



# Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Nr. 1

Januar 2018  
Bad Segeberg  
70. Jahrgang

Herausgegeben von  
der Ärztekammer  
Schleswig-Holstein



„Ich wähle,  
weil...“

Ärzte geben ihre Stimme zur Kammerwahl ab. Neue Kampagne. ► SEITE 10

## THEMEN

12

Interview:  
Partizipative  
Entscheidungen

15

Medizinethik:  
Vorbild Albert  
Schweitzer

34

Fortbildung zur  
Videochirurgie

37

Tagung zur  
Arztgesundheit

## KONGRESS

# Versorgung toppt Ökonomie

„Vernetzte Gesundheit“ rückt Versorgungsthemen wieder in den Vordergrund.

**A**m 17. Januar beginnt der Kongress „Vernetzte Gesundheit“. Die neunte Auflage findet wie gewohnt in der Kieler Halle 400 statt, erstreckt sich wie immer über zwei Tage und lockt auch in diesem Jahr wieder voraussichtlich rund 450 Besucher aus dem ganzen Bundesgebiet an.

Von „business as usual“ kann dennoch keine Rede sein. Der Kongress findet nach viermaliger Federführung des Wirtschaftsministeriums in diesem Jahr

erstmals wieder unter der Regie des Gesundheitsministeriums statt. Damit sind einige Veränderungen verbunden, die sich insbesondere in der Schwerpunktsetzung der Themen niederschlagen: Die Versorgung steht nun wieder klar im Vordergrund, die ökonomischen Themen dominieren nicht mehr. Stattdessen geht es um Modelle der sektorenübergreifenden Versorgung, digitale Unterstützung der Versorgung, Fachkräftesicherung und um die Rolle, die die Ärztenetze in diesen Fragen spielen können.

Die starke Ausrichtung auf Versorgungsthemen führt auch dazu, dass wieder mehr Ärzte aus Schleswig-Holstein als Experten auf den Podien des Kongresses gefragt sind, allen voran Kammerpräsident Dr. Franz Bartmann, der an beiden Tagen auf dem Kongress als Diskussionsteilnehmer präsent ist.

Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt ist erstmals Medienpartner des Kieler Kongresses und stellt das Programm in dieser Ausgabe ausführlich vor.

WEITER AUF SEITE 6



**Wahl**  
**2018**

Wahl zur Kammerversammlung  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
22. Mai - 7. Juni 2018

„Ich wähle,  
weil ich mir auch nach meinem Ausscheiden eine  
gute Zukunft für die Ärztekammer wünsche.“

**Dr. med. Franz Joseph Bartmann**  
Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein

## *Kammer kannste knicken ...*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
meine erste bewusste Wahrnehmung der Ärztekammer war der Antrag auf Zulassung zur Facharztprüfung im Frühjahr 1986. Zu dem Zeitpunkt war ich bereits acht Jahre ärztlich tätig und damit Kammermitglied. Selbst die Ummeldung von Hessen nach Schleswig-Holstein hatte ich wegen des scheinbaren Verlustes eines Drittels meiner Altersversorgung eher mit dem Versorgungswerk als mit der Institution Ärztekammer in Verbindung gebracht. Übrigens war der Ärger darüber auch nur passager, da die Erwartung an die zukünftige Rente im Alter von 30 Jahren noch kein ernsthaftes Drohszenario darstellt – zu Recht, wie ich heute weiß!

Ich gehe also primär davon aus, dass die Tätigkeit und Funktion einer Ärztekammer sich auch für die meisten unserer derzeit 17.600 Mitglieder nicht automatisch erschließt. Die monatliche Zusendung des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes als vordergründig erkennbar einzige Gegenleistung für den jährlich erhobenen Kammerbeitrag wird wohl häufig auch eher als Entsorgungsproblem denn als Hilfe bei der Bewältigung des ärztlichen Arbeitsalltags wahrgenommen. Auch das ist mir natürlich bewusst und ist – fast – normal.

Aber eine individuelle Gegenleistung für entrichtete Kammergebühren ist in der ärztlichen Selbstverwaltung, deren zentrales Organ die Ärztekammer ist, genauso wenig vorgesehen wie ein adäquater Gegenwert für entrichtete Steuerzahlungen jedes einzelnen Bürgers an den Staat. Gebraucht und verwendet werden die Einnahmen vielmehr für die Wahrnehmung der uns hoheitlich vom Staat übertragenen Aufgaben in der Selbst-Verwaltung des eigenen Berufsstandes mit den zentralen Schwerpunkten in der Fort- und Weiterbildung und der Gestaltung und Umsetzung des Berufsrechtes mit zahlreichen weiteren an diese Kernbereiche angedockten Zusatzaufgaben.

Das heißt im Umkehrschluss aber auch, dass ein Arzt, der seine Weiterbildung abgeschlossen hat, sich im Rahmen sozialrechtlicher Maßgaben fortbildet und in der Berufsausübung nicht mit dem Berufsrecht in Konflikt gerät, nur ausnahmsweise oder zufällig mit seiner Kammer in Kontakt gerät und sich zwischenzeitlich vielleicht fragt: Was machen die in Segeberg eigentlich (mit unserem Geld)?

Eine mögliche Antwort könnte die regelmäßige Lektüre des Ärzteblattes bieten, dessen Herausgabe als Mitteilungsblatt eine unserer gesetzlich auferlegten Pflichten darstellt und das unter anderem auch der transparenten Darstellung unserer Tätigkeit dient.

Noch besser wäre es allerdings, Sie würden sich selbst einmischen durch aktive Mitarbeit in den Ortsvereinen und Kreisausschüssen regional vor Ort oder sogar als aktives Mitglied der Kammerversammlung, die zwei- bis dreimal im Jahr in Bad Segeberg zusammentritt.

Oder sind Sie mit Ihrer Arbeitssituation und Ihrem beruflichen Umfeld total zufrieden und im Reinen? Wenn Sie diese Frage für sich bejahen, können Sie tatsächlich die Arbeit in der Selbstverwaltung anderen überlassen und dabei hoffen, dass diese auch weiterhin so agieren, dass Ihr positiver Seelenzustand nicht ins Wanken gerät.

Anderenfalls hätte ich da einen guten Tipp!

Als ich mich 1988 erstmals zur Wahl gestellt habe, war mein Ziel keineswegs eine berufspolitische Karriere oder gar die Präsidentschaft. Unzufrieden mit meiner damaligen beruflichen Situation, wollte ich einfach nur etwas in meinem Sinne bewegen.

Und das hat tatsächlich funktioniert. Probieren Sie es doch auch mal selbst! In diesem Jahr haben Sie, wie alle fünf Jahre, die große Chance – es ist Kammerwahl!



Schreiben Sie uns gerne Ihre Meinung – wir freuen uns über Kritik und Anregungen:  
[aerzteblatt@aecksh.de](mailto:aerzteblatt@aecksh.de)

## *... Kammer musste machen.*

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Ihr

Dr. Franz Joseph Bartmann

PRÄSIDENT

# Inhalt

## NACHRICHTEN 4

- Sana-Klinik Eutin: Neubau oder Sanierung? 4
- IVZ Brunsbüttel macht Fortschritte 4
- Neue Termine für das Peer Review-Verfahren 5
- Medizinische Kinderhotline 5
- Kurz notiert 5

## TITELTHEMA 6

- Der Kongress „Vernetzte Gesundheit“ in Kiel stellt die Versorgungsthemen wieder in den Mittelpunkt 6

## GESUNDHEITSPOLITIK 10

- Ärzttekammer startet Kampagne zur Kammerwahl 2018 10
- Interview: Partizipative Entscheidungsfindung 12
- Medizinethik: Das Vorbild Albert Schweitzer 15
- Reha-Symposium in Lübeck 16

## IM NORDEN 18

- Brustrekonstruktion: Kooperation erwünscht 18
- Innocan: Grenzüberschreitende Kooperation 20
- Die stationäre Dermatologie auf Sylt 22
- Ärztliche Assistenten an der Medizinfakultät zur NS-Zeit 24
- Die Geschichte der nordwestdeutschen Chirurgen 28

## PERSONALIA 30

## RECHT 32

- Schlichtungsfall 32

## FORTBILDUNGEN/AKADEMIE/ECS 34

- Fortbildung zur Videochirurgie in Pinneberg 34
- DDG und DHL tagten gemeinsam in Mannheim 36
- Tagung zur Arztgesundheit 37
- Fortbildungstermine 38

## KAMMER 40

## ANZEIGEN 43

## TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM 50

## Sanierungsfall Sana-Klinik Eutin



Die Sana-Klinik in Eutin hat immer wieder mit Wasserschäden zu kämpfen.

Eine Sanierung der Sana-Klinik Eutin wird voraussichtlich deutlich teurer als noch bis Anfang Dezember angenommen. Klinikgeschäftsführer Klaus Abel nannte in einer Anhörung des Sozialausschusses in Kiel Sanierungskosten von 75 Millionen Euro. Die Kostenschätzung löste Verwunderung aus, weil bis dahin von einem Volumen zwischen 20 und 40 Millionen Euro die Rede gewesen war.

Grund für die erforderliche Sanierung sind Wasserschäden, die die Bausubstanz des Krankenhauses seit seiner Eröffnung im Jahr 2002 kontinuierlich belasten. Zwei Jahre nach dem Neubau hatte der private Klinikkonzern das Haus übernommen. In der Folgezeit wurden immer wieder Rohrbrüche festgestellt, laut Sana bis Ende 2017 insgesamt 104. Allein für die Reparatur der Rohrbrüche wurden seitdem drei Millionen Euro aufgewendet. Im Zuge der Teilsanierungen seien dann weitere

Schäden in den Bereichen Brandschutz, Heizungsrohre und Außenfassade aufgetreten.

Abel sieht wegen der ständigen Schäden nun die Zeit reif, „die Reißleine zu ziehen“. „Der Neubau, der vom Kreis Ostholstein in Auftrag gegeben wurde, hat unzählige Mängel, die, wie es scheint, durch weitere Teilsanierungen nicht zu beheben sind“, sagte Abel. Er plädiert deshalb dafür, einen Neubau als Option zur Sanierung zu prüfen. Laut Sana wird für eine Renovierung ein Zeitraum von fünf bis acht Jahren veranschlagt. Landespolitiker äußerten sich befremdet darüber, dass das Ausmaß der Schäden erst jetzt sichtbar wird. Hans Hinrich Neve, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion, sagte: „Offensichtlich gab es ein Kommunikationsproblem zwischen dem Krankenhausträger und dem Sozialministerium.“ (PM/RED)

## Zukunftsmodell IVZ Brunsbüttel

Bei einem Informationsbesuch im Westküstenklinikum (WKK) Brunsbüttel, das derzeit zum integrierten Versorgungszentrum (IVZ) umgebaut wird, hat Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg die Bedeutung der intersektoralen Zusammenarbeit betont. In Brunsbüttel wurden wenige Tage später der Neubau und die Sanierung des dritten Obergeschosses fertiggestellt, die neuen Bereiche sollten kurz nach Redaktionsschluss bezogen werden. Der Neubau ist komplett vernetzt, damit elektronische Visiten ermöglicht und elektronische Patientenakten genutzt werden können. Alle stationären Daten, darunter Laborwerte,

radiologische Daten, EKG-Daten sowie die gesamte Ressourcenverwaltung werden nach Angaben des WKK auch für den ambulanten Bereich direkt einsehbar sein.

In diesem Jahr wird es in Brunsbüttel 110 Planbetten geben, 16 Plätze in den Tageskliniken sowie zwei Normalpflegestationen. Hinzu kommen 26 Plätze in der interdisziplinären Notaufnahme, der zentralen Aufnahmestation und im IMC. Das IVZ-Modellkonzept wird mit insgesamt 7,9 Millionen Euro gefördert, weitere 1,5 Millionen Euro werden in die Funktionsebene im ersten Obergeschoss investiert. Das WKK trägt 4,7 Millionen Euro für die ambulanten Bereiche bei. (PM/RED)

## Neue Termine für Peer Review-Verfahren



Das ärztliche Peer Review-Verfahren beruht auf der Analyse medizinischer und organisatorischer Sachverhalte im kollegialen Miteinander und bietet Hilfestellung beim Aufzeigen von Lösungswegen. Es handelt sich um ein freiwilliges und unbürokratisches Verfahren, bei dem Kolleginnen und Kollegen sich gegenseitig am Arbeitsort besuchen. Bei dem kollegialen Dialog auf Augenhöhe lernen der Besuchte und der Besucher voneinander. Nach großer Akzeptanz des Verfahrens im stationären Bereich (Intensivmedizin) wird in Schleswig-Holstein auch ein Peer Review-Verfahren im ambulanten Bereich (bisheriger Schwerpunkt: Allgemeinmedizin) angeboten. Für beide Verfahren hat die Ärztekammer Schleswig-Holstein die Koordinierungsfunktion.

Voraussetzung zum Mitmachen ist die Teilnahme an einer Schulung in Anlehnung an das Curriculum der Bundesärztekammer. In den Schulungen werden u. a. Inhalte und Ausführungsdetails des Peer Review-Verfahrens sowie Kompetenzen in der Rolle als Peer vermittelt. Die nächste Schulung für das Peer Review-Verfahren in der ambulanten Versorgung bietet die Ärztekammer Schleswig-Holstein am 30. Juni 2018 an. Am 6. und 7. Juli 2018 findet eine Schulung für das Peer Review-Verfahren im stationären Bereich statt. In beiden Schulungen sind jeweils auch Kollegen anderer Fachgebiete aus dem entsprechenden Sektor herzlich willkommen, da das Verfahren universell anwendbar ist und sich eine Ausweitung auf andere Fachgebiete gerade entwickelt. Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer unter [www.aeksh.de](http://www.aeksh.de). Für Fragen wenden Sie sich an die Abteilung Qualitätsmanagement (Dr. Uta Kunze 04551 803 302). Anmeldungen bitte an die Akademie für Medizinische Fort- und Weiterbildung unter [akademie@aeksh.de](mailto:akademie@aeksh.de). (PM/RED)

## Medizinische Kinderhotline

In Schleswig-Holstein bislang noch weitgehend unbekannt ist die medizinische Kinderhotline 0800 1921000. Sie steht seit Mitte 2017 Fachkräften im Gesundheitswesen rund um die Uhr für eine telefonische ärztliche Beratung in Verdachtsfällen auf Kindeswohlgefährdung zur Verfügung.

Die Hotline bietet bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch eine direkt verfügbare Beratung durch Ärztinnen und Ärzte mit speziellem Hintergrundwissen etwa zu folgenden Fragen:

- ▶ Was sind die gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf Schweigepflicht und ärztliches Handeln?
- ▶ Welche Schritte kann oder muss ich in einem Kinderschutzfall einleiten?
- ▶ Was muss ich bei der klinischen Abklärung und Dokumentation eines Kinderschutzfalles beachten?
- ▶ Wie spreche ich Begleitpersonen auf einen Misshandlungsfall an?
- ▶ Wo gibt es Hilfe vor Ort?

Das Angebot soll außerdem helfen, die unterschiedlichen Fachsprachen und Herangehensweisen von Gesundheitswesen und Kinder- und Jugendhilfe zusammenzuführen. Damit sollen Verständigungsprobleme, die zu Lücken im Kinderschutz führen können, geschlossen werden. Die Verantwortung für den Einzelfall bleibt aber stets bei den behandelnden Ärzten. Die Hotline richtet sich ausdrücklich nicht an Betroffene und ersetzt keine Hilfsstrukturen vor Ort. Sie kann auch nicht abschließend und eindeutig klären, ob im konkreten Fall tatsächlich eine Form von Misshandlung vorliegt.

Das Projekt wird vom Bundesfamilienministerium gefördert und hat eine Laufzeit von drei Jahren. Projektleiter ist Prof. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Begleitende Forschung zur Qualitätssicherung und eine externe Evaluation des Projektes sind vorgesehen. (PM/RED)

## KURZ NOTIERT

### 20 Jahre Förderverein in Reinbek

Der Förderverein des St. Adolf-Stiftes in Reinbek hat in seiner jetzt 20-jährigen Tätigkeit fast 2,5 Millionen Euro an Spenden für das Krankenhaus eingeworben. Der von Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern gegründete Verein hat inzwischen mehr als 600 Mitglieder. Ziel des Vereins ist es, die Arbeit des Krankenhauses durch Spenden zu unterstützen und als Botschafter des Hauses aufzutreten. Laut Satzung sollen Patienten von allen Anschaffungen unmittelbar profitieren, etwa weil sie eine besonders schonende Operationsmethode ermöglichen oder zum Wohlfühl bei einer Behandlung beitragen. Zum Start vor 20 Jahren hatten sich 124 Personen zur Gründung zusammengefunden. Der siebenköpfige Vorstand hat sich zum Ziel gesetzt, dass noch mehr Bürger in Reinbek und Umgebung den Verein kennenlernen und eine emotionale Bindung zum St. Adolf-Stift aufbauen, hieß es in einer Mitteilung anlässlich des Jubiläums. (PM/RED)

### Risikofaktor Arbeitslosigkeit

Erwerbspersonen mit geringem sozioökonomischem Status haben häufiger gesundheitliche Probleme und Einschränkungen. Dies zeigt der jüngste Barmer Gesundheitsreport, für den verschiedene Indikatoren der Gesundheit von erwerbstätigen Versicherten untersucht wurden. Bei der Gegenüberstellung von Erwerbspersonen mit einem Einkommen unter und über der Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung zeigen sich bei höherem Einkommen deutlich niedrigere Werte beim Krankenstand, bei Krankenhaustagen, täglichen Arzneimitteldosen und Arztbesuchen. Auch die Sterberate liegt deutlich niedriger. Besonders bei Arbeitslosen weisen die Ergebnisse auf gesundheitliche Probleme hin. Insbesondere bei psychischen Störungen zeigten sich bei den Arbeitsunfähigkeitstagen, Krankenhaustagen, täglichen Medikamentendosen und Arztbesuchen höhere Werte. Die Sterberate lag doppelt so hoch wie im Mittel aller Erwerbspersonen. (PM/RED)

### Lohfert-Preis: Ausschreibung läuft

Kulturwandel im Krankenhaus: Multidimensionale Konzepte zur Verbesserung der (Patienten-)Sicherheitskultur – so lautet das Ausschreibungsthema für den Lohfert-Preis 2018. Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks (SD) übernimmt die Schirmherrschaft für den mit 20.000 Euro dotierten Förderpreis. Bewerbungsschluss ist der 28. Februar 2018. Der Lohfert-Preis prämiiert praxiserprobte und nachhaltige Konzepte, die den stationären Patienten im Krankenhaus, seine Bedürfnisse und Interessen in den Mittelpunkt rücken. Gesucht werden Konzepte und Projekte, die bereits in der Medizin implementiert sind. Das Konzept soll grundlegend neue Ansätze und patientenorientierte, qualitätsverbessernde Impulse beinhalten. Bewerber können sich alle Teilnehmer der stationären Krankenversorgung im deutschsprachigen Raum sowie Management- und Beratungsgesellschaften, Krankenkassen oder sonstige Experten. Die Bewerbung muss in deutscher Sprache verfasst sein und online eingereicht werden. Eine Jury mit namhaften Akteuren aus dem Gesundheitswesen entscheidet über die Vergabe des Preises. Bewerbungen werden ausschließlich über das Online-Bewerbungsformular unter [www.christophlohfert-stiftung.de](http://www.christophlohfert-stiftung.de) angenommen. Informationen und Bewerbungsunterlagen finden sich ebenfalls dort. Der Preis wird am 19. September 2018 im Rahmen des 14. Gesundheitswirtschaftskongresses in Hamburg vergeben. (PM/RED)



Austausch zwischen den Vorträgen: Auf dem Kongress „Vernetzte Gesundheit“ in Kiel besteht dazu am 17. und 18. Januar reichlich Gelegenheit.

## KONGRESS

# Der Fokus liegt wieder auf der Versorgung

Der Kongress „Vernetzte Gesundheit“ am 17. und 18. Januar widmet sich in diesem Jahr verstärkt Versorgungsthemen. Die Federführung liegt wieder im Gesundheitsministerium.

Die Reihe der Skeptiker war lang. Als 2010 der erste Kongress „Vernetzte Gesundheit“ in Kiel veranstaltet wurde, gab es viele mahnende Stimmen: Der Kongresskalender in Deutschland sei voll, die Kieler Randlage schwierig und neue Gesichter und Themen zu finden unmöglich.

Es gibt bessere Startbedingungen für die Etablierung eines neuen Kongresses im Gesundheitswesen. Auch im weiteren Verlauf kamen Stolpersteine. Erst wurde öffentlich über die Kosten diskutiert, dann wechselten die Zuständigkeiten. Vom FDP-Minister zur SPD-Ministerin, dann vom Gesundheits- ins Wirtschaftsministerium und kürzlich alles wieder zurück. Nicht in jedem Stadium war klar, ob die obersten Verantwortlichen voll und ganz hinter dieser Veranstaltung standen.

Dennoch kamen vom Start weg regelmäßig rund 450 Besucher aus ganz Deutschland nach Kiel, um sich zum

Thema Vernetzung zu informieren. Zum Start im Jahr 2010 waren es die Praxisnetze, die im Mittelpunkt der Diskussion standen. Die Verbünde sind und bleiben ein zentrales Thema dieser Veranstaltung, längst begleitet vom zweiten Top-Thema in diesem Bereich, der Digitalisierung. Viele Besucher, Referenten und Aussteller sind Stammgäste des „Early Bird“ der deutschen Gesundheitskongressszene geworden – ein Etikett, das sich Kiel übrigens nicht mehr uneingeschränkt anheften kann: Einen Tag früher eröffnet 2018 die zweitägige Health 4.0 in Düsseldorf mit namhafter Konkurrenz.

Ab dem 17. Januar heißt es dann für Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg in zweifacher Hinsicht „Zurück in die Zukunft“: Unter seiner Verantwortung war der erste Kieler Kongress damals geplant und veranstaltet worden. Nun hat er ihn zurück aus dem Wirtschafts- in das Gesundheitsministerium geholt. Damit ist ein klares Signal

verbunden: Die Gesundheitswirtschaftsthemen, die in den vergangenen Jahren stark – nach Ansicht mancher Besucher zu stark – betont wurden, werden in diesem Jahr wieder mehr von versorgungsrelevanten Themen begleitet. Garg hält diese Teilneuausrichtung für sinnvoll und vorwärtsgewandt, wie er in seinem Vorwort zum aktuellen Kieler Kongress deutlich macht: „Vernetzung in Gesundheitsversorgung und -wirtschaft ist immer noch ein Zukunftsthema und kein alter Hut.“

Das ist auch ein Grund, weshalb sich die Ärztekammer Schleswig-Holstein in diesem Jahr noch stärker einbringt als in den Jahren zuvor. Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt ist in diesem Jahr erstmals Medienpartner der Veranstaltung, die auf verschiedenen Podien an den beiden Tagen auf die Expertise von Kammerpräsident Dr. Franz Bartmann und von Vorstandsmitglied Dr. Svante Gehring, der für die Ärztengegenenschaft Nord auftritt, zurückgreift.

## Vier Jahre

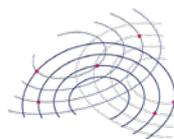
lang war das schleswig-holsteinische Wirtschaftsministerium Ausrichter des Kongresses „Vernetzte Gesundheit“. 2018 kehrt der Kongress zurück unter das Dach des Gesundheitsministeriums.

Garg hält die Herausforderungen für die Versorgung für „bekannt, beschrieben und besprochen“. Ihm fehlt es an überzeugenden, innovativen und zum Teil auch an grundlegenden Lösungen, macht er in seinem Grußwort deutlich: „Wenn es zum Schwur kommt und Vernetzung gelebt werden soll, fehlt noch immer zu oft der Mut zum Handeln. Was sicher auch an den immer noch nicht wenigen überholten Regelungen liegt, die so manche vernetzte Idee ausbremsen. Die Frage ist: Wie kommen wir trotzdem voran zu mehr Vernetzung in der Gesundheit?“

Der Gesundheitsminister ist aber auch überzeugt, dass „gelebte Vernetzung gewinnt“. Wie dies geschehen kann, soll in den zahlreichen Workshops an den beiden Tagen in Kiel deutlich werden. Inhaltlich stehen die in Schleswig-Holstein traditionell starken Arztnetze schon im Pre-Workshop im Mittelpunkt. Der von den Zusammenschlüssen selbst vehement geforderte Leistungserbringerstatus für Netze wird in diesem Modul in mehreren Vorträgen und aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Aus schleswig-holsteinischer Sicht bereichern KV-Chefin Dr. Monika Schliffke und der Geschäftsführer des Praxisnetzes Herzogtum Lauenburg, Markus Knöfler, die Diskussion. Neben ihnen sind auch Allgemeinmediziner Wolfgang Hentrich (Ärztzetz Genial in Lingen), Dr. Carsten Jäger (stellvertretender Vorsitzender des Vorstands der Agentur deutscher Arztnetze) und Dr. Bernhard Gibis (Leiter des Dezernats Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin) mit von der Partie.

450

Besucher, 60 Referenten, 25 Aussteller – diese Eckdaten nennt die mit der Organisation des Kieler Kongresses beauftragte Agentur als Eckdaten für die „Vernetzte Gesundheit.“



## Vernetzte Gesundheit

... gewinnt!

Kiel, 17. und 18. Januar 2018



In diesem Jahr rechnen die Organisatoren mit ähnlichem Andrang wie 2017.

In der folgenden Eröffnungsveranstaltung ab 18 Uhr diskutiert Kammerpräsident Dr. Franz Bartmann dann mit Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg, UKSH-Chef Prof. Jens Scholz, Dr. Roland Ventzke (Geschäftsführer des Städtischen Krankenhauses in Kiel und Vorstandsvorsitzender der 6 K-Krankenhäuser), Barmer-Vorstandschef Prof. Christoph Straub und Michael Franz von der CompuGroupMedical (CGM) über das Ausmaß der staatlichen Einflussnahme, die für die Digitalisierung erforderlich ist.

Am folgenden Morgen wird sich die Einführungsveranstaltung ab 9 Uhr der von Garg im Grußwort aufgeworfenen

Frage widmen. Unter dem Titel „Vernetzt gewinnt! Was geht? Was fehlt? Was tun?“ wird der Landesgesundheitsminister mit KBV-Chef Dr. Andreas Gassen, TK-Vize Thomas Ballast, Michael Dieckmann von Ameos, Dr. Josef Düllings vom Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt von der Hamburger OptiMedis AG diskutieren – eine große Runde für die Frage nach den erforderlichen Schritten für eine weitere Vernetzung. Anschließend geht es beim Kieler Kongress traditionell in die kleineren Parallelveranstaltungen, die aber häufig konkretere Informationen bieten. Dabei werden Bartmann und Gehring un-

## MFA-Ausbildung gemeinsam: 18. Januar 2018 um 14:15 Uhr



Zwei Chefs, eine Auszubildende: Allgemeinmediziner Jürgen Elis (links) und der hausärztliche Internist Jörg Schulz-Ehlbeck aus Neumünster haben Sarah Preußer im vierwöchigen Wechsel in ihren Praxen ausbilden lassen – mit guten Ergebnissen. Inzwischen haben die beiden gemeinsam eine neue Auszubildende eingestellt.

Die Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) ist wichtig, damit Arztpraxen auf kompetente Mitarbeiter zurückgreifen können. Viele Praxisinhaber wissen um ihre Verantwortung für die Ausbildung, aber nicht jeder kann dieser Verantwortung mit einer Einzelpraxis gerecht werden.

Allgemeinmediziner Jürgen Elis und der hausärztliche Internist Jörg Schulz-Ehlbeck aus Neumünster steckten in genau diesem Dilemma: Ihre Praxen sind zu klein, um allein ausbilden zu können, zugleich wollten sie diese Aufgabe aber erfüllen und nicht nur anderen überlassen. Gemeinsam fanden sie eine Lösung, die landesweit beachtet wurde. Sie stellten die Auszubildende Sarah Preußer gemeinsam ein. Die angehende MFA arbeitete in vorab abgestimmten Abschnitten in beiden Praxen und erhielt damit deutlich mehr Einblicke in die praktische Ar-

beit von Arztpraxen als ihre Kolleginnen, die in der Regel nur in einer Praxis ausgebildet werden. Sarah Preußer hat der Sonderweg nicht geschadet, im Gegenteil. Sie hat die Prüfung zur MFA mit guten Ergebnissen absolviert und nahtlos eine Anschlussstätigkeit als ausgebildete Kraft im Raum Neumünster gefunden. Die beiden Ärzte haben ebenfalls Gefallen an dem Modell gefunden. Sie bilden inzwischen die nächste MFA-Auszubildende gemeinsam aus. Worauf ein Praxisinhaber dabei achten muss, welche Rechtsform Sinn macht, wie man die Kosten teilt und sich am besten abstimmt sind Fragen, die die beiden Praxisinhaber aus Neumünster auf dem Kongress Vernetzte Gesundheit am 18. Januar um 14:15 Uhr im Workshop „Personalentwicklung gewinnt: Fachkräftesicherung hausgemacht“ beantworten können. (di)



ter dem Oberbegriff Chancengleichheit und Digitalisierung auch über das ärztliche Selbstverständnis und den mündigen Patienten diskutieren. Beteiligt ist auch Dr. Simone von Sengbusch, die als Oberärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Leiterin der mobilen Diabeteschulung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Lübeck täglich digitale Chancen in der Versorgung nutzt (siehe unten).

Zeitgleich geht es in anderen Räumen der Halle 400 auch um schon existierende oder geplante Versorgungsmodelle. Eines davon ist das Integrierte Versorgungszentrum Brunsbüttel. Bürgermeister Stephan Mohrdieck und die Geschäftsführerin des Westküstenklinikums, Dr. Anke Lasserre, werden hierüber berichten (siehe rechts). In der gleichen Runde werden Schleswig-Holsteins Vorstandschef des Hausärzterverbandes, Dr. Thomas Maurer, und die Vizepräsidentin des Landfrauenverbandes, Claudia Jürgensen, über den Nutzen der Telemedizin für Hausarzt und Patienten diskutieren. Dr. Christian Elsner, Mitorganisator des Kieler Healthcare Hackathons, wird parallel dazu in einer dritten Veranstaltung u. a. mit Christian Riep von Dräger Medical und Henner Schöneborn von SLM Solutions (beide Lü-

beck) über Innovationen sprechen.

Am zweiten Nachmittag werden parallel die Möglichkeiten der Telemedizin in der Pflege, die Vernetzung bei Forschung und Industrie und die Personalentwicklung diskutiert. Zwei Ärzte aus Neumünster stellen in diesem Rahmen ein Modell vor, über das das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt kürzlich berichtete: Jörg Schulz-Ehlbeck (Facharzt für Innere Medizin) und Jürgen Elis (Facharzt für Allgemeinmedizin) haben in getrennten Praxen eine Medizinische Fachangestellte (MFA) gemeinsam ausgebildet – mit Erfolg. Sie zeigen, dass auch kleine Praxen, für die die Ausbildung alleine schwer zu stemmen wäre, ihren Beitrag zur Personalentwicklung leisten können (siehe Seite 7).

