



VERSORGUNGSBERICHT 2014

*Ambulante Versorgung
hat viele Gesichter*

INHALT

Einleitung

Vorwort des Vorstandes der KVSH	4
Begleitwort des Schleswig-Holsteinischen Gemeindetages	7
Keine Standardlösungen	8

Versorgung in Stadt und Land 13

Resumée eines Landarztes	14
Hennstedt ist nicht Hamburg	16
Zufrieden in „Manhattanhof“	17

Versorgung auf Inseln und Halligen 19

Kein Weg zu weit	20
Ärzte und Psychotherapeuten auf Inseln und Halligen	23
Immer auf dem Sprung	24

Zweigpraxis 27

Neue Perspektive für Landarztpraxis	28
Kooperation dient dem Patientenwohl	30

MVZ in ärztlicher Hand 33

Geschäft auf Gegenseitigkeit	34
------------------------------	----

Angestellte Ärzte 37

Sanfter Einstieg	38
Eine Lösung nach Maß	39
Mit Selbstbewusstsein angestellt	40

Psychotherapeutische Versorgung 43

Licht und Schatten	44
--------------------	----

Aufhebung Residenzpflicht 47

Hamburg – Glückstadt in 33 Minuten	48
------------------------------------	----

Quereinstieg Allgemeinmedizin 51

„Diese Zeit ist wie ein Geschenk für mich“	52
Glückliche Gründerin	54

Kooperation ambulant-stationär 57

Verkrustete Strukturen aufbrechen	58
Neuer Schub für Praxisnetze	60
Neue Sana Inselklinik Fehmarn – integrierte regionale Gesundheitsversorgung	62
„Konzept der Zukunft“	63

Medizin & Technik	65
Feriodialyse auf Sylt	66
Hohe Qualität nach ISO-Norm	68
Lehrpraxis auf dem Land	71
Hausärzte aus Leidenschaft	72
Option Landärztin	73
Nachwuchsgewinnung	75
Dr. Gerbers Uni-Sprechstunde	76
„Nur, was man kennt, kann man auch lieben lernen“	78
Vereinbarkeit von Beruf und Familie	81
Langsam hineingewachsen	82
Kind, Karriere, Kooperation	83
Aktive Gemeinde	85
Gemeinde sucht Arzt	86
Standortfaktor Arzt	88
„Es ist nicht einfach, aber auch nicht unmöglich“	89
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	91
Immer wieder sonntags	92
Hilfe ohne Grenzen	96
Positives Zwischenfazit	98
Ärztlicher Bereitschaftsdienst in Zahlen	99
Ambulante Versorgung in Zahlen	101

IMPRESSUM

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1–6
23795 Bad Segeberg

Verantwortlich (v.i.S.d.P.)
Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH

Redaktion: Abteilung Gesundheitspolitik und Kommunikation

Druck: Grafik & Druck, Kiel

Fotos: iStockphoto LP, Frank Peter (KN), WochenSchau GmbH, Familie Schewe, Sana Kliniken Ostholstein GmbH

Die Publikation, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“). Wenn aus Gründen der Lesbarkeit nur die Gruppe der Ärzte genannt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis.



Dr. Monika Schliffke,
Vorstandsvorsitzende der KVSH



Dr. Ralph Ennenbach,
stellvertretender
Vorstandsvorsitzender der KVSH

Liebe Leserinnen und Leser,

im Jahr 2009 veröffentlichte die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein ihren letzten Versorgungsbericht. Dieser zeichnete ein besonders im hausärztlichen Bereich düsteres Bild der Zukunft der ambulanten medizinischen Versorgung in unserem Land. Schon damals machten wir deutlich, dass Schleswig-Holstein wegen des zunehmenden Ärztemangels vor großen Herausforderungen stehe und dringend Lösungen entwickelt werden müssten, um die Probleme bewältigen zu können. Was hat sich seitdem getan? Heute - fünf Jahre später - sind die Aussichten leider nicht viel besser: Mittlerweile ist jeder dritte Hausarzt 60 Jahre alt oder älter, hunderte Allgemeinmediziner werden in den nächsten Jahren ihre Praxis aufgeben. Die Lücken, die es zu füllen gilt, sind nicht kleiner geworden.

Allerdings besteht die Hoffnung, dass die dunkle Wolkendecke künftig an der einen oder anderen Stelle ein wenig aufbricht. Die Hoffnung gründet darin, dass in den vergangenen Jahren verschiedene Maßnahmen ergriffen wurden, um dem Ärztemangel - speziell auf dem Land - entgegen zu wirken. So spricht die

KVSH mit der im April 2011 ins Leben gerufenen Kampagne „Land.Arzt.Leben!“ gezielt jene an, die wir für die ambulante Versorgung von morgen dringend benötigen: Medizinstudenten, Assistenten in der Weiterbildung und Ärzte, die sich niederlassen wollen. Hinzu kommen Förderungen von Studenten, die ihre praktischen Erfahrungen in einer Hausarztpraxis sammeln oder die finanzielle Unterstützung jener, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befinden. Die Förderung des ärztlichen Nachwuchses wird die KVSH in Zukunft weiter ausbauen, unter anderem mit einem speziellen Fortbildungsprogramm.

Aber auch die Gemeinden tragen zunehmend ihren Anteil zum Erhalt einer flächendeckenden Versorgung im Land bei. Viele von ihnen schalten sich aktiv in die Suche nach einem Nachfolger des ausscheidenden Landarztes ein und sichern damit die ambulante Behandlung vor Ort. Zudem gibt es immer mehr Kliniken und niedergelassene Ärzte, die der Diskussion um die Einhaltung der Sektorengrenzen überdrüssig sind, und stattdessen zum Wohle der Patienten kooperieren.

Oftmals sind es aber auch die Ärztinnen und Ärzte selbst, die dafür sorgen, dass unsere Versorgungslandschaft bunter und vielfältiger wird. So nutzen viele das von der KVSH initiierte Zweigpraxismodell und erhalten damit eine dezentrale und patientennahe Versorgung in Schleswig-Holstein. Andere wiederum – vor allem Ärztinnen – beginnen als Angestellte und übernehmen später als Praxischefin Verantwortung vor Ort. Die in diesem Bericht dargestellten Beispiele beschreiben somit nicht nur den Wandel, den es in den letzten Jahren in der ambulanten Versorgungsstruktur gegeben hat, sondern geben auch Antwort auf die Frage, was getan werden muss, um eine ausreichende Versorgung zu sichern und gleichzeitig die Anforderungen des ärztlichen Nachwuchses hinsichtlich einer Tätigkeit als Haus- und Facharzt zu erfüllen.

Zur Wahrheit gehört aber auch, dass trotz der vielfältigen Anstrengungen davon auszugehen ist, dass nicht alle Praxisstandorte erhalten werden können. Zu groß ist der Nachwuchsmangel und zu oft entscheiden sich junge Ärztinnen und Ärzte gegen eine Praxistätigkeit in ländlichen Regionen. Umso mehr kommt es darum künftig auf Kooperationen an. Die enge Zusammenarbeit mit Kommunen, Krankenhäusern, der Landesregierung, den Pflegeberufen und weiteren Akteuren wird in den nächsten Jahren ein wichtiger Teil unserer Arbeit bleiben. Ziel ist es, die Erreichbarkeit einer hausärztlichen Praxis für alle Einwohner Schleswig-Holsteins sicherzustellen, auch für jene in den ländlichen Gebieten. Für die künftige Versorgung der ländlichen Regionen wird es außerdem unverzichtbar sein, dass hochqualifiziertes Praxispersonal den Arzt entlastet, damit dieser sich auf seine ärztliche Tätigkeit konzentrieren kann.

Wie erfolgreich der eingeschlagene Weg ist, wird dann der nächste Versorgungsbericht der KVSH zeigen.



Dr. Monika Schliffke



Dr. Ralph Ennenbach



Begleitwort des Schleswig-Holsteinischen Gemeindetages

von Jörg Bülow

Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Schleswig-Holsteinischen Gemeindetages

Der Schleswig-Holsteinische Gemeindetag begrüßt den neuen Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und hofft, dass er viele aufmerksame Leser bei Landespolitik und Kommunen finden wird.

Der Versorgungsbericht „Die ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein“ von 2009 hatte nachhaltigen Einfluss auf die politische Diskussion. Wir sind sicher, auch dieser neue Versorgungsbericht der KVSH mit dem Schwerpunkt der ärztlichen Versorgung in den ländlichen Räumen muss und wird eine ähnlich große Wirkung haben.

Die Aufrechterhaltung einer angemessenen wohnortnahen Daseinsvorsorge für die Menschen ist eines der wichtigsten Ziele für unsere Gemeinden. Die Gemeinden sehen sich in der Verantwortung dafür, dass die Menschen die notwendigen Angebote der Daseinsvorsorge vorfinden und sich auf diese verlassen können.

Hierzu gehört auch die medizinische Versorgung und insbesondere die wohnortnahe Verfügbarkeit von Haus- und Fachärzten. Dabei geht es um die Lebensqualität für die Menschen. Die Menschen wollen darauf vertrauen können, dass sie gerade dann die notwendige Unterstützung erhalten, wenn es ihnen nicht gut geht.

Daher hat der Schleswig-Holsteinische Gemeindetag die intensiven Bemühungen der KVSH um die Aufrechterhaltung einer angemessenen ärztlichen Versorgung von Anfang an unterstützt. So haben wir z. B. in gemeinsamen Fachtagungen die Bürgermeister über die Grundlagen der Praxiszulassung und über erfolgreiche Beispiele für kommunales Engagement informiert und über Lösungsansätze beraten.

Die Gemeinden können jedoch allenfalls einen Beitrag zur Situation vor Ort leisten. In erster Linie sind die Kassenärztliche Vereinigung und die Sozialpolitik des Landes für die ärztliche Versorgung verantwortlich.

Daher danken wir dafür, dass die KVSH mit diesem Versorgungsbericht abermals den Finger in die Wunde legt und die Vielgestaltigkeit der ärztlichen Versorgung darstellt. Mit dem neuen Bedarfsplan für die ärztliche Versorgung hatte die KVSH schon im Frühjahr 2013 wichtige Grundlagen für eine planerische Reaktion auf den demografischen Wandel in der Ärzteschaft geschaffen. Wir hoffen, dass von dieser neuen Bedarfsplanung

auch die notwendigen Wirkungen für eine bessere Flächenversorgung ausgehen und die neuen Instrumente des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes genutzt werden.

Wir halten es aber darüber hinaus für erforderlich, dass die schleswig-holsteinische Landesregierung eine Strategie für die ärztliche Versorgung in den ländlichen Räumen formuliert, die neben einem Förderprogramm für die Niederlassung von Ärzten bereits im Medizinstudium ansetzt und alle Phasen der ärztlichen Ausbildung und Praxisgründung umfasst. Wir dürfen gegenüber anderen Bundesländern nicht den Anschluss verlieren.

Eine große Zahl von Ärzten wird in den kommenden Jahren in den Ruhestand gehen. Die Nachbesetzung dieser Praxissitze wird eine große

Herausforderung sein. Wir hoffen daher, dass dieser Versorgungsbericht der KVSH dazu beiträgt, dass die ärztlichen Organisationen selbst, die Kommunen und die Landespolitik ihr Engagement für eine flächendeckende wohnortnahe ärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein fortführen und verstärken.



Keine Standardlösungen

Die ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein ist gut. Mehr als 5.000 Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten behandeln täglich ihre Patienten. Sie arbeiten in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen, in Zweigpraxen oder als ermächtigte Krankenhausärzte, als Freiberufler oder als Angestellte, in der Stadt oder auf dem Land.

Doch dies ist nur eine Momentaufnahme. Die Versorgung gerät zusehends unter Druck, insbesondere in den ländlichen Regionen. Schon ein Drittel der Hausärzte in Schleswig-Holstein ist 60 Jahre oder älter und wird in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen. Eine Entwicklung, die auch im fachärztlichen Bereich bereits sichtbar wird, z. B. bei Frauen-, Augen- und Nervenärzten.

Nachwuchs in ausreichender Größenordnung ist nicht in Sicht. So verzeichnet die Statistik der Ärztekammer Schleswig-Holstein für das Jahr 2012 nur 44 erfolgreich abgelegte Prüfungen zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

Die Ursachen für das geringe Interesse, insbesondere an der hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land, sind vielfältig. Gerade die Allgemeinmedizin hat es schwer, auch weil sie lange Zeit in der Aus- und Weiterbildung nicht den Stellenwert hatte, der ihr gebührt.

Zudem haben sich die Ansprüche der Jüngeren verändert. Die Nachwuchsmediziner, die an den Universitäten studieren oder in den Kliniken und Praxen ihre Weiterbildung absolvieren, wollen eine andere Balance von Arbeit und Privatleben als ihre Vorgänger. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht ganz oben auf der Prioritätenliste, ebenso die Arbeit im Team. Die freiberufliche Tätigkeit mit ihrer Verantwortung als Praxisinhaber wird, insbesondere zum Berufsstart, vielfach nicht angestrebt. Der Anstellung, vermehrt auch in Teilzeit, oder einer Tätigkeit außerhalb der kurativen Medizin wird der Vorzug gegeben.

KVSH wirbt um Nachwuchs

Für die KVSH ist der Sicherstellungsauftrag mehr als eine gesetzliche Aufgabe. Als Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten übernehmen wir Verantwortung dafür, die Versorgung unserer Patienten zu gewährleisten und eine im Wandel begriffene Versorgungslandschaft aktiv mitzugestalten.

Deshalb engagiert sich die KVSH dafür, angehende Ärztinnen und Ärzte bereits im Studium mit der Tätigkeit in den Praxen in Berührung zu bringen. Ein wesentlicher Baustein ist die 2011 ins Leben gerufene Kampagne „Land.Arzt.Leben!“ mit ihren vielfältigen Informationsangeboten sowohl online unter www.landarztleben.de als auch im direkten Kontakt an den Universitäten in Kiel, Lübeck und Hamburg. Ein erfolgreicher Bestandteil der Kampagne, die wir ab Seite 75 vorstellen, sind die „Uni-Sprechstunden“: Erfahrene Landärztinnen und Landärzte stehen dem Nachwuchs Rede und Antwort.

Darüber hinaus fördert die KVSH Studierende finanziell, die einen eigenen Eindruck von der Vielfältigkeit und den medizinischen Herausforderungen im Alltag einer Praxis gewinnen wollen:

- Angehende Ärzte, die sich im Praktischen Jahr für das Wahlfach Allgemeinmedizin entscheiden, werden während der 16-wöchigen Dauer dieses Ausbildungsabschnitts mit 100 Euro pro Woche unterstützt.
- Die KVSH bezuschusst auch Famulanten. Die Famulatur ist ein viermonatiges Pflichtpraktikum während des Studiums. Bis zu zwei Monate können in einer Arztpraxis absolviert werden. In dieser Zeit zahlt die KVSH einen Zuschuss von monatlich 200 Euro.

- Die KVSH unterstützt Studierende mit einem Fahrtkostenzuschuss, die ihr allgemeinmedizinisches Blockpraktikum in einer Praxis außerhalb der Universitätsstandorte Kiel oder Lübeck absolvieren. Seit Mitte 2013 können auch Medizinstudenten aus Hamburg, die im Rahmen des Praktikums den Alltag einer Landarztpraxis in Schleswig-Holstein kennenlernen wollen, einen Fahrtkostenzuschuss beantragen.

Marion Merz, Medizinstudentin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, gehört zu den fast 600 seit 2011 von der KVSH geförderten Studierenden. Sie absolvierte ihr Blockpraktikum in einer Hausarztpraxis auf Föhr und berichtet auf Seite 73 von ihren Eindrücken.

Mehr als 160 Lehrpraxen gibt es in Schleswig-Holstein. Zu ihnen gehört die Landarztpraxis von Dr. Reimar Vogt und Dr. Gert Schanen, gelegen in der Dithmarscher Geest. Auf Seite 72 erfahren Sie, was die Hausärzte motiviert, ihr Wissen an die junge Generation weiterzugeben.

Auch an den Hochschulen des Landes tut sich etwas. Die KVSH begrüßt, dass mit der Besetzung neuer Professuren für Allgemeinmedizin an den Universitäten in Kiel und Lübeck ein wesentlicher Schritt getan wurde, der Allgemeinmedizin im Studium einen höheren Stellenwert zu geben. In einem Interview auf Seite 78 erklärt Professor Dr. Jens-Martin Träder, Inhaber der Lehrprofessur für die Lehre in der Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck, weshalb dies ein wichtiger Baustein ist, um mehr junge Mediziner für eine hausärztliche Tätigkeit zu gewinnen.

Neue Ärztegeneration setzt andere Schwerpunkte

Die Nachwuchsmediziner wollen heute anders arbeiten als die Generation der jetzt in den Ruhestand tretenden Ärzte. Eine andere Ausbalancierung von Arbeit und Familie ist ebenso kennzeichnend wie der Wunsch, in Kooperation mit anderen Ärzten zusammenzuarbeiten, und die Scheu, insbesondere zum Berufseinstieg, den Schritt in die Selbständigkeit mit ihrer hohen Verbindlichkeit zu wagen.

Verstärkt wird dieser Trend durch den steigenden Anteil der Ärztinnen. Im typischen Niederlassungsalter stehen oft ganz andere Themen auf der Tagesordnung als die Übernahme einer Arztpraxis. Wer als Ärztin Familie und Kinder und einen ebenfalls berufstätigen Partner hat, will in dieser Lebensphase vielfach weder in Vollzeit tätig sein noch die Verantwortung einer freiberuflichen Praxisgründung auf sich nehmen. Deshalb wächst das Interesse an einer angestellten Tätigkeit – und dies nicht nur bei Ärztinnen, sondern auch bei den männlichen Kollegen.

Zwei Beispiele, wie der Einstieg in die ambulante Versorgung heute immer öfter aussieht, stellen wir Ihnen ab Seite 37 vor. Für Swantje Knopf, angestellte Hausärztin in Lübeck-Travemünde, und Dr. Mona Wendrich-Rönne, in Teilzeit tätige angestellte Frauenärztin in Wilster, ist die Möglichkeit, als angestellte Ärztinnen in einer Praxis tätig zu sein, das richtige Angebot zur richtigen Zeit.

Wo der Wunsch nach mehr Anstellung wächst, braucht es Ärzte, die diese Stellen schaffen. Einer von ihnen ist der fachärztliche Internist Dr. Jochem Herweg aus Tellingstedt in Dithmarschen. Zusammen mit seiner Frau Dr. Ursula Horn-Herweg, die als praktische Ärztin tätig ist, gründete er ein eigenes Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ). Unterstützt wird das Ärzteehepaar durch zwei angestellte Ärztinnen in Teilzeit. Auf Seite 34 erfahren Sie, weshalb von diesem Modell alle profitieren: die Patienten, die Gründer und die angestellten Ärztinnen.

Dass sich Familie und Beruf in der Freiberuflichkeit weitaus besser verbinden lassen als vielfach angenommen, berichten ab Seite 82 Dr. Anja Hollandt, Fachärztin für Allgemeinmedizin mit eigener Praxis in Travemünde, und Dr. Thyra Caroline Bandholz, die gemeinsam mit einer Kollegin eine Hautarztpraxis in Kiel betreibt. Die Botschaft der beiden Ärztinnen mit Kindern: Die freiberufliche Niederlassung ermöglicht eine Flexibilität, die ein Angestelltenverhältnis – insbesondere in der Klinik – oftmals nicht bieten kann.

Wie ärztliches Engagement die Versorgung sichert

Dass es großer Anstrengungen bedarf, um die ärztliche Versorgung auf dem Land zu erhalten, zeigt der Blick auf die vielen Arztpraxen, deren Inhaber in den nächsten Jahren in den Ruhestand treten wollen. Die Suche nach einer Nachfolgerin oder einem Nachfolger bleibt vielfach trotz allen Engagements erfolglos.

Dr. Barbara Nicolaus, Hausärztin in Hennstedt (Dithmarschen), kann ein Lied davon singen. Seit zwei Jahren, so berichtet sie im Interview auf Seite 16, bemüht sie sich um einen Nachfolger, aber ein ernsthafter Interessent fand sich bislang nicht. Was sich ändern muss, um auch künftig noch Mediziner für die Arbeit auf dem Land zu gewinnen, lesen Sie ab Seite 14 im Beitrag von Michael Sturm, Hausarzt in Hohn im Kreis Rendsburg-Eckernförde.

Eine Maßnahme, die es erleichtern soll, Ärzte für die Tätigkeit im ländlichen Raum zu interessieren, ist die Aufhebung der Residenzpflicht. Galt bis Ende 2011, dass der Arzt in der Nähe seiner Praxis wohnen musste, gibt es diese Vorgabe seither nicht mehr. Eine neue Freiheit, die es Dr. Alexander Horak ermöglichte, eine Hausarztpraxis in der Kleinstadt Glücksburg zu übernehmen und weiterhin in Hamburg zu wohnen – und so der Familie einen Umzug und den Kindern einen Schulwechsel zu ersparen. Die ganze Geschichte lesen Sie auf Seite 48.

Eine weitere Option, um neue Hausärzte zu gewinnen, ist die Möglichkeit des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin für erfahrene Ärzte anderer Fachrichtungen. Der 67-jährige Bernd Scharfe gehörte zu den Vorreitern, war er doch bundesweit der erste, der diesen neuen Weg beschritt. Nach langen Jahren als Oberarzt an einer Klinik begann er eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner in Nordfriesland. Auch die Anästhesistin Dr. Karin Erasmi nutzte die neue Regelung, um umzusatteln und mit 47 Jahren eine Hausarztpraxis in Flintbek zu eröffnen. Die Beweggründe der beiden Mediziner für ihren Neustart finden Sie ab Seite 51.

Eine immer wichtigere Rolle zum Erhalt einer dezentralen und patientennahen ambulanten Versorgung spielen Zweigpraxen. 210 Filialen bestehender Praxen oder MVZ gibt es mittlerweile landesweit. Zwei stellen wir Ihnen vor: Raif Gülcan-Mülligans, Hausarzt in Steinberg, übernahm im vergangenen Jahr die Praxis eines Kollegen im Nachbarort, der zuvor vergeblich nach einem Nachfolger gesucht hatte, und verhinderte so einen drohenden Versorgungsengpass, wie wir auf Seite 28 erläutern.

Das Ärzt Ehepaar Dr. Beate und Dr. Siegfried Bethge aus Kropp zeigt, wie Zweigpraxen die fachärztliche Versorgung in der Fläche stärken können. Im Arztzentrum der beiden Allgemeinmediziner halten verschiedene Fachärzte regelmäßige Sprechstunden im Rahmen einer Zweigpraxis ab und ersparen ihren Patienten so weite Wege. Mehr zu diesem Modell lesen Sie auf Seite 30.

Eine Zweigpraxis war auch die Lösung für Dr. Christoph Meyer-Schillhorn, um auf der Hallig Langeneß eine regelmäßige hausärztliche Sprechstunde anbieten zu können. Weshalb der Arzt von Föhr regelmäßig auf die Hallig kommt und welche Rolle ein Halligkrankenpfleger dort für die Versorgung spielt, lesen Sie ab Seite 20. Wie der Alltag von Inselarzt Dr. Uwe Kurzke, dem einzigen niedergelassenen Arzt auf der Insel Pellworm, aussieht, berichten wir ab Seite 24.

Probleme mit der ärztlichen Versorgung sind auch in den Städten ein Thema. Immer wieder wird diskutiert, ob die Zahl der Praxen in sozial benachteiligten Stadtteilen ausreicht. Dass Ärzte diese Stadtviertel keineswegs meiden, beweist Dr. Marina Rubin. Sie hat sich zusammen mit einem Kollegen bewusst für die Eröffnung einer neuen kinderärztlichen Gemeinschaftspraxis in Kiel-Mettenhof, einer Großwohnsiedlung am Rande der Landeshauptstadt, entschieden. Auf Seite 17 lesen Sie, weshalb die junge Kinderärztin gern in Mettenhof arbeitet.

Nur gemeinsam lässt sich die Versorgung von morgen gestalten

Die drohenden Versorgungslücken auf dem Land sind längst ein Problem, das die Kommunen erreicht hat. Für viele Bürgermeister ist die ärztliche Versorgung zur Chefsache geworden. Im ganzen Land sind Gemeinden, Ämter und Städte aktiv geworden, um interessierten Ärzten ein attraktives Umfeld bieten zu können. Wir stellen Ihnen ab Seite 86 Gemeinden vor, die es durch kommunales Engagement geschafft haben, die ärztliche Versorgung zu erhalten, und lassen den Bürgermeister von Kropp zu Wort kommen.

Nicht nur der Bündelung der Ressourcen von Kommunen und KVSH kommt eine steigende Bedeutung zu, sondern auch der Vernetzung über Sektorengrenzen hinweg. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte arbeiten bereits an vielen Orten im Land vertrauensvoll zusammen, um gemeinsam die Versorgung der Patienten bestmöglich sicherzustellen. Auch die über 20 Praxisnetze im Land tragen wesentlich dazu bei, die innerärztliche und intersektorale Zusammenarbeit voran zu bringen. Zwei Praxisnetze in Schleswig-Holstein sind bis zum Erscheinen dieses Berichtes bereits nach der KVSH-Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen gemäß Paragraph 87b SGB V zertifiziert.

Wie wichtig es gerade im ländlichen Raum ist, gemeinsam zu handeln, zeigt das Beispiel Fehmarn. Auf der Ostseeinsel arbeiten Sana-Krankenhaus und Niedergelassene zum Wohle der Patienten Hand in Hand, wie Sie auf Seite 62 lesen können. Auch an der Nordsee rücken Klinik und ambulant tätige Ärzte zusammen. Im Interview auf Seite 58 erklärt Burkhard Sawade, praktischer Arzt und Chirurg in Meldorf, die Vorteile der Zusammenarbeit.

Teil des Sicherstellungsauftrags der KVSH ist die Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten. Für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVSH, der vor sieben Jahren umfassend neu geordnet wurde, spielt die Zusammenarbeit mit den Kliniken ebenfalls eine zentrale Rolle. Die mehr als 30 Bereitschaftsdienstpraxen, die in den Abendstunden, an Wochenenden und Feiertagen geöffnet haben, sind an Krankenhäusern angesiedelt.

Die KVSH-Anlaufpraxis in der Asklepios Klinik Nord in Hamburg-Heidelberg, die wir auf Seite 96 vorstellen, ist sogar im doppelten Sinne grenzüberschreitend. Sie ist sowohl ein Beispiel für die Zusammenarbeit über Sektorengrenzen als auch über Landesgrenzen hinweg, liegt sie doch auf Hamburger Gebiet. Die zweite Säule des Bereitschaftsdienstes neben den Anlaufpraxen ist der fahrende Dienst. Wir haben Dr. Ralf-Günter Wegers während seines Dienstes begleitet, der ihn kreuz und quer über die Landstraßen rund um Schleswig führte, siehe ab Seite 92.

Weshalb sich die KVSH für eine moderne Bereitschaftsdienststruktur mit zentralen Anlaufpraxen und eigener Leitstelle in Bad Segeberg entschieden hat, lesen Sie im Interview mit dem Notdienstbeauftragten des Vorstandes der KVSH, dem Kieler Hausarzt Thomas Miklik, auf Seite 98.

Keine Versorgung ohne Spezialisten

Dr. Andreas Bobrowski ist niedergelassener Arzt – und doch bekommt er Patienten kaum zu Gesicht. Denn der Lübecker ist Laborarzt. Im Interview auf Seite 68 erläutert er, was für ihn den Reiz des Fachgebietes ausmacht und weshalb Laborärzte für die moderne Medizin unverzichtbar sind.

Das Dialysezentrum von Dr. Bodo Stoschus, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, in Westerland auf Sylt stellt eine Besonderheit dar: Es ist nicht nur Anlaufstation für einheimische Patienten, die einer Dialysebehandlung bedürfen, sondern auch für Urlauber mit einer Nierenerkrankung. Auf Seite 66 stellen wir dieses Angebot vor, das für die auswärtigen Patienten ein großes Stück neugewonnener Lebensqualität bedeutet.

Die ambulante Versorgung ist ohne die niedergelassenen Psychotherapeuten nicht denkbar. Auf die Bedeutung der ambulanten Psychotherapeuten und die aktuelle Entwicklung im Bereich der psychischen Erkrankungen geht Heiko Borchers, Psychotherapeut in Kiel-Gaarden, in seinem Beitrag auf Seite 44 ein.

Es bewegt sich etwas im Land

Die Beispiele zeigen: Es bewegt sich etwas im Land. Die ambulante Versorgung verändert ihr Gesicht. An vielen Orten sind es die Ärztinnen und Ärzte selbst, die die Initiative ergreifen und

neue Wege in der Versorgung gehen, sei es durch die Gründung von Zweigpraxen oder neue Kooperationen, sei es durch die Zusammenarbeit mit Kliniken oder die Gründung eines MVZ. Auch machen die Ärztinnen und Ärzte zunehmend von den neuen Möglichkeiten Gebrauch, die sich aus der Aufhebung der Residenzpflicht und den erweiterten Möglichkeiten der Anstellung in Praxen ergeben. Und nicht zu vergessen: In vielen Fällen geschieht dies in enger Abstimmung und mit Unterstützung der Gemeinden und ihrer Bürgermeister. Die Ärzte übernehmen damit Verantwortung für ihre Patienten und die Region, in der sie leben und arbeiten.

Unser Bericht zeigt zudem, dass eine umfassende Versorgung nur im Zusammenspiel aller Facetten der Versorgung möglich ist. Es braucht den Hausarzt genauso wie den Facharzt und den Psychotherapeuten. Es braucht den Arzt auf dem Land genauso wie den Arzt in der Stadt.

Zu beobachten ist auch: Das Angebot passt sich der veränderten Nachfrage der Jüngeren an. Die Zahl der angestellten Ärzte nimmt zu, ebenso die verschiedenen Formen der gemeinsamen Berufsausübung. Nur wenn jüngere Ärzte jenseits der Städte Bedingungen vorfinden, die es ihnen ermöglichen, so zu leben und zu arbeiten, wie sie es in ihrer individuellen Lebenssituation wünschen, werden sie sich für die ambulante Versorgung entscheiden.

Entwarnung kann aber nicht gegeben werden. Allein ein Drittel der Hausärzte steht kurz vor dem Ruhestand. 600 neue Allgemeinmediziner müssten sich für die Tätigkeit in einer Hausarztpraxis im Norden entscheiden, wollen wir die gegenwärtige Versorgungsdichte auch nur halten. Deshalb wird das Problem des sich abzeichnenden Ärztemangels weiter vielschichtige Lösungsansätze erfordern. Die Trends, die wir heute sehen, werden sich verstärken: mehr Vernetzung und Kooperation, aktive Gemeinden, aber auch neue Wege, wie die Delegation von Leistungen zur Arzttentlastung und damit eine neue und erweiterte Rolle der Assistenzkräfte.

Hinzu kommt, was zumeist nicht öffentlich sichtbar wird: Ein immer zeitintensiveres Versorgungsmanagement. Die KVSH ist immer dann zur Stelle, wenn es darum geht, regionale Versorgungsprobleme zu lösen: Akteure zusammenbringen, Gespräche führen, Optionen ausloten, neue Formen der Versorgung oder Kooperation auf ihre Realisierbarkeit prüfen, Hinweise geben – das ist ein kleinteiliger Prozess, der jenseits des grellen Scheinwerferlichts stattfindet und doch immer wichtiger wird. Denn der Erhalt der regionalen Versorgung lässt sich nicht mit Standardlösungen erreichen.

Dies alles geht nicht ohne Ärzte und Psychotherapeuten. Sie sind wesentliche Akteure der Zukunftsgestaltung. Bei so manchen abstrakten Diskussionen über das Thema Ärztemangel wird übersehen, dass Ärztinnen und Ärzte keine statistische Kenngröße sind, die sich wie Schachfiguren über das Land verschieben lassen, sondern engagierte Mediziner mit eigenen Vorstellungen. Sie sind Individuen, die eine Vorstellung von dem haben, was sie beruflich leisten und erreichen wollen, aber auch, wie sie als Mütter und Väter und engagierte Bürger ihrer Gemeinden leben wollen. Das gilt es zu berücksichtigen, wenn darüber gesprochen wird, was sich ändern muss, um auch künftig eine ausreichende Versorgung sicherstellen zu können.

Die KVSH wird sich, wie schon in der Vergangenheit, aktiv an der Gestaltung der ambulanten Versorgungslandschaft beteiligen und sieht sich als Partner aller, die hierzu einen Beitrag leisten wollen.



Versorgung in Stadt und Land

Ist der Hausarzt um die Ecke ein Auslaufmodell? Vor allem für Landärzte wird es immer schwieriger, Nachfolger für ihre Praxen zu finden. Zu unattraktiv erscheinen vielen Nachwuchsmediziner ländliche Regionen, in denen es keine Schule für die Kinder gibt und das nächste Kino kilometerweit entfernt ist. Probleme, einen Arzt in der Nähe zu finden, gibt es aber nicht nur auf dem Land, sondern auch in der Stadt. Wie erfahrene Landärzte die Situation einschätzen, und dass zur ärztlichen Tätigkeit in sozial schwachen Stadtteilen auch ein Schuss Idealismus gehört, zeigen die folgenden Beispiele.

Resumée eines Landarztes

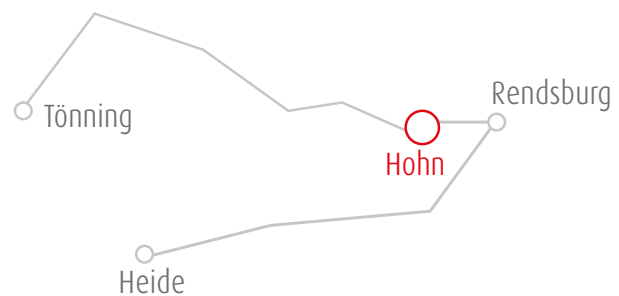
von Michael Sturm

1984, also vor fast 30 Jahren, ließ ich mich in einer Allgemeinarztpraxis auf dem Land nieder. Die Berufswahl hatte sich unter anderem aus meiner Sozialisation ergeben, denn mein Vater war auch Landarzt.

Nach insgesamt achtjähriger Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin fand sich schließlich in Hohn bei Rendsburg eine Praxis zur Übernahme. Nach ausführlichen Gesprächen wurde der Standort auch im Familienrat akzeptiert. Eine von mir damals gewünschte fachübergreifende Gemeinschaftspraxis ließ sich nicht realisieren. Ich fand keine Kollegen, die mitmachen wollten und die bürokratischen Hürden der KV waren seinerzeit zu hoch. Die ersten Jahre waren etwas schwierig: Wird das Honorar hoch genug sein, um die Schuldenlast zu tragen? Werde ich der vollen Verantwortung für das eigene Tun gerecht, ohne Oberarzt oder Chef zurate ziehen zu können? Gelingt die soziale Integration in eine kleine ländliche Gemeinde und werden mich die Patienten akzeptieren? Immerhin musste man innerhalb kurzer Zeit ein paar hundert Menschen mit ihrer Krankengeschichte kennenlernen. Diese Sorgen drückten am Anfang schon auf die Seele. Zu den Kollegen aus der Umgebung entwickelte sich langsam ein freundschaftlich-kollegiales Verhältnis.

Nach zwei Jahren hatte sich alles stabilisiert und es trat eine Situation ein, dass ich mit freiem Kopf Medizin machen konnte, ohne von den Sorgen wirtschaftlicher Not oder möglicher Regresse eingezwängt zu sein.

Es folgten ungefähr zehn Jahre, in denen ich diesen schönsten aller Berufe voll auskosten konnte. Ich lernte meine Patienten immer besser kennen und damit auch ihre psychosozialen Kontextfaktoren, die für die ärztliche Betreuung so wichtig sind. Teilweise betreute ich vier Generationen in einer Familie, von der Uroma bis zum Urenkel und wurde fast wie ein Familienmitglied betrachtet, wurden mir doch oft Dinge anvertraut, über die mit anderen sonst nicht gesprochen wurde. Gleichzeitig lernte ich immer besser, die psychosozialen Faktoren in Diagnostik und Therapie einzubeziehen. Dem Arzt wird hierdurch sein Handeln erheblich erleichtert und der Patient erhält eine viel größere Sicherheit im medizinischen System, weil er als Indi-



Michael Sturm und sein Praxisteam
Jahrgang 1950
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Hohn
niedergelassen seit 1984

viduum betrachtet wird und weil ihm viele unnötige Maßnahmen erspart bleiben. Diese Fähigkeiten wurden schon seinerzeit weder an den Universitäten noch in der Weiterbildung an den Kliniken gelehrt.

Leider hat sich die Missachtung der psychosozialen Faktoren im Krankheitsgeschehen eines Patienten im klinischen Bereich verstärkt. Das liegt zum Teil am sogenannten System. Bei dem Zwang zu den, ökonomisch angeblich sinnvollen, kurzen Liegezeiten, ist es für die Kollegen geradezu unmöglich, auf den Patienten als Individuum einzugehen. Hinzu kommt, dass die jungen Kollegen in Weiterbildung kaum auf diese Faktoren hingewiesen werden. Und bei den kurzen Liegezeiten hat man keine Möglichkeit, sich um solche vordergründig zeitaufwendigen Probleme zu kümmern.

Praktische Erfahrungen vor Ort sind wichtig

In meiner akademischen Lehrpraxis der Christian-Albrechts Universität zu Kiel betreue ich regelmäßig PJ-ler, Studenten im Blockpraktikum und Famulanten. Die Rückmeldungen, die ich von den Studentinnen und Studenten erhalte, sind ausnahmslos positiv. Sie sind von der viel intensiveren Art ärztlicher Tätigkeit begeistert. Auch wenn ich vielleicht keinen der Kollegen als zukünftigen Hausarzt gewinnen konnte, glaube ich dennoch, ihnen die ärztliche Tätigkeit nahegebracht zu haben. Diese praktischen Erfahrungen vor Ort sind deshalb so wichtig, weil die Studenten im Studium mit der Allgemeinmedizin zu spät in Berührung kommen.

Mitte der Neunziger begann eine Zeit, in der immer mehr ökonomische und bürokratische Vorgaben die ärztliche Tätigkeit erschwerten. Auch wenn von allen Seiten behauptet wird, man müsse die hausärztliche Tätigkeit stärken, geschieht genau das Gegenteil. Zum einen werden technische Leistungen unverändert wesentlich höher vergütet als die Gesprächs- und Besuchsleistungen des Hausarztes, zum anderen erdrücken uns nutzlose

bürokratische Zwänge immer mehr, wie eine Eiserne Jungfrau, die langsam geschlossen wird. Ein Beispiel: Für die ärztliche Tätigkeit völlig nutzlose Kodierungen mit unterschiedlichen Systemen, sich alle zwei bis drei Jahre ändernde Abrechnungssysteme mit immer komplizierteren Kombinationen oder Ausschlüssen (siehe aktueller Hausarzt-EBM), anhaltende Regressdrohungen der Krankenkassen. Für so ein System ist es wahrlich schwer, junge Kollegen zu gewinnen. Obwohl Politik, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Krankenkassen immer das Gegenteil behaupten (dadurch wird es auch nicht wahrer), treiben sie das Sterben der hausärztlichen Medizin immer weiter voran und zerstören so das weltweit mit am besten funktionierende Gesundheitssystem.

Was können wir tun, um die hausärztliche Versorgung einigermaßen sicherzustellen? Wir müssen weiter dafür Sorge tragen, dass die jungen Kollegen möglichst früh im Studium mit der Allgemeinmedizin in Kontakt kommen. Der Muff unter den alten Talaren muss endlich weggeblasen werden. Wir müssen den Kollegen vermitteln, dass die hausärztliche Tätigkeit trotz aller Widrigkeiten einer der schönsten Berufe der Welt ist. Die innere Zufriedenheit, die diese Tätigkeit vermittelt, erreiche ich in keinem anderen Beruf. Und wir als Altgediente müssen uns dafür einsetzen, dass die Stolpersteine zum und im Beruf aus dem Weg geräumt werden. Nur so werden wir die jungen Kollegen für unseren Beruf begeistern und gewinnen können und nur dann wird, gesellschaftlich gesehen, auf Dauer ein menschenwürdiges und auch bezahlbares Gesundheitssystem zu erhalten sein.

Hennstedt ist nicht Hamburg

Dr. Barbara Nicolaus hat ein Problem, das auf viele Hausärzte in ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins zukommt. Die Landärztin findet keinen Nachfolger für ihre Einzelpraxis in Hennstedt (Kreis Dithmarschen), obwohl sie gern in den Ruhestand gehen würde.

Wie sieht die momentane Situation Ihrer Praxis aus?

Dr. Barbara Nicolaus: Ich bin seit neun Jahren in Hennstedt tätig und die dienstälteste Ärztin im Ort. Vorher hatte ich lange Jahre eine Praxis in Friedrichskoog. Niedergelassene Ärztin bin ich schon seit 1977. Nach den ganzen Dienstjahren stellt sich mir irgendwann automatisch die Frage, wann und wie Schluss sein soll. Vor zwei Jahren habe ich mit der Suche nach einem Nachfolger angefangen. Seit einem Jahr suche ich nun intensiv mit entsprechenden Inseraten in der Zeitung und einem Eintrag in der KVSH-Praxisbörse. Bisher leider ohne Erfolg.

Gab es überhaupt Bewerber?

Nicolaus: Es haben sich verschiedene Interessenten vorgestellt, aber richtig konkret wurde es nie. Erstaunlicherweise haben sich neben jüngeren Kollegen auch einige ältere gemeldet, was aber nicht wirklich sinnvoll ist, da wir vor Ort natürlich eine dauerhafte Lösung brauchen.

Wie ist ihre Hausarztpraxis aufgestellt?

Nicolaus: Wir versorgen das klassische hausärztliche Patientenkontinuum, also von Senioren bis zu kleinen Kindern. Die Familiengenerationen kommen gemeinsam zum Arzt. Gerade dies ist es, was eine Landarztpraxis ausmacht. Man erlebt die gesamte Familie und kennt das soziale Umfeld. Die anonymisierten Behandlungen in Großstädten liegen mir nicht.

Woran ist die Übergabe bisher gescheitert?

