Schleswig-Holsteinisches
Ärzteblatt

Nr. 3
März 2023
76. Jahrgang

Herausgegeben von
der Ärztekammer
Schleswig-Holstein

Befristet verbunden

Der Versorgungssicherungsfonds ermöglicht den Akteuren eine Zusammenarbeit, die sonst nicht zustande gekommen wäre. Eine Bestandsaufnahme der Projekte: Seiten 8 – 13

Interview

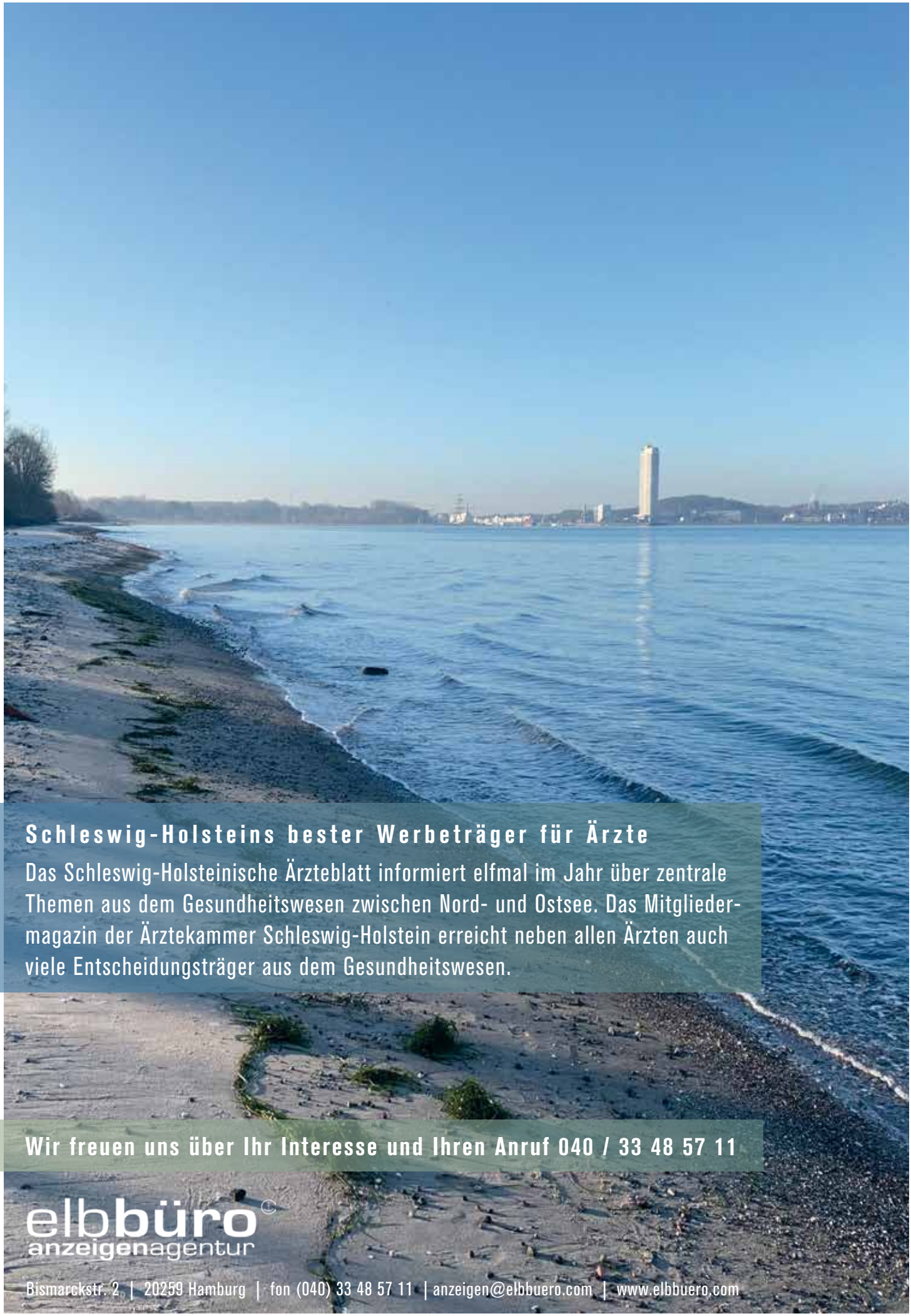
6K-Chef Dr. Martin Blümke
Seiten 18 – 19

SARS-CoV-2

Seroprävalenzstudie aus Schleswig-Holstein
Seiten 34 – 35

Ärztekammerwahl

Seiten 26 – 29


Schleswig-Holsteins bester Werbeträger für Ärzte
Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt informiert elfmal im Jahr über zentrale Themen aus dem Gesundheitswesen zwischen Nord- und Ostsee. Das Mitgliedermagazin der Ärztekammer Schleswig-Holstein erreicht neben allen Ärzten auch viele Entscheidungsträger aus dem Gesundheitswesen.
Wir freuen uns über Ihr Interesse und Ihren Anruf 040 / 33 48 57 11
elbbüro
anzeigenagentur
Bismarckstr. 2 | 20259 Hamburg | fon (040) 33 48 57 11 | anzeigen@elbbuero.com | www.elbbuero.com

ANZEIGE

Von Reformen, Übereifer und deren Folgen

Gefühlt vergeht kaum ein Tag, an dem die Berliner Gesundheitspolitik uns nicht neue Vorschläge, Gutachten, Entwürfe oder Pläne präsentiert. Beispiele aus dem Sammelsurium der aktuellen Bundesgesundheitspolitik:

- Lösungsvorschläge zur Vermeidung von Lieferengpässen bei Arzneimitteln,
- Änderungen des Transfusionsgesetzes,
- Pläne zur Stärkung der Medizin in der Kommune – Stichwort Gesundheitskioske mit Durchführung einfacher medizinischer Routineaufgaben,
- Überlegungen zur Stärkung des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung mit Regelungen zu MVZ und Direktzugang für Heilmittelerbringer.

Dazu die „Revolution" einer großen Krankenhausreform mit der Definition von Krankenhaus-Versorgungsstufen, von Leistungsgruppen, der Vergütung von Vorhaltung und von Level-II-Krankenhäusern. Letztere sind stationäre Einrichtungen ohne eine direkte ärztliche Rund-um-die-Uhr-Betreuung unter pflegerischer Leitung – der Begriff Krankenhaus neu definiert.

Bitte verstehen Sie mich nicht falsch: Wir alle wissen, dass Reformen dringend notwendig sind und die vorgelegten Ideen gehen teilweise in die richtige Richtung. Nur: Sie weisen mehr Bürokratie, Überreglementierung, zentrale Eingriffe und vertikales Säulendenken auf: Leistungen werden in bestimmten Leistungsgruppen miteinander gekoppelt, die nichts mit einer regionalen Versorgung zu tun haben, Fragen der Abstimmung unter den einzelnen Leistungserbringern sind unklar, ebenso die Letztverantwortung für den Behandlungsprozess. Nur eins ist klar: viele Konsequenzen sind nicht zu Ende gedacht, stellen alle Beteiligten in der Versorgung vor große Herausforderungen und werfen neue Fragen auf.

Wie sieht es künftig mit einer regionalen Krankenhaus- und Versorgungplanung aus? Was bedeuten die Versorgungsstufen für die ärztliche Weiterbildung? Ist das der Weg in eine Staatsmedizin? Welche Agenda verfolgt der Bundesgesundheitsminister? Ein Sinnbild, ein Foto sagt mehr als tausend Worte: bei der Übergabe der ärzteeigenen Bewertungsversion der GOÄ an ihn Mitte Januar zeigt der Daumen des Ministers nach unten – das Thema GOÄ wird wohl weiterhin nicht vorangehen.

Dass in der Versorgung trotzdem etwas vorangehen kann, zeigt der Versorgungssicherungsfonds in Schleswig-Holstein, Titelthema dieses Ärzteblatts. Innovative Projekte werden gezielt gefördert, unter Einschluss aller Beteiligten, um Versorgung in unserem Bundesland zu verbessern und zukunftssicher zu machen, mit neuen digitalen Anwendungen, Integration neuer Gesundheitsberufsbilder und vor allem mit horizontalen Vernetzungen. So sieht gemeinsames Handeln und evolutionäres Denken im Interesse unserer Bürgerinnen und Bürger aus. Bleibt zu hoffen, dass positive Ergebnisse der Projekte schnell in die Regelversorgung übernommen werden, ohne Einflussnahme des Bundes und nicht nur in Schleswig-Holstein.

Freundliche Grüße
Ihr

Prof. Henrik Herrmann
PRÄSIDENT

FOTO: ÄKSH

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

»Dass in der Versorgung etwas vorangehen kann, zeigt der Versorgungssicherungsfonds in Schleswig-Holstein.«

Inhalt

NEWS 6

Kurz notiert 6
Neues Gerät für Luftretter 6
Netzwerk gegen Herzinsuffizienz 7
Land löst strategische Reserve auf 7

TITELTHEMA 8

Der Versorgungssicherungsfonds: Ein Leuchtturm für Schleswig-Holstein 8
ASTRAL: Ein Projekt mit Beispielcharakter 9
Koordinatoren in der Nachsorge 13

LESERBRIEF 14

GESUNDHEITSPOLITIK 15

Die Protestkampagne der niedergelassenen Ärzte 15
Reformprozess für den Kliniksektor 16
Hausarzt Dr. Ulf Ratje zur Situation am imland-Standort Eckernförde 17
Interview: 6K-Chef Dr. Martin Blümke 18
Aktionstag gegen Genitalverstümmelung in Kiel 20
Einschnitt gegen Hysterie und Masturbation 23
Interview: Prof. Nicolai Maass 25

WAHL ZUR KAMMERVERSAMMLUNG 26

Zwei Delegierte berichten: Ihre Erfahrungen in der Kammerversammlung 26
Ausschreibung zur Kammerwahl 28

PERSONALIEN 30

MEDIZIN UND KULTUR 32

Friedrich von Esmarch: Ein Buch über den berühmten Kieler Chirurgen 32

MEDIZIN & WISSENSCHAFT 34

S4H-Studie: Hoher Schutz für Risikogruppen 34
Masern und Röteln: Nicht in falscher Sicherheit wiegen! 36
Neue Entwicklungen beim Ovarialkarzinom 38
Kieler Evolutionsforscher liefern neue Erkenntnisse 40

FORTBILDUNGEN 41

Termine in der Akademie 41
Externe Fortbildungstermine 42

ANZEIGEN 43

TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM 50

FOTOS: IMLAND KLINIK RENDSBURG, JÖRG WOHLFROMM, DRF, DI
TITELBILD: IPOPBA ADOBE STOCK

20

Festgehalten

von Esther Geisslinger

Fachlicher Austausch vermisst

Frauen, deren Klitoris beschnitten worden ist, leiden oft ein Leben lang an den körperlichen und psychischen Folgen. Auch in Schleswig-Holstein leben Betroffene, dennoch spielt das Thema in der Öffentlichkeit kaum eine Rolle. Die Kieler Beratungsstelle TABU hat am 6. Februar mit einem Aktionstag auf das Thema aufmerksam gemacht, u.a. durch den Auftritt der Künstlerin und Menschenrechtsaktivistin Lavanya Honeyseeda. Bemängelt wurde an dem Tag u.a., dass es bislang keinen fachlichen Austausch zum Thema im Land gibt.

KURZ NOTIERT

Pilotstudie am UKSH zu Post-Covid

PreVitaCOV ist eine vom Bundesforschungsministerium geförderte Pilotstudie am UKSH zur Behandlung des Post-COVID-19-Syndroms. Untersucht wird, ob entzündungshemmende Medikamente (das Cortison-Präparat Prednisolon) und/oder nervenunterstützende Vitamine (B1, B6 und B12) die Beschwerden lindern können. Ärzte können infrage kommende Patienten jederzeit an die Projektbeteiligten in Kiel verweisen.

Die Studie wird mit zwei weiteren Zentren (Würzburg und Tübingen) durchgeführt, über 300 Patienten werden teilnehmen. Die Teilnehmer werden in vier Gruppen behandelt und bekommen entweder die Medikamente oder Placebopräparate. Begleitend finden Untersuchungen in der Studienzentrale statt und es werden Patiententagebücher sowie regelmäßige Telefonate über ein halbes Jahr geführt. So werden erste Informationen über eine mögliche Behandlungsstrategie gegen das Post-COVID-19-Syndrom gesammelt.

Weiterführende Informationen und Ansprechpartner: www.PreVitaCOV.de

Projektbeteiligte am Standort Kiel: Dr. Laura Lunden, Sabine Sellmann. Mail: PreVitaCOV.Allgemeinmedizin.Kiel@uksh.de, Telefon: 0431 500 30111. (PM/RED)

Bessere Notfalldiagnose

Dr. Florian Reifferscheid erläuterte, wie die Blutgasanalyse in der Luftrettung eingesetzt wird.

Die DRF Luftrettung hat an ihren Standorten – darunter in Rendsburg – mobile Geräte zur Blutgasanalyse eingeführt. Damit verfügen die Hubschraubercrews über neue Möglichkeiten zur Notfalldiagnose am Einsatzort. Die vom Leitenden Notarzt der Region, Dr. Florian Reifferscheid, vorgestellten Geräte ermöglichen eine einfache Blutprobe vor Ort, um relevante Informationen zu Blutwerten der Patienten zu erhalten. Profitieren könnten insbesondere Patienten mit einem Herz-Kreislauf-Stillstand und mit schweren Blutungen. (PM/RED)

ANZEIGE

ÄRZTEKAMMER-WAHL
SCHLESWIG-HOLSTEIN
17. Mai - 7. Juni 2023

KANDIDATINNEN UND KANDIDATEN GESUCHT!

Sich mit Ärztinnen und Ärzten austauschen.
Dazu lernen.

In unserer Kammer!

Diese Freiheit ist nicht selbstverständlich.
Nutzen Sie sie!

JETZT KANDIDIEREN!

www.ärztekammerwahl2023.de

FOTO: PETER LÜHR, DRF LUFTRETTUNG

Netzwerk gegen Herzinsuffizienz

Das Universitäre Herzzentrum Lübeck am UKSH hat das Herzinsuffizienz-Netzwerk Nord gegründet. Ziel ist es, die Versorgung von Patienten mit Herzschwäche zu optimieren, indem Arztpraxen, Kliniken und Reha-Einrichtungen vernetzter miteinander arbeiten. Dies soll durch mehrere Schritte gelingen:

- Vermehrte Angebote von Videosprechstunden für Erkrankte, die weite Wege zu Fachärzten haben.
- Betreuung durch Hausärzte und spezialisierte Herzinsuffizienz-Pflegekräfte („Heart Failure Nurses“). Diese werden in die Schulung und Nachsorge der Patienten eingebunden und sollen die Betreuung zwischen den Facharztterminen gewährleisten.
- Engere Kooperation über gemeinsame Behandlungsstrukturen und digitale Kommunikationswege. Externe Ärztinnen und Ärzte können an Fallkonferenzen des Herzzentrums per Video teilnehmen und gemeinsame kardiologische Fortbildungen am Campus Lübeck nutzen.

Das Land Schleswig-Holstein unterstützt das Netzwerk mit einer halben Million Euro aus dem Versorgungssicherungsfonds.

Erschwert wird das rechtzeitige Erkennen von Herzinsuffizienz nach Angaben von UKSH-Klinikdirektor Prof. Ingo Eitel durch eine ungleiche Versorgungsdichte zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Ein bestehendes Herzinsuffizienz-Netzwerk um das Universitäre Herzzentrum Lübeck wird nun zunächst auf Ostholstein ausgeweitet, weitere Landesteile in Schleswig-Holstein sollen folgen.

„Durch den Aufbau des Netzwerks hoffen wir, die Prognose vieler Patientinnen und Patienten zu verbessern und die Häufigkeit kardialer Dekompensationen, bei denen das geschwächte Herz die Belastungen nicht mehr ausgleichen kann, zu reduzieren“, sagte Eitel, der das Herzinsuffizienz-Netzwerk Nord leitet. (PM/RED)

Hoffen auf eine bessere Versorgung von Herzinsuffizienz-Patienten: Prof. Stephan Ensminger, Direktor der Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie, Prof. Claudia Schmidtke vom Universitären Herzzentrum Lübeck, Gesundheitsstaatssekretär Dr. Oliver Grundei, Dr. Bettina Zippel-Schultz von der Deutschen Stiftung für chronisch Kranke, Prof. Ingo Eitel, Leiter des Herzinsuffizienz-Netzwerks Nord, Dr. Christina Paitazoglou, Leiterin des Bereichs Herzinsuffizienz des Universitären Herzzentrums Lübeck und UKSH-Vorstandsmitglied Prof. Thomas Münte (v. l.).

Strategische Reserve wird aufgelöst

Schleswig-Holstein löst seine strategische Reserve an Corona-Tests auf. Insgesamt umfasst die Reserve 4,6 Millionen Tests, die noch bis Jahresende bzw. bis Januar 2024 haltbar sind. Viele davon sollen der Ukraine zur Verfügung gestellt werden.

Im ersten Schritt wird die Hälfte der Reserve dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) für das Projekt „UKSH hilft Ukraine“ überlassen. Ziel ist es, damit für einen besseren Infektionsschutz in den dortigen Krankenhäusern zu sorgen. Weitere rund 300.000 Selbsttests aus der Test-Reserve sollen zur Nutzung für Landesbehörden sowie für das UKSH zur Verfügung gestellt werden. Verbleibende Tests sollen gemeinnützigen, gesundheitlichen oder sozialen Organisationen kostenlos zur Verfügung gestellt werden. (PM/RED)

FOTO: UKSH

ANZEIGE

UK SH UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein | Institut für Rettungs- und Notfallmedizin

4. Helgoländer Notfallseminar
31. Mai bis 2. Juni 2023

Fortbilden, wo andere Urlaub machen.

Die Notfallmedizin unterliegt häufigen Veränderungen und erfährt regelmäßige Updates. Unser Ziel ist es, die Teilnehmenden auf den neuesten Stand zu bringen.

Neben Vorträgen stehen vor allem **Workshops und Skilltrainings** mit Hilfe von modernen Simulatoren im Vordergrund.

JETZT DIREKT ANMELDEN

Neugierig? Weitere Informationen finden Sie unter
www.uksh.de/notfallmedizin

Ein Fonds für alle Fälle

VERSORGUNG Der Versorgungssicherungsfonds ist ein Leuchtturm für die medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein. Viele der geförderten Beispiele zeigen, wofür die Regelversorgung keine Anreize bietet: Für Abstimmung, Zusammenarbeit und Digitalisierung.

Neue Wege in der medizinischen Versorgung finden, sektorenübergreifend, innovativ und mit digitalen Lösungen: Mit diesen Zielen startete die Landesregierung im Jahr 2018 den Versorgungssicherungsfonds (VSF). Rund drei Dutzend Projekte wurden darüber bereits finanziert. Nach der ersten Förderperiode geht es nun in die Verlängerung. Das Ärzteblatt schaute sich das Instrument genauer an: Kann der VSF nachhaltig etwas verbessern, oder verpuffen die guten Ideen?

Der Schmerz begleitet Heike Norda seit ihrer Studienzeit. Auslöser waren ein Fahrradunfall und in dessen Folge eine missglückte Operation, bei der ein Nerv verletzt wurde. „Das wurde nicht erkannt und meine Beschwerden nicht ernst genommen", berichtet Norda. Sie litt unter Kälte- und Berührungsempfindlichkeit, es entwickelte sich ein CRPS, ein Komplexes Regionales Schmerzsyndrom. „Eine echt blöde Krankheit", sagt die Neumünsteranerin, die sich bei SchmerzLOS, der Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland (UVSD) engagiert, dort im Bundesvorstand sitzt und in Neumünster eine Selbsthilfegruppe leitet. Mit viel Wissen über ihre Krankheit und einem gut angepassten Neurostimulator hat sie den Schmerz heute im Griff. „Er ist nicht weg – aber wenn ich vergleiche, von welchem Niveau und welchen Einschränkungen ich komme, kann ich sagen: Heute ist mein Glas halb voll, nicht halb leer."

Doch wie ihr geht es längst nicht allen Schmerzbetroffenen. Das größte Problem: Gerade im ländlichen Raum fehlt es an Praxen, die Therapien für chronische Schmerzpatienten anbieten. Entsprechend lang sind die Wartezeiten. „Ich als gut eingestellte Patientin brauche nicht ständig Termine in der Spezialpraxis", sagt Norda. „Aber gerade wenn Schmerzen neu auftreten, wäre ein schneller Therapiebeginn extrem wichtig." Denn bei raschem Eingreifen könnte vielleicht verhindert werden, dass ein akuter Schmerz sich chronifiziert. „Darum war Schmerz-STRANG so gut", sagt Norda. „Das Angebot hat die Wartezeiten spürbar verkürzt."

„Schmerz-STRANG" ist eines der Projekte, die aus dem Versorgungssicherungsfonds finanziert wurden. Die Buchstabenkombination „STRANG" verrät, worum es geht: Schmerztherapie – Telemedizinisch – Regional – Angepasst – Netzbasiert – Gruppenbasiert. Hinter dem Projekt stehen die Ärztegenossenschaft Nord und der Landesverband der Schmerzmediziner. Während der Laufzeit von Oktober 2018 bis April 2022 sollten Wege entwickelt werden, um chronisch Schmerzkranke besser zu versorgen. „Ressourcen zusammenbringen, Wartezeiten verkürzen, Zeitverschwendung vermeiden", fasst Dr. Jochen Leifeld, ärztlicher Leiter des Projekts, zusammen. Das habe gut geklappt – aber nach der Laufzeit des Projekts sei vieles wieder beim Alten. Vor allem einem Element trauern die Beteiligten nach, berichtet Leifeld. Im Rahmen des Projekts war es möglich, Patientinnen und Patienten in Kleingruppen gemeinsam zu behandeln. Für Leifeld ist das die entscheidende Stellschraube: Bei einem homogenen Patientenklientel bedeutete sie erstens Zeitgewinn, weil der Arzt mehrere Personen gleichzeitig mit Informationen versorgen kann, zweitens Kontakte und Zusatz-Wissen. „Viele der Patienten sind mindestens Semi-Profis, schließlich sind sie durch die härteste Schule gegangen, die des eigenen Leids", sagt Leifeld. Zudem erwiesen sich Gruppen als „Filter", um falsch zugewiesene Patienten herauszufinden: „Wer über Beschwerden in Hand oder Fuß klagt, landet in der Schmerztherapie – dabei sind oft behandelbare Krankheiten, wie ein Karpaltunnelsyndrom, schuld", berichtet der Arzt.

Aber in der Regelversorgung ist das Konzept nicht vorgesehen. Mit dem Auslaufen des Projekts endet damit also auch die Verbesserung für die Betroffenen: „Sonst gilt ‚You never walk alone', nur in der Praxis heißt der Schlachtruf: Der nächste bitte, und jeder für sich", ärgert sich Leifeld. 306.000 Euro zahlte das Land aus Steuermitteln für das Projekt – alles vergebens?

Der Versorgungssicherungsfonds sei ein „Mutmachprogramm", sagt Hilmar Donner, der als Referatsleiter beim Gesundheits- und Justizministerium für den

500.000 Euro beträgt die maximale Fördersumme für ein Projekt im Versorgungssicherungsfonds, mindestens 25.000 Euro müssen die zuwendungsfähigen Gesamtausgaben betragen.

„Sektorübergreifend ist eines der Kriterien, die die geförderten Projekte erfüllen müssen. Faustregel: Die Projekte sollten mobil, technisch und digital laufen."

FOTOS: ADOBE STOCK BIORAVEN

„Ressourcen zusammenbringen, Wartezeiten verkürzen, Zeitverschwendung vermeiden."

DR. JOCHEN LEIFELD

Fonds zuständig ist. Als das Land vor fünf Jahren damit startete, regierte noch eine Jamaika-Koalition in Kiel, das Gesundheits- und Sozialministerium wurde von Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) geführt. Die Probleme aber waren dieselben wie heute: Weniger Praxen in der Fläche, steigende Kosten bei größerem Patientenandrang. Der Fonds befasse sich mit den „Zukunftsthemen der Medizin", sagt Donner: „Unsere Krankenhauslandschaft wird sich ändern. Es geht in Richtung Ambulantisierung, wir müssen die Sektorengrenzen überwinden." Hinzu komme der demografische Faktor: „Wir müssen mit einer älter werdenden Ärzteschaft die Versorgung sicherstellen. Und das stellt Schleswig-Holstein mit seinen Inseln und Halligen vor besondere Probleme." Der VSF, so der Plan des Landes, solle die Chance geben, Ideen auszuprobieren. Wobei, schiebt Donner hinterher, jeder Antrag den Förderrichtlinien entsprechen müsse. Schließlich prüfe der

FOTO: DI

Hausarzt behandelt, Facharzt berät

Projekt „ASTRAL" überzeugt bereits nach der Mitte der Laufzeit.