Die Auswahl zeigt, dass die Themen des neunten Kieler Kongresses wieder deutlich stärker die Versorgung in den Mittelpunkt rücken und damit für Ärzte attraktiver geworden sind. Der Fokus auf der Versorgung bedeutet aber nicht, dass die Gesundheitswirtschaft aus der Veranstaltung gestrichen ist – sie bleibt ein Kernthema des Kieler Kongresses. Die Branche gibt in Schleswig-Holstein jedem fünften Beschäftigten Arbeit und umfasst unterschiedliche Bereiche wie Krankenhäuser, Praxen, Reha, medizinische Forschung, Pharma und medizinische Hilfsmittel bis hin zu spezialisierten IT-Anbietern und Unternehmen der Wellness-Branche.

Was das in Zahlen ausgedrückt bedeutet, wurde zuletzt in einer Studie belegt, die die Branche für Hamburg und Schleswig-Holstein gemeinsam unter die Lupe genommen hat. Danach erzielten die Firmen des Life Science Clusters im Jahr 2014 eine Bruttowertschöpfung von insgesamt vier Milliarden Euro und damit einen Anstieg von 1,1 Milliarden Euro innerhalb von zehn Jahren. Der größte Anteil entfällt auf die Pharmaindustrie (43 Prozent), gefolgt von der Medizintechnik (35 Prozent).

Die meiste Beschäftigung in dieser Branche bieten aber keinesfalls große Konzerne. 70 Prozent der insgesamt 432.300 Mitarbeiter, die in Hamburg und Schleswig-Holstein im Bereich Gesundheit tätig sind, arbeiten in Betrieben mit weniger als 250 Beschäftigten. Die Unternehmen sind außerdem von einer starken Exportleistung gekennzeichnet: 5,8 Milliarden Euro wurden im Jahr 2014 mit Exportleistungen umgesetzt. Insgesamt wächst die Gesundheitswirtschaft stärker als die Gesamtwirtschaft. Der Norden schneidet dabei im Vergleich zu anderen Bundesländern gut ab. Die Bruttowertschöpfung je Einwohner ist für die Gesundheitswirtschaft nur in Hessen und Baden-Württemberg höher – genügend Gründe, auch die ökonomische Bedeutung der Gesundheit beim Kongress nicht aus den Augen zu

## Digitale Sprechstunde: 18. Januar 2018 um 11:15 Uhr



*Dr. Simone von Sengbusch kommuniziert via „Patientus“ mit Patienten. In einem vom Innovationsausschuss geförderten Modell gehören solche Sprechstunden zum regelmäßigen Ablauf.*

**D**r. Simone von Sengbusch ist Oberärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Leiterin der mobilen Diabeteschulung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Lübeck. Dort hält sie auch Video-Sprechstunden ab. Ob diese Form der Beratung für Familien mit Kindern und Jugendlichen mit Diabetes Typ 1 sinnvoll ist, wird derzeit in einem vom Innovationsfonds geförderten Modell untersucht. Für die Diabetologin steht zwar fest, dass der persönliche Kontakt mit Patienten noch immer am meisten Vorteile bietet

und unverzichtbar bleibt, doch auf digitale Technik sollte man nach ihrer Ansicht deshalb trotzdem nicht verzichten. Im Workshop „Chancengleichheit durch Digitalisierung? Ärztliches Selbstverständnis und mündiger Patient“ sitzt sie am 18. Januar um 11:15 Uhr gemeinsam mit Kammerpräsident Dr. Franz Bartmann, Dr. Svante Gehring (Vorstand Ärztekammer und Ärztegenossenschaft Nord) und Dr. Susanne Ozegowski (Techniker Krankenkasse) auf dem Podium, berichtet von ihren Erfahrungen und diskutiert über die Folgen der Digitalisierung. (di)



## Wahl 2018

Wahl zur Kammerversammlung  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
22. Mai - 7. Juni 2018



„Ich wähle,  
weil wir ärztliche Belange wie Berufsordnung und Weiterbildung in  
unserem eigenen Parlament gestalten können.“

Dr. med. Werner Kröger  
Internist und Vorsitzender des Kreisausschusses Rendsburg-Eckernförde

Mehr Informationen zur Stimmenabgabe unter [www.aeksh.de](http://www.aeksh.de)

verlieren.

Eng mit beiden Themen Versorgung und wirtschaftliche Bedeutung ist die Fachkräftegewinnung verbunden. Außer in den Workshops schlägt sich das im Kurzfilmwettbewerb „Toller Arbeitgeber“ nieder. Zum fünften Mal zeigen Arbeitgeber der Gesundheitsbranche beim Kongress in einem Kurzfilm, warum es so besonders ist, bei ihnen zu arbeiten. Ausgeschrieben ist der Preis gemeinsam vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und dem Ministerium. Sie betonen, dass Gesundheit und Wohlergehen auch Erfolgsmaßstab für gute Personalwirtschaft ist. „Wohlbefinden am Arbeitsplatz ist im zunehmenden Kampf um Fachkräfte längst ein äußerst relevanter Faktor. Ein Unternehmen, das fit für die Zukunft sein will, muss immer auch ein exzellenter Arbeitgeber sein“, sagte Garg. Die drei besten von einer Jury ausgewählten Beiträge werden am zweiten Tag des Kongresses präsentiert. Zudem entscheiden die Internetnutzer mit ihren Klicks über den eigenen Favoriten.

DIRK SCHNACK

## Integrierte Versorgung: 18. Januar 2018 um 11:15 Uhr

*Das Westküstenklinikum Brunsbüttel: Dort entsteht derzeit das Integrierte Versorgungszentrum (IVZ), ein bundesweit beachtetes Modell zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit.*

Es gilt schon vor der Eröffnung als das Vorzeigemodell für die intersektorale Zusammenarbeit im Norden: das Integrierte Versorgungszentrum (IVZ) am Westküstenklinikum in Brunsbüttel. Nicht nur die langen Diskussionen über die Zukunft des Standorts im Vorwege, die Skepsis vieler Beteiligten und schließlich die Einigung mit umfangreicher finanzieller Unterstützung haben das Modell immer wieder in die Schlagzeilen gebracht. Was in Brunsbüttel ge-

nau entstehen soll, wie der aktuelle Stand der Umsetzung ist und welche Akteure involviert sind, wird im Workshop „Vernetzt gewinnt: Alle an Bord!“ am 18. Januar um 11:15 Uhr beantwortet. Die Geschäftsführerin des Westküstenklinikums, Dr. Anke Lasserre, und der Bürgermeister der Stadt Brunsbüttel, Stefan Mohrdieck, werden über das Modellkonzept und seine Bedeutung für die gesamte Region berichten.

Vernetzung ist aber kein Selbstzweck, sondern soll vor allem Vorteile für die Patienten bringen. Dr. Thomas Maurer, Vorsitzender des Hausärzteverbandes in Schleswig-Holstein, wird gemeinsam mit Claudia Jürgensen, Vizepräsidentin des Deutschen Landfrauenverbandes in Schleswig-Holstein, diesem Thema nachgehen.

Zugleich wird in diesem Workshop ein Blick über die Landesgrenze gewagt: Das Saarländer Modell steht im Mittelpunkt des Vortrags von Ortsbürgermeister Bernd Gard aus der Ortsgemeinde Mannebach. Er stellt ein System zur Aktivierung von Quartieren und Dörfern vor. (di)



## KAMMERVERSAMMLUNG

# „Ich wähle, weil...“ – das Wahlmotiv der SH-Ärzte

Kampagne zur Wahl der Kammerversammlung startet. Bis Mai werden rund 30 Ärzte zu Wort kommen. Crossmediale Begleitung. Ziel: Höhere Wahlbeteiligung in Schleswig-Holstein.

„Ich wähle, weil...“ Wie würden Sie persönlich diesen Satz ergänzen? Wählen, da sind sich die meisten Ärzte einig, ist wichtig, selbstverständlich, sinnvoll. Das gilt für die Wahlen zu unseren Parlamenten in Straßburg, Berlin und Kiel genauso wie etwa für Kommunalwahlen und für die eigene ärztliche Selbstverwaltung in Bad Segeberg.

Häufig genug entspricht die Wahlbeteiligung dann aber nicht dieser Haltung. Auch die Beteiligung an den Wahlen der eigenen Gremien hat in den vergangenen Jahrzehnten nachgelassen. Die Wahl zur Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein erreichte zuletzt mit einer Beteiligung von rund 40 Prozent einen Wert, der niemanden in der Ärzteschaft zufriedenstellen kann, unabhängig davon, ob man mit den getroffenen Entscheidungen der gewählten Vertreter einverstanden ist oder nicht.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein wirbt deshalb erstmals in größerem Umfang für eine breite Beteiligung an der bevorstehenden Wahl zur Kammerversammlung. Neben den üblichen Informationen rund um die Wahl und den gesetzlich vorgeschriebenen Veröffentlichungen startet mit dieser Ausgabe eine in dieser Form bislang einmalige, crossmediale Kampagne, die die Aufmerksamkeit der schleswig-holsteinischen Ärzte für die Wahl der eigenen Vertreter erhöhen soll. Beginnend mit dieser Ausgabe werden bis zur Wahl im Mai rund 30 Ärzte aus Schleswig-Holstein unseren Lesern sagen, weshalb sie persönlich auf jeden Fall ihre Stimme für die Kammerwahl abgeben. Bedingung: keine langen Aufsätze, sondern nur ein Satz, der mit „Ich wähle, weil...“ beginnt.

Die Resonanz auf unsere gezielten Anfragen hat uns gefreut und überrascht. Kein Arzt aus Schleswig-Holstein, den wir angesprochen haben, hat bislang abgelehnt, ausgenommen die Ärzte, die selbst kandidieren. Ihnen mussten wir absagen, damit die Chan-

genleichheit gewahrt bleibt.

Schon die Gespräche mit den angefragten Ärzten über die Kampagne machten Mut. Die durchweg positiven Reaktionen hatten einen Grundtenor: „Gut, dass etwas für die Wahlbeteiligung getan wird.“ Aber auch kritische Selbstreflexion ist wichtig, denn die gestellte Aufgabe klingt leichter, als sie ist. Warum wählen Sie? Das in einem Satz zusammenzufassen, ist schwerer, als es auf den ersten Blick wirkt. Viele Teilnehmer, so war unser Eindruck, haben sich dieser Herausforderung aber gerne gestellt und sie dazu genutzt, ihre eigene Haltung zur ärztlichen Selbstverwaltung noch einmal zu reflektieren.

Wie sind wir zu unseren „Wahl-Werbeträgern“ gekommen? Wir haben uns von zwei Grundsätzen leiten lassen. Erstens: Aufmerksamkeit durch Wiedererkennung erzeugen. Zweitens: Ein breites Spektrum der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft abbilden. Für den ersten Grundsatz haben wir Ärzte angesprochen, die vielen Kollegen durch ihre Funktion bekannt sind. In diesem Heft finden Sie etwa den amtierenden (und nicht erneut kandidierenden) Kammerpräsidenten Dr. Franz Bartmann und den bundesweit bekanntesten Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen und Gesundheitsökonom Prof. Fritz Beske (siehe Anzeige rechte Seite). In weiteren Heften folgen u. a. der Vorstandsvorsitzende des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Prof. Jens Scholz, und der Ehrenvorsitzende der KV Schleswig-Holstein, Dr. Klaus Bittmann. Sie zählen zu den „Prominenten“, die fast jeder Arzt in Schleswig-Holstein kennt. Dazu kommen Ärzte, die über ihre Funktionen zumindest in begrenzten Ärztekreisen einen Namen haben: Der Kreisauausschussvorsitzende Dr. Werner Kröger (siehe Anzeige Titelthema) zählt in diesem Heft dazu, später auch Vorsitzende von Berufsverbänden wie etwa Augenarzt Dr. Bernhard Bambas. Dritte Kategorie für diesen Grundsatz: Ärzte aus Schleswig-Holstein, die wich-

## SH Ärzteblatt

Im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt erscheinen von Januar bis Mai Zitate und Fotos von Ärzten, die ihr persönliches Wahlmotiv nennen.

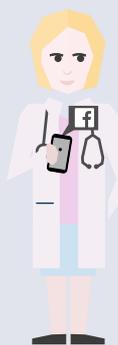


## Homepage

Auf der Homepage der Ärztekammer ([www.aeksh.de](http://www.aeksh.de)) erscheinen u. a. Anzeigenmotive und Erklärvideos.

## Mailing

Mit einem Mailing werden die Mitglieder der Ärztekammer an die Wahl und deren Fristen erinnert.



## Facebook

Mit der Kampagne startet die Ärztekammer einen Facebook-Auftritt mit zahlreichen Postings rund um die Wahl.

**Wahl**  
**2018**

Wahl zur Kammerversammlung  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
22. Mai - 7. Juni 2018



**„Ich wähle,  
weil ich möchte, dass die Belange der Ärzteschaft in unserem Lande und  
gesundheitspolitische Themen von Kolleginnen und Kollegen behandelt werden,  
die mein Vertrauen haben.“**

Prof. Dr. med. Fritz Beske  
Staatssekretär a. D., Gründer und ehemaliger Leiter des Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel

Mehr Informationen zur Stimmabgabe unter [www.aeksh.de](http://www.aeksh.de)

tige Funktionen außerhalb der Berufspolitik ausüben. Das können Berufspolitiker sein wie die Bundestagsabgeordnete Prof. Claudia Schmidtke aus Bad Segeberg (CDU) oder die Landtagsabgeordnete und Grünen-Gesundheitsexpertin Dr. Marret Bohn. Aber auch der Mannschaftsarzt von Holstein Kiel, Dr. Eckhardt Klostermeier, wirbt für die Wahl.

Genauso wichtig wie die „Prominenten“ sind die Ärzte von der „Basis“. Die Ärztin aus dem Gesundheitsamt, die Ärztin in Weiterbildung, der Landarzt, der Kollege aus der Notaufnahme in der Klinik, der nicht mehr als Arzt tätige Senior. Sie alle sind Mitglieder der Ärztekammer Schleswig-Holstein, alle sind zur Stimmabgabe aufgerufen und alle sind von den Entscheidungen berührt, die ihre Kammerversammlung in den kommenden fünf Jahren treffen wird. Dieses breite Spektrum soll mit unserer Kampagne, die im Ärzteblatt übrigens aus Bordmitteln erstellt wird und keine Zusatzkosten hervorruft, abgebildet werden.

In der Ärztekammer waren wir uns schnell einig, dass die Kampagne in flankierende Maßnahmen eingebettet gehört. Hierzu zählt eine Wahl-Erinnerung über ein Mailing an die Mitglieder der

Ärztekammer, aber auch Flyer, in denen die Ärzte auf die Wahl zur Kammerversammlung hingewiesen werden.

Die Anzeigen der Kampagne laufen nicht nur im Ärzteblatt, sondern auch über die Homepage der Ärztekammer ([www.aeksh.de](http://www.aeksh.de)) und über Facebook. Dort werden u. a. auch Artikel, die im Ärzteblatt zur bevorstehenden Wahl veröffentlicht wurden, gepostet, genauso wie allgemeine Informationen rund um die Wahl und Infografiken zu Gesundheitsthemen. Ziel des neuen Auftritts ist es, einen niedrigschwelligen Zugang für die Ärzte zu schaffen, die dieses Medium bevorzugen, übrigens auch über den Wahltag hinaus.

Auf der Homepage werden alle Informationen rund um die Wahl der Kammerversammlung inklusive der wichtigsten Ansprechpartner freigeschaltet. Wenn wir über diese Wege Ärzte erreichen, die sich bislang noch keine Gedanken über ihre Selbstverwaltung gemacht haben, müssen wir ihnen aber weitergehende Antworten liefern. Warum gibt es eine Ärztekammer? Welche Funktionen erfüllt sie? Wie kann sich das einzelne Mitglied ganz konkret einbringen? Antworten auf solche Fragen finden interessierte Ärzte in zwei kur-

zen Erklärvideos über die elektronischen Medien. Sie zeigen, dass die Ärztekammer für ihre Mitglieder mehr ist als gesetzlich vorgeschriebene Mitgliedschaft und Prüfung zum Facharzt. Sie zeigen aber auch, dass die Ärztekammer kein abstraktes Gebilde ist, sondern der Zusammenschluss von inzwischen mehr als 17.500 Kolleginnen und Kollegen, die ab Mai erneut die Chance haben, ihr eigenes Parlament zu wählen und damit unter Beweis zu stellen, dass sie selbst über wichtige Zukunftsfragen ihres Berufes entscheiden wollen.

Da geht es um Fragen der Weiterbildung, der Ethik, der Fernbehandlung, der Berufsordnung, der Gebührenordnung, der Versorgung im Alter und vieles mehr. Jeder Arzt hat die Möglichkeit, hieran selbst mitzuwirken, indem er sich wählen lässt oder diejenigen unter seinen Kolleginnen und Kollegen mitbestimmt, die Entscheidungen zu diesen Themen treffen sollen. Dieses Privileg haben nicht viele Berufe. Die Ärzte, die wir für die Kampagne befragt haben, schätzen dieses Vorrecht. Wenn Sie den Satz „Ich wähle, weil ...“ vervollständigen und danach handeln, hätte die Kampagne viel erreicht.

DIRK SCHNACK

**Info**

„Ich wähle, weil ...“  
Wie würden Sie persönlich diesen Satz ergänzen? Schicken Sie uns Ihren einen Satz mit Ihrem persönlichen Motiv, ihre Stimme zur Wahl der Kammerversammlung abzugeben, an: [aerzteblatt@aecksh.de](mailto:aerzteblatt@aecksh.de). Im Mai-Heft werden wir einige Zitate veröffentlichen.

## INTERVIEW

# „Wichtig ist gemeinsame Therapieentscheidung“

Prof. Jost Steinhäuser und Dr. Thomas Maurer im Gespräch über partizipative Entscheidungsfindung. Paternalistische Entscheidungen über den Kopf des Patienten hinweg sind selten.

**P**artizipative Entscheidungsfindung, auch „Shared Decision Making“ (SDM) genannt, ist ein Modell, in dem Arzt und Patient vertrauensvoll zu einer gemeinsamen Therapieentscheidung kommen. Das 2013 in Kraft getretene „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ fordert, dass Patienten umfassend aufgeklärt und an der medizinischen Entscheidung beteiligt werden. Seither befassen sich nahezu alle medizinischen Fachgesellschaften intensiv mit dem Thema, die Zahl wissenschaftlicher Publikationen hierzu ist gewaltig gestiegen. Im Oktober haben die Schmerzmediziner sogar ihren Jahreskongress unter das Hauptthema „Gemeinsam entscheiden“ gestellt. Auch Kardiologen und Onkologen suchen nach neuen Wegen, Patienten stärker in die gewählte Therapie einzubinden. Doch was macht SDM eigentlich aus? Wie finden Arzt und Patient in der Hausarztpraxis einen gemeinsamen Weg? Was sagt die Versorgungsforschung in Schleswig-Holstein zu diesem Thema? Dr. Thomas Maurer, Landesvorsitzender des Hausärzterverbandes aus dem nordfriesischen Leck, und Prof. Jost Steinhäuser, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am UKSH-Campus Lübeck, haben sich hierzu den Fragen des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes gestellt.

**SHÄ: Die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient für eine bestimmte Therapie – ist das tatsächlich so wichtig für beide Beteiligten?**

**Dr. Thomas Maurer:** Wichtig ist, dass am Ende der Konsultation eine gemeinsame Therapieentscheidung steht. Nur so entsteht Therapietreue oder neudeutsch Compliance und Adhärenz.

**Prof. Jost Steinhäuser:** In den Zukunftspositionen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Fami-

lienmedizin (DEGAM) lassen sich gute Anwendungsbeispiele finden. Dort heißt es etwa, dass die individuelle, gemeinsame Abwägung von potenziellem Nutzen und Schaden von Diagnostik und Therapie in der hausärztlichen Versorgung die Patientensicherheit erhöht und damit die ressourcenschonende Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen unterstützt. Aktuell entsteht unter dem Titel „Schutz vor Über- und Unterversorgung – gemeinsam entscheiden“ eine eigene DEGAM-Leitlinie zu diesem Thema.

**Entscheidet der Arzt auf dem Land nicht fast immer zusammen mit seinem oft über Jahrzehnte bekannten Patienten, wie die beste Therapie aussehen könnte? Ist also SDM für den Hausarzt ein „alter Hut“?**

**Steinhäuser:** Hausärzte entwickeln im Laufe ihrer Tätigkeit Techniken zum Umgang mit Situationen mit diagnostischer oder therapeutischer Unsicherheit. Um auch in solchen Situationen Entscheidungen finden zu können, hat sich die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Patienten als sehr guter Weg erwiesen. Beispielsweise sind rund 60 Prozent der über 60-jährigen Patienten in der Hausarztpraxis multimorbide. Bei multimorbiden Patienten stößt die reine krankheitszentrierte Perspektive oft an ihre Grenzen; die partizipative Entscheidungsfindung ist hier ein Ansatz für die Versorgung dieser Patienten.

**Maurer:** Für Hausärzte ist die gemeinsame Entscheidungsfindung täglich gelebte Realität. Wie in jeder langfristigen Beziehung muss man gemeinsam Wege finden. Was nicht heißt, dass man über jede Entscheidung stundenlang diskutieren muss. Gemeinsam entscheiden kann auch bedeuten, dass man als Patient die Entscheidung bewusst und gerne dem Arzt überlässt.

**Können Sie abschätzen, in wie vielen Fällen der Hausarzt gemeinsam mit seinem Patienten entscheidet und in wie vielen Fällen er eher die herkömmliche paternalistische Therapieverordnung anwendet?**

**Maurer:** Insbesondere bei den vielen eher kleineren und banalen Problemen der täglichen Praxis stellt sich die Frage meist gar nicht. Ich diskutiere mit meinem Zimmermann doch auch nicht, mit welchem Hammer er den Nagel ins Holz schlägt, trotzdem sind wir uns einig. Wirklich paternalistische Entscheidungen, die sich über den erklärten Willen des Patienten hinwegsetzen, sind extrem selten, vor allem dann, wenn es sich um gravierende Probleme handelt, die zu entscheiden sind.

**Das Thema „Gemeinsam entscheiden“ ist gerade absolut en vogue, der Deutsche Schmerzkongress 2017 in Mannheim hatte sogar sein Motto danach ausgerichtet. Woran liegt das?**

**Maurer:** Wirklich erklären kann ich mir diesen Boom nicht. Vielleicht ist das ein Ansatz: Es gibt heute immer mehr Therapieoptionen und gleichzeitig immer weniger Autoritäten. War früher das Wort des Chefarztes oder Universitätsprofessors Gesetz, gibt es heute flache Hierarchien, Teamleitungen und Ähnliches. Also bleibt im Zweifel die Entscheidungsverantwortung bei mir als Arzt. Die gemeinsame Entscheidungsfindung ist dann auch eine Möglichkeit, sich eines Teils der Verantwortung zu entledigen.

**Was beinhaltet die gemeinsame Entscheidungsfindung aus Ihrer Sicht eigentlich genau?**

**Steinhäuser:** Verkürzt dargestellt beinhaltet sie, dem Patienten die Informationen zu geben, die er benötigt, um bei seinen Gesundheitsproblemen mitentscheiden zu können. Hierzu gehört,

## Info

*Unter partizipativer Entscheidungsfindung wird laut Wikipedia die Interaktion zwischen Arzt und Patienten verstanden, die auf eine gemeinsam zu verantwortende Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung abzielt.*

„Für Hausärzte ist die gemeinsame Entscheidungsfindung täglich gelebte Realität.“

Dr. Thomas Maurer



dass dem Patienten in einer verständlichen Art und Weise seine Diagnosen erläutert werden. Anschließend werden die sich daraus ergebenden wesentlichen Entscheidungsoptionen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen dargestellt. Hierzu müssen die patientenrelevanten Endpunkte mit ihrer Häufigkeit erklärt werden. Mit diesen Informationen wird unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des Patienten konkret festgelegt, welcher Therapieplan umgesetzt werden soll und wie der Patient selbst aktiv werden kann.

**Maurer:** Aus meiner Sicht gibt es mehrere Aspekte. Die technischen Möglichkeiten sind heute so groß, dass Therapien möglich werden, die mit dem gesunden Menschenverstand zu kollidieren scheinen. Nun hat aber jeder seine eigenen Wertvorstellungen und so gibt es eben keine absolute, sondern nur eine individuelle Therapiegrenze. Immer mehr Menschen haben immer mehr Krankheiten gleichzeitig. Und die jeweils fachspezifisch richtigen Therapien passen einfach nicht zusammen. Wer zum Beispiel Diabetes, Parkinson, COPD, Depression und chronische Schmerzen gleichzeitig hat, für den gibt es nicht mehr die richtige Therapie, sondern nur noch die Wahl zwischen verschiedenen faulen Kompromissen. Und hier bekommt die gemeinsame Entscheidungsfindung ihren besonderen Wert. Denn nur der Patient kann entscheiden, welche Beeinträchtigungen für ihn wichtiger sind als andere.

**Pochen Patienten heute mehr als früher auf ihre Rechte? Fordern sie die gemeinsame Entscheidung über Diagnose und Therapie ein?**

**Maurer:** Eher im Gegenteil. Ich erlebe, dass der allgegenwärtige Dr. Google die Patienten oft mehr verunsichert als ihnen hilft. Und dann suchen die Patienten doch jemanden, der ihnen Entschei-

dungen abnimmt. Mehr geworden sind eher die Patienten, die gar keine gemeinsame Entscheidungsfindung wollen, sondern die sich bereits entschieden haben und bei uns eigentlich nur noch ihre Bestellung aufgeben wollen.

**Verläuft die Behandlung erfolgreicher, wenn der Patient über Diagnose und Therapie mit entscheidet? Ist der Patient zufriedener, wenn er ein Wörtchen mitreden darf?**

**Maurer:** Die Antwort ergibt sich von alleine. Der informierte und mitverantwortliche Patient hat bessere Therapieergebnisse und ist zufriedener. Aber Obacht: Es gibt auch etliche Patienten, die darüber klagen, dass ihre Ärzte gar keine Entscheidungen mehr treffen, sondern alles den Patienten überlassen. Es geht um die gemeinsame Entscheidung, nicht um die Abgabe der Entscheidung an den Patienten.

**Steinhäuser:** Es ist belegt, dass eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation zu höherer Therapietreue, höherer Patientenzufriedenheit und zu einem optimiertem Verschreibungsverhalten führt. So zeigte beispielsweise ein Cochrane Review aus dem Jahr 2015, dass SDM zu einer Reduktion der Antibiotikaverordnungen bei Atemwegsinfekten in der primärärztlichen Versorgung führt.

**Woran scheitert die gemeinsame Entscheidungsfindung häufig? Fehlt Ärzten Gespür und Fähigkeit, mit den Patienten ausführlich und auf Augenhöhe zu kommunizieren, sie zu beraten, Für und Wider verschiedener Optionen abzuwägen? Oder liegt es am fehlenden Bewusstsein des Patienten?**

**Maurer:** Wenn es scheitert, dann oft aus Zeitmangel. Zeit ist nun mal nicht beliebig vermehrbar und zwingt uns Ärzte auch manchmal zu Kompromissen. Fehlendes Gespür und fehlende kommunikative Fähigkeiten werden immer gern von denen angeführt, die sich selbst nur theoretisch mit diesen Fragen beschäftigen. Ich sehe jedenfalls bei meinen Kolleginnen und Kollegen sehr viel mehr Kompetenz als Inkompetenz. Viel häufiger sehe ich kommunikative Inkompetenz und mangelndes Verantwortungsgefühl bei Patienten. Das ist nicht als Vorwurf gemeint, erklärt aber trotzdem, warum manchmal die gemeinsame Entscheidungsfindung scheitern muss. Auch wenn das die Theoretiker wieder nur als Beweis für unsere mangelnden Fähigkeiten und Fortbildungen in Sachen Gesprächsführung missbrauchen werden.

**Steinhäuser:** Um die partizipative Entscheidungsfindung weiter zu stärken, sollte sie als wichtiger Teil der sprechenenden Medizin mit geldwerten Incentives in der Abrechnung hinterlegt werden.

Info

Mit MAAS-Global-D steht ein Instrument zur Schulung und Messung von kommunikativen Fähigkeiten zur Verfügung. MAAS-Global-D wird sowohl im Studierendenunterricht als auch für Train-the-Trainer (TtT) Kurse für Weiterbildungsbefugte eingesetzt.



## *„Hausärzte entwickeln im Laufe Ihrer Tätigkeit Techniken zum Umgang mit Situationen mit diagnostischer oder therapeutischer Unsicherheit.“*

Prof. Jost Steinhäuser

Das würde den Stellenwert unterstreichen und eine weitere Implementierung ermöglichen.

### **Welche Schwerpunkte zum Thema partizipative Entscheidungsfindung werden in der UKSH-Allgemeinmedizin untersucht?**

**Steinhäuser:** Am Campus Lübeck führen wir mehrere Projekte mit dem MAAS-Global („Maastricht History taking and Advice Scoring list consisting of global items“) Instrument durch. Dieses Instrument haben wir zunächst für die Verwendung in Deutschland adaptiert und im Rahmen einer noch laufenden Doktorarbeit validiert. Mit dem so entstandenen „MAAS-Global-D“ steht ein Instrument zur Schulung und Messung von kommunikativen Fähigkeiten zur Verfügung. MAAS-Global-D wird sowohl im Studierendenunterricht als auch für Train-the-Trainer (TtT) Kurse für Weiterbildungsbefugte eingesetzt. Im Rahmen einer Studie zur Reduktion von nichtindizierter Antibiotikaverordnung wird es ebenfalls verwendet.

**Arbeiten Sie zu diesem Thema mit anderen Institutionen und Forschungs-**

### **einrichtungen zusammen?**

Die Studie zur Reduktion von nicht-indizierter Antibiotikaverordnung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Im Zusammenhang mit dem MAAS-Global haben wir mit Instituten für Allgemeinmedizin in Amsterdam und Maastricht kooperiert. Das MAAS-Global-D Instrument wird inzwischen auch von der DE-GAM als Inhalt der TtT-Kurse empfohlen. Diese Kurse bieten wir im Rahmen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin Schleswig-Holstein auch hier im Land an. Die ganztägige Veranstaltung wird gemeinsam mit der Ärztekammer, dem Institut für Allgemeinmedizin in Kiel und der Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt. Auf dem Campus in Lübeck lassen wir Erkenntnisse aus den Studien rund um den MAAS-Global-D auch in ein interprofessionelles Projekt fließen, das wir gemeinsam mit der Sektion für Forschung und Lehre in der Pflege am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie durchführen.

