden Extremismus. Auch die Kuwaiter Ärztin Dr. Lujain Alqodmani, Präsidentin des Weltärztebundes, warnte vor diesen Bedrohungen.

Noch vor Eintritt in die Tagesordnung griffen die 250 Delegierten, unter ihnen neun aus Schleswig-Holstein, diese Sorgen auf und verabschiedeten eine Resolution, in der sie sich für Demokratie, Menschenrechte und Pluralismus aussprechen.

Wenig konnten sie dagegen mit dem Grußwort von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach anfangen. Der hatte

zwar betont, dass „wir“ es uns nicht leisten könnten, nicht miteinander zu sprechen. Was er dann sagte, hatten aber fast alle schon gehört – und das gab vielen Delegierten das Gefühl, dass der Minister nicht bereit war, auf ihre drängenden Probleme einzugehen.

Das geschah dann am nächsten Tag, als der G-BA-Vorsitzende Prof. Josef Hecken mit Sprüchen wie „Ärzten droht Burn-out nicht vom Geldzählen“ und der Aufforderung an Lauterbach, mit der Ärzteschaft zu reden, die Stimmung der Delegierten traf. Sie spendeten auch ihm stehenden Applaus.

Zu den in Mainz intensiv diskutierten Problemen zählt der steigende Versorgungsbedarf bei zugleich unstrukturierter Inanspruchnahme von ärztlichen Leistun-



Solche Einigkeit war auf dem 128. Deutschen Ärztetag in Mainz nicht selbstverständlich. Viele Beschlüsse wurden nach eingehender und häufig auch kontroverser Diskussion gefasst.



gen. Abhilfe verspricht sich der Deutsche Ärztetag von einer Steuerung des Zugangs. Ohne eine solche Steuerung könne das aktuelle Niveau und der Anspruch an die Patientenversorgung nicht gehalten werden. Für die primäre Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung sollen Patienten nach Vorstellungen des Ärztetages deshalb künftig eine Arztpraxis als „ersten Anlaufpunkt“ wählen. Dieser soll die primärärztliche Versorgung für alle gesundheitlichen Anliegen der Patienten und die Koordination der Weiterbehandlung bei Fachärztinnen und Fachärzten und in weiteren Versorgungsbereichen übernehmen.

Der unmittelbare Zugang zur gynäkologischen und zur augenärztlichen Versorgung soll davon unberührt bleiben. Für chronisch kranke Patienten, die kontinuierlich eine intensive fachärztliche Versorgung benötigen, soll die Behandlungskoordination durch die behandelnden Fachärzte erfolgen. Ausdrücklich heißt es im Antrag: „Die primärärztliche Versorgung erfolgt durch eine Hausärztin oder einen Hausarzt.“

Außerdem verwies der Vorstand in dem Antrag auf die schon bestehende hausarztzentrierte Versorgung, die eine „qualitätsgesicherte und leitliniengerechte Koordinations- und Integrationsfunktion“ der Hausärzte fördere. Diese habe sich bewährt und sei weiter auszubauen – dies hatte zur Einführung in den Tagesordnungspunkt auch schon Prof. Wolfgang Greiner, lang-

„Demokratie besteht aus Debatte und anschließender Entscheidung auf Grund der Debatte.“

DR. KLAUS REINHARDT

„Nicht miteinander zu sprechen, können wir uns nicht leisten.“

PROF. KARL LAUTERBACH

jähriges Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit, empfohlen. Nach eingehender Diskussion wurde der Vorstandsantrag für mehr Steuerung mit 208 von 233 abgegebenen Stimmen angenommen. Reinhardt sprach von einem „starken Signal“.

Auch die Reform der ambulanten Notfallversorgung sieht eine stärkere Steuerung der Patienten vor. Ebenfalls mit großer Mehrheit verabschiedeten die Delegierten einen Antrag, der die Schaffung gesetzlicher Grundlagen dafür fordert. „Wir müssen endlich das Pingpong der Patienten zwischen den Sektoren beenden“, sagte eine der Antragstellerinnen. Deren Konzept sieht vor, dass sich Patientinnen und Patienten während der Sprechzeiten an ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin wenden und, wenn das nicht möglich ist, an die gemeinsame Leitstelle unter der Telefonnummer 116 117. Dort soll eine validierte Ersteinschätzung erfolgen und auf dieser Basis die Zuweisung zur richtigen Versorgungsebene.

Uneinig waren sich die Delegierten dagegen über einen aus Schleswig-Holstein eingebrachten Vorschlag, der die Formulierung von Kriterien für eine klima- und ressourcenschonende Fortbildung vorsah. „Für uns ist die klimaneutrale Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen eine notwendige Konsequenz“, betonte Anne Schluck aus dem Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Sie und weitere Delegierte aus dem Norden hat-



„Wir müssen genau schauen, was eine fertige Fachärztin, ein fertiger Facharzt wirklich als Handlungskompetenz beherrschen muss.“

PROF. HENRIK HERRMANN

ten beantragt, dass die BÄK bis zum Ärztetag 2025 in Leipzig Kriterien erarbeitet, wie sich Klimaschutz in Fortbildungen besser abbilden lässt. Die Delegierten entschieden aber mehrheitlich auf Nichtbefassung, was Schluck zu dem Kommentar „Ich bin sprachlos“ nach der Abstimmung veranlasste. Sie hatte zumindest eine Überweisung an den Vorstand erwartet. Der BÄK-Vorstand hatte dagegen argumentiert, dass das Thema Klimaschutz schon in der Präambel des Entwurfs der neuen Musterfortbildungsordnung abgedeckt sei. Auch das Argument Bürokratieabbau wurde gegen den Antrag aus Schleswig-Holstein bemüht.

Gemeinsam mit dem Co-Vorsitzenden Dr. Hans-Albert Gehle war Schleswig-Holsteins Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann in Mainz einer der Vortragenden, die am häufigsten am Rednerpult standen. Ihr Thema: Weiterbildung. Sie bekamen den von ihnen selbst gewünschten Arbeitsauftrag, die Musterweiterbildungsordnung zu verschlanken. Herrmann hatte dazu gesagt: „Wir müssen genau schauen, was eine fertige Fachärztin, ein fertiger Facharzt wirklich als Handlungskompetenz beherrschen muss.“ Die Verschlinkung soll nach einem Stufenplan erfolgen, beginnend mit den Zusatzweiterbildungen. Diese sollen künftig in drei Kategorien unterteilt werden. Welche Zusatzweiterbildung in welche Kategorie einsortiert wird, soll bis Leipzig vorliegen. Auch das Prüfungsver-



„Ärztinnen und Ärzte bekommen Burn-out nicht vom Geldzählen.“

PROF. JOSEF HECKEN

fahren soll überarbeitet werden. Ein weiterer Punkt zur Weiterbildung war die verpflichtende, stufenweise Einführung von „Train-the-Trainer-Seminaren“ für Weiterbildungsbefugte. Begonnen werden soll mit der Qualifizierung aller neu Befugten. Diese Entscheidung war erst nach kontroverser Debatte gefallen, weil sich manche Kammern unter zeitlichen Druck gesetzt sahen, die Seminare organisieren und finanzieren zu müssen.

Auch über die gesetzlichen Hürden für eine sektorenverbindende ärztliche Weiterbildung wurden diskutiert. An den Gesetzgeber wurde in diesem Zusammenhang appelliert, diese Hürden zu beseitigen und eine suffiziente finanzielle Förderung im stationären und im ambulanten Bereich zu etablieren. Insbesondere die Regelungen zur Arbeitnehmerüberlassung müssten überprüft und angepasst werden. Dahinter steht die Notwendigkeit, dass Teile der Weiterbildung nicht stationär geleistet werden können, sondern in Praxen, MVZ oder anderen Einrichtungen der Basisversorgung. Dies soll für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung nicht zur bürokratischen Hürde werden.

Weitere Beschlüsse, die in Mainz gefasst wurden:

► Politiker in Bund und Ländern wurden aufgefordert, das Personalbemessungssystem der Bundesärztekammer (ÄPS-BÄK) als verbindlichen Maßstab im Krankenhausversorgungsverbesserungs-

gesetz (KHVVG) zu verankern. Bisher ist dieses Werkzeug nur in der Gesetzesbegründung erwähnt. In dem mit großer Mehrheit getroffenen Beschluss heißt es, die Politik müsse für eine „verlässliche Refinanzierung der erforderlichen ärztlichen Personalausstattung im Rahmen der Vorhaltefinanzierung sorgen“. Das ÄPS-BÄK soll den tatsächlichen ärztlichen Personalbedarf abbilden und als Basis für Besetzung und Finanzierung der Stellen dienen. Es geht nicht nur um Personaluntergrenzen, die eine unmittelbare Patientengefährdung abwenden. Das System war auf Beschluss des Deutschen Ärztetages 2022 erarbeitet worden und ist nach Angaben von BÄK-Vorstandsmitglied Dr. Susanne Johna „einsatzbereit“. Nun müsse der letzte Schritt getan werden, das Instrument gesetzlich verbindlich zu regeln.

- ▶ Der Gesetzgeber wurde aufgefordert, die Homöopathie aus der GOÄ zu streichen. Der Antrag wurde zwar mit 116 zu 97 Stimmen angenommen, aber kontrovers diskutiert. Auch Ärztinnen und Ärzte, die selbst keine homöopathischen Mittel anwenden, sprachen sich gegen diesen Antrag aus. Dr. Thomas Lipp aus Sachsen befürchtet gar ein „Berufsverbot“ für homöopathisch tätige Ärztinnen und Ärzte, wenn dem Appell Folge geleistet würde.
- ▶ Der Ärztetag sprach sich für eine schnelle Strukturreform der stationären Versorgung aus und dagegen, weitere Mittel in

eine ineffiziente Versorgung zu investieren. Die Reformpläne der Bundesregierung für das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz dagegen lehnten die Delegierten ab und stimmten gegen „jegliche Vorschläge“, stationäre Versorgungseinrichtungen für die hausärztliche Versorgung zu öffnen. Dieses Ziel war – Stand zum Ärztetag – im Gesetzentwurf zum KHVVG enthalten und zuvor schon von zahlreichen Ärzteverbänden kritisiert worden.

- ▶ Für das Sponsoring von Fortbildungsveranstaltungen sind künftig strengere Regeln vorgesehen. Das sieht eine Novellierung der Musterfortbildungsordnung vor, die Dr. Günther Matheis, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, als Entwurf vorgestellt hatte. Die Delegierten stimmten mit großer Mehrheit zu. Danach sind besonders bei den Anerkennungskriterien Änderungen vorgesehen: Hierbei soll nun stärker das Gebot von Neutralität, Transparenz und Unabhängigkeit gelten. Zu den Befürwortern dieser Entscheidung zählte u.a. die Berliner Delegierte Dr. Katharina Thiede, die befand: „Unser Misstrauen kann gar nicht groß genug sein.“ Die Novellierung sei wichtig für die Glaubwürdigkeit des Berufsstandes.
- ▶ Die Gesundheitspolitik soll sich künftig an Nachwuchsförderung, Qualifizierung und guten Arbeitsbedingungen aus-

richten. Dies forderten die Delegierten einstimmig in einem Leitantrag, in dem die Beschäftigten im Gesundheitswesen als Schlüssel „für ein gleichermaßen menschliches wie leistungsstarkes Gesundheitswesen“ bezeichnet werden. Gefordert wurden u.a. Wertschätzung, ein modernes Medizinstudium, eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung und eine Klinikreform, die zu einer hochwertigen Patientenversorgung und zu besseren Arbeitsbedingungen für alle beschäftigten Berufsgruppen führt.

DIRK SCHNACK



Dr. Lujain Alqodmani, Präsidentin des Weltärztebundes.



Applaus für Jesse M. Ehrenfeld, Präsident des Amerikanischen Ärzteverbandes. Er hatte vor den Folgen des weltweit zunehmenden Extremismus gewarnt.

Ärztetag ist gelebte Demokratie

DEUTSCHER ÄRZTETAG Die meisten der Delegierten aus Schleswig-Holstein waren erstmals auf einem Deutschen Ärztetag, für andere ist es Routine – aber nie langweilig. Nicole Brandstetter hat die Delegierten in Mainz begleitet und nach ihren Erfahrungen befragt. Hier sind die Resümees der Delegierten.



Anne Schluck:

„Mein Fazit fällt wechselnd aus. Zum einen war der Ärztetag interessant und sehr inspirierend, weil ich mich mit vielen Kolleginnen und Kollegen vernetzen konnte.

Aber ich bin auch etwas betrübt, weil unser Antrag zu ressourcenschonenden Fortbildungen sogar mit Nichtbefassung bestraft wurde. Jetzt schauen wir aber, wie wir das Thema aus Schleswig-Holstein heraus weiter nach vorne bringen können.“

ANNE SCHLUCK, FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN UND VORSTANDSMITGLIED DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Dr. Victoria Witt:



„In vielen der berufspolitischen Debatten spiegelten sich aktuelle und zukünftige Herausforderungen des Gesundheitssystems. Besonders spannend fand ich in diesem Zusammenhang die Ein- und Ausblicke, wie uns Technik oder Künstliche Intelligenz (KI) dabei behilflich sein können, diesen Herausforderungen besser zu begegnen. Darunter das Personalbemessungstool zur Berechnung des ärztlichen Personalbedarfes (ÄPS-BÄK), der Sachstand zum e-Logbuch, die Ansage des amerikanischen Arztpräsidenten KI „will change everything in healthcare“ oder Anträge zu diesem Themenbereich.

Enttäuscht war ich an einzelnen Stellen von leeren Absichtserklärungen: Einerseits schwor Bundesärztekammerpräsident Klaus Reinhardt die Delegierten mit einer flammenden Resolution „Nie wieder ist jetzt!“ unter tosendem Applaus auf Demokratie, Pluralismus und Menschenrechte ein. Andererseits schaffte es der Antrag, eine gendersensible Sprache in der Satzung der Bundesärztekammer zu verwenden und damit Wertschätzung für alle Ärztinnen und Ärzte zu signalisieren, nur mit ganz knapper Mehrheit. Auch unser schleswig-holsteinischer Antrag, Kriterien für ressourcenschonende und klimaneutrale ärztliche Fortbildungen zu entwickeln, statt nur die unspezifische Absicht in der (Muster-)Fortbildungsordnung zu benennen, wurde abgeschmettert. Aber auch das ist Demokratie! An dem Thema Klimaschutz bleiben wir trotzdem dran. Zusammenfassend nehme ich viele Eindrücke und Motivation für die Kammerarbeit mit. Die Selbstverwaltung ist und bleibt eine großartige Chance sich einzubringen und Einfluss auf wichtige gesundheitspolitische Themen zu nehmen.“

DR. VICTORIA WITT, FACHÄRZTIN FÜR NEUROLOGIE, PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, GESUNDHEITSAMT BAD SEGEBERG UND VORSTANDSMITGLIED DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Hannah Teipel:

„Ich freue mich und bin dankbar, beim Ärztetag dabei sein zu können. Ich finde es toll, dass man hier eine Stimme hat und die Chance, gehört zu werden. Insbesondere freue ich mich, die Meinung von jungen Ärztinnen und Ärzten zu vertreten und ich würde es begrüßen, wenn in den Folgejahren noch mehr jüngere Kolleginnen und Kollegen dabei sind und sich engagieren, um unserer Meinung noch mehr Stimme zu verleihen. Insgesamt könnte man mehr an der Effizienz des Ärztetags arbeiten, im Sinne von mehr Struktur und sortierteren Beiträgen.“

HANNAH TEIPEL, ÄRZTIN IN WEITERBILDUNG, UKSH KIEL UND VORSTANDSMITGLIED DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN



Prof. Doreen Richardt:

„Der Deutsche Ärztetag in Mainz war wieder geprägt von intensiven Gesprächen und Diskussionen. Leider dürfte es jedoch wieder nicht gelungen sein, das wichtige Thema der Krankenhausstrukturreform und die damit verbundenen gravierenden Veränderungen v.a. für die Bevölkerung zu kommunizieren. Dazu war die Berichterstattung zu sehr auf Medien, die hauptsächlich für Mediziner zugänglich sind, ausgerichtet. Es wäre eine Chance gewesen, die Bevölkerung vorzubereiten. Dabei ist mir natürlich bewusst, dass es nicht die Aufgabe von uns Ärzten, sondern die der Politiker ist, der Bevölkerung reinen Wein einzuschenken.“

Desweiteren muss das Timing in den Sitzungen verbessert werden. Es kann nicht sein, dass in jedem Jahr dasselbe Schauspiel stattfindet und wichtige Entscheidungen, die eigentlich in genau diesem Ärzte-Parlament getroffen werden sollen, aus Zeitgründen massenhaft an den Vorstand überwiesen werden. So wurde in meinen Augen z.B. die Weiterbildung vernachlässigt und in diesem Jahr sogar die Rednerliste bereits vor Beginn der Diskussionen geschlossen. Das zeigt, welchen Stellenwert die Weiterbildung für uns Ärzte selbst hat, und ist ein Armutszeugnis – das Problem wird uns einholen. Positiv möchte ich aber feststellen, dass es viele Teilnehmende gab, die sich v.a. im Dialogforum für eine gute Weiterbildung einsetzten und auch auf den Sitzungen engagiert auftraten. Vor allem unsere Kammer brachte frischen Wind auf den Ärztetag und darauf können wir stolz sein.“

PROF. DOREEN RICHARDT, LL.M, VIZEPRÄSIDENTIN DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN



Dr. Christine Schwill:

„Ich habe es als großes Privileg empfunden, dass ich zum ersten Mal beim Ärztetag dabei sein durfte. Von der Ärztekammer habe ich mich gut begleitet gefühlt: Die Organisation im Vorfeld und vor Ort wurde professionell durchgeführt. Ich habe mich immer mitgenommen gefühlt.“

Die Eröffnungsfeier fand ich sehr bewegend. Vor allem die Reden gegen Rassismus, die in der heutigen Zeit sehr wichtig sind, waren eindrucksvoll, weil sie direkt ein Statement mitgebracht haben: Dass wir Ärzte ganz klar für Demokratie stehen. Dabei hatte ich das Gefühl einer geeinten Ärzteschaft – das hat mich sehr gefreut.

Natürlich war der Ärztetag auch anstrengend. Gerade für einen Neuling ist es nicht immer leicht, bei allen Anträgen und Abstimmungen mitzukommen. Deswegen ist es gut, dass ich da hineinwachsen darf. Mich haben teilweise Kontroversen und Diskussionen befremdet. Zum Beispiel ist die Haushaltsdiskussion sehr kontrovers verlaufen. Auf der anderen Seite war ich aber auch beeindruckt von der Diskussionskultur, in der auch Fehler zugegeben wurden.

Für den nächsten Ärztetag wünsche ich mir, dass wir in der Ärztekammer im Vorfeld mehr darüber sprechen, welche Themen wir besetzen wollen und welche Anträge wir stellen wollen.

DR. CHRISTINE SCHWILL, FACHÄRZTIN FÜR INNERE MEDIZIN UND ALLGEMEINMEDIZIN UND VORSTANDSMITGLIED DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN



Franziska Fick:



„Ich habe spannende Diskussionen erlebt, aber auch ein wenig langwierige Abstimmungen. Ein wichtiges, eindeutiges Zeichen für eine offene, respektvolle Gesellschaft direkt am Anfang zeigt die Grundsätze, auf deren Basis wir arbeiten. Wir konnten viele Eindrücke und Inspirationen sammeln, die wir mit nach Schleswig-Holstein in die Kammerarbeit nehmen. Wir werden jetzt schauen, wie wir mit unserem Antrag auf ressourcenschonende Fortbildungen umgehen, mit dem sich der Ärztetag leider nicht befasst hat. Das Thema werden wir nicht ruhen lassen, weil es für die Zukunft des Gesundheitswesens sehr wichtig ist. Mich hat auch die Diskussion um die Schwangerschaftsabbrüche sehr interessiert.“

Für nächstes Jahr wünsche ich mir, dass wir als Delegierte im Vorfeld die Themen noch mehr vorbereiten. Danke an alle Kammermitglieder für das Vertrauen und ganz besonders den anderen, erfahrenen Delegierten aus Schleswig-Holstein, die mich auf meinem ersten Ärztetag wunderbar unterstützt haben! Das macht Lust auf den nächsten.“

FRANZISKA FICK, ÄRZTIN IN WEITERBILDUNG, UKSH LÜBECK

Dr. Norbert Jaeger:



„Da ich schon auf mehreren Ärztetagen war und mich immer wieder als Delegierter melde, fällt mein Resümee wie immer positiv aus. Ärztetage sind für mich gelebte Demokratie der deutschen Ärzteschaft. Es freut mich, dass wir dieses Jahr mit vielen Delegierten aus Schleswig-Holstein angereist sind, die zum ersten Mal dabei waren und die sehr engagiert mitdiskutiert haben. Ich bin nach wie vor vom Ärztetag begeistert bis ergriffen.“

DR. NORBERT JAEGER, ARZT IM RUHESTAND AUS KIEL UND FREIBERUFLICHER NOTARZT

Die Themen des Präsidenten

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

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



Prof. Henrik Herrmann:

„Der 128. Deutsche Ärztetag hatte Licht und Schatten. Es gab gute Diskussionen und auch gute Beschlüsse. Da denke ich zum Beispiel an den Beschluss, unser Personalbemessungssystem ÄPS-BÄK in die Gesetzgebung zu integrieren oder auch an die Beschlüsse in der Weiterbildung, zum Beispiel die Weiterbildungsordnung zu verschlanken.

Darüber hinaus gab es auch ein sehr undifferenziertes Meinungsbild. Dass zum Beispiel dem GBA-Vorsitzenden Josef Hecken zugejubelt wurde, war für mich nicht nachvollziehbar – da hätte ich mir eine etwas kritischere Haltung gewünscht.

Alles in allem hat aber der Deutsche Ärztetag gezeigt, dass er nach wie vor ein gutes Austauschforum ist. Was mich besonders beeindruckt hat, war das Engagement der jungen Kolleginnen und Kollegen, die auch ans Rednerpult gegangen sind und ihre Positionen vorgetragen haben. Besonders erwähnen möchte ich die schleswig-holsteinischen Delegierten, von denen viele zum ersten Mal den Ärztetag besucht haben. Sie haben konzentriert und konstruktiv mitgearbeitet. Es herrschte eine tolle Atmosphäre unter den Schleswig-Holsteinern. Dafür möchte ich mich herzlich bedanken.“

PROF. HENRIK HERRMANN, PRÄSIDENT DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN UND MITGLIED DES VORSTANDS DER BUNDESÄRZTEKAMMER



Kevin Lütje:

„Der 128. Deutsche Ärztetag in Mainz war eine bereichernde und inspirierende Veranstaltung, die durch eine kollegiale Atmosphäre und überwiegend große inhaltliche Übereinstimmung geprägt war. Als erstmaliger Teilnehmer empfand ich die Organisation und die digitalen Abstimmungs- und Antragsmöglichkeiten als sehr gelungen. Hier könnte sich die ÄKSH einiges anschauen. Erfreulicherweise wurde ein von mir mit eingebrachter Antrag nach 2. Lesung angenommen, in dem Weiterbilder zur Teilnahme an einem Train-the-Trainer-Programm verpflichtet werden. Dies wird zu einer Professionalisierung der Weiterbildung führen. Auch wenn die meisten Beschlüsse mit großer Mehrheit angenommen wurden, wie bspw. das Streichen der Homöopathie aus der GOÄ, so sind doch wichtige Anträge zur Klimaneutralität in der Versenkung verschwunden, indem sie quasi von der Tagesordnung genommen wurden. Der Präsident und der Vorstand versicherten jedoch, dass diese Themen der Klimaneutralität im Gesundheitswesen trotz Nichtbefassung auf dem Ärztetag Gehör gefunden haben und Konzepte zur Abstimmung auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in Leipzig erarbeitet werden.“

KEVIN LÜTJE, FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN



Podcast zum Deutschen Ärztetag

Sie war eine von denen, die erstmals als Delegierte auf dem Deutschen Ärztetag waren. Wie hat sie die Woche in Mainz erlebt? Dr. Christine Schwill gab dazu in einem Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärztetages umfassend Auskunft. In weiteren Folgen kommen neben Vertretern der Ärztekammer auch zahlreiche weitere Akteure aus dem Gesundheitswesen in unserem Bundesland zu Wort. Auch in anderen Podcasts-Folgen geht es um Themen aus dem Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein. Insgesamt umfasst die Auswahl inzwischen rund 90 Folgen. Darunter u.a.:

- ▶ Sören Schmidt-Bodenstein: So stärken wir die Prävention
- ▶ Axel Schroeder: Ärztegenossenschaft wendet Insolvenz ab
- ▶ Tim Wind: Die Niederlassung lohnt sich
- ▶ Dr. Sylvia Hakimpour-Zern und Dr. Victoria Witt: ÖGD ist unverzichtbar und attraktiv



Herausforderung für KVen: Einheit bewahren

KVSH Der amtierende Vorstand der KV Schleswig-Holstein geht Ende Juni in den Ruhestand – nach 20-jähriger (Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach) bzw. zwölfjähriger Vorstandstätigkeit (Dr. Monika Schliffke). Dirk Schnack für das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt und Nikolaus Schmidt für die Nordlicht-Redaktion trafen die beiden zum gemeinsamen Interview. Wegen des Umfangs bilden wir an dieser Stelle nur Passagen daraus ab.