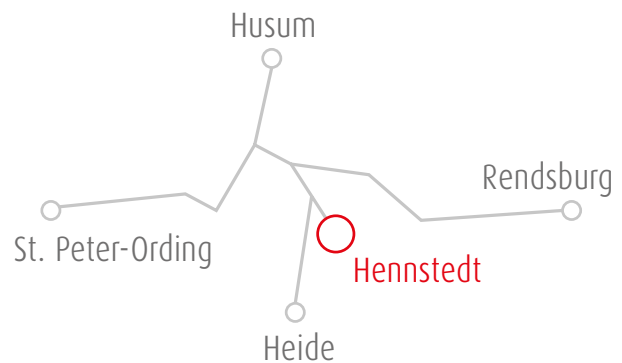
Nicolaus: Für die jüngeren Kollegen stimmte das Verhältnis zwischen dem zwangsläufig in einer Einzelpraxis anfallenden hohen Arbeitseinsatz und dem vergleichsweise niedrigen finanziellen Ertrag nicht. So eine Hausarztpraxis in einem ländlichen Gebiet kann man aber nicht mit minimalem zeitlichen Aufwand nur von 9 bis 17 Uhr führen. Im Quartal haben wir circa 1.100 Patienten. Für eine Einzelpraxis ist das schon eine ganze Menge. Die Ertragslage hat sich in den vergangenen Jahren auch nicht verbessert. Viele jüngere Kollegen erwarten außerdem eine bessere schulische Infrastruktur vor Ort. Nicht jeder hat Lust, seine Kinder jeden Tag zur weit entfernten Schule nach Heide zu fahren. In einem Fall hätten wir fast einen Praxisnachfolger gehabt, aber die Ehefrau wollte nicht. Man muss realistisch sein und sich eingestehen, dass der Haus- bzw. Landarztberuf für viele nicht mehr attraktiv ist. Ich rechne daher nicht damit, dass wir einen Praxisnachfolger finden.

Haben Sie Verständnis für die Einstellung der jungen Mediziner?

Nicolaus: Natürlich. Die Lebensqualität wird heute groß geschrieben und das zu Recht. Als junge Frau, die Kinder haben möchte, muss man sich bewusst sein, dass eher andere die eigenen Kinder großziehen, weil einem als Landärztin mit den Verpflichtungen einer Einzelpraxis dafür einfach die Zeit fehlt.

Hat die klassische Landarztpraxis eine Zukunft?

Nicolaus: Es wird nicht leichter, auch da bin ich Realistin. Ich bin nur die Spitze eines demografischen Eisbergs, denn in den nächsten Jahren hören etliche andere Landarzt Kollegen auf. Die Patienten müssen sich darauf einstellen, dass die Wege weiter werden, weil nicht mehr in jedem Ort ein Hausarzt sitzen wird.



Dr. Barbara Nicolaus
Jahrgang 1947
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Hennstedt
niedergelassen seit 1977

Zufrieden in „Manhattanhof“

Dr. Marina Rubin ist dort hingegangen, wo sich lange Zeit niemand niederlassen wollte. Die Kinder- und Jugendärztin arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis in Kiel-Mettenhof, einem Stadtteil mit vielen sozialen Problemen.

Angefangen hat alles Anfang 2011. Dr. Marina Rubin arbeitete zu dieser Zeit noch an der Kinderklinik am UKSH in Kiel. Sie hatte aber schon längere Zeit zusammen mit ihren Klinikkollegen Heike Volquardsen und Dr. André Schrauder die Idee, eine eigene Kinderarztpraxis zu übernehmen. Dr. Dagmar Karstädt, die altgediente und sehr erfahrene Kinderärztin, die bisher den Stadtteil Kiel-Mettenhof allein versorgt hatte, wollte sich beruflich verändern und suchte schon seit vielen Jahren ohne Erfolg nach einem Nachfolger. Nun sollte sie endlich Glück haben. Für die junge Kinderärztin Rubin war die Lage der angebotenen Praxis in einem der sozialen Brennpunkte Kiels kein Ausschlusskriterium. Im Gegenteil: Sie hatte sofort Interesse und wusste ziemlich genau, worauf sie sich einlassen würde. Mettenhof ist der bevölkerungs- und kinderreichste Stadtteil mit vielen Sozialwohnungen. Hier würde also jede Menge Arbeit warten. „Das schreckte mich überhaupt nicht. Ich habe schon in der Klinik am liebsten direkt mit den Patienten zu tun gehabt, z. B. in der Ambulanz. Es geht um kranke Kinder, denen geholfen werden muss. Da ist es egal, aus welcher sozialen Schicht sie kommen oder welcher Nationalität sie angehören“, erklärt die 36-Jährige.

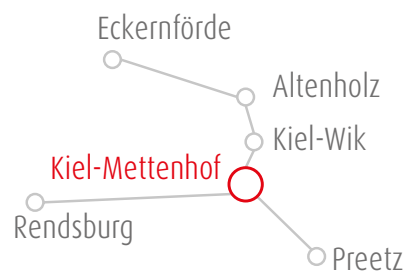
Sonderbedarfszulassung machte den Weg frei

Doch erst einmal mussten die organisatorischen Rahmenbedingungen für eine Niederlassung stimmen. Die abgebende Praxisinhaberin hatte jahrelang „für zwei“ gearbeitet. Das kam für Rubin nicht in Frage. Sie wollte ihre Kollegen aus der Klinik mit ins Boot holen und die Praxis als Gemeinschaftspraxis weiterführen. Schließlich ebnete eine Sonderbedarfszulassung den Weg für einen zweiten Arztsitz in Kiel-Mettenhof. „Wir arbeiten nun mit zwei Zulassungen. Ich hätte es mir als Mutter eines dreijährigen Sohnes schon zeitlich nicht zugetraut, so eine große Kinderarztpraxis, die außerdem die einzige hier im Stadtteil ist, allein zu führen. Insofern war der positive Bescheid des Zulassungsausschusses im Januar 2012 das Startsignal für uns, die Verträge an der Klinik zu kündigen und hier tatsächlich anzufangen“, erläutert Rubin.

Wechsel in die Niederlassung

Anfang Juli 2012 arbeitete sie zum ersten Mal in ihrer neuen Praxis, danach noch neun Monate überlappend zusammen mit Dr. Dagmar Karstädt. Rubin gefiel die Arbeit im multikulturellen Umfeld und sie bemerkte schnell, dass sie als Kinderärztin dort hohe fachliche Voraussetzungen mitbringen muss. Der Wechsel aus der Klinik in die Niederlassung kam ihr dabei fast wie der Wechsel in einen neuen Beruf vor. Eine echte Herausforderung waren die vielen verschiedenen Sprachen. Als die Schweinegrippe grassierte, musste das Praxisteam Patienteninformationen in insgesamt 23 Sprachen austeilen. „Aber wir wissen uns in solchen Fällen immer zu helfen: mit Händen und Füßen, Pantomime, Bildern aus dem Internet oder der Hilfe eines deutschsprechenden Familienmitglieds. Außerdem kennen unsere Hel-

ferinnen das soziale Umfeld der Patienten und wissen, wen man anrufen kann“, erklärt Rubin. Die Arbeit ist vielschichtig und jeder Tag ist anders. Neben den relativ einfach zu behandelnden Infektionskrankheiten bekommt die junge Kinderärztin es auch mit komplexeren Fällen wie Leber- und Herztransplantanten, Stoffwechselerkrankten sowie onkologischer Diagnostik und Nachsorge zu tun. Dazu kommt die ganze Palette von sozialpädiatrischen Problemen, bei denen sie mit Ämtern, Kindergärten und der Erziehungsberatung zusammenarbeitet. Das sei zwar manchmal kompliziert, aber als Ärztin bekommen sie eben auch sehr viel zurück. „Die Dankbarkeit und Gastfreundschaft der Menschen leuchtet einem schon manchmal ins Herz. Das ist das Besondere, das für mich auch den Reiz ausmacht, hier zu arbeiten“, so Rubin.



Dr. Marina Rubin
Jahrgang 1977
Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin in Kiel- Mettenhof
niedergelassen seit 2012



Versorgung auf Inseln und Halligen

Inseln und Halligen sind etwas ganz Besonderes und typisch für Schleswig-Holstein. Ihre geografische Lage bringt es mit sich, dass es für die medizinische Versorgung der Bevölkerung und der vielen Urlauber ganz eigene Spielregeln gibt. Deshalb gilt sowohl auf der Hallig Langeneß als auch auf Pellworm: Niemand muss ohne niedergelassenen Arzt auskommen.

Kein Weg zu weit

*Er kommt alle zwei Wochen mit der Fähre und bietet eine Sprechstunde an:
Dr. Christoph Meyer-Schillhorn betreibt seit April 2010 auf der Hallig Langeneß eine
Zweigpraxis.*

Vorsommer im schleswig-holsteinischen Wattenmeer. Die Fähre durchkämmt auf ihrer täglichen Route von Schlüttsiel Richtung Hallig Langeneß die leichten Wellen der Nordsee. Immer wieder schafft es die Sonne, die am Himmel dahinjagenden dunklen Wolken zu durchbrechen und das graue Meer mit einem Schlag in eine glitzernde Masse zu verwandeln. Wie an einer großen Perlenschnur aufgereiht ziehen am silbergrauen Horizont häuserbesetzte Hügel vorbei: Die 18 Warften von Langeneß sehen aus wie wehrhafte Trutzburgen, die Wind und Gezeiten die Stirn bieten. Nach kurzem Aufenthalt auf Hallig Hooge legt das Schiff auf Langeneß an. Hier schmeckt man bei jedem Schritt die salzige Luft und spürt den stetig wehenden Seewind. Direkt hinter dem Anleger Rixwarf liegen eng aneinander geschmiegt die Häuser der Warf Hilligenley. Neben der Inselgaststätte, dem Veranstaltungszentrum und dem Kindergarten liegt die Gemeindepflegestation der Hallig.

„Hallig-Sprechstunde“

Heute ist hausärztliche Sprechstunde. Dr. Christoph Meyer-Schillhorn ist dafür, wie alle zwei Wochen für einen Tag mit der Fähre von Wyk auf Föhr herübergekommen. Er versorgt dort im Schnitt 300 Fälle pro Jahr. Heute sind zehn Patienten zu versorgen. Verschiebungen der Sprechstunde sind wetterbedingt natürlich immer möglich. Doch das wissen auch die Patienten, die geduldig warten, bis sie an der Reihe sind. Auf Langeneß nimmt man die Dinge, wie sie kommen und arrangiert sich auch mit unbequemen Tatsachen, wie etwa der abgelegenen Lage der Hallig, die nur mit der Fähre und notfalls mit einer kleinen Lorenbahn mit dem Festland verbunden ist. „Wir wollen uns nicht beklagen“, sagt eine ältere Patientin, die mit ihrem kranken Mann in die Sprechstunde gekommen ist. „Früher hatten wir hier überhaupt keinen Arzt und mussten zur Behandlung immer aufs Festland. Da ging immer ein ganzer Tag für die Hin- und Rückreise drauf.“ Das ist anders, seit Meyer-Schillhorn die Hallig zum Außenposten seiner Stammpraxis in Wyk machte. Seit April 2010 bietet der 45-Jährige auf Langeneß regelmäßig eine ärztliche Sprechstunde an. Sie beginnt, wenn er am Vormittag die Fähre verlässt und endet, wenn er sie um 14.15 Uhr wieder für die Rückfahrt besteigt. Seine Arbeit auf der Hallig hat eine Vorgeschichte. Schon bevor er auf Langeneß eine Zweigpraxis gründete, kam er zehn Jahre lang einmal im Herbst, um die Halligbewohner gegen Grippe zu impfen. Danach entschied er sich, sein Engagement noch auszuweiten.

Gute Planung ist alles

Eine Hallig-Sprechstunde hat so ihre eigenen Regeln. Sie muss vor allem gut vorbereitet sein. Es fährt nur eine Fähre, die der Arzt zum Pendeln zwischen Föhr und Langeneß nutzen kann. Die Zeit zwischen Ankunft und Abfahrt der Fähre ist knapp bemessen. Meyer-Schillhorn muss daher immer die Uhr im Blick haben, um nicht unfreiwillig über Nacht auf der Hallig hängen zu bleiben. Die Terminplanung für die nächste Sprech-

stunde beginnt für ihn schon während der laufenden Sprechstunde vor Ort: Folgetermine werden abgesprochen, Wünsche berücksichtigt. Sobald er zurück auf Föhr sein wird, bekommen seine Helferinnen die Anmelde- und sammeln dann zusammen mit Gemeindepfleger Jochen Wannenmacher weitere Termine. Auch andere Dinge muss Meyer-Schillhorn bedenken. Er muss vor allem schwer tragen und größere technische Geräte zur Sonografie, einen Taschendoppler für die Ultraschalluntersuchung, ein Gerät zur Langzeitblutdruckmessung, ein Langzeit-

Wyk auf Föhr
Amrum
Langeneß
Pellworm



Dr. Christoph Meyer-Schillhorn
Jahrgang 1968
Facharzt für Allgemeinmedizin in Wyk
niedergelassen seit 2003

EKG, ein Lungenfunktionsgerät oder Ohrspülung mitnehmen. Meistens ist er deshalb schwer beladen und keine Hand bleibt frei. Dabei gilt immer der Grundsatz: „Was nicht eingepackt ist, kann an diesem Tag in der Sprechstunde auch nicht verwendet werden.“ Vorausschauendes Arbeiten gilt auch bei der Organisation der benötigten Medikamente. Den größten Teil davon nimmt der Allgemeinmediziner direkt nach Lieferung durch die Apotheke von der Praxis auf Föhr mit auf die Hallig.

Teamwork ist gefragt

Im Vergleich zur Arbeit in der „klassischen“ Arztpraxis ist auf Langeneß vieles anders. In der Gemeindepflegestation gibt es z. B. nur ein einziges Sprechzimmer und ein kleines Wartezimmer. Es gibt keine Anmeldung und es kommt auch keine Helferin mit auf die Hallig. Das bedeutet, dass der Arzt viele Aufgaben zusätzlich zu erledigen hat. „Ich muss für jeden Patienten mehr Zeit in der Sprechstunde einplanen“, erklärt Meyer-Schillhorn. Er hat jedoch sehr gute Unterstützung durch Jochen Wannenmacher, der bereits seit April 2013 auf der Hallig in die Organisation der ärztlichen Sprechstunden fest integriert ist. Er bereitet die Räumlichkeit und die einzelnen vorher geplanten medizinischen Maßnahmen soweit wie möglich vor, damit keine Zeit verloren geht. Der größte Teil der Sprechstunde ist zwar mit einbestellten Terminpatienten besetzt, es kommen aber immer auch einige Patienten ohne Termin, die entsprechend untergebracht werden müssen. Dann kann die vorgesehene 15-Minuten-Taktung der Termine schon einmal durcheinander kommen.

Nützliche Technik

Die Kommunikation zwischen Arzt und Gemeindepfleger funktioniert reibungslos; auch außerhalb der Sprechstundenzeiten. Beide nutzen dabei alle technischen Möglichkeiten: Telefon, Fax, E-Mail und SMS. Sie möchten in Zukunft sogar noch einen Schritt weiter gehen und planen telemedizinische Komponenten. Sobald die Breitbandanbindung auf der Hallig es zulässt, wollen sie per Skype kommunizieren. Wannenmacher ist eine entscheidende Größe in der medizinischen Versorgung der Hallig. Der Gemeindepfleger ist gleichzeitig Rettungsassistent und auch für die Erstversorgung der lebensbedrohlichen Notfälle auf Langeneß und Oland zuständig. Gibt es einen Notfall, alarmiert er den in Niebüll stationierten Rettungshubschrauber, der dann, wenn alles gut läuft, in zehn Minuten eintrifft. Nachts kann es bis zu einer Stunde dauern. Dann kommen die Rettungshubschrauber aus Kiel oder Rendsburg, denn nur sie sind nachflugtauglich. Bei allen „hausärztlichen Notfällen“ stimmt sich Wannenmacher telefonisch mit Meyer-Schillhorn ab, um das weitere Vorgehen und eine eventuell notwendige medikamentöse Therapie zu starten. „Aufgrund des sehr guten Ausbildungsstandes des Gemeindepflegers ist eine vollständige Befunderhebung auch in meiner Abwesenheit sichergestellt“, stellt Meyer-Schillhorn zufrieden fest. Wannenmacher steht zur Diagnostik ständig ein EKG zur Verfügung. Die Daten werden telemetrisch direkt auf das Handy von Meyer-Schillhorn übermittelt. Ebenfalls vorhanden: Trop-T Test, U-Stix, Strep-tokokkenschnelltest, Blutzuckermessung, ein automatisierter externer Defibrillator, ein Gerät zur SpO₂-Messung und ein Notfallkoffer.

Entscheidung für den Norden

Für Meyer-Schillhorn ist das Wattenmeer eine Herzensangelegenheit. Der gebürtige Hamburger entschied sich schon früh ganz bewusst für die Region an der Westküste. „Ich habe in meiner Kindheit und Jugend bei vielen Urlaubsaufenthalten die Insel Föhr und die Halligen kennen- und lieben gelernt“, erklärt er. Familiäre Bande kamen hinzu. Die Mutter seiner Frau stammt von der Hallig Langeneß. Als er Ende 1997 im schleswig-holsteinischen Ärzteblatt die Stellenausschreibung einer Hausarztpraxis für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin auf Föhr fand, bewarb er sich sofort. Er bekam die Stelle und ging nie wieder weg. Während der Weiterbildungsphase konnte er in die Inselklinik Föhr-Amrum wechseln. Dort arbeitete er dreieinhalb Jahre lang als Assistenzarzt, bevor er die Weichen Richtung Niederlassung stellte. 2003 gründete er zusammen mit Dr. Kurt Kaltenbach eine Gemeinschaftspraxis auf Föhr.

Eine eigene Welt

Meyer-Schillhorn mag den Umgang mit den Halligbewohnern. Man kennt und duzt sich. Alles läuft unkompliziert und herzlich. Der große Reiz, auf der Hallig zu arbeiten, besteht für ihn darin, an einem relativ abgelegenen Ort nahezu die gleiche hausärztliche Versorgung wie in der „großen“ Praxis auf Föhr anbieten zu können und dabei in der wunderschönen Landschaft des nordfriesischen Wattenmeeres unterwegs zu sein. Die Arbeit bringt natürlich besondere Anforderungen mit sich. Im Herbst und Winter machen Stürme und Eisgang die Fahrt nach Langeneß oft zur Zitterpartie. Es kommt bei seinen Fahrten oft auch zu kuriosen Erlebnissen. Einmal wurde er vom Kapitän eines Ausflugsschiffes auf der Hallig beinahe „vergessen“. Das Schiff hatte schon fast abgelegt, als die Mannschaft ihn in letzter Minute noch bemerkte und so vor einer unfreiwilligen Übernachtung auf der Hallig bewahrte. „Ein anderes Mal musste ich den Kapitän eines privaten Ausflugsschiffes, der die Absprache eines Extrahaltes auf Langeneß plötzlich ‚verdrängt‘ hatte, mit einer medizinischen Behandlung auf der Brücke und der Finanzierung eines Mittagessens auf Langeneß überzeugen, mich doch noch zur Hallig zu bringen“, erzählt Meyer-Schillhorn.

Herausforderung Langeneß

Doch der Reiz des Besonderen bleibt und motiviert ihn. „Die größte Herausforderung besteht immer wieder darin, mit den anamnestischen Angaben, dem erhobenen Befund des Gemeindepflegers und den technischen Untersuchungsbefunden aus der Ferne zu entscheiden, ob wir eine weitere ambulante Behandlung auf der Hallig verantworten können oder doch eine stationäre Weiterbehandlung veranlassen müssen“, so Meyer-Schillhorn. Die Frage, „ob sich das Ganze auch finanziell lohnt“, steht für ihn beim Betrieb der Zweigpraxis nicht im Mittelpunkt und er rechnet am Jahresende mit einer „schwarzen Null“ als Ergebnis. „Wenn ich die Fahrzeit, die ich zur Erledigung des Verwaltungsaufwandes nutze, zur eigentlichen Sprechstundenzeit hinzurechne, fällt sicher kein betriebswirtschaftlich zu messender Gewinn an. Ich kann unsere Praxis in Wyk ja auch nur verlassen, weil während meiner Abwesenheit meine Partner die Sprechstunde bestreiten“, stellt Meyer-Schillhorn klar.

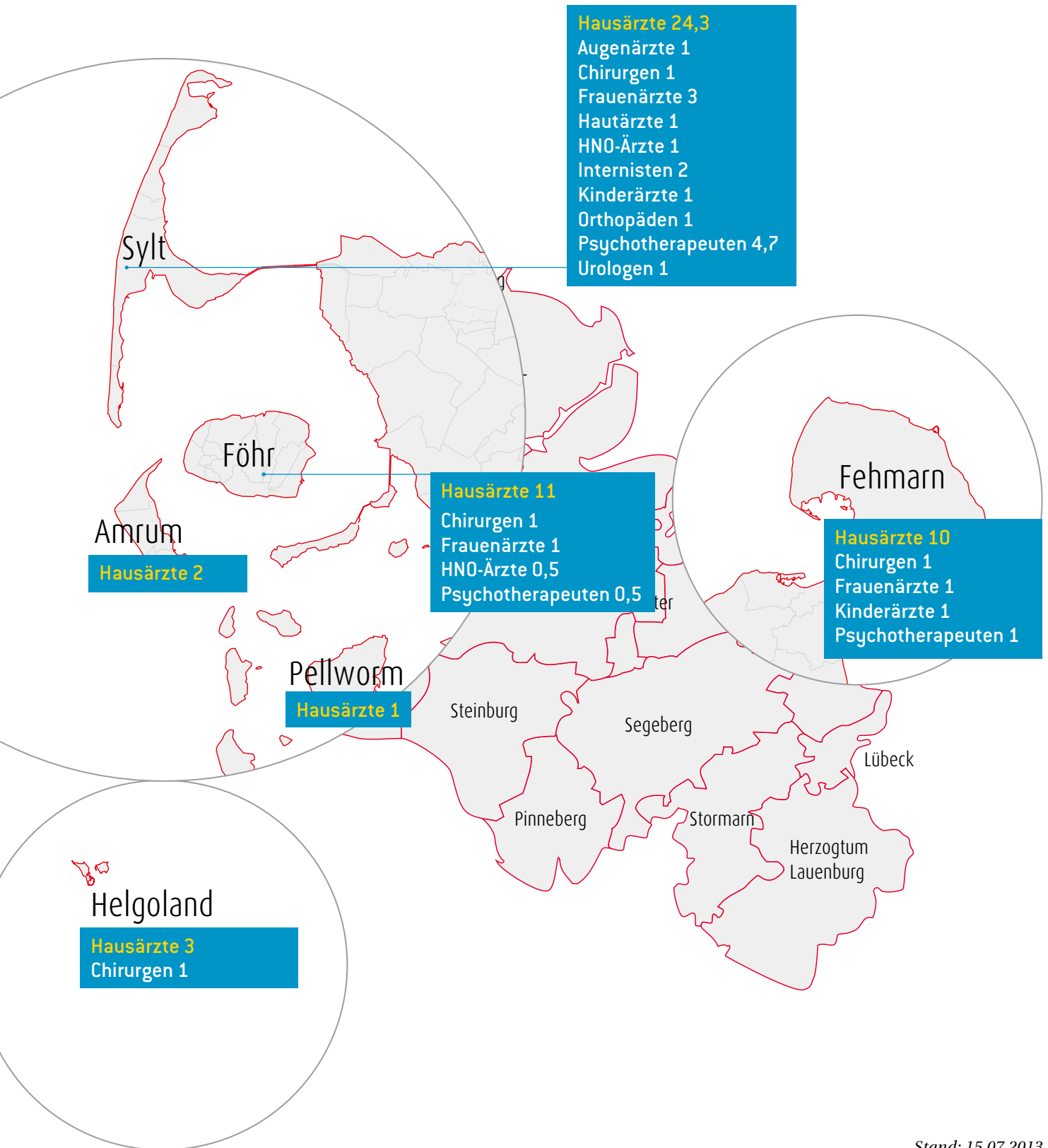
Ärztliche Versorgung auf den Inseln



Auch auf Fehmarn in der Ostsee und auf Amrum, Föhr, Helgoland, Pellworm, Nordstrand und Sylt in der Nordsee übernehmen niedergelassene Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten die ambulante medizinische Versorgung der Inselbewohner. Feste Anlaufpraxen in Burg/Fehmarn und Westerland/Sylt sorgen dafür, dass Patienten in dringenden medizinischen Fällen auch außerhalb der regulären Sprechzeiten behandelt werden. Auch nachts, am Wochenende und an den Feiertagen stehen auf den Inseln Ärzte bereit, um kranke Inselbewohner zu versorgen. Auf Föhr findet der ärztliche Bereitschaftsdienst in den Praxen der ortsansässigen Ärzte statt. Dass die ärztliche Versorgung gerade in den Ferienmonaten gesichert ist, ist besonders wichtig, denn die Inseln Schleswig-Holsteins gehören wegen ihrer außergewöhnlich reizvollen Natur zu den wichtigsten touristischen Zentren des Landes.



Ärzte und Psychotherapeuten auf Inseln und Halligen



Stand: 15.07.2013
 Stellen gemäß Bedarfsplanung

Immer auf dem Sprung

Ein Leben als Arzt mit 24-Stunden-Rufbereitschaft – Erkundungsfahrt mit Dr. Uwe Kurzke, dem einzigen niedergelassenen Arzt auf der Nordseeinsel Pellworm.

Niedrigwasser am Fähranleger Pellworm: Kein idyllischer Hafen mit Krabbenkuttern, Haifischbar und Schimmelreiter-Restaurant. Nur ein langer, etwa zehn Meter breiter Betonweg, der zur eigentlichen Insel führt. In der Ferne sind einzelne backsteinfarbene Häuser zu sehen. Die Fähre ist pünktlich an diesem sonnigen Tag. Langsam zerteilt das Schiff das schmutzig-trübe Wasser der ablaufenden Nordsee. Rechts und links ist das graue Watt zu sehen. Hinter dem Deich breitet sich die weite Marschlandschaft aus. Rote und grüne Bojen, die von der Strömung hin- und hergeschaukelt werden, zeigen die nur schemenhaft erkennbare Fahrhinne an. Die Fähre zur Insel hat schon bessere Tage gesehen. Rotbrauner Rost überdeckt die ursprünglich weiße Lackierung. Heute ist hier nicht viel los. Nur wenige Menschen gehen von Bord. Mit ernstem Gesicht verlässt ein älteres Ehepaar, das zu Besuch bei Verwandten auf dem Festland war, die Fähre. Sie wollen nun nach Hause, in den kleinen Ort Parlament auf Pellworm. Zu wem gehen sie wohl, wenn sie krank sind? Wen rufen sie im Notfall zu Hilfe? „Dann kommt unser Inselarzt. Der ist immer für uns da. Tag und Nacht.“ Weiß der Inselarzt nicht mehr weiter, müssen die Patienten aufs Festland fahren. Wenn es schnell gehen muss, kommt entweder der Seenotrettungskreuzer oder der Rettungshubschrauber. Da sind sich beide sicher.

Als Arzt auf Pellworm

Die Insel Pellworm hat circa 1.200 Einwohner, davon sind etwa 40 Prozent über sechzig Jahre alt. Im Sommer kommen nochmal so viele Touristen hinzu. Die Einwohnerzahl schrumpft seit Jahren. Wie entschied sich Uwe Kurzke gerade für diesen Außenposten ärztlicher Versorgung? Vor vielen Jahren kam er mit seiner Frau, einer holländischen Ärztin, aus Köln auf die Insel. Beide wollten als Allgemeinmediziner und in einer Gemeinschaftspraxis arbeiten. Damals hatten sich in Zeiten der sogenannten „Ärztenschwemme“ noch 114 Ärzte auf die Stelle beworben. Das Medizinerpaar bekam den Zuschlag und blieb. Seit dem Tod seiner Frau ist Kurzke der einzige Arzt auf Pellworm. Der 59-jährige Facharzt für Allgemeinmedizin hat vier Kinder. Früher war er mal deutscher Meister im Kajak. Jetzt spielt er in der Insel-Band „Way North“ Saxophon und Akkordeon. Er ist hier der Einzige, der Kranke im Notfall medizinisch betreuen kann. Kurzke wartet am Kai und steigt dann in seinen signalfarbenen Notdienstwagen. Den hat ihm vor Jahren der Kreis Nordfriesland gestellt. Die Reifen sind schon ein bisschen abgefahren. An den Außentüren hat sich Erde festgesetzt. Pellworm hat noch viele ungeteerte Feldwege. Die Doktoraugen sehen gerötet und müde aus. Trotzdem ist der Mediziner immer wachsam. In regelmäßigen Abständen tastet er unbewusst nach dem Diensthandy in seiner Hosentasche. „Das Ding da ist immer an. 365 Tage im Jahr. Ich bin ein Arzt auf Abruf“, sagt er, „ständig auf dem Sprung, die permanente Erreichbarkeit gehört zu meinem Alltag.“ Das weiß er und er muss bereit sein. Bereit sein, schnell nach Ostersiël, Tammensiël, Bupheverskoog, Westerschütting und Osterschütting, Osterkoog oder nach Parlament zu fahren, dorthin, wo

„seine Leute“ wohnen. Bei Tag und bei Nacht. Der Tod hat es hier manchmal eilig. Die Fähren fahren ja nicht so oft, sagt er und schaltet einen Gang höher.

Kein besonderer Arzt?

Draußen fliegen die Häuser und Höfe vorbei. Überall weht bunte Wäsche zum Trocknen im Wind. Die Gärten sind gepflegt, die Zäune frisch lackiert. Es gibt viele Kinder und viele alte Menschen. Auf dem Deich blühen gelbe Kuhl Blumen. Weiter draußen auf der im Sonnenlicht silbrig glänzenden Nordsee läuft ein Krabbenkutter aus. Eine Idylle? „Ich bin kein besonderer Arzt“, betont Kurzke. Vielleicht doch. Ein Inselarzt ist so etwas wie die Steigerung eines Landarztes, denkt man. Der fährt Kilometer um Kilometer. Kennt jeden Bewohner und dessen Wehwehchen ganz genau. Er müsste ein Alleskönner sein, ausgekugelte Schultern einrenken, Spritzen setzen und neben dem Pfarrer zu den Vertrauenspersonen gehören. Die Leute können sicher sein, dass das, was sie erzählen, vertraulich bleibt. Kurzke weiß viel über die Menschen. Der Inselarzt ist ein wichtiger Teil vom Ganzen. Sein Wort hat Gewicht. Vielleicht einer der Gründe, warum er hiergeblieben ist. Die Inselgemeinschaft sei wie ein Organismus, sagt er, entweder man wird für immer abgestoßen oder aber ein Teil von ihr. Kurzke gehört dazu. Seinen schon von



Dr. Uwe Kurzke
Jahrgang 1954
Facharzt für Allgemeinmedizin auf Pellworm
niedergelassen seit 1987

weitem erkennbaren Arztwagen steuert er fast einhändig an den sehr verstreut liegenden Häusern und Bauernhöfen vorbei. Die andere Hand ist zum Grüßen vorgesehen. Alle grüßen ihn mit kurzem Handzeichen. Eine alte Frau auf der Gartenbank vor ihrem Haus. Die Kinder auf dem Spielplatz. Das Auto stoppt kurz, um einen Trecker durchzulassen. Die Landwirtschaft hat hier noch in jeder Beziehung Vorfahrt. Er lacht und winkt. Der junge Mann hoch oben auf der schweren Landmaschine winkt kurz zurück.

24-Sunden-Rufbereitschaft

Ein kurzer Blick in seine Praxis. Helle, modern eingerichtete Räume, viel Platz und die Ausrüstung auf dem neuesten Stand der Technik. Nichts Ungewöhnliches. Es gebe nur einen entscheidenden Unterschied zu seinen Kollegen auf dem Festland, meint Kurzke. „Ich arbeite vielleicht nicht so intensiv, dafür aber ständig. Rund um die Uhr. Die 24-stündige-Rufbereitschaft bestimmt mein Leben.“ Ob Kolik oder geplatzter Magen oder akute Pankreatitis, ob Lebensmittelvergiftung oder Hinterwandinfarkt. Kurzke muss alles kennen und er hat keinen Kollegen oder Rettungsarzt in der Hinterhand, den er im Zweifel fragen könnte. Der kollegiale Austausch fehlt ihm manchmal schon. Nicht zuletzt deshalb freut sich der Lehrpraxisinhaber immer, wenn Medizinstudenten im Rahmen ihres Blockpraktikums nach Pellworm kommen. Bei Kurzke können die Studierenden jede Menge praktische Erfahrungen sammeln.

Niemand stirbt unbemerkt

Kurzke atmet tief durch. Der Anfang auf der Insel war für das junge Arztehepaar damals nicht einfach. Alle Neuen werden hier erstmal genau unter die Lupe genommen. Man hat beim Kaufmann darauf geachtet, was die Doktoros so einkaufen. Die Pellwormer haben ihn am Anfang ausgetestet, angerufen, „ob er denn auch kommt.“ Vertrauen baut sich hier nur langsam durch absolute Zuverlässigkeit auf. Aber sonst sind die Menschen hier wie anderswo auch. Vielleicht nicht ganz. Mittlerweile ist die Hemmschwelle, den Arzt bei jeder Gelegenheit aufzusuchen,

gering. „Da ist es egal, ob ich in der Praxis oder zu Hause bin.“ Aber die Pellwormer passen aufeinander auf. Hier stirbt niemand unbemerkt. Jeder kennt jeden. Die Leute merken einfach, wenn bei den Nachbarn etwas nicht stimmt. Dann rufen sie bei „ihrem“ Arzt an. Sie kennen und vertrauen ihm. Wenn er zu einem Notfall gerufen wird, sind alle beruhigt und erleichtert, wenn er da ist. „Ich habe wohl den schönsten Beruf der Welt, denn ich gebe den Menschen ein Stückchen Sicherheit. Das ist vielleicht einer der Gründe, warum ich gern als Arzt arbeite, auch in dieser geografischen Extremsituation. Außerdem wird es niemals langweilig.“ Heute bleibt das Handy ruhig. Ostern war das aber anders. Kurzke hatte innerhalb von einer Viertelstunde drei Notfälle. Was hat er dann gemacht? „Da hab ich mich schnell geklont“, sagt er lachend. Abends geht die letzte Fähre Richtung Festland. Es ist Nebel aufgekommen und langsam verschwindet die Insel in der Ferne. Der signalfarbene Notdienstwagen braust die Zubringerstraße zur Insel entlang. Vielleicht doch noch ein Notfall?

Sylt

Wyk auf Föhr

Amrum

Pellworm





Zweigpraxis

Gegen den Ärztemangel gibt es nicht nur ein, sondern gleich mehrere Rezepte. Eines davon ist die Zweigpraxis. Praxen, die für die Patientenversorgung unentbehrlich sind und für die sich kein Nachfolger findet, können von benachbarten Ärzten als Zweigpraxis fortgeführt werden. Auch wenn in diesen „Filialpraxen“ keine Vollversorgung angeboten wird, so sorgen sie doch zumindest dafür, dass an zwei oder drei Tagen in der Woche ein Arzt vor Ort ist. Vor allem für die Menschen auf dem Land ist das ganz wichtig. In Schleswig-Holstein hat sich das Modell längst bewährt: Die KVSH hat bisher mehr als 200 haus- und fachärztliche Zweigpraxen genehmigt. Und auch für den medizinischen Nachwuchs sind Zweigpraxen eine interessante Option – schließlich bieten sie vielfach die Möglichkeit, als angestellter Arzt in die ambulante Versorgung einzusteigen.

Neue Perspektive für Landarztpraxis

Das drohende Aus für die Praxis von Dr. Jörg Braun in Steinbergkirche im Kreis Schleswig-Flensburg ist abgewendet. Sein Hausarztkollege Raif Gülcan-Mülligans übernahm den Sitz und richtete eine Zweigpraxis ein. Braun arbeitet nun als Angestellter. Ihm steht dabei Hamid Nawai zur Seite, der seine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner im kleinen Ort an der Ostsee ableistet.

Dr. Jörg Braun, seit 30 Jahren Hausarzt in Steinbergkirche, hatte bis vor Kurzem ein Problem, das er mit vielen Ärzten teilt, deren Praxen in ländlichen Regionen liegen. Er fand einfach keinen Nachfolger. „Mein Plan war eigentlich immer, die Praxis eins zu eins und möglichst sofort an einen neuen Arzt zu übergeben. Ich wollte es erst nicht wahrhaben, aber als sich nach vielen Anläufen immer noch nichts in Sachen Praxisübernahme tat, musste ich mich nach einer anderen Lösung umschaun“, erklärt der 64-Jährige. Diese Lösung kam in enger Kooperation mit Raif Gülcan-Mülligans zustande. Der Allgemeinmediziner, dessen Hauptpraxis im benachbarten Norgaardholz liegt, wollte es nicht hinnehmen, dass mit der Schließung von Brauns Praxis ein Stück ärztlicher Versorgung im nordöstlichen Teil des Kreises Schleswig-Flensburg endgültig wegbricht. „Diese Arztpraxis ist für die medizinische Versorgung der Region unverzichtbar. Wir müssen als Ärzteschaft ein Interesse daran haben, wenigstens den Status quo an bestehender Versorgung zu halten. Frei werdende Praxen dürfen keinesfalls in die Hände von börsennotierten Klinikkonzernen fallen. Sie müssen weiter frei-

beruflich geführt werden“, so Gülcan-Mülligans. Er kaufte deshalb Brauns Praxis und richtete dort eine Zweigpraxis ein. Seinen Vorgänger stellte er als angestellten Arzt ein und übernahm auch die beiden erfahrenen Medizinischen Fachangestellten. „Man sollte nie vergessen, dass jede Arztpraxis gerade in einer ländlichen Region auch ein wichtiger Arbeitgeber und Auftraggeber für diverse regionale Dienstleister ist und auch deshalb erhalten werden sollte. Davon profitiert der ländliche Raum insgesamt“, erklärt Gülcan-Mülligans, der 1974 mit seinen Eltern aus der Türkei nach Deutschland kam und seit 2005 die Praxis in Noorgardholz führt. Das ärztliche Projekt rechnet sich auch in wirtschaftlicher Hinsicht. Beide Partner kennen die betriebswirtschaftlichen Bilanzen ihrer Praxen und gehen bei ihrer Kooperation kein großes wirtschaftliches Risiko ein.

Weiterbildungsassistent als dritter Mann

Doch ihr gemeinsamer Plan zur Sicherung der medizinischen Versorgung in der größten Gemeinde des Amtes Geltinger Bucht geht noch weiter. Die anfallende Arbeit in beiden Praxen ist in



Raif Gülcan-Mülligans
Jahrgang 1965
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Steinberg
niedergelassen seit 2005

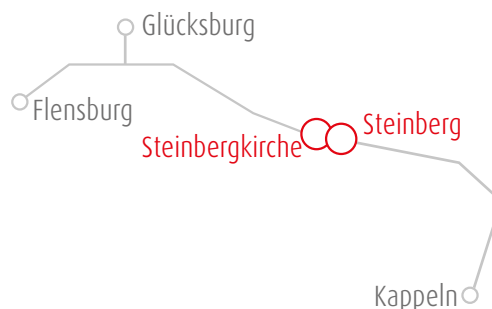
Dr. Jörg Braun
Jahrgang 1949
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Steinbergkirche
niedergelassen seit 1983

Hamid Nawai
Jahrgang 1970
Facharzt für Chirurgie in Steinbergkirche
Arzt in Weiterbildung zum Facharzt
für Allgemeinmedizin seit 2013



Zukunft auf drei Schultern verteilt. Anfang Mai 2013 begann Hamid Nawai seine Arbeit als Weiterbildungsassistent in Steinbergkirche und Noorgardholz. Der 42-Jährige hatte vorher lange Zeit als Facharzt für Chirurgie an einem Krankenhaus in Flensburg gearbeitet und wechselte nun als Quereinsteiger in die Allgemeinmedizin. In der Weiterbildungszeit wollen die beiden überzeugten Landärzte Gülcan-Mülligans und Braun Nawai als langfristigen Praxispartner gewinnen. Beide haben eine entsprechende Ausbildungsberechtigung, sodass der Weiterbildungsassistent in beiden Praxen eingesetzt werden kann. Die Chancen, dass Nawai danach bleibt, stehen nicht schlecht, denn der junge Chirurg entschied sich nicht nur ganz bewusst für den Wechsel aus dem stationären in den niedergelassenen Sektor, sondern auch für die Arbeit in einer hausärztlich orientierten Landarztpraxis. „Die Krankenhäuser restrukturieren und zentralisieren ihre Fachgebiete. Mein Spezialgebiet Proktologie wurde nach Schleswig verlagert und ich sah dringenden beruflichen Veränderungsbedarf. Da ich schon seit einigen Jahren überlegte, mich niederzulassen, war die Idee eines Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin verlockend“, so Nawai.

An der Allgemeinmedizin auf dem Land reizen ihn die Vielfältigkeit und der direkte Patientenkontakt, den er so aus dem Klinikalltag nicht kannte. „Dort sah ich meine Patienten meist nur auf dem OP-Tisch. Hier lerne ich gleich ihre gesamte Familienstruktur kennen“, sagt Nawai.



Patientenversorgung sogar verbessert

Dr. Jörg Braun ist letztlich zufrieden, wie alles gekommen ist. „Ich bin froh, dass meine Praxis wieder eine Perspektive hat. Ich fühle mich nach über dreißig Berufsjahren mit meinen Patienten verbunden und möchte sie natürlich in gute Hände geben. Das ist in dieser Konstellation möglich“, erklärt er. Der neue Weiterbildungsassistent kam bei den Patienten bisher sehr gut an. Es gab nur positive Rückmeldungen. Die Menschen sind froh, dass die Praxis erhalten bleibt. Die medizinische Versorgung hat sich in Steinbergkirche durch den Zusammenschluss der beiden Praxen sogar verbessert, denn nun stehen den Patienten drei Ärzte zur Verfügung. Dadurch konnten die Sprechstundenzeiten ausgeweitet werden. Hausbesuche und spontane Termine lassen sich besser auffangen. Aufgrund ihrer Patientenstruktur passen beide Praxen sehr gut zueinander. Während in Brauns alteingesessener Praxis mehr ältere Patienten in Altersheimen und bei Hausbesuchen betreut werden müssen, ist in der Praxis von Gülcan-Mülligans das jüngere und mittlere Alterssegment stärker vertreten. „Das ergänzt sich gegenseitig. Mit unserem Kollegen Herrn Nawai haben wir außerdem einen hervorragend ausgebildeten Arzt im Team, von dessen Wissen und klinischen Kompetenzen auch wir immer wieder profitieren“, freut sich Gülcan-Mülligans.

Zweigpraxen

i

In Schleswig-Holstein gibt es insgesamt 210 Zweigpraxen: 42 hausärztliche und 168 fachärztliche. Um Versorgungslücken gerade in ländlichen Gebieten zu verhindern, setzt die KVSH auf die Etablierung von Zweigpraxen. Mit Erfolg, denn 25 der hausärztlichen und 48 der fachärztlichen Zweigpraxen liegen auf dem Land und sicher die medizinische Versorgung. In Zweigpraxen arbeiten oft angestellte Ärzte, die attraktive und flexible Teilzeit-Angebote nutzen. Über einen schrittweisen Einstieg in die ambulante Tätigkeit entfällt zudem das wirtschaftliche Risiko einer freiberuflichen Praxisgründung.