**Dr. Maurer, bitte noch ein abschließendes Wort zum Thema aus der Sicht des Hausarztes.**

**Maurer:** Bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung geht es in der Öffentlichkeit vor allem darum, dass Meinung und Wille des Patienten stärker berücksichtigt werden sollen. Bedeutet gemeinsame Entscheidungsfindung nicht aber auch, dass sich meine Entscheidung als Arzt wiederfinden muss? Was mache ich, wenn unsere Entscheidungen nicht kompatibel sind? Wenn die Eltern ihr Kind einfach nicht gegen Masern impfen wollen. Wenn der Patient trotz eingehender Gespräche dauerhaft verschreibungspflichtige Schlafmittel oder Aufputschmittel nehmen will. Muss ich mich unter dem Deckmantel gemeinsamer Entscheidungsfindung zum Gehilfen von Dummheit machen? Darf ich mich aus der Verantwortung stehlen, weil der Patient ja mit entschieden hat? Diese Fragen sollten wir zukünftig noch viel intensiver diskutieren.

**Vielen Dank für das Gespräch.**

UWE GROENEWOLD

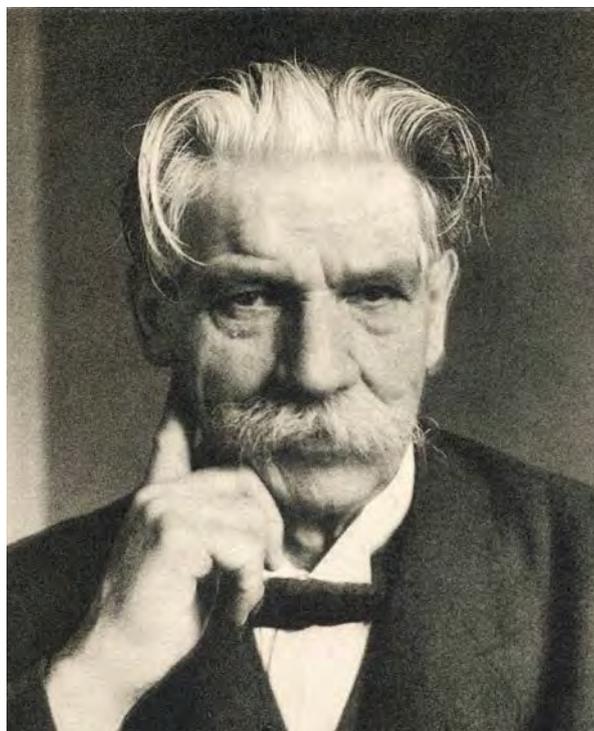
## ETHIK

# Wegweisend auch für die heutige Medizin

Wie aktuell sind die ethischen Zentralbegriffe Albert Schweitzers heute noch? Dieser Frage ging ein medizinethisches Seminar an der Universität Hamburg nach.

Nur wenige Ärzte dürfte es geben, die von Albert Schweitzers ethischem Zentralbegriff „Ehrfurcht vor dem Leben“ nichts gehört haben. Allerdings gibt es gelegentlich Zweifel, ob der berühmte elsässische Arzt, Musiker, Theologe und Friedensnobelpreisträger des Jahrgangs 1875 für die heutige und künftige Zeit noch Vorbild sein kann. Auch vor dem Hintergrund der Reform des Hippokratischen Eids sagte einer der besten Kenner Schweitzers, der Hallenser Gelehrte Prof. Ernst Luther (geb. 1932) bei einem kürzlichen Referat im medizinethischen Seminar der Universität Hamburg: „Ja, welthistorisch betrachtet ist die Idee und das Programm Schweitzers noch sehr lebendig.“

Weithin bekannt ist wohl das Zitat mit Schweitzers Definition des Begriffs „Ehrfurcht vor dem Leben“ (le respect de la vie, reverence for life): „Ich bin Leben, das leben will inmitten von Leben, das leben will“. Oder auch: „Gut ist, Leben zu erhalten und Leben zu fördern, böse ist, Leben zu vernichten und Leben zu hemmen.“ In diesen einfachen Sätzen, so Luther, klinge Nietzsches Lebensbejahung, Schopenhauers Mitleidsethik und Kants universeller Pflichtbegriff durch. Lange nach seinen philosophischen und theologischen Studien kam Albert Schweitzer auf seine fundamentale Idee, in der er Welt- und Lebensbejahung mit Ethik verknüpfte, als er im September 1915 auf einer langen Bootsfahrt zu einer kranken Missionsfrau in einer reichen Vegetation viele Flusspferde im Wasser wahrnahm. Menschen, Tiere, Pflanzen, und zwar grundsätzlich alle, schloss er in seine Idee ein. Bald habe er jedoch gesehen, dass sich ein solcher Universalitäts- und Absolutheitsanspruch in der Praxis nicht widerspruchsfrei halten lässt. Gegensätzliche Lebensansprüche zeigten sich zum Beispiel in Lambarene bei der Haltung von Hühnern, die vor gefräßigen Riesenameisen mit Lysol geschützt werden mussten.



Albert Schweitzer (1875 - 1965) wirkte u.a. als „Urwaldarzt“ im zentralafrikanischen Lambarene, wo er ein Krankenhaus gründete.

Aber im Gegensatz zur gängigen Praxis einer unreflektierten egoistischen Selbstbehauptung, so Schweitzer, gelte es, sich vom Zeitgeist zu lösen und immer wieder Gutes für das Leben, für andere zu tun. Das könne der Schutz von Tieren und Pflanzen sein, soweit eben möglich im Rahmen einer vernünftigen Ernährung. Zu Jagd, Fischfang und Stierkampf habe sich Schweitzer kritisch geäußert. Er vermied aber ausdrücklich eine Rangfolge von mehr oder weniger wertvollem Leben.

Anders sein als viele in der Gesellschaft hieß für Schweitzer mit Vernunft und Herz handeln: zu wenige täten dies. Vor allem aber fehle es an Menschen, die sich auch für Schwache einsetzten, die ein bisschen Zeit, Teilnahme, ein bisschen Freundlichkeit zeigten, die „einmal einen freien Abend opfern“, die ein kleines „Nebenamt“ hätten: „Schaffen Sie sich ein Nebenamt!“ Heute gibt es auch

in Schleswig-Holstein eine ganze Reihe von Ärzten, die ein humanitäres „Nebenamt“ (oder mehrere) haben, wie z. B. in den DRK-Ortsvereinen oder als Vorsitzende lokaler Spendenparlamente.

Einen weiteren Aspekt von Schweitzers Ethik zitierte der Medizinethiker Luther am Schluss: sein Appell zur ständigen Arbeit für eine friedliche Welt. Das kann speziell im Gesundheitsbereich heißen: ein engagiertes, tätiges, fleißiges, diszipliniertes Arbeiten für die körperliche und seelische Gesundheit des einzelnen und aller im Sinn der klassischen Tugend „vita activa“, wie sie von vielen Ärzten seit jeher zum ärztlichen Ethos gezählt wird. Dass damit Ärzte letztlich auch zum Frieden in der Welt beitragen können, wird auch jüngeren Anhängern einer modernen freizeitorientierten „Work Life Balance“ verständlich sein.

Damals war Schweitzers Arbeit für eine friedliche Welt vielfältig. Ganz praktisch setzte er sich im Spital von Lambarene für eine „gewaltfreie Psychiatrie“ ein und quälte sich mit der Frage, ob ein „wohltätiger“ oder fürsorglicher Zwang statthaft sei. Konkret versuchte er, ruhige und „lärmende“ Geisteskrankte angemessen getrennt unterzubringen. In seiner publizistischen und rednerischen Tätigkeit kritisierte er die Auswüchse der Kolonialpolitik, die beginnende atomare Rüstung, aber auch eine naturferne Überzivilisation. Schweitzers „Sieben Harmonieregeln“ für den Frieden im Hause könnten in einem modernen Kommunikationsleitbild z. B. für ein Krankenhaus vorkommen, wie die Mahnung, spontan kein unbedachtes unfreundliches Wort zu sagen, den rechten Zeitpunkt für ernste Dinge zu wählen, nicht ungeduldig zu sein, nicht anklagend hinter dem Rücken eines anderen und schließlich: „Suche die Schuld des Unfriedens in deinem Haus immer bei dir selbst, und wenn du hundertmal glaubst, die anderen dafür verantwortlich machen zu können.“

HORST KREUSSLER

REHA

# Konzepte neu denken

## Reha-Symposium in Lübeck. Neue Ansätze sollen die medizinische Rehabilitation voranbringen.

Es ist kein Geheimnis, dass die medizinische Rehabilitation seit längerer Zeit nicht nur Wertschätzung genießt, sondern auch mit Problemen zu kämpfen hat. Patienten verstehen nicht immer die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen für ihre persönliche Situation, Reha-Einrichtungen sind nicht immer quantitativ und qualitativ optimal besetzt und behandeln nicht immer individuell genug, Kostenträger hinterfragen den Langzeitnutzen.

Dieses Szenario ruft geradezu nach erklärender und unterstützender Forschung. Und genau hier ist der norddeutsche „vffr“ (Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein e.V.) schon vor rund 20 Jahren aktiv geworden. Immer neue Verbesserungsvorschläge kamen in den vergangenen Jahren auf den Tisch. Das letzte (9.) Symposium in Lübeck von vffr, Deutscher Rentenversicherung Nord und Universität zu Lübeck nahm den wichtigsten Partner, den Patienten bzw. Rehabilitanden, besonders in den Blick: „Rehabilitation neu denken – Rehabilitation soll Teilhabechancen verbessern ...“, so begann der Einladungstext.

Prof. Matthias Bethge vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck, der das Symposium wissenschaftlich leitete, fragte zu Beginn der Veranstaltung: „Muss das Konzept der Rehabilitation möglicherweise ganz neu gedacht werden? Muss der Zugang zur Reha kritisch reflektiert und müssen nicht neue Möglichkeiten einer umfassenden Nachsorge geschaffen werden?“

Die Referate aus den Bereichen Forschung und Reha-Praxis untermauerten diese Kernfragen und lieferten vielfach erste Ansätze. So zeigte sich im ersten Themenblock „Information durch Netz und Peers“, dass webbasierte Information und Bedarfstests grundsätzlich hilfreich sein können, um bisher nicht versorgte Reha-Bedürftige zu erreichen.

In einer Studie des gastgebenden Instituts (Katja Spanier et al., „Promoting Access to Rehabilitation“) wurden vier Module angeboten: Bedarfstest, Erfahrungsberichte, Information zur Rehabilitation und Hilfen zur Antragstellung. Allerdings konnten „trotz der sehr positiven Rückmeldungen“ noch keine höheren Antragszahlen festgestellt werden gegenüber Personen, die ein derartiges Angebot nicht bekommen hatten. Eine alleinige bessere Verfügbarkeit von (webbasierten) Informationen sei hier offenbar nicht handlungsrelevant, schlussfolgerten die Autoren. Wichtig könnte vielmehr die Empfehlung von Personen aus dem nahen Umfeld sein, hier wurden insbesondere der Hausarzt und der Betriebsarzt genannt.

Die aktuelle Frage, ob und welche Zugangsschranken speziell für Migranten bestehen, untersuchte Daniel Nowik von der Medizinischen Hochschule Hannover. Er stellte personenbezogene, systembezogene, migrationsunspezifische und -spezifische Hindernisse vor, die durch „gezielte, kultursensible Informationsangebote“ abgebaut werden könnten.

Ein anderer Zugangsbereich, der noch verbesserungsfähig wäre, betrifft Betriebe und Betriebsärzte. Während Praktiker aus den Bereichen Stadtreinigung und Post betriebliche Probleme darlegten, stellte Elke Peters vom gastgebenden Institut eine Querschnittsstudie zur betriebsärztlichen Wirksamkeit in Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg vor. Sie kam zu dem klaren, wenn auch nicht überraschenden Ergebnis, dass Betriebsärzte unter folgenden günstigen Umständen die Mitarbeiter stärker zur Reha motivieren:

- ▶ guter Informationsstand der Betriebsärzte,
- ▶ Bewusstsein einer rehabilitativen Funktion und
- ▶ Einbindung in das betriebliche Eingliederungsmanagement.

Eine weitere Herausforderung für Reha-

Akteure könnte mit dem Stichwort patientenorientiertes Fallmanagement bezeichnet werden. Dazu sagte Bethge: „Rehabilitation als Strategie zu verstehen bedeutet auch, dass der Begriff Rehabilitation ein Dach für sehr vielfältige Instrumente und Interventionen bedeutet.“ Dazu gehörten die medizinische Rehabilitation, aber auch Qualifizierungsleistungen, Eingliederungszuschüsse, Arbeitsplatzanpassung, die stufenweise Wiedereingliederung oder das betriebliche Eingliederungsmanagement. Wie ein koordinierendes Management dieser einzelnen Bausteine funktionieren kann, zeigten neben Referenten von der Universität Ulm aus der Praxis insbesondere Dr. Silke Kleinschmidt von der Curtius-Klinik Malente sowie Referenten von der kooperierenden Brücke Schleswig-Holstein gGmbH: „Für 80 Patienten der Klinik konnte in diesem Jahr eine individuelle sozialtherapeutische Anschlussbegleitung erfolgreich umgesetzt werden.“ Das Modellprojekt über zwölf Wochen „FÜR Arbeit“ (Fallmanagement im Übergang psychosomatischer Reha und Arbeit) läuft seit Februar 2017 im Auftrag der DRV Nord an der Curtius-Klinik und an der Fachklinik in Aukrug.

Ebenfalls aus unserem Bundesland zeigten die letzten Referate zur Thematik Rehabilitation und Pflege, dass ein frühzeitiger Beginn der Rehabilitation eine Pflegebedürftigkeit abwenden oder hinauszögern kann. Das gilt allgemein in der Geriatrie und auch speziell nach dem wohl einzigartigen Ratzeburger Modell (Ameos Alzheimer-Therapiezentrum Ratzeburg) bei Demenzpatienten mit ihren pflegenden Angehörigen, so Chefarzt Synan Al-Hashimy. Hier stellte die Reha-Forscherin Dr. Ruth Deck aus Lübeck eine Evaluation vor, die den zweiten Preis des erstmals ausgelobten Preiswettbewerbs gewann – neben dem ersten Preis zur Schlaganfall-Rehabilitation, den sie ebenfalls gewann.

Als Fazit aus Sicht des Berichterstatters ließe sich sagen, dass auf der einen Seite mit neuen Mitteln noch ungedeckte Reha-Nachfrage erkannt und geweckt werden kann. Sicher sollte eine „proaktive“ oder „abholende“ Reha nicht künstlich und unnötig Bedarf stimulieren. Doch liegt hier eine klare Aufgabe, wenn man die Datenlage bedenkt, die kürzlich im Deutschen Ärzteblatt Nr.45/2017 angesprochen wurde: Von den geschätzt fast zwei Millionen psychisch auffälligen und rehafähigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland nahmen rund 50.000 teil, also nur etwa drei Prozent. Auf der anderen Seite, der Angebotsseite, gilt es vor allem die Leistungsfähigkeit und Attraktivität des Reha-Sektors zu steigern.

HORST KREUSSLER

1994 wurde bundesweit der erste regionale „Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein e.V.“ kurz „vffr“ gegründet. Mit ihm sollten regional die Voraussetzungen gezielter und kontinuierlicher Forschungsförderung geschaffen werden. Die Schaffung der DRV Nord im Jahr 2005 ermöglichte die Erweiterung der Förderaktivitäten auf die Bundesländer Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. Aufgrund geänderter Rahmenbedingungen hat sich der Verein seit 2016 mit dem Schwerpunkt der praxisorientierten Rehabilitationsforschung neu etabliert.



**Wahl**  
**2018**

Wahl zur Kammerversammlung  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
22. Mai - 7. Juni 2018

„Ich wähle,  
weil ich als Erstwählerin dazu beitragen kann, dass  
eine starke Ärztekammer für die Interessen der  
jungen Ärzte eintritt.“

**Dr. med. Thekla Oechtering**

Ärztin in Weiterbildung am UKSH in Lübeck, Vertreterin der Weiterbildungsassistenten der  
Deutschen Röntgengesellschaft

## ONKOLOGIE

# Der Patientin alle Möglichkeiten aufzeigen

**Mammakarzinom: Kieler Chirurg plädiert für umfassende Beratung zum Thema Brustrekonstruktion. Kooperation mit Brustzentrum Ostholstein.**

**B**rustkrebs. Das ist für die betroffenen Frauen und ihre Angehörigen zuallererst eine dramatische Diagnose. Doch kann die Krankheit heute in vielen Fällen erfolgreich behandelt werden. Und das umso besser, je enger alle Beteiligten der verschiedenen medizinischen und therapeutischen Fachrichtungen zusammenarbeiten.

Bewährt haben sich dabei in Schleswig-Holstein die Brustzentren, in denen die Patientinnen von der medizinischen bis zur sozialen und psychologischen Betreuung alles unter einem Dach bekommen. Eine wichtige Rolle kann dabei – nachdem das Größte überstanden ist – die plastische Chirurgie spielen.

Im Kieler Lubinus Clinicum befindet sich seit wenigen Wochen das einzige zertifizierte Zentrum für Mamma-Rekonstruktionen in Schleswig-Holstein und auch weit darüber hinaus. Die nächsten Zentren, die ein solches Qualitätssiegel der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) erhalten haben, finden sich erst wieder in Berlin und Bielefeld, wobei sich die vielen weißen Flecken auf der Landkarte teils daraus erklären, dass diese Zertifizierung erst vor ungefähr fünf Jahren eingeführt wurde; sie haben aber ebenso mit den hohen Anforderungen zu tun. Voraussetzung für eine Zertifizierung sind unter anderem mindestens 100 Brustoperationen im Jahr, davon wiederum mindestens 20 komplexe mikrochirurgische Rekonstruktionen. Auch müssen sich die Kliniken bereit erklären, ihre Arbeit regelmäßig von externen Experten beurteilen zu lassen.

Dr. Matthias Geenen, Leiter der Abteilung für Plastische und Wiederherstellende Chirurgie am Kieler Lubinus Clinicum, freut sich über das Zertifikat nicht nur, weil es eine Anerkennung für sein Team bedeutet. „Entscheidend ist, dass die Patientinnen auf bestmögliche



Qualität und Beratung vertrauen können“, betont Geenen, der eng mit dem Brustzentrum Ostholstein in Eutin sowie mit der Park-Klinik Kiel-Mitte zusammenarbeitet. Zwar sehen die Standards der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) grundsätzlich vor, dass Brustzentren „alle derzeit verfügbaren Methoden der Rekonstruktion anbieten und darüber aufklären“ müssen, besonders gut funktioniert das aber nach Geenens Einschätzung in Ostholstein.

Dr. Uta Fenske, Leitende Ärztin des Brustzentrums der Sana Kliniken Ostholstein, gibt dieses Lob zurück. „Wir stehen im sehr engen Dialog mit Herrn Geenen, haben oft mehrmals in der Woche Kontakt.“ In aller Regel wird der Kieler Chirurg in die Therapieplanung

## „Es gibt Kliniken, da greift man immer noch am liebsten zu Silikon, weil man damit die größeren Erfahrungen hat.“

*Dr. Uta Fenske (leitende Ärztin des Brustzentrums der Sana Kliniken Ostholstein), Dr. Matthias Geenen (plastischer Chirurg am Kieler Lubinus Clinicum) mit Patientin Sibylle Latza.*

eingebunden, wenn bei den regelmäßigen Tumorkonferenzen aktuelle Fälle besprochen und gemeinsame Handlungsstrategien entworfen werden. Was allerdings keineswegs bedeutet, dass genauso regelmäßig die Künste von Geenen und Co. gefordert wären. Im Jahr 2016 verzeichnete das Brustzentrum Ostholstein knapp 150 primäre Mammakarzinome, nahezu 80 Prozent der Operationen konnten dabei laut Fenske brusterhaltend vorgenommen werden. Und selbst wenn dies nicht möglich ist, kommt nicht automatisch die plastische Chirurgie zum Zug, betont die Gynäkologin: „Manche Patientinnen befassen sich erst Jahre später mit dem Thema Brustrekonstruktion. Für einige Patientinnen ist ein Wiederaufbau der Brust aus verschiedenen Gründen nicht wichtig oder untergeordnet. Das Alter, das individuelle Körperbild, die Krankheitsbewältigung und die Angst vor einer erneuten Operation können Gründe dafür sein.“

Für andere Frauen hingegen ist die Brust eben doch sehr wichtig. Der Partner kann dabei eine Rolle spielen, ebenso das Selbstempfinden und nicht selten auch die Statik des Körpers. Zum Beispiel können nach Brustamputationen Wirbelsäulenprobleme auftreten, weil die gewohnte Balance abhandengekommen ist. Abgesehen von solchen medizinischen Aspekten betrachten es die beteiligten Ärzte jedoch nicht als ihre Aufgabe, über Sinn oder Unsinn einer Rekonstruktion zu urteilen. „Sehr wohl geht es aber darum, der Patientin alle Möglichkeiten aufzuzeigen, die wir haben, und sie dann am Ende selber entscheiden zu lassen“, erläutert Geenen. Möglichkeiten gibt es zwar viele, doch der Königsweg ist nach übereinstimmender Auffassung von Geenen und Fenske in den meisten Fällen die mikrochirurgische Rekonstruktion. Dazu wird Gewebe vorzugsweise aus dem Bauch und teilweise auch aus dem Gesäß oder dem Oberschenkel entnommen und mitsamt den Gefäßanschlüssen transplantiert. Der große Vorteil dabei: Eine derart aufgebaute Brust ist ein Stück vom eigenen Körper und fühlt sich auch eher so an. Silikon, so meint Fenske, „ist eben ein Fremdkörper, der das Körpergefühl beeinträchtigt und auch anfällig für Komplikationen ist“.

Trotzdem bevorzugen manche Frauen diese Implantate, weil dieser Eingriff mit weniger Aufwand verbunden ist als

eine mikrochirurgische Rekonstruktion. „Das respektieren wir selbstverständlich“, betont Fenske, die in solchen Fällen stets auch ihren Kollegen Geenen an ihrer Seite weiß.

Dass sich eine mikrochirurgische Rekonstruktion nicht mal so nebenbei machen lässt, hat Sibylle Latza am eigenen Leib erfahren. Im Jahr 2007 wurde bei ihr linksseitiger Brustkrebs festgestellt, daraufhin hat sie nach eigenen Worten therapeutisch „alles gut durchlaufen“. Lange war alles in Ordnung, ehe neun Jahre später ein Tumor auf der rechten Seite entdeckt und ebenfalls erfolgreich behandelt wurde. Auf ärztlichen Rat entschloss sich Sibylle Latza dann, beide Brüste amputieren zu lassen und fühlte sich mit ihren 46 Jahren einfach zu jung, um dauerhaft brustlos zu sein. Sie ließ sich am Brustzentrum beraten, schaute sich Fotos an, wurde bis ins Detail informiert, wie eine Rekonstruktion mit Eigengewebe vonstatten geht – und legte sich am 10. Februar 2017 auf den OP-Tisch, um sich die Brüste abnehmen und zugleich wieder aufbauen zu lassen. Mit einem mehr als guten Gefühl, wie sie betont: „Ich wusste so gut Bescheid, dass ich die Operation fast hätte selber machen können, und Silikon kam für mich sowieso auf keinen Fall infrage.“ Mehrere Stunden dauerte der Eingriff bei Sibylle Latza. Ein OP-Team entfernte die Bauchlappen, das zweite Team transplantierte anschließend das Gewebe. Am Lubinus Clinicum ist das Routine, für Betroffene wie die Patientin aus Ostholstein gleicht es dagegen einer fast heroischen Aktion, zumal, wie Sibylle Latza ein knappes Jahr später bilanziert, alles geradezu ideal verläuft. Ein positiver Ausnahmefall ist das laut Uta Fenske mitnichten. Im Gegenteil, versichert sie: „Die Frauen, die das in den letzten Jahren haben machen lassen, sind durchweg zufrieden.“ Auch Geenen bekommt nahezu ausnahmslos solche Rückmeldungen und würde sich wünschen, dass überall so umfangreich über die Möglichkeiten zur Brustrekonstruktion aufgeklärt wird wie in Eutin. Denn, so bedauert er: „Es gibt Kliniken, da greift man immer noch am liebsten zu Silikon, schon weil man damit eben selber die größte Erfahrung hat und es keinen mikrochirurgisch versierten Partner gibt.“ Was aber zu ändern wäre – für weitere Kooperationen ist Geenen offen.

MARTIN GEIST





ONKOLOGIE

# Kooperation über die Grenze hinweg

Beim Forschungsprojekt InnoCan arbeiten dänische und deutsche Forscher Hand in Hand für die Versorgungsforschung und für die konkrete Patientenversorgung auf beiden Seiten der Grenze.

Die Qualität der Krebsbehandlung bewahren und verbessern – das ist das Ziel des 2015 initiierten deutsch-dänischen Forschungsprojekts InnoCan. Die grenzüberschreitende Krebsforschung wird noch bis Ende 2018 von der EU Interreg mit insgesamt 4,27 Millionen Euro gefördert.

Um bis zu 30 Prozent wird die Zahl der Krebserkrankungen in der Region in den kommenden zehn Jahren voraussichtlich steigen; insbesondere die gestiegene Lebenserwartung ist hierfür verantwortlich. Deutsche und dänische Wissenschaftler wollen in dem gemeinsamen Projekt die Krebsversorgung optimieren und schonendere Behandlungsmethoden entwickeln. An InnoCan („Innovative High Technology Cancer Treatment“) sind insgesamt zehn Universitäten, Kliniken, Institutionen und Wirtschaftsunternehmen dies- und



linic: „Wir sind sehr gespannt, wie sich die Antworten von dänischen und deutschen Patienten unterscheiden.“ Initiiert wurde auch eine gemeinsame Datenbank mit Krebsregisterfällen aus beiden Ländern, die derzeit ausgewertet wird. „Besonders interessiert uns der Vergleich von Überlebensraten nach Krebserkrankungen zwischen den beiden Regionen. Gibt es Unterschiede im Überleben, und wenn ja, worauf könnten diese zurückzuführen sein?“

Die grenzüberschreitende Zusammenarbeit betrifft nicht nur die Versorgungsforschung, sondern auch den klinischen Bereich – ist doch neben den beiden UKSH-Kliniken für Strahlentherapie Kiel und Lübeck auch die onkologische Abteilung der Universitätsklinik Odense an InnoCan beteiligt. „Für Patienten mit geringer Lebenserwartung zählt jeder Tag, an dem sie keine Therapie erhalten müssen. In einer Studie set-

## „Die internationale Zusammenarbeit von zwei sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen gibt uns die Möglichkeit, voneinander zu lernen und die Vorteile beider Systeme zum Wohle der Patienten zu nutzen.“

jenseits der Ländergrenze beteiligt.

„Die Idee zu InnoCan wurde als Folge der erfolgreichen deutsch-dänischen Zusammenarbeit im ‚Krebsforschung Fehmarnbelt-Projekt‘ entwickelt“, erklärt Prof. Dirk Rades, Leiter der Klinik für Strahlentherapie am UKSH-Campus Lübeck, auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes.

„Gemeinsam mit unseren dänischen Partnern wurden drei Bereiche definiert, die durch eine binationale Kooperation zur Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten führen können: gemeinsame klinische Studien, ein gemeinsames Krebsregister und ein gemeinsames Testcenter.“ Das Testcenter solle insbesondere kleine und mittelständische Unternehmen dabei unterstützen, innovative Produkte, von denen Krebspatienten profitieren können, schneller auf den Markt zu bringen, so Rades. Geprüft wird derzeit etwa ein Gerät zur Messung von Vitalparametern, das die Temperatur der Körperoberfläche sowie Atem- und Herzfrequenz misst und dessen Ergebnisse per Bluetooth auf einem Tablet abgelesen werden können. Ähnlich funktioniert ein Gerät, das Blutuntersuchungen zu Hause ermöglichen soll. Rades: „Hinzu kommt, dass durch die Interreg-Förderung klinische Studien mit dem Ziel, die Behandlung von Krebspatienten zu verbessern, ermöglicht wur-

den, die wir sonst mangels finanzieller Ressourcen nicht hätten durchführen können.“

Auch Prof. Alexander Katalinic, Leiter des Instituts für Krebsepidemiologie der Universität Lübeck, war bereits an dem Fehmarnbelt-Projekt beteiligt: „Als sich die Chance für ein Folgeprojekt ergab, haben wir zusammen mit der Krebsgesellschaft Dänemark sofort ein Arbeitspaket geschnürt. Wir sind froh, dass es geklappt hat und wir nun die onkologische Versorgung in beiden Ländern tiefergehend und datengestützt untersuchen können.“

Krebserkrankungen werden in beiden Ländern aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme gänzlich unterschiedlich versorgt. „Wir hoffen, aus den Unterschieden zwischen den Ländern Verbesserungspotenziale für beide Regionen ableiten zu können“, sagt Katalinic. Derzeit wird untersucht, ob sich ein in Dänemark entwickeltes Verfahren zur Einbeziehung der Patienten auf das deutsche Gesundheitssystem übertragen lässt; eine entsprechende Pilotstudie in Schleswig-Holstein wurde in den vergangenen Monaten auf den Weg gebracht. 400 Brust- und Darmkrebspatienten werden zu Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung sowie zur Zufriedenheit mit Lebensqualität und Arbeitsvermögen befragt. Kata-

len wir modernste Bestrahlungstechniken ein, um eine Verkürzung der Behandlungszeit bei Patienten mit Metastasen zu ermöglichen“, sagte Rades. Das Ziel einer weiteren Studie sei die Verbesserung der Lebensqualität bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren. Bis zum Ende der Projektlaufzeit im Dezember 2018 sollen mindestens vier der sechs gemeinsamen klinischen Studien abgeschlossen sein, inklusive der Einreichung wissenschaftlicher Publikationen.

Rades' Beweggründe für den nicht alltäglichen länderübergreifenden Austausch: „Die internationale Zusammenarbeit von zwei sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen gibt uns die Möglichkeit, voneinander zu lernen und die Vorteile beider Systeme zum Wohl der Patienten zu nutzen.“ Auch Katalinic begrüßt die auf Nachhaltigkeit angelegte deutsch-dänische Kooperation: „Schon beim Vorläuferprojekt Krebsforschung Fehmarnbelt haben wir erleben dürfen, wie wichtig und inspirierend der Blick über den Tellerrand hinaus in ein anderes Land sein kann. Dazu muss man sich kennenlernen, sich verstehen, gemeinsam Daten sammeln und gemeinsam auswerten. Solche grenzüberschreitenden Auswertungen sind etwas ganz Besonderes; das war auch meine persönliche Motivation, mich für InnoCan einzusetzen.“

UWE GROENEWOLD

### InnoCan

Projektpartner auf deutscher Seite sind die UKSH-Kliniken für Strahlentherapie in Lübeck und Kiel, die beiden Universitäten und das Krebsregister. In Dänemark sind die Projektpartner die Region Seeland, Produktion, Forschung und Innovation (PFI), Odense Universitetshospital, University College Sjælland, Designskolen Kolding Cortrium ApS/GmbH, Kræftens Bekæmpelse.

## DERMATOLOGIE

# Klimatisch im Vorteil: Dermatologie auf Sylt

Vom Kurlazarett für Luftstreitkräfte zur modernen Klinik: Die stationäre Dermatologie auf Sylt hat eine wechselvolle Geschichte hinter sich. Zwei Ärzte zur Entwicklung der Klinik.

