



Schmerzen verstehen

Dr. Tonia Iblher und weitere Ärztinnen und
Ärzte im Norden setzen in der Schmerzbe-
handlung auf Netzwerke und Teamarbeit.

Seiten 8 – 13

KI in der Medizin

Prof. Kai Wehkamp in der
Kammerversammlung

Seiten 14 – 16

Krankenhäuser

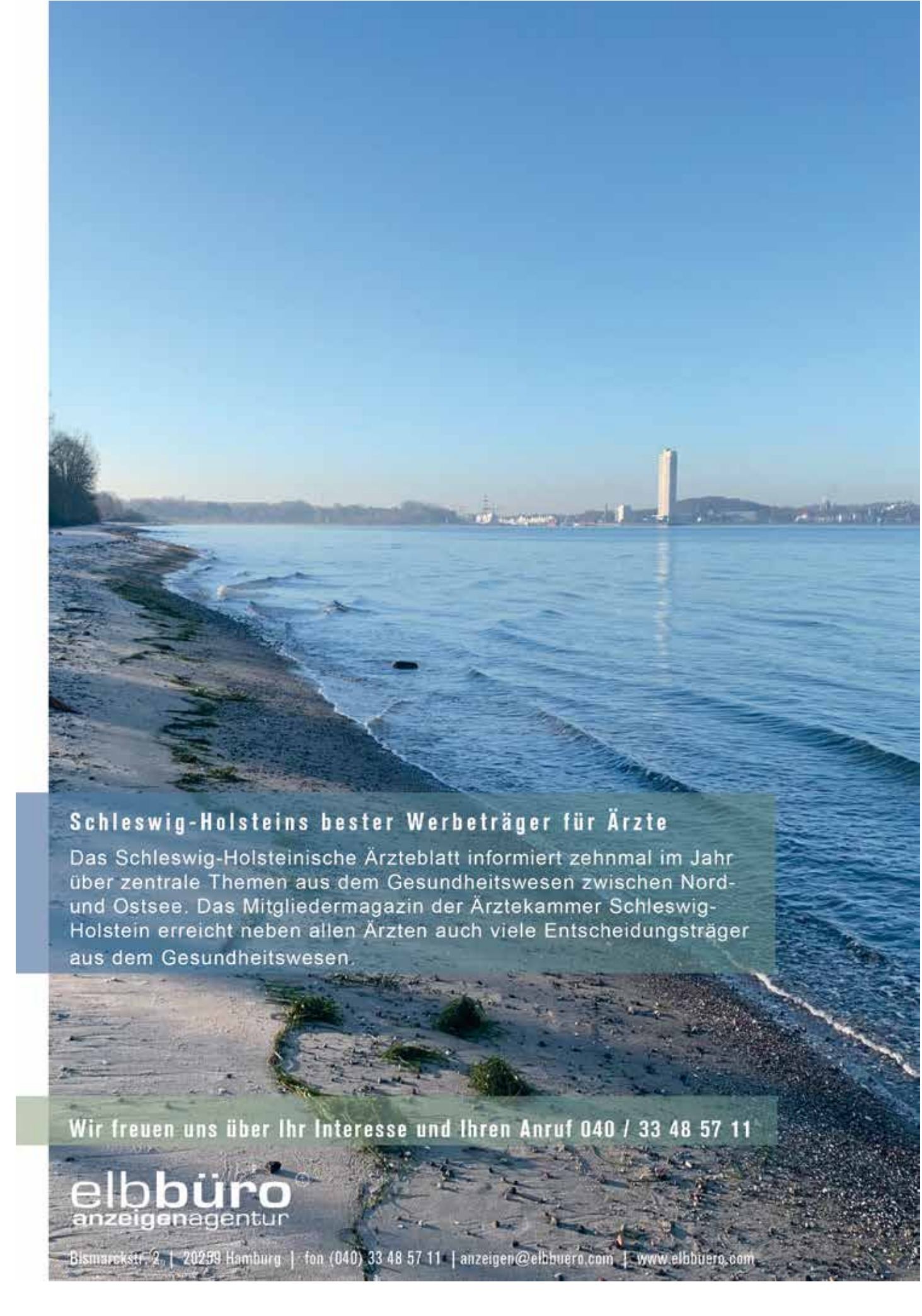
Parlamentarischer Abend
der KGSH in Kiel

Seiten 20 – 21

Dermatologie

Prof. Regine Gläser über
ein besonderes Lehrprojekt

Seiten 36 – 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

Schmerzen, Tränen und Gesundheitsgesetze

Nur in der Träne des Schmerzes ...

In der heutigen Zeit fühlen wir häufiger einen starken Schmerz und haben Tränen, wenn wir Nachrichten über Katastrophen, Krisen und Kriege hören – in einer eigentlich globalen, vernetzten und aufgeklärten Welt. Besonders schmerzlich sind auch die Erfahrungen in unserem Gesundheitswesen. Trotz enormen medizinischen Fortschritts und hohem Engagement aller Mitarbeitenden im Gesundheitswesen machen sich Frustrationen und Schmerzen bemerkbar: Grundlegende Reformen bleiben aus, die angestrebte Entökonomisierung ist wieder von der Tagesordnung genommen, zunehmende Reglementierungen führen zu mehr Bürokratie: kaum Vorhaltepauschalen für eine Daseinsvorsorge im stationären Bereich, eine neuer DRG-Groupier mit 12.000 Seiten Kommentierung, neue Verlegungswellen, Zuordnungen der fachärztlichen Tätigkeiten zu den einzelnen Leistungsgruppen täglich, erschwerte Weiterbildungsbedingungen für die junge ärztliche Generation, unklare Finanzierung in der Übergangsphase, in der viele, auch gesunde Krankenhäuser am Rande der Insolvenz stehen.

All das bereitet großen Schmerz, weil die, die es vor allem betrifft, nicht wissen, wie es weitergeht und ob nur eine Symptomkontrolle betrieben wird. Ein Gesundheitswesen in palliativer Situation, obwohl für alle Menschen Gesundheit an oberster Stelle steht – leider nicht unbedingt bei der politischen Agenda. Die nächsten Jahre werden entscheidend sein. Wir sind gespannt, wie es sich entwickelt, ob eine werteorientierte oder eine kommerzialisierte Medizin sich durchsetzt und ob wirkliche Änderungen und Besserungen erreicht werden.

Schmerzen spielen bei jedem Menschen eine große Rolle, jeder von uns kennt Schmerzen. Ungefähr 12 Millionen Menschen in Deutschland haben chronische Schmerzen, die ihr Leben bestimmen und einschränken. Im Gegensatz zu anderen, weit verbreiteten chronischen Krankheiten steht der chronische Schmerz nicht so sehr im Fokus der Öffentlichkeit. Gibt es genügend Therapeuten und Therapiemöglichkeiten? Was ist wirksam, wie sehen die Erfolge aus? Grund genug für ein Titelthema, um zu informieren und zu sensibilisieren. Damit sich auch in dieser Hinsicht Besserungen ergeben.

... spiegelt sich der Regenbogen einer besseren Welt. (Friedrich Hebbel)

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Wir sind gespannt, ob eine werteorientierte oder eine kommerzialisierte Medizin sich durchsetzt.“



Inhalt

NEWS	6	Ehrung für Dr. Wolfram Höche	17	LESERBRIEFE	34
Augenarzt engagiert sich in Tansania	6	Neue Sicherstellungszuschläge	18	FORTBILDUNGEN	35
Drittmittel für das UKSH	6	Klinikreform erfordert Geduld	19	Termine in der Akademie	35
Förderpreis vom Förderkreis	6	Parlamentarischer Abend der KGSH	20	Haut wirkt auf Psyche – und umgekehrt	36
Drohnen über Stormarn	7	Telemedizin in der Kardiologie	22	Externe Fortbildungstermine	40
Kooperation an der Westküste	7	AOK: AU bleibt auf hohem Niveau	23	MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER	38
OP-Roboter für Kiel	7	PERSONALIEN	24	Ein Fall aus der Schlichtungsstelle	38
TITELTHEMA	8	MEDIZIN & WISSENSCHAFT	27	ANZEIGEN	41
Auf der Suche nach der richtigen Schmerztherapie	8	Meilenstein in der Neurochirurgie	27	TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	46
Dr. Jochen Leifeld testet neue Wege	11	Dunkelziffer bei FSME-Infektionen	28		
Interview mit Dr. Tonia und PD Dr. Peter Iblher	12	Influenza: Gründe für die Welle	30		
GESUNDHEITSPOLITIK	14	Handlungsempfehlungen zu Benzodiazepinen	32		
Kammerversammlung diskutiert über KI in der Medizin	14	Personalisierte Therapien bei AML	33		



17

**Festgehalten***von Thomas
Eisenkrätzer*

Danke, Dr. Wolfram Höche!

Dr. Wolfram Höche gehört zu den Mitgliedern der Ärztekammer, von denen die Öffentlichkeit wenig hört – und die zugleich unverzichtbar für die Selbstverwaltung sind. Der Radiologe hat mit seinem Engagement über Jahrzehnte dazu beigetragen, dass zum Beispiel die Ärztliche Stelle Röntgendiagnostik erheblich zu einer Qualitätsverbesserung beitragen konnte. Für sein Engagement wurde Höche mit der Ehrenmedaille der Ärztekammer Schleswig-Holstein ausgezeichnet.

Ärztliche Hilfe für Tansania



Der Eckernförder Augenarzt Dr. Achim Miertsch hilft jedes Jahr mehrere Wochen lang in Tansania.

Augenärztliche Unterstützung aus Eckernförde und der Aktionskreis Ostafrika (AKO) aus dem bayerischen Traunstein machen es einer Augenklinik in Tansania möglich, mit moderner Medizintechnik zu arbeiten. Ein neuer YAG-Laser hilft den Ärzten in Kibosho, der zweitgrößten Stadt des Landes, seit kurzem in ihrer 2004 eröffneten Augenklinik. Seit dieser Zeit fährt der Eckernförder Augenarzt Dr. Achim Miertsch jährlich für mehrere Wochen nach Tansania, um den Kollegen in Kibosho zur Seite zu stehen, neue Therapien einzuführen und OP-Techniken zu trainieren. „Durch meinen jährlichen Aufenthalt kenne ich die Klinik ziemlich gut und weiß, was fehlt oder defekt ist. Der alte Laser war schon vor einigen Jahren unwiederbringlich ausgefallen“, berichtete Miertsch dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. In der Augenklinik werden jedes Jahr circa 1.000 Katarakte operiert. Der AKO hat seinerzeit die Augenklinik gebaut, betreut verschiedene Projekte in der Region Kilimandscharo und finanziert sich hauptsächlich aus Spenden und ermöglicht es damit Freiwilligen, an Projekten vor Ort mitzuarbeiten. (DI)

Drittmittel für das UKSH

Insgesamt 122 Millionen Euro an Drittmitteln wurden im vergangenen Jahr vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), der Medizinischen Fakultät der Kieler Universität sowie von der Sektion Medizin der Lübecker Universität an Drittmitteln eingeworben. Wie das UKSH mitteilte, bedeutet dies einen Anstieg der Mittel um 10 % gegenüber dem Vorjahr.

Ziel der Einwerbung von Drittmitteln ist es, den Forschungsstandard zu sichern und den Wissenstransfer in die klinische Praxis zu stärken. Mithilfe des eingeworbenen Geldes wurden 1.758 Mediziner und Wissenschaftler in ihrer Projektarbeit in Kiel und Lübeck unterstützt. Mehr als 60 % der Drittmittel stammen aus öffentlichen Quellen: 27 Millionen Euro kamen vom Bund, 25 Millionen Euro von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, 15 Millionen Euro von der Europäischen Union und sieben Millionen Euro vom Land Schleswig-Holstein. Aus der Industrie kamen 26 Millionen an Drittmitteln, rund neun Millionen Euro von Stiftungen und mehr als 13 Millionen Euro aus weiteren Drittmittelquellen. Aus dem Etat des Landes flossen außerdem 114,5 Millionen Euro für Forschung und Lehre in der klinischen Medizin. (PM/RED)

Förderpreis vom Förderkreis

Der Förderkreis Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein (FKQS) e.V. nimmt noch bis Ende Mai Bewerbungen für seinen nächsten Förderpreis entgegen. Förderungswürdig sind entstehende und laufende Projekte, die eine Verbesserung der Krankenversorgung, insbesondere im Bereich der Arzneimitteltherapie oder die Verbesserung der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich in Schleswig-Holstein zum Ziel haben. Für die Förderung können sich Einzelpersonen, Projektgruppen und Institutionen bewerben oder vorgeschlagen werden. Ausgeschlossen sind abgeschlossene Projekte sowie rein kommerziell motivierte Entwicklungen. Die in einer Staffelung von 2.500 € – 1.000 € – 1.000 € dotierte Förderung kann alle zwei Jahre vom Förderkreis Qualitätssicherung im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein e.V. für Projekte im Sinne der Satzung vergeben werden. Mehr Informationen unter: <https://www.foerderkreis-qs.de/> (RED)

AOK-Chefin und Präsident im Podcast

Das Rekorddefizit der Gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigt AOK-Landesdirektorin Iris Kröner und Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann im aktuellen Podcast. Sie begeben sich auf die Suche nach Ursachen und Lösungen, sind nicht immer einer Meinung – aber immer Partner in der Selbstverwaltung. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden. Alle Folgen können über gängige Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Darunter u.a.:

- ▶ Peter Radke und Andrea Boguschewski: So hilft Telemedizin in der Kardiologie
- ▶ Domagoj Schunk: Die ZNA als Hotspot für Gewalt
- ▶ Alexander Paquet: Wie wird die ePA ein Erfolg?



Drohnen im Linienflugbetrieb

Zwischen den Asklepios Kliniken in Bad Oldesloe und Selent transportieren seit vergangenem Monat Drohnen Laborproben. Perspektivisch könnten auch Blutkonserven über diesen Weg schneller transportiert werden. Der Klinikkonzern startete am 24. März mit den regelmäßigen Flügen zwischen der Privatklinik Blumenburg und dem Standort in Bad Oldesloe. Es ist nach Klinikangaben bundesweit der erste Linienflugbetrieb dieser Art. Kooperationspartner der Asklepios Laborgesellschaft Medilys ist Jedsy, ein Start-up aus der Schweiz.

Die Entfernung zwischen den beiden Standorten beträgt rund 60 Kilometer, die Drohnen sind dafür rund 30 Minuten unterwegs. Auf einer Flughöhe von über 100 Metern wird laut Asklepios kein Haus überflogen. Die Drohnen docken an einem speziellen Landegeschirr über Fenstern der Kliniken an, was einen problemlosen Zugriff auf das Material ermöglichen soll.

„Der Transport der Laborproben mithilfe der Drohnen ermöglicht einen enormen Zeitvorteil bei der Diagnostik, das ist insbesondere bei Notfällen von großer Relevanz. Denn die Behandlung kann so deutlich früher eingeleitet werden, in vielen Fällen steigern wir damit zudem die medizinische Ergebnisqualität“, sagte die medizinische Asklepios-Vorständin Dr. Sara Sheikhzadeh laut Mitteilung des Unternehmens zur Premiere. (PM/RED)



Daniel Amrein, Geschäftsführer der Hamburger Asklepios Kliniken und Patrick Hauser, Geschäftsführer der Medilys Laborgesellschaft mit der Jedsy-Drohne.

Pädiatrie: Heide und Husum kooperieren

Zwei schleswig-holsteinische Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft vertiefen ihre Kooperation in der kinderärztlichen Versorgung von Neugeborenen: Seit Anfang April übernehmen die Pädiater aus den Westküstenkliniken (WKK) Heide die bisherigen Aufgaben ihres Kollegen in der Husumer Geburtshilfe. Der Husumer Pädiater Dr. Marius Peter Rachwalik geht dann nach fast 30-jähriger Tätigkeit in der Klinik in den Ruhestand. Kinderärzte aus Heide sind seit Anfang April regelmäßig mehrfach die Woche in der Geburtshilfe Husum, um die anstehenden Routineuntersuchungen bei den Säuglingen vorzunehmen.

Die Zusammenarbeit zwischen Husum und Heide ist nicht neu, wird mit dieser Vereinbarung aber umfangreicher. Bei Abwesenheit Rachwaliks hatten ihn schon in den vergangenen Jahren Kollegen aus Heide vertreten. Außerdem werden Neugeborene, die eine intensivmedizinische Versorgung benötigen, auch bislang schon mit einem Spezialfahrzeug in das Perinatalzentrum Level eins nach Heide verlegt und dort weiter behandelt. Beide Kliniken bekundeten ihr Interesse, das Perinatalzentrum in Heide zu erhalten, da sich sonst die Wege für die Patienten an der Westküste verlängern würden. Für die aktuelle Kooperation führen die beiden Klinikträger laut einer Mitteilung derzeit Gespräche mit dem Land Schleswig-Holstein über eine finanzielle Unterstützung. (PM/RED)

FOTOS: JEDSY, SKK

OP-Roboter für das Städtische

Das Städtische Krankenhaus Kiel (SKK) hat einen Versius OP-Roboter angeschafft, der als modulares System für die gemeinsame Nutzung in der urologischen Klinik, der Klinik für Chirurgie und der Frauenklinik zur Verfügung steht. Das SKK ist nach eigenen Angaben die erste Abteilung im deutschsprachigen Raum, die diesen Roboter bei urologischen Operationen anbietet. Auch die Eingriffe in der Chirurgischen Klinik erfolgen in der Viszeralchirurgie

– wenn möglich – mit dem System, die Frauenklinik soll in den nächsten Monaten folgen. Operateure und ihr Team seien intensiv geschult worden, teilte das Krankenhaus vergangenen Monat mit. Der OP-Roboter sei erfolgreich bei großen urologischen Operationen und bei ausgewählten komplexen Tumoroperationen in der Viszeralchirurgie eingesetzt worden. (PM/RED)



In der Chirurgie und Urologie des SKK wird seit Jahresbeginn mit einem OP-Roboter gearbeitet.

Auf der Suche nach der passenden Therapie

SCHMERZTHERAPIE Reißt die Krankenhausreform eine Lücke in die Behandlung? Das ist nur ein Thema, das Behandler und Betroffene derzeit umtreibt. Es gibt aber auch positive Botschaften – so wird das Thema im Studium inzwischen stärker berücksichtigt.



Er sticht, brennt, pulsiert, bohrt, zerrt an den Nerven: Schmerz ist so vielfältig wie die Menschen, die an ihm leiden. Schmerz ist eine Volkskrankheit: Rund 23 Millionen Menschen in Deutschland leiden darunter. Bei sechs Millionen Betroffenen sind die Schmerzen lebensbeeinträchtigend. Zum individuellen Leid kommt der volkswirtschaftliche Schaden durch verlorene Arbeitstage oder Frührente. Dennoch fristet die Schmerzmedizin ein Schattendasein. Bei den Niedergelassenen fehlen Nachfolger für vakante Sitze. Vor allem aber fürchten Fachgesellschaften, dass die Klinikreform eine Behandlungslücke reißt – es fehlt nach jetzigem Stand eine Leistungsgruppe, mit der Schmerzbehandlung eigenständig abgerechnet werden kann.

Der Schmerz, der Oliver Steinke mehrfach am Tag in scharfen Attacken überfällt, fühle sich an, als würde ihm ein Eispickel in den Schädel gerammt, berichtet der 60-Jährige aus Itzehoe. Er leidet seit drei Jahren

an Clusterkopfschmerzen, erst episodisch, inzwischen chronisch. „Es fällt über einen her“, sagt er – tags, nachts. „Nach einer Viertelstunde ist das Schlimmste vorbei, aber man ist wach und kann länger nicht wieder einschlafen.“ Das Wachliegen zermürbt und wirkt sich auf den nächsten Tag aus. Steinke ist langfristig krankgeschrieben und wird vermutlich in Frührente gehen. Dabei habe er noch Glück gehabt, weil er schnell eine Diagnose bekam. „Anfangs war ich beim HNO- und beim Zahnarzt, beide fanden nichts. Aber der Neurologe, an den ich mich wandte, hatte bereits Clusterpatienten behandelt, er hat gleich die richtigen Fragen gestellt und die richtigen Dinge verschrieben.“ Das sei nicht immer so, sagt Steinke, der im Februar in Neumünster eine Selbsthilfegruppe für Mitbetroffene gegründet hat. „Wenn der Schmerz kommt, will man den Kopf gegen die Wand schlagen, so heftig ist es. Es ist ein Gefühl, als säße der Feind im eigenen Körper.“ Einige Betroffene laufen von Praxis zu Praxis,

ohne eine Antwort zu erhalten: „Wenn einem nicht geglaubt wird und man an sich selbst zweifelt, wird es irgendwann psychosomatisch.“

Mit einer Diagnose falle es leichter, mit der Krankheit umzugehen. Allerdings ist bei Clusterkopfschmerz der Werkzeugkasten an Medikamenten klein. Steinke atmet reinen Sauerstoff ein, das hilft meist rasch. „Aber das Leben verändert sich durch Schmerz“, sagt er. Das betrifft auch die Angehörigen, berichtet seine Frau Ellen Steinke: „Anfangs stand ich nur hilflos daneben. Es war ganz furchtbar, ihn leiden zu sehen und nichts machen zu können.“ Auch für sie hat sich vieles geändert. So sind beide früher gern gereist: „Mal ein Wochenende nach Barcelona oder Lissabon“, sagt Steinke. Das gehe nicht mehr, weil Touren mit dem schweren Sauerstoffgerät aufwändig geworden: „Da ist immer die Panik, mitten im Wald eine Attacke zu kriegen und keinen Sauerstoff dabei zu haben.“

Schmerzen sind laut Definition des Robert Koch-Instituts zunächst „ein Leitsymptom von Krankheiten, Störungen der Gesundheit und Befindlichkeit“. Doch neben diesem temporären Schmerz, der auf ein Problem hinweist, gibt es Schmerz als Dauerzustand, als eigenständiges Krankheitsbild. Die Abstufung ist schwierig, auch, weil jeder Mensch Schmerzen anders empfindet. Dennoch ist es ein Warnzeichen, wenn der Schmerz drei bis sechs Monate nach Verletzung oder Operation nicht nachlässt.

Am besten wäre es, Patienten in dieser Übergangsphase vom akuten zum chronischen Schmerz „abzugreifen“, um die Chronifizierung zu vermeiden, sagt Dr. Jochen Leifeld. Der Neurochirurg betreut in seiner Praxis in Dithmarschen Schmerzpatienten aus dem weiten Umland und ist in Fachgesellschaften engagiert (Seite 11). Aber viele Ärzte wüssten zu wenig über chronischen Schmerz, findet Heike Norda, Vorsitzende der Selbsthilfeorganisation Schmerzlos e.V. mit Sitz in Neumünster: „Viele behandeln zu lange und überweisen zu spät.“ Die Betroffenen-Aktivistin, die an einem Nottelefon Schmerzpatienten aus der ganzen Republik berät, hält viele Behandlungen sogar für überflüssig. „In MRT oder CT wird etwas wie ein Bandscheibenvorfall entdeckt und zur Ursache des Schmerzes erklärt. Ich höre von vielen OPs, die nichts gebracht haben, sogar zusätzlich Probleme verursachen.“

Auf Schmerzbehandlung spezialisierte Ärzte bestätigen diesen Eindruck: Patienten irrten von Praxis zu Praxis, bevor sie an die richtige Stelle gerieten, sagt Leifeld. Die Allgemeinmedizinerin Dr. Tonia Iblher, die in einer Lübecker Schmerzpraxis arbeitet, spricht von den Bergen von Unterlagen, die Patienten zum Erstgespräch mitbringen, und dem mühsamen Versuch, eine passende Diagnose zu stellen (Seite 12).

Allmählich aber ändert sich die Lage: Im Studium wird das Thema behandelt, und gerade unter jüngeren Hausärzten wächst die Bereitschaft, an Fachpraxen zu überweisen. Zudem informieren sich die Betroffenen mehr als früher. Das führt zum nächsten Problem: monatelange Wartezeiten auf einen Termin in der spezialisierten Praxis oder Klinik. Fachgesellschaften sprechen daher von einer deutlichen Unterversorgung. Einen eigenen Facharzt für Schmerztherapie gibt es nicht. Die Meinungen, ob es den Titel braucht, sind gespalten. Die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. fordert ihn, um die Fachrichtung aufzuwerten. Viele Praktiker halten den Titel aber für wenig zielführend: „Der

Facharzt passt zwar in die Logik des heutigen Gesundheitssystems, aber die heutige Vielfalt passt zur Vielgestaltigkeit des Themas“, sagt Leifeld. Denn zurzeit können sich Allgemein- oder Fachärzte verschiedener Richtungen mit einer Zusatzausbildung zum Schmerzspezialisten qualifizieren. So entstehen Teams, die einen Fall von mehreren Seiten betrachten können – das passt zum Ansatz der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie, dem „Goldstandard“ der Therapie chronisch Schmerzkranker, wie Thomas Isenberg, der Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft, es nennt.