Der Name greift nach den Sternen: „ASTRAL" heißt das Projekt, mit dem das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Lübeck etwas ganz Bodenständiges erreichen will. Es geht um eine bessere Zusammenarbeit zwischen Haus- und Facharztpraxen mit dem Ziel, Patienten besser zu versorgen und obendrein Zeit und Fahrten zu sparen. ASTRAL buchstabiert sich „Asynchrone telemedizinische Versorgung im ländlichen Raum", beteiligt sind 15 hausärztliche Praxen, die die Expertise von zwei dermatologischen und zwei rheumatologischen Fachleuten einfordern können. Neben drei Niedergelassenen ist auch eine Ärztin des UKSH dabei, berichtet Prof. Jost Steinhäuser, der als Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin in Lübeck hinter ASTRAL steht. Mit im Forschungs-Boot sind zudem der Hausärzteverband Schleswig-Holstein, die Ärztegenossenschaft Nord, die Gesellschaft für integrierte ophthalmologische Versorgung e.G., die KVSH sowie die Techniker Krankenkasse.
„Telemedizin stellt man sich gemeinhin so vor: Da sitzen an verschiedenen Orten Leute vor dem Laptop, am besten einer noch mit Stethoskop um den Hals, frisch vom Krankenbett weg", sagt Steinhäuser. Doch tatsächlich brauche es diese gemeinsame Runde meistens nicht, das zeigte das Vorgängerprojekt „Telemedizin im ländlichen Raum", auf dessen Erfahrungen ASTRAL aufbaut. Beide wurden durch den Versorgungssicherungsfonds des Landes gefördert, für ASTRAL fließen rund 380.000 Euro.
„Aus dem ersten Projekt haben wir gelernt, dass die Patienten am liebsten in ihre hausärztliche Praxis gehen und dass sich 80 % ihrer Fragen auch dort klären lassen", sagt Steinhäuser. Wenn es den Wunsch nach weiterer Aufklärung gibt oder der Allgemeinmediziner einen spezialisierten Kollegen hinzuziehen will, braucht das – so zeigte es das erste Projekt – aber nicht das „bewegte Bild" und das Gespräch zu dritt. Statt gemeinsam zu beraten, hinterlassen nun die Hausärztinnen und Hausärzte auf einer Plattform ihre Anfrage, zusammen mit Dokumenten und Bildern, die besonders für die dermatologische Diagnose wichtig sind. Die Fachärzte können antworten, wenn sie Zeit haben, müssen also nicht die eigene Sprechstunde unterbrechen. Innerhalb einer verbindlich vereinbarten Frist, zum Beispiel 48 Stunden, ist die Antwort da, die der Hausarzt beim nächsten Termin mit den Patienten besprechen kann. „Selbstverständlich besteht auch die Möglichkeit, den Facharzt sofort hinzuziehen, wenn es dringlich ist", betont Steinhäuser. Doch das sei selten der Fall, wie sich bereits zeigt. „Einige Projektpartner hatten die Befürchtung, sie würden mit Fragen überflutet", sagt Steinhäuser. „Sie waren dann überraschend, wie wenige Anfragen kommen."
Die Vorteile der Zusammenarbeit habe sich bereits im ersten Projekt gezeigt: „Es geht bei den Anfragen um herausfordernde Fälle, die auch die Spezialisten nicht täglich sehen", sagt Steinhäuser. So helfe bei der Diagnose auch das hausärztliche Wissen: „Da ist jemand, der den Verlauf überblickt und den Patienten kennt." Die Zusammenarbeit sei kollegial und für beide Seiten hilfreich, „und der Patient profitiert, weil er kompakt die nötige Information bekommt und außerdem Fahrten spart".
Das erste Projekt war nur mit dem Fachbereich Dermatologie gestartet, bei ASTRAL ist Rheumatologie hinzugekommen. Als zusätzlicher Aspekt wird eine bestehende augenärztliche Versorgung auf Helgoland einbezogen. „Da gibt es einen Raum mit entsprechenden Geräten, die telemedizinisch angebunden sind", beschreibt Steinhäuser. „So kann der Augenarzt aus der Ferne schauen und sofort beraten, wenn es dringlich ist." Untersucht werden im Rahmen des Projekts einige Aspekte: „Wie ist die Qualität der Bilder? Welche Fragen haben die Patienten?"
Das Projekt ist in der Mitte seiner Laufzeit, es startete im Januar 2022 und endet im Dezember 2024. Dass die Zusammenarbeit funktioniert und für alle Beteiligten Vorteile bringt, davon ist Steinhäuser bereits jetzt überzeugt, und es sei kein Problem, die Zahl der Fachrichtungen zu erweitern: „Wir haben hier etwas Besonderes, ein wunderbares Förderinstrument für unsere Themen, das die Versorgung in der Fläche verbessert." (EG)

Rechnungshof, ob die Mittel ordnungsgemäß verwendet werden.

Bevor ein Antrag angenommen wird, dreht er bereits einige Runden: Es finden sich Partner zusammen, darunter ärztliche Berufsverbände oder Netzwerke wie die Ärztegenossenschaft Nord, Institute wie die für Allgemeinmedizin in Lübeck und Kiel, Dachorganisationen wie die Ärztekammer oder die KVSH. „Das ist eine spannende Phase“, sagt Sören Schmidt-Bodenstein, Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse (TK). Sie ist, anders als andere Kassen, bei einer Reihe von Projekten beteiligt, oft von Anfang an.

Beraten werden die Anträge nicht nur im Ministerium, sondern auch im 90a-Gremium, in dem alle in der Gesundheitspolitik relevanten Gruppen im Land eine Stimme haben. Hilmar Donner lobt den Umgang der Beteiligten: „Rücksichtsvoll und auf Augenhöhe. Das zeichnet Schleswig-Holstein wirklich aus.“

Durch die frühe gemeinsame Beratung sei es möglich, von vornherein mitzudenken, was nach dem Auslaufen der Förderung passiert, sagt Schmidt-Bodenstein. „Wenn es sich bewährt, wenn es skalierbar ist, dann besteht auch eine Chance, dass es umgesetzt wird.“ Das kann über einen Einzelvertrag mit der Kasse passieren, doch das langfristige Ziel sei, eine Aufnahme in die Regelversorgung zu erreichen. Wie auch Donner lobt er den Fonds: „Wir gucken im gesundheitspolitischen Bereich stark durch die Problembrille. Der Fonds ermöglicht es, mit einer Problemlösungsbrille draufzuschauen.“

Das sieht auch Dr. Monika Schliffke so: „Es ist durch den VSF möglich, neue Wege auszuprobieren“, sagt die Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein. Eigentlich liegt die Aufgabe der Versorgungssicherung dort, und die KVSH hat mit ihrem Strukturfonds ein eigenes Förderinstrument. Eine Konkurrenz sieht Schliffke aber nicht: Der Strukturfonds helfe vor allem dem ärztlichen Nachwuchs bei Gründungen von Praxen, der VSF unterstütze „Projekte, die aus Mitteln der Regelversorgung nicht finanziert werden könnten, weil der rechtliche und finanzielle Rahmen dort oft zu eng ist für Vorhaben jenseits ausgetretener Pfade.“ Er eröffne die Möglichkeit, innovative Projekte auf ihre Praxistauglichkeit zu testen.

Knapp drei Dutzend Projekte wurden von 2018 bis Februar 2023 gefördert, die Beträge lagen zwischen 25.000 und 500.000 Euro. Das Land hat die Gesamtsumme inzwischen von zwei auf fünf Millionen Euro pro Jahr angehoben. Die Palette ist breit, sie reicht von Trainings für Geburtsstationen über die Erprobung neuer Berufsbilder bis zu Letzte-Hilfe-Kursen. Damit ein Projekt förderfähig wird, muss es zeigen, dass es die Versorgung wirklich verbessern kann, etwa durch telemedizinische Ansätze oder einen Sprung über die Sektorengrenze. Mobil, technisch, digital sind Stichworte auf der Homepage des Ministeriums. Möglicherweise werde der Katalog auch noch erwei-

Ein Thema über zwei Förderperioden? „Das ist genauso, wie man sich Forschung wünscht.“

PROF. JOST STEIINHÄUSER

FOTOS: GUIDO KOLLMEIER / ADOBE STOCK BIORAVEN

Bis Ende 2022 wurden 32 Projekte aus Mitteln des Versorgungssicherungsfonds gefördert.

Was wird gefördert? Eine Projektauswahl

Bei einer Geburt kann vieles schiefgehen. Was dann zu tun ist, trainieren Teams von Geburtsstationen ohne Perinatalzentren beim Neonatologischen Simulationstraining. Der Antrag kam vom Institut für Rettungs- und Notfallmedizin des UKSH in Kiel, das Land fördert das Training mit knapp 500.000 Euro.

Ebenfalls rund 500.000 Euro gibt es für „HEUREKA“, mit dem Kinder und Jugendliche mit Adipositas in Zusammenarbeit mit ihren Haus- und Kinderärzten ein bedarfsgerechtes Case-Management erhalten. Den Antrag stellte die Ärztegenossenschaft Nord, das Projekt läuft noch bis Jahresende.

Um die ambulante und klinische Gesundheitsversorgung auf Helgoland zu sichern, sollen Abläufe effizienter und Personal flexibler werden. Bis Ende 2024 will die Paracelsus Nordseeklinik neue Wege testen, das Land gibt dafür eine halbe Million Euro.

Projektziel ist ein neues Berufsbild: Die „Physician Assistants“ sollen Ärzte entlasten und besonders im ländlichen Raum Aufgaben übernehmen. Das Projekt der Ärztekammer endet im August 2023 und wird mit 461.000 Euro gefördert.

Um ein gutes und würdevolles Sterben geht es in gleich zwei Projekten: Letzte-Hilfe-Kurse wenden sich an Profis des Gesundheitswesens. Das „Neumünsteraner Modell“ schult Ehrenamtliche für den Einsatz bei Sterbenden. Das Land stellt dafür 180.000 und 110.000 Euro zur Verfügung. (EG)

tert, verrät Hilmar Donner: „Damit in Zukunft noch mehr Projekte möglich sind."

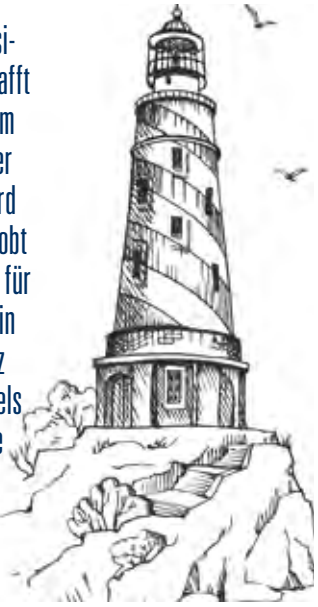
Dabei sei der Fonds made in Schleswig-Holstein bereits sehr offen, sagt Prof. Jost Steinhäuser, Leiter des Instituts für Allgemeinmedizin an der Universität Lübeck. „Bei vielen der großen Förderinstrumente wird jedes Jahr ein neuer Schwerpunkt aufgerufen, und man muss so tun, als arbeite man seit Jahren in genau dem Bereich. Hier können wir die Dinge einreichen, mit denen wir uns ohnehin befassen und müssen nichts schreiben, was in die Logik des Antrags passt." Steinhäuser hat bereits Erfahrung mit dem Fonds gesammelt. Aktuell läuft das Projekt „ASTRAL", das sein Institut mit mehreren Partnern beantragt hat (S. 9), und das auf das Projekt „Telemedizin im ländlichen Raum" folgt. Dass ein Thema über zwei Förderperioden weiterverfolgt werden kann, ist für Steinhäuser „genauso, wie man sich Forschung wünscht: Man sammelt Erfahrungen, tauscht sich aus, stellt fest, was funktioniert und was nicht, und macht im Folgeprojekt weiter." Damit unterscheide sich der Versorgungssicherungsfonds von der sonst üblichen „Projektitis".

Allerdings führt diese Möglichkeit in Zusammenhang mit dem aufwändigen Verfahren auch dazu, dass sehr häufig dieselben Akteure beteiligt sind. Aus Sicht des Ministeriums sei das kein Problem, sagt Hilmar Donner: „Eine Bewerbung steht allen offen, und natürlich könnte auch eine Einzelpraxis einen Antrag stellen, wenn sie ein tolles Projekt hat und es umsetzen kann. Jeder Antrag, der die Vorgaben einhält und nachvollziehbar eine Verbesserung darstellt, ist förderungswürdig. Aber es ist personalaufwändig, es müsste vielleicht neues Personal für das Projekt und die Evaluation eingestellt werden." Hier hätten Verbände, Institutionen oder Praxisnetzwerke die besseren personellen Voraussetzungen.

Ja, es seien „viele bekannte Namen" unter denjenigen, die die Anträge stellen, bestätigt auch Dr. Monika Schliffke von der KV. „Das ist nicht weiter verwunderlich, denn das sind die Akteure, die in Schleswig-Holstein Versorgung verantworten und mitgestalten." Innovativ sei aber, dass diese Akteure durch die Fonds zu gemeinsamen Projekten zusammenfinden.

Doch nicht allen gefällt der enge Kreis der Beteiligten. Jürgen Langemeyer vom Schlaganfallring Schleswig-Holstein kritisiert: „Die Bezugstherapeuten haben wir

Der Versorgungssicherungsfonds schafft etwas Seltenes: Im Landtag und in der Standespolitik wird er fast unisono gelobt und als Leuchtturm für Schleswig-Holstein angesehen. Trotz Regierungswechsels wurde eine neue Förderperiode eingeläutet.



ANZEIGE

FOTO: ADOBE STOCK SHALYAPINA

erfunden, aber wir wurden als Patientenorganisation nicht als Antragsteller zugelassen. Immer wird über Beteiligung gesprochen, aber hier sind wir explizit ausgeschlossen." So stellte der Hausärzteverband den Antrag für den Test mit den Bezugstherapeuten (S. 12), als Projektpartner ist unter anderem das Institut für Allgemeinmedizin der CAU Kiel beteiligt.

Eben das sei aber wichtig, meint Jost Steinhäuser: Ohne eine begleitende wissenschaftliche Forschung sei kaum nachweisbar, ob das Projekt den gewünschten Erfolg habe. „Daher beteiligten wir uns gern, weil wir auch Evaluation machen können."

Die Regierung ist auf jeden Fall stolz auf den Fonds, und Lob gibt es auch parteiübergreifend: Selbst mitten in der heißen Wahlkampfphase im Frühjahr 2022 ging es in einer Landtagssitzung eher um die Frage der Urheberschaft: Der Versorgungssicherungsfonds sei eine „gute Idee aus Zeiten der Küstenkoalition", die die neue Regierung „richtigerweise festgeschrieben" habe, sagte Bernd Heinemann (SPD).

Denny Bornhöft von der damals mitregierenden FDP lobte: „Den Ansatz finde ich gut, nicht nur in der Gesundheitspolitik." Denn der Fonds erlaube, Dinge zu probieren und aus Fehlern zu lernen. Ziel sei aber, dass möglichst viele der „vorbildlichen Leuchtturmprojekte", die dank des Fonds entstanden seien, „auch in die Regelversorgung übergehen. Darauf kommt es nämlich an."

Genau dieser Übergang ist aber schwierig. Wie gut das gelingt, entscheidet über die Frage, wie nachhaltig der Versorgungssicherungsfonds am Ende ist. Formal gescheitert ist bisher nur ein Projekt: Die „FEK Online-Docs", eine virtuelle Sprechstunde des Friedrich-Ebert-Krankenhauses in Neumünster. „Die Nachfrage war nicht

„Mit der Idee beschreiten wir Neuland."

SÖREN SCHMIDT-BODENSTEIN

groß, das Projekt wurde daher eingestellt", erinnert sich Donner. Historisches Pech: Start der Bildschirm-Sprechstunde war 2019, beendet wurde es im Mai 2020. Kurz darauf sorgte die Corona-Pandemie für einen Schub an digitaler Kompetenz im Land. „Das FEK scheint mit dieser Idee der Zeit voraus zu sein", heißt es bedauernd auf der Homepage des Krankenhauses.

Andere Projekte dagegen wirken aus heutiger Sicht veraltet, obwohl sie erst vor einigen Jahre entstanden. Dass eine Idee durch eine neue Entwicklung überholt werde, sei nicht ungewöhnlich, sagt Sören Schmidt-Bodenstein. Auf die Frage, wie viele der Projekte gescheitert seien, stellt er die Gegenfrage: „Wie definiert man scheitern?" Denn selbst ein Projekt, das nicht den Weg in die Regelversorgung schaffe, bringe Erkenntnisse und Daten. Allein dadurch, dass die Ideen und Anträge in Runden wie dem 90a-Gremium diskutiert würden, entstünde eine neue Atmosphäre, sagt der TK-Landeschef: „Die Frage sollte lauten: Welchen Beitrag leistet der Fonds, eine Haltung des Ermöglichens zu erzeugen?" Er nennt das Projekt „Physician Assistant", bei dem ein neues Berufsbild entstehen soll, Antragstellerin ist die Ärztekammer (das Ärzteblatt berichtete). „Mit der Idee beschreiten wir Neuland", freut sich Schmidt-Bodenstein.

Auch Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann zieht eine grundsätzlich positive Bilanz. Die Kammer hatte die Weiterführung des Fonds auch vor der Landtagswahl in ihren Wahlprüfsteinen gefordert und beteiligt sich an mehreren Projekten des VSF. „Da wir keine eigenen Interessen haben, sind wir ein neutraler Partner", sagt Herrmann. „Wir sehen es als Teil unseres Auftrages, an der Versorgung mitzuarbeiten."

Doch er kritisiert, dass es selbst im besten Fall eine Lücke gibt zwischen dem Ende eines Projekts und der Übernahme in die Regelversorgung. „Ich wünsche mir mehr Mut, neue Wege zu gehen", sagt er. Der Wunsch richte sich an „alle an der Versorgung Beteiligten".

Bei dem Projekt „ASTRAL", das Haus- und Fachärzte telemedizinisch zusammenbringt, ist Jost Steinhäuser „extrem optimistisch", die Ergebnisse schnell in die Regelversorgung zu bringen und es sogar auf andere ärztliche Felder auszuweiten.

Schwieriger scheint es zurzeit mit dem Projekt „Schmerz-STRANG" zu sein. Die Idee, Patienten zu einer Gruppe zusammenzufassen und einen Teil der Behandlung gemeinsam zu machen, passt nicht ins System. Dabei, so meint Schmerzmediziner Leifeld, sei es eigentlich gar nicht so schwierig: „Mit einer gewissen jesuitischen Formulierungslust wäre es denkbar – aber über die Brücke ist bisher keiner gegangen."

ESTHER GEISSLINGER

Nur ein Projekt wurde bislang vorzeitig abgebrochen: Die Transsektorale Videoberatung Notfallpatienten am FEK in Neumünster.

Bis zum 31. Dezember 2022 wurden insgesamt 11.677.814,70 Euro an Förderung bewilligt.

FOTOS: TK, ADOBE STOCK BIORAVEN

Koordinatoren in der Nachsorge

Hilfe nach dem Schlaganfall: Bezugstherapeuten koordinieren die Hilfen und entlasten damit die Hausarztpraxen.

Für Rolf Büttner hat sich ein Traum erfüllt: Er ist die Treppe hinuntergestiegen, hat das Haus verlassen, geht draußen in der Sonne einige Schritte. Ohne seine Bezugstherapeutin Maike Bamberger, die ihn auf seinem ersten Spaziergang begleitet, hätte er das vermutlich nicht geschafft, sagt der Ruheständler, der nach einem Schlaganfall im Rollstuhl saß. Büttner und Bamberger treten in einem Film auf, den die Patientenorganisation Schlaganfallring Schleswig-Holstein hat anfertigen lassen. Mit dem Film stellt der Verein eine Idee vor, die dank dem Versorgungssicherungsfonds des Landes getestet werden konnte – und die, so hoffen es die Beteiligten, mittelfristig in die Regelversorgung aufgenommen wird.

„Es geht darum, eines der größten Probleme bei der Nachversorgung von Schlaganfallpatienten zu lösen", sagt Jürgen Langemeyer. Der Vorsitzende des Schlaganfallrings hatte 2003 selbst eine Gehirnblutung und musste gemeinsam mit seiner Frau das Leben neu organisieren. Damals spürte er am eigenen Leib, wo es hapert: „Es geht darum, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu organisieren."

Denn Betroffene brauchen in der Regel verschiedene Hilfen gleichzeitig: Logo-, Ergo-, Physiotherapie, haus- und fachärztliche Beratung. Häufig fehlen auch Hilfsmittel, die beantragt und auf die jeweilige Situation angepasst werden müssten. Doch gerade in der Phase kurz nach Krankenhaus oder Reha sind die Patienten selbst kaum in der Lage, diese Therapien zu organisieren und darauf zu achten, dass sie richtig aufeinander abgestimmt sind. Auch Angehörige sind meist überfordert.

„Die Leute kommen aus der Reha, ab dann muss alles ambulant organisiert werden", sagt Langemeyer. „Aber die Therapeuten sprechen nicht miteinander, Behandlungen laufen nebeneinander."

Eigentlich sollten die Hausärzte die notwendige Koordination übernehmen – „aber Hausärzte haben alles, nur keine Zeit, sich darum zu kümmern", sagt Langemeyer. Daher entwickelten die Vereinsmitglieder, die diese Situation als Betroffene selbst durchlebt haben, die Idee des Bezugstherapeuten.

„Es sind Personen aus dem Kreis der Therapeuten, die ohnehin im Team sind", erklärt Langemeyer. Sie durchlaufen eine Schulung, die mit einem Zertifikat endet. Dazu hat Dr. Hanna Kaduszkiewicz, Professorin am Institut für Allgemeinmedizin in Kiel, ein Programm entwickelt, das mit einem Zertifikat abschließt. Im Rahmen des Projekts durchliefen Teilnehmende aus den Bereichen Ergo-, Sprach- und Physiotherapie die Zertifizierung. Die Prüfung besteht in einem Fallbericht, in dem die neuen Bezugstherapeuten schildern, wie sie für den Patienten tätig geworden sind. Zum Konzept gehören eine Kommunikationsplattform, standardisierte Abläufe und ein webbasiertes Dokumentationssystem, das sich noch in der Entwicklung befindet. Die Tätigkeit der Bezugstherapeuten wird extrabudgetär vergütet.

Prof. Hanna Kaduszkiewicz

Der Hausärzteverband Schleswig-Holstein war an dem Projekt beteiligt und stellte sogar den Antrag. Denn die Patientenorganisation war dazu nach den Förderrichtlinien nicht berechtigt (siehe Seite 6). Dr. Thomas Maurer, bei Antragstellung Landesvorsitzender des Verbandes und aktuell Beisitzer in dem Gremium, lobt im Informationsfilm die Arbeit der Bezugstherapeuten: „Es entfallen rund 50 % der Organisationsleistung, die wir sonst erbringen müssen."

Langemeyer sieht in dem Modell eine „schlanke Lösung, für die es keine große Extradokumentation braucht". Alle Seiten würden gewinnen: „Die Ärzte werden entlastet, für Therapeuten bedeutet es Arbeiten auf Augenhöhe, und die Patienten erhalten eine bessere Versorgung."

Das Projekt wurde durch Corona beeinträchtigt: „Gerade als wir loslegen wollten, kam die Schließung von Praxen, das hat uns das erste Jahr ziemlich verhagelt", sagt Langemeyer und fügt trocken hinzu: „Ich kann nicht empfehlen, ein Projekt dieser Art vor Beginn einer Pandemie zu starten."

Die ersten Erfahrungen, die Beteiligte in dem Informationsfilm schildern, sind dennoch überaus positiv. So organisierte die Bezugstherapeutin Maike Bamberg für ihren Patienten Rolf Büttner gezielte Bewegungsübungen, einen Dreipunktstock und einen zweiten Handlauf im Treppenhaus. Nur so kann er das Haus verlassen – wie er es sich erträumt hatte. (EG)

FOTO: PRIVAT

Plädoyer für Physikum nach vier Semestern

STUDIUM In Kürze soll der nächste Referentenentwurf der neuen Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) veröffentlicht werden mit dem Ziel, sie zum Wintersemester 2026/2027 in Kraft zu setzen. Ein Beitrag von Dr. Karen Sievers und Prof. Jürgen Westermann.

So sehr es zu begrüßen ist, dass 20 Jahre nach der letzten großen Änderung hinterfragt wird, ob und wie das Medizinstudium in Deutschland weiterentwickelt werden soll, so sehr sollte man sich davor hüten, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Es gibt in Deutschland keinen Studiengang, der hinsichtlich Bewerberanzahl, Studiendauer, Abbruchquote und Berufsaussichten seiner Absolventinnen und Absolventen besser dastünde als der Studiengang Humanmedizin. Und: der Studienerfolg wird durch Staatsexamina bundeseinheitlich geprüft, und bescheinigt den Absolventinnen und Absolventen regelmäßig ein hohes Niveau.

Jede substanzielle Änderung der bestehenden ÄApprO sollte daher genau überlegt werden und durch nachvollziehbare Daten belegt sein. Deshalb verwundern Überlegungen, den „neuen" Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Physikum) nun nach sechs, statt nach vier Semestern stattfinden zu lassen, obwohl es keine publizierten Daten dafür gibt, dass dies wesentliche Vorteile hätte. 30 von 36 Fakultäten halten das Physikum nach vier Semestern ab und es gibt sowohl aus studentischer als auch universitärer Sicht gewichtige Argumente, dies auch in Zukunft beizubehalten.

Das Physikum nach vier Semestern ermöglicht ein frühes Feedback …

Eine Prüfung nach sechs Semestern prüft zwangsläufig den „Stoff" von sechs Semestern – die Prüfungsinhalte und -themen würden um mindestens ein Drittel anwachsen, obwohl das Physikum schon jetzt die schwerste Prüfung und größte Hürde im Medizinstudium ist. Es ist auch nicht vergleichbar mit einem Bachelorabschluss nach ebenfalls sechs Semestern, denn während dort jedes Modul im Laufe der sechs Semester einzeln abgeprüft wird, werden im Staatsexamen in drei Tagen acht Fächer schriftlich und drei Fächer mündlich geprüft. Dieser Prüfungsumfang innerhalb weniger Tage lässt sich in einem Physikum nach sechs Semestern nicht einfach auf über 15 Prüfungsfächer erweitern, ohne die Gesundheit der Studenten zu gefährden. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage, ob eine so wichtige – oft studienentscheidende – Prüfung nach mehr als der Hälfte der Studienzeit vor Eintritt in das PJ noch „fair" ist für jene Studierenden, die erst zu diesem Zeitpunkt erkennen, dass Medizin nicht der richtige Studiengang für sie ist oder die diese Hürde eben nicht nehmen. Die Sorge davor stellt bereits heute für viele Studierende einen erheblichen Stressfaktor dar und würde sich bei einer Prüfung nach sechs Semestern unnötig verlängern.

Wenn das Physikum geschafft ist, engt es, wenn es erst nach sechs Semestern stattfindet, die Bewegungs- und Planungsfreiheit ein, denn vor der Prüfung würden nur wenige Studierende an eine andere Fakultät wechseln und danach blieben nur noch vier Semester für das Studium am neuen Standort, Auslandsaufenthalte und Promotion.

Eine Prolongation macht außerdem wenig Sinn im Hinblick auf einen anderen wichtigen Aspekt der ÄApprO-Reform: den Ausbau der Integration vorklinischer und klinischer Inhalte (Z-Curriculum). Studierende sollen früh die Basisfertigkeiten für den Patientenkontakt erlernen und ein Verständnis für die Zusammenhänge von naturwissenschaftlichen Grundlagen und klinischer Praxis entwickeln. Je früher hier eine Rückmeldung durch ein strukturiertes und standardisiertes Staatsexamen erfolgt, umso eher können Studierende mehr Verantwortung übernehmen und Lehrpraxen, andere Fakultäten und Partnerhochschulen im Ausland der Qualifikation „vertrauen".

… und erleichtert strukturiertes Lernen

Der Mehrwert eines durchdachten Z-Curriculums liegt in der Auflösung jener künstlichen kognitiven Barriere zwischen naturwissenschaftlichen Grundlagen und klinischer Anwendung. Dafür muss nach unserer Überzeugung aber weiterhin zunächst eine Basis für das einzelne Fach gelegt werden, bevor es in die klinische und interdisziplinäre Verknüpfung geht. Dazu müssen die einzelnen Fächer eigenständig erkennbar bleiben. Das frühe Physikum übernimmt insofern eine wichtige Strukturierungsfunktion, als dass es die vorklinischen von den klinisch-theoretischen Fächern trennt. Diese Erkennbarkeit vermittelt den Studierenden Struktur und resultiert in einer größeren Sicherheit für das Lernen – das führt zu einer Reduzierung von gesundheitsgefährdendem Stress und zu einer Identifikation mit dem Fach (s.u.). Die Konzentration auf wesentliche, erkennbare und fachlich strukturierte Inhalte schafft Freiräume, sodass nicht das Auswendiglernen, sondern die gedankliche Transferleistung geschult werden kann.