Was waren die größten Herausforderungen in ihren Amtszeiten?

Dr. Monika Schliffke: Wir hatten eine Situation, die es so zuvor noch nie gegeben hatte und die man als geschlossenen Block betrachten muss. Die Pandemie war zweieinhalb Jahre intensive tägliche Herausforderung, die nicht vergleichbar ist. Die grundsätzlich größte Herausforderung ist sicher die Entwicklung der Sicherstellung und damit die Frage, wie viele Ärztinnen und Ärzte in Zukunft noch niederlassungswillig sein werden. Wenn man über zwölf Jahre schaut, hat sich sowohl die Zahl der abgehenden Ärzte ohne Nachfolge als auch die Zahl der angestellten Ärzte nach oben entwickelt. Das geht mit Lücken und verminderter Arbeitszeit für die Patientenversorgung einher.

Wo stehen wir bei der Sicherstellung?

Schliffke: Es wird zunehmend schwieriger, junge Ärzte von der Attraktivität der Niederlassung und damit der selbstständigen Tätigkeit zu überzeugen. Das hat sicher etwas mit höherer Verantwortungsübernahme, aber natürlich auch mit den Budgets zu tun.

Dr. Ralph Ennenbach: Ich würde die Herausforderungen aus meiner Draufsicht um zwei Bereiche ergänzen. Erstens die Herausforderung, die Verwaltung trotz der veränderten Bedingungen am Ball zu halten. Dazu gehört die Gestaltung der Honorarverteilung unter immer größeren Einschlüssen. Die gute Nachricht ist, dass sie im Großen betrachtet unauffällig läuft.

Zweitens: Das Land aus unnötigen Konflikten heraushalten. Da sind die Themen Hausärzte gegen Fachärzte und – konkreter – flächendeckende Selektivverträge. Einerseits halte ich Selektivverträge für einen Anschlag auf die kollektive Gemeinschaft,



gleichzeitig fehlen uns als KV Argumente dagegen, wenn man im Kollektivvertrag Kanonenkugeln an die Beine gehängt bekommt und nicht vollends konkurrieren kann. Deshalb muss man mit Selektivverträgen Frieden halten und versuchen, ein Klima zu schaffen, das dazu führt, dass die meisten Praxen trotzdem im Kollektivvertrag bleiben.

Schliffke: Wie schwer dies ist, sieht man derzeit auf Bundesebene zwischen KBV und Hausärzteverband, nachdem das Thema Patientensteuerung angesprochen wurde. Das wird leider von der Konsens- in die Konfliktebene driften, wenn nicht frühzeitig gegensteuert wird.

Ennenbach: Ein Grund dafür war die Verwendung des Begriffs Primärarztssystem in Verbindung mit einer Einschreibung. Sobald es auch um Symbolpolitik geht, bekommt man realpolitisch kaum etwas bewegt.

Schliffke: Unsere Bemühungen in Schleswig-Holstein waren immer stark darauf ausgerichtet, diese Konflikte nicht entstehen zu lassen. Wir haben das Problem aktuell und nicht nur latent bei dem Thema HaFa. Deshalb sagen wir sehr offensiv: Bitte haltet Euch an medizinisch sinnvolle Regeln und jeder entscheidet das, was er in seinem Entscheidungsbereich entscheiden muss. Aber im Alltag spielt sich da manches ab, was uns nicht gefällt.

Ennenbach: Der Traum ist ein individuell getragenes Kollektivverständnis, eine Art Wertegemeinschaft: Wir arbeiten zusammen, wir haben die gleichen Aufgaben und Pflichten, jeder in seinem Bereich. Das muss von möglichst vielen Mitgliedern so gelebt werden. Auf der Metaebene lässt sich das zusammenfassen unter dem Begriff: Einheit bewahren. Dazu gehört das Thema Honorarverteilung: Wenn der HVM nicht nachvollziehbar gebaut ist, dissoziiert es. Wir sind nur stark, wenn wir es schaffen, eine gemeinsame Verankerung zu erhalten.

Schliffke: Der Begriff Wertegemeinschaft wird in den nächsten Jahren noch viel wichtiger, weil die ambulante Versorgung als Block in die Diskussion um die Zukunft des Gesundheitssystems eingebracht werden muss. Wenn sie in sich nicht einig ist, wird es schwierig.

Ist es gelungen, Einheit zu bewahren?

Schliffke: Aus unserer Sicht ja, was Schleswig-Holstein betrifft. Dass wir Seitenabweichungen wie bei HaFa haben, ist normal und muss angesprochen werden. Auch zu Beginn der Pandemie haben wir sechs Wochen gebraucht, bis wir die Kol-



„Der Traum ist ein individuell getragenes Kollektivverständnis, eine Art Wertegemeinschaft.“

DR. RER. NAT. RALPH ENNENBACH

leginnen und Kollegen im Boot hatten, Beispiel Monitoring. Es ist auch Zeit, die man manchen Dingen geben muss. Man kann nicht erwarten, dass sich jede und jeder am übernächsten Tag an eine Linie hält. Geduld gehört auch dazu, um Mehrheiten zu überzeugen.

Ennenbach: Bei einigen Elementen stehen wir besser da, als man es aus anderen KV-Bereichen berichtet bekommt. Ganz früher war es so, dass die KV regelmäßig hinterfragt wurde: Warum verteilt Ihr das so? Jeder Berufsverband hat sich hier Termine geholt, um sich über die Situation

zu beschweren. Das haben wir durch vollständige Transparenz abgelöst. Niemand kommt mit dem Vorwurf, Ihr seid ungerecht. Mehr kann man nicht erreichen. Deshalb ist dieser Quell an Ärger bei uns unterentwickelt.

Schliffke: Die Zeit der Einzelkämpfer, die nur auf ihre eigenen Praxen schauen, geht auch zu Ende, was positiv zu sehen ist. Das Bewusstsein für das Kollektiv hat sich langsam aus dieser Isolation heraus entwickelt, u.a. durch die Netze. Diese Entwicklung ist sukzessive in den Regionen in Gang gekommen und muss fortgesetzt werden, künftig auch intersektoral. Wichtig ist dabei auch die Einbeziehung der Gesundheitsberufe.

Ennenbach: Leider muss man kritisch anmerken, dass die Bereitschaft der Mitglieder, sich in den Kreisstellen zu engagieren, in den letzten 20 Jahren drastisch abgenommen hat. Die Kreisstellen sollen Diskursplattform sein und Probleme regional mit lösen können. Aber die Wahrnehmung ist, dass es schwerfällt, die Mehrheit der Mitglieder in diesen klassischen Austausch zu bringen. Das ist aber nichts, was wir verursacht haben, sondern Mainstream: Verantwortung wird seltener persönlich wahrgenommen, jeder zieht sich eher ins Private zurück. Das kann man natürlich auch als stilles Bekenntnis interpretieren, dass das,

was die KV macht, schon irgendwie ok ist. Aber die Verfestigung einer Einheit durch gemeinsame Diskussion hat, glaube ich, abgenommen – ohne dass ich wüsste, was wir dagegen hätten tun können.

Schliffke: Dieser Trend wird unterstützt durch die parallele Überbürokratisierung der letzten zehn Jahre. Wenn man im Alltag ständig etwas neu aufgeladen bekommt, neigt sich Motivation zu darüber hinausgehendem Engagement irgendwann gegen Null.

Ennenbach: Genauso wie man Ärztinnen und Ärzte dazu zwingt, unreife Technik zu benutzen. Dann muss sie auch praktikabel sein und funktionieren.

Was haben Sie nicht erreicht?

Schliffke: Wir diskutieren seit 2013 die intersektorale Notfallversorgung. Selbst mit dem Hindernis der Pandemie hätten wir längst weiter sein können. Unverändert warten wir auf praktikable Vorschläge der Politik. Immerhin haben wir über die Sektoren hinweg zu zentralen Dingen einen guten Konsens mit unseren Kliniken gefunden und deutliche Fortschritte erzielt. Das Wort Ein-Tresen-Lösung kam 2015 von uns. Inzwischen gibt es zumindest räumlich ein INZ, ein weiteres ist in Planung.

Ennenbach: Eine meiner persönlich stärksten Enttäuschungen war das Scheitern der Notfallsteuerung im Krankenhaus. Das war ein must have, ist aber am Einspruch des BMG gescheitert mit Argumenten, die man nicht nachvollziehen kann. Das empfinde ich als Enttäuschung, weil ich an der Erarbeitung des Konzeptes beteiligt war.

Schliffke: Das Thema ist aus ideologischen, nicht aus Sachgründen vorerst beerdigt worden, deshalb berührt es besonders stark. Aber ich bin überzeugt, es wird zu einer routinierten gemeinsamen Ersteinschätzung in der Notfallsteuerung kommen. Alles spricht dafür. Wir haben aber derzeit einen Bundesgesundheitsminister mit einer stark universitär orientierten Regierungskommission, die die Dinge mit einer einseitigen klinischen Brille betrachtet. So bringt man ambulant und stationär noch nicht zusammen.

Ennenbach: Nicht erreicht habe ich eine komplette Heranführung an den bundesweiten Honorardurchschnitt. Es gibt eine deutliche Verbesserung, aber nicht die Egalisierung eines früheren Budgetnachteils von annähernd 10 %. Das haben wir zwar auf 2–3 % Unterschied zurückfahren können. Aber Schleswig-Holstein hat eine im Vergleich niedrige Krankenhausdichte –

„Auf Bundesebene spielen Machtfragen eine stärkere Rolle, auch die mediale Profilierung.“

DR. MONIKA SCHLIFFKE

da müssten wir eigentlich über dem Durchschnitt liegen. Zufrieden bin ich mit dem Erreichten an dieser Stelle nicht.

Schliffke: Der Ambulantisierungsgrad ist rechnerisch bei uns höher, das schlägt sich aber nicht in der Honorierung nieder.

Ennenbach: Außerdem wollten wir die Netze zu regionalen Verhandlungspartnern entwickeln, das haben wir nur in Ansätzen geschafft. Dazu haben wir Anreize im Strukturfonds gehabt, damit sie auf Krankenkassen zugehen und regionale Lösungen entwickeln. Das ist nicht so eingetreten, wie wir es uns gewünscht hätten. Der Gemeinschaftsgedanke der Netze ist in meinen Augen in zunehmender Entropie untergegangen. Ein weiterer Fehler war, damals als KV-System den Wegfall der Praxisgebühr ohne Einforderung einer Alternative der Patientensteuerung akzeptiert zu haben. Man hat damals nicht erkannt, dass man sich für die Zukunft steuernde Elemente verbaut. Es ist uns leider nicht gelungen, dies in den KBV-Gremien ausreichend zu hinterlassen.

Schliffke: Alle Länder um uns herum haben eine solche Patientensteuerung, die teilweise recht rigide ist. Nur unsere Politiker geben unseren Bürgern noch ein unbegrenztes Leistungsversprechen zu jedem Zeitpunkt. Das lässt sich mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen geld- und personalmäßig nicht mehr lange fortführen.

Wo geht die Gesundheitspolitik hin?

Schliffke: Wir haben aktuell eine reine Top-down-Politik, brauchen aber bottom-up – und viel Dialog, so wie wir es in unserem Bundesland haben. Ein Klima, in dem man sich auf Augenhöhe begegnet und respektiert, findet sich im Bund nicht. Eine Zielrichtung für das Gesundheitswesen wird auch nicht sichtbar, was Verunsicherung und Demotivation auslöst. Das ist ein

entscheidendes Element in der Frage Niederlassung ja oder nein.

Ennenbach: Leider funktioniert vieles nur noch regional. Die Frage ist, wie kann mehr pragmatischer Sachverstand für die Bundesebene gewonnen werden. Ich nehme Gesundheitspolitik auf Bundesebene nicht als prioritäres Politikfeld wahr. Politische Begabung wird m.E. nicht unbedingt von der Gesundheitspolitik angezogen. Es wäre schön, wenn jemand in eine solche Position kommt, der mit praktisch geeichter Erfahrung mit Überblick sagen kann, wo die Probleme liegen. Derzeit kommen Menschen mit sehr selektiven Erfahrungen in Entscheidungspositionen und beurteilen das gesamte System. Eine Folge ist beispielsweise die angestrebte Kleinstaaterei über sogenannte Gesundheitsregionen.

Wer hat den ganzheitlichen Blick?

Ennenbach: Nach meiner Wahrnehmung Josef Hecken, der Vorsitzende des G-BA. Er bekommt aus allen Bereichen mit, welche Ansprüche existieren und hat deshalb ein sehr gutes Bild.

Schliffke: Ich halte auch unseren BÄK-Präsidenten Dr. Klaus Reinhardt für eine sehr fundierte Persönlichkeit, die gesundheitspolitische Fragen von allen Seiten sachlich beleuchtet und sich intensiv einsetzt.

Wie hat sich die Kommunikation der Akteure untereinander entwickelt?

Schliffke: Auf Landesebene spielt dies eine wichtige Rolle und wir haben die Kontakte immer intensiv gehalten. Das Pandemiemanagement war in Schleswig-Holstein sicher vorbildhaft, weil rational getragen und alle Akteure einbeziehend. Grundsätzlich gab es über die Jahre hier immer ein gutes Verhältnis, unabhängig von der jeweiligen Regierungspartei oder Ministeriumsführung. Auf Bundesebene spielen Machtfragen eine stärkere Rolle, ebenso die mediale Profilierung.

Ennenbach: Wir sind ein kleines und kein reiches Land, das schafft Bodennähe. Auf Bundesebene fehlt mir ein Bekenntnis zur Subsidiarität und zur Rolle der Selbstverwaltung. Dort ist inzwischen eine Politikermeinung en vogue, die davon ausgeht, die Selbstverwaltung bekäme sowie so nichts hin, also regeln wir alles bis hin zum Klein-Klein. Es herrscht leider das latent vorhandene und immer wieder durchschimmernde Misstrauen, kleinzellige freiberufliche Strukturen würden ohnehin nichts taugen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Länder-Expertise nicht erwünscht?

KLINIKREFORM Das Bundeskabinett hat vergangenen Monat die von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) geplante Klinikreform verabschiedet und damit die parlamentarische Befassung ermöglicht. Kritik an der Reform kam u.a. aus Schleswig-Holstein.

Werden in Deutschland mehr Menschen überleben, wenn die Krankenhäuser stärker spezialisiert wären? Dies ist eines der Argumente, mit der Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach für seine Klinikreform wirbt.

Um die Kliniklandschaft neu auszurichten, hält er eine Verringerung der Standorte und eine Abbildung der Qualität über Leistungsgruppen für sinnvoll. Damit will er erreichen, dass Krankenhäuser mehr Routine mit den Behandlungen erhalten, die sie anbieten.

Damit Kliniken nicht mehr darauf angewiesen sind, jeden Eingriff zu übernehmen, plant Lauterbach mit Vorhaltepauschalen. Was auf den ersten Blick vernünftig klingt, birgt Tücken im Detail, die u.a. in der Stellungnahme von Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) deutlich werden. Als amtierende Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz der Länder mahnte sie: „Die Länder wollen eine Krankenhausreform – aber eine inhaltlich gute, eine realitätsbezogene und eine verfassungskonforme. Eine solche Reform wird nur in einem Miteinander von Bund und Ländern gelingen.“

Sie erinnerte noch einmal daran, dass der Bund für die Betriebskostenfinanzierung, die Länder für die Krankenhausplanung zuständig seien. Die Länder hätten eine geeinte fachliche Stellungnahme zum Referentenentwurf abgegeben – ohne dass eine dieser Forderungen vom Bundesgesundheitsministerium in den Regierungsentwurf des Gesetzes aufgenommen worden sei. Von der Decken umschrieb diese Ignoranz von Expertise höflich als einen „in jeder Hinsicht ungewöhnlicher Vorgang“ im Rahmen einer Anhörung.

Die Behauptung, dass die Länderforderungen nicht qualitätsorientiert seien, nannte von der Decken „nicht haltbar.“ Sie



Prof. Kerstin von der Decken

schloss aber nicht aus, dass die Länderforderungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch einbezogen werden, weil dieses nicht mehr in der Hand der Bundesregierung, sondern beim Bundestag und Bundesrat liegen. Dies berge die Gefahr einer Verzögerung – die aber der Bund zu verantworten habe. Von der Decken betonte: „Die fachliche Expertise und Erfahrung von 16 Ländern außen vor zu lassen, wäre ein gravierender Fehler.“

Zu den Forderungen der Länder gehören unter anderem:

- ▶ Eine nachvollziehbare Auswirkungenanalyse, um vor einer so weitreichenden Entscheidung die Konsequenzen der Reform zu kennen.
- ▶ Eine die Versorgungssicherheit gewährleistende Ausgestaltung der Vergütungssystematik.
- ▶ Die Sicherung kleiner, aber bedarfsnotwendiger Kliniken im ländlichen Raum.
- ▶ Achtung der Planungshoheit der Länder,

die die Gegebenheiten, Bevölkerungsstruktur und Bedarfe vor Ort kennen.

- ▶ Erweiterte Kooperationsmöglichkeiten von Kliniken zur Erfüllung von Vorgaben, um vor dem Hintergrund des Fachkräftebedarfes Synergien im Interesse der Versorgung zu nutzen.
- ▶ Flexibilität bei vorgesehenen Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben, die nicht nur durch Unikliniken möglich sein dürfen.
- ▶ Abbau und nicht Aufbau von Bürokratie.
- ▶ Übernahme von Finanzverantwortung des Bundes beim Transformationsfonds gemeinsam mit den Ländern.
- ▶ Klarere Voraussetzungen für sektorenübergreifende Einrichtungen.

FDP-Gesundheitspolitiker Dr. rer. pol. Heiner Garg attestierte Lauterbach „ein maximal unglückliches Geschick beim Management des komplexen Prozesses der Krankenhausfinanzierungs- und -strukturreform an den Tag gelegt“ zu haben. Garg verwies auf einen aus seiner Sicht Kardinalfehler des Bundesgesundheitsministers: „Er hätte die Länder von Anfang an mit ins Boot nehmen müssen.“ Zwar sei es richtig, Krankenhäuser der Maximalversorgung, insbesondere Universitätskliniken, mit der Reform zu stärken. Aber: „Gleichzeitig müssen die Konsequenzen für alle anderen notwendigen Versorgungsstufen sehr genau im Auge behalten werden. Dies gilt insbesondere für ein Flächenland wie Schleswig-Holstein.“ Garg sieht nun die Länder gefordert, das Beste daraus zu machen. Er forderte Bund und Länder auf, sich „zusammenzuraufen“.

Auch aus Verbänden hagelte es Kritik. Der Bundesverband Managed Care (BMC) etwa bemängelte, dass der Entwurf die ambulanten Strukturen ausblende. Der Marburger Bund (MB) sprach von „mehreren Webfehlern“ im Gesetz, u.a. weil die Vorhaltepauschalen nicht fallzahlunabhängig gestaltet werden sollen.

DIRK SCHNACK

Gespräche, die allen helfen

SHARED DECISION MAKING Das Kieler Modell zur gemeinsamen Entscheidungsfindung könnte bundesweit Einzug in Kliniken erhalten. Stefan Schwartz, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, informierte sich am UKSH in Kiel.

Operieren oder abwarten? Was kann im schlimmsten oder im besten Fall passieren? Welche Nebenwirkungen treten wahrscheinlich auf? Im Rahmen des Shared Decision Making, der gemeinsamen Entscheidungsfindung, sprechen Arzt und Patient über solche Fragen und kommen zu einem Entschluss über die weitere Behandlung. Wie das geht, hat das Team des UKSH in Kiel in den vergangenen Jahren entwickelt, eingeführt und erprobt. Die Verantwortlichen sehen messbare Erfolge und höhere Zufriedenheit auf Seiten der Patienten, des ärztlichen und pflegerischen Personals. Bei einem Besuch in Kiel informierte sich Stefan Schwartz, der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, über das Verfahren.

Als es losging mit dem Shared Decision Making (SDM), war der Gefäßchirurg Dr. Grischa Hoffmann skeptisch: „Ich dachte: Was soll denn das jetzt wieder?“, berichtete der Oberarzt an der Klinik für Endovaskuläre Chirurgie des UKSH. Dass es ein Problem mit der Kommunikation geben könnte, sei ihm nie bewusst gewesen: „Ich habe immer gedacht, ich wüsste aus dem Bauch heraus, wie ich mit Patienten sprechen muss.“

Leider stimme das nicht immer, sagte Stefan Schwartz: „Wir wissen aus Studien, dass Patienten sehr oft unterbrochen werden.“ Der SPD-Politiker und Bundestagsabgeordnete ist daher ein Befürworter der gemeinsamen Entscheidungsfindung: „Das ist ein echter Kulturwandel. Früher beriet der Arzt aus seinem Wissen und seiner Erfahrung heraus, jetzt werden alle Vor- und Nachteile besprochen, der Arzt begleitet den Patienten bei der Entscheidung.“

Das UKSH gehört zu den bundes- und sogar weltweiten Vorreitern bei der aktiven Einbindung von Patientinnen und Patienten in die Therapieentscheidungen.

Die Uniklinik hatte im Jahr 2017 rund 14 Millionen Euro aus dem Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses



Überzeugt vom Shared Decision Making: (v.l.) Prof. Friedemann Geiger, Nationales Kompetenzzentrum Shared Decision Making, Stefan Schwartz, Patientenbeauftragter der Bundesregierung, Prof. Anselm Uebing, Direktor der Klinik für angeborene Herzfehler und Kinderkardiologie/Kinderherzzentrum Kiel und PD Dr. Grischa Hoffmann, Oberarzt der Klinik für Gefäßchirurgie und endovaskuläre Chirurgie.

ses (G-BA) erhalten. Das Ziel war, mit dem „Share to care“-Programm ein Modell zu entwickeln, das auf alle Krankenhäuser in Deutschland übertragen werden kann. Dafür wurde in Kiel das Nationale Kompetenzzentrum Shared Decision Making angesiedelt. Dessen Leiter Prof. Friedemann Geiger nutzte den Besuch des Patientenbeauftragten für eine positive Bilanz: „Es geht darum, den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Wir haben ein Verfahren entwickelt, das praxisnah und wirksam ist.“

Die Zahlen geben ihm Recht: So sank die Zahl der Notfalleinweisungen – also Patienten, die nach einem Eingriff erneut wegen akuter Beschwerden in die Klinik kommen – um 13 Prozentpunkte. Damit liege Kiel deutlich unter dem Bundesdurch-

schnitt, so Geiger. Erklärbar sei der Rückgang nur durch das SDM: Patienten, die gut aufgeklärt sind und verstehen, warum die OP notwendig war und was dabei passiert, gingen anders mit Nebenwirkungen um. „Bessere Einsicht, besseres Verständnis“, sagte Geiger. „Wenn ich weiß, dass ein Symptom wie Schmerzen oder Juckreiz zum normalen Heilungsprozess gehört, muss ich deswegen nicht ins Krankenhaus gehen.“

Nicht nur für die Kranken, auch für das ärztliche und pflegerische Personal wirkt es sich positiv aus, Entscheidungen gemeinsam und auf Augenhöhe zu treffen. Denn es gebe weniger Beschwerden, sogar wenn eine Behandlung nicht optimal laufe: „Die Leute akzeptieren es, weil sie einbezogen

sind und es verstehen“, sagte Geiger. Es fehle zwar noch eine Studie, die die Effekte für das Pflegepersonal zeige. Aber dass deren Arbeit leichter wird, wenn Patienten weniger ängstlich sind, weniger nachfragen und sich weniger beschweren, liegt eigentlich auf der Hand.

Auch innerhalb des interdisziplinären Ärzteteams sei die Kommunikation besser geworden, berichtet Prof. Anselm Uebing, Direktor der Klinik für angeborene Herzfehler und Kinderkardiologie am Kinderherzzentrum Kiel: „Früher ging es manchmal nach der Devise: Der Kollege, der zuerst am Bett war, bekam den Zuschlag.“ Jetzt werden die Behandlungsoptionen nach einem festen Leitfaden besprochen: „Das hat eine ganz andere Qualität“, sagte Hoffmann.