In Schleswig-Holstein sollte die Versorgung eigentlich gut sein. Denn die KVSH startete 2016 ein damals bundesweit einmaliges Verfahren, um zu garantieren, dass es überall im Land Schmerzpraxen gibt. Dazu schrieb die KV Versorgungsanteile für Schmerztherapie auch jenseits einer Fachrichtung fest. „Bis 2016 konnte zum Beispiel der freierwerbende Anästhesie-Sitz eines Schmerztherapeuten von einem anderen Anästhesisten übernommen werden, dem die Zusatzqualifikation für die spezielle Schmerztherapie fehlte“, beschreibt KV-Sprecher Marco Dethlefsen. Seitdem die Schmerztherapie als „besonderer Versorgungsanteil“ in der Planung steht, wird der Sitz nun nicht mehr nach der Fachrichtung, sondern nach der Qualifikation vergeben. „Das hat dafür gesorgt, dass die schmerztherapeutischen Versorgungsanteile seither durchgängig vollständig vergeben waren,

sodass es eine konstante ambulante Versorgung gibt“, sagt Dethlefsen. Die Kurve zeige aufwärts – zurzeit seien landesweit 33,75 Versorgungsanteile vergeben. Weiße Flecken gebe es nirgends, aber längere Wege im ländlichen Bereich. Trotzdem sehen Praktiker wie Leifeld oder Iblher auch für Schleswig-Holstein eine Unterversorgung – weil die Zahl der Betroffenen wächst.

Doch die größte Unruhe herrscht zurzeit im stationären Bereich. Anlass ist die Krankenhausreform, in deren Rahmen Leistungsgruppen für die Abrechnung geschaffen werden. In einer Stellungnahme warnen Fachgruppen und Berufsverbände vor einer Lücke, die sich ihrer Meinung nach auftut. Denn es fehlt eine eigene Leistungsgruppe für Schmerz, damit eine Möglichkeit, die multimodale Therapie abzurechnen. Damit gefährde die Reform das hohe Niveau der Schmerzmedizin, heißt es in der Stellungnahme. In dem Papier ist sogar vom „Überleben der Schmerzmedizin“ die Rede. Trotz der Apelle fehlt Schmerz auch im „Grouper“, dem Katalog der Krankheiten und ihrer Zuordnung zu verschiedenen Leistungsgruppen.

„Ich würde das zurzeit nicht so hoch hängen“, sagt Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausesellschaft Schleswig-Holstein. Die Behandlung von Schmerzen sei schließlich etwas, das in jedem Krankenhaus ein fester Bestandteil der Arbeit sei und bei allen Beteiligten, seien es Ärzte, aber auch das Pflegepersonal, weit oben auf der Liste stehe. „Schmerz ist

Schmerz: Von göttlicher Strafe zu modernen Methoden

Wenn's weh tut, muss das göttlicher Wille sein: Mit Gebeten, Ritualen, Amuletten versuchten Heiler der Frühzeit, den Schmerz zu vertreiben. Steinzeitliche Schädel mit gebohrten Löchern könnten als Versuch gedeutet werden, Kopfweg zu vertreiben, heißt es in einer „Geschichte der Schmerzmedizin“ auf der Website der Deutschen Schmerzgesellschaft. Hippokrates und andere Mediziner der Antike suchten nach natürlichen Ursachen von Krankheiten und Schmerz. In den Kloostergärten des Mittelalters wuchsen Kräuter gegen Schmerzen, die Behandlungen übernahmen Hebammen, Kräuterfrauen und Barbieri. Ab dem 15. Jahrhundert brachten neue Erkenntnisse und Methoden die Schmerzmedizin voran. Im 17. Jahrhundert entstand das Bild des Körpers als Maschine – Schmerz war ein Warnzeichen, keine göttliche Strafe. Descartes erkannte, dass Schmerz über Nervenbahnen geleitet wird. Im 19. Jahrhundert wurden Opiate entwickelt. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts gibt es OPs unter Äther oder Chloroform. 1899 wurde Aspirin patentiert. 1937 prägte der französische Chirurg René Leriche den Begriff „Schmerzkrankheit“. Im 2. Weltkrieg erkannte der amerikanische Arzt Henry Beechers, dass Soldaten nach schweren Verletzungen weniger Schmerzen hatten als Zivilisten – weil die Soldaten hoffen durften, nach Hause zu gehen und positiver eingestellt waren. In den USA entstand 1947 die erste interdisziplinäre Schmerzzambulanz. Im 21. Jahrhundert etablierte sich zunehmend die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT): Patienten sollen lernen, den Schmerz zu akzeptieren und die Aufmerksamkeit auf andere Dinge zu lenken. (EG)

ein Querschnittsthema, und Schmerzen minimieren ist eine der wichtigsten Aufgaben.“ Viele Krankenhäuser haben geschulte Fachleute für spezielle Schmerzpflege oder Pain Nurses. „Die Schmerzen der Patienten zu lindern, liegt schließlich auch im Interesse der Kliniken selbst, schließlich sind Patienten mit Schmerzen unruhiger und brauchen mehr Betreuung“, so Reimund. Er warnt davor, dass eine Leistungsgruppe „Schmerz“ ein fatales Signal senden könnte: „Patienten könnten vermuten, dass ein Krankenhaus, dass diese Leistung nicht anbietet, sich nicht ausreichend um Schmerzen bei akuten Beschwerden kümmert.“

Die Furcht der Fachgesellschaften, dass damit auch die spezialisierten Schmerzkliniken Schwierigkeiten bei ihren Abrechnungen erhielten, teilt Reimund nicht. Die Fälle von chronisch Schmerzkranken würden etwa über andere Leistungsgruppen, etwa Neurologie oder Inneres, abgerechnet.

Doch so einfach sei es nicht, widerspricht Thomas Isenberg von der Deutschen Schmerzgesellschaft. Denn das Besondere bei Schmerzkranken ist eben die Vielfältigkeit ihrer Beschwerden und damit der Körperregionen, von denen der Schmerz ausgeht. Die meisten Patienten klagen über Schmerzen in Rücken, Kopf oder Gelenke. Aber etwa bei der Fibromyalgie, einer häufigen chronischen Schmerzerkrankung, treten Beschwerden nicht am Gelenk selbst, sondern nur in seiner Nähe auf. Andere Schmerzen betreffen innere Organe. „Fälle der Schmerzmedizin streuen voraussichtlich über eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungsgruppen“, befürchten die Schmerzfachleute.

Die Schmerzklinik Kiel etwa, die 1997 als wissenschaftliches Modellprojekt aus der Uniklinik Kiel heraus durch Prof. Hartmut Göbel gegründet wurde und als Zentrum der multimodalen Schmerztherapie rund 1.500 Patienten aus dem ganzen Bundesgebiet behandelt, nennt auf ihrer Homepage die Stichworte „Migräne und Kopfschmerz, Gesichtsschmerz, Neuralgien,

Muskulatur, Bewegungsapparat und Nervenschmerzen“ als Schwerpunkte. Daneben gibt es Patienten, die etwa an Schmerzen durch Verwachsungen im Bauchraum leiden. Ein Fachkrankenhaus für Schmerz könne für diese bunte Vielfalt vermutlich weder die Mindestvoraussetzungen an Fachpersonal erfüllen noch die Mindestvorhaltezahlen erreichen, die es für eine Leistungsgruppe brauche, sagt Isenberg.

Im Kieler Gesundheitsministerium ist das Problem bekannt. „Schleswig-Holstein hat in den vergangenen Jahren stets angemerkt, dass vor dem Inkrafttreten eines Gesetzes zur Krankenhausreform über so wichtige Fragen wie die Aufnahme von Disziplinen in die Leistungsgruppen hätte diskutiert werden müssen“, sagt Ministeriumssprecher Max Keldenich auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. Das habe der Bund abgelehnt. Schleswig-Holstein werde sich aber im Leistungsausschuss, einem Gremium, das am G-BA angesiedelt ist und dessen Leitung Bund und Länder gemeinsam übernehmen, dafür einsetzen, dass sich die Leistungsgruppen weiterentwickeln.

Bis die Beteiligten dort Ergebnisse erzielen, habe das Ministerium die Fälle der Schmerz betroffenen in die allgemeine Innere Medizin überführt, da es ansonsten keine geeignete Leistungsgruppe gibt. Trotz der zurzeit fehlenden Leistungsgruppe „Schmerz“ können also entsprechende stationäre Leistungen in diesem Bereich abgerechnet werden, stellt Keldenich klar.

Trotz dieser Brückenkonstruktion fordert auch Betroffenenvertreterin Heike Norda, dass die Leistungsgruppe Schmerz schnell eingeführt wird. Insgesamt betrachtet sie als Betroffene die Krankenhausreform mit gemischten Gefühlen. Denn wenn die Ambulantisierung vorangetrieben werde, sei es „Sache der Patienten, wie sie zur Behandlung kommen und wie sie die Fahrtkosten bezahlen“, sagt Norda. Das sei für Schmerzkranken oft schwierig.



Heike Norda

Sie wünscht sich einen ganzheitlichen Blick, der klinische und ambulante Hilfen umfasst: „Was macht der Patient nach dem Klinikaufenthalt? Gibt es eine Folgebegleitung?“ Bei solchen Fragen müsse die Selbsthilfe stärker ins Boot: „Wir sind Teil des multimodalen Teams.“

Die inzwischen pensionierte Lehrerin hat eine lange Schmerzgeschichte hinter sich. 1986 verletzte sie sich bei einem Unfall, der Schmerz chronifizierte sich. Damals hieß der Rat der Ärzte noch, das schmerzende Gelenk zu schonen. „Heute wissen wir, dass es sinnvoll ist, sich zu bewegen, Sport zu treiben und sich Ablenkung zu suchen“, sagt Norda, die seit 2012 mit einem implantierten Neurostimulator lebt. Sie wünscht sich, dass die Ärzte aller Fachgebiete mehr über Schmerztherapie erfahren und Patienten auf Selbsthilfeangebote hinweisen. „Für mich war das Treffen mit anderen Betroffenen das Aha-Erlebnis in der Schmerzklinik“, sagt Norda. Inzwischen hat sie ihren Weg gefunden, mit dem Schmerz zu leben und ihn nicht über sich bestimmen zu lassen: „Mein Glas Wasser ist halb voll.“

ESTHER GEISSLINGER



Prof. Hartmut Göbel und Dr. Carl Göbel

Vater und Sohn im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes – eine Premiere. Zu Jahresbeginn gaben die beiden Experten aus der Schmerzklinik Kiel Einblicke in ihre Motivation, sich mit diesem Gebiet zu beschäftigen und verrieten, wie dankbar sie für die familiäre Zusammenarbeit sind. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden. Alle Folgen können über gängige Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Darunter u.a.:

- ▶ Präsident Henrik Herrmann: Das muss ein neuer Gesundheitsminister schaffen
- ▶ Peer-Gunnar Knacke: Arzt im Rettungsdienst und in der Klinik
- ▶ Ärzte als Iron Men: Ludger Gerdsmeyer und Bernhard Bambas

In der Praxis fällt Licht durch hohe Fenster, dahinter liegt eine grüne Landschaft. Auf einem Sofa schnurrt eine graue Katze vor sich hin, gechillte Klaviermusik perlt durch den Raum, im Kaminofen knistert ein Feuer. Nichts davon ist Zufall, verrät Dr. Jochen Leifeld: „Patienten kommen mit gequält-griesgrämigen Schmerzgesichtern rein, entspannen aber meist schon, wenn sie die Katze streicheln oder die Musik wahrnehmen.“

Was Schmerz betroffenen hilft, damit befasst sich der Neurochirurg Leifeld seit Jahrzehnten. Früher befand sich seine Praxis in Rendsburg, inzwischen arbeitet er in einem Dorf im nördlichen Dithmarschen. Sein Umzug aus der Kreisstadt in die ländliche Eider-Treene-Sorge-Region sei beim Zulassungsausschuss der KV anfangs auf Skepsis gestoßen, berichtet er: „Es hieß, so eine Spezialpraxis gehöre in eine größere Stadt mit besserer Verkehrsanbindung. Aber ich konnte die Performance sogar steigern, und jetzt betreibe ich hier im ländlichen Raum eine der größten Schmerzpraxen im Norden.“

Das liegt auch daran, dass Schmerzpraxen im nördlichen Schleswig-Holstein dünn gesät sind – obwohl die KVSH, anders als andere KVen, die Schmerztherapeuten der verschiedenen Fachgruppen in die Bedarfsplanung des Landes eigens aufgenommen hat. Doch es fehlen Ärzte für diese Sitze.

Leifeld macht sich Gedanken darüber, wie Schmerzpatienten künftig versorgt werden können. Während die Zahl der Praxen sinkt, steigt die Zahl der Betroffenen. In dieser Lage sieht er drei Möglichkeiten: „Wenn man nicht weniger Zeit pro Patient hinnehmen will, braucht man mehr Ärzte im System, nur die ‚richtigen‘ Patienten und zwar rechtzeitig – oder: neue Formate.“ Denn Schmerztherapie ist aufwändig: „Schmerzmedizin ist auch und zum größten Teil sprechende Medizin“, sagt der Arzt. „Das kostet Zeit. Etwa Fibromyalgie-Kranke benötigen immer aufs Neue viel Zuwendung, um Vertrauen aufzubauen. Da wird Neurochirurgie zur Begegnungsmedizin, mit langen Gesprächen, um sich in Ruhe alles von der Seele zu reden.“

Einige dieser neuen Formate wurden in Schleswig-Holstein bereits getestet. Im Rahmen des Projektes „SchmerzSTRANG“, initiiert von der Ärztesgesellschaft Nord, über den Versorgungssicherungsfonds des Landes gefördert, probierten mehrere Praxen unter anderem telemedizinische Angebote aus. „Schmerztherapie ist multimodal und braucht ein

Ideen jenseits ausgetretener Pfade

SCHMERZTHERAPIE Kleingruppen, Beutebücher, Telemedizin und KI: Können neue Formate Schmerzpatienten helfen? Dr. Jochen Leifeld geht auch ungewöhnliche Wege.

Netz von Kooperationspartnern in der Physio-, Psycho- und Ergotherapie, auch in der interventionellen Radiologie, zu Operateuren, dort geht es Leifeld allerdings eher um die Vermeidung als um die Initiierung operativer Lösungen.

Als Erfolgsfaktor hat Leifeld die Arbeit mit Kleingruppen aus Patienten mit ähnlichen Beschwerden ausgemacht. „Es geht um Ablenkung und Stärkung. Wir treffen uns daher gern draußen am Fluss“, berichtet Leifeld. Er lässt Patienten oft anstelle von Schmerzstärke-Kalendern ein „Beutebuch“ führen, in das sie schöne Erinnerungen eintragen. „Kleingruppen bedeuten Vervielfachung der Arztzeit, weil ich in einer Stunde vier oder fünf Personen statt nur einer betreuen kann. Die Patienten profitieren durch die Interaktion und Tipps der anderen sogar doppelt“, so Leifeld.

Es gibt also viele Gründe für dieses Verfahren, das anfangs in einer Masterarbeit wissenschaftlich ausgelotet wurde. Aber das Projekt endete 2022 nach drei Jahren. Bedauerlich, findet Leifeld: „Das Land hat immerhin Geld ins Projekt gesteckt. Wir haben evaluierte Erkenntnisse, dass es funktioniert, können aber nicht weitermachen.“

Das Kieler Gesundheitsministerium kann daran zurzeit nichts ändern. Ein Sprecher verwies auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes auf die Rolle der Selbstverwaltung und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA): „Das Land hat keine aktive Rolle dabei, geförderte Projekte in die Regelversorgung zu überführen, es kann lediglich vermittelnd beitragen.“ Leifeld ärgert sich über das oft unflexible System, das es schwer mache, neue gute Ideen einzuführen: „Wir haben mit



Dr. Jochen Leifeld

Politik, KV und Kassen geredet, aber sind zu keinem Ergebnis gekommen.“

Die Suche nach anderen Formaten gibt er aber nicht auf. So kann er sich den Einsatz von KI in der Patientenverwaltung vorstellen, etwa für die Daten- und Diagnoseauswertung. Auch neue Berufsgruppen könnten entlasten, etwa Physician Assistants.

Darüber hinaus glaubt Leifeld weiter an die Idee, Schmerzpatienten in Gruppen zu behandeln. Er arbeitet am Konzept eines „Schmerz-Clubs“, der eines Tages neben der Schmerzpraxis entstehen könnte, angedacht ist die Trägerschaft einer Stiftung. „Es dauert seine Zeit, so etwas aufzubauen, aber ich habe im Lauf meiner langen Tätigkeit gelernt, dass Schmerztherapie auch hoffen und Geduld haben bedeutet“, sagt Leifeld. Er deutet auf die Musikanlage, aus der immer noch leise Musik quillt. Ein Patient, im Hauptberuf Pianist, hat die Stücke aufgenommen, gerade läuft eines von Leifelds Lieblingsstücken: Frank Sinatras „My way“.

ESTHER GEISSLINGER

Mit Netzwerk und Detektivarbeit zum Therapieerfolg

SCHMERZTHERAPIE Dr. Tonia und PD Dr. Peter Iblher berichten von der Behandlung von Schmerz betroffenen in der Praxis und der Klinik. Sie erleben zum Teil verzweifelte Patienten, können aber auch Zukunftsperspektiven eröffnen.

Herr PD Dr. Iblher, Sie sind Chefarzt des Schmerzzentrums am Ameos Klinikum auf Fehmarn und Sie, Frau Dr. Iblher, behandeln als Allgemeinmedizinerin in einer auf Schmerzbehandlung spezialisierten Praxis in Lübeck Schmerzpatienten. Was für Fälle, was für Menschen sehen Sie da?

Dr. Tonia Iblher: Wir sehen überwiegend Patienten, bei denen der chronische Schmerz eine eigene Erkrankung darstellt. Herausfordernd und spannend ist das breite Spektrum der Krankheitsbilder aus allen Fachbereichen, etwa Schmerzen des Bewegungsapparates, Kopf- und Nervenschmerzen, Endometriose, aber auch seltene Erkrankungen, wie Morbus Fabry oder Tumorschmerzen. Wir müssen uns in vielen Krankheitsbildern gut auskennen! Am Anfang braucht es den differenzialdiagnostischen Ansatz. Wir schauen alle Unterlagen durch und versuchen im Rahmen des Aufnahmegesprächs zu verstehen, warum dieser Patient diese Schmerzen hat und ob das alles zusammenpasst. Wir sehen auch immer wieder Fälle, in denen alles eine ganz andere Wendung nimmt, weil doch nochmal eine neue Diagnose gestellt wird. Es ist die Suche nach dem fehlenden Puzzleteil im Rahmen eines ganzheitlichen Denkansatzes. Bei diesem Ansatz lernen wir die Patienten zu Anfang schon sehr intensiv kennen.

PD Dr. Peter Iblher: Das gilt genauso für die Klinik: Fast wie in Detektivarbeit müssen wir im multimodalen Behandlungsteam das Krankheitsbild verstehen. Wir formulieren eine fundierte Behandlungshypothese und überführen diese in



Dr. Tonia Iblher

individuelle Therapieansätze. Teilweise sind unsere Patienten so krank, dass diese nicht mehr ambulant zu führen sind, weil Behandlungserfolge stagnieren oder Maßnahmen erforderlich sind, die nur stationär erfolgen können.

Wie geht es den Menschen psychisch, wenn sie bei Ihnen ankommen?

PD Dr. Peter Iblher: Viele sind sehr belastet und verzweifelt, bis zum Lebensüberdruß. Oft sagen die Patienten in den Gesprächen, wir wären ihre letzte Hoffnung. Durch Schmerzen werden Menschen aus ihrem Leben gerissen, sie bekommen Probleme auf vielen Ebenen, beruflich, familiär und auch finanziell. Es geht dann nicht nur darum, nur den Schmerz zu behandeln, sondern den Menschen im Ganzen mit seinen Bedürfnissen zu sehen. Vielen Patienten können wir helfen, denen geht es besser und sie haben eine Zukunftsperspektive. Ich erinnere mich an einen Patienten, der weinend bei mir im Sprechzimmer saß, weil er aufgrund seiner Schmerzen nicht mehr mit seinem Enkel angeln gehen konnte. Also stand für uns im Vordergrund, ihm das wieder zu ermöglichen, und das haben wir geschafft.

Schmerz ist als Warnsignal des Körpers ja erstmal durchaus sinnvoll, um auf eine Wunde oder akute Störung hinzuweisen. Aber wenn er länger andauert, bräuchte es eigentlich rasch die richtige fachliche Hilfe. Klappt das in Schleswig-Holstein?

PD Dr. Peter Iblher: Wir haben eine massive Unterversorgung! In Schleswig-Holstein dauert es im Schnitt über vier Jahre, bis chronischer Schmerz erkannt und adäquat behandelt wird. Dabei ist Schmerz eine Volkskrankheit: Jeder vierte Mensch in Deutschland leidet daran, Millionen von ihnen sind bei uns von lang anhaltenden, chronischen Schmerzen betroffen.

Dr. Tonia Iblher: Natürlich hat nicht jeder Betroffene mit Schmerzen auch gleich ein chronisches Schmerzsyndrom. Aber generell ist die Lücke zwischen dem Erkennen und dem Zuweisen in Spezialkliniken oder -praxen zu lang. Selbst in Lübeck mit eigentlich guter Versorgung dauert es bis zu einem Jahr.

Betroffene berichten oft, dass Ärzte ihr Leiden nicht ernst nehmen, nach dem Motto „Nehmen Sie eine Tablette und stellen Sie sich nicht so an“. Was ist Ihr Rat an die Kolleginnen und Kollegen, bei welchen Stichworten sollten sie aufmerksam werden?

Dr. Tonia Iblher: Ein Warnzeichen, bei dem Hausärzte aufhorchen sollten, ist, wenn der Schmerz das Denken einengt, wenn er raumgreifend wird und alle Bereiche des Lebens betrifft. Ich glaube, dass viele Kolleginnen und Kollegen gerne mehr Zeit für die Patienten hätten. Aber die Akutmedizin ist eben auf Effektivität und Wirtschaftlichkeit getrimmt. Darum ist die schmerzmedizinische Mitbehandlung bei chronischen Schmerzen entlastend und wertvoll: für Patienten und Kollegen.

PD Dr. Peter Iblher: Weitere Warnzeichen sind, wenn etablierte Therapieverfahren nicht greifen, wenn übermäßig und wahllos Medikamente, teilweise sogar ohne Wirksamkeit, geschluckt werden. Auch wenn Schmerzen länger als drei bis sechs Monaten bestehen, muss man hellhörig werden, dann ist die akute Warnfunktion des Schmerzes eigentlich weg. Und dann wäre der richtige Moment zu sagen: Dieser Patient gehört zum Schmerzmediziner. Das ist dann kein Eingeständnis eines Versagens, sondern vielmehr der folgerichtige Schritt. Da sind auch teilweise einige Kollegen nicht gut über die Möglichkeiten informiert.

Wenn die Menschen bei Ihnen angekommen sind, wie können Sie helfen?

Dr. Tonia Iblher: Wir bauen ein Netzwerk auf. Was hilft, ist individuell: Medikamente, Physiotherapie, Psychotherapie. Für die Betroffenen ist wichtig zu erkennen, dass Schmerz ein Teil ihres Lebens ist, dass sie aber dennoch der Pilot ihres eigenen Schicksals bleiben. Das gelingt ambulant bei einigen, aber es sind rund 100 Stunden Therapie aller Art nötig, bis der Patient es verinnerlicht hat.

Und wenn es ambulant nicht klappt, hilft der Klinikaufenthalt?

PD Dr. Peter Iblher: Es gibt wie gesagt Patienten, die kommen im ambulanten Bereich nicht von der Stelle oder sind zu krank, da kann die stationäre Behandlung helfen. Sie bekommen dort mit den stationären Möglichkeiten und insbesondere durch den engen Austausch der Schmerzexperten aus verschiedenen Fachbereichen eine Behandlungsintensität hin, die sie ambulant einfach nicht realisieren können. Es gibt auch gravierende akute Schmerzerkrankungen mit hohem Schmerzniveau, die sie kurzfristig stationär behandeln müssen. Die Erfolge sind dann aber auch nur die Grundlage, auf der es dann weiter geht. Da braucht es dann das erwähnte Netz im ambulanten Bereich.



PD Dr. Peter Iblher

Wie sind Sie beide selbst auf das Thema Schmerz gekommen?

Dr. Tonia Iblher: Schon im Studium habe ich mich mit Akupunktur befasst und hatte viel Kontakt zu Schmerzpatienten. In der Allgemeinmedizin bleibt wenig Zeit, auf die Betroffenen einzugehen – man schreibt sie immer wieder krank, kommt aber nicht wirklich an die Wurzel. In der Schmerztherapie ist mehr Zeit, und sie setzt auf die Zusammenarbeit mit anderen. Diesen Austausch und die Erfahrung, Patienten im Team aufzufangen, genieße ich sehr. Lonesome Rider spielen ist nicht so meins.

PD Dr. Peter Iblher: Ich war als Anästhesist am UKSH in Lübeck zunächst zuständig für die Behandlung von Akutschmerzen nach OP und dann in der Schmerzambulanz tätig. Den Patienten ging es schlecht, ich konnte sehr konkret helfen und Gutes tun. Dabei entdeckt man manchmal Gründe für Schmerzen, die andere übersehen haben. Dieses Detektivspiel macht mir Spaß – früher trug ich den Spitznamen Sherlock.

Vielen Dank für das Gespräch.

