



Hilfe für Helfer

Dr. Astrid Freisen ist mit ihrer bipolaren Störung an die Öffentlichkeit gegangen. Ärztinnen und Ärzte mit psychischen und Suchtproblemen sind nicht auf sich allein gestellt.

Seiten 8 – 13

Nach der Wahl

Gesundheitspolitik
im neuen Bundestag

Seiten 14 – 15

Gynäkologie

Jahrestreffen in
Rendsburg

Seiten 39 – 41

Erfahrungen

Ein Arzt als Patient
und sein Resümee

Seiten 35 – 37





Schleswig-Holsteins bester Werbeträger für Ärzte

Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt informiert zehnmal 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

Interventionen auf allen Ebenen für die Gesundheit

Die Bundestagswahl ist gelaufen, die Interpretationen der Ergebnisse dauern an, Koalitionsverhandlungen werden bald anlaufen und eine Agenda für die nächsten Jahre festgelegt – gelebte Demokratie. Es wird viele Themenbereiche und Herausforderungen geben. Die Gesundheitspolitik ist nicht sehr beliebt, weil viele Akteure, große Probleme und hohe Ausgaben eine Rolle spielen. Dabei wird der Gesundheit als ein höchstes Gut eine herausgehobene Bedeutung in unserer Gesellschaft zugemessen. Sie stellt somit eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe im Sinne der Daseinsvorsorge dar.

Deshalb ist es eine wichtige Aufgabe einer neuen Regierung, die Gesundheitspolitik endlich mit der Dringlichkeit und dem Engagement anzugehen, die sie benötigt und verdient. Unser Gesundheitssystem und die, die tagtäglich darin arbeiten, stehen an dem Rand ihrer Belastbarkeit, es drohen Vertrauensverlust, Rückzug und zunehmende Versorgungslücken. Wir brauchen umsetzbare Lösungen für die drängendsten Probleme wie Vergütungs- und Finanzierungsstrukturen im ambulanten und stationären Bereich, eine Sicherstellung einer gemeinsamen flächendeckenden, qualitativ hochstehenden und werteorientierten Patientenversorgung und vor allem eine konsequente Entbürokratisierung des medizinischen Alltags ohne eine Misstrauenskultur – der bisherige Weg, zunehmende Komplexität durch mehr Reglementierungen lösen zu wollen, hat mehr Bürokratie geschaffen. Wir brauchen ein echtes, verlässliches Interventionsprogramm unter Einbezug der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und der Selbstverwaltung!

Ein anderes Interventionsprogramm wird schon seit langer Zeit von der Ärztekammer angeboten. Die Belastungen gerade von Ärztinnen und Ärzten nehmen kontinuierlich zu, was in eine Suchtproblematik münden kann. Neben dem Alkohol spielen auch andere, insbesondere organische Suchtstoffe eine Rolle, deren Zugänglichkeit ärztlicherseits leichter möglich ist. Deshalb ist die Zahl von Suchterkrankungen in unserer Berufsgruppe erhöht, wie auch die Selbstmordrate als letzter Ausweg im ärztlichen Bereich die höchste unter den akademischen Berufen darstellt. Diesen Kolleginnen und Kollegen vertraulich zu helfen und sie zu begleiten, ist zentrales Anliegen dieses Interventionsprogramms, das Schwerpunktthema in diesem Ärzteblatt.

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Die neue Regierung muss Gesundheitspolitik mit der Dringlichkeit und dem Engagement angehen, die sie benötigt.“



Inhalt

NEWS	6	Frauengesundheit: Interview mit Prof. Doreen Richardt	18	Interview mit Prof. Philip Rosenstiel	33
Neue Psychiatrie an der JVA Lübeck	6	MVZ-Überlegungen auf Amrum	20	Modellprojekt zur Genomdiagnostik	34
Viele Reserveantibiotika verordnet	6	KVSH: Abgeordnetenversammlung	21	MEINUNG	35
Heilungsverlauf per App verfolgen	6	Kompetenzzentrum für die Weiterbildung Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein	22	Erfahrungen eines Arztes als Patient	35
50 Jahre Luftrettung in Rendsburg	7	Kreis Segeberg zieht Konsequenzen	24	FORTBILDUNGEN	38
Nachsorgekonzept für die Reha	7	Neues Info-Angebot zum Impfen	25	Termine in der Akademie	38
TITELTHEMA	8	Operieren in Malawi	26	Gynäkologie: Jahrestagung des Landesverbandes	39
Psychische Gesundheit: Interview mit Dr. Astrid Freisen	8	Erfolgreiches Projekt am WKK Heide	28	Interview: Susanne Bechert und Doris Scharrel	40
Vom Tabu zu Taten	10	Zentrenbildung in der HNO	29	Externe Fortbildungstermine	42
GESUNDHEITSPOLITIK	14	PERSONALIEN	30	ANZEIGEN	43
Gesundheitspolitik nach der Wahl	14	MEDIZIN & WISSENSCHAFT	32	TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	46
Neuer Klinikbetreiber im Norden	16	Forschungsprojekt zu chronischen Erkrankungen	32		
Ausschuss berät Psychiatrieplanung	17				

FOTOS: UKSH, ADOBESTOCK II-GRAPHICS, ANKE BAUER/FACHKLINIK EREKLUM, PRIVAT
TITELBILD: SEBASTIAN KNÖTH FROSCHPERSPEKTIVE

18

**Festgehalten**

von Michael Jessen

Frauengesundheit in den Fokus rücken

Das Thema Frauengesundheit hat zahlreiche Facetten – die wenigsten davon spielen in der Gesundheitspolitik eine Rolle. Das möchten die Ärztekammer Schleswig-Holstein und ihre Vizepräsidentin Prof. Doreen Richardt ändern. Im Sozialausschuss des Landtages berichtete Richardt vergangenen Monat, wo sie Handlungsbedarf sieht. Im Interview mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt konkretisiert sie ihre Vorstellungen und verrät, welche Angebote die „Zielgruppe Frau“ benötigt.

Neue Psychiatrie an der JVA Lübeck

Die Justizvollzugsanstalt (JVA) Lübeck wird mit einer krankenhaushähnlichen vollstationären psychiatrischen Abteilung ausgestattet. Es wird die erste JVA in Schleswig-Holstein, die eine solche Abteilung erhält. Für den Neubau wurde kürzlich der erste Spatenstich gesetzt. Die künftige vollstationäre Abteilung ermöglicht eine Behandlung der Gefangenen gestaffelt nach Therapiefortschritt und Aufenthaltsdauer in unterschiedlichen Bereichen. Der Neubau soll bis Ende 2028 fertiggestellt sein. Nach heutiger Kalkulation werden die Baukosten bei rund 26 Millionen Euro liegen, die vom Land getragen werden. Schleswig-Holsteins Justiz- und Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) sprach von einem „Meilenstein“, weil zum Ziel einer gelingenden Resozialisierung auch angemessene medizinische Angebote für die Gefangenen zählen. Sie betonte: „Zu diesen gehören auch psychiatrische Behandlungsangebote, die wegen des steigenden Anteils von Gefangenen mit einem entsprechenden Behandlungsbedarf immer wichtiger werden.“ (PM/RED)



Zu viele Reserveantibiotika

Die Antibiotikaverordnungen in Schleswig-Holstein haben zugenommen und im Jahr 2023 das Niveau vor der Corona-Pandemie im Jahr 2019 überschritten. Nach Angaben der AOK Nordwest wurden insgesamt 1,2 Millionen Verordnungen für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgerechnet. Dies bedeutet einen Anstieg um 32,7 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Von der Gesamtzahl entfielen 43,9 % oder 526.000 Verordnungen auf Reserveantibiotika. AOK-Vorstandschef Tom Ackermann nannte diesen Anteil alarmierend, weil dies die Gefahr von Resistenzen erhöhe und die Behandlung lebensbedrohlicher Erkrankungen in Zukunft gefährde. Er kritisierte zugleich eine Stagnation bei der Entwicklung neuer Antibiotika durch die Industrie. (PM/RED)

Heilungsverlauf per App verfolgen

Den Heilungsverlauf nach einer Gelenkoperation per App verfolgen: Das soll über KI-aufbereitete Informationen aus einem Messgerät im Körper der Patienten möglich werden. Das Forschungsvorhaben SmILE (Smart Implants for Life Enrichment) zielt auf die Entwicklung solcher Lösungen ab, um Behandlungserfolge zu überwachen oder Komplikationen früh zu erkennen. Im Fokus des Projektes stehen ältere Menschen mit Erkrankungen des Bewegungsapparates, die zu chronischen Schmerzen und eingeschränkter Mobilität führen. Zwei Arbeitsgruppen des Lübecker UKSH-Standortes sind an dem aus EU-Mitteln finanzierten Projekt beteiligt, in dem 25 Institutionen aus zwölf europäischen Ländern zusammenarbeiten. Herzstück ist die Entwicklung einer implantierbaren Messplattform, die mit Sensoren bestückt werden kann, um Daten über den Stand einer Erkrankung oder den Zustand einer Prothese zu gewinnen. Die gesammelten Daten werden über eine Gesundheitsplattform verarbeitet, die auf die Bedürfnisse älterer Menschen zugeschnitten ist. Sie soll es ihnen ermöglichen, einen Überblick über ihren Gesundheitszustand zu erhalten und individuelle Empfehlungen zu bekommen. Die Plattform wird durch ein KI-gesteuertes System unterstützt, das Patientendaten mit Daten aus verschiedenen Quellen wie Gesundheitsfragebögen, Implantaten, Wearables kombiniert. So entsteht ein „Datenökosystem“, das Patienten als auch Gesundheitsdienstleistern Erkenntnisse bietet. Ein Team der Lübecker Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie will im Rahmen dieses Projekts die Nachsorge nach Schulteroperationen verbessern. Projektleiter ist Dr.-Ing. Robert Wendlandt, Leiter des Labors für Biomechanik und Biomechatronik. Um bei allen SmILE-Vorhaben die Bedürfnisse, Fähigkeiten und Lebensumstände der Patienten zu berücksichtigen, werden sie in Entwicklungs- und Forschungsprozesse eingebunden. Das Lübecker UKSH-Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie unter Leitung von Prof. Alexander Katalinic ist für diese Einbeziehung der Betroffenen aus drei europäischen Ländern verantwortlich. (PM/RED)

Podcast zur Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte

Dr. Domagoj Schunk leitet die Zentrale Notaufnahme des UKSH in Kiel und nimmt seit Jahren wahr, dass Aggressionen, verbal oder körperlich geäußert, von Patienten gegenüber dem Klinikpersonal zunehmen. Über seine Erfahrungen berichtet Schunk in einem Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden.

Darunter u.a.:

- ▶ Gynäkologin Susanne Bechert: Neue Vorsitzende im Landesverband
- ▶ Johannes Rieken: Dringliche Patientenfälle in Hausarztpraxen
- ▶ Alexander Paquet: Wie wird die ePA ein Erfolg?
- ▶ Hartmut und Carl Göbel: Hilfe im Schmerzuniversum



Dr. Domagoj Schunk

50 Jahre Luftrettung in Rendsburg



Die Luftrettung am Standort Rendsburg feierte im vergangenen Monat ihr 50-jähriges Jubiläum. Zu seinem ersten Einsatz war der Hubschrauber Christoph 42 am 20. Februar 1975 abgehoben. Bis heute sind nach Angaben der DRF Luftrettung über 61.000 Einsätze von Rendsburg aus geleistet worden. Dabei ging es u.a. um jüngste Patienten im Inkubator bis hin zu Schwersterkrankten an der transportablen Herz-Lungen-Maschine. An Ausstattung stehen u.a. ein mobiles Blutgasanalysegerät, Ultraschall und eine digitale Datenübermittlung an die Kliniken zur Verfügung. Seit Juli 2021 ist in Rendsburg eine H145 mit Fünfblattrotor im Einsatz. Die rot-weiße Maschine wird für Rettungseinsätze und für Transporte von Klinik zu Klinik alarmiert. Ein wichtiger Meilenstein war die Umstellung auf den 24-Stunden-Betrieb im Jahr 2004 als Ergebnis der damaligen Neustrukturierung der Luftrettung im Norden. Seit Juli 2020 befindet sich die Rendsburger Station am Flugplatz Schachtholm. Im Jahr 2024 flog der Rendsburger Hubschrauber insgesamt 1.527 Einsätze, davon 1.236 in der Notfallrettung und 291 zum Transport kritisch kranker oder verletzter Patienten zwischen Kliniken. Alle in Schleswig-Holstein stationierten Hubschrauber der DRF Luftrettung wurden von Januar bis Dezember zusammen 2.839-mal alarmiert. (PM/RED)

Nachsorgekonzept für die Reha

Die Segeberger Kliniken haben ein neues Konzept zur digitalen Nachsorge für Rehabilitationspatienten in den Fachbereichen Neurologie und Kardiologie eingeführt. Ziel ist es, die Patienten auch nach ihrem Aufenthalt in der Rehabilitation der Segeberger Kliniken zu unterstützen.

Die digitale Nachsorge ermöglicht es Patienten, über eine App auf individuelle Therapiepläne, Übungen und weitere Informationen zuzugreifen. Zudem können sie in regelmäßigen Abständen mit ihren Therapeuten kommunizieren, um den Fortschritt zu besprechen und gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen. Klinikdirektor und Chefarzt Prof. Björn Hauptmann verspricht sich von der Kombination aus persönlicher Betreuung und digitaler Technik eine ganzheitliche Versorgung. Das digitale Konzept richtet sich an alle DRV-Patienten nach ihrer Reha (Phase D), wenn die Leistungsfähigkeit nach der Reha noch gegeben ist. (PM/RED)



ÄRZTEKURSE AN DER AKADEMIE DAMPSOFT IM OSTSEEBAD ECKERNFÖRDE

- **Kurs-Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung:** alle geforderten Kursstunden zeitsparend und kompakt (exkl. Balintstunden) **NEU**

- **Kurs-Weiterbildung Sportmedizin:** einfaches, zeitsparendes und kompaktes Kurssystem mit 240 Unterrichtseinheiten

- **Kurs-Weiterbildung Ernährungsmedizin:** moderne Ernährungsmedizin in Sport, Praxis und Klinik

- **Fallseminare Ernährungsmedizin:** zur Ergänzung der Kurs-Weiterbildung Ernährungsmedizin

Unsere Kurse richten sich nach den jeweiligen aktuellen Kursbüchern der Bundesärztekammer. Entdecken Sie auch unsere Angebote zu den Themen Sonographie und Manuelle Medizin der MWE.

Jetzt anmelden und beruflich weiterkommen! Wir freuen uns auf Sie.

04351 9097275

akademie@dampsoft.de

akademie-dampsoft.de

„Man zählt nicht mehr zum Kreis der Auserwählten“

PSYCHISCHE GESUNDHEIT Dr. Astrid Freisen ging mit ihrer Bipolaren Störung an die Öffentlichkeit und schrieb ein Buch über ihre Erfahrungen. Viele Medien in Deutschland berichteten über die auf Island arbeitende Ärztin. Im Interview mit Dirk Schnack berichtet sie von ihren Erfahrungen.

Auch Ärztinnen und Ärzte sind von psychischen Erkrankungen betroffen – sprechen aber oft nicht darüber. Was sind die Gründe?

Dr. Astrid Freisen: Neben der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Allgemeinen ist meiner Ansicht nach ein wichtiger Grund das leider noch immer vermittelte Arztbild des „Halbgotts in Weiß“, der vor Gesundheit strotzt und dem Stress, Schichtarbeit und die mit dem Arztberuf verbundenen psychischen Belastungen, wie das Misslingen einer Behandlung oder der Tod von Patientinnen und Patienten, nichts anhaben können. An dessen glänzender „weißer Kittelrüstung“ alles abprallt. Bei meinen Veranstaltungen mit Studierenden habe ich erfahren, dass auch weiterhin im Studium vermittelt wird, dass es nur die Besten in diesen Beruf schaffen werden. Wenn man psychisch krank ist, zählt man nicht mehr zu diesem Kreis der Auserwählten. Gerade eine psychische Erkrankung wird auch heute noch viel zu oft als persönliche Schwäche angesehen – auch unter Ärztinnen und Ärzten, die es ja eigentlich besser wissen sollten. Aus Angst, als nicht belastbar und nicht stark genug zu gelten, werden deshalb psychische Erkrankungen verschwiegen, und Betroffene tendieren dazu Symptome zu verharmlosen, anstatt sich Hilfe zu suchen. Oft besteht auch die Angst, wegen einer psychischen Erkrankung die Approbation zu verlieren oder gar nicht erst zu erhalten. Auch deshalb wird oft lieber geschwiegen.

Welche Folgen hat dieses Schweigen oder Verheimlichen der eigenen Erkrankung für die Betroffenen?

Freisen: Das Verschweigen der Erkrankung, die Stigmatisierung und der Druck, unauffällig weiter funktionieren zu müssen, führen oft dazu, dass zu spät und zu selten professionelle Behandlung gesucht wird. Stattdessen greifen Ärztinnen und Ärzte zur Selbstmedikation oder zu Alkohol, um die Symptome zu unterdrücken. Daraus können dann weitere Probleme wie die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung resultieren, und die zugrunde liegende psychische Symptomatik verschlimmert sich, weil keine adäquate Behandlung erfolgt.

Was könnte den betroffenen Ärztinnen und Ärzten aus Ihrer Sicht helfen, welche Angebote müssten geschaffen werden?

Freisen: Wichtig sind niedrigschwellige, auf Wunsch anonyme Beratungsangebote, um einen Schutzraum für betroffene Ärztinnen und Ärzte zu schaffen. Vertraulichkeit muss unbedingt garantiert sein. Verschiedene Ärztekammern bieten inzwischen solche Beratungsangebote an, oft mit dem Schwerpunkt Substanzabhängigkeit. Auch die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat für Kolleginnen und Kollegen mit Suchtproblematik ein Interventionsprogramm. Im Rahmen einer Lotsenfunktion kann der Hilfsbedarf exploriert, und die weitere stationäre oder ambulante Behandlung geplant werden.

Meiner Ansicht nach sollte aber bereits im Studium klar benannt werden, dass Ärztinnen und Ärzte aufgrund hoher Belastungen im Beruf oft von psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Ängsten und Substanzabhängigkeit betroffen sind. Studierende sollten die Möglichkeit erhalten, Selbstfürsorge und Coping-Mechanismen

zu erlernen und sich mit der eigenen Verletzlichkeit auseinanderzusetzen. Die Prävention psychischer Erkrankungen sollte stärker im Fokus stehen.

Sie selbst haben die Diagnose Bipolare Störung. Wann wurde die Diagnose gestellt und wo haben Sie Hilfe gesucht?

Freisen: Erstmals stand die Diagnose 2006 im Raum, nach einer schweren depressiven Episode mit ausgeprägten Suizidgedanken, die letztlich zu einer stationären Aufnahme geführt hatten. Damals war ich noch nicht bereit, meine wiederkehrenden Hochs im Sommer als Hypomanien zu akzeptieren und dadurch anzuerkennen, dass ich nicht nur von rezidivierenden Depressionen betroffen war, sondern von einer Bipolaren Störung. Dies führte dazu, dass ich die mir verordnete stimmungsstabilisierende Medikation aufgrund von Nebenwirkungen absetzte und nur noch ein Antidepressivum ohne Phasenprophylaxe einnahm. 2010 erlebte ich dann eine so heftige manische Phase, dass das Verleugnen der Bipolaren Störung nicht mehr möglich war. Das war für mich ein Wendepunkt, weil ich nun für die richtige Behandlung bereit war. Nach einem Klinikaufenthalt fand ich einen empathischen, nicht wertenden ambulanten Psychiater, der mich professionell und unterstützend begleitete und mich nicht aufgrund meiner Diagnose stigmatisierte.

Was hat Ihnen am meisten geholfen?

Freisen: Neben der richtigen Medikation und einer guten psychiatrischen Begleitung war und ist für mich der Austausch mit anderen Betroffenen sehr wichtig.



Dr. Astrid Freisen

tig. Zunächst traute ich mich das nur anonym in einem Online-Forum. Von anderen zu hören, dass sie in ihren manischen Phasen ebenfalls verstörende Dinge getan hatten, war etwas ganz anderes, als es nur in einem Lehrbuch zu lesen. Ich machte mich also auf die Suche nach Selbsthilfegruppen für psychisch erkrankte Ärztinnen und Ärzte, konnte aber keinerlei Angebote finden. 2014 gründete ich dann mit zwei Kolleginnen eine Gruppe für „Selbst Betroffene Profis“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS e.V.), also für Menschen, die als Profis im Gesundheitswesen tätig und selbst von einer Bipolaren Störung betroffen sind. Neben Telefon- und Mailberatung bieten wir den Austausch in regelmäßig stattfindenden Online-Selbsthilfegruppen an. Seit 2014 ist unsere Gruppe kontinuierlich gewachsen und umfasst nun mehr als 80 Mitglieder. Für unsere Arbeit sind wir 2019 mit dem Antistigma-Preis der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde DGPPN ausgezeichnet worden.

Warum haben Sie ein Buch darüber geschrieben?

Freisen: Ich will mit meinem Buch über die Bipolaren Störungen aufklären und dadurch zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beitragen. Ich möchte zeigen, dass es jeden treffen kann, und dass Betroffene nicht an ihrer Erkrankung schuld sind und sich dafür nicht schämen müssen. Genauso wichtig ist es mir aber auch zu vermitteln, dass die Diagnose einer psychischen Erkrankung nicht das Ende bedeutet, sondern dass Betroffene bei adäquater Behandlung ein zufriedenes Leben führen können. Ich nutze meine Erfahrungen

als Betroffene, Psychiaterin und Angehörige, um die Bipolarität aus verschiedenen, manchmal gegensätzlichen Perspektiven zu beleuchten.

Wie haben Kolleginnen und Kollegen auf Ihre Erkrankung reagiert?

Freisen: Die Reaktionen waren sehr unterschiedlich und reichten von unterstützend bis ablehnend. Generell hatte ich den Eindruck, dass mir weniger zugetraut wurde als vor dem Bekanntwerden meiner Erkrankung. Wirklich thematisiert wurde das allerdings weder von mir, noch von meinen Kolleginnen und Kollegen oder meinen Vorgesetzten. Für mich war enorm wichtig, dass ich meine Arbeitsstelle nicht verloren habe, sondern nach Absolvierung der Facharztprüfung nur acht Monate nach meiner schweren Manie einen unbefristeten Arbeitsvertrag erhalten habe. Das hat mir in dieser Situation sehr viel Sicherheit gegeben, ohne die meine Genesung bestimmt anders verlaufen wäre.

Warum werden so viele Bipolare Störungen bis heute nicht behandelt?

Freisen: Das Hauptproblem besteht darin, dass zwischen den ersten Symptomen und der Diagnose der Erkrankung immer noch sieben bis acht Jahre liegen. Oft wird die Fehldiagnose einer rezidivierenden Depression gestellt, weil Betroffene nur in der Depression Kontakt zum Gesundheitssystem aufnehmen, da sie sich in der (Hypo) Manie ja gut und glücklich fühlen und keine Krankheitseinsicht haben. Die erste Kontaktaufnahme erfolgt wegen der langen Wartezeiten meist nicht mit einem Facharzt oder einer Fachärztin, sondern mit der Hausarztpraxis. Dort wird dann zwar ein Antidepressivum verordnet, aber oft nicht

nach manischen Symptomen gefragt. Eine bessere Schulung der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner wäre hilfreich. Das selbe trifft für die Ausbildung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu, die ebenfalls oft Ansprechpartner für Menschen mit rezidivierenden Depressionen sind. Da Bipolare Störungen lange als nicht mit Psychotherapie behandelbar galten, erhalten sie in der Ausbildung wenig Raum und werden deshalb auch im psychotherapeutischen Behandlungskontext oft nicht erkannt.

Warum ist diese Krankheit so stark stigmatisiert?

Freisen: Die Bipolaren Störungen zählen zu den schweren psychiatrischen Erkrankungen. Sie gelten als nicht heilbar und haben einen chronischen Verlauf. Sie führen zu Beeinträchtigungen in der Alltagsführung, im Berufsleben und in sozialen Beziehungen. Insbesondere in manischen Phasen können Symptome auftreten, die nicht mit sozialen Normen vereinbar sind wie z.B. Promiskuität oder aggressives Verhalten. Bei schweren Verläufen können psychotische Symptome auftreten, die für das Umfeld unerklärlich und bedrohlich wirken. Die oft undifferenzierte Berichterstattung über prominente Betroffene, wie z.B. Britney Spears, die sich die Haare abrasiert oder Kayne West/Ye, der großwahn-sinnig und unberechenbar erscheint, befeuern die Stigmatisierung weiter.

Was wäre Ihr Rat an Kollegen mit einer psychischen Erkrankung?

Freisen: Mein wichtigster Rat ist es, sich selbst ernst zu nehmen und die eigene Gesundheit zu priorisieren, anstatt dem Bild des unverwundbaren Arztes entsprechen zu wollen. Sich Hilfe zu suchen, anstatt im Stillen zu leiden oder sich mit Selbstmedikation heilen zu wollen. Hätte ich mein eigenes Wohlbefinden höher gewertet als meine berufliche Funktionalität und mich früher um adäquate Hilfe bemüht, wäre mir im Rückblick einiges erspart geblieben. Aber eine psychische Erkrankung passte nicht in meinen Lebensentwurf. Und so habe ich Symptome ignoriert und heruntergespielt, mich irgendwie zusammengerissen und weiter gemacht. Aber psychische Erkrankungen verschwinden nicht, nur weil man sie ignoriert. Vielmehr ist oft das Gegenteil der Fall: sie werden stärker oder chronifizieren sogar. Deshalb ist Selbstfürsorge so wichtig. Wir sollten unsere eigene Gesundheit genauso ernst nehmen wie die Gesundheit unserer Patienten.

Von Tabus zu Taten: Unsere psychische Gesundheit

PSYCHISCHE GESUNDHEIT Mit den sogenannten F-Diagnosen nach ICD-10 wie Sucht, Depression oder Essstörungen sind wir bei unseren Patienten regelmäßig konfrontiert. Auch Ärzte und Ärztinnen selbst sind betroffen. Eine Form der Hilfe bei Suchterkrankungen bietet das Interventionsprogramm der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Ein Beitrag von Dr. Victoria Witt.

Der Jahresbeginn war für viele Menschen Anlass für gute Vorsätze, neue Anläufe und den Versuch, alte Muster zu durchbrechen. Was aber, wenn es um mehr geht als einfache Lebensstiloptimierungen, sondern die psychische Gesundheit gefährdet ist?