Im Vergleich zu den Uni-Hautkliniken in Norddeutschland erscheinen die Wurzeln des Fachbereiches Dermatologie und Allergologie an der Westküste Schleswig-Holsteins karg und schlicht. Den sich stets verändernden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen hat der Fachbereich aber stets standgehalten.

Für die wechselvolle Geschichte muss man bis ins Jahr 1937 zurückblicken. Damals wurde auf dem Gelände im Norden Westerlands ein „Kurlazarett für Luftstreitkräfte“ projiziert. Nach Kriegsende übernahm das Landesversorgungsamt Schleswig-Holstein das Lazarett für Kurbehandlungen von Kriegsversehrten. Ab 1951 führte der neue Pächter, die Arbeiterwohlfahrt, dort Kurmaßnahmen durch. Mitte der 50er Jahre wurde die Akutversorgung aus dem Städtischen Krankenhaus Westerland in die Nordseeklinik auf Sylt integriert.

Der dermatologische Schwerpunkt lag zunächst bei den „Klima-Kuren“. Anfang der 60er Jahre zeigt sich, dass die „dermatologischen Kuren“ nicht mehr durch Allgemeinärzte oder Internisten zielführend durchgeführt werden konnten. Deshalb wurde 1965 aus einer pulmonologisch orientierten internistischen Reha die dermatologische Rehaklinik ausgegliedert. Chefarzt war Dr. Gottfried Ludwig, der gleichzeitig als Hautarzt in Westerland eine Praxis führte. Angrenzend zur Klinik lag die Forschungsstation „medizinische Klimatologie“, eine Außenstelle der Physiologie der Kieler Universität, die zur dermatologischen Klimatherapie forschte. 1966 fand in Westerland der 13. Internationale Kongress für Thalassotherapie auf Sylt statt. Die wichtigsten Ergebnisse des Kongresses wurden im Buch „Thalassotherapie“ veröffentlicht. Pfeleiderer beschrieb darin die Notwendigkeit einer detaillierten Anweisung mit Dosisanpassung an die jeweiligen Witterungsverhältnisse, um einen Therapieerfolg zu

erreichen. Ludwig berichtete über eine weitgehende Rückbildung der Effloreszenzen bei Patienten mit atopischem Ekzem durch die balneophysikalische Therapie an der Nordsee. Positive Ergebnisse konnte er auch bei Patienten verzeichnen, die über einen längeren Zeitraum mit externen und internen Glucocorticosteroiden behandelt wurden.

1974 wurde die Nordseeklinik in den Krankenhausplan aufgenommen. 1988 sind zwei dermatologische Akutbetten im Krankenhausbedarfsplan dokumentiert. In dieser Zeit sind im internistischen Bereich der Reha 124 Planbetten vorhanden. Die dermatologische Reha-Einrichtung verfügte über 40 Betten. Nach 1988 werden die Badekuren abgeschafft und es finden moderne Rehabilitationsmaßnahmen unter der Qualitätskontrolle der damaligen BfA (heute: DRV-Bund, Berlin) statt.

1991 übernahm Dr. Norbert Buhles die Leitung der Klinik für Dermatologie und Allergologie; er ist bis heute dort tätig. Buhles setzte in der Reha-Entwicklung auf die Schwerpunkte Edukation, ergotherapeutische, psychologische und diätetische Schulungen. Dadurch erlangten die klimatherapeutischen Elemente zunehmend adjuvanten Charakter für die Patienten. 1992 übernahm der private Klinikbetreiber Asklepios Kliniken GmbH die Einrichtung. Bis zu 120 Hautpatienten können gleichzeitig stationär versorgt werden. Parallel dazu bietet die Klinik Präventionsmaßnahmen etwa in den örtlichen Schulen an. Neben einer zunehmend differenzierten Therapie bei Neurodermitis und Psoriasis finden berufsbedingte Dermatosen mehr und mehr Beachtung. Im Jahr 2000 erfolgte die Vorstellung des „tätigkeitsgeprüften Hautschutzplanes“ als dermatologische medizinisch-orientierte berufliche Reha-Maßnahme.

Inzwischen werden jährlich 1.000 bis 1.200 Patienten mit Haut- und/oder Allergie-Krankheiten auf Sylt rehabilitiert. 500 bis 600 Patienten finden ihre

Diagnostik und Therapie auf der Akut-Station bzw. einer Privatstation. Die klassischen Indikationen werden ergänzt durch Reha bei Ichthyosen, blasenbildenden, pruriginösen, urtikariellen, lichenoiden, ulzerösen und auch neoplastischen Hauterkrankungen.

Der Akutbereich in der Dermatologie ist u. a. spezialisiert auf die Behandlung akut exazerbierter chronisch-entzündlicher Hauterkrankungen und derzeit im Krankenhausplan des Landes mit 25 Betten aufgeführt. Die räumlich getrennte Rehabilitationseinrichtung umfasst 70 Betten. Die einweisenden Ärzte kommen aus dem gesamten Bundesgebiet und teilweise auch aus dem europäischen Ausland. Zu den Kostenträgern zählen neben Krankenkassen auch Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Unfallkassen und Selbstzahler. Moderne Managementthemen werden wie berichtet im seit 1998 existierenden Qualitätsnetz bearbeitet. Dabei kooperiert die Klinik mit fast 300 Haut- und Allergiepaxen in ganz Deutschland. Als sozialmedizinische Besonderheit besteht für die Patienten die Möglichkeit, nahtlos von Akut in Reha zu wechseln. Die klimatherapeutische adjuvante Therapie wird weiterhin effektiv genutzt und unterstützt die Gesamteinrichtung bei den ökologischen Bemühungen.

2015 wurde das 50-jährige Jubiläum der Hautklinik gefeiert. Dabei blickte die Einrichtung nicht nur historisch, sondern auch sozialmedizinisch auf eine besondere Entwicklung zurück, die durch mehr als 100 Publikationen dokumentiert ist. Neu ist die teilhabeorientierte (partizipative) Zielvereinbarung mit jedem einzelnen Patienten, um die vorhandenen Therapiemodule noch individueller abzustimmen und den Ressourceneinsatz zu optimieren. Dies soll die Patientenzufriedenheit steigern und das Behandlungsergebnis nachhaltig verbessern.

DR. HANKA LANTZSCH,

DR. NORBERT BUHLES,

ASKLEPIOS NORDSEEKLINIK WESTERLAND

## Info

Die Dermatologie auf Sylt behandelt schwerpunktmäßig Neurodermitis und Psoriasis.



PHOTO: PROF. DR. CLAUDIA SCHMIDTKE

**Wahl**  
**2018**

Wahl zur Kammerversammlung  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
22. Mai - 7. Juni 2018

**„Ich wähle,  
weil Wahlrecht für mich niemals Last ist,  
sondern eine Gelegenheit zur Gestaltung.“**

**Prof. Dr. Claudia Schmidtke, MBA**  
Mitglied des Deutschen Bundestages, Herzchirurgin in Bad Segeberg

NS-ZEIT

# „Vorbildlich und mit seltenem Idealismus“

Zweiter Teil des Artikels über die Assistenzärzte an der Medizinischen Fakultät der Kieler Christian-Albrechts-Universität (CAU) während der NS-Zeit.

Neben Marquort und Wilmanns hatte der Direktor der Medizinischen Klinik Kiel, Hanns Löhr, noch einen weiteren Vertrauten unter seinen Assistenten: den Sportarzt der Universität, Wilhelm Meister. Löhr hatte ihn von Schittenhelm übernommen. Formal gesehen gehörte er nicht zu den Assistenten der Klinik, obwohl er von allen Assistenzärzten der Medizinischen Klinik am längsten dort tätig war. Dr. med. Wilhelm Meister war Leiter der Sportärztlichen Beratungs- und Untersuchungsstelle, die dem Rektorat unterstellt war, aber funktionell zur Medizinischen Klinik gehörte. Geboren am 17. September 1906, war er am 15. November 1933 Nachfolger des ausgeschiedenen Universitäts-Sportarztes Petersen geworden.<sup>1</sup> Ähnlich wie bei Petersen war mit dem Hauptamt des Universitäts-Sportarztes eine nicht gesondert honorierte Arbeit als Stationsarzt in der Medizinischen Klinik verbunden. Diese Tätigkeit war im Interesse der Sportärzte, damit sie nach dem Erwerb der Voraussetzungen die Bezeichnung Facharzt für Innere Medizin bei der Ärztekammer erwerben konnten. Die Wahl der Zuständigen, darunter der Leiter des Instituts für Leibesübungen Richard Stempel und der Vorgänger Löhrs als Direktor der Klinik Alfred Schittenhelm war auf Meister gefallen, weil dieser nicht nur eine mehrjährige Turnlehrerausbildung absolviert hatte, sondern bereits 1927 als Medizinstudent an der Spitze des Amtes für Leibesübungen der Kieler Studentenschaft gestanden hatte.<sup>2</sup> Zum Zeitpunkt seiner Anstellung als Sportarzt der Universität hatte er seine politische Zuverlässigkeit für die Nationalsozialisten durch sein Engagement als SA-Sturmabführer unter Beweis gestellt. Die Aufgaben Meisters neben seiner klinischen Tätigkeit waren vielfältig. Er hatte die Studenten auf die gesundheitliche Unbedenklichkeit der Teilnahme an der durch die Nationalsozialisten vorgeschriebenen körperlichen Ertüch-

tigung während des ersten und zweiten Semesters zu untersuchen, Gesundheitszeugnisse für die Studenten der Leibeserziehungen und körperlichen Erziehung zu erstellen, Sportverletzungen zu begutachten und sich an den Vorlesungen des Instituts für Leibeserziehung zu beteiligen. Dazu kamen Untersuchungen für die SA und den Arbeitsdienst und die gesundheitliche Überwachung der Kameradschaftshäuser und Studentinnenheime.<sup>3</sup> Noch im November 1934 wurde ihm die Leitung der vom Luftkreisamt VI im Rahmen der Aufrüstung der deutschen Wehrmacht eingerichteten Fliegeruntersuchungsstelle persönlich übertragen.<sup>4</sup> Seit 1936 kam der Lehrauftrag für Sportmedizin dazu, ab Ende 1937 nahm er weiterhin den Lehrauftrag für Luftfahrtmedizin wahr.<sup>5</sup> Noch 1935 absolvierte er eine zweimonatige „Waffenausbildung“ in der Luftwaffe.<sup>6</sup> Im September 1939, zu diesem Zeitpunkt bereits mit dem Dienstgrad Assistenzarzt (entsprechend einem Leutnant) zur Luftwaffe eingezogen, erhielt er noch am Tag des Antrages von der Ärztekammer Schleswig-Holstein die Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin.<sup>7</sup> Einer Antwort Meisters auf ein persönliches Schreiben Löhrs aus dem August 1940 ist zu entnehmen, dass Meister mittlerweile als Oberarzt (entsprechend einem Oberleutnant) in Frankreich eingesetzt war. Später berichtet Meister stolz, dass er als Arzt einen fliegenden Verband im Einsatz über England betreut und dass er die Möglichkeit hatte, als Bordwart mit einem Bombenflugzeug mitzufliegen und sogar das „Bombengerät auszulösen“. Löhrs Verhältnis zu Meister war nicht so eng wie zu seinen beiden Assistenten Marquort und Wilmanns, er blieb beim „Sie“, während er Marquort und Wilmanns duzte. Allerdings war das Verhältnis eng genug, um Meister in einem Schreiben Anfang 1941 die sicher nicht ganz legale Beschaffung eines erstklassigen Silberfuchscapes in Brüssel für seine Frau zu übertragen. Dafür sollten

500 RM ausgegeben werden statt der im Deutschen Reich erforderlichen 1.700 RM. Auch sollte es „nur das Allerbeste vom Besten sein, andere Ware kaufe ich [Löhr] nicht“. Der letzte Brief Löhrs vom 7. Juni 1941 ging in die Region des „Luftgaupostamtes Wien“.<sup>8</sup> Meister war im Rahmen des Balkanfeldzuges im April/Mai 1941 bei der Besetzung Kretas eingesetzt gewesen. Im September 1944 wurde er Opfer eines Partisanenangriffs auf einen Zug in der Nähe von Sklabina im Norden der Slowakei.<sup>9</sup> Seine Tochter Gabriele war zu diesem Zeitpunkt noch nicht geboren.<sup>10</sup>

Hans-Joachim Rietz, am 14. August 1910 in Berlin-Wilmersdorf geboren, studierte ab 1930 in Königsberg, Berlin, Würzburg, Innsbruck und Kiel, legte in Kiel im Juni 1936 sein medizinisches Staatsexamen ab und kam am 1. August 1937 als Volontärassistent in Löhrs Medizinische Klinik.<sup>11</sup> Rietz war schon 1932 in die NSDAP und SS eingetreten. Während seines Studiums in Innsbruck von Ende 1933 bis zum österreichischen Juli-Putsch 1934 war er, wie er selbst schreibt, in der österreichischen SA „aktiv“ geworden.<sup>12</sup> Der Juli-Putsch war ein gescheiterter nationalsozialistischer Umsturzversuch in Österreich mit zahlreichen Toten, darunter auch dem österreichischen Bundeskanzler Engelbert Dollfuß. Er begann am 25. Juli 1934 mit dem Überfall von als Soldaten verkleideten SA-Männern auf das Bundeskanzleramt in Wien. Rietz dürfte daran beteiligt gewesen sein. Die Folge war seine Flucht aus Österreich. Im Februar 1935 trat er aus der Kirche aus, ein Schritt, der mit seiner Verpflichtung als SD-Mann im September 1935 in Kiel zusammenhängen dürfte. Dort bearbeitete er das Arbeitsgebiet „Rasse und Volksgesundheit“, war also für die Rassenfragen im SD-Abschnitt Kiel verantwortlich.<sup>13</sup> Rietz konzentrierte sich neben seiner Tätigkeit an der Medizinischen Universitätsklinik voll auf seine ehrenamtliche Laufbahn im SD. 1939 promo-

## Info

Assistenzarzt Hans-Joachim Rietz, ab 1937 an der Kieler Universitätsklinik tätig, war mit hoher Wahrscheinlichkeit am gescheiterten österreichischen Juli-Putsch im Jahr 1934 beteiligt. Bei diesem Umsturzversuch gab es zahlreiche Tote, darunter auch der österreichische Bundeskanzler Engelbert Dollfuß.

vierte er, wie schon erwähnt, mit einer Arbeit über die Taucherkrankheit, die er zusammen mit Marquort veröffentlichte.<sup>14</sup> Für eine Facharztanerkennung war die in der Medizinischen Klinik absolvierte Zeit zu kurz.

Rietz musste in der SS mit einem niedrigen Rang beginnen und so waren die Dienstgrade SS-Mann, SS-Scharführer und 1938 SS-Oberscharführer Stationen seines eher mühsamen ehrenamtlichen Werdeganges im SD. Beschrieben wurde er in einer Beurteilung der SS als vorwiegend nordischer Mann mit ausgezeichnetem persönlicher Haltung, korrektem soldatischen Auftreten und kompromissloser nationalsozialistischer Überzeugung. Seine Weltanschauung sei „von vorbildlich klarem Gefühl getragen“, er sei „der vorbildliche SS-Mann mit überdurchschnittlicher Befähigung, großem Arbeitseifer und seltenem Idealismus“. Ein erster Höhepunkt seiner SS-/SD-Karriere war der Vorschlag zur SS-Sturmführer-Laufbahn. Im April 1939 wurde er Untersturmführer, ein Jahr später Obersturmführer und im September 1942 Hauptsturmführer.<sup>15</sup> Rietz war vom SD nicht für den Einsatz an der Universität vorgesehen. Deswegen dürften sich seine Kontakte zu Löhr im Wesentlichen auf die eines Assistenzarztes zu seinem Chef beschränkt haben. Nach der Besetzung Polens wurde er von dem SD-Abschnitt Kiel am 7. November 1939 für fünf Monate zur Einwanderzentralstelle (EWZ) Nord-Ost als vertretender Dienststellenleiter einer Gesundheitsstelle nach Posen abgeordnet, wo er u. a. die „rassische Bewertung“ deutscher Umsiedler vorwiegend aus Bessarabien durchführte.<sup>16</sup> Nach dieser Zeit wurde ihm die Eignung für leitende ärztliche Tätigkeiten bei Sondereinsätzen als SD-Mitarbeiter für das Gesundheitswesen bescheinigt. Nach der Besetzung Norwegens im April/Mai 1940 erfolgte die Abkommandierung zum Stab des Befehlshabers der Sicherheitspolizei und des SD (BdS) in Oslo, wo er das Referat III B „Volkstum und Volksgesundheit“ leitete und umfangreiche Ausarbeitungen zu dem von ihm vertretenen Fachgebiet anfertigte.<sup>17</sup> Die Informationen über die weiteren Tätigkeiten von Rietz werden dann spärlich. Nur so viel ist noch bekannt: Seine Dienstanschrift war im April 1944 Brandenburg/Havel, Malge. Aus dem November 1944 ist folgender Vermerk in den Quellen zu finden: „Der SS-HStF [Hauptsturmführer] Dr. Jochen Rietz, RSHA – Amt III – wird aus dienstlichen Gründen zum BdS Oslo abgeordnet.“<sup>18</sup> Aus seiner Adresse in Brandenburg lässt sich schließen, dass er direkt im Reichssicherheitshauptamt (RSHA) in Berlin tätig gewesen war, bevor seine Osloer Erfahrungen vermutlich in brenzlicher Situation erneut in Norwegen benötigt wurden. Ausgezeichnet wurde

er am 9. Februar 1942 rückwirkend zum 1. September 1941 mit dem Kriegsverdienstkreuz II. Klasse mit Schwertern,<sup>19</sup> später dann auch noch mit der Medaille für deutsche Volkspflege.<sup>20</sup> Das Material erlaubt nur vage Vermutungen, ob Rietz, wie auch schon nach dem Polenfeldzug, Aufgaben vor Ort nach dem Überfall auf die Sowjetunion übernommen haben könnte. Es war durchaus üblich, dass SD-Offiziere für einige Wochen bis Monate zu den Einsatzkommandos abkommandiert wurden. Da er aus dem SD-Abschnitt Kiel nach Oslo nur abgeordnet und nicht versetzt war, ist es denkbar, dass der dem System ideologisch vorbehalten SD-Arzt nach dem Einmarsch in die Sowjetunion eine vorübergehende Verwendung im östlichen Kriegsgeschehen gefunden hat. Dafür spricht das Kriegsverdienstkreuz 2. Klasse mit Schwertern.<sup>21</sup> Rietz wurde nicht für Verdienste an der „Heimatfront“ geehrt, denn dafür war der ihm verliehene Orden nicht bestimmt, sondern für „besondere Verdienste beim Einsatz unter feindlicher Waffenwirkung oder für besondere Verdienste in der militärischen Kriegsführung“. Die Verleihung erfolgte mit Wirkung zum 1. September 1941, der Zeit, in der die Mordkommandos der Einsatzgruppen des SD im rückwärtigen Kriegsgebiet der Ostfront ihr schreckliches Werk vollbrachten.<sup>22</sup> Ergänzend spricht für diese Vermutung, dass der stellvertretende Befehlshaber der Einsatzgruppe A im Baltikum, SS-Obersturmbannführer Karl Tschierschky,<sup>23</sup> der der ehemalige Chef von Rietz als stellvertretender Leiter der Einwanderungszentrale in Posen gewesen war und große Stücke auf ihn hielt, ihn angefordert haben könnte.<sup>24</sup> So ist die Vorstel-

in Oslo tätig,<sup>26</sup> dann zu einem späteren Zeitpunkt im RSHA, bis er 1944 erneut nach Oslo abgeordnet wurde. Nach dem Krieg hatte er als praktischer Arzt eine Praxis auf der Insel Föhr.

Ein erst in der Nachkriegszeit zu Ansehen gekommener Assistent der chirurgischen Klinik, der wegen seines nationalsozialistischen Engagements, seines Hangs zu überbordenden Klinikfesten und Streitereien sowie seiner herausragenden wissenschaftlichen Arbeiten eine schillernde Persönlichkeit darstellte, soll hier nicht vergessen werden, auch wenn bereits im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt über ihn berichtet wurde (SHÄB 5 [2011], S. 56-63, online auch unter [www.karl-werner-ratschko.de](http://www.karl-werner-ratschko.de)). Es handelt sich um Gerhard Küntscher, ein Paradebeispiel für einen zeitweise stark engagierten Nationalsozialisten, der durch seine wissenschaftlichen Leistungen letztlich in der Nachkriegszeit bekannt wurde, aber in der Zeit des Nationalsozialismus formal nicht über den Status eines Assistenten hinausgekommen war. Er wurde am 6. Dezember 1900 in Zwickau geboren, 1925 erfolgte die Promotion in Jena, 1927 bis 1929 war er Assistent in Jena und Freiburg i. Br., seit dem 27. Januar 1930 Assistent in Kiel. Küntschers Aktivitäten in den Vorgängen Eisler und Heine wurden bereits im vorigen Heft dargestellt. Küntscher entwickelte 1934 ein Hochfrequenzgerät zum Aufsuchen von Geschossen im menschlichen Körper, mit dem während des Krieges zahlreiche Lazarette ausgerüstet wurden. Im Rahmen seiner Habilitationsschrift machte er sich ein Sichtprüfungsverfahren aus der Autoindustrie zu Nutzen und wies so die Bereiche in Knochen nach, die den stärksten Belas-

## „Ein vorwiegend nordischer Mann mit ausgezeichnetem persönlicher Haltung und korrektem soldatischen Auftreten.“

### Info

Rietz begann in der SS mit einem niedrigen Rang, wurde aber über die Jahre mehrfach befördert. Er war vermutlich an den Mordkommandos der Einsatzgruppen im rückwärtigen Kriegsgebiet der Ostfront beteiligt. Nach dem Krieg war Rietz in Wyk auf Föhr niedergelassen.

lung einer vorübergehenden Abordnung des immer wieder für die Durchsetzung des nationalsozialistischen Rassismus tätigen Arztes in den Osten durchaus wahrscheinlich. Dafür spricht auch, dass in den über ihn vorliegenden vollständig erscheinenden SS-Personalunterlagen im Bundesarchiv<sup>25</sup> über die Gründe für die beiden verliehenen Orden kein Hinweis zu finden ist. Dies könnte man mit der Absicht von Geheimdiensten, wie des SD, operative Geheimvorgänge auch gegenüber der personalaktenführenden Dienststelle vertraulich zu halten, erklären. Nach dem wahrscheinlichen Einsatz im Osten war Rietz wieder beim BdS

tungen ausgesetzt sind.<sup>27</sup> Seine Habilitation erfolgte 1935. Die weitere Verfolgung dieser Arbeiten und der seit mehreren Jahren an der Kieler Klinik erfolgreich ausgeübten Schenkelhalsnagelung führten unmittelbar zur Entwicklung der Marknagelung.<sup>28</sup> Er war mehrere Jahre Vertreter der Dozentenschaft der Medizinischen Fakultät. Im Wege für eine erfolgreiche Karriere stand ihm seine auffällige, nicht selten destruktive Originalität.<sup>29</sup> Schon im Jahre 1935/36 hatten von ihm zu verantwortende Verwüstungen des Ärztekasinos mit desolaten Folgen für Raum und Mobiliar zu Streitigkeiten geführt, die mit einer Missbilligung

durch das Ministerium geahndet worden waren.<sup>30</sup> Küntscher versuchte, seine Parteiämter und die damit verbundene Macht zur Legitimierung ausschweifender, den Rahmen des damals Zulässigen weit überschreitender Handlungen zu nutzen. Küntschers Unmut über den „Frass“ im Ärztekasino wurde sehr drastisch mit dem Spruch „Lerne essen ohne zu klagen“ verdeutlicht, der in großen Lettern an die Wände des Casinos geheftet war und offenbar noch bis zur nächsten Casinoaffäre im März 1939 hingablieh.<sup>31</sup> Bei ihr ging es dann um eine längerfristige geschmacklose Ausgestaltung des Casinos mit Nacktbildern und einer diffamierenden Karikatur des „alt ehrwürdigen Geheimrats Esmarch“. Vorgänge, die die Universität in der damaligen Zeit nicht tolerieren konnte. Seine eigentlich vorgesehene Ernennung zum außerplanmäßigen Professor, die 1939 beantragt worden war, wurde dann auch um mehrere Jahre verzögert.<sup>32</sup> Küntschers ärztliche Atteste über Magen-Darm-Beschwerden für 14 Hausangestellte, die diesen die Möglichkeit geben sollte, aus der Anstaltsverpflegung befreit zu werden, führten zu weiteren Ärgernissen. Am 7. März 1940 reagierte er darauf mit einer Anzeige bei der Geheimen Staatspolizei (Gestapo) gegen seinen Kontrahenten Borger, dem für die Bewirtschaftung des Ärztekasinos zuständigen Parteigenossen, Blockleiter und Hauptbetriebszellenobmann der Deutschen Arbeitsfront (DAF), dem er Sabotage vorwarf.<sup>33</sup> Die Gestapo wollte sich mit Küntschers Beschwerde jedoch nicht befassen.<sup>34</sup> Es gab weitere Vorfälle dieser Art, in denen Küntscher ein Verhalten an den Tag legte, für das andere, die durch Partei und SA nicht geschützt waren, schnell in ernsthafte Schwierigkeiten gekommen wären. Kurz nach Kriegsbeginn im November 1939 führte Küntscher erstmalig eine Marknagelung am Menschen aus.<sup>35</sup> Er wurde im April 1941 Soldat, am 2. Juni 1942 außerplanmäßiger Professor und war auf Hauptverbandsplätzen und in Kriegslazaretten an der Ostfront, dann ab April 1943 bis September 1944 als beratender Chirurg in Finnland eingesetzt.<sup>36</sup> Nach Kriegsende kehrte er in Kenntnis der wegen seines nationalsozialistischen Engagements bestehenden Aussichtslosigkeit einer weiteren Universitätskarriere gar nicht erst an die Universität zurück, sondern übernahm die Leitung eines Schleswiger Lazarets.<sup>37</sup> 1957 wurde er Ärztlicher Direktor des Hafenkrankehauses in Hamburg. Er starb am 17. Dezember 1972 in Flensburg.<sup>38</sup>

#### Assistenzärzte im Krieg

Die Personalsituation in den Kliniken und Instituten veränderte sich mit Kriegsbeginn allmählich immer mehr zum Schlechten. Einige Professoren und

Dozenten sowie zahlreiche Assistenten der Medizinischen Fakultät waren zum Kriegsdienst einberufen worden. Zum Vergleich: Im Wintersemester 1937/38 bestand die Fakultät laut Personal- und Vorlesungsverzeichnis aus 16 Direktoren, 14 Oberärzten bzw. Oberassistenten, ca. 60 Assistenten sowie einer nicht genau bekannten Zahl von Volontärassistenten. Im ersten Kieler Kriegstrimester 1940 war von den Instituten zwar keiner der Direktoren und Oberassistenten eingezogen worden, aber immerhin vier von 14 Assistenten. Auch von den Klinikdirektoren war keiner im Heeresdienst, aber drei von acht Oberärzten und 14 von etwa 50 Assistenzärzten standen für die Patientenversorgung in den Krankenanstalten aus diesem Grund nicht zur Verfügung. Löhrr erwähnt in einem Schreiben Anfang 1941 an Meister, dass man alle jungen Leute einziehe, sodass er, Löhrr, mit „einigen weiblichen Doktoren allein“ dastehen müsse, „der reinste Harem“, wie er schreibt. Tatsächlich waren Löhrr zu diesem Zeitpunkt von den planmäßigen neun Assistenten noch zwei verblieben, alle übrigen wie auch sein Oberarzt Glatzel waren eingezogen worden. Die Arbeit in der Klinik wurde von einigen meist weiblichen Hilfsärzten geleistet. Diese Zahlen verschlechterten sich, soweit überhaupt noch möglich, nach dem Überfall auf die Sowjetunion. Laut Vorlesungs- und Personalverzeichnis für das Wintersemester 1941/42 leisteten vier Institutsdirektoren (Holzlöhner, Siegmund, Bachmann und der mit der Vertretung des Lehrstuhls für Gerichtsmedizin beauftragte Hallermann), einer von fünf Oberassistenten und acht von 14 Assistenten der Institute Militärdienst. Besonders stark waren das Pathologische und das Hygienische Institut betroffen. In der Pathologie tat nur noch Oberassistent Zinck Dienst, Lehrstuhlinhaber Siegmund und seine beiden Assistenten leisteten Kriegsdienst. In der Hygiene war Oberassistent Pels-Leusden der einzige Arzt, Lehrstuhlinhaber Bachmann und drei weitere Assistenten waren einberufen worden. Die Klinikdirektoren standen für die Leitung ihrer Kliniken mitunter als einzige Fachärzte zur Verfügung, einige mussten sogar noch zusätzlich als beratende Ärzte bei der Marine oder des Heeres Dienst tun. Fünf von sieben Klinikoberärzten und 30 von etwa 50 Klinikassistenten waren eingezogen worden. Auf die Medizinische Klinik war bereits eingegangen worden, in der Chirurgie waren noch neben dem Chef Fischer und Oberarzt Robert Wanke zwei von acht Assistenten tätig. In der Frauenklinik gab es neben dem Chef Philipp nur noch den Assistenzarzt Herbert Huber, denn Oberarzt Walter Schäfer sowie sechs weitere Assistenten waren eingezogen worden. Die medizinische Situati-

on war jedoch nicht ganz so dramatisch, wie es sich auf den ersten Blick darstellt, da Volontärärzte und „Hilfsärzte“ in den ohnehin ungenauen Personal- und Vorlesungsverzeichnissen nicht ausgewiesen sind. Dieses ärztliche Personal musste neben der täglich stattfindenden Versorgung der Patienten noch die nächtlichen Bereitschaftsdienste ihrer Kliniken sicherstellen. Für die Chirurgie sowie die Frauen- und Kinderklinik kam noch verschärfend die ärztliche Betreuung der bereits im Sommer 1941 ausgelagerten Klinikteile in Haffkrug, Grömitz und Neustadt (ca. 80 km einfache Fahrt) und Gut Behl bei Plön (ca. 35 km einfache Fahrt) dazu, die erhebliche Autostunden mit schlecht gefederten kleinen PKWs auf den zeitgemäß ausgebauten, mit Blaubasalt gepflasterten Reichs- und Landstraßen erforderten. Auch kam es durch die Opfer der Bombenangriffe zu vermehrter ärztlicher Tätigkeit im Vergleich zur Friedenszeit. Da davon auszugehen ist, dass auch der Pflegebereich und das übrige Fachpersonal kriegsbedingt ausgedünnt waren und vertretungsweise tätige Ärztinnen und Ärzte wie auch hilfsweise eingesetzte Medizinstudenten höherer Semester, bei allen Bemühungen nicht so arbeiten konnten, wie die eingearbeiteten Teams der Kliniken, muss von einer in Anbetracht der Arbeitsleistung der Klinikleitung deutlich spürbaren Qualitätsminderung der medizinischen Betreuung ausgegangen werden.