Zufriedenere Patienten und Beschäftigte, weniger Notfallbehandlungen: Das verringert unter dem Strich die Kosten. „Jeder eingesetzte Euro spart sieben“, sagte Geiger.

Dennoch braucht es Geld für Schulungen und die ausführlichen Gesprächstermine. Das UKSH hat für die Projektphase Selektivverträge mit allen Krankenkassen abgeschlossen. Für den bundesweiten Einsatz brauche es aber eine Gesetzesänderung, ist der Patientenbeauftragte Stefan Schwartze überzeugt: „Ohne das wird es nicht gehen.“ Die Chancen stehen nicht schlecht, denn auch der G-BA hat sich bereits für das Kieler Modell und eine Gesetzesänderung ausgesprochen.

ESTHER GEISSLINGER

Was den Gesprächsfluss stört

- ▶ Zu schnelle Unterbrechungen: In bis zu 75 % aller Gespräche zwischen Ärzten und Patienten kann der Patient nicht ausreden – die erste Unterbrechung durch den Arzt findet laut Studien nach 12–23 Sekunden statt.
- ▶ Fachchinesisch: Fremdwörter und lateinische Begriffe sind für viele Medizinlaien unverständlich, aber sie trauen sich oft nicht nachzufragen – so entstehen Missverständnisse.
- ▶ Geschlossene Fragen: Wenn Patienten nur mit „Ja“ oder „Nein“ antworten können, bleiben Nuancen auf der Strecke.
- ▶ Suggestive Phrasen: Sätze wie „Sie wollen doch gesund werden“ machen deutlich, was der Arzt will. Doch wenn Patienten ohne echte Überzeugung zustimmen, fehlt die Compliance, das Behandlungsergebnis wird schlechter.

Campen für Organspenden

ORGANSPENDEN Unter dem Motto „Campen für Organspenden“ tourten Mitglieder des „Netzwerks der Transplantationsbeauftragten“ durch Norddeutschland. Die Infomobile des Netzwerks waren u.a. am Westküstenklinikum in Heide.

Rund 84 % der Menschen in Deutschland haben eine positive Einstellung zu Organspenden. Das ergab eine Umfrage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Trotz dieser beeindruckenden Zahl hat bis heute nur eine Minderheit der Deutschen ihre positive Einstellung auf einem Organspendeausweis oder in einer Patientenverfügung dokumentiert. Das Netzwerk der Transplantationsbeauftragten (Region Nord) hat sich zum Ziel gesetzt, das zu ändern. Dafür geht das bundesweite Netzwerk ungewöhnliche Wege: Am 27. Mai startete es mit Campingmobilen auf eine Tour durch Norddeutschland. Ziele waren belebte Orte, etwa Festivals. Auch Krankenhäuser gehörten zu den Zielen. Hauptanliegen der Organisatoren: Experten zum Thema sollen mit den Menschen zum Thema Organspende ins Gespräch kommen, deren Fragen beantworten und möglicherweise vorhandene, unbegründete Vorbehalte ausräumen. Ziele in Schleswig-Holstein waren am 28. Mai Büsum und das Westküstenklinikum Heide und einen Tag später Kiel. Mitglieder des Vereins waren vor dem Westküstenklinikum in Heide und auf dem Ankerplatz in Büsum anzutreffen. In Heide war auch der Transplantationsbeauftragte der Westküstenkliniken, Dr. Utz E. Bartels, am Stand. Das Klinikum informierte darüber, dass dort jedes Jahr bei drei bis fünf Menschen Organe für eine Transplantation entnommen werden. Bartels übernimmt als Transplantationsbeauftragter dabei nicht nur die Koordination mit der Deutschen Stiftung für Organtransplantation, sondern führt auch die oft schwierigen Gespräche mit den Angehörigen. „Für die Angehörigen ist es oft leichter, wenn im Familien- oder Freundeskreis bereits zu dem Thema gesprochen worden ist und der potenzielle Spender zu Lebzeiten



Dr. Utz Ernst Bartels ist Transplantationsbeauftragter am WKK Heide. Er unterstützte einen Informationsstand zum Thema Organspende am 28. Mai.

eine Willenserklärung abgegeben hat. Genau dafür wollen wir mit dem Infostand werben – sich mit dem Thema auseinanderzusetzen“, sagte der WKK-Transplantationsbeauftragte.

Das Netzwerk hat sich u.a. gegründet, weil sich viele Transplantationsbeauftragte wie in einer „Einzelkämpferposition“ in ihren Häusern fühlen. Manche vermissen seinerzeit zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes die erforderliche Unterstützung von Seiten der Klinikleitungen. Defizite haben die Beauftragten u.a. beim Erfahrungsaustausch und bei der Hilfestellung auf Augenhöhe wahrgenommen. Zu den Aufgaben des Netzwerks zählen deshalb u.a. Information und Kooperation, Austausch, Qualitätssicherung und Repräsentation. Wichtig ist ihnen aber auch die Vermittlung von Ansprechbarkeit und Vertrauen schaffen für Menschen, die an dem Thema interessiert sind. (PM/RED)

„Zu einem konstruktiven Austausch kommen“

ALTERSVORSORGE Rente ist kein Thema, das nur ältere Ärztinnen und Ärzte berührt. Wer sich zum Start seines Berufslebens damit auseinandersetzt, hat größere Sicherheit. Internist Kevin Lütje aus Kiel ist heute 33 Jahre jung und hat schon vor Jahren begonnen, sich mit der Altersvorsorge zu beschäftigen. Im Interview mit Dirk Schnack berichtet er von seinen Beweggründen.

Herr Lütje, in Schleswig-Holstein sorgen sich manche Ärztinnen und Ärzte im Rentenalter, weil die Erhöhungen in den vergangenen Jahren hinter ihren Erwartungen zurückblieben. Es hat sich eine Interessengemeinschaft gebildet, die mit dem Versorgungswerk in Kontakt getreten ist. Müssen Sie jetzt befürchten, dass deshalb für Ihre Generation später zu wenig Rente bleibt?

Kevin Lütje: Ob solche Befürchtungen berechtigt sind, nur weil aktuelle Rentnerinnen und Rentner ihre Interessen vertreten, weiß ich nicht. Ich finde es aber richtig, dass sich meine Generation zumindest Gedanken über ihre spätere Rente macht. Und ich finde es genauso nachvollziehbar, dass auch die aktuelle Generation an Rentenempfängern ihre Interessen vertritt und ihre Argumente einbringt.

Haben Sie keine Angst, dass Forderungen nach heutigen Rentenerhöhungen zu Lasten späterer Empfänger gehen und sich die Generationen damit in einen Verteilungskampf begeben, der zu einem vergifteten Klima führen könnte?

Lütje: Nein, diese Gefahr sehe ich nicht. Dafür gibt es zu viele einende Haltungen von Ärztinnen und Ärzten, unabhängig von der Generation, zu der sie gehören. Es gibt sicherlich gute Gründe, sehr vorsichtig mit Rentenanpassungen zu sein, und diese Empfehlung kommt ja auch von Versicherungsmathematikern, die sich damit auskennen. Die Rentenempfänger haben aber ebenfalls gute Argumente. Da gilt es, zu einem konstruktiven Austausch zu kommen und eventuell einen Kompromiss zu erzielen. Das Versorgungswerk wird nach meiner Einschätzung bestimmt nicht zusammenbrechen, wenn die nächste Erhöhung ein wenig besser ausfällt als zuletzt. Zu-

gleich sind Maximalforderungen etwa nach einem vollen Inflationsausgleich aus meiner Sicht kaum realistisch.

Warum nicht?

Lütje: Weil das dann tatsächlich einseitig zu Lasten der heutigen Beitragszahler ginge. Uns wird heute gesagt, dass wir uns früh um die Altersvorsorge kümmern sollen und das ist auch richtig so. Diesen Anspruch darf man aber auch an die ältere Generation stellen. Viele haben das beherzigt und für das Alter auf mehrere Säulen gesetzt und entsprechend vorgesorgt. Sie haben Kapital angespart, manche besitzen vielleicht auch Immobilien. Diese Gruppe treffen unterdurchschnittliche Rentenanpassungen aus dem Versorgungswerk jetzt weniger hart, weil sie rechtzeitig für ihr Alter geplant haben.

Und wer das nicht geschafft hat, hat Pech gehabt?

Lütje: Da gibt es sicherlich individuelle Gründe, die ich gar nicht bewerten kann und will. Aber ich weiß nicht, ob ein Versorgungswerk jede Härte auffangen kann. Das müssen die zuständigen Gremien entscheiden. Ich persönlich glaube, dass eine Gemeinschaft nicht alles absichern kann. Ich bin zum Beispiel skeptisch, ob ein Härtefallfonds für Rentenempfänger sinnvoll ist. Die Entscheidung darüber, welche Kriterien herangezogen und wo Grenzen zu ziehen sind, halte ich für zu komplex.

Wann haben Sie persönlich angefangen, sich mit dem Thema Altersvorsorge zu beschäftigen?

Lütje: Ungewöhnlicherweise kurz nach dem Start ins Berufsleben, also zu Beginn meiner Weiterbildung mit 25 Jahren. Ich bekam von meinem Arbeitgeber den Be-

freiungsantrag für die gesetzliche Rentenversicherung. Das hat mir damals früh vor Augen geführt, dass es dabei um mein eigenes Geld geht. Außerdem kenne ich wie jeder Mensch Rentner in der eigenen Familie. Wenn man es nicht verdrängt, wird man also durchaus auch in jungen Jahren schon auf das Thema aufmerksam. Ich weiß aber, dass das Thema von manchen jüngeren Kolleginnen und Kollegen verdrängt und auf später verschoben wird.

Verdrängen ist ein gutes Stichwort: Was haben Sie denn persönlich in Sachen Altersvorsorge bislang unternommen, außer von Ihrem Versorgungswerk Notiz zu nehmen?

Lütje: Das aus meiner Sicht wichtigste: Ich habe persönlichen Kontakt mit dem Versorgungswerk aufgenommen und mir offene Fragen beantworten lassen. Meine Erfahrungen waren dabei sehr positiv. Die Kontakte waren hilfreich, die Mitarbeitenden freundlich und der Austausch konstruktiv.

Warum war der Kontakt denn überhaupt erforderlich?

Lütje: Wie viele andere meiner Generation bin ich mal davon ausgegangen, dass ich in meinem Beruf ja ganz gut verdiene und dass das bedeutet, dass meine Rente später ebenfalls vernünftig ausfällt.

Was das konkret bedeutet, habe ich erst im direkten Austausch erfahren. Ganz konkret: Ich arbeite für eine Zeitarbeitsfirma, die mich auch gut bezahlt. Was ich aber vorher nicht wusste: Die Firma zahlt den Arbeitgeberanteil nur für die wirklich geleisteten Arbeitstage, also für 20 Tage im Monat, nicht aber für den vollen Monat. Für die Rente hätte das einen erheblichen Einschnitt bedeutet, der mir nicht be-

wusst war. Ich war blauäugig. Das Versorgungswerk hat mir das ausgerechnet und Optionen aufgezeigt, wie ich darauf reagieren könnte.

Das klingt, als wäre unser Versorgungswerk vorbildlich. In manchen Leserbriefen klang das ganz anders.

Lütje: Ich kann ja auch nur für meinen Einzelfall sprechen. Und ich habe durchaus Vorschläge, wo sich das Versorgungswerk vielleicht anders aufstellen könnte – nach meiner Wahrnehmung in seiner Informationspolitik. Die jährlichen Informationsschreiben sind zwar gut und helfen. Damit sich aber mehr Kolleginnen und Kollegen frühzeitig mit dem Thema beschäftigen, wären aus meiner Sicht Informationsveranstaltungen in den Krankenhäusern vor Ort sinnvoll. So könnte man die Aufmerksamkeit für das Thema erhöhen, stärker dafür sensibilisieren und offene Fragen klären. Sehr gespannt bin ich auf das angekündigte Portal mit dem Rechner für die individuelle Rente. Das halte ich für ein sinnvolles Instrument.

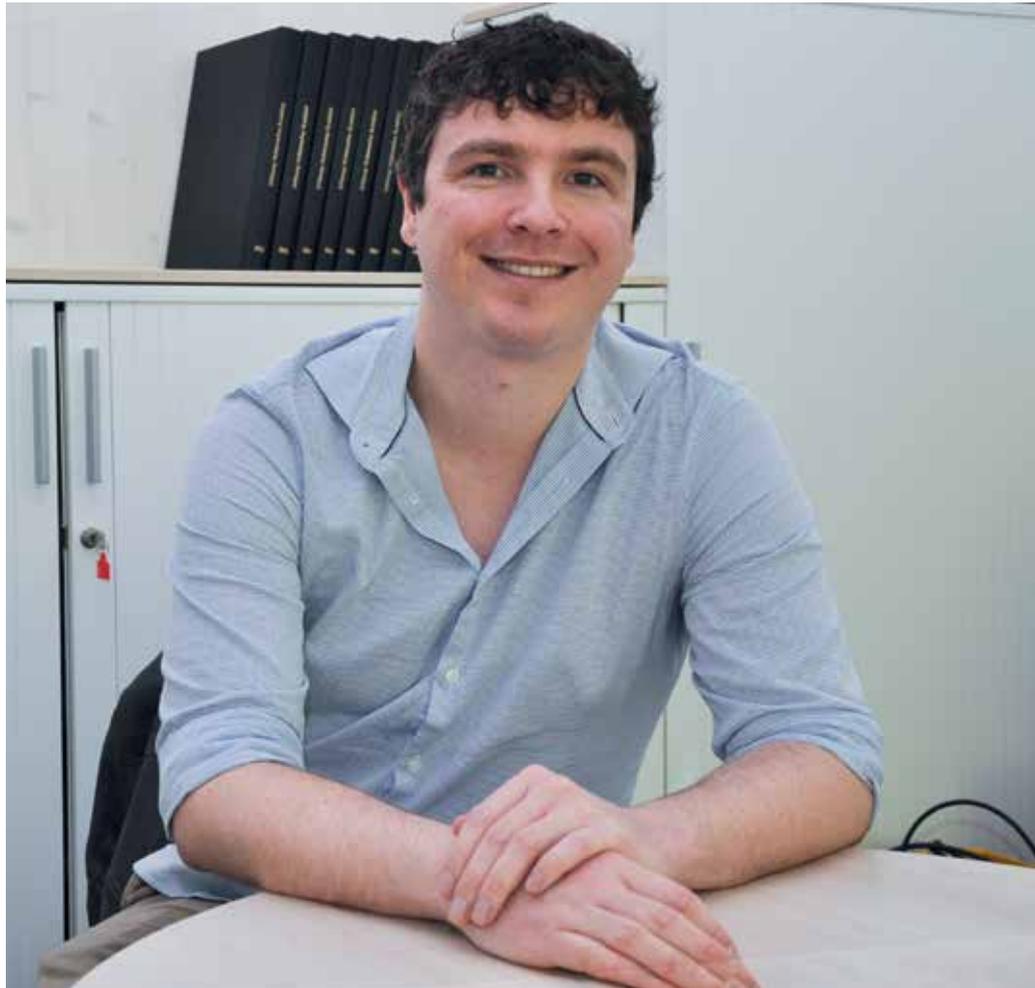
Skeptisch bin ich, was die Geschlechtergerechtigkeit angeht. Die Erwerbsbiografien von Müttern sind nun einmal anders und ich persönlich halte es nicht für legitim, dass Kolleginnen durch Kinder benachteiligt werden.

Welchen Lösungsvorschlag haben Sie?

Lütje: Ich habe keine Patentlösung. Klar ist, dass jeder Ausgleich dafür zu Lasten der Gesamtheit geht. Deshalb würde ich mir wünschen, dass Mütter von den Arbeitgebern und der Gesellschaft zumindest in die Lage versetzt werden, so früh und so viel zu arbeiten, wie sie es sich wünschen. Ob man innerhalb des Versorgungswerkes dazu gerechtere Lösungen schaffen kann, wäre vielleicht Thema für eine Arbeitsgruppe und/oder die Kammerversammlung.

Der Sie ja angehören. Sie haben auch für einen Sitz in einem der Gremien des Versorgungswerkes kandidiert, waren aber nicht erfolgreich. Bedauern Sie das?

Lütje: Ja, ich hätte mich gerne eingebracht. Aber ich bin im Finanzausschuss, der auch interessante Themen bearbeitet. Für das Versorgungswerk interessiere ich mich trotzdem und ich will nicht ausschließen, dass ich es bei einer späteren Gelegenheit noch einmal probieren werde. Ich freue mich aber, dass der junge Kollege Dr. Jan Kersebaum es in den Aufsichtsrat geschafft hat. Ich halte es für wichtig, dass sich junge Ärztinnen und Ärzte dort einbringen.



„Die Erwerbsbiografien von Müttern sind nun einmal anders und ich persönlich halte es nicht für legitim, dass Kolleginnen durch Kinder benachteiligt werden.“

KEVIN LÜTJE

Rente ist ja nicht das einzige Thema, das junge Ärztinnen und Ärzten beschäftigt. Viele machen sich um die Zukunft große Sorgen ...

Lütje: Zu Recht, wie ich finde. Es bewegt uns, welche Probleme da auf uns zukommen. Zum Beispiel die Frage, wie wir die ganze Arbeit schaffen sollen, wenn die Babyboomer-Generation in Rente geht. Warum hat man nicht vorgebeugt und rechtzeitig mehr Medizinstudienplätze geschaffen? Wenn wir die Last auf mehr Schultern verteilen könnten, wäre das hilfreich für die Versorgung der Bevölkerung. Angenehmer Nebeneffekt wäre übrigens, dass auch mehr Kolleginnen und Kollegen in das Versorgungswerk einzahlen würden. Wenn ich mir etwas von der älteren Generation wünschen dürfte: Wer fit genug dafür ist und noch Lust hat, könnte gerne auch im Rentenalter noch ein paar Stunden in der Woche medizinisch tätig bleiben. Ich glaube, davon würden alle profitieren: Die Gesellschaft, die Patienten, aber auch junge und ältere Ärztinnen und Ärzte gleichermaßen. Wenn eine nennenswerte Zahl dazu bereit wäre, würde das viele Probleme abmildern.

Vielen Dank für das Gespräch.

Kardiologie nimmt den Nachwuchs an die Hand

MENTORING Die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK) bietet seit 2021 ein Mentoring-Programm an, das sich nach der individuellen Situation der Mentees richtet – unabhängig davon, ob die sich in der Facharztausbildung befinden, eine Niederlassung, eine wissenschaftliche Karriere oder eine Laufbahn im Krankenhaus planen.

Wie schwer war es, den eigenen beruflichen Weg zu finden? Rückblickend wird für manche Ärztinnen und Ärzte deutlich, dass neben Fleiß und Planung auch Glück und Zufall keine unbedeutende Rolle gespielt haben. Bei fast allen kommt hinzu, dass sie im beruflichen Umfeld von anderen Menschen entweder unterstützt oder gehemmt wurden.

Unterstützung muss aber kein Zufall sein. Über Mentoring-Programme ist eine systematische Begleitung durch erfahrene Kolleginnen oder Kollegen möglich. Ein solches Programm bietet die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie schon seit 2021 an. Die Mentoren des DGK-Programms stammen aus allen Tätigkeitsbereichen und sind in verschiedenen Positionen tätig, damit die Mentees Unterstützung in möglichst vielen unterschiedlichen Situationen erhalten können. Der individuelle Bedarf entscheidet auch darüber, ob jemand nur ein kurzes Beratungsgespräch oder eine intensive Begleitung über mehrere Jahre wünscht und erhält.

Die DGK hat für das Programm eine „Task Force Mentoring“ gegründet, der auch Dr. Leon Iden aus Bad Segeberg angehört. Er hat sich für die Unterstützung entschieden, weil er nach eigenen Angaben selbst in seiner beruflichen Laufbahn massiv von Mentoren profitiert hat und aus eigener Erfahrung weiß, wie wertvoll eine persönliche Unterstützung sein kann.

Warum aber hat sich gleich eine ganze Fachgruppe aufgemacht, den Nachwuchs zu unterstützen? Zum einen sind es die vielfältigen möglichen Karrierewege in der Kardiologie und die vielen Subspezialisierungen, zum anderen die unterschiedlichen Voraussetzungen hinsichtlich Arbeitsort, persönliche Rahmenbedingungen, Förderungszugang und Grad der Vernetzung, die das Programm notwendig erscheinen lassen. Die DGK hat den Vorteil, dass sie nicht nur Expertise bündelt, sondern auch eine breit gefächerte Zusammensetzung bietet – aus Niederlassung, Klinik und Forschung, aus den Universitäten, aber auch aus anderen Einrichtungen.

„Es sollte eine offene und ehrliche Kommunikation stattfinden. Schwächen müssen ohne Sorgen kommuniziert werden dürfen.“

DR. LEON IDEN



Dr. Leon Iden

Podcast zum Mentoring

Warum ist ein Mentoring in der Kardiologie wichtig, wie profitieren der Nachwuchs und das Fach gleichermaßen? Seine Erfahrungen mit dem Programm der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie schildert Dr. Leon Iden aus den Segeberger Kliniken im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. Auch in anderen Podcasts geht es um Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden – mit Stimmen aus der Ärztekammer und aus anderen Organisationen. Rund 90 Folgen können über Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Darunter u.a.:

- ▶ Prof. Henrik Herrmann: Physician Assistant
- ▶ Dr. Gisa Andresen: „Gesund trotz Frau“
- ▶ Anne Schluck: Hitzeschutz in der Praxis
- ▶ Tim Wind: Die Niederlassung lohnt sich!



Die neunköpfige bundesweite Task Force um die Vorsitzende Dr. Karin Rybak aus Dessau-Roßlau hat unterschiedliche Formate für das Mentoring ausgearbeitet:

- ▶ Ein „Speed-Mentoring“ fand online statt und richtete sich im ersten Semester des Jahres an alle interessierten DGK-Mitglieder. Kurz nach der Jahrestagung konnten sich die Interessierten mit mindestens zwei erfahrenen Kardiologinnen und Kardiologen zu ihren individuellen Erfahrungen austauschen.
- ▶ Ein weiteres „Speed-Mentoring“ wird auf den Herztagen der DGK vor Ort angeboten. Auch hier besteht die Möglichkeit, sich mit mindestens zwei Mentoren oder Mentorinnen auszutauschen. Terminiert ist es für dieses Jahr auf den 27. September in Hamburg.
- ▶ Ein drittes Format, „Mentoring individuell“, richtet sich stark nach den Bedürfnissen der Mentees. Es beinhaltet langfristige und ortsnahe Begleitung mit persönlichen Terminen ohne Vorgaben. Es bietet die Chance, längerfristige Ziele zu definieren und gemeinsam zu verfolgen, Zwischenschritte zu besprechen. Das Angebot ist jedoch wegen des hohen Aufwands limitiert.

I den erläutert, wie man sich das Mentoring vorstellen kann: „Es sollte eine offene und ehrliche Kommunikation stattfinden. Schwächen müssen ohne Sorgen kommuniziert werden dürfen.“ Fest stehe auch, dass es auf Basis des Mentorings zu keiner Diskriminierung kommen dürfe und die Zusammenarbeit jederzeit respektvoll zu sein habe. Die ausgetauschten Inhalte bleiben – so lange nichts anderes vereinbart wurde – streng vertraulich. Iden rät dazu, dass sich beide Partner des Programms – auch die Mentees – sorgfältig auf die Treffen vorbereiten, um möglichst viel Unterstützung generieren zu können. Auch sollte die Erwartung an Dauer und Frequenz des Mentorings vorab abgestimmt und dokumentiert werden. Und es sollte festgelegt werden, wie man sich gegenseitig am sinnvollsten kontaktiert.

Wie groß die Bereitschaft erfahrener Kolleginnen und Kollegen aus der Kardiologie ist, Jüngere zu unterstützen, zeigt sich an der langen Liste der Mentoren und Mentorinnen, die auf der DGK-Seite einsehbar ist – sortiert nach dem jeweiligen Gebiet Klinik, Praxis oder Forschung, dem Schwerpunkt und nach Orten. Aus Schleswig-Holstein sind bislang neben Iden in Bad Segeberg (Elektrophysiologie, Klinik und Speed-Mentoring), PD Dr. Mohammed Saad aus Kiel (für Forschung, inter-



ventionelle Kardiologie, Klinik und Klinische Forschung) und Prof. Roland Tilz (Elektrophysiologie, Klinik und Speed-Mentoring) aus Lübeck in der Liste vertreten. Auf der DGK-Seite finden Interessierte auch die Möglichkeit, sich als Mentoren oder Mentees zu bewerben.