Es ist kein Geheimnis, dass viele Ärzte und Ärztinnen hohe Ansprüche an sich selbst stellen. Doch gerade dieser hohe Anspruch, gepaart mit beruflichen Belastungen wie Schlafmangel, Arbeitsstress und Konfrontation mit menschlichem Leid sowie strukturellen Widrigkeiten wie Arbeitsverdichtung und Bürokratie, bergen ein Risiko für

die psychische Gesundheit. All dies kann dazu führen, dass kaum noch Freude empfunden wird oder ein Alkoholkonsum aus dem Ruder läuft.

Psychische Erkrankungen sind in der Ärzteschaft weiter verbreitet, als viele glauben möchten. Wir reden nur ungern darüber – wer möchte schon vor Kollegen oder Vorgesetzten eingestehen, dass er oder sie nicht mehr kann, dass Angst, Depression oder gar Substanzmittelabhängigkeit das Leben bestimmen? Untersuchungen zeigen, dass unser Berufsstand überdurchschnittlich häufig betroffen sein kann (Braun et al., 2008; Beschoner, Limbrecht-Ecklundt & Jerg-Bretzke, 2019), obwohl es wenig belastbare Zahlen gibt. Bei einer Untersuchung von 90 psychologischen Gutachten zur Berufsunfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten aus dem Versorgungswerk Nordrhein lag bei der Antragstellung beispielsweise ein deutlicher Schwerpunkt auf affektiven Störungen (56,7 %), gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (15,6 %) (Pach, 2013). Schizophrenie, wahnhafte Störungen oder psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen traten im Vergleich seltener auf. Dennoch bilden psychische Störungen einen großen Anteil der Diagnosen bei Berufsunfähigkeit von Ärztinnen und Ärzten.

Nach Schätzungen der Bundesärztekammer leiden etwa 7–8 % der deutschen Ärztinnen und Ärzte im Laufe ihres Lebens an einer behandlungsbedürftigen Suchterkrankung (Bühning, 2017). Auf Schleswig-Holstein heruntergebrochen entspräche dies circa 1.500 Ärztinnen und Ärzten. Häufigstes Suchtmittel ist dabei der Alkohol, gefolgt von Nikotin- und Benzodiazep-

pinkonsum (Soukup, 2009). Dazu kommen hohe Prävalenzraten mit Beschreibung eines „Burnout“ in 4–20 % und klinisch relevanten Depressionen in 6–13 % der Fälle (Beschoner et al., 2019). Hinter diesen Prozentzahlen verbergen sich Kolleginnen und Kollegen, die täglich in unseren Kliniken und Praxen die Versorgung aufrechterhalten, während sie mitunter selbst innerlich verzweifeln und aus Scham oder Gründen des hohen Selbstanspruches oft erst spät selbst Hilfe suchen.

Ein gutachterlich tätiger Kollege formulierte seinen Eindruck wie folgt: „Sobald es um sie selbst geht, haben unsere Kollegen manchmal ihre eigenen Vorstellungen, wie eine leitliniengerechte Behandlung aussehen soll.“ Sind Ärztinnen und Ärzte selbst betroffen, bagatellisieren sie mitunter Symptome, scheuen Hilfe von Kolleginnen und Kollegen und behandeln sich eigenständig.

Ein weiteres Puzzleteil unter den Risikofaktoren bildet der Zugang zu Substanzen: Unser Berufsstand hat im Berufsalltag leichten Zugang zu Medikamenten. Was tun, wenn die Nacht zu kurz, der Dienst zu lang und der Druck zu hoch ist? Es können Tabletten wie Sedativa sein, die solche Probleme lösen sollen. Oder ganz ohne Apotheke ein Schluck Alkohol als Hilfsmittel zum Abschalten, mit dem eine Spirale der Sucht beginnt. Im Verlauf kommen dann Ängste vor Stigmatisierung, vor Verlust des Arbeitsplatzes oder gar der Approbation dazu. Studien zeigen, dass stigmatisierte Erkrankungen wie psychische Probleme, Substanzmissbrauch oder chronische Schmerzen aus Gründen der Scham und Selbststigmatisierung von Ärzten oft lange verdrängt werden (George, Hanson & Jackson, 2014).



Eigene und Patientenbehandlung im Spannungsfeld

Während meiner eigenen Tätigkeit in der Psychiatrie und Psychotherapie, aber auch durch die Ehrenämter in Versorgungswerk oder Ärztekammer, komme ich gelegentlich in Berührung mit Fällen von Kolleginnen und Kollegen, die lange gezögert haben, als Helfende selbst adäquate Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ich würde mir wünschen, dass jede und jeder einzelne von uns im Bedarfsfall offen für Hilfe ist und wir frei von Stigmatisierung einander bereit sind zu helfen.

Interessant fand ich während einer einjährigen Berufstätigkeit in Großbritannien die Regel, dass Ärztinnen und Ärzte sich selbst keine verschreibungspflichtigen Medikamente verordnen durften. Die „good medical practice“ erforderte, dass wir uns in die Hände von Kolleginnen und Kollegen begeben, wenn wir krank sind. Ein Ansatz, der hierzulande auf Skepsis stoßen mag, da wir doch gewohnt sind, mit dem Arztausweis auf fast sämtliche verschreibungspflichtige Mittel zugreifen zu können (erschwert nur bei Betäubungsmitteln). Dennoch könnte der Ansatz zum Umdenken anregen. Denn wer nicht die Möglichkeit hat, sich selbst in scheinbarer Anonymität zu helfen, ist möglicherweise eher bereit, „offiziell“ ärztliche Hilfe zu suchen. Eine unangenehme Vorstellung? Vielleicht. Aber möglicherweise ein Ansatz, der langfristig schützt.

Unsere psychische Gesundheit hat nicht nur individuelle, sondern auch institutionelle Auswirkungen. Studien zeigen, dass ein schlechter psychischer Gesundheitszustand von Ärztinnen und Ärzten unmittelbar die Qualität der Patientenversorgung beeinflussen kann (Beschner et al., 2019). Ausgebrannte, depressive oder suchtkranke Ärztinnen und Ärzte können die erforderliche Aufmerksamkeit, Empathie und Therapiequalität womöglich nicht in vollem Umfang erbringen. Somit ist die Fürsorge für unsere eigene Gesundheit auch ein Gebot der Patientensicherheit.

Komplexität und Salutogenese

Zugleich sind die Pathogenese und Salutogenese komplex. Eine qualitative Katamnese von Zwack et al. (2012) zeigt wie eingangs angedeutet, dass lange Arbeitszeiten, gesundheitspolitische Restriktionen und biografische Leistungsskripte dazu beitragen, dass Ärztinnen und Ärzte psychisch erkranken. Salutogenetisch entscheidend ist der Ausbau von Selbstfürsorge und außerberuflichen Ressourcen. Oder weniger

So funktioniert das Interventionsprogramm (IVP)

Die folgende Darstellung ist eine verkürzte Zusammenfassung. Weiterführende Informationen sind erhältlich auf der Webseite der ÄKSH (www.aeksh.de/wir-ueber-uns/ehrenamt/kommissionen/beratende-kommission-sucht-und-drogen) oder im persönlichen (anonymen) Kontakt.

1. Erstkontakt und Vertrauensschutz

Ärztinnen und Ärzte mit Abhängigkeitsgefährdung oder -erkrankung (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) können sich zunächst anonym melden, um Informationen zu erhalten. Ziel ist es, frühzeitig einzugreifen, bevor die berufliche Existenz und die Patientensicherheit in gravierendem Maße gefährdet sind. Entscheidet sich jemand für die freiwillige Teilnahme am IVP, ist die ÄKSH verpflichtet, der zuständigen Approbationsbehörde die Aufnahme/Teilnahme zu melden. Jedoch verzichtet die Approbationsbehörde, bei ordnungsgemäßer Durchführung und fortbestehender Berufseignung, auf die Ergreifung approbationsrechtlicher Maßnahmen. Innerhalb der ÄKSH werden die Vorgänge in einer separaten organisatorischen Einheit vertraulich nur von einem kleinen Personenkreis bearbeitet.

2. Vorgehen und individuelle Bedarfsanalyse

Es erfolgt eine Aufklärung über die sich aus dem Programm ergebenden Pflichten, den zeitlichen Ablauf sowie eine Informationsweitergabe an die zuständige Approbationsbehörde. In einem persönlichen Gespräch mit mindestens einer/einem Fachexperten oder -expertin aus der Kommission werden dann individuelle Therapiebedarfe, Maßnahmen und Ziele erörtert. Es geht nicht primär um Sanktionen, sondern um Hilfen.

3. Maßnahmenvereinbarung

In der strukturierten Interventionsvereinbarung, einem schriftlichen Vertrag zwischen der betroffenen Person und der ÄKSH, werden konkrete Maßnahmen festgelegt. Das können therapeutische Schritte sein, regelmäßige Kontrolluntersuchungen, Entwöhnungstherapien, Supervision, Coaching oder Peer-Support. Ziel sind eine nachhaltige Stabilisierung und Reintegration.

4. Begleitung und Nachsorge

Das Interventionsprogramm ist kein Einmal-Kontakt. Es sieht eine kontinuierliche Begleitung vor (in der Regel zwei Jahre), um Rückfälle zu verhindern und die berufliche Tätigkeit nach erfolgter Therapie wieder voll ausüben zu können. Fünf Jahre nach erfolgreichem Abschluss des Interventionsprogramms löschen Ärztekammer und Approbationsbehörde alle Unterlagen oder Informationen über den Vorgang.



wissenschaftlich gesagt: wer seine Batterien nicht auflädt, droht sich irgendwann leer zu fühlen.

Ebenfalls komplex ist der erwähnte Aspekt der Stigmatisierung. Bezogen auf das Thema Sucht sind historische Strukturen vorbeschrieben. Für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte gab es kaum Verständnis, geschweige denn adäquate Hilfen. Sie wurden „exmittiert“ und als „schwarze Schafe“ betrachtet (Mäulen, 2022). Aber das Rad hat sich weitergedreht und es hat sich für Suchtprobleme ein differenziertes Hilfesystem entwickelt: mit Ansprechpartnern, Interventions-, Entgiftungs- und Entwöhnungsprogrammen.

Interventionsprogramm

Ein wichtiger Baustein in dieser Hilfe-landschaft ist das Interventionsprogramm (IVP) der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Bereits seit 1985 existiert die Beratende Kommission Sucht und Drogen (BKSD), um Ärztinnen und Ärzten mit Abhängigkeitsgefährdungen oder -erkrankungen niedrigschwellig Hilfe anzubieten. Seit 2011 gibt es das Interventionsprogramm, das über diese initiale Hilfe hinausgeht und eben nicht, wie von vielen befürchtet, gleich einen Verlust der Approbation bedeuten muss. Es handelt sich um ein strukturiertes, mehrstufiges Verfahren, bei dem sich Betroffene an die BKSD unter dem Vorsitz von Dr. Peter Hans Hauptmann wenden können. Aber auch Angehörige, Freunde oder Mitteilungen in Strafsachen können einen Hilfebedarf anzeigen.

Mittlerweile bieten fast alle deutschen Ärztekammern ähnliche Interventionsprogramme an. Dennoch gab es bisher rechtliche Grauzonen, die für Unsicherheit sorgten. Dank des Engagements von Dr. Carsten Leffmann, dem jüngst verabschiede-

Über die Autorin

Dr. Victoria Witt ist Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie MSc in Public Health. Sie ist im Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein und im Verwaltungsrat des Versorgungswerkes aktiv. Das Thema mentale Gesundheit beschäftigt sie nicht nur aus klinisch-wissenschaftlicher und berufspolitischer Perspektive, sondern auch persönlich im Bezug auf das Thema Essstörungen und Adipositas. Als Autorin hat sie ein Buch zum Thema Adipositas-Operationen geschrieben (ISBN: 978-3432118222) und berichtet darüber unter anderem im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes in der Folge: „Adipositas: Was das Leben mit



Übergewicht bedeutet“.

Link:
<https://www.buzzsprout.com/954985/episodes/15820114>).

Ich würde mich über Ihre Erfahrungen und Meinungen zu dem Thema freuen! Außerdem möchte ich Sie hinweisen auf die Webseite <https://psu-helpline.de/>. Der gemeinnützige Verein bietet Mitarbeiter*innen und Verantwortlichen des Gesundheitswesens Beratung per Telefon oder Mail bei besonderen Belastungssituationen und schwerwiegenden Ereignissen.

ten ärztlichen Geschäftsführer der Ärztekammer Schleswig-Holstein, konnte im Austausch mit einer bundesweiten Arbeitsgruppe und in Zusammenarbeit mit dem Landesamt für soziale Dienste nun eine schriftliche Vereinbarung erarbeitet werden, die dem Interventionsprogramm mehr Rechtssicherheit und Verbindlichkeit verleiht. In der Ärztekammerversammlung im November 2024 wurde dem Entwurf mit großer Mehrheit zugestimmt. Das signalisiert Betroffenen: Wir stehen hinter euch und möchten weiterhin Hilfe auf solider Basis anbieten. Ein wichtiger Schritt.

Psychische Erkrankung erkennen und darüber sprechen

Doch damit ist das Problem nicht gelöst. An die Betroffenen heranzutreten, ist nach wie vor schwierig. Insbesondere für Außenstehende kann es herausfordernd sein, psychische Beschwerden zu detektieren. Hilfreich ist beispielsweise im Kontext des Arbeitsplatzes die Hinweis-Checkliste, die im September 2024 bei einem Fachforum der Ameos Klinika Lübeck zu „Perspektiven: Arbeit und Psyche“ vorgestellt wurde. Um psychisch kranke Mitarbeitende zu erkennen, soll beispielsweise auf allgemeine Veränderungen, veränderte Kontaktgestaltung, nachlassende Arbeitsleistungen, Rückzug, Verwahrlosung oder erhöhte Emotionalität geachtet werden. Wer solche Veränderungen sieht, sollte sie nicht einfach ignorieren. Auf privater oder kollegialer Ebene können beispielsweise für Alkohol einfache Gesprächsleitfäden, wie die im ärztlichen Manual der BZgA und der Bundesärztekammer empfohlene Praxis, zuerst um Erlaubnis zu bitten, bevor man das Thema Alkohol anspricht, hilfreich sein (BZgA & Bundesärztekammer, 2021). Klingt banal, kann aber den entscheidenden Unterschied zwischen erdrückendem Schweigen und entlastendem Gespräch darstellen. Im professionellen Kontext kommen betriebliche Fürsorgegespräche, betriebliche Suchthilfe oder Stufengespräche zur Prüfung von Veränderungsbereitschaft und Arbeitsfähigkeit in Betracht.

Offen über psychische Erkrankungen zu sprechen, fällt nicht leicht. Doch es gibt Betroffene, die damit in die Öffentlichkeit gehen, etwa die Gruppe „Selbst betroffene Profis“ innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen oder die internationalen Ärzte bei den Anonymen Alkoholikern (IDAA). Hier zeigen Betroffene, wie wertvoll ein offener Umgang sein kann. Tatsächlich gibt es sogar berühmte Beispiele, wie selbst von psychischer Erkrankung betroffene Helfende spannende Ideen oder

gar erfolgreiche Therapien für die Allgemeinheit entwickelt haben. Wie Arzt Olivier Ameisen mit der Idee einer suchthemenden Wirkung von Baclofen (Ameisen, 2005). Oder Psychologin Marsha Linehan als Entwicklerin der dialektischen behavioralen Therapie als wirksames Angebot für Millionen Menschen mit emotional instabiler Persönlichkeitsstörung (Linehan, 2021).

In Bezug auf das Hilfsangebot von Ärztekammern, wie dem Interventionsprogramm, gibt es jedoch auch die Perspektive, dass Hilfen nicht generell über die Kammer laufen sollten, um die Hemmschwelle weiter zu senken und die Angst vor Approbationsverlust zu reduzieren (Grosse, 2017). Mit einer Kultur, die Schwächen auch bei Expertinnen und Experten zulassen kann, ohne diese zu verurteilen, kann Offenheit gewonnen und Scham reduziert werden, sodass es besser gelingt, Hilfsangebote zu vermitteln.

Notwendigkeit struktureller Änderungen

Neben individuellen Schritten müssen wir auch strukturelle Veränderungen ins Auge fassen. Denn persönliche Bereitschaft zur Annahme von Hilfsangeboten und Resilienz sind wichtig, aber keine Wunderwaffe. Studien wie die von Panagioti et al. (2017) zeigen, dass interventionsseitige Verbesserungen nicht nur auf individueller Ebene ansetzen dürfen, sondern auch das System selbst verändern müssen. Dazu zählen bessere Arbeitszeitregelungen, verlässlichere Teamstrukturen und die angedeutete Arbeitskulturr, in der nicht gleich sanktioniert wird, sondern Chancen gesehen werden. Durch berufspolitisches Engagement auf Kammer-, Verbands- oder Krankenhausebene können wir die Rahmenbedingungen mitgestalten, die es uns erlauben, mit Würde und Gesundheit zu arbeiten. Gerade in einer Zeit, in der das Gesundheitssystem unter ökonomischen Zwängen und Personalmangel stöhnt, ist es wichtig, sich für Strukturen einzusetzen, die unsere Gesundheit schützen. So wie zuletzt auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes im November 2024 intensiv Konzepte von „New Work“ diskutiert wurden. Ein bewusster Umgang mit der knappen Ressource Zeit ist entscheidend, um statt reaktivem Rennen im Hamsterrad einen guten Ausgleich zu schaffen. Unzureichender Stressabbau erhöht das Risiko für Substanzmissbrauch oder Depression.

Fazit

Die Zeiten haben sich gewandelt und der Wandel steht nicht still. Aber es reicht

nicht, wenn Hilfsangebote und gute Ideen irgendwo auf Papier stehen oder auf einer Webseite versteckt sind. Wir müssen aktiv informieren, Tabus brechen und ein Klima schaffen, in dem sich niemand schämen muss, Hilfe zu suchen und anzunehmen. Das setzt voraus, dass wir anders mit dem Thema und manchmal sogar mit uns selbst umgehen – daher auch dieser Beitrag. Fühlen Sie sich ermutigt, Hilfe zu suchen, anzunehmen oder anzubieten, wenn Ihnen Veränderungen bei Ihnen selbst oder jemand anderem auffallen. Ein vorsichtiger Gesprächseinstieg könnte lauten: „Darf ich Sie auf etwas ansprechen? Ich mache mir Sorgen ...“ Diese kleine Geste kann Erleichterung und ein erstes Einlenken bewirken.

Dieser Ausblick mag nach viel Eigenverantwortung klingen. Doch wir sollten uns den berühmten Satz aus dem Ärztlichen Gelöbnis von Genf in Erinnerung rufen: „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf

höchstem Niveau leisten zu können.“ Fragen wir uns ehrlich: Werden wir diesem Anspruch gerecht?

Die gute Nachricht ist, dass der „wounded healer“, der verwundete Heiler, durchaus heilbar ist – oder zumindest gut behandelbar. Jetzt und in Zukunft sind wir auf leistungsfähige Ärzte und Ärztinnen angewiesen. Und je gesünder wir selbst sind, desto besser können wir uns um die Gesundheit anderer kümmern.

Nicht nur ein Jahresbeginn bietet eine gute Gelegenheit, innezuhalten und zu reflektieren. Vielleicht ist es an der Zeit, sich selbst mehr zuzuhören oder ein kritisches Gespräch zu führen. Die Botschaft, u.a. durch das Angebot des Interventionsprogramms, ist klar: Wir sind nicht allein und es gibt Programme, Hilfen und Kollegen und Kolleginnen, die bereit sind zuzuhören, Mut zu machen und zu helfen. Lassen Sie uns aufeinander achten, das Stigma für psychische Erkrankungen insgesamt reduzieren und gemeinsam etwas verändern.

DR. VICTORIA WITT

„Blaupause“ bietet Betroffenen eine Plattform

„Ich bin selbst betroffen und habe das Stigma erlebt. Das beste Mittel gegen dieses Stigma ist, das Thema psychische Erkrankungen ins Gespräch zu bringen und sich auszutauschen. Dafür einen Raum zu schaffen, war lange überfällig.“ Das Zitat stammt von einer Gesundheits- und Krankenpflegerin auf der Webseite des Vereins „Blaupause“. Ein psychiatrischer Psychotherapeut wird auf der gleichen Seite mit den Sätzen „Wir denken als Professionelle allzu oft, dass nur die anderen Betroffene wären. Das hindert uns dann, gut für uns selbst zu sorgen. Eigentlich wissen wir doch, wie gut es tut, Hilfe zu bekommen – das gilt auch für uns selbst“ zitiert.

Beide Zitate zeigen, dass es nicht nur Ärztinnen und Ärzten, sondern auch anderen Gesundheitsberufen schwerfällt, sich bei psychischen Erkrankungen Hilfe zu holen. Die Hemmschwelle, Hilfe zu suchen und sich jemandem anzuvertrauen, ist hoch. Was brauchen professionell Helfende, um Einsicht in eigene psychische Erkrankungen zu bekommen? Wie kann das Verständnis für psychische Krankheit gefördert werden? Wie können niedrigschwellige Hilfsangebote für Expertinnen und Experten aussehen? Antworten auf diese Fragen will Blaupause liefern.

Die Initiatoren des Vereins führen die Probleme vieler Beschäftigter im Gesundheitswesen bei diesem Thema unter anderem auf mangelnde Aufklärung und Akzeptanz zurück. Blaupause setzt sich deshalb dafür ein, dass das Thema psychische Gesundheit seinen Platz im Gesundheitswesen findet und die Akzeptanz psychischer Erkrankungen gestärkt wird. „Über Prävention und niederschwellige Hilfsangebote können Probleme verhindert oder früh erkannt werden“, heißt es auf der Website. Gesunde Behandler, so die Überzeugung, seien die besseren Behandler.

Blaupause will als Plattform den Austausch über das Thema mentale Gesundheit speziell von Beschäftigten im Gesundheitswesen fördern – über Informationen, über den Abbau von Vorurteilen und durch Aufbau eines Kommunikationsnetzwerkes. Neben der Webseite gibt es einen Blog und ein Forum, das den Austausch von Betroffenen, Angehörigen und Interessierten ermöglichen soll. Organisiert ist Blaupause in bundesweiten Teams und in Lokalgruppen. Auf beiden Ebenen will der Verein Menschen zusammenbringen, die sich für mentale Gesundheit im Gesundheitswesen einsetzen und die an einem niederschweligen Austausch interessiert sind. Weitere Informationen: www.blaupause-gesundheit.de (D1)

Warten auf die richtigen Weichenstellungen

WAHL Bis Redaktionsschluss stand nicht fest, ob und wie schnell eine Regierungsbildung in Berlin gelingt - und damit auch nicht, wer das Gesundheitsministerium übernehmen wird. Gesundheitspolitische Akteure auch aus Schleswig-Holstein mahnen schnelle Reformen im Gesundheitswesen an.



Großflächige Plakate, Printanzeigen in großen, überregionalen Tageszeitungen, Spots in den digitalen Medien: Das Gesicht der Rendsburger Internistin Male Müller ist in den vergangenen Wochen vielen Menschen in ganz Deutschland begegnet.

Die Fachärztin für Innere Medizin gehörte zu den „echten“ Ärztinnen und Ärzten, mit denen KBV und KVen in Deutschland ihre Kampagne zur Wahl mit dem Appell „Deutschland muss Praxenland bleiben“ verknüpfte. Ziel war es, die „Einzigartigkeit der wohnortnahen ambulanten Versorgung in Deutschland“ herauszustellen und zugleich zu zeigen, dass die Rahmenbedingungen die Arbeit der niederge-

lassenen Ärztinnen und Ärzte gefährden. „Was man wirklich beachten muss, ist die zunehmende psychische Belastung auch seit der Corona-Pandemie und der hohe Gesprächsbedarf, der einfach besteht. Was Du nur abfangen kannst, wenn Dein Patient oder Deine Patientin auch wirklich ein Vertrauensverhältnis zu Dir hat“, gibt die Rendsburger Ärztin in einem Video-Statement u.a. zu bedenken.

Ob die Kampagne etwas an den Rahmenbedingungen für die Ärzteschaft ändert, werden die kommenden Monate zeigen. Die KBV-Spitze hoffte in einem Statement direkt nach der Wahl, dass es möglichst schnell zu einer handlungsfähigen Regierung auf Bundesebene kommen wird.

Als Probleme, die schnell gelöst werden müssten, nannte die KBV Notfallversorgung, Bürokratisierung, und die Finanzierung der Leistungen im Gesundheitswesen. Auch beim Thema Digitalisierung sieht die KBV Handlungsbedarf.

„Die vergangenen Jahre waren insgesamt gesundheitspolitisch verlorene Jahre. Politik muss handeln“, forderte die KBV, die sich als Gesprächspartner der künftigen gesundheitspolitischen Entscheidungsträger anbot: „Wir wollen und können unseren Teil zu sachgerechten Lösungen beitragen und haben ein Portfolio an Vorschlägen. Jederzeit stehen wir für Gespräche bereit.“

Schleswig-Holsteins Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann nannte das Ergebnis der Bundestagswahl einen „Weckruf an die neue Regierung, die Gesundheitspolitik endlich mit der Dringlichkeit und dem Engagement anzugehen, die sie verdient.“ Er ist überzeugt: „Die bisherigen Versäumnisse haben unser Gesundheitssystem an den Rand der Belastbarkeit gebracht. Es ist unerlässlich, dass die neue Koalition unter Einbezug der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und der ärztlichen Selbstverwaltung unverzüglich ein umfassendes Sofortpaket schnürt, das die drängendsten Probleme adressiert: Von der ungelösten Vergütungs- und Finanzierungsstruktur der Krankenhausreform über die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung bis hin zur konsequenten Entbürokratisierung des medizinischen Alltags.“ Er forderte u.a., dass Gesundheitspolitik nicht länger als nachrangiges Thema behandelt wird.

Wie könnte eine künftige Gesundheitspolitik aus Sicht schleswig-holsteinischer Akteure aussehen? Der Gesundheitspolitische Arbeitskreis (GPA) der Mittelstandsvereinigung der CDU (MIT SH) hat unter Leitung seines Vorsitzenden Hans-Peter

Küchenmeister – er war früher Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein – mit gesundheitspolitischen Akteuren aus dem Norden zentrale Problemfelder identifiziert und ein Handlungskonzept vorgelegt.