Kooperation dient dem Patientenwohl

Die Allgemeinmediziner Dr. Beate und Dr. Siegfried Bethge gründeten im Juli 2007 das Facharztzentrum Gorch Fock in Kropp in Kreis Schleswig-Flensburg. Seitdem haben sich weitere Allgemeinmediziner und einige Fachärzte mit Zweigpraxen der Kooperation angeschlossen.

Wie sieht das Versorgungskonzept des Facharztzentrums Gorch Fock aus?

Dr. Siegfried Bethge: Unser Leitgedanke bestand darin, dass wir allen Bevölkerungsgruppen in Kropp mit 6.400 Einwohnern und den umliegenden Gemeinden eine umfassende medizinische Versorgung auf hohem Niveau mit kurzen Anfahrtswegen und mit dem geringsten Zeitaufwand zukommen lassen wollten. Heute arbeiten fünf Allgemeinmediziner von 8 bis 18 Uhr täglich im Schichtbetrieb, donnerstags zusätzlich bis 20 Uhr und bieten unseren Patienten verschiedene Zusatzqualifikationen und Schwerpunkte an. Zusätzlich können alle Patienten wöchentlich von Augenärzten, HNO-Ärzten, Chirurgen und einem privatärztlich tätigen Urologen behandelt werden. Bei uns steht die Prävention an erster Stelle.

Wie funktioniert das Zusammenspiel zwischen den Hausärzten und den fachärztlichen Zweigpraxen?

Dr. Beate Bethge: Die Kooperation zwischen den Allgemeinmedizinern und den fachärztlich tätigen Kollegen funktioniert absolut reibungslos und zum uneingeschränkten Wohl des Patienten, der damit gerade auch im höheren Alter diese Medizin wohnort- und zeitnah in Anspruch nehmen kann.

Welche Vorteile ergeben sich daraus für die beteiligten Ärzte?

Dr. Beate Bethge: Die allgemeinmedizinischen Ärzte können ihre Patienten schneller einer fachärztlichen Behandlung bei deutlich verbessertem Informationsaustausch zuführen. Die Fachärzte sind in der Lage, Patienten mit ernsthaften Erkrankungen früher zu identifizieren und einer entsprechenden Therapie zuzuleiten.

Welche Vorteile haben die Patienten?

Dr. Beate Bethge: Für den Patienten steht die qualifizierte wohnortnahe fachärztliche Versorgung im Vordergrund, sodass frühzeitig schwerwiegende Erkrankungen diagnostiziert und notwendige Therapien früher eingeleitet werden können.

Ist das Modell aus Ihrer Sicht auch auf andere ländliche Regionen in Schleswig-Holstein übertragbar?

Dr. Siegfried Bethge: Jederzeit und überall mit dem entsprechenden Engagement mehrerer Ärzte und dem Willen, gemeinsam etwas Konstruktives entwickeln zu wollen. Unser Modell steht und kann besichtigt und als Idee und Anstoß übernommen werden.



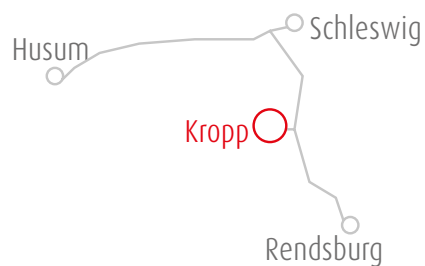
Dr. Beate Bethge
Jahrgang 1971
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Kropp
niedergelassen seit 2008



Dr. Siegfried Bethge
Jahrgang 1965
Facharzt für Allgemeinmedizin in Kropp
niedergelassen seit 2007

Was raten Sie Kollegen, die sich ebenfalls für diese Form der Kooperation entscheiden?

Dr. Siegfried Bethge: Diese Kollegen sollten sich uneingeschränkt persönlich verstehen und sich einig sein, dass diese Art von Kooperation dem uneingeschränkten Wohl des Patienten dient und alle Beteiligten eine gesteigerte Arbeitszufriedenheit erreichen können.





Tellingstedt
Kreis Dithmarschen

MVZ in ärztlicher Hand

Niedergelassene Haus- und Fachärzte führen die meisten Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Schleswig-Holstein. Auch in ländlichen Regionen können sie ein wichtiges Versorgungselement sein, das hilft, die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung auch in Zukunft zu sichern. Unser Fallbeispiel aus Tellingstedt (Kreis Dithmarschen) zeigt, dass davon alle Beteiligten profitieren.

Geschäft auf Gegenseitigkeit

Auf dem Land tut sich etwas: In Tellingstedt gelang es Dr. Jochem Herweg, ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zu gründen.

Die Idee zur Gründung eines MVZ in Tellingstedt im Kreis Dithmarschen kam dem fachärztlichen Internisten Dr. Jochem Herweg und Dr. Ursula Horn-Herweg, die dort als praktische Ärztin arbeitet, schon vor einigen Jahren. Zwei Kollegen in Tellingstedt und im benachbarten Pahlen hätten aufgrund der zu dieser Zeit noch bestehenden rigiden Altersregelung ihre Praxis abgeben müssen. Damit wäre die medizinische Versorgung der Menschen in dem Ort an der B203 zwischen Heide und Rendsburg, der ein Patienteneinzugsgebiet von rund 8.000 Menschen hat, nicht mehr ausreichend gewährleistet gewesen. Die beiden Herwegs machten sich konkrete Gedanken über die Weitergabe ihrer eigenen Praxis. „Ich will hier nicht in zehn Jahren den Schlüssel nehmen, abschließen und sagen ‚Tschüss Leute, das war’s dann‘. Da haben wir uns überlegt, was man perspektivisch tun könnte, um junge Kollegen nach Tellingstedt zu bekommen, denn auch meine Frau und ich tendieren altersmäßig ja eher Richtung Rente als Richtung Neuaufbau“, erklärt der Internist.

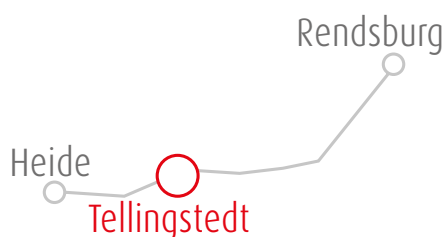
Landärztinnen in Teilzeit

Gemeinsam mit dem Apotheker Udo Laskowski, der als kaufmännischer Leiter im MVZ fungiert, wurden die Herwegs Gesellschafter des MVZ Tellingstedt. Ihre Idee, junge Mediziner im Angestelltenverhältnis für den ambulanten Bereich zu gewinnen, hatte Erfolg. Mittlerweile arbeiten zwei junge Internistinnen in Teilzeit im MVZ. „Beide Kolleginnen wollten gern im ambulanten Bereich arbeiten, hätten das als junge Mütter mit begrenztem Zeitrahmen aber niemals tun können“, erklärt Herweg. Jetzt ist das für Stefanie Rot und Dr. Sabine Hoffner-Eggers möglich. Beide Frauen sind mit großer Begeisterung „Teilzeit-Landärztinnen“ und knien sich voll in ihre Aufgaben. Das entlastet wiederum Herweg und seine Frau, die sich in bestimmten Bereichen auch mal etwas zurücknehmen können. Die erfahrenen Mediziner stehen ihren jungen Kolleginnen dabei nicht nur fachlich mit Rat und Tat zur Seite. Sie helfen ihnen auch durch das Dickicht von Bürokratie- und Abrechnungsmodalitäten. „Daran würde mancher Jungmediziner schlicht und einfach verzweifeln und schnell wieder das Handtuch werfen“, ist sich Herweg sicher. Vielleicht besteht sogar in einigen Jahren für die angestellten Kolleginnen die Option, ihr Stundenkontingent noch weiter zu erhöhen oder die Praxis sogar ganz zu übernehmen. „Wenn ihre Kinder aus dem Haus sind, besteht vielleicht die Chance, dass die beiden mehr arbeiten möchten. Wir sind auch da sehr flexibel“, so Herweg.

Es hat sich gelohnt

Ein Problem bleibt die langfristige Planung. Politische Entscheidungen mit weitreichenden Konsequenzen folgten in immer kürzeren Abständen. Viele abrechnungstechnische Vorteile, die ein MVZ anfangs gehabt habe, gebe es jetzt nicht mehr, berichtet Herweg. „Im Grunde rechnen wir über unsere lebenslangen Arztnummern wie vier Einzelpraxen ab. Der flexible Ausgleich, der einmal möglich war, ist nicht mehr gegeben. Wenn einer etwas mehr Labor macht, kann er nicht auf das Laborbudget des

anderen ausweichen. Das gilt auch für die Arzneimittelbudgets. Trotzdem kann man sagen, es läuft“, so das Fazit Herwegs. Er ist davon überzeugt, dass die Gründung eines MVZ die richtige Entscheidung war, die medizinische Versorgung vor Ort zu sichern: „Es gibt noch viel mehr junge Ärzte, die gern in ländlichen Regionen arbeiten würden, wenn die dafür nötigen Rahmenbedingungen geschaffen werden. In unserem MVZ ist das schon jetzt möglich“.



Dr. Jochem Herweg
Jahrgang 1953
Facharzt für Innere Medizin
in Tellingstedt
niedergelassen seit 1992



Medizinische Versorgungszentren (MVZ)



MVZ sind fachübergreifende Einrichtungen und sollen durch die strukturierte Zusammenarbeit mehrerer ärztlicher Fachgebiete eine patientenorientierte Versorgung aus einer Hand ermöglichen. Das bedeutet, dass in einem MVZ mindestens zwei Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind. MVZ müssen ärztlich geleitet werden. Der ärztliche Leiter muss in dem MVZ selbst als angestellter Arzt oder Vertragsarzt tätig sein. Sind in einem MVZ unterschiedliche ärztliche Berufsgruppen gemeinsam tätig (beispielsweise Ärzte und Psychotherapeuten), kann das MVZ auch in kooperativer Leitung geführt werden. In einem MVZ können Vertragsärzte und/oder angestellte Ärzte tätig werden. Laut Koalitionsvertrag sollen künftig auch arztgruppengleiche MVZ zugelassen werden können.



Angestellte Ärzte

Viele junge Ärzte sind sehr vorsichtig, wenn es darum geht, die fachliche und wirtschaftliche Verantwortung für eine eigene Praxis zu übernehmen und scheuen den Sprung ins kalte Wasser der Selbstständigkeit. Doch es gibt auch die Möglichkeit eines langsamen Berufseinstiegs, denn der Weg zur eigenen Praxis muss nicht zwangsläufig mit der sofortigen Übernahme eines Praxissitzes beginnen. Nachwuchsmediziner können sich auch erst einmal anstellen lassen, um erst später ganz in die Praxis einzusteigen, wie unsere Beispiele aus Wilster und Travemünde zeigen.

Sanfter Einstieg

Für die Frauenarztpraxis von Katharina Schwingel in Wilster im Kreis Steinburg hat sich bei der Suche nach einem Praxisnachfolger eine neue Perspektive ergeben.

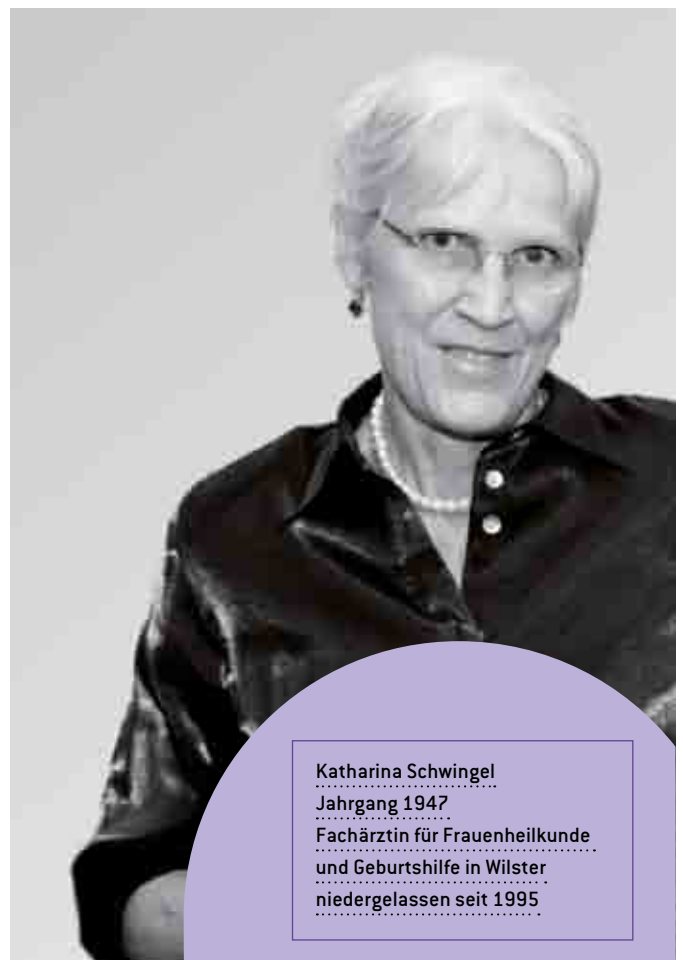
Schon beim ersten Blick in die Praxis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe im schmunken Backsteinbau in der Innenstadt Wilsters wird klar, dass hier eine Ärztin praktiziert, die Wert auf stimmige Gestaltung und ein angenehmes Arbeitsumfeld legt. Die Einzelpraxis ist modern und freundlich eingerichtet. Das Wartezimmer wirkt durch die integrierten Glaswände transparent und offen. Weiße Möbel und viel warmes Licht schaffen eine behagliche Atmosphäre. Im Foyer hängt eine liebevoll gestaltete Fotowand mit vielen Babybildern, die dankbare Eltern der Praxisinhaberin Katharina Schwingel geschenkt haben. Eigentlich eine Praxis zum Wohlfühlen, eine in der man gern arbeiten möchte. Dennoch gab es hier lange Zeit ein Problem, denn die Praxis erwies sich trotz guter wirtschaftlicher Rahmenbedingungen als schwer vermittelbar. Vier Jahre lang bemühte sich die Frauenärztin aus Wilster intensiv, aber erfolglos um einen Nachfolger. „Es war zum Verzweifeln. Ich wollte die Praxis, die mein Lebenswerk ist, abgeben und in den Ruhestand gehen, aber ich konnte es nicht. Einfach aufhören kam für mich aber auch nicht in Frage, denn letztlich trage ich für die Versorgung der Frauen vor Ort eine hohe Verantwortung“, erklärt sie.

Ursachenforschung

Interessenten gab es eigentlich genug. Es waren hauptsächlich Frauen, die sich in Wilster vorstellten. Allen gefiel die Praxis sehr gut, aber letztlich war den Bewerberinnen entweder das wirtschaftliche Risiko, eine Einzelpraxis zu übernehmen, zu hoch oder sie konnten sich nicht vorstellen, Familie und Praxis angesichts der zu erwartenden Belastung als Praxisinhaberin miteinander zu vereinbaren. Helmut Schwingel, der seine Frau beim Praxismanagement unterstützt und u. a. für Rechnungswesen, Buchhaltung, Technik, Sicherheit, Marketing und Qualitätsmanagement verantwortlich ist, nennt zwei Ursachen für die Nichtvermittlung. Eine liege in der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzteschaft. Eine ganze Ärztegeneration gehe nahezu geschlossen in den Ruhestand. So entstehe eine große Lücke, die durch den nachrückenden Nachwuchs schon rein zahlenmäßig nicht mehr geschlossen werden könne. „Das ist in ländlich geprägten Regionen nicht nur im hausärztlichen Bereich Fakt, sondern immer mehr auch im fachärztlichen Bereich“, erklärt der Fachwirt für Soziales und Gesundheit. Die zweite Ursache machen er und seine Frau daran fest, dass immer mehr Frauen den Arztberuf ergreifen. „Das ist auch gut so, aber Frauen haben nun mal eine andere Lebensplanung und wollen sich neben der Praxis auch um ihre Familie kümmern, besonders wenn noch kleine Kinder da sind. Die Selbstständigkeit bei voller Berufstätigkeit erscheint dann vielen als eine zu große Belastung“, meint Helmut Schwingel.

Die Lösung

Auf der Suche nach Alternativen kam dem Ehepaar daher die Idee, sich bei der Praxisübergabe ganz nach den neuen Bedürfnissen der Interessentinnen zu richten. „Wir haben uns mit der KVSH zusammengesetzt und gemeinsam ein Übernahmemodell entworfen, das jungen Kolleginnen Sicherheit bietet und sie langsam an die Praxisübernahme heranführt“, erklärt Helmut Schwingel. Es sieht vor, dass Praxisinhaberin Katharina Schwingel die Praxis zunächst weiter leitet und eine Kollegin vorerst als angestellte Ärztin in Teilzeit beschäftigt, mit der Option auf eine Praxisübernahme in der Zukunft. Was die Belastung durch vereinbarte Arbeitszeiten anbelangt, ist so ein hohes Maß an Flexibilität im Interesse beider Seiten möglich.



Katharina Schwingel
Jahrgang 1947
Fachärztin für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe in Wilster
niedergelassen seit 1995

Eine Lösung nach Maß

Seit August 2012 arbeitet Dr. Mona Wendrich-Rönne als angestellte Ärztin in Teilzeit in der Frauenarztpraxis von Katharina Schwingel in Wilster. Sie wohnt mit ihrer Familie im nahegelegenen Itzehoe. Für sie bietet das Modell des sanften Praxiseinstiegs nur Vorteile.

Wie sind Sie auf die Arztstelle in Wilster aufmerksam geworden?

Dr. Mona Wendrich-Rönne: Eine gute Freundin von mir ist Patientin von Frau Schwingel. Sie hatte mir berichtet, dass sie eine Nachfolgerin oder eine Ärztin zur Unterstützung sucht.

Was gefällt Ihnen an der Arbeit in der Frauenarztpraxis im eher ländlich geprägten Wilster?

Wendrich-Rönne: Hier ist es nicht so anonym wie in einer Großstadt. Unsere Patientinnen kennen sich zum Teil untereinander. Wir kennen vielfach die familiären Hintergründe. Ich mag den persönlichen Kontakt zu meinen Patientinnen. Vorher habe ich in einer großen Klinik im Schichtdienst gearbeitet. Dort habe ich viele Patienten wegen der unregelmäßigen Arbeitszeiten nur einmal gesehen. Ein System, das für Ärzte und Patienten gleichermaßen unbefriedigend ist. Darüber hinaus schätze ich, dass ich in der Praxis allein Entscheidungen treffen kann, zu denen ich dann hundertprozentig stehe. In der Klinik herrscht ein hierarchisches System, das einen Assistenzarzt in Konfliktsituationen bringen kann.

Sie haben zwei kleine Kinder und wohnen in Itzehoe. Wie schaffen Sie es, Familie und Beruf unter einen Hut zu bringen?

Wendrich-Rönne: Wir sind gut organisiert und nutzen vor allem in Ferienzeiten und bei Krankheit der Kinder die Unterstützung der Großeltern. Hier in der Praxis habe ich eine regelmäßige Arbeitszeit. Ich kann mit Frau Schwingel wegen familiärer Termine meine Arbeitszeiten tauschen. Ohne weiteres ist dies in einer Klinik nicht möglich, weil der Schichtdienstplan kaum Raum für kurzfristige Änderungen zulässt. Dort hatte ich mit einer halben Stelle je nach Dienstplan eine wöchentliche Arbeitszeit von null bis mehr als 40 Stunden. Die Arbeit an teilweise zwei Wochenenden im Monat, am dritten Wochenende dann womöglich noch eine Fortbildung. Das war mit Familie – insbesondere mit kleinen Kindern – kaum zu schaffen.

Über die Anstellung zur eigenen Praxis. Welche Vorteile hat der „sanfte“ Einstieg für Sie und Ihre Lebensplanung?

Wendrich-Rönne: Die Entscheidung, von der Klinik in eine Praxis zu wechseln, ist mir nicht leicht gefallen. Daher ist es natürlich sehr angenehm, nicht gleich allein mit der Praxisorganisation und der Verantwortung für die Angestellten dastehen zu müssen. Außerdem bietet dieses Modell die Möglichkeit, zu prüfen, ob die Übernahme einer Praxis tatsächlich das Richtige für mich ist.

Was müsste die KVSH unternehmen, um noch mehr Ärztinnen für die Niederlassung zu gewinnen?

Wendrich-Rönne: Möglicherweise könnten mehr Informationen, z. B. über das Abrechnungswesen und die Möglichkeiten der Arbeitsteilung in einer Praxis, das Interesse anderer

Ärztinnen wecken. Es ist natürlich eine Hemmschwelle da, das wirtschaftliche Risiko einer Niederlassung einzugehen, gerade dann, wenn zusätzlich Kinder zu versorgen sind.

Umfragen belegen, dass gerade Ärztinnen gern kooperative Praxisformen bevorzugen. Hat die „klassische“ Einzelpraxis aus Ihrer Sicht ausgedient?

Wendrich-Rönne: Gerade in der Gynäkologie mit einem sehr hohen Anteil an Ärztinnen wird es wohl immer weniger Einzelpraxen geben. Meistens steht doch – aller Emanzipation zum Trotz – der Beruf der Väter im Vordergrund, die Mütter müssen Familie und Beruf vereinbaren. Sicher gibt es Ausnahmen. Ich denke, die meisten Ärztinnen mit Kindern wünschen sich wegen der höheren Flexibilität und der geteilten finanziellen Verantwortung eine kooperative Praxisform, so lassen sich Investitionen in moderne Ultraschallgeräte gemeinsam besser schultern.



Dr. Mona Wendrich-Rönne
Jahrgang 1974
Ärztin in Weiterbildung in Wilster
angestellt seit August 2012,
zunächst als Entlastungsassistentin

Mit Selbstbewusstsein angestellt

Swantje Knopf arbeitet seit 2012 als angestellte Fachärztin für Allgemeinmedizin in der Gemeinschaftspraxis von Dr. Anja Hollandt und Dr. Jörg Sandmann in Lübeck-Travemünde.

Welche Gründe sprechen in Ihrer jetzigen Lebens- und Karrierephase für eine Arbeit als angestellte Ärztin?

Swantje Knopf: Ich hatte viel Respekt vor der Niederlassung. Meine Berufserfahrung schien mir für den bürokratischen und finanziellen Aufwand, den eine Praxisübernahme bedeutet, nicht ausreichend zu sein. Ich habe daher ganz bewusst die Arbeit als angestellte Ärztin gewählt, um mir in Ruhe und aus der zweiten Reihe heraus anzuschauen, was an der Niederlassung so alles dranhängt. Eine Teilzeillösung war mir nach der sehr arbeitsintensiven Zeit der Facharztausbildung auch wichtig. Ich muss nicht unbedingt 50 Stunden in der Woche arbeiten.

Wie beurteilen Sie Ihre Zukunftsperspektiven?

Knopf: Als junge Allgemeinmedizinerin sehe ich, wie viele meiner Jahrgangskollegen, sehr entspannt in die Zukunft. Wir haben keinen Druck, wissen, dass wir dringend gebraucht werden, und dass uns die Zukunft gehört. Wir können uns Zeit lassen. Ich bin jetzt Mitte 30 und kann mich auch mit Anfang oder Mitte 40 noch niederlassen. Das wird nicht so schwierig sein.

Fühlen Sie sich als angestellte Ärztin auch ein Stück weit als Freiberuflerin?

Knopf: Ja, voll und ganz. Meine Kollegen beziehen mich in alles mit ein, ich kenne alle Interna der Praxis und bin voll und ganz in die Abläufe mit eingebunden. Im medizinischen Bereich arbeite ich als Fachärztin ja ohnehin frei und selbstverantwortlich. Das empfinde ich als sehr positiv, weil ich auch jemand bin, der gern mitentscheidet. Nach außen ist es bei uns ohnehin zweitrangig, wer angestellt und wer Praxiseigentümer ist.

Könnten Sie sich vorstellen, nach einer gewissen „Start- und Schnupperphase“ im Angestelltenverhältnis später auch einen eigenen Praxissitz zu übernehmen?

Knopf: Ja, das ist momentan zwar kein Thema, aber ich kann es mir für einen späteren Zeitpunkt sehr gut vorstellen.

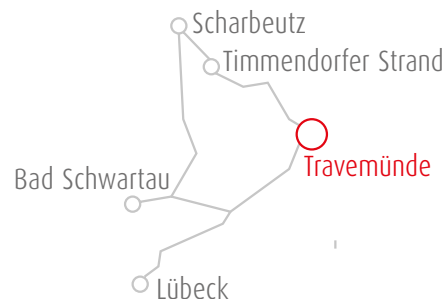
Falls ja, welche Rahmenbedingungen sollten gegeben sein, damit junge Ärzte vielleicht noch früher eine eigene Praxis übernehmen?

Knopf: Es müssen viele Bereiche dringend entbürokratisiert werden. Wir verlieren zu viel Energie und Zeit, die wir lieber den Patienten widmen würden.

Freiberuflich tätig in der eigenen Praxis oder angestellt arbeiten? Welcher Form gehört Ihrer Meinung nach die Zukunft?

Knopf: Alle Formen werden bestehen bleiben, aber es gibt sicher Verschiebungen. Die Tendenz wird weg von der Einzelpraxis hin zur Gemeinschaftspraxis gehen. MVZ-Modelle haben gute Aussichten und auch der Bereich der angestellt arbeitenden Ärzte

wird weiter wachsen. Wichtig ist die Vielfalt, denn sonst werden meine Generation und die noch selbstbewusstere Medizinergeneration nach mir in andere Bereiche abwandern.



Swantje Knopf
Jahrgang 1977
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Travemünde
angestellt seit 2012





Psychotherapeutische Versorgung

Die ambulante Versorgung ist ohne die niedergelassenen Psychotherapeuten nicht denkbar. Gerade in den vergangenen Jahren hat die Psychotherapie als wesentlicher Eckpfeiler unseres Gesundheitssystems deutlich an Bedeutung gewonnen. Insbesondere die gesteigerte Sensibilität in der Bevölkerung für psychische und psychosomatische Störungen führt zu einer hohen Inanspruchnahme von psychotherapeutischer Hilfe. Bestimmte psychische Krankheitsbilder treten heute deutlich vermehrt auf; manche sind sogar vollkommen neu. Beispiele hierfür sind Depressionen, Ängste, Zwänge und Probleme bei der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen.

Licht und Schatten

von Heiko Borchers

Ein Überblick über die psychotherapeutische Versorgungssituation und die aktuelle Entwicklung im Bereich der psychischen Erkrankungen.

„Versorgung gestalten, heißt Versorgung den Notwendigkeiten der Zeit anpassen.“ Dieser Leitsatz prägt die Versorgung von kranken Menschen seit der Kaiserlichen Botschaft von 1881, die zur Gründung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland führte. Immer wieder ergaben sich Notwendigkeiten, das System den Umständen der Zeit anzupassen. So kann erwartet werden, dass der Satz selbstverständlich ebenso für die psychotherapeutische Versorgung als heutiger Bestandteil dieses Systems Gültigkeit hat. Hier haben die Psychotherapie-Richtlinien eine Schlüsselstellung inne. In ihnen ist die Durchführung von Psychotherapie detailliert niedergelegt. Sie sind aber in ihrer Grundstruktur seit Ende der sechziger Jahre weitgehend unverändert geblieben. Schon längst hat die sogenannte Richtlinien-Psychotherapie oftmals keine Antworten mehr auf die Erfordernisse der Zeit. Geprägt von einem umständlichen Antrags- und Genehmigungsverfahren und begleitet von einem, die Aufnahme der eigentlichen psychotherapeutischen Behandlung verzögernden Gutachterverfahren, hilft sie allein nicht mehr. Die Richtlinien-Psychotherapie müsste eine grundlegende Reform erfahren. Zumindest müsste ihr ein modernes psychotherapeutisches Versorgungskonzept zur Seite gestellt werden, welches auf gegenwärtige Bedingungen Antworten parat hat.

Wandel bei Art und Häufigkeit von psychischen Erkrankungen

Erlaubt man sich einmal das Diagnosespektrum der Patienten von Sigmund Freud zu betrachten, ergibt sich für jedermann augenscheinlich, dass sich die psychischen Erkrankungen in Art und auch in ihrer Häufigkeit verändert haben. Aber dieser „Jahrhundertsprung“ ist gar nicht notwendig. Bereits ein Blick dreißig Jahre zurück ist ausreichend, um festzustellen, dass sich eine deutliche Veränderung im Bereich der psychischen Erkrankungen vollzogen hat.

Folgende Krankheitsbilder treten heute deutlich vermehrt auf oder sind vollkommen neu:

- Ängste und/oder Depressionen
- Erschöpfungssyndrome, Burn-out
- Akut traumatisierte Patienten, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Anpassungsstörungen (psychische Erkrankung aufgrund schwerer somatischer Erkrankung)
- Essstörungen (Anorexie, Adipositas), Körperdysmorphie
- nichtstoffliche Süchte (Spielsucht, Computer und Internet)

Außerdem kommen deutlich mehr Patienten auf Überweisung mit Verdacht auf psychische Erkrankung zur Abklärung in die psychotherapeutischen Praxen. Diesen Umstand hat es bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes (1999) vor allem unter dem bis dahin geltenden Delegationsverfahren nicht gegeben.

Ursachen für veränderte Morbidität im Bereich der Psychotherapie

Die Ursachen für psychische Störungen sind heute vielfältiger sowie weitgehend unabhängig von Alter, Geschlecht und Wohnort des Menschen. Im Folgenden sind einige Umstände beispielhaft aufgeführt:

- fehlende Familienstrukturen (Vereinsamung), Familienzerfall, Trennung/Scheidung
- Gewalt und Mobbing bereits in Schule und Ausbildung
- Leistungs- und Konkurrenzdruck in Schule (G8), Ausbildung und Studium (Bachelor/Master)
- veränderte Arbeitswelt: Mobbing, Arbeitsverdichtung, knappe Personalbemessung, Zeit- und Termindruck, unklare Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit, Angst vor Arbeitslosigkeit, Erosion des Normalarbeitsverhältnisses (Zeitverträge, Zeitarbeit, Minijobs)
- die von Arbeitnehmern verlangte Mobilität „entwurzelt“
- Traumatisierungen durch Großschadensereignisse, Krieg, Flüchtlinge, häusliche Gewalt
- veränderte Schönheitsideale



Dipl. Psych. Heiko Borchers
Jahrgang 1959
Psychologischer Psychotherapeut,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in Kiel
niedergelassen seit 1999

- Zunahme und Verjüngung somatischer Erkrankung (Diabetes, Infarkt, Krebs)
- Belastung durch Pflege kranker Angehöriger
- veränderte Freizeitgestaltung (Konsum, Action contra Entspannung, Erholung)
- mangelnde Identität bzw. Bindungsstörung im kollektiven Ausmaß
- vermehrter Leidensdruck durch unerreichbare Lebensziele (beispielsweise ungewollte Kinderlosigkeit)

Aus den vorab genannten Faktoren, Art und Häufigkeit einerseits sowie den Ursachen für psychische Erkrankungen andererseits hat sich in den letzten Jahrzehnten ein steter Wandel bezüglich des Bedarfes an Psychotherapie ergeben. Hinzu kommt, dass psychische Störungen heute in der Bevölkerung sowie bei Haus- und Fachärzten eine höhere Akzeptanz als vor dreißig Jahren erfahren. So ist in den letzten Jahren eine deutlich erhöhte und auch veränderte Nachfrage und Inanspruchnahme an psychotherapeutischer Behandlung als in den letzten Jahrzehnten festzustellen.

Ein erster Schritt: 2013 neue Bedarfsplanung

Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 1. Januar 2013 passte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die bisherige, zwanzig Jahre alte Planung veränderten Bedingungen an. Man verspricht sich davon Stabilität und Flexibilität in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Die Richtlinie fordert und ermöglicht es, dass die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen eigene Bedarfspläne verabschieden und damit auf ihre regionalen Bedürfnisse eingehen können. In Schleswig-Holstein wurde dieser Bedarfsplan fristgerecht Mitte des Jahres beschlossen. Im Bereich der Psychotherapie wird die Versorgung vor allem auf dem Land gestärkt. Zu mehreren Neuzulassungen kam es in den Regionen Dithmarschen, Nordfriesland, Ostholstein und Schleswig-Flensburg. Die neuen Niederlassungsmöglichkeiten sind zu begrüßen. Allerdings können sie nur einen ersten Anfang einer Modernisierung der psychotherapeutischen Versorgung darstellen. Die strukturellen Probleme, die sich aus den Psychotherapie-Richtlinien ergeben, sind damit nicht vom Tisch.





Aufhebung Residenzpflicht

Lange Zeit galt: Wo der Arzt seine Praxis hat, muss er auch wohnen. Oder im Juristendeutsch: „Residenzpflicht“. Diese wurde Anfang 2012 durch den Gesetzgeber abgeschafft. Für den ärztlichen Nachwuchs heißt das: Wer auf dem Land oder in einer Kleinstadt eine Praxis übernimmt, kann sich jetzt frei entscheiden, ob er mit der ganzen Familie umzieht oder in der nächsten Kreis- oder Großstadt wohnen bleibt und zur Praxis pendelt. Dies eröffnet gerade für ländliche Standorte neue Perspektiven. Denn nicht selten stand bisher der Übernahme einer Praxis der Wechsel des Wohnortes entgegen. Wer aber als Ärztin oder Arzt eine Niederlassung in Erwägung zieht, ist oft in einer Lebensphase, in der schon auf eine eigene Familie Rücksicht zu nehmen ist.

Hamburg – Glückstadt in 33 Minuten

Leben in der Metropole, Hausarzt in der Kleinstadt. Für Dr. Alexander Horak ermöglichte die Aufhebung der Residenzpflicht, beides miteinander zu verbinden.

In einer eigenen Praxis Patienten versorgen und das möglichst nicht in der Großstadt. Das war der Wunsch von Dr. Alexander Horak, als er nach Studium, verschiedenen Krankenhausstationen, einer Facharztweiterbildung zum Allgemeinmediziner und vier Jahren Berufserfahrung als angestellter Hausarzt den Entschluss fasste, den Sprung in die Selbstständigkeit zu wagen.

Auch die richtige Praxis fand sich bald. Ein Kollege in Glückstadt im Kreis Steinburg suchte händeringend einen Nachfolger. Nach Gesprächen mit dem bisherigen Praxisinhaber war schnell klar: „Das passt.“ Blieb nur ein Problem: Im Familienrat, so erzählt Horak, Vater von zwei Kindern, hätte es keine Mehrheit für einen Umzug in die 11.000-Einwohner-Stadt an der Elbe gegeben.

Denn der 42-jährige Allgemeinmediziner wohnt mit seiner Lebensgefährtin und den Kindern im Alter von fünf und acht Jahren in Hamburg-Eimsbüttel. Und wie es so ist in der Mitte des Lebens: Die Partnerin hat ebenfalls einen guten Job, den sie so in Glückstadt nicht wiederfinden könnte, die Kinder gehen in den Kindergarten und die Grundschule, haben sich in Eimsbüttel ihre kleine Welt erschlossen und Freunde gefunden. Schlechte Voraussetzungen, um mit der Familie fast 60 Kilometer und eine Autostunde weiter elbabwärts zu ziehen, um eine Kleinstadtpraxis zu übernehmen. Die Familie, da ist sich der überzeugte Allgemeinmediziner sicher, hätte darunter gelitten.

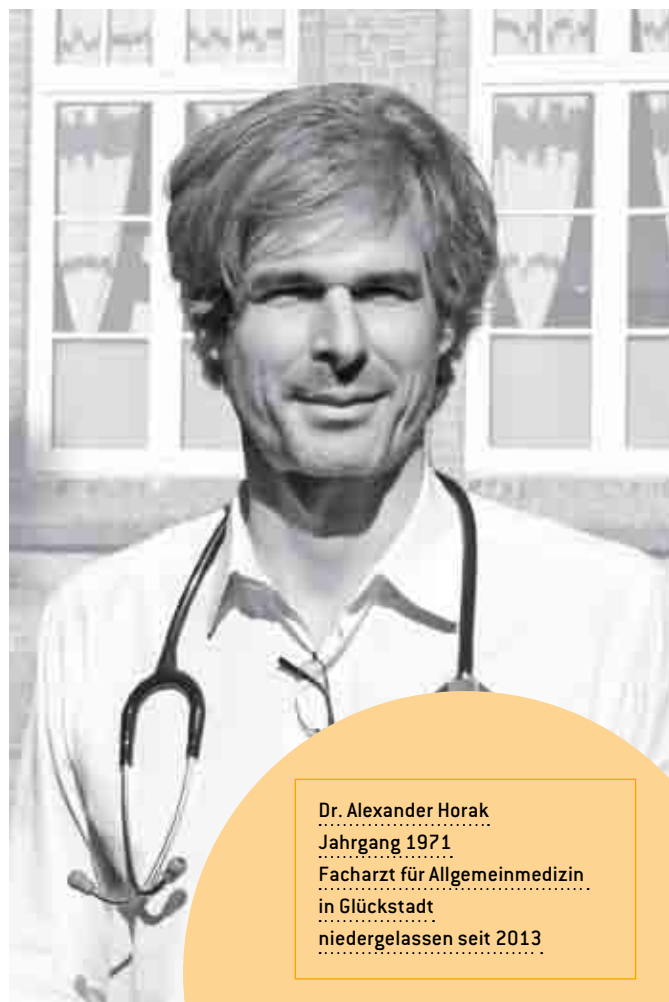
Gesetzesänderung schafft Flexibilität

Noch vor gut zwei Jahren wäre dies das Ende der Überlegungen des Wahl-Hamburgers gewesen, Hausarzt in einer eigenen Praxis in Glückstadt zu werden. Denn bis Ende 2011 galt für niedergelassene Ärzte eine Residenzpflicht. Sie besagte, dass der Doktor im näheren Umfeld seiner Praxis zu wohnen habe. Eine Vorschrift aus Zeiten, in denen insbesondere die Versorgung außerhalb der Sprechstundenzeiten durch die im jeweiligen Ort praktizierenden Ärzte zu regeln war.

Eine Vorgabe, die sich zunehmend als Niederlassungshemmnis erwies und Anfang 2012 durch eine Gesetzesänderung aufgehoben wurde. Seither ist die Residenzpflicht Geschichte. Nieder gelassene Ärzte können ihren Wohnort frei wählen, wie jeder andere Selbstständige oder Arbeitnehmer auch. Leben in der Metropole und arbeiten als Arzt auf dem Land muss seither kein Widerspruch mehr sein.

„Für mich perfekt“, urteilt Hausarzt Horak. Denn so wenig er mit seiner Familie derzeit Eimsbüttel den Rücken kehren kann und will, so sehr war dem gebürtigen Österreicher daran gelegen, eine Praxis an einem ländlich-kleinstädtischen Standort zu übernehmen. Eine Tätigkeit als Hausarzt in Hamburg kam

für ihn nicht in Frage. Dort, so Horak, würde er aufgrund der höheren Facharztdichte viele Krankheitsbilder nie zu Gesicht bekommen. Die Herausforderungen und die Vielseitigkeit, die für die Tätigkeit als Allgemeinarzt außerhalb großer Städte prägend sind, machen für ihn gerade den Reiz der hausärztlichen Medizin aus. Außerdem wollte er gern dort arbeiten, wo er das Gefühl hat, wirklich gebraucht zu werden. Und das war in Glückstadt der Fall, stand doch die in einem ehemaligen Gerichtsgebäude untergebrachte Hausarztpraxis kurz vor der Schließung. Und auch für die Frage, ob er sich jeden Tag den Weg von Hamburg zur knapp 60 Kilometer entfernten Praxis zumuten möchte, auch im Winter bei Eis und Schnee, fand sich durch einen Blick auf den Fahrplan der Bahn eine Lösung: Nur 33 Minuten braucht der Zug von Hamburg-Altona bis nach Glückstadt. „Ich fahre in Hamburg zehn Minuten mit dem Fahrrad zum Bahnhof, hier in Glückstadt sind es vom Bahnhof zur Praxis nur wenige Fußminuten“, beschreibt der Mediziner seinen täglichen Weg. Damit war die Entscheidung gefallen.

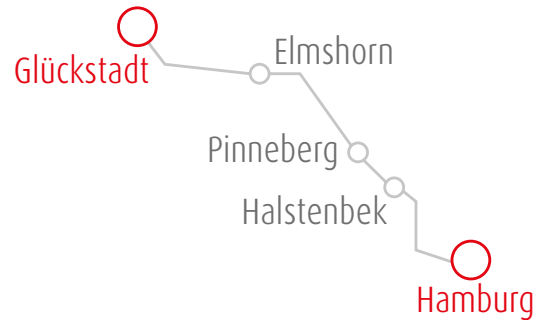


Dr. Alexander Horak
Jahrgang 1971
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Glückstadt
niedergelassen seit 2013

Im März 2013 übernahm Horak die Praxis von seinem Vorgänger. Eine gute Lösung auch für die Patienten, denn die alteingesessene Praxis konnte erfolgreich an einen jüngeren Arzt übergeben und eine Schließung abgewendet werden.

Und wie reagieren die Patienten? „Gar nicht“, stellt Horak zufrieden fest. Wo er wohnt, so seine Erfahrung, ist für seine Patienten nicht wichtig. Er selbst kann dem Pendeln sogar positive Seiten abgewinnen. Die Zeit im Zug lasse sich gut nutzen, um medizinische Fachjournale zu lesen. Dazu bleibe im Praxisalltag, wenn das Wartezimmer voll ist, kaum Zeit. Außerdem, berichtet Horak, könne er sich gut in die Lage der vielen Patienten versetzen, die selbst täglich auf Straße oder Schiene unterwegs sind, um in der Gegenrichtung zur Arbeit nach Hamburg zu pendeln.

Im Gespräch wird klar: Ohne die neue Flexibilität, als Arzt oder Ärztin in der Kleinstadt oder auf dem Land tätig zu werden, ohne gleich mit der ganzen Familie an den Ort der Praxis umziehen zu müssen, hätte der 42-Jährige die Entscheidung für die Praxisübernahme nicht treffen können. Für seine derzeitige Lebenssituation ist die Möglichkeit, Großstadtbewohner und Kleinstadtarzt in einer Person sein zu können, die Idealkombination. Und dass er für immer Pendler bleibt, ist keineswegs sicher. Sind die Kinder erst größer und gehen eigene Wege, könne er sich auch einen Umzug nach Glückstadt vorstellen, deutet Horak an.





Quereinstieg Allgemeinmedizin

Um dem drohenden Mangel an Hausärzten zu begegnen, hat der Deutsche Ärztetag 2011 entschieden, einen Quereinstieg in die Allgemeinmedizin zu ermöglichen. Damit können Fachärzte zum Hausarzt umschulen. Die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner wird von der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassen mit 3.500 Euro monatlich gefördert. Der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin ist ein weiterer Baustein, um die hausärztliche Versorgung vor allem in den ländlichen Regionen Schleswig-Holsteins zu stärken.