Gute Medizin ohne KI – aber eine bessere mit

KAMMERVERSAMMLUNG Aktuelle Gesundheitspolitik, KI in der Medizin, Tätigkeitsberichte und eine Ehrung: Das Themenspektrum der Kammerversammlung am 19. März war breit, bot viele Informationen und eine gute Grundlage für die Meinungsbildung.



Prof. Henrik Herrmann und Dr. Gisa Andresen (unten) freuten sich über eine konstruktive Kammerversammlung.

Welchen Nutzen hat Künstliche Intelligenz (KI) in der Medizin, wo liegen die Risiken und wie sind sie zu bewerten? Welches Potenzial hat die KI und wo ist sie limitiert? Solche Fragen bewegen Ärztinnen und Ärzte, seit mit KI in der Medizin gearbeitet wird. Antworten gab KI-Experte Prof. Kai Wehkamp. Der Internist war bis 2024 am UKSH beschäftigt und gilt als einer der Ärzte, die sich intensiv mit Chancen und Risiken von KI in der Medizin beschäftigen.

In seinem Vortrag vermittelte er zunächst Grundlagen. KI – was ist das? Eine von Wehkamp genannte Definition: „In der Regel von Computern durchgeführte Aufgaben, die normalerweise menschliche Intelligenz erfordern.“ Wichtig ist die Differenzierung zwischen der regelbasierten KI und der datengetriebenen KI, auch unter dem Begriff Maschinelles Lernen bekannt. Maschinelles Lernen hat deutlich mehr Potenzial, Wehkamp stuft es als „Game Changer“ ein. Maschinelles Lernen basiert auf

großen Datenmengen, auf deren Grundlage Muster erlernt werden. Wehkamp unterschied drei Formen:

- ▶ Unüberwachtes Lernen: Das Erkennen natürlicher Zusammenhänge oder Auffälligkeiten ohne definiertes Lernziel.
- ▶ Überwachtes Lernen: Lernen anhand von definierten Beispielen in großen Datensätzen. Hier lernt KI vorgegebene Entitäten, Kategorien oder Parameter vorherzusagen oder zu erkennen.
- ▶ Bestärkendes Lernen: Lernen durch Belohnung für ein bestimmtes Outcome im Trial-and-Error-Verfahren.

Wehkamp machte deutlich, dass der Einsatz von KI kein Selbstzweck ist und nicht leichtfertig erfolgen darf. Damit KI erfolgreich in der Medizin eingesetzt werden kann, sind zahlreiche Herausforderungen zu meistern. Dazu gehören u.a.: die Datenqualität muss ausreichend gut sein, die Patientensicherheit und der Datenschutz müssen gewährleistet sein, die technische Performance muss genauso stimmen wie etwa die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes.





Prof. Kai Wehkamp in der Kammerversammlung. Nach der Diskussion mit den Delegierten nahm er einen Podcast zum Thema KI in der Medizin auf – zum Hören bitte den QR-Code scannen.

Vor allem aber: Es muss ein Nutzen für die Patientenversorgung vorliegen. Das ist längst nicht mit allen entwickelten Lösungen der Fall, wie Wehkamp deutlich machte.

Er plädierte angesichts der Herausforderungen und Risiken für einen KI-Einsatz „mit Augenmaß“. Er kann auch nachvollziehen, dass Skepsis gegenüber KI geäußert wird. „Vieles in der Medizin läuft richtig gut. Brauchen wir da wirklich noch KI?“

Ähnlich argumentierte zum Beispiel Petra Struve aus Rendsburg, die hinterfragte, ob der von Wehkamp geschilderte lange Weg zum KI-Erfolg sinnvoll sei. Wehkamps Haltung dazu ist eindeutig: Das Potenzial ist groß und KI sollte dann eingesetzt werden, wenn es die Patientenversorgung verbessert.

Dr. Michael Schroeder aus Kiel ist überzeugt, dass KI schon heute vieles in der Medizin – und damit für die Patienten – besser macht. Sorge bereitet ihm, dass Europa im Vergleich zu den USA und zu China in diesem Bereich hinterherhinkt. Dr. Christoph Weiß-Becker aus Husum fragt sich, ob bestimmte Leistungen, in denen KI zu besseren Ergebnissen führt, überhaupt noch ohne diese angeboten werden dürften. Die Diskussion drehte sich aber auch um die Frage, wie KI zu einer Entlastung des medizinischen Personals beiträgt und in welchen Bereichen sie mehr und in welchen sie bislang wenig nützt.

Die umfangreiche Tagesordnung hatte aber noch weitere Schwerpunkte. Im Bericht des Präsidenten ging Prof. Henrik Herrmann insbesondere auf die unvermin-

dert schwierige Situation der Krankenhäuser ein. „Die Insolvenzgefahr für Krankenhäuser ist noch nie so hoch gewesen wie jetzt und es handelt sich dabei nicht um eventuell kleinere Krankenhäuser, sondern insbesondere auch um große, absolut notwendige Schwerpunktversorger, auch in unserem Bundesland“, machte Herrmann den Ernst der Lage klar.

Er prognostizierte: „Wenn hier nicht in den nächsten ein bis zwei Jahren eine Unterstützung und Abhilfe stattfindet, werden wir vor ungeahnten Problemen stehen oder eine zunehmende Privatisierungswelle erleben.“ Ob das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG), wie von der Politik erhofft, die erforderli-

chen Lösungen bringen wird, bezweifelt Herrmann. Er erinnerte an widersprüchliche Aussagen zur Entökonomisierung aus dem Bundesgesundheitsministerium, an den hohen Zeitdruck, an die unzureichende Vorhaltefinanzierung und die überbordenden Vorschriften. Ein Beispiel sind die Kommentierungen zum jüngst veröffentlichten neuen Grouper, die gut 12.000 Seiten umfassen. Für Herrmann steht fest: „Die Zuteilung zu den einzelnen Leistungsgruppen erfolgt deutlich differenzierter als bisher. Es wird mehr zu Verlegungen kommen und das nicht nur aus fachlichen Gründen, sondern um dadurch auch eine finanzielle Aufwertung eventuell zu erreichen. Der Vorgang der Abrechnungsstellung wird diffiziler und erschwert.“ Hinzu komme, dass die Zuordnung von Facharztqualifikationen zu den einzelnen Leistungsgruppen deutlich erschwert werde.

Ein Lichtblick ist für den Präsidenten die konstruktive Zusammenarbeit der Beteiligten auf Landesebene. Er erinnerte daran, dass Ende des Jahres Regionalgespräche beginnen sollen und ab dem ersten Quartal 2026 Regionalkonferenzen. Parallel laufe das Gesetzgebungsverfahren, weil das Landeskrankenhausesgesetz angepasst werden muss. Die endgültige Zuweisung krankenhauplanerisch sei ab Juni 2026 möglich.

Vizepräsidentin Prof. Doreen Richardt ging auf die umfangreiche Arbeit des zwölfköpfigen Weiterbildungsausschusses im vergangenen Jahr ein, der neben den turnusmäßigen Sitzungen u.a. zum Erfahrungsaustausch auf BÄK-Ebene etwa zu



Prof. Doreen Richardt berichtete über die Arbeit des Weiterbildungsausschusses.



Dr. Victoria Witt aus Bad Oldesloe sensibilisierte für den Facharzt im Öffentlichen Gesundheitswesen.



Dr. Michael Schroeder aus Kiel ist sicher, dass KI schon heute vieles in der Medizin besser macht.



Petra Struve aus Rendsburg hinterfragte Aufwand und Nutzen von KI in der Medizin.

den Themen Weiterbildung im Ausland, Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin oder eLogbuch erforderlich war. Nur einige weitere Beispiele für die Arbeit des Ausschusses und der Fachabteilung in der Kammer: Vier interaktive Fragestunden zur Weiterbildung, drei Online-Schulungen für Prüfende, laufende Schulungen für Weiterbildungsbefugte. In der Geschäftsstelle wurden 300 persönliche und zahlreiche telefonische Beratungsgespräche geführt. 1.268 Anträge auf Anerkennung einer Bezeichnung/Qualifikation nach WBO bzw. Anfragen zum Stand der Weiterbildung wurden gestellt, 577 Anträge auf Zulassung als Weiterbildungsstätte bearbeitet. 935 Prüfungen nach Weiterbildungsordnung, vor allem in der Allgemeinmedizin, wurden durchgeführt. Erfreulich gering war die Durchgefallenenquote, die im vergangenen Jahr nur 2,77 % betrug.

Viele Zahlen auch im Tätigkeitsbericht aus der Geschäftsstelle. Nach Angaben der ärztlichen Geschäftsführerin Dr. Gisa Andresen ist die Zahl der Kammermitglieder im vergangenen Jahr auf 20.498 gestiegen. Innerhalb von zehn Jahren hat sich die Mitgliederzahl damit um 25 % erhöht, zuletzt innerhalb eines Jahres um absolut 309. 39 % der Mitglieder sind im Krankenhaus tätig, 29 % im ambulanten Bereich, 26 % sind nicht (mehr) ärztlich tätig. Nur drei Beispiele, womit sich die Verwaltung außer der Weiterbildung beschäftigte: Im vergangenen Jahr mussten in der Rechtsabteilung 1.320 neue Vorgänge angelegt werden. In der Akademie wurden 3.651 Teilnehmende begrüßt, 656 Fortbildungszertifikate vergeben und 15.070 externe Veranstaltungen zertifiziert. Im klinischen Krebsregister wurden 613.762 Meldungen/Datensätze verarbeitet.

Um Weiterbildung ging es auch im Vortrag von Kammervorstandsmitglied Dr. Victoria Witt und Dr. Sylvia Hakimpour-Zern aus dem Vorstand des Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Sie sensibilisierten für ein Problem, das vielen nicht bewusst ist: Die massiven Probleme bei der Weiterbildung für Fachärztinnen und -ärzte im ÖGD. Die wichtigsten Aspekte in Kurzform: Schon heute herrscht Facharztmangel im Öffentlichen Gesundheitswesen, mit zunehmender Tendenz. In Schleswig-Holstein gibt es zwar 15 Gesundheitsämter, aber nur noch neun Weiterbildungsstätten. Eine weitere Reduktion ist wegen der Altersstruktur absehbar.

Daraus resultieren Engpässe für die Weiterbildung und Risiken für die Versorgung im ÖGD. Akteure verschiedener Organisationen, darunter Witt und Hakimpour-Zern, haben einen Lösungsvorschlag erarbeitet, der die Entwicklung einer Verbundweiterbildungsstätte und einen gezielten Austausch zwischen den Weiterbildungsstätten vorsieht. Die vielfältigen Aufgaben und Kernkompetenzen des oft als „dritte Säule“ des Gesundheitssystems bezeichneten ÖGD sollen besser vermittelt werden.

Auf die Frage aus der Versammlung, ob es denn so tragisch sei, wenn es speziell diese Weiterbildung nicht mehr gebe, verwies Hakimpour-Zern auf die Pandemie, als sich der Wert dieser Facharztweiterbildung im Öffentlichen Gesundheitsdienst gezeigt habe. Im ÖGD allein auf die anderen Weiterbildungen zu setzen, hält sie für nicht ausreichend.



Aufmerksame Zuhörer: Dr. Hendrik Schönbohm, Mark Weinhonig (verdeckt), Dr. Florian Reifferscheid, Dr. Anouchka Nazarenius und Dr. Christoph Weiß-Becker (von links) während der Diskussion in der jüngsten Kammerversammlung.

Dr. Wolfram Höche – ein ausgezeichnetes Vorbild

AUSZEICHNUNG Die Ehrenmedaille der Ärztekammer Schleswig-Holstein erhalten Ärztinnen und Ärzte, die sich eher im Verborgenen im ehrenamtlichen Bereich ausgezeichnet haben. Auf Dr. Wolfram Höche trifft das zu. In seiner Laudatio würdigte Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann den Radiologen.



Ein ärztliches Vorbild: Dr. Wolfram Höche wurde von Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann mit der Ehrenmedaille der Ärztekammer Schleswig-Holstein ausgezeichnet.

Qualität nicht nur sichern, sondern verbessern: Dazu habe Dr. Wolfram Höche mit seiner Expertise und Beharrlichkeit entscheidend und in einem Jahrzehnte umfassenden Zeitraum beigetragen, würdigte der Kammerpräsident Höche zu Beginn der jüngsten Kammerversammlung. Höche war einst mit 38 Jahren jüngster Chefarzt in einem schleswig-holsteinischen Krankenhaus, im damaligen Städtischen Krankenhaus Süd in Lübeck, den heutigen Sana Kliniken Lübeck. Dort hatte er von 1988 bis zum Eintritt in seinen Ruhestand Anfang 2015 gearbeitet. Ebenfalls 1988 wurde der Facharzt für Radiologie in die Ärztliche Stelle der Ärztekammer Schleswig-Holstein berufen.

37 Jahre lang – vom 31. Mai 1988 bis zu seinem Ausscheiden am 1. Februar 2025 – war er Vorsitzender der Ärztlichen Stelle Röntgendiagnostik. Daneben war er über 21 Jahre lang Mitglied der ärztlichen Stelle Nuklearmedizin, hat auf Bundesebene an der Aktualisierung der Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik und im DIN-Normenausschuss Radiologie mitgewirkt, hat Stellungnahmen zu neuen Gesetzesentwürfen, Regularien und Richtlinien sowie zu übergeordneten Anfragen der Aufsichtsbehörde erstellt. Daneben ist er Fachprüfer für das Gebiet Radiologie und war Prüfer in Fachgesprächen zum Erwerb der Fachkunde Röntgendiagnostik bis zu deren Abschaffung im Oktober 2018.

Außerdem war der Radiologe 2008 erstmals in die Ethikkommission für den Bereich Strahlenschutz berufen worden, zuletzt noch einmal im November 2023 für weitere vier Jahre. Ehrenamtlich ist Höche, der auch einen Masterabschluss in Medizinethik hat, beim Senior Expert Service mit regelmäßigen Auslandseinsätzen in medizinischen Einrichtungen tätig.

„Mit Ihrem Jahrzehnte langen Engagement haben Sie dazu beigetragen, dass ärztliche Selbstverwaltung ein Erfolgsmodell werden konnte. Das, was dazu an persönlichem Einsatz notwendig ist, haben Sie vorgelebt. Wir sind Ihnen zu Dankbarkeit verpflichtet“, sagte Herrmann, der auch verdeutlichte: „Die Ärzteschaft Schleswig-Holstein sowie die hauptamtlich tätigen Mitarbeitenden der Ärztlichen Stelle Röntgendiagnostik unserer Ärztekammer werden Sie sehr vermissen.“ Dass die Kammerabgeordneten genauso denken, zeigte sich an den Standing Ovationen bei der Überreichung der Ehrenmedaille.

Diese wird seit der 77-Jahr-Feier der Ärztekammer im Juni 2022 in unregelmäßigen Abständen als Zeichen besonderer Wertschätzung verliehen. Höche ist das sechste Mitglied der Ärztekammer, das diese Auszeichnung erhalten hat.

DIRK SCHNACK

Sicherstellung: Zuschläge für acht Standorte

KLINIKEN Das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) macht es möglich: Die Sicherstellungszuschläge für Krankenhäuser steigen um 25 %. Zugleich bekommt mit dem WKK Brunsbüttel ein weiterer Klinikstandort einen Zuschlag.

Die bundesweite Regelung zur Erhöhung der Sicherstellungszuschläge um 25 % ist am 1. Januar mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz in Kraft getreten. Neben den schleswig-holsteinischen Kliniken erhalten zahlreiche weitere Krankenhausstandorte in ganz Deutschland über diese Regelung künftig einen erhöhten Zuschlag.

Bislang überwiesen die Krankenkassen für die Zuschläge in Schleswig-Holstein insgesamt 3,4 Millionen Euro an sieben Krankenhäuser, künftig werden es 4,75 Millionen Euro für acht Kliniken sein. In Schleswig-Holstein profitieren die Westküstenkliniken (WKK) in Heide am stärksten, sie erhalten künftig eine Million Euro als Sicherstellungszuschlag, bislang waren dies 800.000 Euro pro Jahr. Außerdem profitieren die WKK nun auch am zweiten Standort in Brunsbüttel. Das deutlich kleinere Haus wurde 2025 neu in die Liste der Sicherstellungskliniken aufgenommen; es erhält in diesem Jahr eine halbe Million Euro Zuschlag.

Erhöht wurde der Zuschlag für die Klinik Husum des Klinikums Nordfriesland (von 600.000 Euro auf 750.000 Euro) sowie für die Inselkliniken Föhr-Amrum, Asklepios Nordseeklinik Westerland/Sylt, Aneos Klinik Fehmarn, Paracelsus-Nordseeklinik Helgoland und die Klinik Niebüll des Klinikums Nordfriesland (jeweils von 400.000 auf 500.000 Euro). Mit den Fördermitteln werden insgesamt vier medizinische Fachabteilungen unterstützt: Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin.

Ziel der von der GKV zu finanzierenden erhöhten Sicherstellungszuschläge ist es, die medizinische Versorgung im ländlichen Raum sicherzustellen – auch wenn dort zum Teil die Patientenzahlen rückläufig sind. Die Barmer Landesvertretung,



Dr. rer. oec. Bernd Hillebrandt, Landesgeschäftsführer der Barmer in Schleswig-Holstein, wünscht sich Strukturveränderungen in der Kliniklandschaft.

die vergangenen Monat auf die Erhöhungen im Norden aufmerksam gemacht hatte, ist dennoch nicht restlos überzeugt von der Maßnahme. „Das ist einerseits ein wichtiger Beitrag der Krankenkassen zur Sicherstellung der Versorgung, andererseits ein weiterer Griff in die Taschen der Beitragszahlenden“, sagte Landesgeschäftsführer Dr. rer. oec. Bernd Hillebrandt.

Er bemängelte außerdem fehlende Strukturveränderungen, weil die Mittel unabhängig von Kooperationen und modernen ambulant-stationären Konzepten gezahlt werden – die nach seiner Ansicht aber notwendig wären, um Schließungen an manchen Klinikstandorten zu vermeiden. Hillebrandt warnte davor, „strukturelle Defizite auf Kosten der Beitragszahlenden zu zementieren“.

In welchem Ausmaß die Steigerungen den Krankenhäusern weiterhelfen, hängt

von der jeweiligen Situation ab. Kliniken in finanzieller Schieflage dürfte der Zuschlag nicht substanziell helfen. Dies hat mehrere Gründe:

- ▶ **Volumen:** Die Zuschläge bewegen sich nach der Erhöhung um 25 % je nach Krankenhausstandort in einer Größenordnung zwischen einer halben und einer Million Euro. Im Verhältnis zu den Gesamtetats der Häuser, die zum Teil über 100 Millionen Euro liegen, ist das Volumen des Anstiegs gering. Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH), begrüßte den Zuschlag, ordnete ihn aber als einen „kleinen positiven Aspekt“ ein.
- ▶ **Ausgleich:** Reimund gab auch zu bedenken, dass die jetzt festgeschriebenen Erhöhungen die ersten seit 2019 für die Sicherstellungszuschläge seien. „Das ist eigentlich nur ein Ausgleich für die Preissteigerungen der vergangenen Jahre“, sagte Reimund. Wie mehrfach berichtet, waren in diesem Zeitraum insbesondere die Kosten für Personal und Energie gestiegen.
- ▶ **Keine Soforthilfe:** Die zusätzlichen Mittel werden erst überwiesen, wenn die Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern beendet sind. Wann dies der Fall sein wird, ist zum jetzigen Zeitpunkt offen. Für einzelne Krankenhäuser kann dies erst im Folgejahr der Fall sein. Dann wird der Zuschlag zwar nachgezahlt, hilft aber in diesem Jahr bei Liquiditätsengpässen nicht mehr.

Die Zuschläge erhalten bundesweit rund 120 bedarfsnotwendige ländliche Krankenhäuser, die wegen ihrer Bedeutung für die zeitgerechte Erreichbarkeit im Rahmen der wohnortnahen Versorgung gestärkt werden sollen.

Klinikreform: „Weiterhin viele offene Punkte“

KLINIKEN Die Krankenhausreform ist seit Jahresbeginn in Kraft. Wie aber geht es auf Landesebene konkret weiter? Dazu gab Staatssekretär Dr. Oliver Grundei vergangenen Monat Auskunft im Sozialausschuss – und machte wenig Hoffnung auf eine schnelle Umsetzung.

Im Anschluss an die Sitzung des Sozialausschusses machte das Kieler Gesundheitsministerium deutlich, dass weiterhin offene Punkte zur Umsetzung der Krankenhausreform die konkrete Planung erschweren. Als Beispiel nannte Staatssekretär Dr. jur. Oliver Grundei die fehlende Leistungsgruppenorientierung durch den Bund. „Wir sind in Schleswig-Holstein zwar weiter als im Dezember 2024, aber es gibt weiterhin viele offene Punkte“, betonte Grundei.

Grundei befürchtet, dass weitere zeitliche Vorgaben nicht gehalten werden können, weil das Bundesgesundheitsministerium bekanntgegeben habe, dass mit der Beratung der Leistungsgruppenverordnung erst direkt vor der parlamentarischen Sommerpause im Bundesrat zu rechnen sei. Das Kieler Ministerium stellte deshalb klar: „Damit können weitere Fristen der Krankenhausreform nicht wie vorgesehen eingehalten werden.“

Der Staatssekretär verwies auch auf die Verzögerungen bei der Bereitstellung des sogenannten Groupers, mit dem die erbrachten Klinikfälle den Leistungsgruppen zugeordnet werden können. Dieser war laut Grundei den Ländern erst eine Woche vor der Sitzung zertifiziert zur Verfügung gestellt worden. Mithilfe des Groupers werde nun eine Zuordnung auf Landesebene sowie ein Abgleich mit einer Versorgungsbedarfsanalyse erfolgen.

Folgende Punkte nannte das Ministerium im Anschluss an die Sitzung als nächste konkrete Schritte:

- ▶ Wenn alle maßgeblichen Verordnungen des Bundes vorliegen, können die Krankenhäuser im Rahmen einer Selbstauskunft mit den aktuellen Daten aus dem Jahr 2024 einen Antrag auf Ausweisung der Leistungsgruppen stellen. Dies werde voraussichtlich im Sommer der Fall sein.
- ▶ Im Anschluss daran wird der Medizini-

„Damit können weitere Fristen der Krankenhausreform nicht wie vorgesehen eingehalten werden.“

DR. JUR. OLIVER GRUNDEI



sche Dienst (MD) mit der Prüfung der Leistungsgruppenvoraussetzungen der jeweiligen Standorte beauftragt.

- ▶ Das Ministerium wird dann mit den Krankenhäusern in Regionalgespräche eintreten, um die zukünftige Sicherstellung der Versorgung zu erörtern.
- ▶ In Regionalkonferenzen ist anschließend ein Austausch mit den Leistungserbringern, den kommunalen Verantwortlichen, der KV, dem Rettungsdienst, der Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen vorgesehen.

Ziel ist es, das gesamte Verfahren mit der Zuweisung der Leistungsgruppen an die Krankenhäuser zum 1. Januar 2027 abzuschließen.

Im Gegensatz zur Somatik wird der Zeitplan für die Psychiatrie nach Angaben des Ministeriums weniger stark von Vorgaben des Bundes beeinflusst. Bei der Umsetzung der Reform bestehe deshalb auf Landesebene mehr Gestaltungsspielraum. Zu den weiteren Schritten bis zur geplanten

Leistungsgruppenzuweisung zum 1. Januar 2027 zählten auch hier der Abgleich mit einer Versorgungsbedarfsanalyse auf Landesebene, Regionalkonferenzen mit den Akteurinnen und Akteuren und das entsprechende Anhörungsverfahren.

Auch zum Transformationsfonds äußerte sich das Ministerium. Zur Erinnerung: Der Bundesgesetzgeber hat im Krankenhausfinanzierungsgesetz geregelt, dass ab dem Jahr 2026 insgesamt 50 Milliarden Euro für die Anpassung der Krankenhausinfrastruktur je zur Hälfte aus dem Gesundheitsfonds der Krankenkassen und von den Ländern aufzubringen seien. Schleswig-Holstein setzt sich gemeinsam mit anderen Bundesländern für Verbesserungen an der entsprechenden Verordnung ein, „damit dieses Instrument wirksam und praxistauglich werden kann“, wie es aus dem Ministerium hieß. Grund für die angestrebten Änderungen: „Für eine echte Transformation sind die Fördertatbestände derzeit zu eng gefasst.“ (PM/RED)

Hoffen auf eine Reform der Reform

KRANKENHAUSREFORM Parlamentarischer Abend der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH): Verhaltene Hoffnung auf Nachbesserungen unter einer neuen Bundesregierung. Ministerin nimmt Kritik, Wünsche und Anregungen mit nach Berlin.



PD Dr. Rainald Zeuner



Prof. Kerstin von der Decken



Kerstin Ganskopf

Wie geht es unter einer neuen Bundesregierung weiter mit der Krankenhausreform? An welchen Stellschrauben könnte ein künftiger Gesundheitsminister drehen, und was muss passieren, damit die Kliniken gut über die Zeit der Transformation kommen? Diese Fragen bewegen die Mitglieder der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein. Einen kleinen Ausblick gab es bei einem Parlamentarischen Abend in Kiel.