Die durch Einberufungen verminderte Zahl der planmäßigen Ärzte konnte in einem gewissen Umfang während der Kriegsdauer durch „Hilfsärzte“ und verstärkte Inanspruchnahme von medizinischem Assistenzpersonal für ärztliche Aufgaben behelfsmäßig ausgeglichen werden. Die Hilfsärzte wechselten häufig zwischen den Kliniken und wurden formal als wissenschaftliche Hilfskräfte angesehen und bezahlt. Beispielfhaft zu nennen sind hier namentlich für die Zeit zwischen 1940 und 1943 in der Hautklinik Erika Behnken, Annelise Henze, Erika Meyer-Bornsen; in der Kinderklinik Reinhild Belke, Teye Johan Bomer, Erich Heinz, Ilse Jalass, Erika Kattiofsky, Hans Loeber, Magdalene Herbst, Lotte Rosnow; in der Medizinischen Klinik Irmgard Brand, Inken Bremer, Erwin Buchys, Ruth Sandberg; in der Chirurgie Marga Dietrich, Karl Ericson, Ernst Frowein, Heinz Jungs, Heinrich Klodt sowie in der Frauenklinik Eva Maria Tuhnitz und Ilse Klostermann. Die nicht vollständige Liste zeigt eindrucksvoll, wie sehr die Patientenversorgung zu dieser Zeit auf Ärztinnen angewiesen war.<sup>39</sup> Weitere Hilfsärzte wurden den Kliniken während der Kriegszeit durch den in Vertretung des Polizeipräsidenten tätigen Luftschutzarzt zugewiesen.<sup>40</sup> Die Stellen der zum Heeres-

#### Info

*Hilfsärzte und medizinisches Assistenzpersonal konnten die verminderte Zahl an Ärzten während des Krieges an der Universitätsklinik nur vorübergehend ausgleichen. Entgegen der nationalsozialistischen Ideologie kamen während des Krieges vermehrt Ärztinnen beruflich zum Einsatz. Ohne sie wäre auch eine eingeschränkte Versorgung kaum aufrecht zu erhalten gewesen.*

dienst einberufenen Assistenten blieben durch diese formal besetzt, Hilfsärzte erhielten immer nur Verträge als Vertreter. Arbeitsverträge, wie im Fall der Ärztin Dr. Inge-Marie Theobald wurden befristet „als Hilfsärztin für die Kriegsdauer, längstens jedoch bis zur Rückkehr des eingezogenen Assistenten Dr. Harms“ abgeschlossen.<sup>41</sup> Eine weitere Möglichkeit der „Gewinnung“ von ärztlicher Ar-

sing vom September 1938: „Wir glauben, dass sich für die freie Volontärassistentenstelle auch männliche Bewerber finden werden und bringen daher in Vorschlag, die Stelle beim NSD-Dozentenbund auszuschreiben, falls Prof. Rominger nicht selbst einen männlichen Bewerber für die Stelle zur Verfügung hat.“ Dekan Löhr und Rektor Ritterbusch schließen sich der Stellungnahme vorbe-

## „Der allgemeine Mangel an Ärzten wurde auch an den Universitätskliniken immer spürbarer und zwang zu Kompromissen.“

beitskraft erfolgte nach der Notdienstverordnung durch Dienstverpflichtung. So wurde Frau Dr. Ursula Krause „ab 1. Januar 1945 auf die Dauer des Krieges, längstens jedoch bis zur Rückkehr des eingezogenen Assistenten Dr. Wilmanns, als Hilfsärztin und Kriegsvvertreterin [...] unter Einreihung in die Vergütungsgruppe III TO. A bei der Medizinischen Klinik der Universität Kiel ins Angestelltenverhältnis übernommen“.<sup>42</sup>

Der allgemeine Mangel an Ärzten wurde auch in den Universitätskliniken immer spürbarer und zwang die Verantwortlichen in Berlin zu Kompromissen. Einem Schreiben des Reichserziehungsministeriums an den Kieler Kurator aus dem Jahre 1943 ist zu entnehmen, dass auch die Einstellung von Ärztinnen als wissenschaftliche Assistentinnen nicht mehr unerwünscht war. Wenn wissenschaftliche Assistentenstellen frei würden, so das Schreiben aus dem Jahre 1943, bestünden keine Bedenken mehr, im Bedarfsfall Frauen „in frei gewordene Stellen zu wissenschaftlichen Assistenten zu ernennen, zumal sie meist nach kürzerer oder längerer Zeit zur Übernahme einer ärztlichen Praxis oder einer anderen Stelle in öffentlichen oder privaten Dienst ausscheiden werden.“<sup>43</sup> Dies ist ein Beispiel dafür, dass nationalsozialistische Ideologie zunehmend im Alltag, wenn auch mit einer fadenscheinigen, das Gesicht wahren den Begründung, hinter den Kriegsnotwendigkeiten zurücktreten musste. Noch 1938/39 hatte z. B. Rominger größte Schwierigkeiten, ärztliche Mitarbeiterinnen einzustellen, wie die im Herbst 1938 zunächst wegen Bedenken der Dozentenschaft gescheiterte Einstellung von Dr. Marta Fuchte als Volontärassistentin in der Kinderklinik zeigt. Die ursprüngliche Ablehnung wurde damit begründet, dass Rominger im September 1938 bereits zwei Volontärärztinnen eingestellt hatte.<sup>44</sup> In diesem Zusammenhang ein Zitat aus der Stellungnahme des Vertreters des Dozentenführers Gerhard Küntscher, Klaus Nies-

haltlos an.<sup>45</sup> Erst im Frühjahr 1939 wurde die Einstellung Martha Fuchtes aufgrund einer jetzt positiven Stellungnahme der Dozentenschaft schließlich möglich. Es gab jedoch nicht genug Hilfsärzte. Diese wurden ebenfalls benötigt, um dabei zu helfen, ein Mindestmaß an ambulanter kassenärztlicher Versorgung sicherzustellen, da viele niedergelassene Ärzte ebenfalls zum Wehrdienst einberufen worden waren. Insofern ist davon auszugehen, dass im Rahmen der Möglichkeiten ausländische Ärzte eingesetzt wurden. Die Beschäftigung ausländischer Mitarbeiter in medizinischen Universitätsinstitutionen dürften sich jedoch in engen Grenzen gehalten haben. Nach nationalsozialistischen Vorstellungen sollte die Behandlung deutscher Patienten nur durch deutsches oder „artverwandtes“ Personal erfolgen. Polen und Ostarbeiter hätten an einer Universitätsklinik als Ärzte kaum in Frage kommen dürfen.<sup>46</sup> Die Quellenlage zur Beschäftigung von Ausländern ist für die Medizinische Fakultät Kiel noch schlechter als jene zu der Beschäftigung von Hilfsärzten. Es findet sich der Hinweis, dass der Däne Edward Hjelm Poulsen 1942 als Volontärassistent in der Anatomie tätig war und der tschechische Arzt Dr. J. Ondracek vom Kieler Polizeipräsidenten der Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik als Hilfsarzt zugewiesen wurde.<sup>47</sup> Einen weiteren Hinweis gibt es in den Entnazifizierungsunterlagen von A. W. Fischer und einen noch schwächeren in denen von Werner Bachmann. Fischer wurde von dem polnischen Arzt Dr. Zysmunt Skowron aus Krakau, Lagerarzt bei einem sogenannten polnischen Arbeiterbataillon in Jägershöhe, am 17. September 1945 folgendes bescheinigt: „Professor A. W. Fischer Director of the University Surgical Hospital gave me as a Pole the chance of getting employed in his infirmary. I work there as an assistant surgeon 1942 and 1943.“ Weiterhin bescheinigt Skowron, dass ihm Fischer ärztliche Weiterbildung ermöglichte und

er viele Polen und andere Ausländer behandelt habe und bemüht gewesen sei, ihnen allen in bester Weise ohne Ansehen der Person zu helfen.<sup>48</sup> Im Gegensatz zu manchen anderen Bescheinigungen in Entnazifizierungsunterlagen gibt es quellenkritisch keinen erkennbaren Grund, diese Aussage Skowrons anzuzweifeln, auch deswegen nicht, weil seine Angaben vom polnischen Sergeanten Josef Paul, der in der Zeit von 1942 bis zum Kriegsende als einfacher Arbeiter (Hausdiener) in der Chirurgie arbeitete, bestätigt wurden.<sup>49</sup> In seinem Entnazifizierungsverfahren berichtete Bachmann ferner von der Beschäftigung zweier Ukrainerinnen im Hygienischen Institut.<sup>50</sup> Es wurden also zumindest in der Kieler Universitätschirurgie und im Hygienischen Institut ausländisches Personal beschäftigt und auch ausländische Patienten behandelt.<sup>51</sup> Der Status des polnischen Arztes Skowron und des Sergeanten Paul ist nicht näher aufzuklären. Wahrscheinlich handelte es sich um Kriegsgefangene, eher unwahrscheinlich ist, dass sie als Fremdarbeiter angeworben wurden, noch unwahrscheinlicher erscheint hier der Einsatz als Zwangsarbeiter. Über die Ukrainerinnen in der Hygiene ist nicht Näheres bekannt. Die Anwesenheit von „Fremdarbeitern“ in der Chirurgie sowie im Hygienischen Institut lässt es als sehr wahrscheinlich erscheinen, dass nicht nur in den anderen Kliniken und Instituten bei der bestehenden Arbeitskräftesituation Ausländer beschäftigt wurden, sondern auch in den zentralen Einrichtungen der Akademischen Heilanstalten. Dabei spricht einiges dafür, dass die Fremdarbeiter im Rahmen der Möglichkeiten wohl erträglich behandelt wurden. Die Arbeit auf dem Klinikhügel der Kieler Universität war jedoch für keinen der dort Beschäftigten unter den Umständen der sich ab 1942 ständig verschärfenden Bombenangriffe und der sonstigen Lebensumstände als leicht zu bezeichnen.

Es war schon darauf hingewiesen worden, dass den Assistenten, die zum Kriegsdienst einberufen worden waren, die Stellen in ihren Instituten und Kliniken freigehalten wurden. Trotzdem fanden sich im ersten auch wieder Assistenten namentlich nennenden Vorlesungsverzeichnis der Universität im Jahre 1947 kaum noch Assistenten aus der Zeit vor 1945. Die Gründe dafür sind offenkundig: Nicht wenige dürften Opfer des Krieges geworden sein, andere suchten ihren Broterwerb in der Praxis, um ihre Familien zu ernähren oder auch, weil sie sich aufgrund ihrer politischen Belastungen aus der NS-Zeit keine Zukunft an der Universität versprachen.

Literatur beim Verfasser  
DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER  
RATSCHKO, HAVKAMP 23,  
23795 BAD SEGEBERG

### Info

*Im ersten Vorlesungsverzeichnis nach dem Krieg, das Assistenten namentlich nennt, finden sich 1947 kaum noch Namen aus der Zeit vor 1945. Viele dürften im Krieg gefallen sein, andere eröffneten Praxen, um ihre Familien ernähren zu können. Es gab aber auch Assistenten, die wegen ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit keine Zukunft an der Universität sahen.*

## MEDIZINGESCHICHTE

# Chirurgen mit Humor über alle Klippen

Die Vereinigung Norddeutscher Chirurgen (NDCH) hat jüngst zum 200. Mal getagt. Rückblick der Medizinhistorikerin Dr. Jutta von Campenhausen auf die wechselvolle Geschichte der Gesellschaft.

Vom 30. November bis 2. Dezember 2017 trafen sich Chirurgen aus den nördlichen Bundesländern sowie aus Nachbarländern im alten Hansegebiet in Hamburg, um sich auszutauschen und zu diskutieren – zum 200. Mal.

Begonnen haben die Chirurgen mit ihren regelmäßigen Treffen im Jahr 1909, als die Vereinigung in Hamburg von Fritz König (1866 – 1952) aus Altona und Hermann Kümmell (1852 – 1937) aus Hamburg gemeinsam mit Wilhelm Müller (1855 – 1937) aus Rostock gegründet wurde. Damals hieß der Verbund noch NWCH, was für „Nordwestdeutsche Chirurgen“ steht.

Erstmals trafen sich die Chirurgen aus dem Nordwesten des Deutschen Reiches am 23. Januar 1909 für einen Nachmittag im Tribünensaal des neuen Operationshauses des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf. Dr. Lauenstein vom Hafenkrankehaus führte eine Babcock-Operation vor, es wurde lebhaft diskutiert und vor allem die Chirurgenvereinigung aus der Taufe gehoben.

„Wer die Überfüllung des Berliner Kongresses selbst erfahren hatte und am eigenen Körper manchmal als unheimlich empfand, wird es verstehen, daß mancher Chirurg den Wunsch hegte, in kleinerem Kreise zusammenzukommen, um fachliche und wissenschaftliche Aussprache zu pflegen,“ schrieb der Krefelder Chirurg Carl Erasmus. Die NWCH war zwar nicht die erste, aber von Anfang an die größte regionale Chirurgenvereinigung Deutschlands und ist es bis heute. Das Erfolgsrezept des Verbandes ist die Kombination aus wissenschaftlichem Anspruch, Kontaktpflege und Praxisorientierung. Die Fallvorstellungen, die traditionell jeden Kongress eröffnen, bieten gerade jungen Ärzten die Chance, sich vor großem Publikum auszuprobieren. Das hat Tradition: Schon bei der ersten Tagung nahmen die großen Ordinarien die junge Ärzte wohlwollend auf – daran sollte sich bis heute nichts ändern. 1948 erinnert sich Johann Carl Leh-



Ansichtskarte des Operationshauses des Neuen Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf ca. 1920. In dem 1892 errichteten Gebäude sollten Licht und Luft die Infektionsgefahr verringern.

mann: „Unsere wissenschaftlichen Tagungen waren von Anfang an getragen von einem freundschaftlich kameradschaftlichen Geist; das machte unsere Diskussionen so fruchtbar. Man sprach frisch von der Leber weg, Übelnehmen gab’s nicht, u. wenn die Meinungen einmal aufeinanderprallten, half frischer Humor über alle Klippen hinweg. Das danken wir in erster Linie unseren Alten, den Gründern unserer Vereinigung. Der Ton, in dem Kümmell und Müller miteinander verkehrten, übertrug sich auf alle Mitglieder.“ Als Kümmell, der mangels einer Universität in Hamburg immer noch kein Ordinariat hatte, 1913 immerhin zum königlich preussischen „Geheimen Sanitätsrat“ ernannt wurde, hob Professor Müller beim nächsten Festabend im Atlantic sein Glas und rief durch den ganzen Saal: „Prost Kümmell, Du bist entjungfert!“

Dreimal im Jahr trafen sich die Chirurgen anfangs, nach dem Ersten Weltkrieg blieb die Frequenz bei zweimal im Jahr. Mit dabei waren auch die jungen schwedischen Chirurgen, die traditionell ihre Ausbildung in Deutschland er-

hielten und ihre ersten Kongresserfahrungen oft der NWCH verdankten. Aus diesem Grund tagten die nordwestdeutschen Chirurgen auch im schwedischen Lund, Malmö und Göteborg. Traditionell fand die Wintertagung stets in Hamburg statt, die Sommertagung dagegen führte die Mitglieder in die kleinen und großen Städte der Region. Eine Zeitlang funktionierte der Austausch der Chirurgen auch über die innerdeutsche Grenze hinweg. Doch mit dem Bau der Mauer wurde er schwierig, schließlich riss die Verbindung fast völlig ab. Im Frühjahr 1970 wurden alle DDR-Ärzte aufgefordert, aus den „westdeutschen“ medizinischen Gesellschaften auszutreten. Die unterschriebene Austrittserklärung war dem Klinikchef vorzulegen.

Im Januar 1960 entstand die gemeinsame „Gesellschaft für Chirurgie an den Universitäten Greifswald und Rostock“, die ab 1977 als „Regionalgesellschaft der drei Nordbezirke“ und nach 1991 schließlich als „Vereinigung der Chirurgen Mecklenburg-Vorpommerns“ firmierte. Zu deren Kongressen durften offiziell sechs Referenten aus dem „nichtsozialistischen“ Ausland eingeladen werden, darunter höchstens ein bundesdeutscher Staatsbürger.

Mit der friedlichen Revolution in der DDR begann der lange Prozess, bei dem zusammenwachsen sollte, was zusammengehört. Medizinische Versorgung, Abrechnungssysteme und Ärzteausbildung mussten nach 45 Jahren getrennter Entwicklung zusammengebracht werden. Die Differenzen waren groß, die Herausforderung gewaltig. Versorgung und Gesundheitszustand der DDR-Bevölkerung waren dramatisch schlechter als die der alten Bundesrepublik.

Schon bei der Sommertagung der NWCH 1990 in Bremen tauchten Kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern auf, doch noch fremdelten die Chirurgen aus alten und neuen Bundesländern. Erst 1993 entschloss man sich nach einer geheimen Abstimmung aller Mitglieder zu einer Wiedervereinigung der Nordwest-

## 200

Mal trafen sich die Nordwestdeutschen Chirurgen bislang. Nach den anfänglich drei Treffen pro Jahr einigten sich die Mitglieder nach dem Ersten Weltkrieg auf zwei jährliche Zusammenkünfte.



Herrmann Kümmell (Mitte) Mitte der 1920er Jahre mit den Ärzten seiner Chirurgischen Klinik. Der „Eppendorfer Kittel“ im Schnitt eines Offiziersmantels wird bis heute von Chef- und Oberärzten am UKE getragen. Der Visitenmantel ist wadenlang und tailliert, hat silberne Knöpfe und einen Rückenriegel. Assistenzärzte bekommen nur den knielangen Kittel ohne Taille und Riegel.

deutschen Chirurgen. Mit dem Mauerfall konnten NWCH-Tagungen in den neuen Bundesländern stattfinden. Die Organisatoren nutzten die Chance, den Westkollegen neue Horizonte zu eröffnen, indem sie sie in malerische Städte der Ex-DDR lockten. 1995 fand die Sommertagung deshalb in Schwerin statt, ein Jahr drauf erkundeten die Chirurgen Güstrow, 1998 Sellin und 2001 Wismar. Auch in Greifswald (2004), Rostock (2006) und Stralsund (2011) fanden sich die Norddeutschen Chirurgen (NDCH) zusammen.

So nennt sich die Vereinigung allerdings erst seit 2016. Gegründet wurde sie als Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen, da sie die Provinzen Hannover und Schleswig-Holstein (Altona), die Städte Bremen und Hamburg sowie das Herzogtum Mecklenburg-Schwerin (mit Rostock, Schwerin und Wismar) und das Herzogtum Mecklenburg-Strelitz umfasste. Das Gebiet der Vereinigung erstreckte sich also über den Norden der heutigen Bundesrepublik Deutschland; zur Gründungszeit freilich war das die westliche Hälfte vom Norden des Kaiserreichs, das sich bis nach Königsberg erstreckte.

Die ostdeutschen Chirurgen schlossen sich 1927 zur Vereinigung Nordostdeutscher Chirurgen zusammen. Auch wenn sich durch Krieg und Grenzveränderungen Namen und Gebiete der regionalen Chirurgenvereinigungen änderten – ihre Funktion haben die Zusammenschlüsse nicht eingebüßt. Anlässlich der Hundertjahrfeier der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen 1999 gaben Dieter Rühland und Friedrich-Wilhelm Eigler ein Buch über die regionalen Chirurgenvereinigungen in Deutschland heraus. Darin

1970

fordert die DDR alle Ärzte auf, die westdeutschen medizinischen Fachgesellschaften zu verlassen. Die unterschriebene Austrittserklärung musste dem Klinikchef vorgelegt werden.

heißt es: „Im Übrigen darf man feststellen, dass die Intentionen, die vor 100 Jahren nach und nach zu den Gründungen der verschiedenen regionalen Vereinigungen geführt haben, auch in der heutigen Zeit fortbestehen. So ist es weiterhin wichtigste Aufgabe der regionalen Chirurgenvereinigungen, die kollegialen Beziehungen auf fachlicher und menschlicher Ebene zwischen allen Chirurgen sowohl im Niederlassungsbereich als auch an den Universitäten zu pflegen. Dabei haben die sich ständig ändernden politischen Rahmenbedingungen vor allem auch für die Chirurgie den Gesprächsbedarf über das fachliche Gebiet hinaus in das berufspolitische Umfeld hinein erweitert ... Die regionalen Chirurgenvereinigungen erfüllen darüber hinaus weitere wichtige Funktionen. So geben sie jungen Wissenschaftlern oft die erste Möglichkeit, ihre Forschungsergebnisse in Klinik und Experiment einem fachkundigen Gremium darzulegen und sich einer wissenschaftlichen Diskussion zu stellen. Gleichzeitig erfolgt der Austausch über die Erfahrungen in der täglichen Arbeit, und nicht selten sind gerade die Darstellungen der Einzelfallproblematik von besonderer Bedeutung sowohl für die Weiterbildung des Einzelnen wie auch als Anregung zu wissenschaftlicher Vertiefung.“

So wichtig der wissenschaftliche Austausch ist – die Treffen waren von Anfang an auch gesellschaftliche Ereignisse. In den Gründerjahren endete die Tagung damit, dass der Vorsitzende einen ausgewählten Kollegenkreis in sein Haus einlud. Diese privaten Zusammenkünfte blieben lange ein geschätztes Ereignis, selbst als ein größerer offizieller Festabend zum Programm gehörte.

Als Bernhard von Langenbeck am

10. April 1872 den ersten „Congress“ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie eröffnete, sagte er: „Was die moderne Chirurgie insbesondere anbetrifft, so ist sie weit mehr bestrebt zu erhalten als zu zerstören. Man hat eingesehen, dass es weniger wichtig ist, neue Operationen und Operationsmethoden zu erfinden als die Mittel und Wege aufzusuchen, um Operationen zu vermeiden, oder wo sie unvermeidbar sind, ihre Erfolge zu sichern.“ Langenbeck stand mit dieser Einschätzung nicht allein da; man hielt die Chirurgie für abgeschlossen und bereitete sich auf die Konsolidierung des Erreichten vor. Heute würde man von Qualitätssicherung sprechen. Unnötige Eingriffe zu vermeiden war damals ein wichtiges, neues Thema und ist bis heute aktuell. Aber Langenbeck irrte gewaltig, wenn er glaubte, es sei „weniger wichtig, neue Operationen und Operationsmethoden zu erfinden.“ Tatsächlich hatten die Chirurgen alle Hände voll zu tun, die gängigen Möglichkeiten auszuschöpfen. Doch selbst dabei waren sie erstaunlich wenig erfolgreich. Langenbeck starb 1901 an einer Blinddarmentzündung, ebenso wie Friedrich Ebert. Der erste Reichspräsident der Weimarer Republik starb 1925, fünf Tage, nachdem Chirurg August Bier von der Charité den durchgebrochenen Wurmfortsatz operiert hatte. Es war also auch bei bekannten Eingriffen damals Luft nach oben.

Die Programme der modernen NDCH tragen technischen und wissenschaftlichen Entwicklungen Rechnung, auch der interdisziplinären Vernetzung sowie sozialen und politischen Problemen, allen voran dem ökonomischen Druck, der auf allen Akteuren lastet.

DR. JUTTA VON CAMPENHAUSEN

## GEBURTSTAGE

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

*Dr. Konrad **Holzappel**, Wobbenüll, feiert am 02.02. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Dagmar **Rhode**, Hemmingstedt, feiert am 03.02. ihren 70. Geburtstag.*

*Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Rüdiger **Schmitz**, Elmshorn, feiert am 06.02. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Rolf **Loewel**, Eutin, feiert am 10.02. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Sobhi **Mahdi**, Lübeck, feiert am 12.02. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Rolf **Schneider**, Tönning, feiert am 12.02. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Ernst Jürgen **Maye**, Flensburg, feiert am 13.02. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Harald **Porath**, Lübeck, feiert am 13.02. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Günter **Nielsen**, Timmendorfer Strand, feiert am 16.02. seinen 90. Geburtstag.*

*Dr. Benno **Meyer-Hicken**, Niebüll, feiert am 16.02. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Karlheinz **Heuser**, Preetz, feiert am 17.02. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Reinhard **Kühnel**, Norderstedt, feiert am 18.02. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Eckart **Seeger**, Lübeck, feiert am 18.02. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Peter **Günter**, Schleswig, feiert am 27.02. seinen 75. Geburtstag.*

## KURZ NOTIERT

### Altenpflegepreise verliehen

Drei Projekte sind im Kieler Landeshaus mit dem Schleswig-Holsteinischen Altenpflegepreis 2017 ausgezeichnet worden. Den ersten, mit 3.000 Euro dotierten Preis erhielt die Ahsbahs Stift GmbH in Krempe für ihr betriebliches Gesundheitsmanagement. Das AWO Servicehaus Boksborg in Kiel nahm den zweiten Preis (2.000 Euro) für die Integration von unbegleiteten minderjährigen männlichen Jugendlichen und Menschen mit Migrationshintergrund in das Berufsfeld der Pflege entgegen. Das Kompetenzzentrum Demenz Schleswig-Holstein wurde mit dem dritten Preis (1.000 Euro) ausgezeichnet für die Schaffung neuer Betreuungs- und Entlastungsangebote für Menschen mit Demenz im ländlichen Raum. Insgesamt wurden im vergangenen Jahr 19 Projekte eingereicht und zehn nominiert. Verliehen wird der Altenpflegepreis vom Land Schleswig-Holstein in enger Kooperation mit dem Landespflegeausschuss. (PM/RED)

## Gräsner und Wnent in Anaheim geehrt



PD Dr. Jan-Thorsten Gräsner (Mitte), Direktor des Instituts für Rettungs- und Notfallmedizin des UKSH, und Dr. Jan Wnent (4.v.r.), stellvertretender Direktor des IRuN, nahmen die Auszeichnung gemeinsam mit ihren Kollegen entgegen.

Die American Heart Association hat das Projekt „Europäisches Reanimationsregister“ (European Registry of Cardiac Arrest – EuReCa) auf der diesjährigen Jahrestagung im kalifornischen Anaheim mit dem Ian Jacobs Award ausgezeichnet. EuReCa ist ein Zusammenschluss von aktuell 29 Nationen in Europa, die jeweils ein Reanimationsregister betreiben. Koordiniert wird EuReCa aus dem Institut für Rettungs- und Notfallmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) heraus. Die Auszeichnung wurde 2010 entwickelt, um internationale, langfristige Projekte, die in den Gebieten Herz-Kreislauf-Stillstand und traumatische Verletzungen forschen, anerkennen zu lassen. Zurzeit läuft mit EuReCa TWO die Folgestudie, bei der nach aktuellen Hochrechnungen bis Ende 2017 über 50.000 Reanimationsfälle erfasst werden. Anfang November nahmen u. a. PD Dr. Jan-Thorsten Gräsner, Direktor des Instituts für Rettungs- und Notfallmedizin des UKSH, der auch Sprecher des Deutschen Reanimationsregisters und Leiter von EuReCa ist, und Dr. Jan Wnent, stellvertretender Direktor des IRuN und in der EuReCa ONE und TWO Studie verantwortlicher Studienleiter für Deutschland, während des Resuscitation Science Symposium die Auszeichnung entgegen. (PM/RED)

## Auszeichnung beim Tag der Medizinfakultät



Dekan Prof. Ulrich Stephani verlieh PD Dr. Marion van Mackelenbergh den Pfannenstiel-Preis.

PD Dr. Marion van Mackelenbergh wurde beim Tag der Medizinfakultät in Kiel der Pfannenstiel-Preis durch Dekan Prof. Ulrich Stephani verliehen. Mit dem Preis würdigt die Uni von Mackelenberghs wissenschaftliche Arbeit „Signalweg als potenzielles therapeutisches Target bei Mamma- und Ovarialkarzinom.“ Verliehen wird der Preis zum Gedenken an Prof. Gustav Adolf Michaelis, Prof. Hermann Johannes

Pfannenstiel und Prof. Kurt Semm. Weitere Preisverleihungen rundeten den Tag der Medizinfakultät ab. Im Mittelpunkt standen aber 111 Medizinstudierende, die nach erfolgreichem Abschluss aus der Uni verabschiedet wurden. Dr. Carsten Leffmann, ärztlicher Geschäftsführer der Ärztekammer, wünschte den neuen Ärzten einen guten Start in den Beruf. Fotos der jungen Mediziner sind für die Februarausgabe geplant. (PM/RED)

**Wahl  
2018**

Wahl zur Kammerversammlung  
der Ärztekammer Schleswig-Holstein  
22. Mai - 7. Juni 2018



**Ich wähle,**  
„weil eine starke und gut aufgestellte Vertretung für die Ärzte im Land wichtig ist.“

**Stefan Homann**  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Tangstedt, Geschäftsführer des Dachverbandes der Praxisnetze Schleswig-Holstein (DPN-SH)

Mehr Informationen zur Stimmabgabe unter [www.aeksh.de](http://www.aeksh.de)

## Geisthövel verabschiedet

Dr. Johannes Geisthövel, Chefarzt der chirurgischen Abteilung am Westküstenklinikum (WKK) Brunsbüttel, ist zum 1. Januar in den Ruhestand gegangen. 1991 übernahm Geisthövel die Chefarztposition der Chirurgie am vormaligen Kreiskrankenhaus Brunsbüttel, dem jetzigen WKK. Er brachte die damals modernen endoskopischen Operationsverfahren mit an die Westküste. In den mehr als 26 Jahren am WKK wurden dort mehr als 30.000 Operationen von ihm selbst oder unter seiner Leitung vorgenommen. 62 Ärzte bildete er aus. Die chirurgische Ambulanz, der Vorläufer des heutigen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), wurde in dieser Zeit wesentlich ausgebaut und erweitert. 18 Jahre lang war Geisthövel als ärztlicher Direktor Mitglied der Klinikleitung. In dieser Zeit wurden viele wichtige Entscheidungen für das WKK getroffen, etwa die Einrichtung zahlreicher Arztpraxen im Klinikgebäude, die Gründung der Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik sowie der



Dr. Johannes Geisthövel (Mitte) bei seiner Verabschiedung zusammen mit Landrat und WKK-Aufsichtsratschef Dr. Jörn Klimant und WKK-Geschäftsführerin Dr. Anke Lasserre.

Abteilung für Geriatrie. Auch die Weichen für den Übergang der Klinik in ein Integriertes Versorgungszentrum (IVZ) wurden gestellt. „Ich gehe mit einem lachenden und einem weinenden Auge in die Pensionierung“ sagte Geisthövel bei seiner Verabschiedung. Dem WKK bescheinigte er eine „zwar streng strukturierte, aber immer vertrauensvolle und familiäre Atmosphäre. Das zeichnet unser Klinikum aus: Wir arbeiten viel und halten zusammen.“ Ganz löst sich Geisthövel noch nicht vom WKK: 20 Wochenstunden wird er weiterhin im chirurgischen MVZ arbeiten. (PM/RED)

## WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Helga **Brützel-Schröder**, Lübeck,  
geboren am 09.08.1936, verstarb am 23.11.2017.