„Diese Zeit ist wie ein Geschenk für mich“

Bernd Scharfe war viele Jahre Oberarzt für Anästhesie und Intensivmedizin an der Ostseeklinik Damp. Seit 2012 absolviert er in einer Zweigpraxis im nordfriesischen Neukirchen eine Weiterbildung zum Allgemeinmediziner. Er ist bundesweit einer der ersten Ärzte, der den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin praktiziert.

Wie haben die Einheimischen auf Sie und die neue Arztpraxis im Ort reagiert?

Bernd Scharfe: Durch das große Medieninteresse stand ich ja schon vor der Eröffnung im Mittelpunkt. Eine bessere Werbung für die neu eingerichtete Praxis in Neukirchen konnte es also gar nicht geben. Durch die hervorragende Kooperation mit Ärztekammer und KVSH konnten wir außerdem in Rekordzeit mit dem Praxisbetrieb starten. Die Patienten hat das natürlich gefreut und ich wurde sehr herzlich, ja fast liebevoll empfangen. Ich fühlte mich sofort angenommen und akzeptiert. Viele kennen mich, weil ich nur wenige Kilometer von der Praxis entfernt in Holm wohne. Auch die neu gestalteten und frisch renovierten Praxisräume sind bei den Patienten sehr gut angekommen. Die Menschen haben schnell gemerkt, dass hier eben kein schnell zusammengezwimmtes Provisorium, sondern eine langfristige Lösung zur Verbesserung ihrer ärztlichen Versorgung vor Ort entstanden ist. Das ist natürlich auch ein wichtiges Signal für jüngere Kollegen, die nach mir diese Arztpraxis betreiben sollen.

Sie bringen als Anästhesist und Notfallmediziner eine Menge Erfahrung mit, zudem haben Sie einige Jahre in einer gynäkologisch-onkologischen Praxisklinik gearbeitet. Inwiefern hat Ihnen das beim Einstieg in die hausärztliche Arbeit geholfen?

Scharfe: Mein Anspruch an mich selbst war immer, dass ich eine große klinische Erfahrung mitbringen muss, wenn ich mich einmal niederlassen sollte. Diese Erfahrung habe ich nun über viele Jahre gesammelt und das hilft mir natürlich bei meiner jetzigen Arbeit. Viele Automatismen, wie das schnelle Erfassen von Gestik und Mimik eines Patienten, sind einfach da. Da denke ich auch nicht mehr groß drüber nach, das muss ich nur noch abrufen.

Vom spezialisierten Anästhesisten zum breit aufgestellten Hausarzt. Inwiefern mussten Sie Ihren medizinischen Blickwinkel umstellen?

Scharfe: Ich entwickle mich hier täglich weiter und begreife die Besonderheiten des Berufsbildes „Hausarzt“ jetzt so richtig. Der Hausarzt muss ein hervorragender Diagnostiker sein, der auch ohne die gesamte Bandbreite von denkbaren technischen Hilfsmitteln zu einer Diagnose kommt, zumindest zu einer Arbeitsdiagnose. Er muss außerdem genau wissen, wohin er Patienten überweist, um sie eben nicht nach dem „Fleischwolfprinzip“ von Facharzt zu Facharzt zu schicken. Er muss Koordinator und Verteiler zugleich sein. Am Anfang musste ich aufpassen, nicht gleich in jedem Fall einen Notfall zu sehen. Außerdem galt es, echte Notfälle auch als solche zu erkennen.

Sie haben von Januar bis März 2012 in der Praxis von Dr. Maurer hospitiert. Inwiefern war das hilfreich?

Scharfe: Das Vorpraktikum bei erfahrenen Hausärzten wie Dr. Maurer und seinen Kolleginnen hat mir sehr geholfen und ich musste einige Illusionen über Bord werfen. Am Anfang habe ich noch gedacht: „Als Anästhesist kannst du ja bereits alles“. Den Zahn habe ich mir aber selbst sehr schnell gezogen. Ich merkte schnell, dass ich z. B. sehr viel im diagnostischen Bereich und im Bereich Hauterkrankungen dazulernen musste. Das war doch ziemliches Neuland für mich. Zwar dachte ich, dass ich schon eine Menge Wissen mitbringe, aber ich komme halt doch aus einem hochspezialisierten und sehr geräteintensiven Bereich. Eine Hausarztpraxis ist etwas ganz anderes, denn die Anforderungen sind hier im Prinzip viel höher als in der Klinik. Als Anästhesist habe ich am Tag fünf oder sechs Patienten, um die ich mich kümmern muss. Als Hausarzt muss ich mich aber jeden Tag auf sehr viel mehr Patienten mit den unterschiedlichsten Hintergründen einstellen. Als Vorbereitung für den Sprung ins kalte Wasser hat mir die „Vorschulung“ in der Hausarztpraxis natürlich sehr geholfen.

Was macht für Sie das Besondere an der hausärztlichen Arbeit aus?

Scharfe: Die Arbeit ist nie langweilig oder einseitig. Die Herausforderung ist sogar ungleich größer als im Klinikbetrieb. In unsere Hausarztpraxis kam z. B. ein Patient, der aussah wie das blühende Leben. Nach einem Gespräch stellte sich heraus, dass er an einer 4-Quadranten-Peritonitis leidet. Das konnte man ihm natürlich überhaupt nicht ansehen. In der Anästhesie oder in der Notfallmedizin liegt die Diagnose immer sozusagen vor einem auf dem Tisch oder auf der Trage. Da brauchen Sie ja „nur“ noch ihr Handwerk zu beherrschen. Das ist in der Hausarztpraxis anders. Hier muss oft detektivisch akribische Ursachenforschung betrieben werden.

Worüber haben Sie sich in den letzten Monaten am meisten gefreut?

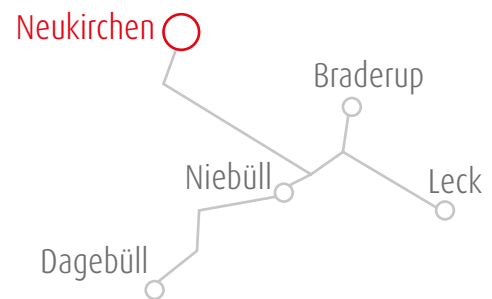
Scharfe: Dass viele Patienten schon ein echtes Vertrauensverhältnis zu mir aufgebaut, sich mir gegenüber geöffnet haben und gern in die Praxis kommen. Ich habe mittlerweile eine hohe Zahl an Wiederkehrern und das sind meine Erfolgserlebnisse.

Vom Berufspendler zum Hausarzt, der um die Ecke wohnt. Wie sieht es mit Ihrer Lebensqualität aus?

Scharfe: Die ist top. Für mich ist es ein absolutes Highlight, dass ich jetzt mittags zu meiner Frau nach Hause fahren kann,



dann ein Stündchen Mittagsschlaf, dann sind manchmal meine Enkelkinder da. In meiner Zeit in der Klinik war so etwas natürlich absolut undenkbar. Das tägliche Pendeln nach Damp kommt mir heute wie Irrsinn vor. Da meine Frau und ich schon 28 Jahre hier oben leben, habe ich auch ein gewisses Verhältnis zu den Menschen hier. Nordfriesland ist unsere Heimat und wir leben sehr gern hier. Nun kann ich ihnen noch einmal als Arzt helfen. Was will ich mehr? Ich bin jedenfalls überglücklich, dass mir dieser berufliche und persönliche Weg in meinem Alter noch einmal ermöglicht wurde.



Quereinstieg Allgemeinmedizin

i

2011 hat der Deutsche Ärztetag entschieden, einen Quereinstieg in die Allgemeinmedizin zu ermöglichen. Ende desselben Jahres hat die Bundesärztekammer Empfehlungen für den Quereinstieg formuliert. Sie sehen eine mindestens 24-monatige Weiterbildung in der ambulanten hausärztlichen Versorgung vor. Obligatorisch ist außerdem ein 80-stündiger Kurs in psychosomatischer Grundversorgung. Empfohlen wird ein 80-stündiger Orientierungskurs Allgemeinmedizin.



Bernd Scharfe
Jahrgang 1946
Facharzt für Anästhesiologie
Quereinstieg in die
Allgemeinmedizin seit 2012
in Neukirchen

Glückliche Gründerin

Dr. Karin Erasmi hat sich ihren Traum erfüllt. Die Fachärztin für Anästhesie meisterte den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin und eröffnete in Flintbek bei Kiel eine neue Hausarztpraxis. Im Interview berichtet sie vom hindernisreichen Weg zur eigenen Praxis.

Wie lief die Startphase Ihrer Praxis?

Dr. Karin Erasmi: Sehr engagiert, aber auch etwas chaotisch, denn der Praxisstart fiel durch eine Verzögerung mitten in die Bauphase. Verschieben konnten wir ihn nicht, denn der Eröffnungstermin am 1. April 2013 war gesetzt, entsprechend kommuniziert und die Patienten haben auf uns gewartet. Letzten Endes ist aber alles gut gelaufen und wir hatten im ersten Quartal schon 300 Patienten. Für eine neue Praxis ein sehr guter Wert. Es kamen Jung und Alt, darunter viele junge Mütter mit ihren Kindern aus den Neubaugebieten Flintbeks, aber auch viele alleinlebende ältere Frauen.

Warum haben Sie sich für den ländlich geprägten Standort Flintbek entschieden?

Erasmi: Ich wohne selbst seit fast sieben Jahren in der Region, bin aber die ganze Zeit nach Lübeck gependelt und deshalb nie richtig hier angekommen. Das wollte ich ändern. Es war daher eine ganz bewusste Entscheidung von mir, als Hausärztin aufs Land zu gehen. Außerdem mag ich die bodenständige und naturverbundene Art der hier lebenden Menschen. Ich gehe gern mit der Arzttasche zum Hausbesuch auf einen Bauernhof. Eine Standortanalyse ergab zudem viele günstige Faktoren: mehrere Neubaugebiete mit jungen Familien, ein engagierter, junger Bürgermeister und eine sehr aktive Wirtschaftsgemeinschaft vor Ort. Ich spürte, dass man hier etwas bewegen will. Außerdem gab es zwar vier männliche Kollegen in Flintbek, aber noch keine Ärztin.

Was reizt Sie an der freiberuflichen Tätigkeit in der eigenen Hausarztpraxis?

Erasmi: Mich reizen Selbstbestimmung und Autonomie. Mich reizt es, Dinge zu gestalten, umzusetzen und dabei meinen eigenen Weg zu gehen. Mich reizen vernetzte Arbeit und Kommunikation auf Augenhöhe mit den anderen Kollegen aus dem ambulanten Bereich. Mich reizt es, in meiner Praxis mehr zu leisten als qualitativ und handwerklich gute Medizin. Ich bin mit vielen anderen spannenden Themen wie Personalführung, Team- und Mediengestaltung und Betriebswirtschaft befasst. Außerdem kann ich meine Arbeitszeiten selbst einteilen und bin nicht Sklave eines Dienstplans oder anderer hierarchischer Strukturen wie sie in der Klinik bestehen. Den besonderen Wert der Hausarztmedizin macht für mich dabei aus, dass hier allumfassendes Wissen gefordert ist. Mein jüngster Patient ist vier Monate, meine älteste Patientin 101 Jahre alt. Die Spannbreite der Fälle ist also sehr hoch.

Warum wählten Sie die Form einer Praxisneugründung und nicht die Übernahme einer bestehenden Praxis?

Erasmi: Das ist unüblich, doch eine alte und überbezahlte Praxis wollte ich nicht übernehmen. Kooperationen mit Kollegen

vor Ort, die ich durchaus angestrebt habe, zerschlugen sich. Ich wollte von Anfang an neue Strukturen, selbstbestimmt arbeiten und Chefin sein. Da kam eigentlich nur noch eine Neugründung in Frage. Die ist zwar sehr risikoreich, zumal ich das ganze Projekt komplett fremdfinanziert habe, aber das schreckt mich nicht. Ich arbeite sehr gern und sehr viel, wenn die Arbeitszufriedenheit so stimmt wie jetzt. Ich empfinde es jeden Tag als echten Luxus, dass ich mir meinen eigenen Arbeitsplatz zu den Bedingungen einrichten konnte, die mir entsprechen.

Was waren die größten Schwierigkeiten bei der Neugründung?

Erasmi: Ein wenig Irrsinn gehörte von Anfang an dazu, denn als Neugründerin einer Arztpraxis passte ich anscheinend in keine Schublade. Dramatisch waren vor allem die Umstände der Finanzierung. Ich musste ein sehr hohes Darlehen im sechsstelligen Bereich aufnehmen. Das Geld wurde mir zuerst zwar prinzipiell auch bewilligt, aber kurz vor der entscheidenden Unterschrift bemerkte ich einen Passus im Vertrag, demzufolge ich nicht unterschreiben konnte. Ich musste also innerhalb von einer Woche eine sehr hohe Summe auf eigene Faust organisieren. Letztlich halfen mir zwei liebe Menschen mit einem Privatarlehen aus: meine Schwiegermutter und ein guter Freund. Dann waren noch 19 weitere Telefonate mit der Bank nötig, bevor letztlich alles in trockenen Tüchern war. Den Zuschlag bekam eine Bank aus der Region Flintbek.



Dr. Karin Erasmi
Jahrgang 1966
Fachärztin für Anästhesie und
Allgemeinmedizin in Flintbek
niedergelassen seit 2013

Wie kamen Sie auf die Idee, fachlich noch einmal von der Anästhesie Richtung Allgemeinmedizin umzusatteln?

Erasmi: Unlust am Fach war es eindeutig nicht, denn ich war 20 Jahre lang leidenschaftlich gern Anästhesistin. Mich reizte vor allem die Chance, mich selbstständig zu machen. Ich wollte noch einmal etwas Neues erfahren und Kapitän statt Matrose sein. Ich organisiere und manage gern und das wollte ich einbringen. Ich bin Mitte vierzig und hatte genug davon, in der Klinik Dinge umsetzen zu müssen, von denen ich nicht immer hundertprozentig überzeugt war. Die medizinische Versorgung des Patienten hat mir nicht mehr gereicht, denn ich hatte als Anästhesistin ja immer nur einen kleinen Ausschnitt, wollte aber ein größeres Bild vom behandelten Menschen und seinen Lebensumständen. Ich erfuhr z. B. nie, was aus den Patienten nach der Operation wurde und wie ihre poststationäre Versorgung aussah. In der Klinik fehlte oft die Zeit für Gespräche mit Kollegen und Patienten und das hat mich unzufrieden gemacht. Die Allgemeinmedizin hielt ich als Fachgebiet für eine hochspezialisierte Generalistin, die ich als Anästhesistin ja bin, für sehr gut geeignet. Der Quereinstieg machte für mich in jeder Hinsicht Sinn.

Wie hoch war der Aufwand des Quereinstiegs und wie haben Sie ihn zeitlich und organisatorisch bewältigt?

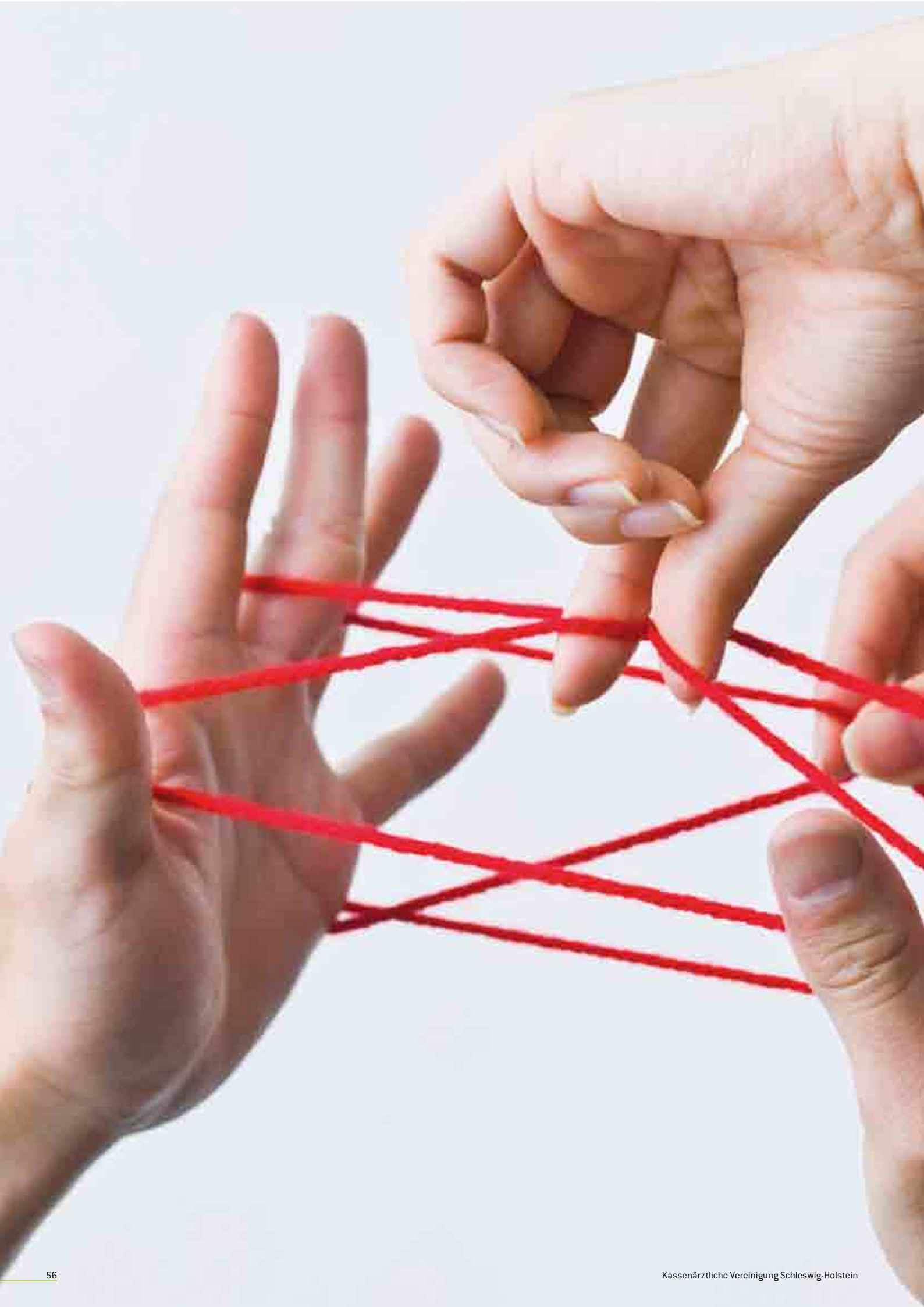
Erasmi: Der Aufwand war sehr hoch. Ich habe viel gearbeitet, nebenbei zwei Kinder versorgt und in einer anderen Stadt gewohnt. Das alles unter einen Hut zu bringen, war nicht einfach, denn ich habe lange Zeit in zwei Parallelwelten gelebt. Um auf meine vorgeschriebenen Stunden in der Allgemeinmedizin zu kommen, musste ich zwischen 60 und 70 Stunden in der Woche arbeiten. Zum Glück hatte ich die Unterstützung meiner Familie, meines damaligen Klinikchefs Prof. Peter Schmucker und meines hausärztlichen Ausbilders Dr. Hilmar Keppler. Wir waren mehr als einmal kreativ, um alles unter einen Hut zu bekommen.

Ist der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin aus Ihrer Sicht ein geeignetes Mittel, um dem Ärztemangel in ländlichen Gebieten entgegenzuwirken?

Erasmi: Das könnte so sein, wenn der Quereinstieg begleitet und besser strukturiert wäre. Es gibt viele Kollegen, die geeignete Qualifikationen mitbringen. Gerade ärztliche Kolleginnen hätten sicherlich daran Interesse. Es müssten aber ganz dringend andere Gelder zur Überbrückung her, denn kein Quereinsteiger mit 40, der ein Klinikgehalt gewohnt ist, kann sich den Umstieg finanziell leisten. Die 3.500 Euro Fördergeld sind zwar gut und schön, aber am Ende bleiben davon ja nur 2.000 Euro übrig. Da müssen sie notgedrungen parallel arbeiten, was nur schwer durchzuhalten ist. Ich habe das gemerkt, als ich meine Facharztprüfung geschafft hatte und mich viele Kollegen darauf ansprachen, wie ich das gemacht habe. Die Bereitschaft, viel zu arbeiten, muss also vorhanden sein. Viele hatten zwar prinzipiell Interesse am Quereinstieg, aber auf paralleles Arbeiten hatte niemand Lust. Es fehlen dafür einfach die nötigen Zeitfenster. Für einige Fachgruppen ist der Quereinstieg schwer zu bewältigen, weil zu viel Fachwissen dazu gelernt werden muss. Für die Anästhesie gilt das nicht. Leider nehmen wir durch den Quereinstieg aber letztlich auch wichtige Fachkräfte weg, die an den Kliniken ebenso dringend gebraucht werden.

Der Quereinstieg ist also nur ein kleines Instrument mit sehr begrenzter Breitenwirkung. Ich glaube eher, dass wir früher ansetzen und den Hausarztberuf schon für junge Kollegen attraktiver machen müssen. Zum Beispiel dadurch, dass man den ärztlichen Nachwuchs möglichst schnell mit der Hausarztmedizin in Kontakt bringt und die Attraktivität des Hausarztberufes für die jungen Mediziner konkret erfahrbar macht. Mir ist das selbst sehr wichtig und meine Praxis ist deshalb auch Lehrpraxis an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Falls sich jemand für den Quereinstieg in die Allgemeinmedizin interessiert, stehe ich gern als Mentorin mit Rat und Tat zur Verfügung.





Kooperation ambulant-stationär

In Zeiten eines sich abzeichnenden Ärztemangels führt kein Weg daran vorbei: Es wird künftig noch stärker darauf ankommen, dass sich ambulanter und stationärer Sektor mit ihren jeweiligen Stärken im Interesse der Patienten sinnvoll ergänzen. Dies geschieht bereits heute immer öfter. So befinden sich die Anlaufpraxen des KVSH-Bereitschaftsdienstes an Krankenhäusern. Belegärztlichkeit oder konsiliarische Tätigkeit sind – um nur wenige Beispiele zu nennen – Versorgungsalltag. Neue Modelle ergänzen das Bewährte: anerkannte Praxisnetze mit sektorenübergreifender Zusammenarbeit, auf Fehmarn bündeln die Sana-Klinik und niedergelassene Ärzte ihre Kräfte, um Patienten zu versorgen. Das partnerschaftliche Miteinander von ambulanter und stationärer Versorgung ist im Interesse der Patienten und entspricht den Erwartungen der Nachwuchsärzte an ihren Beruf.

Verkrustete Strukturen aufbrechen

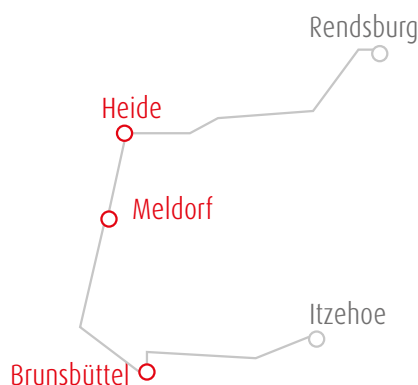
Bei der Suche nach Antworten auf den sich abzeichnenden Ärztemangel auf dem Land fällt immer wieder der Begriff der „sektorenübergreifenden Versorgung“. Gesundheitspolitiker fordern gern eine bessere Verzahnung des ambulanten und des stationären Bereichs, um die Versorgung der Bevölkerung zukunftssicher und für den medizinischen Nachwuchs attraktiv zu gestalten. Doch wie sieht diese Kooperation in der Praxis aus? In Schleswig-Holstein gibt es viele Beispiele einer gut funktionierenden Vernetzung von niedergelassenen Ärzten mit regionalen Kliniken. Im Kreis Dithmarschen ist dies die Kooperation zwischen dem Medizinischen Qualitätsnetz Westküste (MQW) und dem Westküstenklinikum (WKK). Im Interview erklärt Burkhard Sawade, MQW-Vorstandssprecher und KVSH-Kreisstellenvorsitzender in Dithmarschen, die Vorteile der Zusammenarbeit beider Sektoren.

Als Ziel Ihres Ärztenetzes geben Sie eine qualitativ hochwertige Versorgung der Bevölkerung an. Wie wichtig ist dabei die sektorenübergreifende Kooperation mit dem Westküstenklinikum?

Burkhard Sawade: Das Westküstenklinikum mit seinen Häusern in Heide und Brunsbüttel ist der Platz für die stationäre Versorgung. Es liegt dabei nahe, dass ein Qualitätsnetz, welches sich zum Ziel gesetzt hat, die Qualität der ärztlichen und auch medizinischen Versorgung in diesem ländlichen Bereich zu erhalten und zu verbessern, in der heutigen Zeit keine Berührungsängste mit den stationären Versorgern haben darf. Das MQW hat hierbei in einer sehr frühen Phase der Netzentwicklung immer den Austausch mit den Vertretern der Westküstenkliniken gesucht, sowohl mit den Ärzten als auch mit der Geschäftsführung. Aus diesem Austausch hat sich im Laufe der Zeit eine sehr vertrauensvolle und enge Zusammenarbeit zum Wohle der Region entwickelt. Die immer kürzer werdenden stationären Aufenthaltszeiten machen es erforderlich, dass die Behandlungsstrategien sehr eng abgestimmt werden, um genau diese Qualität dauerhaft zu gewährleisten.

Wie sieht die Kooperation konkret aus?

Sawade: Seit fast zehn Jahren setzt sich das MQW zum Ziel, die elektronische Vernetzung sowohl unter uns Ärzten, als auch mit den Kliniken technisch darzustellen. Dabei haben wir dies mit den unterschiedlichsten Anbietern versucht, viele Stunden investiert und letztendlich ein frustrierendes Ergebnis erzielt. Seit zwei Jahren treiben wir die Entwicklung der elektronischen Patientenakte gemeinsam mit der EDV-Abteilung des Westküstenklinikums energisch voran, wobei erste gute Teilergebnisse erzielt wurden und für die Zukunft eine Umsetzung des



Burkhard Sawade
 Jahrgang 1961
 Praktischer Arzt und Facharzt
 für Chirurgie in Meldorf
 niedergelassen seit 1996

Projektes zu erwarten ist. In gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten bringen wir uns auf einen fachlichen Konsens, der sowohl den Versorgern als auch den Versorgten zugutekommt. Die Entwicklung des MRSA-Netzwerkes sei hier stellvertretend genannt. Aber auch die Beteiligung von Fachärzten aus dem Qualitätsnetz bei diagnostischen Maßnahmen der Klinik hat sich bewährt und führt dazu, dass die immer weiter zurückgehenden ärztlichen Ressourcen vernünftig gemeinsam genutzt werden.

Sie und andere niedergelassene Kollegen gehen tageweise in die Klinik, um dort Patienten zu betreuen. Was ist der Grund dafür?

Sawade: Das Direktorium des Westküstenklinikums Heide ist vor zwei Jahren sowohl auf das Qualitätsnetz als auch auf die Kreisstelle zugekommen, ob wir nicht erfahrene Hausärzte oder Ärzte für Innere Medizin aus unserem niedergelassenen Bereich wüssten, die bereit wären, insbesondere am Wochenende Dienste in den Kliniken zu übernehmen. Vor allem in der medizinischen Klinik sind und waren zu diesem Zeitpunkt einige Assistenzarztstellen nicht besetzt. Die Dienstbelastung der jungen Kolleginnen und Kollegen war entsprechend hoch. Für mich hatte es einen besonderen Reiz, nach mehr als 16 Jahren wieder an meine erste ärztliche Wirkungsstätte zurückzukehren. Einmal, um wieder auf den neuesten Stand der stationären Diagnostik und Therapie zu kommen und zum anderen auch aus Eigennutz, um die weitere Abwanderung junger Kolleginnen und Kollegen wegen der Dienstbelastung aus der Region zu vermeiden. Es macht Spaß, wieder einmal sehr anspruchsvolle Medizin am schwer kranken Patienten zu betreiben und dies frei von irgendwelchem Budgetzwang oder Regressbedrohung.

„Mittlerweile haben wir den Eindruck, dass wir ein fester Baustein im Dienstplan der Klinik sind und man sich schon ein wenig auf unseren Einsatz verlässt.“

Anfangs soll es auf Seiten der Krankenhausärzte auch ein wenig Skepsis gegeben haben, was die Kooperation mit dem ambulanten Bereich betrifft. Wie sieht die Situation jetzt aus?

Sawade: Zurzeit übernehmen mein Kollege Dr. Reimar Vogt und ich regelmäßig an zwei Wochenenden den Stationsdienst der Medizinischen Klinik des Westküstenklinikums Heide. Anfangs wurde unser Einsatz sicher mit ein wenig Skepsis betrachtet, ob das wohl gut geht, wenn so erfahrene niedergelassene Ärztinnen und Ärzte diese Aufgabe noch einmal übernehmen und dabei an ihre Wurzeln zurückkehren. Mittlerweile haben wir den Eindruck, dass wir ein fester Baustein im Dienstplan der Klinik sind und man sich schon ein wenig auf unseren Einsatz verlässt. Wir haben dabei viele junge Kolleginnen und Kollegen kennengelernt, die über ein sehr hohes medizinisches Fachwissen, eine hohe Bereitschaft zur ärztlichen Tätigkeit und viel Einsatzfreude im Beruf verfügen – hier war unsere Skepsis hinsichtlich der neuen Zusammenarbeit vorher zu finden. Auch freuen sich die eigenen Patienten, wenn sie einen von uns auf der Station in einem völlig anderen Umfeld treffen. Ein Patient sagte mir letztes, als er mich im weißen Kittel erkannte: „Sie sind ja ein richtiger Arzt“. Das sind dann schon witzige Begegnungen, die einfach Spaß machen. Schwestern und Pfleger, die wir seit fast 25 Jahren kennen, sind mit uns älter geworden und finden es toll, noch einmal mit uns Dienst zu tun. Dabei schwelgt man schon mal in Erinnerungen von der „guten alten Zeit“.

Auch im Hinblick auf die ärztliche Nachwuchsgewinnung arbeiten Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen eng mit dem WKK und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) zusammen. Wie funktioniert dies genau und was wollen Sie damit erreichen?

Sawade: In der Mediziner Ausbildung geht das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) mittlerweile einen Weg, der die jungen Studenten und Studentinnen sehr früh an die Praxis heranführen soll. Ein Baustein ist dabei die Mitarbeit und das praktische Lernen in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Auch hier hat sich durch die gute Zusammenarbeit des Westküstenklinikums Heide mit dem Universitätsklinikum die Möglichkeit ergeben, junge Medizinstudenten an die Tätigkeit eines Landarztes heranzuführen. Über das UKE erfährt die Tätigkeit als Hausarzt dabei eine Wertschätzung, die man nicht immer gerade im universitären Bereich erwarten darf oder erlebt hat. Die von uns bereitgestellten Praxen haben sich auf der Homepage des Universitätsklinikums vorgestellt und werden dann von den Studentinnen und Studenten angesprochen. Auch in unserer Praxis hat eine Studentin bereits ein Praktikum absolviert. Wir hoffen, dass wir ihr Interesse für unsere Tätigkeit etwas haben wecken können und wir auf diesem Wege, der seit dem Sommer 2013 beschritten wird, junge Kolleginnen und Kollegen überzeugen können, dass der Beruf des Landarztes fachlich anspruchsvoll ist, sehr lebenserfüllend sein und viel Spaß machen kann.

Die Strukturen zwischen dem Krankenhaus auf der einen und dem ambulanten, durch niedergelassene Ärzte betreuten Bereich auf der anderen Seite sind mancherorts noch sehr verfestigt. Was muss unternommen werden, um das zu ändern?

Sawade: Bevor die neue Bemessungsgrenze für die Zuteilung von Arztsitzen in Deutschland in Kraft getreten ist, war schon lange klar, dass wir hier in Dithmarschen über kurz oder lang einen Ärztemangel zu erwarten haben. Angesichts der Altersstruktur sowohl der Hausärzte als auch der Fachärzte ist in den nächsten zehn Jahren zu erwarten, dass einerseits die Anzahl der Ärzte auf dem Land deutlich zurückgeht und andererseits angesichts der demografischen Entwicklung die zu behandelnden Patientenfälle zunehmen. Diese Situation wird sich auch im städtischen Bereich einstellen. Eine solche Entwicklung kann und muss dazu führen, dass die „Player“ im Gesundheitswesen verkrustete Grenzen aufbrechen und im Sinne der Versorgung der Bevölkerung zusammenrücken und zusammenarbeiten. Aus meiner Sicht muss genau diese Erkenntnis erst eintreten, damit diese festen Strukturen in der Versorgung ineinandergreifen wie ein Zahnrad in das nächste.

Neuer Schub für Praxisnetze

Ein neuer Paragraph im Sozialgesetzbuch V ermöglicht den Kassenärztlichen Vereinigungen die finanzielle Förderung von Praxisnetzen, die hohe strukturelle und inhaltliche Vorgaben erfüllen. Die KVSH ist bundesweit die erste KV, die mit einer eigenen Richtlinie die Gesetzesvorgabe umsetzt. Zwei Praxisnetze haben bisher die Hürde genommen.



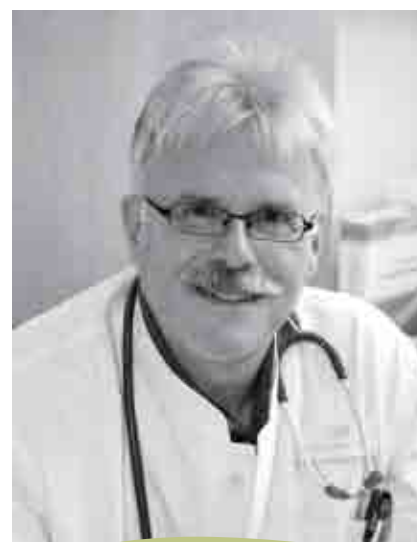
Große Freude beim Ärztenetz Eutin-Malente (ÄNEM) und beim Praxisnetz Herzogtum Lauenburg (PNHL) über die Anerkennung als förderungswürdige Netze. Beide erhalten von der KVSH zunächst für ein Jahr 100.000 Euro. „Wir haben durch die Anerkennung und Förderung der KVSH nun Planungssicherheit für die weitere Realisierung unserer Projekte“, so Dr. Thomas Schang, Vorsitzender des ÄNEM. Dem Praxisverbund aus Ostholstein gehören insgesamt 39 Praxen an. In der Gesundheitsregion östliches Holstein kooperiert das Netz sehr eng mit den Sana Kliniken.



Auch für Dr. Torsten Diederich, hausärztlicher Sprecher des PNHL, ergeben sich nun neue Möglichkeiten. „Die Fördermittel der KVSH geben uns Planungssicherheit für die Netzarbeit des vor uns liegenden Jahres. Neben der weiteren Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Kliniken oder Pflegeheimen werden wir uns in der Öffentlichkeit, in Gemeinden und Kommunen engagieren und unsere Verantwortung für eine Verbesserung der Versorgung der Menschen unserer Region aktiv wahrnehmen“, so Diederich. Das PNHL besteht aus 83 Praxen, zwei Akutkliniken, zwei geriatrischen Kliniken und zwei Medizinischen Versorgungszentren. Es versorgt den Kreis Herzogtum-Lauenburg und ist nach DIN ISO 9001 zertifiziert.



Dr. Thomas Schang
Jahrgang 1954
Facharzt für Chirurgie
Vorsitzender Ärztenetz
Eutin-Malente e. V.



Dr. Torsten Diederich
Jahrgang 1955
Facharzt für Allgemeinmedizin
Hausärztlicher Sprecher Praxisnetz
Herzogtum Lauenburg e. V.
niedergelassen seit 1991

Die KV-Fördergrundlage

Die Förderung der KV für Praxisnetze beruht auf Paragraph 87b SGB V. Danach hat eine KV im Honorarverteilungsmaßstab eine Bestim-

mung zur finanziellen Förderung aufzunehmen und sich mit einer Richtlinie an eine Rahmenvorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu halten, die 2013 mit dem GKV-Spitzenverband konsentiert wurde. Neben strukturellen Vorgaben, wie Netzgröße, Versorgungsbereich und Managementstruktur sind inhaltliche Vorgaben zur Patientenzentrierung, kooperativen Berufsausübung, verbesserten Effizienz und Prozessoptimierung darzulegen. Die Abgeordnetenversammlung der KVSH hat zum 1. Juli 2013 der Förderung aus dem Sicherstellungsstatut zugestimmt. Die Anerkennungskriterien waren für die erfolgreichen Praxisnetze letztlich keine Überraschung. „Die Kriterien wurden seit 2012 bei diversen Netztreffen und auch von der Agentur Deutscher Arztnetze immer wieder genannt“, so Thomas Schang. „Man konnte sich rechtzeitig darauf einstellen. Zudem waren KV und Netzbewegung in Schleswig-Holstein traditionell immer eins und wir haben viel Rückenwind gespürt.“

Professionalisierung ein Schlüssel zum Erfolg

Für beide Netze war eine professionell geleitete Geschäftsführung ein wichtiger Erfolgsfaktor. Das Ärztenetz Eutin-Malente hat mit Heike Steinbach-Thormählen seit fünf Jahren eine eigene Geschäftsführerin. Sie präzisiert den Weg des ÄNEM von der Vorbereitungsphase bis zum Förderbescheid: „Die KVSH hatte als eine der ersten KVen schon im Sommer 2013 die genaue Richtlinie zur Anerkennung von Praxisnetzen verabschiedet. Wir waren auf die dort geforderten Kriterien vorbereitet und hatten uns schon vorher intensiv mit der Rahmenvorgabe der KBV auseinandergesetzt. So konnten wir bereits Ende Oktober 2013 den Antrag auf Anerkennung unseres Praxisnetzes stellen.“ Auch ein Blick auf die Arbeit der bereits erfolgreich arbeitenden Ärztenetze habe geholfen.

Auch das Praxisnetz Herzogtum-Lauenburg ging einen ähnlichen Weg. Seit Juni 2013 wird der Vorstand des Netzes durch einen Geschäftsführer und eine Projektleiterin der Conclusys Beratungsgesellschaft mbH unterstützt. „Zur Erreichung aller geforderten Anerkennungskriterien haben wir in den vergangenen sechs Monaten die Projektarbeit im Netz intensiviert. Wir haben die Zahl der Anschlüsse mit KV-SafeNet erhöht, Qualitätszirkel aktiviert, Arbeitsgruppen gegründet, neue Plattformen des kollegialen Austauschs zwischen Haus- und Fachärzten aufgebaut und die nichtärztlichen Mitarbeitenden der Mitgliedspraxen in die Netzarbeit eingebunden“, erklärte Markus Knöfler, Geschäftsführer des PNHL.

Kriterium KV-SafeNet

Eine gute Vorbereitung und viel Überzeugungsarbeit half dabei, dass die Praxisnetze ÄNEM und PNHL auch die höchste Hürde übersprangen, die für die Förderbewilligung nötig war: Die von der KVSH geforderte KV-SafeNet-Teilnahmequote von mindestens 50 Prozent. Beide Praxisnetze sind sich sicher, künftig auch die für eine weitere Förderung im zweiten Jahr geforderte KV-SafeNet-Teilnahmequote von 75 Prozent und von 100 Prozent im dritten Jahr zu erfüllen.

Offen für andere

Die Netzärzte aus Ostholstein und dem Herzogtum Lauenburg ermutigen ausdrücklich alle anderen Praxisnetze, sich ebenfalls um eine Anerkennung zu bemühen. „Wir waren ja nur der Eisbrecher. Es gibt in Schleswig-Holstein viele gute Netze, die sicher in nächster Zeit auch die Anerkennung bekommen werden“, ist sich Schang sicher. Interessant wird dabei sein, welche unterschiedlichen Schwerpunkte die einzelnen Netze in ihrer Arbeit setzen. Die kommenden Versorgungsberichte werden zeigen, bei welchen Projekten sich sinnvolle Zusammenarbeit und Ergänzung auch zwischen mehreren Netzen ergibt.“

Wie bekommt auch Ihr Praxisnetz die Anerkennung?

Um von der KVSH gefördert zu werden, müssen Praxisnetze unter anderem folgende Strukturvorgaben erfüllen:

- Das Praxisnetz muss aus mindestens 20 bis 100 vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen bestehen.
- Es müssen mindestens drei Fachgruppen und mindestens eine Hausarztpraxis im Netz vertreten sein.
- Die teilnehmenden vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Praxen haben sich zum Praxisnetz in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, eines eingetragenen Vereins oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung zusammengeschlossen.
- Das Praxisnetz muss seit mindestens drei Jahren bestehen.
- Es müssen Managementstrukturen durch eine als eigene Organisationseinheit ausgewiesene Geschäftsstelle, einen Geschäftsführer und einen ärztlichen Leiter/Koordinator nachgewiesen werden.
- Mindestens die Hälfte der teilnehmenden Praxen muss bei Antragstellung KV-SafeNet nutzen.
- Der Vorstand der KVSH kann Praxisnetze anerkennen und in besonderen oder speziellen Einzelfällen von diesen Voraussetzungen Ausnahmen zulassen.

Für das Anerkennungsverfahren besteht eine Meldestelle bei der KVSH:

Abteilung Struktur & Verträge
 Meldestelle „Praxisnetze“
 Bismarckallee 1–6
 23795 Bad Segeberg
 Telefon: 04551 883 263

Weitere Informationen und die Anerkennungsrichtlinie von Praxisnetzen finden Sie auf www.kvsh.de.

Neue Sana Inselklinik Fehmarn – integrierte regionale Gesundheitsversorgung

von Dr. Barbara Kempe (Prokuristin) und Dr. Stephan Puke (Geschäftsführer)

Die neue Sana Inselklinik Fehmarn ist ein Beispiel für die Zusammenführung ambulanter und stationärer Strukturen zugunsten der Versorgung einer ländlichen Region in Schleswig-Holstein. Die neue Inselklinik wurde am 2. Mai 2012 feierlich unter Beteiligung des damaligen Ministers für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein, Dr. Heiner Garg, eröffnet.



Im April 2013 feierte ein zufriedenes Team der Inselklinik Fehmarn einjähriges Jubiläum. Auch hier hat Versorgung viele Gesichter: Die Mitarbeiter der Inselklinik gewährleisteten die Versorgung von jährlich über 1.400 stationären und 12.000 ambulanten Patienten der Inneren Medizin und Chirurgie. Im Neubau werden an drei Tagen pro Woche im modernen Operationstrakt Operationen durchgeführt – vom Leistenbruch bis zur Schulter-Arthroskopie. Integrativer Teil der neuen Klinik ist die chirurgische Facharztpraxis von Dr. Hubert Waldheim und Dr. Antonio Monroy. Die engagierten Fachärzte sind neben ihrer Praxistätigkeit mit weiterem Schwerpunkt Hand- und Fußchirurgie auch Chefärzte für Chirurgie in der Klinik. Sie sind von den Berufsgenossenschaften als chirurgische Facharztpraxis zugelassen. Dr. Waldheim ist seit dem Ruhestand des langjährigen Ärztlichen Direktors und Chefarztes für Anästhesie Dr. Uwe Schewe auch der Ärztliche Direktor. Die gemeinsame Nutzung der Ressourcen – sowohl räumlich als auch personell – ist mit Hinblick auf den Facharztmangel in ländlich strukturierten Regionen ein zukunftsweisendes Konzept.