Darin wird eine differenzierte Tarifgestaltung für die Krankenversicherung vorgeschlagen: Eine Basisabsicherung soll die medizinische Grundversorgung für alle Versicherten gewährleisten – Leistungen, die evidenzbasiert, medizinisch notwendig und dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen – ergänzt durch Wahlleistungen, die zusätzliche Optionen bieten. Das duale System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung bleibt in diesem Konzept erhalten, eine Bürgerversicherung abgelehnt. Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleich sollen nach Vorstellungen des GPA reformiert werden, um eine gerechtere Finanzierung zu erreichen und politische Einflüsse zu reduzieren. Versicherungsfremde Leistungen sollen aus Steuermitteln und nicht aus den Beiträgen finanziert werden. Auch im Bereich Krankmeldung und Krankengeld werden Reformen gefordert, etwa durch flexible Teilzeit-Krankschreibungen und eine verbesserte elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Wichtig ist dem GPA die Stärkung der Selbstverwaltung. Schon im Gesetzgebungsverfahren sollen nach seiner Forderung die Selbstverwaltungen der Heilberufe einbezogen werden, sodass der Staat lediglich den Rahmen vorgibt und praxisnahe Lösungen ermöglicht, ohne politische Eingriffe. Dies stünde im Gegensatz zum Politikstil des Bundesgesundheitsministeriums unter Führung des bisherigen Bundesgesundheitsministers Prof. Karl Lauterbach (SPD).

Der GPA möchte auch die gesamtgesellschaftliche Verantwortung für die Gesundheitsförderung stärken: Intensivere Gesundheitserziehung, Präventionsprogramme und sozialverträgliche finanzielle Eigenbeteiligungen sollen einen verantwortungsvollen Umgang mit den begrenzten Ressourcen sicherstellen. In der Notfallversorgung wird eine verpflichtende Steuerung nach medizinischen Kriterien gefordert, um Notfallstrukturen von nicht-dringenden Fällen zu entlasten. Zudem wird das Primärarztprinzip gestärkt, sodass Patienten zunächst ihren Hausarzt oder grundversorgenden Facharzt aufsuchen.

Um die wirtschaftliche Stabilität freiberuflicher Gesundheitsberufe zu sichern, setzt das Konzept auf die freie Arzt- und Apothekenwahl sowie die Förderung der

„Die bisherigen
Versäumnisse
haben unser
Gesundheitssystem
an den Rand der
Belastbarkeit
gebracht.“

PROF. HENRIK HERRMANN

„An der Beitrags-
spirale zu drehen,
löst kein einziges
Problem im
Gesundheitswesen“

DR. SVANTE GEHRING

freiberuflich-selbständigen Berufsausübung. Die ungekürzte Vergütung aller ärztlichen Leistungen ohne einschränkende Budgets bilde dabei die Grundlage, heißt es im Konzept. Zugleich solle eine Regulierung investorengeführter Medizinischer Versorgungszentren (iMVZ) Überversorgung und Kommerzialisierung verhindern.

Die Ärztegenossenschaft Nord hatte sich unmittelbar vor der Wahl enttäuscht gezeigt, dass Fragen aus der Gesundheitspolitik im Wahlkampf nur eine untergeordnete Rolle gespielt hätten – obwohl die Gesundheitsversorgung für die Wähler Priorität habe. Von der neuen Bundesregierung erwartet die Genossenschaft „Mut und Gestaltungswillen“, um das Sozialversicherungssystem zu reformieren. Zugleich warnte sie davor, die Belastung der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung weiter zu erhöhen. „An der Beitragsspirale zu drehen, löst kein einziges Problem im Gesundheitswesen“, sagte der Vorstandsvorsitzende Dr. Svante Gehring. Zur Erinnerung: Zuletzt waren die Beiträge in der GKV deutlich angehoben worden. Im vergangenen Jahr haben die gesetzlichen Krankenkassen bundesweit ein Defizit von sechs Milliarden Euro verzeichnet. Ein Defizit in dieser Höhe hatte es zuvor noch nie gegeben. Betroffen sind nicht nur einzelne Krankenkassen, die finanziellen Probleme ziehen sich quer durch alle Kassenarten.

Viele Forderungen der Genossenschaft sind deckungsgleich mit denen des GPA, zum Beispiel die nach einer Reformierung des Gesundheitsfonds und die nach einer Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln. Die Genossenschaft sprach sich auch für eine Sanktionierung nach nicht eingehaltenen Terminen und für mehr bürgerliche Eigenverantwortung bei Gesundheitsvorsorge und -versorgung aus. Erreicht werden könnte eine Umsetzung dieser Maßnahmen nach Ansicht von Vorstandsvize Dr. Axel Schroeder durch einen parteiübergreifenden Dialog, aber auch mit einer besseren Abstimmung zwischen Politik und ärztlichen Institutionen. Auch Gehring setzt auf einen besseren Dialog zwischen Bundesgesundheitsministerium und den Akteuren in der Versorgung. Er sieht aber auch deren Organisationen in der Pflicht, sich besser abzustimmen. Eine Klammer für die ärztlichen Verbände und Organisationen für Gespräche mit der Politik sollten aus seiner Sicht die Bundesärztekammer und die Allianz Deutscher Ärzteverbände sein.

DIRK SCHNACK

NAVICARE-Med: Neuer Player im Klinikmarkt

KLINIKEN Der neue Betreiber des Klinikums Bad Bramstedt bekundete zu Jahresbeginn auch Interesse am Krankenhaus in Geesthacht. Beide Kliniken waren zuvor im Insolvenzverfahren. Weitere Übernahmen waren aktuell nicht geplant.

Mit dem Einstieg von Investoren im Gesundheitsmarkt tauchen Namen im Gesundheitswesen auf, die vielen Akteuren unbekannt sind – zum Teil sind es neu geschaffene Unternehmen. Ein Beispiel ist der neue Eigentümer des Klinikums Bad Bramstedt, der auch die Übernahme des Krankenhauses in Geesthacht plant. Das bislang in Trägerschaft der Johanniter befindliche Haus vor den Toren Hamburgs befand sich zu Jahresbeginn, wie berichtet, im Insolvenzverfahren.

Neuer Eigentümer könnte ab Quartalsende und damit nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe das Unternehmen NAVICARE-MED werden. Unter diesem Namen positioniert sich die frühere IGP Medical, die vor kurzem das insolvente Klinikum Bad Bramstedt übernommen hatte, derzeit im Gesundheitswesen. Die Gründer des Unternehmens, Dr. Stephan Engels de Rey und Yenna Haack, dürften nur Insidern bekannt sein – auch wenn sie Erfahrungen aus dem Gesundheitswesen mitbringen. Beide waren in der Gesundheitswirtschaft als Berater, Investoren und Projektentwickler tätig.

Ein persönliches Interview mit den beiden Gründern war kurzfristig nicht möglich. Fragen zur aktuellen Situation und Zielstellung wurden – in der Branche nicht unüblich – über eine externe Agentur beantwortet.

Motivation zur Gründung des neuen Unternehmens war demnach, „Ressourcen und Netzwerke zu bündeln, um neue Konzepte für Klinikstandorte zu entwickeln.“ Auf Anfrage hieß es außerdem: „Wir sind sicher, dass es in diesem System trotz der begrenzten Ressourcen Wege gibt, mit denen wir Gesundheit neu denken können.“ Es gehe den Trägern „um den Erhalt, die Entwicklung und den Ausbau von vorhandenen Strukturen im Bereich der Gesundheit, mit neuem Bewusstsein und vor al-



Sie sind die Gründer des neuen Klinikbetreibers NAVICARE-MED: Dr. Stephan Engels de Rey und Yenna Haack.

lem stabilen und sicheren Prozessen für die Mitarbeiter und Patienten.“

Als Ziel für die Klinikstandorte gab das Unternehmen auf Nachfrage an, „Betriebe durch Schaffung einer wirtschaftlichen Effizienz wieder auf ein solides Fundament stellen“ zu wollen. Dabei setzt der neue Klinikbetreiber auf eine Strategie, die auch andere Träger verfolgen: Stärkung der Kernkompetenzen und Konzentration der medizinischen Fachbereiche, die das größte Potenzial aufweisen.

Weiter hieß es von NAVICARE-MED auf Anfrage: „Hierbei legen wir besonderen Wert auf eine ausgeglichene Kostenstruktur und die Erhöhung der Einnahmen durch gezielte Maßnahmen wie Spezialisierungen und Zusatzangebote“. Welche Konsequenzen damit im Detail für den Betrieb an den beiden Krankenhausstandorten verbunden sind, ging aus den Antworten noch nicht hervor.

Weitere Übernahmen nach dem Krankenhaus in Geesthacht sind nach Auskunft von NAVICARE-MED vorerst nicht ge-

plant. „Wir sind überzeugt, dass es essenziell ist, diesen beiden Standorten die volle Aufmerksamkeit zu widmen“, teilte das Unternehmen mit. Weitere Engagements im Gesundheitswesen hingen von den erreichten Zielen und den Rahmenbedingungen ab.

Trotz des aktuellen Engagements sehen die Betreiber auch viele Risiken für Investoren, weil „durch die politischen und wirtschaftlichen Strukturen kein solides Fundament im Gesundheitsmarkt geschaffen wurde“. Es herrsche „große Verunsicherung“.

Klargestellt wurde in den schriftlichen Antworten des neuen Players aber auch, dass das Gesundheitswesen zu den wichtigsten Branchen in Deutschland zählt und weiterhin als „Wachstumsmarkt“ für Investoren interessant bleibe. Chancen und Risiken in diesem Markt müssten ins Gleichgewicht gebracht werden, damit die grundsätzliche Investitionsbereitschaft bestehen bleibe.

Klarer Trend zur Tagesklinik

PSYCHIATRIE Planung für die psychiatrischen Krankenhäuser im Norden: Eine Beratungsfirma stellte im Februar erste Entwürfe im Sozialausschuss des Landtages vor. Viele Fragen der Ausschussmitglieder und gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien.

Wie sieht die Zukunft der Versorgung von psychisch Kranken in Schleswig-Holstein aus? Im Auftrag des Gesundheitsministeriums erstellte die Beratungsfirma Curacon eine Prognose, die auf der erwarteten demografischen Entwicklung basiert. In der Februarsitzung des Sozialausschusses wurden die Ergebnisse vorgestellt, die nach dem Willen des Ministeriums die Grundlage für weitere Beratungen mit Leistungserbringern, Kostenträgern, Kommunen, KV und Kammern bilden soll. Die vielen Fragen der Abgeordneten zeigten, dass die Debatte erst am Anfang steht.

An 13 Orten im Land, von Flensburg bis Geesthacht und von Heide bis Heiligenhafen, stehen Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik, hinzu kommen sechs weitere Krankenhäuser ausschließlich für Psychiatrie, darunter die Häuser in Kropp, Rickling und Bockholt. Mehr als zwei Dutzend psychiatrische Tageskliniken sind im Land verteilt, von Niebüll im Nordwesten bis Mölln im Südosten Schleswig-Holsteins, so zeigt es der aktuelle Krankenhausplan des Landes in einer Übersichtskarte. Die Lage sei damit „top“, sagte Dr. Philipp Ostwald von der Beratungsfirma Curacon, der vor dem Sozialausschuss referierte.

Schleswig-Holstein stehe mit der Zahl der psychiatrischen Betten und auch der Verteilung über die Fläche bundesweit sehr gut da, läge sogar auf einem Spitzenplatz, so die Schlussfolgerung der Berater. Allerdings werde das nicht so bleiben, warnte Ostwald. Der demografische Wandel, der Fachkräftemangel und der Trend zur Digitalisierung machten auch vor der psychiatrischen Versorgung nicht halt. Doch das Team der Beratungsfirma kennt eine Lösung: Ambulantisierung. Gemeint ist damit nicht, dass künftig mehr Patienten in Praxen behandelt werden, sondern es geht um

eine Verschiebung innerhalb des stationären Systems, also von stationären Betten zu Tageskliniken, erklärte Mediziner Ostwald, der bei der Beratungsfirma für Fragen des Gesundheitssystems zuständig ist. Das passe auch zum Wunsch vieler Patienten, die am liebsten ambulant und wohnortnah behandelt werden möchten.

Zwei Szenarien hat das Curacon-Team untersucht. Im ersten Modell ging es um die Frage, welche Krankenhäuser in zehn Jahren gebraucht werden, wenn nur der demografische Wandel einbezogen wird. Das zweite Modell betrachtet, wie sich das Bild verschiebt, wenn stationäre Betten in tagesklinische Plätze umgewandelt würden. Dabei werden psychiatrische und psychosomatische Fälle getrennt und die Kinder- und Jugendpsychiatrie einzeln betrachtet.

Insgesamt gehen die Fachleute davon aus, dass die Zahl der Fälle bis 2035 sinkt, weil die Bevölkerung landesweit um knapp 2 % schrumpft. Gleichzeitig zeigen Trends, dass sich die Menschen anders verteilen. So werden wahrscheinlich noch mehr in die stärker besiedelten Regionen ziehen, also nach Kiel und Lübeck sowie in die Region rund um Hamburg. Dagegen sinkt die Einwohnerzahl in ländlichen Gebieten, vor allem in Dithmarschen und Nordfriesland, um rund 6 %.

Für die Psychiatrie bedeute der Rückgang der Bevölkerung ein generelles Minus in der Erwachsenenpsychiatrie, im Bereich Psychosomatik sogar um neun Prozentpunkte. Der Bedarf an Kinder- und Jugendpsychiatrie steige dagegen leicht an, allerdings bei insgesamt weniger Kindern und Jugendlichen.

Durch mehr Plätze in Tageskliniken könnten mehr Betten abgebaut werden, als es durch den demografischen Wandel allein möglich wäre, heißt es in der Simulation. Durch gute Verteilung der Angebote in der Fläche sei es möglich, die Fahrtzeiten für

die meisten Betroffenen im Land auf unter eine halbe Stunde zu bringen.

Fraktionsübergreifend gab es viele Fragen zu diesem Szenario. Allein die heutige „Vollversorgung“ bezweifelten mehrere Abgeordnete – Patienten und Angehörige berichten schließlich von monatelangen Wartezeiten auf Therapie. Hauke Hansen (CDU) befürchtet, dass sich die Lage noch verschärft, wenn vermehrt niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten in den Ruhestand gehen. Die Patienten würden dann notgedrungen im stationären System landen. Jasper Balke (Grüne) wies darauf hin, dass Kliniken nur dort arbeiten könnten, wo sie auch Personal fänden: „Wohnortnähe für die Patienten ist da nicht das Hauptthema.“ Zudem sei es wahrscheinlich, dass künftig noch mehr Krankheiten als psychosomatisch eingestuft würden, was die Zahlen steigen ließe.

Birte Pauls (SPD) sah vor allem eine Versorgungslücke für Kinder und Jugendliche: „Die Belastung durch Krisen steigt.“ Auch die Gruppe der Geflüchteten fehle – Menschen, die oft Traumata mitbrächten und Hilfe bräuchten. Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) kritisierte, dass die Gerontopsychiatrie nicht extra ausgewiesen sei: „Die Bedürfnisse der Älteren werden nicht beachtet, auch was den Aufwand für Personal betrifft.“

Das jetzige Modell bilde nur eine Grundlage für weitere Beratungen, erklärte Aenn Hachmeyer, im Gesundheitsministerium zuständig für Krankenhausplanung und Qualitätssicherung: „Wir gehen damit in die Fachrunden.“ Die Umwandlung von Klinikbetten in tagesklinische Plätze ist auf der formalen Ebene einfach, erklärte sie auf Nachfrage Gargs. In Schleswig-Holstein wird diese Umwandlung zudem durch die Regionalbudgets erleichtert, die in einer Reihe von Kreisen für die Psychiatrie gelten.

„Frauen sind auch heute noch benachteiligt“

FRAUENGESUNDHEIT Der Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages beschäftigte sich in einer Sitzung im Februar mit dem Thema Frauengesundheit. Zur Anhörung war auch die Vizepräsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Prof. Doreen Richardt, geladen worden. Im Interview mit Dirk Schnack schildert sie, warum das Thema aufgegriffen werden muss.

Warum war es wichtig, dass der Sozialausschuss das Thema Frauengesundheit aufgegriffen hat?

Prof. Doreen Richardt: Weil Frauen in vielfacher Weise von spezifischen gesundheitlichen Herausforderungen betroffen sind, die eine gezielte medizinische Versorgung und gesundheitspolitische Maßnahmen erfordern. Auf politischer Ebene gibt es Förderprogramme, außerdem viele gute und detailliert durchdachte Ideen, die aber bisher nicht in der Versorgung angekommen sind. Frauen sind auch heute noch benachteiligt, es kommt zu Fehldiagnosen und Therapieverzögerungen mit möglichen Folgeschäden.

Können Sie das konkretisieren?

Richardt: Frauen landen verspätet in der Notaufnahme, im Herzkatheterlabor und auf dem OP-Tisch. Frauen haben seltener einen Herzinfarkt, aber sie sterben häufiger daran. Sie werden kürzer reanimiert, sie spenden häufiger ein Herz, erhalten aber seltener eines transplantiert. Frauen bekommen Medikamente häufig in zu hoher Dosierung, allerdings seltener Schmerzmittel und stattdessen Psychopharmaka. Auch in der Forschung werden sie kaum berücksichtigt und die Dosierung der Medikamente ist oft nicht angepasst. Hochproblematisch ist auch die Versorgung von Frauen mit Behinderungen – diese Probleme wurden im Sozialausschuss sehr deutlich angesprochen.

Was muss passieren, damit sich das ändert?

Richardt: Wir brauchen den Einstieg in eine individualisierte Versorgung und müssen hinterfragen, inwiefern zum Beispiel evidenzbasierte Leitlinien weiter für alle Menschen verbessert werden können. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von

Ärzeschaft, Politik und anderen Akteuren im Gesundheitswesen ist erforderlich, damit die Gesundheitsversorgung von Frauen verbessert wird und wir geschlechtsspezifische Ungleichheiten abbauen können. Zugleich müssen wir die Gesundheitskompetenz von Frauen fördern, um eine selbstbestimmte und informierte Entscheidung über die eigene Gesundheit zu ermöglichen. Verbesserungsbedarf sehen wir in zahlreichen Bereichen, angefangen von der Sexuaufklärung über Ernährung und Bewegung, Wechseljahre bis zu Osteoporose und psychische Gesundheit. Für diese und zahlreiche weitere Bereiche ist in der Versorgungsrealität von Arztpraxen und Krankenhäusern viel zu wenig Zeit.

Ein besonderes Thema ist die Gesundheit von Migrantinnen, auch das haben Sie im Ausschuss angesprochen. Warum?

Richardt: Weil wir es bei Frauen mit Migrationshintergrund häufig mit Sprachbarrieren und anderen kulturellen Vorstellungen zu tun haben, die zu massiven Defiziten bis hin zur Ablehnung von sinnvollen Therapien führen. Oft erleben wir auch nicht aufklärbare Ängste bei diesen Patientinnen. Hier erscheinen mehrsprachige Informationskampagnen vom Kindergarten bis in die Postmenopause sinnvoll. Viele ältere Frauen mit Migrationshintergrund wissen z.B. nicht, dass ihr Risiko für Krebserkrankungen steigt und man deshalb weiter zu gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen gehen sollte. Viele Frauen machen das nicht, weil sie denken, „sie seien durch mit dem Thema“.

Wie könnte man die Zielgruppe „Frau“ erreichen?

Richardt: Es sollten niedrigschwellige und digitale Informationsangebote zur

Frauengesundheit angeboten werden, insbesondere um sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen. Informationsbroschüren und Internetseiten sollten in zahlreichen Landessprachen übersetzt sein und es sollte mehr Möglichkeiten geben, Patientinnen Informationen in anderen Sprachen zur Verfügung zu stellen. Auch digitale Formate für die medizinische Versorgung gilt es auszubauen. Es gibt zum Beispiel eine erfolgreiche DIGA „Pink“ für Brustkrebs mit Informationen und Möglichkeiten, sich mit anderen zu verbinden/auszutauschen; das kann man sicherlich für viele weitere Situationen übernehmen. Es sollten seriöse Informationen über Schwangerschaft, Schwangerschaftsvorsorge bzw. Schwangerschaftsabbruch als App zur Verfügung gestellt werden. Es gibt viele kursierende Fehlinformationen z.B. in sozialen Medien, die völlig falsche Vorstellungen hervorrufen. Zudem gilt es in unseren Augen, die Hebammenversorgung zu verbessern. Häufig haben gerade Patientinnen in schlechten sozioökonomischen Verhältnissen Sprachbarrieren und keine Hebamme.

Sie haben auch das Thema Gewalt gegen Frauen angesprochen. Warum gehört das in diesen Kontext?

Richardt: Gewalt gegen Frauen ist ein gravierendes gesundheitliches und gesellschaftliches Problem und Ärztinnen und Ärzte spielen eine entscheidende Rolle bei der Erkennung und Versorgung betroffener Frauen. Sie sind häufig die erste und einzige Anlaufstelle für Betroffene. Der soziokulturelle Hintergrund wird hier sicherlich eine zunehmend prominente Stellung einnehmen. Beispielsweise hatten fast alle verletzten Frauen, vor allem mit Migrationshintergrund, die in chirurgischen Ambulanzen behandelt wurden, einen „Unfall“ – meist

„Treppensturz“ o.ä., obwohl dies aus ärztlicher Sicht bezweifelt werden durfte. Die wenigen, die häusliche Gewalt als Ursache zugaben, waren in der Regel nicht bereit, konkrete Schritte wie etwa eine Anzeige oder Frauenhaus mitzugehen.

Sind Hausarztpraxen bei diesem Thema nicht überfordert?

Richardt: Bei häuslicher Gewalt kann das passieren, gerade wenn die Patientin keine rechtsmedizinische Ambulanz aufsuchen möchte und der Täter auch als Patient in der jeweiligen Praxis geführt wird. Es bleibt weiterhin schwierig, z.B. bei Vergewaltigungen Befunde gerichtsfest zu dokumentieren, ohne die Polizei einzuschalten. Die Hürde, dafür extra in die Rechtsmedizin zu gehen, ist für viele Patientinnen hoch. In den Notaufnahmen müssen sie teilweise ohne Polizei länger warten, weil andere Patientinnen dringender triagiert werden. Als Ärztin oder Arzt hat man da nicht wirklich die Chance, die Patientin z.B. psychologisch akut betreuen zu lassen.

Was könnte helfen, welche Schritte sollten konkret eingeleitet werden?

Richardt: Es gibt eine Berliner Initiative (S.I.G.N.A.L.), die versucht, eine rechtssichere Dokumentation sicherzustellen. Leider ist diese so umfangreich, dass sie nicht so nebenbei in der Notaufnahme oder Sprechstunde gelingt. Hier eine bessere Aufklärung und Hilfestellungen zu gewährleisten, wäre wichtig. Hausärzte haben bereits den Vorschlag gemacht, dass geschulte Profis, die diese Aufgabe leisten, in Anlaufpraxen sitzen und dafür bezahlt werden. Ob dieses Angebot dann niederschwelliger ist, als das Aufsuchen der Klinikambulanz, sei dahingestellt, hätte aber den Vorteil, dass die/der behandelnde Arzt nicht zwischen die Fronten gerät, wenn der Täter z.B. ebenfalls Patient in der Hausarztpraxis ist. Wir brauchen verbindliche Schulungen für medizinisches Fachpersonal zur Erkennung von Gewaltopfern und zur Einleitung geeigneter Maßnahmen. Außerdem den Ausbau spezialisierter Anlaufstellen in Kliniken und Praxen, um betroffenen Frauen eine geschützte und kompetente Versorgung zu gewährleisten und eine enge Zusammenarbeit mit Beratungsstellen, Justiz und Polizei, um Opfern eine umfassende Unterstützung zu bieten.

Sie haben im Ausschuss auch einen Bogen zur ärztlichen Weiterbildung geschlagen. Wo ist der Zusammenhang zur Frauengesundheit?



Prof. Doreen Richardt ist Vizepräsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Im Februar war sie zur Anhörung des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages zum Thema Frauengesundheit geladen.

„Es kommt zu Fehldiagnosen und Therapieverzögerungen mit möglichen Folgeschäden.“

PROF. DOREEN RICHARDT

Richardt: Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung von Frauen setzt eine fundierte Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte voraus. Fast jede Universität hat gendersensible Vorlesungen im Programm. Die gendersensible Weiterbildung als fertige Ärztin oder Arzt ist dagegen extrem von den Weiterbildungsbefugten abhängig. Mit Blick auf die Krankenhausreform wird deutlich, dass wir vermehrt Weiterbildungsverbünde brauchen, weil selbst Maximalversorger nicht mehr alles weiterbilden werden können und damit in vielen

Fachgebieten nicht mehr die volle Weiterbildungsbefugnis bekommen können. Darin liegt in meinen Augen auch eine Chance für eine strukturierte und zügigere Weiterbildung und die Reduzierung von Abhängigkeitsverhältnissen. Bei den Weiterbildungsverbänden dürfte vor allem die Finanzierung im ambulanten Bereich ein großes Problem darstellen, aber auch im stationären Bereich wird die Finanzierung der Weiterbildung bisher nicht abgebildet, sondern läuft im besten Falle mit. Gerade für die Sensibilisierung für gendersensible Themen wird aber Zeit benötigt.

Wen sehen Sie gefordert, damit Frauengesundheit gestärkt wird?

Richardt: Das ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die ein gemeinsames Engagement aller Akteure erfordert – von der Politik über das Gesundheitswesen bis zur Wissenschaft und Zivilgesellschaft. Nur durch koordinierte Maßnahmen, bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen und eine gezielte Gesundheitsprävention können wir die gesundheitlichen Herausforderungen von Frauen in Schleswig-Holstein nachhaltig verbessern. Wir appellieren daher an den Schleswig-Holsteinischen Landtag, die gesundheitliche Chancengleichheit entschlossen zu fördern und gemeinsam mit allen Beteiligten die notwendigen Rahmenbedingungen für eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung zu schaffen. Als Ärztekammer stehen wir für diesen Dialog zur Verfügung.

Vielen Dank für das Gespräch.

Kommunales MVZ für Amrum in Planung

VERSORGUNG Gesundheitsversorgung ist in ländlichen Regionen fast überall eine Herausforderung, besonders gilt dies für Inseln. Auf Amrum gibt es zwar hausärztliche Versorgung, aber die Inselgemeinden arbeiten an einem Konzept für die Zukunft.

Mit dem Ärztezentrum Büsum war eine Gemeinde aus Schleswig-Holstein vor ein paar Jahren bundesweit Pionier mit einem kommunalen Versorgungszentrum, in dem mehrere angestellte Ärzte unter einem Dach arbeiteten. Grund für das kommunale Engagement war damals, dass es für die Hausarztpraxen im Ort keine Nachfolger gab.