Schließlich sollte die Bedeutung der Fächerkultur und also der frühe Kontakt mit den Fächern und die intensive Arbeit z.B. als Tutor oder Tutorin auch von den Fakultäten nicht unterschätzt werden. Heute sind wir darauf angewiesen, systematisch Nachwuchs zu rekrutieren. Dabei hilft, wenn Studenten und Studentinnen die einzelnen Fächer erkennen und ihnen Inhalte zuordnen können und die Weiterbildung professionell ausgestaltet und organisiert ist. Beides ist ohne entsprechende Fächerkultur und Karrieremöglichkeiten nicht möglich. Hier schließt sich der Kreis zum Studium: Für die langfristige Weiterentwicklung eines Fachs in Forschung, Lehre und Krankenversorgung brauchen wir gut ausgebildete Expertinnen und Experten, die relevantes neues Wissen in den verschiedenen Bereichen identifizieren und z.B. durch das Verfassen von Lehrbüchern als weiterentwickelte Grundlage in das Fach einbauen. Ohne wissenschaftlichen Nachwuchs würden die Fächer als Säulen der Ausbildung der Studierenden, der Weiterbildung und für die Forschung verloren gehen, ohne dass Alternativen in Sicht wären.

Fazit

Das Physikum nach vier Semestern hat sich bewährt. Es stellt für die Studierenden in mehrfacher Hinsicht eine wesentlich geringere Belastung dar als ein Physikum nach sechs Semestern, erleichtert das Lernen, ermöglicht den Wechsel zwischen Universitäten und ins Ausland und unterstützt die für die weitere Entwicklung der Medizin wichtige Fächerkultur. Soweit wir wissen, gibt es keine Studie, die nachweisen konnte, dass eine große Prüfung nach sechs Semestern zu signifikant besseren Endergebnissen hinsichtlich der für den Arztberuf wichtigen Kenntnisse, Fertigkeiten und Haltungen führen würde.

„Patienten sind Bürger und Bürger wählen“

PROTEST Bei der Protestaktion von Ärztegenossenschaft Nord, Berufsverbänden und Praxisnetzen in Schleswig-Holstein schlossen Arztpraxen am 8. Februar schon um 11 Uhr ihre Praxen. Diesmal machten sie auf die Streichung der Neupatientenregelung aufmerksam.

Praxisproteste, dritte Runde: Am 8. Februar beendeten viele Arztpraxen in Schleswig-Holstein schon um 11 Uhr ihre Sprechstunde, um an einer Online-Fortbildung teilzunehmen. Im Vorwege hatten die Initiatoren um und aus der Ärztegenossenschaft den Medien ihre Motivation erklärt.

Dr. Svante Gehring, Vorstandsvorsitzender der Ärztegenossenschaft Nord, erläuterte in einer Online-Pressekonferenz, welche Folgen die Abschaffung der Neupatientenregelung für die ambulante Versorgung haben könnte. Er bedauerte die Streichung durch Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) auch deshalb, weil sie im Gegensatz zu anderen gesetzlichen Regelungen keine zusätzliche Bürokratie verursacht hatte.

Zuvor hatten Arztpraxen eine Vergütung erhalten, wenn sie Patienten behandeln, die erstmals in der Praxis aufgenommen wurden oder die mindestens zwei Jahre lang dort nicht in Behandlung gewesen waren. Diese extrabudgetäre Vergütung ist mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz zum Januar 2023 abgeschafft worden.

Die bisherigen Proteste gegen die Abschaffung waren aus Sicht der Protestinitiatoren vom Bundesgesundheitsminister weitgehend abgeprallt. Für Dr. Jan Löhler, Präsident des Berufsverbandes der HNO-Ärzte, kommt das nicht überraschend – schließlich nimmt er Lauterbach wie einen „Zyklopen, der nur auf die Kliniken schaut und sich von Klinik-Theoretikern beraten lässt“, wahr. Auch Urologe Dr. Axel Schroeder, zweiter Vorstandsvorsitzender der Genossenschaft, hat den Eindruck, „dass die niedergelassenen Ärzte bei Herrn Lauterbach aus dem Blickfeld geraten sind“.

Die Ärztegenossenschaft hoffte deshalb, mit ihrem Protest möglichst viele Patienten zu erreichen. „Unsere Patienten sind Bürger und Bürger gehen wählen“, sagte Gehring mit Blick auf die Kommunalwahlen am 14. Mai in Schleswig-Holstein – bis dahin sollen die Proteste mit wechselnden Themen jeden zweiten Mittwoch im Monat fortgesetzt werden. Gehring gab zu verstehen, dass es beim Protest nicht ausschließlich auf eine hohe Teilnehmerzahl ankommt. Wichtig sei auch, dass die Protestreihe in Politik und Gesellschaft wahrgenommen wird und das Bewusstsein für die Probleme im ambulanten Sektor schärft. Dies hat offensichtlich funktioniert, wie zahlreiche Medienberichte zum Thema zeigten.

Auch aus der Politik gab es Resonanz. FDP-Gesundheitspolitiker Dr. rer. pol. Heiner Garg etwa bezeichnete den Protest als „nur konsequent“ und die Abschaffung der Regelung als Fehler, weil sie auf Dauer die Patientenversorgung verschlechtere. Der frühere Landesgesundheitsminister sagte: „Politik kann auf der einen Seite nicht in Sonntagsreden eine bessere Patientenversorgung versprechen und gleichzeitig eine hierzu gut funktionierende Regelung durch eine nicht funktionierende ersetzen.“

Zuvor hatten die Initiatoren u.a. schon auf den Fachkräftemangel und die Situation der MFA in den Praxen aufmerksam gemacht. Zeitgleich mit dem Februarprotest in Schleswig-Holstein demonstrierten MFA am 8. Februar vor dem Brandenburger Tor in Berlin, was von Ärzteverbänden wie etwa dem Virchowbund unterstützt wurde. Nach dessen Angaben leiden derzeit drei von vier haus- und fachärztlichen Praxen in Deutschland unter dem Fachkräftemangel – u.a., weil MFA auch in Krankenhäusern als qualifizierte Beschäftigte willkommen sind. Praxen kritisieren, dass die Rahmenbedingungen ihnen nicht erlauben, den MFA Gehälter in gleicher Höhe wie Kliniken zu zahlen.

DIRK SCHNACK

FOTO: ÄRZTEGENOSSENSCHAFT NORD

„Alles überall“ wird es künftig nicht mehr geben

KLINIKEN Die Zukunft der Krankenhauslandschaft in Schleswig-Holstein soll sich nicht allein in Berlin entscheiden. Um Einfluss auf den laufenden Reformprozess für den stationären Bereich zu bekommen, treffen sich Klinikvertreter und eine Arbeitsgruppe des Gesundheitsministeriums im ersten Halbjahr 2023 in enger zeitlicher Taktung.

Kahlschlag: Dieser Begriff reicht in der Öffentlichkeit, um in Verbindung mit Krankenhäusern Entrüstung hervorzurufen. In zahlreichen Medien wurde dieser Begriff verwendet, als über die Vorschläge einer vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzten Regierungskommission zur künftigen Kliniklandschaft diskutiert wurde. Ein Szenario: Aus den bislang noch 16 geburtshilflichen Kliniken in Schleswig-Holstein werden bei einer Eins-zu-eins-Umsetzung der Berliner Vorschläge nur noch zehn.

Ob das eintritt, ist zweifelhaft. Fest steht aber: Die Reform wird weitreichende strukturelle Änderungen in der Kliniklandschaft nach sich ziehen. In welcher Form die Vorschläge konkret umgesetzt werden, darüber wird derzeit gerungen – nicht nur in Berlin, sondern in allen Bundesländern.

Denn: Krankenhausplanung ist und bleibt Ländersache. Das Problem aus deren Sicht: Weder die Bundesländer, noch Klinikverantwortliche waren vom Bundesgesundheitsministerium in die Beratungen einbezogen. Zugleich schnürte Berlin ein zeitlich so enges Korsett für die Schritte bis zur geplanten Verabschiedung des Reformgesetzes, dass für die Einflussnahme jetzt wenig Zeit bleibt. Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) sprach diplomatisch von einem „ambitionierten Zeitplan“ und ließ keinen Zweifel daran aufkommen, dass die Länder an der Ausgestaltung beteiligt werden müssten, denn: „Die Länder können die Situation vor Ort am besten beurteilen. Und ich erwarte Klarheit über die konkreten Folgen. Transparenz muss Basis für die anstehenden weitreichenden Entscheidungen sein.“

Sie betonte am 13. Februar bei einem Pressegespräch nach Beratungen mit Klinikvertretern aber auch: „Ich begrüße ausdrücklich, dass der Bund als ein Reformziel die Vergütung von Vorhaltekosten aufgenommen hat. Dies soll zur Sicherung der Grundversorgung gerade in ländlichen Gebieten beitragen.“

„... von der Realität in den Regionen teilweise weit entfernt.“

PATRICK REIMUND

„Die Länder können die Situation vor Ort am besten einschätzen.“

KERSTIN VON DER DECKEN

Damit sich das Land in den Reformprozess einbringen kann, hat das Kieler Ministerium eine Projektgruppe eingesetzt, die sich in enger zeitlicher Taktung mit Klinikvertretern austauscht. Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft, sieht zwar ebenfalls die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform der Krankenhausfinanzierung, die sich auf die Versorgungsstruktur auswirken wird. Der Vorschlag der Regierungskommission sei aber „von der Realität in den Regionen teilweise weit entfernt“. Er vermisst insbesondere eine Analyse der möglichen Auswirkungen der Vorschläge. Nach Bewertung der bisherigen Vorschläge der Regierungskommission sieht das Ministerium in mehreren Bereichen Handlungsbedarf. Konkret:

- Die Mindestkriterien zur Eingruppierung in Versorgungslevel sind nach den bisherigen Vorschlägen allgemein zu hoch angesetzt, um in einem Flächenland wie Schleswig-Holstein die Versorgung dauerhaft zu sichern. Das Land wird daher auf eine Anpassung drängen.
- Schleswig-Holstein setzt sich im Rahmen

FOTOS: DI

des Prozesses gegenüber dem Bund zudem für eine verifizierte konkrete Folgenabschätzung ein, die bislang fehlt.
- Eine strukturelle Anpassung erfordert Investitionsmittel. Dafür sollte, wie von der Kommission vorgeschlagen, der Bund einen erneuten Strukturfonds einrichten. Künftige Investitionsentscheidungen werden abhängig von der Bundesreform sein und müssen daher deren Ergebnisse berücksichtigen.
- Nötig sei eine Entbürokratisierung des vorgeschlagenen Verfahrens inklusive einer deutlichen Reduktion der Anzahl der vorgeschlagenen Leistungsgruppen.
- Zusätzliche Mittel für die Betriebskostenfinanzierung müssen bereitgestellt werden.
- Die länderspezifische planerische Kompetenz muss erhalten bleiben, um z.B. auf die besondere Situation bei der Versorgung in Randlagen eingehen zu können.

Das Ministerium kündigte einen Austausch hierzu mit Kliniken, Kommunen, Krankenkassen, Politik und weiteren Beteiligten an. Mit der Reform will man zahlreichen Herausforderungen in der Klinikversorgung begegnen – insbesondere Fachkräftemangel, Schwächen des bisherigen Vergütungssystems, ungeplante Kostensteigerungen. Auch bundesweite Qualitätsvorgaben zählen dazu – sie seien zwar elementar für die Patientensicherheit, betonte das Ministerium, für Kliniken mit niedriger Versorgungsstufe aber schwer zu erfüllen. Von der Decken ließ durchblicken, dass die Tendenz, nicht „alles überall“ anzubieten, sich fortsetzt.

Nicht nur in Schleswig-Holstein wird ein „Kahlschlag“ befürchtet. Würde die Reform wie vorgeschlagen umgesetzt, müssten sich nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft bundesweit 52 % aller werdenden Mütter einen neuen Standort für die Geburt suchen. 56 % der Patienten in der interventionellen Kardiologie müssten das Krankenhaus wechseln. In der Urologie wären es 47 und in der Neurologie 39 %. Die bundesweiten Zahlen unterstreichen, wie stark das Interesse auch in anderen Bundesländern an Änderungen der Reformvorschläge ist. Wie aufgeschlossen das Bundesgesundheitsministerium für solche Änderungen ist, ist auch für von der Decken schwer einzuschätzen. Es sei nicht leicht gewesen, Berlin von einem strukturierten Prozess bis zur Reform zu überzeugen. Dass aber Änderungen aus den Ländern einfließen werden, dafür zeigte sie sich im Februar „vorsichtig optimistisch“.

DIRK SCHNACK

FOTO: DI

Eckernförde fordert Augenhöhe

IMLAND Eckernförde in einem anderen Verbund als mit dem Rendsburger Krankenhaus? Eckernförder Hausärzte wie etwa Dr. Ulf Ratje können sich das durchaus vorstellen.

Dr. Ulf Ratje

Wie geht es weiter mit der imland Klinik? Diese Frage blieb bis Redaktionsschluss unbeantwortet. Ein von der Klinikleitung erstelltes Sanierungskonzept im Insolvenzverfahren hatte im Februar für Aufsehen gesorgt, weil darin aus wirtschaftlichen Gründen ein kompletter Rückzug vom Standort Eckernförde vorgesehen ist – was für viel Kritik sorgte.

Eine Woche später meldete imland, dass es „mit Hochdruck“ nach Möglichkeiten sucht, stationäre Versorgungsangebote in Eckernförde zu halten. Geprüft werde eine „Brückenlösung“, die ein stationäres Angebot ermögliche, bis die rechtlichen Grundlagen für ein Krankenhaus der Versorgungsstufe Level 1i gelten oder sich weitere Optionen durch Kooperation mit anderen Trägern ergeben.

Nach Ansicht der in Eckernförde tätigen Hausärzte gibt es gute Argumente für den Erhalt des Krankenhauses. Allgemeinmediziner Dr. Ulf Ratje vom Arbeitskreis imland hält auch eine Entkoppelung vom imland-Verbund für eine tragfähige Lösung. Voraussetzung dafür wäre allerdings, dass das Haus im Bettenplan mit seiner bisherigen Größe verbleibt und neben der Grund- und Regelversorgung ausgewählte weitere Leistungen anbieten dürfte. „Für Eckernförde wäre es besser, nicht mehr mit Rendsburg verbandelt zu sein“, sagt Ratje. Er hält verschiedene Szenarien für möglich, in denen das Krankenhaus wirtschaftlich arbeiten könnte:
- Übernahme des Krankenhauses durch einen privaten Klinikkonzern.
- Übernahme durch das Städtische Krankenhaus Kiel, mit dem imland schon im 6K-Verbund kooperiert.
- Erhalt von imland als eigenständiges Krankenhaus mit den bisherigen Klinikstandorten „auf Augenhöhe“, jeweils mit Grund- und Regelversorgung, ergänzt durch wirtschaftliche oder unverzichtbare Abteilungen.

Bislang jedoch – so der Eindruck des Arbeitskreises – wurden Entscheidungen des Aufsichtsrates und der Geschäftsführung einseitig zu Gunsten des größeren Standortes in Rendsburg gefällt.

Die Grund- und Regelversorgung, weitere ausgewählte Leistungen wie Gelenkzentrum und Geriatrie sowie ein Ausbau der sektorenübergreifenden Kooperation wären aus Sicht Ratjes wirtschaftlich tragfähig, wenn erstens das Land die Investitionen dafür freigibt. Hoffnung macht Ratje die im Mai anstehende Kommunalwahl in Schleswig-Holstein. „Die Politik muss vorher Farbe bekennen“, glaubt der Allgemeinmediziner.

DIRK SCHNACK

Akute Hilfe gegen Defizite gefordert

KOMMUNALE KLINIKEN Der 6K-Verbund mit den Kliniken in Kiel, Itzehoe, Neumünster, Bad Bramstedt, Heide und Brunsbüttel sowie Rendsburg und Eckernförde steht vor wichtigen Weichenstellungen. 6K-Vorstandschef Dr. Martin Blümke aus Heide setzt darauf, dass alle Standorte in kommunaler Hand bleiben.

„Für das Machbare braucht es eine gute Kommunikation zwischen Klinikleitung und Kommune."

DR. MARTIN BLÜMKE

Die Reformvorschläge für den stationären Sektor liegen auf dem Tisch. Wie fällt Ihre Bewertung aus?

Dr. Matin Blümke: Wir im 6K-Verbund halten eine Reform für notwendig und richtig. Die Auswirkungen, die nach dem ersten Stand möglich wären, können aber nicht gewollt sein. Wenn in der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein nur noch zehn Standorte nachbleiben, ist das einfach Blödsinn. Entscheidend wird sein, wie wir zwei Dinge in den laufenden Prozess des Feintunings einbringen, auf die die Vorschläge keine Antwort bieten: Wie schaffen wir wirtschaftliche Sicherheit für die Krankenhäuser und welche Lösungen haben wir für den Fachkräftemangel.

Welche Auswirkungen ergäben sich denn für die 6K-Kliniken?

Blümke: Das muss man sehr individuell betrachten und es hängt vom jeweiligen Versorgungslevel ab. Im Verbund haben wir uns schon vorher Gedanken darüber gemacht, welche Leistungskomplexe wo angeboten werden sollten. Solche Abstimmungen werden künftig immer wichtiger.

Welche Leistungskomplexe werden die 6K-Kliniken denn künftig wo anbieten?

Blümke: Das ist noch nicht abschließend besprochen. Konsens ist, dass nicht jede Leistung an jedem Standort vorgehalten werden muss. Andererseits kann man Personal nicht beliebig verschieben. Solche Entscheidungen müssen Schritt für Schritt umgesetzt und richtig kommuniziert werden. Ich nehme wahr, dass die Bevölkerung insgesamt sehr wohl Verständnis dafür hat, wenn nicht jede Klinik zum Beispiel Herzklappen ersetzt und die wenigen Patienten, die es betrifft, dafür weitere Wege auf sich nehmen müssen. Wenn wir die Diskussion über Schwerpunktsetzungen vernünftig führen, können wir alle gestärkt daraus hervorgehen. Wichtig ist, dass die Menschen die Basisversorgung weiterhin in ihrer Nähe wissen. Wer so etwas infrage stellt, erzeugt Aufruhr.

Welche Erwartungen haben Sie in diesem Zusammenhang an den Bund?

Blümke: Dass er zu einer klaren Aussage kommt auf die Frage: Wie soll die Krankenhausversorgung der Zukunft gewährleistet werden? Dazu gehören Rahmenbedingungen, die wirtschaftliche Stabilität ermöglichen. Ich kann aber nicht nur den Bund in die Pflicht nehmen. Die Reform ist wichtig, aber akut fehlt uns Geld.

FOTO: WKK/CHRISTIAN WYRWA

Nach meiner Kenntnis läuft in diesem Jahr bis auf eine Ausnahme jedes Krankenhaus in Schleswig-Holstein ins Minus. Ich sehe das Land und die Krankenkassen in der Pflicht, etwas dagegen zu tun. Das Land ist für die Investitionskosten zuständig und hat jahrelang zu wenig getan. Das hat zum Defizit beigetragen, das jetzt ausgeglichen werden müsste. Die Krankenkassen sind für die Finanzierung des laufenden Betriebs zuständig. Der ist aufgrund der deutlich gestiegenen Preise nicht mehr kostendeckend. Für die 6K-Kliniken verbleiben trotz weitreichender Hilfszusagen nicht refinanzierte Inflationsbelastungen im Sachkostenbereich in Höhe von rund zehn Millionen Euro.

Und die Erwartungen an die Kommunalpolitik?

Blümke: Die Kommunalpolitik hat häufig noch falsche Vorstellungen über das, was notwendig und was machbar ist. Es ärgert mich, dass in diesem Zusammenhang immer nur über Geld gesprochen wird. Für die Schließungen von Abteilungen ist das oft nicht der Grund. Viele Kliniken haben einfach nicht mehr genug Personal für die Betreuung der Patienten – das spielt in der öffentlichen Diskussion meist keine Rolle. Für das Machbare braucht es eine gute Kommunikation zwischen Klinikleitungen und Kommune.

Der Landrat des Kreises Rendsburg-Eckernförde, Dr. jur. Rolf-Oliver Schwemer, hat sich im Zuge der langen Diskussion über imland skeptisch darüber geäußert, ob Kommunen noch die richtigen Träger für Krankenhäuser unter den heutigen Herausforderungen sind. Teilen Sie diese Einschätzung?

Blümke: Nein, das halte ich für eine Fehleinschätzung. Die finanziellen Probleme wären sicherlich auch in anderer Trägerschaft aufgetreten. Kommunen haben immer wieder bewiesen, dass sie gute Klinikträger sind.

Zwei Kliniken aus dem 6K-Verbund stehen derzeit in einem Bieterverfahren. Was wird aus Ihrem Verbund, wenn hier private Träger zum Zuge kommen?

Blümke: Für beide Standorte haben nach meiner Einschätzung andere 6K-Kliniken gute Chancen für einen Einstieg. Das Städtische Krankenhaus Kiel hat sich um imland beworben und das FEK Neumünster um das Klinikum Bad Bramstedt. Das wären aus meiner Sicht die besten Lösungen und wir setzen darauf, dass alle Standorte in kommunaler Trägerschaft bleiben.

Sind die Erwartungen der Menschen an die Krankenhäuser immer gerechtfertigt?

Blümke: Die Bevölkerung erwartet oft mehr, als wir leisten können. Eine Vollversorgung mit allem Drum und Dran inklusive Nachsorge können wir nicht sicherstellen. Dazu sind wir einfach nicht in der Lage. Familie, Kranken- und Pflegekassen sind gefordert, können die Erwartungen aber aus unterschiedlichen Gründen ebenfalls nicht erfüllen. Verbesserungen wären möglich, wenn unser System Anreize für eine bessere sektorenübergreifende Kooperation setzt.

Vielen Dank für das Gespräch.

ANZEIGE

Die Folgen bleiben ein Leben lang

GENITALBESCHNEIDUNG Frauen, deren Klitoris beschnitten worden ist, leiden oft ein Leben lang an den körperlichen und psychischen Folgen. Auch in Schleswig-Holstein leben Betroffene, entsprechend müssen sich Ärztinnen und Ärzte auf diese Fälle einstellen. Besonderes Augenmerk ist geboten, wenn Mädchen in Gefahr sein könnten. Doch zurzeit fehlt ein fachlicher Austausch im Land.

Lamia war acht Jahre alt, als ihre unbeschwerte Kindheit endete. Sie spielte an jenem Tag mit ihren Freundinnen und Cousinen auf dem Hof ihres Elternhauses im Nord-Sudan, als zwei fremde Frauen ankamen. „Sie haben mich in ein Zimmer mitgenommen", beschreibt die Mutter von drei Kindern, die heute in Schleswig-Holstein lebt. „Vorher war meine Schwester dran, ich musste zusehen. Es war so viel Blut, ich kann das Bild nicht aus meinem Kopf löschen."

Dann zerstörten die Beschneiderinnen Lamias Klitoris. Die Folgen, so berichtet sie in einem Podcast der Kieler Beratungsstelle „Tabu", begleiten sie seither ständig: „Ich bin erwachsen, aber die Schmerzen in meinem Herzen bleiben. Eine wichtige Sache ist weg."

Wie viele Frauen in Schleswig-Holstein Opfer einer Genitalverstümmelung oder -beschneidung sind, ist nicht genau bekannt. Aber es gibt Schätzzahlen, unter anderem von der Frauenrechtsorganisation Terre des Femmes. Sie geht von bundesweit 103.900 Frauen aus, die eine Beschneidung erlebt haben. Dazu kommen geschätzt bundesweit 17.200 Mädchen, denen die Female Genital Mutilation/Cutting (FGM) noch drohen könnte, etwa wenn sie in den Ferien in ihr Herkunftsland reisen. Die Mitarbeiterinnen von „Tabu" haben daraus eine Zahl für Schleswig-Holstein berechnet: 461 hier lebenden Mädchen könnte die Beschneidung drohen.

Auf ihr Schicksal weist die Aktion „461 Hands" hin, bei der Menschen in Schleswig-Holstein den betroffenen Mädchen symbolisch die Hand reichen. Dazu sammelt die Beratungsstelle, die in Trägerschaft der Diakonie Altholstein ist, zurzeit Fotos von Händen. Aus diesen Bildern soll am Ende ein Plakat entstehen. Prominente aus Landespolitik und Kultur unterstützen die Aktion als „starke Stimmen", die sich öffentlichkeitswirksam gegen die rituelle Beschneidung aussprechen.

Verboten, aber in vielen Ländern immer noch weit verbreitet

Das Verfahren ist in mehreren afrikanischen Ländern immer noch weit verbreitet, auch wenn es vielerorts offiziell verboten ist. „Bei Patientinnen aus Ländern wie Somalia oder Uganda muss man damit rechnen", sagt Doris Scharrel, Landesvorsitzende des Bundesverbandes der Frauenärzte. Sie rät zu einem gelassenen Umgang mit

FOTOS: ESTHER GEISSLINGER

Mit einer Performance in der Kieler Fußgängerzone machte die Künstlerin, Sängerin, Menschenrechtsaktivistin Lavanya Honeyseeda am Internationalen Tag gegen Genitalverstümmelung auf das Thema aufmerksam. Die Puppen auf dem roten Teppich stehen stellvertretend für die betroffenen Mädchen. Allein in Deutschland leben nach Schätzungen über 103.000 beschnittene Frauen.

den betroffenen Frauen. Denn für viele sei der Zustand ihrer Genitalien normal, einige seien regelrecht stolz darauf: „Sie zeigen damit, dass sie ehrbare Frauen sind, denn Prostituierte sind nicht beschnitten." Daher sei Mitleid oder Entsetzen unangebracht: „Die Frauen kommen in der Regel nicht wegen der Beschneidung, sondern zu normalen Untersuchungen oder Schwangerschaftsvorsorge. Man bespricht mit der Frau, was sie braucht."

Der Berufsverband befasst sich auf Bundesebene mit dem Thema, unter anderem gab es eine Kooperation mit Somalia für den Bau einer Klinik. Doch zurzeit passiere wenig, bedauert Scharrel. So bieten einzelne Landesverbände, etwa bei ihren Gynäkologentagen, Fortbildungen zum Thema an, aber es gibt keinen regelmäßigen Austausch.