Unterstützt wurde diese Struktur entscheidend durch die KVSH und die Berufsgenossenschaften. Der damalige Notdienstbeauftragter des Vorstands der KVSH, Dr. Hans-Joachim Commentz und der Abteilungsleiter Notdienst Alexander Paquet, trugen mit hohem Engagement und vielen Gesprächen dazu bei, dass die Notfallversorgung auch in Form der KV-

Anlaufpraxis in der neuen Inselklinik gebündelt werden kann. Zahlreiche niedergelassene Ärzte vom Festland bieten Spezialprechstunden im Rahmen von Zweigpraxen in der Inselklinik an: Dr. Marcus Feldhoff (Orthopäde), Dr. Theodor Siebel (Dermatologe), Dr. Frank Winkler (Kardiologe), Dr. Michael Heil und Dr. Burkhard Linke (Kardiologe und Nephrologen), Rainer Niggemeyer (Gastroenterologe) und Dr. Jürgen Rodenhäuser (Neurologe und Psychiater). Zahlreiche prä- und poststationäre Sprechstunden der Kliniken (spezielle Bauchchirurgie, Varizen, Orthopädie) runden das breite Angebot für die Patienten der Insel Fehmarn ab.

Für das Gebäude der alten Inselklinik Fehmarn hatte der Kreis Ostholstein im März 2008 eine Nutzungsuntersagung aussprechen müssen, nachdem bei Bauarbeiten im OP-Bereich eine mangelhafte Qualität der Bausubstanz festgestellt wurde und ein Einsturz von Gebäudeteilen nicht ausgeschlossen werden konnte. Das Gebäude musste innerhalb einer Woche geräumt werden. Das Land Schleswig-Holstein und die Kommunen förderten den Neubau mit 6,3 Millionen Euro. Die Stadt Fehmarn übernahm das Altgrundstück von der Sana Kliniken Ostholstein GmbH im Tausch gegen ein neues, verkehrsgünstiger gelegenes Grundstück. Die Sana Kliniken Ostholstein GmbH stellten Eigeninvestitionen von 2,7 Millionen Euro sicher und verhandelten mit den Krankenkassen eine Lösung zur langfristigen wirtschaftlichen Sicherung der Inselklinik.

„Konzept der Zukunft“

Fragen an Dr. Hubert Waldheim zum Zusammenrücken der Sektoren auf Fehmarn



Dr. Hubert Waldheim
Jahrgang 1960
Facharzt für Chirurgie
in Heiligenhafen
niedergelassen seit 1994

Dr. Antonio Monroy
Jahrgang 1958
Facharzt für Chirurgie
in Heiligenhafen
niedergelassen seit 1998

Welche Bedeutung hat die Kooperation für Sie als niedergelassene Ärzte?

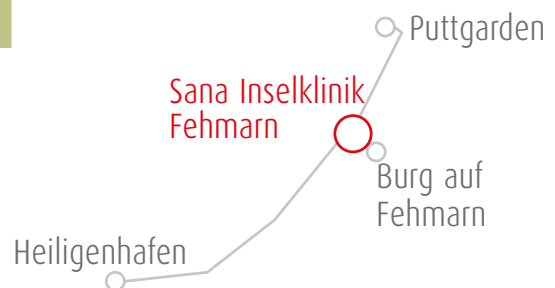
Waldheim: Mein Kollege und ich leisten diesen hohen persönlichen Einsatz auch deshalb, weil wir der Meinung sind, dass sich unsere Praxis dadurch nachhaltig besser positioniert. Eine chirurgische Facharztpraxis, die heute mehr denn je auch wirtschaftlich arbeiten muss, ist gut beraten, eng mit einer Klinik zusammen zu arbeiten, um auch Leistungen wie das ambulante Operieren auf qualitativ hochwertigem Niveau anbieten zu können. Über die gemeinsame Nutzung von Geräten und Räumen stellen wir effiziente und kostenoptimierte Strukturen sicher. Die Sana Kliniken Ostholstein haben wir auch schon vor dem Einzug in die Inselklinik als zuverlässigen und fairen Vertragspartner schätzen gelernt. Das hat uns den großen Schritt leichter gemacht. Es ist das Konzept der Zukunft.

Herr Dr. Waldheim, im Frühjahr 2012 haben Sie und Ihr Kollege Ihre bisherige Tätigkeit als niedergelassene Fachärzte für Chirurgie erweitert. Sie sind zusätzlich Chefärzte für Chirurgie in der Sana Inselklinik Fehmarn geworden. Wie sind Ihre Erfahrungen damit?

Dr. Hubert Waldheim: Mein Kollege, Dr. Antonio Monroy und ich haben uns ganz bewusst für eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen unserer Praxis und der Klinik entschieden. Im Zuge dessen haben wir die chirurgische Facharztpraxis von Wolfgang Krausbeck, die in der Klaus-Groth-Straße in Burg ansässig war, übernommen und in die Inselklinik verlegt. In Absprache mit der Klinik und der KVSH stellen wir die chirurgisch-fachärztliche Versorgung der Patienten der Insel und mit unserem Standort in Heiligenhafen in der AMEOS-Klinik auch des nördlichen Festlands sicher.

Welche Rückmeldungen bekommen Sie von Patienten und Kollegen?

Waldheim: Die Patienten geben uns positive Rückmeldungen zu dieser echten Versorgung aus einer Hand. Für sie ist es ein großer Vorteil, dass der Arzt, der sie in der Praxis gesehen hat, auch in der Klinik operieren kann, wenn ein stationärer Aufenthalt notwendig wird. Gemeinsam mit der Klinik gewährleisten wir die ambulante Notfallversorgung bis 22 Uhr, im Sommer nach Bedarf auch länger. Stationär können Patienten an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr aufgenommen werden. Das erfordert natürlich einen hohen Einsatz aller Beteiligten. Daher sind wir sehr dankbar für die gute Zusammenarbeit mit unseren internistischen und allgemeinärztlichen Facharztkollegen – sei es in der Klinik oder auch im Bereich der niedergelassenen Ärzte auf Insel und Festland.



Zu den Sana Kliniken Ostholstein

Die Sana Kliniken Ostholstein sind mit 24.400 stationären und teilstationären Fällen und rund 37.600 ambulanten Kontakten der größte Anbieter medizinischer Akutversorgung im östlichen Schleswig-Holstein. 700 Mitarbeiter, davon rund 140 Ärzte, sind an den Standorten Eutin, Oldenburg und Fehmarn für die Patienten da. Die Sana Kliniken Ostholstein bieten eine hochqualitative wohnortnahe Versorgung mit zahlreichen Spezialisierungen, so z. B. in den Bereichen Kardiologie, Gastroenterologie, Unfallchirurgie, Orthopädie, Hand- und Mikrochirurgie, Bauchchirurgie, Gefäßchirurgie und Angiologie, Kinderheilkunde, Gynäkologie und Geburtshilfe, Frühgeborenen-Intensivstation im Perinatalzentrum, Onkologie, Brustzentrum, Lungen- und Bronchialheilkunde, Schlafmedizin, Diabetologie und Rheumatologie.



Medizin & Technik

Sowohl in der diagnostischen als auch der therapeutischen Medizin spielt Technik eine immer wichtigere Rolle und hat großen Einfluss auf Organisation und Standardisierungsgrad der Abläufe. Durch den Einsatz technischer Apparate werden die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten der Ärzte deutlich erweitert; komplexe Diagnosen und spezielle Behandlungsverfahren auf hohem Niveau werden damit erst möglich. Kein Wunder, dass immer höhere Qualitätsanforderungen an Personal und Geräte gestellt werden.

Feriodialyse auf Sylt

Bestimmte medizinische Behandlungsformen erfordern einen sehr hohen technischen und logistischen Aufwand. Davon profitieren die Patienten. Das zertifizierte Dialysezentrum in Westerland auf Sylt, geleitet von Dr. Bodo Stoschus, ermöglicht Urlaubern sogar eine „Feriodialyse“.

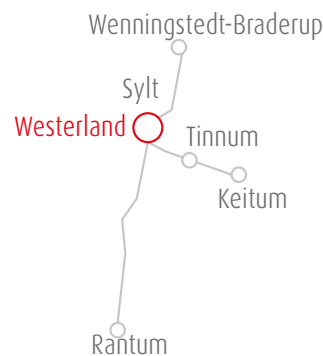
Der Tag im Dialysezentrum beginnt wie immer früh um sieben Uhr. Die ersten Patienten finden sich in dem modern und funktional gestalteten Haus in der Kjeirstraße ein. Das Praxis-Team beginnt gerade mit den Vorbereitungen für die anstehenden Behandlungen. Da es auf Sylt „Ganzjahrestourismus“ gibt, ist man in der seit 2001 bestehenden Dialysepraxis Westerland speziell auf die Betreuung von Urlaubspatienten eingerichtet. Es gibt 23 Dialyseplätze und gearbeitet wird in zwei Schichten. Je nach Patientenaufkommen kann auf ein Drei-Schichten-System umgestellt werden. Die meisten Urlaubspatienten kommen übrigens in der Vor- und Nachsaison. Das liege wohl daran, dass die meist älteren Patienten nicht an die Schulferien gebunden sind und das ganze Jahr über verreisen können, vermutet Leiter Dr. Bodo Stoschus. Die Arbeitsspitzen liegen deshalb im Mai und Juni sowie September und Oktober. Patienten aus dem Ausland kommen nur gelegentlich. Sylt sei eine sehr „deutsche“ Urlaubsinsel. Die Verbindung von Urlaubsdialyse und Dialyse für die Einheimischen ist dabei eine gewünschte Kombination. Ein Dialysepatient erhält drei Behandlungen in der Woche und kommt so auf 156 Behandlungen im Jahr. Ansonsten ist die Patientenstruktur ähnlich wie in anderen Dialysepraxen in Deutschland. Die Menschen würden generell älter und kränker. „Immer mehr leiden an Diabetes und arterieller Hypertonie und immer mehr landen schließlich mit Niereninsuffizienz bei uns“, erklärt der Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie. Viele Patienten wollen natürlich trotz ihres Nierenleidens in Urlaub fahren und stellen sich dann oft auch relativ krank in der Praxis vor. „Das erhöht den Aufwand um einiges“, so Stoschus.

Hoher Aufwand – optimale Abläufe

Es kommen aber auch viele Nierenpatienten in die Praxis, die nicht zur Dialyse müssen. Sie werden von ihrem „Heimarzt“ zur Untersuchung hierher geschickt. Auch nierentransplantierte Feriengäste sind darunter. Einige haben ihre feste Ferienwohnung und kommen als „Inselfans“ zu jeder Jahreszeit. Es gebe eine relativ hohe „Wiederkomm-Rate“ und eine ganze Reihe von „Ferienstammpatienten“, die schon seit Jahren nach Sylt und zu ihm in die Praxis kämen, berichtet Stoschus. Diese Besonderheit bringe auch mehr Aufwand mit sich. Die Praxisorganisation sei komplizierter, die Arbeit personalintensiver. Allein für die Dokumentation brauche man anderthalb Stellen. Im Jahr kommen bis zu 600 externe Dialysepatienten. „Das sind im Grunde genommen immer wieder neue Patienten, da sich deren medizinische Situation oft schnell ändert“, so Stoschus. Da ist der Verwaltungsaufwand besonders hoch und Flexibilität bei allen Mitarbeitern gefragt. Es gibt darüber hinaus um die 20 einheimische Dauerpatienten. Die Anforderungen an die Aufmerksamkeit und die Qualifikation der Mitarbeiter sind beträchtlich. „Unter anderem ist dies auch der Grund, warum wir von einem Qualitätsmanagement wie „Qualität und Entwicklung in Praxen“ (QEP) so immens profitieren“, erklärt Stoschus.

Zufriedene Patienten

Urlauber sind im Praxisbetrieb also eine feste Größe. Sogar im Winter kommen Inselliebhaber, die auf eine Dialyse angewiesen sind. Eine von ihnen ist Natalie Hiesener, eine junge Frau aus Norderstedt. Die Dialysepatientin berichtet, dass sie die Möglichkeit, Urlaub und Dialyse miteinander zu verbinden, gerne nutze und sich in der Dialysepraxis gut aufgehoben fühle. Für sie bedeute die Urlaubsdialyse ein großes Stück neugewonnener Freiheit und Lebensqualität. Nach der anstrengenden Dialyse will sie nun noch ein bisschen am Strand spazieren gehen und sich den frischen Nordseewind um die Nase wehen lassen. „Dieses Stück Lebensqualität habe ich nur hier“, erklärt sie.



Dr. Bodo Stoschus
 Jahrgang 1961
 Facharzt für Innere Medizin
 und Nephrologie in Westerland
 niedergelassen seit 2000

Dialyse

i

Unter einer Dialyse versteht man eine künstliche Blutwäsche bzw. ein Blutreinigungsverfahren. Es wird bei Menschen mit schweren Nierenschäden (chronische Niereninsuffizienz) eingesetzt, deren Nieren den Körper nicht mehr von schädlichen Substanzen (Abfallstoffe aus dem Blut, Giftstoffe) und überflüssigem Wasser befreien können. In Schleswig-Holstein führen jährlich 52 Ärzte in insgesamt 22 Einrichtungen circa 9.750 ambulante Dialysen durch.



Hohe Qualität nach ISO-Norm

Labormedizinische Untersuchungen sind in der Gesundheitsversorgung unverzichtbar. Immerhin stehen circa 70 Prozent aller Diagnosen und therapeutischen Entscheidungen in unmittelbarem Zusammenhang mit labormedizinischen Erkenntnissen.

Dr. Andreas Bobrowski aus Lübeck gibt einen Überblick über die Arbeitsbedingungen in einer laborärztlichen Gemeinschaftspraxis.

Anders als andere Mediziner hat ein Laborarzt kaum direkten Kontakt zum Patienten. Welche Beweggründe haben Sie bei Ihrer Berufswahl dennoch dazu bewogen, als Mediziner innerhalb dieser Fachrichtung tätig zu werden?

Dr. Andreas Bobrowski: Schon während meines Chemiestudiums beschloss ich, parallel zu den Arbeiten an meiner Diplomarbeit und Doktorarbeit auch das Medizinstudium aufzunehmen. Dabei wurde mir sehr schnell klar, wie zunehmend wichtig fundierte naturwissenschaftliche Kenntnisse, nicht nur in der modernen Labordiagnostik, sondern auch in der Therapiekontrolle und klinischen Betreuung von Patienten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich sind.

Hinzu kam, dass in dieser Zeit die Laboratoriumsmedizin, ausgehend von einer anfänglichen Hilfswissenschaft für zahlreiche klinische Fächer, immer mehr ein eigenständiges Profil als selbstständige fachärztliche Disziplin gewann.

Nach einer mehrjährigen internistischen Assistenzzeit in einer großen Universitätsklinik, die ich nach wie vor auch für unser Fachgebiet für nötig halte, begann ich dann mit der eigentlichen fünfjährigen laboratoriumsmedizinischen Facharztausbildung. Während dieser gesamten Zeit, in der die Labormedizin einen rasanten, bis heute anhaltenden Aufschwung nahm, stand für mich bei der Interpretation und der Erstellung eines labormedizinischen oder mikrobiologischen Befundes immer auch die Einbeziehung möglichst vieler klinischer Angaben und das kollegiale Gespräch über die gemeinsam betreuten Patienten im Vordergrund. Dies ist bis heute so geblieben und macht einen Großteil meiner für mich immer noch interessanten und ausfüllenden ärztlichen Tätigkeit aus.

Im Vergleich zu einer „normalen“ Arztpraxis mit Behandlungs- und Wartezimmer unterliegt eine laborärztliche Praxis völlig anderen Anforderungen, sowohl im Hinblick auf die personelle Qualifikation als auch technische Ausstattung. Welche strukturellen Merkmale zeichnen Ihre Praxis aus?

Bobrowski: Durch die Tatsache, dass unsere Laborarztpraxis die Versorgung einer ganzen Region mit labormedizinischen Leistungen sicherstellen muss, ergeben sich große Herausforderungen an die Organisation einer solchen Praxis, um den Ablauf von der Probenabnahme bis zur Fertigstellung und Rücküber-

mittlung des laborärztlichen Befundes bei hoher Qualität sicherzustellen. Durch die städtische Lage unseres Hauses kommt hinzu, dass täglich circa 30 Patienten, teils aus eigenem Antrieb, teils aber auch wegen der Abnahme von empfindlichen Spezialparametern oder schwierigen, zeitaufwendigen Abnahmebedingungen unsere Praxis aufsuchen. Auch wenn ich mir als Laborarzt häufig noch mehr direkte Patientengespräche wünsche, sind das interkollegiale Gespräch und das gemeinsame Ziel der Diagnosefindung durch Zusammenschau von klinischen Symptomen mit labormedizinischen Ergebnissen häufig mehr als nur ein Ersatz für fehlende Patientenkontakte.

Während die direkten Blutabnahmen im Vergleich zur Gesamtzahl der Proben nur einen kleinen Teil einnehmen, muss die überwiegende Anzahl der Proben in den Praxen abgeholt werden. Hierzu steht unserer Praxis ein eigener Fahrdienst zur Verfügung, der mehrfach am Tag mit festgelegten Zeiten und Touren die Patientenproben in den Praxen abholt und unter standardisierten Transportbedingungen im Labor abliefern. Von der Abnahme bis zur Befundübermittlung muss dieser Prozess durch ein umfangreiches Qualitätsmanagementsystem abgesichert werden. Um diese hohe Qualität auch nach außen zu dokumentieren, hat sich unsere Praxis vor circa zehn Jahren bei der nationalen Akkreditierungsstelle der Bundesrepublik Deutschland (DAkkS) akkreditiert. Diese

staatliche Organisation wacht durch jährliche Audits darüber, dass sämtliche Vorgaben der DIN-Norm ISO 15189 eingehalten werden. Die von der Akkreditierungsbehörde geforderten internen und externen Qualitätskontrollmaßnahmen gehen dabei weit über die von der Bundesärztekammer festgelegten Nachweise hinaus. Dazu gehört auch ein effektives Beschwerdemanagement, um auftretende Fehlerquellen möglichst umgehend abstellen zu können.

Da heute circa 70 Prozent aller Diagnosen und therapeutischen Entscheidungen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Medizin im Zusammenhang mit labormedizinischen Untersuchungen stehen, müssen für die Erbringung dieser Leistungen hochqualifizierte Mitarbeiter zur Verfügung stehen. So sind in unseren analytischen Abteilungen der Laborarztpraxis fast ausschließlich medizinisch-technische Laboratoriumsassistenten tätig, während in der Probenannahme und Befundauskunft auch qualifizierte medizinische Fachangestellte ein-



Dr. rer. nat. Dipl.-Chem.
Andreas Bobrowski
Jahrgang 1956
Laborarzt in Lübeck
niedergelassen seit 1994

gesetzt werden können. Insgesamt sind in unserer Praxis circa 100 Angestellte beschäftigt, sodass neben der laborärztlichen Arbeit im Vergleich zu einer normalen Arztpraxis wesentlich umfangreichere Leitungs- und Organisationstätigkeiten anfallen, die einen nicht unerheblichen Anteil meiner Arbeitszeit beanspruchen.

Welche Bedeutung hat eine laborärztliche Praxis im Hinblick auf die medizinische Versorgung in einer Region? Wie weit schätzen Sie den Einzugsradius Ihrer Praxis?

Bobrowski: Die laborärztliche Gemeinschaftspraxis stellt die Versorgung der Bevölkerung in Lübeck und Umgebung mit Laborleistungen sicher. Kurze Transportwege (von weniger als drei Stunden) verhindern dabei die Verfälschung des Probenmaterials durch Überlagerung und sorgen zusammen mit kurzen Analysezeiten für eine schnelle und sichere Ergebnisübermittlung. Durch die Akkreditierung der Laborärztlichen Gemeinschaftspraxis nach der ISO-Norm ist das Labor verpflichtet, durch Fortbildung der einsendenden Praxen und entsprechenden Anweisungen zur Probenvorbehandlung eine ständige Verbesserung der präanalytischen Qualität anzustreben. Darüber hinaus besteht für die Ärzte in unserem Einzugsbereich die Möglichkeit, bei der Anforderung von sehr empfindlichen Parametern (Gerinnungsfaktoren, Hormone, labile Stoffwechselprodukte etc.) die Patienten direkt zur Blutentnahme in unser Labor zu schicken.

Können Sie uns kurz den typischen Arbeitsalltag eines Laborarztes beschreiben? Wie viel Zeit verbringen Sie täglich am Telefon im Gespräch mit ärztlichen Einsendern?

Bobrowski: Der typische Arbeitstag in einer Laborarztpraxis beginnt mit der ärztlichen Beurteilung und der Freigabe der mikrobiologischen Ergebnisse, die sich aus den über Nacht bebrüteten Bakterienkulturen und Resistenzbestimmungen ergeben haben. Meist fallen in den ersten Stunden des Tages auch zahlreiche Telefonate mit Kollegen an, die eine Beratung zu den am Vortag übermittelten Befundergebnissen wünschen oder weitergehende Untersuchungen im Sinne einer Stufen-diagnostik mit dem Laborarzt absprechen wollen. Daneben müssen typische Laborarbeiten wie das Prüfen der Qualitätskontrollen, Unterstützung bei der Wartung von Geräten, Entscheidungen über Reparatur oder Neuanschaffung sowie EDV-Probleme bearbeitet werden. Gegen 11.00 Uhr liegen dann die ersten vollständigen Untersuchungsergebnisse des aktuellen Tages vor, die ebenfalls medizinisch beurteilt und kommentiert werden müssen. Diese Arbeit wird durch Beratung und Blutabnahmen bei Patienten unterbrochen, die persönlich die Gemeinschaftspraxis aufsuchen. Auch die direkte Information der behandelnden Kollegen durch den Laborarzt bei besonders auffälligen oder unerwarteten Ergebnissen gehört zu unseren typischen Tätigkeiten, die sich über den ganzen Tag erstrecken. Dies gilt auch für Untersuchungen von Punktaten (Liquor, Pleura, Aszites, Synovialflüssigkeit etc.), die ebenfalls vor Beginn der Analytik persönlich vom Laborarzt begutachtet werden, um die Reihenfolge der zu bestimmenden Parameter auch bei Materialknappheit festzulegen.

Der Nachmittag gehört dann ganz der Beurteilung und medizinischen Befundung der vorliegenden Untersuchungsergebnisse. Hierbei stehen neben Therapievorschlügen vor allen Dingen die Kommentierung von pathologisch veränderten Parametern im

Vergleich zu den Vorbefunden im Mittelpunkt. Je mehr Informationen dem Laborarzt dafür vorliegen, desto größere Unterstützung kann er durch seinen Beitrag bei der Interpretation der Ergebnisse dem klinisch tätigen Kollegen geben. Die fertigen Ergebnisse werden nach ihrer medizinischen Freigabe dann direkt auf elektronischem Weg in die Praxen per Datenfernübertragung, Internet (KV-SafeNet) sowie über eine spezielle Labor-App direkt auf das Handy des Arztes übermittelt, teilweise versehen mit der Bitte um weitere Rücksprache.

Neben der ärztlichen Tätigkeit fallen in einer Laborarztpraxis auch viele organisatorische Aufgaben an. Auf den regelmäßig wöchentlich stattfindenden Besprechungen mit den verschiedenen Abteilungen der Praxis (Fahrdienst, Praxisbetreuung, Analytik, EDV, Qualitätsmanagement) werden aktuelle Probleme mit den Mitarbeitern besprochen und nach gemeinsamen Lösungen gesucht. Dies erfordert zwar sehr viel Zeit, trägt aber zur ständigen Verbesserung der labormedizinischen Versorgung durch unsere Praxis im Raum Lübeck bei.

In der Regel endet unser laborärztlicher Arbeitstag zwischen 19.00 Uhr und 20.00 Uhr, wenn auch die letzten noch am Nachmittag von den Kollegen abgenommenen Proben bearbeitet und medizinisch beurteilt sind. Auch am Wochenende und an Sonn- und Feiertagen sind die wichtigsten Abteilungen der Praxis besetzt, um auch an diesen Tagen die Versorgung der Region Lübeck mit Laborleistungen sicherzustellen.

Dieser Netzwerkgedanke setzt sich auch fort in Ihrem Engagement für den weiteren Ausbau des Lübecker MRSaPlus-Netzwerkes. Um was geht es hierbei im Einzelnen?

Bobrowski: Wie man an den vorhergehenden Darlegungen deutlich erkennen kann, haben die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie längst die Grenzen ihres Laboratoriums verlassen und sind auf vielen Feldern, auch außerhalb der Praxisräume tätig. Hierzu gehören Visiten auf Intensivstationen genauso wie Beratungen in Fragen zur Hygiene in Krankenhäusern, Praxen und Altenheimen.

Um diese Tätigkeiten vor allen Dingen im Fall der Diagnostik von multiresistenten Keimen noch effektiver gestalten zu können, wurde 2011 das Lübecker MRSaPlus-Netz ins Leben gerufen. In diesem Netz sind erstmals alle an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der Lübecker Region tätigen Partner an einem Tisch vereinigt worden, um die Ausbreitung gefährlicher und schwer behandelbarer Keime in den Griff zu bekommen. Auf zahlreichen Informationsveranstaltungen und durch die Herausgabe von Informationsschriften und Übernahmehöfen, ist schon jetzt ein Rückgang dieser Infektionen im Raum Lübeck zu verzeichnen. Dieser Erfolg bei der Lösung von medizinischen Problemen in unserer Region sollte Vorbildcharakter für weitere gemeinsame Aktivitäten auf dem Gebiet der Prävention und Gesundheitsvorsorge haben.

Die Laborärztliche Gemeinschaftspraxis wird sich auch zukünftig durch ihre vielseitigen Möglichkeiten auf medizinischem und analytischem Gebiet, aber auch durch ihre EDV-technischen und infrastrukturellen Erfahrungen an solchen Vernetzungsprojekten beteiligen und damit einen erheblichen Beitrag zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Gesundheitsregion Lübeck leisten.



Lehrpraxis auf dem Land

Gut ausgebildeter hausärztlicher Nachwuchs braucht eine gute und praxisnahe Betreuung in qualifizierten Arztpraxen. In Schleswig-Holstein garantieren deshalb circa 160 akademische Lehrpraxen die Ausbildung junger Medizinstudenten während des Blockpraktikums im Fach Allgemeinmedizin und des Praktischen Jahres. Die Lehrpraxen bilden dabei eine entscheidende Schnittstelle zwischen universitärer Ausbildung und praktischer ärztlicher Arbeit. Viele angehende Ärzte entdecken hier, wie attraktiv und anspruchsvoll die Arbeit in einer Hausarztpraxis eigentlich ist.

Hausärzte aus Leidenschaft

In Pahlen und Dörpling, zwei zusammengewachsene Gemeinden mitten in der Dithmarscher Geest, liegt die akademische Lehrpraxis von Dr. Reimar Vogt und Dr. Gert Schanen.

Auf über 350 Quadratmetern lichtdurchfluteter, sehr wohnlich gestalteter Grundfläche ist 2010 eine der modernsten Hausarztpraxen in Schleswig-Holstein entstanden, behindertengerecht und überwiegend ebenerdig. Die Praxis ist voll vernetzt, arbeitet papierlos mit einer Befunddokumentation von allen technischen Untersuchungen und ist sehr gut auf die Betreuung von Studierenden vorbereitet.

Ausstattung

Die technische Ausstattung der Lehrpraxis ist ebenfalls sehr gut. Neben EKG, Lungenfunktionsmessung, zwei ABDM-Rekorder zum ambulanten Blutdruck-Monitoring, Siemens Acuson X150-Sonografie, Schallköpfen für Abdomen- und Schilddrüsen-Sono und einer Doppler-Sonde steht ein unidirektionaler Gefäß-Doppler zur Verfügung. Auch allergologische Testungen können vorgenommen werden. Die Praxis hat zudem ein eigenes Labor (Hemocue-Photometer, Urinanalytik inkl. Mikroskopie und Schnelltests).

Behandlungsschwerpunkte

Das Alter der Patienten reicht von null bis 93 Jahren, ein Pflegeheim am Ort wird wöchentlich besucht. Vorrangig wird natürlich im hausärztlichen Sektor gearbeitet, daneben gibt es häufig Überweisungsaufträge zum Behandlungsschwerpunkt Allergologie. Zusätzlich werden verkehrsmedizinische Gutachten erstellt, Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen einschließlich U-Untersuchungen ab U4 bis J1 sowie Jugendschutzuntersuchungen durchgeführt. Die Praxis nimmt an allen allgemeinärztlichen DMP-Programmen (Diabetes, KHK, Asthma, COPD) teil und leistet Wundversorgung einschließlich kleiner Chirurgie.

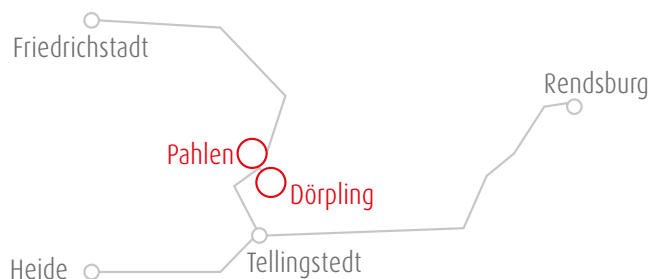
Was bietet die Lehrpraxis den Studierenden?

„Wir wollen den Studierenden hier das gesamte Spektrum der Hausarztmedizin zeigen und auf Wunsch können die Nachwuchsmediziner auch am Bereitschaftsdienst sowie am Rettungsdienst teilnehmen“, erklärt Dr. Reimar Vogt. Den Studierenden wird bei Bedarf auch eine Unterkunft organisiert. Was die Studierenden auf jeden Fall erwartet, sind ein sehr nettes Praxisteam und zwei überzeugte Hausärzte. „Auch wenn die Gesundheitspolitik uns Ärzte zwar braucht, aber nicht liebt. Auch wenn die Bürokratie trotz aller gegenteiligen Beteuerungen immer mehr wird. Auch wenn es Tage gibt, an denen zwölf Stunden für die Arbeit nur

knapp ausreichen, so ist der Hausarztberuf immer noch einer der schönsten Berufe und das will ich den Studierenden auch so vermitteln“, erklärt Vogt sein persönliches Credo.

Akademische Lehrpraxen

Akademische Lehrpraxen sind berechtigt, Studierende im Blockpraktikum für Allgemeinmedizin und im Praktischen Jahr (PJ) aufzunehmen. In Schleswig-Holstein gibt es circa 160 solcher Praxen, die Medizinstudenten der Hochschulstandorte Kiel, Lübeck und Hamburg ausbilden.



Dr. Gert Schanen und sein Team

Jahrgang 1942

Facharzt für Allgemeinmedizin in Pahlen
niedergelassen seit 1983

Dr. Reimar Vogt und sein Team

Jahrgang 1966

Facharzt für Allgemeinmedizin in Pahlen
niedergelassen seit 1998

Option Landärztin

Marion Merz studiert Medizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Sie absolvierte ihr Blockpraktikum im Fach Allgemeinmedizin in der Hausarztpraxis von Dr. Hark Weber in Utersum auf Föhr. Nach einer Woche „Praxistest“ auf der Nordseeinsel gewann sie eine neue Sicht auf die Arbeit eines Hausarztes in einer ländlichen Region.

Was reizte Sie daran, Ihr Blockpraktikum in der ländlich gelegenen „Insellehrpraxis“ von Dr. Hark Weber zu machen?

Marion Merz: Ich wollte mein Blockpraktikum am liebsten in einer allgemeinmedizinischen Praxis im ländlichen Raum mit einem möglichst breiten Leistungsspektrum und Patienten aus allen Altersklassen ableisten. Letztendlich war es reiner Zufall, dass ich einen Platz auf Föhr bekam.

Mit welchen Erwartungen und „inneren Bildern“ von der Arbeit in einer Landarztpraxis traten Sie die Reise nach Föhr an?

Merz: Ich hatte keine bestimmten Erwartungen, da ich mir Allgemeinmedizin bis dahin nicht als mögliche Fachrichtung vorstellen konnte. Ich wollte die Woche ohne Vorurteile auf mich zukommen lassen.

Welche Erfahrungen haben Sie dann während des Blockpraktikums gemacht?

Merz: Ich hatte eine sehr abwechslungsreiche, interessante Woche in der Praxis und erhielt in dieser Zeit viele positive Ein-

blicke in den Arbeitsalltag eines Allgemeinmediziners. Auf diesem Wege möchte ich mich noch einmal bei Dr. Hark Weber und seiner Frau Jutta für die schöne Woche auf Föhr bedanken.

Könnten Sie sich nach dem Blockpraktikum vorstellen, einmal als Landärztin zu arbeiten?

Merz: Nach dem Praktikum ziehe ich Allgemeinmedizin durchaus als mögliche Fachrichtung in Erwägung, vor allem eine Niederlassung im ländlicheren Bereich. Das Patientenspektrum war sehr weit gefächert, von Säuglingen und Kindern bis hin zu multimorbiden älteren Patienten. Außerdem begleitet man die Patienten zumeist über ganze Lebensabschnitte hinweg und nicht nur in Krisensituationen.

Wie bewerten Sie die Maßnahme der KVSH, Medizinstudenten einen Zuschuss zu den Fahrtkosten zu ihrer Lehrpraxis zu finanzieren?

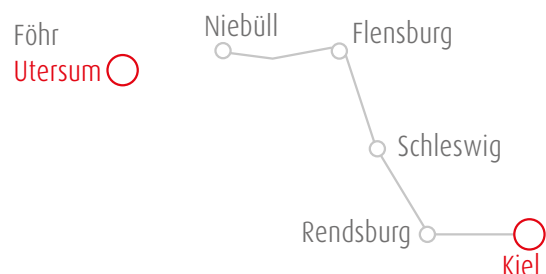
Merz: Die Unterstützung bei den Fahrtkosten durch die KVSH ist ein guter und sinnvoller Beitrag, allerdings nicht der ausschlaggebende Punkt, ein Blockpraktikum außerhalb von Kiel zu absolvieren.

Welche Maßnahmen müssten Ihrer Meinung nach ergriffen werden, damit mehr junge Mediziner aufs Land gehen?

Merz: Zur Praxisgründung, beziehungsweise Praxisübernahme, sollten gute infrastrukturelle und familienfreundliche Bedingungen vor Ort vorhanden und Unterstützung sowohl finanziell als auch durch eine Einarbeitungsphase gewährleistet sein.



Marion Merz
Medizinstudentin an der
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel





Nachwuchs- gewinnung

Junge Ärzte braucht das Land! In Schleswig-Holstein ist jeder dritte Hausarzt 60 Jahre alt oder älter, ähnlich sieht es bei den Fachärzten aus. Die meisten von ihnen werden in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen – viele von ihnen suchen bereits jetzt Praxisnachfolger, finden teilweise aber keine. Die Entwicklung der vergangenen Jahre zeigt, dass immer weniger Mediziner bereit sind, sich als Arzt niederzulassen. Dies betrifft besonders die ländlichen Gebiete. Um diesen Trend zu stoppen und damit dem sich abzeichnenden Ärztemangel entgegen zu wirken, hat die KVSH mehrere Maßnahmen ergriffen. Diese reichen von der im Jahr 2011 gestarteten Kampagne „Land.Arzt.Leben!“, mit der die KVSH junge Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung gewinnen wollen, bis zu finanziellen Förderungen von Medizinstudenten und Ärzten in Weiterbildung.

Dr. Gerbers Uni-Sprechstunde

von Heike Stüben, Kieler Nachrichten

Fehmaraner Landarzt gibt Medizinstudenten Einblick in sein Praxisleben.



Diese Sprechstunde ist auch für Dr. Johannes Gerber Neuland. Keine Patienten, keine Untersuchungen, keine Diagnosen, keine Rezepte. Statt in seiner Landarztpraxis auf Fehmarn steht Gerber im Hörsaal Uni-Chirurgie in Kiel und versucht, Medizinstudenten ein realistisches Bild vom Alltag eines Landarztes zu vermitteln – und Vorbehalte abzubauen. Das ist dringend notwendig: Jede vierte Hausarztpraxis in Schleswig-Holstein braucht in den nächsten fünf Jahren einen Nachfolger. Doch auf dem Land sind die schon heute schwer zu finden. Der Blick in den Hörsaal zeigt den Wandel in der Medizin: Dreiviertel der Anwesenden hier sind Studentinnen. Wie Victoria Oberländer, die 23-Jährige hat schon im 6. Semester eine klare Zielvorstellung: „Ich möchte in die Forschung, da liegt mein fachliches Interesse.“ Und auch privat sei dann wohl vieles leichter: das Leben in einer Stadt, dadurch bessere Berufschancen für den Partner, aber auch eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch feste Arbeitszeiten. Doch Gerber findet, vieles ist auch als Landarzt möglich.

„Richtig ist, dass meine Frau als Juristin schlechtere Berufschancen auf Fehmarn als in Kiel hat. Sie arbeitet jetzt als Lektorin für einen Fachverlag, das kann sie auch von Zuhause. Die Partner

anderer Kollegen pendeln von Fehmarn nach Lübeck.“ Aber man müsse als Landarzt ja auch nicht mehr auf dem Dorf wohnen. Residenzpflicht gibt es nicht mehr. Auf dem Land arbeiten, in der nächsten Stadt wohnen – das sei heute möglich.

Auch die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sieht Johannes Gerber nicht negativ: „Als Landarzt bin ich mein eigener Herr. Ich bestimme, wie viel ich arbeite und wann ich Urlaub mache. Ich werde zum Beispiel mit meiner Familie zweieinhalb Monate durch die Welt fahren, bevor unsere Tochter in die Schule kommt.“ Wie viel er denn jetzt arbeite, will eine Studentin wissen. Gerber, der Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin und Ernährungsmedizin ist, erzählt von seinem Praxisalltag. Davon, dass ihm das gemeinsame Mittagessen mit der Familie wichtig ist. Aber auch, dass er sonntags Hausbesuche bei Schwerstkranken oder Sterbenden macht. „Aber nicht jeder Landarzt muss ja auch zusätzlich als Palliativmediziner arbeiten“, sagt er. Doch allein, dass er unter der Woche zehn bis zwölf Stunden am Tag arbeitet, lässt manchen im Hörsaal schlucken.

Ob das mit der Bürokratie wirklich so schlimm sei, fragt ein Student. Ja, sagt Gerber, bis zu zwei Stunden fresse die jeden Tag,

das sei schon ärgerlich. Ob bei einem Landarzt nicht ständig Patienten an der Privattür ständen? „Einer hat mich mal beim Duschen überrascht“, gesteht Gerber, „aber da kann man seine Patienten auch erziehen. Das ist inzwischen viel, viel weniger geworden. Nur meine schwerstkranken Patienten, die dürfen mich über Handy immer stören. Aber diese Menschen machen das wirklich nur in Notfällen.“ Und dann ist man beim Finanziellen. Die Studenten – bei diesen Fragen melden sich vor allem die Männer zu Wort – möchten es schon gern genau wissen, und Gerber gibt freimütig Auskunft. Er habe eine kleine Praxis übernommen für 35 000 Euro und noch mal 25 000 Euro investiert. „Für den Einstieg habe ich einen Kredit aufgenommen. Alles, was ich seitdem an Geräten anschaffe, bestreite ich aus den laufenden Einnahmen.“ Ja, und er könne von der Praxis, die inzwischen eine große Gemeinschaftspraxis ist, gut leben. „Aber noch wichtiger ist für mich, dass ich wirklich zufrieden bin mit

meinem Leben. Ich kann meine Patienten mit ihrem Lebensumfeld kennenlernen, kann sie ganzheitlich behandeln. Und kein Tag ist wie der andere, die Vielfalt ist enorm. Beileibe nicht nur Schnupfen, Husten, Heiserkeit!“ Nach zwei Stunden ist die Uni-Sprechstunde zu Ende. Gerber bekommt viel Lob. Aber auch die Kassenärztliche Vereinigung, die die Uni-Sprechstunden im Rahmen ihrer Kampagne „Land.Arzt.Leben!“ organisiert.

Natürlich wollen jetzt nicht alle Landarzt werden. Aber einige Vorbehalte sind abgebaut, sagt Victoria Oberländer. „Forschung ist oberste Wahl. Aber ausschließen würde ich den Landarzt nicht mehr per se.“ Auch für Andrea Guerra hat sich der Abend gelohnt. „Es ist wichtig, von den Möglichkeiten eines Landarztes aus erster Hand zu hören.“

Der Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Kieler Nachrichten

Nachwuchsgewinnung

Mit der in 2011 gestarteten Kampagne „Land.Arzt.Leben!“ spricht die KVSH gezielt jene an, die für die ambulante Versorgung von morgen dringend benötigt werden: Medizinstudenten, Assistenten in der Weiterbildung und Ärzte, die sich niederlassen wollen. Die Maßnahmen der Kampagne sind vielfältig. Im Zentrum steht die Webseite www.landarztleben.de. Sie bündelt alle Informationen rund um das Thema Niederlassung in Schleswig-Holstein, gibt eine Übersicht über finanzielle Förderungen und benennt Ansprechpartner. Ein weiterer Schwerpunkt der Kampagne sind werbliche Mittel wie bedruckte Kaffeebecher, Lesezeichen für medizinische Fachbücher, Aufkleber, Postkarten, Sattelschützer für das Fahrrad, Anzeigen und vieles mehr. Zudem wurde Informationsmaterial erstellt, das gezielt auf die Bedürfnisse der Zielgruppe eingeht, z. B. Flyer zu unterschiedlichen Formen der Berufsausübung, von Einzelpraxis über Gemeinschaftspraxis bis zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit. Außerdem führt die KVSH im Rahmen der Kampagne regelmäßig sogenannte Uni-Sprechstunden in Kiel und Lübeck durch: Landärzte berichten über ihren Arbeitsalltag und stehen den Medizinstudenten Rede und Antwort.



„Nur, was man kennt, kann man auch lieben lernen.“

Prof. Dr. Jens-Martin Träder, Hausarzt und Inhaber des Lehrstuhls für die Lehre Allgemeinmedizin an der Universität zu Lübeck, plädiert dafür, dass angehende Ärzte die Wirklichkeit in den Praxen viel eher als bisher kennenlernen sollten.

Nachdem die Allgemeinmedizin an den Universitäten lange ein Schattendasein führte, gibt es in Lübeck nun einen Lehrstuhl für die Lehre in der Allgemeinmedizin, eine Forschungsprofessur ist ausgeschrieben. In Kiel konnte ebenfalls eine Professur für Allgemeinmedizin besetzt werden. Weshalb ist diese Entwicklung so wichtig?