Wie berichtet, haben drei der einst angestellten Ärztinnen und Ärzte aus dem Versorgungszentrum ihre Zulassungen inzwischen übernommen und sind seitdem in den Räumen selbstständig niedergelassen. Die ambulante Versorgung war über das damals innovative Modell stets sicher-

gestellt und hatte schließlich dazu geführt, dass am Ende Ärztinnen und Ärzte doch wieder selbstständig arbeiten.

Nun könnte es erneut ein Pioniermodell aus dem Norden geben: Auf der Insel Amrum soll es in Kürze ein kommunales MVZ nach Büsumer Vorbild geben – allerdings nicht mit einer, sondern gleich mit drei beteiligten Gemeinden. Dies wäre bundesweit ein Novum. Auf Amrum spricht schon die geringe Größe der beteiligten Gemeinden Nebel, Norddorf und Wittdün dafür, dass das Versorgungszentrum nicht im Alleingang, sondern gemeinsam geschultert wird.

Nach Auskunft der KV Schleswig-Holstein lag dem Zulassungsausschuss zur Anfrage im Februar zwar noch kein entsprechender Antrag vor. Die Gründereigenschaft durch mehrere Gemeinden sei aber bereits bejaht worden.

Der Zeitplan für das kommunale MVZ sieht nach Angaben der Ärztegenossenschaft Nord die Gründung einer gGmbH in diesem Monat vor. Betriebsbeginn soll nach den derzeitigen Plänen im Sommer in den Räumen der schon auf Amrum praktizierenden Hausärztin sein. Ein geplanter Neubau soll im Jahr 2027 in der Gemeinde Wittdün öffnen.

Die Kommunalaufsicht Nordfriesland wird die weiteren Planungen begleiten. Sie wird letztendlich auch entscheiden, ob die hohen zusätzlichen finanziellen Belastungen realistisch sind und überhaupt von den Gemeinden getragen werden können.

Projektkoordinator für das Versorgungszentrum ist der frühere Klinikmanager des kommunal getragenen Westküstenklinikums in Heide und Brunsbüttel, Harald Stender. Eine Informationsveranstaltung im Januar zu dem Thema wurde nach Angaben der Ärztegenossenschaft von den Bürgern auf Amrum genutzt, um konstruktive Fragen zu stellen und um Vorschläge zu unterbreiten, wie die Kosten für den

Betrieb gesenkt werden könnten. Außerdem gab es laut Ärztegenossenschaft die Anregung, einen Unterstützungsverein zu gründen, der sich an den Kosten des neuen MVZ beteiligen könnte – dies gäbe auch den Amrumer Gästen während ihres Urlaubs auf der Insel die Möglichkeit, mit einer Spende zur Finanzierung der medizinischen Versorgung beizutragen.

Die Investitionskosten sollen nach Angaben örtlicher Medien bei über vier Millionen Euro liegen. Diese für kleine Gemeinden hohe Summe nehmen die Kommunen in die Hand, damit sie die hausärztliche Versorgung langfristig sichern können. Dies ist nicht nur im Interesse der Gesundheitsversorgung der 2.300 Menschen, die auf Amrum leben, sondern auch für die zahlreichen Urlauber, die auf die Insel kommen. Die Gemeinden erwarten nach Prognosen der Ärztegenossenschaft einen defizitären Betrieb, eine Prüfung durch die Kommunalaufsicht ist noch nicht abgeschlossen. „Sie wird letztlich entscheiden, ob die hohen zusätzlichen finanziellen Belastungen realistisch sind und überhaupt von den Gemeinden getragen werden können“, teilte die Ärztegenossenschaft, die die Gründungsvorbereitungen vor Ort begleitete, im Januar mit.

Die KV würde das MVZ begrüßen und mit einer fünfstelligen Summe aus ihrem Strukturfonds fördern, wenn zwei hausärztliche Ganztagsstellen in das MVZ integriert werden. Nach Erfahrungen der KV wirkt es auf manche interessierte Ärztinnen und Ärzte abschreckend, dass auch die Notfallversorgung auf der Insel sichergestellt werden muss. Damit ist die Befürchtung verbunden, dass die Dienstbelastung zu hoch sein könnte. Eine weitere Hürde könnte für manche Interessierte sein, dass Amrum per Fähre über die Insel Föhr, aber nicht direkt vom Festland erreichbar ist – was viele andere Menschen schätzen.

DIRK SCHNACK



Gute Resonanz auf die Weiterbildung

KVSH Entbudgetierung der Hausärzte, DMP Rheuma, Finanzierung der Förderung der Weiterbildung: Die erste KV-Abgeordnetenversammlung des Jahres 2025 hatte ein breites Themenspektrum mit wichtigen Themen für die Praxen.

Was in der Pädiatrie bereits erreicht wurde, gilt bald auch für die Hausärztinnen und Hausärzte: Am 29. Januar des Jahres verabschiedeten der Bundestag und am 14. Februar des Jahres der Bundesrat die Entbudgetierung für allgemeinmedizinische Leistungen. Inkrafttreten soll das Gesetz zum 1. Oktober 2025, bis dahin sind die Inhalte und Regelungen durch den Bewertungsausschuss zu verhandeln. „Die Zeit ist in unseren Augen knapp. Es sind noch viele Fragen offen“, sagte Schleswig-Holsteins KV-Chefin Dr. Bettina Schultz in der Versammlung am 19. Februar. Das Gesetz soll die allgemein hausärztliche Versorgung und Hausbesuche umfassen, Sonografien und Psychosomatik dagegen nicht. Auch sind eine Versorgungspauschale mit Arztbindung und eine Vorhaltepauschale vorgesehen. Die Bedingungen für diese sind noch nicht festgelegt.

Außerdem berichtete Schultz, dass weitere Inhalte im Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) beschlossen wurden. So soll die „Pille danach“ zulasten der gesetzlichen Krankenversicherungen ohne Altersbeschränkung nach sexuellen Straftaten gehen und die Bewilligung von Hilfsmitteln für Menschen mit Behinderungen vereinfacht werden. „Nicht enthalten ist leider der Wegfall von Bagatellprüfungen und die Einrichtung von Primärversorgungszentren bei Unterversorgung“, berichtete Schultz den Abgeordneten.

Um einer Unterversorgung entgegenzuwirken, wird die Facharztweiterbildung in Schleswig-Holstein gefördert. Schultz berichtete von insgesamt 69 freien Hausarztstellen in Schleswig-Holstein, in der Versorgung bedrohte Kreise waren im Januar Husum (11,5 freie Sitze), Elmshorn (9,5 freie Sitze) und Geesthacht (10,5 freie Sitze). „Wir haben aber auch viele Landkreise, in denen Sitze frei – aber auch durch passende Bewerber gleich wieder besetzt werden“,



Dr. Bettina Schultz, Vorstandsvorsitzende der KVSH

berichtete Schultz. Dies rechnete sie auch den Bemühungen um die Nachwuchskräfte im Land zu. So habe sich die Zahl der Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) von 59 im Jahr 2016 auf 415 im Jahr 2024 deutlich verbessert. Die Zahl der bestandenen Facharztprüfungen habe sich fast verdoppelt (2016: 54; 2024: 104). Deutlich zugenommen hätten die hausärztlichen Stellen in Anstellung. „Diesen Erfolg haben wir dem Lehrstuhl für Allgemeinmedizin, den erweiterten Inhalten im Studium und den zahlreichen Lehrstellen im Land zu verdanken“, so Schultz. Gefördert werde die Weiterbildung auf insgesamt 320 Stellen (250 Förderstellen Allgemeinmedizin, 70 Förderstellen weiterer Facharztgruppen) mit 5.800 Euro monatlich, finanziert von der GKV und der KV zu je 50 %.

Laut Statut gibt es eine Regelung zur Umlage zwischen den Kassenärztlichen

Vereinigungen im Bundesgebiet: „Wenn ein Bundesland die Fördersumme nicht ausschöpft, gibt es eine Umlage an andere Bundesländer, in denen die Förderstellen vollumfänglich oder sogar übersetzt werden“, berichtete Karsten Brandstetter, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVSH. Für das Jahr 2025 wird gemäß Brandstetter weder Geld nach Schleswig-Holstein bzw. von Schleswig-Holstein an andere Bundesländer fließen. Aus diesem Grund ergäbe sich in der Kalkulation ein Fehlbetrag in Höhe von 1,3 Millionen Euro im laufenden Haushaltsjahr. „Um diese Differenz finanzieren zu können, haben wir zwei Möglichkeiten: wir bringen das Geld aus dem laufenden Haushalt auf oder wir nehmen eine bedingte Anpassung der Umlage von plus 40 % für das zweite und dritte Quartal 2025 vor“, so Brandstetter. Nach intensiver Diskussion stimmte die AV für die Erhöhung der Umlage um 40 % für das zweite und dritte Quartal 2025. „Wir werden für die nächste Abgeordnetenversammlung sowohl die Zahlen als auch verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten für die Zukunft erarbeiten und der AV so die Möglichkeit geben, die Entscheidung für die kommenden Haushaltsjahre nach ausführlicher Debatte treffen zu können“, kündigte Brandstetter nach der Abstimmung an.

Zudem berichtete Schultz über den Austausch mit den Krankenkassen zum Thema DMP Rheuma. Dieses wurde seitens der Krankenkassen beschlossen, soll am 1. Juli 2025 starten und die bisherige Rheumavereinbarung ersetzen. „Wir teilen die Sorge der Rheumaliga, dass sich die Versorgung der Rheumapatienten verschlechtern könnte. Allerdings muss auch gesehen werden, dass sich das zu erwirtschaftende Honorar durch die Durchführung des DMP fast verdoppeln kann“, so Schultz.

Bestnoten für das Kompetenzzentrum

ALLGEMEINMEDIZIN In Schleswig-Holstein ist die Wiederbesetzungsrate hausärztlicher Sitze so hoch wie in keinem anderen Flächenbundesland. Die Spurensuche für diesen Erfolg führt auch ins Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin (KWA.SH). Die beiden Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin in Kiel und Lübeck ziehen ein persönliches Resümee.

Schleswig-Holstein hat im Bundesvergleich den geringsten Anteil offener hausärztlicher Sitze in Relation zu allen hausärztlichen Sitzen – ausgenommen die Stadtstaaten Bremen und Hamburg. Deutlich wird dies in der Abbildung unten rechts, deren Daten auf den online verfügbaren, jeweils aktuellsten Planungsblättern der KVen basieren (Stand: 07.02.2025; *hier wurde die Zahl aller HÄ-Sitze geschätzt: Einwohner/innen: 1.609).

Deutlich wird, dass in Schleswig-Holstein gemeinsam ein sehr guter Weg beschritten wurde – ein idealer Zeitpunkt, um zu reflektieren, welche Faktoren für diesen Erfolg eine Rolle spielen könnten.

Die Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Allgemeinmedizin dauert in Deutschland rund acht bis zehn Jahre¹. Rechnet man die Zeit für das Studium mit gut sechs Jahren hinzu, können Maßnahmen, die in Studium oder Weiterbildung ansetzen, erst mit einer gewissen Latenz in der Versorgung ankommen.

Seit über 15 Jahren existieren Daten, die darauf hingewiesen haben, dass ein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten eintreten könnte². Daraufhin wurde zusätzlich zur finanziellen Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildungsstellen ein Bündel an Maßnahmen entwickelt³. Diese

werden zum Zwecke, die „Qualität und Effizienz“ der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu optimieren, in seit 2017 geförderten Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin umgesetzt.

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein (KWA.SH) ist ein gemeinsames Projekt der Ärztekammer Schleswig-Holstein, der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, dem Institut für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein (IÄQSH) und der Lehrstühle für Allgemeinmedizin der Universitäten Kiel und Lübeck.

Das KWA.SH begleitet die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) inhaltlich und organisatorisch auf ihrem Weg zur Fachgebietsprüfung. Alle ÄiW nehmen an vier Schulungstagen pro Jahr teil, an denen in Seminaren und Workshops Wissen und Fertigkeiten für den Praxisalltag vermittelt werden. Von Bedeutung ist auch die Vernetzung untereinander, etwa an den Schulungstagen und durch das Gruppenmentoring.

Dieses wird von engagierten Hausärztinnen und Hausärzten angeboten und findet pro Gruppe ebenfalls viermal pro Jahr statt. Zudem gibt es Onlineangebote zu speziellen Themen, wie etwa einen Workshop zur Organisation der Weiterbildungs-

zeit oder ein Seminar zur Vorbereitung auf die Fachgebietsprüfung. Spezielle Kohortenberatungen werden als „Blaue Stunde“ angeboten. Hier können sich die ÄiW am Ende eines Schulungstages bei Vertretenen von KV oder Kammer zu aktuellen Themen rund um ihre Weiterbildung, die Zulassung zur Fachgebietsprüfung oder den Weg in die Niederlassung informieren.

Für die Weiterbildungsbefugten gibt es ein Train-the-Trainer-Angebot, bei dem Möglichkeiten und Wege vermittelt werden, um die Lernprozesse während der Weiterbildung zu stärken.

Für alle, die an den Schulungstagen als Lehrende aktiv werden und Seminare oder Workshops anbieten wollen, wird einmal jährlich ein Didaktiktraining angeboten.

Zudem versteht sich das Kompetenzzentrum als Koordinierungshilfe und Unterstützung bei Fragen und Anregungen jeder Art, die die Weiterbildung betreffen. Werden also Stolpersteine auf dem Weg zur fachärztlichen Anerkennung oder Niederlassung offenbart, werden diese gemeinsam mit Ärztekammer und KV diskutiert. Das KWA.SH steht allen ÄiW Allgemeinmedizin offen – egal, ob sie sich im stationären oder ambulanten Weiterbildungsabschnitt befinden. Seit 2023 sind auch Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Pädiatrie wäh-

Dringende Fälle in der Hausarztpraxis

Welchen Anteil haben allgemeinmedizinische Praxen an der Behandlung von Akutpatienten? Hierzu liegen bislang kaum seriöse Daten vor – was dazu beiträgt, dass im gesundheitspolitischen Raum fast nur über die Rolle der Notfallaufnahmen in Krankenhäusern gesprochen wird. Ein Projekt am Institut für Allgemeinmedizin der Universität Lübeck will das ändern. Allgemeinmediziner Johannes Rieken ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut, er berichtet im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes, warum eine Teilnahme an dem Projekt wichtig ist. Hier geht es zum Podcast: <https://www.aeksh.de/wir-ueber-uns/aerzteblatt/podcast-archiv>



Johannes Rieken

rend ihrer ambulanten Weiterbildungszeit und danach willkommen.

Die Angebote des KWA.SH werden sehr gut angenommen und evaluiert. In absoluten Zahlen war das KWA.SH mit 415 eingeschriebenen ÄiW im Jahre 2024 das drittgrößte in Deutschland. In Bezug auf die Reichweite belegt das KWA.SH bundesweit den ersten Platz.

In der Folge haben wir pro eine Million Einwohner bzw. Einwohnerinnen in Schleswig-Holstein 140 ÄiW im Kompetenzzentrum, gefolgt von 118 in Hamburg und 76 in Berlin auf den Plätzen zwei und drei.

Die Gesamtzufriedenheit mit den Schultagen wurde von den ÄiW im Durchschnitt mit den Schulnoten 1,2–1,5 evaluiert. Über diese Benotung freuen wir uns sehr.

Es zeichnete sich in den letzten Jahren bereits ab, dass sich die Zahl der auf dem Weg zum Facharzt für Allgemeinmedizin Geförderten in Deutschland verdoppelt⁴. Jetzt werden die Effekte der eingeleiteten Maßnahmen auch bezüglich der Zahl der Fachgebietsprüfungen Allgemeinmedizin deutlich. Im Jahr 2024 wurden in Schleswig-Holstein 104 Fachgebietsprüfungen Allgemeinmedizin durchgeführt. Das waren fast doppelt so viele wie jeweils in den acht Jahren zuvor (2016–2023), in denen pro Jahr 45–67 Prüfungen stattfanden, das heißt im Durchschnitt 57.

Die Sorge, dass die frisch qualifizierten Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin dem Bundesland verloren gehen könnten, ist unbegründet, wie eine aktuelle Analyse der KBV zeigt. Von den im Zeitraum 2013–2023 in Schleswig-Holstein im ambulanten Bereich geförderten 537 ÄiW Allgemeinmedizin, wanderten 49 in andere Bundesländer ab. Gleichzeitig fanden 68 in anderen Bundesländern geförderte ÄiW Allgemeinmedizin den Weg nach Schleswig-Holstein, sodass letztlich 556 Fachärzte für Allgemeinmedizin in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein tätig werden konnten.

Neben den vielfältigen Ansätzen in der Weiterbildung, trägt sicher auch die Ausbildung zum Erfolg der Förderung hausärztlichen Nachwuchses bei. Die Lehrstühle der Institute für Allgemeinmedizin in Kiel und Lübeck sind 2014 besetzt worden und haben die wertvolle Pionierarbeit der niedergelassenen Hochschullehrer und -lehrerinnen weiterentwickeln können. Das Lehrangebot konnte erweitert und standardisiert werden, neue Lehrbeauftragte bzw. Lehrpraxen wurden involviert, ebenso Forschungsprojekte und Promotionsarbeiten durchgeführt. Die Lehrevaluationen sind durchgängig gut bis sehr gut und auch bezüglich des Drittmittelaufkommens sind die Institute mit den Kliniken und anderen Instituten konkurrenzfähig. Dadurch ist die Sichtbarkeit der Allgemeinmedizin

im Medizinstudium insgesamt deutlich gewachsen, was sehr wichtig für eine positive Entscheidung für die Allgemeinmedizin ist und für einen möglichst gradlinigen und damit effizienten Weiterbildungsweg. Denn die lange Weiterbildungsdauer ist auch dadurch mitbedingt, dass viele spätere Hausärztinnen und Hausärzte unnötige Umwege auf sich nehmen müssen.

Die hier dargestellten Aktivitäten decken wichtige, aber längst nicht alle Aktivitäten zur Förderung des Nachwuchses für die hausärztliche Versorgung ab. So gibt es die Laufbahnassistenz am IÄQSH, die unter anderem auf der Suche nach geeigneten Weiterbildungsstellen hilft und die Weiterbildungsstellenbörse betreut, es gibt Weiterbildungsverbände an Kliniken wie dem Westküstenklinikum Heide oder Ärzten- bzw. Praxisnetze, die gerade ambulante Weiterbildungsverbundkonzepte entwickeln. Auch wäre die Weiterbildung ohne die vielen engagierten Weiterbildungsbeauftragten im Bundesland nicht möglich. Für ÄiW in Weiterbildung Allgemeinmedizin sind auch Weiterbildungsmöglichkeiten in anderen unmittelbar patientenversorgenden Fachgebieten sehr willkommen. Ob Chirurgie, Orthopädie, Dermatologie, HNO, Neurologie oder ein anderes Gebiet: Drei, sechs oder auch neun Monate in einem dieser Fächer ambulant zu lernen und zu arbeiten, können sich viele Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung Allgemeinmedizin sehr gut vorstellen. Sie anzustellen, kann sich in vielerlei Hinsicht auch für die Weiterbildungsbeauftragten lohnen.

Zusammengefasst möchten wir allen in der Weiterbildung Allgemeinmedizin Aktiven für ihr Engagement danken und zu einem weiteren regen Austausch motivieren. Denn obwohl Schleswig-Holstein im Vergleich zu den anderen Flächenländern sehr gut dasteht, dürfen wir mit unseren Aktivitäten keinesfalls nachlassen. Der Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten wird aufgrund des demografischen Wandels, der Fortschritte in der Medizin, aber auch der Arbeitszeitpräferenzen der jungen Kolleginnen und Kollegen in Zukunft weiter steigen.

In Schleswig-Holstein sind die Kommunikationswege kurz und der Austausch ist konstruktiv. Diese gute Zusammenarbeit sollten wir uns bewahren, denn sie ist sicher auch ein Grund für unseren gemeinsamen Erfolg.

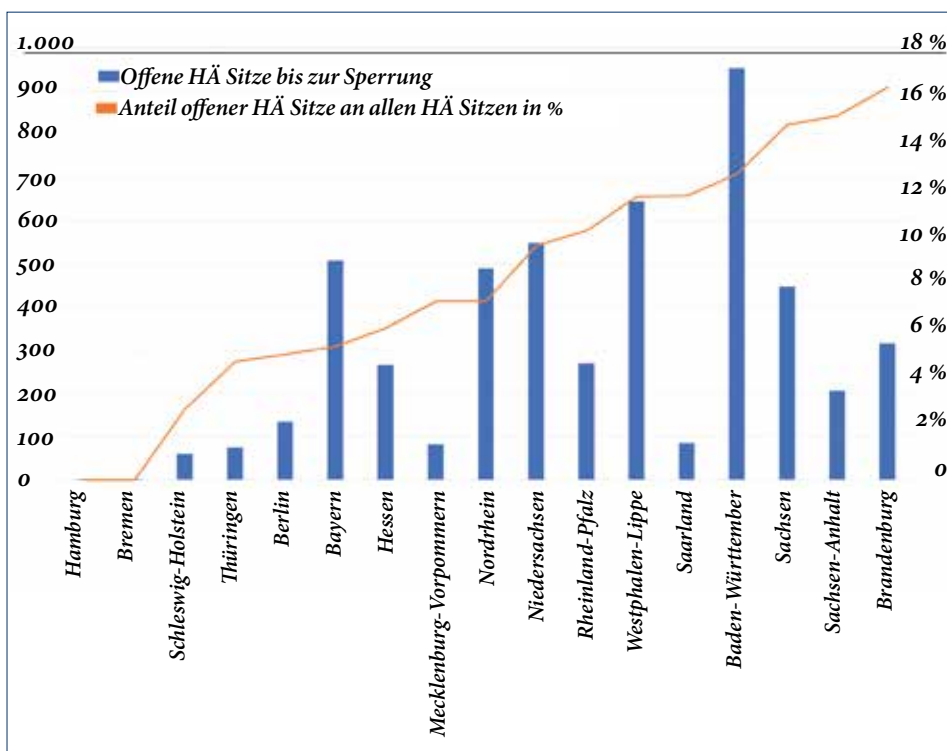


Abbildung 1: Offene hausärztliche Sitze pro Bundesland und ihr Anteil an allen hausärztlichen Sitzen.

LITERATUR BEI DEN VERFASSERN
 PROF. JOST STEINHÄUSER (LÜBECK) UND
 PROF. HANNA KADUSZKIEWICZ (KIEL)

Kreis Segeberg vermisst die Niederlassungen

WEITERBILDUNG Der Kreis Segeberg steigt aus einem wichtigen Projekt zur Förderung der Verbundweiterbildung in der Allgemeinmedizin aus. Die Ärztenossenschaft Nord sucht nach neuen Unterstützern eines Projektes, das nach ihrer Ansicht einen längeren Atem braucht.

Eine lückenlose und von Mentoren begleitete Weiterbildung in Kliniken und Praxen: Einen solchen Zusammenschluss für angehende Allgemeinmediziner gab es im Norden noch nicht, als das Projekt im Sommer 2022 startete. Die Aktivitäten finanzierte der Kreis Segeberg mit dem Ziel, Hausärztinnen und Hausärzte an die Region zu binden und sie für eine Niederlassung zu motivieren.

Zum Jahresende 2024 hat der Kreis die Projektförderung beendet, Fördermittel werden nicht mehr gezahlt. Die Entscheidung im Kreistag fiel einstimmig. Zur Begründung heißt es: In einer Fortsetzung des Projektes liege „kein Mehrwert.“ In den Jahren der bisherigen Förderung „konnte nicht ein Hausarzt für den Kreis Segeberg gewonnen werden.“ Auch alle anderen beschlossenen Maßnahmen seien nicht zielführend.

Der Weiterbildungsverbund besteht aus fünf Kliniken und 32 Arztpraxen. Er sorgt dafür, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ihre Abschnitte zeitlich abgestimmt im Kreisgebiet absolvieren können.

Die Ärztenossenschaft Nord, die das Projekt koordiniert hatte, berichtet von 24 Ärztinnen und Ärzten, die ihre Weiterbildung im Verbund begonnen hätten. Vier davon hätten inzwischen ihre Facharztprüfung bestanden und sind laut Genossenschaft im Kreisgebiet tätig. Weitere fünf sollen in diesem Jahr folgen. Die Genossenschaft bedauerte, dass das Projekt nicht länger gefördert wird.

„Der Kreis hätte sich vielleicht mehr neue Niederlassungen gewünscht, aber dazu hätte es einen längeren Atem gebraucht“, sagte Dr. Svante Gehring. Der Vorstandsvorsitzende der Genossenschaft ist selbst als Hausarzt im Kreisgebiet niedergelassen.

Gehring sagte weiter: „Das Projekt mit dem gegründeten Weiterbildungsverbund



Dr. Svante Gehring, Vorstandsvorsitzender der Ärztenossenschaft Nord und hausärztlich im Kreis Segeberg tätig, bedauert den Ausstieg des Kreises aus der Förderung des Weiterbildungsverbundes.

hat uns gezeigt, dass gezielte Fördermaßnahmen langfristig die hausärztliche Versorgung stärken können und ich bin überzeugt, dass sich das in Zukunft auch durch neue Niederlassungen in der Region auszahlen wird.“ Er verwies in seinem Statement auf die Dauer von fünf Jahren für die Weiterbildung und eine entsprechende Zeit bis zur eigenen Niederlassung. Die Ärztenossenschaft will sich nun um eine Anschlussfinanzierung von anderer Seite bemühen.

Noch im Jahr 2022 hatte sich der Kreis für den Weiterbildungsverbund erwärmt. Landrat Jan Peter Schröder sah die Hausarztpraxen in der Region von zentraler Bedeutung für die wohnortnahe Versorgung und freute sich über den regionalen Pakt, an dem mehrere Partner mitwirkten: Neben dem Kreis, Krankenhäusern und Arztpraxen waren dies die Wirtschaftsentwick-

lungsgesellschaft Segeberg (WKS), die Ärztekammer und die KV Schleswig-Holstein, die Institute für Allgemeinmedizin in Kiel und Lübeck sowie die Ärztenossenschaft Nord. Als Schnittstelle zwischen kommunalen und medizinischen Akteuren fungierte ein Kreiskoordinator für die ambulante Versorgung, Otto Melchert. Der frühere Klinikmanager ist in der Szene gut vernetzt.

Er hatte zu Projektstart angekündigt, dass für Interessierte zu Beginn ihrer Weiterbildung ein individueller Plan auf Grundlage des kompetenzbasierten Curriculums Allgemeinmedizin der DEGAM erstellt wird – unter Berücksichtigung der inhaltlichen Schwerpunkte und Interessensgebiete der Nachwuchsmediziner. Zum Angebot gehören neben den strukturierten Rotationen im Curriculum auch gezielte Examensvorbereitungen, eine garantierte Freistellung für Lehrinhalte und regelmäßige interne und externe Fortbildungen sowie Zusatzangebote. Als Beispiele dafür nannte der Verbund eine Balint-Gruppe für Menschlichkeit und Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung und ein Kommunikationstraining ärztliche Gesprächsführung.