Prof. Kerstin von der Decken (CDU) schrieb viel mit: Die Landesgesundheitsministerin saß in der ersten Reihe im vollbesetzten Saal der Kieler Hermann-Ehlers-Akademie und notierte, was in Reden und Fragen der Anwesenden geäußert wurde. Mitglieder der KGSH und zahlreiche Gäste aus allen Bereichen des Gesundheitswesens erhofften sich von der gut besuchten Veranstaltung neue Anregungen und einen Austausch mit der Politik. Neben den gesundheitspolitischen Sprechern der Landtagsparteien stand vor allem die Ministerin im Mittelpunkt: Sie gehört bei den im März gestarteten Koalitionsverhandlungen zwischen der CDU und der SPD zu den Mit-

gliedern der Kommission, die sich mit dem Gesundheitssystem befasst.

„Dieser Abend findet in bewegten Zeiten statt“, sagte der Vorsitzende der KGSH, Landespastor Heiko Naß. Er erinnerte an die globalen Krisen von Ukraine-Krieg über Nahost-Konflikt bis hin zu dem schwierigen Umgang mit dem zunehmend unsicheren Verhandlungspartner USA. Angesichts dieser Krisen sei es umso mehr geboten, einen Fokus auf die Kliniken zu richten, so Naß: „Denn wenn wir über Sicherheit sprechen, geht es auch um die gesundheitliche Versorgungssicherheit.“ Die neue Bundesregierung sei daher „mit massivem und dringlichem Handlungsbedarf konfrontiert“.

Denn die Lage vieler Kliniken sei nicht gut, daran erinnerten neben Naß weitere Rednerinnen und Redner, darunter Kerstin Ganskopf. Die Geschäftsführerin der Malteser Norddeutschland gGmbH und des dazugehörigen Flensburger Malteser Krankenhauses hat als erfahrene Klinikmanagerin – vor Flensburg war sie am Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster tätig – einen langjährigen Überblick über die Entwicklung. Den Glauben an vollmundige

Versprechen habe sie im Lauf der Zeit verloren, bekannte sie: „Schon CDU-Gesundheitsminister Jens Spahn hat viel angekündigt, jetzt sollen wieder Milliarden fließen – so ganz glaube ich nicht, dass das Geld bei uns in den Häusern wirklich ankommt.“

Dabei warten die Kliniken dringend auf Hilfe: Laut Zahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) verzeichneten im Jahr 2024 rund 80 % der Häuser bundesweit ein Defizit, nur 5 % bezeichneten ihre wirtschaftliche Lage als gut. Als Gründe nannten die Kliniken bei einer Repräsentativbefragung der DKG unter anderem Preissteigerungen für Personal- und Sachkosten. Von „bedrohlichen Ausmaßen“ und einer „dramatischen Lage“ sprach Dr. Gerald Gaß, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Krankenhausgesellschaft, in einer Pressemitteilung zum Jahresende. Schleswig-Holstein macht dabei keine Ausnahme: Im Februar meldeten die Westküstenkliniken Heide und Brunsbüttel, sie würden für dieses Jahr ein Defizit von knapp 20 Millionen Euro erwarten, die der Kreis ausgleichen muss. Auch andere Häuser steuern durch schweres Wasser – im vergangenen Jahr war im Zusammenhang mit dem



Landespastor Heiko Naß



Diskussion beim Parlamentarischen Abend der KGSH in der Hermann Ehlers Akademie

UKSH Kiel und Lübeck sogar von einer drohenden Zahlungsunfähigkeit die Rede.

Doch solche Debatten seien schädlich, sagte Ganskopf: „Es wird das Narrativ bedient, die Leistungen der Kliniken seien heute schlecht.“ Sie nannte die oft gehörte Kritik, dass in Deutschland zu viele Operationen stattfänden oder dass die Mortalität höher sei als in anderen EU-Ländern. Solche Debatten würden der wichtigsten Währung des Gesundheitssystems schaden, nämlich dem Vertrauen der Patienten auf eine gute Behandlung. Die sei heute gegeben: „Wir haben eine exzellente Versorgung“, sagte Ganskopf unter dem Beifall des Saales. „Aber wir verspielen sie, wenn nicht Entscheidungen getroffen werden.“

Zu den Problemen, die rasch gelöst werden müssten, gehöre die überbordende Bürokratie: „Das verschlingt Ressourcen, die aus der Arbeit gezogen werden.“ Ein Beispiel sei die Personalbemessung, also die Ermittlung des Personalbedarfs nach Bettenzahl und Art der Stationen, und das Weitermelden der Daten, das seit dem vierten Quartal 2024 Pflicht ist.

Ganskopfs Appell an alle Akteure lautete, bei Investitionen nicht nur an Neu- oder Umbauten zu denken, sondern auch an Digitalisierung. Um etwa KI sinnvoll einsetzen zu können, brauche es einen „Systemwechsel in der digitalen Infrastruktur“ – und der koste Geld. Wichtig sei vor allem, im Gespräch zu bleiben: „Wir erwarten einen guten Dialog mit dem Land“, sagte Ganskopf an die Adresse von Ministerin von der Decken und ihren Staatssekretär Oliver Grundei (CDU). „Wir brauchen eine verlässliche Planung und Klarheit, wohin das Land steuert.“

Das unterstrich eine Umfrage, an der sich die Gäste während der Veranstaltung beteiligen konnte. Fast 90 % der Anwe-

senden stimmten zu, dass es einen Politikwechsel geben müsse – aber Einzelthemen, wie die Personalbemessungsinstrumente oder den Informationsfluss aus den Ministerien, bewerteten viele als schlecht.

Im Namen der KGSH nannte Heiko Naß einige Forderungen, die sich vor allem an die Bundespolitik richteten, darunter einen Inflationsausgleich, um drohende Klinikinsolvenzen zu stoppen. Zudem wünschen sich die Krankenhausvertreter eine sofortige Beendigung des Fallpauschalensystems, das eine „systematische Unterfinanzierung“ bedeute. Problematisch sei die unklare Zeitschiene bis zur Umsetzung der Krankenhausreform. Ursprünglich gesetzte Fristen seien nicht mehr einzuhalten. Die KGSH wünscht sich daher eine Neubewertung und einen Sicherstellungszuschlag für die Übergangszeit. Eine weitere Forderung sind mehr Öffnungsoptionen für die Länder, um von Bundesvorgaben je nach den regionalen Gegebenheiten abweichen zu können. Positiv bewerte die KGSH die Tatsache, dass im Sondierungspapier von Union und SPD die Finanzierung von Krankenhäusern aus dem 500-Milliarden-Paket für die Infrastruktur explizit genannt werde.

Von der Decken stimmte in vielen Punkten zu: „Ich halte das Gesetz in seiner jetzigen Form für dringend reformbedürftig“, sagte sie in ihrem Statement. Ein Grund sei, dass die Zusammenarbeit zwischen den Ländern und dem von Karl Lauterbach (SPD) geführten Bundesgesundheitsministerium nicht gut gewesen sei. Die Vorgaben des Bundes seien zu starr, gleichzeitig habe das Ministerium seine eigenen Zeitpläne nicht eingehalten. Der „Grouper“ etwa, der Katalog der Leistungsgruppen, war für Januar zugesagt gewesen, er kam aber erst im Februar. „Dabei ist er das Fundament, das wir brauchen.“

Der Zustand sei auch für die Beschäftigten des Ministeriums „frustrabel“, die Unsicherheit belaste alle Beteiligten, sagte Oliver Grundei. Die Kritik, das Landesministerium hätte früher mit den Planungen und konkreten Gesprächen beginnen müssen, wies er aber zurück: „Wir müssten ständig neu mit den Planungen anfangen.“ Doch das Ministerium verspricht, einmal im Monat dem Sozialausschuss über den Stand der Krankenhausreform zu berichten und auch alle anderen beteiligten Akteure und Gremien regelmäßig über neue Entwicklungen auf dem Laufenden zu halten.

Die Zuhörer nutzten die Gelegenheit zu Fragen. Dr. Rainald Zeuner, Oberarzt am UKSH und Vorstandsmitglied im Landesverband des Marburger Bundes, brachte das Thema Weiterbildung ins Spiel: „Wenn nicht klar ist, welche Kliniken in der Zukunft welche Leistungen anbieten, welcher junge Arzt geht dann an ein kleines Haus?“ Prof. Klaus Rabe von der Lungenclinic Großhansdorf wies auf die besondere Situation von Fachkrankenhäusern hin: „Zentralisierung ist generell gut, aber der Blick muss über die Landesgrenzen gehen.“ Sören Schmidt-Bodenstein, Leiter der TK-Landesvertretung Schleswig-Holstein, wünschte sich künftig „Beinfreiheit“ für Kassen und Länder, um regional passende Angebote zuschneiden zu können.

Auch für diese Anmerkungen gab es Zustimmung von der Ministerin – wenn auch keine Lösungen. Doch für die werde sich Schleswig-Holstein bei der nun anstehenden „Reform der Reform“ einsetzen. Die Kritik, Wünsche und Anregungen seien angekommen: „Ich nehme alles mit nach Berlin“, versprach von der Decken.

ESTHER GEISSLINGER

Telemedizin für Patienten mit Herzschwäche

KARDIOLOGIE Ende 2023 nahm das Telemedizinische Zentrum für Menschen mit Herzschwäche seinen Betrieb auf. Ein Resümee rund 15 Monate nach dem Start fällt positiv aus. Eine Erweiterung des Netzwerkes durch weitere Facharztpraxen ist nicht ausgeschlossen.



Krankenschwester Bianka Hauck und Kardiologin Dr. Andrea Boguschewski (von links) besprechen Messwerte der am Projekt teilnehmenden Patienten.

Ende 2023 startete das nach eigenen Angaben erste Telemedizinische Zentrum Norddeutschlands für Menschen mit Herzschwäche. Die erste Bilanz fiel positiv aus: Die am Projekt teilnehmenden Patientinnen und Patienten, hieß es in einer Mitteilung der Schön Klinik Gruppe, seien „durchweg medizinisch sehr gut eingestellt und weisen eine hohe Compliance auf“.

Initiatoren des Projektes waren die Kardiologie der Schön Klinik Neustadt und das zur Klinikgruppe zählende Ärztezentrum Holstein Ost. Betreut werden die Patientinnen und Patienten ambulant in den kardiologischen Praxen des Ärztezentrums Holstein Ost an den Standorten Neustadt sowie Lütjenburg. Die betreuten Patienten sind schwer herzkrank mit einer Herzleistung von unter 35 %.

„Durch die telemedizinische Betreuung können wir den Therapieverlauf dieser Patienten kontinuierlich im Blick haben und sofort reagieren, wenn es Hin-

weise auf Komplikationen gibt. Das verschafft Sicherheit und kann gesundheitliche Risiken deutlich minimieren“, sagte Projektleiterin Dr. Andrea Boguschewski, Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie im Ärztezentrum Holstein Ost.

Die Teilnehmenden erhalten ein Blutdruckmessgerät, eine digitale Körperwaage, ein Ein-Kanal-EKG und ein Messgerät zur Erfassung der Sauerstoffsättigung. Nach Einweisung erfassen sie mehrmals wöchentlich Werte, die bei Herzinsuffizienz frühzeitig auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hinweisen. Die Messwerte werden über das heimische WLAN an eine gesicherte Plattform gesendet, auf die das kardiologische Team der Praxis Zugriff hat. „Wir werten die eingehenden Daten täglich aus. Sollten sich Auffälligkeiten ergeben, kontaktieren wir den Patienten und bestellen ihn bei Bedarf in unsere Praxis zur weiteren Abklärung oder Anpassung der Therapie“, so Boguschewski. Für die Teilnahme sind in ers-

Podcast

Dr. Andrea Boguschewski und Prof. Peter Radke erläutern in einem Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes, wie das Telemedizinische Zentrum arbeitet und welche Erfahrungen sie bislang gesammelt haben. In weiteren Podcasts geht es um andere Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden. Alle Folgen können über gängige Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Darunter u.a.:

► Prof. Henrik Herrmann zur Gesundheitspolitik nach der Wahl



ter Linie Patientinnen und Patienten geeignet, bei denen eine schwere Herzinsuffizienz frisch diagnostiziert wurde. Trotz der telemedizinischen Betreuung sollen sie zwei Mal im Quartal in der Praxis vorstellig werden – was eine gewisse regionale Nähe voraussetzt.

„Das Potenzial, dass die Einbindung telemedizinisch nutzbarer Endgeräte in der medizinischen Versorgung hat, ist enorm“, sagt Prof. Peter Radke, Chefarzt der Kardiologie und Inneren Medizin der Schön Klinik Neustadt. Aus seiner Sicht sind Messwerte, die Patienten über längere Zeiträume zu Hause und im Alltag erfassen, „eine ideale Ergänzung für die zwar sehr genauen, aber eben auch punktuellen diagnostischen Untersuchungen, die in einer Klinik oder einer Arztpraxis durchgeführt werden.“ Eine Erweiterung des Telemedizinischen Zentrums durch Gewinnung neuer kooperierender kardiologischer Facharztpraxen ist nicht ausgeschlossen. (PM/RED)

Krankenstand verharret auf hohem Niveau

ARBEITSUNFÄHIGKEIT Der aktuelle Gesundheitsbericht der AOK Nordwest zeigt: Der Krankenstand verharret bei 6,9 %. 41 % aller Fehltage entfielen im vergangenen Jahr auf Langzeiterkrankungen von mehr als sechs Wochen.

Der aktuelle Gesundheitsbericht der AOK Nordwest weist die Gesamtbilanz der Krankmeldungen bei den rund 357.500 bei dieser Krankenkasse versicherten Arbeitnehmenden für das Jahr 2024 aus. Der Krankenstand betrug wie im Vorjahr 2023 6,9 %, was damals einen neuen Höchststand bedeutete.

Erkrankte Beschäftigte erhielten von ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Schnitt 2,5 AU-Bescheinigungen und fehlten 25,4 Tage krankheitsbedingt in ihren Betrieben. Dabei dauerten 41 % der Fehlzeiten länger als sechs Wochen.

Im Jahresverlauf 2024 gab es hohe Schwankungen beim Krankenstand. Die höchsten Werte waren im Februar mit 8,1 % und im November (7,3 %) zu verzeichnen. In den Monaten Mai und August gab es die niedrigsten Krankenstände mit jeweils 6,2 %.

Die krankheitsbedingten Ausfallzeiten des Jahres 2024 sind im Wesentlichen von sechs großen Krankheitsgruppen bestimmt worden: Muskel-Skelett-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Verletzungen, psy-

chische Störungen und Verhaltensstörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkrankungen der Verdauungsorgane. Insgesamt 59,5 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle und 65,1 % der Arbeitsunfähigkeitstage entfielen auf diese sechs Krankheitsarten. Häufigster Grund für die Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen waren Atemwegserkrankungen. 2024 waren diese für 26,7 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle verantwortlich, zugleich verursachten sie mit 5,7 Fehltagen pro Fall die kürzesten Ausfallzeiten.

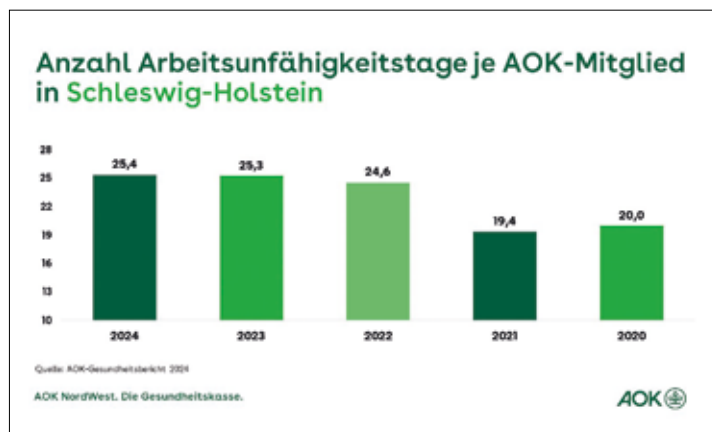
Die meisten Arbeitsunfähigkeitstage wurden 2024 durch Muskel-Skelett-Erkrankungen verursacht, die oft mit längeren Ausfallzeiten verbunden waren. Auf diese Krankheitsart waren 19,4 % der Ausfalltage zurückzuführen, obwohl sie nur für 13,2 % der AU-Fälle verantwortlich war. Das ist vor allem auf den Anteil der Langzeiterkrankungen von über sechs Wochen zurückzuführen, der bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen mit einem Anteil von 9,8 % am höchsten lag.

Auch psychische Erkrankungen spielen beim Krankenstand eine große Rolle: Obwohl sie nur 5,1 % aller AU-Fälle ausmach-

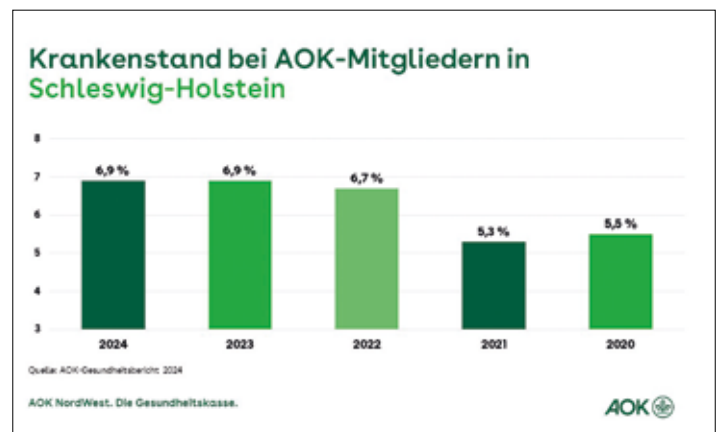
ten, entfielen 13,6 % aller AU-Tage auf psychische Erkrankungen. Mit durchschnittlich 28,7 Arbeitsunfähigkeitstagen je Fall verursachten sie die längsten Ausfallzeiten aller Krankheitsarten.

65 % der bei der AOK versicherten Erwerbstätigen waren mindestens einen Tag im Jahr krankgeschrieben. Die durchschnittliche Krankheitsdauer je Arbeitsunfähigkeit lag bei 10,3 Tagen. Im Branchenvergleich ist der höchste Krankenstand bei den AOK-Mitgliedern in Schleswig-Holstein mit 8 % im Gesundheits- und Sozialwesen sowie mit 7,9 % in der öffentlichen Verwaltung und Sozialversicherung zu beobachten. Der niedrigste Wert war in der Land- und Forstwirtschaft mit 4,3 % und im Wirtschaftszweig Banken und Versicherungen mit 4,6 % festzustellen.

Bei den Männern lag der höchste Krankenstand mit 11,3 % in der Altersgruppe von 60 bis 64 Jahren, der niedrigste in der Gruppe von 25 bis 34 Jahren mit 5,4 %. Bei den Frauen lag der höchste Krankenstand zwischen 60 und 64 Jahren bei 10,7 %, der niedrigste im Alter von 30 bis 34 Jahren bei 5,6 %. (PM/RED)



Erkrankte Beschäftigte in Schleswig-Holstein erhielten von ihren behandelnden Ärztinnen und Ärzten im Schnitt 2,5 AU-Bescheinigungen und fehlten 25,4 Tage krankheitsbedingt in ihren Betrieben.



Der Krankenstand in Schleswig-Holstein bleibt auch im dritten Jahr in Folge hoch.

Ehepaar als neue Doppelspitze



Nadine und Julian Scharenberg

Das Ehepaar Nadine und Julian Scharenberg hat die Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Westküstenkliniken (WKK) Heide übernommen. Seit ersten April sind die beiden Chefärztin und Chefarzt der Tagesklinik und Nachfolger von Dr. Dirk Stilke, der bis zu seinem Ruhestand noch weiter „in zweiter Reihe“ als Oberarzt tätig sein wird. Seine Privatpraxis gibt Stille ab.

Der 38-jährige Julian Scharenberg hatte sich vor zwei Jahren als Oberarzt in Heide beworben. Im Vorstellungsgespräch fand das WKK dann heraus, dass auch seine Frau Nadine (37) Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist. Er selbst ist außerdem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Die Klinikleitung erkannte das Potenzial und schuf eine geteilte Leitungsposition. Für das Ehepaar gab den Ausschlag, dass sich die Klinik offen für neue Arbeitszeitmodelle gezeigt habe und die interdisziplinäre Zusammenarbeit gut funktioniert. (PM/RED)

Martin Kirschner Preis für Kieler Notfallmediziner

Eine zum überwiegenden Teil aus dem Kieler UKSH stammende Arbeitsgruppe ist von der agswm (Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte e.V.) auf ihrer 39. Notfallmedizinischen Jahrestagung im vergangenen Monat mit dem „Martin Kirschner Preis“ ausgezeichnet worden. Die Arbeitsgruppe um Dr. Ulf Lorenzen, Prof. Hartwig Marung und Dr. Florian Reifferscheid wurde für ihre Arbeit mit dem Titel „Quality and safety in prehospital airway management – retrospective analysis of 18,000 cases from an air rescue database in Germany“ in der Zeitschrift BMC Emergency Medicine geehrt. In einer Auswertung der Einsatzdatenbank

der DRF-Luftrettung von 2012 bis 2020 wurden Erfolgsraten bei der Atemwegssicherung, aber auch adverse Ereignisse wie Tubusfehlagen evaluiert.

Zwar sei eine Verbesserung der Sicherheit und Qualität bei der Atemwegssicherung feststellbar, dennoch fordern die Autoren weitere Anstrengungen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Der Martin Kirschner Preis gilt als einer der renommiertesten notfallmedizinischen Preise in Deutschland und wird alle 2 Jahre für herausragende Originalarbeiten verliehen, die sich wissenschaftlich mit Fragen der Notfallmedizin beschäftigen. (PM/RED)

GEBURTSTAGE

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

Dr. Bruno **Dannmeier**, Neumünster,
feiert am 01.05. seinen 80. Geburtstag.

Urs **Philipzig**, Bredstedt,
feiert am 01.05. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Thomas **Schneider**, Bad Bramstedt,
feiert am 01.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Gerhard **Haustedt**, Kiel,
feiert am 03.05. seinen 90. Geburtstag.

Dr. Heino **Hebbeln**, Itzehoe,
feiert am 04.05. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Johannes **Carstensen**, Husum,
feiert am 06.05. seinen 75. Geburtstag.

Sabine **Clausen**, Molfsee-Schulensee,
feiert am 06.05. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Jürgen **Hasselmann**, Heide,
feiert am 08.05. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Joachim **Decker**, Wedel,
feiert am 09.05. seinen 75. Geburtstag.

Prof. Hans **Sachs**, Lübeck,
feiert am 12.05. seinen 90. Geburtstag.

Dr. Burkhard **Jenkel**, Großhansdorf,
feiert am 12.05. seinen 75. Geburtstag.

Thomas **Block**, Ratzeburg,
feiert am 12.05. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Ingrid **Burck**, Kiel,
feiert am 13.05. ihren 90. Geburtstag.

Dr. Monika **von Rantzau**, Ahrensburg,
feiert am 13.05. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Rainer **Hartmann**, Bad Schwartau,
feiert am 14.05. seinen 85. Geburtstag.

Rolf **Clements**, Mühbrook,
feiert am 14.05. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Hans Thomas **Arnold**, Sylt, OT Tinnum,
feiert am 18.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Helga **Delfs**, Achterwehr,
feiert am 19.05. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Jens-Uwe **Bock**, Kiel,
feiert am 19.05. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Holger **Hoyer**, Pinneberg,
feiert am 19.05. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Konrad **Wolf**, Rellingen,
feiert am 20.05. seinen 85. Geburtstag.

Antje **Kuß**, Schleswig,
feiert am 23.05. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Frank **Ruhbaum**, Dörphof,
feiert am 24.05. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Lorenz **Knierer**, Hamburg,
feiert am 27.05. seinen 70. Geburtstag.

Corinna **Mühlenhardt-Eck**, Reinbek,
feiert am 29.05. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Klaus **Glöer**, Wentorf,
feiert am 30.05. seinen 95. Geburtstag.

Wolfgang **Weimershaus**, Neumünster,
feiert am 30.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Georg **Meyd**, Ahrensburg,
feiert am 30.05. seinen 70. Geburtstag.

Siegfried **Szillat**, Marne,
feiert am 31.05. seinen 90. Geburtstag.

Jens-Hagen **Rubien**, Lübeck,
feiert am 31.05. seinen 75. Geburtstag.

Neue Klinikdirektorin am UKSH

Prof. Anja M. Boos ist seit vergangenem Monat neue Direktorin der Klinik für Plastische Chirurgie am Lübecker Standort des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH). Zugleich trat sie die W3-Professur Plastische Chirurgie und Handchirurgie an der Lübecker Universität an. Boos übernimmt die Position vom kommissarischen Leiter Dr. Felix Hagen Stang, zuvor hatte Prof. Peter Mailänder die Klinikleitung inne.