Dr. Annette Ballhorn dürfte eine der Medizinerinnen und Mediziner im Land sein, die am häufigsten Frauen mit rituellen Genitalverletzungen sehen. Als Oberärztin im Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster ist sie für die Erstuntersuchungen und Gutachten der Geflüchteten zuständig, die in der Erstaufnahme des Landes in Neumünster untergebracht werden. Ihre Gutachten, die auch den Zustand der Genitalien beschreiben, sind ein wichtiger Baustein für das Asylverfahren der Frauen.

Nach der Erstuntersuchung keine Informationen mehr

Aber auch Ballhorn fehlt die Vernetzung: „Ich sehe die Frauen in der Regel einmal, und was weiter passiert, weiß ich nicht. Sind meine Gutachten hilfreich, wie geht es den Frauen später – all das erfahre ich nicht."

FOTO: ESTHER GEISSLINGER

„Sind meine Gutachten hilfreich, wie geht es den Frauen später – all das erfahre ich nicht."

DR. ANNETTE BALLHORN

Sie kann sich noch genau an ihre erste Begegnung mit einer beschnittenen Frau erinnern: „Das war während meiner eigenen Ausbildung in der Klinik. Die Assistenzärztin war völlig überfordert und rief das halbe Team zusammen, um sich den Fall anzuschauen. Für die Patientin alles andere als schön, das ist also nicht ideal gelaufen."

Heute ist Ballhorn bei der AG Fide engagiert, einem bundesweiten Netzwerk für „Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit". Der Verein fördert die Zusammenarbeit zwischen Personen und Organisationen in Deutschland und den Ländern des globalen Südens, weist auf die besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse von Frauen hin, veranstaltet Tagungen und Fortbildungen. Für die Arbeit in Klinik oder Praxis sei ein „Umgang auf Augenhöhe" mit den Patientinnen am wichtigsten, sagt Ballhorn.

Politische Unterstützung gibt es über Parteigrenzen hinweg

Eine Anlaufstelle für betroffene Frauen jenseits der ärztlichen Versorgung ist seit 2019 die Beratungsstelle „Tabu" mit Sitz in Kiel-Gaarden. Sie wurde zunächst von der „Aktion Mensch" gefördert, in diesem Jahr erhält die Diakonie Altholstein eine Fördersumme aus dem Bundeshaushalt. Dafür hat sich besonders die Kieler FDP-Bundestagsabgeordnete Gyde Jensen-Bornhöft eingesetzt, sie ist auch Schirmherrin der Beratungsstelle.

Doch politische Unterstützung gibt es über alle Parteigrenzen hinweg: „Wir sind nicht bereit wegzusehen, wenn auf grausame Art Frauenrechte verletzt werden", sagte Seyran Papo, Landtagsabgeordnete der CDU. Ihre Parlamentskollegin und SPD-Landesvorsitzende Serpil Midyatli erklärte: „Wir setzen uns dafür ein, dass die Arbeit nicht nur befristet stattfindet. Es braucht

Vier von 461: Die Diakonie Altholstein bittet um Fotos von beschrifteten Händen. Sie sollen symbolisch den 461 Mädchen in Schleswig-Holstein gereicht werden, denen eine Beschneidung drohen könnte. Frauen in Not können sich an Renate Sticke (zweite v. l.) von der Beratungsstelle „Tabu" wenden.

FOTOS: JÖRG WOHLFROMM, ESTHER GEISSLINGER

Einschnitt gegen Hysterie und Masturbation

Genitalbeschneidung ist im mittleren Afrika immer noch üblich – ein Asylgrund ist es nicht automatisch.

Ob Königin Kleopatra die Behandlung erlitten hat, die heute als „Pharaonische Beschneidung“ bekannt ist, lässt sich nicht genau sagen. Unwahrscheinlich ist es nicht: Historische Quellen und Befunde an Mumien zeigen, dass es in Ägypten eine lange Tradition von Beschneidungen an Jungen und Mädchen gibt, die weit in vor-islamische Zeiten zurückreichen. So berichtete der Geschichtsschreiber Herodot, der im fünften Jahrhundert vor Christus lebte: „Andere Völker lassen die Geschlechtsteile, wie sie sind; nur die Ägypter und die es von ihnen gelernt haben, beschneiden sie.“

Allerdings blieb die Praxis im Lauf der Geschichte nicht auf Afrika beschränkt. Laut einer Studie der Frauenrechtsorganisation Terre des Femmes „wurden auch in Europa und Nordamerika seit dem ausgehenden Mittelalter die äußeren weiblichen Genitalien operativ manipuliert. Begründet wurde dies als Therapie bei nervösen Erkrankungen, Hysterie und Masturbation. Die letzte mit dieser Begründung durchgeführte bekannte Klitoridektomie wurde in den USA 1953 bei einem zwölfjährigen Mädchen durchgeführt.“

Heute werden Frauen vor allem in mittelafrikanischen Ländern beschnitten, darunter Somalia, Ägypten, Guinea, Sierra Leone, Dschibuti, Mali und Sudan, trotz der in einigen der Länder inzwischen herrschender Verbote. Gründe sind laut Terre des Femmes die „Tradition“, die nicht hinterfragt wird, und die Angst der Familien, dass ihre Töchter als Unbeschnittene gesellschaftlich isoliert werden. Durch die Operation soll verhindert werden, dass die Frauen sexuelle Lust erleben: „Es gibt die Anschauung, dass das Reiben der Klitoris an der Kleidung zu einer ständigen Erregung führt und die Klitoris daher entfernt werden muss“, heißt es in der Studie. „Durch die Genitalverstümmelung soll die Jungfräulichkeit der Frau bewahrt, ihre eheliche Treue gewährleistet und der Lustgewinn des Mannes gesteigert werden. Manche Ethnien glauben an die Doppelgeschlechtlichkeit von Mann und Frau. Demnach ist das Männliche bei der Frau in der Klitoris und das Weibliche beim Mann in der Penisvorhaut lokalisiert und muss zur eindeutigen geschlechtlichen Differenzierung entfernt werden.“

Doch Beschneidung ist nicht gleich Beschneidung. Die WHO unterscheidet vier Formen der Genital Mutilation/Cutting (FGM): Bei Typ 1 ist allein die Klitoris betroffen (Klitoridektomie). Bei Typ 2 sind auch die kleinen und eventuell die großen Labien involviert (Exzision). Typ 3, die „Pharaonische Beschneidung“ oder Infibulation, stellt den gravierendsten Eingriff dar: Hier wird zusätzlich die Vaginalöffnung vernäht und teilweise so eng verschlossen, dass nur noch eine kleine Öffnung für Urin und Menstruationsblut verbleibt. Alle weiteren Eingriffe wie Abschabungen oder Kauterisation werden Typ 4 zugerechnet.

In Deutschland gilt die Beschneidung weiblicher Genitalien seit 2013 als eigener Straftatbestand. In § 226 a Strafgesetzbuch heißt es: „Wer die äußeren Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.“

Trotz dieser Rechtslage ist eine bereits vollzogene Beschneidung nicht automatisch ein Grund, der Frau Asyl zu gewähren, kritisiert die Flüchtlingsorganisation Pro Asyl. Hinzu kommt, dass viele der Frauen bei ihrer Anhörung gar nicht daran denken, die FGM zu erwähnen, schließlich ist der Zustand für sie normal. Das bestätigt Dr. Annette Ballhorn, die als Oberärztin im FEK in Neumünster viele Migrantinnen aus der Erstaufnahme des Landes für Geflüchtete untersucht: „Einer meiner Patientinnen war gar nicht klar, dass die Klitoris anders aussehen könnte.“

Bei Begutachtungen taucht immer wieder das Problem auf, dass nicht jede Beschneidung klar zu erkennen und vor allem die Zuordnung zu einem der definierten Typen nicht immer einfach sei: „Trotz offensichtlichem Fehlen anatomischer Strukturen waren häufig kaum Narbenbildungen abzugrenzen“, schreibt ein Autorenteam um Dr. Bettina Zinka vom Institut für Rechtsmedizin der Universität München in einem Aufsatz: „Die Differenzierung zwischen möglichen anatomischen Normvarianten und weniger invasiven FGM-Formen war somit in manchen Fällen problematisch.“

Die genaue Einstufung ist wichtig für den Schutz bisher unbeschnittener Mädchen – wenn die Mutter beschnitten ist, lässt sich argumentieren, dass den Töchtern ein ähnliches Schicksal droht, wenn sie in ihr Herkunftsland zurückkehren müssen. Und dies könnte durchaus ein Asylgrund sein.

„Ich habe den Eindruck, dass das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge in Schleswig-Holstein das Thema inzwischen auf dem Schirm hat und die Frauen aktiv zu einem Gutachten vorstellt“, sagt Ballhorn. (EG)

FOTO: ADOBE STOCK ROOMYANA

„Betroffene brauchen nicht nur einmal Hilfe, sondern auch in Zukunft.“

SERPIL MIDYATLI

eine dauerhafte Finanzierung, denn die betroffenen Mädchen und Frauen brauchen nicht nur einmal Hilfe, sondern auch in Zukunft.“

Beide Politikerinnen hielten ihre Grußworte am Internationalen Tag gegen Genitalverstümmelung bei einer Veranstaltung auf dem Alten Markt in Kiel, die von einer Kunstperformance (Fotos auf Seiten 20 und 21) auf dem Platz begleitet wurde.

Die Solidarität und das Sprechen über Beschneidung seien wichtig, sagt Renate Sticke. Leiterin von „Tabu“. Denn für die betroffenen Frauen sei Sexualität und alles, was damit verbunden ist, sehr schambehaftet.

So nähern sich die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle dem Thema ganz allmählich: In den ersten Gesprächen stehen allgemeine Gesundheitsfragen und familiäre Sorgen im Mittelpunkt. Es gilt, Vertrauen aufzubauen. Tatsächlich sei die Genitalbeschneidung für viele Frauen gar keine zentrale Frage: „Sie haben andere Probleme, etwa mit dem Aufenthaltsstatus, mit der Sprache oder der Arbeitssuche“, berichtet Sticke. „Wir fragen nie danach, ob eine Frau beschnitten ist. Zu uns dürfen alle Frauen kommen – und die Männer ebenfalls.“

Denn nur mit Vätern, die die Beschneidung ihrer Töchter ablehnen, und jungen Männer, die sich unbeschnittene Frauen als Partnerinnen wünschen, lässt sich die grausame Praxis irgendwann beenden.

Einige der Frauen, die schon eine Weile in Deutschland leben, möchten eine Öffnung der vernähten Scheide oder eine Rekonstruktion der Klitoris. „Wir begleiten zurzeit sieben Frauen auf diesem Weg“, sagt Renate Sticke.

Krankenkassen zahlen Wiederherstellung bei gesichertem Aufenthaltsstatus

Die Beratungsstelle arbeitet mit dem Zentrum für rekonstruktive Chirurgie am Louisenhospital Aachen zusammen. Der dortige Chefarzt Dr. Dan mon O’Dey ist auf diese Operation spezialisiert, er hat eine eigene Methode der Wiederherstellung entwickelt. Die Kosten der Behandlung und Operation übernimmt die Krankenkasse, die Bedingung ist, dass die Frauen in Deutschland einen gesicherten Aufenthaltsstatus erhalten haben. Jenseits des Eingriffs bedeutet die Rekonstruktion für die Frauen auch eine innere Entwicklung, berichtete Sticke: „Es tauchen immer wieder auch Zweifel auf, es gibt Ängste, wie die Familie darauf reagiert.“

In diesem Jahr hat „Tabu“ aus den Bundesmitteln ein vergleichsweise üppiges Budget von 300.000 Euro zur Verfügung und will damit die Arbeit ausweiten. Neben Beratungen sollen Zeit und Geld in Aufklärungskampagnen und in die Zusammenarbeit zwischen den Gruppen und Personen fließen, die mit den beschnittenen Frauen zu tun haben.

ESTHER GEISSLINGER

Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Veranstaltung zum Tag gegen Genitalverstümmelung in Kiel.

FOTOS: ESTHER GEISSLINGER

„Es ist einfach grausam"

Prof. Dr. Nicolai Maass, Leiter der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am UKSH in Kiel, über Genitalbeschneidungen.

Herr Prof. Maass, wie oft sehen Sie Frauen mit beschnittener Klitoris in der Klinik?

Prof. Nicolai Maass: Sehr unterschiedlich – mal sind es zwei pro Woche, dann wieder monatelang keine. Es ist selten, kommt aber durchaus regelmäßig vor.

Stellen Sie eine Veränderung fest, gibt es heute mehr oder weniger Fälle als noch vor einigen Jahren?

Maass: Es werden mehr. Einerseits aufgrund der Zuwanderung, es sind einfach mehr Frauen aus den betreffenden Ländern hier. Andererseits auch, weil das Thema stärker ins Bewusstsein gerückt ist. Diese Awareness wächst durch Veranstaltungen, etwa am Internationalen Tag gegen Genitalverstümmelung oder durch den Orange Walk am Tag gegen Gewalt an Frauen, der im November in Kiel stattfand. Dadurch trauen sich Betroffene eher an die Öffentlichkeit.

Kommen die Frauen wegen der Beschneidung, oder stellen Sie die Verletzung bei der Behandlung anderer Symptome fest?

Maass: Häufig kommen junge Mädchen mit Unterleibsschmerzen, weil die Scheide verklebt ist – im schlimmsten Fall haben sie gar keine Regelblutung. Oder eine Krebsvorsorge ist nicht möglich, weil es nur eine winzige Vaginalöffnung gibt. Dann erleben wir Frauen, die wegen der Narben nicht schwanger werden können oder Frauen, die vor einer Geburt aufgeschnitten werden müssen beziehungsweise bei denen die Geburt nur per Kaiserschnitt möglich ist. Doch es gibt auch Fälle, bei denen wir erst unter der Entbindung die Narben sehen.

Sehen Sie auch Frauen oder Mädchen mit frischen Verstümmelungen nach einer sogenannten Ferienbeschneidung, und gibt es in solchen Fällen eine strafrechtliche Komponente, sprich muss so etwas gemeldet werden?

Maass: Ferienbeschneidung – was für ein furchtbares Wort! Nein, so eine frische Wunde ist mir noch nicht untergekommen. Anhand der Narben lässt sich erkennen, dass die Beschneidungen teils im Kinderalter, teils in der Pubertät stattfanden. Heute nehmen in Ländern wie Somalia teilweise Ärzte die Beschneidung unter Narkose vor. Das macht den Eingriff erträglicher, die Folgen sind aber dieselben.

Welche Folgen sind das, welche Probleme oder Risiken bringt eine Genitalbeschneidung mit sich?

Maass: Wenn die Krebsvorsorge nicht klappt, ist das Risiko eines unentdeckten Tumors höher. Hinzu kommen Schmerzen, Fisteln und die psychologischen Folgen: Die Frauen haben eine gestörte oder keine Orgasmusfähigkeit und darum Probleme in der Sexualität und der Partnerschaft. Es ist einfach grausam.

Prof. Nicolai Maass

Dennoch finden viele Betroffene den Eingriff ganz normal, und einige Frauen bitten sogar darum, nach einer Geburt wieder zugenäht zu werden. Wie gehen Sie damit um?

Maass: Das machen wir nicht. Ich habe es auch noch nicht selbst erlebt, dass eine Frau darum gebeten hat. Aber wir wissen, dass viele Frauen hinter der Beschneidung stehen und wollen, dass nach der Geburt alles wieder ist wie vorher.

Wie läuft die Zusammenarbeit mit Niedergelassenen, gibt es zum Beispiel Fachrunden, um komplexe Fälle zu besprechen?

Maass: Das gibt es nicht, das ist ein Problem. Mein Ziel ist daher eine bessere Vernetzung in Schleswig-Holstein. Das Thema muss raus aus der Tabuzone.

Wie ließe sich das erreichen?

Maass: Ich plane eine Fachveranstaltung, bei dem wir FGM/C in den Mittelpunkt stellen. Soweit ich mich erinnere, gab es das bisher im Land nicht. Mich würde sehr interessieren, welche Erfahrungen die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gesammelt haben, wie oft sie die Fälle sehen.

Wie sieht es mit der Aus- und Weiterbildung aus, findet das Thema Genitalbeschneidung da statt?

Maass: Es wird viel zu wenig angesprochen, aber es gehört meiner Meinung nach in den Katalog der Dinge, die im Studium und auch in der Weiterbildung thematisiert werden sollten.

Bundesweit gibt es nur wenige Zentren, in denen Klitorisrekonstruktionen gemacht werden – brauchen wir eines im Norden?

Maass: Ich höre, dass Frauen von hier aus nach Aachen fahren, zu dem sehr versierten Kollegen Dr. Dan mon O'Dey, den ich auch gern zu einer Veranstaltung in den Norden einladen möchte. Aber im Prinzip können auch wir in Kiel helfen, schließlich machen wir Ähnliches bei Rekonstruktionen nach Vulvakarzinom. Wichtig für die Frauen ist zu wissen, dass es Möglichkeiten gibt, operativ etwas zu sanieren.

Vielen Dank für das Gespräch.

FOTO: UKSH

„Netzwerk, Netzwerk, Netzwerk“

KAMMERWAHL Die gewählten Mitglieder der amtierenden Kammerversammlung sind nur noch wenige Monate im Amt. 70 Ärztinnen und Ärzte haben sich fünf Jahre lang um Themen wie Weiterbildung, Berufsordnung, Digitalisierung und vieles mehr gekümmert. Zwei Mitglieder aus der Versammlung haben wir zu ihren Erfahrungen befragt.

„Als dickstes Brett wurde die neue Weiterbildungsordnung auf Ebene unseres Kammerbereichs umgesetzt.“

DR. DANIEL LOHMANN

Wie haben Sie als Mitglied der Kammerversammlung die in Kürze zu Ende gehende Kammerversammlung empfunden?

Dr. Daniel Lohmann: Als engagierte, meist gut informierte Truppe mit einem guten Umgang miteinander. Überhaupt keine Gräben zwischen ambulant – stationär oder Fachärztlich – Hausärztlich. Mitunter müsste die Sitzungsleitung noch mehr Augenmerk darauf legen, dass sich kein „es ist alles gesagt, nur nicht von jeder/jedem“ einschleicht und Redebeiträge enger am Thema bleiben.

Was wurde aus Ihrer Sicht erreicht, was nicht?

Lohmann: Als dickstes Brett wurde die neue WBO auf Ebene unseres Kammerbereichs umgesetzt. Dabei ist es uns nicht vollständig gelungen, alle Kammermitglieder „mitzunehmen“. Daran müssen wir weiter hart arbeiten.

Warum haben Sie sich bei der vergangenen Wahl aufstellen lassen, was war Ihre Motivation?

Lohmann: Ich wurde vor 16 Jahren das erste Mal durch den Vorstand der ÄHSH als „Externer“ in den Weiterbildungsausschuss berufen, dem ich seitdem angehöre. Es war vor der letzten Kammerwahl mein Wunsch, mich aus der Mitte der Kammerversammlung zur Wahl zu stellen und in der Versammlung die Arbeit des Weiterbildungsausschusses zu vertreten.

Warum kandidieren Sie erneut?

Lohmann: Das Thema WBO ist eine Dauerbaustelle und eine kompliziert-komplexe noch dazu. Ich würde meine erworbenen Kenntnisse zum Thema Weiterbildung gerne auch in Zukunft weiter einbringen. Dies ist mir ein Herzensthema und es reiht sich nahtlos an meine Tätigkeit als Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Universität Kiel. So habe ich Einblick in die Interessen der Studierenden sowie der ÄiWs als auch der Weiterbildenden, zu denen ich selbst auch gehöre.

Was haben Sie aus der Mitarbeit in der Versammlung gelernt?

Lohmann: Eher, wen habe ich kennengelernt ... Netzwerk, Netzwerk, Netzwerk ... mit positiven Effekten für mich selbst, für die, die ich in der Kammerversammlung vertrete und des Öfteren auch für meine Patientinnen und Patienten.

FOTO: RK

Wie haben Sie als Mitglied der Kammerversammlung die in Kürze zu Ende gehende Kammerversammlung empfunden?

Petra Struve: Ich habe die zu Ende gehende Wahlperiode der Kammerversammlung einmal mehr als Möglichkeit konstruktiver, sektorenübergreifender kollegialer Diskussionen über wichtige Themen empfunden, auch wenn die Rahmenbedingungen durch die Pandemie und zum Teil dadurch auch veränderter eigener Gemütslage schwieriger geworden sind.

Was wurde aus Ihrer Sicht erreicht, was nicht?

Struve: Erreicht wurde die „Abarbeitung" wichtiger Themen, wie z.B. die Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung mit Anpassungen für die ÄKSH (nach zum Teil kontroverser Diskussion) und die Abschaffung des berufsrechtlichen Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung zur Erleichterung telemedizinischer Lösungen. Leider haben wir keine entscheidenden Impulse zur Umsetzung der digitalen Transformation und zum Thema Qualität/Qualitätsmanagement in der Medizin geben können. Auch sind wir uns nicht einig geworden, wie weit unsere Positionierung zu politischen Fragestellungen gehen soll, auch wenn der Einstieg hierzu vom Vorstand durchaus gewählt wurde: Es gab Beiträge zum Klimawandel und zur Sterbehilfe.

Warum haben Sie sich bei der vergangenen Wahl aufstellen lassen, was war Ihre Motivation?

Struve: Ich habe mich zur letzten Wahl zum für mich persönlich zweiten Mal aufstellen lassen, da ich mit manchen Themen „weitermachen" wollte und glaube, dass die Organe der Selbstverwaltung nur mit persönlichem Engagement funktionieren.

Warum kandidieren Sie erneut?

Struve: Ich kandidiere erneut, weil ich denke, dass ich mit meinen Erfahrungen zum guten Gelingen im Sinne der Kontinuität auch zukünftig beitragen kann. Außerdem habe ich einfach Freude an der Kammerarbeit und schätze den kollegialen, ergebnisorientierten Austausch im Gremium.

Was haben Sie aus der Mitarbeit in der Versammlung gelernt?

Struve: Gelernt habe ich, dass Lösungen nicht immer einfach zu erarbeiten sind, da eben unterschiedliche Arbeits- und Gedankenwelten aufeinandertreffen und man nichtsdestotrotz im Gespräch bleiben und demokratische Grundprinzipien akzeptieren muss, wenn man gemeinsam etwas erreichen möchte. Dies ist in der Kammerversammlung möglich, auch wenn die Welt und damit die Fragestellungen komplexer geworden sind, was uns alle entsprechend fordert und auch zukünftig fordern wird.

„Leider haben wir keine entscheidenden Impulse zur Umsetzung der digitalen Transformation in der Medizin geben können."

PETRA STRUVE

Die Kammerversammlung ist das oberste Organ der Ärztekammer und stellt das Parlament der Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein dar.

FOTOS: RK, IMLAND KLINIK RENDSBURG

Wahlausschreiben Kammerwahl 2023

Gemäß § 2 Absatz 1 der Landesverordnung über die Wahl zu den Kammerversammlungen der Ärzte-, Zahnärzte-, Apotheker- und Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein sowie über die von den Kammerversammlungen durchzuführenden Wahlen (Wahlverordnung Ärzte-, Zahnärzte-, Apotheker- und Psychotherapeutenkammer – WVO-HBKG) vom 05. Oktober 2022, GS Schl.-H. II, Gl.Nr. 2122-6-11) wird folgendes Wahlausschreiben erlassen:

1. Die Wahlzeit beginnt an dem Tag der Ausgabe der Wahlunterlagen am 17. Mai 2023 und endet drei Wochen danach mit dem Abschluss der Stimmabgabe um 18.00 Uhr am 7. Juni 2023.
2. Am 8. März 2023 stellt die Wahlleitung auf der Grundlage des Mitgliederverzeichnisses die Anzahl der wahlberechtigten Kammermitglieder, ihre Verteilung auf die Kreise und innerhalb der Kreise auf die Geschlechter (weiblich, männlich oder divers) fest. Als „divers“ werden alle Mitglieder geführt, die entsprechend § 22 Absatz 3 und § 45 b Absatz 1 Personenstandsgesetz vom 19. Februar 2007 weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden können.
   Alle wahlberechtigten Kammermitglieder werden in Wählerlisten eingetragen.
   Die Wählerlisten werden in der Zeit vom 5. bis zum 11. April 2023 während der Geschäftszeiten in der Ärztekammer zur Einsicht ausgelegt und können während dieses Zeitraumes im Ärztekammer-Informationssystem AKIS unter https://akis.aeksh.de/ eingesehen werden.
3. Wählen kann nur, wer in eine Wählerliste eingetragen ist.
   Ein Kammermitglied, das die Wählerlisten für unrichtig oder unvollständig hält, kann dies durch Einspruch geltend machen. Der Einspruch ist bis spätestens 18. April 2023, gegenüber der Wahlleitung schriftlich oder zur Niederschrift geltend zu machen; der Einspruch ist zu begründen und Beweismittel sind vorzulegen.
4. Die Wahlleitung hat die Gesamtzahl der zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung und die Anzahl der im jeweiligen Wahlkreis zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung gemäß § 5 Abs. 1 der Wahlverordnung festgestellt. Sie ist in der nachstehend angegebenen Tabelle wiedergegeben.
   Die Wahlkreise entsprechen der Anzahl und dem Gebiet der Kreise und kreisfreien Städte des Landes Schleswig-Holstein.
   Die Zugehörigkeit zu einem Wahlkreis richtet sich nach dem Ort der überwiegenden Berufsausübung, bei Personen ohne Berufsausübung nach der Hauptwohnung im Sinne des Bundesmeldegesetzes.
   Die Bewerberinnen und Bewerber sowie deren Vertreterinnen und Vertreter müssen nach § 17 des Heilberufekammergesetzes wählbar sein.
5. Jedes Kammermitglied kann einen Wahlvorschlag für den Wahlkreis oder bei der Wahl in Gruppen für die Gruppe des Wahlkreises seiner Zugehörigkeit nach § 3 Absatz 3 machen. Der Wahlvorschlag muss spätestens am 12. April 2023 um 18.00 Uhr bei der Wahlleitung eingegangen sein.
   Jeder Wahlvorschlag muss mindestens sich bewerbende Mitglieder in einer Anzahl enthalten, wie Mitglieder der Kammerversammlung in dem Wahlkreis zu wählen sind (s. nachstehend angegebene Tabelle).
   Sie sollen mindestens so viele sich bewerbende Mitglieder enthalten, wie in dem Wahlkreis erforderlich sind, um eine verhältnismäßige Verteilung der dem Wahlkreis zugeordneten Sitze in der Kammerversammlung auf Frauen und Männer zu erreichen (s. nachstehend angegebene Tabelle).
   Wird die Mindestanzahl überschritten, kann der Wahlvorschlag unabhängig von dem Geschlechterverhältnis weitere sich bewerbende Mitglieder enthalten.
   Hinter dem Namen jedes sich bewerbenden Mitglieds muss zugleich der Name des vertretenden Mitglieds angegeben werden.
   Im Wahlvorschlag sind Vor- und Zunamen, Titel, akademischer Grad, Ort der überwiegenden Berufsausübung, Geburtsjahr sowie Geschlecht jedes sich bewerbenden Mitglieds und jedes vertretenden Mitglieds anzugeben. Als „divers“ werden alle Mitglieder geführt, die entsprechend § 22 Absatz 3 und § 45 b Absatz 1 Personenstandsgesetz vom 19. Februar 2007 weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden können.
   Bei Mitgliedern ohne Berufsausübung ist der Ort der Hauptwohnung anzugeben.
6. Jedes sich bewerbende Mitglied kann nur auf einem Wahlvorschlag vorgeschlagen werden.
7. Dem Wahlvorschlag ist eine unwiderrufliche Zustimmungserklärung jedes für die Wahl vorgeschlagenen Mitglieds – sich Bewerbende und Vertretungen - beizufügen.
8. Jeder Wahlvorschlag muss von mindestens zehn wahlberechtigten Mitgliedern unterzeichnet sein.
   Damit die Wahlberechtigung dieser unterzeichnenden Kammermitglieder überprüft werden kann, sind auch hier Vor- und Zunamen sowie der Ort der überwiegenden Berufsausübung nach § 5 Absatz 1 Satz 2 oder 3 Wahlverordnung anzugeben. Bei Personen ohne Berufsausübung ist der Ort der Hauptwohnung anzugeben.
   Jedes wahlberechtigte Mitglied kann nur eine Unterschrift für einen Wahlvorschlag seines Wahlkreises rechtswirksam abgeben; sich zur Wahl stellende Mitglieder können den eigenen Wahlvorschlag nicht unterzeichnen.
   Ein unterzeichnendes Mitglied ist als Vertrauensperson, ein weiteres als stellvertretende Vertrauensperson zu kennzeichnen. Die Vertrauensperson ist befugt und verpflichtet, den Wahlvorschlag gegenüber dem Wahlvorstand zu vertreten und Erklärungen und Entscheidungen des Wahlvorstandes entgegenzunehmen.
   Sofern Mängel nach § 7 Absatz 5 der Wahlverordnung zu beseitigen waren, ist der geänderte Wahlvorschlag von der Vertrauensperson erneut zu unterzeichnen; diese stellt im Vorwege sicher, dass die unterzeichnenden Mitglieder ihre Unterstützung für den Wahlvorschlag aufrechterhalten.
9. Nach Bekanntgabe der Wahlvorschläge kann jedes sich bewerbende Mitglied zum Zwecke der Wahlwerbung die Namen, Vornamen, die bei der Kammer gespeicherten Kontaktadressen (Anschrift und Mailadresse), die Berufszugehörigkeit sowie akademische Grade und Titel der von dem jeweiligen Wahlvorschlag betroffenen wahlberechtigten Mitglieder gegen Kostenerstattung von der Kammer erhalten, soweit die Wahlberechtigten der Datenweitergabe nicht widersprochen haben. Eine elektronische Weiterleitung der Daten ist zulässig, sofern diese gesichert erfolgt. Die datenempfangenden Mitglieder sind zu verpflichten, die Daten spätestens einen Monat nach dem Ende der Wahlzeit zu löschen.
   Ich mache die Wahlberechtigten hier auf ihr Widerspruchsrecht gemäß § 9 Abs. 3 der Wahlverordnung aufmerksam. Wer nicht mit der Weitergabe seines Namens und seiner Kontaktadressen an Bewerberinnen und Bewerber für die Wahl zur Kammerversammlung 2023 einverstanden ist, teile dieses bitte schriftlich der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Wahlvorstand, Bismarckallee 8 - 12, 23795 Bad Segeberg mit.