Der Weiterbildungsverbund war Bestandteil eines umfassenden Maßnahmenpaketes, das die Kreispolitik schon im Jahr 2019 beschlossen hatte, um sich attraktiver für Ärztinnen und Ärzte in der Allgemeinmedizin zu machen. Ein weiteres Modul in der Kampagne unter dem Namen „gesund und zukunftsunter“ richtete sich an Medizinische Fachangestellte, die sich bei der Weiterbildung zur Nichtärztlichen Praxisassistentin (NäPa) begleiten lassen wollen. Die Kosten für die Weiterbildung zur NäPa übernimmt der Kreis. Diese Förderung in Höhe von 10.000 Euro pro Jahr bleibt für die Jahre 2025 bis 2027 erhalten.

DIRK SCHNACK

Neue Infoangebote zum Impfen

IMPFFEN Auch Schleswig-Holstein war in diesem Jahr von einer starken Grippewelle betroffen. Das Gesundheitsministerium hat bereits zum Start des Winters ein umfangreiches, aktualisiertes Informationsangebot bereitgestellt, das die Aufklärungsarbeit von Ärztinnen und Ärzten begleitet.

Die Grippewelle traf viele Menschen in den ersten Wochen des neuen Jahres unvorbereitet. Die Zahlen lagen über den Werten des vergangenen Jahres, in Schleswig-Holstein war besonders der Kreis Ostholstein betroffen. Mitte Februar gab es deshalb verstärkt öffentliche Appelle, sich noch impfen zu lassen.

Wie viele Menschen diese Möglichkeit nutzten, war bis Redaktionsschluss zwar noch nicht bekannt, fest steht aber: Es hatte auch vorher nicht an Hinweisen auf eine starke Grippezeit gefehlt. Die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) am Robert Koch-Institut hatte schon Mitte Januar auf den Start der Saison mit dem dominierenden Influenza-Virusstyp A(H1N1)pdm09 aufmerksam gemacht.

Auch für Schleswig-Holstein hatte sich schon damals abgezeichnet, dass in diesem Jahr mehr Menschen betroffen sein würden. In der zweiten Kalenderwoche hatte es bereits 276 gemeldete Influenzafälle – und damit 66 mehr als im Vorjahreszeitraum – gegeben. Auf der Webseite

des Gesundheitsministeriums lautete die Warnung: „Mit einer deutlichen weiteren Steigerung der Fallzahlen ist zu rechnen.“ Auch fehlte nicht der Hinweis, dass eine Impfung noch immer sinnvoll sei, denn: „Die Grippewelle dauert in aller Regel bis Ostern an.“

Ärztinnen und Ärzte thematisieren das Thema zwar regelmäßig, viele wünschen sich aber mehr begleitende Aufklärung. Das Gesundheitsministerium hatte deshalb zu Jahresbeginn aktualisiertes Informationsmaterial zur Verfügung gestellt, das zum Beispiel in Arztpraxen ausgehängt oder ausgehandelt werden kann, darunter „Impf-Reminder“, Poster und neue Info-Flyer. Darin wird noch einmal klargestellt, dass jeder an Influenza erkranken kann und dass die Symptome jeden Menschen stark beeinträchtigen können – auch wenn dieser Mensch jung ist und sich bis dahin gesund fühlte: „Daher ist die Grippeimpfung für alle sinnvoll.“

Deutlich wird auch, dass bei einem plötzlich einsetzenden Fieber, heftigen Glieder- und Kopfschmerzen und einem

schlechten Allgemeinzustand für die Betroffenen Ruhe geboten und das normale Alltagsleben nicht möglich ist. Auf den Flyern werden Menschen auch noch einmal dafür sensibilisiert, für welche Gruppen eine Gripeschutzimpfung unverzichtbar ist, nämlich für

- ▶ Chronisch Kranke und Immungeschwächte (ab sechs Monate) sowie ihre Kontaktpersonen
- ▶ Menschen ab 60 Jahren
- ▶ Bewohner und Bewohnerinnen von Alten- und Pflegeheimen
- ▶ Beschäftigte im medizinischen Bereich
- ▶ Schwangere (in der Regel ab dem zweiten Schwangerschaftsdrittel)
- ▶ Berufstätige, die durch ihre Arbeit besonders ansteckungsgefährdet sind, etwa Lehrkräfte, Busfahrer oder Menschen, die in Einrichtungen mit viel Publikumsverkehr arbeiten.

Ärztinnen und Ärzte, die das Informationsmaterial nutzen und an viele Menschen verbreiten, erreichen damit noch ein weiteres Ziel. Die Gripeschutzimpfung, heißt es im Informationsmaterial, sei eine gute Gelegenheit, den Impfschutz generell zu überprüfen und bei Bedarf zu vervollständigen. „Personen ab 60 Jahren sollten auch an den Impfschutz gegen Gürtelrose (Herpes zoster), Pneumokokken und Covid-19 denken – und ab 75 Jahren an den Impfschutz gegen RSV“, lautet die Erinnerung auf einem Informationsblatt.

Wer die Seiten aufsucht, findet auch Hinweise, wogegen sich bestimmte Altersgruppen impfen lassen sollten.

Auch an die Menschen, die keine Hausarztpraxis haben, wurde gedacht. Eine Liste mit den Impfsprechstunden der Öffentlichen Gesundheitsdienste der Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein mit detaillierten Kontaktmöglichkeiten und Zeiten ist auf der Webseite des Ministeriums ebenfalls zu finden.

DIRK SCHNACK



Operieren in Malawi

HILFSEINSATZ Erster allgemeinchirurgischer Einsatz im Mua Mission Hospital in Malawi von Interplast Germany e.V. Interprofessionelles Einsatzteam aus Bad Schwartau und Göteborg in enger Zusammenarbeit mit der Marietta & Cäcilie Stiftung Hamburg – Malawi.

Malawi im südöstlichen Afrika ist geprägt durch den 580 km langen Malawisee, umrahmt von Sambia, Tansania und Mosambik. Es gehört zu den ärmsten Ländern der Welt mit einer jungen Bevölkerung: Im Jahr 2023 waren 42 % der rund 20 Millionen Einwohner unter 15 Jahre alt, nur 2,5 % der Bevölkerung waren 64 Jahre oder älter.

Die medizinische Versorgung ist durch vier Zentralkrankenhäuser und 25 Distriktkrankenhäuser mit mindestens 100 Betten gekennzeichnet. Ergänzt werden diese durch Medical Centers, die von Krankenschwestern geleitet werden und in denen die Patienten von Clinicians behandelt und versorgt werden. Diese übernehmen die Aufgaben, die in Deutschland von Ärztinnen und Ärzten getätigt werden, verfügen jedoch lediglich über eine 3-jährige Pflegeausbildung. Denn in Malawi gab es im Jahr 2018 nur 1,5 praktizierende Ärztinnen und Ärzte pro 10.000 Einwohner.

Das Mua Mission Hospital ist das wichtigste Überweisungskrankenhaus in einer armen und abgelegenen ländlichen Gegend in Zentral-Malawi, es verfügt über 140 Betten und wird von dem vom Bischof eingesetzten Father Isaac Mwazambumba als Administrator geleitet. Es deckt ein Einzugsgebiet von etwa 1.500 Quadratkilometer mit einer Bevölkerung von mehr als 130.000 Menschen ab. In zwei Operationsälen werden hauptsächlich Kaiserschnitte durch Medical Officer bzw. Clinicians durchgeführt, u.a. weil diese vom Staat finanziell getragen werden. Große tiefergehende Operationen können aus finanziellen, aber auch fachlichen Gründen nicht ausgeführt werden.

Nach insgesamt drei plastisch-chirurgischen Einsätzen, geleitet von Dr. Gie Vandehult und finanziert durch Interplast-Germany e.V., startete Dr. Hubert Sax, Facharzt für Allgemeine Chirurgie und Facharzt für Unfallchirurgie, mit einem fünfköpfigen Team im Oktober 2024 den vierten und erstmalig allgemeinchirurgischen Einsatz



Jedes Kind hat zum Vertrauensaufbau ein Kuscheltier aus Spenden erhalten und durfte dies durchgehend bei sich tragen.

im Mua Mission Hospital. Neben Sax reisten Prof. Henrik Sundemann, emeritierter leitender Anästhesist an der Karolinska Universität Göteborg, Dr. Karim Tarhboulou, Assistenzarzt in der Kinderchirurgie des Altonaer Kinderkrankenhauses Hamburg, Tabea Jäckel, OP-Schwester und Anja Petersen, Anästhesieschwester vom Belegkrankenhaus HAKK Bad Schwartau sowie Cäcilie Jansson, Gründerin der Stiftung Marietta & Cäcilie Stiftung Hamburg – Malawi, mit.

In einem Vortrag im Januar 2025 berichtete Sax von ihren Erfahrungen und Erlebnissen. Nachdem Sax das interprofessionelle Team für den vierten Einsatz in Malawi zusammengestellt hatte, ging es an die Material- und Einsatzplanung und das Team informierte sich über die Gegebenheiten,

Gerätschaften und Medizinprodukte in Malawi. Durch erst kürzliche Modernisierungen war die Versorgung vor Ort mit Sauerstoff, einem Narkosegerät, einem manuell verstellbaren OP-Tisch und funktionierender OP-Lampe gesichert. Der vorhandene Autoklav konnte vor Beginn des Einsatzes durch die Interplast-Stiftung repariert und validiert werden. Die Stromversorgung war durch eine neu installierte Photovoltaik-Anlage nahezu sichergestellt, trotzdem verriet Sax: „Wenn der Strom einmal weg ist, springt meistens ein Dieselgenerator an. Trotzdem bleibt eines unserer wichtigsten Mitbringsel die Stirnlampe, um weiter operieren zu können.“

Jedes Teammitglied erstellte während der Planung des Einsatzes Listen mit dem benötigten Materialien, Sax erstellte Kosten- und Finanzierungspläne. „Es gilt jedoch nicht nur, den Einsatz vor Ort inkl. der geplanten OPs zu organisieren, sondern wir müssen auch viel Bürokratie für jedes Teammitglied bewältigen“, berichtete Sax. So kann ein Einsatz erst gestartet werden, wenn es eine offizielle Einladung seitens des Krankenhauses gibt, jedes Teammitglied muss eine Arbeitserlaubnis beantragen, sich um eigene Impfungen wie Gelbfieber, Cholera, Typhus, Ebola, Corona, Hepatitis usw. kümmern, Versicherungen abschließen und vieles mehr. Sind diese Hürden bewältigt, werden detaillierte Medikamenten- und Instrumentenlisten inklusive Ablaufdatum, Wirkstoff und geplanter Verwendung erstellt. „Wir nehmen alles mit. Wenn dann ein Medikament oder Instrument aufgrund eines überschrittenen Ablaufdatums am Zoll beschlagnahmt wird, hat das für alle schwerwiegende Folgen“, so Sax. Das mitgenommene Material sei häufig gespendet, privat angeschafft, bei Krankenhäusern ausgeliehen oder auch aus dem Instrumentenpool von Interplast. Um sicherzustellen, dass genügend Materialien für die geplanten Eingriffe vorhanden sind, nutzte das Team um Sax die Möglichkeit, eigene Materialien der Luftfracht für das Dentallabor beizulegen.

„Als wir dann in Malawi ankamen, mussten wir jedoch leider feststellen: weder die Luftfracht noch einer der insgesamt acht aufgegebenen Koffer hat den Weg nach Malawi geschafft!“, so Sax. Das Team ließ sich nicht entmutigen und begann bereits am ersten Tag mit der Sichtung von 120 Patienten und plante 58 Operationen.

Durch den Mangel an ausreichendem Material musste bei den ersten Operationen sparsam mit Desinfektionsmitteln, Abdecktüchern, Instrumenten und Nahtmaterial umgegangen werden. Nach drei bzw. fünf Tagen und insgesamt acht Wochen Lieferzeit kam dann aber auch das restliche Material an.

Das Team um Sax führte im Laufe des Einsatzes an insgesamt 50 Patienten 53 Eingriffe durch, davon 36 in Vollnarkose und 14 in Lokalanästhesie. „Wir mussten leider auch Patienten, die wir bereits für einen Eingriff eingeplant hatten, wieder absagen. Als Allgemein- und Unfallchirurg kann ich viele Eingriffe übernehmen, aber wird es spezieller – zum Beispiel im Mund-Kiefer-Bereich – plädiere ich immer dafür: kenne deine Grenzen“, so Sax. Die häufigsten Diagnosen waren Leistenbrüche – bei Jungen kombiniert mit Hodenhochstand und bei erwachsenen Männern oft ausgedehnt bis in den Hodensack reichend – häufig verbunden mit riesigen Wasserbrüchen, separat auch bis fast auf Kniehöhe hängend. Auch zahlreiche Weichteilgeschwulste, von angeborenen Dermoidzysten über Fettgewebeschwulste bis hin zu Tumoren der Speicheldrüse und Brustdrüse. „Die Tumore waren von der Anamnese und dem makroskopischen Aspekt gutartig, ohne Histologie bezüglich Herkunft und Dignität aber nicht eindeutig bewertbar“, berichtete Sax.



Medical Officer Geoffrey (links), Dr. Hubert Sax (2. von links), Karim Tarhbalouti (3. von rechts), Tabea Jäckel (2. von rechts) und Anja Petersen (rechts) mit vor Ort tätigen medizinischen Fachpersonal.

Besonders hervorzuheben ist nach seinen Angaben die Geduld der Menschen vor Ort und deren Dankbarkeit. „Einige haben den ganzen Tag im Vorhof des Hospitals gewartet und sind trotzdem am nächsten Tag weite Wege zu Fuß wiedergekommen, wenn sie noch nicht behandelt wurden“, so Sax.

Nach den operativen Eingriffen erfolgte die Betreuung durch die Angestellten vor Ort. „Wir haben die Patienten dann über die Weiterbehandlung aufgeklärt und sie konnten gehen, nur sehr wenige blieben zur Sicherheit über Nacht“, so Tabea Jäckel. Bei jeder Behandlung wurde das einheimische Personal eingebunden und das Wissen an diese weitergegeben. Gerade die Nachsorge sei durch den Medical Officer Geoffrey bestens gesichert. Dieser sei nicht nur vor Ort im Mua Mission Hospital unermüdlich im Einsatz und kümmere sich um die Wäsche und den Sterilisator, sondern besuche auch die Patienten nach ihren Eingriffen zuhau-

se in ihren Dörfern, bis die OP-Folgen abgeklungen seien. Auch nach Abschluss des Einsatzes in Malawi gäbe Geoffrey per WhatsApp stets aktuelle Informationen an das Team um Sax weiter.

Neben den Einsätzen gemeinsam mit Interplast engagiert sich die Stiftung von Cäcilie Jansson auch in weiteren Bereichen in Malawi. Im medizinischen Kontext begannen im Januar 2024 zudem Renovierungsarbeiten der HIV/TBC-Abteilung des Mua Mission Hospitals, in der Patienten auf Tuberkulose und Gebärmutterhalskrebs untersucht werden. „Die meisten Frauen in Malawi sterben an Gebärmutterhalskrebs. Wir können hier impfen und aufklären und somit viel bewirken“, erklärte Jansson. Auch die Einrichtung der HIV-Selbsthilfegruppe sei angenommen und die Hilfe zur Selbsthilfe gestärkt worden. 2018 waren 7,3 % der Männer und 11,1 % der Frauen im Alter von 15–49 Jahre HIV-positiv.

Auch die Ausstattung der zahnärztlichen Abteilung und die Einrichtung eines Dentallabors für Kunststoff-Prothetik am Mua Mission Hospital wird durch die Stiftung vorangetrieben. „Die Einwohner in Malawi haben gute Zähne, meistens bleibt dem Zahnarzt aber aus Mangel an Materialien und Instrumenten, nur das Ziehen der Zähne. Dies wollen wir zukünftig mit der Einrichtung und der Ausstattung bestmöglich verringern“, so Jansson.

Wer die Arbeit der Stiftung von Cäcilie Jansson in Malawi mit Sach- oder Geldspenden unterstützen möchte, kann sich unter caecilie@mcstiftung.de melden.

Weitere Informationen über den Verein Interplast Germany unter www.interplast-germany.de.



Im Aufwachraum werden die Patienten sowohl von lokalen Fachkräften als auch Mitgliedern des Einsatzteams betreut.

Babys helfen Kindern und Jugendlichen

PSYCHIATRIE In der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Westküstenkliniken in Heide unterstützen Säuglinge mit einem Elternteil bei der Therapie von Kindern- und Jugendlichen. Die Begegnung stärkt die Empathiefähigkeit der jungen Patienten.

Felina läuft fröhlich durch das Turn- und Musikzimmer des Watt'n Huus, der Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Westküstenkliniken in Heide. Sie genießt die Aufmerksamkeit der Kinder und Erwachsenen, die um sie herum im Halbkreis sitzen. Das 13 Monate alte Mädchen jauchzt und dreht sich mit einem breiten Lächeln zu ihrer Mutter um.

Felina hat gerade einen ihrer letzten Einsätze als B.A.S.E.-Babywatching-Kind. Knapp ein Jahr lang war sie mit ihrer Mutter regelmäßig in die Tagesklinik gekommen, um ihre Entwicklungsschritte von den Klinikpatienten beobachten zu lassen. Die Kinder, die jetzt Felina zuschauen, sind keine Patienten. Sie waren genauso wie Felina als Babywatching-Säugling mit Mutter oder Vater im Einsatz. Sie haben sich getroffen, um das 15-jährige Bestehen dieses besonderen Gruppenangebots an den Westküstenkliniken zu feiern.

11 von insgesamt 16 Kindern im Alter zwischen 13 Monaten und 15 Jahren waren auf Einladung von Indra Benz (Kinderkrankenschwester, B.A.S.E.-Trainerin) und Sascha Peters (Erzieher, syst. Berater und als B.A.S.E.-Gruppenleiter von Indra Benz ausgebildet) ins Watt'n Huus gekommen. Die beiden Mitarbeiter haben die Methode vor 15 Jahren in Heide etabliert.

„Beim B.A.S.E.-Babywatching handelt es sich um ein bindungsorientiertes Präventionsprogramm, mit dem wir Feinfühligkeit und Empathie fördern können, indem die Kinder und Jugendlichen lernen Gefühle immer besser deuten zu können. Auf diese Weise wird ihre Empathiefähigkeit nachhaltig gefördert, ängstlichem und aggressivem Verhalten vorgebeugt bzw. ein Weg aus dem ggf. vorhandenen Verhalten heraus geschult.“

Wie das funktioniert, zeigt Indra Benz bei dem Jubiläumstreffen. Sie fragt die Teil-



Treffen der Generationen: Felina mit Mutter Bettina Friccius-Lahrssen zusammen mit dem ersten Babywatching-Kind Annika mit ihrer Mutter Dagmar Bauer.

nehmenden der Reihe nach ab, was Felina fühlt, wie die Mutter reagiert und warum beide sich so verhalten.

„Sich auf das kleine Kind in ihrer Mitte einzulassen, beruhigt selbst sehr unruhige Kinder und wir können gezielter auf sie eingehen“, erzählt Sascha Peters. „Wir nutzen das Babywatching daher auch für die Diagnostik.“

„Wir beobachten, dass die uns anvertrauten Patienten dieses spezielle Gruppenangebot als sehr wohlwollend erleben und durch die entspannte Gruppenatmosphäre ein gemeinsames Erleben mit allen Sinnen schafft, das schafft Verbindung untereinander und fördert die Gemeinschaft und Gruppenfähigkeit. Manche Patientinnen wachsen sogar zu richtigen „Gefühlsexperten“ heran und spüren in sich wachsendes Vertrauen und Zuversicht, ebenso wächst ihre Reflexionsfähigkeit und ihr Sprachre-

pertoire. Unsichere und zurückgezogene Kinder werden mutiger, hyperaktive und oppositionelle Kinder werden entspannter und konzentrierter“, berichten Benz und Peters.

Eingesetzt wird das B.A.S.E.-Babywatching auch in Kitas und Schulen. Die Methode geht zurück auf den amerikanischen Kinderpsychiater und Aggressionsforscher Henri Parens. Bindungsforscher Karl Heinz Brisch hat daraus ein Schulungsprogramm entwickelt, nach dem auch die Tagesklinik in Heide arbeitet. Die Abkürzung B.A.S.E. steht für die englischen Begriffe Babywatching against Agression and Anxiety for Sensitivity for Empathie – also für die Ziele, die damit verbunden sind: Aggressions- und Angstabbau sowie die Steigerung von Sensibilität und Empathie. Die Wirksamkeit der Methode ist laut Benz durch Studien nachgewiesen. (PM/RED)

Zentrenbildung in der HNO rettet Leben

ZENTRENBILDUNG Forschende von UKSH und Uni Lübeck ermitteln den medizinischen und wirtschaftlichen Nutzen spezialisierter Tumorzentren. Ergebnis: Ohne Zentrenbildung gäbe es laut Simulation mehr zusätzliche Todesfälle.

Die gesundheitliche Versorgung in spezialisierten Zentren zahlt sich aus: Diese These wird durch eine gesundheitsökonomische Analyse belegt – zumindest exemplarisch für die Kehlkopfchirurgie in Schleswig-Holstein. Die Studie zeigt, dass Zentralisierung Leben rettet und die Versorgungsqualität verbessert. Forschende des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) und der Universität zu Lübeck (UzL) konnten zeigen, dass durch die Behandlung in HNO-Tumorzentren innerhalb von acht Jahren statistisch 113 Leben gerettet und 1.333 Lebensjahre gewonnen werden.

Die Studie basiert auf einer Analyse wissenschaftlicher Literatur und einer Modellrechnung, um zu untersuchen, wie sich die Zahl und Organisation von Behandlungen auf die Sterberate bei Larynxkarzinom-Patientinnen und -Patienten auswirkt. Die Studie zeigt, dass Patientinnen und Patienten in spezialisierten Tumorzentren bessere Überlebenschancen haben. Ohne diese zentrale Versorgung wären laut Simulation jährlich bis zu 19 zusätzliche Todesfälle zu erwarten.

„Die Ergebnisse unterstreichen die enorme Bedeutung spezialisierter Tumorzentren in der HNO-Heilkunde“, sagte Prof. Karl-Ludwig Bruchhage, Direktor der Klinik für HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie am Campus Lübeck und einer der Hauptautoren der Untersuchung. „Durch standardisierte Behandlungswege, interdisziplinäre Teams und modernste medizinische Ausstattung, so wie wir sie am Universitären Cancer Center Schleswig-Holstein vorhalten, kann die Prognose für viele Patientinnen und Patienten entscheidend verbessert werden.“

Neben medizinischen Vorteilen bietet die Zentralisierung auch gesundheitsökonomische Potenziale. Die Studie liefert

Info

Originalpublikation: Bettin S, Müller M, Weinhold I, Zetzsch L, Bruchhage KL, Elsner C. Gesundheitsökonomische Nutzenanalyse von HNO-Zentren Simulationsbasierte Analyse des Zentreneffekts in der Kehlkopfchirurgie anhand von Bevölkerungsdaten aus Schleswig-Holstein für Larynxkarzinome. Gesundheitswesen. 2025 Jan 22. German. DOI: 10.1055/a-2522-5745.

Weitere Informationen zur Qualitätssicherung und Zertifizierung spezialisierter Krebszentren am Beispiel des Universitären Cancer Centers Schleswig-Holstein (UCCSH) finden Leserinnen und Leser der Webseite der Universität Lübeck unter dem Menüpunkt „Qualität + Auszeichnung“:

https://www.uksh.de/ccsh/Das+UCCSH/Qualit%C3%A4t+_+Auszeichnung.html.

konkrete Zahlen über den wirtschaftlichen und medizinischen Nutzen einer Zentralisierung der Kehlkopfchirurgie in Schleswig-Holstein. So könne gezeigt werden, dass die Kosten für ein spezialisiertes Zentrum in Schleswig-Holstein in einem wirtschaftlich sinnvollen Rahmen bleiben und zugleich eine qualitativ hochwertige Versorgung ermöglichen. Für ein gewonnenes qualitätsadjustiertes Lebensjahr (QALY) errechneten die Forschenden Kosten von 12.866 Euro.

Diese Erkenntnisse seien im Kontext der aktuellen Krankenhausreform von Bedeutung. „Die wissenschaftlichen Ergebnisse zeigen, dass eine gezielte Förderung und der Ausbau spezialisierter Versorgungsstrukturen nicht nur Leben retten, sondern auch langfristig zu einer effizienteren Nutzung von Gesundheitsressourcen führen“, betonte Dr. Christian Elsner, einer der Hauptautoren der Studie.

Die Forschenden empfehlen, dass ihre Untersuchungen auf weitere Krebserkrankungen ausgedehnt werden. (PM/RED)



Welche Effekte hat die Zentrenbildung? Dieser Frage gingen Prof. Karl-Ludwig Bruchhage, Erstautor Simon Bettin und Dr. Christian Elsner (v.l.) in einer Studie nach.

Helios beruft Doppelspitze für die Pädiatrie



Dr. Gesa Langer und Dr. Malte Lange

Dr. Gesa Langer und Dr. Malte Lange bilden künftig eine Doppelspitze in der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Helios Klinikums Schleswig. Von der Doppelbesetzung erhofft sich der Träger laut eigener Mitteilung, Kompetenzen der Klinik maximieren und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf fördern zu können. Dr. Gesa Langer ist schon seit mehreren Jahren als Fachärztin im Haus tätig und verfügt außerdem über Erfahrungen aus Kliniken im In- und Ausland. Lange ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Qualifikationen in den Bereichen Neonatologie, Pädiatrische Hämatologie/Onkologie und pädiatrischer Intensivmedizin. Zuletzt war Lange fast 20 Jahre als Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin in der jetzigen Rendsburger Schön-Klinik tätig. Langes Vorgängerin in Schleswig, Dr. Urte Büßen, ist inzwischen Chefarztin in der Rendsburger Schön Klinik. (PM/RED)

„Multitalent“ Dr. Uwe Storde ist im Ruhestand

Chirurg Dr. Uwe Storde ist nach rund 35 Jahren Tätigkeit im Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital in den Ruhestand getreten. Er startete 1990 als Arzt in Weiterbildung im Haus und wurde 1997 Funktionsoberarzt im Aufnahmebereich. Zwei Jahre später wurde Storde Oberarzt und übernahm ab 2015 die Verantwortung als leitender Oberarzt. Hinzu kommen Weiterqualifizierungen in der Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie, Proktologie, Rettungsdienst, Notfallmedizin und leitender Notarzt. Das Malteser Krankenhaus bezeichnete ihn in einer Mitteilung zu seinem Abschied als „Multitalent mit einem großen Herzen für die Menschen“ und als „leidenschaftlichen Mediziner, der zusätzlich zu seiner Klinik­tätigkeit als Notarzt in Flensburg Tausenden Menschen geholfen und vermutlich fast alles gesehen hat.“ In seinem Team galt er laut Krankenhaus als hervorragender Chirurg, der eine zentrale und verlässliche Stütze gewesen sei. Die Klinik für Chirurgie habe er wie kaum ein anderer geprägt. (PM/RED)



Dr. Uwe Storde

GEBURTSTAGE

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

Alfons Tampe, Lensahn,
feiert am 02.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Bernd Schmidt, Neumünster,
feiert am 03.04. seinen 75. Geburtstag.