Boos kommt vom Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen, wo sie seit Oktober 2018 als stellvertretende Klinikdirektorin und leitende Oberärztin tätig war. Nach dem Studium in Freiburg und Heidelberg promovierte Boos 2010 an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 2017 folgte die Habilitation. Zwischen 2009 und 2017 arbeitete sie als Ärztin in Weiterbildung, Fachärztin und Oberärztin am Erlanger Universitätsklinikum. 2021 schloss sie ein berufsbegleitendes Studium mit dem Master of Health Business Administration (MHBA) ab. In ihrer neuen Position will sie u.a. den mikrochirurgischen Schwerpunkt ausbauen und die robotische Mikrochirurgie weiterentwickeln. (PM/RED)



Prof. Anja M. Boos

Auszeichnung für UKSH-Gynäkologen



Prof. Volkmar Müller (UKE), Dr. Anna-Christina Rambow (UKSH Kiel), Dr. Niklas Tauber (UKSH Lübeck), Prof. Barbara Schmalfeldt (UKE Hamburg) (von links)

Dr. Anna-Christina Rambow (Frauenklinik UKSH, Campus Kiel) und Dr. Nikolas Tauber (Campus Lübeck) sind beim Norddeutschen Onkologieforum in Hamburg mit dem onkologischen Wissenschaftspreis – dem Heinrich-Maass-Gedächtnispreis – ausgezeichnet worden.

Rambow führte eine retrospektive Real-World-Datenanalyse zur Anwendung von CDK4/6-Inhibitoren (CDKi) bei Patientinnen mit metastasierter Brustkrebserkrankung durch. Dabei wurden Patientinnen des UKSH und der Universitätskliniken Bonn, Saarland und Charité Berlin eingeschlossen. Die Arbeit zeigt, dass sich das Patientinnenkollektiv in der „realen Welt“ von dem der Zulassungsstudien unterscheidet.

Tauber wertete mit seiner Projektgruppe über 3.000 Brustkrebsfälle der letzten zehn Jahre des zertifizierten Brustzentrums am Lübecker Standort des UKSH aus. Er konnte ermitteln, dass etwa ein Drittel aller Patientinnen mit einer frühen Hormonrezeptor-positiven HER2-negativen Brustkrebserkrankung potenzielle Kandidatinnen für eine kombinierte orale Therapie mit dem CDK4/6-Inhibitor Ribociclib sind. Der in Flensburg geborene Heinrich Maass hat maßgeblich zur Entwicklung neuer Konzepte für die Behandlung des Brustkrebses beigetragen. (PM/RED)

Heisenberg-Professur für Joanne Trinh

Prof. Joanne Trinh vom Institut für Neurogenetik der Universität in Lübeck hat von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) eine Heisenberg-Professur für Neurogenomik erhalten. Für einen Zeitraum von fünf Jahren wird damit die Erforschung genetischer und umweltbedingter Faktoren der Parkinson-Krankheit unterstützt.

Die Heisenberg-Professur ermöglicht Trinh, ihr Lehrangebot auszubauen und Nachwuchsforschende gezielt in aktuelle Forschungsprojekte einzubinden. Die in Kanada geborene Trinh hat in Vancouver studiert und promoviert. 2015 war sie Gastwissenschaftlerin an der Universität Antwerpen, bevor sie 2017 nach Deutschland wechselte. Nach einer Tätigkeit in Berlin begann sie 2019 mit dem Aufbau einer Forschungsgruppe am Lübecker Institut für Neurogenetik, wo sie sich 2020 habilitierte. (PM/RED)

Dr. Jens Bundesen übernimmt Position von Uwe Storde

Dr. Jens Bundesen ist neuer leitender Oberarzt der Chirurgischen Klinik im Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital in Flensburg. Er folgt auf Dr. Uwe Storde, der, wie berichtet, kürzlich in den Ruhestand verabschiedet wurde. Bundesen ist seit 2002 im Hause tätig – mit zwei Unterbrechungen in Osnabrück und in der Berliner Charité. Der Facharzt für Chirurgie und für Viszeralchirurgie verfügt über die Zusatzbezeichnungen spezielle Viszeralchirurgie, Proktologie und Notfallmedizin. (PM/RED)



Dr. Jens Bundesen

Bundesverdienstkreuz für Prof. Liselotte Mettler

Prof. Liselotte Mettler, langjährige stellvertretende Direktorin der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Kiel, ist von Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet worden. Ministerpräsident Daniel Günther überreichte die Auszeichnung Ende Februar in Kiel. Mettler habe als Ärztin und Wissenschaftlerin die deutsche, europäische und internationale medizinische Entwicklung in der gynäkologischen endoskopischen Chirurgie und der Reproduktionsmedizin revolutioniert und über sechs Jahrzehnte wesentlich geprägt und vorangebracht, hieß es in der schriftlichen Laudatio. Die Frauenärztin war vier Jahrzehnte lang an der Universitätsklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Kiel tätig. 1981 wurde sie stellvertretende Klinikdirektorin, bis 2007 leitete sie die Sektion Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Seit 2008 ist sie freie Mitarbeiterin der Universitätsklinik und Geschäftsführerin des Unternehmens GyneConsulting Kiel. Daneben ist sie Schirmherrin und ehrenamtliche Mitarbeiterin der von ihr mitbegründeten Kieler Schule für gynäkologische Endoskopie, die sie bis zu ihrer Emeritierung leitete. Bis heute veröffentlicht sie wissenschaftliche Artikel und hält Vorträge. Als stellvertretende Klinikdirektorin war Liselotte Mettler gleichberechtigt an der Implementierung und Weiterentwicklung der minimalinvasiven Chirurgie beteiligt. Trotz anfänglicher Skepsis, mit der sie als Frau in der Chirurgie konfrontiert wurde, ließ sie sich dabei nie entmutigen. Damit ist sie zu einer Pionierin der Gleichstellung von Frauen in leitenden Positionen in der Medizin geworden. 54 Jahre nach der ersten endoskopischen Chirurgie in Kiel ist diese heute weltweit Standard. Liselotte Mettler vermittelte die OP-Technik weltweit und hat damit zum internationalen Ansehen der deutschen Medizin beigetragen. Auch in der Reproduktionsmedizin hat Liselotte Mettler in Deutschland Geschichte geschrieben. 1982 konnte sie das erste Kieler „Retortenbaby“ zur Welt bringen, das zweite Baby, das in Deutschland durch künstliche Befruchtung auf die Welt kam. Seitdem sind weltweit mehr als zehn Millionen Retortenbabys geboren worden.



Prof. Liselotte Mettler bei der Verleihung des Verdienstkreuzes mit Ministerpräsident Daniel Günther in Kiel.

In seiner persönlichen Laudatio würdigte Günther die Ärztin für ihren beispiellosen Einsatz: „Sie sind in Ihrem Leben weit über das hinausgegangen, was ein Arzt oder eine Ärztin ohnehin leistet. Sie haben Ihr gesamtes Leben der Wissenschaft und Forschung gewidmet“, so der Ministerpräsident. Mit ihrer Forschung und ihrer praktischen Arbeit habe Professorin Mettler die Möglichkeiten der Medizin enorm erweitert. „Sie haben die Endoskopische Chirurgie in der Gynäkologie gegen alle Widerstände mitetabliert und in unzähligen Operationen verfeinert.“ Auch die In-vitro-Fertilisation in Deutschland habe Mettler maßgeblich mitentwickelt, sagte Günther weiter. „Zahllose Familien haben auch dank Ihrer Forschungsarbeit das Glück eines eigenen Kindes erlebt.“ Lieselotte Mettler habe ihre medizinische Laufbahn überwiegend der Gesundheit von Frauen gewidmet und damit gleichzeitig den Fokus auf die Position von Frauen in der Frauengesundheit gelenkt. „Mit Ihrem harten Einsatz, oft unter dem argwöhnischen Blick männlicher Kollegen, haben Sie auch nachfolgenden Generationen von Ärztinnen den Weg geebnet und damit wichtige Arbeit als Pionierin geleistet“, betonte der Ministerpräsident. „Mit Ihrer Arbeit haben Sie Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen, Patienten und Familien über Jahrzehnte hinweg einen großen Dienst erwiesen.“

Die Leistungen von Professorin Mettler könne man kaum genug würdigen, so Günther. Er freue sich daher sehr, ihr die Auszeichnung mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse zu überreichen. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

*Dr. Erika Grote, Kiel,
geboren am 19.02.1939, verstarb am 24.10.2024.*

*Prof. Werner Grote, Kiel,
geboren am 17.04.1938, verstarb am 16.01.2025.*

*Prof. Heinrich Bartels, Lübeck,
geboren am 30.10.1935, verstarb am 06.03.2025.*

*Dr. Hans-Joachim Hassemer, Wangels,
geboren am 12.09.1938, verstarb am 06.03.2025.*

*Dr. Karin Schult, Halstenbek,
geboren am 11.07.1953, verstarb am 07.03.2025.*

Meilenstein in der Neurochirurgie

NEUROCHIRURGIE Forschende des Kieler UKSH, der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) und des Max-Planck-Instituts für Molekulare Genetik (MPIMG), Berlin, haben eine Methode entwickelt, um Hirntumoren während einer Operation in Echtzeit molekulargenetisch zu klassifizieren.

Der Ansatz kombiniert die DNA-Methylierungsanalyse mit maschinellen Lerntechnologien, um während des Eingriffs Informationen über die Tumorart zu liefern.

Damit ist es möglich, die neurochirurgische Operation an den individuellen Merkmalen des Hirntumors auszurichten und nicht mehr nur an der Lage und der Nähe des Tumors zu Funktionszentren im Gehirn. So wird ein gezieltes Vorgehen bei der Tumorentfernung ermöglicht, was bei komplexen Fällen einen entscheidenden Vorteil für die Patientinnen und Patienten darstellt. Die Erkenntnisse wurden im Journal Nature Medicine publiziert. Für die Studie arbeitete u.a. Prof. Franz-Josef Müller, stellvertretender Direktor der Kieler UKSH-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Forschenden der genannten Institutionen im interdisziplinären Team. Realisiert werden konnte die Studie mit der Klinik für Neurochirurgie des UKSH, Campus Kiel.

Bisherige Fortschritte in der Neurochirurgie waren durch eine Verfeinerung der Technik in der Tumorentfernung gekennzeichnet. Der jetzt verfolgte krankheitsbasierte Ansatz revolutioniert aus Sicht des Teams die gesamte Vorgehensweise. Statt sich an der Tumorlokalisation zu orientieren, eröffnet die intraoperative Identifikation des Tumortyps neue Möglichkeiten für eine Anpassung der operativen Strategie an die spezifische Biologie des Tumors. „Dieser Ansatz verknüpft die Präzisionsmedizin direkt mit der Neurochirurgie und hebt die Behandlung von einem technikzentrierten Vorgehen auf ein individuell abgestimmtes, krankheitszentriertes Niveau. So wird die Operation zu einer maßgeschneiderten Therapie“, sagte Dr. Carolin Kubelt-Kwamin, Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie.

Die DNA-Methylierung, ein epigenetischer Marker, kann als „Fingerabdruck“

des Tumors verstanden werden, der seine Herkunft widerspiegelt. Verschiedene Tumorarten haben spezifische Methylierungsmuster, die durch Sequenzierung analysiert werden können. Die neue Methode verwendet die Nanopore-Sequenzierung, um diese Muster schnell und genau zu identifizieren. Weil diese Sequenzierung im engen Zeitrahmen während einer Operation stattfinden soll, kann sie auch nur einen Bruchteil der Methylierungsmuster eines Tumors erfassen. Die Forschenden haben daher auf einen mathematischen Ansatz aus der Wahrscheinlichkeitstheorie, das Bayes-Theorem, zurückgegriffen.

Die Studie zeigt, dass die Ergebnisse der neuen Methode mit denen einer vollständigen neuropathologischen Untersuchung übereinstimmen. Die Forschenden heben hervor, dass damit auch diagnostisch schwierige Tumoren korrekt zu klassifizieren sind, bei denen herkömmliche histopathologische Methoden häufig versagen.

Moderne molekulare und epigenetische Analysemethoden haben die Band-

breite von Tumoren aufgedeckt, die lange als eine Krebsart galten. Allein die Tumoren des zentralen Nervensystems wurden vor wenigen Jahren in etwa 90 Kategorien eingeordnet. Diese Unterschiede erfordern auch unterschiedliche Therapien. Einige Tumoren können allein mit Strahlentherapie oder Medikamenten behandelt werden, während andere eine weitreichende Operation erfordern.

Da das Tumorgewebe bislang jedoch erst nach der Operation analysiert wird, wissen Chirurginnen und Chirurgen in der Regel während des Eingriffs nicht, welche Kategorie vorliegt – und müssen dennoch über die Behandlung entscheiden, bei der das Risiko besteht, dass auch gesunde Teile des Gehirns verletzt werden. Die intraoperative DNA-Methylierungsanalyse kombiniert mit Nanopore-Sequenzierung liefert nun entscheidende Informationen, die direkt in Entscheidungen über das Vorgehen der Operierenden einfließen und so eine personalisierte Präzisionschirurgie unterstützen können. (PM/RED)



Dr. Carolin Kubelt-Kwamin, Oberärztin der Klinik für Neurochirurgie des UKSH in Kiel, Björn Brändl, Doktorand, Prof. Franz-Josef Müller, stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKSH in Kiel und Christian Rohrandt, Zentrum für Integrative Psychiatrie, Campus Kiel, (v.l.) mit Nanopore Sequenzierern.

Hohe Dunkelziffer bei FSME-Infektionen

FSME Fälle von Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) sind seit Jahren mit steigender Tendenz deutschlandweit zu verzeichnen. Aufgrund des Klimawandels sind Zecken als Überträger der FSME-Viren inzwischen ganzjährig aktiv. Auch in diesem Jahr rechnen Forschende mit weiter steigenden Fallzahlen und weisen auf die besondere Bedeutung einer Schutzimpfung hin.

In Schleswig-Holstein hat es 2024 keine meldepflichtige FSME-Erkrankung nach Zeckenbiss gegeben. „Seit 2001 sind insgesamt 20 Personen an einer FSME erkrankt, in den Jahren 2022 und 2023 war es jeweils eine Meldung“, teilte ein Sprecher des Landesgesundheitsministeriums auf Anfrage mit. Grund, sich beruhigt zurückzulehnen, ist dies nicht: „FSME kommt in ganz Deutschland vor, auch in

vermeintlichen Nicht-Risikogebieten wie Nord- und Ostdeutschland sehen wir vermehrt Infektionen“, erläuterte Prof. Gerhard Dobler, Leiter des Nationalen Konsiliarlabors für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) am Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr in München, bei einer Veranstaltung der Universität Hohenheim. Seine Empfehlung: „Wer im Wald Pilze sammelt, sollte geimpft sein!“

Bei der Frühsommer-Meningoenzephalitis handelt es sich nach Angaben von Dobler häufig um eine schwere Erkrankung mit fieberhaftem Verlauf. Die FSME-Erreger werden vor allem durch Zecken wie den europäischen Holzbock, seltener auch die Auwaldzecke übertragen. Nach rund zehn Tagen treten grippeähnliche Symptome auf. Bei rund einem Drittel der Patienten kommt es nach einer vorübergehenden Besserung zu einem erneuten Fieberanstieg und einer zweiten Krankheitsphase. Bei leichten Verläufen klagen die Patienten vorwiegend über starke Kopfschmerzen. Bei schwereren Verläufen sind auch Gehirn und Rückenmark beteiligt. Zu den Symptomen gehören Koordinationsstörungen, Lähmungen, Sprach- und Sprechstörungen sowie Bewusstseinsstörungen und epileptische Anfälle. „Mehr als 80 % der Betroffenen verbringen durchschnittlich sieben bis acht Tage im Krankenhaus, 10 % sind intensivpflichtig, bei 50 % der Patienten halten Schäden an Muskulatur und Nerven über Jahre an“, so Dobler. Für rund 1 % der Patienten endet FSME tödlich. Ist die Krankheit erst einmal ausgebrochen, können nur die Symptome therapiert werden.

Insgesamt verzeichnete das Robert Koch-Institut (RKI) 2024 in Deutschland 686 FSME-Fälle. Nach einem Rekord im Jahr 2020 mit 718 Fällen ist 2024 damit das Jahr mit den zweithöchsten Fallzahlen seit Beginn der Datenerfassung im Jahr 2001.

Die Dunkelziffer ist hoch, wie Dobler erläuterte: 90 % der Infektionen werden nicht als solche erkannt, weil sie subklinisch verlaufen. Die Mehrzahl der Erkrankungen findet laut RKI zwischen Mai und Oktober statt, die durchschnittliche Inzidenz schnellst ab dem 40. Lebensjahr in die Höhe, betroffen sind mehr Männer als Frauen.

Seit einigen Jahren sei in der Summe ein deutlich ansteigender Trend erkennbar, betonte Prof. Ute Mackenstedt, Leiterin des Fachgebiets Parasitologie der Universität Hohenheim. Bereits im Februar seien die ersten FSME-Fälle dieses Jahres in Baden-Württemberg, Bayern und Sachsen zu verzeichnen gewesen. Die Infektionen müssten also mitten im Winter stattgefunden haben. Zecken als Überträger der Viren können aufgrund des Klimawandels ganzjährig aktiv sein, erläuterte Mackenstedt. Die milden Temperaturen tragen dazu bei, dass immer mehr Zecken den Winter überleben: „Temperaturen bis zu -7 Grad können sie problemlos für einige Tage aushalten“, so die Parasitologin.

Wie Übertragung und Infektion ablaufen, ist noch nicht bis ins Detail erforscht. Denn nicht jede Zecke ist Träger von FSME. Als Hauptwirte für das Virus gelten kleine Nagetiere. Wenn eine Zecke ein Nagetier, das FSME-Träger ist, sticht, nimmt sie beim Blutsaugen die Erreger auf. Sticht die Zecke danach einen Menschen, kann sich dabei FSME auch auf ihn übertragen. Mit dem FSME-Virus infizierte Zecken treten aktuell häufiger auch in bisher nicht betroffenen Gebieten auf. „Es gibt immer wieder neue FSME-Stämme, die aus Osteuropa Richtung Westen ziehen“, so Mackenstedt. Ein Stamm aus Polen etwa sei zunächst in Sachsen-Anhalt und später in Niedersachsen und nun auch in den Niederlanden nachgewiesen worden. Zudem sei das Risiko für eine FSME-Infektion auch in den

Zecken

Die häufigste Zeckenart ist der zu den Schildzecken gehörende *Ixodes ricinus* (auch Gemeiner Holzbock genannt); er ist der Wirt für Borrelien, FSME-Viren und Anaplasmen. Der Gemeine Holzbock kommt praktisch überall vor, wo es Pflanzen gibt, auch in Gärten oder Parks. Die Zecke klettert auf eine exponierte Stelle wie einen Grashalm oder ein Gebüsch oder herumliegendes Totholz. Kommt ein Tier oder Mensch vorbei, wird sie bei Kontakt abgestreift und hält sich fest. Zecken fallen weder von Bäumen noch können sie springen. Die meisten Zecken warten in einer Höhe von weniger als einem Meter, häufig sogar nur zwischen 10 und 50 cm über dem Boden.

Stichwort Borreliose: Bei etwa 2,6–5,6 % der Menschen, die von einer Zecke gestochen wurden, können Antikörper gegen Borrelien nachgewiesen werden. Lediglich 0,3–1,4 % der Gestochenen zeigen Symptome wie Abgeschlagenheit, Gelenk- oder Muskelschmerzen, Fieber oder Nachtschweiß. Borreliose ist nicht meldepflichtig, eine diagnostizierte Erkrankung wird mit Antibiotika behandelt, ein Impfstoff befindet sich in der Entwicklung.

(QUELLE: RKI)

Nachbarländern Deutschlands gestiegen: „Auch in Frankreich, den Niederlanden, England und Dänemark wurden bereits FSME-positive Zecken und menschliche Erkrankungsfälle nachgewiesen“, erklärte Mackenstedt.

In Schleswig-Holstein werde die aktuelle Entwicklung verfolgt, wie das Landesgesundheitsministerium weiter mitteilte: „Das RKI stellt im aktuellen Epidemiologischen Bulletin fest, dass sorgfältig beob-

achtet werden muss, ob sich FSME-Naturherde nachhaltig in nördlichen und westlichen Regionen Deutschlands etablieren beziehungsweise ob die Verbreitung nach Norden weiter anhält. Das Gesundheitsministerium steht daher zur Verbreitung von FSME laufend im Austausch mit den anderen Bundesländern und dem Robert-Koch-Institut.“ Zu den FSME-Haupt-Endemiegebieten veröffentlicht das RKI jährlich eine Karte. Demnach sind aktuell 183 Kreise

als FSME-Risikogebiete definiert. Kreise und Kreisfreie Städte in Schleswig-Holstein sind nicht enthalten, so der Ministeriumssprecher.

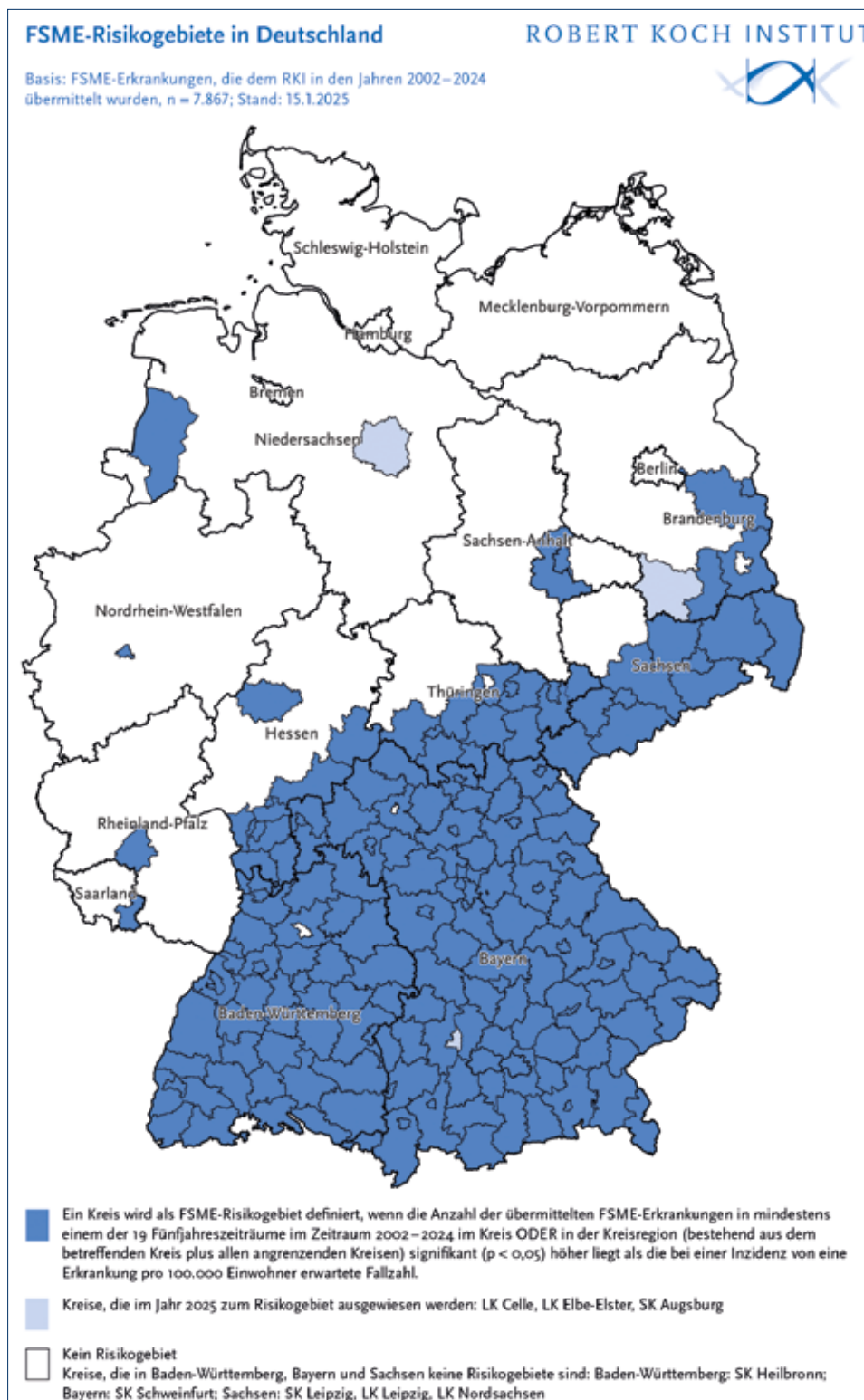
Die Karte des RKI werde häufig falsch interpretiert, kritisierte FSME-Experte Dobler. Die dunklen blauen Flächen zeigen eine Inzidenz von mehr als einem Fall pro 100.000 Einwohner an, die weißen Flächen eine niedrigere Inzidenz. „Das heißt jedoch nicht, dass es in diesen Gebieten keine FSME-Infektionen gibt. Hier kommt es leider immer noch zu Missverständnissen in der Ärzteschaft, wenn symptomatische Patienten nicht auf FSME untersucht werden, nur weil sie sich in einem vermeintlich risikofreien weißen Gebiet befinden.“

Angesicht der aktuellen Entwicklungen sei eine Impfung derzeit wichtiger denn je. „Da das Infektionsrisiko in ganz Deutschland vorhanden ist, kann eine Impfung auch für Menschen außerhalb der offiziell ausgewiesenen Risikogebiete sinnvoll sein“, so der Mediziner. „Und auch bei einer Urlaubsreise in die benachbarten Länder bietet die Impfung einen zuverlässigen Schutz.“

Für eine Grundimmunisierung seien drei Impfungen notwendig. Die Auffrischung müsse alle fünf Jahre, ab dem 50. beziehungsweise 60. Lebensjahr je nach verwendetem Impfstoff alle drei Jahre erfolgen. Statistisch sei erst bei einer Durchimpfung von 50 % der Bevölkerung ein Sinken der Fallzahlen zu erkennen: „Bisher erreicht kein Bundesland diese Impfquote“, erklärte Dobler. Doch das spielt für das individuelle Risiko ohnehin keine Rolle: „FSME wird nicht von Mensch zu Mensch übertragen, weshalb auch eine hohe Durchimpfungsrate nicht das individuelle Risiko senkt.“ Die Impfung biete jedoch einen individuellen Schutz und sei gut verträglich. 98 % der FSME-Erkrankten sind laut RKI nicht oder nur unzureichend geimpft.