Aus Schleswig-Holstein sind bislang nur Männer in der Mentorenliste. Ob die Unterstützung von männlicher oder weiblicher Seite kommt, ist für Iden vom Einzelfall abhängig. Er stellte im Podcast mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt klar, dass aus seiner Sicht nicht das Geschlecht darüber entscheidet, ob jemand im Mentoring gute Begleitung leisten kann oder nicht. Iden erzählt dazu eine treffende Geschichte aus der griechischen Mythologie: Als Odysseus in den Trojanischen Krieg aufbricht, gibt er seinen Sohn Telemachos in die Obhut seines Freundes – Mentor. Der schafft es jedoch nicht, Telemachos Rechte gegenüber Dritten angemessen zu verteidigen – das gelingt der Zeus-Tochter Athene. Die Rolle Mentors ist damit zwar namensgebend für den erfahrenen und im besten Fall klug beschützenden und wohlwollenen Berater – eine Frau hat die Rolle aber besser ausgefüllt.

Für Iden besteht kein Zweifel, dass sich beide Geschlechter für Mentoring-Programme interessieren und bewerben sollten – für beide Rollen. In der Task Force der DGK ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen.

Zur Person

Dr. Leon Iden ist seit Mai Chefarzt der Elektrophysiologie am Herz- und Gefäßzentrum Bad Segeberg. Der 39-jährige gebürtige Berliner hat nach seinem Studium an der der Uni Rostock 2012 als Arzt in Weiterbildung am Herzzentrum in Bad Segeberg begonnen. 2015 erfolgte ein Ausbildungsschritt am Deutschen Herzzentrum in München, 2016 wurde er Leiter der Abteilung für Elektrophysiologie, 2019 leitender Oberarzt der Rhythmologie.

2023 veröffentlichte Iden zusammen mit Dr. Martin Borlich und Prof. Philipp Sommer das Buch „Invasive Elektrophysiologie für Einsteiger“. Das Buch erklärt die wesentlichen Grundlagen und richtet sich vor allem an Einsteiger, die einen Zugang zu dem komplexen Fach gewinnen möchten. 2020 hat Iden die Ausbildung für den Bereich der Invasiven Elektrophysiologie im Rahmen der Zusatzqualifikation für Mediziner übernommen. Unter seiner Führung wurde das Zentrum zum Vorhofflimmer-Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie sowie zum internationalen Trainingszentrum der europäischen Herzrhythmusgesellschaft (EHRA) zertifiziert.

(PM/RED)

Neues Laborzentrum für das UKSH in Kiel

LABORMEDIZIN Zur Eröffnung gab es einen Festakt und einen Tag der offenen Tür: Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) hat sein neues Laborzentrum am Campus Kiel in Betrieb genommen.

Der Neubau beherbergt auf einer Fläche von über 6.000 Quadratmetern die Labortechnik der Institute der Klinischen Chemie mit der Gerinnungsambulanz, der Transfusionsmedizin mit der Reisesprechstunde, der Medizinischen Mikrobiologie mit einem modernen S3-Speziellabor, der Krankenhaus- und Umwelthygiene und der Diagnostik der Pädiatrischen Endokrinologie (MVZ). Die Baumaßnahme ist Teil des Baulichen Masterplans des UKSH und zentralisiert die diagnostischen Labore einzelner Fachbereiche, die zuvor in verschiedenen Gebäuden in Kiel und Lübeck untergebracht waren. In Lübeck werden jene diagnostischen Leistungen vorgehalten, die kurzfristig und in Notfällen benötigt werden.

Im Laborzentrum werden täglich bis zu 5.000 Proben für die Patientinnen und Patienten des UKSH – und für Erkrankte aus fast 30 anderen Krankenhäusern – im 24-Stunden-Betrieb befundet. Campusübergreifend werden am UKSH jährlich fast 20 Millionen labormedizinische Analysen durchgeführt, davon zwölf Millio-

nen im neuen Laborzentrum. UKSH-Chef Prof. Jens Scholz sprach zur Eröffnung von einem „Meilenstein“. Er sagte: „Das Zukunftspotenzial der Labormedizin steckt im Begriff Präzisionsmedizin – also, nicht eine ‚One-Size-Fits-all-Therapie‘ zu betreiben, sondern die richtige Therapie für den richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt zu bestimmen. Hierfür haben wir nun beste Voraussetzungen geschaffen.“

Die Gesamtkosten für den Bau des Laborzentrums betragen rund 27,6 Millionen Euro. Die Ausgaben finanzierte das UKSH zunächst über Kredite, die das Land gemäß Zukunftspakt übernimmt. Hinzu kommen rund 12,5 Millionen Euro für die Ausstattung, an denen sich das Land mit 11,2 Millionen Euro beteiligt.

„Der Zukunftspakt ist ein starkes Bekenntnis des Landes zum UKSH und macht den Weg für Investitionen frei. Damit haben wir die bauliche Sanierung des UKSH auf ein solides Fundament gestellt“, sagte Finanzministerin Monika Heinold (Grüne) zur Eröffnung.

„Mit dem neuen Laborzentrum bündelt das UKSH die Probenanalyse und Diagnos-

tik aus Kiel und Lübeck. Dank modernster Labortechnik, weit über dem vorhandenen Standard anderer Labore und Untersuchungseinrichtungen, wird die Diagnostik unserer Kliniken deutlich verbessert“, sagte Wissenschaftsministerin Karin Prien (CDU). Sie erwartet, dass eine stärkere Vernetzung der Laboreinrichtungen und eine Verschlinkung der Abläufe dazu führen, dass medizinische Fragen durch interdisziplinäre Teams gemeinsam beantwortet werden können und die diagnostische Beratung dadurch schneller und besser wird.

Diese Teams kommen etwa aus der Klinischen Chemie, Transfusionsmedizin, medizinischen Mikrobiologie oder Krankenhaus- und Umwelthygiene und der pädiatrischen Endokrinologie.

Prof. Ralf Junker, Direktor des Instituts für Klinische Chemie und Ärztlicher Direktor des UKSH-Diagnostikzentrums, lobte zur Einweihung das umfassende Spektrum an Analytik, kurze Bearbeitungsdauer und schnelle Rückmeldungen der Ergebnisse im neuen Zentrum – wovon Ärztinnen und Ärzte und Erkrankte profitieren würden. (PM/RED)



Das neue Laborzentrum des UKSH an der Feldstraße in Kiel zählt zu den modernsten seiner Art.



Finanzministerin Monika Heinold und Wissenschaftsministerin Karin Prien durchtrennten gemeinsam mit UKSH-Chef Prof. Jens Scholz (Mitte), Prof. Ralf Junker (2.v.r.), Direktor des Instituts für Klinische Chemie und Ärztlicher Direktor Diagnostikzentrum, Dr. Daniel Häußermann (l.), Vorstandsvorsitzender Zech Hochbau AG und Walter Troger (r.), Geschäftsführer VAMED Standortentwicklung das Einweihungsband.

Sie vergessen, sich um sich selbst zu kümmern

FRAUENGESUNDHEIT Das Kieler Gesundheitsamt lud am Tag der Frauengesundheit zu einer Veranstaltung mit zahlreichen Informationsangeboten ein. Die Gesundheit der Männer soll im Herbst im Mittelpunkt stehen.

Die Tomaten, Kartoffeln und Karotten auf dem Foto leuchten geradezu. Gudrun Schleyer nickt zufrieden: „So im Rahmen sieht es nochmal ganz anders aus“, sagt die Hobby-Fotografin. VHS-Dozentin Heide Krautwald hatte Frauen aus mehreren Kursen aufgefordert, sich Gedanken rund ums Älterwerden zu machen und dazu Fotos einzureichen. Schleyer fertigte eine Bilderserie mit Stillleben mit Obst und Gemüse an. Nun gehören die leuchtenden Tomaten vom Biomarkt und die Nahaufnahmen eines Ernte-Dank-Schmucks zu einer Ausstellung im Kieler Gesundheitsamt, die anlässlich des „Tags der Frauengesundheit“ die Flure des Amtes schmückt. Dieser Tag wird seit 1987 international am 28. Mai begangen, in Kiel fand er zum ersten Mal statt. Für die Aktion öffnete das Gesundheitsamt seine Türen und lud alle Interessierten zu Vorträgen, Infoständen und Gesundheits-Check-ups ein. Das Ziel sei, die Angebote des Hauses, vor allem zur Prävention, bekannter zu machen, sagte Amtsleiterin Dr. Maike Benson.

Wie es den Kielerinnen geht, hat Laura Krüger herausgefunden. Die Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes sprach in den Stadtteiltreffs, die in Kiel „Anlaufstellen Nachbarschaft“ heißen, Frauen in der zweiten Lebenshälfte an und bat sie um Mitwirkung an einer Umfrage. 52 Frauen zwischen 53 und 98 Jahren machten mit. Auch wenn die Gruppe statistisch nicht relevant ist, kam ein besorgniserregendes Bild heraus: Fast zwei Drittel der Befragten klagten über eine chronische Krankheit und starke oder mittelschwere Einschränkungen im Alltag. Neben körperlichen Beschwerden ist auch die Psyche beeinflusst. 51 Prozent weisen Symptome einer milden Depression auf oder haben Ängste, bei 24,4 Prozent zeigte ein Test sogar schwere Symptome. Die meisten der Befragten gaben an, sie würden viel für ihre Gesundheit tun. So essen gut 70 Pro-

zent täglich Obst und Gemüse – gleichzeitig bewegen sich die meisten weniger, als es von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen wird. Die meisten berichten zwar von Alltagsaktivitäten, Sport treibt aber nur ein kleiner Teil regelmäßig.

„Allerdings darf man auch nicht vergessen, dass viele eben auch schon älter sind und Einschränkungen haben“, sagt Krüger. Sie habe gezielt Stadtteile aufgesucht, in denen Menschen mit hohem Armutsrisiko leben. Unter den Teilnehmenden seien aber auch Frauen mit gutem Einkommen gewesen. Fünf Frauen hatten Migrationshintergrund. Die gesammelten Daten sollen Basis weiterer Angebote sein, sagte Krüger. „Welche genau, müssen wir noch erarbeiten.“

Viele Frauen seien gut informiert über das, was gut für ihre Gesundheit sei, sagte Benson. „Aber im Alltag kümmern Frauen sich oft um andere und vergessen dabei, sich gut um sich selbst zu kümmern.“ So sei sie froh über jede Besucherin, die am Tag der Frauengesundheit den Weg ins Amtsgebäude finde. Das Thema „Älter werden“ sei wichtig für alle: „Die Wechseljahre erwischen jede Frau, egal ob sie Kinder hat, in einer Beziehung lebt, Männer oder Frauen liebt.“ Aber viele Fragen, mit denen sich Frauen in diesen Jahren auseinandersetzen müssen, seien tabuisiert: „Harninkontinenz, Sex im Alter, Erschöpfungszustände. Wer redet schon darüber?“ Das Gesundheitsamt: Um auf den Tag aufmerksam zu machen, gab es ein Video, das über die Homepage der Stadt und Social Media verbreitet wurde. Darin fragt sich Benson, ab wann die Sorgen um Verhütung denn nun wirklich vorbei seien, und Andrea Böttger aus dem städtischen Büro für Gesundheitsberichterstattung (GBE) kapiert auf einmal, warum ihre Kollegin die Heizung im Büro nicht hochdrehen musste: „Ihre Hitze kam von innen.“

Neben Fotoausstellung und Café gab es am Tag der Frauengesundheit auch prakti-



Dr. Maike Benson

sche Angebote: So wartete Dr. Hanna Toepfer, eine der Ärztinnen im Dienst der Stadt, in ihrem Sprechzimmer auf Interessierte, die Blutdruck messen oder Körperfettanteil feststellen lassen wollen. Der Sozialpsychiatrische Dienst informierte über seine Arbeit, ein Stand befasste sich mit Zahngesundheit. Neben mehreren Fachvorträgen sorgte das Improvisationstheater eukalyptusSALAT für Auflockerung.

In den Vormittagsstunden des „Tages der Frauengesundheit“ hielt sich der Andrang in Grenzen; Benson war dennoch zufrieden: Die meisten Besucherinnen würden am Nachmittag erwartet, und „jede Frau, die den Weg zu Präventionsangeboten findet, zählt.“ In der Politik, etwa im Sozialausschuss, sei der Tag positiv aufgenommen worden. Jede Veranstaltung sei zugleich Vorbereitung auf die nächste: „Wir tasten uns heran und stellen fest, was gut ankommt.“ Denkbar sei etwa, Vorträge auch digital zu übertragen. Im Herbst, nach jetzigem Stand Anfang November, will sich das Gesundheitsamt der Männergesundheit widmen.

Der ÖGD der Bundeswehr

BUNDESWEHR Überwachungsstelle für öffentlich-rechtliche Aufgaben des Sanitätsdienstes der Bundeswehr Nord – der Name klingt sperrig. Im Bundeswehralltag haben sich die Kurzformen „ÜbwSt“ für Überwachungsstelle bzw. „ÖRA“ etabliert. Der Öffentliche Gesundheitsdienst der Bundeswehr steht vor präventivmedizinischen Herausforderungen im In- und Ausland. Dr. Maïke Angermann und Dr. Canio Germano stellen die Aufgaben vor.

Nicht erst die vielzitierte „Zeitenwende“ rückt die Bundeswehr stärker in den gesellschaftlichen Fokus. Seit der COVID-Pandemie wurde insbesondere auf Ebene des Öffentlichen Gesundheitsdienstes erkannt, dass neben ca. 375 zivilen Gesundheitsämtern vier Überwachungsstellen der Bundeswehr existieren, die im Rahmen des gesetzlichen Eigenvollzugs Aufgaben eines Gesundheitsamts für die Bundeswehr wahrnehmen.

Aufgaben und Schwerpunkte

Die Bundeswehr verfügt über vier Überwachungsstellen, die für die öffentlich-rechtliche Überwachung aller Bundeswehrliegenschaften im In- und Ausland verantwortlich sind. Die Überwachungsstelle Nord mit Dienstsitz in Kronshagen besitzt dabei die Zuständigkeit für die militärischen Einrichtungen in Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen und Niedersachsen. Hierunter fallen die Bundeswehrkrankenhäuser in Hamburg und Westerstede, 60 Gesundheitseinrichtungen wie beispielsweise Facharzt- oder Sanitätsversorgungszentren, 430 Trinkwasserversorgungsanlagen und über 300 anderweitige Einrichtungen wie Schwimmbäder, bundeswehreigene Kindertagesstätten oder Truppenübungsplätze. In den Zuständigkeitsbereich der Überwachungsstelle Nord fallen ca. 45.000 Angehörige des Geschäftsbereichs des Bundesverteidigungsministeriums (BMVg).

Die Überwachungsstellen gliedern sich in vier Abteilungen, einen Funktionsbereich „Fachaufgaben Einsatz“ sowie die „Zentralen Aufgaben“: Aufgabenbereiche der Abteilung I, Hygiene und Präventivmedizin, sind das Monitoring von übertragbaren Erkrankungen und die Beratung bei entsprechenden Ausbruchsgeschehen.

Hierbei werden nicht nur die meldepflichtigen Erkrankungen nach §6 des Infektionsschutzgesetzes erfasst, sondern auch sogenannte bundeswehrspezifische Meldetätbestände, wie ein Befall von Skabies oder Läusen, oder Erkrankungen an Borreliose oder Keratoconjunktivitis epidemica. Dies ergibt sich aus den besonderen Gegebenheiten eines militärischen Arbeits- und Lebensumfeldes, wo etwa enge Wohnsituationen in Gemeinschaftsunterkünften oder geringe körperliche Distanzen während militärischer Übungen auftreten können. Andere Schwerpunkte sind die Überwachung des Trink- und Badewassers, die Begleitung regionaler Sanitätseinrichtungen, Gemeinschaftseinrichtungen und anderer Infrastruktur bis hin zu Kindertagesstätten. Des Weiteren erfolgt eine Datenerfassung und Datenübermittlung, um eine Gesundheitsberichterstattung zur Generierung eines epidemiologischen Lagebildes auch für zivile Stellen zu ermöglichen.

Abteilung II, Arbeitsmedizin, stellt die behördliche Aufsicht über die Sicherstellung des Arbeitsschutzes hinsichtlich Einhaltung der Gesetze und Rechtsverordnungen für den Bereich des medizinischen Arbeits-, Umwelt- und Strahlenschutzes dar. Dies entspricht dem Wesen nach dem gewerbeärztlichen Dienst der Bundesländer. Zu den Aufgaben des Arbeitsschutzarztes Nord zählen im Zuständigkeitsbereich u.a. die öffentlich-rechtliche Aufsicht über den Vollzug des medizinischen Arbeitsschutzes einschließlich aller Wasserfahrzeuge der Bundeswehr, die fachliche Aufsichtstätigkeit in den Bundeswehrdienststellen, die Beratung von Dienststellenleitung, Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit, als auch die Begutachtung von Angehörigen der Bundeswehr bei Streitfragen in Einspruchsverfahren.



Bundesweit gibt es vier Überwachungsstellen, die Aufgaben eines Gesundheitsamts für die Bundeswehr wahrnehmen.

Abteilung III, Veterinärwesen, hat grundsätzlich die gleichen Aufgaben wie ein Veterinäramt in einem Landkreis. Dazu zählen die Lebensmittelüberwachung in Einrichtungen der Bundeswehr, die Auditierung von Lebensmittellieferanten und -Herstellern, der Tierschutz und die Tierhaltung in Bundeswehrstandorten, die Überwachung der Tiergesundheit, die Tierseuchenbekämpfung als auch das Diensthundewesen.

Abteilung IV, Lebensmittelchemie und Pharmazie, ist im Zivilen mit einer Ortsbehörde, zum Beispiel dem Gesundheitsamt eines Landkreises oder kreisfreien Stadt vergleichbar. Wesentliche Aufgaben der Abteilung sind im Bereich der Pharmazie, die öffentlich-rechtliche Überwachung der rechtskonformen Lagerung von Arzneimitteln und Medizinprodukten ein-

schließlich Betäubungsmitteln, der Umgang und die Handhabung von Blutprodukten und Plasmaproteinen sowie die Bevorratung und Prüfung des medizinischen Sauerstoffes. Zudem überwacht Abteilung IV die Verpflegungs- und Betreuungseinrichtungen der Bundeswehr, die von der Bundeswehr oder zivilen Betreibern innerhalb der Bundeswehr betrieben werden. Sie auditiert ebenfalls Lebensmittelunternehmen (wie zum Beispiel Bäckereien und Obst- und Gemüsehändler) hinsichtlich ihrer erforderlichen Eignung als Lieferant für die Bundeswehr.

Besondere Aufgabenfelder

Hinzu kommen für die Überwachungsstelle Nord zwei besondere Tätigkeitsfelder: Die Zuständigkeit für hafenärztliche Aufgaben und der Infektionsschutz für alle Schiffe und Boote der Deutschen Marine, sowie die präventivmedizinische Betreuung aller 440 weltweiten Auslandsdienststellen der Bundeswehr mit mehr als 3.000 militärischen und zivilen Bundeswehrangehörigen. Hierunter fallen auch Kleinstdienststellen mit drei bis fünf Personen. Dort ist teilweise keine eigene sanitätsdienstliche Versorgung vorhanden, sodass medizinische Hilfe nur durch das Gesundheitssystem des Gastgeberlandes möglich ist. Der Vollzug öffentlich-rechtlicher Maßnahmen ist aufgrund rechtlicher Vorgaben im Ausland nicht möglich. Trotzdem soll eine bestmögliche präventivmedizinische Beratung für alle Bundeswehrangehörigen auch im Ausland sichergestellt werden. Hierzu gilt es, die nationalen Vorgaben und die Regelungen der Gastgeberration in Einklang zu bringen. Neben den Auslandsdienststellen erfordern auch Auslandseinsätze, einsatzgleiche Verpflichtungen und weltweit durchgeführte Übungen der Bundeswehr eine verlässliche präventivmedizinische Betreuung. Hier sind zum Beispiel alle Marineeinsätze und sogenannte kleine UN-Einsätze zu nennen. Die Aufgaben werden durch den Bereich „Fachaufgaben Einsatz“ im Zusammenwirken mit den Abteilungen Arbeitsmedizin, Veterinärwesen, Pharmazie und Lebensmittelchemie bearbeitet.

In den Grundzügen gleichen die Aufgabenspektren der Überwachungsstellen denen ziviler Gesundheitsämter, weichen in manchen Aspekten jedoch auch deutlich von diesen ab. So sind die Überwachungsstellen nicht für Schuleingangsuntersuchungen zuständig und führen auch nur in Ausnahmefällen Begutachtungen durch.

Ein wesentlicher zusätzlicher Tätigkeitsbereich der Überwachungsstelle Nord ist abteilungsübergreifend die Unterstützung der Marine durch die kontinuierliche Begleitung von Rüstungsprozessen. Hierbei steht die fachliche Beratung während der Planungs- und Bauphase von neuen Schiffen und Booten aber auch bei Werftinstandsetzungen im Vordergrund.

Auch auf See müssen die Belange des Infektionsschutzes gewährleistet werden. Kritische Punkte sind dabei u.a. Schiffslazarette, Trinkwasseranlagen, Lebensmittellagerung und -Zubereitung sowie Raumlufttechnik und das auf schwimmenden oder tauchenden Einheiten, welche sich ständig bewegen und auf denen alles auf engstem Raum verbaut sein muss.

Neu hinzugekommen sind Aufgaben einer „Port Health Authority“ für alle deutschen Marinestützpunkte und sämtliche „seegehenden Einheiten“ der Marine. Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) sehen die regelmäßige Inspektion von Schiffen zur Erstellung von Schiffshygienezertifikaten vor. Ziel der sechs Monate gültigen Zertifikate ist es, die Einschleppung und Verbreitung ansteckender Krankheiten an Land zu verhindern. Bisher lag diese Aufgabe für Schiffe und Boote der Marine bei den Hafenärztlichen Diensten der Länder. Zusätzlich führt die Überwachungsstelle Nord Schulungen und Unterichte im Bereich der Hygiene und Infektiologie durch, beispielsweise im Rahmen von Schifffahrtlehrgängen.

„Drehscheibe Deutschland“

Seit dem Beginn der russischen Invasion in der Ukraine ist ein vergessenes Gespenst zurück, das bis zum Ende des kalten Kriegs 1989 geprägt war von einem Rüstungswettlauf zwischen den NATO-Bünd-

nisstaaten und den Staaten des Warschauer Paktes. Neben der nuklearen Abschreckung war die konventionelle militärische Verteidigungsfähigkeit Gegenstand der damaligen Sicherheitspolitik. Kernauftrag der damaligen Bundeswehr war die Landes- und Bündnisverteidigung. Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedrohung für den Frieden in Europa durch Russland, spielt die Bundesrepublik Deutschland aufgrund ihrer geografischen Lage wieder eine entscheidende Rolle bei vorstellbaren großen Truppenbewegungen (auf dem Land-, See- und Luftweg) der Bündnispartner nach und durch Deutschland.

Die Herausforderungen für die Überwachungsstellen der Bundeswehr bestehen darin, den vorbeugenden Gesundheitsschutz („Force Health Protection“) für eigene Truppen und für die Bündnispartner im Inland sicherzustellen. Neben Trinkwassersicherheit und -versorgung spielen die Surveillance und das zügige Eindämmen von Ausbruchsgeschehen als auch die Lebensmittelsicherheit („Food Defence“) eine entscheidende Rolle. Beispielhaft ist an hochkontagiöse Gastroenteritiden zu denken, die innerhalb kurzer Zeit zu einer Vielzahl an Erkrankten führen und somit zur Gefährdung der Einsatzfähigkeit beitragen. Vor allem in hochmobilen Feldlagern auf Truppenübungsplätzen der Bundeswehr ist mit einer Mehrfachbelegung von Containerunterkünften und Zelten und mit einer hohen Infektionsdynamik zu rechnen.

Sinnvolle Containment-Strategien können nur unter Einbindung und stetigen Austausch mit der zivilen Behördenseite, vor allem den Gesundheitsbehörden, gelingen, da Infektionsgeschehen nicht vor eingezäunten Bundeswehrliegenschaften, Bahnhöfen, Flugplätzen und Seehäfen haltmachen.