Dr. Jürgen **Steck**, Großhansdorf,  
geboren am 16.04.1937, verstarb am 26.11.2017.

Dr. Günter **Schwock**, Henstedt-Ulzburg,  
geboren am 26.12.1942, verstarb am 28.11.2017.

## DER SCHLICHTUNGSFALL

# Fehlerhafte Schilddrüsenoperation mit der ABBA-Methode

Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

**A**uch wenn konventionelle Operationsverfahren der Schilddrüse gute Ergebnisse aufweisen, werden bleibende Narben im Halsbereich oft als kosmetisch störend empfunden. Heutzutage kommen deswegen in geeigneten Fällen auch minimalinvasive Zugangswege zur Anwendung. Erfahrene Kliniken wenden die sogenannte MIVAT-Methode (minimal-invasive videoassistierte Thyreoidektomie) an.

Spezialisierte Kliniken operieren bei gegebener Indikation auch mit der sogenannten ABBA-Methode (axillo-bilateral breast approach), mit der eine völlig narbenfreie Operation im Halsbereich möglich ist. Durch einen transaxillären Zugang sowie zwei weitere Zugänge im unteren Mamillenbereich können Operationen an der Schilddrüse durchgeführt werden. Allgemein anerkannt ist, dass bei allen minimalinvasiven Resektionstechniken der Schilddrüse die gleiche Indikationsstellung zur Operation gilt wie bei den konventionellen Resektionsverfahren.

## Kasuistik

Bei einer 40-jährigen Patientin mit bekannter Struma diffusa seit 16 Jahren zeigten sich sonografisch eine Struma multinodosa mit einem 3 Zentimeter großen Knoten im Isthmusbereich und einem weiteren Knoten links kranial von 1,1 Zentimetern sowie weitere, primär echoarme Knoten unter 8 Millimeter im linken Schilddrüsenlappen. Das Szintigramm beschrieb einen Isthmusknoten als minder- bis nichtspeichernd. Die Laborparameter TSH, FT<sub>3</sub>, Anti-TPO, Antikörper (Mack) und Kalzitinin lagen im Normbereich. Die aktuelle Stoffwechsellage wurde als euthyreot beschrieben. Eine Operation erfolgte vor allem wegen der notwendigen histologischen Abklärung der szintigrafischen minder- bis nichtspeichernden Raumforderung im Isthmusbereich. Als Operationsmethode wurde die minimalinvasive Zugangstechnik vorgeschlagen mit einem subkutanen Kamerazugang von der rechten Axilla aus sowie Trokarinci-

sionsion an beiden Mamillen. Zur blutungsfreien Durchtrennung von Gewebe wurde eine Ultraschere benutzt (Ultracision). Laut Operationsbericht erfolgte zunächst die Durchtrennung des Schilddrüsenisthmus vor der Luftröhre, wobei ein Knoten nicht eindeutig identifiziert werden konnte. Der linke Schilddrüsenlappen zeigte sich kleinknotig verändert und wurde komplett entfernt. Im Bereich des rechten Lappens wurde im unteren und oberen Polbereich jeweils ein zystischer Knoten reseziert, sodass laut Operationsbericht ein kleiner Rest rechts belassen werden konnte im Sinne einer linksseitigen Hemithyreoidektomie sowie subtotaler Resektion rechts. Die pathologische Beurteilung beschrieb links ein Resektat von 16 Gramm, rechts von 5 Gramm. Beide Seiten wurden histologisch als normo-follikuläres Schilddrüsengewebe mit hyperplastischen Knoten beschrieben. Die Entlassung erfolgte am zweiten postoperativen Tag mit ambulanter Nachsorge.

Die Patientin klagte später weiterhin über Druck im Halsbereich. Eine Ultraschalluntersuchung ergab einen 18 Millimeter verdickten Isthmus mit einem weiterhin nachweisbaren inhomogenen, echoreichen Knoten von 37x38x18 Millimetern Größe. Es folgte zwei Monate später in einem anderen Krankenhaus eine erneute Operation mit jetzt offenem Zugang. Ein vier Zentimeter großer prätracheal liegender Knoten ließ sich entfernen. Feingeweblich wurde der Knoten als follikulärer Schilddrüsenknoten mit Zeichen gesteigerter Aktivität beschrieben. Die Patientin konnte mit kombinierter Schilddrüsensubstitution und intakter Stimmbandfunktion entlassen werden.

## Behandlungsvorwurf

Bei der ersten Schilddrüsenoperation nach der ABBA-Methode sei nicht wie geplant auch der große Isthmusknoten entfernt, sondern fehlerhaft belassen worden. Dadurch sei eine zweite Operation mit Hautschnitt im Halsbereich zur Entfernung des fehlerhaft belassenen Knotens notwendig gewesen.

## Stellungnahme Krankenhaus

Zu dem Vorwurf fehlerhaften Handelns wird entgegnet, dass bei der Operation der knotig veränderte linke Schilddrüsenlappen, der komplette Isthmus und knotige Polveränderungen im rechten Lappen entfernt worden seien. Nach der Operation habe sich herausgestellt, dass der als Isthmusknoten beschriebene Befund nicht mit entfernt worden sei, wobei es sich am ehesten um einen extrathyreoidalen Knoten handeln könnte. Bei der Operation sei der Isthmus in seiner Gesamtheit dargestellt, auch kaudal präpariert und in diesem Bereich ebenfalls die Isthmusvene durchtrennt worden. Anatomisch gesehen würden die Isthmusvene sich regelhaft am Unterrand des Isthmus, direkt auf der Trachea liegend finden. Deswegen könne kein Isthmusknoten kaudalliegend noch vorhanden gewesen sein. Speziell für die angewandte Operationstechnik sei es erforderlich, den Isthmus insgesamt zu durchtrennen, um die Schilddrüsenlappen ausreichend zu mobilisieren und die entscheidenden Strukturen darstellen zu können. Eine Exploration nach weiter kaudal wäre mit dieser Operationsmethode durchaus möglich gewesen, sei aber damals nicht als erforderlich angesehen worden. Deswegen liege der Rückschluss nahe, dass es sich um eine atypisch anatomische Situation gehandelt habe.

## Gutachten

Nach Ansicht des von der Schlichtungsstelle beauftragten Gutachters war die Indikation zur Operation bei beidseitiger Struma nodosa und einem größeren Isthmusknoten gegeben. Die Durchführung der Operation nach der sogenannten ABBA-Methode sei als endoskopischer minimalinvasiver Zugang ohne Schnittführung im Halsbereich durchgeführt worden (Scarless-Methode). Wie auch bei anderen minimalinvasiven Verfahren zur Schilddrüsenoperation müsse der Erfolg der Operation an den konventionellen Operationsverfahren gemessen werden. Auf der linken Schilddrüsenseite sei die Operation entsprechend den

## Info

Die norddeutsche Schlichtungsstelle ist zuständig für Berlin, Bremen, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. Seit Gründung 1976 haben mehr als 100.000 Patienten ihre Dienste in Anspruch genommen. Die Schlichtungsstelle bietet Patienten, Ärzten und Haftpflichtversicherern eine Plattform für die außergerichtliche Klärung von Arzthaftungsstreitigkeiten. Ziel ist, allen Beteiligten eine objektive, kompetente Streitbeilegung zu ermöglichen.

Regeln der Schilddrüsenchirurgie korrekt durchgeführt worden. Auf der rechten Seite sei anhand des Operationsberichts nicht eindeutig zu klären, ob insgesamt der rechte Schilddrüsenlappen – wie geplant – wirklich subtotal reseziert worden sei, da bei der Nachoperation ein fast kompletter rechter Schilddrüsenlappen gefunden worden sei, teilweise mit knotiger Veränderung und dem noch verbliebenen Isthmusknoten. Gutachterlicherseits stehe fest, dass der mehrfach sonografisch und gut definierte große Knoten, der sich eindeutig im Isthmusbereich präoperativ habe darstellen lassen, bei der ersten Operation nicht gesehen und damit auch nicht entfernt worden sei. Etwaige intraoperative Lokalisationsdiagnostik (Sonografie oder gar Wechsel zu einer offenen Operation) seien nicht diskutiert beziehungsweise nicht in Erwägung gezogen worden. Auch eine Aussage zum möglichen Verbleib des Knotens sei nicht getroffen worden. Somit sei bei der Operation auf der rechten Seite sowie im Isthmusbereich eine fehlerhafte Einschätzung der Topografie aufgetreten. Aus diesem Grund sei eine zweite Operation zur Entfernung des Knotens notwendig gewesen mit einer Nachresektion des knotig veränderten rechten Schilddrüsenlappens.

#### Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Indikation zu einem operativen Vorgehen bei nachgewiesenem größeren Isthmusknoten sowie einer Struma nodosa beidseits war gegeben. Operationsziel war, das knotig veränderte Schilddrüsengewebe operativ zu entfernen und histologisch untersuchen zu lassen. Bei der ersten Operation sei dieses Ziel nur teilweise erreicht worden, da nur linksseitig die knotig veränderte Schilddrüsenhälfte entfernt worden sei, aber nicht ein vier Zentimeter großer, vom Isthmus ausgehender Knoten und auch knotig verändertes Schilddrüsengewebe rechts. Bei korrekter Durchführung der Operation (auch mit der ABBA-Methode) hätte der vier Zentimeter große Isthmusknoten sowie die kleinknotig veränderte rechte Schilddrüsenhälfte operativ entfernt werden müssen, was fehlerhaft nicht erfolgte. Dadurch sei eine zweite Operation notwendig gewesen, um das geplante Operationsziel zu erreichen. Die Schlichtungsstelle hielt Schadenersatzansprüche im dargestellten Rahmen für begründet.

#### Fazit

Eine Anwendung minimalinvasiver Techniken in der Schilddrüsenchirurgie kann in geeigneten Fällen in erfahrenen Schilddrüsenzentren durchaus sinnvoll sein, um das Zugangstrauma im Halsbereich zu minimieren (MIVAT) oder in Einzelfällen eine narbenlose Operati-

on im Halsbereich zu erreichen (ABBA). Die Operation mit diesen Methoden erfordert eine sorgfältige Selektion der Patienten bei kleineren Strumen (Lappenvolumen 20 bis 25 Milliliter) mit kleineren Knoten, solitären Knoten, auch malignomsuspekten Knoten um drei Zentimetern.

Es sollte aber bei der Wahl des operativen Zugangswegs die Erfolgsrate, die Operationsdauer und die Komplikationsrate an Nerven und Nebenschilddrüsen mit einbezogen werden. Eine kritische Überprüfung während der Operation auf die Vollständigkeit der durchzuführenden Resektionen (Knoten/Lappenteil oder Kompletresektion) ist besonders zu beachten.

PROF. DR. MED. MARKWARD VON BÜLOW  
ÄRZTLICHES MITGLIED DER  
SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR  
ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN

KERSTIN KOLS, ASSESSOR JURIS

GESCHÄFTSFÜHRERIN DER  
SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR  
ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN,  
HANS-BÖCKLER-ALLEE 3,  
30173 HANNOVER

ANZEIGE



## CAUSA CONCILIO

RECHTSANWÄLTE

Sie sind für Ihre  
Patienten da –  
wir für Ihr Recht!

#### Mit 10 Fachanwälten für Medizinrecht ...

##### KIEL:

Deliusstraße 16 · 24114 Kiel  
Tel. 0431/6701-0 · Fax 0431/6701-599  
kiel@cc-recht.de

##### HAMBURG:

Neuer Wall 41 · 20354 Hamburg  
Tel. 040/355372-0 · Fax 040/355372-19  
hamburg@cc-recht.de

##### SCHÖNBERG:

Eichkamp 19 · 24217 Schönberg  
Tel. 04344/413973-3 · Fax 04344/413973-5  
schoenberg@cc-recht.de

Frank Schramm

Dr. Paul Harneit

Stephan Gierthmühlen

Dr. Kai Stefan Peick

Sven Hennings

Christian Gerdt

Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer

Dr. Jana Spieker

Wiebke Düsberg

Linda Kuball

... sowie Fachanwälten für Arbeitsrecht, Familienrecht,  
Erbrecht, Handels- und Gesellschaftsrecht und Steuerrecht.

[www.causaconcilio.de](http://www.causaconcilio.de)



## THORAXCHIRURGIE

# „Raus aus der Komfortzone“

Der spanische Thoraxchirurg Dr. Diego González-Rivas präsentierte im Regioklinikum Pinneberg die Vorzüge der Uniportalen VATS.

Shanghai, Los Angeles, Pinneberg? In der Regel reist der renommierte Thoraxchirurg Dr. Diego González-Rivas aus dem nordspanischen A Coruña von einer internationalen Metropole zur nächsten, um seinen Kolleginnen und Kollegen die Vorzüge der von ihm entwickelten Uniportalen Videoassistierten Thoraskopie (VATS) nahezubringen. Doch Ende 2017 war er ausnahmsweise in der Provinz zu Gast: Im Regio Klinikum der Kreishauptstadt führte er zwei komplexe Lungeneingriffe durch und leitete eine Fortbildung in seinem Spezialgebiet.

Der Kontakt des Pinneberger Regio Klinikums zu dem spanischen Experten entstand über den Leiter der im Juli 2017 dort eingerichteten Abteilung für

### VATS

*Bei der konventionellen video-assistierten thoroskopischen Lobektomie wird die krankheitstragende Lungeneinheit über drei kleine Körperöffnungen entfernt. Die Operation erfolgt unter Kameravisicht: Mit einer stabartigen Videokamera wird die OP auf einen Monitor übertragen und der Chirurg kann das entsprechende Gebiet einsehen.*

Thoraxchirurgie, Dr. Hamid-Reza Mahoozi. Dieser hat bei Dr. González-Rivas die Technik der Uniportalen VATS gelernt und wendet sie seit seinem Wechsel von Herne nach Pinneberg nun auch im hohen Norden an. Damit sind die Regio Kliniken das einzige Krankenhaus in der Westküstenregion, das diese Methode vorhält. 42 Patienten wurden in den vergangenen vier Monaten bereits nach ihr operiert.

Die Erweiterung um eine Abteilung für Thoraxchirurgie erschien aus mehreren Gründen sinnvoll. Zum einen gibt es im Kreis Pinneberg mit seinen rund 250.000 Einwohnern großen Bedarf an thoraxchirurgischen Eingriffen. Zum anderen bildet die neue Abteilung eine sinnvolle Ergänzung zum zertifizier-

ten Darmzentrum des Krankenhauses. Denn häufig treten im Zusammenhang mit Darmkrebs auch Lungenmetastasen auf. Betroffene Patienten, die bereits im Pinneberger Darmzentrum behandelt wurden, müssen nun nicht mehr in andere Häuser verlegt werden. „Wir können nun das gesamte Spektrum der Diagnostik und Therapie bei Lungenkrebs hier in Pinneberg durchführen“, betont Mahoozi.

Hiervon profitierte auch der erste Patient, der am 2. November in Pinneberg von González-Rivas operiert wurde. Dem 81 Jahre alten Mann waren im Zusammenhang mit einer Darmkrebserkrankung in Pinneberg zunächst ein Tumor im Darm und anschließend eine Lebermetastase entfernt worden. Als sich



Die Uniportale Videoassistierte Thoraskopie (VATS) in Pinneberg wurde in einem Konferenzraum übertragen, in dem Kollegen aus ganz Deutschland den Eingriff verfolgten.

Vor gut sechs Jahren publizierte González-Rivas erste Studien und Fallbeispiele zu seiner eigenen Methode, die mit einem einzigen intercostalen Schnitt von drei bis vier Zentimetern Länge auskommt. Die Inzision wird mit einem selbstexpandierenden Folienschlauch stabilisiert, durch den dann Optik und Instrumente eingeführt werden. Der Schnitt ist ausreichend, um selbst bei komplexen Operationen sämtliche Bereiche der Lunge zu erreichen und Tumoren, Metastasen oder Lymphknoten zu entfernen.

Nach Einschätzung von González-Rivas gibt es keine Kontraindikationen für die Methode, „außer fehlende chirurgische Erfahrung oder extrem große Tumoren“. Selbst anspruchsvolle Sleeve-Resektionen seien mit der Methode möglich. Für González-Rivas hat die Uniportale VATS gegenüber der konventionellen Thorakoskopie mit mehreren Portalen außerdem den Vorzug, dass er durch den einen Zugang eine direkte anatomische Sicht auf das OP-Areal hat und nicht die unterschiedlichen Eintrittswinkel von Optik- und Instrumentiertrokaren berücksichtigen muss.

Doch der entscheidende Punkt ist der geringere postoperative Schmerz. Eine intercostale Infiltration mit Lokalanästhetika hält den Patienten postoperativ 21 bis 24 Stunden schmerzfrei. Der Pinneberger Thoraxchirurg Mahoozi erklärt: „Nach einer offenen OP mussten die Patienten meist bis zu 15 Tage im Krankenhaus bleiben, nach einer Uniportalen VATS können sie bereits wenige Tage nach dem Eingriff die Klinik verlassen.“

All diese Vorteile machen die Uniportale VATS attraktiv für Thoraxchirurgen aus aller Welt. Und ihr Entwickler

González-Rivas brennt dafür, sein Wissen und seine Erfahrung an seine Kolleginnen und Kollegen weiterzugeben. „Wir müssen uns als Chirurgen immer weiterentwickeln“, findet González-Rivas. Für die Zukunft seines Fachgebiets sieht er kabellose Kameras und magnetisch geführte Instrumente, die Chirurgen die Arbeit weiter erleichtern könnten.

„Man muss immer weiter lernen und dafür seine Komfortzone verlassen“, beschreibt der spanische Experte seine Philosophie. Viele Thoraxchirurgen pilgern hierfür in das Lungenzentrum in Shanghai, in dem González-Rivas mehrere Monate im Jahr anzutreffen ist und zweiwöchige Schulungen anbietet: „Wir operieren dort etwa 60 Patienten pro Tag, sodass man im Laufe von zwei Wochen eine große Bandbreite verschiedener Fälle antreffen und aus ihnen lernen kann.“

In Pinneberg ging es nur um einen einzigen Fortbildungstag mit zwei Operationen, und doch war das Interesse an González-Rivas Kompetenz enorm: Im Operationssaal und auch in einem via Videoübertragung zugeschalteten Konferenzraum verfolgten spezialisierte Thoraxchirurgen aus ganz Deutschland das Geschehen, schauten dem berühmten Kollegen über die Schulter, stellten ihm Fragen – und baten ihn im Anschluss an die OP im Krankenhausflur zum Teil auch um Selfies. Wer González-Rivas nicht live im Rahmen von Trainings in Shanghai (oder eben Pinneberg) erleben kann, hat immerhin die Möglichkeit, auf seinem YouTube-Kanal Videos unzähliger Uniportaler VATS-Eingriffe anzuschauen.

ANTJE THIEL

im weiteren Verlauf auch eine Lungenmetastase entwickelte, entschloss sich das Behandlerteam, den kleinen Herd mit der besonders schonenden Uniportalen VATS zu entfernen.

Noch vor 15 Jahren wären für die Behandlung vergleichbarer Fälle ein 20 bis 25 Zentimeter großer Schnitt und die Entfernung einer Rippe erforderlich gewesen. Abgesehen vom größeren Infektionsrisiko durch einen derart invasiven Eingriff wurden bei der offenen Operation auch viele Nerven in Mitleidenschaft gezogen, was zu starken und langanhaltenden postoperativen Schmerzen führen kann. Starke Schmerzen nach einem Thoraxeingriff aber sind nicht nur unangenehm, sondern hindern Patienten auch daran, normal zu atmen und ihre Lunge aktiv zu nutzen. Dadurch wiederum steigt das Risiko einer postoperativen Pneumonie.

Den Patienten bei einem thoraxchirurgischen Eingriff weniger Schmerzen zu bereiten und damit den Genesungsverlauf zu beschleunigen, war deshalb die Hauptmotivation von González-Rivas zur Entwicklung der Uniportalen VATS. In den Vereinigten Staaten lernte er zunächst die konventionelle VATS, bei der der Operateur seine Optik- und Instrumentiertrokare über drei kleine Zugänge in den Thorax einführt. Doch der Spanier wollte das Zugangstrauma weiter verringern und schloss sich einem US-amerikanischen Thoraxchirurgen an, der mit zwei Schnitten arbeitete.

Dr. Diego González-Rivas (links) mit Dr. Hamid-Reza Mahoozi im Pinneberger Krankenhaus.



## ARZTGESUNDHEIT

# Vom Umgang mit der eigenen Gesundheit

„Ärzte sind anders krank!“ – Veranstaltung in der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung in Bad Segeberg.

In Kooperation mit der Stiftung Arztgesundheit fand Ende 2017 eine Fortbildungsveranstaltung statt, die sich ausschließlich der Arztgesundheit gewidmet hat. Über 40 Teilnehmer stellten sich der Herausforderung, über den eigenen Umgang mit ihrer Gesundheit zu reflektieren.

## Einführung

Warum die Veranstaltung erforderlich war, hatte ein Artikel im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt deutlich gemacht: Ärzte arbeiten mit Erkrankungen, die bei ihren Patienten zu einer Krankenschreibung geführt hätten. Ursachen für diesen Präsentismus sind u. a. die Sorge, Kollegen oder Patienten im Stich zu lassen. Aber auch der Druck innerhalb der Ärzteschaft, nicht mit Bagatellerkrankungen zu Hause zu bleiben, ist groß. Schließlich spielen auch strukturelle Defizite (Unterbesetzung in Krankenhäusern, fehlender Versicherungsschutz gegen Betriebsausfall in Praxen) eine Rolle. Der ärztliche Präsentismus stellt ein Gesundheitsrisiko nicht nur für die betroffenen kranken Kollegen, sondern auch für deren Patienten dar.

Erkrankt ein Arzt, wird er häufig zu nächst versuchen, selber zu einer Diagnose zu kommen. Das Risiko für Fehldiagnosen ist dabei hoch. Dies wird durch die häufige Selbsttherapie nicht besser. Gerade wenn Opiate, Schlafmittel oder Psychopharmaka eingenommen werden, besteht ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit. Der Arztberuf geht mit einem signifikant erhöhten Suchtrisiko einher. Einer der Gründe hierfür ist die Tatsache, dass wir regelhaft das Befinden unserer Patienten durch Zufuhr von Substanzen modifizieren, was auch als „innere Griffnähe“ bezeichnet wird. Abschließend werden Möglichkeiten diskutiert, den besonderen Gesundheitsgefahren des Arztberufes mit vermehrter Achtsamkeit in Bezug auf die eigenen Bedürfnisse, aber auch mit strukturellen Maßnahmen ent-

gegenzuwirken.

## Depression und Burn-out

Univ.-Doz. Dr. Gernot Langs aus der Schön Klinik Bad Bramstedt informierte in der Veranstaltung über affektive Störungen bei Ärzten. In verschiedenen Studien und Ländern konnte nachgewiesen werden, dass die Suizidrate bei Ärzten signifikant höher ist als in der Allgemeinbevölkerung. Bemerkenswert ist, dass, entgegen dem üblichen Trend, in unserer Berufsgruppe Frauen eine höhere Suizidrate haben als Männer.

Depressionen bei Ärzten haben zu nächst die gleichen Ursachen wie in anderen Berufsgruppen. Trotzdem gibt es Spezifika, die zu beachten sind. Ein besonderer Belastungsfaktor ist die aktuelle Gratifikationskrise in der Ärzteschaft. Hierunter versteht man eine Imbalance zwischen dem, was Ärzte in den Beruf investieren, und dem, was sie dafür bekommen. Dabei ist besonders die emotionale Gratifikation bedroht. Zwar sind Ärzte noch immer „angesehen“ als Berufsstand, aber durch diverse Korruptionskandale einzelner (ehemaliger) Kollegen ist das positive Bild der Ärzteschaft zumindest angekratzt. Berichte über (angeblich oder tatsächlich) unnötige Untersuchungen und Operationen, die nur dazu dienen, dass Geld in die Kassen der Krankenträger gespült wird, tragen zu einer kritischen Einschätzung bei. Ärztemangel und Arbeitsverdichtung steigern die Belastungen weiter. Dazu kommt die Unsicherheit hinsichtlich Negativbewertungen in Internetforen. Unsicherheit ist ein wichtiger Stressor, der zur Last von Krankheit und Leid, mit denen wir täglich konfrontiert sind, hinzukommt. Schließlich ist die Erkenntnis, an einer Depression zu leiden, für Ärzte oft tief erschütternd und kann selbst wiederum aufrechterhaltend für die Depression sein („Depression about Depression“). Die Ursache dafür liegt wohl im hohen Anspruch an die eigenen Standards und der daraus resultieren-

den Selbstabwertung, die zu einer „Abwärtsspirale“ führt. Dabei tun sich gerade Ärzte mit der Diagnose Depression schwer. Aber auch für die behandelnden Psychiater und Psychosomatiker ist die Situation nicht immer leicht. Denn sie wissen im ersten Kontakt nicht, wie viel psychiatrisches Fachwissen ihre ärztlichen Patienten haben. Vor allem, wenn der Altersunterschied zwischen Behandler und Patienten „größer“ ist (ein häufiges Problem im stationären Setting), kann es auf beiden Seiten zu Unsicherheiten kommen. Da hilft dann nur das offene Gespräch über das Problem. Vor allem muss Einigkeit darüber herrschen, dass die Therapeuten Patienten behandeln und nicht „das System“. Wenn es um gesundheitspolitische Aspekte geht, sitzen beide Seiten im selben Boot. Und da ist die Gefahr des gemeinsamen „Abjammerns“ groß.

## Resilienz

Im letzten Vortrag stellte Prof. Dieter Jocham (ehemals UKSH, Campus Lübeck) aktuelle Aspekte der Resilienzforschung dar. Ärzte sind nicht nur gesund oder nur krank. Wie alle anderen Menschen auch haben sie ihre individuelle Geschichte mit Höhen und Tiefen. Ein jeder verfügt über die Kraft – mehr oder weniger – Schwierigkeiten zu überwinden und an Erfahrungen zu wachsen. Dieses Vermögen wird in vielen Lebensbereichen, in persönlich individuellen Situationen bis hin zu komplexen Systemen in der Natur als „Resilienz“ beschrieben. Elastisch „zurückfedern in die Ausgangsform“ und nach einem Niederschlag die Kraft zu haben, wieder aufstehen zu können, sind übliche Beschreibungen dafür, was Resilienz ausmacht, ebenso wie die Fähigkeit zu akzeptieren, was wir ändern können und was nicht.

PROF. JÖRG BRAUN,

PARK-KLINIK MANHAGEN

## Tipps

Ein gesunder Arzt hat gesündere Patienten. Deshalb: Nehmen Sie sich genauso ernst wie Ihre Patienten. Suchen Sie sich einen Hausarzt. Behandeln Sie Ihre Angehörigen nicht selber. Lassen Sie sich impfen. Arbeiten Sie nicht, wenn Sie krank sind. Nehmen Sie sich Zeit für Vorsorgeuntersuchungen.

## KONGRESS

# Norden setzte viele Akzente

## Gemeinsame Tagung von Deutscher Diabetes Gesellschaft und Deutscher Hochdruckliga (DHL) in Mannheim

**V**olkserkrankungen Diabetes und Bluthochdruck: vorbeugen, erkennen, behandeln“. Unter diesem Motto wurde Ende des vergangenen Jahres in Mannheim in verschiedenen interdisziplinären und fachspezifischen Sitzungen, Workshops und Fortbildungsformaten diskutiert. Rund 4.000 Teilnehmer aus Wissenschaft und Praxis waren bei der Veranstaltung insgesamt dabei – und Experten aus Schleswig-Holstein setzten in beiden Fachrichtungen besondere Akzente.

Als Frau mit Diabetes Typ 1 oder Typ 2 ein Kind zu gebären, ist trotz verbesserter diabetologischer und geburtsmedizinischer Betreuung in den letzten 20 Jahren auch heute noch mit Risiken verbunden. Darauf wies Dr. Helmut Kleinwechter, Diabetologe aus Kiel, beim DDG-Kongress hin. 2016 haben etwa 3.500 Frauen mit Typ-1-Diabetes in Deutschland ein Kind geboren; bei jeder 200. Frau mit Typ-1-Diabetes nimmt eine Schwangerschaft einen lebensbedrohlichen Verlauf. „Die Hauptprobleme sind im Vergleich zu nichtdiabetischen Müttern erhöhte Sterblichkeitsraten der Babys vor, während und kurz nach der Geburt, vermehrt große Fehlbildungen besonders am Herzen, den herznahen großen Blutgefäßen und dem knöchernen Rückenmarksröhre mit Nervensystem, außerdem Frühgeburten und Präeklampsie.“ Die Risiken bei Schwangeren mit Typ-2-Diabetes seien genauso hoch wie bei Typ-1-Diabetes, obwohl ihre Diabetesdauer deutlich kürzer ist. „Insulinbehandelte Frauen sollten in Perinatalzentren der Stufen 1 und 2, Frauen mit Diabetes Typ 2 mindestens in einer Geburtsklinik mit angeschlossenem Kinderkrankenhaus entbinden.“

Bei rund 40.650 Schwangeren wurde 2016 Gestationsdiabetes (GDM) festgestellt. Seit 2012 ist der orale Blutzuckerbelastungstest als Kassenleistung in die Mutterschaftsrichtlinien und damit verbindlich in die Schwangerschaftsvorsorge aufgenommen, trotzdem wird ein Gestationsdiabetes häufig übersehen, so

### Info

*Frauen mit Diabetes sind stark Schlaganfallgefährdet. Untersuchungen des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) in Düsseldorf haben ergeben, dass ihr Schlaganfallrisiko um 50 Prozent höher liegt als bei Frauen ohne Diabetes. Auch zu den Folgen von Diabetes hat das DDZ neue Zahlen veröffentlicht. 2010 sind laut DDZ-Berechnungen 175.000 Sterbefälle mit Diabetes assoziiert – deutlich mehr, als in der offiziellen Todesursachenstatistik (23.000 diabetesbedingte Sterbefälle) abgebildet ist.*

Kleinwechter. „GDM hat in den letzten 15 Jahren um das Viereinhalbfache zugenommen.“ Damit zählt der Gestationsdiabetes zu den häufigsten Komplikationen in der Schwangerschaft. Risikofaktoren sind unter anderem Übergewicht, höheres Lebensalter, Bewegungsmangel und ein hoher Konsum von Softgetränken sowie rotem Fleisch. Außerdem werden Mütter im Verlauf der Schwangerschaft nicht selten zu kalorienreich und nehmen übermäßig zu.