Prof. Dr. Jens-Martin Träder: Das Fach Allgemeinmedizin sollte nicht nur im Land – bei den Patienten, bei den Kommunen – präsent sein, sondern muss auch universitär vernehmbar sein. Die Studierenden sollten schon zu Beginn des Studiums erkennen können, dass die Hausarztmedizin ein wichtiges Feld der ärztlichen Tätigkeit ist und dass dieses Arbeitsgebiet lebenslang interessant bleibt – also eher ein Gebiet für „Ausdauersportler“ als für „Kurzstreckensprinter“ ist. Nur was man kennt, kann man auch lieben lernen.

Zurzeit kommen wir in den Lehraufträgen der Allgemeinmedizin im 9. oder 10. Semester des Studiums ziemlich spät. Unser Bestreben sollte eine studienbegleitende Präsenz der Allgemeinmedizin sein. Studierende, die zu Beginn des Studiums häufig ein idealistisches Arztbild haben, das sich in der Hausarztmedizin gut wiederfindet, müssen immer wieder an diese ursprüngliche Motivation für ihre Studienwahl erinnert werden. Ferner ist die Präsenz der Allgemeinmedizin innerhalb des Lehrkörpers sehr wichtig. Es gibt viele Gebiete – sei es in der Lehre, sei es in der Forschung – in denen die Allgemeinmedizin als Ideengeber oder als Datenlieferant die Zusammenarbeit befruchten kann.

Lernen die Medizinstudenten genug über die ambulante Versorgung und ihre besonderen Anforderungen?

Träder: Studierende lernen im Studium eigentlich fast nichts über die „Wirklichkeit draußen“, in der circa 95 Prozent aller Patientenkontakte stattfinden – mit einer vollkommen anderen Fälleverteilung und anderen Diagnosehäufigkeiten. Lediglich zwei der vier Monate Famulaturen sollen in Praxen durchgeführt werden. Zwei Monate von sechs Jahren. Ich sehe dringenden Verbesserungsbedarf. Man sollte zunächst zwei Dinge angehen: Zum einen muss der Kontakt mit der ambulanten, vor allem mit der Hausarztmedizin, viel früher im Studium erfolgen. Wir haben bei unseren Bemühungen allerdings das Problem, dass der Studienplan schon jetzt überfrachtet ist. Wenn wir mit weiteren Lehrangeboten in die Vorklinik und die frühe klinische Ausbildungsphase drängen, müssen andere Angebote dafür herausfallen. Das ist ein „inneruniversitäres Verteilungsproblem“ der besonderen Art. Wer weiß, wie schwerfällig die universitären Gremien agieren, weiß, dass dieses Anliegen eher zehn bis zwanzig als zwei oder drei Jahre brauchen wird. Hinzu kommt ja noch, dass dieses Vorgehen bundesweit abgestimmt werden

muss. Und es gibt Bundesländer, in denen die Allgemeinmedizin noch weit schlechter aufgestellt ist als in Schleswig-Holstein. Zum anderen sollte der Anteil der Ausbildungszeit generell einen größeren Part ambulanter Medizin beinhalten. Warum sollte man als Studierender nicht einen Teil des Kurses im Fach Chirurgie in der Praxis eines niedergelassenen Chirurgen oder Orthopäden leisten können? Warum kann man nicht den Kurs oder auch das Wahlfachtertial im Praktischen Jahr für z. B. das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe an einem belegärztlich geführten Krankenhaus durchführen? Warum können die Untersuchungskurse nicht auch einen Part haben, bei dem man in einer Praxis viel mehr Patienten mit einem komplett differenten Bild an Krankheitsschwere und einer viel größeren Diagnosenvielfalt erleben kann als in einigen Tagen in der Uniklinik der Maximalversorgung? Hier gäbe es eine ganze Reihe von Vorschlägen und Ansätzen, die kritisch durchdacht werden sollten, die es aber wert sind, vorurteilsfrei und ohne das



Prof. Dr. Jens-Martin Träder
Jahrgang 1954
Facharzt für Allgemeinmedizin in Lübeck
niedergelassen seit 1987
seit Februar 2012 Professor für Lehre in der Allgemeinmedizin
an der Universität zu Lübeck

Problem der „Besitzstandswahrung“ diskutiert zu werden. Sonst bleibt der „Status quo“ noch für mindestens die kommenden vierzig Jahre unverändert bestehen.

Man hatte im Jahr 2012 einen Versuch gestartet, bundesweit während des „Praktischen Jahres“ (PJ) ein verpflichtendes Quartal in der Allgemeinmedizin einzuführen. Das ist leider am Widerstand der Länder des Bundesrates gescheitert. Es ist allerdings gelungen, in der neuen Approbationsordnung eine feste Quote von PJ-Plätzen in der Allgemeinmedizin zu verankern. So müssen ab Oktober 2015 für zehn Prozent aller Studierenden eines Studienjahres Plätze im PJ in allgemeinmedizinischen Lehrpraxen geschaffen werden. Das sind in Kiel und in Lübeck jeweils circa 25 Plätze. Ab Oktober 2017 soll diese Quote dann auf 20 Prozent erhöht werden. Das sind dann in Schleswig-Holstein insgesamt circa 100 Plätze pro Jahr. Ab Oktober 2019 soll für jeden interessierten Studierenden ein PJ-Platz in der Allgemeinmedizin vorgehalten werden. Von dieser Initiative versprechen wir uns mehr Interesse der Studierenden an der Hausarztmedizin und langfristig auch mehr fachlichen Nachwuchs.

Zurück zur Allgemeinmedizin: Es gibt unter Studierenden durchaus Interesse für die Allgemeinmedizin, aber vor einer Niederlassung schrecken viele zurück. Was muss getan werden, um die Entscheidung für die ärztliche Tätigkeit auf dem Land zu erleichtern?

Träder: Wir haben im Herbst 2011 in der Abgeordnetenversammlung der KVSH eine Reihe von Entscheidungen gefällt, um diese Hemmnisse abzubauen. Die Studierenden werden finanziell während des Studiums gefördert – im Blockpraktikum und im Praktischen Jahr. Die Assistenzärztinnen und -ärzte werden im Konzept der Verbundweiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin finanziell und organisatorisch gefördert – dieses Programm läuft schon länger. Denjenigen, die sich zunächst nicht „in die Niederlassung trauen“ (ob aus Problemen bei der Finanzierung oder aus Sorge über eine mögliche zu hohe Arbeitsbelastung), bieten sich heutzutage viele Möglichkeiten, sich zunächst in einer Praxis anstellen zu lassen, auch in Teilzeit. Durch das Versorgungsstrukturgesetz ist die Rückumwandlung von Anstellungen in freiberufliche Zulassungen erleichtert worden, sodass es ein Weg sein kann, als Angestellter anzufangen und später zum Praxispartner aufzusteigen.

Die Arbeitsbelastung – gerade auf dem Land – ist durch die flächendeckende Einrichtung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Schleswig-Holstein im Jahr 2007 berechenbar und steuerbar geworden. Die Dienstbelastung konnte auf einen sehr erträglichen Grad zurückgefahren werden. Dieses Modell ist von vielen KVen anderer Bundesländer adaptiert und in einigen Bundesländern auch schon in dieser Weise umgesetzt worden.

Die Kommunen können bei der Bereitstellung von Praxisräumen, bei der Schaffung der notwendigen Infrastruktur und gegebenenfalls auch bei der Schaffung von Arbeitsplätzen für die jeweiligen Ehepartner helfen („dual career“).

Die Krankenkassen können – in Zusammenarbeit mit der KVSH – besondere Tätigkeiten und Regionen als „förderungswürdig“ erklären. Die Unterstützung der Arbeit in diesen Regionen könnte auch einen finanziellen Ausgleich dafür schaffen, dass man auf dem flachen Land manchmal eine etwas längere Anfahrt zu kulturellen Einrichtungen benötigt.

„Die Hausarztmedizin ist ein lohnender Arbeitsbereich, der einen intellektuell und emotional ausfüllen wird.“

Weshalb sollte man Allgemeinmediziner werden und weshalb in Schleswig-Holstein?

Träder: Die Hausarztmedizin ist ein lohnender Arbeitsbereich, der einen intellektuell und emotional ausfüllen wird. Da die Berufsaussichten besonders in diesem Gebiet exzellent sind, und da sich kaum ein anderes Fachgebiet so genau an die eigenen Vorstellungen von Arbeitsumfang, Arbeitszeit und Strukturierung von Arbeitsteilung anpassen lässt, findet hier eigentlich jeder Aspirant die „maßgeschneiderte Lösung“ für die heute so oft zitierte „Work-Life-Balance“.

Schleswig-Holstein hat auch mich damals mit dem Slogan „Leben, wo andere Urlaub machen“ gelockt. Das Land ist schön, sehr abwechslungsreich, hat ein großes kulturelles Angebot. Es gibt für fast alle Sportarten hervorragende Möglichkeiten, es ist – nicht zuletzt durch die Nähe zu Skandinavien, das dabei als Vorbild dienen kann – familienfreundlicher als andere Bundesländer. Die Menschen sind offen und freundlich, und wenn man diese Freundschaft und Nähe mal gewonnen hat, dann hält sie meist für ein ganzes Leben.



Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Beruf und Familie verbinden – gerade für Ärzte und Psychotherapeuten ist das keine leichte Aufgabe. Wer neben der Patientenversorgung auch noch ausreichend Zeit für Kinder, Freunde und Verwandte haben möchte, muss seinen Alltag gut organisieren. Ein Patentrezept gibt es nicht. Dafür aber jede Menge gute Beispiele, wie man es schaffen kann.

Langsam hineingewachsen

Dr. Anja Hollandt, Fachärztin für Allgemeinmedizin führt seit 2013 eine eigene Praxis in Travemünde. Vorher war sie sechs Jahre lang mit unterschiedlicher Stundenzahl als angestellte Ärztin tätig.

Was sprach in Ihrer Lebensplanung lange Zeit für die Arbeit als Angestellte?

Dr. Anja Hollandt: Während meiner Weiterbildungszeit konnte ich problemlos Teilzeit arbeiten. Das änderte sich, als ich meine drei Kinder bekommen hatte, denn danach arbeitete ich wieder Vollzeit. Ich blieb also immer flexibel und konnte meine Arbeitszeit der familiären Situation anpassen. Als die Kinder klein waren, kam es für mich nicht in Frage mich niederzulassen oder Vollzeit zu arbeiten. Ich habe mich in den Bereichen Praxisführung, Finanzen und Abrechnung aber auch viel zu unsicher gefühlt, um den großen Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen.

Warum haben Sie sich doch für eine eigene Praxis entschieden?

Hollandt: Ich habe viele Jahre als angestellte Ärztin in einer Praxis gearbeitet und bin dadurch automatisch immer mehr in die Abläufe hineingewachsen. Ich hatte immer meine „eigenen“ Patienten und fühlte mich „als ob“ ich niedergelassen bin. Die Zeit war nun reif, den letzten Schritt zu machen. Man kann als Angestellter zwar viele Dinge beeinflussen, aber die letzte Entscheidung liegt eben doch beim Chef und der wollte ich gern selbst sein. Vielleicht ist es auch ein Stück weit eine Alters- bzw. Erfahrungsentscheidung. Ich fühlte mich einfach bereit, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen. Außerdem kannte ich die Praxis und wusste, worauf ich mich einlasse.

War das auch eine bewusste Entscheidung für die freiberufliche Tätigkeit?

Hollandt: Ja, denn das Ziel, irgendwann eine eigene Praxis zu führen, hatte ich immer im Hinterkopf. Es wurde durch die Phase der Anstellung nur aufgeschoben. In ärztlicher Hinsicht konnte ich schon immer frei entscheiden, aber in Bezug auf Praxisorganisation und Personal kann ich das erst jetzt, wo ich die Praxis selbst führe und an den Stellschrauben drehen darf.

Hat sich der Schritt bisher gelohnt?

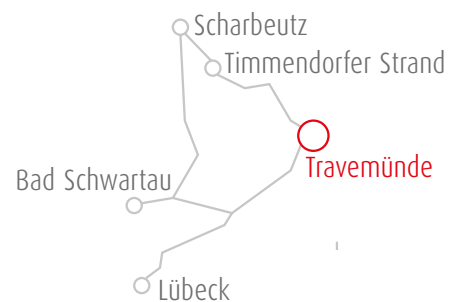
Hollandt: Ja, mit der Praxisübernahme ist eine neue positive Form von Verantwortung hinzugekommen. Das ist reizvoll, aber manchmal auch anstrengend. Das „Chefsein“ erfordert viel Umsicht, denn letztlich sollen ja alle in der Praxis Tätigen zufrieden sein und nicht nur ich.

Freiberuflich tätig in der eigenen Praxis oder angestellt arbeiten? Welcher Form gehört die Zukunft?

Hollandt: Beide Formen haben ihre Berechtigung und werden parallel existieren. Für die vielen jungen Frauen, die jetzt nachrücken, bleibt die Angestellten- bzw. Teilzeitvariante sehr attraktiv. Das muss aber nicht bedeuten, dass diese Frauen in einer späteren Lebensphase nicht doch eine eigene Praxis übernehmen möchten, wenn die Rahmenbedingungen es zulassen.

Wenn Sie die Möglichkeit hätten, eine Art „Gründerboom“ im niedergelassenen Bereich zu initiieren, was würden Sie tun?

Hollandt: Bei vielen Ärzten ist die Angst vor der betriebswirtschaftlichen Komponente einer Praxisübernahme immer noch weit verbreitet. Universitäten, Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung sollten hier als unabhängige Dienstleister auftreten, Fortbildungen, Seminare und Schulungen anbieten und dieses Feld nicht allein den Banken überlassen. Gleiches gilt für die Kernkompetenz Mitarbeiterführung, die ja auch nicht jedem gleich mit in die Wiege gelegt wird.



Dr. Anja Hollandt
Jahrgang 1963
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Travemünde
niedergelassen seit 2013

Kind, Karriere, Kooperation

Eine eigene Praxis führen und gleichzeitig eine Familie gründen. Dies ist gerade für Ärztinnen eine große Herausforderung. Eine, die das erfolgreich meistert, ist Dr. Thyra Caroline Bandholz, Hautärztin aus Kiel und Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Deutschen Dermatologen.

Immer mehr ausgebildete Ärztinnen und Ärzte entscheiden sich gegen eine Niederlassung und wandern in alternative Berufsfelder oder ins Ausland ab. Als Grund dafür wird unter anderem angegeben, dass sich in der ärztlichen Niederlassung Familie und Beruf schlecht vereinbaren ließen. Wie schätzen Sie die Situation ein?

Dr. Thyra Caroline Bandholz: Das ist sehr abhängig von der Fachrichtung und der Struktur, in der eine Niederlassung angestrebt wird. Für Fachrichtungen, in denen häufig Notfallsituationen auftreten oder die Tätigkeit in einer großen Einzelpraxis, trifft es sicher zu, dass sich die Betreuung der Kinder und die Patientenversorgung schwerer koordinieren lassen. Aber grundsätzlich sind Familie und Beruf in der ärztlichen Niederlassung häufig viel einfacher zu vereinbaren, als dies in vielen Kliniken der Fall ist. Die Familienplanung ist aber nur ein Aspekt der Gründe für Abwanderung in alternative Berufsfelder und ins Ausland. Es zeigt sich ein genereller Trend, verkürzt arbeiten zu wollen. Dies ist in den bisherigen Strukturen unseres Systems nicht immer zu realisieren.

Sie selbst führen in Kooperation mit einer Kollegin eine Hautarztpraxis und sind Mutter. War oder ist es für Sie persönlich schwer, Familie und Beruf „unter einen Hut“ zu kriegen?

Bandholz: Ich habe das Glück in den letzten Jahren mit Kolleginnen zusammenzuarbeiten, die selbst Mütter sind und so war von Anfang an klar, dass wir die Praxisarbeit aufteilen, uns gegenseitig vertreten und auf wechselnde Zeitvorgaben durch Tagesmutter, Kindergarten und Schule flexibel reagieren. So können wir beispielsweise bei der Planung der Sprechstundenzeiten auf die sich jährlich und teils halbjährlich ändernden Stundenpläne der Kinder Rücksicht nehmen. Zusätzlich sollte sich aber jeder selbst ein gut funktionierendes Betreuungskonzept aufbauen, um beispielsweise für Ferien, Krankheit der Kinder, Fortbildungsveranstaltungen und Kongressreisen gerüstet zu sein.

Was muss noch geschehen, um die Niederlassung gerade für Frauen attraktiver zu machen? Immerhin sind zwei Drittel der Medizinstudierenden weiblich.

Bandholz: Ich finde, wir haben einen der schönsten Berufe. Vielleicht sollten wir Niedergelassene unsere Freude an der Arbeit in der Praxis und unsere berufliche Zufriedenheit besser nach außen kommunizieren. Ich habe beobachtet, dass die vielen positiven Aspekte des Arztberufes bei Diskussionen in der Öffentlichkeit häufig etwas zu kurz kommen. Wir haben in der Niederlassung eigene Gestaltungsmöglichkeiten und damit können gerade Frauen häufig sehr kreativ umgehen. Diese Informationen lassen sich am besten im persönlichen Gespräch vermitteln. Wir müssen beispielsweise im Rahmen von Praxisnetzen, Qualitätszirkeln und Stammtischen versuchen, den Kontakt zwischen den Generationen herzustellen.

Eine gute Kinderbetreuung ist selbstverständlich ein wichtiger Punkt. Nur wenn das gewährleistet ist, kann man beruhigt und mit gutem Gewissen zur Arbeit gehen.

Was raten Sie jungen Ärztinnen, wenn diese mit dem Gedanken spielen, sich in einer eigenen Praxis niederzulassen?

Bandholz: Frühzeitig Kontakt mit niedergelassenen Kollegen aufzunehmen und sich auszutauschen, um ein besseres Gefühl dafür zu entwickeln, was es bedeutet niedergelassen tätig zu sein. Und gerade für die Anfangszeit ist es sinnvoll, eine Kooperation beispielsweise im Job-Sharing in einer Berufsausübungsgemeinschaft anzustreben.

Elternzeitregelung

i

Viele Ärzte schrecken vor einer Praxistätigkeit zurück und geben der Festanstellung im Krankenhaus den Vorzug. Der Grund: Sie glauben, die Niederlassung mit eigener Praxis lasse kein erfülltes Familienleben zu. Die KVSH hat darauf reagiert. Sie gehört zu den wenigen Kassenärztlichen Vereinigungen, die eine Regelung zur Elternzeit haben. Niedergelassene Ärztinnen und Psychotherapeutinnen können sich nach der Geburt eines Kindes bis zu drei Jahre lang in ihrer Praxis vertreten lassen, ohne ihre Zulassung zu verlieren.



Dr. Thyra C. Bandholz

Jahrgang 1973

Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Kiel
niedergelassen seit 2007



Aktive Gemeinde

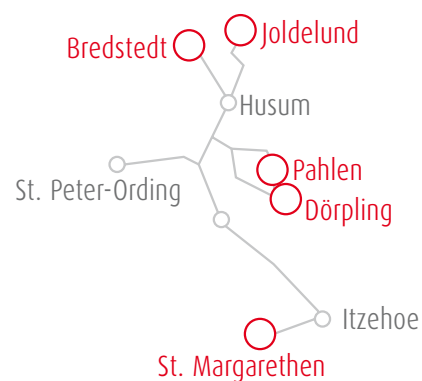
Der drohende Ärztemangel im ländlichen Raum stellt insbesondere die Kommunen vor große Herausforderungen. Ohne eine ärztliche Versorgung in erreichbarer Nähe verlieren die Gemeinden und die kleinen Städte an Attraktivität. Viele Kommunen haben deshalb die Initiative ergriffen. Überall im Land gibt es gute Beispiele, wie dank des Engagements der Verantwortlichen vor Ort die Versorgung gesichert werden konnte. Denn viele Standortfaktoren für eine Niederlassung kann die KVSH nicht beeinflussen. Es braucht vielfach das ergänzende Engagement der Gemeinden. Deshalb hat die KVSH ein hohes Interesse an einer engen Zusammenarbeit mit den Kommunen, wenn es um die Sicherstellung der Versorgung geht.

Gemeinde sucht Arzt

Warten, bis der Arzt kommt? Vor allem für ländliche Gemeinden in Schleswig-Holstein ist das bei der Bekämpfung des Ärztemangels längst keine Option mehr. Sie ergreifen selbst die Initiative, um frei werdende Praxissitze nachzubersetzen und die ärztliche Versorgung vor Ort sichern zu können. Die Wege dorthin erfordern hohes Engagement und viel Kreativität.

Der Ärztemangel in Schleswig-Holstein wird sich in den kommenden Jahren zuspitzen. Von den rund 1.900 Hausärzten ist jeder Dritte schon 60 Jahre alt oder älter, mehrere Hundert werden in ein paar Jahren in den Ruhestand gehen. Ähnlich sieht es bei den Fachärzten aus. Besonders für kleinere Gemeinden wird es zunehmend schwieriger, Nachfolger für ihre alteingesessenen Ärzte zu finden. Zu unattraktiv scheinen die ländlichen Regionen für den ärztlichen Nachwuchs zu sein, den es eher in die Stadt zieht. Immer mehr Gemeinden werden daher aktiv und versuchen Ärzte von einer Niederlassung zu überzeugen.

Eine Gemeinde, die es geschafft hat, ist Pahlen in Dithmarschen mit rund 1.200 Einwohnern. Seit dem Jahr 2010 praktiziert dort Hausarzt Dr. Reimar Vogt. Am Eingang seiner Praxis steht „Arztzentrum Pahlen-Dörpling“, denn der Nachbarort Dörpling mit seinen 700 Einwohnern wird ärztlich mitversorgt. Vogt betreibt die Praxis gemeinsam mit dem alteingesessenen Landarzt Dr. Gert Schanen. Dieser dachte nach 35 Jahren ärztlicher Tätigkeit über eine Aufgabe seiner Praxis nach, was wiederum Pahlens Bürgermeister Jörg Patt und die Gemeindevertretung auf den Plan rief, die um die schwierige Situation bei der Nachbesetzung von Praxissitzen auf dem Land wussten. Nachdem Schanens eigene Bemühungen um einen Nachfolger keinen Erfolg hatten, schaltete die Gemeinden selbst Anzeigen und stellte eine Immobilie in Aussicht. Bei dem Gebäude handelte es sich um den Firmensitz einer ehemaligen Fensterbaufirma, den die Gemeinde gekauft hatte. Vogt, der zu der Zeit in einer Gemeinschaftspraxis in Wesselburen tätig war, hörte von dem Angebot und nahm Kontakt zum Bürgermeister auf. Der Allgemeinmediziner bekam einen Grundriss des Gebäudes und wurde aufgefordert, seine eigenen Vorstellungen von Praxiszuschnitt und -einrichtung einzuzichnen. Die Gemeinde baute daraufhin das Gebäude nach den Wunschvorstellungen des Arztes um und stattete die 350 Quadratmeter große, behindertengerechte Praxis komplett aus. Für beide Seiten ist es die klassische Win-win-Situation. Vogt praktiziert in einer top ausgestatteten, modernen Praxis, für die er Miete zahlt. Die Gemeinde Pahlen hat durch Eigeninitiative die ärztliche Versorgung im Ort und im Nachbardorf gesichert. Das Geld, das dafür investiert wurde, sei gut angelegt, so Bürgermeister Patt. „Für unsere Gemeinde sind Schule, Kindergarten und eben eine Arztpraxis wichtige Standortfaktoren. Bricht eine dieser Säulen weg, müssen wir Nachteile für die Ansiedlung von Gewerbe und Familien befürchten“, begründet Patt die Investition. Aber auch für Dr. Gert Schanen ist die Situation von Vorteil: Er hat mit Dr. Reimar Vogt nicht nur einen Praxispartner, sondern auch einen Nachfolger gefunden und kann irgendwann beruhigt in den wohlverdienten Ruhestand gehen.



Neubau eines Ärztehauses sichert den Landarzt

Kein Umbau eines bestehenden Gebäudes, sondern ein kompletter Neubau eines Ärztehauses. Dies war für die Gemeinde Joldelund in Nordfriesland die Lösung bei der Suche nach einem neuen Arzt. Ähnlich wie Pahlen hat auch Joldelund eine gute Infrastruktur und kann – trotz der relativ kleinen Zahl von 750 Einwohnern – unter anderem eine Schule, einen Kindergarten, eine Bankfiliale und eine Arztpraxis anbieten. Doch gerade dieser Teil der Infrastruktur drohte wegzubrechen, als der alteingesessene Landarzt Dr. Harald Paulsen ankündigte, in den Ruhestand gehen zu wollen. Joldelund und die umliegenden Gemeinden wurden daraufhin aktiv und gründeten die „Arbeitsgemeinschaft Arztnachfolge Dr. Paulsen“. Um einen Arzt zu finden, wurden zunächst bundesweit Plakate verteilt, Anzeigen geschaltet und das Kieler Gesundheitsministerium, der Kreis Nordfriesland und die KVSH angeschrieben. Nach Auskunft von Bürgermeister Reiner Hansen gab es zwar einige Interessenten, zu einer Niederlassung kam es allerdings nicht. „Uns war das Risiko bewusst, dass vielleicht kein Arzt mehr in Joldelund praktizieren würde. Wir müssen unser Dorf nicht schönreden – nicht jeder will hierher“, gibt Hansen offen zu. Einige Interessenten mögen auch andere Umstände von einer Niederlassung in Joldelund abgehalten haben.

Dr. Paulsen galt im positiven Sinne als Landarzt alter Schule. Er praktizierte in seinem Wohnhaus, war rund um die Uhr für seine Patienten da – wenn es sein musste, auch am Wochenende. Gerade Vertreter der jungen Ärztegeneration haben aber andere Vorstellungen, wie und unter welchen Bedingungen sie ihren Beruf ausüben wollen. Sie halten Praxis und Wohnraum in der Regel getrennt, sind selbstverständlich mit viel Engagement für ihre Patienten da, allerdings zeitlich begrenzt – denn außerhalb der Sprechstunde wollen sie sich unter anderem auch ihren Familien widmen können.

Neue Bewegung in die Arztsuche kam schließlich durch das Zweigpraxismodell der KVSH. Es sichert ärztliche Versorgung auch in ländlichen Regionen, indem es Ärzten erlaubt, neben ihrer Hauptpraxis eine sogenannte Filialpraxis zu führen. Durch das Zweigpraxismodell wurde der Arzt Matthias Ernst, der mit seinem Kollegen Urs Philipzig im nahegelegenen Bredstedt eine Gemeinschaftspraxis betreibt, auf Joldelund aufmerksam. Ernst einigte sich mit Landarzt Paulsen zunächst darauf, am alten Praxisstandort ein halbes Jahr auf Probe eine Zweigpraxis zu betreiben. Für beide war dies aber keine Dauerlösung: Für Dr. Paulsen nicht, der auch weiterhin hautnah das Praxisgeschehen in seinem Wohnhaus miterlebte und auch für Matthias Ernst nicht, der zwar eine Zweigpraxis führen wollte, allerdings auf längere Zeit gesehen nicht in den Räumen von Paulsen. In dieser Übergangsphase passierte etwas, worauf die Joldelunder heimlich gehofft hatten. Die Patienten wuchsen Matthias Ernst – so heißt es – immer mehr ans Herz und die Tätigkeit in dem kleinen Dorf machte ihm zunehmend Spaß. Weniger erfreulich waren hingegen die finanziellen Erträge der Zweigpraxis, die einen wirtschaftlichen Betrieb nahezu unmöglich machten. Denn die Gemeinschaftspraxis in Bredstedt schöpfte schon ohne die Zweigpraxis ihr Budget aus, das sie insgesamt für die Behandlung der Patienten zur Verfügung hatte. Dies führte dazu, dass das Honorar für Joldelund abgestaffelt wurde, am Ende blieben nur wenige Euro pro Patient.

An dieser Stelle schaltete sich wieder die KVSH ein. Sie signalisierte Matthias Ernst, die Abstaffelung des Honorars in Joldelund aufzuheben, sollte es zu einer langfristigen Lösung kommen. Was jetzt noch fehlte, war ein neuer Standort für die Zweigpraxis. Jetzt wurden wiederum die Lokalpolitiker aktiv, die ihre Chance auf einen langfristigen Verbleib des neuen Arztes sofort erkannten. Nach kurzer, erfolgloser Raumsuche entschloss sich die Gemeinde, ein neues, eigenes Ärztehaus zu bauen. Ein günstig erworbenes Grundstück war schnell gefunden und auch hier wurde der Arzt nach seinen Wünschen und Bedingungen gefragt. Heraus kam eine voll ausgestattete Landarztpraxis mit 100 Quadratmetern Grundfläche, in der Matthias

Ernst zwei Vormittage in der Woche praktiziert und bei Bedarf auch zwischendurch aus Bredstedt angefahren kommt. An zwei weiteren Vormittagen ist die Zweigpraxis mit Helferinnen besetzt, die Verbände wechseln, Rezeptbestellungen entgegennehmen, Blutdruck messen und Termine vergeben. Die Investitionssumme in Höhe von etwa 153.000 Euro soll über die Miete, die Ernst an die Gemeinde zahlt, abgetragen werden. Aber auch von anderer Seite gibt es Unterstützung. Joldelund wurde für seinen Einsatz bei der Suche nach einem Arzt von der Initiative AktivRegion Nordfriesland belohnt. Diese bezuschusst die Investition in das Ärztehaus mit bis zu 66.000 Euro.

Neuanfang auf dem Land

Ein gutes Beispiel, dass eine erfolgreiche Nachbesetzung frei werdender Landarztpraxen viel mit dem Engagement der Gemeinde zu tun hat, ist auch St. Margarethen im Kreis Steinburg. Das Dorf, das rund 900 Einwohner zählt, suchte lange nach einem Nachfolger für Dr. Günter Vogt. Doch keiner wollte in dem kleinen Ort in der Wilstermarsch praktizieren. Bis Dr. Mireille Untiedt kam. Die Allgemeinmedizinerin suchte nach verschiedenen Stationen in Krankenhäusern und Gemeinschaftspraxen eine neue Herausforderung. Über eine Anzeige, die die Gemeinde in der Praxisbörse der KVSH geschaltet hatte, wurde Untiedt auf die Landarztpraxis in St. Margarethen aufmerksam. St. Margarethen war begeistert von der neuen Ärztin, und diese freute sich über die Unterstützung, die sie von der Gemeinde bekam. Das ganze Dorf habe mit angepackt, als es an die Renovierung der Praxis ging, erzählt Untiedt. Die Freiwillige Feuerwehr habe das alte Mobiliar entsorgt, der Bürgermeister hatte die Container für die Altlasten organisiert und Maler durch die alte Praxis geschickt. Am Eröffnungstag im Sommer 2012 zeigte sich, dass auch die Bevölkerung froh über die neue Ärztin war. Knapp 90 Patienten standen vor der Praxistür und viele hatten Präsentkörbe dabei.

Mit freundlicher Genehmigung und in Auszügen aus dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt



Reiner Hansen
Bürgermeister der Gemeinde
Joldelund seit 2008



Dr. Mireille Untiedt
Jahrgang 1972
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in St. Margarethen
niedergelassen seit 2009

Standortfaktor Arzt

Interview mit Reinhard Müller, Bürgermeister der Gemeinde Kropp

Die Gemeinde Kropp hat schon vor rund 20 Jahren die Initiative ergriffen, sich aktiv der Sicherung der ärztlichen Versorgung anzunehmen. Weshalb hat das Thema für Sie als Bürgermeister einen so hohen Stellenwert?

Reinhard Müller: Bereits Ende der 80er Jahre mussten wir feststellen, dass die Bereitschaft von praktischen bzw. Allgemeinärzten, sich im ländlichen Bereich niederzulassen, nur noch eingeschränkt gegeben war. Für unsere Gemeinde, die 1986 Unterzentrum wurde, musste eine gut ausgestattete Infrastruktur vorgehalten bzw. geschaffen werden – und zweifelsfrei gehört auch eine ärztliche und fachärztliche Versorgung dazu. Bei Einwohnerbefragungen zur Entwicklung unseres Ortes wurde der ärztlichen Versorgung große Bedeutung zuerkannt. In unsere Gemeinde zogen und ziehen gerade wegen der guten ärztlichen Versorgung gezielt Menschen aus den kleineren Orten der Region. Ohne die immer weiter ausgebauten ärztliche Versorgung wäre der Einwohnerzuwachs von 5.800 auf 6.400 Einwohner in den letzten 20 Jahren nicht erfolgt.

Kropp ist ein Unterzentrum mit mehr als 6.000 Einwohnern, im Bereich des Amtes Kropp-Stapelholm wohnen 16.000 Menschen. Die nächsten großen Städte, wie Flensburg und Kiel, sind jedoch weit weg. Wie schwierig ist es, junge Ärztinnen und Ärzte für Kropp zu gewinnen?

Müller: Das größte Problem in der fachärztlichen Versorgung war das Vorhandensein von Facharztstellen in anderen Orten des Planungsraumes. Dadurch wurde der Versorgungsgrad erreicht oder überschritten. Viele Jahre haben wir uns vergeblich um einen Augenarzt bemüht, es scheiterte immer an der fehlenden Zulassung.

Die Neuordnung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, der konsequente Ausbau von Krippen- und Kindergartenplätzen, eine betreute Grundschule und die Möglichkeit, das Abitur in unserem Ort zu erwerben, haben zu einer Verbesserung geführt. Entscheidend zur Stärkung der fachärztlichen Versorgung hat die Möglichkeit der Ansiedlung von Zweigpraxen beigetragen.

Wie hat die Gemeinde in der Vergangenheit die Ansiedlung von Arztpraxen in Kropp unterstützt?

Müller: Für niederlassungsinteressierte Ärzte waren in unserer Verwaltung unter anderem vorhandenen Informationen verfügbar wie:

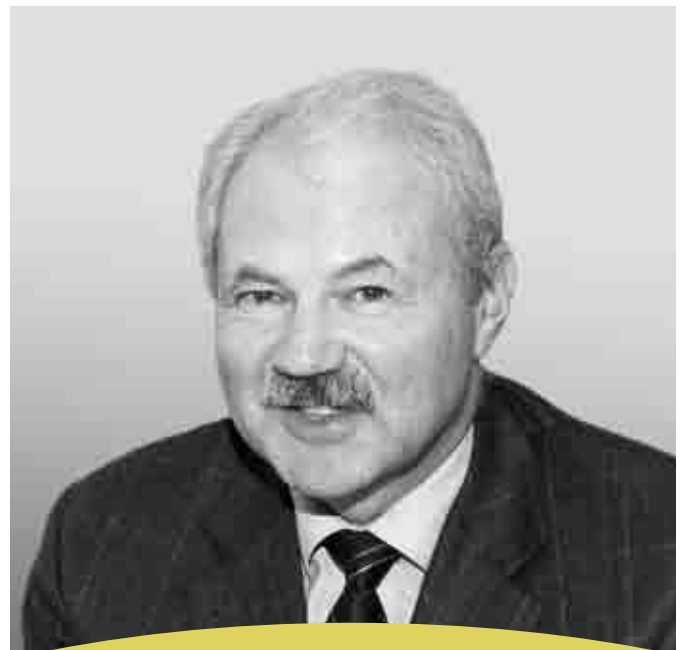
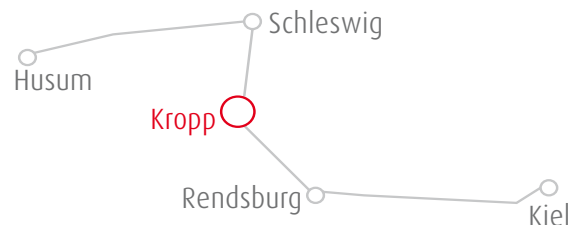
- Altersstruktur im Ort und in den umliegenden Gemeinden,
- Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätze,
- Anteil PKV/GKV (Soldaten/Beamte),
- Infrastruktur des Ortes (Bildungseinrichtungen, Freizeitangebote, Anrufsammeltaxi etc.).

Die Gemeinde unterstützt jede niederlassungsbereite Ärztin und jeden niederlassungsbereiten Arzt bei allen ordnungs- und bau-

rechtlichen Fragen und regelt mit den zuständigen Behörden auftauchende Probleme. Eventuell notwendige Anpassungen des Bebauungsplanes oder fehlende Parkplätze werden im Sinne der Antragsteller gelöst. Eine Hilfestellung bei der Suche von Immobilien bzw. Bauland ist selbstverständlich.

Welchen Rat geben Sie andere Gemeinden?

Müller: Rechtzeitig mit den am Ort praktizierenden Ärzten reden (ist leider nicht immer Ziel führend, da auch Ängste bestehen), die altersmäßig in den nächsten Jahren die Zulassung zurückgeben. Bei erfolgreichen Gesprächen jegliche Unterstützung der Gemeinde anbieten und Vertraulichkeit der Behandlung von Informationen ist selbstverständlich.



Reinhard Müller
Bürgermeister der Gemeinde
Kropp seit 1994

„Es ist nicht einfach, aber auch nicht unmöglich“

Marion Grosse ist betriebswirtschaftliche Beraterin bei der KVSH. Sie hat in ihrer täglichen Arbeit sowohl mit abgebenden Praxisinhabern als auch mit Ärzten zu tun, die eine Praxis übernehmen möchten.

Frau Grosse, wie schwer ist es heute für Praxisinhaber in Schleswig-Holstein, ihre Praxis an einen Nachfolger zu übergeben?

Marion Grosse: Das ist sicherlich nicht einfach, aber auch nicht unmöglich. In den Medien werden ja in aller Regel nur die Fälle geschildert, in denen dies nicht gelingt. Tatsächlich wurden aber im vergangenen Jahr in Schleswig-Holstein 130 Praxen übergeben.

Viele davon befinden sich in den Städten. Auf dem Land sieht die Situation anders aus.

Grosse: Das trifft auch nicht auf alle Regionen zu. Richtig ist, dass sich die Situation für Praxisinhaber an der Westküste und nördlich des Nord-Ostsee-Kanals in den vergangenen Jahren nicht gerade gebessert hat. Aber von den 130 Übergaben haben 63 in eher ländlichen Gebieten stattgefunden.

Wo liegen die Probleme in manchen Regionen? Ist die wirtschaftliche Situation dieser Praxen so schlecht, dass sich eine Niederlassung nicht mehr rechnet?

Grosse: Nein, diese pauschale Aussage ist falsch. Der ärztliche Beruf ist nach wie vor nicht nur schön, sondern auch lukrativ. Das gilt natürlich auch für die Praxistätigkeit in den genannten Regionen. Ich halte es für einen Fehler, immer wieder die vermeintlich schwierigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in den Vordergrund zu stellen. Das hat sicherlich dazu beigetragen, dass es heute etwas schwieriger ist, einen Praxisnachfolger zu finden.

Was sind dann die Gründe für die Zurückhaltung des Nachwuchses?

Grosse: Wir erleben nicht nur bei Ärzten, sondern auch bei anderen Berufsgruppen, dass sie sich nur dort niederlassen, wo die Infrastruktur stimmt. Für einen Arzt, dessen Partner in der Nähe des Wohnortes keine Beschäftigung findet, dessen Kinder weite Wege in die Schule und zum Sportverein zurücklegen müssen und der für einen Theaterbesuch eine Stunde Autofahrt in Kauf nehmen muss, verliert eine Niederlassung in diesem Ort entscheidend an Attraktivität. Dies ist kein speziell ärztliches Problem.

Also sind die Kommunen gefordert?

Grosse: Ja, und viele Kommunen in Schleswig-Holstein haben das verstanden und unterstützen interessierte Ärzte in vielen

Punkten, wie Jobsuche für den Partner oder arbeiten an ihrer eigenen Infrastruktur. Die Modelle, wie Ärzten etwa bei der Praxisimmobilie geholfen werden kann, sind ja bekannt.

Was können Sie Ärzten raten, damit sie ihre Praxis an einen Nachfolger übergeben können?

Grosse: Sie sollten vor allem rechtzeitig mit der Planung beginnen, gern schon zwei bis drei Jahre im Voraus – wobei sie auch beim Übergabetermin flexibel sein müssen. Optimal ist es, wenn ein Praxisinhaber kurzfristig auf den Wunsch eines potenziellen Nachfolgers eingehen kann und eventuell ein halbes Jahr vorher abgibt. Das setzt aber voraus, dass er seine finanziellen Verhältnisse geordnet hat.



Welche weiteren Schritte sind nach Ihren Erfahrungen wichtig?

Grosse: Hilfreich ist auf jeden Fall ein Praxisexposé, in dem die Praxis möglichen Interessenten vorgestellt wird. Darin sollte auch die Infrastruktur des Praxisortes geschildert werden. Wichtig ist ein Eintrag der Praxis in unserer KV-Praxisbörse. Ich empfehle auch Kommunikation mit Kollegen, den Besuch von Informationstagen und Kongressen, damit sich die Verkaufsabsicht herumspricht. Ein weiteres Instrument sind Anzeigen in den einschlägigen Medien.

Können Sie eine Tendenz nennen bei der Preisentwicklung für Arztpraxen?

Grosse: Nein, dazu sind verlässliche Aussagen nicht möglich. Meine Erfahrung ist aber, dass in vielen ländlichen Regionen die Verkehrswerte bei einer Praxisübergabe nicht mehr erreicht werden. Wir haben in der KV aber keinen repräsentativen Überblick, weil uns die Verkaufserlöse nicht gemeldet werden müssen. Der Preis ist und bleibt Verhandlungssache zwischen Käufer und Verkäufer, wir mischen uns da nicht ein. Fest steht, dass es große Schwankungen gibt. Ich habe erlebt, dass der Verkaufspreis einer Praxis das Doppelte des Schätzwertes betrug, aber auch, dass der Verkaufspreis unter die Hälfte gesunken ist. Bei vielen Beratern wird noch mit der Faustregel gearbeitet, dass der Verkaufspreis einer Praxis etwa einen Jahresgewinn betragen sollte. Nach meinen Erfahrungen einigen sich viele ungefähr in dieser Höhe.

←  **Notaufnahme**

Nacht-Eingang:
21.00 - 5.30 Uhr

KVSH
Anlaufpraxis

SA, SO + Feiertage
10 - 14 + 16 - 20 Uhr

Haupteingang ↑

Patientenaufnahme
Besucher

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Der ärztliche Bereitschaftsdienst in Schleswig-Holstein ist ein Angebot für alle Versicherten und wird von der Kassenärztlichen Vereinigung organisiert. Sie kümmert sich darum, dass Patienten in dringenden medizinischen Fällen auch außerhalb der regulären Sprechzeiten ambulant behandelt werden. Die Versorgung findet in Anlaufpraxen statt, die gleichmäßig übers Land verteilt sind und sich in der Regel in Krankenhäusern befinden. Wenn Patienten aus gesundheitlichen Gründen die Anlaufpraxis nicht aufsuchen können, kommt ein Arzt zu ihnen nach Hause.