Das Landesgesundheitsministerium weist darauf hin, dass die Informationen und Empfehlungen des RKI sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu FSME auch für die Menschen in Schleswig-Holstein gelten. Sie sind online abrufbar unter RKI - FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) und Startseite: FSME. Impfinweise und weitere Informationen gibt es auch auf den Seiten des Landesgesundheitsministeriums: schleswig-holstein.de – Impfen A-Z – Infektionskrankheiten von A-Z sowie unter schleswig-holstein.de – Impfen A-Z – Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).

UWE GROENEWOLD



(K)ein Ende in Sicht?

INFLUENZA Vielen Ärztinnen und Ärzten in Praxen und Notaufnahmen kam es zuletzt vor, als würden die Erkältungswelle und insbesondere die Influenzaepidemie nicht abreißen. Eine Übersicht von Ärztinnen und Ärzte der Lübecker UKSH-Klinik für Infektiologie zur epidemiologischen Lage akuter respiratorischer Infektionen in Schleswig-Holstein.

Das Robert Koch-Institut (RKI) gab im Wochenbericht der 10. Kalenderwoche (03.03.–10.03.2025) die Inzidenz akuter respiratorischer Infektionen (ARE) mit 7.380 ARE pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (Vorwoche: 7.672/100.000) an – und damit relativ stabil im Vergleich zur Vorwoche. Im gleichen Zeitraum im Jahr 2024 lag die Inzidenz nur bei 6.199/100.000, was in etwa dem präpandemischen Aufkommen in KW 10 im Jahr 2019 entspricht¹.

Nachdem SARS-CoV-2 Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein in den Jahren 2020 bis 2023 beschäftigt hat, zeigt die „Grippesaison“ 2024/25 wieder ihren typischen präpandemischen Verlauf: Seit der zweiten Hälfte des Dezembers 2024 kommt es zunehmend zu ARE. Diese werden im Sentinel des RKI für Praxen und Krankenhäuser in ganz Deutschland registriert². Außer Inflenzaviren werden andere respiratorische Viruserreger inklusive Rhinoviren, Respiratorische Synzytialviren (RSV), humane Metapneumoviren, Adenoviren, humane saisonale Coronaviren und SARS-CoV-2 u.a. als Erreger von ARE nachgewiesen. Der Begriff „Grippesaison“ ist somit irreführend, da ähnliche Symptome durch Viren ausgelöst werden können, gegen die die Influenzaimpfung unwirksam ist. In der 10. Kalenderwoche 2025 fielen die Influenza-positiven Proben im Sentinel der Arztpraxen auf 43 % der getesteten Viren ab (Vorwoche 53 %).

Es handelte sich in 61 % der nachgewiesenen Inflenzaviren um Influenza Typ B, der Anteil von Typ A H1N1 (26 %) und H3N2 (12 %) blieb ebenfalls stabil im Vergleich zur Vorwoche. Seit der 6. Kalenderwoche wird mehr Influenza B als A registriert, wobei Influenza A für mehr stationäre Krankenhausaufnahmen verantwortlich war. RSV wurde in 13 % der Proben identifiziert und betraf vor allem Kinder bis 5 Jahre, während SARS-CoV-2 zumindest im Sentinel aktuell nicht nachweisbar war. Unter den symptomatischen Patientinnen und

Patienten mit einer schweren ARE wurde unter den Schulkindern und jungen Erwachsenen etwa die Hälfte positiv auf Influenza getestet. Die Anzahl der Arztkonsultationen wegen ARE ging jedoch leicht zurück. Bei den analysierten Proben handelte es sich allerdings nur um solche Patientinnen und Patienten, die sich wegen einer entsprechenden Symptomatik ärztlich vorstellten. Da nicht bei jeder Atemwegsinfektion eine Konsultation einer ärztlichen Praxis mit entsprechender Diagnostik erfolgt, ist eine Aussage über die mögliche Dunkelziffer nicht gesicherter viraler Atemwegserkrankungen nicht möglich. In der Saison 2024/25 wurden bislang 1.090 Todesfälle mit Influenzavirusinfektion an das RKI übermittelt. Unter diesen waren 89 % 60 Jahre oder älter. Zum Vergleich: Im glei-

chen Zeitraum wurden 2.401 Todesfälle mit SARS-CoV-2 (96 % ≥60 Jahre) und 123 Todesfälle mit RSV (92 % ≥60 Jahre) berichtet.

In Schleswig-Holstein wurden in den ersten zehn Kalenderwochen des Jahres 2025 8.883 Influenzanachweise nach IfSG gemeldet. Es kam in diesem Zeitraum zu 1.706 (19,2 %) Hospitalisierungen und 30 (0,3 %) Todesfällen³. Im gesamten Jahr 2024 wurden 5.260 Nachweise gemeldet sowie 920 (17,4 %) Hospitalisierungen und 19 (0,4 %) Todesfälle registriert⁴. Große Unterschiede finden sich in der Inzidenz auf Landkreisebene. Während diese in den ersten zehn Wochen des Jahres im Kreis Flensburg bei 116,5/100.000 Einwohnerinnen und Einwohner lag, betrug sie im Kreis Segeberg 388,6/100.000³.

SARS-CoV-2 wurde im gleichen Zeit-



raum im Jahr 2025 in Schleswig-Holstein 1.416-mal gemeldet. Hier wurden 574 Hospitalisierungen und 19 Todesfälle verzeichnet⁵. Vergleichbare Daten zu RSV-Infektionen liegen leider nicht vor.

Risikofaktoren für Influenza

Influenza kann Menschen jeden Alters betreffen, doch bestimmte Altersgruppen sind besonders gefährdet. Säuglinge, Kleinkinder und ältere Menschen über 60 Jahren haben ein höheres Risiko für schwere Verläufe und Komplikationen wie Pneumonien. Influenza führt zudem zu einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse. Während Kinder häufig zur Virusverbreitung beitragen, sind ältere Menschen besonders anfällig für Hospitalisierungen und Todesfälle. Auch Personen mit chronischen Erkrankungen oder geschwächtem Immunsystem gehören zur Risikogruppe: Diese beinhalten chronische pulmonale, kardiovaskuläre Erkrankungen, Leber- und Nierenerkrankungen, Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen, Adipositas (BMI ≥ 30), Schwangere, ZNS-Erkrankungen, wie z.B. chronische neurologische Erkrankungen oder Demenz, angeborene oder erworbene Immundefizienz (z.B. HIV-Infektion, chronisch-entzündliche Erkrankungen unter relevanter immunsupprimierender Therapie, z.n. Organtransplantation) und aktive neoplastische Krankheiten.

Einfluss der Influenzaimpfung auf die Influenzaepidemie

Die Intensität der Influenzaepidemie wird von den zirkulierenden Virusstämmen, der Impfquote und der Immunität der Bevölkerung beeinflusst. Die Impfeffektivität des Influenzaimpfstoffes ist zudem davon abhängig, ob die Zusammensetzung des Impfstoffes zu den tatsächlich zirkulierenden Virusvarianten passt. Gefürchtet wird ein Antigen-Shift der Influenzaviren, der aufgrund einer genetischen Neuordnung des Antigens Pandemien auslösen kann, wie z.B. 2009/2010 die Influenza-A-Virus-H1N1-Pandemie, die lange Zeit fälschlicherweise als „Schweinegrippe“ benannt wurde.

Die Influenzaimpfquote ist in Deutschland seit Jahren auf niedrigem Niveau stabil. Die Impfquote der über 60-Jährigen lag in der Saison 2023/2024 bundesweit bei 38,2 %. In Schleswig-Holstein lag sie abhängig vom Landkreis zwischen 43,4 und 50,1 %⁶. Die Impfquote bei Menschen mit Risikofaktoren lag bundesweit bei 30,2 % und in Schleswig-Holstein bei 38,3 %⁶. Gegen SARS-

CoV-2 ließen sich im gleichen Zeitraum nur 16 % der über 60-Jährigen impfen⁷.

In einer ersten europäischen Interimsanalyse konnten Angela MC Rose und Kolleginnen und Kollegen auf Grundlage der Daten aus 17 Ländern die Impfeffektivität der diesjährigen Impfstoffe beurteilen⁸. Als Impfeffektivität wird hier die adjustierte Odds Ratio in Prozent angegeben. Für Influenza A(H1N1)pdm09 lag die Effektivität im ambulanten Setting bei 30–70 %, bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten bei 46–53 %. Die entsprechenden Effektivitäten für Influenza A(H3N2) lagen bei 29–47 % bzw. 31–49 % und für Influenza B bei 58–74 % bzw. 73–88 %. Diese Angaben beziehen sich auf alle Altersgruppen. Zusammenfassend kommen die Autorinnen und Autoren zu dem Schluss, dass die Influenzaimpfung abhängig vom jeweiligen Virussubtyp ein Drittel bis mehr als drei Viertel der Influenzainfektionen, die im ambulanten oder stationären Setting behandelt werden mussten, unter den Geimpften verhinderte.

In Deutschland werden die verhinderten Fälle auf ca. 400.000 Influenzaerkrankungen pro Jahr bei Personen über 60 Jahren geschätzt⁹. Zudem wurde in zahlreichen Studien gezeigt, dass eine Influenzaerkrankung bei geimpften Personen milder, also mit weniger Komplikationen inklusive Hospitalisationen und Intensivaufenthalten verläuft als bei Ungeimpften¹⁰. Weitere Argumente für die Influenzaimpfung sind die Reduktion von influenzabedingten ärztlichen Konsultationen, Reduktion von Antibiotikaverschreibungen sowohl inadäquat bei viralen ARE, als auch bei bakteriellen Superinfektionen¹¹, Exazerbationen von COPD und anderer chronischer Lungenerkrankungen¹².

Impfempfehlungen SARS-CoV-2 und Influenza

Allen erwachsenen Personen wird gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) eine Grundimmunisierung gegen SARS-CoV-2 d.h. mindestens 3 Antigenkontakte, mit mindestens 1 Impfung, empfohlen¹³. Allen Personen ≥ 60 Jahre wird die jährliche Impfung gegen SARS-CoV-2 und Influenza im Herbst empfohlen. Eine Empfehlung besteht ebenso für Personen, die sechs oder mehr Monate eine erhöhte gesundheitliche Gefährdung für einen schweren Verlauf haben, sowie für enge Kontaktpersonen von Personen, bei denen eine schützende Immunantwort nach Impfung nicht zu erwarten ist. Darüber hinaus besteht eine Empfeh-

lung für beruflich exponierte Personen. Für Menschen in Pflegeeinrichtungen wird zudem die jährliche Influenzaimpfung empfohlen. Ältere Menschen haben oft eine reduzierte Immunantwort, sodass die Impfung bei ihnen weniger zuverlässig wirkt als bei jungen Erwachsenen (Immunoseneszenz). Daher empfiehlt die STIKO für alle Personen ≥ 60 Jahre eine Influenzaimpfung mit einem Hochdosisimpfstoff oder dem MF-59-adjuvantierten Impfstoff.

RSV

Die einmalige Impfung wird allen Personen ≥ 75 Jahre sowie Personen im Alter von 60–74 Jahren mit schweren chronischen Erkrankungen und/oder Bewohnenden von Pflegeeinrichtungen gleichen Alters empfohlen¹³. Detaillierte Angaben zu den oben genannten Impfindikationen sind den jeweils gültigen Empfehlungen der STIKO zu entnehmen.

Aktuelle Therapieempfehlungen Influenza

In der zuletzt im Jahr 2021 aktualisierten Leitlinie zur Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie wird die Therapie der Influenza von stationären Patienten empfohlen. Andere Empfehlungen, wie die der WHO oder CDC, weichen in Details voneinander ab. In der Praxis hat sich in den letzten Jahren bewährt, im ambulanten Bereich Patientinnen und Patienten mit Symptombeginn innerhalb von 48 Stunden sowie aufgrund von Influenza hospitalisierte Personen unabhängig von der Symptombdauer mit Oseltamivir 2-mal 75 mg (bei normaler Nierenfunktion) für 5 Tage zu therapieren. Studien weisen für Oseltamivir eine Reduktion der Symptombdauer um weniger als einen Tag¹⁴, Auftreten von Pneumonien und Hospitalisationen¹⁴ sowie die Reduktion der Mortalität insbesondere bei früher Therapie nach¹⁵. In einer aktuellen großen Metaanalyse konnte jedoch kein Nutzen bei ambulanten Patientinnen und Patienten nachgewiesen werden. Eine weitere antiviral wirksame Substanz zur Therapie und Postexpositionsprophylaxe ist Baloxavir, welches den größten Effekt in der Reduktion von Hospitalisationen bei Risikopatientinnen und -patienten¹⁶ zeigte. Aktuell ist das Präparat in Deutschland jedoch nicht verfügbar. Die Entwicklung von effektiven antiviralen Medikamenten gegen die Influenza ist daher dringend notwendig. Alle in der Saison 2024/2025 untersuchten Influenzaviren zeigten sich gegen den Neuraminidasehemmer Oseltamivir empfindlich¹⁷.

COVID-19

Auch in der letzten Revision der "Living"-Guideline zur Therapie einer Infektion mit SARS-CoV-2 ist die orale Kombination von Nirmatrelvir und Ritonavir Mittel der Wahl im ambulanten Setting. Zu beachten sind v.a. Interaktionen mit Arzneimitteln mit stark CYP3A-abhängiger Clearance (z.B. Antikoagulanzen, Statine, Sedativa). Die Leitlinie empfiehlt hier die Gabe über 5 Tage für alle Patientinnen und Patienten mit Symptombeginn innerhalb der vorangegangenen 5 Tage, sofern ein hohes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf vorliegt¹⁸. Weitere Therapien inklusive Remdesivir werden im stationären Setting für die Frühinfektion <7 Tage bei Risikopersonen oder Pneumonie mit Sauerstoffbedarf sowie der Einsatz von Dexamethason bei Sauerstoffbedarf empfohlen.

Fazit

ARE bleiben ernstzunehmende Erkrankungen mit erheblichem Einfluss auf die öffentliche Gesundheit in Deutschland. Die bereits etablierte Surveillance sollte weiter optimiert werden, um zeitnah Informationen über zirkulierende Viren, Häufigkeit und Schwere der Erkrankungen sowie die Wirksamkeit der Impfungen zu erhalten. Zusammenfassend liegen die Inzidenzen der ARE höher als im Vorjahr, es gibt jedoch aus den bislang vorliegenden Daten keinen Hinweis auf zirkulierende Influenzaviren, die nicht durch Impfantikörper neutralisiert würden. Zur Bewertung der aktuellen epidemiologischen Situation der ARE im Vergleich zu den Vorsaisons sind die Gesamtzahlen abzuwarten. In Schleswig-Holstein ist die Mortalität bei Influenza aber aktuell unverändert zu den Vorjahren. Trotz der Verfügbarkeit von Impfstoffen gegen Influenza und RSV ist die Impfquote insbesondere in Risikogruppen sowohl zu deren Schutz dringend verbesserungswürdig, als auch zur Entlastung des Gesundheitswesens. Die aktuelle Impfeffektivität ist sehr vielversprechend und sollte Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein vor allem im niedergelassenen Bereich für die kommende „Grippesaison“ 2025/26 motivieren, Personen ab 60 Jahre und Risikopersonen zu impfen. Eine kontinuierliche Anpassung der Impfstoffe und verstärkte Aufklärung über die Bedeutung der Impfung sind essenziell, um die Krankheitslast zu reduzieren und schwere Verläufe zu verhindern.

LITERATUR BEI DEN VERFASSERN

DR. EVELYN KRAMME, DR. BENJAMIN GEBEL,
DR. FREDERIKE WALDECK

Benzodiazepine – aber sicher

VERORDNUNG Wie verordnet man Benzodiazepine verantwortungsvoll und regresssicher? Eine Veranstaltung in der Akademie der Ärztekammer zu diesem Thema soll dabei helfen – und richtet sich nicht nur an Ärztinnen und Ärzte.

Benzodiazepinabhängigkeit ist ein vielschichtiges Phänomen, das unterschiedliche Patientengruppen betrifft – von langfristig niedrigdosierten Anwendern bis hin zu Menschen mit einer Abhängigkeit hoher Dosen. Was können Ärzte und Apotheker tun, damit die Abhängigkeit frühzeitig erkannt und die Suchtspirale rechtzeitig durchbrochen wird?

Dieser Frage geht eine Veranstaltung am 14. Mai nach, die von der Apothekerkammer, der KV und der Ärztekammer Schleswig-Holstein gemeinsam ausgerichtet wird. Ziel der interdisziplinären Fortbildung sind praxisnahe Strategien für einen sicheren und verantwortungsvollen Umgang im Rahmen der Verordnung und Abgabe von Benzodiazepinen, das Erkennen von Abhängigkeit und Möglichkeiten der Entzugstherapie. Zudem wird das Spannungsfeld zwischen der Prävention von Arzneimittelmisbrauch und den rechtlichen Vorgaben beleuchtet.

Konkrete Themen der Veranstaltung sind u.a.:

- ▶ Regresssicheres Ordnungsverhalten: Indikationen und mögliche Alternativen.
- ▶ Differenzierung verschiedener Formen der Benzodiazepinabhängigkeit und Strategien für einen erfolgreichen Entzug.
- ▶ Rechtliche Vorgaben für Apotheker im Umgang mit suchgefährdeten Patientinnen und Patienten.

Zu den Referenten zählt u.a. Dr. Rüdiger Holzbach, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Hochsauerlandklinikum und erfahrener Experte in der Behandlung der Benzodiazepinabhängigkeit.

Daten zur Veranstaltung im Überblick:

- ▶ Datum: Mittwoch, 14. Mai 2025
- ▶ Uhrzeit: 15:00 bis 18:00 Uhr
- ▶ Ort: Akademie der Ärztekammer, Bad Segeberg
- ▶ Fortbildungspunkte: 4
- ▶ Kosten: kostenfrei

Parallel zur Organisation der Veranstaltung haben die beteiligten Institutionen die von der KV Hamburg übernommenen Handlungsempfehlungen in Teilen überarbeitet. Darin wird u.a. klargestellt, dass Benzodiazepine nur bei Angst-, Spannungs- und Erregungszuständen und zur Kurzzeitbehandlung zugelassen sind – oft werden sie jedoch länger verordnet als nötig. Clonazepam ist zur Ergänzung der Behandlung zerebraler Krampfanfälle zugelassen und darf langfristig verordnet werden. Es ist zugleich eines der beliebtesten Benzodiazepine auf dem Schwarzmarkt.

Folgen eines längerdauernden Konsums aller Benzodiazepine können eine Einschränkung von Gedächtnis und Merkfähigkeit, Muskelschwäche und Koordinationsstörungen sowie eine Gefühlsverflachung sein. Insbesondere bei älteren Menschen kann es zu Stürzen oder zum Bild einer „Scheindemenz“ kommen. In den Handlungsempfehlungen finden Ärztinnen und Ärzte Hinweise zur Verschreibung, u.a. die „4 Ks“: klare Indikation/korrekte Dosierung/kurze Anwendung/kein abruptes Absetzen nach längerem Gebrauch. Beschrieben ist in den Empfehlungen aber auch, wie eine Benzodiazepinabhängigkeit erkannt wird und was bei einem Entzug zu beachten ist. Darüber hinaus enthalten die Empfehlungen Hinweise für den Umgang mit Arzneimittelmisbrauch aus Sicht der Apotheke, Beratungsangebote und weiterführende Literatur. Hier geht es zu den Handlungsempfehlungen: <https://www.aeksh.de/media/1720> (PM/RED)

Personalisierte Therapien bei Leukämie

FORSCHUNG Bei der akuten myeloischen Leukämie (AML) besteht auch nach einer Stammzelltransplantation ein hohes Rückfallrisiko. Eine Studie, an der sich Kieler Forschende beteiligen, könnte Fortschritte bringen.

Die klinische Studie PIVOT wurde kürzlich von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus Dresden und Kiel gestartet. Sie untersucht, ob das Medikament Ivosidenib dabei helfen kann, das Risiko eines Rückfalls zu verringern und die Überlebenschancen von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Das Medikament Ivosidenib wurde 2023 in Europa u.a. zur Behandlung von akuter myeloischer Leukämie (AML) zugelassen. Erkennbar ist laut einer Mitteilung des UKSH, dass Ivosidenib insbesondere bei Betroffenen mit einer IDH1-Mutation zu einer besseren Therapieansprache führt. Bei PIVOT steht nun die langfristige Überlebensprognose im Mittelpunkt.

Die akute myeloische Leukämie ist durch spezifische Genmutationen charakterisiert. Eine der häufigsten Mutationen betrifft die Isocitratdehydrogenase (IDH)-Gene IDH1 und IDH2. IDH1-Mutationen lassen sich bei circa 6-8 % der erwachsenen AML-Patientinnen und -Patienten nachweisen. In Deutschland erkranken jährlich etwa 400 Personen mit dieser Mutation an Blutkrebs. Trotz einer allogenen Stammzelltransplantation ist das Rückfallrisiko hoch. Ivosidenib, ein IDH1-Inhibitor, könnte die Wahrscheinlichkeit eines molekularen Rückfalls verringern und das Langzeitüberleben verbessern.

An der Studie teilnehmende Patientinnen und Patienten erhalten über zwei Jahre hinweg eine tägliche Erhaltungstherapie mit Ivosidenib und werden dabei engmaschig medizinisch begleitet. Wichtige Ziele sind die Steigerung der Überlebensrate, das Verschwinden nachweisbarer Leukämiezellen und die Frage nach Nebenwirkungen.

„Für die Wissenschaft und die klinische Forschung ist die PIVOT-Studie von großer Bedeutung, da sie neue Erkenntnisse über die Erhaltungstherapie mit Ivosidenib nach

einer Stammzelltransplantation liefert und möglicherweise die Behandlung von AML mit IDH1-Mutation revolutionieren könnte“, wird Dr. Jan Middeke, Oberarzt an der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikums Dresden und einer der beiden Studienleiter, in der Mitteilung zitiert. Für die Betroffenen eröffne sich die Möglichkeit, das Rückfallrisiko zu senken und eine längere, krankheitsfreie Lebenszeit zu erreichen.

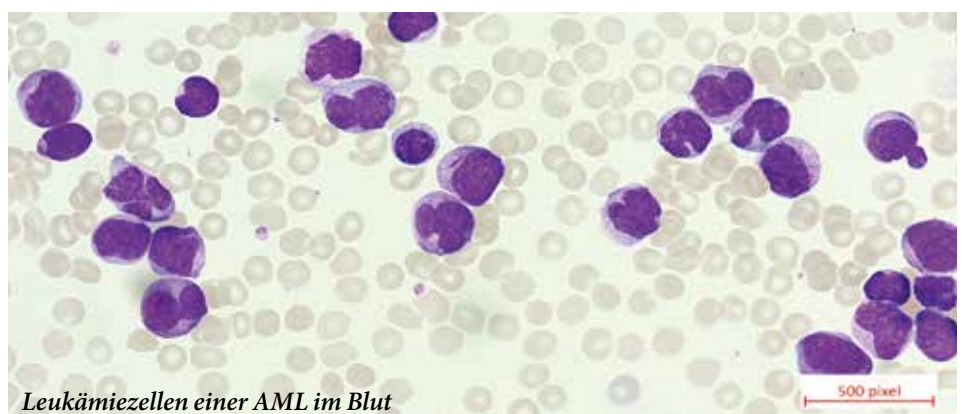
Co-Studienleiter ist Prof. Friedrich Stölzel, Sektionsleiter für Stammzelltransplantation und zelluläre Immuntherapie der Kieler Klinik für Innere Medizin II des UKSH und Professor für Stammzelltransplantation und zelluläre Immuntherapie an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU). Er sagte: „Dieses Projekt ist ein wichtiger Schritt in der Entwicklung präziserer und individueller Therapien, die auf die genetische Beschaffenheit des Tumors zugeschnitten sind. Langfristig könnte die Studie neue Therapieoptionen für weitere Patientengruppen eröffnen und damit die Heilungschancen bei Leukämie weiter verbessern.“

Wenn sich die Therapie nach zweijähriger Erprobung als erfolgreich erweist, könnte sie ein neuer Standard für Patienten



Prof. Friedrich Stölzel

tinnen und Patienten mit einer IDH1-Mutation nach Stammzelltransplantationen werden“, sind Middeke und Stölzel überzeugt. Prof. Claudia Baldus, Prodekanin der Medizinischen Fakultät der CAU und Vorstandsmitglied des Universitären Cancer Center Schleswig-Holstein (UCCSH) sprach von einem „herausfordernden Studienkonzept“, das nur in großen Netzwerkprojekten leistungsstarker Fakultäten und Universitätskliniken umgesetzt werden könne. (PM/RED)



Leukämiezellen einer AML im Blut

„Treffende Beschreibung“

ERFAHRUNGEN Ein Arzt berichtete in Ausgabe 3/2025 über seine Erfahrungen als Patient. Seine Betrachtungen über das Gesundheitswesen stießen auf Resonanz.