Ein unbehandelter Schwangerschaftsdiabetes kann zu einem unkontrollierten Gewichtswachstum des Kindes und zu Geburtskomplikationen führen. Ohne Veränderungen des Lebensstils führt GDM bei den Müttern häufig zu Kaiserschnittentbindungen und vorzeitigen Geburtseinleitungen. Für Mutter und Kind besteht außerdem das Risiko, dauerhaft an Diabetes zu erkranken. So entwickelt jede zweite Frau innerhalb von zehn Jahren nach der Schwangerschaft einen manifesten Diabetes Typ 2 und muss mit Folgeschäden an Augen, Nerven und Nieren rechnen. Empfehlung von Kleinwechter: „Frauen mit Kinderwunsch sollten ihren Nachwuchs in jüngeren Lebensjahren planen und etwaiges Übergewicht nach Möglichkeit schon vor der Schwangerschaft abbauen.“

### Schwer einstellbarer Hochdruck

Bis zu 20 Prozent der Patienten mit Bluthochdruck gehören zu den schwer einstellbaren Hypertonikern. Wie dieser therapeutischen Herausforderung begegnet werden kann, war ein wesentliches Thema der Jahrestagung der Deutschen Hochdruckliga. Prof. Joachim Weil, Chefarzt der Medizinischen Klinik II der Sana Kliniken Lübeck, präsentierte in diesem Zusammenhang ein Statement der Task Force „Wissenschaftliche Stellungnahmen und Leitlinien der DHL“, das den Erfolg der sogenannten Renalen Denervierung (RDN) unterstreicht. Bei Hochdruckpatienten, die nicht medikamentös therapiert werden, führe die RDN zu einer signifikanten Blutdruck-

senkung, so Weil. Ob dies auch bei Patienten mit laufender Hochdrucktherapie gelinge, müssten weitere Studien zeigen.

Mit der interventionellen renalen Sympathikusdenervation steht seit einigen Jahren ein minimal-invasives Verfahren zur Behandlung von nicht einstellbaren Hochdruckpatienten zur Verfügung. Dabei werden gezielt Stressnervenenden verödet, um eine Senkung des Blutdrucks zu erreichen. Bei der RDN wird über die Leiste ein Hochfrequenzstrom-Ablationskatheter in das Nierengefäß eingebracht. Der Katheter wird spiralförmig an verschiedenen Punkten an der Gefäßwand platziert. Der abgegebene Strom erhitzt das Nierengefäß auf der Außenseite, während es von innen durch den hohen Blutfluss gekühlt wird. Hierdurch werden die um das Nierengefäß verlaufenden Nervenfasern verödet und die Niere somit vom Stressnervensystem entkoppelt. Der Eingriff dauert etwa 45 Minuten und wird an beiden Nieren durchgeführt.

In die von Weil vorgestellte Studie wurden Patienten mit einem medikamentös nicht behandelten Bluthochdruck eingeschlossen, deren Praxisblutdruckwerte zwischen 150 und 180mmHg systolisch sowie mehr als 90mmHg diastolisch lagen. Zusätzlich musste der durchschnittliche systolische Wert in der 24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung zwischen 140 und 170mmHg liegen. Anschließend erfolgte eine Randomisierung in eine Scheinprozedur sowie in eine Behandlungsgruppe. „Die Studie war mit 80 Patienten relativ klein. Dennoch zeigte sich bei der Drei-Monats-Auswertung eine statistisch signifikante Reduktion des systolischen und diastolischen Blutdrucks zugunsten der Patienten, die eine renale Denervation erhalten hatten“, erklärte Weil. Dies traf sowohl für den Praxisblutdruck (-7,7mmHg systolisch und -5mmHg diastolisch) als auch für die 24-Stunden-Langzeit-Blutdruckmessung (-5,5mmHg systolisch, -4,8mmHg diastolisch) zu. Im Gegensatz dazu kam es in der scheinbehandelten Gruppe zu keiner wesentlichen Änderung des Blutdrucks; relevante Nebenwirkungen oder Komplikationen wurden nicht beobachtet.

Trotz der geringen Patientenzahl und des frühen Messzeitpunktes nach drei Monaten ergibt sich eine statistisch signifikante Reduktion des Blutdrucks. Prof. Weil: „Dies ist insofern von Interesse, da bereits kleine Änderungen des Blutdrucks mit einer Senkung des kardiovaskulären Risikos einhergehen.“ Weil räumte ein, dass weitere klinische Studien mit größeren Patientenzahlen und längerer Nachbeobachtungszeit den endgültigen Stellenwert der renalen Denervation in der Hochdruck-Therapie klären müssten.

UWE GROENEWOLD

# Fortbildungstermine

AKADEMIE FÜR MEDIZINISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG	
27. JANUAR	ACLS-Training (Advanced Cardiac Life Support) 9:30-17:30 Uhr 10 Punkte
AB 2. FEBRUAR	Psychosomatische Grundversorgung Teil I Beginn: 17:00 Uhr 17 Punkte
7. FEBRUAR	Notfallmanagement und Basisreanimation 15:00-19:00 Uhr 7 Punkte
AB 7. FEBRUAR	Balint-Gruppe 9:30-16:45 Uhr 40 Punkte
8. FEBRUAR	Kindernotfälle - Kindertrainingszirkel (KiTZ) - Atemwege/Atmung (A/B-Probleme) 17:00-21:00 Uhr 5 Punkte
AB 9. FEBRUAR	Akupunktur Block A Beginn: 15:00 Uhr 24 Punkte
AB 9. FEBRUAR	Selbstmanagement Beginn: 16:00 Uhr 12 Punkte
10. FEBRUAR	Untersuchungstechniken bei Patienten mit Rückenschmerzen 9:00-15:00 Uhr 8 Punkte
10. FEBRUAR	Erfolgreiche Präsentation eigener Vorträge 9:00-16:30 Uhr 8 Punkte
14. FEBRUAR	Praxiskauf/Praxisverkauf - Arzt und Recht 15:00-19:00 Uhr 5 Punkte
AB 17. FEBRUAR	Reisemedizinische Gesundheitsberatung Beginn: 9:00 Uhr 32 Punkte
17. FEBRUAR	Notfalltherapie von Herzrhythmusstörungen in der Praxis 9:30-17:00 Uhr 10 Punkte
AB 19. FEBRUAR	Zusatzweiterbildung Spezielle Schmerztherapie 40 Punkte
21. FEBRUAR	Seminarreihe Allgemeinmedizin 16:00-19:30 Uhr 4 Punkte
AB 23. FEBRUAR	Geriatrische Grundversorgung Beginn: 16:00 Uhr 60 Punkte
AB 24. FEBRUAR	Autogenes Training – Grundkurs Beginn: 9:30 Uhr 20 Punkte
28. FEBRUAR	Notfallmanagement und Basisreanimation 15:00-19:00 Uhr 7 Punkte

EDMUND-CHRISTIANI-SEMINAR	
AB 9. FEBRUAR	Fachzertifikat Ambulantes Operieren Beginn: 15:00 Uhr
10. FEBRUAR	Kommunikation am Empfang 9:00-15:15 Uhr
14. FEBRUAR	Der Praxisbesuch - für Menschen mit Demenz eine Herausforderung 14:30-20:00 Uhr
AB 16. FEBRUAR	Datenverarbeitung, Dokumentation und Kommunikation Beginn: 14:00 Uhr
AB 16. FEBRUAR	Professionell kommunizieren und motivieren Beginn: 15:00 Uhr
17. FEBRUAR	Modernes Wundmanagement 8:30-17:30 Uhr
21. FEBRUAR	Notfälle in der Gynäkologie und Geburtshilfe 15:00-18:15 Uhr
21. FEBRUAR	Krebsregister in Klinik und Praxis 15:00-18:30 Uhr
AB 23. FEBRUAR	Grundlagen der Kardiologie Beginn: 15 Uhr
28. FEBRUAR	Der Marcumar-Patient in der ärztlichen Praxis 14:30-18:30 Uhr
AB 1. MÄRZ	Fachzertifikat Impfberatung Beginn: 16:00 Uhr

## Mitglieder für Prüfungsausschüsse

Die auszubildenden Ärzte unter Ihnen kennen das Procedere: Am Ende der dreijährigen Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten steht die Abschlussprüfung an. Im Sommer (Juni/Juli) eines jeden Jahres findet der praktische Teil der Abschlussprüfung in den Räumen des Edmund-Christiani-Seminars statt.

Die derzeitige Amtsperiode der Prüfungsausschüsse, die die praktische Prüfung der Auszubildenden bewerten, endet am 17. Februar 2018. Hierfür suchen wir interessierte niedergelassene Ärzte, die bereits Medizinische Fachangestellte in ihrer Praxis ausbilden.

Wenn Sie uns bei der Sicherung des Fachkräftenachwuchses unterstützen wollen, sind Sie hier genau richtig. Melden Sie sich bitte in unserer Zuständigen Stelle bei Frau Messerig oder Frau Lehmann (Telefon: 04551 803 -707 oder -708).

MEDIZINISCHE FACHBERUFE UND EDMUND-CHRISTIANI-SEMINAR

- ▶ Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung,  
Esmarchstraße 4, 23795 Bad Segeberg, Leiterin: Helga Pecnik,  
Telefon 04551 803 761, akademie@aecksh.de
- ▶ Edmund-Christiani-Seminar, Berufsbildungsstätte der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Esmarchstraße 2, 23795 Bad Segeberg,  
Ansprechpartnerinnen: Gabriele Steens, Telefon 04551 803 704 und  
Susanne Korbs, Telefon 04551 803 705 sowie Marlies Petrick,  
Telefon 04551 803 703 und Rabea Brunke, Telefon 04551 803 706,  
ecs@aecksh.de

**FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN**

24. JANUAR	Curriculum Pädiatrie: „Cystische Fibrose“ in Kiel 2 Punkte	Veranstaltungsort: Städtisches Krankenhaus Kiel, Telefon: 0431 50020189, E-Mail: p.wulf@ pediatrics.uni-kiel.de
AB 24. JANUAR	Kolloquium der Klinik für Neurologie – Lost in space: Navigationsstörungen in der Neurologie in Kiel Punkte beantragt	UKSH, Campus Kiel, Dorothee Gruler, Telefon 0431 50024014, E-Mail: Dorothee.Gruler@ uksh.de
31. JANUAR	Herzrhythmusstörungen in Kiel, Punkte beantragt	Anmeldung 14 Tage vorher erforderlich, Weitere Informationen Dr. Niels Renzing niels.renzing@uksh.de
7. FEBRUAR	De facto: Onkologie Aktuelle Forschung: „Preclinical evaluation of novel therapeutic and diagnostic concepts in oncology by multimodal imaging techniques“ in Kiel 3 Punkte	Andrea Canal, Krebszentrum Nord / Onkologisches Zentrum UKSH, Campus Kiel Telefon: 0431 500 18202, krebzentrum-nord@uksh. de
7. FEBRUAR	Curriculum Pädiatrie: „Kinderneurologie“ in Kiel 2 Punkte	UKSH, Campus Kiel, Telefon: 0431 50020189, E-Mail: p.wulf@pediatrics. uni-kiel.de
8. FEBRUAR	Schlafstörungen, Diagnostik und Therapie in Rendsburg 3 Punkte	Ärzterverein Rendsburg, Dr. med. Achim Diestelkamp, Telefon 04331 663966, aerzterverein-rd@web.de
14. FEBRUAR	Einführung in die TFP- übertragungsfokussierte Psychotherapie in Breklum/Riddorf Punkte beantragt	Chefartzsekretariat, Frau Birgitt Bock, Telefon 04671 4083001
16. FEBRUAR	Hautkrebs Update 2018 in Kiel Punkte beantragt	Veranstaltungsort: Atlantik- Hotel, Raiffeisenstraße 2, 24103 Kiel, anmelden unter: marie-luise.beyer@ unna-akademie.de
17. FEBRUAR	Jungs in der Krise - Tiefenpsychologische Aspekte der Genderfrage in Bad Malente 2 Punkte	Curtius-Klinik, Neue Kampstraße 2, 23714 Bad Malente, Telefon: 04523 4070
AB 19. FEBRUAR	42. Curriculum Spezielle Schmerztherapie in Kiel 40 Punkte	UKSH, Birgit Scheffler, Telefon 0431 50020705, birgit.scheffler@uksh.de
21. FEBRUAR	„Fast track reloaded - Implemen- tierung moderner ERAS-Konzep- te“ in Kiel 3 Punkte	UKSH, Sonja Heinrich, Telefon 0431 50020701, sonja.heinrich@uksh.de
24. FEBRUAR	XV. Symposium des Gynaekologi- cum Hamburg „15 Jahre und kein bisschen leise“ 8 Punkte	Sabine Pein, Gynaekologikum Hamburg, Altonaer Straße 61, 20357 Hamburg, Telefon: 040 87971402

Weitere Informationen bei den Veranstaltern. Alle Angaben ohne Gewähr.

## Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Grundlage der curricularen Fortbildung „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ ist das Curriculum der Bundesärztekammer. Darüber hinaus werden gemäß den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit Grundkenntnisse über Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Reisen in tropische Länder vermittelt. In dem 32-Stunden-Kurs werden Erkrankungen mit reisemedizinischer Bedeutung dargestellt.

Termin: 17.-18. Februar und 3.-4. März

Gebühr: 414 Euro

Information: Petra Petersen (04551 803 761)

AKADEMIE FÜR MEDIZINISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG

## Notfallmanagement und Basisreanimation

In dieser neu konzipierten Fortbildung können Ärzte und medizinisches Assistenzpersonal mehr Sicherheit im Management von Notfallsituationen erlangen. Nach einer kurzen theoretischen Übersicht liegt der Schwerpunkt auf den praktischen Übungen in den Bereichen Basisreanimation, Atemwegsmanagement und Teamkommunikation, die Sie anhand von Fallbeispielen erlernen.

Termin: 7. oder 28. Februar

Gebühr: 75 Euro

Information: Birte Wachholz (04551 803 755)

AKADEMIE FÜR MEDIZINISCHE FORT- UND WEITERBILDUNG

## Fachzertifikat Ambulantes Operieren

Zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren gehört, dass das mitwirkende Assistenzpersonal über eine ausreichende Qualifikation verfügt. Diese wird durch das Fachzertifikat erworben.

Dieses Fachzertifikat basiert auf dem Curriculum „Ambulantes Operieren“ der Bundesärztekammer vom 25. Mai 1997.

Voraussetzung: Eine mindestens zweijährige Tätigkeit in einer ambulant operierenden Einrichtung als Arzthelfer/-in/MFA. Einen Nachweis über diese Tätigkeit senden Sie uns bitte mit der Anmeldung zu.

Anrechenbar auf den Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung (Wahlteil)

Termin: ab 9. Februar (60 Unterrichtsstunden)

Gebühr: 680 Euro

Information: Rabea Brunke (04551 803 706)

MEDIZINISCHE FACHBERUFE UND EDMUND-CHRISTIANI-SEMINAR

## Kommunikation am Empfang

Die Arbeit am Empfang gehört zu den Königsdisziplinen Ihres Berufes: Es werden nicht nur Patienten empfangen und Termine vergeben, sondern hier wird über den Eindruck der gesamten Praxis entschieden. Wie Sie auch in stressigen Situationen einen kühlen Kopf bewahren und stets ein professionelles und verbindliches Auftreten an den Tag legen, lernen Sie in diesem Seminar.

Termin: 10. Februar

Gebühr: 70 Euro

Information: Rabea Brunke (04551 803 706)

MEDIZINISCHE FACHBERUFE UND EDMUND-CHRISTIANI-SEMINAR

# WAHLVERORDNUNG ÄRZTEKAMMER

## Landesverordnung über die Wahl zur Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein und die von der Kammerversammlung durchzuführenden Wahlen

Vom 28. November 2014

Aufgrund des § 20 des Gesetzes über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit für die Heilberufe (Heilberufekammergesetz – HBKG) vom 29. Februar 1996 (GVOBl. Schl.-H. S. 248), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 28. Januar 2014 (GVOBl. Schl.-H. S. 17), verordnet das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung:

## INHALTSÜBERSICHT

### Teil 1: Wahl zur Kammerversammlung

#### Abschnitt 1

##### Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Wahlzeit
- § 2 Wahlkreise
- § 3 Wahlvorstand, Wahlleiterin oder Wahlleiter
- § 4 Wahlausschreiben

#### Abschnitt 2

##### Wahlverfahren

- § 5 Wählerliste
- § 6 Feststellung der Anzahl der zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung
- § 7 Wahlvorschläge
- § 8 Behandlung der Wahlvorschläge
- § 9 Vorbereitung der Wahl und Stimmabgabe
- § 10 Feststellung des Wahlergebnisses
- § 11 Wahlniederschrift, Beurkundung des Wahlergebnisses
- § 12 Aufbewahrung der Wahlunterlagen
- § 13 Wahlanfechtung
- § 14 Ersatzmitglieder
- § 15 Wiederholungswahl

### Teil 2: Wahl des Vorstandes

- § 16 Wahlverfahren

### Teil 3: Übergangs- und Schlussbestimmungen

- § 17 Bekanntmachungen
- § 18 Fristen und Termine
- § 19 Ergänzende Bestimmungen
- § 20 Inkrafttreten und Außerkrafttreten

## ERSTER TEIL: WAHL ZUR KAMMERVERSAMMLUNG

### Abschnitt 1:

#### Allgemeine Bestimmungen

##### § 1: Wahlzeit

Die Wahl beginnt an dem Tag der Ausgabe der Wahlunterlagen (§ 9

Absatz 1 Satz 3) und endet am 7. Juni des Jahres, in dem die Wahlperiode einer Kammerversammlung abläuft (Wahljahr).

#### § 2: Wahlkreise

Die Wahlkreise entsprechen der Anzahl und dem Gebiet der Kreise und kreisfreien Städte.

#### § 3: Wahlvorstand, Wahlleiterin oder Wahlleiter

(1) Der Vorstand der Ärztekammer bestellt einen Wahlvorstand, der aus fünf Mitgliedern besteht. Bei der Zusammensetzung des Wahlvorstandes ist zu berücksichtigen, dass

1. mindestens vier wahlberechtigte Kammermitglieder bestellt werden, die sich nicht um die Wahl bewerben, und
2. § 15 Absatz 1 des Gesetzes zur Gleichstellung der Frauen im öffentlichen Dienst (Gleichstellungsgesetz - GStG) vom 13. Dezember 1994 (GVOBl. Schl.-H. S. 562), zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. März 2009 (GVOBl. Schl.-H. S. 93), Ressortbezeichnungen ersetzt durch Artikel 64 der Verordnung vom 4. April 2013 (GVOBl. Schl.-H. S. 143), beachtet wird.

Für die Mitglieder des Wahlvorstandes können Ersatzmitglieder bestellt werden. Die Namen der Mitglieder und der Ersatzmitglieder des Wahlvorstandes und ihre Funktionen sind vom Vorstand der Ärztekammer bekannt zu machen. Die Mitglieder des Vorstandes sind ehrenamtlich tätig.

(2) Der Vorstand der Ärztekammer bestellt ein Mitglied des Wahlvorstandes zur Wahlleiterin oder zum Wahlleiter sowie ein weiteres Mitglied zur Stellvertreterin oder zum Stellvertreter. Die Wahlleiterin oder der Wahlleiter führt den Vorsitz im Wahlvorstand.

(3) Der Wahlvorstand ist beschlussfähig, wenn neben dem vorsitzführenden Mitglied drei weitere Mitglieder oder Ersatzmitglieder anwesend sind. Er fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit. Bei der Berechnung der Stimmenmehrheit

zählen nur die Ja- und Neinstimmen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des vorsitzführenden Mitglieds den Ausschlag.

(4) Der Wahlvorstand ist für die ordnungsgemäße Vorbereitung und Durchführung der Wahl verantwortlich. Er kann sich hierzu der Unterstützung der Geschäftsstelle der Ärztekammer bedienen. Andere wahlberechtigte Kammermitglieder, die sich nicht um die Wahl bewerben, können mit ihrem Einverständnis zur Unterstützung herangezogen werden.

(5) Über alle von dem Wahlvorstand oder der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter getroffenen Entscheidungen, Feststellungen und Ermittlungen sind Niederschriften zu fertigen.

#### § 4: Wahlausschreiben

Die Wahlleiterin oder der Wahlleiter erlässt ein Wahlausschreiben, das bis zum 15. März des Wahljahres bekannt zu machen und in der Geschäftsstelle der Ärztekammer auszuhängen ist. Dieses Wahlausschreiben enthält insbesondere

1. Beginn und Ende der Wahlzeit,
2. die Angabe, wo und in welchem Zeitraum die Wählerlisten (§ 5 Absatz 1) zur Einsicht ausliegen,
3. die Hinweise, dass nur Kammermitglieder wählen können, die in eine Wählerliste eingetragen sind, und innerhalb welcher Frist und bei welcher Stelle Einsprüche gegen die Wählerlisten erhoben werden können,
4. die Anzahl der in den Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung und die sich daraus ergebende Stimmzahl,
5. die Aufforderung, Wahlvorschläge in der in § 7 Absatz 1 Satz 2 genannten Frist einzureichen,
6. die Anforderungen an die Wahlvorschläge,
7. die Anzahl der Bewerberinnen und Bewerber, die die Wahlvorschläge mindestens enthalten müssen,
8. Ort und Zeitpunkt der Ermittlung des Wahlergebnisses,
9. den Hinweis auf das Widerspruchsrecht nach § 8 Absatz 9.

### Abschnitt 2: Wahlverfahren

#### § 5: Wählerliste

(1) Die Wahlleiterin oder der Wahlleiter stellt Verzeichnisse der Wahlberechtigten (Wählerlisten) für jeden Wahlkreis auf. Die Zugehörigkeit zu einem Wahlkreis richtet sich nach dem Ort der überwiegenden Berufsausübung, bei Personen ohne Berufsausübung nach der Hauptwohnung im Sinne des Landesmeldegesetzes von 24. Juni 2004 (GVOBl. Schl.-H. S. 214, zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. November 2012 (GVOBl.

Schl.-H. S. 737). Lässt sich der zeitliche Schwerpunkt der beruflichen Tätigkeit nicht eindeutig feststellen oder ist die Ärztin oder der Arzt zu jeweils gleichen Anteilen in mehreren Wahlkreisen tätig, bestimmt die Ärztin oder der Arzt den Hauptort der Berufsausübung. Die Wählerlisten sind vom 1. bis 7. April des Wahljahres bei der Ärztekammer während der Geschäftszeiten zur Einsicht auszulegen; sie können während dieser Zeit auch zusätzlich auf der Homepage der Ärztekammer hinterlegt werden.

(2) Jedes Kammermitglied kann beim Wahlvorstand bis zum 15. April des Wahljahres Einspruch gegen die Wählerliste einlegen. Über den Einspruch entscheidet der Wahlvorstand bis zum 30. April des Wahljahres. Die Entscheidung ist dem Kammermitglied unverzüglich mitzuteilen. Ist der Einspruch begründet, hat die Wahlleiterin oder der Wahlleiter die Wählerliste zu berichtigen.

(3) Die Wählerliste ist am 8. Mai des Wahljahres abzuschließen. Jede und jeder endgültig eingetragene Wahlberechtigte erhält einen Wahlausweis.

#### § 6: Feststellung der Anzahl der zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung

(1) Die Wahlleiterin oder der Wahlleiter ermittelt die Anzahl der Wahlberechtigten in jedem Wahlkreis insgesamt und nach Geschlechtern getrennt auf der Grundlage der am 20. Februar des Wahljahres registrierten Kammermitglieder.

(2) Die Wahlleiterin oder der Wahlleiter stellt die Anzahl der in den Wahlkreisen zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung fest. Zu diesem Zweck wird die Gesamtzahl der zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung auf die Wahlkreise verteilt in der Reihenfolge der Höchstzahlen, die sich aus der Teilung der Zahlen der Wahlberechtigten in den Wahlkreisen durch 1, 2, 3 usw. (Höchstzahlenverfahren nach d'Hondt) ergeben. Ist bei gleicher Höchstzahl nur noch ein Sitz zu vergeben, entscheidet das Los.

#### § 7: Wahlvorschläge

(1) Jedes wahlberechtigte Kammermitglied kann einen Wahlvorschlag für den Wahlkreis seiner Zugehörigkeit nach § 5 Absatz 1 Satz 2 machen. Der Wahlvorschlag muss spätestens am 5. April des Wahljahres bis 18.00 Uhr bei der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter eingegangen sein.

(2) Die Wahlvorschläge müssen mindestens Bewerberinnen und Bewerber in einer Anzahl enthalten,

1. wie Mitglieder der Kammerversammlung nach § 6 Absatz 2 in dem Wahlkreis zu wählen sind und
  2. die dem Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Wahlberechtigten im Wahlkreis, das von der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter im Höchstzahlenverfahren (§ 6 Absatz 2) ermittelt worden ist, entspricht.
- Die Wahlvorschläge können über die Mindestanzahl nach Satz 1 Nummer 1 hinaus und unabhängig von dem Verhältnis nach Satz 1 Nummer 2 weitere Bewerberinnen und Bewerber enthalten. Alle Bewerberinnen und Bewerber sind nach Geschlechtern getrennt aufzuführen. Hinter dem Namen jeder Bewerberin und jedes Bewerbers muss zugleich der Name einer Vertreterin oder eines Vertreters angegeben werden. Die Vorschriften für Bewerberinnen und Bewerber gelten für Vertreterinnen und Vertreter entsprechend; Satz 1 Nummer 2 und Satz 3 finden keine Anwendung. Es sind Vor- und Zunamen, Ort der überwiegenden Berufsausübung nach § 5 Absatz 1 Satz 2 oder 3 sowie Geburtsdatum jeder sich bewerbenden Person und jeder vertretenden Person anzugeben. Bei Personen ohne Berufsausübung ist der Ort der Hauptwohnung anzugeben.
- (3) Jeder Wahlvorschlag muss von mindestens 20 wahlberechtigten Kammermitgliedern unterzeichnet sein. Eine Unterzeichnerin oder ein Unterzeichner ist als Vertrauensperson, eine weitere Unterzeichnerin oder ein weiterer Unterzeichner als stellvertretende Vertrauensperson zu kennzeichnen. Die Vertrauensperson ist befugt und verpflichtet, den Wahlvorschlag gegenüber dem Wahlvorstand zu vertreten und Erklärungen und Entscheidungen des Wahlvorstandes entgegenzunehmen.
  - (4) Jede Bewerberin und jeder Bewerber kann nur auf einem Wahlvorschlag vorgeschlagen werden. Dem Wahlvorschlag ist eine unwiderrufliche Zustimmungserklärung jeder Bewerberin und jedes Bewerbers beizufügen.
  - (5) Jede oder jeder Wahlberechtigte kann nur eine Unterschrift für einen Wahlvorschlag ihres oder seines Wahlkreises rechtswirksam abgeben.

#### § 8: Behandlung der Wahlvorschläge

- (1) Die Wahlleiterin oder der Wahlleiter prüft die Wählbarkeit der vorgeschlagenen Bewerberinnen und Bewerber. Nicht wählbare Bewerberinnen und Bewerber sowie deren Vertreterinnen und Vertreter sind zu streichen. Die von der Streichung Betroffenen und die Vertrauensperson sind unverzüglich

zu benachrichtigen.

- (2) Die Wahlleiterin oder der Wahlleiter gibt Wahlvorschläge, die ungültig sind, weil sie nicht die erforderliche Anzahl von Unterschriften aufweisen oder weil sie nicht fristgerecht eingereicht worden sind, unverzüglich nach Eingang unter Angabe der Gründe zurück.
- (3) Die Wahlleiterin oder der Wahlleiter hat Bewerberinnen und Bewerber, die mit ihrer Zustimmung auf mehreren Wahlvorschlägen genannt sind, sowie deren Vertreterinnen und Vertreter von allen Wahlvorschlägen zu streichen. Absatz 1 Satz 3 ist anzuwenden.
- (4) Haben Wahlberechtigte mehrere Wahlvorschläge unterschrieben, hat die Wahlleiterin oder der Wahlleiter diese Unterschriften auf allen Wahlvorschlägen zu streichen.
- (5) Wahlvorschläge, die
  1. nicht den Erfordernissen des § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 oder Satz 3 entsprechen,
  2. nicht dem Erfordernis des § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 entsprechen,
  3. nicht alle Angaben nach § 7 Absatz 2 Satz 4 und 6 enthalten,
  4. ohne die schriftlichen Zustimmungserklärungen der Bewerberinnen und Bewerber eingereicht worden sind oder
  5. aufgrund von Streichungen nach Absatz 1, 3 oder 4 nicht mehr den Anforderungen entsprechen, gibt die Wahlleiterin oder der Wahlleiter zurück mit der Aufforderung, den Mangel innerhalb einer Frist von einer Woche zu beseitigen. Ist im Falle des Satzes 1 Nummer 2 eine Beseitigung des Mangels nicht möglich, hat die Vertrauensperson innerhalb der Frist nach Satz 1 die dafür maßgeblichen Gründe darzulegen. Wird die Frist hierfür nicht eingehalten oder wird in den übrigen Fällen der Mangel nicht fristgerecht beseitigt, sind die Wahlvorschläge ungültig.
- (6) Die Feststellung über die Gültigkeit der Wahlvorschläge trifft der Wahlvorstand; die Vertrauensperson eines für ungültig erklärten Wahlvorschlags ist unverzüglich zu benachrichtigen. Der Wahlvorstand vergibt durch Los Ordnungsnummern, die den Wahlvorschlägen zugeordnet werden.
- (7) Ist nach Ablauf der in § 7 Absatz 1 genannten Frist in einem Wahlkreis kein gültiger Wahlvorschlag eingegangen, fordert die Wahlleiterin oder der Wahlleiter in geeigneter Weise dazu auf, Wahlvorschläge innerhalb einer Nachfrist von einer Woche einzureichen. Geht innerhalb der Nachfrist kein gültiger Wahlvorschlag ein, findet die Wahl in diesem Wahlkreis nicht statt; § 15 gilt entsprechend. Kann die Wahl nicht durchgeführt werden, weil kein

- Wahlvorschlag die Anforderungen des § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 erfüllt, kann die Aufsichtsbehörde die erforderlichen Ausnahmen zulassen.
- (8) Die zugelassenen Wahlvorschläge sind bis zum 10. Mai des Wahljahres bekannt zu machen. Die Namen der Personen, die die Wahlvorschläge unterzeichnet haben, werden nicht bekanntgegeben. Bei Wahlvorschlägen, die nach Absatz 5 Satz 2 als gültig anerkannt worden sind, erläutert der Wahlvorstand unter Angabe der von der Vertrauensperson genannten Gründe, warum diese ein Abweichen von § 7 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 rechtfertigen.
  - (9) Nach Bekanntmachung der Wahlvorschläge kann jede Bewerberin und jeder Bewerber zum Zwecke der Wahlwerbung die Anschriften der von dem jeweiligen Wahlvorschlag betroffenen Wahlberechtigten gegen Kostenerstattung von der Ärztekammer erhalten, soweit die Wahlberechtigten nicht widersprochen haben. Auf das Widerspruchsrecht ist in dem Wahlausschreiben (§ 4) hinzuweisen. Die Datenempfängerinnen und Datenempfänger haben die Daten spätestens einen Monat nach der Wahl zu löschen.