10. Die Wahl findet als elektronische Wahl statt.
    Die Wahlunterlagen für eine elektronische Wahl werden postalisch an die wahlberechtigten Mitglieder versandt. Sie bestehen aus dem Wahlschreiben mit den Zugangsdaten sowie Informationen zur Durchführung der Wahl und der Nutzung des Wahlportals.
    Die Stimmabgabe erfolgt in elektronischer Form nach vorheriger Anmeldung und Authentifizierung des wahlberechtigten Mitglieds im Wahlportal.
    Das Wahlportal ermöglicht die Stimmabgabe mittels Aufruf eines elektronischen Stimmzettels.
    Der elektronische Stimmzettel ist entsprechend der im Wahlportal enthaltenen Anleitung elektronisch auszufüllen und abzusenden.
    Die Anzahl der Stimmen jedes wahlberechtigten Mitgliedes entspricht der Anzahl der zu wählenden Kammerversammlungsmitglieder in dem Wahlkreis (s. nachstehend angegebene Tabelle). Pro sich bewerbendes Mitglied kann nur eine Stimme abgegeben werden.
    Befinden sich mehrere Wahlvorschläge auf einem Stimmzettel, dürfen die Stimmen auf die Wahlvorschläge verteilt werden.
    Bis zur endgültigen Stimmabgabe kann die Eingabe korrigiert oder der Wahlvorgang abgebrochen werden.
    Ein Absenden der Stimme ist erst nach elektronischer Bestätigung durch das wahlberechtigte Mitglied möglich. Die Übermittlung ist für das wahlberechtigte Mitglied am Bildschirm erkennbar. Mit dem Hinweis über die erfolgreiche Stimmabgabe gilt diese als vollzogen.
    Das wahlberechtigte Mitglied hat den für die Wahl genutzten Computer nach dem jeweils aktuellen Stand der Technik gegen Angriffe Dritter von außen zu schützen.
11. Der Wahlvorstand ermittelt das Wahlergebnis nach dem Ende der Wahlzeit am 7. Juni 2023 ab 18:00 Uhr in der Ärztekammer, Bismarckallee 8 – 12, 23795 Bad Segeberg. Hierbei können alle Kammermitglieder anwesend sein, soweit die verfügbaren Räumlichkeiten dies zulassen.
    Bei elektronischer Durchführung der Wahl zählt das Wahlsystem die elektronisch abgegebenen Stimmen aus und berechnet das Ergebnis der elektronischen Wahl. Der Wahlvorstand stellt das Ergebnis durch einen Ausdruck der Auszählungsergebnisse fest. Es stehen Möglichkeiten zur Verfügung, die den Auszählungsprozess für wahlberechtigte Mitglieder reproduzierbar machen können.
    Der Wahlvorstand gewährleistet auf Antrag bei berechtigtem Interesse die Möglichkeit, anhand der von der elektronischen Wahlurne erzeugten Datei die Ordnungsgemäßheit der Auszählung zu überprüfen.
12. Bekanntmachungen erfolgen über das Ärztekammer-Informationssystem AKIS. Der Bekanntmachungstext wird zusätzlich im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt veröffentlicht.
13. Sämtliche Erklärungen gegenüber dem Wahlvorstand oder der Wahlleitung sind an die Anschrift der Geschäftsstelle der Kammer zu richten.

In den einzelnen Wahlkreisen sind folgende Sitze zu vergeben und Mindestsollzahlen auf den Wahlvorschlägen zu berücksichtigen:

Wahlkreis	Zu vergebende Sitze in der Kammerversammlung	Mindestsollzahlen auf dem Wahlvorschlag	
		weiblich	männlich
Dithmarschen	2	1	1
Flensburg	3	1	2
Herzogtum Lauenburg	3	1	2
Kiel	12	6	6
Lübeck	11	6	5
Neumünster	2	1	1
Nordfriesland	3	1	2
Ostholstein	6	3	3
Pinneberg	5	3	2
Plön	2	1	1
Rendsburg-Eckernförde	7	3	4
Schleswig-Flensburg	3	1	2
Segeberg	5	2	3
Steinburg	2	1	1
Stormarn	4	2	2
Gesamt	**70**	**33**	**37**

Stand 08. März 2023

Bad Segeberg, 09. März 2023
gez. Wahlleitung

Neustadt holt Machner

Prof. Björn Machner

Prof. Björn Machner wird zum 1. Mai die Leitung der Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie sowie der Parkinson-Fachklinik an der Schön Klinik Neustadt übernehmen. Er folgt auf Dr. Uwe Jahnke, der das Unternehmen aus persönlichen Gründen verlässt und 17 Jahre lang die Arbeit der Klinik mit geprägt hatte. Klinikgeschäftsführer Dr. Klaus Schmolling dankte Jahnke für dessen Verdienste und für seinen Einsatz für das Krankenhaus in Ostholstein.

Machner promovierte und habilitierte an der Universität Lübeck und sammelte mehrere Jahre Erfahrung in Forschung und Lehre, unter anderem am University College in London. Zuletzt war der 43-Jährige als Oberarzt in seinem Heimatort Lübeck tätig und leitete dort die Behandlung neurologischer Patientinnen und Patienten mit einem Schwerpunkt in neurologischer Intensivbehandlung, Stroke Unit und Notaufnahme. Das 1994 entstandene Krankenhaus ist u.a. spezialisiert auf Orthopädie und Unfallchirurgie, Innere Medizin und Neurologie. (PM/RED)

Zwei neue Oberärztinnen am FEK

Das Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster hat im Februar zwei neue Oberärztinnen ernannt. Die gebürtige Wilhelmshavenerin Dr. Julia Plähn hat eine neu geschaffene Oberarztstelle in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik angetreten. Sie ist seit März 2021 in Neumünster tätig, wo sie auch ihre Weiterbildung abgeschlossen hat. Zuvor hatte Plähn u.a. in Kiel und in Bad Bramstedt gearbeitet.

Dr. Annika Siegler ist seit Februar Oberärztin in der Frauenklinik. Als schwerpunktmäßige Tätigkeit Sieglers gibt das FEK die allgemeine Gynäkologie, Tagesklinik/operativ an. Fachärztin ist Siegler seit September 2022. Siegler stammt aus Hessen, hat am UKE Medizin studiert und ihre Facharztausbildung am FEK absolviert. In dieser Zeit wurde sie u.a. drei Jahre im Holsteinischen Brustzentrum operativ ausgebildet. (PM/RED)

Dr. Julia Plähn

Dr. Annika Siegler

GEBURTSTAGE

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

*Dr. Ulrike **Müller**, Lübeck, feiert am 01.04. ihren 70. Geburtstag.*

*Dr. Diego **López Gamarra**, Brunsbüttel, feiert am 02.04. seinen 70. Geburtstag.*

*PD Dr. Jürgen **Schröder**, Fockbek, feiert am 03.04. seinen 85. Geburtstag.*

*Dr. Randi **Kunz**, Rendsburg, feiert am 06.04. ihren 70. Geburtstag.*

*Prof. Maximilian **Mehdorn**, Kiel, feiert am 09.04. seinen 75. Geburtstag.*

*Jürgen **Bense**, Ratekau, feiert am 09.04. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Gerhard **Hüls**, Bad Schwartau, feiert am 10.04. seinen 85. Geburtstag.*

*Dr. Horst **Bräuer**, Scharbeutz, feiert am 11.04. seinen 85. Geburtstag.*

*Dr. Wolfram **Seidel**, Pansdorf, feiert am 11.04. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Konrad **Stumpf**, Ahrensburg, feiert am 11.04. seinen 80. Geburtstag.*

*Prof. Hans **Arnold**, Lübeck, feiert am 12.04. seinen 85. Geburtstag.*

*Dr. Kerstin **Bona**, Flensburg, feiert am 12.04. ihren 70. Geburtstag.*

*Dr. Wolfgang **Scheiwe**, Altenholz, feiert am 12.04. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Peter **Thies**, Elmshorn, feiert am 16.04. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Johann-Wolfgang **Wittke**, Neustadt, OT Pelzerhaken, feiert am 16.04. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Winfried **Langer**, Neumünster, feiert am 19.04. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Masaki **Nakashima**, Ahrensburg, feiert am 19.04. seinen 80. Geburtstag.*

*Geert **Geusendam**, Lübeck, feiert am 20.04. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Klaus **Krüsmann**, Gelting, feiert am 21.04. seinen 85. Geburtstag.*

*Dr. Peter **Altfeld**, Flintbek, feiert am 21.04. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Frank Peter **Lück**, Schacht-Audorf, feiert am 21.04. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Erich **Augustin**, Lübeck, feiert am 23.04. seinen 95. Geburtstag.*

*Dr. Hans-Dieter **Lang**, Kiel, feiert am 24.04. seinen 85. Geburtstag.*

*PD Dr. Werner **Engelke**, Kiel, feiert am 26.04. seinen 75. Geburtstag.*

*Barbara **Weigelt**, Sylt, OT Westerland, feiert am 26.04. ihren 75. Geburtstag.*

*Dr. Irmgard **Rotax**, Itzehoe, feiert am 28.04. ihren 80. Geburtstag.*

*Christian **Meyer-Dulheuer**, Niebüll, feiert am 29.04. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Marion **Scupin**, Kiel, feiert am 29.04. ihren 75. Geburtstag.*

*Bodo **Bachmann**, Klein Wesenberg, feiert am 29.04. seinen 70. Geburtstag.*

*Lutz **Kiehl**, Ratzeburg, feiert am 29.04. seinen 70. Geburtstag.*

*PD Dr. Hans-Conrad **Oppermann**, Molfsee, feiert am 30.04. seinen 85. Geburtstag.*

FOTOS: SCHÖN KLINIK NEUSTADT, FEK

Placke löst Crusius ab

Dr. Jens Placke

Dr. Jens Placke ist zum neuen Präsidenten der Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern gewählt worden. Er löst Prof. Andreas Crusius ab, der seit Gründung der Ärztekammer im Nachbarland ununterbrochen an der Spitze gestanden hatte – insgesamt 32 Jahre lang.

Crusius hatte auch bei der Wahl Ende Januar wieder kandidiert. Neben Placke und Crusius hatte sich mit Dr. Jördis Frommhold eine weitere Kandidatin beworben. Placke erhielt nach intensiver Befragung der Kandidaten durch die Mitglieder der Kammerversammlung gleich im ersten Wahlgang die erforderliche Mehrheit. Für Crusius, der später in den siebenköpfigen Vorstand gewählt wurde, gab es stehenden Applaus, eine Ehrung wurde von seinem Nachfolger noch am gleichen Tag in Aussicht gestellt.

Placke ist niedergelassener Kardiologe in Rostock und war schon in der vergangenen Legislaturperiode im Vorstand aktiv. Seine Vizepräsidenten sind Anästhesist Dr. Andreas Gibb aus Greifswald und Neurologe Prof. Johannes Buchmann aus Rostock. Vorgänger Dr. Wilfried Schimanke hatte schon vor der Wahl angekündigt, nicht erneut zu kandidieren. (PM/RED)

WKK verlängert mit Verwaltungsspitze

Die Westküstenkliniken (WKK) Heide und Brunsbüttel werden sechs weitere Jahre von der Doppelspitze aus dem Medizinischen Geschäftsführer Dr. Martin Blümke und Kaufmann Dr. Bernward Schröder geleitet. Dies entschied der Hauptausschuss des Dithmarscher Kreistages auf Empfehlung des Aufsichtsrates.

Chirurg Blümke und Ökonom Schröder führen die Westküstenkliniken seit 2019 gemeinsam. Landrat Stephan Mohrdieck und Aufsichtsratschef Klaus-Jürgen Esch begründeten die vorzeitig festgelegte Vertragsverlängerung mit deren Erfahrung und Fachwissen.

Sie bezeichneten Blümke und Schröder als „gut eingespielte Doppelspitze", die die WKK erfolgreich durch die Pandemie geführt habe. Sie betonten: „Sie haben immer den engen Austausch mit Aufsichtsrat und Kreispolitik gesucht, wodurch wir besondere Herausforderungen der Pandemie auch finanziell lösen konnten." (PM/RED)

Bei der Vertragsverlängerung: Dr. Martin Blümke, Stefan Mohrdieck, Dr. Bernward Schröder, Klaus-Jürgen Esch (von links)

Dr. Simon Bühler wechselte an das Amalie Sieveking Krankenhaus

Dr. Simon Bühler, der zuletzt Chefarzt in der Geburtsklinik der Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg war, ist seit Monatsbeginn Chefarzt der Frauenklinik in der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe im Evangelischen Amalie Sieveking Krankenhaus in Hamburg-Volksdorf. Auch die Kreißsaal-Oberärztin Nina Böhm wechselt aus Henstedt-Ulzburg an das Amalie.

Bühler (56) war vor seiner Tätigkeit in der geschlossenen Geburtsklinik in Henstedt-Ulzburg u.a. in der Asklepios Klinik Nord tätig. Er gilt als Experte für die gynäkologisch-onkologische Chirurgie, insbesondere Senologie und verfügt über langjährige Erfahrungen in der Geburtsmedizin. (PM/RED)

Dr. Simon Bühler

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Rolf Jürgen ***Schenk****, Trappenkamp,*
geboren am 02.09.1954, verstarb am 09.12.2022.

Dr. Manfred ***Fuchs****, Neumünster,*
geboren am 29.10.1939, verstarb am 21.12.2022.

Dr. Jürgen ***Korth****, Kiel,*
geboren am 31.03.1934, verstarb am 27.12.2022.

Dr. Klaus ***Korth****, Husum,*
geboren am 19.08.1931, verstarb am 07.01.2023.

Dr. Joachim ***Lahmann****, Fockbek,*
geboren am 15.05.1940, verstarb am 21.01.2023.

Dr. Karl-Heinz **Schauder**, *Hamburg,*
geboren am 23.05.1934, verstarb am 22.01.2023.

Dr. Klaus ***Vogt****, Brunsbüttel,*
geboren am 15.03.1930, verstarb am 28.01.2023.

Dr. Gerd ***Wendler****, Bad Segeberg,*
geboren am 28.11.1941, verstarb am 29.01.2023.

Burkhard ***Jakubowski****, Schwesing,*
geboren am 23.11.1962, verstarb am 31.01.2023.

Prof. Harm **Willms**, *Schaalby,*
geboren am 29.12.1937, verstarb am 07.02.2023.

FOTOS: DI, WKK, IMMANUEL ALBERTINEN DIAKONIE

„Er hat wahrscheinlich Tausende Leben gerettet“

BIOGRAFIE Brillanter Arzt, aber langweiliger Dozent. Lebensretter, aber bescheidener Wissenschaftler: Aus dem Leben des „Kriegschirurgen“ Friedrich von Esmarch gibt es vieles zu berichten. Christian Zöllner verfasste eine lesenswerte Biografie über den Kieler Ehrenbürger, der in Tönning geboren wurde.

Sein Geburtstag jährte sich am 9. Januar zum 200. Mal: Friedrich von Esmarch. Christian Zöllner hat kürzlich ein Buch über den Kieler Arzt verfasst („1823–1908 – Friedrich von Esmarch – Eine Biografie“), das auf fast 600 Seiten jede Menge Persönliches und Zeitgeschichtliches enthält. Zugleich ist das Buch eine Hommage an die Kraft praxisorientierten ärztlichen Wirkens.

Auf kurzweilige Weise vorgestellt wurde die Biografie am 23. Januar beim „KN-Talk“ der Kieler Nachrichten in der Kunsthalle. Mehr als 150 Interessierte lernten dabei die vielen Facetten des in Tönning geborenen Friedrich von Esmarch kennen.

Prof. Joachim Thiery, Dekan der Medizinischen Fakultät der Uni Kiel, würdigte Esmarch in seinem Grußwort als „herausragenden Arzt und Hochschullehrer, der für die praktische Medizin Pionierarbeit geleistet hat“. Er zählte zum Beweis eine lange, wenngleich immer noch unvollständige Reihe von teils bahnbrechenden Innovationen auf, die Esmarch zugeschrieben werden.

Das bis heute in jedem Erste-Hilfe-Kasten zu findende Dreieckstuch, die „Esmarchsche Blutleere“ genannte Abbindung von Oberarm und Oberschenkel zur Blutstillung, der Esmarch-Handgriff, der Mund und Kiefer umfasst und die Atemwege Bewusstloser freihält – das und vieles mehr zeigt die so einfache wie effektive Philosophie des Arztes: Gut ist, was den Kranken und Verletzten hilft.

Laut Thiery gehörte Esmarch außerdem zu den Medizinern, die sich früh abwandten von mystisch angehauchten Theorien wie etwa der sogenannten Säftelehre. Orientiert an Pionier Rudolf Virchow hielt er es stattdessen mit der Zellpathologie und überhaupt mit dem Grundsatz, den Organismus und seine Erkrankungen logisch zu verstehen.

Christian Zöllner mit seiner Biographie über Friedrich von Esmarch.

Weiter ins Detail gingen in der folgenden Talkrunde Jens Ahlers, ehemaliger Leiter der Landesbibliothek Schleswig-Holstein, und Buchautor Christian Zöllner, der eine Fülle von Fakten über das Leben von Friedrich von Esmarch ausgegraben hat. So galt der platt sprechende Arzt bei aller Brillanz als volksnah und erfreute sich bei den Kielerinnen und Kielern großer Beliebtheit.

„Fiete Isbüdel“, wie er gern genannt wurde, weil er Entzündungen stets mit Eisbeuteln zu behandeln pflegte, blieb denn auch dem Norden bis ans Ende seiner Tage treu, obwohl er reizvolle Rufe nach Heidelberg und Berlin erhalten hatte.

Das ärztliche Wirken Esmarchs kann aus Zöllners Sicht nicht ohne dessen Erfahrungen als Kriegschirurg gedeutet werden. In den Kriegen 1848, 1864, 1866 und 1870/1871 sammelte er tatsächlich vielfältige Erfahrungen, die in sein umfassendes „Handbuch der Kriegschirurgischen Technik“ von 1877 eingingen. Ob die zitierten „Isbüdel“ gegen Entzündungen oder die antiseptische Wundbehandlung, die Entwicklung neuartiger Prothesen oder die Resektion zur Erhaltung von Gliedmaßen – in weiten Bereichen stand Esmarch nach Worten Zöllners „an der Spitze der chirurgischen Bewegung“. Und das nach seiner Einschätzung nicht zuletzt, weil ihn das Streben nach bestmöglicher Versorgung der Kriegsverwundeten zu immer neuen Verfahren und Techniken trieb. „Er hat wahrscheinlich Tausende von Leben gerettet“, zeigt sich Zöllner überzeugt.

Herausragend war Esmarch gleichwohl nicht in allen Bereichen. Sein Wirken als Wissenschaftler wird von der Nach-

FOTOS: MARTIN GEIST

Prof. Joachim Thiery, Dekan der Medizinischen Fakultät, bezeichnete Friedrich von Esmarch als „herausragenden Arzt und Hochschullehrer, der für die praktische Medizin Pionierarbeit geleistet hat".

welt als eher bescheiden eingeschätzt, seine Vorlesungen – zumal dann, wenn er sie mit Rücksicht auf Allgemeinverständnis auf Hochdeutsch statt auf Platt hielt – galten geradezu als langweilig.

Als Chirurg hingegen genoss Esmarch, der 1872 zu den Gründungsmitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gehörte, ein grandioses Renommee. Aus weiter Entfernung reisten die seinerzeit fast ausschließlich männlichen Ärzte an, um vom Meister zu lernen. Dies und ebenso die Arbeit mit dem medizinischen Nachwuchs an der eigenen Hochschule, hat Esmarch nach Einschätzung seines Biografen tiefe Befriedigung verschafft. Eines seiner großen Ziele war es einfach, „gute praktische Ärzte auszubilden".

Ginge es nach heutigen Maßstäben, so hätte von Esmarch, der 1903 Kieler Ehrenbürger wurde und zwei Jahre später noch zu Lebzeiten ein Denkmal in seiner Heimatstadt Tönning gesetzt bekam, indes wohl kaum eine solch bemerkenswerte Karriere gemacht. „Er war ein viel zu schlechter Schüler und hätte überhaupt keinen Studienplatz bekommen", verwies Thiery darauf, dass auch mittelprächtige Noten ganz offensichtlich großartige Ärzte hervorbringen können.

Prägend war der Nordfriese nicht allein für die Mediziner. Nachdem er 1881 in England den Johanniterorden und dessen Bemühungen um Erste Hilfe kennengelernt hatte, gründete er in Deutschland eine Samariter-Schule, die als Keimzelle des 1888 gegründeten Arbeiter-Samariter-Bundes gilt.

Das Buch von Christian Zöllner „1823–1908 – Friedrich von Esmarch – Eine Biografie" (39,90 Euro) ist ebenso wie Zöllners erster Band „Der Kieler Samariter" im Ludwig Verlag erschienen.

Eine Auswahl der umfassenden medizinischen Zeichnungen, die von Esmarch hinterlassen hat, zeigt die Medizin- und Pharmaziehistorische Sammlung der Universität Kiel (Brunswiker Straße 2) in der Ausstellung „Vor aller Augen. Menschen in Prof. Esmarchs Klinischer Bildersammlung". Geöffnet ist diese noch bis zum 23. November dienstags bis freitags von 10 bis 16 Uhr und sonntags von 12 bis 16 Uhr.

MARTIN GEIST

ANZEIGE

Hoher Schutz für Risikogruppen

S⁴H-STUDIE Ergebnisse der SARS-CoV-2-Seroprävalenzstudie Schleswig-Holstein. Von Simone Wolff, Nadja Käding, Jan Rupp (alle Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie, UKSH/Campus Lübeck), Susanne Elsner, Alexander Katalinic (Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, UKSH/Campus Lübeck).

Von August bis November 2022 führten die Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie (Leitung: Prof. Jan Rupp) und das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie (Leitung: Prof. Alexander Katalinic) an der Universität Lübeck in Zusammenarbeit mit der Partnerfirma Homed-IQ eine Studie zur Erfassung von abgelaufenen SARS-CoV-2-Infektionen und Impftitern durch (SARS-CoV-2-Seroprävalenzstudie Schleswig-Holstein, S⁴H-Studie).

Ziel war es, den Anteil in der Bevölkerung Schleswig-Holsteins mit einem positiven SARS-CoV-2-Antikörpernachweis und/oder Hinweisen für eine abgelaufene Infektion zu ermitteln und hinsichtlich unterschiedlicher Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Begleiterkrankungen, Impfstatus, Genesenenstatus, regionale Unterschiede) zu analysieren. Von besonderem Interesse war vor allem der Anteil der Personen in der Bevölkerung, der bislang noch keine Antikörper hat, um das Risiko für Erkrankungen bei Auftreten weiterer SARS-CoV-2-Infektionswellen abschätzen und ggf. Maßnahmen und Handlungsstrategien aus diesen Ergebnissen ableiten zu können.

Dazu wurden im Zeitraum von August bis September 2022 insgesamt 9.000 Menschen aus Schleswig-Holstein zwischen 18 und 85 Jahren postalisch zur Studienteilnahme eingeladen. Im Oktober erfolgte die Öffnung der Studie und zusätzliche Studienteilnehmer wurden über soziale Netzwerke und die Presse rekrutiert. Parallel konnten über 17 Kinderarztpraxen in Schleswig-Holstein Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 17 Jahren an der Studie teilnehmen.