In dieser Kaserne in Kronshagen befindet sich die Liegenschaft der Überwachungsstelle. Erreichbar ist sie über: ÜbwStÖffRechtlAufgSanDstBw Nord, Kopperpahler Alle 120, 24119 Kronshagen, Email: UebwStOeRANord@bundeswehr.org, Tel. 0431 5409 1301

„Zeit für einen Richtungswechsel“

AMBULANTE VERSORGUNG Was würden Sie den Gesundheitspolitikern gerne einmal sagen? Die KBV hat eine Reihe von Ärztinnen und Ärzten dazu befragt und stellt die Videos im Rahmen einer Kampagne zur Verfügung. Eine Politikerin aus Schleswig-Holstein unterstützt die Kampagne ausdrücklich: Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken.

Mehr Wertschätzung, mehr Zeit, weniger Bürokratie wünschen sich die Ärztinnen und Ärzte in den Videos von der Politik. In Schleswig-Holstein hat sich die KV für die bundesweite Kampagne „Wir sind für Sie nah“ prominente Unterstützung geholt. Landesgesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) zeigt damit, dass die ambulante Versorgung aus ihrer Sicht bei allen Diskussionen um die Zukunft der Krankenhäuser keine untergeordnete Rolle spielen darf.

Mit der Kampagne wollen KBV und KVen auf die immer bedrohlicher werdende Situation in den ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen im Land aufmerksam machen. Das Kampagnenmotto spricht deshalb gezielt die Bevölkerung an und zeigt die besondere Nähe zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu ihren Patienten. „Diese darf durch immer mehr politische Auflagen nicht infrage gestellt werden“, forderte die KVSH in einer Pressemitteilung.

„Durch schwierige Rahmenbedingungen, wie die überbordende Bürokratie, eine unzureichende Vergütung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, Fachkräftemangel und technische Probleme bei der Digitalisierung, ist diese Nähe in akuter Gefahr“, sagte die Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Monika Schliffke. Es sei höchste Zeit für einen grundlegenden Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik und für ein Bekenntnis der Bundespolitik zum Erhalt der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung.

Von der Decken machte deutlich, dass sie den ambulanten Bereich trotz ihres diesjährigen Vorsitzes in der Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Blick hat. „Ich werde mich dafür einsetzen, dass auch



Landesgesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken unterstützt die Kampagne von KBV und KVen.

die Rahmenbedingungen im ambulanten Bereich verbessert werden, der für eine patientennahe und funktionierende Versorgung unverzichtbar ist“, sagte die Ministerin zum Start der Kampagne. Als Stellschrauben sieht sie die Entbudgetierung ärztlicher Leistungen, eine bessere Nutzung digitaler Lösungen und den Bürokratieabbau. Zudem strebe Schleswig-Holstein gemeinsam mit den anderen Bundesländern eine sozialgesetzliche Änderung auf Bundesebene an, damit Ärztinnen und Ärzte im Notdienst von der Sozialversicherungspflicht ausgenommen bleiben und zu den vorherigen Bedingungen außerhalb der re-

gulären Sprechstundenzeiten tätig sein könnten.

Bundesweit sind im Rahmen der Kampagne Plakate sowie Print- und digitale Anzeigen mit emotionalen Motiven zu sehen. Außerdem werden Fernsehspots auf unterschiedlichen Kanälen sowie Anzeigen in den sozialen Netzwerken geschaltet, um eine möglichst breite Öffentlichkeit zu erreichen. Zu den Aktionen gehören auch sogenannte Lito-Bikes, die die Kampagnenbotschaften transportieren. Eines ist derzeit auch in Kiel unterwegs.

Die KV verwies zum Start der Kampagne auch auf eine aktuelle Civey-Umfrage

über die Sorgen der Patienten. Laut Umfrage befürchtet die Hälfte der Befragten, dass ihre Arztpraxen in naher Zukunft schließen werden. Mehr als 60 % stimmen der Einschätzung zu, dass sich Arztpraxen in Deutschland aktuell in einer Notlage befinden.

„Diese Botschaft muss endlich auch in Berlin ankommen“, wünscht sich Schliffke. Unter den aktuellen politischen Gegebenheiten werde sich kaum ein angehender Arzt oder eine angehende Ärztin für die eigene Praxis entscheiden. Damit breche das Fundament der ambulanten medizinischen Versorgung auch in Schleswig-Holstein langsam weg.

In der Kampagne heißt es u.a.: „Als Haus- und Fachärzte und Psychotherapeuten behandeln wir Patientinnen und Patienten nah am Wohnort und begleiten sie vertrauensvoll – oft ein Leben lang. Doch diese besondere Nähe ist in Gefahr. Um sie zu schützen, muss sich in der Gesundheitspolitik etwas bewegen.“ Als wichtigste For-

derungen werden in der Kampagne faire Finanzierung, weniger Papierkram, mehr Patientenzeit und eine funktionierende Digitaltechnik genannt.

Weitere Zahlen, die im Rahmen der Kampagne genannt werden und die zeigen sollen, welche Probleme im ambulanten Sektor bestehen:

- ▶ 91 % der Ärzte und Psychotherapeuten fühlen sich durch bürokratische Auflagen belastet.
- ▶ 88 % der Ärzte und Psychotherapeuten sagen, dass die derzeitigen Digitalisierungsmaßnahmen ihren Praxisablauf beeinträchtigen.
- ▶ 62 % der Ärzte und Psychotherapeuten fühlen sich durch ihre Arbeit ausgebrannt.
- ▶ 61 % der Ärzte und Psychotherapeuten überlegen, ob sie früher in Ruhestand gehen. Zugleich sind bereits 37 % der Hausärzte über 60 Jahre alt.

Viele Sorgen und Probleme sind längst bei den Patienten angekommen. 50 % der Be-



Quelle: Bundesärztereister der KBV
Stand 31.12.2023
(www.rettet-die-Praxen.de)

fragten der Civey-Umfrage treibt die Sorge um, dass die Praxis ihres behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin bald geschlossen werden könnte. Ebenfalls jeder Zweite gab an, dass das Thema ambulante Versorgung wichtig für die eigene Wahlentscheidung sei.

DIRK SCHNACK

Leserbrief

„Alte Ansprache“

ARZT IN WEITERBILDUNG Leserbrief zu „Gelebte Weiterbildung in der Allgemeinmedizin“, Ausgabe 4, Seiten 10 - 11

Als langjähriger Facharzt für Allgemeinmedizin, Weiterbilder, Hausarzt und Lehrbeauftragter für das Fach an der Kieler Universität hat es mich sehr gefreut, dass unserem Fach neben Präzisionsmedizin und Mikrobiomforschung in der Ausgabe 4/24 u.a. im Artikel über die Kollegen und Kolleginnen aus Lensahn ein so breiter Raum gegeben wurde.

Umso mehr bedauere ich es, dass nach verheißungsvollem Beginn im ersten Block „... Ärztin in Weiterbildung in der Allgemeinmedizin ...“ die „alte“ Ansprache „Weiterbildungsassistenten“ sofort wieder zur Anwendung gekommen ist.

Ähnlich wie bei der Genderfrage in unserer Sprache geht es hier um viel mehr als um reine Semantik. Es geht um Wahrnehmung und gelebte tägliche Praxis. Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (kurz. ÄiW) sind KEINE Assistentinnen und Assistenten, sie sind vollapprobierte Ärztinnen und Ärzte.

Gerade in der Allgemeinmedizin ist der Zweck und Inhalt ihrer Beschäftigung die Weiterbildung, nicht die Ausführung von Assistenzleistungen oder die Verbreiterung der Versorgungsmöglichkeiten einer Praxis. Deshalb erhalten Weiterbilderinnen und Weiterbilder alleine schon für die Zeit der 24 Monate ambulante hausärztliche Versorgung einen Zuschuss von insgesamt € 129.600 von der KV.

Es würde mich freuen, wenigstens von berufener Stelle wie der Redaktion des Ärzteblattes SH in Zukunft eine Berücksichtigung dieses Anliegens zu sehen.

DR. DANIEL LOHMANN, PREETZ

Leserbriefe

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

Leserbriefe zum Thema Altersversorgung haben wir in den vergangenen Monaten in hoher Zahl berücksichtigt. Mit dem Interview in der heutigen Ausgabe schließen wir das Thema ab.

Hilfe zur Selbsthilfe

HILFSORGANISATION Erberkrankungen, fehlende finanzielle Krankenabsicherung und zwei Naturereignisse mit schweren Folgen für die Menschen in Pakistan innerhalb von nur fünf Jahren. Eine Hilfsorganisation aus Bordsesholm unterstützt seit vielen Jahren die Menschen vor Ort.



Cousin Marriage – die Heirat zwischen Cousin und Cousine ersten Grades – ist in Pakistan weit verbreitet. Erbkrankheiten und Behinderungen gehen damit einher, viele Menschen sind von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen. Das Elternpaar Afzal Raool und Aniqqa Bano aus der im Norden Pakistans gelegenen Region Skardu bemerkten zeitnah nach der Geburt ihres ersten Kindes, dass dieses nicht hören kann und ließen sich daraufhin in Gebärdensprache ausbilden. Schon bald war jedoch klar: nicht nur ihre Tochter ist betroffen, zahlreiche weitere Kinder in ihrer Heimat Baltistan leiden unter erblich bedingten Hörbeeinträchtigungen, ein normales Leben in der Mitte der Gesellschaft oder gar eine schulische Ausbildung ist nicht möglich. Im Jahr 2013 eröffnete das Ehepaar daraufhin in ihrem eigenen kleinen Haus die erste Schule für Gebärdensprache. In einem gemieteten Schulgebäude werden heute 86 Kinder unterrichtet.

Bereits ein Jahr vor der Eröffnung der Schule im Jahr 2012 trafen Afzal Raool und Aniqqa Bano auf Hans Joachim Gerber, der in Pakistan einen Vortrag hielt und baten ihn, ihre Idee zu unterstützen. Zurück in Bordsesholm fragte Gerber damals Akustiker Michael Eggers nach Unterstützung. Dieser spendete kurzerhand zehn Hörgeräte, war aber über die anschließende Nut-



Afzal Raool und Aniqqa Bano vor der 2023 eröffneten Audiology Skardu. Sie legten den Grundstein für die free ear camps, in dem sie Hans Joachim Gerber um Unterstützung für hörbeschädigte Kinder baten.



Das kleine Mädchen Hadia hört das erste Mal in ihrem Leben etwas. oben: Hadia heute

zungsweise in Pakistan erschrocken und beschloss, gemeinsam mit Gerber nach Pakistan zu fliegen und direkt vor Ort zu helfen. Die Idee des FREE EAR CAMP entstand und Gerber rekrutierte ein Team aus Hals-Nasen-Ohren-Ärzten, Akustikern und Hörgeschädigtenpädagogen und führte im Jahr 2015 das erste FREE EAR CAMP mit dem Partnerkrankenhaus Hashim Welfare Hospital vor Ort durch. „Die Camp Locals sagten uns, dass es vielleicht 30 bis 40 Kinder werden, die zur Untersuchung kommen. Am Ende waren es ca. 800 Menschen“ so Gerber. Die Arbeit zeigte Er-

folg und sprach sich über die Grenzen Pakistans hinaus herum. Mittlerweile konnte in insgesamt sechs FREE EAR CAMPS ca. 500 Kindern geholfen werden. Die Camps dauern immer zwischen 10 und 14 Tage, an denen Kinder untersucht werden, Hörgeräte angepasst oder, sofern bereits welche vorhanden sind, richtig eingestellt werden. Gerber berichtet als Musterbeispiel von dem kleinen Mädchen Hadia. „Hadia kam 2016 als kleines, ängstliches Mädchen zu uns. Sie konnte nicht hören und wir versorgten sie mit Hörgeräten. Heute sitzt ein selbstbewusstes, fröhliches Mädchen vor uns, welches eine Regelschule besuchen kann“ so Gerber.

Dieser Behandlungserfolg lässt sich auch bei den Kindern in der Schule von Afzal und Aniqä beobachten: Nach einem Besuch von Gerbers Team wurde festgestellt, dass ca. 1/3 aller Kinder eine Resthörbarkeit hatten und nach der Ausstattung mit Hörgeräten eine Regelschule besuchen könnten. Um diese Chance für die Kinder nutzen zu können, erarbeitete der Verein im Jahr 2022 ein Konzept für die Audiology Skardu und legte dieses der Deutschen Botschaft Islamabad vor. Bereits im Herbst 2023 konnte die Audiology Skardu eingerichtet werden – zu 85 % finanziert von der Deutschen Botschaft Islamabad und zu 15 % durch den Verein. Der Ablauf in der Audiology umfasst die Untersuchung durch einen HNO-Arzt, der die Voraussetzung für das Sirenen schafft, das Abdrucknehmen und das Ausarbeiten der Ohrspasstücke, zuletzt das Programmieren und das Anpassen der Hörgeräte.

Der Name des Vereins ist jedoch Programm: Hilfe zur Selbsthilfe. Nach nunmehr sechs Camps sollen die Mitarbeiter im Hashim Welfare Hospital und auch in der neu entstandenen Audiology Skardu die kommenden Untersuchungen allein durchführen können und den Patienten somit bestmöglich selber helfen. „Die Hörgeräte werden aber weiterhin aus Deutschland gespendet“ so Gerber. Denn die Technik ist für die in Pakistan lebenden Menschen nahezu unbezahlbar, die Kosten belaufen sich für ein Hörgerät auf ein durchschnittliches Jahresgehalt eines Arbeiters. Auch für weitere Aus- und Fortbildungen werden die Teams des Vereins wieder zu Besuch kommen. So wurde das Team zuletzt durch Dr. Annegret Krenz-Weinreich, Fachärztin für Laboratoriumsmedizin und für Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie und Virologie, ergänzt. Krenz-Weinreich begutachtete im Hashim Welfare Hospital die hygienischen Bege-



Dr. Henning Rasche, HNO -Arzt aus Flensburg, untersucht ein Mädchen in Pakistan.



Dr. Annegret Krenz-Weinreich schafft Bewusstsein für hygienische Standards in Krankenhäusern.

benheiten vor Ort, gab Handlungsempfehlungen und zeigte den Angestellten vor Ort, wie sie hygienischer arbeiten können. „Das wichtigste Thema ist hier: Bewusstsein schaffen“ so Gerber. Viele Risiken seien unbekannt und die Konsequenzen nicht ausreichend bewusst. Wichtig dabei ist Gerber und seinem Team die Zusammenarbeit mit den Menschen vor Ort. Gerber ist sich sicher: „Nur wenn wir die Themen auf Augenhöhe gemeinsam erarbeiten, leisten wir Hilfe zur Selbsthilfe. Schlichtes Diktieren ohne das richtige Verständnis für die Handlung bringt niemandem etwas“. Im Juni startet das Team in der Nargis Khatoon School for Deaf in Skardu ein erstes FREE EAR CAMP. ASTRID SCHOCK

Der Verein

Der Verein „Pakistan-Hilfe zur Selbsthilfe e.V.“ wurde 2015 von Hans Joachim Gerber gegründet. Gerber kannte das Land durch eine befreundete Familie und zahlreiche Reisen in dieses. Nachdem Pakistan 2015 von einem schweren Erdbeben und nur fünf Jahre später von einer Jahrhundertflut heimgesucht wurde, sammelte Gerber Spendengelder und fungierte für die pakistanische Botschaft in Berlin als Koordinator, um bspw. der Aktion Deutschland hilft gesicherte Informationen über die aktuelle Lage in Pakistan zukommen zu lassen. Heute zählt der Verein 32 Mitglieder und führte in insgesamt 18 Reisen nach Pakistan 56 Hilfsprojekte durch. Neben den FREE EAR CAMPS und dem kürzlich gestarteten HOSPITAL HYGIENE PROGRAM engagiert sich der Verein in bei der Gesundheitsfürsorge auch für zahnmedizinische Versorgung, darüberhinaus in den Bereichen Katastrophenhilfe, Bildung und Infrastruktur.. Das Ziel des Vereins ist immer, die Menschen vor Ort so weit auszubilden, dass sie eigenständiges Handeln erlernen und nicht auf dauerhafte Hilfe angewiesen sind. Finanziert wird der Verein durch Spenden. Wenn Sie auch Interesse an einer Mitarbeit haben oder spenden möchten, freut sich Hans Joachim Gerber und sein Team auf Ihre Kontaktaufnahme unter: verein@pakistan-hilfe@gmx.de oder mobil 0176 20900277.

Herzpflaster gegen Herzinsuffizienz

KARDIOLOGIE Das „Herzpflaster“ ist ein innovativer Therapieansatz in der klinischen Erprobung. Uwe Groenewold sprach mit Herzchirurg Prof. Stephan Ensminger aus Lübeck über die Potenziale dieses Ansatzes für Menschen, die unter schwerer Herzschwäche leiden.

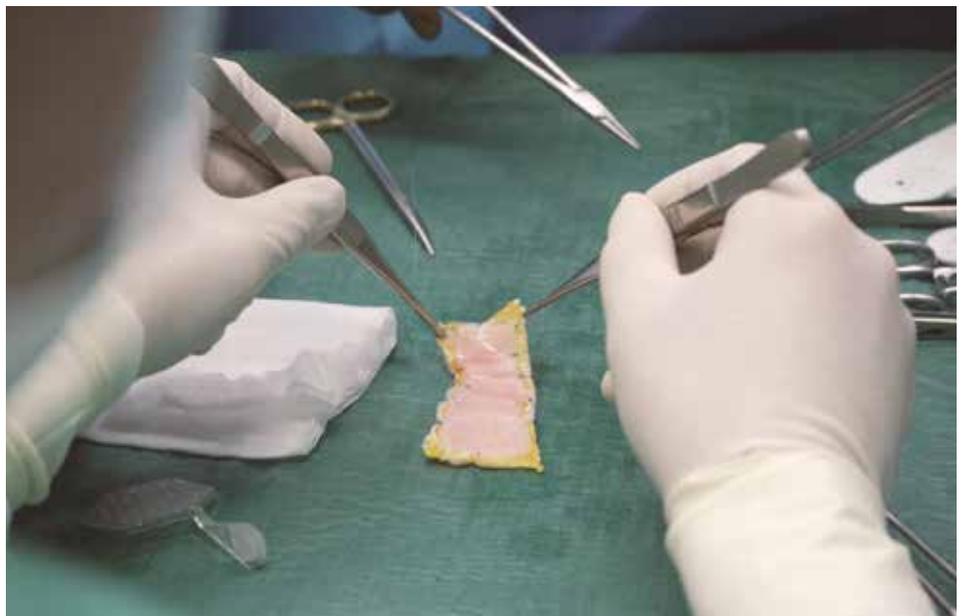
Ein heute 66-jähriger Patient, der seit zwei Jahren mit einem sogenannten Herzpflaster lebt und seitdem deutlich an Lebensqualität gewonnen hat, stand kürzlich im Mittelpunkt verschiedener Medienbeiträge. Operiert hat ihn Prof. Stephan Ensminger, Direktor der Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie am Universitären Herzzentrum Lübeck des UKSH. Er erläutert im Interview mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt die Chancen und Risiken der neuartigen Behandlungsoption. Der Lübecker Herzspezialist ist chirurgischer Leiter der klinischen Studie BioVAT-HF-DZHK20. Die Studie untersucht die Wirksamkeit des sogenannten Herzpflasters bei Patientinnen und Patienten mit schwerer Herzschwäche.

Wie geht es dem Patienten heute?

Prof. Stephan Ensminger: Sehr gut! Er ist regelmäßig bei uns in der Nachsorge. Seine Herzleistung hat sich deutlich verbessert, sie lag vor dem Eingriff bei lediglich 15–20 % und war bei einer der letzten Untersuchungen auf 37 % gestiegen. Er hatte keine Luftnot mehr und keine Wassereinlagerungen in den Beinen. Im Ultraschall haben wir gesehen, dass im Bereich der Herzseitenwand, also dort, wo das Herzpflaster vernäht wurde, wieder deutliche Bewegung vorlag. Dieser Bereich war zuvor abgestorben, es handelte sich um vernarbt Gewebe. Bei diesem Patienten sind Lebensqualität und Lebenserwartung spürbar gestiegen.

Können Sie kurz erläutern, was genau das Herzpflaster ist?

Ensminger: Das Herzpflaster ist ein neuartiger Ansatz zur Behandlung von Herzinsuffizienz, an dessen Entwicklung Forschende der Universitätsklinik Göttingen und wir gemeinsam seit vielen Jahren arbeiten. Die wesentlichen Forschungsar-



Vorbereitung des Herzpflasters für die Operation.

beiten sind in Göttingen unter Leitung von Prof. Wolfram-Hubertus Zimmermann und seinem Team geleistet worden, wir hier in Lübeck sind jetzt insbesondere in die klinische Umsetzung involviert. Das Pflaster besteht aus im Labor gezüchtetem Herzgewebe, das aus induzierten pluripotenten Stammzellen gewonnen und anschließend im Rahmen einer minimalinvasiven Operation auf den erkrankten Herzmuskel aufgenäht wird. Ziel ist es, geschädigtes, vernarbt Gewebe zu unterstützen und den Herzmuskel somit ein Stück weit wieder aufzubauen.

Wie funktioniert das Herzpflaster genau?

Ensminger: Die Herzmuskelzellen werden aus menschlichen pluripotenten Stammzellen gewonnen und mit Bindegewebszellen in Kollagen vermischt. In dreidimensionalen Kulturformen kann auf diese Weise Herzmuskelgewebe gezüchtet

Herzinsuffizienz

Herzinsuffizienz führt in Deutschland zu annähernd 450.000 Krankenhauseinweisungen pro Jahr und ist damit der häufigste Grund für einen stationären Aufenthalt. Dank bedeutender Verbesserungen bei den Behandlungsoptionen ist die Sterblichkeit zwischen 2011 und 2021 von 60,7 auf 35,8 Gestorbene pro 100.000 Einwohner gesunken. Dennoch sterben hieran 35.131 Menschen pro Jahr in Deutschland, weit mehr sind durch die Krankheitssymptome stark eingeschränkt.

(QUELLE: DEUTSCHER HERZBERICHT 2022)

werden. Das Herzpflaster besteht aus Millionen von im Labor kultivierten Herzzellen. Diese werden in einer speziellen Anordnung auf den erkrankten Herzmuskel aufgenäht. Die Implantation erfolgt über einen minimalinvasiven Zugang, einen etwa sieben Zentimeter kleinen Schnitt auf der linken Seite des Brustkorbs. Wenn alles gut geht, beginnen die gezüchteten Zellen, sich mit dem vorhandenen Gewebe zu verbinden und die Herzfunktion zu unterstützen. Dies wird in Folgeuntersuchungen nach einem, drei, sechs und zwölf Monaten untersucht und überprüft, ob der erhoffte Effekt, eine Steigerung der Herzfunktion, eintritt. Bestenfalls lässt sich die defekte Herzwand um bis zu fünf Millimeter verdicken.

Können Sie das Setting der klinischen Studie genauer erläutern?

Ensminger: BioVAT-HF-DZHK20 – so der Name der klinischen Studie – ist Anfang 2021 an den Start gegangen und Teil des translationalen Forschungsprogramms des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK). In der ersten Studienphase wurden zwölf Patientinnen und Patienten mit dem Herzpflaster behandelt, jeweils sechs in Göttingen und bei uns in Lübeck. Um die maximale sichere Dosis zu ermitteln, bekamen zwei der Behandelten Herzpflaster aus 200 Millionen Zellen, zwei weitere bekamen Herzpflaster aus 400 Millionen und acht bekamen Herzpflaster aus 800 Millionen Zellen implantiert. Damit wurde die höchste Dosis gemäß Studienprotokoll erreicht und die Phase I der BioVAT-HF-DZHK20-Studie abgeschlossen.

Und jetzt läuft die zweite Studienphase?

Ensminger: Richtig, wir haben sie als Proof-of-Concept-Studie fortgesetzt. Eine erste Zwischenauswertung mit besonderem Augenmerk auf die Wirksamkeit erfolgt nach Behandlung von insgesamt 15 Patientinnen und Patienten mit einer Dosis von 800 Millionen Zellen. Diese Daten erwarten wir für die zweite Jahreshälfte 2024. Insgesamt sollen 35 Patientinnen und Patienten in dieser Form behandelt werden.

Warum ist die Entwicklung einer solchen Therapie notwendig geworden?

Ensminger: Patienten mit einer Herzmuskelschwäche haben eine deutlich verkürzte Lebenserwartung, eine fortgeschrittene Herzschwäche kann nach wie vor nicht geheilt werden. Die möglichen therapeutischen Optionen sind die Versorgung mit einem Kunstherz oder die Herztrans-



„Das Herzpflaster könnte eine vielversprechende und schonende Therapieoption sein, um die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz zu verbessern.“

PROF. STEPHAN ENSMINGER

plantation. Beide Optionen sind große chirurgische Eingriffe mit entsprechenden Risiken und kommen nur für bestimmte Patienten infrage; außerdem haben wir seit vielen Jahren einen eklatanten Mangel an Spenderorganen. In diesem Kontext bietet das Herzpflaster eine innovative biologische Alternative als funktioneller Gewebeersatz.