Immer wieder sonntags

Dr. Ralf-Günter Wegers leistet seit vielen Jahren ärztlichen Bereitschaftsdienst, meistens am Sonntag. Wir haben den Allgemeinarzt einen Tag lang während seines Fahrenden Dienstes begleitet, der ihn kreuz und quer über die Landstraßen rund um Schleswig führte.

Die Nacht war kalt und der Frost hat Landschaft und Häuser mit weißem Raureif überzogen. Die Windschutzscheibe des schwarzen Mazda von Dr. Ralf-Günter Wegers ist trotzdem eisfrei. Der Wagen, mit dem er nun zu seinem Dienst aufbricht, stand nachts gut geschützt im Carport, der zum kleinen Einfamilienhaus des Arztes am Schleswiger Stadtrand gehört. Wegers Frau winkt noch kurz zum Abschied und los geht die Fahrt in den Sonntagsdienst. Das Wetter ist für einen Arzt im Bereitschaftsdienst, der bei Wind und Wetter und zu jeder Tages- und Nachtzeit über die Dörfer fahren muss, immer ein wichtiges Thema. In den letzten Jahren machte der Schnee Wegers und seinen Kollegen oft schwer zu schaffen. An einem besonders extremen Tag, es war der zweite Weihnachtstag, fuhr er sich „irgendwo zwischen Jübek und Schuby“ auf einem abseits gelegenen Feldweg fest. Zum Glück kam zufällig ein Bauer mit seinem Trecker vorbei und zog das Arztauto aus dem tiefen Schnee. Der Landwirt verzichtete sogar auf die ansonsten fälligen 20 Euro „Abschleppprämie“. „Für Sie ist das heute mal umsonst, Herr Doktor, weil Weihnachten ist, war sein knapper Kommentar“, berichtet Wegers. Die tiefstehende Sonne blendet während der Fahrt und Wegers

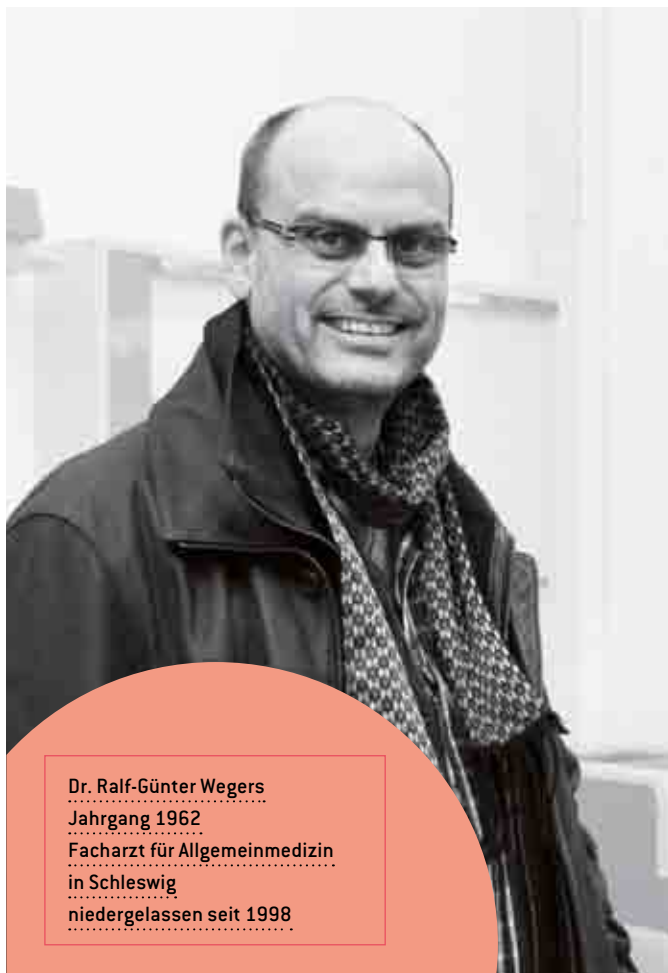
lenkt seinen Mazda vorsichtig durch die noch menschenleere Schleswiger Innenstadt. Nur einige Rentner mit ihren Hunden sind schon unterwegs. Hinter den Fenstern sieht man schemenhaft die ersten Familien beim Frühstück. Wegers hatte sich um acht Uhr pünktlich bei der Leitstelle in Bad Segeberg angemeldet. Er ist nun bis acht Uhr am Montag im Dienst. Bisher blieb sein Handy stumm. „Das wird aber sicher nicht so bleiben. Vielleicht ist wenigstens die Nacht ruhig“, hofft der Allgemeinmediziner. Dr. Wegers, der fast jeden zweiten Sonntagsdienst im Monat übernimmt, sodass er im Jahr auf 25 bis 30 Dienste kommt.

Vor dem Eingang des SCHLEI-Klinikums MLK stehen frierend die ersten Raucher des Morgens. Drinnen ist nicht viel los. Nur wenige Patienten schlurfen müde über die Flure. Wegers nimmt am Empfang die schwarze Notdiensttasche entgegen, die sein Vorgänger dort für ihn hinterlegt hat und schaut kurz bei der diensthabenden Kollegin in der KVSH-Anlaufpraxis vorbei. Hier ist zwar seit neun Uhr geöffnet, Patienten waren aber bisher noch nicht da. Schleswig ist klein, die Kollegenschaft überschaubar. Man kennt sich und Wegers, der auch Notdienstbeauftragter im Bezirk Schleswig ist, kommt ins Erzählen. Probleme, die Dienste untereinander aufzuteilen, gibt es bisher noch nicht. Es gibt genug Ärzte, die wegen der vergleichsweise guten Bezahlung auch die ungünstigsten Dienste gern übernehmen.

Koordination durch die Leitstelle

Wegers fällt aber auf, dass sich kreisweit nur zwei Frauen am Fahrenden Dienst beteiligen. „Viele Frauen übernehmen nicht gern die Nachtdienste und sie sind auch alles andere als familienfreundlich. Das kann in der Zukunft sicher zu einem Problem bei der Besetzung der Dienste werden, denn wir haben auch hier im Bezirk immer mehr Kolleginnen“, erklärt Wegers. Momentan laufe aber alles reibungslos und man könne fast immer auf individuelle Wünsche eingehen. Vor der Umstellung auf eine einheitliche Bereitschaftsdienstnummer sei der Notdienst dagegen oft eine Qual gewesen. „Da hat sich wirklich keiner darum gerissen. Man musste ja auch alle eingehenden Anrufe selbst koordinieren und sich dabei oft genug zerreißen. Nun übernimmt Gott sei Dank die Leitstelle der KVSH diese Aufgabe und ich fahre wirklich nur noch dorthin, wo ich wirklich gebraucht werde“, erklärt der dreifache Familienvater, der eigentlich aus Nordrhein-Westfalen stammt und während seiner Bundeswehrzeit im Norden hängen blieb.

Plötzlich meldet sich das Diensthandy mit unnachgiebigem Klingelton. Es ist die Leitstelle. Wegers hört aufmerksam zu und macht sich schnell erste Notizen: Name des Patienten, Adresse, erste Informationen zum Krankheitsbild. „Nun müssen wir aber schnell los“, sagt er und schildert hinterm Steuer den ersten Fall des Tages. Eine Pflegerin rief in der Leitstelle an. Im „Pflege-



Dr. Ralf-Günter Wegers
Jahrgang 1962
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Schleswig
niedergelassen seit 1998



heim zur Öhr“ in Schleswig muss eine akut verwirrte alte Frau untersucht und behandelt werden. Wegers ahnt die besondere Problematik, als er seinen Wagen vor dem von der Kommune betriebenen Pflegeheim parkt.

Oft sind bei akuten Notfällen im Heim die Betreuungsverhältnisse unklar und der Arzt sitzt schnell zwischen den Stühlen, egal wie er entscheidet. Auf der Station wird Wegers schon von zwei Pflegerinnen erwartet. In ihrem Büro hängt ein Zettel, auf dem man die Geburtstage der Heimbewohner und ihr Lieblings-essen nachlesen kann. Die meisten alten Leute mögen Roulade mit Rotkohl am liebsten. Die Türen zu den Zimmern sind fast alle geschlossen. Aus einem Raum dringt Musik nach draußen. Nur eine Zimmertür ist geöffnet. Eine alte Frau sitzt dort regungslos an einem ungedeckten Plastiktisch und blickt hinaus auf den Flur. Besuch ist nirgends zu sehen. Vielleicht ist das Wetter heute zu gut. Über dem Bett stehen einige schön gerahmte Schwarz-Weiß-Fotos. Sie zeigen eine junge Frau an der Seite eines Mannes im Sonntagsanzug. Wegers bespricht sich kurz mit den Pflegerinnen und beginnt dann mit der Untersuchung. Viel ausrichten kann er heute nicht. Er will abwarten, gibt der Patientin erst einmal ein Beruhigungsmittel und informiert ihren Sohn über die weiteren Modalitäten. Er rät ihm, in Zukunft die Betreuung für seine Mutter zu übernehmen. Inzwischen hat sich schon wieder die Leitstelle gemeldet: Zwei neue Fälle, deren Details sich Wegers schnell notiert.

Ein Fall in Schleswig, also direkt um die Ecke, einer weit draußen auf dem flachen Land. Wegers parkt direkt in der kleinen Straße vor dem Reihenhaus aus den fünfziger Jahren. Er kennt die Gegend hier, denn nicht unweit liegt seine Praxis, die er zusammen mit einem Kollegen betreibt. Die Straßennamen im ganzen Viertel klingen nach Pommern, Ostpreußen oder Schlesien. Hinter der Gardine bewegt sich etwas. Der Arzt wird also bereits erwartet. Ein 69-jähriger Mann hat sich eine Hüftprellung zugezogen. Also ein vergleichsweise rasch erledigter Fall. Nun schnell die nächste Adresse, die ihm von der Leitstelle durchgegeben wurde, in das Navi eingetippt: Wanderuper Straße in Jerrishoe. Die Fahrt Richtung Geest kann also weitergehen.

Schnelle Hilfe auf dem Land

Draußen jagt die immer flacher werdende Landschaft vorbei: Wiesen, noch weiß vom nächtlichen Raureif, winterlich kahle Waldstücke und abseits gelegene Gehöfte, beschienen von der gleißenden Wintersonne. „Natürlich muss man Lust aufs Autofahren haben und sich hier auf dem Land orientieren können“, sagt Wegers und beschleunigt auf einer langen Geraden. Im überwiegend ländlich strukturierten Notdienstbezirk kommen schnell viele Kilometer zusammen. Viele Schleichwege kennt er von seinen privaten Touren auf dem Rennrad. „Pro Patient muss ich eine Stunde einplanen“, weiß Wegers aus Erfahrung. Fast wäre er am Haus des nächsten Patienten vorbeigefahren. Das Rentnerehepaar ist froh, dass er so schnell gekommen ist, um die Gürtelrose des Ehemannes zu behandeln. Die Tasse Kaf-

fee und den Plausch nach der Behandlung lehnt Wegers nicht ab. Das gehört einfach dazu. Kaum wieder beim Auto angekommen, erreicht ihn der nächste Anruf der Leitstelle: Es geht wieder zurück Richtung Osten. Ein achtjähriger Junge klagt über Leistenschmerzen. Die Eltern machen sich Sorgen.

Die Landschaft wird wieder hügeliger und abwechslungsreicher. Die Fahrt führt über schmale Feldwege in das aufgeräumt wirkende kleine, Neubaugebiet des Örtchens Havetoftloit zu einem großen Einfamilienhaus mit gut gestutzter Lebensbaumhecke und frisch gestrichenem weißen Zaun. Vor dem Wendehammer am Ende der Straße liegen ein Kinderfahrrad und eine kleine Schubkarre. Die Eltern des kleinen Jungen sind hocherfreut, den Arzt zu sehen. Der Junge klagt über akute Schmerzen in der Leiste. Wegers löst nach der entsprechenden Untersuchung mit wenigen Handgriffen die Blockade des kleinen Patienten, dem es schon nach kurzer Zeit wieder besser geht.

Die nächste Fahrt führt entlang der Schlei nach Fahrdorf ins dortige DRK-Pflegeheim. Spaziergänger wandern rechts und links von der Landstraße Richtung Haithabu und Noor; Ausflugsstimmung überall. In der Ferne kann man den Schleswiger Dom in der Nachmittagssonne funkeln sehen. Im DRK-Pflegeheim liegt ein Patient mit einem eitrigen Harnwegsinfekt im Bett. Deshalb haben die Pflegerinnen den Bereitschaftsdienst angerufen. Wegers kennt sich aus, da er hier selbst mehrere Heimpatienten hausärztlich betreut und führt die nötige Behandlung des Kranken durch. Der letzte Einsatz des Tages führt den Allgemeinmediziner spät in der Nacht in das Pflegeheim Danewerk. Eine Patientin klagt über starke Schmerzen in der rechten Hüfte, die trotz Morphingabe nicht aufhören. Die Patientin war zudem erst vor kurzem an der Hüfte operiert worden. Wegers schickt sie deshalb noch in der Nacht ins Krankenhaus. Danach kann er sich schlafen legen. Die Leitstelle meldet sich nicht mehr. Wegers Bereitschaftsdienst ist beendet. Er ist schon wieder in seiner Praxis in der Memeler Straße und empfängt die ersten Patienten. Eine ganz normale Arbeitswoche nimmt ihren Anfang, aber der nächste Sonntag kommt bestimmt.

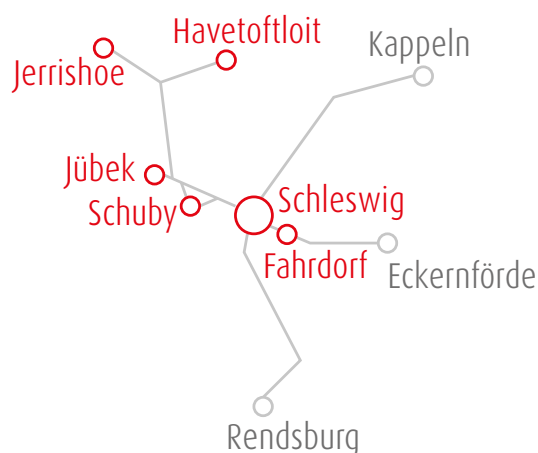
Ärztlicher Bereitschaftsdienst

i

Der allgemeinärztliche Bereitschaftsdienst der KVSH sorgt auch nachts, an Wochenenden und an Feiertagen dafür, dass Patienten in dringenden medizinischen Fällen von einem Arzt behandelt werden. Anrufe nimmt die Leitstelle der KVSH in Bad Segeberg, die den ärztlichen Bereitschaftsdienst koordiniert, unter der kostenlosen Rufnummer 116 117 entgegen. Medizinisch ausgebildetes Personal teilt dem Anrufer mit, wo sich in dessen Nähe eine sogenannte Anlaufpraxis mit dem diensthabenden Arzt befindet, die er aufsuchen kann. In Schleswig-Holstein gibt es übers Land verteilt 31 Anlaufpraxen. Diese sind in der Regel direkt an ein Krankenhaus angeschlossen. Das hat folgenden Vorteil: Sollte die Erkrankung des Patienten spezielle Untersuchungen wie Röntgen- oder Ultraschallaufnahmen erfordern, können diese in der Klinik durchgeführt werden. Möglich ist damit natürlich auch, den Patienten im Krankenhaus weiter zu behandeln.

Wenn Patienten aus medizinischen Gründen nicht in die Anlaufpraxis kommen können, ist auch das kein Problem: Dann schickt die Leitstelle einen Arzt zu dem Patienten nach Hause. Pro Jahr werden in den Anlaufpraxen mehr als 170.000 Patienten versorgt. Hinzu kommen jährlich bis zu 40.000 Einsätze im Fahrennden Dienst.

Neben dem allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst organisiert die KVSH auch einen kinderärztlichen, einen augenärztlichen und einen Bereitschaftsdienst der Hals-, Nasen- und Ohrenärzte.





Hilfe ohne Grenzen

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) gehen bei der Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes landesgrenzenüberschreitende Wege.

Um die Menschen im Hamburger Umland noch besser versorgen zu können, übernahm die KVSH am 1. Juli 2007 die Leitung der Anlaufpraxis in der Asklepios Klinik Nord in Hamburg-Heidelberg. Dabei arbeitete die KVSH von Anfang an eng mit der KV Hamburg zusammen. Die länderübergreifende Kooperation im ambulanten Bereitschaftsdienst war und ist bundesweit einzigartig. Viele Menschen aus dem Umland kommen zur ärztlichen Versorgung nach Hamburg. Deshalb ist es sinnvoll, den ärztlichen Bereitschaftsdienst in den Randbezirken gemeinsam zu organisieren.

Prinzipiell ist der ärztliche Bereitschaftsdienst in Schleswig-Holstein etwas anders organisiert als in Hamburg. Im nördlichsten Bundesland gibt es flächendeckend Anlaufpraxen, während die KV Hamburg nur zwei Anlaufpraxen in Farmsen und Altona hat. Unter Federführung der KVSH arbeiten in der Anlaufpraxis in der Asklepios Klinik Nord auf Hamburger Gebiet Ärzte aus Schleswig-Holstein (Notdienstbezirk Norderstedt) und Hamburg zusammen und behandeln Patienten, die sowohl aus Hamburg als auch aus Schleswig-Holstein kommen, unabhängig vom Wohnort. Die Abrechnung übernimmt dabei die KVSH. Im Einzugsgebiet, das den Raum Norderstedt und Teile Hamburgs umfasst, leben circa 300.000 Menschen. Die Anlaufpraxis der KVSH befindet sich im Erdgeschoss der Asklepios Klinik Nord und verfügt über ein Sprech- und ein Behandlungszimmer. Das Team der Anlaufpraxis und dem daran angeschlossenen Fahrdienst besteht aus Ärzten aus Schleswig-Holstein und Hamburg.

„Es profitieren alle Beteiligten“

Guido Reisewitz, Facharzt für Allgemeinmedizin in Norderstedt und Notdienstbeauftragter des Bezirks Norderstedt, sieht in der Anlaufpraxis in der Asklepios Klinik Nord in Hamburg-Heidelberg eine Erfolgsgeschichte.

Wo liegen die Vorteile dieser bundesländerübergreifenden Struktur für die Patienten?

Guido Reisewitz: Die Patienten haben immer einen kompetenten Ansprechpartner aus dem ambulanten Bereich in ihrer Nähe, der für sie schnell zu erreichen ist. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie nun aus dem Süden Schleswig-Holsteins oder aus dem Norden Hamburgs in die Anlaufpraxis kommen. Die Versorgung macht nicht vor der Landesgrenze halt.

Und wo liegen die Vorteile für die niedergelassenen Ärzte?

Reisewitz: Wir niedergelassenen Ärzte haben im Bereich der Stadt Norderstedt kein eigenes Klinikum. Wir sind aber trotzdem auf eine Klinik mit Ambulanz als feste Hintergrundstruktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes angewiesen. In Heidelberg haben wir nun die maßgeschneiderte Lösung zur Weiterversorgung der Patienten außerhalb der Öffnungszeiten unserer Praxen direkt vor der Haustür.

Wie hoch ist die Frequentierung der Anlaufpraxis?

Reisewitz: Wir haben seit Start der Anlaufpraxis im Juli 2007 zwischen 1.700 und 2.500 Patienten pro Quartal, abhängig von den Jahres- und Ferienzeiten mit einem überdurchschnittlich hohen Anteil an chirurgischen Patienten.

Woher kommen die Patienten, die in der Anlaufpraxis behandelt werden?

Reisewitz: Wir haben eine ziemlich ausgeglichene Verteilung auf beide Bundesländer. Die Patienten aus Schleswig-Holstein werden dabei natürlich in erster Linie über die Leitstelle in Bad Segeberg zu uns geschickt. Die Patienten aus Hamburg sind häufig „Laufpatienten“, die eigentlich ins Krankenhaus wollten und dann über die zentrale Notaufnahme zu uns geschickt wurden.

Wie reagieren die Patienten auf das Angebot der Anlaufpraxis?

Reisewitz: Die Reaktionen sind durchweg positiv. Die Patienten freuen sich darüber, dass sie schnell und kompetent behandelt werden. Ob der behandelnde Arzt nun aus Schleswig-Holstein oder aus Hamburg kommt, ist ihnen dabei völlig egal.



Guido Reisewitz
Jahrgang 1972
Facharzt für Allgemeinmedizin
Notdienstbeauftragter für den allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst in Norderstedt
niedergelassen seit 2008

Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit den Hamburger Kollegen?

Reisewitz: Die Zusammenarbeit mit Kollegen aus Hamburg, die ja in der Regel als Pool-Ärzte bei uns in der Anlaufpraxis tätig sind, funktioniert absolut reibungslos. Viele von ihnen kennen die Strukturen des Heidberg-Krankenhauses schon sehr lange und haben oft selbst hier gearbeitet. Die Kompetenz ist entscheidend, nicht die Herkunft oder der Wohnort. In den Köpfen der Beteiligten gibt es keine Landesgrenze.

Macht das Modell aus Ihrer Sicht auch in Zukunft Sinn?

Reisewitz: Auf jeden Fall, denn wir haben hier eine klassische „Win-win-win-Situation“. Die Patienten profitieren, weil sie schnell und kompetent versorgt werden. Die Krankenhausärzte haben den Vorteil, dass Patienten, die nicht stationär, sondern ambulant versorgt werden müssen, von der Anlaufpraxis übernommen werden. Für uns niedergelassene Ärzte in Norderstedt und Umland hat das Ganze den Vorteil, dass wir hier eine feste Anlaufpraxis mit verlässlichen Öffnungszeiten nutzen, auf die wir Ärzte und unsere Patienten sich verlassen können.



Positives Zwischenfazit

Interview mit Thomas Miklik, Notdienstbeauftragter des Vorstandes der KVSH

Anders als in anderen Bundesländern hat die KVSH schon im Jahr 2007 die Struktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes drastisch reformiert. Was waren damals die Beweggründe?

Thomas Miklik: Die Struktur des ärztlichen Bereitschaftsdienstes war in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich und abhängig von den Gegebenheiten „vor Ort“ gewachsen. Dabei hatten sich ganz unterschiedliche Modelle entwickelt. Einige ländliche Bereitschaftsdienstbezirke bestanden zum Beispiel nur aus drei Ärzten, die daher mehrfach in der Woche Dienst hatten. Kein Wunder also, dass junge Kolleginnen und Kollegen mit ihren Familien dadurch abgeschreckt wurden, sich auf dem Land niederzulassen. Irgendwann jedoch wurden selbst die kleinen Ringe zu klein, weil Kollegen in den Ruhestand gingen.

Auch wurde es für Urlauber, die sich in der Region nicht auskannten, manchmal schwierig, einen diensthabenden Arzt zu finden; Beschwerden waren die Folge. In dieser Situation entstand die Idee, die Organisation des ärztlichen Bereitschaftsdienstes streng entlang der politischen Kreisgrenzen aufzubrechen und durch Gebietszuschnitte zu ersetzen, die auch Einwohnerdichte und Fahrtstrecken mit berücksichtigten. Aus ehemals rund 140 unterschiedlich großen Bereitschaftsdienstbezirken entstanden auf diese Weise 27 allgemeinärztliche Notdienstbezirke, die seither eine flächendeckende Versorgung der Menschen gewährleisten.

Verschiedene Kassenärztliche Vereinigungen interessieren sich für die Übernahme unseres Bereitschaftsdienstkonzeptes in ihrer eigenen Versorgungsregion. Was macht unser System so einzigartig?

Miklik: Im „Zentrum“ der Bezirke stehen Anlaufpraxen („Bereitschaftspraxen“), die bevorzugt an Krankenhäusern der Regelversorgung eingerichtet wurden. Hierbei ist die räumliche Nähe zur Zentralen Notfallaufnahme der Krankenhäuser besonders wichtig, um eine integrative Struktur zwischen dem ambulanten und stationären Bereich vorhalten zu können. Der hilfeschuchende Patient kann nach dem Krankheitsbild der entsprechenden Versorgung zugeordnet werden und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit gewährleistet, die Kapazitäten der beiden Strukturen optimal zu nutzen.

Ein weiteres wichtiges Strukturmerkmal neben den Anlaufpraxen ist die Leitstelle für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, die über die bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117 zu erreichen ist. Die Leitstelle nimmt eine Steuerung der Patientenströme vor und stellt somit ein entscheidendes Bindeglied zwischen der hilfeschuchenden Bevölkerung und der ärztlichen Versorgung dar. Das medizinisch geschulte Fachpersonal der Leitstelle entscheidet insbesondere am Telefon, ob dem Patienten empfohlen wird, die nächste Anlaufpraxis aufzusuchen, ob der in jeder Notdienstregion vorhandene Fahrdienst den Patienten zu Hause oder im Pflegeheim aufsuchen sollte oder ob es sich um einen Fall für den über die Rufnummer 112 erreichbaren Notarzt handelt. Über 220.000 Anrufe werden durch die Leitstelle pro Jahr entgegengenommen.

Bedeutet das, dass der Versicherte nach Behandlung in der Anlaufpraxis auf den Besuch seines Hausarztes verzichten kann?

Miklik: Keineswegs – unser Bereitschaftsdienst ist dafür da, medizinische Behandlungen durchzuführen, deren Aufschub bis zum nächsten Werktag nicht möglich ist. Die Faustregel lautet: Handelt es sich um eine Erkrankung, mit der Sie normalerweise zu Ihrem Hausarzt gehen würden, die Behandlung aus medizinischen Gründen aber nicht bis zum nächsten Tag warten kann, dann ist der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig. Dies ist zum Beispiel bei einer Grippe oder Erbrechen der Fall. Mit einer Rundum-Diagnose hat dies rein gar nichts zu tun.

Wie fällt Ihre Bilanz aus? Wie wird das Konzept von den Versicherten und wie von den Ärzten angenommen?

Miklik: Durch unser Versorgungskonzept entlasten wir nicht nur die Ärzte in der Region, sondern verbessern auch die Versorgung der Patienten vor Ort. Eine Befragung von 3.500 Patienten in unseren Anlaufpraxen vor einigen Jahren hat durchweg positive Ergebnisse gezeigt. Mit Werten zwischen 80 und 90 Prozent ist die Zufriedenheit mit der Versorgung, dem Angebot, dem Service und der ärztlichen Versorgung hervorragend. Bei einer Erreichbarkeit innerhalb einer halben Stunde bei 90 Prozent der Patienten erscheint die flächenmäßige Dichte der Anlaufpraxen ausreichend und den Patienten zumutbar. Neben dem allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst, zu dem KVSH und Ärztekammer gesetzlich verpflichtet sind, bietet die KVSH den Patienten übrigens auf freiwilliger Basis auch einen kinder- und augenärztlichen sowie einen Bereitschaftsdienst der Hals-, Nasen- und Ohrenärzte an.



Thomas Miklik
Jahrgang 1949
Facharzt für Allgemeinmedizin in Kiel
Notdienstbeauftragter
des Vorstandes der KVSH
niedergelassen seit 1988

Breite Akzeptanz erfährt die Struktur unseres Bereitschaftsdienstes aber auch unter den Ärztinnen und Ärzten, sowohl auf dem Land wie auch in den Ballungsräumen. Im allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienst können wir sogar auf eine Dienstverpflichtung der Ärzte verzichten, da derzeit noch genug Freiwillige die Dienste übernehmen. Wenn ein Arzt am ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnimmt, sind die Dienstzeiten für ihn drei Monate im Voraus festgelegt und familienfreundlich gestaltet. Anders als früher, brauchen Partner oder Familienangehörige von Ärzten im fahrenden Dienst auch nicht mehr Patientenansprüche anzunehmen oder gar Einsätze zu koordinieren, da derartige Aufgaben durch die zentrale Leitstelle für den ärztlichen Bereitschaftsdienst übernommen werden.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst in Zahlen

2011

2012

Anrufe in der Leitstelle

1. Quartal	55.858
2. Quartal	56.607
3. Quartal	53.854
4. Quartal	55.778

1. Quartal	48.359
2. Quartal	56.030
3. Quartal	51.284
4. Quartal	67.721

GESAMT 222.097

GESAMT 223.394

Patientenkontakte

Anlaufpraxis

1. Quartal	45.045
2. Quartal	49.742
3. Quartal	45.294
4. Quartal	45.914

1. Quartal	42.173
2. Quartal	49.289
3. Quartal	45.374
4. Quartal	51.887

GESAMT 185.995

GESAMT 188.723

Patientenkontakte

Fahrender Dienst

1. Quartal	9.983
2. Quartal	9.311
3. Quartal	8.007
4. Quartal	9.143

1. Quartal	8.774
2. Quartal	9.488
3. Quartal	7.814
4. Quartal	9.360

GESAMT 36.444

GESAMT 35.436



Ambulante Versorgung in Zahlen

Zahl der zugelassenen und angestellten Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein*

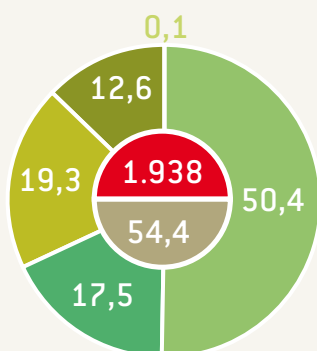
1.938 Hausärzte

2.427 Fachärzte

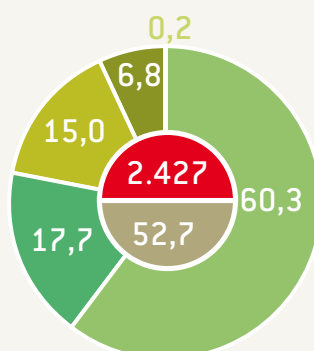
708 Psychotherapeuten

5.073 Ärzte und Psychotherapeuten

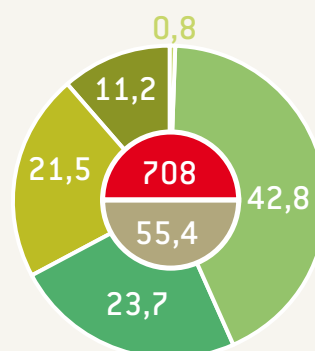
Altersstruktur



Hausärzte



Fachärzte



Psychotherapeuten



0 bis unter 35 Jahre (in Prozent)



35 bis unter 55 Jahre (in Prozent)



55 bis unter 60 Jahre (in Prozent)



60 bis unter 65 Jahre (in Prozent)



65 Jahre und älter (in Prozent)



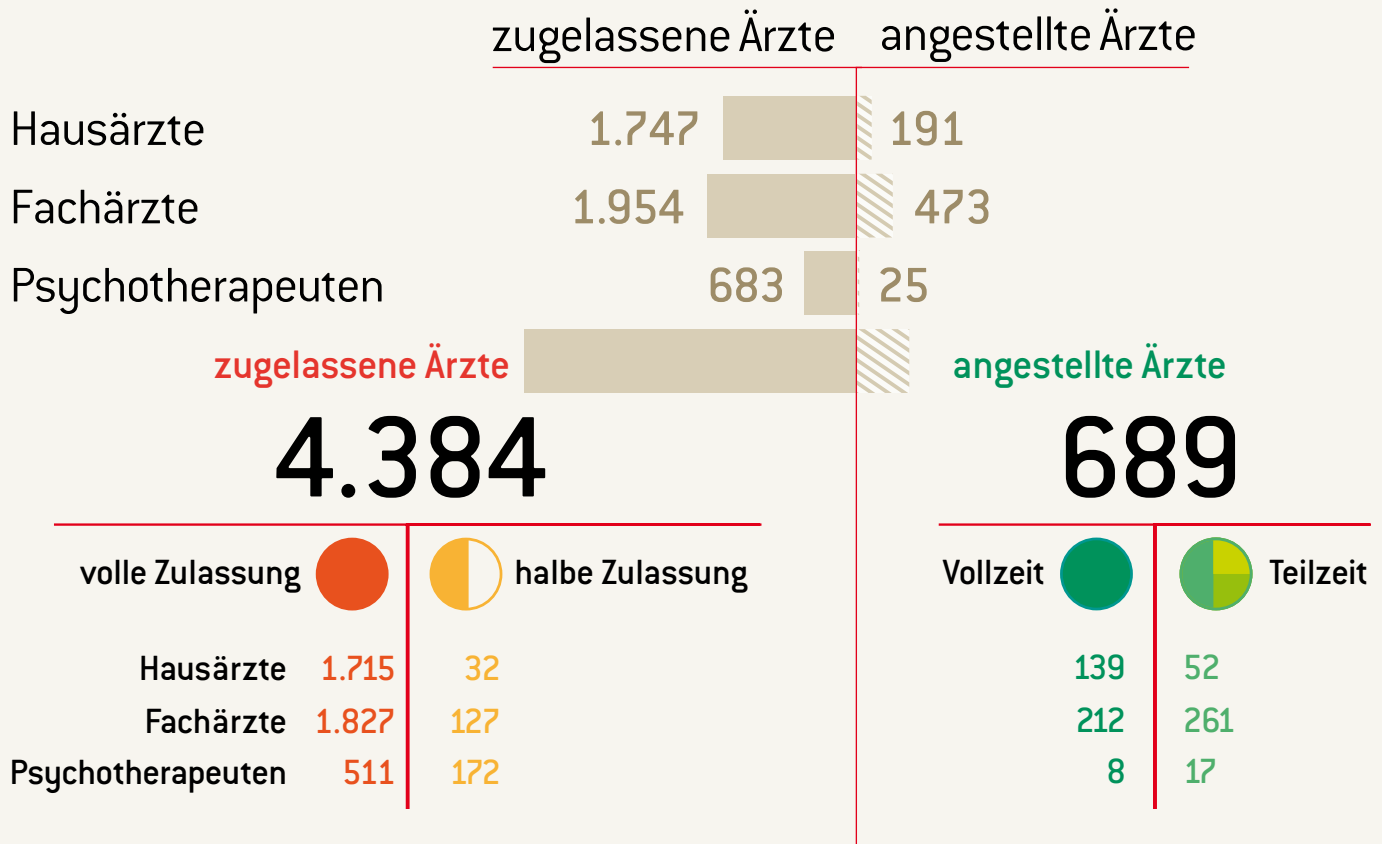
gesamt (absolute Zahl)

Durchschnittsalter (absolute Zahl)

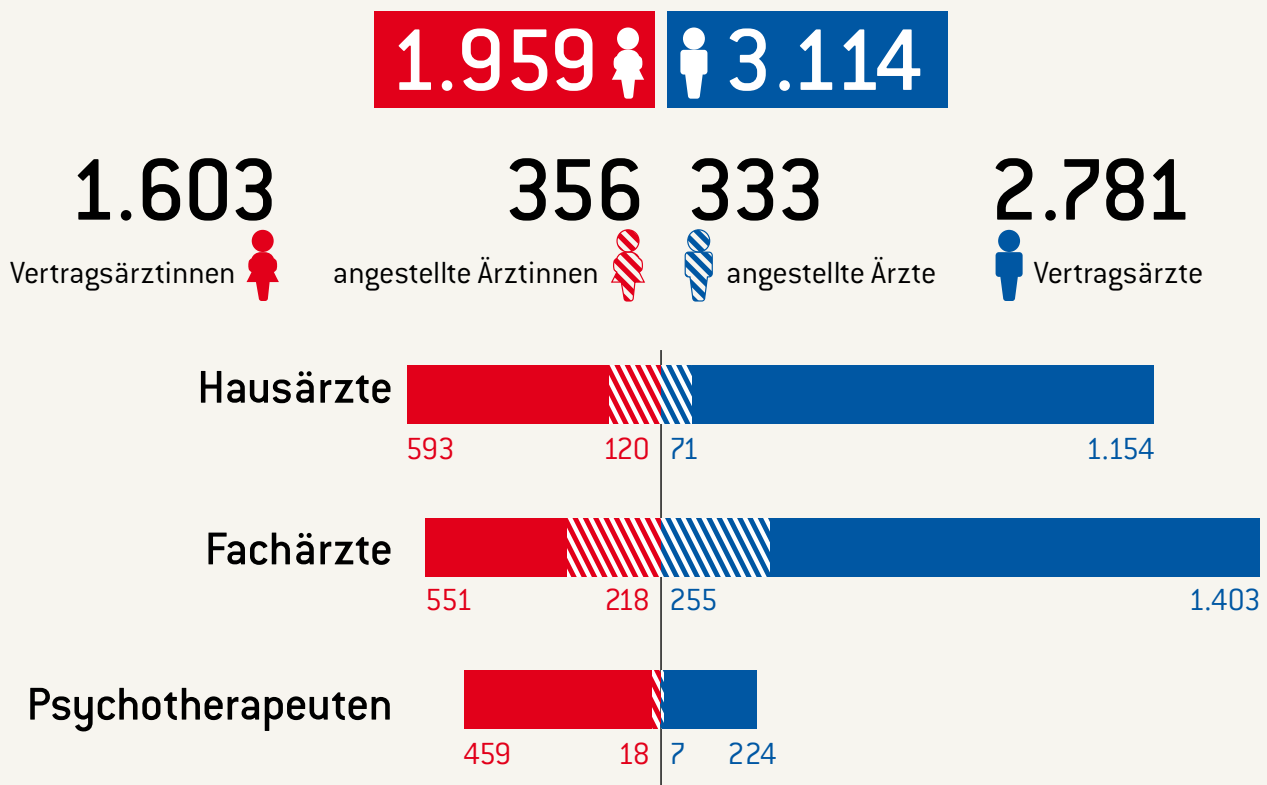
Stand: 15. Juli 2013

*Alle Angaben ohne Job-Sharer und ohne Ermächtigte – alle Fachgebiete
Bitte beachten Sie, dass im Dezimalsystem Rundungsfehler entstehen, weil nicht alle (möglicherweise unendlich viele) Nachkommastellen berücksichtigt werden.

Verteilung nach Zulassung und Anstellung, Vollzeit und Teilzeit in der ambulanten Versorgung



Geschlechterverteilung in der ambulanten Versorgung



Anzahl der verschiedenen Versorgungsformen

Die Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein arbeiten in:

- **2.350** Einzelpraxen
- **880** Berufsausübungsgemeinschaften mit **1.900** Arztstellen*
- **71** Medizinischen Versorgungszentren mit **335** Arztstellen*, davon sind
 - ▶ 41 MVZ in Krankenhausträgerschaft
 - ▶ 16 MVZ in ärztlicher Trägerschaft
 - ▶ 14 MVZ in sonstiger Trägerschaft

In Schleswig-Holstein gibt es:

- **210** Zweigpraxen, davon
 - ▶ **168** fachärztliche Zweigpraxen
 - 48 in ländlichen Raum
 - 57 in Stadt und Umlandbereich im ländlichen Raum
 - 63 in Kiel, Lübeck, Hamburg und Umland
 - ▶ **42** hausärztliche Zweigpraxen
 - 25 in ländlichen Raum
 - 6 in Stadt und Umlandbereich im ländlichen Raum
 - 11 in Kiel, Lübeck, Hamburg und Umland

Ermächtigte Ärzte

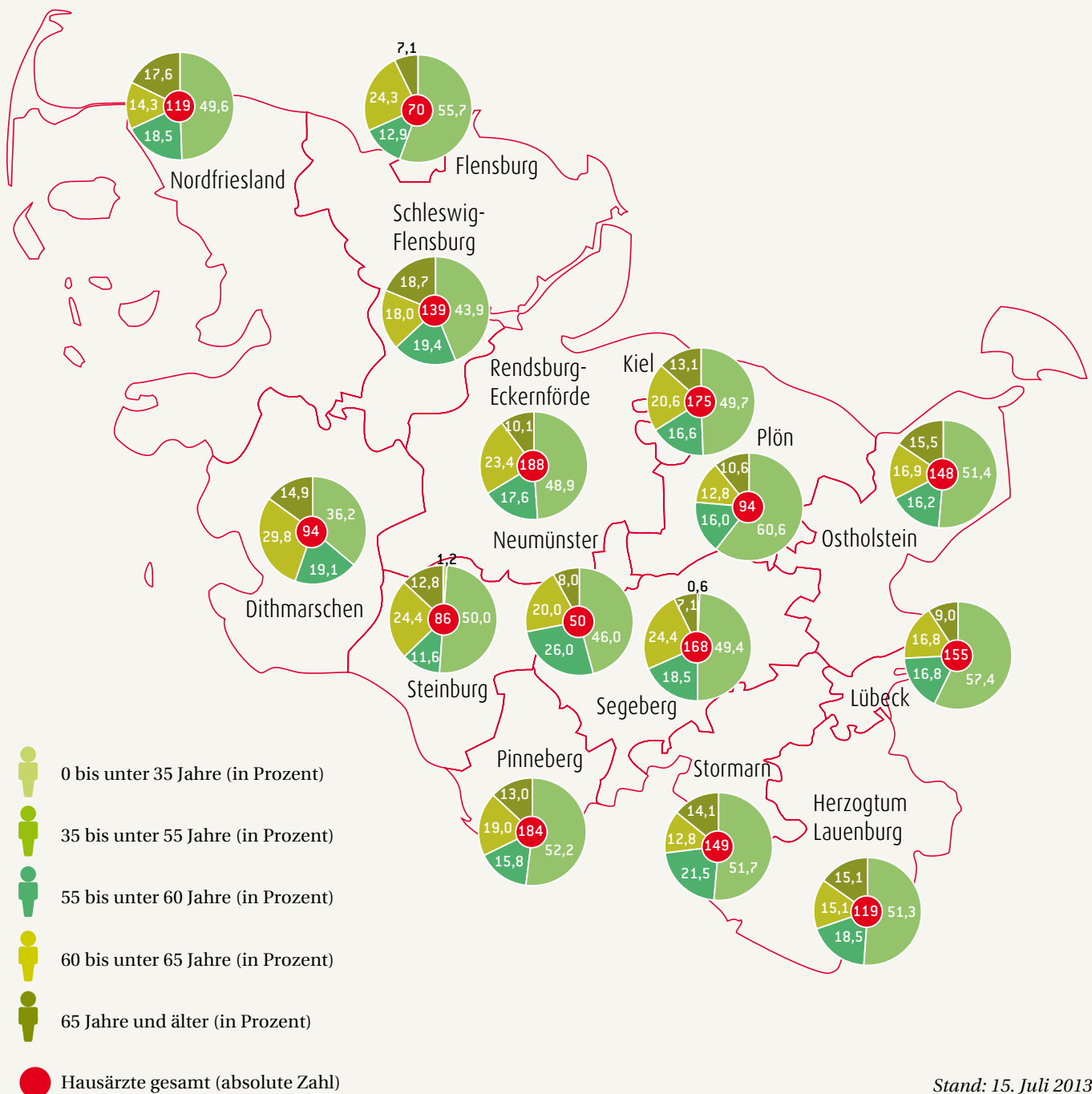
- Neben den zugelassenen und angestellten Ärzten nehmen in Schleswig-Holstein mehr als **330** ermächtigte Ärzte, dies sind in aller Regel Krankenhausärzte, an der ambulanten Versorgung teil.