Ingeborg Kaup, Kiel,
feiert am 04.04. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Heike Hinrichs, Hohenwestedt,
feiert am 05.04. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Rolf Busack, Rümpel,
feiert am 06.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Eckard Kottmann, Neumünster,
feiert am 10.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Heimo Polchau, Schwedeneck,
feiert am 10.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Rolf Drews, Neumünster,
feiert am 12.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Bernhard Markowski, Bokholt-Hanredder,
feiert am 14.04. seinen 75. Geburtstag.

Elsbeth Kampen, Bad Schwartau,
feiert am 14.04. ihren 70. Geburtstag.

Radu Petreanu, Wesselburen,
feiert am 14.04. seinen 70. Geburtstag.

Rudolf-Karsten Kratzsch, Husum,
feiert am 16.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Ekkehard Schmidt, Melsdorf,
feiert am 16.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Norbert Puls, Pinneberg,
feiert am 18.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Dietrich Rau, M.A., Pinneberg,
feiert am 19.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Thomas Meyer-Diewock, Schleswig,
feiert am 20.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Peter Gast, Kiel,
feiert am 22.04. seinen 75. Geburtstag.

Jürgen Grupe, Heide,
feiert am 23.04. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Swana Swalve-Bordeaux, Eckernförde,
feiert am 23.04. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Dr. med. dent. Hans Jönck, Heide,
feiert am 26.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Michael Koch, Bunsoh,
feiert am 26.04. seinen 75. Geburtstag.

Prof. Michael Hermanussen, Altenhof,
feiert am 26.04. seinen 70. Geburtstag.

Ilse Feyerabend, Heiligenhafen,
feiert am 27.04. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Blumenthal, Geesthacht,
feiert am 29.04. seinen 90. Geburtstag.

Ernst Soldan, Norderstedt,
feiert am 29.04. seinen 75. Geburtstag.

Breklum: Nickelsen folgt auf Mai



Dr. Güde Nickelsen

Dr. Güde Nickelsen ist seit Monatsbeginn neue Chefarztin in der Fachklinik Breklum in Nordfriesland. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie löste Dr. Christoph Mai ab, der Ende März in den Ruhestand gehen wird. Nickelsen hat in Göttingen, Bremen und London Medizin studiert. Seit 2012 ist sie Oberärztin in der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie in der Fachklinik, seit 2017 leitende Oberärztin und Vertreterin des Chefarztes. Mai hatte 1992 als angehender Facharzt im damaligen Fachkrankenhaus Nordfriesland, das 2007 mit der benachbarten Fachklinik Breklum fusionierte, seine Tätigkeit begonnen. 2008 wurde er zum Chefarzt und in die Geschäftsführung berufen, 2019 zum Ärztlichen Direktor. Nickelsen kündigte „neue Impulse“ für die Klinik an. Ihr sei es ein Anliegen, „eine gute Arbeitsrealität und ein gutes therapeutisches Umfeld zu gestalten“, teilte der Klinikträger zum bevorstehenden Wechsel mit. (PM/RED)

Von Leitner wechselte nach Hamburg



Dr. Robin von Leitner

Dr. Robin von Leitner hat die Lungenclinic Großhansdorf verlassen, um neuer Sektionsleiter der Pneumologie im Hamburger Marienkrankenhaus zu werden. Die Abteilung gehört zur Klinik für Kardiologie und Pneumologie unter Leitung von Prof. Edith Lubos. Im Marienkrankenhaus soll von Leitner dazu beitragen, dass die Synergien zwischen Kardiologie und Pneumologie gestärkt werden. Das Krankenhaus plant, mit der neuen Struktur der Klinik für Kardiologie, Angiologie, Pneumologie und Intensivmedizin die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

*Dr. Uwe Amian, Reinbek,
geboren am 17.09.1936, verstarb am 11.11.2024.*

*Dr. Wolfgang Bühmann, Sylt, OT Morsum,
geboren am 27.01.1958, verstarb am 14.11.2024.*

*Dr. Boie Eggers, Wilster,
geboren am 08.05.1927, verstarb am 24.11.2024.*

*Heinz-Jürgen Bergmann, Bordesholm,
geboren am 06.02.1953, verstarb am 28.11.2024.*

*Dr. Zoureh Casper, Flensburg,
geboren am 03.09.1939, verstarb am 28.11.2024.*

*Dr. Rolf Neu, Flensburg,
geboren am 12.03.1943, verstarb am 10.12.2024.*

*Dr. Antje Hühn, Heikendorf,
geboren am 11.05.1941, verstarb am 11.12.2024.*

*Dr. Gerd Buss, Neustadt in Holstein,
geboren am 24.03.1952, verstarb am 16.12.2024.*

*Dr. Wilhelm Serfling, Kropp,
geboren am 03.10.1938, verstarb am 16.12.2024.*

*Dr. Claus Hudemann, Quarnbek,
geboren am 26.03.1946, verstarb am 20.12.2024.*

*Dr. Jochen Eberhardt, Lübeck,
geboren am 06.12.1935, verstarb am 21.12.2024.*

*Dr. Carola Schneider, Bad Segeberg,
geboren am 03.04.1936, verstarb am 29.12.2024.*

*Dr. Claus Clasen, Schenefeld in Mittelholstein,
geboren am 20.11.1947, verstarb am 30.12.2024.*

*Nicole Glet, Kaltenkirchen,
geboren am 23.02.1965, verstarb am 04.01.2025.*

*Dr. Christian Apitz, Groß Grönau,
geboren am 15.12.1940, verstarb am 10.01.2025.*

*Dr. Ilse Fuhrberg, Husum,
geboren am 21.05.1931, verstarb am 10.01.2025.*

*Dr. Sybille Petersen, Glückstadt,
geboren am 04.03.1939, verstarb am 10.01.2025.*

*Dr. Renate Scholz, Husby,
geboren am 09.09.1936, verstarb am 28.01.2025.*

*Dr. Melanie Kühn-Wichmann, Kiel,
geboren am 27.02.1930, verstarb am 03.02.2025.*

*Dr. Klaus Birkner, Laboe,
geboren am 23.05.1941, verstarb am 04.02.2025.*

*Dr. Halina Stark, Brunsbüttel,
geboren am 07.02.1953, verstarb am 05.02.2025.*

Den „Schalter der Chronizität“ identifizieren

CID Rheumatoide Arthritis (RA) und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) gehören zu den häufigsten chronisch-entzündlichen Erkrankungen (CID). Trotz intensiver Forschungsanstrengungen fehlen nach wie vor Mittel zur Vorbeugung und ursächlichen Behandlung dieser Erkrankungen. Das neue, unter Kieler Leitung stehende europäische Forschungsprojekt PerPrev-CID („Personalisierte Krankheitsvorhersage und Prävention bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen“) hat sich zum Ziel gesetzt, diese Lücke zu schließen.

In den kommenden fünf Jahren sollen innovative Methoden zur Frühdiagnose und personalisierten Prävention entwickelt werden, um den Betroffenen eine effektivere Versorgung zu bieten. „Wenn wir überhaupt darüber nachdenken wollen, diese unheilbaren Erkrankungen zurückzudrehen, dann muss man das machen, wenn nicht schon zehn Jahre Entzündung über den Darm oder das Gelenk gegangen sind“, sagt Projektkoordinator Prof. Philip Rosenstiel, Direktor des Instituts für Klinische Molekularbiologie am UKSH, Campus Kiel, im Interview mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt (s. rechte Seite). Krankheitsprozess und -entwicklung müssten frühzeitig erkannt werden, um erfolgreich intervenieren zu können. „Wie genau diese Frühphase der Erkrankung abläuft, das verstehen wir bis heute nicht so richtig.“

Bei chronisch-entzündlichen Erkrankungen handelt es sich um Störungen des Immunsystems, die durch unkontrollierte Entzündungen in verschiedenen Organsystemen gekennzeichnet sind und schwerwiegende Gewebeschäden zur Folge haben können. Bis 2030 sind Expertenschätzungen zufolge mehr als 10 % der europäischen Bevölkerung davon erfasst. „Ein Paradigmenwechsel hin zu früheren Interventionen ist entscheidend, um die Ergebnisse für Betroffene zu optimieren“, sagt UKSH-Professor Stefan Schreiber, der den klinischen Interventionsbereich von PerPrev-CID leiten wird. „Wenn wir diese Krankheiten wirksamer behandeln wollen, müssen wir neue, einfach anwendbare Methoden finden, um die Gesundheit der Betroffenen frühzeitig positiv zu beeinflussen.“ Bestenfalls sollen Vorbeugung, Früherkennung und Behandlung künftig in-



Prof. Stefan Schreiber

dividuell auf jeden Patienten abgestimmt werden.

Drei Schwerpunkte enthält das breit aufgestellte neue Forschungsprojekt: Zum einen sollen über große Kohorten und Familienstudien klinische Risikoprofile von Betroffenen und deren Angehörigen untersucht werden. Auf diese Weise sollen molekulare Merkmale gefunden werden, die Übergänge zu aktiven Krankheitsphasen, ein Fortschreiten der Krankheit oder auch frühe Rückfälle vorhersagen können. Durchleuchtet werden dabei Daten aus sogenannten Omics-Analysen (Genomics, Lipidomics, Metabolomics, Proteomics), die aus Blut- und Gewebeproben sowohl von Patienten, als auch deren risikobehafteten Angehörigen und Kohorten von Gesunden gewonnen werden. Ziel ist die Identifikation von molekularen Mustern, die bestenfalls Aufschluss darüber geben sollen, bei wem wann und warum die

chronisch-entzündliche Erkrankung ausbricht. Untersucht wird dies unter anderem mit Methoden der DNA-Methylierung, mit der im Labor gezielt einzelne Genbasen an- und abgeschaltet werden können. Mit dieser epigenetischen Veränderung der Erbsubstanz hoffen die Forschenden, den „Schalter der Chronizität“ (Rosenstiel) bei einzelnen Patienten ermitteln zu können.

Zur besseren Überwachung des individuellen Krankheitsverlaufs – das ist der zweite Schwerpunkt – entwickeln die Forschungsteams digitale Gesundheitstechnologien wie Wearables und Apps, die eine kontinuierliche digitale Überwachung von Gesundheitsdaten ermöglichen. „Für Diabetespatienten ist die Blutzuckerkontrolle und Insulinsteuerung per Smartwatch und App längst eine Selbstverständlichkeit“, sagt Projektkoordinator Rosenstiel. Zudem sollen neue Biomarker identifiziert werden, die mit Heimtests aus Blut- und Stuhlpro-

ben festgestellt werden können. Bestenfalls werde mit all diesen Tools bereits vor einem Symptombausbruch angezeigt, wann für Patienten Handlungsbedarf bestehe. Rosenstiel: „Mit diesen Maßnahmen können wir einen Teil des Managements von chronisch-entzündlichen Erkrankungen in die Hände der Erkrankten geben, was von diesen auch sehr gewünscht ist. Sie können zu Hause die Krankheitsaktivität monitoren und müssen in Zukunft den Weg zum Arzt, der in Schleswig-Holstein auch weit sein kann, mitunter nicht antreten. Die App-gesteuerte, von Künstlicher Intelligenz unterstützte Kommunikation ist die Zukunft. Sie wird den Arzt selbstverständlich nicht ersetzen, aber sie wird Patienten und Ärzten helfen.“

In einem dritten Schwerpunkt wird untersucht, ob eine Ernährungsumstellung, die auf den Tryptophan-Stoffwechsel abzielt, bei gerade diagnostizierten chronisch-entzündlichen Erkrankungen hilfreich sein und den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen kann. In früheren Untersuchungen hatten die Kieler Forschenden nachgewiesen, dass ein erhöhter Verbrauch der essenziellen Aminosäure Tryptophan als Folge der Entzündung bei einer Vielzahl chronischer Entzündungserkrankungen vorliegt. Ein reduzierter Tryptophan-Level gilt seitdem als potentieller Biomarker, der auch kleinste Restentzündungen im Organismus noch identifizieren und damit hilfreich für die weitere Therapieentscheidung sein kann. „In einer randomisierten klinischen Ernährungsstudie wollen wir prüfen, ob wir bei Patientinnen und Patienten mit einer frühen Erkrankung mit unseren ernährungs-basierten Interventionen die Zeit bis zum nächsten Entzündungsschub verlängern können“, so Schreiber.

Fünfzehn internationale Forschungseinrichtungen aus acht Ländern, darunter Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Israel, der Schweiz und Großbritannien, sind an dem Konsortium beteiligt, das mit elf Millionen Euro von der EU und weiteren 2,5 Millionen Euro der Schweizer Regierung gefördert wird. Eingebettet ist das Projekt in den schleswig-holsteinischen Exzellenzcluster „Präzisionsmedizin für chronische Entzündungskrankheiten“, der seit 2019 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert und über dessen Zukunft in Kürze entschieden wird. Die nächste Förderrunde der bundesweiten Exzellenzcluster von 2026 bis 2033 wird am 22. Mai von der DFG in Bonn bekanntgegeben.

UWE GROENEWOLD

„Krankheitsprozess früher verstehen“

INTERVIEW Prof. Philip Rosenstiel vom UKSH in Kiel im Gespräch mit Uwe Groenewold über das neue Forschungsprojekt zum Verständnis von Entzündungskrankheiten.

Glückwunsch zu der Bewilligung dieses umfassenden Projekts. Sie haben eine Reihe internationaler Partner an Bord, wie entstehen solche Strukturen?

Prof. Philip Rosenstiel: Mit vielen dieser Partner gibt es eine langjährige Zusammenarbeit, insbesondere aus dem ebenfalls von uns initiierten SYSCID-Projekts (Systemmedizin für chronisch-entzündliche Erkrankungen), das ein Vorläufer unseres aktuellen Projekts ist und gleichermaßen langfristig von der EU unterstützt wurde.

Welcher Grundgedanke steckt dahinter?

Rosenstiel: Wir wissen inzwischen eine ganze Menge darüber, wie sich fortgeschrittene chronisch-entzündliche Erkrankungen behandeln lassen. Doch wenn wir überhaupt darüber nachdenken wollen, diese unheilbaren Erkrankungen zurückzudrehen, dann muss man das machen, wenn nicht schon zehn Jahre Entzündung über den Darm oder das Gelenk gegangen sind. Wir müssen den Krankheitsprozess und die Krankheitsentwicklung so früh wie möglich verstehen, um erfolgreich eingreifen und den Prozess stoppen zu können.

Das Projekt ist von starker Patientenbeteiligung geprägt. Wie rekrutieren Sie diese?

Rosenstiel: Die Motivation von Erkrankten und ihren Angehörigen, an Studien wie dieser teilzunehmen, ist sehr hoch. Gleichwohl dauert es Jahre, bis sich solche Kohorten bilden. In Kiel haben wir die CED-Familienstudie, bei der wir wissen wollen, warum bestimmte Familienmitglieder eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung entwickeln, während andere gesund bleiben. Daran nehmen bundesweit inzwischen 4.500 Patienten und Angehörige teil. Bei unseren Partnern in der Schweiz gibt es eine ähnlich aufgestellte Risikokohorte für rheumatoide Arthritis, auch in Manchester haben wir eine Patientenkohorte mit frühen Erkrankungsfällen.



Prof. Philip Rosenstiel

Nehmen auch Patienten und Angehörige aus Schleswig-Holstein teil?

Rosenstiel: Ja, in großem Stil. Wir haben in Schleswig-Holstein niemals Probleme gehabt, Patienten oder Angehörige für Studien dieser Art zu finden. Das liegt vor allem auch an der guten Zusammenarbeit mit niedergelassen Allgemeinmediziner, Internisten und Rheumatologen im Land, auf die wir auch bei dieser neuen Studie angewiesen sein werden. Sie sind es, die diese frühen Erkrankungen in ihren Praxen sehen. Und wir hoffen natürlich darauf, dass sie uns weitere Patientinnen und Patienten für die klinische Studie, die in etwa einem halben Jahr beginnen sollen, zuweisen werden. Wir wenden uns rechtzeitig an die Ärztinnen und Ärzte, wenn es losgeht – sie sind ein wichtiger Teil des Projekts.

Vielen Dank für das Gespräch.

Genomdiagnostik: Modellprojekt am ZSE

SELTENE ERKRANKUNGEN Das Zentrum für seltene Erkrankungen (ZSE) am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) bietet neue Diagnostik-Pfade an. Interdisziplinäre Sprechstunde für die Betroffenen. Neues Modellvorhaben Genom.

In Deutschland leben ca. 4 Mio. Menschen mit einer von aktuell ca. 8.000 bekannten seltenen Erkrankungen. Eine Erkrankung ist als selten definiert, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Menschen davon betroffen sind. Dabei sind seltene Erkrankungen eine heterogene Gruppe von komplexen Krankheitsbildern mit häufig organübergreifender und atypischer Manifestation, Krankheitsbeginn in Kindheit oder frühem Erwachsenenalter und chronischem Verlauf. Durchschnittlich stellen sich Patientinnen und Patienten bei sieben Ärztinnen oder Ärzten innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren vor, bevor die korrekte Diagnose einer seltenen Erkrankung gestellt wird.

Ziel des Zentrums für seltene Erkrankungen am UKSH ist es, die Versorgung der Betroffenen durch interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern. Das Zentrum ist ein Zusammenschluss aus einem interdisziplinären Koordinationszentrum (A-Zentrum, Referenzzentrum) und angeschlossenen spezialisierten Kliniken mit Spezialsprechstunden und Versorgungsangeboten zu seltenen Erkrankungen (B-Zentren /Fachzentren).

Jeder ambulant tätige Arzt und jede Ärztin kann Betroffene mit unklarer Erkrankung und dem Verdacht auf eine seltene Erkrankung am ZSE vorstellen. Bei unklarer Diagnose erfolgt eine Aufarbeitung aller relevanter Vorunterlagen und Besprechung des Patientenfalls in einer interdiszi-

plinären Fallkonferenz. Das Team des Referenzzentrums verfügt über neurologische, internistische, humangenetische, und psychiatrische Expertise. Neu ist das Angebot einer pädiatrischen Fallaufarbeitung. Diese schließt auch eine umfangreiche wissenschaftliche Recherche zu möglichen Ursachen mit ein. Bei Bedarf werden zu den Fallkonferenzen auch Expertinnen und Experten für die jeweilige Erkrankungsgruppe aus weiteren Fachbereichen eingeladen, dies auch überregional. Über das ZSE kann eine Genomdiagnostik über das Modellvorhaben initiiert werden. Etwaige Empfehlungen für weitere Diagnostik können über ein Fachzentrum oder den ambulanten Bereich umgesetzt werden.

Für Betroffene mit entsprechender Indikation bieten wir über das ZSE am Campus Lübeck eine interdisziplinäre Sprechstunde mit neurologischer, internistischer, und psychiatrischer Fachexpertise an. Bei bekannter seltener Diagnose kann das Zentrum bei der weiteren Versorgung unterstützen, u.a. durch Vermittlung einer geeigneten Spezialsprechstunde oder einer Selbsthilfegruppe.

Aktuell wird für ca. 70-80 Prozent der seltenen Erkrankungen eine genetische Ursache angenommen. Über den Selektivvertrag Exom erfolgten im UKSH in den letzten drei Jahren ca. 1.100 Exom-Sequenzierungen.

Seit Anfang 2025 kann das UKSH nun über das Modellvorhaben Genom nach §

64e SGB V Genomdiagnostik für alle privat und gesetzlich Versicherten mit Verdacht auf eine seltene Erkrankung anbieten. Eine Genom- bietet gegenüber einer Exom-Sequenzierung den Vorteil, dass auch Repeat-Expansionen, Deletionen und intronische Varianten detektiert werden können. Dabei kommt der Interpretation der Ergebnisse dieser Diagnostik in Bezug auf die klinische Präsentation eine herausragende Bedeutung zu. Sie kann fallbezogen am angemessensten in interdisziplinären Fallkonferenz mit Beteiligung der klinisch betreuenden Ärztinnen und Ärzten sowie Kolleginnen und Kollegen der Humangenetik realisiert werden. Prinzipien der Präzisionsmedizin folgend ist eine vernetzte Analyse genomischer und klinischer Daten als Grundlage einer individualisierten Behandlung möglichst vieler Betroffener eines der Hauptziele des Modellvorhabens.

Mit dem Modellvorhaben besteht auch für Ärztinnen und Ärzte aus externen Kliniken oder in der Niederlassung die Möglichkeit, über das ZSE budgetneutral Genomdiagnostik zu veranlassen. Nähere Informationen und entsprechende Aufklärungsbögen sind über das Institut für Humangenetik und das ZSE (an genetik.zse@uksh.de) erhältlich.

Weitere Informationen und der Anmeldebogen sind über die Webseite des ZSE erhältlich unter: www.uksh.de/zse-luebeck oder per Mail unter zse@uksh.de.

DR. SUSANNE HERTEL



Das Gesundheitssystem aus Sicht eines Arztes und Patienten

ERFAHRUNGEN Dr. Jürgen Herhahn kennt das Gesundheitssystem aus einem langen Berufsleben und nun als Patient. Seine persönlichen Beobachtungen und Schlussfolgerungen.

Durch zwei eigene Erkrankungen habe ich als Arzt im Ruhestand im vergangenen Jahr 2024 wiederholt Arztpraxen, Röntgeninstitute und Klinikambulanzen aufsuchen müssen. Dabei konnte ich unser Gesundheitssystem aus der Sicht eines Patienten erleben. Bei der ersten Erkrankung habe ich einen hervorragenden Arzt gefunden, der mich zeitnah und nachhaltig von meinen Beschwerden durch einen überschaubaren operativen Eingriff befreien konnte. Bei der nachfolgenden Erkrankung bin ich immer noch auf der Suche. Dabei konnte ich viele Beobachtungen machen und unser Gesundheitssystem überdenken. Wenn ich diese Gedanken nun öffentlich machen möchte, so geht es mir nicht darum, ältere Arztgenerationen gegenüber jüngeren Generationen ausspielen zu wollen oder besserwisserisch als älterer Mensch aufzutreten. Manches war früher besser als heute, manches ist heute besser als früher. Jede Zeit hat ihre Herausforderungen und muss sich um adäquate Antworten kümmern. Es geht nur darum, Dinge, die gut liefen zu bewahren und froh darüber zu sein, dass viele schlechtere Dinge durch technische Fortschritte und gesellschaftliche Entwicklungen sich haben verbessern lassen.

Meinung

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

Zuschriften bitte an: aerzteblatt@aeksh.de

Die nun folgenden Beobachtungen sind nicht chronologisch aufgebaut und erheben keinen Anspruch auf eine vollständige Bewertung unseres Gesundheitssystems.

A. Beobachtungen:

1. Beginnen möchte ich mit der telefonischen Erreichbarkeit unserer Arztpraxen, insbesondere der Hausarztpraxen. Oft benötigt man über eine Stunde in einer Warteschleife, bis ein Anschluss hergestellt werden kann. Über die Mittagsstunden sind die meisten Praxen nicht erreichbar, am Mittwoch und Freitag nachmittags sind die Praxen nicht mehr erreichbar, eine private Erreichbarkeit des Hausarztes an Wochenenden oder nach spätestens 19:00 Uhr ist nicht mehr vorhanden, was insbesondere bei Sterbeereignissen bedauerlich ist. Die insgesamt fehlende Erreichbarkeit muss zwangsläufig zu einem vermehrten Zulauf zu den Notaufnahmen in den Kliniken führen.
2. Die Wartezeiten für notwendige Termine sind realitäts- und praxisfern ausgeartet. Beim Hausarzt beträgt die Wartezeit für eine banale Blutuntersuchung mitunter drei Wochen, auf Facharzttermine wartet der Patient realistisch sechs Wochen, ein Besuch in einer Klinikambulanz benötigt eine Wartezeit von zwei bis drei Monaten, eine MRT-Untersuchung erfordert mindestens vier bis sechs Wochen Geduld, die Auslieferung eines Hilfsmittels nach Antragstellung bei der Krankenkasse mindestens vier Wochen.
3. Die Anamneseerhebung erfolgt in den Praxen sehr zügig. Spätestens nach wenigen Sätzen wird der Patient unterbrochen, schnell einige Sätze in das Computersystem eingetippt und der Hinweis gegeben, dass man sich auf das absolut Wesentliche konzentrieren müsse. Die folgende körperliche Untersuchung erfolgt nur symptombezogen, z.B. durch das Aufsetzen eines Schallkopfes auf ein Gelenk, eine vorherige klinische Untersuchung findet darüber hinaus oft nicht mehr statt. Das Ausfüllen eines Fragebogens vor dem Betreten des Sprechzimmers nimmt mehr Zeit in Anspruch, als

der Arztkontakt im Sprechzimmer und ich glaube nicht, dass die Fragebögen immer gelesen werden.