Mit welchen Chancen?

Ensminger: Herzinsuffizienz ist eine der häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalten in Deutschland, neue Behandlungsoptionen sind wie beschrieben dringend erforderlich. Das Herzpflaster könnte eine vielversprechende und schonende Therapieoption sein, um die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz zu verbessern und die Notwendigkeit von Krankenhausaufenthalten zu reduzieren. Für uns als klinisch tätige Forscher ist es sehr erfreulich, dass wir jetzt in den Patienten genau das sehen, was wir zuvor in den Laborstudien beobachtet haben – dass die neue Muskulatur in Form des Pflasters das geschwächte Herz stärkt und die Herzfunktion verbessert.

Und welche Risiken sind damit verbunden?

Ensminger: Natürlich gibt es Risiken. Die Studie befindet sich noch in der klinischen Phase, und wir müssen die Langzeitwirkungen sorgfältig überwachen. Eine mögliche Abstoßungsreaktion des körperfremden Gewebes ist ein Risiko, das wir berücksichtigen müssen. Daher müssen die Patientinnen und Patienten Immunsuppressiva einnehmen, um dies zu minimieren. Dennoch sind wir optimistisch und hoffen, dass das Herzpflaster in etwa fünf Jahren eine vielversprechende Lösung für Menschen mit Herzinsuffizienz sein kann.

Können weitere Patienten an der Studie teilnehmen?

Ensminger: Ja, selbstverständlich. Internistische und kardiologische Kolleginnen und Kollegen können sich sehr gern an uns wenden. Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz werden dann bei uns in interdisziplinären Fallkonferenzen besprochen, ob sie mit einer Transplantation, einem Kunstherz oder innovativen Verfahren wie dem Stammzellpflaster versorgt werden.

Vielen Dank für das Gespräch.

Fehlerhafte Lagebestimmung bei Zwillingengeburt

SCHLICHTUNGSSTELLE Anträge, die mögliche Behandlungsfehler im Rahmen von Geburten betreffen, erreichen die Schlichtungsstelle immer wieder. Sie sind in der Regel komplex, da es (fast) immer um zwei Geschädigte geht, Ärzte mehrerer Fachrichtungen beteiligt sind und insbesondere die Patientenseite emotional besonders involviert ist. Dies gilt auch im geschilderten Fall.

Die Patientin befand sich zur Entbindung ihrer Zwillinge in einer Schleswig-Holsteinischen Klinik. Der erste Zwilling wurde nach einem komplikationslosen Schwangerschaftsverlauf am 15.05. in der 35. Schwangerschaftswoche um 20:46 Uhr spontan geboren.

Danach war das CTG zwischen 20:50 Uhr und 21:30 Uhr mit einer stillen Oszillationsamplitude und regelmäßigen Dezelerationen bis zu 60 S/min pathologisch. Erst nach 21:30 Uhr zeigte sich eine zunehmende Normalisierung des CTG. Um 20:55 Uhr wurde eine sonografische Kontrolle durchgeführt. Ergänzend ist zu erwähnen, dass sich der zweite Zwilling seit der 26. Schwangerschaftswoche konstant in Querlage befand. Laut Behandlerseite konnte aufgrund der schwierigen Schallbedingungen (die Patientin wog zu diesem Zeitpunkt 115 kg, im Kreißsaal herrschten suboptimale Lichtverhältnisse) keine eindeutige Lagebestimmung erfolgen, es wurde vermutet, am „ehesten“ handle es sich um eine Beckenendlage. Bei ausbleibenden Wehen erfolgte um 22 Uhr die Anlage eines Wehentropfes. Bei einem erneuten Ultraschall um 23:55 Uhr wurde die dorsoinferiore Querlage des Kindes festgestellt. Es folgte eine sekundäre Sectio des zweiten Zwillings aus Querlage um 1:08 Uhr am 16.05. Dabei wurde im OP-Bericht folgendes dokumentiert: „Extrem erschwerte Entwicklung eines männlichen Neugeborenen aus Querlage. Der Uterus ist sanduhrförmig konfi-

Anmerkung: Es wurden auch Vorwürfe gegen die beteiligte Anästhesiologin erhoben. Diese hielt die Schlichtungsstelle im Ergebnis für nicht begründet. Auf nähere Ausführungen wird aus Darstellungsgründen verzichtet.

guriert und das Kind im oberen Teil eingeklemmt.“ Bei der Entwicklung kam es zu einer Fraktur des kindlichen Oberschenkels.

Beanstandungen der ärztlichen Maßnahmen

Vermutet wurde ein fehlerhaftes Vorgehen der anwesenden Ärzte im Rahmen der Geburt des zweiten Zwillings.

Die Verzögerung des Geburtsverlaufs bei dem zweiten Kind sei nicht richtig eingeschätzt und ein eingetretener Geburtsstillstand nicht rechtzeitig erkannt und behandelt worden. Zudem sei die Lageeinschätzung hinsichtlich einer möglichen Geburt auf natürlichem Wege fehlerhaft vorgenommen worden, sodass es zu den Komplikationen mit Querlage des Kindes gekommen sei und dann notfallmäßig ein Kaiserschnitt mit allen negativen Konsequenzen für die Mutter und das Kind habe durchgeführt werden müssen. Des Weiteren wäre es vermeidbar gewesen, dass das Kind bei seiner Geburt eine Oberschenkelfraktur sowie damit verbundene Schmerzen erleiden musste.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte externe Gutachter, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, hat folgende Kernaussagen getroffen:

Eine primäre Schnittentbindung war in der vorliegenden Situation nicht zwingend erforderlich. Das abwartende Verhalten nach der Geburt des ersten Zwillings war jedoch schon vor dem Hintergrund des zunächst hochpathologischen CTG unverständlich. Im vorliegenden Fall war das Intervall zwischen den Zwillingengeburt deutlich zu lang.

Seit der 26. SSW lag der zweite Zwilling bis zu seiner Geburt ausnahmslos in Querlage. Unmittelbar nach der Geburt des ers-

ten Zwillings hätte eine Ultraschalluntersuchung zweifelsfrei ergeben müssen, dass eine geburtsunmögliche Quer- und nicht eine Beckenendlage vorlag. Dann hätte ein äußerer Wendungsversuch unternommen werden können, falls kein weiterer Blasensprung eingetreten wäre. Als Alternative wäre eine unmittelbare Sectio am zweiten Zwilling möglich gewesen. Auf ein hochpathologisches CTG des zweiten Zwillings über 40 Minuten wurde fehlerhaft nicht mit einer Notsectio reagiert. Wenn diesem CTG eine vorzeitige Plazentalösung zugrunde gelegen hätte, wäre der zweite Zwilling vital bedroht gewesen.

Das Anhängen eines Wehentropfes bei Querlage über etwa zwei Stunden war grob fehlerhaft und hätte zur Uterusruptur und in letzter Konsequenz zur Hysterektomie führen können.

Der Kaiserschnitt war hier aufgrund der verschleppten Querlage mit eingekeiltem Kind erheblich erschwert gewesen. Es kann bei einer komplizierten Entwicklung anlässlich eines Kaiserschnitts zu einer kindlichen Knochenfraktur kommen, ohne dass ein Behandlungsfehler vorliegen muss. Daher konnte der Gutachter keine eindeutige Aussage zu der Frage treffen, ob die eingetretene Femurfraktur kausal fehlerbedingt eintrat oder die Verletzung schicksalhaft war. Er ging jedoch davon aus, dass bei einer rechtzeitigen Kaiserschnittentbindung beim 2. Zwilling die Chance größer gewesen wäre, dass die Entwicklung des Kindes ohne Knochenbruch gelungen wäre.

Die Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an: Die Nichtreaktion auf das pathologische CTG, die fehlerhafte Lagebestimmung des Kindes und das Anhängen eines Wehentropfes bei Querlage waren behandlungsfehlerhaft.

Im Einzelnen: Warum infolge des pathologischen CTG über 40 Minuten keine Entscheidung zur Sectio getroffen wurde, war auch für die Schlichtungsstelle nicht nachvollziehbar. Dennoch war der behandelnden Ärztin zugute zu halten, dass in der Geburtshilfe nie eine hundertprozentige Korrelation zwischen dem CTG und dem Zustand des Kindes gegeben ist. Aufgrund dessen hielt die Schlichtungsstelle das Vorgehen zwar für behandlungsfehlerhaft, sah aber in diesem Punkt die Schwelle zu einem groben Behandlungsfehler als noch nicht überschritten an.

Der grobe Behandlungsfehler: Anders verhielt es sich bezüglich der fehlerhaften Lagebestimmung des zweiten Kindes und des Anhängens eines Wehentropfes bei Querlage: Auch nach Ansicht der Schlichtungsstelle hätte mittels Ultraschalluntersuchung unmittelbar nach der Geburt des ersten Zwillings die Lage des zweiten Kindes, welches seit der 26. SSW in permanenter Querlage lag, bestimmt werden müssen. Die korrekt durchgeführte Ultraschalluntersuchung hätte ergeben, dass sich das zweite Kind in einer geburtsunmöglichen Querlage befand. Als Reaktion hätte dann ein äußerer Wendungsversuch (bei stehender Fruchtblase) oder eine unmittelbare Sectio erfolgen können. Das Anhängen des Wehentropfes in dieser Situation über etwa zwei Stunden sah der Gutachter hier sogar als grob fehlerhaft an.

Die Bewertung eines Behandlungsfehlers als grob unterliegt grundsätzlich einer juristischen Wertung. Allerdings kann die Bewertung selbstverständlich nur aufgrund der durch den medizinischen Sachverständigen unterbreiteten Fakten getroffen werden.

Generell ist ein Behandlungsfehler nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes dann als grob zu bewerten, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und dadurch einen Fehler begangen hat, der aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil ein solcher Fehler einem Arzt „schlechterdings nicht unterlaufen darf“ (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BGH, Urt. v. 29.05.2001 – VI ZR 120/00).

In Übereinstimmung mit dem Gutachter hielt die Schlichtungsstelle das Nichterkennen der Querlage, das damit einhergehende zu lange Abwarten nach der Geburt des ersten Kindes sowie das Anhängen des Wehentropfes in dieser Situation für standardunterschreitend und zudem für völlig unverständlich und nicht nachvollziehbar, sodass aus juristischer Sicht von einem groben Behandlungsfehler auszugehen war.

Die Beweislastumkehr: Grundsätzlich obliegt es in arzthaftungsrechtlichen Streitigkeiten dem Patienten, den Behandlungsfehler, den eingetretenen Gesundheitsschaden sowie die Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers für diesen Gesundheitsschaden zu beweisen.

Gemäß § 630h Abs. 5 Satz 1 BGB wird jedoch bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers, der grundsätzlich geeignet ist, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war.

Zwar konnte der Gutachter nicht sicher sagen, ob das Nichterkennen der Querlage und die Anlage des Wehentropfes in Querlage über zwei Stunden für die eingetretene kindliche Femurfraktur ursächlich war. Aufgrund der Feststellung eines groben Behandlungsfehlers musste die Schlichtungsstelle die Ursächlichkeit jedoch vermuten.

Der Gesundheitsschaden

Im Laufe des Verfahrens wurde von der Antragstellerseite weiterhin ausgeführt, es bestehe der Verdacht einer Entwicklungsverzögerung des Kindes. Hierzu wurden mehrere Untersuchungsberichte eines Sozialpädiatrischen Zentrums vorgelegt. In diesen fanden sich jedoch keine Aussa-

gen, die die jetzt bei dem Kind bestehenden Symptome in den Kontext einer „schwierigen“ Geburt stellten. Vielmehr wurde ausschließlich die Frühgeburtlichkeit als perinatales Risiko erwähnt. Hinweise für einen Sauerstoffmangel unter der Geburt ergaben weder die Apgar-Werte noch der Nabelschnur-pH-Wert noch die Blutgasanalysen, die im Verlauf der stationären Behandlung durchgeführt worden waren. Auch Schädelsonographien und eine kernspintomografische Untersuchung des Gehirns ergaben keine Hinweise auf durch Hypoxie bedingte Läsionen.

Ein möglicher Zusammenhang der Entwicklungsverzögerungen mit der Geburt war daher für die Schlichtungsstelle nach Aktenlage nicht erkennbar. Die Schlichtungsstelle konnte auch nicht zu der Überzeugung gelangen, dass eine zwischenzeitlich von einem Facharzt für Orthopädie festgestellte Beinlängendifferenz von einem Zentimeter Folge der während der Geburt erlittenen Femurfraktur war.

Abschließend waren als zurechenbarer Gesundheitsschaden des Kindes die erlittene Femurfraktur sowie die damit verbundenen Schmerzen anzusehen. Den Schaden der Mutter stellten die erlittenen körperlichen und psychischen Belastungen durch den zu langen Geburtsverlauf sowie die psychische Belastung durch die Femurfraktur ihres neugeborenen Kindes dar.

Im Ergebnis waren daher aus Sicht der Schlichtungsstelle Schadensersatzansprüche im dargestellten Rahmen begründet.

DR. JUR. JESSICA SIERING
LEITERIN DER SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR
ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN DER ÄRZTE-
KAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

Info

Das Schlichtungsverfahren hat den Zweck, Arzthaftpflichtfragen einvernehmlich außergerichtlich beizulegen. Eine Teilnahme ist für alle Beteiligten freiwillig. Die abschließende medizinische und juristische Bewertung der Schlichtungsstelle ist rechtlich nicht bindend. Die sich an das Schlichtungsverfahren möglicherweise anschließenden Regulierungsverhandlungen werden zwischen den Verfahrensbeteiligten direkt geführt.

Handchirurg Fabian Thomsen wechselte nach Brunsbüttel



Dr. Fabian Thomsen

Dr. Fabian Thomsen ist Chefarzt des neu geschaffenen Bereichs der Hand- und Mikrochirurgie am Westküstenklinikum Brunsbüttel. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie wird in Brunsbüttel das gesamte Spektrum der Hand- und Mikrochirurgie anbieten. Nach dem Studium in Marburg und Greifswald absolvierte Thomsen seine Ausbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen unter anderem in der damals neu entstandenen Handchirurgie in der Universitätsklinik Greifswald. Nach der Facharztbildung war er sieben

Jahre lang in der Handchirurgie des damaligen Elim Krankenhauses in Hamburg tätig. In den vergangenen sieben Jahren leitete er die Handchirurgie am Klinikum Itzehoe. Schwerpunkt des 51-Jährigen ist die Behandlung des Gelenkverschleißes durch bewegungserhaltende Operationen, beispielsweise durch Endoprothesen, sowie Operationen nach Brüchen oder Knochendefekten in Folge von Entzündungen. (PM/RED)

Kristin Leonhard zur Chefärztin ernannt

Die Segeberger Kliniken haben Kristin Leonhard zur Chefärztin der Zentralen Notaufnahme (ZNA) ernannt. Die ärztliche Leitung der ZNA hatte Leonhard schon vor zweieinhalb Jahren übernommen. Leonhard ist Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie, Klinische Akut- und Notfallmedizin, Notfallmedizin und Intensivmedizin. Für die privaten Segeberger Kliniken ist sie seit 2012 tätig. Zuvor war sie neun Jahre im Segeberger Herz- und Gefäßzentrum in der Abteilung für Kardiologie und Angiologie beschäftigt. Seit 2015 fährt Leonhard als Notärztin der Segeberger Kliniken in Zusammenarbeit mit der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH). In der ZNA gab es im vergangenen Jahr fast 8.000 Notfallbehandlungen. (PM/RED)



Kristin Leonhard



Dr. Georgia Schilling

Georgia Schilling ist jetzt Ärztliche Direktorin

Dr. Georgia Schilling ist neue Ärztliche Direktorin in der Rehaklinik der Asklepios Nordseeklinik Westerland auf Sylt. Sie übernahm den Posten von Dr. Norbert Buhles, dessen Amtszeit nach sechs Jahren endete. Schilling ist seit 2019 Chefärztin der Abteilung Onkologische Rehabilitation. Als Ärztliche Direktorin will sie „zeigen, dass Rehabilitation ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Therapie ist“ und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Abteilungen des Hauses intensivieren. Als Beispiel nannte sie die Überschneidungen zwischen Onkologie und Pneumologie für Patienten mit Fatigue-Syndrom. Buhles ist seit 1988 für die Nordseeklinik tätig und war bis 2018 Chefarzt der Abteilung Dermatologie und Allergologie. Er bleibt noch in Teilzeit in der Nordseeklinik beschäftigt. Das Haus versorgt jährlich rund 4.000 Patientinnen und Patienten und verfügt über 290 Betten. (PM/RED)

GEBURTSTAGE

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

Dr. Livingstone Kwaku Dotse, Lübeck-Travemünde, feiert am 01.07. seinen 75. Geburtstag.

Bernd Purschke, Stockelsdorf, feiert am 03.07. seinen 70. Geburtstag.

Klaus Schmitt, Molfsee, feiert am 05.07. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Walter Thomas Kanzow, Kiel, feiert am 07.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Horst Burghoff, Heide, feiert am 13.07. seinen 90. Geburtstag.

Antje Gerlich-Hänfle, Kiel, feiert am 14.07. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Fritz Jaeckel, Kropp, feiert am 16.07. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Elisabeth Frerichs, Bad Oldesloe, feiert am 16.07. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Paul Wolff, Kellinghusen, feiert am 19.07. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Claus Butt, Kaltenkirchen, feiert am 21.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Jörg Hoffmann, Fockbek, feiert am 22.07. seinen 75. Geburtstag.

Claudia Kalo, Mölln, feiert am 22.07. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Christine Engler, Bargtheide, feiert am 24.07. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Heidrun Hartmann, Hamburg, feiert am 25.07. ihren 75. Geburtstag.

Hans-Ulrich Breuer, Flensburg, feiert am 28.07. seinen 75. Geburtstag.

Sabine Keilberth-Emmerich, Fockbek, feiert am 29.07. ihren 70. Geburtstag.

Heide Kapune, Langwedel, feiert am 30.07. ihren 85. Geburtstag.

Sana Lübeck holte Armin Frank



Der neue Chefarzt Dr. Armin Frank (links) mit dem Geschäftsführer der Sana Kliniken Lübeck, Dr. Christian Frank.

Dr. Armin Frank ist neuer Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin an den Sana Kliniken Lübeck. Frank wechselt aus der Asklepios-Klinik Bad Oldesloe, wo er zuletzt als Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin tätig war. In Lübeck folgt Frank auf Marcin Herz, der fünf Jahre Chefarzt am Standort war. Frank ist Facharzt für Anästhesiologie und hat nach seinem Studium in Gießen in fast 30 Berufsjahren unter anderem in der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim, im Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main und am Campus Lübeck des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) gearbeitet. Chefarzterfahrungen sammelte er ab 2012 zunächst an der Helios Ostseeklinik Damp und zuletzt an der Asklepios-Klinik in Bad Oldesloe, wo er außerdem seit 2020 Ärztlicher Direktor war. In beiden Positionen hatte er jeweils die Bereiche Anästhesie und Intensivmedizin verantwortet. (PM/RED)

Hygieia-Medaille für Bärbel Christiansen



Prof. Martin Exner (Stiftungsvorstand) und Preisträgerin Dr. Bärbel Christiansen

Dr. Bärbel Christiansen ist von der Rudolf Schülke Stiftung für ihr Lebenswerk auf dem Gebiet der Hygiene, insbesondere der Krankenhaushygiene und Desinfektion, mit der Hygieia-Medaille ausgezeichnet worden. Christiansen hatte bis 2023 das Institut für Krankenhaus- und Umwelthygiene bzw. dessen Vorgängereinrichtungen am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) geleitet. Prof. Martin Exner, Vorsitzender der Rudolf-Schülke-Stiftung, nannte Christiansens Leitung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) in seiner Laudatio „eine wahre Meisterleistung.“ Sie habe es verstanden, die Mitglieder bei der Erstellung hochkomplexer Empfehlungen zu motivieren. (PM/RED)

DAGV wählte Tobias Keck



Prof. Tobias Keck

Prof. Tobias Keck, Direktor der Lübecker UKSH-Klinik für Chirurgie, ist zum dritten Vizepräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) gewählt worden. Er wird damit nach Angaben der Gesellschaft 2026 und 2027 die Präsidentschaft der DGAV übernehmen. Die Wahl fand beim Deutschen Chirurgie-Kongress der Fachgesellschaft in Leipzig statt. Die Position als Vizepräsident tritt Keck zum 1. Juli an. Keck ist seit 2012 Klinikdirektor in Lübeck. Medizin studierte er in Erlangen und San Diego. Nach zweijähriger Forschungstätigkeit am Massachusetts General Hospital der Harvard Medical School habilitierte er an der Uni Freiburg und erlangte eine außerplanmäßige Professur. 2008 schloss er ein berufsbegleitendes Studium an der TU Dresden mit einem MBA in Health Care Management ab, 2010 erfolgte die EBSQ-Qualifikation in Surgical Oncology. 2009 wurde er stellvertretender Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Freiburg. (PM/RED)

Henrik Strothmeyer neuer Ärztlicher Leiter



Henrik Strothmeyer

Henrik Strothmeyer ist neuer Ärztlicher Leiter der BG Nordsee Reha-Klinik St. Peter Ording und damit auch Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie. Er folgt auf Jörg C.-M. Schmidt, der nach 20 Jahren an der Spitze des Hauses in den Ruhestand tritt. Strothmeyer war zuvor Chefarzt für Rehabilitation im Fachbereich Orthopädie/Unfallchirurgie

in der DRK-Nordsee-Reha-Klinik. Der 47-Jährige weist laut Klinik zusätzliche Qualifikationen etwa im operativen Sektor seines Fachgebietes, in der Arthrosonografie und in manueller Medizin auf. Strothmeyer kündigte eine Weiterentwicklung des Leistungsangebotes des Hauses an der Nordseeküste sowie eine engere Zusammenarbeit mit dem BG Klinikum Hamburg an. Das Haus in St. Peter Ording ist eine Tochtergesellschaft des Hamburger BG Klinikums. (PM/RED)

Wechsel am St. Franziskus-Hospital



Klaus Deitmaring



Kerstin Ganskopf

Kerstin Ganskopf wird neue Geschäftsführerin des St. Franziskus-Hospitals in Flensburg. Die amtierende Geschäftsführerin des Friedrich-Ebert-Krankenhauses (FEK) in Neumünster wird Klaus Deitmaring ablösen, der nach 27 Jahren an der Klinikspitze in Flensburg in den Ruhestand geht.

Ganskopf übernimmt erst im Oktober, Deitmaring wechselt jetzt in den Aufsichtsrat der Malteser-Diako Klinikum GmbH, der gemeinsamen Gesellschaft für das künftige gemeinsame Zentralklinikum von Maltesern und Diako in Flensburg. Bis zu Ganskopfs Antritt werden Philipp zu Löwenstein, Generalbevollmächtigter der Malteser Deutschland für die gemeinsame Gesellschaft, und der kaufmännische Direktor Sascha Falk die Geschäftsführung kommissarisch übernehmen.

Die Nachfolge von Ganskopf in Neumünster war bis Redaktionsschluss noch nicht bekannt. Deitmaring hatte in seiner Zeit als Geschäftsführer in Flensburg unter anderem die Bildung und Umsetzung des Klinikverbundes mit der Diako begleitet. (PM/RED)

Rotation bei Helios



Johannes Rasche



Lena Radtke

Franzel Simon, seit 2001 bei Helios, zieht sich aus persönlichen Gründen von seiner Position als Regionalgeschäftsführer Nord zurück. Er wird künftig noch kommissarischer Klinikgeschäftsführer des Hanseklunikums Stralsund und Aufsichtsratsvorsitzender der Helios Kliniken in Schwerin und Schleswig bleiben.