Der Zulassungsausschuss, ein paritätisch mit Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen besetztes Gremium, kann Ärzte z. B. aus einem Krankenhaus zur ambulanten Erbringung bestimmter Leistungen ermächtigen, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse dieser Ärzte nicht sichergestellt werden kann. Der Ausschuss legt genau fest, wie lange und in welchem Umfang der Nicht-Vertragsarzt ambulante Leistungen erbringen darf.

** Angestellte und Zugelassene; Stellen, nicht Köpfe*

Altersstruktur nach Fachgruppen und Kreisen**

Hausärzte

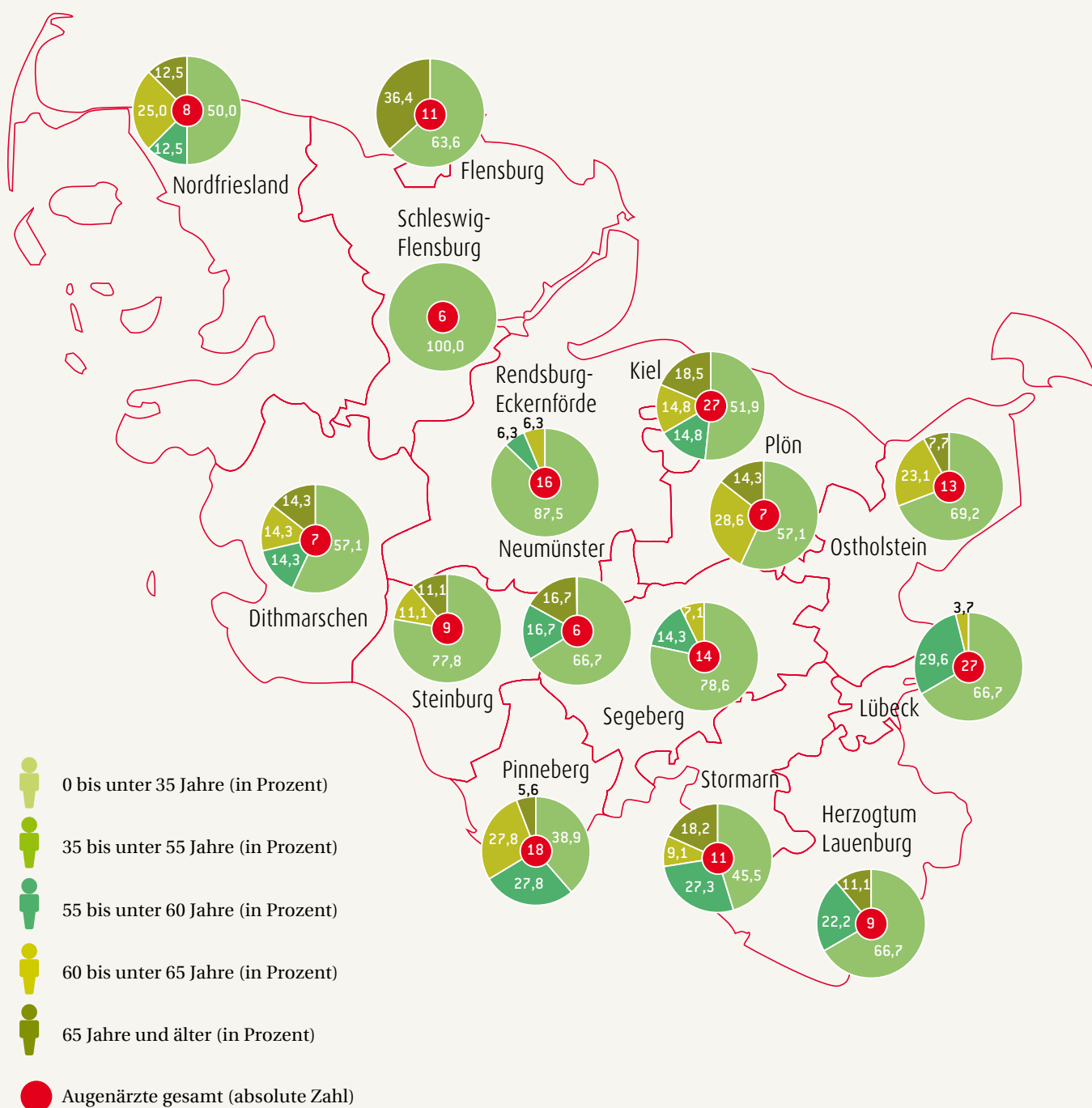


Stand: 15. Juli 2013

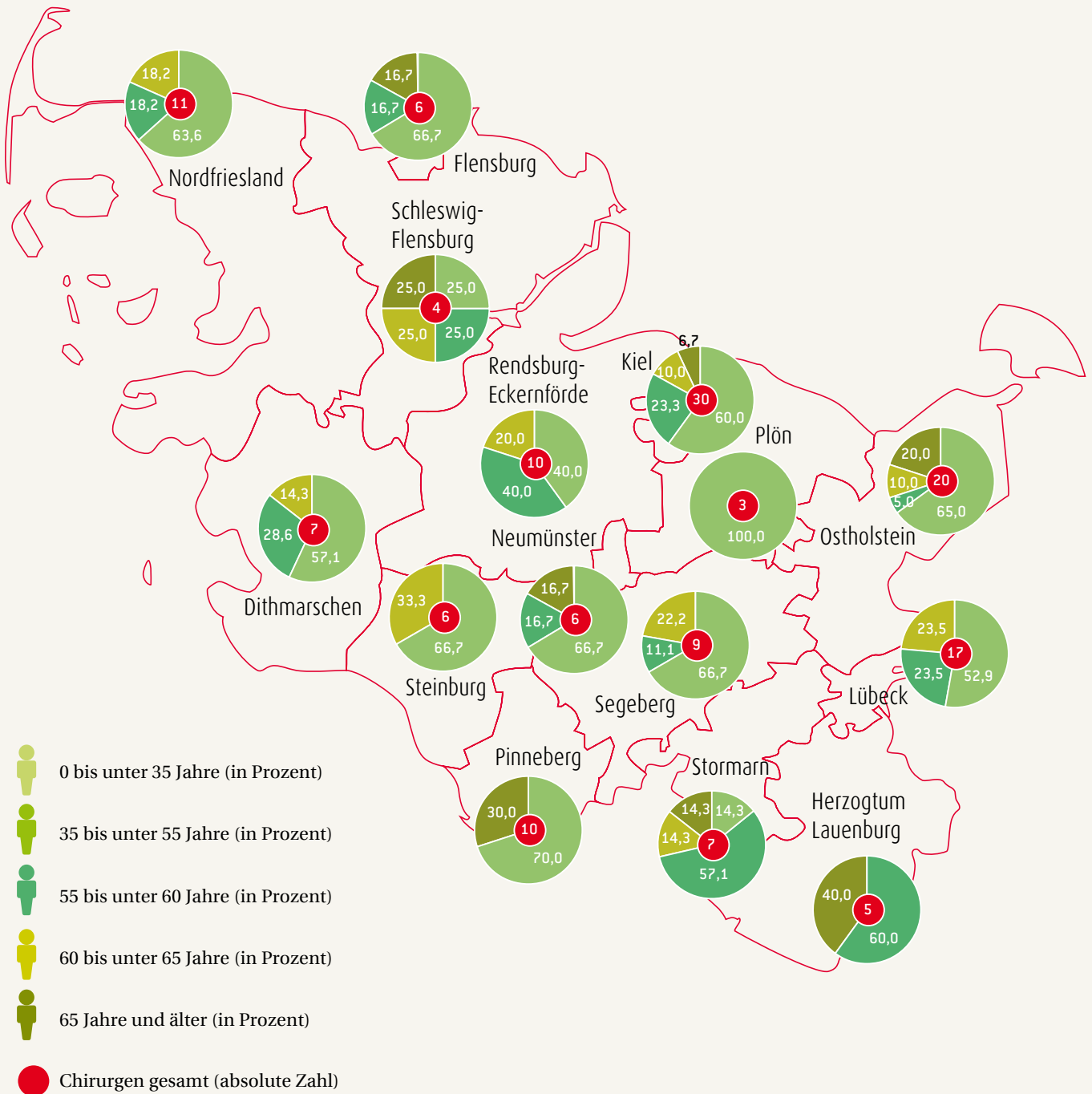
**Alle Angaben ohne Job-Sharer und ohne Ermächtigte
nur haus- und allgemein fachärztliche Versorgung

Bitte beachten Sie, dass im Dezimalsystem Rundungsfehler entstehen, weil nicht alle
(möglicherweise unendlich viele) Nachkommastellen berücksichtigt werden.

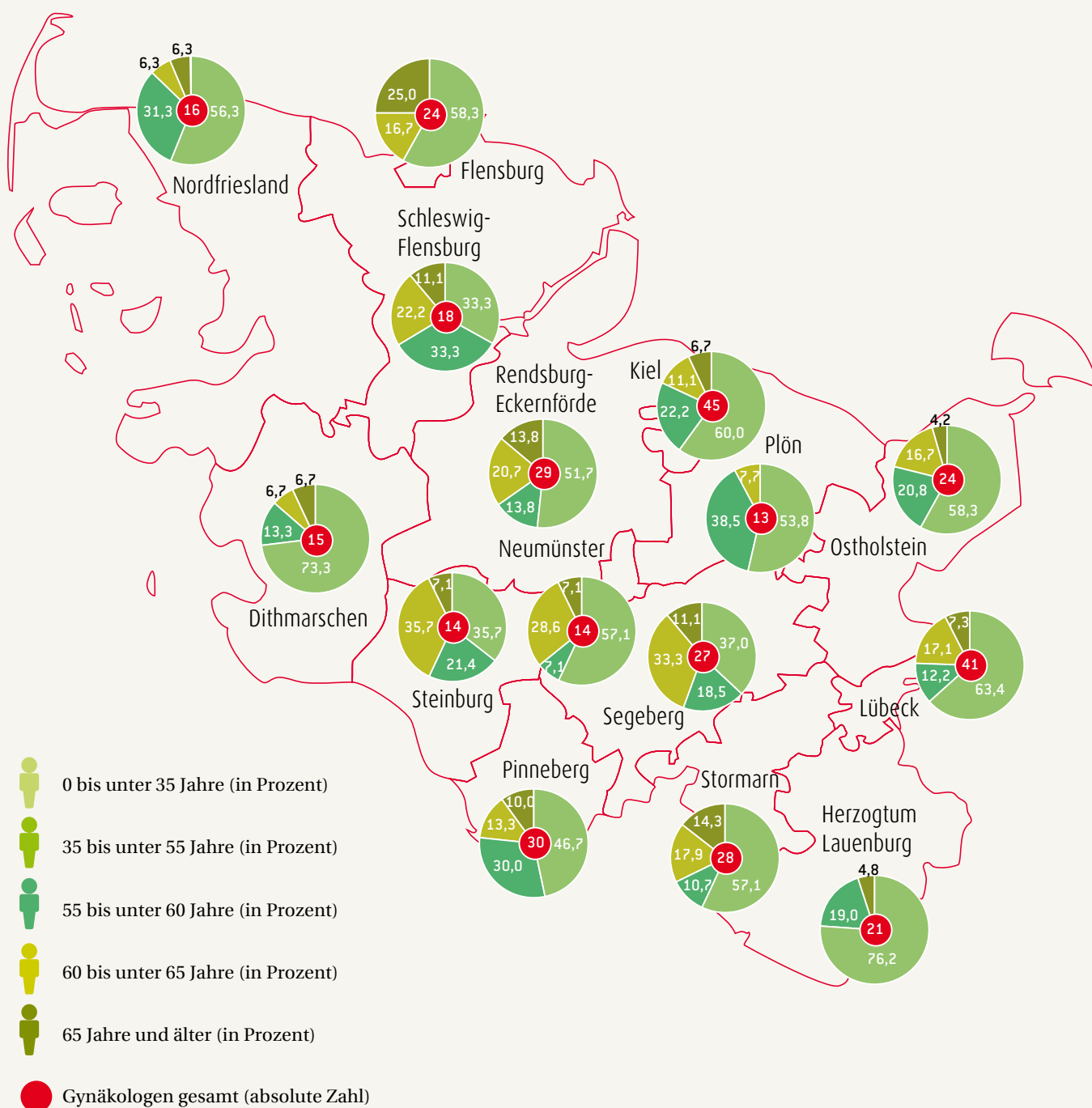
Augenärzte



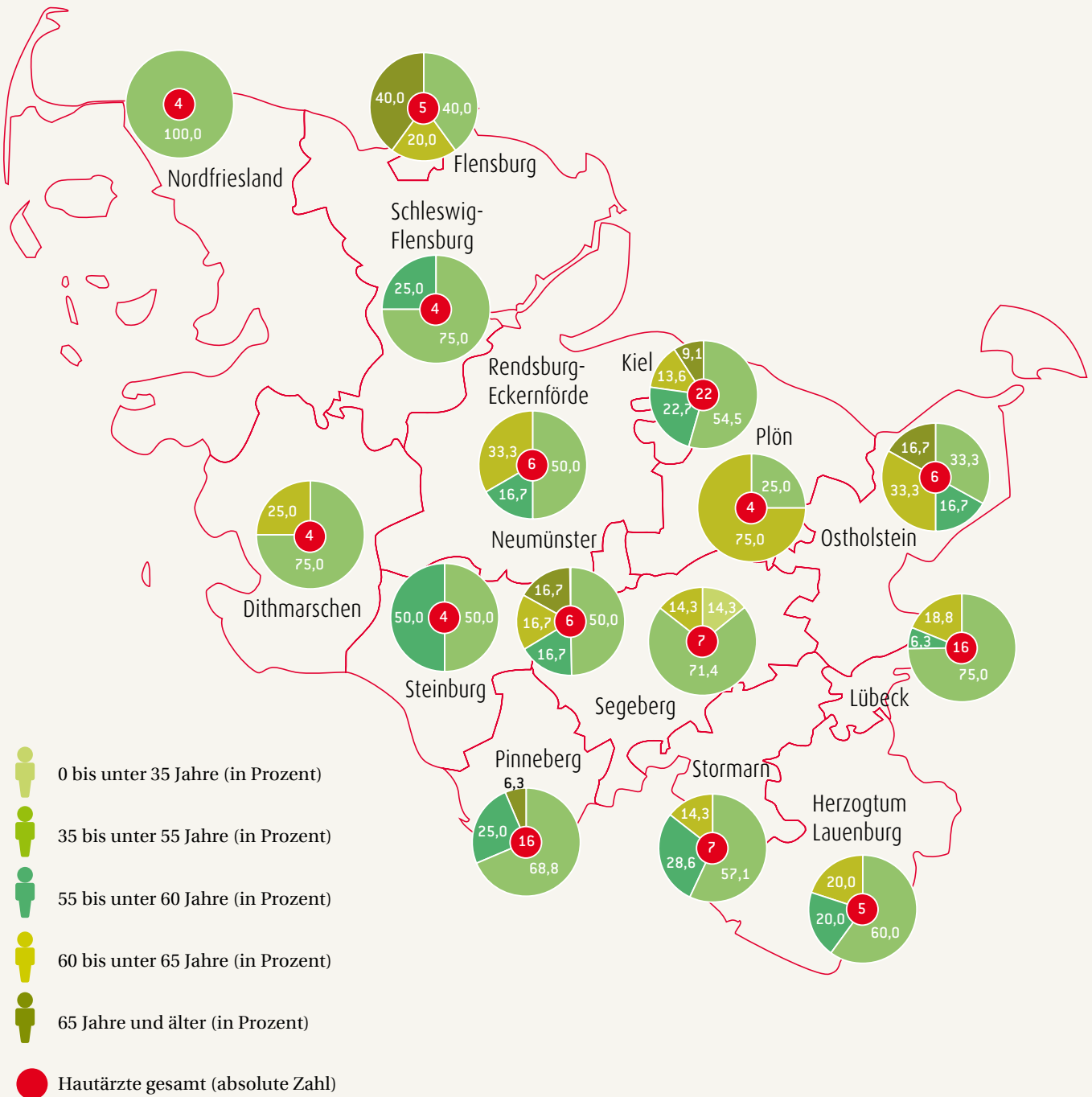
Chirurgen



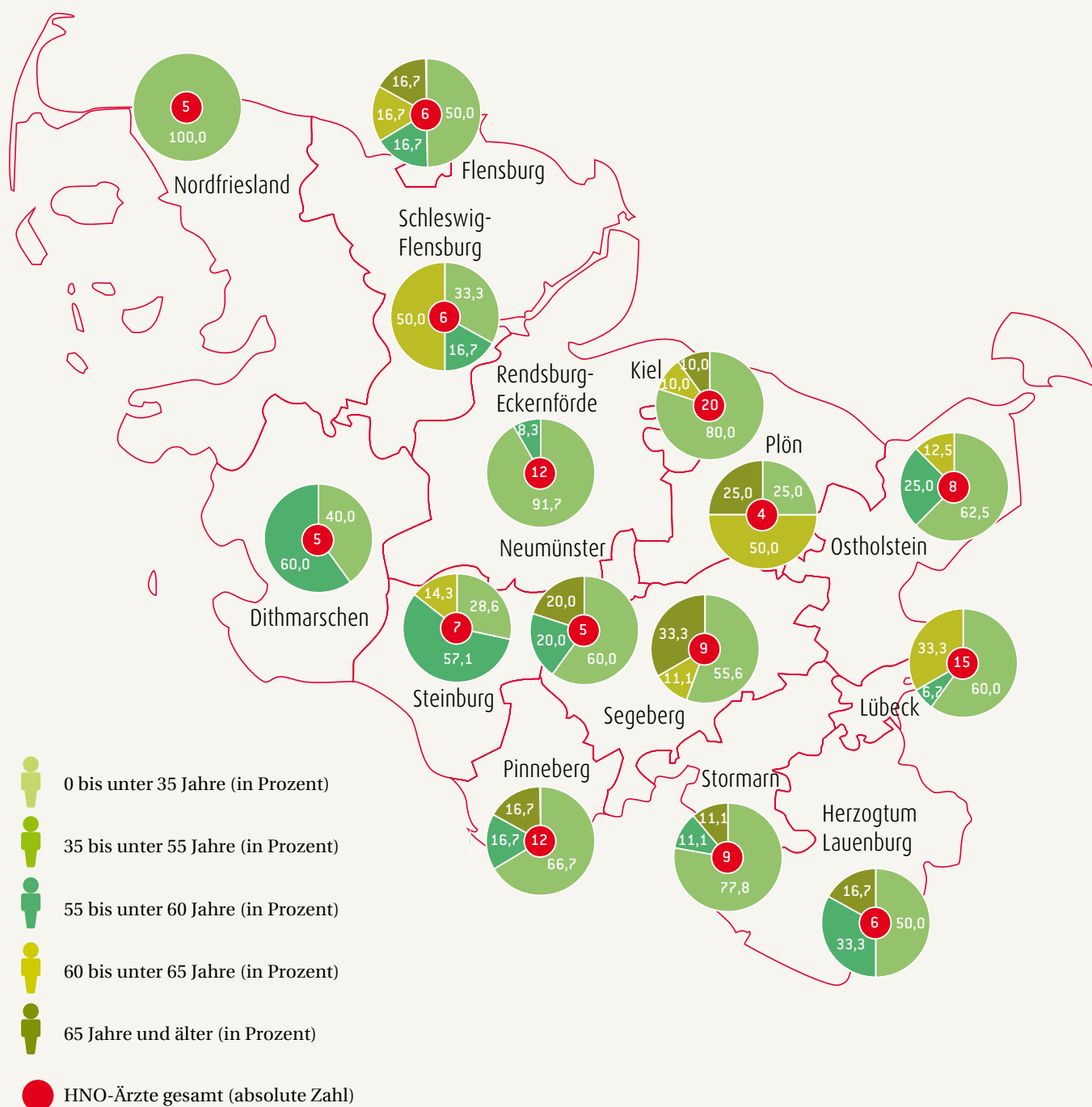
Gynäkologen



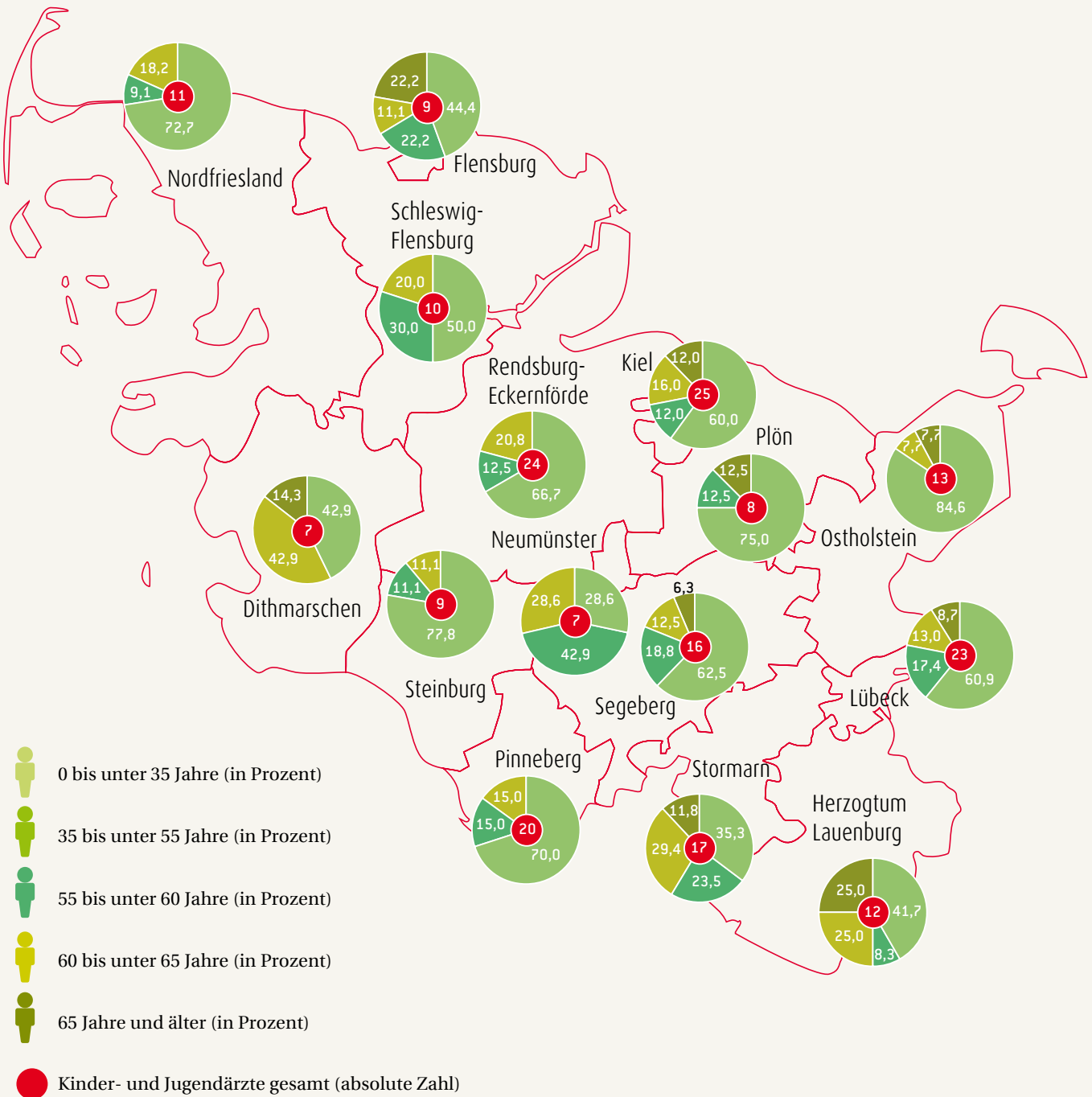
Hautärzte



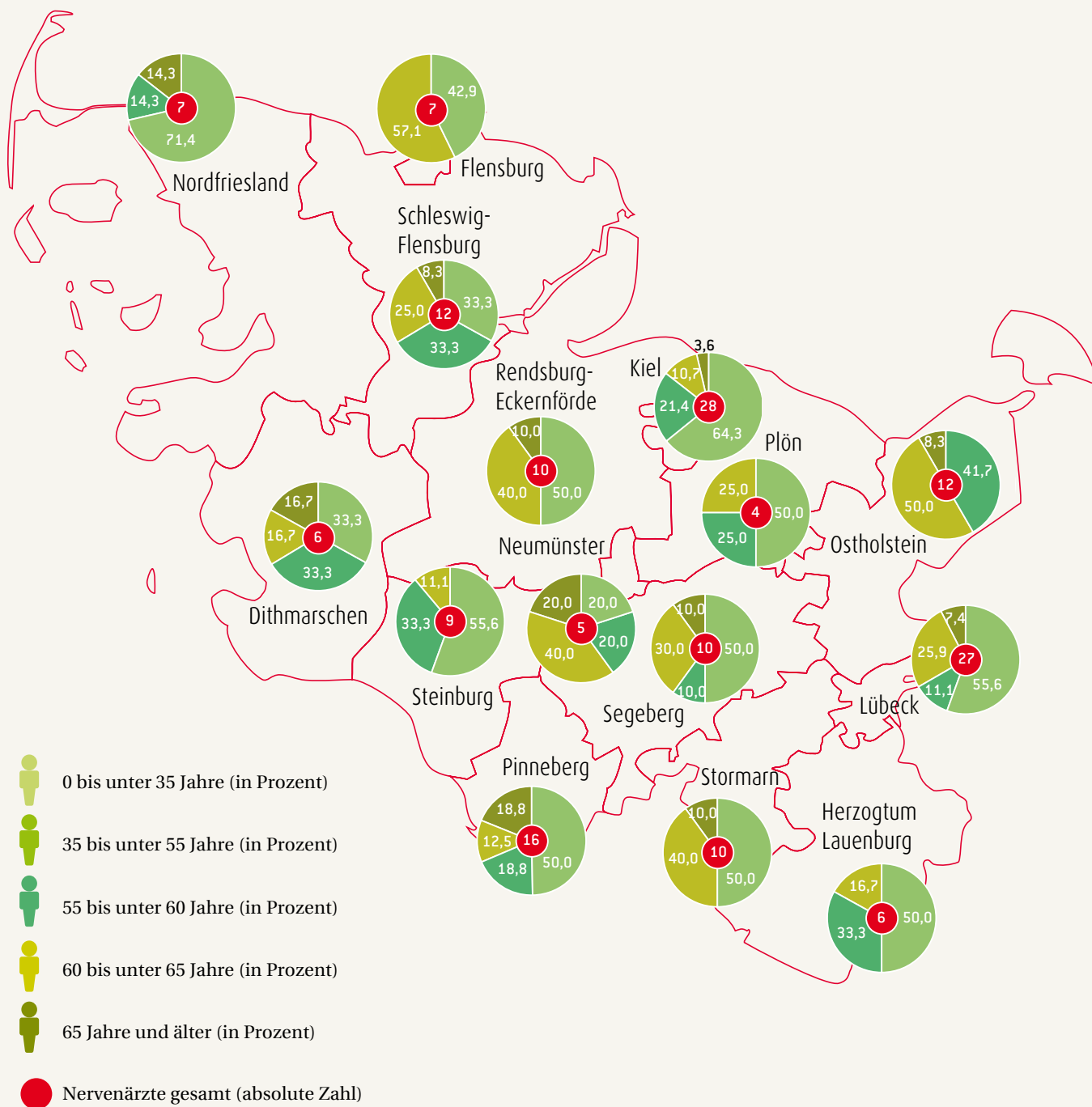
HNO-Ärzte



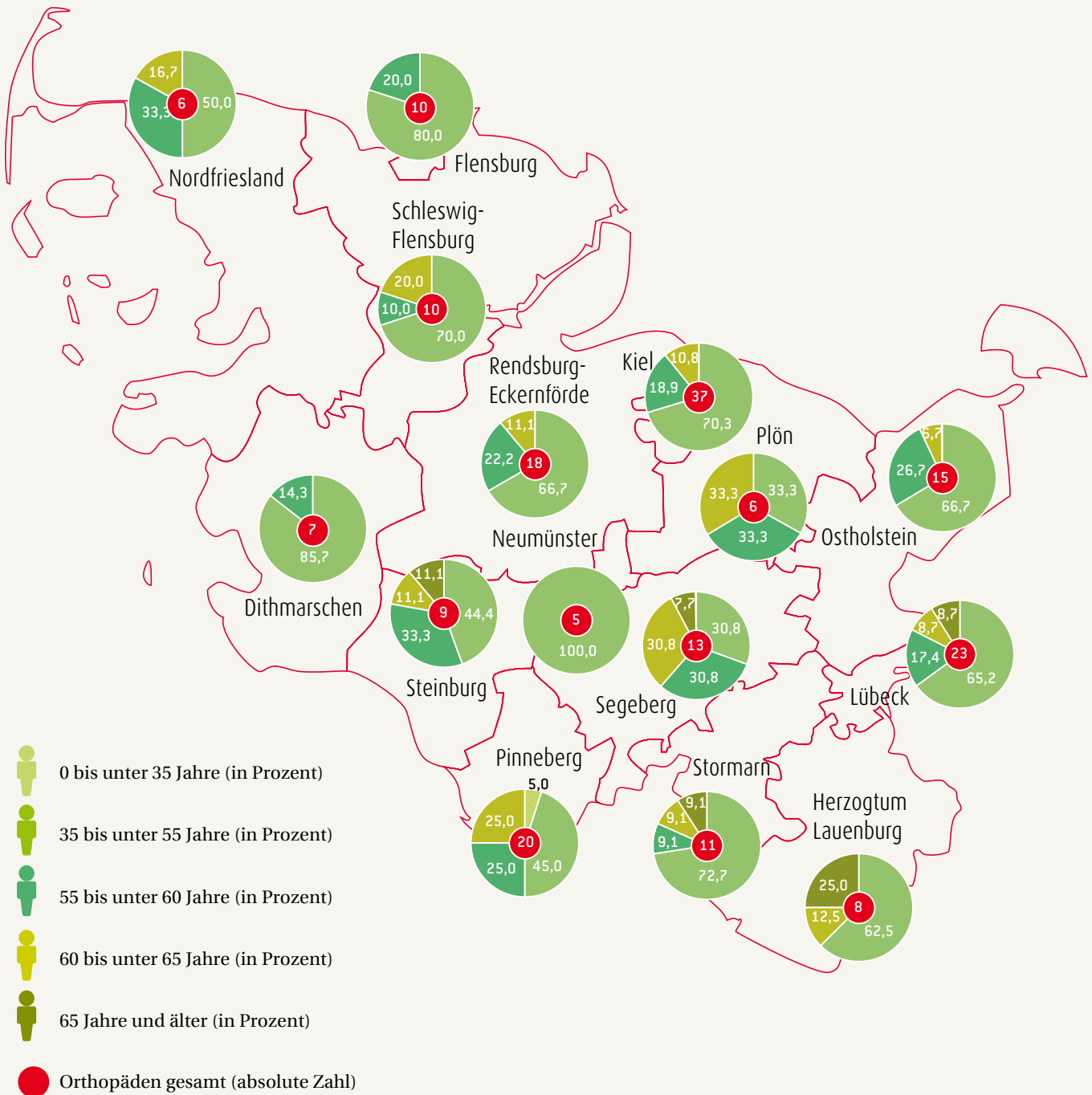
Kinder- und Jugendärzte



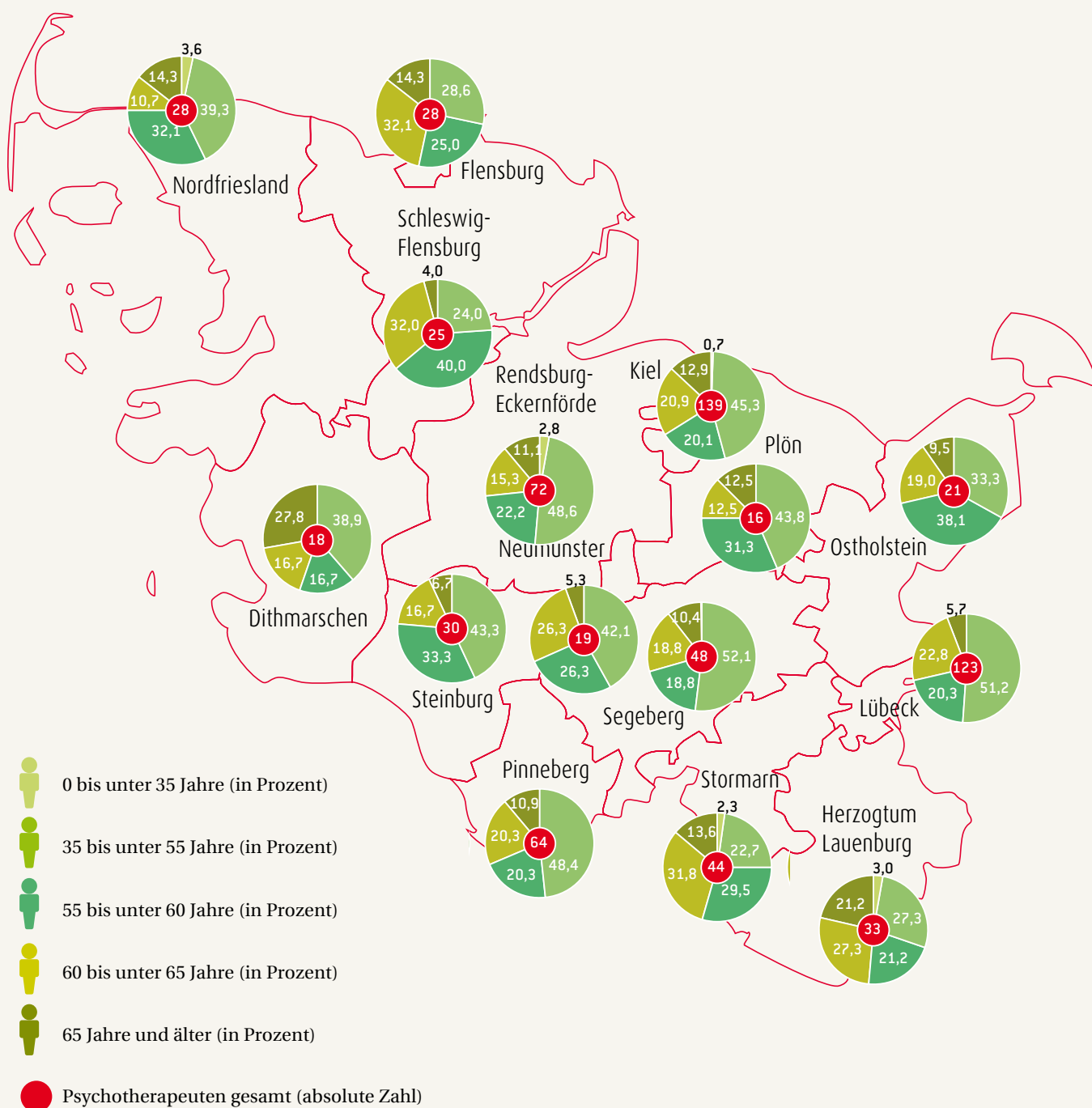
Nervenärzte



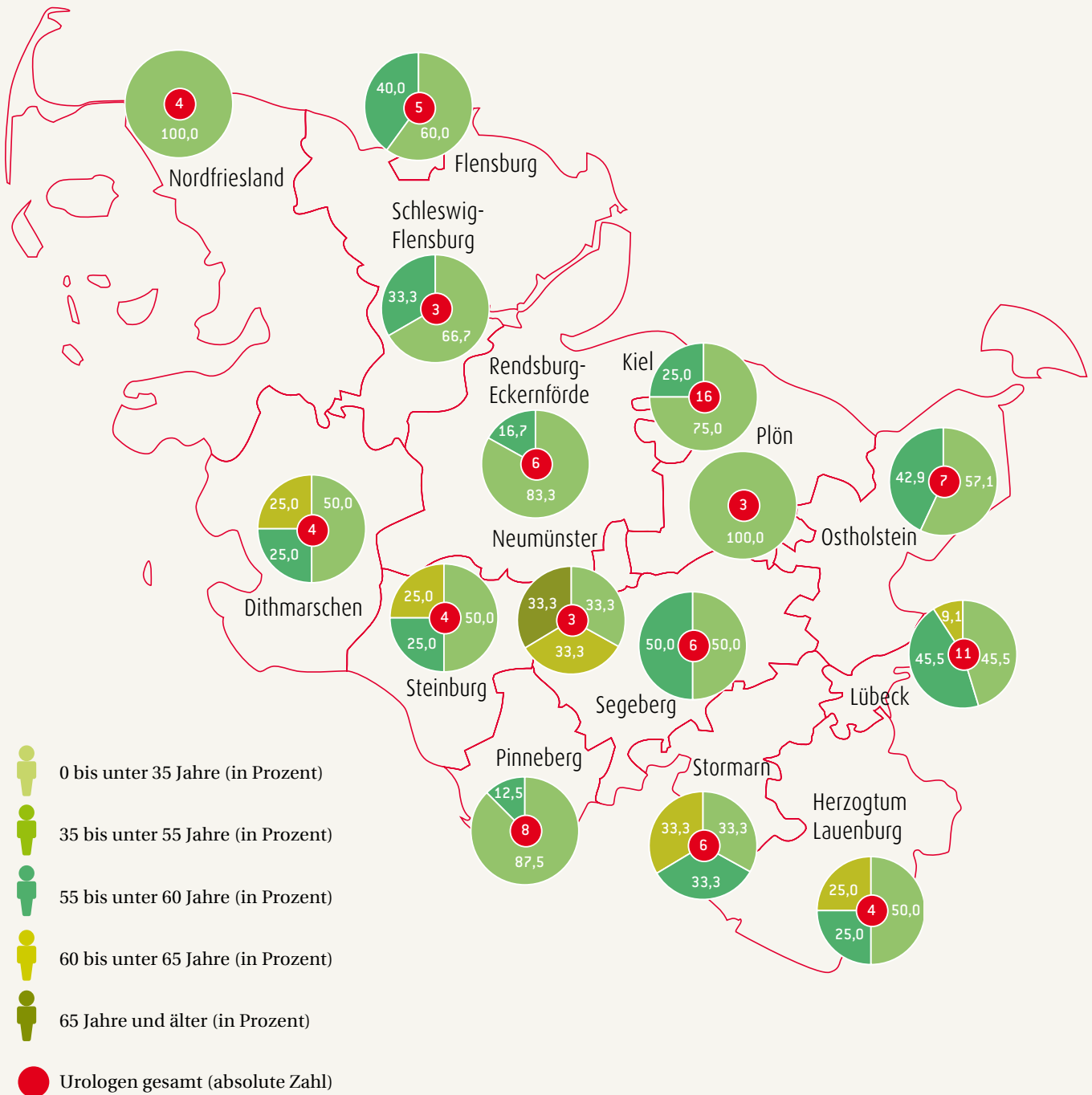
Orthopäden

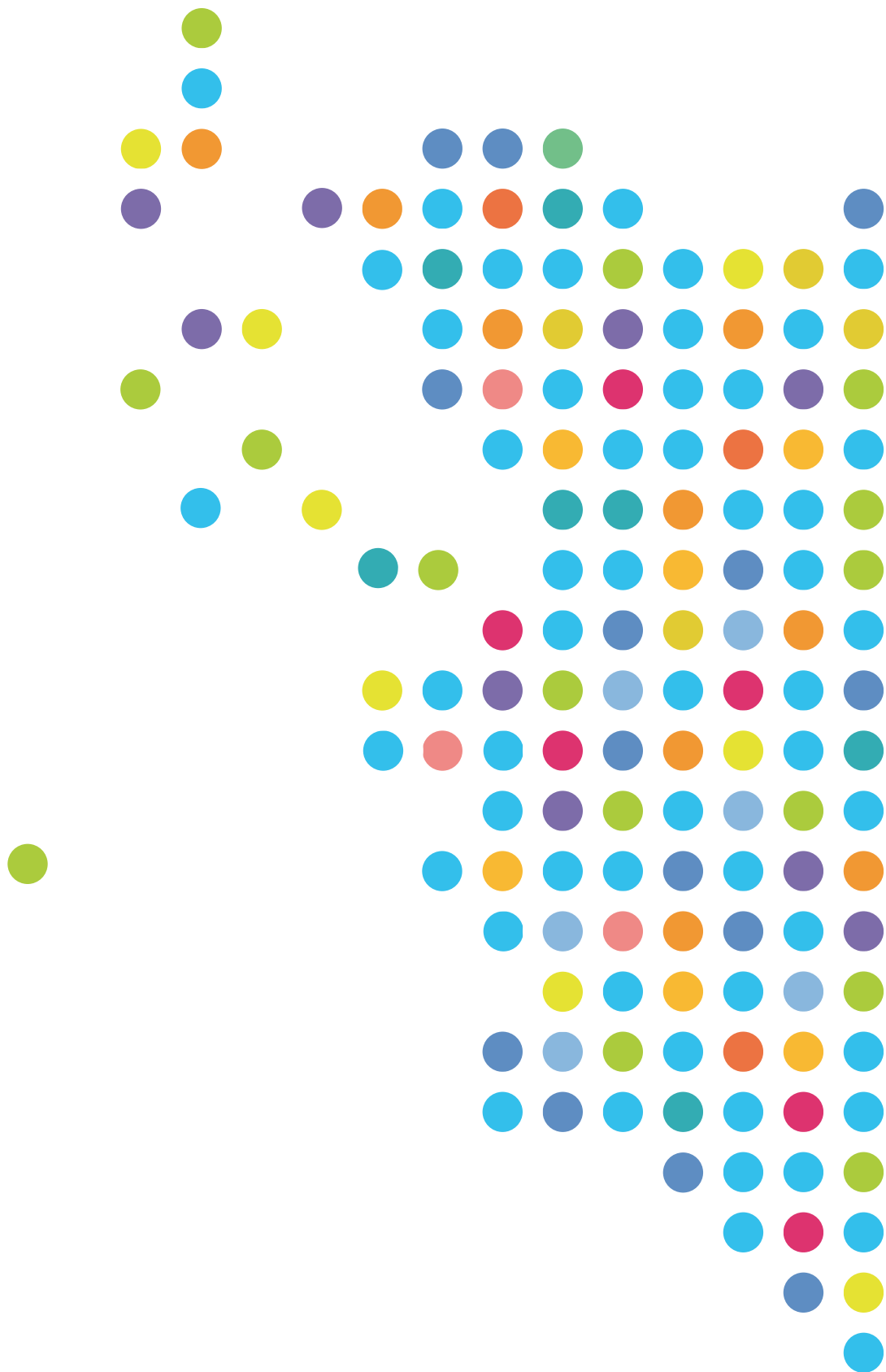


Psychotherapeuten



Urologen





Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

Weitere Informationen im Internet unter
www.kvsh.de