4. Allgemeinmediziner scheinen sich in den Städten auf die Kontrolle von Blutzuckerwerten und Blutdruckmessungen zurückgezogen zu haben, bei einem Vortrag von Beschwerdebildern erfolgt prompt zur weiteren Abklärung eine Überweisung zum Facharzt, oft ohne eine Erläuterung oder Angabe einer genauen Fragestellung auf dem Überweisungsformular. Ganz anders sieht es diesbezüglich auf dem Lande aus, wo sie sich riesigen An- und Herausforderungen gegenübergestellt sehen, was zu der dramatischen Entwicklung geführt hat, dass sich kaum noch Ärzte bzw. Ärztinnen finden lassen, die dort noch tätig werden wollen.
5. Beim Besuch des Facharztes stehen technische Geräteuntersuchungen ganz im Vordergrund, insbesondere zur juristischen Absicherung der gestellten Diagnosen. Es gibt anscheinend kaum noch eine Diagnose, die nicht noch durch eine MRT-Untersuchung abgesichert werden soll, manchmal soll sogar die MRT-Untersuchung primär der Diagnosefindung dienen.
6. Da die Patienten heutzutage einen freien Zugang zu Facharztpraxen haben, ggf. wiederholt auch zu verschiedenen Ärzten zum Erhalt einer Zweitmeinung, kann es nicht verwundern, dass die Fachärzte einen solchen Ansturm nicht mehr zeitnah bewältigen können.
7. Das Bevorzugen von Privatpatienten, insbesondere in den Röntgeninstituten, erscheint mir nach dem geschworenen Berufseid ethisch nicht vertretbar zu sein und es ist verwunderlich, dass die KV diesbezüglich Stillschweigen bewahrt.
8. Eine wesentliche Veränderung im Gesundheitssystem stellt die Zunahme an Ärztinnen im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung dar. Diese Veränderung ist sehr begrüßenswert und es kann das System nur bereichern, wenn ein weiblicher Blick auf hilfsbedürftige Patienten den männlichen Blick erweitert und Ärztinnen auch das Arbeitsklima positiv beein-

flussen. Es wurde aber bei den Bedarfsberechnungen nicht ausreichend berücksichtigt, dass Ärztinnen öfters in Teilzeit berufstätig sein wollen.

9. Eine ganz wesentliche Veränderung stellt die völlig veränderte Work-Life-Balance im Gesundheitssystem dar. In meiner 10-jährigen Tätigkeit an der der Universitätsklinik Lübeck vor meiner Niederlassung dauerten die Wochenenddienste des ersten Dienstes von Samstag 8:00 bis Montag 8:00 Uhr und anschließend musste noch der Stationsdienst bis 16:00 Uhr absolviert werden. Überstunden wurden ab einem von der Verwaltung bestimmten Datum nicht mehr bezahlt, die Absolvierung aber von der Klinikleitung verlangt, Nachdienste sollten in Freizeit vergütet werden, diese wurde aber ebenfalls von der Klinikleitung nicht gewährt. Damals galt die Auffassung, dass der Arztberuf auch einer persönlichen Aufopferung ethisch-moralisch bedarf. Ich ärgere mich heute noch darüber, dass es mir damals nicht erfolgreich gelungen ist, gegen diese Missstände erfolgreich anzukämpfen. Für die Zukunft gilt es, einen vernünftigen Mittelweg zu suchen und zu finden. Berufe mit großer Verantwortung lassen sich nicht alleine mit der Uhr in der Hand ausüben, ein Mehraufwand wird uns Ärzten aber auch durch das Vertrauen und die Dankbarkeit der Patienten und das hohe soziale Ansehen gedankt. Nicht alles im Leben lässt sich allein mit Geld bewerten.
10. Die Kosten und Verdienstmöglichkeiten im Gesundheitssystem haben schon immer eine dominierende Rolle gespielt. Die Krankenkassenbeiträge steigen ständig und es sollte auch nicht außer Acht gelassen werden, dass durch Nebenkosten (Rezeptgebühren, Kostenbeitrag für Hilfsmittel, Tagesgelder bei stationären Behandlungen, Attestkosten, IGeL-Leistungen im Rahmen der Krebsvorsorge, Brillenversorgung, Zahnarztbehandlungen) noch einmal ca. 50 % der Beitragsätze an Kosten entstehen. Es ist auch nicht einzusehen, dass Patienten sich in Zukunft angeblich kostenfrei ihre Arzneimittel per App nach Hause liefern lassen können. Auch ein solche Leistung kostet die Apotheken Geld und schlägt sich auf die Beitragshöhe der Krankenkassen nieder. Hier muss das Anspruchsverhalten deutlich reduziert werden. Es wird in der heutigen Zeit oft vergessen, dass die Krankenversicherung eine Solidargemeinschaft darstellt, dies bedeutet, dass jeder, der Hilfe benötigt, un-

abhängig von seinem bisher geleisteten Beitrag, diese erhält und diejenigen, die das Glück besitzen, keiner Hilfe zu bedürfen, bereit sind, eine solche Hilfe zu leisten.

Es kann daher nicht sein, dass öfters eine Erwartungshaltung besteht, mindestens so viel wie man selbst als Beitrag bezahlt hat, auch mit einer gleichwertigen Gegenleistung vergütet zu bekommen. Eine Erhöhung der Einnahmen der Praxen kann nicht sinnvoll durch die Abschaffung von Budgetgrenzen für Allgemeinmediziner erreicht werden. Eine solche würde die Krankenkassen ca. 400 Millionen Euro kosten und ohne eine Verbesserung des Systems für die Patienten bleiben.

Betriebswirtschaftlich unzureichende Einnahmesituationen sollten vielmehr durch eine höhere und adäquatere Bezahlung der sprechenden Medizin, der Bezahlung von Verwaltungsarbeiten, der Unterstützung bei der Einführung digitaler Neuerungen, der Entlohnung von Haus- und Heimbefuchen und Entlohnung bei der Ausweitung von Sprechzeiten verbessert werden.

Eine grenzenlose und oftmals nicht angemessene Erhöhung von gerätetechnischen Untersuchungen zur Einkommensvermehrung ist dem System nicht dienlich.

Auch das Abrechnungssystem der KV sollte auf den Prüfstand gehoben werden. Es hat ein Ausmaß angenommen und Kontrollmaßnahmen installiert, die nicht mehr als adäquat bezeichnet werden können. Auch mit diesen ganzen Maßnahmen kann eine gerechte Entlohnung der einzelnen Gruppen und ein Erfolg gegen Abrechnungsbetrügereien nicht garantiert werden. Es ist eine traurige Tatsache, dass der Arztberuf die einzige berufsspezifische Verankerung bezüglich Korruptionsvergehen im Strafbuch gefunden hat.

11. Deutschland hat in Europa die meisten Krankenhausbetten und eine Krankenhausreform zur Kosteneindämmung ist überfällig. Dabei werden Krankenhausschließungen unumgänglich sein, um das System am Leben zu halten.
12. Medikamentenengpässe bei Störungen der Lieferketten haben deutlich gemacht, dass die Produktionsverlagerungen in Billigländer mit fehlenden Umweltstandards aus Kostengründen dem System nicht dienlich waren. Es bedarf der Rückführung für die Lagerung von Herstellungskapazitäten ins Inland.

13. Die Menge an technischen Neuerungen, das Ausmaß an bürokratischen Vorschriften, die notwendigen Kontrollen im Qualitätsmanagement, die Anzahl der Patientenbehandlungen, das veränderte Auftreten von Patienten in den Praxen und die Zunahme von Patienten mit einem Migrationshintergrund und fehlenden Sprachkenntnissen hat zu einer Überforderung des Assistenzpersonals in den Praxen und in den Krankenhäusern geführt. Wenn in der Hälfte der Liegezeiten eine doppelte Patientenzahl gepflegt werden soll, dann kann bei einer reduzierten Personaldecke die Rechnung niemals aufgehen. Bei solchen Arbeitsbedingungen, einer oftmals nicht adäquaten Bezahlung und einem ausgeprägten Stress im Berufsalltag ist es nicht verwunderlich, dass wir einen Fachkräftemangel haben, obwohl wir ein Volk von 84 Millionen Einwohnern sind.

14. Eine weitere wesentliche Veränderung in unserem Gesundheitssystem ist die Zusammensetzung und Altersverteilung der Patienten sowie ihr soziales Verhalten. Jeder vierte Patient hat einen Migrationshintergrund, die Zahl an älteren, kranken und hilfsbedürftigen Patienten hat extrem zugenommen und ein aggressives Verhalten in Notaufnahmen und Praxen ist fast zu einer Normalität geworden. Man kann sich nur die Augen reiben, wenn man für eine Stunde im Wartezimmer einer Arztpraxis gesessen hat: Schlagen von Türen, Beschimpfungen des Personals, lautstarke Unmutsäußerungen auf beiden Seiten. Es sind sicherlich nicht alleine die unerzogenen Kinder, die sich danebenbenehmen.

B. Vorschläge:

Was können und müssen wir verändern, damit unser Gesundheitssystem seine Patienten adäquat versorgen kann?

Die grundsätzliche Frage lautet, ob ein System, das mit der Behandlung kranker und hilfsbedürftiger Menschen einen möglichst hohen Gewinn erzielen will, den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden kann. Welche, auch staatliche, Interventionen sind erforderlich, um das System menschenorientiert zu erhalten?

1. Eine Möglichkeit wäre z.B., ähnlich wie im Stiftungsrecht, eine Gewinnentnahme zu unterbinden und damit eine Reinvestition in das System gesetzlich festzulegen.
2. Eine weitere Überlegung wäre, eine Trennung zwischen Privatversicherungen und gesetzlichen Versicherungen aufzuheben und damit – ähnlich wie es

bei der Rentenversicherung wünschenswert wäre – die Besserverdienenden ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung gerecht werden.

3. Die Zeit von Einzelpraxen dürfte abgelaufen sein: Die adäquate Patientenversorgung, Weiterbildung, Verwaltungsaufwand, Digitalisierung und betriebswirtschaftliche Verpflichtungen sind in der heutigen Zeit nicht mehr von einer Person allein zu stemmen. Es sollten daher Gemeinschaftspraxen mit durchschnittlich 4 ärztlichen Mitarbeitern, teilweise auch fachübergreifend, installiert werden. Diese müssten dann auch die Sprechzeiten auf Mittwoch und Freitag nachmittags sowie Samstag vormittags erweitern, sodass ein Notdienst nur noch am Sonntag und in den Nachtstunden erforderlich wäre.
4. Der freie Zugang zu allen Facharztgruppen sollte wieder eingeschränkt und durch die Hausärzte gesteuert werden.
5. Die Herabstufung des internistischen Hausarztes hat sich als ein schwerwiegender Fehler erwiesen. Die Wiederaufnahme einer gewissen Basisdiagnostik inklusive einer Qualitätskontrolle würde die Fachärzte entlasten und der Internist könnte auch besser die unterschiedlichen Facharztbefunde individuell für den Patienten bewerten und einordnen.
6. Die Zahl der gesetzlichen Krankenkassen müsste dringend zwecks einer Reduzierung der Verwaltungs- und Werbekosten reduziert werden.
7. Außerdem müssen die Krankenkassen von nicht nachweislich wirksamen Behandlungen (Homöopathie) und nicht wesentlich für den einzelnen Patienten nützlichen Leistungen befreit werden.
8. Der Pharmaindustrie müssten gesetzliche Auflagen bezüglich der Produktion und Lagerung von Arzneistoffen in Europa auferlegt werden.
9. Die geplante Krankenhausreform muss trotz ihrer einzelnen Härten umgehend umgesetzt werden.
10. Die Verwaltungsabläufe in den Behör-

den und Krankenkassen müssen bezüglich der Fristen den Möglichkeiten einer digitalen Infrastruktur gemäß aktualisiert und angepasst werden.

11. Das Vergütungssystem für die Praxen muss radikal vereinfacht werden, es stellt den größten Aufwand an Bürokratie dar. Das Problem des Abrechnungsbetruges kann nicht durch immer mehr Kontrollmaßnahmen angegangen werden, sondern sollte mit deutlich erhöhten Strafmaßnahmen bis hin zum Berufsverbot bei Verstößen geahndet werden. Auch hat sich bisher trotz des großen Aufwandes keine ausgewogene Vergütung zwischen den einzelnen Facharztgruppen erzielen lassen und es ist weiterhin nicht plausibel, warum immer die gleichen Fachgruppen sich oben in der Einkommensskala wiederfinden und stets die gleichen Gruppen am unteren Ende der Skala erscheinen. Wir werden daher nicht um eine Pauschalierung der Vergütung herum kommen, um Aufwand und Ergebnis in einem vernünftigen Verhältnis zu halten. Hierzu soll ein Vorschlag gemacht sein: Honorar = 1 Sprechstunde = 2 Arbeitsstunden x vereinbartem Stundenlohn + Kostenpauschale +/- Korrekturfaktor (Patientenzahl) Tätigkeiten außerhalb der Praxisräume (Belegkrankenhäuser, Hausbesuche) werden gesondert vergütet. Dies wäre dann mal ein Abrechnungssystem, das auf den berühmten Bierdeckel passen würde. Jeder kann sich ausrechnen, was er bekommen wird, alle Fachgruppen würden gleich bewertet werden, die Zahlen liegen offen und Betrügereien sind nicht mehr so leicht möglich. Kein Computer müsste in Bad Segeberg mehr für einen einzigen Durchlauf der Tausenden Daten der gesamten Praxen in Schleswig-Holstein 14 Tage lang rechnen. Mit einem solchen System würde das Praxispersonal zeitlich extrem entlastet werden und es wäre mehr Zeit für die primäre Aufgabe der

Patientenversorgung vorhanden.

12. Es bedarf einer größeren Verzahnung zwischen der ambulanten und stationären Behandlung, insbesondere bei der Notfallversorgung und zwecks aufwendiger diagnostischer Maßnahmen. Es muss eine bessere Kommunikation zwischen Praxisärzten, Klinikärzten, KV-Vertretern, Krankenkassen, Pharmavertretern und Politikern eingerichtet werden, z.B. durch die Einrichtung von runden Tischen in den jeweiligen Bundesländern mit einer vierteljährlichen Tagungspflicht.
13. Es bedarf einer neuen Gewichtung zwischen der sprechenden und der technischen Medizin. Psychische Erkrankungen nehmen inzwischen eine Führungsrolle bei den Krankschreibungen ein.
14. Die Zahl an Medizinstudenten und Studentinnen muss dem aktuellen Bedarf angepasst und erhöht werden. Das Studium muss praxisnah werden, so z.B. mithilfe von laufenden Begleitpraktika in Arztpraxen. Zuviel Studenten und Studentinnen arbeiten nach dem Staatsexamen nicht als Ärzte oder Ärztinnen, sondern wenden sich anderen Aufgaben zu. Es ist dringend notwendig, mit einer Veränderung zu beginnen, bevor wir das System gegen die Wand fahren, ähnlich wie in der Pflegeversicherung: Manche Pflegeheime stehen teilweise halb leer, da keine Fachkräfte vorhanden sind, die Beiträge sollen bald auf 7 % steigen und der Abrechnungsbetrag hat bereits große Ausmaße angenommen. Nachdem ich auch nach sechs Monaten Bemühens bei einer schmerzhaften Gelenkerkrankung mit ausgeprägter Beeinflussung meines Gehvermögens infolge einer sekundären Nervenläsion trotz des Besuches mehrerer Facharztpraxen, drei MRT-Untersuchungen und Konsultation einer Klinikambulanz nicht von meinem Leiden befreit werden konnte, bin ich persönlich zu der Erkenntnis gekommen, dass die Effektivität unseres Gesundheitssystems dringend verbessert werden muss.

DR. JÜRGEN HERHAHN, LÜBECK

Podcast zur Ethik

„Ärztliche Werte gehören in den Fokus“ heißt der letzte Podcast des Jahres 2024, den das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt mit Präsident Prof. Henrik Herrmann aufgenommen hat. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden. Darunter u.a.:

- ▶ Alexander Paquet: Start der ePA
- ▶ Gynäkologin Susanne Bechert: Die neue Vorsitzende im Landesverband
- ▶ Gisa Andresen: Pharma und Ärzte: Das geht auch zusammen



Prof. Henrik Herrmann

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Schwangerschaftskonfliktberatung (Webinar)

Alle Ärztinnen und Ärzte, die die Beratung im Schwangerschaftskonfliktfall durchführen wollen, bedürfen gemäß §§ 8 und 9 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes – SchKG – einer Anerkennung als Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle. Diese wird in Schleswig-Holstein durch das Ministerium für Soziales, Jugend, Familie, Senioren, Integration und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein erteilt. Voraussetzung dafür ist die Teilnahme an einer Veranstaltung, die sich mit Inhalt, Form und Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung befasst. Die nachstehend ausgedescribte Fortbildungsveranstaltung wird vom Ministerium als ausreichender Nachweis anerkannt. Gemäß den Richtlinien des Landes Schleswig-Holstein über die Anerkennung und Förderung von Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen nach dem SchKG sind Ärztinnen und Ärzte, die als Beratungsstelle gem. § 9 SchKG i. V. m. § 8 SchKG anerkannt sind, verpflichtet ihre Kenntnisse mindestens alle 3 Jahre den jeweiligen Entwicklungen anzupassen und ihre Teilnahme an entsprechenden Informations- und Fortbildungsveranstaltungen nachzuweisen.

Inhalte:

- ▶ Rechtliche Grundlagen und Überblick über soziale Hilfen
- ▶ Schwangerschaftskonflikt, der schwierige Weg der Entscheidung
- ▶ Methoden und Risiken des Schwangerschaftsabbruchs

Dieser Kurs ist auch für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen zugelassen.

Termin: 26. März 2025



LNA - schleswig-holstein-spezifischer LNA Zusatzkurs

Als LNA ist die Kenntnis der Einsatzumgebung ebenso wichtig, wie das Wissen über die landesspezifischen Einsatzkonzepte, Regelungen und regionalen Besonderheiten. Um daher LNA bestmöglich auf ihren Einsatz im Land vorzubereiten, hat die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein eine Empfehlung für einen schleswig-holstein-spezifischen LNA-Zusatzkurs gegeben. Dieser umfasst

- ▶ Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen in Schleswig-Holstein: unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten im Gesundheitssystem, Rettungsdienst, Gefahrenabwehr
- ▶ MANV Konzept in Schleswig-Holstein
- ▶ LEBE Konzept (Lebensbedrohliche Einsatzlagen) in Schleswig-Holstein
- ▶ Kommunikation und Führung
- ▶ Landeseinheitliche Dokumentation und Qualitätssicherung, Rollenverteilung

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

Termin: 24. Juni 2025

Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen Deutsches Gesundheitswesen: Entwicklungen und Tendenzen

Sie möchten sich weiterqualifizieren, haben Interesse an kaufmännischen und verwaltenden Führungsaufgaben im ambulanten Gesundheitswesen? Dann erlangen Sie mit diesem prüfungsvorbereitenden Lehrgang zum/zur Fachwirt/-in im Gesundheits- und Sozialwesen die notwendigen Fähigkeiten. Starten Sie mit dem Modul: Deutsches Gesundheitswesen – Entwicklung und Tendenzen.

Inhalt:

- ▶ Blickwinkel gesundheitsökonomischer Analysen: Leistungserbringer, Kostenträger
- ▶ Ressourcenknappheit: Abgrenzung, Rationierung und Rationalisierung: Budgets, Fallpauschalen etc.
- ▶ Neue Formen der Zusammenarbeit: MVZ, Klinikverband, Case Management

Termin: 4. und 5. April 2025

Über den QR-Code finden Sie das komplette Veranstaltungsangebot

Kontakt

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



Das breite Spektrum der Gynäkologie

FRAUENHEILKUNDE Von der elektronischen Patientenakte (ePA) über neue Erkenntnisse aus der Forschung bis zu Ratschlägen zur Archivierung von Spuren sexueller Gewalt: Der 27. Gynäkologentag in Rendsburg hatte ein breites Spektrum an Themen.

Die Tagung begann mit Standing Ovationen für Doris Scharrel, die den Landesvorsitz des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) zum Jahresende an Susanne Bechert abgegeben hatte (Interview S. 40). Bechert, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in einer Kieler Gemeinschaftspraxis, gab in ihrem Eröffnungsvortrag einen Überblick über die wichtigsten aktuellen Fragen. Dazu gehören neue Verfahrensregeln beim QuaMaDi-Programm. Das Vorsorgeprogramm wird zwar verlängert, aber jede Frau, die als Risikopatientin daran teilnimmt, muss neu aufgenommen werden.

Neue Regeln gibt es auch bei den Hygienevorschriften, etwa bei der Aufbereitung von Vaginalsonden. Fragen aus den gut besetzten Reihen gab es zur ePA und dem bundesweit auftretenden Problem ungenauer Diagnosen in den Krankenakten. Eine Ärztin berichtete von einer Patientin, die kurz nach einer Geburt unter Milchstau und Stress litt. „Ich habe eine reaktive Depression aufgeschrieben – die Kasse strich das Adjektiv, es blieb die Depression stehen, und die Patientin war entsetzt.“

Um Krankheiten oder Auffälligkeiten schon zu Beginn einer Schwangerschaft zu erkennen, gibt es mehrere Verfahren. Die meisten Frauen verlangen einen Nicht-invasiven Pränataltest (NIPT), der Gendefekte, vor allem Trisomien, ans Licht bringen. Doch ist der NIPT wirklich das beste Mittel der Wahl, bringt das Ersttrimesterscreening (ETS) mehr oder braucht es sogar beide Methoden? Darüber referierte Prof. Martin Krapp vom Hamburger Zentrum für Pränatalmedizin an der Elbe. Die meisten Patientinnen verlangten den NIPT, was zur einer „Flut von Tests“ mit hohen Kosten und Arbeitsaufwand führe – dabei ließen sich beim ETS noch mehr Fehlbildungen oder andere Probleme erkennen: „Zu Beginn der Schwangerschaft gibt es den bes-

ten Überblick, schöner wird es nicht“, sagte Krapp, der dazu riet, Embryonen ab der vollendeten zwölften Woche anzuschauen.

Besonders schwierig ist die Betreuung von Schwangeren, wenn toxische Substanzen im Spiel sind – angefangen vom Alkohol: „Das ist immer noch das Teratogen, das am meisten Schäden verursacht“, sagte Dr. Maria Hoeltzenbein vom Institut für Klinische Pharmakologie und Toxikologie an der Berliner Charité. Sie konzentrierte sich aber auf die Medikamente, die Frauen einnehmen müssten, etwa bei Epilepsie, Depression oder anderen chronischen Krankheiten. Hier lautete der generelle Rat, zwischen den Risiken abzuwägen, aber benötigte Medikamente nicht abzusetzen. Ein Problem sei der Umgang von Schwangeren mit Medikamenten, die ohne Absprache mit ihrem Arzt oder Ärztin erfolgt: „Über 60 % nehmen während der Schwangerschaft etwas ein, gleichzeitig setzt jede fünfte Frau verschriebene Medikamente ab“, sagte die Expertin.

Immer mehr versteht die Forschung über den Zusammenhang von genetischen Mutationen und Erkrankungen. Prof. Malte Spielmann, Leiter des Instituts für Humangenetik am UKSH, erläuterte den Stand bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs. Nach dem Durchbruch, dem ersten entschlüsselten menschlichen Genom, sei die „genomische Medizin inzwischen zum Greifen nahe“. Dabei sei die Humangenetik als Hilfsmittel zu betrachten, ähnlich wie die Radiologie. Spielmann warb für das Projekt GenomDE, die „modernste Medizin, die man machen kann“. Dahinter verbirgt sich ein molekulares Tumorboard, in denen Fälle von Patienten besprochen werden können, bei denen klassischen Therapien nicht ansprechen.

Ein anderes Thema brachte Dr. Nadine Wilke-Schalhorst, vom Institut für Rechtsmedizin am UKSH in Lübeck mit. Dort können Opfer sexueller Gewalt Spuren



Dr. Nadine Wilke-Schalhorst

der Taten sichern und aufbewahren lassen, bis sie entschieden haben, ob sie Anzeige erstatten – eine Möglichkeit, die nur ein kleiner Teil der Betroffenen nutze, wie die Rechtsmedizinerin bedauerte. Wenn Frauen sich in Praxen oder Kliniken melden, stehe naturgemäß die Behandlung der Wunden im Vordergrund. Wilke-Schalhorst gab Tipps, wie Verletzungen so beschrieben und fotografiert werden können, dass die Beweise vor Gericht Bestand haben. „Interpretieren Sie nicht, beschreiben Sie möglichst genau, was Sie sehen.“

„Was soll ich tun, wenn die Polizei gar nichts aufnimmt?“, fragte ein Arzt. Das sei unverständlich, komme aber leider vor, sagte Nadine Wilke-Schalhorst. Sie riet zur Dokumentation, wenn die Frau dazu bereit sei. Weitere Vorträge des Gynäkologentages hielten Prof. Michael Ludwig aus Schneverdingen über hormonelle Kontrazeptiva und Svenja Langmack, die das Projekt „Brust-Life“ mit Tipps zur Selbstuntersuchung zur Krebsfrüherkennung vorstellte. Den Abschluss machte Dr. Bettina Schultz mit einem Bericht aus der KVSH.

ESTHER GEISSLINGER

Engagement auf vielen Ebenen

GYNÄKOLOGIE Im Landesverband der Frauenärzte hat Susanne Bechert vor kurzem Doris Scharrel abgelöst. Am Rande der Jahrestagung in Rendsburg stellten sich beide den Fragen von Esther Geißlinger.

Frau Scharrel, im Februar fand der 27. Gynäkologentag Schleswig-Holstein statt. Sie hatten zwar die wissenschaftliche Leitung inne, aber standen zum ersten Mal seit zwölf Jahren nicht mehr als Verbandsvorsitzende auf dem Podium. Waren Sie erleichtert oder fiel es schwer?

Doris Scharrel: Im Grunde genommen war es nicht viel anders als sonst. Stimmt, den Bericht zur Lage des Verbandes habe ich diesmal nicht gehalten, das ist Sache von Frau Bechert als neue Vorsitzende, aber die Vorbereitungen waren identisch, von der Auswahl der Referenten über das Catering bis zum Aufbau. Während der Veranstaltung war ich froh, dass ich an meinem Platz sitzen bleiben konnte – aber die Augen und Ohren muss man als Kongressleitung trotzdem überall haben.

Sie haben zum Jahreswechsel Ihren Posten als Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) abgegeben. War es schwierig, die Nachfolge zu regeln?

Scharrel: Dr. Bettina Schultz, die ursprünglich als meine Nachfolgerin vorgesehen war, ist zur Vorstandsvorsitzenden der KVSH gewählt worden, stand also nicht mehr zur Verfügung. Daher haben wir uns erneut umgeschaut und dann innerhalb eines Jahres eine gute Lösung gefunden.

Frau Bechert, Sie sind diese gute Lösung – im November wurden Sie zur Landesvorsitzenden gewählt, zum Jahreswechsel haben Sie das Amt übernommen. Musste Frau Scharrel Sie lange überreden, und welches Argument hat am Ende gefruchtet?

Susanne Bechert: Es stimmt, es wird immer schwerer, Ehrenamtliche für solche Posten zu finden. Am Anfang habe ich gezögert, weil es eine sehr umfassende Aufgabe ist, vor allem wenn man, wie Frau Scharrel, in so vielen Gremien mitwirkt und überall präsent ist. Begünstigend war ein Wechsel meiner Lebens- und Arbeitsumstände: Bis vor kurzem war ich in eigener Praxis selbstständig, inzwischen bin ich in Teilzeit angestellt. Das hat es mir ermöglicht darüber nachzudenken, diese Aufgabe zu übernehmen.