Die Studienteilnahme beinhaltete die Registrierung und Einwilligung, die Durchführung eines Dried-Blood-Spot(DBS)-Tests zur Bestimmung von SARS-CoV-2-Spikeprotein(S1)- und Nukleokapsid(NUC)-Antikörpern (Ak) sowie einen Fragebogen zu Impfstatus, Vorerkrankungen und demografischen Basisdaten.

Insgesamt konnten 5.195 Erwachsene (60 % weiblich) und 368 Kinder und Jugendliche (49 % weiblich, 55 % 5–11 Jahre, 45 % 12–17 Jahre) in die Auswertungen eingeschlossen werden.

Von allen erwachsenen Teilnehmenden (Alter Mittelwert + SD: 50 + 15,15 Jahre) weisen 97 % S1-Antikörper als Zeichen einer abgelaufenen Infektion und/oder Impfung auf. Bei 16 % konnten NUC-Antikörper nachgewiesen werden, die nur nach einer durchgemachten Infektion mit SARS-CoV-2 gebildet werden und nur für eine relativ kurze Zeit im Serum nachweisbar bleiben (Abb. 1). Auch in der Gruppe der Ungeimpften lassen sich bei 25 % S1-Antikörper und bei 26 % NUC-Antikörper nachweisen. Ein signifikant höherer Anteil von Personen mit einem Nachweis von NUC-Antikörpern findet sich in den eher dichter besiedelten Regionen in Schleswig-Holstein (Lübeck 17 % vs. Dithmarschen 13 % und Kiel Land 11 %). Bei 98 % der Personen mit mindestens einer Impfung gegen SARS-CoV-2 lassen sich S1-Antikörper detektieren, lediglich bei 2% der Geimpften ist keine Antikörperantwort nachweisbar.

In den Angaben zur Impfung zeigt sich, dass von den Erwachsenen insgesamt 98 % mindestens einmal gegen SARS-CoV-2 geimpft sind, 93 % haben drei oder mehr Impfungen erhalten. Der höchste Anteil der drei- bis vier-fach Geimpften findet sich in der Altersgruppe der 60- bis 85-Jährigen (96 %), der niedrigste in der Altersgruppe der 30- bis 45-Jährigen (89 %). Der Anteil der Ungeimpften ist mit 3 % in der Gruppe der 30- bis 45-Jährigen am größten und in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen (1 %) sowie 60- bis 85-Jährigen (2 %) am niedrigsten (Abb. 2). Es lässt sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied im Impfverhalten nachweisen, ebenso zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich von eher städtisch mit ländlich geprägten Regionen. Von 47 % der Teilnehmenden wurden chronische Begleiterkrankungen angegeben, in dieser Risikogruppe sind über alle Altersgruppen lediglich 2 % ungeimpft. Studienteilnehmer, die in Risikohaushalten mit chronisch erkrankten Haushaltsmitgliedern leben, sind signifikant häufiger geimpft als Teilnehmende aus Haushalten ohne chronisch Erkrankte (1 % ungeimpft im Risikohaushalt vs. 3 % in Haushalten

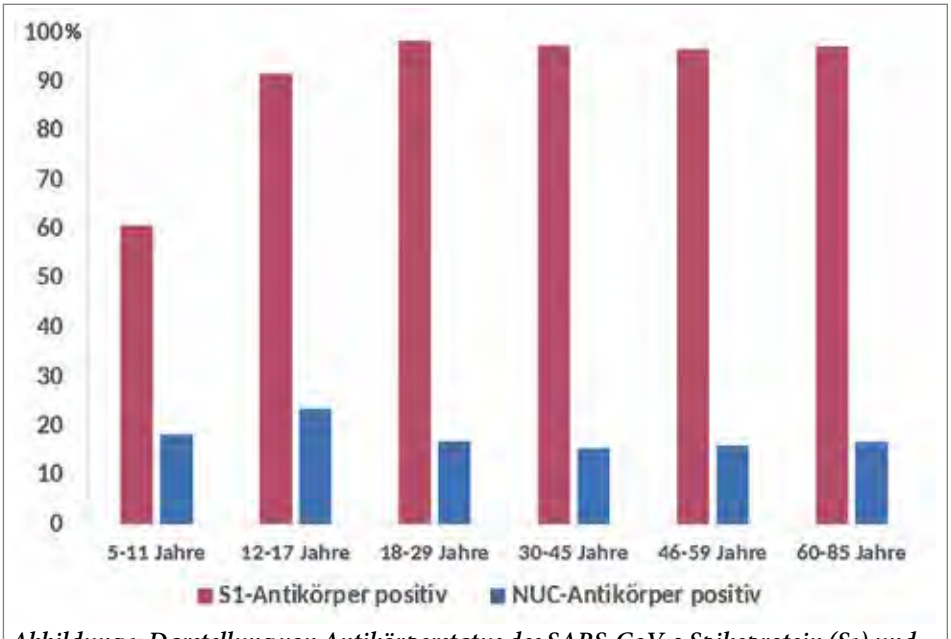


Abbildung 1: Darstellung von Antikörperstatus des SARS-CoV-2 Spikeprotein (S1) und von Nucleocapsid (NUC)-Antikörpern differenziert nach Altersgruppen

ohne chronisch kranke Haushaltsmitglieder). Hinsichtlich der Impfbereitschaft zeigt sich eine Korrelation mit dem angegebenen Bildungsstatus. So findet sich der größte Anteil an Ungeimpften (4 %) in der Gruppe der Berufsschulabsolventen verglichen mit 2 % in der Gruppe der Abiturienten.

37 % der Teilnehmenden geben an, im Rahmen der Pandemie einen positiven PCR-Befund als Korrelat einer SARS-CoV-2-Infektion erhalten zu haben, 90 % aller positiv Getesteten hatten zuletzt 2022 ein positives PCR-Ergebnis.

Bei Betrachtung der Kinder und Jugendlichen (Alter: 10,7 + 3,66 Jahre) zeigt sich erwartungsgemäß ein deutlich geringerer Anteil von Studienteilnehmenden mit Nachweis von Antikörpern gegen SARS-CoV-2. Bei 74 % aller teilnehmenden Kinder und Jugendlichen sind S1-Antikörper und bei 20 % NUC-Antikörper nachweisbar (Abb. 1). In der Altersgruppe 5–11 Jahre lassen sich trotz der niedrigeren Impfquote von 46 % bei 61 % der Teilnehmenden S1-Antikörper nachweisen, bei den 12- bis 17-Jährigen weisen entsprechend der höheren Impfquote 91 % S1-Antikörper auf. NUC-Antikörper fanden sich tendenziell häufiger bei den Teilnehmenden im Alter von 12–17 Jahre als bei den 5- bis 11-Jährigen (23 % vs. 18 %). Hinsichtlich des Antikörperstatus lassen sich keine signifikanten regionalen Unterschiede aufzeigen.

In der Gruppe der bislang ungeimpften Kinder und Jugendlichen lassen sich bei 32 % S1-Antikörper und bei 22 % NUC-Antikörper nachweisen.

In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen sind insgesamt 65 % (5–11 Jahre: 46 %, 12–17 Jahre 87 %) mindestens einmal gegen SARS-CoV-2 geimpft. In der Altersgruppe der 12- bis 17-Jährigen sind bereits 56 % mindestens dreimal geimpft, während aufgrund der im zeitlichen Verlauf späteren und nicht generellen Impfempfehlung der STIKO [2] in der Altersgruppe der 5- bis 11-Jährigen noch 54 % ungeimpft sind (Abb. 2).

Von den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen leiden 14 % unter mindestens einer chronischen Erkrankung (am häufigsten: Atemwegserkrankungen, Adipositas, Diabetes mellitus), in dieser Risikogruppe sind 84 % mindestens einmal geimpft verglichen mit 62 % der Teilnehmenden ohne Vorerkrankungen. Alle Kinder und Jugendlichen mit mehreren gleichzeitig vorliegenden Begleiterkrankungen sind mindestens dreimal geimpft. Ebenso sind Teilnehmende aus Risikohaushalten mit chronisch kranken Haushaltsmitgliedern signifikant häufiger geimpft als Teilnehmende aus Nicht-Risikohaushalten (67 % vs. 59 %).

Von den teilnehmenden Kindern und Jugendlichen erhielten 49 % im Verlauf der Pandemie einen positiven PCR-Befund, 94 % davon 2022.

Fazit

Aus der Kombination aus Antikörpernachweis sowie Anzahl der Impfungen lassen sich anlehnend an das Immunebridge-Projekt kombinierte Endpunkte bilden und entsprechend der aktuellen Datenlage anhand der Anzahl der stattgehabten Expositionen eine potenzielle Schutzwirkung für die Bevölkerung ableiten. Als eine Exposition gilt eine durchgemachte Infektion oder auch erfolgte Impfung plus das dazugehörige Immunkorrelat (S1-Antikörper für die Impfung und NUC-Antikörper für eine durchgemachte Infektion).

Bei den Erwachsenen lassen sich aufgrund der hohen Impfquote und zugleich hohen Antikörperprävalenz für 91 % der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer mindestens drei stattgehabte Expositionen (Infektion oder Impfung) und somit ein hoher Schutz gegen einen schweren Verlauf einer SARS-CoV-2-Infektion annehmen. 3 % haben aufgrund von null Expositionen keinen, für 6 % ist aufgrund von ein bis zwei stattgehabten Expositionen ein geringer Schutz anzunehmen.

In der Gruppe der Kinder und Jugendlichen ist aufgrund der insgesamt deutlich milderen Krankheitsverläufe eine entsprechende Einteilung der Schutzwirkung anhand von Publikationen kaum belegt. Zudem unterscheiden sich die Impfquoten für die unterschiedlichen Altersgruppen aufgrund des zeitlichen Verlaufs der STIKO-Empfehlungen und der nicht generellen Impfempfehlung für die Altersgruppe der 5- bis 11-Jährigen. Es finden sich 61 % der Kinder und Jugendlichen mit zwei oder mehr Expositionen und 24 % haben keinerlei Exposition durch Impfung oder durchgemachte Infektion erfahren.

Die größten, wenngleich kleinen Lücken hinsichtlich einer vollständigen Immunisierung finden sich in den Altersgruppen der 30- bis 45-Jährigen, was bei weiteren Impfkampagnen berücksichtigt werden sollte.

Die Daten spiegeln die auch aus dem objektiven Impfmonitoring des RKI ersichtliche hohe Akzeptanz der Impfempfehlungen in der Bevölkerung Schleswig-Holsteins im Verlauf der COVID-Pandemie gut wider und lassen insbesondere einen hohen Schutz der Risikogruppen (Ältere >60 Jahre, chronisch Kranke) annehmen.

Anhand der erhobenen Daten und der sich insgesamt abschwächenden Krankheitsschwere bei SARS-CoV-2-Infektionen erfolgte im Herbst 2022 eine Neubewertung der Situation und COVID-Schutzmaßnahmen wurden zurückgeführt.

Wir danken allen Studienteilnehmenden sowie den beteiligten Kinderarztpraxen in Schleswig-Holstein, ohne die die Datenerhebung für die Kinder und Jugendlichen nicht möglich gewesen wäre. Die Studie wurde durch das Ministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur des Landes Schleswig-Holstein unterstützt und in Kooperation mit der Firma HomedIQ und der Fa. Euroimmun durchgeführt.

LITERATUR BEI DEN VERFASSERN

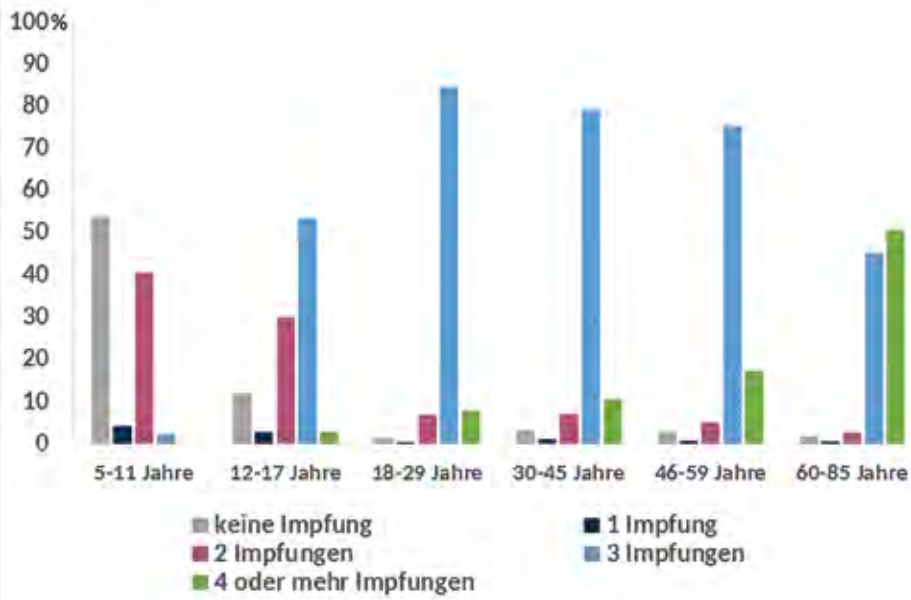


Abbildung 2: Darstellung des Impfstatus, basierend auf der Anzahl der Impfungen, differenziert nach Altersgruppen

Bereits eliminiert oder nur übersehen?

MASERN/RÖTELN Masern und Röteln sind sehr selten geworden. Diese Beobachtung darf aber nicht als Sicherheit fehlinterpretiert werden, da es jederzeit wieder zu Erkrankungen und Ausbrüchen durch importierte Infektionen kommen kann. Unsere Autoren um Prof. Helmut Fickenscher mahnen, dass diese weiterhin schnell erkannt, diagnostiziert und rasch Maßnahmen eingeleitet werden müssen, um eine Weiterverbreitung zu verhindern.

Die Arbeitsgemeinschaft Infektionsschutz der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden weist in einem aktuellen Merkblatt auf den weiter gültigen Handlungsbedarf hin. Hier stellen wir diesen Aufruf aus dem Kontext des Landes Schleswig-Holstein dar.

Masern: Die Elimination der Masern bzw. Röteln ist erreicht, wenn mithilfe eines qualitativ hochwertigen Surveillancesystems nachgewiesen werden kann, dass in einem Staat eine endemische Transmission der entsprechenden Erreger über 36 Monate oder länger nicht mehr vorliegt. Deutschland gilt aus Sicht der Regionalen Verifizierungskommission der WHO noch nicht als frei von den Masern. Auch wenn nur noch wenige Masernfälle beobachtet wurden, liegt nach Ansicht der Kommission noch kein ausreichender Nachweis vor, dass die endemische Transmission tatsächlich unterbrochen ist. Daher hat Deutschland weiterhin den Status der endemischen Transmission und der Nachweis steht noch aus, dass die gemeldeten Verdachtsfälle einer ausreichenden Ausschlussdiagnostik unterzogen werden. Bei Masern besteht der Vorteil, dass die Erkrankung meist deutlich symptomatisch ist und daher leichter klinisch erkannt werden kann. Bei zwei Verdachtsfällen des Jahres 2022 aus einer Erstaufnahmeeinrichtung handelte es sich um milde Impfmasern.

Im Jahr 2022 wurden in Schleswig-Holstein die Masern mit dem Genotyp B3 bei einem dreijährigen Mädchen diagnostiziert, das mit starkem Katarrh in einer Ortskräftefamilie aus Afghanistan eingereist war. Bei der entsprechenden Kontaktpersonennachverfolgung durch das zuständige Gesundheitsamt stellte sich heraus, dass alle Kontaktpersonen in den Erstaufnahmeeinrichtungen gegen Masern geimpft waren und Übertragungen auf andere Personen nicht stattfanden.

Röteln: Die WHO-Verifizierungskommission hat für Deutschland bereits im Jahr 2020 anerkannt, dass der Status der Röteln-Elimination erreicht ist, also über einen Zeitraum von 12 Monaten keine endemische Übertragung mehr bestand. Bei den Röteln besteht der Nachteil, dass die Erkrankung auch mit nur wenig und wenig spezifischer Symptomatik verlaufen kann, was die Erkennung und Kontaktpersonennachverfolgung erschwert.

Info

Kontaktdaten für das Nationale Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln (NRZ MMR) am Robert Koch-Institut (RKI):
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/MMR/mmr_node.html;jsessionid=6BFCD43B4C59BF0D77E77EB02816C1BF.internet062
Anforderung von Entnahmesets für die Diagnostik der Röteln und Masern, die kostenfrei erhalten werden können:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/MMR/Entnahmesets/Entnahmesets_node.html
Probenbegleitschein für den diagnostischen Auftrag (nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt):
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/NRZ/MMR/Probenbegleitschein_ID-Code_PPH_MMR_leistungen_Anlo3-probenbegleitschein_007.pdf?__blob=publicationFile
Anschrift: NRZ Masern Mumps Röteln, Robert Koch-Institut, Seestr. 10, 13353 Berlin

Im Jahr 2022 reiste ein zehnjähriger Junge mit arabischem Migrationshintergrund aus Norwegen zum Familienbesuch ein. Nach der Röteln-Diagnosestellung erbrachte die Kontaktpersonennachverfolgung den Besuch bei einer Schwangeren, die allerdings gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft war. Bei der Einreise bestand mutmaßlich bereits Infektiosität, allerdings waren Kontakte im Zug und auf der Fähre nicht nachvollziehbar. Bei der Rückreise im Flugzeug war die Infektion bereits abgeklungen. Dieser Fall wurde über das Robert Koch-Institut den norwegischen Behörden gemeldet. Folgeerkrankungsfälle wurden auch hier nicht bekannt.

Sowohl bei Masern wie bei Röteln fordert die WHO zur Einschätzung der Qualität der Surveillance die Erfassung von mindestens zwei Fällen/100.000 Einwohnern, bei denen der Verdacht auf Masern oder Röteln trotz Vorliegens einer entsprechenden Symptomatik durch labormedizinische Diagnostik ausgeschlossen wurde. Die beiden Beispiele machen die hohe Relevanz einer zeitnahen Reaktion deutlich.

Wesentliche Fragestellungen bei Verdacht auf Masern und Röteln

Die Labordiagnostik der Masern und der Röteln wird aktuell vor allem in den folgenden Situationen notwendig:

1. akute Erkrankung mit Ausschlag, ggf. mit katarrhalischen Symptomen
2. ganz besonders bei kürzlich eingereisten Migrantinnen oder Migranten aus Afghanistan und/oder aus Regionen mit niedrigen Impfquoten (z.B. Ukraine und andere Nachfolgestaaten der Sowjetunion) und Ländern mit endemischen Masern/Röteln
3. arbeitsmedizinische Untersuchungen zur gesetzlichen Kontrolle des Masernstatus

mit Nachweis von IgM und vorliegenden, wenig spezifischen Symptomen, auch in Gemeinschaftseinrichtungen (nach 1970 Geborene), auch in Kindergärten und Schulen

Bei einem klinischen Verdacht soll der Impfstatus erhoben werden. Bei jedem Masern- oder Röteln-Infektionsverdacht soll gemäß IfSG unverzüglich eine Meldung an das für den Wohnort zuständige Gesundheitsamt erfolgen. Wenn Antikörper mit serologischen Methoden nicht nachgewiesen werden können, kann noch nicht ausgeschlossen werden, dass die entsprechende Person für Kontaktpersonen infektiös ist.

Labordiagnostik bei Verdacht auf Masern oder Röteln

Masern: Nachweis der Serokonversion und damit der Infektion bei Ungeimpften: Nachweis von IgM im Serum, die bei ca. 30 % der Erkrankten erst drei Tage nach Exanthem- bzw. Symptombeginn nachweisbar sind; bei Geimpften: Ein IgM-Nachweis kann häufig ausbleiben, möglich ist aber der Nachweis eines deutlichen Anstiegs der IgG-Antikörpertiter in einer zweiten Serumprobe nach 10–14 Tagen.

Röteln: Auf IgM-Antikörper sollte möglichst ab Tag 5 nach Beginn der Symptomatik untersucht werden, da zu diesem Zeitpunkt über 90 % der Fälle ein positives IgM zeigen. Die Nachweisbarkeit besteht bis sechs Wochen nach Symptombeginn. Bei IgM-Negativität, aber charakteristischer Symptomatik wird eine Wiederholung nach 14 Tagen empfohlen. Auch bei Geimpften kann der IgM-Nachweis mehrere Monate positiv bleiben.

Falsch-positive IgM-Befunde: Aufgrund der geringen Fallzahlen von Masern und Röteln in Deutschland ist die überwiegende Anzahl positiver IgM-Antikörpernachweise falsch-positiv und dabei meist niedrigtitrig. Gründe können persistierende IgM-Antikörper, eine polyklonale IgM-Stimulation, Rheumafaktoren oder eine Kreuzreaktion mit anderen Antigenen sein. Generell ist der serologische Infektionsnachweis nicht als ausreichend zu betrachten, da er die sichere Aufklärung von Infektketten nicht erlaubt.

Nukleinsäurenachweis von Virusgenomen: Zur Abklärung klinischer Verdachtsfälle und von Fällen mit serologischem Nachweis sind neben der serologischen Bestätigung insbesondere die Nukleinsäurediagnostik und ggf. die Genotypisierung indiziert. Der Nukleinsäurenachweis erfolgt durch RT-PCR aus Rachenabstrich oder Urin (bei Masern auch Zahntaschenflüssigkeit), gewonnen binnen fünf Tagen nach Symptom- bzw. Exanthembeginn. Abhängig von der Präanalytik (z.B. Technik und Zeitpunkt der Entnahme, Transportzeit, Lagerungsbedingungen) sowie der Infektionsphase sind falsch-negative Ergebnisse möglich. Die Genotypisierung erlaubt außerdem die Unterscheidung zwischen Impfvirus und pathogenem Wildtypvirus. Die Nukleinsäurediagnostik hat bei Kindern außerdem den Vorteil, dass eine Blutentnahme vermieden werden kann.

Im Präeliminationsstadium der Röteln und im frischen Eliminationsstadium der Masern ist in Deutschland der Ausschluss bei klinischem Verdacht wesentlich und sollte in der Regel im Nationalen Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln am Robert Koch-Institut geführt werden, da nur noch wenige positive Proben anfallen, eine standardisierte Methodik wesentlich ist und spezielle Expertise zum Ausschluss falsch-positiver Ergebnisse erforderlich ist. Nach erfolgtem Nukleinsäurenachweis ist die umfassende Kontaktpersonennachverfolgung durch das zuständige Gesundheitsamt dringlich.

Empfehlung zum diagnostischen Vorgehen

Bei allen Exanthemerkrankungen mit möglicher Differenzialdiagnose Masern oder Röteln soll innerhalb von 5 Tagen nach Exanthem- bzw. Symptombeginn ein Rachenabstrich und/oder Urin (bei Masern auch Zahntaschenflüssigkeit) entnommen werden und nach Rücksprache mit dem Gesundheitsamt zur PCR und ggf. Genotypisierung an das Nationalen Referenzzentrum für MMR versandt werden. Bei negativem PCR-Nachweis ist ggf. eine serologische Diagnostik zum Ausschluss einer Infektion anzuschließen. Daher sollte möglichst auch eine Serumprobe an das Referenzzentrum versandt werden.

Zusammenfassung: Die zeitnahe Labordiagnostik bei klinischem Verdacht auf Masern oder Röteln bleibt wesentlich, auch wenn die Masern und Röteln in Deutschland selten geworden sind und bei den Masern der Präeliminationsstatus und bei den Röteln der Eliminationsstatus erreicht worden ist. Der klinische Verdacht auf Masern oder Röteln ist nach § 6 Infektionsschutzgesetz unverzüglich klinisch meldepflichtig. Die Bestätigungs- und die Nukleinsäurediagnostik, sowie ggf. der diagnostische Ausschluss einer entsprechenden Infektion sollte am Nationalen Referenzzentrum für Masern, Mumps und Röteln am Robert Koch-Institut durchgeführt werden.

	Masern		Röteln	
Meldejahr	Deutschland	Schleswig-Holstein	Deutschland	Schleswig-Holstein
2018	545	5	16	2
2019	516	6	18	1
2020	76	0	7	0
2021	10	0	5	0
2022	15	1	3	0

Tab. 1: Bestätigte Meldefälle nach Referenzdefinition für Masern und Röteln in Deutschland und in Schleswig-Holstein, Datenstand 31.12. 2022, https://survstat.rki.de.

	Masern			Röteln		
Meldejahr	Verdacht	davon IgM-pos.	davon bestätigt	Verdacht	davon IgM-pos.	davon bestätigt
2018	14	8	5	16	10	2
2019	13	9	6	20	13	1
2020	13	10	0	9	7	0
2021	5	4	0	27	25	0
2022	9	6	1	42	35	0

Tab. 2: Gemeldete Verdachtsfälle für Masern und Röteln in Schleswig-Holstein, Datenstand 31.12.2022, Meldesoftware SurvNet. Der IgM-Nachweis stellt den häufigsten Grund für einen Verdacht dar.

DR. RER. MEDIC. ANNICKA REUSS[1], CONSTANZE BETKER[2], PD DR. CHRISTIAN HERZMANN[2], PROF. HELMUT FICKENSCHER[3]
1: MINISTERIUM FÜR JUSTIZ UND GESUNDHEIT DES LANDES SCHLESWIG-HOLSTEIN, KIEL; 2: KREIS SEGEBERG, INFEKTIONSSCHUTZ UND UMWELTBEZOGENER GESUNDHEITSSCHUTZ; 3: LANDESMELDESTELLE IM INSTITUT FÜR INFEKTIONSMEDIZIN DER CAU UND DES UKSH, KIEL

Neue Entwicklungen beim Ovarialkarzinom

ONKOLOGIE Das Ovarialkarzinom ist die achthäufigste Karzinomerkrankung der Frau in Deutschland und stellt mit einer jährlichen Inzidenz von ca. 7.300 Frauen im Jahr ein Drittel aller maligner Neuerkrankungen des weiblichen Genitals dar. Weiterhin besteht zum aktuellen Zeitpunkt keine Früherkennung, sodass in fast zwei Dritteln der Fälle erst in einem fortgeschrittenen Stadium (FIGO IIB-IV) die Erstdiagnose gestellt wird.

Das pathologisch und chirurgisch bestimmte Tumorstadium sowie die makroskopische Komplettresektion sind die entscheidenden Faktoren für die Überlebensrate, wodurch sich weiterhin ein relatives Fünf-Jahres-Überleben von 42 % über alle Stadien ergibt [1, 2]. Die drei Therapiesäulen des Ovarialkarzinoms bilden die Chirurgie, die Chemotherapie und die Erhaltungstherapie.