Der Schritt ist laut Helios seit längerem intern bekannt und abgestimmt. Sein Rückzug hat den Wechsel mehrerer Klinikmanager innerhalb des Konzerns zu Folge. Neuer Regionalgeschäftsführer ist ab Mai Johannes Rasche. Der 41-Jährige hatte seit 2021 das Helios-Krankenhaus in Schleswig geleitet, zuvor war er u.a. an Helios-Standorten in Hamburg, Bad Schwartau und Kiel eingesetzt. Rasche ist seit 2014 bei Helios und hat nach Mitteilung seines Arbeitgebers bislang alle Standorte „entscheidend weiter vorangebracht“. In Schleswig übernimmt künftig Lena Radtke seine Position. Die Ökonomin ist seit 2015 bei Helios und war zeitweilig Assistentin der Geschäftsführung in Schleswig. Zuletzt war sie Geschäftsführerin der Helios Mariahilf Klinik in Hamburg. (PM/RED)



Dr. Cordelia Andreßen

VPKSH: Cordelia Andreßen bleibt Vorsitzende

Dr. Cordelia Andreßen wird auch die kommenden zwei Jahre an der Spitze des Verbandes der Privatkliniken in Schleswig-Holstein (VPKSH) stehen. Die Mitgliederversammlung wählte Andreßen erneut zur Vorsitzenden. Andreßen ist seit 2015 Vorsitzende des Verbandes und stellvertretende Vorsitzende des Kuratoriums der Kieler Lubinus-Stiftung. Zuvor war die Ärztin u.a. Staatssekretärin im Kieler Wissenschaftsministerium und Hauptgeschäftsführerin der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Neben der Vorsitzenden wurden auch die Beisitzer Astrid Kusmat (Vamed Klinik Geesthacht) und Stefan Meiser (Asklepios Klinik am Kurpark Bad Schwartau) erneut gewählt. Die weiteren vier Vorstandsmitglieder standen nicht zur Wahl. Im Vorstand sind Leitungen von Allgemeinkrankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Fachkliniken und Klinikkonzernen vertreten. Nach Angaben des Verbandes wird jeder dritte Patient in Schleswig-Holstein in einer Klinik in privater Trägerschaft behandelt. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

*Dr. Eckhard Eichel, Quickborn,
geboren am 18.05.1938, verstarb am 03.05.2024.*

*Barbara Hollands-Thorn, Berkenthin,
geboren am 24.02.1955, verstarb am 13.05.2024.*

Kritischer Blick auf „Abnehmspritze“

DIABETES 58. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft: Die unkritische Nutzung sogenannter Abnehmspritzen und dessen Folgen wurden diskutiert. Dazu gehört u.a. ein Engpass in der Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes in den Inkretin-basierten Therapien.

Mit deutlichen Worten hat sich Prof. Baptist Gallwitz aus Tübingen, Präsident der 58. Jahrestagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Anfang Mai in Berlin gegen die unkritische Nutzung sogenannter Abnehmspritzen ausgesprochen. „GLP1-Agonisten sind für die Behandlung von Typ-2-Diabetes entwickelt worden und dort inzwischen auch unverzichtbar. Um die 'Abnehmspritze' bei Übergewicht ist inzwischen jedoch ein regelrechter Hype entstanden. Ich warne vor dem unkritischen Einsatz nach dem Motto 'Ich nehme das mal', wie er in den sozialen Medien und auch von Prominenten propagiert wird“, sagte Gallwitz während einer Kongress-Pressekonferenz.

Dies habe in der Versorgung von Menschen mit Typ-2-Diabetes mit den Inkretin-basierten Therapien zu ausgeprägten Engpässen geführt, so Gallwitz. Er empfahl niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, ihre Diabetespatienten darauf hinzuweisen, sich bis zu drei Monate im Voraus mit den benötigten Medikamenten zu bevorraten. Inkretine wie GLP-1 oder GIP sind Darmhormone, die maßgeblich an der Stoffwechselregulation beteiligt sind. GLP-1-Rezeptoragonisten werden seit 2005 in der Diabetestherapie eingesetzt. Sie haben blutzuckersenkende Wirkung, vermeiden Unterzuckerungen, senken den Blutdruck und schützen die Gefäße. „Etwa 10 % aller Typ-2-Diabetiker erhalten eine GLP-1-basierte Therapie, mit steigender Tendenz“, so Gallwitz. Für Diabetiker mit Gefäßerkrankungen sind sie gemäß aktueller Leitlinien Therapie der Wahl.

Da GLP-1-Agonisten die Magenentleerung verlangsamen und das Sättigungsgefühl im Gehirn stärken, begünstigen sie einen Gewichtsverlust. Dieser Effekt hat zur Zulassung von Wirkstoffen wie Liraglutid und Semaglutid bei der Behandlung von Adipositas geführt, Doppelagonisten

wie Tirzepatid mit noch stärkerer Wirkung können ebenfalls bei Diabetes und Adipositas verordnet werden. Dem Einsatz solcher Inkretin-basierten Therapien als Lifestyle-Medikament zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung steht die DDG laut Gallwitz kritisch gegenüber. Zwar könne mit ihnen ein Gewichtsabnahmeeffekt von bis zu 20 % erreicht werden. Die Gewichtsabnahme stagniere aber nach etwa sechs bis zwölf Monaten und das Körpergewicht steige nach Absetzen der Behandlung wieder. „Damit wäre möglicherweise eine lebenslange Therapie zur Gewichtsreduktion und zum Gewichtserhalt notwendig“, erläuterte Gallwitz. Das könne man sich aufgrund der hohen Therapiekosten nicht leisten und sei außerdem nicht empfehlenswert. Eine alleinige medikamentöse Therapie bei Übergewicht und Adipositas ist zahlreichen Studien zufolge weniger erfolgreich als ein multimodaler Behandlungsansatz. „Lebensstilmodifikationen sind unabdingbar“, so Gallwitz. Dazu zählen kontinuierliche Ernährungsberatung, dauerhafte Bewegungstherapie sowie psychologische Begleittherapie.

Wiebke Diederich, Ernährungswissenschaftlerin am Institut für Diabetologie und

Diabetes in Deutschland

Diabetes mellitus betrifft laut DDG in Deutschland etwa 8,9 Millionen Menschen. Jährlich nimmt die Zahl um rund 450.000 Patienten zu. Hinzu kommt eine Dunkelziffer von mindestens 2 Millionen Menschen. Unerkannt und unzureichend behandelt führt Diabetes zu Folge- und Begleiterkrankungen an Gefäßen, Herz, Nieren, Augen und Nerven; auch Krebs tritt signifikant häufiger bei Diabetes auf. Die Lebenserwartung von Menschen mit Diabetes ist statistisch um vier bis sechs Jahre verkürzt.

klinische Stoffwechselforschung am UKSH, stellte in Berlin eine aktuelle Kieler Studie vor, die es sich zum Ziel gesetzt hat, Menschen, die anfälliger für Übergewicht und resistenter gegenüber Gewichtsverlust sind, zu identifizieren. Dies könne, so das Ergebnis von Vorstudien, mittels Messung der individuellen Stoffwechselreaktion auf kurzzeitige Fastenperioden gelingen. Dabei sinke der Energieverbrauch bei Menschen mit einem metabolisch sparsamen Phänotyp während des Fastens überdurchschnittlich stark, so Diederich. Diese haben in Interventionsstudien während einer Kalorienrestriktion weniger Gewicht verloren und während einer Überernährungsphase mehr Gewicht zugenommen.

In die aktuell laufende Studie werden Patienten mit morbidem Adipositas (BMI >40 kg/m²) eingeschlossen, die eine zwölfwöchige Diät (800 kcal/Tag) als Teil einer sechsmonatigen multimodalen Adipositasstherapie durchlaufen. Dabei wird ihr Grundumsatz vor und nach einer 24-Stunden-Fastenperiode gemessen, um den Stoffwechseltyp zu bestimmen. Nach drei und sechs Monaten wird die Messung wiederholt, um die gewichtsverlustbedingten Veränderungen zu untersuchen. Bislang wurde die metabolische Phänotypisierung bei 16 Patienten absolviert, vier haben die komplette sechsmonatige Studienphase beendet. Dabei konnten ein „sparsamer“ und zwei „verschwenderische“ Stoffwechseltypen von den Wissenschaftlern identifiziert werden. Insgesamt ist die Phänotypisierung von 80 Personen im Rahmen der Studie geplant. „Die Bestimmung des metabolischen Phänotyps könnte zur Personalisierung der Adipositasstherapie im klinischen Alltag beitragen. Außerdem könnten auf diese Weise Individuen mit einer Neigung zur Gewichtszunahme frühzeitig identifiziert werden, um die Entwicklung einer Adipositas gezielt zu verhindern“, so Diederich in Berlin.

UWE GROENEWOLD

Symposium zur Lebendspende

LEBENDSPENDE Vertreterinnen und Vertreter der Lebendspendekommissionen aus fast allen Bundesländern trafen sich in der Ärztekammer Schleswig-Holstein zum Austausch, jeweils zur Hälfte in Präsenz oder unter Videozuschaltung.

Die ursprünglich schon für 2020 geplante Veranstaltung war pandemiebedingt mehrfach verschoben worden, was nunmehr zeitlich allerdings bestens passt: steht doch eine Novelle des Transplantationsgesetzes auf Bundesebene an, an die einige Erwartungen geknüpft sind.

Zum Hintergrund: Die Entnahme von Organen und Geweben bei lebenden Spendern ist in Abschnitt 3 des Transplantationsgesetzes (TPG) geregelt. Gemäß § 8 Abs. 3 darf eine Entnahme von Organen erst durchgeführt werden, wenn eine „nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelns“ ist. Die Kommissionen wurden bundesweit überwiegend bei den Landesärztekammern eingerichtet und müssen mindestens aus drei Personen mit jeweils ärztlicher (unabhängig vom Transplantationszentrum), juristischer und psychologischer Fachexpertise bestehen. In Schleswig-Holstein legt das Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (SH-ATPG) in § 2 Abs. 1 fest, dass zusätzlich die Medizinethik in der Kommission vertreten sein soll. Die Geschäftsführung (ohne Stimmrecht) liegt bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Der hiesigen Kommission gehören mit entsprechenden Stellvertretungsregelungen aktuell an:

- ▶ Richterin Heike Meistering, Vizepräsidentin des Lübecker Amtsgerichts
- ▶ Dr. Georg Schlenk, Facharzt für Innere Medizin
- ▶ Dr. Reinhard Fröschlin, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin
- ▶ Prof. Dr. phil. Werner Theobald, Professor für Ethik in den Lebenswissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel



Markus Algermissen, Leiter der Unterabteilung Medizin- und Berufsrecht im BMG

In den letzten 25 Jahren wurden in Zusammenarbeit mit den beiden Transplantationszentren Kiel und Lübeck in Schleswig-Holstein über 680 Fälle (82 % Nieren-, 18 % Leberteilspenden) beraten, das sind durchschnittlich 27 pro Jahr.

Nationale Lebendspende-Symposien werden in lockerer Folge durch die Bayerische Landesärztekammer, die Sächsische Landesärztekammer und die Ärztekammer Schleswig-Holstein ausgerichtet. In ihrem Rahmen werden nicht nur aktuelle, nationale und international vergleichende Entwicklungen in der Transplantationsmedizin thematisiert, sondern auch damit einhergehende Implikationen für die Lebendspende beraten. Ein besonderer Schwerpunkt liegt stets darin, organisatorische und fachlich-inhaltliche Abläufe in den Kommissionen zu diskutieren, die u.a. aufgrund der verschiedenen landesrechtlichen Bestimmungen unterschiedlich ausgestaltet sind.

Hauptthema des Symposiums war aber zunächst die erwartete Novelle des Transplantationsgesetzes und Herr Markus Algermissen, Leiter der Unterabteilung Medizin- und Berufsrecht im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin, hatte die Einladung nach Bad Segeberg angenommen, um aus erster Hand über den Stand zu berichten. Er betonte, dass das aktuelle Gesetz insbesondere mit seinen enggefassten Voraussetzungen für die Lebendspende in die Jahre gekommen sei. Unter Wahrung der Freiwilligkeit und des Kommerzialisierungsverbots solle mit der Novelle nunmehr der Weg für die sogenannte Cross-over-Spende (Spender/in aus Spender-Empfängerpaar A spendet aufgrund immunologischer Inkompatibilität an Empfänger/in Paar B und vice versa) und die ungerichtete anonyme Organspende ermöglicht werden, womit der Passus „zum Zweck der Übertragung auf Verwandte, Ehegatten, Lebenspartner, Verlobte und andere Personen, die dem

Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“ (§ 8 Abs. 1 Satz 2 TPG) relativiert würde. Diese „Gummiklausel“ hatte die Schleswig-Holsteinische Lebendspendekommission schon 2019 unter Federführung von Richter Böttcher, damaliges juristisches Mitglied der Kommission, in einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt (DÄB 6, 8. Februar 2019, S. A258) infrage gestellt, da im Zweifelsfall schwer zu widerlegen. Innerhalb der Spender-Empfänger-Paare würde die „Nähe“ weiterhin gefordert, die oft konstruierte „Verbundenheit“ zweier Paare in Cross-over-Situationen allerdings würde entfallen können. Diese war sogar Stoff für zahlreiche Fernsehdokumentationen oder Spielfilme wie z.B. „Leben über Kreuz“ auf arte im März 2021. Das neue Gesetz sehe außerdem eine zentrale Vermittlungsstelle für Überkreuzlebendspenden vor und stärke die Rolle der Lebendspendekommissionen, deren Prozesse vereinheitlicht würden. Das alles wurde, zusammen mit dem angekündigten Wegfall des Subsidiaritätsgrundsatzes (Lebendspende nur, wenn kein geeignetes post-mortem-gespendetes Organ zur Verfügung steht) und der Stärkung des Spenderschutzes ausdrücklich begrüßt. Kritische Stimmen wurden zur ungerichteten anonymen Organspende laut, da „neurotische Spendemotive“ auch durch umfangreiche psychiatrische Gutachten und ausführliche Prüfung durch die Kommissionen nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden könnten.

[Anm. d. Red.: Der Referentenentwurf zur Novellierung der Regelungen zur Le-

bendorganspende wurde wenige Tage nach dem Symposium veröffentlicht, befindet sich bei Drucklegung im Anhörungs- und Stellungnahmeverfahren und soll noch 2024 in das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren eingespeist werden.]

Im weiteren Programm des Symposiums beleuchtete Herr Winfried Lotz-Rambaldi, langjähriger psychologischer Gutachter für die Lebendspendekommission in Schleswig-Holstein, psychologische Implikationen der gesetzlichen Neuerungen. Dabei kamen unter anderem ausländische Befragungen zur Sprache, nach denen die Anonymität zwischen Überkreuzpaaren sogar als entlastend empfunden würde, da „Schuldgefühle“ bei Abbruch oder Scheitern entfielen. Beratung und Begutachtung Betroffener müssten in der Folge des anstehenden Gesetzes angepasst werden. Prof. Felix Braun, Leiter des Transplantationszentrums am UKSH in Kiel, führte in einem Update durch die aktuellen Zahlen und medizinischen Entwicklungen in der Transplantationsmedizin. Gestreift wurde angesichts des US-amerikanischen Patienten, der seit einigen Wochen mit einer Schweineniere lebte auch Hoffnung auf bessere Erfolge der Xenotransplantation. Leider verstarb der Patient Anfang Mai.

In Vorbereitung auf das diesjährige Symposium wurde die Arbeitsweise der verschiedenen Lebendspendekommissionen Deutschlands mittels Umfrage von Frau Isabelle Rinke, ärztliche Assistentin der Geschäftsführung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, näher untersucht und erwies sich einmal mehr als äußerst hetero-

gen. Zum Abschluss nahm die Vorstellung dieser Ergebnisse und die anschließende Diskussion breiten Raum ein. Ausführlich beraten wurde z.B. die Frage der persönlichen Anhörung der Spender-Empfänger-Paare im Gegensatz zur Beurteilung nach Aktenlage. Speziell der Schleswig-Holsteinischen Lebendspendekommission erscheint eine standardmäßige Anhörung aller Spenderinnen und Spender bei zumeist durch die Transplantationszentren bestens vorbereiteten und vorab zur Verfügung gestellten Unterlagen inklusive psychologischem Gutachten entbehrlich. Die Gesetzesnovelle sieht nun zur persönlichen Anhörung eine „Soll-Regelung“ vor, was nach landläufiger Auffassung heißt: man müsse, wenn man könne. Es herrschte gleichwohl unter den Teilnehmenden die Meinung vor, dass die Kommissionen bezüglich „versteckter Anreize“ zur Spende und Freiwilligkeit letztendlich durch gute Vorbereitung der Anzuhörenden grundsätzlich getäuscht werden könnten. Zu schwierig sei ein verlässlicher Einblick in die psychosozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Betroffenen. Pläne zur Vereinheitlichung der Aufklärung der Spender-Empfänger-Paare und deren psychologischer Begutachtung wurden befürwortet, entsprechende Handlungsempfehlungen könnten Eingang in die Bundesärztekammer-Richtlinien zur Transplantation finden. Das Symposium endete mit dem allgemeinen Wunsch, angesichts der Gesetzgebung bereits in Jahresfrist eine neuerliche Veranstaltung vorzusehen.

DR. CARSTEN LEFFMANN, ISABELLE RINKE



Vertreterinnen und Vertreter von Lebendspende-Kommissionen bei der Tagung in der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

JUNI, JULI

28. Juni	8. Kieler Workshop Interventionelle Endosonographie	UKSH, Kiel Telefon 0431 500 22371 info.endoskopie.kiel@uksh.de www.uksh.de Punkte beantragt
3. Juli	Relevanz komplementärer Verfahren in der Schmerztherapie „Achtsamkeitsbasierte Verfahren in der Schmerztherapie“	Privatklinik Schloss Warnsdorf Remise www.schloss-warnsdorf.de/ fortbildung fortbildung@schloss-warnsdorf.de Punkte beantragt
4. Juli	Expertendialog Mammakarzinom	Städtisches Krankenhaus Kiel ralph.preuss@krankenhaus-kiel.de Punkte beantragt
5. - 6. Juli	AMDP-Seminar	Curtius Klinik, Bad Malente Telefon 04523 407 502 assistenzca@curtius-klinik.de 15 Punkte
6. Juli	13. Symposium Dermato-Onkologie Lübeck	Infinite Science GmbH, Lübeck Telefon 0451 5853 2902 korzh@infinite-science.de www.infinite-science.de 4 Punkte
12. Juli	4. Ostseesymposium Viszeralmedizin, Viszeralonkologie	Infinite Science GmbH, Lübeck info@ostsee-symposium.org www.ostsee-symposium.org/ anmeldung 9 Punkte
6. Juli	„4. wassersport- medizinischer Workshop“	Olympiazentrum Kiel-Schilksee info@surfmedizin.org www.surfmedizin.org 7 Punkte
17. Juli	Webinar/Online Neue Aspekte zu C.difficile-Infektionen	LADR Akademie, Geesthacht Telefon 04152 803-400 veranstaltung@ladr.de www.LADR.de www.LADR.de/c.difficile-24-07 1 Punkt

Uveitis im Norden



Eröffnungsbild (©Martin Rügert, DUAG e.V.) der Fortbildung auf der Leinwand kurz vor Beginn der Fortbildung im Erika-Haus des UKE Hamburg.

Mit einer Häufigkeit von 1:50.000 zählt die Uveitis, gemeinhin auch als „Rheuma im Auge“ bezeichnet, zu den seltenen Krankheiten. Unter dem Motto „Mach mal P.A.U.S.E. in Hamburg“ hatte die Selbsthilfegruppe „Uveitis im Norden“, Leitung Gesine Fechner (Hamburg), in Zusammenarbeit mit der DUAG e.V. zum zweiten Mal von Uveitis Betroffene mit ihren Angehörigen und Caregivers sowie Ärztinnen und Ärzte zu einer Hybridfortbildung eingeladen.

Prof. Ina Kötter (Leiterin der Sektion Rheumatologie am UKE Hamburg) stellte das Behçet-Syndrom als Multiorgan- beziehungsweise Systemerkrankung vor. Wegen der Vielfältigkeit dieser Erkrankung spricht man heute nicht mehr vom Morbus Behçet. Prof. Nicole Stübiger (Hamburg) betonte, dass bei 20 % der Patienten mit Behçet-Syndrom die Augenbeteiligung als erstes Symptom dieser Erkrankung auftritt, vier Jahre nach Beginn der Erkrankung liegt bei 60 – 80 % der Patienten eine okuläre Beteiligung vor. Die Augenbeteiligung beginnt meist als anteriore Uveitis und kann in eine Panuveitis übergehen und mitunter zu einer retinalen Vaskulitis führen, eine Beteiligung des Sehnervs ist möglich. Es erfolgt eine lokale Behandlung mit Kortikosteroiden (primär Augentropfen), bei Befall des hinteren Augenabschnittes auch eine systemische Behandlung mit Kortikosteroiden in Kombination mit Azathioprin oder Methotrexat. Gegebenenfalls wird auf Biologika umgestellt. Prof. Thomas Bahmer (Hamburger Lungenpraxis) sprach über die Sarkoidose, die auch das Herz befallen und zu höhergradigen Herzrhythmusstörungen bis zum Herzstillstand führen kann. Dr. Luca Mautone (UKE Hamburg) behandelte als Ophthalmologe das Bild der Sarkoidose am Auge, die sich vor allem in einer granulomatösen Uveitis manifestiert, sich aber auch als Netzhautvenenentzündung zeigen kann. Die Komplikationen der Uveitis erklärte Prof. Thomas Neß (Leiter der Uveitis-Sprechstunde der Uni-Augenklinik Freiburg).

DR. UDO HENNIGHAUSEN, GESINE FECHNER

ALLE ANGABEN OHNE GEWÄHR.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise für die Juli/August-Ausgabe: 21. Juni 2024

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungsreihe „Adipositas“ Refresher

Nach der gut besuchten Fortbildungsreihe „Adipositas“ im Jahre 2022, bieten wir einen Refresher zu diesem Thema an. Dies erscheint umso wichtiger, als der Zugang zu leitliniengerechten Behandlungen in der Fläche unverändert schwierig ist, teilweise auch ganz fehlt und das Thema sich auch gesundheitspolitisch weiterhin im Umbruch befindet.

Im Rahmen der diesjährigen Veranstaltung soll nochmal die konservative Therapie den Schwerpunkt bilden. Dabei wollen wir besonders auf die erste Eskalationsstufe in der Adipositas-Therapie eingehen, die Formaldiäten als „Add On“ zur multimodalen Basistherapie vorsieht.

Konkret wird Prof. Wechsler, den viele sicher seit Jahrzehnten im Kontext mit Adipositas aus Forschung, Lehre und Gesundheitspolitik kennen, uns neben der Historie den aktuellen Stand und die zugehörige Datenlage zu den verschiedenen Varianten der sog. Formuladiäten erläutern und uns sicher auch praxisnah die „Pros“ und „Cons“ darstellen und somit auch für diese Therapieform geeignete Zielgruppen definieren.

Des Weiteren werden die heutigen medikamentösen Aspekte in der Adipositas-Therapie vorgestellt. Sie alle wissen, dass dieser Bereich boomt und auch nicht frei von Vorverurteilung einerseits sowie gesellschaftlichem „Hype“ und Konzerninteressen andererseits ist. Prof. Engeli aus Greifswald will uns in diesem Sinne in die neuesten Studiendaten sowie die Perspektiven einführen, und nicht zuletzt auch konkrete Tipps für die praktische Umsetzung aus pharmakologischer Sicht geben.

Zu Beginn der Veranstaltung wird Frau Buchholz aus Heide nochmal die Kernbotschaften aus der initialen Fortbildungsreihe 2022 kurz zusammenfassen. Schließlich wird Frau Kühnel Daten aus einer eigenen aktuellen Studie zur Versorgungsrealität in Schleswig-Holstein bezüglich der Adipositas aus der Sicht des WKK in Heide darstellen.

Weitere Refresher-Termine sind jährlich im September geplant.

Termin: 25. September 2024

Suchtmedizinische Grundversorgung

Das Kursbuch Suchtmedizinische Grundversorgung der Bundesärztekammer beinhaltet die Vermittlung von Kenntnissen in der Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von Suchtkrankheiten im Zusammenhang mit dem schädlichen Gebrauch suchterzeugender Stoffe und nicht-stoffgebundener Suchterkrankung. Dieser Kurs ist eine Voraussetzung zur Erlangung der

Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung, die bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu beantragen und nach erfolgreicher Prüfung von der Ärztekammer ausgesprochen wird. Das Kursbuch beinhaltet ebenfalls das Wahlmodul „Substitution mit Diamorphin“. Interessierte, die bereits die Zusatzbezeichnung erlangt haben und ausschließlich das Modul Substitution mit Diamorphin benötigen, können dieses einzeln buchen. Teilnehmer aus anderen Bundesländern, denen ein oder mehr Bausteine fehlen, können diese gern in der Akademie nachholen. Die komplette Kursgebühr und zusätzliche Kosten bis 500 Euro, die durch die Teilnahme entstehen, z.B. Fahrtkosten, können von der KV-Schleswig-Holstein übernommen werden.