Den Artikel des Kollegen Herhahn im letzten Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt habe ich mit großem Interesse gelesen und freue mich über Ihren Mut, diesen auch zu publizieren.

Mit fortschreitendem Alter bleibt es nicht aus, dass man zunehmend aus der Rolle des Akteurs in die des „Opfers“ wechselt; entweder als selbst von Leid Betroffener oder als Mitleidender mit Verwandten oder Freunden. Kollege Herhahn beschreibt das treffend.

Die Erfahrungen, die man dabei macht, geben leider allzu oft Anlass zu kritischer Betrachtung des eigenen Handelns und des eigenen Berufsstandes. Dabei sollte man nicht in der Kritik des „Sys-

tems“ verharren, sondern offen sein für die Frage, wieviel man selbst beiträgt und was man – ggf. über die ärztlichen Standesorganisationen – zur Beseitigung von Defiziten beitragen kann.

Es wäre sinnvoll, wenn die Ärztekammern ein hierfür geeignetes und permanentes Dialogforum einrichten, Forschungsansätze initiieren und deren Ergebnisse in die Gestaltung der ärztlichen Berufsausübung einbringen würden.

Ich bin gespannt auf die Leserbriefdiskussion, die der Artikel auslösen dürfte.

DR. KLAUS SEIDENSTÜCKER, TARP

„Unverschämte Züge“ im Anspruchsverhalten

ERFAHRUNGEN Zum gleichen Thema gibt ein Leser zu bedenken, dass die Anspruchshaltung der Patienten deutlich zugenommen habe.

Dem kann man insgesamt nur sehr deutlich zustimmen. Allerdings hat leider auch das Anspruchsverhalten mancher Patienten mittlerweile häufig irrationale bis unverschämte Züge angenommen! Und das Privatpatienten (bin selbst einer) bei der Vergabe von Terminen in der Praxis oder zu technischen Untersuchungen (z.B. MRT) eindeutig bevorzugt werden ist, obwohl von unseren

Standesfunktionären immer wieder abgestritten, natürlich völlig eindeutig. Das bestätigt sich in meinem meist nicht privatversicherten Bekanntenkreis ununterbrochen immer wieder. Dem Kollegen Herhahn ist für seine (wie immer) kritisch-engagierte und durchdachte Stellungnahme sehr zu danken!

DR. GERHARDT SCHWIEDER, BAD SCHWARTAU

Digital weniger Spaß

ÄRZTEBLATT Die Kammerversammlung hat entschieden: Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt wird digitalisiert – das stößt auf Kritik.

Ich bin sehr enttäuscht darüber, dass das Ärzteblatt ab 2026 nur noch digital erscheint. Ich finde die aufgeführten Argumente, dass ein Printheft weniger als 2 Euro kostet und dass das Lesen am PC weniger Spaß macht, sind stichhaltig und absolut überzeugend. Das digitale Lesen am PC macht nicht nur weniger Spaß, sondern ist nach einem Arbeitstag, an dem sowieso viel Zeit am PC verbracht werden musste, zusätzlich anstrengend und das Lesen im Lesesessel entspannend. Wenn es dann noch so ist, dass zwei Drittel der Ärzteschaft sich über das Ärzteblatt sämtliche Informationen über die Arbeit/wichtige Themen der Ärztekammer einholt, geht sicher eine Menge an Information verloren, wenn man sich die nur noch digital abrufen kann. Warum kann nicht jeder Arzt/Ärztin entscheiden, wie er/sie das Ärzteblatt erhalten möchte? Dann würden weniger Exemplare gedruckt werden und es wäre auch eine Einsparung da.

DR. ANJA KAMPMANN, LECK

Leserbriefe

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

Zuschriften bitte an: aerzteblatt@aeksh.de

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Qualitätsmanagementbeauftragte/r in Einrichtungen des Gesundheitswesens (Webinar)

Als QMB sind Sie gemeinsam mit der Praxisleitung verantwortlich für das Qualitätsmanagement in der ärztlichen Einrichtung. Sie führen das QM-System ein und entwickeln es je nach Schwerpunkt der Praxis weiter. Sie koordinieren und motivieren das Team und behalten den Gesamtüberblick über das QM-System. In diesem Seminar vermitteln wir aufbauend auf die Inhalte des Fachzertifikates Qualitätsmanagement weitere Methoden und QM-Instrumente, die Sie befähigen, als QMB tätig zu sein. Teilnahmevoraussetzung: Seminar „Qualitätsmanagement“.

Inhalt:

- ▶ Auffrischung der Grundlagen im Qualitätsmanagement, inkl. QM-Richtlinie GBA
- ▶ QM-Systeme: ISO 9001:2015, QEP
- ▶ Aufgaben und Rolle der QMB
- ▶ Die QMB als Führungskraft: Motivation, Delegation und Einbindung des Teams
- ▶ Festlegen von Praxiszielen und Controlling der Wirksamkeit
- ▶ Kern-, Führungs- und Unterstützungsprozesse im QM
- ▶ Umgang mit den gesetzlichen Anforderungen, u.a. Hygiene, Datenschutz, Arbeitssicherheit
- ▶ Patientensicherheit: Fehler- und Risikomanagement
- ▶ Mitarbeitergespräche und Mitarbeiterbefragung
- ▶ Planung und Durchführung eines internen Audits
- ▶ Managementbewertung
- ▶ Vorbereitung externes Audit

Termine: 9.–10. Mai 2025, 16.–17. Mai 2025 und 24. Mai 2025

Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie 2025

Das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie befindet sich inhaltlich und methodisch in einer raschen Entwicklung. In diesem Kurs werden von klinisch und wissenschaftlich ausgewiesenen Dozentinnen und Dozenten die Grundlagen, die diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Aspekte des gesamten Spektrums psychischer Störungen vorgestellt und diskutiert. Der Kurs bietet eine umfassende Grundlage für die Facharztprüfung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie, ist aber auch gut geeignet für Ärztinnen und Ärzte, die sich einen fundierten Überblick über das Fachgebiet verschaffen wollen.

- ▶ Zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung in Psychiatrie und Psychotherapie

- ▶ Zum Auffrischen der Psychiatrischen Kenntnisse für Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie
Dieser Kurs ist in Schleswig-Holstein als Bildungsurlaub anerkannt.

Termin: 12.–16. Mai 2025

Ärztliche Leichenschau und Bestattungsgesetz in Kiel

Ziel des Seminars ist es, interessierten Ärzt:innen eine Auffrischung ihrer Kenntnisse der ärztlichen Leichenschau zu vermitteln. In Zusammenarbeit mit Kriminalpolizei, Staatsanwaltschaft und dem Rechtsmedizinischen Institut des UKSH werden in einem Tagesseminar Fragen rund um die rechtlichen, theoretischen und praktischen Besonderheiten der Leichenschau erläutert und nähergebracht.

Angestoßen durch die Gründung einer „Arbeitsgemeinschaft Ärzte“ durch die Polizeidirektion Lübeck mit fünf Kriminalbeamt:innen und drei Ärzt:innen, wurde in einem Pilotprojekt ein Pool von qualifizierten Ärzt:innen für den Raum Lübeck aufgebaut. Auf Anforderung der Leitstellen der Polizei und des Rettungsdienstes werden diese Ärzt:innen im Rahmen einer Rufbereitschaft zur Leichenschau gerufen. Wartezeiten auf einen leichenschauenden Arzt sollen dabei verkürzt und die Qualität der Leichenschau soll verbessert werden. Durch den Erfolg dieses Pilotprojektes gründen sich immer mehr dieser Poole in ganz Schleswig-Holstein.

Diese neue Form der Fortbildung, die in Lübeck und Kiel angeboten wird, steht allen Ärzt:innen, also auch jenen ohne Interesse am Pool, zur Verfügung. Bei Interesse an der AG Ärzte wenden Sie sich gerne an: AG-Aerzte.Luebeck.BKI@polizei.landsh.de

Inhalt:

- ▶ Rechtliche Aspekte der amtlichen Leichenschau
- ▶ Kriminalistische Betrachtung zum Leichenfundort
- ▶ Das Todesermittlungsverfahren und der praktische Ablauf
- ▶ Medizinrechtliche Aspekte und Meldepflichten
- ▶ Medizinisch-theoretische Fragen und Fallbeispiele zur Leichenschau
- ▶ Praktische Durchführung der Leichenschau an der Leiche
- ▶ Die Todesbescheinigung
- ▶ Falldiskussion
- ▶ Fortbildungsprogramm

Ort: Rechtsmedizinisches Institut des UKSH in Kiel (Arnold-Heller-Str. 3, Haus U35)

Termin: 14. Mai 2025

Über den QR-Code finden Sie das komplette Veranstaltungsangebot

Kontakt

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



Haut wirkt auf Psyche – und umgekehrt

DERMATOLOGIE Psychosomatische Dermatologie wurde in der curricularen Lehre der Hautklinik Kiel (Direktor Prof. Stephan Weidinger) fest verankert. Ausschlaggebend waren Ergebnisse, die Prof. Regine Gläser und Dr. Regina von Spreckelsen hier vorstellen.

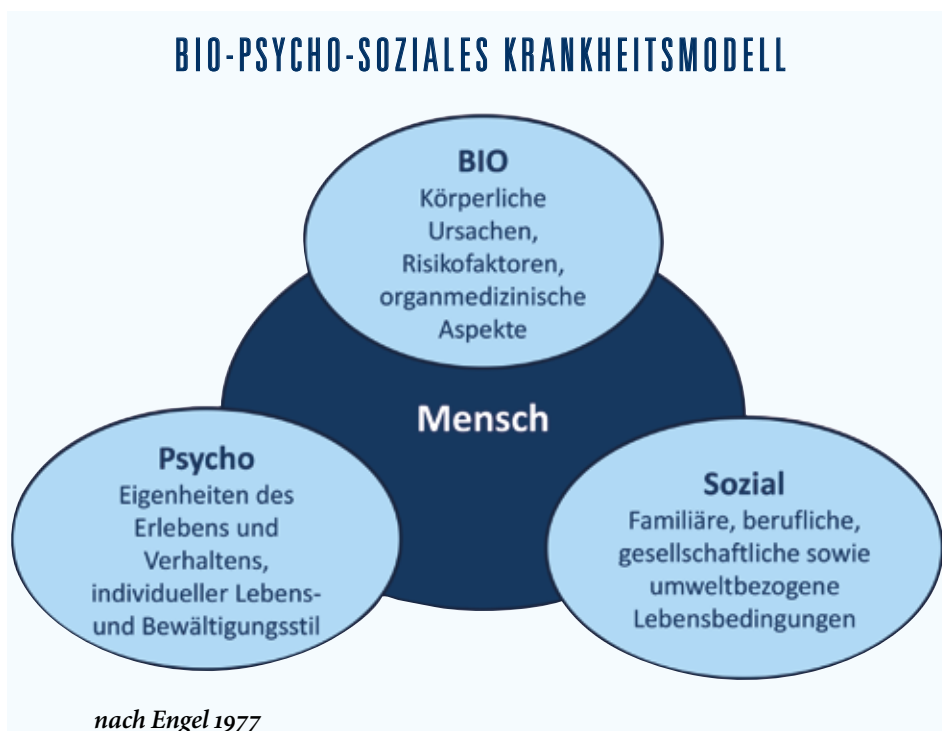
Nicht nur in der Dermatologie sind psychosomatische Zusammenhänge bei chronischen Erkrankungen inzwischen gut belegt. So zeigen sich bei etwa 25 % aller Patienten mit Hauterkrankungen auch Depressionen, Ängste oder somatoforme Reaktionen. Auch die individuell wahrgenommene Stigmatisierung bei Patienten mit sichtbaren Dermatosen (v.a. Neurodermitis, Psoriasis, Akne, Rosazea) hat oft erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität. Entgegen der Annahme, dass Hauterkrankungen psychosoziale Belastungen hervorrufen, zeigen neuere Erkenntnisse, dass sich umgekehrt auch psychosoziale Einflüsse auf das Hautgeschehen auswirken können.

Um die komplexen Wechselwirkungen besser zu verstehen und diese für die Diagnostik und Therapie unserer Patienten integrierend nutzen zu können, kann auf das „biopsychosoziale Krankheitsmodell“ zurückgegriffen werden. Ergebnisse aus der Psychoneuroimmunologie verbinden und unterstützen den Ansatz der modernen Psychodermatologie. Leider finden diese psychosomatischen Aspekte trotz der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der derzeitigen universitären dermatologischen Lehre meist zu wenig Beachtung. Mit dem Ziel, die Mediziner Ausbildung neuen Herausforderungen anzupassen, wurde der „Masterplan Medizinstudium 2020“ verabschiedet. Da eine Berücksichtigung psychosozialer Aspekte einen positiven Einfluss auf die Behandlung von Patienten hat und auch im Sinne des Masterplans frühzeitig in der medizinischen Lehre verankert werden sollte, war es unser Ziel, den Medizinstudierenden der CAU Kiel dieses wichtige Thema bereits frühzeitig anzubieten. So wurden schon ab 2019 in Kooperation mit Dr. Regina von Spreckelsen (FÄ für Psycho-

somatische Medizin und Psychotherapie) und der Einbindung studentischer Tutorinnen und Tutoren Psychodermatologie-Seminare auf freiwilliger Basis in Kleingruppen im Rahmen von zwei BMBF-geförderten Lehrprojekten entwickelt und mit sehr positiver Resonanz durchgeführt. Um diese Inhalte allen Studierenden im Fachsemester Dermatologie zugänglich machen zu können, wurde das Lehrmodul in den letzten Jahren weiterentwickelt. Nach erfolgreicher Durchführung in zwei Folge semestern mit anschließender Evaluation an über 200 Studierenden konnte das Konzept mittlerweile in das Pflichtcurriculum integriert werden und soll nun als „psychosoma-

tisches Leuchtturmprojekt in der Lehre“ für andere Fachbereiche und Standorte dienen.

Die Studierenden der Dermatologie (i.a. 7. Fachsemester) erhielten dazu im Rahmen der verpflichtenden dermatologischen Lehre im Wintersemester 2023/24 und Sommersemester 2024 ein psychosomatisch fokussiertes praxisorientiertes und interaktives Seminar von jeweils 60 Minuten, welches anschließend mittels Online-Evaluation, bestehend aus 10 Fragen (Likert-Skala 1–5 und zusätzliche Freitexte), evaluiert wurde. Der Fokus lag auf der Vorstellung der psychosomatischen Dermatologie in Bezug auf wichtige Krankheitsbilder, der Vermittlung des „biopsychosozia-



Nach diesem bio-psycho-sozialen Modell arbeiten die Kieler UKSH-Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, die Hautarztpraxis im Sophienhof und die Psychotherapie am Sophienblatt Kiel.

len Krankheitsmodells“ und der Präsentation möglicher psychometrischer Methoden und Behandlungsoptionen unter Einbindung konkreter Fallbeispiele.

Es galt, den Studierenden die psychosomatische Dermatologie vorzustellen und anhand von typischen dermatologischen Erkrankungen die wichtigen Einflüsse aktueller psychoimmunologischer Erkenntnisse zu vermitteln. Dabei sollten sie zunächst für häufige Hautkrankheiten wie Psoriasis, Neurodermitis, Akne und Rosazea, bei denen psychosoziale Auslöser, Begleitumstände oder Folgen einen wesentlichen und therapeutisch bedeutsamen Einfluss haben können, sensibilisiert werden. Selbstreflexionselemente („Welche der Erkrankungen würde ich am ehesten akzeptieren?“ „Welchen Körperteil mag ich bei mir am ehesten/wenigsten?“) die Nachvollziehbarkeit für begleitende psychosoziale Belastungen fördern. Mögliche Screening-Werkzeuge zum Herausfiltern begleitender Komorbidität und Therapieoptionen wurden präsentiert: der Test zur Messung der subjektiven Lebensqualität bei Erwachsenen mit einer Hauterkrankung (Dermatology Life Quality Index [DLQI]), der Ultrakurz-Fragebogen zur Erfassung der Major Depression (Patient Health Questionnaire [PHQ-2]) und das Kurzinstrument zur Erfassung der generalisierten Angststörung (Generalized Anxiety Disorder [GAD-2]). Eine Auswahl evaluierter spezifischer Therapieformate in der Dermatologie wurde vorgestellt, auch im Zentrum für entzündliche Hauterkrankungen (ZeH) Kiel entwickelte Kurzinterventionen. Weiterhin waren Aspekte des „Body Shaming“ (besonders durch soziale Netzwerke zunehmend) sowie des „Compassion Fatigue“ in Heilberufen (auch in der Ausbildung) wichtige Inhalte der Seminare.

Abschließend folgte die Vorstellung der Zusatzqualifikation „Psychosomatische Grundversorgung“ (PsyGV) im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung, die in der Dermatologie bisher nicht verpflichtend,

aber für alle Fachbereiche offen ist. Die PsyGV ist Bestandteil der Weiterbildung in den Fachgebieten Allgemeinmedizin sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der Kinder- und Jugendmedizin, der speziellen Schmerztherapie und Sexualmedizin. In beiden Fachsemestern befanden sich insgesamt 209 Studierende, die erhaltenen Antworten der Evaluation wurden deskriptiv und inhaltsanalytisch ausgewertet. Im Wintersemester 2023/24 konnten 54 % der Rückmeldungen ausgewertet werden, anhand derer das Seminar überarbeitet und im Folgesemester in adaptierter Version abgehalten wurde. Im Sommersemester 2024 wurde von 56 % der Teilnehmenden die Evaluation durchgeführt, die eine sehr hohe Akzeptanz der Veranstaltung mit neu erlerntem Verständnis der verschiedenen psychodermatologischen Inhalte bestätigte. Die Gesamtauswertung beider Semester zeigte, dass alle zehn Fragen von 86,9 % (80–100 %) der Studierenden mit den Items 1 (voll zutreffend) und 2 (zutreffend) bewertet wurden.

Die psychosomatische Dermatologie wurde anhand dieser Ergebnisse sowie aufgrund der Wichtigkeit ihrer Inhalte für die

Patientenversorgung in Klinik und Praxis in der curricularen Lehre der Hautklinik Kiel fest verankert. Die vor Ort entwickelten Seminarinhalte und -folien können wir interessierten Lehrenden anderer Fachbereiche und Standorte zugänglich machen, um sie in die jeweiligen Lehrprogramme zu integrieren.

Diese Studie in der dermatologischen Lehre zeigt auf, dass großes Interesse seitens der Studierenden für eine psychosomatische Betrachtungsweise vorhanden ist. Die angehenden Ärztinnen und Ärzte erkennen die Wichtigkeit der ärztlichen Beziehungsgestaltung und können insbesondere die Polykausalität bei den chronischen Entzündungserkrankungen mithilfe psychopathologischer und psychoneuroimmunologischer Zusammenhänge besser nachvollziehen. Aber auch später in der Weiterbildung oder Tätigkeit als Facharzt/-ärztin ist es nicht zu spät, sich den psychosomatischen Aspekten des gewählten Medizinbereiches zu widmen.

PROF. REGINE GLÄSER,
DR. REGINA VON SPRECKEISEN

Info

Die Initiative zu den hier dargestellten Lehrprojekten hat nach Auskunft der Autorinnen mehrere Gründe: Neben der eigenen Ausbildung über die Ärztekammer Schleswig-Holstein mit Besuch der Balint-Gruppe bei Dr. Walter Thomas Kanzow in Kiel waren dies die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Gläser und von Spreckelsen, die täglichen, herausfordernden Patientenkontakte und Besuche entsprechender Fortbildungsangebote. Für die Autorinnen wurde es ein „Herzensprojekt“, Studierende und Ärzteschaft für das Thema zu sensibilisieren und zu motivieren, sich mit psychosomatischen Aspekten ihres Fachbereichs auseinanderzusetzen und sich persönlich fortzubilden, um die Patientenversorgung und die eigene „Psychohygiene“ zu optimieren. Die Autorinnen verweisen auf eine Originalarbeit zu diesem Lehrprojekt in: „Aktuelle Dermatologie 2025; Ausgabe 1-2; Seiten 13-20: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-2503-1568>



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. Alle Folgen können über gängige Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Darunter u.a.:

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



Susanne Bechert

Bestimmung des ärztlichen Standards

SCHLICHTUNGSSTELLE Die Bestimmung des ärztlichen Standards ist nicht immer einfach, häufig ist sie aber von entscheidender Bedeutung. Im geschilderten Fall konnte sich die Schlichtungsstelle dem externen fachärztlichen Gutachter nicht anschließen, da sie eine Verletzung des ärztlichen Standards als nicht nachgewiesen ansah.

Der Antragsteller, zum Unfallzeitpunkt 22 Jahre alt, klemmte sich am 28.04. das rechte Sprunggelenk zwischen zwei massiven Stahlplatten ein. Er stellte sich daraufhin in der Notfallambulanz einer schleswig-holsteinischen Klinik vor. Dort zeigte sich eine luxierte bimalleoläre Fraktur des oberen Sprunggelenks mit oberflächlicher Hautabschürfung.

Aufgrund der Hautabschürfung bestand die Indikation für eine sofortige Versorgung in der Klinik, die noch in der Nacht des Unfalltages erfolgte.

Dem Operationsbericht war die Diagnose einer erstgradig offenen bimalleolären OSG-Fraktur rechts mit Zerreißung der Syndesmose, Dislokation und Luxation zu entnehmen.

Durchgeführt wurde eine Osteosynthese des Wadenbeins sowie die Fixierung des Wadenbeins an das Schienbein durch eine Stellschraube zur Behandlung der gerissenen Syndesmose. Anschließend erfolgte am Innenknöchel unter Umgehung der oberflächlichen Hautabschürfungen eine Osteosynthese mit zwei sogenannten Spongiosaschrauben mit kurzem Gewinde, die im Markraum des körperfernen Schienbeins endeten.

Der Antragsteller wurde acht Tage nach der Operation bei noch deutlicher Schwellung des Fußes gegen ärztlichen Rat entlassen und stellte sich zur weiteren Behandlung andernorts vor. Dort erfolgte eine CT-Untersuchung des Sprunggelenks, die eine noch bestehende Fehlstellung der vorderen Syndesmose sowie eine Dislokation der Schrauben des osteosynthetisch versorgten Innenknöchels ergab.

Knapp vier Wochen nach der ursprünglichen Operation erfolgte dann dort eine Revisionsoperation.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Der Antragsteller beanstandete in seinem Schlichtungsantrag, dass im Rahmen der Operation vom 28.04. die Reposition der Sprunggelenkfraktur und das Setzen der Osteosyntheseschrauben fehlerhaft durchgeführt worden sei. Das Sprunggelenk habe sich in einer unnatürlichen Stellung befunden und es sei zur Bildung von Nekrosen gekommen.

Das externe medizinische Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, stellte einen Behandlungsfehler fest. Er traf im Wesentlichen folgende Kernaussagen:

Angesichts der prekären Weichteilsituation bestand eine notfallmäßige Indikation zur Operation am rechten Sprunggelenk am 28.04. Der Gutachter gelangte jedoch zu dem Ergebnis, dass diese Operation im Detail nicht nach dem geltenden Fachgebietsstandard durchgeführt wurde.

Die zugrunde liegende Verletzung wurde zunächst richtig erkannt als mehrfragmentäre, wenig verschobene Fraktur des körperfernen Wadenbeins, Sprengung der Knöchelgabel aufgrund einer Instabilität der Bandverbindung zwischen Waden- und Schienbein am körperfernen Unterschenkel und als Bruch des Innenknöchels. Der körperferne Wadenbeinbruch wurde in guter Stellung plattenosteosynthetisch korrekt versorgt.

Der Gutachter rügte jedoch, dass die Knöchelgabel in nicht korrekter Stellung mittels Schrauben stabilisiert wurde. Des Weiteren war der Innenknöchelbruch mittels zweier Zugschrauben stabilisiert worden, deren Gewinde nach Ansicht des Gutachters zu kurz war, da so keine stabile Verankerung im Markraum des Schienbeins erreicht werden konnte.

Er schilderte, dass die korrekte Einstellung der Knöchelgabel, also der Stellung des körperfernen Wadenbeins zum Schienbein in der dafür vorgesehenen Rinne am Schienbein aus verschiedenen Gründen im Rahmen einer Notfalloperation schwierig sei und es unter den gegebenen Umständen unmöglich sein konnte, Fehler im Rahmen der Notfalloperation zu vermeiden.

Die Wahl des Schraubentyps am Innenknöchel hielt er jedoch für fehlerhaft. Geboten gewesen wäre die Versorgung mittels Zugschrauben in Form von Spongiosaschrauben mit langem Gewinde.