In der aktuellen S3-Leitlinie werden aufgrund der gleichen Genese und Histomorphologie die Karzinome Ovar, Tube und Peritoneum gemeinsam klassifiziert und der Tumorursprung durch ein entsprechendes Suffix gekennzeichnet [2]. Folgende fünf häufigste histologische Typen werden unterschieden: high-grade serös (HGSC), klarzellig (CCC), endometrioid (EC), low-grade serös (LGSG) und muzinös (MC), welche sich anhand ihrer Vorläuferläsion, ihrem Ausbreitungsmuster, dem Überleben und ihrer Assoziation mit hereditären Tumorsyndromen und der Molekularpathologie unterscheiden. An Gewichtung in der Diagnostik hat die immunhistochemische Diagnostik der einzelnen Subtypen mit der genetischen Testung der BRCA1/2-Mutationen bzw. der homologen Rekombinationsdefizienz (HRD) gewonnen. Aufgrund der hohen klinischen Relevanz sollte bei Erstdiagnose sowohl eine Keimbahntestung als auch eine Gewebediagnostik zur Überprüfung des BRCA-Status durchgeführt werden. Bei einem HRD-Score >42, ermittelt am Tumorgewebe, liegt definitionsgemäß eine Defizienz vor [3].

Operation

Die operative Therapie stellt nach wie vor eine wesentliche Therapiesäule in der Behandlung des Ovarialkarzinoms dar. Ziel ist es, sowohl eine makroskopische Komplettresektion der Tumormanifestation als auch ein dezidiertes Staging zur Bestimmung des Tumorstadiums durchzuführen. In den Frühstadien FIGO I–IIA erfolgt die Längslaparotomie mit gesamter Bauchhöhlenexploration, bilateraler Adnexektomie, Hysterektomie, paraaortaler und pelviner Lymphonodektomie (LNE), Omentektomie (mind. infrakolisch), Peritonealzytologie und Biopsien auffälliger Peritonealbefunde. In bis zu 30 % können hierdurch okkulte Lymphknotenmetasen gefunden werden, die zu einem Up-Staging und einer entsprechend erweiterten adjuvanten Therapie führen [2]. Die Auswertung der ACTION-Studie zeigte, dass ein vollständiges operatives Staging in den Frühstadien sowohl das progressionsfreie (PFS) als auch das Gesamtüberleben (OS) signifikant verlängert [4].

In den fortgeschrittenen Tumorstadien (FIGO IIB–IV) richtet sich die operative Intervention nach dem intraoperativen Tumorbefall. Auch hier profitieren die Patientinnen von einer makroskopischen Komplettresektion der Tumormasse. Daher umfasst die Debulking-Operation die gesamte Bauchhöhlenexploration, die Hysterektomie, die bilaterale Adnexexstirpation, die infragastrische Omentektomie und die Peritonektomie des kleinen Beckens, der parakolischen Rinne und ggf. weiterer befallener Areale sowie die oft ausgeprägte multiviszerale Resektion von u.a. befallenen Darmanteilen oder z.B. der Milz. Die von der AGO 2008 – 2012 durchgeführte LION-Studie zeigte, dass die systematische LNE in den FIGO-Stadien IIB–IV keinen Einfluss auf das PFS oder OS hat [5]. Daher sollte ab FIGO IIB auf die LNE verzichtet werden, sofern die Lymphknoten makroskopisch unauffällig sind. Perioperativ sollten multimodale Therapieansätze, wie das ERAS-Konzept genutzt werden, um das postoperative Outcome zu verbessern [6].

Immer wieder kontrovers wird der optimale Operationszeitpunkt diskutiert. Ein mögliches Intervall-Debulking nach drei Zyklen Chemotherapie wurde sowohl in der EORTC- als auch in der CHORUS-Studie untersucht und konnte keinen signifikanten Überlebensvorteil zeigen [7, 8]. Daher bleibt der Standard beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom ein primäres Tumor-Debulking. Eine neoadjuvante Chemotherapie sollte lediglich in individuellen Situationen z.B. beim inoperablen Situs erwogen werden. Die TRUST-Studie der AGO wird in Zukunft weitere Daten zum idealen Operationszeitpunkt liefern [9]. Basierend auf der aktuellen Datenlage ist der Einsatz einer hyperthermen intraperitonealen Chemotherapie HIPEC bei Patientinnen mit Ovarialkarzinom nicht gerechtfertigt [2].

AUTOREN

Dr. Christoph Rogmans
Dr. Melanie Schubert
PD Dr. Marion van Mackelenbergh
Dr. Franziska Hemptenmacher
Dr. Luisa Proppe
Prof. Lars Hanker
Henriette Princk
PD Dr. Maggie Banys-Paluchowski
Prof. Achim Rody
Prof. Nicolai Maass
Prof. Dirk Bauerschlag

Medikamentöse Therapie

Standard in der medikamentösen Therapie des Ovarialkarzinoms ist weiterhin die platinhaltige Chemotherapie, auf welche in der Primärsituation lediglich im Frühstadium FIGO IA Grad 1 verzichtet werden sollte. In der Primärsituation des frühen Ovarialkarzinoms wird die platinhaltige Chemotherapie als Monotherapie durchgeführt, wohingegen sie beim fortgeschrittenen Ovarialkarzinom FIGO IIB–IV aus sechs Zyklen Kombinationschemotherapie mit Carboplatin (AUC 5) und Paclitaxel (175 mg/m2) im Abstand von drei Wochen besteht. Zusätzlich kann ab FIGO IIIB eine Behandlung mit dem Vascular-endothelial-growth-factor(VEGF)-Antikörper Bevacizumab über einen Zeitraum von insgesamt 15 Monaten erfolgen [2]. Bevacizumab zeigte in der Kombination mit der Chemotherapie einen synergistischen Effekt und eine signifikante Verbesserung des PFS von ca. 4 Monaten [10]. Die neue wesentliche Säule in der medikamentösen Therapie des Ovarialkarzinoms stellt die Erhaltungstherapie mit Poly-ADP-Ribose-Polymerase(PARP)-Inhibitoren mit ihren Vertretern Olaparib und Niraparib dar, welche nach Ansprechen auf die platinhaltige Erstlinientherapie eingesetzt werden können. Für das Niraparib gilt der Einsatz unabhängig vom BRCA- und HRD-Status. Olaparib wird hingegen bei BRCA1/2-Mutation als Monotherapie verwendet und bei positivem HRD-Status als Kombinationstherapie mit Bevacizumab. Als erste Studie konnte hier kürzlich die PAOLA-1-Studie einen bedeutsamen Benefit hinsichtlich des OS für Patientinnen mit positivem HRD-Status und/oder BRCA1/2-Mutation (5-year OS rate: 65,5 % vs. 48,4 %; HR 0,62, 95 % CI 0,45–0,85) durch die Kombination von Olaparib und Bevacizumab belegen [11–14].

Rezidivtherapie

Die drei Säulen der Rezidivtherapie sind: Rezidivoperation, Chemotherapie und Erhaltungstherapie mit PARPi. Die Rolle einer erneuten chirurgischen Intervention war lange Zeit weitgehend unklar. Im Rahmen der DESKTOP-III-Studie konnte gezeigt werden, dass die Rezidivoperation in einem hierfür qualifiziertem Patientinnenkollektiv (u.a. positiver AGO-Score, platinsensitives Rezidiv), einem hierfür qualifizierten Operationsteam und dem Ziel der makroskopischen Komplettresektion eine entscheidende Therapieoption darstellt mit einer Verlängerung des OS um ca. 8 Monate [15].

Bei Patientinnen mit einem platinresistenten und/oder platinrefraktären Ovarialkarzinom ist eine nicht-platinhaltige Monotherapie (pegyliertes liposomales Doxorubicin/Topotecan/Gemcitabin/wöchentliches Paclitaxel) der Kombinationschemotherapie überlegen. Eine Hinzunahme von Bevacizumab kann bei Patientinnen ohne zuvor erhaltene VEGF-gerichtete Therapie erwogen werden.

Im Falle des platinresponsiven Ovarialkarzinoms ist die Kombinationstherapie von Carboplatin (mit Paclitaxel/pegyliertem liposomalem Doxorubicin/Gemcitabin) der Monotherapie überlegen. Patientinnen mit erstem Rezidiv, die noch keine VEGF-gerichtete Vortherapie erhalten haben, können mit einer Kombination von Carboplatin + Paclitaxel + Bevacizumab oder Carboplatin + Gemcitabin + Bevacizumab behandelt werden. In der GOG 213 konnte durch die Addition von Bevacizumab gegenüber dem Vergleichsarm eine Verbesserung des OS gezeigt werden [16].

Im Falle eines partiellen oder kompletten Therapieansprechens auf eine abgeschlossene platinhaltige Rezidivtherapie sollte bei Patientinnen mit einem HGSC eine Erhaltungstherapie mit dem PARPi (Niraparib, Olaparib, Rucaparib) angeboten werden. Diese Therapie kann unabhängig von einer HRD, BRCA1/2-Mutation, dem zuvorigen Therapieregime (+/- Bevacizumab) eingesetzt werden [17–19].

Eine Möglichkeit der nochmaligen Erhaltungstherapie mit einem PARPi nach bereits erfolgter Erhaltungstherapie mit einem PARPi wird durch die Daten der OReO-Studie eröffnet [20].

Wichtig für den klinischen Alltag ist, dass die PARPi Therapie frühestens vier Wochen nach Beendigung der Chemotherapie begonnen wird, da ansonsten die Nebenwirkungsrate sehr hoch ist. Zu überwachende Nebenwirkungen sind Anämie, Thrombopenie, Fatigue, Arthralgien, Pneumonitis und in 2 % Myelodysplastische Syndrome bzw. die akute myeloische Leukämie.

Ausblick

Immuncheckpointinhibitoren spielen im Therapiealgorithmus anderer Tumorentitäten eine entscheidende Rolle. Daher wurden auch beim Ovarialkarzinom eine Reihe von Studien aufgelegt, die sowohl die Wirksamkeit der PD-1-Inhibitoren (programmed cell death protein 1), als auch der PD-L1-Inhibitoren (programmed cell death 1 ligand 1) untersuchen. Jedoch waren die Ergebnisse bislang wenig ermutigend. Die IMAGYN-50-Studie untersuchte plazebokontrolliert die Wirksamkeit von Atezolizumab + Paclitaxel + Carboplatin + Bevacizumab und konnte keinen signifikanten Unterschied im PFS zeigen [21]. Eine zweite Firstline-Studie, die Javelin Ovarian 100 wurde vorzeitig abgebrochen [22].

LITERATUR BEI DEN VERFASSERN

ANZEIGE

Prof. John Baines

Polymorphes Gen im Fokus der CAU

EVOLUTION Kieler Evolutionsforschende beschreiben einen neuen Weg, mit dem sich anhand bekannter Krankheitsgene künftig bislang unbekannte Krankheitserreger identifizieren lassen.

Bestimmte Gene können in den Individuen einer Art in verschiedenen, funktionell voneinander abweichenden Varianten vorliegen. Führen sie zu deutlichen Unterschieden zum Beispiel in der äußeren Erscheinung oder der Anfälligkeit für Krankheiten, spricht man in der Biologie von Polymorphismus. Ein typisches Beispiel dafür besteht in einer Reihe von Genen, deren Varianten für die Ausprägung der verschiedenen Blutgruppen verantwortlich sind. Diese polymorphen Gene können zugleich blutgruppen- und krankheitsrelevant sein. Ein Forschungsteam der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) und dem Max-Planck-Institut für Evolutionsbiologie (MPI-EB) um Prof. John Baines hat am Beispiel von Mäusen ein polymorphes Gen untersucht, genannt B4galnt2, das sich beim individuellen Tier in den Blutgefäßen und beziehungsweise oder den Darmzellen auswirken kann.

Die Forschenden zeigen, dass es je nach Variante neben einer Blutgerinnungsstörung auch eine bessere Immunität gegenüber Bakterieninfektionen bewirken kann. Anhand der Identifizierung eines bislang unbekannten Bakteriums aus der Gattung Morganella gelang ihnen, die Beteiligung einer individuellen Variante von B4galnt2 an der Abwehr von Krankheitserregern zu demonstrieren. Diese Gruppe von Mikroorganismen kann bei Menschen besonders in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen problematische Infektionen verursachen. In einer pathometagenomischen Analyse zeigen die Forschenden, dass bei Mäusen mit dem B4galnt2-Genotypen das Vorkommen dieses entzündungsrelevanten Bakteriums stark eingeschränkt ist. Damit gelang ihnen exemplarisch die Aufklärung eines evolutionären Kompromisses zwischen genetischem Krankheitsrisiko und dem evolutionären Vorteil der Pathogenresistenz, den Mäuse mit der dauerhaften Beibehaltung eines Polymorphismus bei diesem Gen eingehen.

Im Laufe der Evolution sorgt der von Infektionskrankheiten ausgeübte Selektionsdruck dafür, dass bestimmte für die Immunabwehr wichtige Gene bevorzugt und deren entsprechende Variationen beibehalten werden. Damit gehen Lebewesen zugleich evolutionäre Kompromisse ein: Bei Mäusen ist bekannt, dass sie alternative Formen, sogenannte Allele, des blutgruppenbezogenen B4galnt2-Gens seit fast drei Millionen Jahren aufweisen, obwohl sie eine veränderte Ausprägung der Blutgerinnung verursachen. Diese sorgt für eine verlängerte Blutung nach Verletzungen. „Jüngste Fortschritte im wissenschaftlichen Verständnis des Blutgerinnungssystems deuten darauf hin, dass die genetische Variation auch an der angeborenen Immunität und der Abwehr von Pathogenen beteiligt sein kann, so dass wir einen möglichen Vorteil des B4galnt2-Gens in diesem Bereich suchten“, erklärt Baines.

Das Forschungsteam untersuchte zunächst das Darmgewebe der Tiere auf das Vorhandensein von Entzündungen. Anschließend identifizierten sie per Genomsequenzierung die im Darm vorhandenen Mikroorganismen, um Zusammenhänge von Mikrobiomzusammensetzung und Entzündungsanzeichen aufzuspüren. Es zeigte sich, dass einzelne Bakterienarten beim Vorliegen von Entzündungen und speziellen Genotypen von B4galnt2 überproportional aktiv sind. Diese Beobachtung konnten die Forschenden auf eine bis dahin unbekannte Unterart aus der Bakterien-Gattung Morganella eingrenzen: Bei Tieren mit dem für die Blutgefäße relevanten Allel und dem damit verbundenen Risiko für die Blutgerinnungsstörung zeigten sich weniger Entzündungsanzeichen, das Bakterium kommt bei ihnen fast nicht vor. Bei Mäusen mit der Expression von B4galnt2 im Darm ist es dagegen klar nachzuweisen. Das Vorliegen von Entzündungen deutet hier auf die Pathogenität des Bakteriums hin. „Während diese Tiere kein Risiko für eine gestörte Blutgerinnung tragen, kann die Expression von B4galnt2 in ihrer Darmschleimhaut verschiedene Krankheitserreger begünstigen. Im Fall unserer Analyse sind es Morganella-Bakterien, die dort Entzündungen hervorrufen“, so Baines.

In Infektionsexperimenten mit Labormäusen, die sich nur durch die Allele des B4galnt2-Gens unterschieden, konnten die Forschenden belegen, dass ihr neuartiger pathometagenomischer Ansatz prinzipiell dazu geeignet ist, noch unbekannte Krankheitserreger in wildlebenden Tieren zu identifizieren und damit mögliche Gefahren solcher zoonotischer Erreger für den Menschen zu überwachen.

Zudem lieferte das Forschungsteam eine weitere Bestätigung für eine Hypothese zum evolutionären Ursprung der Blutgruppensysteme im Allgemeinen vor. Ein Pionier der Evolutionsbiologie, der britische Genetiker J.B.S. Haldane, sah schon in der Mitte des 20. Jahrhunderts voraus, dass die Blutgruppen und die Resistenz gegenüber Krankheitserregern zusammenhängen könnten. Mit Hilfe der pathometagenomischen Analyse gelang es den Forschenden, einen Zusammenhang zwischen der Resistenz gegen Krankheitserreger und einem blutgruppenbezogenen Gen aufzuzeigen und so Haldanes Hypothese experimentell zu untermauern. (PM/RED)

FOTO: © CHRISTIAN URBAN, UNI KIEL

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

ACLS-Training (Advanced Cardiac Life Support)

Der Kurs wendet sich an alle, die eine größere Sicherheit in den Maßnahmen der kardiopulmonalen Reanimation erlangen und über die Basismaßnahmen hinaus auch die erweiterten, insbesondere pharmako- und elektrotherapeutischen Maßnahmen beherrschen wollen.
Inhalte:

- Theoretische Grundlagen gemäß den aktuellen ERC-Leitlinien
- Einfache Szenarien zu den verschiedenen Formen des Herz-Kreislauf-Stillstandes
- Komplexere Szenarien zu Periarrestarrhythmien und anderen vitalbedrohlichen Notfallsituationen
- Tipps und Tricks rund um die Reanimation

Nächster Termin: 22. April 2023
(Fortbildungspunkte: 10, Fortbildungsstunden: 8)

Auffrischung oder Wiedereinstieg für Medizinische Fachangestellte (E-Learning)

Unter dem Titel „Gut vorbereitet" bietet die Akademie mittlerweile einige kostengünstige E-Learning-Module an, die sich sehr gut als Auffrischung oder Wiedereinstieg für Medizinische Fachangestellte eignen:

- Gut vorbereitet: EKG-Basics
- Gut vorbereitet: Fehler vor, während und nach der Blutentnahme vermeiden
- Gut vorbereitet: Harnuntersuchung mittels Urinteststreifen
- Gut vorbereitet: Hygienische Schutzmaßnahmen
- Gut vorbereitet: Mikrowellenbehandlung
- Gut vorbereitet: Blutdruck

Nächste Termine: E-Learning-Module können Sie laufend bei uns buchen.

Professionelle Gesprächsführung

Ungeduld, Ärger, Missverständnisse, verunglückte Gespräche und Zeitnot bei gleichzeitig hohem Anspruch an die Kommunikation im Krankenhaus oder in der Praxis schaffen ein hohes Stresspotenzial. Da werden Anweisungen nicht befolgt, die Emotionen kochen hoch, wo Sachlichkeit am Platze wäre, Feindseligkeit schwingt zwischen den Zeilen mit und manchmal beschleicht einen die Frage: liegt der Webfehler bei mir oder bin ich nur von „Schwachköpfen" umgeben.
Eigentlich wollen Sie nur effektiv, qualitativ gut und zu Ihrer und Aller persönlichen Zufriedenheit arbeiten und Ihre Ziele erreichen – doch Kooperation, Absprachen und damit menschliche Empfindlichkeiten bergen eine Unzahl von Fallstricken.
Wir „behandeln" in diesem Seminar schwierige Situationen, Themen und Menschen. Sie lernen zu differenzieren, wie problematisch Menschen „ticken", welche Situationen Zündstoff bergen, welche Gesprächstechniken weiterführen und wenn Sie wollen auch, was Ihre eigenen Anteile an einem misslungenen Dialog sind. Lernen und üben Sie in diesem Seminar, was man tun kann und was man lassen muss, damit Andere ausführen, was Sie anordnen, Kooperation gelingt, Missverständnisse seltener werden, Akzeptanz und Compliance zunehmen, schwierige Menschen weniger schwierig werden, die Motivation und der Einsatz der Mitarbeitenden steigen und Sie selbst gelassener, souveräner und zufriedener werden.
Nächster Termin: 28. bis 29. April 2023
(Fortbildungspunkte: 19, Fortbildungsstunden: 16)

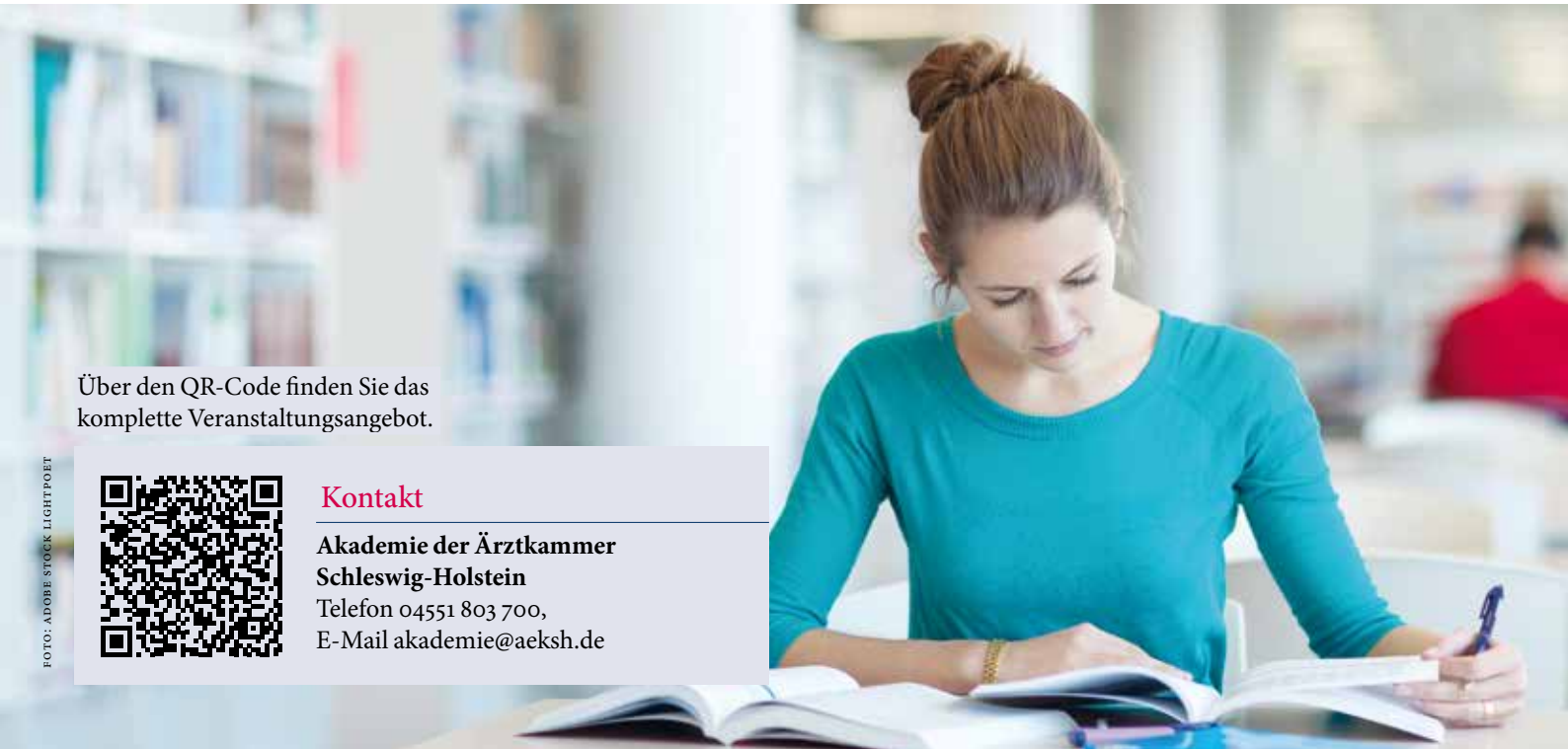


FOTO: ADOBE STOCK LIGHTPOET

Über den QR-Code finden Sie das komplette Veranstaltungsangebot.

Kontakt

Akademie der Ärztkammer Schleswig-Holstein
Telefon 04551 803 700,
E-Mail akademie@aeksh.de

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

MÄRZ/APRIL/MAI 2023

25. März	**7. Tag der Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein**	**CAU, Kiel** Telefon 0431 500 30101 office@allgemeinmedizin.uni-kiel.de https://express.converia.de/frontend/index.php?sub=1030 Punkte beantragt
28. März	**Rationale Diagnostik bei Diarrhoe Onlinefortbildung**	**UKSH, Kiel** Telefon 0431 500 19004 Maria.Dreyer@uksh.de www.1med-live.uni-kiel.de 1 Punkt
1. April 13. Mai	**Arbeit mit dem Ego-State-Ansatz in der psychodynamischen Psychotherapie** **Geschlechter-Vielfalt in der psychotherapeutischen Versorgung sensibel berücksichtigen**	**NGaT** sekretariat@ngat.de www.ngat.de Punkte beantragt
5. April	**Wie kann die Implementierung von Palliative Care in der stationären Pflege gelingen?**	**Hospiz- und Palliativverband Schleswig-Holstein e.V.** Telefon 0431 9088 550 anmeldung@hpvsh.de www.hpvsh.de Punkte beantragt
29. März 5. April 21./22. April	**4. Symposium des Exzellenzzentrums Mastozytose** **Myeloproliferative/ Myelodysplastische Neoplasien aktuell** **Kieler Laborkurs – Mikroskopierkurs für Anfänger**	**UKSH, Universitäres Cancer Center Schleswig-Holstein** Telefon 0431 500 18 501 Telefon 0451 500 18 503 uccsh@uksh.de www.uksh.de/uccsh Punkte beantragt

WEITERE TERMINE

Fit für den Praxisalltag

22.05. – 25.05.2023, 14:00 – 18:30 Uhr

Aufgrund von Stress und hoher Belastung kehren viele Medizinische Fachangestellten den Arztpraxen den Rücken. Dies hat ein Personalmangel zur Folge, welcher durch das Einstellen „ungelernter" MFA's ausgeglichen werden soll. Häufig fehlt den ungelernten MFA's aber das nötige Know- How, um den Praxisalltag erfolgreich unterstützen zu können.
Dieses Wissen wollen wir Ihnen mit unserer neuen Fortbildung „Fit für den Praxisalltag" vermitteln. In einer Workshopwoche, die von Montag bis Donnerstag stattfinden wird, werden Ihnen in sieben Modulen, alle wichtigen Inhalte vermittelt.

Modul 1: Grundlagen der Krankheitslehre
Modul 2: Das Gesundheitssystem in Deutschland
Modul 3: Abrechnung EBM/GOÄ
Modul 4: Praxisorganisation
Modul 5: Hygienemanagement
Modul 6: Arbeitssicherheit
Modul 7: Datenschutz

Am Ende der Fortbildungsreihe legen die Teilnehmer eine 30-minütige Prüfung, in Form eines Multiple-Choice Test ab und erhalten nach erfolgreicher Prüfung ein persönliches Abschlusszertifikat.

Ziel ist es, dass Sie am Ende der Workshopwoche ein breitgefächertes Know-How besitzen, um den Praxisalltag erfolgreich zu unterstützen.

Die Workshopwoche richtet sich an alle Quer- und Wiedereinsteiger, MFA's in der Ausbildung sowie andere Berufsgruppe, die im Gesundheitswesen arbeiten möchten.