Nächster Termin: 17. – 22. Juni 2024

Qualitätsmanagement

Seit 1. Januar 2004 ist ein QM-System nach § 135 a SGB V verpflichtend in der Arztpraxis und im ambulanten Bereich einzuführen. Diese Fortbildung richtet sich an Medizinische Fachangestellte, die fundierte Kenntnisse erwerben und beim Aufbau eines praxisinternen Qualitätsmanagements als QM-Beauftragte mitwirken möchten.

Inhalt:

- ▶ Grundlagen Qualitätsmanagement
- ▶ Grundstrukturen eines Qualitätsmanagementsystems verstehen
- ▶ Methoden und Instrumente des Qualitätsmanagements beherrschen
- ▶ Einführung eines Qualitätsmanagementsystems
- ▶ Kriterien für ein Qualitätsmanagementsystem anwenden
- ▶ Erstmaßnahmen durchführen; Folgemaßnahmen durchführen
- ▶ Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementsystems
- ▶ Patientenversorgung steuern; Mitarbeiter und Praxisorganisation steuern
- ▶ Kommunikation im Team leiten
- ▶ Bewertung des QM-Prozesses
- ▶ Bedeutung und Festlegung von Indikatoren kennen; Befragungen anwenden
- ▶ Audits als Qualitätsinstrument einsetzen
- ▶ Qualitätsmanagement-Zyklus

Nach erfolgreicher Teilnahme sind Sie in der Lage, die Einführung und Weiterentwicklung eines praxisinternen QM-Systems maßgeblich mitzugestalten.

Nächster Termin: 24. – 28. Juni 2024

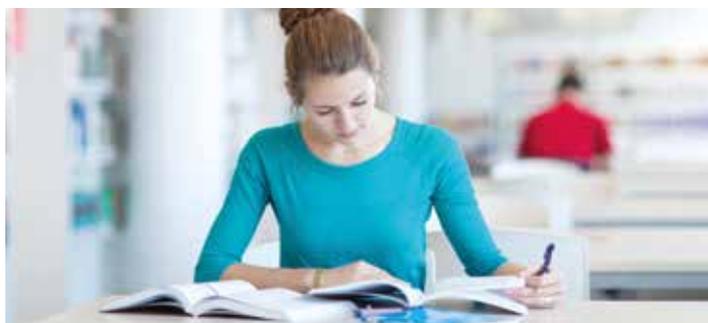


FOTO: ADOBE STOCK LIGHTPOET

Über den QR-Code finden Sie das komplette Veranstaltungsangebot



Kontakt

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



HINWEIS DER REDAKTION:

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

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

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

 Schleswig-Holsteinisches
Ärzteblatt

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Juli/August 21. Juni 2024

STELLENANGEBOTE



KREIS
OSTHOLSTEIN



... flexibel,
familien-
freundlich,
zuverlässig

Der Kreis Ostholstein sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für den Fachdienst Gesundheit

Ärztinnen / Ärzte (m/w/d)

– EG 14 TVöD, Vollzeit/Teilzeit –
für die Fachgebiete **Amtsärztlicher Dienst** sowie **Sozialpsychiatrischer Dienst**.

Näheres finden Sie unter: www.kreis-oh.de/Stellenangebote

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

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





EIN LEBEN VERÄNDERN!

Mit einer Patenschaft können Sie Mädchenrechte stärken.



„WERDEN SIE PAT:IN!“

Plan International Deutschland e.V.
www.plan.de



Gibt Kindern eine Chance



Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine*n

Fachärztin / Facharzt für Allgemeinmedizin

in Voll – oder Teilzeit (mind. 35 Wochenstunden)

Ihre Aufgaben

- Medizinische Betreuung von psychosomatischen Rehabilitanden und dem Schlaflabor
- Teilnahme an interdisziplinären Fortbildungen und Besprechungen
- Umsetzung von qualitätssichernden Maßnahmen

Ihr Anforderungsprofil

- deutsche Approbation
- Facharzt für Allgemeinmedizin
- Bereitschaft zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Interesse für das Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation und für die integrierte Behandlung von somatischen und psychosomatischen Patientinnen und Patienten
- soziale Kompetenz, freundlicher und empathischer Umgang mit Menschen
- Teamfähigkeit und Engagement im Umfeld eines interdisziplinären Teams
- Zuverlässigkeit, selbständiges und patientenorientiertes Arbeiten

Wir bieten:

- unbefristeter Arbeitsvertrag
- Vergütung nach TV-TgDRV (EII)
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf mit flexiblen und planbaren Arbeitszeiten
- zusätzliche Altersvorsorge des öffentlichen Dienstes (VBL)
- Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen mit Kostenübernahme
- Zuschuss zum Deutschlandticket / Jobticket
- kostenlose Parkplätze für Mitarbeiter*innen
- Möglichkeit zur Teilnahme an der Personalverpflegung
- Betriebssportgemeinschaft

Menschen mit einer Schwerbehinderung oder ihnen Gleichgestellte im Sinne von § 2 Abs. 2 und 3 SGB IX werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Im Falle einer Einstellung ist nach § 20 IfSG der Nachweis einer bestehenden Masernimmunität notwendig.

Für die Beantwortung fachlicher Fragen steht Ihnen unser Ärztlicher Direktor Herr Usdrowski unter der Telefonnummer 04873-9097489 zur Verfügung.

Für die Beantwortung von Fragen zum Bewerbungsprozess steht Ihnen unsere Personalabteilung unter der Telefonnummer 04873-9097268 zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung:
Rehazentrum im Naturpark Aukrug, Personalabteilung,
Tönshede 10, 24613 Aukrug
oder **per Mail** an: bewerbung@rehazentrum-aukrug.de

STELLENANGEBOTE



Die Klinik in Preetz

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

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

- **Oberarzt Gynäkologie (m/w/d)**
- **Assistenzarzt Innere Med./Allg. Med. (m/w/d)**
- **Assistenzarzt Gynäkologie (m/w/d)**

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

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

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

Radiologische GP mit KH-Anbindung sucht

FÄ/ FA für Radiologie

zur Festanstellung mit der Möglichkeit der Sitzübernahme.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!
E-Mail: info.radiologie@t-online.de



Fünfiß & Prothmann
Praxis für Frauen und Mädchen

Unser Team zwischen HH und HL
sucht zur Verstärkung

Fachärztin Gyn/Geb (m/w/d)

mit Praxiserfahrung für 20-30 Std/Wo
Arbeitsort und -zeit bei 2 Standorten
flexibel gestaltbar.

Wir freuen uns auf Bewerbungen unter:
fuerniss@fuernissundprothmann.de

Kinderarztpraxis

(Pneumologie/Allergologie)

im Hamburger Osten sucht

FÄ/FA Pädiatrie

zur Verstärkung des Teams.

kinderpraxis-hh@web.de



Für unser großes alteingesessenes OP-Zentrum (BAG) zentral in Elmshorn mit festem Operateurs-Stamm suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt als Praxispartner(in) oder angestellt:

Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie

Bei Interesse freuen wir uns über eine Mail an: bewerbung@ambulantes-op-zentrum-elmshorn.de

elbbüro
anzeigen@elbbuero.com
www.elbbuero.com

FA/ FÄ für Dermatologie

in dem glücklichsten Bundesland S-H in der Nähe von Hamburg zur Anstellung in Teilzeit mit langfristiger Perspektive.

Die Praxis bietet umfangreiches Spektrum an Behandlungen bzw. Beratungen. Kontakt unter:

a.janicki@derma-janicki.de
www.derma-janicki.de

OSTSEEKLINIK POEL



Mutter/Vater-Kind-Einrichtung
für Vorsorge und Rehabilitation

Die Ostseeklinik Poel ist eine Mutter/Vater-Kind Einrichtung für Maßnahmen gem. § 111a SGB V. Sie wird im Wesentlichen durch einen großen Kostenträger belegt. Neben einem breit gefächerten medizinischen Angebot haben vor allem die psychosoziale Betreuung und die Lebensberatung in der Ostseeklinik Poel einen hohen Stellenwert.

www.ostseeklinik-poel.de

Reif für die Insel?

Sie wünschen sich eine flache Hierarchie und interdisziplinäre Teamarbeit? Sie möchten Familien unterstützen auf ihrem Weg in die Zukunft? Dann sind Sie bei uns richtig.

Wir suchen als Verstärkung für unser Team einen

Arzt/Facharzt (w/m/d)

Bevorzugt mit Fachrichtung Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Orthopädie
(keine zwingende Voraussetzung)

Wir bieten Ihnen eine interessante Tätigkeit in einem abwechslungsreichen Arbeitsumfeld und in einem langjährig gewachsenen Team. Eine den Leistungsanforderungen entsprechende Vergütung ist für uns selbstverständlich.

Ihre ausführliche Bewerbung, gern auch online, richten Sie bitte an:

Ostseeklinik Poel GmbH

Dr. med. Alexandra Sonntag-Utecht – Chefärztin –
Am Schwarzen Busch • 23999 Ostseebad Insel Poel
Tel: 038425 - 22-0 • E-Mail: ca@ostseeklinik-poel.de



STELLENANGEBOTE

RADIOLOGIE

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

Unsere integrative Hausarztpraxis im schönen Eutin sucht

**Facharzt Allgemein-/Innere Medizin
oder Arzt in Weiterbildung (w/m/d)**

zur Anstellung in Teilzeit. Perspektivisch Sitzübernahme möglich.

Wir setzen unseren Schwerpunkt auf die Sprechende Medizin und versorgen Menschen jeden Alters. Wir suchen KollegInnen, die einen ganzheitlichen Therapieansatz verfolgen und an Komplementärmedizin interessiert sind. Unser nettes Team freut sich auf Sie! kontakt@arztpraxis-bismarckstrasse-2.de

Weiterbildungsassistent/in Allgemeinmedizin

ab 01.10.2024 von **allgemeinarztmedizinischer Praxis in Plön** gesucht
Weiterbildungsbefugnis 30 Monate (neue WBO) Vollzeit, Teilzeit, flexible
Absprachen, attraktive Vergütung, bezahlte Fortbildungen - u.v.m.
Bewerbungen bitte an info@dr-stehle.de oder telefonisch **04522 2282**

ORTHOPÄDIE

**Junger und ambitionierter Facharzt/
Assistenzarzt (m/w/d)**

ab sofort als Verstärkung in starker orthopädischer Praxisgemeinschaft in der Hamburger
Innenstadt gesucht. Die Ausrichtung kann sowohl operativ als auch konservativ sein.
Regelmäßige Arbeitszeiten, keine Nachtdienste, zusätzliche Verdienstmöglichkeiten.

Schriftliche Bewerbung bitte an: **Orthopädikum Neuer Wall**,
Dr. med. St. Schwade/Dr. med. T. Gierth, Neuer Wall 77, 20354 Hamburg
oder per E-Mail: kontakt@orthopaedikum-neuer-wall.de

STELLENGESUCHE

Erfahrener FA Anästhesie

sucht Stelle im ambulanten
Bereich/ MVZ, gerne Teilzeit
in Hamburg und Umland.

Kontakt unter:
AnaesthesieFA@web.de

KV-SITZ

Dringend Verstärkung
für Elmshorn gesucht!

Ab sofort ist ein halber Kassenarztsitz
für Pädiatrie in Elmshorn abzugeben.

Ggf. ist auch nur eine dauerhafte
Anstellung möglich. Verschiedene
Modelle denkbar. Bitte melden Sie
sich unter praxis.baumgarten@gmx.de,
ich rufe Sie gern zurück.

PRAXISABGABE

Praxisabgabe
Psychiatrie/Psychotherapie

in Lübeck zu 07/25
(evtl. früher o. später)

Kontakt: kschiffke@gmx.de

**Chirurg.-orthopädische
Praxis mit D-Arztverfahren
und KV-Sitz** im Speckgürtel
von Hamburg (Schleswig-Holstein)
baldmöglichst abzugeben.

Kontakt unter Chiffre SH 60266

Umsatzstarke
Hausarztpraxis

(KV Sitz : FA für Allg. Medizin)
in Hamburg West, an MVZ
oder Nachfolger abzugeben.

Kontakt: 0176 64938076

An einer dieser Chiffre-
Anzeigen interessiert?

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

Sehr gut wirtschaftlich aufgestellte

**Gyn-Praxis
in HH-Süd sucht
Nachfolger/in**

Kontakt unter: praxisjpk@web.de

**Hausarztpraxis mit
mehreren KV-Sitzen**

unweit von Hamburg
ganz oder teilweise
- ohne Zeitdruck - zu verkaufen.

Kontakt unter Chiffre SH 60273

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de



Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

RECHTSBERATUNG
FÜR DIE HEILBERUFE

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



DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

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

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Dr. Maike Angermann, Esther Geisslinger, Dr. Canio Germano,
Uwe Groenewold, Dr. Carsten Leffmann, Isabelle Rinke, Astrid Schock,
Dr. jur. Jessica Stiering

Zuschriften redaktioneller Art bitte an:
Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt,
Bismarckallee 8-12, 23795 Bad Segeberg,
aerzteblatt@aeksh.de

Druck und Vertrieb:
SDV Direct World GmbH,
Tharandter Straße 23-35,
01159 Dresden

Anzeigenmarketing und -verwaltung
elbbüro anzeigenagentur,
Bismarckstr. 2, 20259 Hamburg
Telefon 040 33 485 711
Fax 040 33 485 714

anzeigen@elbbuero.com
www.elbbuero.com

Anzeigenleitung: Stefanie Hoffmann

Zurzeit ist die Anzeigenpreisliste
Nr. 10/2024 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

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

AKIS

Der Service Ihrer Ärztekammer
online:

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

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

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Versorgungswerk der
Ärztekammer Schleswig-Holstein**
Bismarckallee 14-16, 23795 Bad Segeberg
www.vaesh.de
Vorsitzender des Verwaltungsrates
Bertram Bartel
Vorsitzende des Aufsichtsrates
Petra Struve
Geschäftsführung
Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de
Mitgliederservice
Telefon 04551 803 900
Fax 04551 803 939
mitglied@vaesh.de

FACHBERATER

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



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

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



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

Kanzlei für **Medizinrecht**

Wir beraten Ärzte

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

RAin Sabine Barth
Fachanwältin f. Medizinrecht

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
PartG mbB

Holtener Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

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

info@medrechtpartner.de
www.medrechtpartner.de

Bei allen rechtlichen Fragen rund um Ihre Arztpraxis, z. B. Praxisgründung, Kooperationen (PraxisG, BAG, MVZ), Abgabe oder Kauf von Arztpraxen, Honorar, Berufsrecht, Arbeitsrecht, Forderungsmanagement:
Sprechen Sie uns gerne an!

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN

Heft Juli/August 21. Juni 2024



Rohwer & Gut

Partnerschaftsgesellschaft mbB,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft



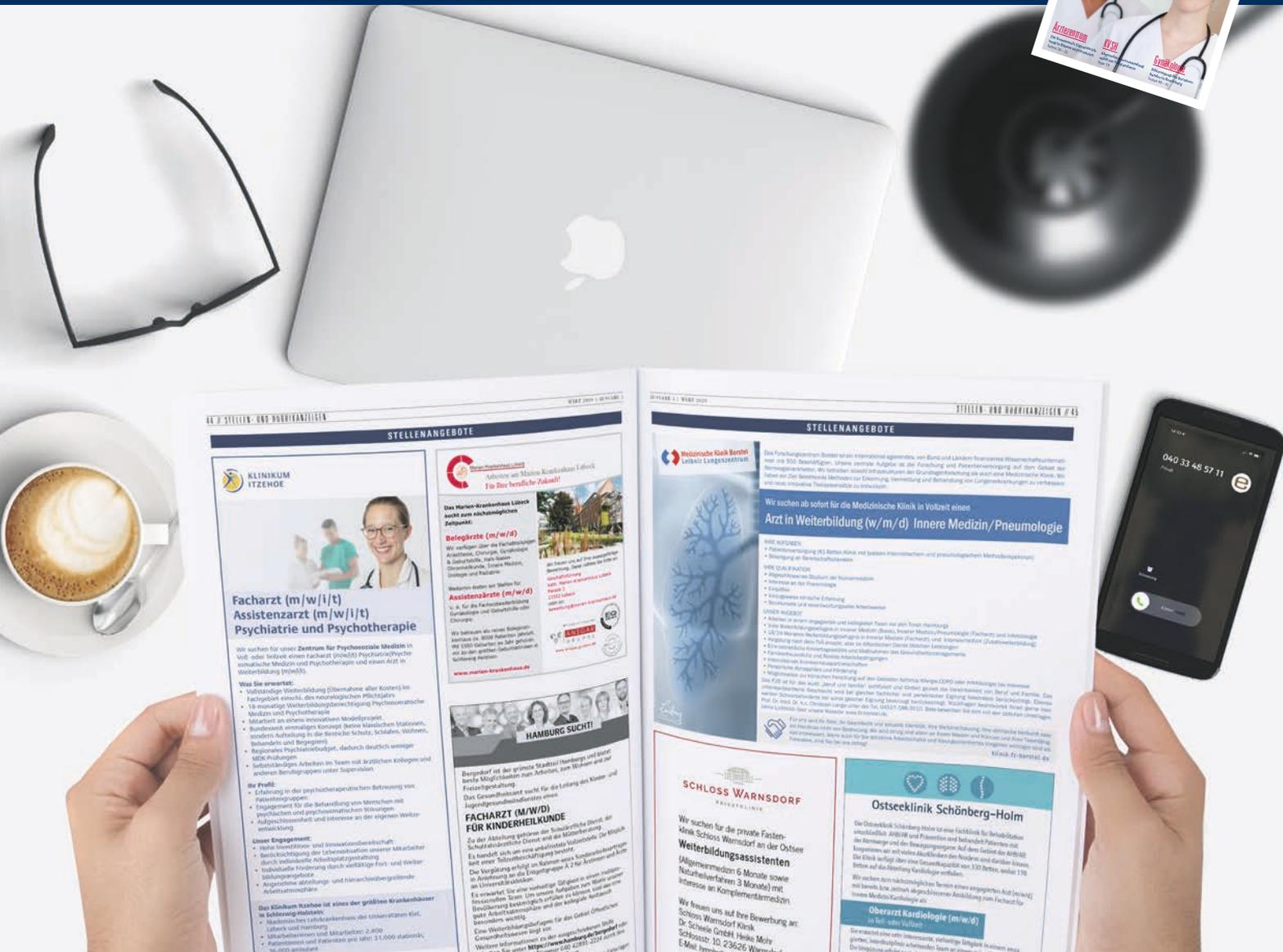
Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

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

Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt



KLINIKUM TITZHOE

Stellenangebote

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

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

Was Sie erwartet:

- Vollständige Weiterbildung (Übernahme aller Kosten) im Fachgebiet Psycho- und neuropsychiatrische Psychotherapie
- 18 monatliche Weiterbildungsstunden (reguläre Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie)
- Mitarbeit an einem neuropsychiatrischen Modellprojekt
- Bandenweit einmündiges Konzept (buntes klinisches Spektrum, hausärztliche und Regenerativ)
- Regulares Psychotherapeutentagegeld, dadurch deutlich weniger Selbstständigen Aufwands im Team mit ärztlichem Kollegen und anderen Berufsgruppen (seiner Kollegen)

Ihre Profil:

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

Unser Engagement:

- keine Investition- und Investitionsrisikoprüfung
- Berücksichtigung der Teilzeitarbeit unserer Mitarbeiter
- durch individuelle Arbeitszeitschulung
- individuelle Förderung durch vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote
- Angenehme arbeits- und hierarchienbergungsfreie Arbeitsumgebung

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

- 1400 Betten
- 100000 ambulante Patienten
- 100000 stationäre Patienten
- 100000 ambulante Patienten
- 100000 stationäre Patienten
- 100000 ambulante Patienten

Das Marien-Krankenhaus Lübeck sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Belegärzte (m/w/d)

Wir suchen über die Fachabteilungen Anästhesie, Chirurgie, Urologie, Innere Medizin, Zahnklinik, Unfallchirurgie, Orthopädie, Frauenklinik, Entzug Medizin, Intensiv- und Palliative

Assistenzärzte (m/w/d)

u. a. für die Fachabteilungen Urologie und Innere Medizin oder Chirurgie

Wir bieten ein neues Arbeitsumfeld im Marien-Krankenhaus Lübeck, ein Team mit 1500 Mitarbeitern im Jahr, ein großes und ein großes Krankenhaus in Schleswig Holstein

www.marien-krankenhaus.de

HAMBURG SUCHT!

Benötigt für die größte Stadtteil-Hausarzt- und Spezialambulanz im Hamburger Stadtteil, zum Wohnen am Meer

FACHARZT (M/W/D) FÜR KINDERHEILKUNDE

Zu der Abteilung gehören die Schulärztliche Dienst, der Schulärztliche Dienst und die Mutterberatung

Es handelt sich um eine ambulante Kinderklinik, die Mütter, Kinder und Jugendliche betreut

Die Vergütung erfolgt im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit der Universität Hamburg

Es erwartet Sie eine vielfältige Tätigkeit im Team einer hochqualifizierten Team Um unsere Patienten zum Wohlergehen zu unterstützen, sind wir bereit, Ihnen eine Vielzahl von Möglichkeiten zu bieten, um Ihre berufliche Entwicklung zu fördern und die berufliche Entwicklung zu unterstützen

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung für das Gebiet Ostholstein, gerne Arbeitsproben und Zeugnisse

Ein Bewerbungsportfolio ist ein Muss! Bitte senden Sie es an: Personnel@schloss-warnsdorf.de

Weitere Informationen zu den angrenzenden Gebieten: www.schloss-warnsdorf.de

Medizinische Klinik Berlin Leitmotiv Lungenspezialist

Die Fachabteilungen Berlin sind ein international agierendes, von Bund und Ländern finanziertes Spitzenklinikum mit über 1000 Betten. Unsere zentrale Aufgabe ist die Forschung und Patientenversorgung auf dem Gebiet der Atemwegsmedizin. Wir sind ein Zentrum für die Grundlagenforschung der Grundlagenforschung der Atemwegsmedizin, die auch eine Medizinische Klinik, die neben der Ziel-Sonderambulanz für die Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Lungenerkrankungen zu verstehen und auch eine Sonderambulanz zu verstehen

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

Ihre Aufgaben:

- Betreuung von 100 Betten Klinik mit bestem Personalstand und最先stmodernem Methodenparkett
- Mitwirkung an der Forschung
- Mitarbeit an der Patientenversorgung
- Betreuung von 100 Betten, aber die Patienten-Sonderambulanz
- Einmalige Aufnahmeprüfung und Aufnahme in den Weiterbildungsbereich
- Einmalige Aufnahmeprüfung und Aufnahme in den Weiterbildungsbereich
- Einmalige Aufnahmeprüfung und Aufnahme in den Weiterbildungsbereich

Ihre Vorteile:

- Arbeit in einem engagierten und kollegialen Team
- 100%ige Weiterbildungsmöglichkeiten in Innere Medizin (Beleg, freier Mediziner, Pneumologie (Facharzt) und Lungenspezialist)
- 100%ige Weiterbildungsmöglichkeiten in Innere Medizin (Facharzt) und Lungenspezialist
- Einmalige Aufnahmeprüfung und Aufnahme in den Weiterbildungsbereich
- Einmalige Aufnahmeprüfung und Aufnahme in den Weiterbildungsbereich
- Einmalige Aufnahmeprüfung und Aufnahme in den Weiterbildungsbereich

SCHLOSS WARNSDORF

Wir suchen für die private Fachklinik Schloss Warnsdorf an der Ostsee

Weiterbildungsassistenten (Allgemeinmedizin 6 Monate sowie Naturheilverfahren 3 Monate) mit Interesse an Komplementärmedizin

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: Dr. Schöne Warnsdorf Schloss ID 23626 Warnsdorf E-Mail: hr@schloss-warnsdorf.de

Ostseeklinik Schönberg-Holm

Die Ostseeklinik Schönberg-Holm ist eine Fachklinik für Rehabilitation unterschiedlichster Art und Patienten mit unterschiedlichen Patienten mit der Natur und der Bewegungstherapie auf dem Gebiet der Ostsee

Das Klinik verfügt über eine Gesundheitskur von 1000 Betten, wobei 100 Betten auf der Abteilung Kardiologie verbleiben

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin einen engagierten Arzt (m/w/i) mit besonderem Interesse an der Gesundheitskur zum Facharzt Innere Medizin/Kardiologie ab

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

Wir erwarten eine sehr interessante, vielfältige Tätigkeit im Team eines engagierten und kollegialen Teams in einem engagierten und kollegialen Team