Und wie sind die ersten Eindrücke im Amt?

Bechert: Es öffnet sich eine neue Welt! Es gibt viele Aufgaben, aber es ist spannend, ich lerne Leute kennen und mache Erfahrungen. Verbandsarbeit in dieser Form ist neu für mich, aber ich bringe Erfahrungen aus dem Qualitätszirkel mit und war ja auch schon im Beirat, kenne daher schon viele Themen. Ich fuchse mich langsam ein.

Frau Scharrel, Ihre Amtszeit begann 2012, ein Jahr, das geprägt war vom Arabischen Frühling, der Eurokrise und der Aufdeckung der rechten Terrorgruppe NSU. Welche politischen und fachlichen Themen standen damals beim Berufsverband der Frauenärzte an?

Scharrel: Die oberste Regel lautet, dass es ständig etwas Neues gibt, weil wir uns kontinuierlich mit neuen Auflagen und Gesetzen befassen müssen. Auf der Ebene des Bundes-BVF, wo ich lange im Vorstand mitgearbeitet habe, weitet sich das Spektrum noch mehr, und die Aufgabe ist dann, die Themen auf die Landesebene zu transportieren. Eine Daueraufgabe ist, uns gegenüber der Bevölkerung und der Politik sichtbar zu machen. Frauenärzte haben keine Lobby, anders als die Hebammen. Wir sind immer die Bösen, die nie Zeit haben – gegen dieses Bild muss man anarbeiten, indem man sich vernetzt, mit den Kassen, der Kammer, der KV. Ich habe es als meine Aufgabe gesehen, den Verband in viele Ebenen einzubinden. Wir haben heute den Stand erreicht, dass wir wertgeschätzt und um unsere Meinung gefragt waren.

Frau Bechert, wollen Sie diesen Weg weitergehen?

Bechert: Diese heute bestehenden Kontakte und Vernetzungen bieten sehr gute



Susanne Bechert

Susanne Bechert im Podcast

Wer ist die Frauenärztin, die Doris Scharrel an der Spitze des Landesverbandes nachfolgt? Susanne Bechert gibt im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes Einblicke in ihren Werdegang und ihre berufspolitischen Vorstellungen. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden. Darunter u.a.:

- ▶ Alexander Paquet: Start der ePA
- ▶ Johannes Rieken: Dringende Fälle in der Hausarztpraxis
- ▶ Heiko Lehmann: So funktioniert digitale Arztpraxis

Voraussetzungen, ich möchte diese Möglichkeiten auf jeden Fall nutzen. Allerdings werde ich manchmal priorisieren müssen, damit der Beruf nicht zu kurz kommt. Es muss aber auch nicht alles an meiner Person hängen. Ich werde Dinge delegieren, zum Beispiel an meine Stellvertreterin Dr. Christine Mau-Florek. Recherchieren, Kontakte knüpfen oder einen Text schreiben kann man auch gemeinsam.

Scharrel: Als ich den Vorsitz übernahm, hatte ich noch meine Einzelpraxis mit voller Sprechstunde. Im Lauf der Zeit habe ich mich mit einer Assistentkraft und später als Mitinhaberin einer Gemeinschaftspraxis etwas entlastet. Termine liegen meist mitten am Tag, schließlich ist die Teilnahme daran für die übrigen Spieler im System ihre Haupttätigkeit. Dass unsereins eigentlich einen anderen Hauptberuf hat, dafür interessiert sich niemand.

Frau Bechert, der Kampf gegen den Klimawandel und die Rolle der Ärzteschaft bei der Versorgung von Patientinnen in einer immer wärmeren Welt sind für Sie wichtige Punkte. Werden Sie dieses Thema in die Verbandsarbeit einbringen?

Bechert: Ja, das wird mein Thema bleiben. Auch wenn zurzeit wenig über den Klimawandel gesprochen wird, muss man ehrlicherweise sagen, dass er immer wichtiger wird. Keiner weiß, wann und was genau passiert, wie man etwa an den Flächenbränden in Kalifornien sieht. Unsere Berufsgruppe steht ganz vorn bei der Versorgung vulnerablerer Patientinnen, gerade was Schwangere angeht. So zeigen Studien, dass die Zahl der Frühgeburten durch Hitze zunimmt. Und auch der zweite Punkt ist wichtig: Das Gesundheitswesen trägt 6 % der nationalen CO₂-Emissionen bei. Das müssen wir reduzieren, darum kommen wir nicht herum.

Was sind weitere Themen, die nun anstehen?

Bechert: Wie Frau Scharrel gesagt hat, es gibt ständig neue Regularien. Ich sehe als mein zentrales Anliegen, die Arbeit in den Praxen zu unterstützen und eine gute gynäkologische Versorgung aufrecht zu erhalten. Das betrifft die Brustkrebsvorsorge und -behandlung ebenso wie die Betreuung von Schwangeren, aber auch die niedrigschwellige Versorgung bei ungewollter Schwangerschaft. Ein neues Thema ist die elektronische Patientenakte. Die ePA ist grundsätzlich eine gute Idee, um Informationen schneller austauschen zu können, aber es zu etablieren ist nicht einfach, es



Wechsel an der Spitze des BVF Schleswig-Holstein: Doris Scharrel (links) und ihre Nachfolgerin Susanne Bechert.

geht um das Vertrauensverhältnis zu unseren Patientinnen. Ein weiteres Anliegen ist eine eigene Abrechnungsziffer für Beratungen. Viele Patientinnen haben mehr Kontakt zu uns als zu ihren Hausärzten, aber wir können längere Gespräche nur über die psychosomatische Grundversorgung abrechnen, und wenn dann eine solche Diagnose in der E-Akte auftaucht, ist das für die Frauen irritierend. Also: Es gibt allerhand zu tun.

Was wünschen Sie sich von den Mitgliedern, wie könnten die den Vorstand unterstützen?

Bechert: Wichtig ist, mir Rückmeldungen zu geben und auf Probleme und Fragen hinzuweisen. Ich kann nur agieren, wenn ich breite Infos aus den Regionen erhalte.

Scharrel: Im Bundesverband heißt es immer: Ohne Zahlen sind wir nur Papier-tiger. Im Landesverband habe ich deshalb zu vielen Themen Umfragen gemacht. Die Zahlen helfen, wenn wir dann ins Ministerium oder zur KV gehen. Mit ihnen können wir unsere Forderungen belegen.

Ein Thema, für das Sie sich auch stark eingesetzt haben, ist der Zugang zu Hilfe für ungewollt Schwangere. Wie steht es damit?

Scharrel: Für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch benötigen Kolleginnen und Kollegen nach Richtlinie die Genehmigung „Ambulantes Operieren“ – eine große Hürde für die Praxen. Auf Lan-

desebene haben wir auf Initiative des BVF-SH eine Regelung gefunden, die seit Mai 2024 in Kraft ist, um die Versorgung der Frauen zu erhalten.

Frau Bechert, Sie arbeiten in der Kieler Innenstadt in einer Gemeinschaftspraxis – fünf Ärztinnen, ein Arzt. Auch im Verband gibt es mehr Frauen als Männer, dennoch heißt er weiter Berufsverband der Frauenärzte. Frau Scharrel hatte einen Vorstoß unternommen ...

Scharrel: ... der scheiterte, denn eine Namensänderung ist tricky. Der Beschluss der Mitgliederversammlung im Verein reicht dafür nicht aus, es braucht zunächst das Votum der Vertreterversammlung der Landesvorsitzenden. Wir haben es jahrelang versucht, die alten Herren dort zu überzeugen, und jetzt endlich könnte es klappen, das freut mich sehr. Mich freut auch, dass es allmählich mehr Frauen in den Verbands-gremien gibt. Da weiß ich Frau Bechert in einem guten Verbund mit vielen engagierten Kolleginnen.

Bechert: Bei der nächsten Mitgliederversammlung des Bundesverbandes wird es um die Frage des Namens gehen. Ange-dacht ist „Berufsverband der Frauenärztinnen und Frauenärzte“. Um den Titel der Verbandszeitung, den „Frauenarzt“, gibt es weiter Debatten, aber auch da könnte ich mir einen neuen Namen vorstellen. So oder so, ich denke, dass Veränderungen im Gang sind.

Vielen Dank für das Gespräch.

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

MÄRZ, APRIL, MAI

19. März	Hausärzte Fortbildung 4. Lübecker Infektnachmittag	UKSH, Lübeck Telefon 0451 500 45301 sekretariat.infektiologie@ uksh.de www.uksh.de/ Infektiologie_ Mikrobiologie Punkte beantragt
26. März	Hybrid: Nieren sterben leise? Früherkennung und Diagnose von Nierenerkrankungen mit Hilfe der Labormedizin	LADR Akademie Telefon 04152 803 400 veranstaltung@ladr.de www.LADR.de http://www.LADR.de/ nierenerkrankungen- geesthacht-25-03 2 Punkte
5. April	7. Tag der Labordiagnostik in der Gynäkologie	http://www.LADR.de/ gyntag-geesthacht-25-04 5 Punkte
9. April	Mikrobiom des Darms trifft Darmgesundheit	http://www. LADR.de/darm- neumuenster-25-04 4 Punkte
2. April	1. Lübecker Intensiv- pflegesymposium Gemeinsam für mehr, am Meer	UKSH Lübeck Telefon 0451 500 40 917 Tobias.Kuehn@uksh.de www.uksh.de 8 Punkte
10. Mai	ADHS bei Erwachsenen	NGAT sekretariat@ngat.de www.ngat.de Punkte beantragt

ALLE ANGABEN OHNE GEWÄHR.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise für
die April-Ausgabe: 19. März 2025

25. Jahrestreffen des QNN



Dr. Hanka Lantzsch, Cheffärztin Dermatologie und Allergologie in der Asklepios Klinik auf Sylt.

Mehr als 70 Teilnehmende aus dem gesamten Bundesgebiet waren zur 25. Auflage des Jahrestreffens „Dermatologie und Allergologie im Qualitätsnetz Nord (QNN)“ in die Asklepios Nordseeklinik auf Sylt gekommen. Sie tauschten sich über aktuelle Themen aus der Dermatologie und dem Qualitätsmanagement aus.

Das 1998 gegründete QNN ist ein Zusammenschluss der Dermatologie und Allergologie der Nordseeklinik mit niedergelassenen Hautärzten, Allergologen aus Arztpraxen und weiteren Kliniken. Dem Netzwerk gehören inzwischen rund 300 Mitglieder an. In den Vorträgen und Workshops der zweitägigen Veranstaltung unter Leitung von Gastgeberin Dr. Hanka Lantzsch ging es u.a. um neue wissenschaftliche Erkenntnisse aus der Dermatologie und um den Einsatz Künstlicher Intelligenz in Arztpraxen. (PM/RED)

10. Herz-Kompass in Bad Oldesloe

Vor 25 Jahren startete die Veranstaltung als jährliches Ärzte-Symposium im „European Surgical Institute“ in Norderstedt unter dem Namen Stent-Kompass, später wurde sie als Herz-Kompass fortgeführt. Dieser fand im Januar zum 10. Mal statt – erstmals in Bad Oldesloe unter Organisation und wissenschaftlicher Leitung von Dr. Ralph Tölg, dem Chefarzt und Ärztlichen Direktor der Asklepios Klinik Bad Oldesloe, und Prof. Gert Richardt, Sektionsleiter Kardiologie. Das Programm rund um die Herzmedizin zog 170 Teilnehmende aus Kliniken und Arztpraxen aus ganz Norddeutschland an. Zu den Referenten zählte u.a. Prof. Stephan Willems aus dem UKE mit einem Vortrag über die Höhepunkte und seine Vision der Elektrophysiologie von Morgen. Weitere Themen waren u.a. neue medizinische Leitlinien, spezielle Behandlungsformen bei Herzgefäßerkrankung und Lungengefäßembolie, herzchirurgische Verfahren, aber auch die Frage, ob und wie ärztliche Weiterbildung unter den Vorgaben der Krankenhausreform noch möglich sein wird. Tölg hofft, die Veranstaltung jährlich in Bad Oldesloe etablieren zu können. (PM/RED)



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 19. März 2025

STELLENANGEBOTE

KREIS STORMARN
Soziales und Gesundheit



Ärztin/Arzt (m/w/d) für den Amtsärztlichen Dienst

Der Kreis Stormarn sucht Sie für den Fachdienst Gesundheit zum nächstmöglichen Zeitpunkt als **Ärztin/Arzt (m/w/d) für den Amtsärztlichen Dienst**.

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

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter: www.kreis-stormarn.de/karriere

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!



DRK-Heinrich-
Schwesternschaft e.V.



Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (w/m/d) für das pädiatrische SAPV-Team in Schleswig-Holstein (Brückenteam) ab sofort in Teilzeit, unbefristet

Die DRK-Heinrich-Schwwesternschaft e.V. engagiert sich seit 120 Jahren in der professionellen Pflege und Begleitung von Kindern. Seit über 20 Jahren versorgen wir als interdisziplinäres Team der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) Früh- und Neugeborene, Kinder und Jugendliche mit chronischen, schweren und lebensbegrenzenden Erkrankungen, Behinderungen oder nach längeren Klinikaufenthalten in ihrer vertrauten Umgebung in ganz Schleswig-Holstein.

Ihr Profil:

- Facharzt (w/m/d) mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin oder mit Bereitschaft, diese zeitnah zu erlangen (Kostenübernahme durch uns)
- Erfahrung in der Versorgung schwerkranker Kinder
- Identifikation mit dem Hospiz- und Palliativgedanken
- Bereitschaft zur fachlichen Weiterentwicklung und interdisziplinären Netzwerkarbeit

Mehr Infos gibt es hier: www.drk-schwwesternschaften-kiel.de
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: info@drk-schwwestern-kiel.de

Hochmoderne Praxis am Hamburger Stadtrand / SH (hochmotiviertes Team, von konservativ bis operativ) bietet Platz für

Kolleg:in (FÄ/FA) mit guter Laune

Nur vormittags, nur bestimmte Tage, Teil- oder Vollzeit? - Wir sind flexibel!

Kontakt unter: ortho111@gmx.de

Große pädiatrische Praxis
SP-Pneumologie/ Allergologie
in HH-Nord sucht ab 04/25

FÄ/FA Pädiatrie für 20-36 Std./Woche.

WB Pneumologie/Allergologie optional. Ggf. Praxisübernahme langfristig möglich.

Kontakt: cms313025@gmail.com
oder 0176 - 83 25 40 73

Wärme lässt sich verschicken

Ihre Spende als CARE-Paket.



Einscannen und einfach
über PayPal spenden.



care
wirkt. weltweit.

Kinderärztin / Kinderarzt in Pinneberg gesucht!

FA für Pädiatrie (m/w/d) in TZ-Anstellung in familiärer Gemeinschaftspraxis mit tollem Team in Pinneberg zum Sommer 2025 gesucht. Bewerbungen gerne an: praxis@hasilik-holle.de

Honorarfachärzte (m/w/d)

für Nebentätigkeit bei öffentlichen Behörden gesucht.
Abrechnung nach Honorar.
Verschiedene Standorte in Schleswig-Holstein und flexible Zeiteinteilung.
Bei Interesse: info@behoerdenarzt.de

elbbüro

fon (040) 33 48 57 11
anzeigen@elbbuero.com
www.elbbuero.com

Praxis für Neurologie und Psychiatrie im HH-Osten sucht zum 01.07.2025

FÄ/FA für Neurologie und/oder Psychiatrie

in Voll- oder Teilzeit zur Anstellung.
KV-Sitz vorhanden.
Praxisnervenbergedorf@t-online.de

Keine Wochenend-
oder Nachtdienste

Gehalt angelehnt an
Marburger Bund

KONTAKT

Dr. med. Magitta Liebsch
04321 9641-0

MEHR INFORMATIONEN

www.drk-nms.de/jobs

Wir suchen ab sofort
**Oberarzt Psychiatrie und
Psychotherapie (m/w/d) als
Leitung der Tagesklinik und
Institutsambulanz**

für die Psychiatrische Tagesklinik Neumünster gGmbH

ASSOZIATION

Laser-Tattoorentfernung in Flensburg, Lübeck, Kiel

Zukunftssicherer Wachstumsmarkt mit Top-Rendite - der Marktführer für hochwertige Tattoorentfernung mit exzellenten Bewertungen, erstklassigem Marketing und umfassender NiSV-Ausbildung sucht eine/n **Arzt/Ärztin zur Eröffnung eines Franchise-Standorts in Flensburg, Lübeck oder Kiel.** Unser Konzept lässt sich flexibel in eine bestehende Praxis integrieren oder als eigenständige Praxis betreiben. E-Mail: kontakt@endlich-ohne.de

STELLENGESUCHE

Orthopäde und Unfallchirurg im Un-Ruhestand...**Langjährige breite und spezialisierte Berufserfahrung**

operativ - konservativ - diversen Zusatzqualifizierungen

....sucht **interessantes und innovatives Aufgabengebiet mit Teamspirit**

- Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie - Sprechstunden

- Spezialisierte konservative Therapie - Therapie- und Indikationsberatung

im Großraum Lübeck, integriert im Team, in Praxis, MVZ, Reha- oder Klinik.

Ich freue mich auf Ihre Angebote an Orthopaede-Unfallchirurg@t-online.de

KV - SITZ

Hausärztliche Gemeinschaft

(3 Ärzte/innen) **im Kreis Plön**

- kleinstädtisch geprägt und landwirtschaftlich außerordentlich reizvoll -

bietet die Übernahme eines Kassensitzes

sobald als möglich an.

Kontakt unter Chiffre SH 60415

Sie haben Interesse an dieser Chiffreanzeige?

Senden Sie uns Ihre Antwort unter Angabe der Chiffre-Nummer an:

elbbüro Stefanie Hoffmann
Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg
oder anzeigen@elbbuero.com.

ANZEIGEN- SCHLUSS:

Heft Nr. 04 19. März 2025



FORTBILDUNGEN

**SCHLOSS WARNSDORF**

PRIVATKLINIK

Einladung zur Fortbildung in der Privatklinik Schloss Warnsdorf für medizinisches Fachpersonal

30. April 2025 von 16.00 bis 18:15 Uhr

Was erwartet Sie? Ein Vortrag zum Thema:

Komplementärmedizin in der Onkologie

mit kleiner Pause (Snack) und anschließender Diskussion

Referent:

Prof. Dr. med. Matthias Rostock, Stiftungsprofessur Komplementärmedizin in der Onkologie Universitäres Cancer Center Hamburg (UCCH) Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Fortbildungspunkte wurden bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein beantragt

Anmeldung unter: fortbildung@schloss-warnsdorf.de

Spende und werde ein Teil von uns.
seenotretter.de

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

[f](#) [t](#) [i](#) [v](#) #teamseenotretter

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung für Heilberufler

DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de

meditaxa
Group

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

RECHTSBERATUNG FÜR DIE HEILBERUFE

Praxiskauf / -verkauf · Gemeinschaftspraxis · MVZ

Gesellschaftsrecht · Zulassung · Vergütung

Honorarverteilung · Regress

Berufsrecht · Arztstrafrecht



DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

← Kurhausstraße 88 · 23795 Bad Segeberg

Tel.: 04551/89930 · Fax 04551/899333

E-Mail: mail@kk-recht.de

www.kk-recht.de

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Esther Geisslinger, Uwe Groenewold, Dr. Susanne Hertel,
Prof. Hanna Kaduszkiewicz, Astrid Schock, Prof. Jost Steinhäuser,
Dr. Victoria Witt

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

Druck und Vertrieb:
Strube Druck & Medien GmbH,
Stimmerswiesen 3,
34587 Felsberg

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. 11/2025 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

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

AKIS

Der Service Ihrer Ärztekammer
online:

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

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

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

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

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

Geschäftsführung
Dr. Gisa Andresen
(Ärztliche Geschäftsführung)
Yannek Drees
(Kaufmännische Geschäftsführung)
Telefon 04551 803 206
sekretariat@aeksh.de

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

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

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

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

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

Kommunikation
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Nicole Brandstetter
Telefon 04551 803 270
presse@aeksh.de

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

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

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

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

Personalabteilung
Telefon 04551 803 155
personal@aeksh.de

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

**Versorgungswerk der
Ärztekammer Schleswig-Holstein**
Bismarckallee 14-16, 23795 Bad Segeberg
www.vaesh.de

Vorsitzender des Verwaltungsrates
Bertram Bartel

Vorsitzende des Aufsichtsrates
Petra Struve

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

FACHBERATER

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



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

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



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

Kanzlei für **Medizinrecht**

Wir beraten Ärzte

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

RAin Sabine Barth
Fachanwältin f. Medizinrecht

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
PartG mbB

Holtener Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

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

info@medrechtpartner.de
www.medrechtpartner.de

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

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN

Heft April 19. März 2025



Rohwer & Gut

Partnerschaftsgesellschaft mbB,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft



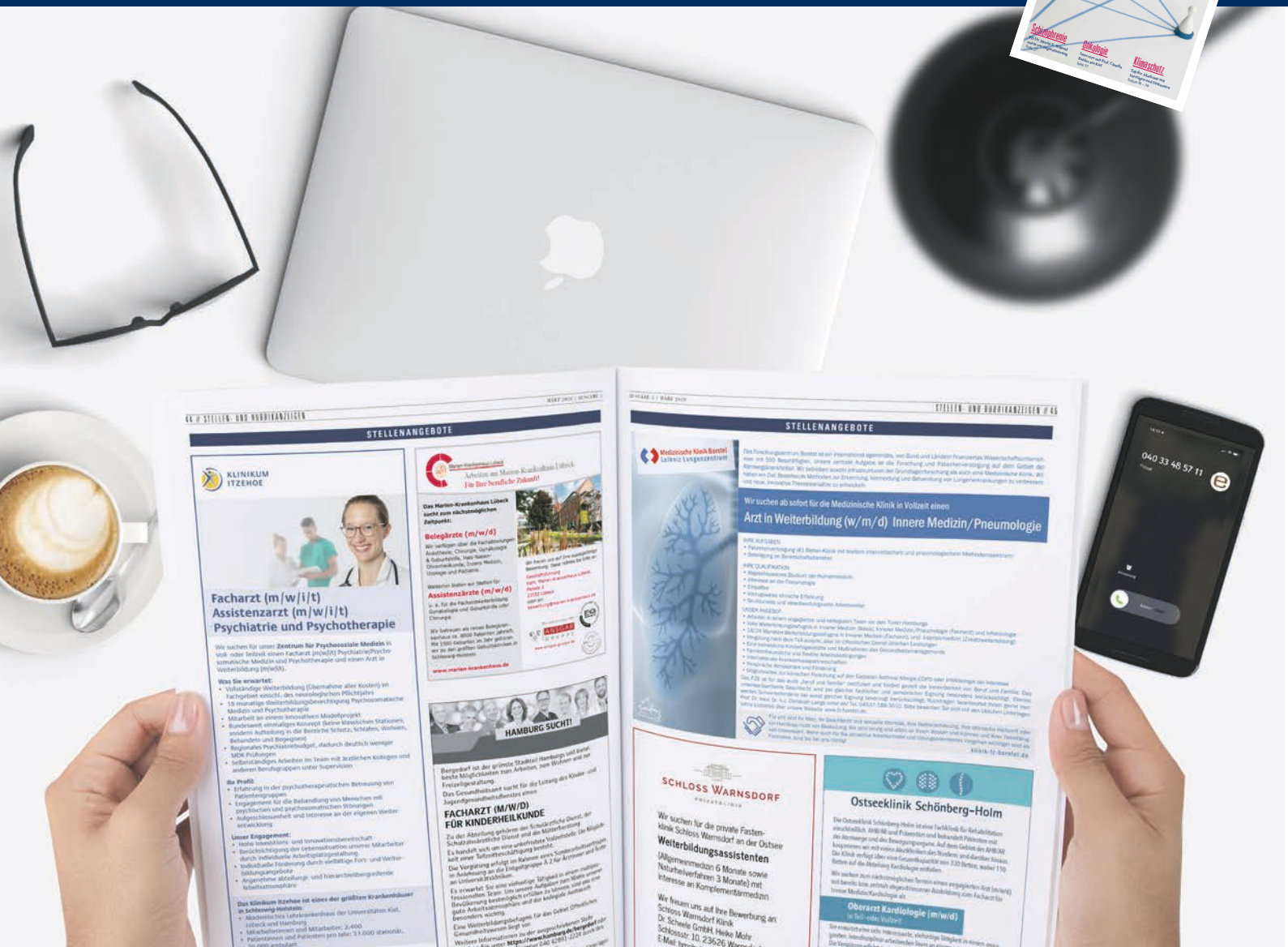
Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

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

Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt



KLINIKUM ITZEHOE

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

Wir suchen für unser Zentrum für Psycholeale Medizin in voll- oder teilleistenden Facharzt (m/w/i/t) Psychiatrie/ Psychotherapie und Assistenzarzt (m/w/i/t) in Weiterbildung (m/w/i/t).

Was Sie erwartet:

- Vollständige Weiterbildung (Einnahme oder Können) im Fachgebiet Psychiatrie/ Psychotherapie
- 18-monatige Weiterbildungsbesetzung Psycholeale Medizin und Psychotherapie
- Mitarbeit an einem innovativen Modellprojekt
- Bundesweiter etablierter Konzept (Breite Medizinstation, moderner Aufbau in die Bereiche Schutz, Schlafen, Wohnen, Behalten und Begegnen)
- Regelmäßiges Psycholeale-Meeting, dadurch deutlich weniger MDK Prüfungen
- Selbstständiges Arbeiten im Team mit ärztlichen Kollegen und anderen Berufsgruppen unter Supervision

Das Klinikum Itzehoe ist eines der größten Krankenhäuser in Schleswig-Holstein:

- Abteilungen: Unfallklinik der Universitätsklinik, Hämatologie und Mittelalter, 2.400 Patienten und Patienten pro Jahr, 3.100 stationäre, 5000 ambulante

**Medizinische Klinik Berndt
Ludwig Langemann**

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

WIR SUCHEN:

- Patentärztliche Tätigkeit im Bereich Innere Medizin/ Pneumologie/ Infektiologie/ Nephrologie
- Teilnahme an der Weiterbildung
- Einzelarzt
- Strukturstärke: 1000 Betten
- Strukturstärke: 1000 Betten
- Strukturstärke: 1000 Betten

WIR Bieten:

- Exzellente Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Innere Medizin/ Pneumologie/ Infektiologie/ Nephrologie
- Exzellente Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Innere Medizin/ Pneumologie/ Infektiologie/ Nephrologie
- Exzellente Weiterbildungsmöglichkeiten im Bereich Innere Medizin/ Pneumologie/ Infektiologie/ Nephrologie