Bei der Beurteilung der weiteren postoperativen Behandlung kam der Gutachter zu dem Schluss, dass die postoperative Röntgenkontrolle am 05.05. Anlass zur Sorge hätte geben müssen, dass die Innenknöchelfraktur nicht stabil versorgt wurde. Zu diesem Zeitpunkt wäre die Durchführung einer CT-Untersuchung indiziert gewesen. Der Gutachter räumt aber ein, dass die CT-Kontrolle gegebenenfalls in Abhängigkeit von der Weichteilsituation, die er nach Aktenlage nicht hinreichend beurteilen konnte, nicht möglich gewesen sei.

Der weiteren Behandlung entzog sich der Antragsteller durch Entlassung gegen ärztlichen Rat.

Ein dauerhafter Schaden trat durch die fehlerhafte Behandlung nach Bewertung des Gutachters aber nicht ein. Die Fehlplatzierung der Stellschrauben und die unkorrekte Einstellung der Knöchelgabel hätte auch bei einem Vorgehen gemäß Facharztstandard eintreten können. Im konkreten Fall hatte die Feststellung durch die CT-Kontrolle zu einer Revisionsoperation geführt, die zwei Wochen verzögert stattfand. Hierdurch entstand jedoch kein zusätzlicher verbleibender Schaden.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle konnte sich der medizinischen Bewertung des Gutachters nicht vollumfänglich anschließen. Sie sah das Vorliegen eines Behandlungsfehlers als nicht erwiesen an.

Als zustimmungswürdig wurde die Bewertung des Gutachters dahingehend angesehen, dass es sich um einen Notfall ein griff handelte nach einer offener Sprunggelenksluxationsfraktur, insbesondere mit eventuell prekärer Weichteilsituation. Die Schlichtungsstelle teilte die Einschätzung, dass es im Rahmen einer Notfalloperation schwierig sein konnte, das Sprunggelenk anatomisch achsengerecht einzurichten. Verwiesen wurde auf die begrenzten Zugangsmöglichkeiten aufgrund des Weichteilschadens sowie die eingeschränkten Durchleuchtungsmöglichkeiten mit einem Röntgenbildwandler während der Operation. Auch bei Einhaltung des Facharztstandards konnte im Rahmen einer Notfalloperation aus oben genannten Gründen eine nicht korrekte Wiederherstellung des Sprunggelenkes verbleiben. Entscheidend sei die Fehlstellung postoperativ zu erkennen und gegebenenfalls eine Revisionsoperation durchzuführen.

Die Frage der Standardunterschreitung

Die Schlichtungsstelle konnte sich jedoch nicht der Auffassung des Gutachters anschließen, die Verwendung von kurzen Gewindeschrauben bei der Osteosynthese sei standardunterschreitend und somit behandlungsfehlerhaft gewesen.

Gemäß § 630 Abs. 2 BGB hat die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist. Nach dem Bundesgerichtshof gibt der Standard Auskunft darüber, welches Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs zum Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden kann. Er repräsentiert den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung auf dem betreffenden Fachgebiet, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat, mithin den Stand der medizinischen Wissenschaft, der gesichert ist und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist (BGH, Urt. v. 24.02.2015 – VI ZR 106/13; Urt. v. 15.04.2014 – VI ZR 382/12).

Der Operateur erhob in einer ausführlichen Stellungnahme Einwände gegen das Gutachten. Vor allem bestritt er substantiiert, dass Spongiaschrauben mit langem Gewinde den Facharztstandard zur Versorgung der Innenknöchelfraktur darstellten. Er führte u.a. die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie Nr.012/003 an, in der für die Versorgung des Innenknöchels u.a. „Zugschrauben“ empfohlen werden. Eine weitere Spezifizierung fand sich dort nicht.

Zudem zitierte er umfangreiche Fundstellen aus der gängigen Fachliteratur, aus denen nicht hervorging, dass von der Verwendung von Kurzgewindeschrauben zur Innenknöchelfraktur abgeraten wurde und explizit Langgewindeschrauben vorgeschrieben waren.

Unter Berücksichtigung dieser Einwände vermochte die Schlichtungsstelle nach eingehender Prüfung nicht festzustellen, dass die Wahl der verwendeten Schrauben bei der Osteosynthese am Innenknöchel eine Standardunterschreitung darstellte. Dabei ist bei der Heranziehung von Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände zu berücksichtigen, dass diese nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden dürfen. Dies gilt in besonderem Maße für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind. Leitlinien ersetzen kein Sachverständigen-gutachten. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten (BGH, Urt. v. 15.04.2014 – VI ZR 382/12). Die Verwendung dieser Schrauben wurde aber auch in der einschlägigen Literatur neben anderen Osteosyntheseverfahren durchaus empfohlen.

Ausgehend von dem allgemeinen Grundsatz, dass der Patient als Anspruchsteller die Beweislast für alle anspruchsbegründenden Tatsachen, mithin hier für das Vorliegen einer Standardunterschreitung trug, vermochte die Schlichtungsstelle eine fehlerhafte Behandlung nicht zu erkennen. Sie konnte nicht zu der Überzeugung gelangen, dass die Verwendung der Kurzgewindeschrauben eine Standardunterschreitung darstellte, da diese zum Behandlungszeitpunkt in der Literatur und in Lehrbüchern zur Versorgung von solchen Frakturen empfohlen wurden.

Betrachtung aus Ex-ante-Sicht

Die Schlichtungsstelle stimmte mit dem

Gutachter darin überein, dass die Verwendung von anderen Schrauben bei der Versorgung des Innenknöchels sicher besser gewesen wäre. Die Frage, ob die operative Versorgung nach geltendem Fachgebietsstandard erfolgte bzw. ein Behandlungsfehler vorlag, war jedoch aus der Ex-ante-Perspektive zu beurteilen, d.h. ausschlaggebend war der Kenntnisstand zum Zeitpunkt der beanstandeten Behandlung. Die Bewertung des Sachverhaltes aus der Sicht ex post, in Kenntnis und unter Berücksichtigung des weiteren Verlaufs, war nicht zulässig.

Aus den erläuterten Gründen konnte die Schlichtungsstelle in Bezug auf die technische Durchführung der operativen Versorgung des Sprunggelenkes im Rahmen der Notfalloperation daher keinen eindeutigen Fehler feststellen, da die Behandlung nicht entgegen des Fachgebietsstandards erfolgte.

Der postoperative Verlauf

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit die weitere postoperative Behandlung des Antragstellers nach den gültigen Vorgaben des Fachgebietsstandards durchgeführt wurde, schloss sich die Schlichtungsstelle den Feststellungen des Fachgutachters an. Offen bleiben musste die Frage, ob in der erstbehandelnden Klinik eine weiterführende Diagnostik (z.B. CT) nach Erholung der Weichteile durchgeführt worden wäre, da sich der Antragsteller der weiteren Behandlung durch Entlassung gegen ärztlichen Rat entzog.

Nach einer CT-Untersuchung hätte sicher schon dort zwingend eine Revisionsoperation zur Korrektur der primären Osteosynthese erfolgen müssen.

Ein Dauerschaden ist nach Durchführung der Korrekturoperation andernorts nicht verblieben.

Zusammenfassend konnte nach Würdigung der medizinischen Dokumentation, der Stellungnahmen der Beteiligten und der gutachterlichen Erwägungen eine Standardunterschreitung, mithin ein behandlungsfehlerhaftes Vorgehen, im Rahmen der hier in Frage stehenden Behandlung nicht nachgewiesen werden.

Im Ergebnis hielt die Schlichtungsstelle daher Schadensersatzansprüche für nicht begründet.

DR. JUR. JESSICA SIERING
LEITERIN DER SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR
ARZTHAFTUNGSFRAGEN

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

MAI, JUNI, JULI

9. - 10. Mai	DGN-Fortbildung: Neurologie kompakt in Lübeck-Travemünde	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. www.dgn.org fortbildungen@dgn.org 13 Punkte
14. Mai	Neues zur hämatologischen Labordiagnostik von Leukämien und Lymphomen	UKSH Kiel Inges Kuntz 0431 500-249 70 inges.kuntz@uksh.de https://uni-kiel.zoom.us/join/9tZtq1AoHctegL6A#/registration Punkte beantragt
14. Mai	Neue Aspekte bei der Tuberkulose	LADR Akademie Telefon 04152 803 400 veranstaltung@ladr.de www.LADR.de http://www.LADR.de/tuberkulose-webinar-25-05 1 Punkt
14. Juni	Zur Psychodynamik von Todeswünschen am Lebensende	NGAT sekretariat@ngat.de www.ngat.de Punkte beantragt
2. Juli	De facto: Onkologie	UKSH Lübeck Universitäres Cancer Center Schleswig- Holstein Telefon 0431 500 18 502 uccsh@uksh.de 1 Punkt

ALLE ANGABEN OHNE GEWÄHR.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise für
die Mai-Ausgabe: 23. April 2025

Fachtag Migration und Gesundheit

Eine gerechte Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein – wo stehen wir? Unter dieser Frage veranstalten die Ärztekammer, das Gesundheitsministerium, das Sozialministerium und die Fachhochschule Kiel am 9. Mai den „Fachtag Migration und Gesundheit“. Er findet anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Arbeitskreises Migration und Gesundheit in Schleswig-Holstein statt. Der bei der Ärztekammer angesiedelte Arbeitskreis vereint viele Akteure und Akteurinnen in Schleswig-Holstein und hat das Ziel, eine interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems zu erreichen und die Gesundheitsversorgung der Migranten zu verbessern. Eingeladen sind u.a. Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und der Pflege, aber auch Betroffene und Interessierte. Diskutiert werden sollen u.a. die Fragen: Welche Bedarfe gibt es in der Gesundheitsversorgung für Migranten und Geflüchtete in Schleswig-Holstein? Welche Handlungsansätze gibt es für eine migrationssensible Öffnung des Gesundheitswesens? Welche Lösungsansätze bedürfen der Unterstützung durch die Landespolitik?

Ort: FH Kiel Audimax,
Gebäude 18

Datum: 9. Mai 2025

Uhrzeit: 9:30 bis 15:15 Uhr

Die Teilnahme ist kostenlos, Anmeldungen bis zum 25. April 2025 bitte an: sekretariat@aecksh.de

Impffachtagung zu HPV

In Schleswig-Holstein sind nur knapp 60 % der Mädchen und knapp 40 % der Jungen im Alter von 15 Jahren geimpft. Andere europäische Länder sind bei der Eliminierung des Gebärmutterhalskrebses durch die HPV-Impfung weiter. Was können wir von ihnen lernen? Wie ist der Wissensstand zu HPV-Impfungen bei Ärztinnen und Ärzten und bei MFA? Was sind wirksame Maßnahmen, um die Impfquoten zu erhöhen?

Erfahrungen aus der Praxis für die Praxis bilden das Kernstück der Veranstaltung. Wie kann ein bewährtes Impfmanagement in der kinder- und jugendärztlichen Praxis aussehen? Wie können Eltern über die HPV-Impfung im Gespräch gut aufgeklärt werden, welche Möglichkeiten bietet das motivational Interviewing? Was kann ein HPV-Schulimpfprogramm leisten? Im Rahmen der Impffachtagung 2025 werden diese Fragen aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Das Programm richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, ihre Mitarbeitenden und Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich sowie alle am Thema Impfung Interessierten.

Ort: Wissenschaftszentrum Kiel

Datum: 21. Mai 2025

Uhrzeit: 14:00 bis 18:00 Uhr

Die Teilnahme ist kostenlos, Anmeldungen bitte unter: www.lvqfsh.de/index.php?id=388

STELLENANGEBOTE



KREIS
OSTHOLSTEIN



... flexibel,
familien-
freundlich,
zuverlässig

Der Kreis Ostholstein sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für den Fachdienst Gesundheit je eine/n

Ärztin / Arzt (m/w/d)

- für die Leitung des Fachgebietes Amtsärztlicher Dienst (bis BesGr A 15 SHBesO/EG 15 TVöD)
- für die Leitung des Fachgebietes Jugendärztlicher und -zahnärztlicher Dienst (EG 14 / EG 15 TVöD)
- für den Sozialpsychiatrischen Dienst (EG 14 TVöD)

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

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

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



berufe-sh.de

KV-SITZ

1 KV-Sitz für Schwerpunkt Pneumologie in etablierter Gemeinschaftspraxis mit digitalem Röntgen und Polysomnographie in Lübeck zum 31.12.2026 abzugeben.

Kontakt: f.eberhardt@pneumopraxis-luebeck.de

elbbüro

anzeigen@elbbuero.com

ASSOZIATION

Laser-Tattooentfernung in Flensburg, Lübeck, Kiel

Zukunftssicherer Wachstumsmarkt mit Top-Rendite - der Marktführer für hochwertige Tattooentfernung 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

Ganzheitlich ausgerichtete Privatzpraxis im Zentrum von Lüneburg bietet **freiberufliche Mitarbeit (m/w/d)**

für die Schwerpunkte Osteopathie, Chirotherapie, konservative Orthopädie, Schmerztherapie unter besonderer Berücksichtigung von Medizinal-Cannabis, Naturheilverfahren, Innere Medizin, Ästhetik, hausärztl. Versorgung.

Kontakt unter 0151 - 22 49 55 29. www.osteopathie-in-lueneburg.de

FORTBILDUNGEN



Parkinson-Netzwerk Ostholstein

Fachvortrag: Gangstörung / Freezing of Gait und Sensoren

21. Mai
2025,
16:15 Uhr

- Diskussionen, Austausch und Vernetzung
- Ziel: interprofessioneller Austausch aller Beteiligten, bestmögliche Versorgung von Menschen mit Parkinson in der Region

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

Die Teilnahme ist **kostenlos**, **Fortbildungspunkte** sind **beantragt**. Anmeldung **bis 14.05.2025** per E-Mail an: neuroinfo@schoen-klinik.de

Weitere Informationen:

www.schoen-klinik.de/neustadt



SCHÖN KLINIK
Neustadt



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

STELLENGESUCHE

Erfahrener konservativer Orthopäde

sucht Arbeit im südlichen SH oder nördlich in HH.

Klinik / Praxis / Anstellung / Assoziation / Vertretung / auftragsweises Arbeiten.

Bitte alles anbieten: ortho-sh@gmx.de



IMMOBILIEN

- 110 m²
- 1.320,- € Miete
- 352,- € NK
- barrierefrei
- modernisiert
- 1. Obergeschoss
- gute Verkehrsanbindung
- Robert-Koch-Straße 2, Itzehoe
- Infos auch auf [ImmoScout24.de](https://www.immoscout24.de)

Entdecken Sie unsere attraktive Fläche im modernen Ärzte- und Dienstleistungszentrum am Klinikum Itzehoe.

Die Räume sind ideal für Ihre Praxis, Dienstleistung, Büro oder StartUp!

Bei Interesse melden Sie sich bei: Lina Hinze

Tel. 04821 772-3104 l.hinze@kh-itzehoe.de



HINWEIS DER REDAKTION:

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

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

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



Schleswig-Holsteinisches

Ärzteblatt

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Mai 23. April 2025

STELLENANGEBOTE



Das **Helios Agnes Karll Krankenhaus in Bad Schwartau** ist ein Belegkrankenhaus mit 10 Fachrichtungen und 85 aufgestellten Betten.

Wir suchen ein(e)

Belegarzt/-ärztin für Viszeralchirurgie

für unser Hernienzentrum zur Erweiterung unseres chirurgischen Behandlungsspektrums. Die Schwerpunkte liegt in Diagnostik/Versorgung auch komplexer und seltener Hernien (z.B. Spiegelhernie), Chirurgie der Hiatushernien sowie der laparoskopischen Refluxchirurgie. Die DEGUM Zertifizierung für abdominalen/retroperitonealen Ultraschall ist erforderlich.

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

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

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

Helios Agnes Karll Krankenhaus Bad Schwartau
z.Hd. Cornelia Herold (Geschäftsführung)
cornelia.herold@helios-gesundheit.de
Am Hochkamp 21 - 23611 Bad Schwartau

AUGENHEILKUNDE

Chirurgisch ausgerichtete Augenarztpraxis in Hamburg Eimsbüttel sucht
WB-Assistent (m/w/d) mit mind. 1 Jahr klinischer Erfahrung
in der Augenheilkunde zum 01.08.25 - Teilzeit möglich.
3 Jahre Weiterbildungsbefugnis vorhanden.

sowie **MFA, OTA, Optometrist (m/w/d)**

Voraussetzung: abgeschlossene Berufsausbildung im medizinischen Bereich.

Schriftliche Bewerbung an **Dres. Tornow & Tachezy**

Osterstrasse 120, 20255 Hamburg oder praxis@drtornow.de

Kolleg:in in der fortgeschrittenen Weiterbildung Gastroenterologie in Teilzeit gesucht.

Wir bieten ein überdurchschnittlich hohes endoskopisches Volumen bei modernster apparativer Ausrüstung. Als Schwerpunktpraxis für CED bilden wir das gesamte therapeutische Spektrum bei hohen Patientenaufkommen ab. Unser Arbeitsklima ist von Teamgeist geprägt, so dass die Arbeit Freude macht. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an keck@gastropraxis-eppendorferbaum.de

RÖNTGENPRAXIS

BECHMANN LOECK LORENZEN FRESOW

Zur Verstärkung unserer Röntgenpraxis im Norden Hamburgs suchen wir eine(n)

FA/FÄ für Radiologie in Vollzeit.

Gute MRT-Kenntnisse erforderlich. Schichtdienst.

Bitte Kurzbewerbung an: bewerbung@roentgenpraxis-heegbarg.de

Weitere Informationen unter: www.roentgenpraxis-heegbarg.de

KREIS STORMARN
Soziales und Gesundheit



Ärztin/Arzt (m/w/d) im Sozialpsychiatrischen Dienst

Ärztin/Arzt (m/w/d) im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Der Kreis Stormarn sucht Sie für den Fachdienst Gesundheit zum nächstmöglichen Zeitpunkt als **Ärztin/Arzt (m/w/d) im Sozialpsychiatrischen Dienst** oder in Teilzeit (75 %) mit 29,25 Stunden/Woche als **Ärztin/Arzt (m/w/d) im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst**.

Für Ihre Fragen zum Aufgabengebiet oder zu den Anforderungen an die Stelle als Ärztin/Arzt (m/w/d) im Sozialpsychiatrischen Dienst stehen Ihnen die Leiterin des Sachgebietes Gutachten und Gesundheitshilfen Frau Akisli-Knietzsch, Tel.: 04531/160 1420, oder bei Fragen zur Stelle als Ärztin/Arzt (m/w/d) im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst die Sachgebietsleitung des Sachgebietes Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Frau Dr. Schotters, Tel.: 04531/160 1615, gerne zur Verfügung.

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

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Ganz schön vielseitig:

www.kreis-stormarn.de/karriere



STELLENANGEBOTE

FÄ/FA Gynäkologie (VZ/TZ)

im Hansegynäkologikum MVZ
am Standort Billstedt
zum 01.10.2025 gesucht.

Wir bieten ein vielfältiges Spektrum
der gesamten Frauenheilkunde
und bei Interesse eine interessante
Tätigkeit als Standortleitung.

Bewerbungen bitte an Dr. Wagner
unter wagner@hansezytologie.de

Anästhesiologische Berufsausübungs-
gemeinschaft (Westküste) sucht

FA / FÄ für Anästhesie

in Teil- oder Vollzeit.

Spätere Praxisübernahme gewünscht.

Kontakt unter aaz.heide@icloud.com

Bei Rückfragen: 0175 245 29 59



© Fatima Murtaza

**IHR NEUER
ARBEITSPLATZ**

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

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

Informieren Sie sich online:
[www.aerzte-ohne-grenzen.de/
mitarbeiten](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten)



Mühlenbergklinik
Holsteinische Schweiz
Bad Malente-Gremsmühlen

Eine Klinik der
Deutschen Rentenversicherung Nord

Akademisches
Lehrkrankenhaus
der Universität zu
Lübeck

Orthopädie
Innere Medizin
Verhaltensmedizin

Wir sind eine Rehabilitationsklinik der Deutschen Rentenversicherung Nord mit insgesamt 311 Betten der Fachabteilungen Kardiologie, Orthopädie und Verhaltensmedizin sowie PostCovid-Komplexbehandlung.

Unsere moderne Klinik liegt in wunderschöner landschaftlicher Lage in der Holsteinischen Schweiz mit ausgedehnten Seelandschaften und Nähe zur Ostsee. Wir liegen unweit der Landeshauptstadt Kiel und Hansestadt Lübeck.

Sie haben Lust Verantwortung zu übernehmen wollen aktiv Prozesse mitgestalten und in einem interdisziplinären Team arbeiten? Dann sind Sie bei uns genau richtig! Wir suchen ab sofort eine/n

Facharzt oder Arzt in Weiterbildung (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit

Ihr Profil:

- Abgeschlossene oder angestrebte Weiterbildung zum Facharzt (m/w/d) (Orthopädie, Innere Medizin, Kardiologie, Psychosomatische Medizin, Physikalische und Rehabilitative Medizin)
- Bei abgeschlossener Weiterbildung kann der Einsatz als Facharzt (m/w/d) mit entsprechender Vergütung erfolgen
- Interesse an der Sozialmedizin
- Bereitschaft zur aktiven Mitgestaltung von Abläufen und Inhalten der Abteilung

Darauf dürfen Sie sich freuen:

- Eine Vollzeitstelle oder eine Teilzeitbeschäftigung ist denkbar
- Eine Bezahlung nach dem TgDRV-Tarif
- Eine betriebliche Altersvorsorge (VBL)
- Ein gutes Betriebsklima mit flachen Hierarchien
- Work-Life-Balance mit einem planbareren Arbeitsalltag
- Im Rahmen des Betriebssportes Nutzung der Sauna/Schwimmbad/Gerätetraining
- Weiter- und Fortbildungen (siehe unten)

Wir bieten folgende ärztliche Weiterbildungen an:

- 12 Monate Innere Medizin / Kardiologie
- 12 Monate Orthopädie
- 12 Monate Psychosomatik
- 12 Monate Sozialmedizin
- 30 Monate Physikalische- und Rehabilitative Medizin

Schwerbehinderte und ihnen Gleichgestellte haben Vorrang vor Bewerbern*innen gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung.

Für die Beantwortung weiterer Fragen steht Ihnen gerne die Ärztliche Direktorin
Frau Dr. med. M. Hümmelgen unter Tel. 04523/993-1054 zur Verfügung.

Möchten Sie in unser Ärzteteam kommen?
Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung

Mühlenbergklinik Personalstelle
Frahmsallee 1-7 · 23714 Bad Malente
bewerbung@muehlenbergklinik.de



**Deutsche
Rentenversicherung**
Nord

WIR BERATEN SIE GERN BEI IHRER ANZEIGENSCHALTUNG
elbbüro fon (040) 33 48 57 11 | anzeigen@elbbuero.com | www.elbbuero.com

PRAXISABGABE

Seit 1984 bestehende **NERVENÄRZTLICHE PRAXIS** (Neurologie, Psychiatrie & Psychotherapie) in Kiel, seit 2009 ausschließlich **PRIVATÄRZTLICH** geführt, umsatzstark mit etablierten Patientensamm, ist **zum 01.01.2026** in motivierte und engagierte Hände **zu übergeben** ...die die Patienten weiter lächeln lassen... interessiert? Für weitere Details: praxis.trutschel@t-online.de oder Telefon: 0431-39 88 41

Nachfolge für eine etablierte Kinder- und Jugendarztpraxis in Rostock mit Hafenblick gesucht.

Engagiertes Team und umfassende Unterstützung für eine reibungslose Praxisübergabe. Kein Investitionsstau.

Interessiert? Details unter: vmtwagner@web.de

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN

Heft Mai 23. April 2025



FACHBERATER



Gerdts & Ufer unter neuer Flagge



**KANZLEI
AM
ÄRZTEHAUS**

MÜNSTER | HAGEN | DORTMUND | KÖLN | HAMBURG

Spezialisiertes Medizinrecht für Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, MVZ und Krankenhäuser

www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Kanzlei am Ärztehaus
Barmbeker Straße 10
22303 Hamburg

Tel.: 040 210 915 340
Fax: 040 210 915 349
hamburg@kanzlei-am-aerztehaus.de

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de

meditaxa
Group

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

RECHTSBERATUNG FÜR DIE HEILBERUFE

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



DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

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

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Dr. Benjamin Gebel, Esther Geisslinger, Prof. Regine Gläser,
Uwe Groenewold, Dr. Evelyn Kramme, Dr. jur. Jessica Siering,
Dr. Regina von Spreckelsen, Dr. Frederike Waldeck

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.



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

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
PartG mbB

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

RAin Sabine Barth
Fachanwältin f. Medizinrecht

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 Mai 23. April 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**

Ärzteblatt
Zeitschrift für Ärzte

Hilfe für Helfer
Die Ärzte in der Corona-Pandemie: Wie sie sich unterstützen und was sie brauchen, um die Krise zu überdauern.

Reich der Wahl
Die Wahl zum Bundestag: Was die Ärzte wissen müssen.

Stimmungswechsel
Die Stimmung in der Ärzteschaft: Was die Ärzte denken und fühlen.

Erkrankungen
Die Krankheiten der Zukunft: Was die Ärzte wissen müssen.

Corona
Die Corona-Pandemie: Was die Ärzte wissen müssen.



www.elbbuero.com