Weitere Informationen und Anmeldung:
Ärztegenossenschaft Nord eG
Bahnhofstr. 1 - 3
23795 Bad Segeberg
Telefon 04551 99 990
E-Mail kontakt@aegnord.de
https://aegnord.de/veranstaltungen/fit-fuer-den-praxisalltag/

WEITERE INFORMATIONEN BEI DEN VERANSTALTERN.
ALLE ANGABEN OHNE GEWÄHR.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise für die April-Ausgabe: 23. März 2023

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

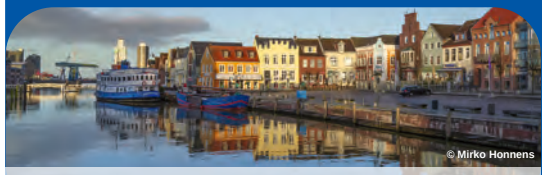
STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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 April 21.März 2023

STELLENANGEBOTE

Kreis Nordfriesland



Moin
Lieblingsland.

WIR SUCHEN SIE! (m | w | d)

FB 2 • Fachdienst Gesundheit

Leitung des Gesundheitsamtes

» 39 bzw. 41 Std./Woche • EG 15 TVöD bzw. A 16 SHBesG

» Bewerbungsfrist bis 2. April 2023 • fon (0 48 41) 67 - 1 09

Infos unter nordfriesland.de — Willkommen!

Praxis für Anästhesie
Dres. Lück / Wüsten
Ortsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaft

Große Anästhesiepraxis mit breitem klinischen Spektrum sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt zur Verstärkung einen

Facharzt für Anästhesie (m/w/d)
in Voll- oder Teilzeit.

Unser Wirkungskreis ist in der ambulanten, belegärztlichen und stationären Medizin in Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein.

Tel. 040 31 77 92-0 / Info@Narkose-HH.de

Gut eingeführte hausärztlich- internistische BAG im Hamburger Norden sucht **ab dem 01.07.2023** eine/n

Internistin/en oder Allgemeinmediziner/in
in angestellter Position für 30 Wochenstunden.
Freundliche Praxisräume und ebensolches Arbeitsklima vorhanden.
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: praxisteampartner@web.de

---

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSS:
Heft April 21. März 2023

Weiterbildungsstelle Allgemeinmedizin

Hausarztpraxis in der wunderschönen kleinen Hansestadt STADE sucht zeitnah freundlichen u. tatkräftigen Weiterbildungsassistenzarzt/ ärztin in Teil- oder Vollzeit mit leistungsgerechter Vergütung u. Option zur späteren Kooperation.

Dr. med. Irena van den Daele • Obstmarschenweg 331 · 21683 Stade
Tel: 04146-93 00 61 · irenavandendaele@hotmail.de

Sie möchten in einer großzügig ausgestatteten, modernen Praxis in einem netten großen Team mit individuell planbaren Arbeitszeiten arbeiten? Sie möchten keine Nacht- und Wochenenddienste mehr leisten?

Dann kommen Sie zu uns! Wir suchen für das **MVZ in Wahlstedt**

FA/FÄ für Innere Medizin (gerne Gastroenterologie) und
FA/FÄ für Chirurgie, Unfallchirurgie oder Orthopädie.

Weitere Infos: **www.MVZWahlstedt.de** · Kontaktaufnahme**: MVZW@web.de**
oder rufen Sie uns direkt an: **0179 / 235 19 09**

STELLENANGEBOTE

MEDIZINICUM
HAMBURG

MEDIZINICUM – Gemeinsam für bessere Medizin

Im MEDIZINICUM – Hamburgs interdisziplinärer Hightech-Klinik und Praxisgruppe – arbeiten 55 erfahrene und renommierte Ärzte aus über 25 Fachgebieten eng zusammen. Unser Zentrum gehört zu den größten Zentren im Bereich der interdisziplinären Medizin in Deutschland.

Für unseren Standort in Hamburg-Bergedorf suchen wir ab sofort für 21 Std./Woche

Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie (m/w/d)

vorzugsweise mit Pränataldiagnostik

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. Ahmadi, Ärztlicher Direktor, telefonisch unter 040 3208831-11 gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen, die Sie bitte an ahmadi@medizinicum.de oder an folgende Adresse richten:

MEDIZINICUM GmbH
Personalwesen
Stephansplatz 3 · 20354 Hamburg ·
www.medizinicum.de

FÄ/FA Allg./Innere Medizin

unbefristet in Voll- oder Teilzeit für Hausarztpraxis am östlichen Hamburger Stadtrand (Oststeinbek) gesucht. Flexible Arbeitszeiten.

info@hausarzt-radzko.de
Tel.: 040-713 11 30

elbbüro
anzeigen@elbbuero.com

Facharzt für Allgemein/ Innere Medizin (m/w/d)

zur Anstellung für moderne, gut ausgestattete Hausarztpraxis in Holm bei Wedel ab sofort gesucht. VZ/TZ, beste Arbeitsbedingungen.

Kontakt:Praxis-West@web.de.

Psychiatrie/Psychotherapie
WB- und FÄ-Stelle

WB-Ermächtigung 18 Monate ab 6/23 / nach Absprache für Praxis in Reinbek, nahe HH (HVV - S 21).

Praxis Dr. med. Uhlmann
geuhlmann@gmx.net

FACHARZT (M/W/D) FÜR DAS ZENTRUM FÜR HYPERBARMEDIZIN HAMBURG

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin Fachärzte (m/w/d) für unser Druckkammerzentrum in Hamburg/Altona in Festanstellung oder auf selbstständiger Basis.

WER SIND WIR?

Das Zentrum für Hyperbarmedizin Hamburg gehört mit zu den modernsten hyperbaren Behandlungszentren in Deutschland.

Das Leistungsspektrum der Hyperbaren Sauerstofftherapie umfasst die Behandlung von aseptischen Knochennekrosen, chronischen Wunden, Bestrahlungsspätfolgen, akuten Innenohrerkrankungen, Long Covid und weitere Indikationen.

Auch die Nachbehandlung von Taucherkrankheiten zählen zum Spektrum der HBO.

Wenn Sie sich für diese Therapie und die Tätigkeit in unserem Zentrum interessieren, Sie in einem engagierten Team mitarbeiten und sich permanent weiterbilden wollen, freuen wir uns auf Ihre Bewerbung.

WIR BIETEN:

- Eine anspruchsvolle und interessante Tätigkeit mit einer attraktiven Vergütung.
- Sie finden bei uns ein Klima, das durch teamorientiertes Arbeiten und ein kollegiales Miteinander bestimmt ist.
- Eigenverantwortliches Handeln und die Möglichkeit die Entwicklung das Unternehmen mitzugestalten.
- Diverse Benefits wie Druckkammerzentrum-Mastercard mit monatlichem Verfügungsbudget, betriebliche Altersvorsorge und Kostenzuschuss für den ÖPNV.
- Sie erhalten eine strukturierte Einarbeitung und das Angebot zu ständiger fachlicher Weiterbildung.
- Wir bilden Sie gerne zum Druckkammerarzt (m/w/d) weiter.

IHRE QUALIFIKATION:

- Facharztausbildung vorzugsweise in den Bereichen Anästhesie, Innere Medizin, Allgemein Medizin oder Chirurgie
- Interesse an der Tauch- und Überdruckmedizin
- Interesse am Tauchen, bestenfalls sind Sie bereits selbst Taucher/in

KLINGT GUT?

Dann senden Sie uns Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen inklusive eines möglichen Eintrittstermins und Ihrer Gehaltsvorstellung per E-Mail an:

HBO
ZENTRUM FÜR HYPERBARMEDIZIN HAMBURG

Zentrum für Hyperbarmedizin Hamburg ZHH GmbH
Holstenstraße 79-81 · 22767 Hamburg
Herr Stefan Lambert
lambert@hbo-hamburg.de
Tel.: 040-63 27 34 36

STELLENANGEBOTE

KREIS OSTHOLSTEIN

… flexibel, familienfreundlich, zuverlässig

Der Kreis Ostholstein sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für den Fachdienst Gesundheit

eine/n **Fachärztin / Facharzt** (m/w/d)

für Psychiatrie und Psychotherapie

für das Fachgebiet Sozialpsychiatrischer Dienst

- EG 15 TVöD – Vollzeit

Ärztinnen / Ärzte (m/w/d)

für den Amtsärztlichen Dienst sowie den Jugendärztlichen Dienst

- EG 14 TVöD – Vollzeit / Teilzeit

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

berufe-sh.de

ORTHOPÄDIE
Junger und ambitionierter Facharzt (m/w/d)

ab sofort als Verstärkung in starker orthopädischer Praxisgemeinschaft in der Hamburger Innenstadt und Alsterdorf gesucht. Die Ausrichtung kann sowohl operativ als auch konservativ sein. Spätere Partnerschaft durchaus möglich und erwünscht. Regelmäßige Arbeitszeiten, keine Nachtdienste, zusätzliche Verdienstmöglichkeiten, ggf. Dienstwagen.

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**

NÄCHSTER ANZEIGEN-SCHLUSS:

Heft April
21. März 2023

Moderne inhabergeführte Gemeinschaftspraxis im Hamburger Osten sucht

Gastroenterologen/in (m/w/d)

Schwerpunkt Endoskopie

in Voll- oder Teilzeit / flexible Arbeitszeiten.
Ein Einstieg in die BAG ist ggf. möglich.

Kontakt per E-Mail an: GastroenterologiePraxisHH@gmx.de

RADIOLOGIE
Keine Lust mehr auf Dienste und Überstunden?

Praxis bietet Work-Life-Balance für **Facharzt/WBA (w/m/d)**
Flexible Arbeitszeiten (TZ oder VZ) bei guter Bezahlung

Weitere Informationen auf: **www.radiologie-uelzen.de**

Angestellte Allgemeinmediziner in Teilzeit gesucht

für Hausarztpraxis in Pinneberg nahe Hamburg

dr.graefendorf@gmx.de Handy
01520 20 65 857

www.arztzentrum-pinneberg.de

ORTHOPÄDIE
Junger und ambitionierter Assistenzarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (m/w/d)

in fortgeschrittener Weiterbildung in unserer Praxisklinik mit eigenem Ambulatorium in der Hamburger Innenstadt gesucht. Eine Weiterbildung in nahezu allen arthroskopisch durchführbaren Operationen ist möglich und gewünscht; die konservative Weiterbildung erfolgt in orthopädisch-unfallchirurgischen Sprechstunden und dem gesamten Spektrum der Orthopädie. Regelmäßige Arbeitszeiten, keine Nachtdienste, zusätzliche Verdienstmöglichkeiten, ggf. Dienstwagen.

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**

STELLENANGEBOTE

© Fathema Murtaza

IHR NEUER ARBEITSPLATZ

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

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

Informieren Sie sich online: **www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten**

MEDECINS SANS FRONTIERES
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.

MEDIZINICUM
HAMBURG

MEDIZINICUM – Gemeinsam für bessere Medizin

Im MEDIZINICUM – Hamburgs interdisziplinärer Hightech-Klinik und Praxisgruppe – arbeiten 55 erfahrene und renommierte Ärzte aus über 25 Fachgebieten eng zusammen. Unser Zentrum gehört zu den größten Zentren im Bereich der interdisziplinären Medizin in Deutschland.

Für unseren Standort in Hamburg-Bergedorf suchen wir ab sofort für 5-10 Std./Woche

Fachärztin/Facharzt für Radiologie (m/w/d)

für unsere Brustsprechstunde.

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. Ahmadi, Ärztlicher Direktor, telefonisch unter 040 3208831-11 gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen, die Sie bitte an ahmadi@medizinicum.de oder an folgende Adresse richten:

MEDIZINICUM GmbH
Personalwesen
Stephansplatz 3 · 20354 Hamburg ·
www.medizinicum.de

Frauenärztin/Frauenarzt für eine Gemeinschaftspraxis in Nordfriesland gesucht.

Voll- oder Teilzeit möglich, attraktive Arbeitsbedingungen und sehr freundliches Team.

Kontakt unter Chiffre SH 51915

Sie haben Interesse an dieser Chiffre-Anzeige?

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

Eine Auskunft zum Inserenten kann und darf nicht erteilt werden.

Erfahrener FA Orthopädie/ Unfallchirurgie oder Chirurgie (m/w/d)

zur Anstellung in einem MVZ südliches Schleswig-Holstein mit ambulantem OP und D-Arzt-Zulassung **ab sofort in Voll- oder Teilzeit gesucht.** Spätere Partnerschaft möglich.

Bewerbung bitte an Chiffre SH 51888

Forschungszentrum Borstel
Leibniz Lungenzentrum

Wir suchen **ab dem 01.06.2023** für das MVZ des Forschungszentrum in **50% Teilzeit oder in Vollzeit** in Kombination mit einer Tätigkeit als Studienarzt im Studienzentrum des FZB eine/einen

Lungenfacharzt (w/m/d)

Innere Medizin/Pneumologie

Das Forschungszentrum Borstel ist das Lungenzentrum in der Leibniz Gemeinschaft. Wir sind ein international agierendes, von Bund und Ländern finanziertes Wissenschaftsunternehmen. Unsere zentrale Aufgabe ist die Forschung und ambulante Patientenversorgung auf dem Gebiet der Atemwegskrankheiten. Wir betreiben sowohl Infrastrukturen der Grundlagenforschung als auch ein MVZ Pneumologie und Studienzentrum. Wir haben ein Ziel: Bestehende Methoden zur Erkennung, Vermeidung und Behandlung von Lungenerkrankungen zu verbessern und neue, innovative Therapieansätze zu entwickeln.

IHRE AUFGABEN
- Patientenversorgung in der Pneumologischen Praxis incl. Polygraphie (0,5 Teilzeit)
- Möglichkeit zur Ergänzung zur Vollzeitstelle als 0,5 Studienarzt im Studienzentrum des FZB

IHRE KOMPETENZEN
- Abgeschlossenes Studium der Humanmedizin, FA Innere Medizin/Pneumologie
- gerne Zusatzbezeichnung Schlafmedizin, Allergologie
- Fachkunde Strahlenschutz Röntgenthorax-Diagnostik
- Selbstständige, strukturierte und verantwortungsvolle Arbeitsweise
- Interesse an pneumolgischen Forschungsfragen und Studien

UNSER ANGEBOT
- Interessantes Arbeiten in einem motivierten Team vor den Toren Hamburgs
- Vergütung angelehnt an TVÄ einschl. aller im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen, Privatpatientengeldbeteiligung
- Eine betriebliche Kindertagesstätte und Maßnahmen des Gesundheitsmanagements
- Familienfreundliche und flexible Arbeitsbedingungen
- Persönliche Atmosphäre und Förderung, Freude bei der Arbeit
- Möglichkeiten zum engen Anschluss an klinische Wissenschaftler auf den Gebieten Asthma, Allergien, COPD und mykobakterieller Erkrankungen

Das FZB ist für das Audit „berufundfamilie" zertifiziert und fördert gezielt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Das unterrepräsentierte Geschlecht wird bei gleicher fachlicher und persönlicher Eignung besonders berücksichtigt. Ebenso werden Schwerbehinderte bei sonst gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt. Weitere Informationen zu unserer Rekrutierungspolicy sowie unserer Zertifizierung „HR Excellence in Research" finden Sie auf unserer Homepage.
Rückfragen beantwortet Ihnen gerne Frau PD Dr. med. Barbara Kalsdorf unter der Tel. 04537-188-7580. Bitte bewerben Sie sich mit den üblichen Unterlagen (ohne Lichtbild) bis 31.03.2023 auf unserer Website **www.fz-borstel.de.**

Für uns sind Ihr Alter, Ihr Geschlecht und sexuelle Identität, Ihre Weltanschauung, Ihre ethnische Herkunft oder ein Handicap nicht von Bedeutung. Wir sind einzig und allein an Ihrem Wissen und Können und Ihrer Teamfähigkeit interessiert. Wenn auch für Sie attraktive Arbeitsinhalte und lösungsorientiertes Vorgehen wichtiger sind als Formalien, sind Sie bei uns richtig!

fz-borstel.de

Gastroenterologen & Hausärztin suchen Verstärkung

Attraktive Gemeinschaftspraxis in Itzehoe, fußläufig zum Bahnhof, mit zwei Gastroenterologen und einer hausärztl. Internistin sucht für beide Bereiche Verstärkung.

Wir bieten ein eingespieltes, fachlich kompetentes und herzliches Team, flexible Arbeitszeiten und ein breites medizinisches Spektrum. Teilzeittätigkeit und spätere Übernahme der KV-Sitze möglich.

Weiterbildungsbefugnis Innere Medizin und Gastroenterologie je 18 Monate, Allgemeinmedizin 36 Monate, CED-Schwerpunktpraxis.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter info@boese-prinzler-schwalenberg.de

---

Frauenklinik an der Elbe

Anästhesist/-in (m/w/d)

zur Verstärkung unseres Teams in der Frauenklinik an der Elbe **in Voll- oder Teilzeit gesucht!**

Perspektivisch spätere Partnerschaft möglich. Wir freuen uns über Zuschriften unter schulz@frauenklinik-elbe.de

PRAXISABGABE

Urologische Praxis in Landeshauptstadt Schwerin **sucht Nachfolger*in.**

Sehr gute Infrastruktur, neuwertige med.-techn. Ausstattung, langjähriges Praxisteam, überdurchschnittlicher Praxisertrag. Übergabezeitpunkt 2024-25, Übergangsmodelle sind möglich.

Kontakt unter: mail@wvd-berlin.de

Etablierte, großzügige
HAUSARZTPRAXIS
(FA Allg. Med.), nach 23 Jahren
ab sofort abzugeben.
188 qm, Barsbüttel Zentrum, am östlichen Stadtrand HH, mit hoher Neupatientenanfrage.
Kontakt unter Chiffre SH 51920

PRAXISNACHFOLGE (1/1 KV-Sitz)
für etablierte **anästhesiolog. Einzelpraxis** in Hamburg **gesucht**.
Kontakt unter Chiffre SH 51922

Psychosomatische Medizin
2 „halbe" Zulassungen zum 1. Okt. 2023 in Kiel abzugeben
gerhard.leinz@praxis-leinz.de
0176 – 96 75 03 30

Langjährig geführte
KINDERARZTPRAXIS
auf SYLT zeitnah **abzugeben.**
Infos unter: 0172-613 21 55

Orthopädische Praxis abzugeben,
konservativ mit digitalem Röntgen, etablierte Praxis im Zentrum Schwerins mit großem Patientenstamm, Planungsbereich SN / HWI / NWM
Kontakt unter: Orthopaedie-roentgen-sn@web.de

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

Senden Sie uns Ihr Anschreiben resp. Ihre Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Chiffre-Nummer der Anzeige per Post oder E-Mail.

Eine Auskunft zum Inserenten kann und darf nicht erteilt werden.

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

ASSOZIATION

Vertretung/Entlastung/ Mitarbeit in Teilzeit?

Langj. in Klinik u. Praxis erfahrener Internist sucht n. Kliniktätigkeit Mitarbeit in Allg./Intern. Praxis.

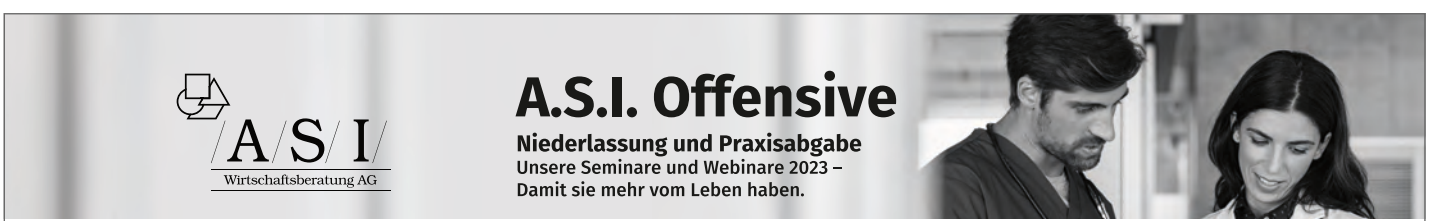
Kontakt:PB.Hamburg@t-online.de

KV-SITZ

1 oder ½ Hausarztsitz im Zentrum Kiels gesucht. Verlegung geplant.

Kontakt: kvsitz-gesucht@gmx.de

FORTBILDUNGEN



Niederlassen lohnt sich.

So vereinbaren Sie Freizeit, Familie und Beruf.
Allein oder gemeinsam – Businessplan – Einnahmen-/Ausgabenplanung – Mindestumsatzanalyse – Finanzierung und Absicherung – Rentabilitätsprognose – Praxis-/ und Mietverträge Vollmachten und Verfügungen – private und berufliche Lebensentwürfe vereinbaren
Kostenlose Teilnahme

Die Praxis erfolgreich abgeben.

Sorgenfrei, sicher, seriös.
Nachfolgersuche – Praxisbewertung – Organisation – Recht – Steuern – Finanzen - Vollmachten und Verfügungen – Ganzheitliche Ruhestandsplanung
40 € Teilnahmegebühr

Sie haben Fragen?
Wir helfen Ihnen gern.

Melden Sie sich bitte hier an =>

A.S.I. Wirtschaftsberatung AG
Von-Steuben-Str. 20
48143 Münster
Tel.: 0251-2103-228
E-Mail: anmeldung@asi-online.de

Mehr Sicherheit durch unsere bundesweiten Seminare und Webinare. Termine u. Orte unter:
www.asi-online.de/offensive2023

PRAXISRÄUME

NEU IN BAD BRAMSTEDT:

Medizinisches Versorgungszentrum

Facharzt-Zentrum

VOLL VERMIETET

PRAXISFLÄCHEN FREI

Tel. 0451 47001-133
facharztzentrum@schuett-bau.de

Baubeginn 2023, Fertigstellung 2025

HIM3 GMBH
HIM 3 GmbH
Wisbystraße 2
23558 Lübeck

MÖLLN - neues ÄRZTEHAUS

demnächst sind im sanierten Ärztehaus (ehem. SCHLESWAG) Praxisräume zu vermieten. Lt. KVSH sind 2,5 Allgemeinarztstellen für Mölln frei. Energiepaß wird zum Besichtigungstermin vorgelegt.

Weitere Infos: steffens@zfb-projekte.de oder Tel. 040/720 92 80

Wir suchen zum 01.10.2023 Nachmieter für unsere Praxisräume in Bad Segeberg.

Zentrale, ruhige Lage in der Fußgängerzone von Bad Segeberg, 1. OG, Südfront, circa 100 m², 2 WC, Küche, Balkon.

Geeignet für Psychiatrie, Psychotherapie oder Ähnliches.

Mobiliar und Ausstattung kann nach Absprache übernommen werden.
Kontakt unter: Praxis@kjpp-barchewitz.de

Uneingeschränkte Aufmerksamkeit:
Stellenanzeigen im Ärzteblatt

NÄCHSTE AUSGABE: April /2023
ANZEIGENSCHLUSS: 21. März 2023

elbbüro fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | anzeigen@elbbuero.com | www.elbbuero.com

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung für Heilberufler

DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de

meditaxa Group

Berater für Ärzte seit über 50 Jahren.

RECHTSBERATUNG
FÜR DIE HEILBERUFE

Praxiskauf / -verkauf · Gemeinschaftpraxis · 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

Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

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: PD Dr. Maggie Banys-Paluchowski, Prof. Dirk Bauerschlag, Constanze Betker, Prof. Helmut Fickenscher, Susanne Elsner, Esther Geisslinger, Martin Geist, Prof. Lars Hanker, Dr. Franziska Hemptenmacher, PD Dr. Christian Herzmann, Dr. rer. nat. Nadja Käding, Prof. Alexander Katalinic, Prof. Nicolai Maass, PD Dr. Marion van Mackelenbergh, Henriette Princk, Dr. Luisa Proppe, Dr. rer. medic. Annicka Reuß, Prof. Achim Rody, Dr. Christoph Rogmans, Prof. Jan Rupp, Dr. Melanie Schubert, Dr. Simone Wolff

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. 9/2023 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)
Dr. Gisa Andresen (Vizepräsidentin)
Dr. Svante Gehring
Dr. Sabine Reinhold
Prof. Dr. med. habil. Doreen Richardt, LL.M
Dr. med. habil. Thomas Schang
Mark Weinhonig
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/Ärztestatistik
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
Vorsitzender des Aufsichtsrates
Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen
Geschäftsführung
Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de
Mitgliederservice
Telefon 04551 803 900
Fax 04551 803 939
mitglieder@vaesh.de

FACHBERATER

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

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

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

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

Kanzlei für Medizinrecht

Wir beraten Ärzte

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
PartG mbB

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

RAin Sabine Barth
Fachanwältin f. Medizinrecht

Holtenauer 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!

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSS:
Heft April 21. März 2023

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/
Holtenauer Straße 94, 24105 Kiel, Tel. (0431) 5644-30, Fax (0431) 5644-31
info@rohwer-gut.de, **www.rohwer-gut.de**

Die perfekte Kombination aus präklinischer **Notfallmedizin, oberärztlicher** Verantwortung und toller **Work-Life-Balance:**

Bewirb Dich bei uns als NEF-Standortleiter*in!

NOTARZTDIENSTE.DE

Wir sind Leistungserbringer der Notarztgestellung und besetzen mehrere Standorte in Nord-Ost-Deutschland ausschließlich mit festangestellten Notärzt*innen. Wir begeistern uns für präklinische Notfallmedizin mit hohem Qualitätsanspruch.

Informieren & bewerben

Unser ärztlicher Leiter PD Dr. med. Günther Mathiak freut sich auf ein Info- und Kennenlerngespräch:
Tel. 0 45 32 - 99 19 615
Bewerbungen bitte ausschließlich digital an: info@notarztdienste.de

Wir suchen Dich:

...als notärztliche*n Standortleiter*in in Festanstellung mit

- Facharztanerkennung
- profunder notärztlicher Expertise
- großem Einsatz für eine optimale Patientenversorgung gemäß aktueller Leitlinien
- Freude an Leitungsaufgaben, Qualitätssicherung und Gestaltung von Fortbildungen
- optimaler Weise bereits erster Leitungserfahrung

... als Notarzt*in in Festanstellung (Voll- oder Teilzeit) mit

- Zusatzbezeichnung Notfallmedizin
- Begeisterung für den Rettungsdienst
- hohem Qualitätsanspruch

Wir bieten Dir:

- als Standortleitung (Oberarzt*in): Einen AT-Vertrag mit übertariflichem Gehalt
- als Notarzt*in in Anstellung: Ein Facharztgehalt mit Zulagen
- keine Dienste in der Klinik
- eine äußerst flexible, individuelle Dienstplangestaltung mit ungewöhnlich hohem Freizeitanteil
- ein tolles Team mit großer Kollegialität
- einen über die A20 bestens erreichbaren Arbeitsplatz

NOTARZT DIENSTE.de