#### § 9: Vorbereitung der Wahl und Stimmabgabe

- (1) Die Wahl zur Kammerversammlung findet als Briefwahl statt. Die Wahlunterlagen bestehen aus dem Stimmzettel, der die im Wahlkreis zugelassenen Wahlvorschläge enthält, dem als Wahlumschlag bezeichneten Umschlag, dem Wahlausweis und einem äußeren Umschlag. Die Wahlunterlagen werden am 20. Mai des Wahljahres an die Wahlberechtigten abgesandt.
- (2) Jede und jeder Wahlberechtigte hat so viele Stimmen, wie Mitglieder der Kammerversammlung in dem Wahlkreis zu wählen sind; es können Bewerberinnen und Bewerber aus verschiedenen Wahlvorschlägen gewählt werden. Der Stimmzettel enthält Hinweise
  1. auf die Zahl der in dem Wahlkreis zu wählenden Mitglieder der Kammerversammlung,
  2. wie viele Stimmen demnach höchstens zu vergeben sind und
  3. über die Umstände, die eine Stimmabgabe nach Absatz 4 ungültig machen können.
- (3) Die Stimmabgabe erfolgt durch Übersendung des Stimmzettels, der sich in dem verschlossenen Wahlumschlag befindet, zusammen mit dem von der oder dem Wahlberechtigten unterzeichneten Wahlausweis in dem äußeren Umschlag bis zum 7. Juni des Wahljahres, Eingang bis 18.00 Uhr, an

die Wahlleiterin oder den Wahlleiter.

- (4) Ungültig sind Stimmzettel,
  1. die nicht durch die Wahlleiterin oder den Wahlleiter versandt worden sind,
  2. die nicht in einem verschlossenen Wahlumschlag übersandt worden sind oder deren Wahlausweis nicht von der oder dem Wahlberechtigten unterzeichnet wurde,
  3. die mehr Stimmen für Bewerberinnen und Bewerber enthalten, als Mitglieder der Kammerversammlung in dem Wahlkreis zu wählen sind,
  4. aus denen sich der Wählerwille nicht zweifelsfrei ergibt,
  5. die über die Kennzeichnung der Bewerberinnen und Bewerber hinaus weitere Zeichen enthalten,
  6. die zusammen mit Stimmzetteln anderer Wählerinnen oder Wähler in einem Wahlumschlag übersandt worden sind.

#### § 10: Feststellung des Wahlergebnisses

- (1) Der Wahlvorstand stellt das Wahlergebnis innerhalb von drei Tagen nach dem Ende der Wahl fest. Bei der Ermittlung des Wahlergebnisses können alle Kammermitglieder anwesend sein, soweit die verfügbaren Räumlichkeiten dies zulassen.
- (2) Nach Prüfung des Wahlausweises wird der verschlossene Wahlumschlag in die Wahlurne für den Wahlkreis gelegt. Sofern sich der Wahlvorstand bei diesen Tätigkeiten unterstützen lässt (§ 3 Absatz 4 Satz 2 und 3), muss ein Mitglied des Wahlvorstandes die Aufsicht führen.
- (3) Befinden sich alle Wahlumschläge in den Wahlurnen, werden die aus den Wahlumschlägen zu entnehmenden Stimmzettel überprüft. Über die Gültigkeit der Stimmzettel entscheidet der Wahlvorstand. Stimmzettel, die zu Zweifeln Anlass gegeben haben, sind nach der Entscheidung über die Gültigkeit zu kennzeichnen.
- (4) Der Wahlvorstand zählt die auf jeden Wahlvorschlag und innerhalb des Wahlvorschlags auf jede Bewerberin und jeden Bewerber entfallenden Stimmen. Die den einzelnen Wahlvorschlägen zustehenden Sitze werden nach dem Höchstzahlenverfahren (§ 6 Absatz 2) ermittelt. Innerhalb der Wahlvorschläge werden die Sitze auf die Bewerberinnen und Bewerber in der Reihenfolge der auf sie entfallenden Stimmen verteilt. Bei gleicher Höchstzahl oder Stimmenzahl entscheidet das Los.
- (5) Das Wahlergebnis ist unverzüglich bekannt zu machen und in der Geschäftsstelle der Ärztekammer auszuhängen. Die Gewählten sind unverzüglich schriftlich zu benachrichtigen.

**§ 11: Wahl Niederschrift,****Beurkundung des Wahlergebnisses**

(1) Der Wahlvorstand fertigt über das Wahlergebnis eine Wahl Niederschrift an, die nach Wahlkreisen gegliedert enthalten muss

1. die Anzahl der Wahlberechtigten, getrennt nach Geschlechtern,
2. die Anzahl der abgegebenen Stimmzettel,
3. die Anzahl aller gültigen abgegebenen Stimmzettel,
4. die Anzahl aller ungültigen abgegebenen Stimmzettel,
5. die Anzahl der gültigen abgegebenen Stimmen,
6. die Anzahl aller ungültigen abgegebenen Stimmen und die für die Entscheidung über die Gültigkeit aller zweifelhaften Stimmen maßgebenden Gründe,
7. die auf die einzelnen Bewerberinnen und Bewerber entfallenden Stimmenzahlen,
8. die Verteilung der Stimmen auf die einzelnen Wahlvorschläge,
9. die auf die einzelnen Wahlvorschläge entfallenden Sitze,
10. die Namen der gewählten Bewerberinnen und Bewerber.

Besondere Vorkommnisse sind zu vermerken.

(2) Das Wahlergebnis wird auf der Grundlage der Wahl Niederschrift von der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter beurkundet und von allen Mitgliedern des Wahlvorstandes unterzeichnet.

**§ 12: Aufbewahrung der Wahlunterlagen**

Das Wahlausschreiben, die Wahlvorschläge, die Wahlunterlagen, die abgegebenen Stimmzettel, die Niederschriften nach § 3 Absatz 5, die Wahl Niederschrift sowie die Bekanntmachungen des Wahlvorstandes und der Wahlleiterin oder des Wahlleiters sind bis nach der nächsten Wahl zur Kammerversammlung aufzubewahren.

**§ 13: Wahl anfechtung**

(1) Gegen die Wahl oder die Feststellung des Wahlergebnisses kann jede oder jeder Wahlberechtigte innerhalb von zwei Wochen nach der Bekanntmachung des Wahlergebnisses Einspruch erheben. Der Einspruch ist bei der Wahlleiterin oder dem Wahlleiter schriftlich oder zur Niederschrift zu erklären. Über den Einspruch entscheidet die neu zusammengetretene Kammerversammlung nach Vorprüfung durch den Wahlvorstand.

(2) Ergibt die Wahlprüfung, dass ein Mitglied der Kammerversammlung nicht wählbar war, ist dessen Wahl für ungültig zu erklären. Seine Mitgliedschaft ruht, solange der Beschluss der Kammerversammlung noch nicht rechtskräftig ist; § 14 gilt

entsprechend.

(3) Ergibt die Wahlprüfung, dass bei der Vorbereitung oder Durchführung der Wahl Unregelmäßigkeiten vorgekommen sind, die auf das Wahlergebnis von Einfluss gewesen sein können, wird die Wahl in den entsprechenden Wahlkreisen für ungültig erklärt und insoweit eine Wiederholungswahl angeordnet. Die Mitglieder der neu gewählten Kammerversammlung bleiben bis zum Abschluss der Wiederholungswahl im Amt.

(4) Ergibt die Wahlprüfung, dass das Wahlergebnis unrichtig festgestellt worden ist, ist die Feststellung aufzuheben und eine Neufeststellung anzuordnen. Andernfalls ist das festgestellte Wahlergebnis zu bestätigen. Bis zur Neufeststellung bleibt das gewählte Mitglied im Amt.

(5) Die Entscheidung der Kammerversammlung ist zu begründen, mit einer Rechtsbehelfsbelehrung zu versehen und dem Kammermitglied, das den Einspruch erhoben hatte, und dem gewählten Mitglied, das von der Entscheidung betroffen ist, zuzustellen.

**§ 14: Ersatzmitglieder**

An die Stelle eines ausgeschiedenen Kammermitglieds tritt die als Vertreterin oder Vertreter des jeweiligen Kammermitglieds auf dem Wahlvorschlag bezeichnete Person als Ersatzmitglied. Der Vorstand der Ärztekammer stellt fest, wer in die Kammerversammlung eintritt, und macht dies bekannt. Ist eine Vertreterin oder ein Vertreter nicht mehr vorhanden, bleibt der Sitz leer.

**§ 15: Wiederholungswahl**

Der Termin für eine Wiederholungswahl wird vom Vorstand der Ärztekammer im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde festgesetzt. Auf die Wiederholungswahl sind die Vorschriften für die Hauptwahl anzuwenden; dabei sind diejenigen Entscheidungen oder Feststellungen erneut zu treffen und Ermittlungen erneut anzustellen, die im Wahlprüfungsverfahren für fehlerhaft oder unrichtig erkannt worden sind.

**ZWEITER TEIL:  
WAHL DES VORSTANDES****§ 16: Wahlverfahren**

(1) Die Kammerversammlung soll innerhalb von zwei Monaten nach dem Ende ihrer Wahl zur Wahl des Vorstandes zusammentreten. Fällt dies in den Zeitraum der Sommerferien der allgemeinbildenden

Schulen in Schleswig-Holstein, wird im Einvernehmen mit der Aufsichtsbehörde ein späterer Zeitpunkt festgesetzt. Die Einberufung erfolgt nach den Vorschriften der Hauptsatzung.

(2) Die Präsidentin oder der Präsident der Ärztekammer eröffnet die Sitzung und gibt die Leitung an das an Lebensjahren älteste Mitglied der Kammerversammlung ab, das die Bildung eines Wahlausschusses veranlasst. Der Wahlausschuss besteht aus einer oder einem Vorsitzenden, die oder der die Wahl leitet, und zwei weiteren Mitgliedern. Die Mitglieder des Wahlausschusses müssen keine Kammermitglieder sein; die Kammerversammlung wählt die Mitglieder durch Zuruf, bei mehreren Vorschlägen mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen.

(3) Die Bewerberinnen und Bewerber für den Vorstand werden von den Mitgliedern der Kammerversammlung vorgeschlagen unter ausdrücklichem Hinweis darauf, welche Funktion sie im Vorstand einnehmen sollen. Die Wahlvorschläge sollen mindestens Bewerberinnen und Bewerber in der Anzahl enthalten, die dem Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Mitgliedern der Kammerversammlung entspricht. Mitglieder des Wahlausschusses können nicht vorgeschlagen werden.

(4) Die Wahl des Vorstandes ist geheim und erfolgt schriftlich. Jedes Mitglied des Vorstandes ist mit verdeckten Stimmzetteln in besonderen Wahlhandlungen zu wählen.

(5) Stehen für einen Sitz im Vorstand mehr als zwei Bewerberinnen und Bewerber zur Wahl und erhält keine oder keiner davon die Mehrheit der abgegebenen Stimmen, findet eine Stichwahl zwischen den beiden sich bewerbenden Personen mit den höchsten Stimmenzahlen statt. Bei Stimmgleichheit entscheidet das von der oder dem Vorsitzenden des Wahlausschusses zu ziehende Los.

(6) Der Wahlausschuss entscheidet über die Gültigkeit der abgegebenen Stimmen und stellt das Wahlergebnis fest.

(7) Auf das weitere Verfahren sind die Bestimmungen über die Wahl zur Kammerversammlung sinngemäß anzuwenden.

**DRITTER TEIL:  
ÜBERGANGS- UND  
SCHLUSSBESTIMMUNGEN****§ 17: Bekanntmachungen**

(1) Soweit nichts anderes bestimmt ist, erfolgen die nach dieser Wahlverordnung erforderlichen Bekanntmachungen im

Mitteilungsblatt der Ärztekammer. Die Bekanntmachung der zugelassenen Wahlvorschläge kann auch durch Rundschreiben an alle Wahlberechtigten erfolgen.

(2) Ist eine rechtzeitige Bekanntmachung im Mitteilungsblatt nicht möglich, erfolgt die Bekanntmachung

1. in einer Veröffentlichung, die allen Wahlberechtigten zugeht, oder
2. durch Rundschreiben an alle Wahlberechtigten.

**§ 18: Fristen und Termine**

Fällt ein nach dieser Verordnung bestimmter Tag oder der erste oder letzte Tag einer Frist auf einen Sonnabend oder einen Sonntag oder Feiertag, tritt an die Stelle des bestimmten Tages der nächste Werktag.

**§ 19: Ergänzende Bestimmungen**

(1) Rechtsbehelfe gegen Entscheidungen nach dieser Verordnung richten sich nach den Vorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung.

(2) Soweit die Vorschriften dieser Verordnung keine abweichenden Bestimmungen enthalten, sind auf die Wahl zur Kammerversammlung und des Vorstandes das Landeswahlgesetz vom 7. Oktober 1991 (GVOBl. Schl.-H. S. 442, ber. S. 637), zuletzt geändert durch Gesetz vom 12. September 2014 (GVOBl. Schl.-H. S. 224), und die Landeswahlordnung vom 17. Juli 2009 (GVOBl. Schl.-H. S. 430), zuletzt geändert durch Verordnung vom 1. Juli 2014 (GVOBl. Schl.-H. S. 152), sinngemäß anzuwenden.

**§ 20: Inkrafttreten und Außerkrafttreten**

- (1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 2015 in Kraft.
- (2) Diese Verordnung tritt mit Ablauf von fünf Jahren nach ihrem Inkrafttreten außer Kraft.

Die vorstehende Verordnung wird hiermit ausgefertigt und ist zu verkünden.

Kiel, 28. November 2014

Kristin Alheit

Ministerin für  
Soziales, Gesundheit, Wissenschaft  
und Gleichstellung

# ZUM KLEINANZEIGEN- MARKT



Schleswig-Holsteinisches  
**Ärzteblatt**

Gerne verarzten wir Sie rund um das Thema Kleinanzeigen.

Kontakt: Maxime Lichtenberger | Tel.: 089 55241-246 | E-Mail: [maxime.lichtenberger@atlas-verlag.de](mailto:maxime.lichtenberger@atlas-verlag.de) | Online: [www.atlas-verlag.de/kleinanzeigenmarkt](http://www.atlas-verlag.de/kleinanzeigenmarkt)

## Stellenanzeigen



Die imland GmbH ist eine GmbH in Trägerschaft des Kreises Rendsburg-Eckernförde. Die GmbH besteht aus den imland Kliniken Rendsburg und Eckernförde – akademisches Lehrkrankenhaus für das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel – als Schwerpunktkrankenhaus mit 801 Planbetten verteilt auf 2 Standorte sowie dem imland MVZ.

Am Standort **Eckernförde** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt für das **Gelenkzentrum**

## Assistenzärztinnen oder Assistenzärzte

in (zunächst) befristeter Voll- oder Teilzeitanstellung. Das Endoprothetikzentrum ist als Zentrum der Maximalversorgung mit mehr als 2.500 Operationen im Jahr, überregionalem Einzugsgebiet und einer vollen Weiterbildungsermächtigung im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie (gemeinsam mit der imland Klinik in Rendsburg) ausgestattet.

**Sie bringen mit**

- Interesse an orthopädisch-unfallchirurgischen Behandlungen
- Teamfähigkeit und freundlichen Umgang mit unseren Patienten
- Interesse zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst
- EDV-Kenntnisse

**Wir bieten Ihnen**

- sehr geregelte Arbeitszeiten und die Voraussetzungen Beruf und Familie miteinander in Einklang zu bringen
- die Weiterbildung im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie im Verbund mit der imland Klinik Rendsburg
- eigenverantwortliche und kreative Arbeitsbereiche
- interne und externe Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- eine Vergütung nach Entgeltgruppe I TV-Ärzte/VKA
- eine Weiterbildung im Rahmen der Allgemeinmedizin ist möglich
- der Wiedereinstieg nach einer Berufspause ist möglich

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Chefarzt Dr. Oehme (Tel. 04351/882-575) gerne zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie Ihre Bewerbung bitte postalisch an die

**imland GmbH, Abteilung Personal & Recht**  
Lilienstraße 20-28, 24768 Rendsburg  
oder per E-Mail (Unterlagen bitte in PDF) an [ulrike.sander@imland.de](mailto:ulrike.sander@imland.de)



Im **Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster** suchen wir für die **Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Chefarzt Dr. med. Rolf Drews)** zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

## Assistenzarzt/-ärztin in Weiterbildung für Psychiatrie und Psychotherapie

Mehr Informationen im FEK-Stellenportal: [www.fek.de](http://www.fek.de)  
Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an unsere Personalabteilung, per Post an FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH, Friesenstraße 11, 24534 Neumünster oder per E-Mail ([bewerbung@fek.de](mailto:bewerbung@fek.de)).  
Schwerbehinderte erhalten bei uns die gleiche Chance.

Das FEK ist Akademisches Lehrkrankenhaus für die Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Kiel und Hamburg sowie Mitglied des Krankenhausverbundes 6K mit über 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung bieten wir die medizinische und pflegerische Versorgung für Neumünster und Umgebung.

[www.fek.de](http://www.fek.de)


**Hinweis:**

Alle Anzeigen beruhen auf Angaben der Anzeigenkunden und werden nicht von der Redaktion geprüft. Verlag, Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, dass die Angaben – auch zu den Weiterbildungsbefugnissen – korrekt sind. Unter [www.aeksh.de](http://www.aeksh.de) finden Sie die aktuellen Listen der weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein. Entsprechende Beschwerden über unrichtige Angaben, insbesondere zu falschen Aussagen hinsichtlich der Weiterbildungsbefugnis, können nach den berufsrechtlichen Vorschriften verfolgt werden. Auf eventuelle zivilrechtliche Folgen, wie Schadensersatzansprüche, wird hingewiesen. Gewerbliche Anzeigen stellen keine redaktionellen Beiträge dar.

**Die Redaktion**

### Ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis in der Mitte Schleswig-Holsteins

mit den Praxisstandorten

Groß Vollstedt, Rendsburg, Aukrug und Nortorf  
sucht

#### Weiterbildungsassistent/in im Fach **Allgemeinmedizin** und/oder

#### Facharzt/ärztin für **Allgemeinmedizin/ Innere Medizin** für den Praxisstandort **Aukrug**

Tel. 04305/1234

E-Mail: [die-praxis@t-online.de](mailto:die-praxis@t-online.de)

## Stellenanzeigen



## AUGUST-BIER-KLINIK

Neurologie und Rehabilitation

HELFEN. HEILEN. REGENERIEREN.

Die AUGUST-BIER-KLINIK sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

### Assistenzärztin/Assistenzarzt

oder

### Fachärztin/Facharzt für Neurologie

oder

### Fachärztin/Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 38,50 Stunden (1,0 VK).  
Eine Teilzeitbeschäftigung ist auch möglich.

#### Das Aufgabengebiet umfasst:

- neben der Akutbehandlung auch die Versorgung von Patienten in der Frührehabilitation und neurologischen Rehabilitation der Phase C und D

#### Wir bieten:

- eine modern ausgestattete Klinik (KTQ-zertifiziert)
- interessante und abwechslungsreiche Tätigkeiten in einem guten Betriebsklima
- elektronische Arbeitszeiterfassung
- interdisziplinäre und multidisziplinäre Zusammenarbeit
- interne und externe Fortbildungsmöglichkeiten
- Haustarifvertrag mit dem Marburger Bund mit zusätzlicher Altersversorgung (VBL)
- hohen Freizeitwert (Nähe Ostsee)
- verkehrsgünstige Lage (400 m vom Bahnhof „Bad Malente“ mit halbstündlicher Verbindung nach Lübeck und Kiel; ca. 30 Min.)

#### Wir erwarten:

- ein abgeschlossenes Hochschulstudium der Humanmedizin
- verantwortungsbewusstes, selbständiges, engagiertes und flexibles Arbeiten
- Freude an einer anspruchsvollen und abwechslungsreichen Tätigkeit
- Teamgeist und Interesse an interdisziplinärer Zusammenarbeit

Ihre aussagekräftige schriftliche Bewerbung richten Sie bitte mit den üblichen Unterlagen an:

**AUGUST-BIER-KLINIK**  
Dr. med. Dipl.-Psych. Klaus Stecker, Chefarzt

#### Akademisches Lehrkrankenhaus für die Universität zu Lübeck

Diekseeppromenade 7-11      Telefon: (04523) 405 - 0  
23714 Bad Malente-Gremsmühlen      Telefax: (04523) 405 - 100  
E-Mail: info@august-bier-klinik.de      WWW.AUGUST-BIER-KLINIK.DE



Friedrich-Ebert-Krankenhaus  
Neumünster

6K

KlinikVerbund  
Schleswig-Holstein

Im Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster suchen wir für die **Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Chefarzt Dr. med. Rolf Drews)** zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

## Facharzt (m/w) für Psychiatrie und Psycho- therapie oder fortgeschrittener Assistenzarzt (m/w) in Weiterbildung

für die Tätigkeit in der Psychiatrischen  
Institutsambulanz (PIA) und/oder auf Station

– Vollzeit/Teilzeit –

Mehr Informationen im FEK-Stellenportal: [www.fek.de](http://www.fek.de)  
Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an unsere Personalabteilung, per Post an FEK - Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster GmbH, Friesenstraße 11, 24534 Neumünster oder per E-Mail ([bewerbung@fek.de](mailto:bewerbung@fek.de)).  
Schwerbehinderte erhalten bei uns die gleiche Chance.



Das FEK ist Akademisches Lehrkrankenhaus für die Medizinischen Fakultäten der Universitäten in Kiel und Hamburg sowie Mitglied des Krankenhausverbundes 6K mit über 10.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung bieten wir die medizinische und pflegerische Versorgung für Neumünster und Umgebung.

[www.fek.de](http://www.fek.de)



Die Praxis-Klinik Bergedorf in Hamburg ist eine Fachklinik mit elektiven Eingriffen (stationär ca. 1.700/ambulant ca. 400) der Fachrichtungen OTH/CH/NCH, die nicht an der Not- und Unfallversorgung teilnimmt. Als Verstärkung für unser Team suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Neustrukturierung unserer Wirbelsäulenchirurgie einen

### • Oberarzt (m/w)

in Vollzeit.  
Keine Nacht- und Wochenenddienste.  
Bewerbungen/Fragen richten Sie bitte an:

#### Praxis-Klinik Bergedorf

z. Hd. Mike Koldeweyh  
Alte Holstenstraße 2, 21031 Hamburg  
Telefon: 040 / 7 25 75-290  
[www.praxis-klinik-bergedorf.de](http://www.praxis-klinik-bergedorf.de)  
[mike.koldeweyh@praxis-klinik-bergedorf.de](mailto:mike.koldeweyh@praxis-klinik-bergedorf.de)



## Schenken Sie Trost!

Bitte unterstützen  
Sie das Kinderhospiz  
Bethel für unheilbar  
kranke Kinder.



Spendenkonto 4077,  
Sparkasse Bielefeld,  
BLZ 480 501 61  
Stichwort „Hospizkind“  
[www.kinderhospiz-bethel.de](http://www.kinderhospiz-bethel.de)

Bethel

## Stellenanzeigen



**KLINIKUM  
ITZEHOE**

Karriereplanung ist Lebensplanung.

Das **Klinikum Itzehoe** ist eines der größten Krankenhäuser in Schleswig-Holstein und Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg. Unseren Patienten bieten wir innovative medizinische Versorgung auf hohem Niveau und individuelle Pflege nach neuesten Standards. Als Unternehmen mit mehr als 2.200 Mitarbeitern sind wir effizient und zukunftsorientiert aufgestellt. Wirtschaftlicher Erfolg bestätigt unsere Arbeit. Wir sind Mitglied des Krankenhausverbundes 6K mit über 10.000 Mitarbeitern. Unseren Beschäftigten bieten wir eine gesunde Basis für ihre Karriere- und Lebensplanung in einem attraktiven Umfeld mit hoher Lebensqualität in der Metropolregion Hamburg.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

### » Assistenzarzt (m/w) oder Facharzt (m/w) für die Weiterbildung Diabetologie

Mit über 1.000 stationär behandelten Diabetespatienten pro Quartal ist Diabetes mellitus eine häufige Haupt- und Nebendiagnose auf allen Stationen im Gesamthaus. Die Betreuung der Patienten diesbezüglich erfolgt durch ein interdisziplinär tätiges Diabetes- und Ernährungsteam. Für dieses Team suchen wir ärztliche Verstärkung. Die volle Weiterbildungsermächtigung über 18 Monate für Diabetologie liegt vor. Neben der stationären Tätigkeit besteht die Möglichkeit, im klinikeigenen MVZ Einblicke in die ambulante Betreuung von Diabetikern zu erlangen.

#### Ihre Aufgaben:

- Betreuung der stationären Patienten mit Diabetes mellitus jedes Typus unter oberärztlicher Aufsicht in Kooperation mit dem Diabetesteam
- Dokumentation und Unterstützung der Diabetesberaterinnen in der Therapiewahl
- Unterstützung bei organisatorischen Tätigkeiten und Schulung für Klinikpersonal unterschiedlicher Berufsgruppen

#### Wir wünschen uns von Ihnen:

- Eine engagierte Persönlichkeit mit hoher Auffassungsgabe und der Fähigkeit zum selbstständigen Handeln
- Ausgeprägte soziale Kompetenz und Teamfähigkeit
- Wertschätzende Kommunikationsfähigkeit und die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit

#### Wir bieten Ihnen:

- Einen interessanten Arbeitsbereich mit den zusätzlichen Schwerpunkten Ernährungs- und Adipositasmedizin
- Die Behandlung sämtlicher diabetesrelevanter Folgeerkrankungen inklusive DFS
- Wertschätzung in einem kollegialen Team

Für erste Fragen steht Ihnen die Oberärztin, Frau Dr. Staiger, unter der Telefonnummer 04821 772-2355 gerne zur Verfügung. Schwer behinderte Bewerberinnen und Bewerber werden bei gleicher Qualifikation und Eignung vorrangig berücksichtigt. Bewerben Sie sich gerne online über unser Bewerberportal.

#### Klinikum Itzehoe

Personalmanagement  
Robert-Koch-Str. 2  
25524 Itzehoe

Referenznummer 141-17

Weitere Informationen über unser Unternehmen finden Sie unter:  
[www.klinikum-itzehoe.de/karriere](http://www.klinikum-itzehoe.de/karriere)

#### Buchen Sie im Internet:

[www.atlas-verlag.de/kleinanzeigenmarkt](http://www.atlas-verlag.de/kleinanzeigenmarkt)

Zur richtigen Zeit am richtigen Ort



**MDK**

MEDIZINISCHER DIENST  
DER KRANKENVERSICHERUNG  
NORD

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) berät Kranken- und Pflegekassen in allen sozialmedizinischen und pflegfachlichen Fragen. Dafür brauchen wir fachkompetente Unterstützung!

Verstärken Sie unser Ärzteteam als

### ärztliche Gutachterin/ ärztlicher Gutachter

Wir bieten Ihnen als Alternative zur Klinik oder Praxis eine interessante und zukunftsorientierte Begutachtungs- und Beratungstätigkeit als unabhängige/r Sachverständige/r mit fairen und attraktiven Arbeitsbedingungen und der Sicherheit eines Arbeitsplatzes im öffentlichen Dienst.

Wir wünschen uns von Ihnen mehrjährige (vorzugsweise fachärztliche) Erfahrung in Klinik und/oder Praxis sowie aktuelle und fundierte medizinische Fachkenntnisse.

**Haben wir Ihr Interesse geweckt?** Alle weiteren Informationen zu dieser Ausschreibung finden Sie auf unserer Website unter → „Beruf und Karriere“.

Bei Fragen steht Ihnen die von uns beauftragte Personalberatung MAP GmbH (Herr Möller, Telefon 0172 915 2669) für ein erstes vertrauliches Gespräch gern zur Verfügung.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord  
Hammerbrookstraße 5 • 20097 Hamburg  
[www.mdk-nord.de](http://www.mdk-nord.de)

#### Hinweis:

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

## Stellenanzeigen

Bitte beachten Sie  
unsere nächsten  
**Anzeigen-  
schlussstermine:**



Heft Nr. 02 / 18  
19.01.2018

Heft Nr. 03 / 18  
20.02.2018

Heft Nr. 04 / 18  
20.03.2018

Heft Nr. 05 / 18  
13.04.2018

Wir beraten Sie gerne!  
Tel.: 089 55241-0

Maxime  
Lichtenberger:  
-246

**WIR**  
arbeiten für Ihre Gesundheit

**AMEOS**

AMEOS Reha Klinikum Ratzeburg

Leben auch Sie mit uns diese Mission! In den 77 Einrichtungen der AMEOS Gruppe sorgen bereits 13.000 Mitarbeitende für das Wohlergehen unserer Patienten und Bewohner.

Das AMEOS Reha Klinikum Ratzeburg ist eine Fachklinik für Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation mit den Schwerpunkten Gynäkologie, Nephrologie, Onkologie/Hämatologie, Pneumologie und Urologie.

Für das **AMEOS Reha Klinikum Ratzeburg** suchen wir einen

## Facharzt (m/w) für Gynäkologie

als Funktionsoberarzt (m/w)

### Ihre Vorteile

- Ein Arbeitsplatz mit interessanten, verantwortungsvollen und abwechslungsreichen Aufgaben
- Mitarbeit in einem engagierten Team
- Weiterbildungsbefugnis für Sozialmedizin und Rehabilitationswesen für jeweils 12 Monate
- Großzügige Förderung von Fort- und Weiterbildungen
- Ein umfassendes Angebot an Mitarbeitererrabatten

### Ihre Aufgaben

- Eigenverantwortliche Betreuung und Beratung von Patientinnen in der Anschlussrehabilitation bzw. Rehabilitation nach Operationen, Strahlen- oder Chemotherapien
- Betreuung von Patientinnen mit Endometriose
- Diagnostik einschließlich Sonographie

### Ihr Profil

- Interesse an der Weiterbildung unter Aspekten der Rehabilitation
- Einfühlungsvermögen, Engagement, Zuverlässigkeit und Teamfähigkeit

Detaillierte Auskünfte erteilt Ihnen gern der Chefarzt, Herr Dr. Jan Schmielau, unter Tel. +49 (0)4541 133-415.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung, vorzugsweise über unser Online-Bewerberportal.

[www.ameos.eu](http://www.ameos.eu)

### Beilagenhinweis:

Diese Ausgabe enthält Beilagen der Hamburger Sparkasse und vom Tabca Krankenhaus Hamburg



Wir suchen für die private Fastenklinik Schloss Warnsdorf eine/n **FA/FÄ für Innere** oder **Allgemeinmedizin** mit Kenntnissen in Naturheilverfahren, Komplementärmedizin und/oder Psychotherapie für eine Dreiviertel- oder Vollzeitstelle. Honorarätigkeit u. U. mögl. Ihre Bewerbung richten Sie bitte an Schloss Warnsdorf Klinik Dr. Scheele GmbH, Heike Mohr, Schlossstraße 10, 23626 Warnsdorf. (Vorabinfo unter 04502 840-100)

## Stellenanzeigen

Auf dem Weg ins UKSH der Zukunft.

## Wir schaffen das.

Weitere Informationen unter: [www.uksh.de/Masterplan](http://www.uksh.de/Masterplan)



**UKSH** UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

**CIAU** Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

**UNIVERSITÄT ZU LÜBECK** STIFTUNGSUNIVERSITÄT SEIT 2015

Ihr Universitätsklinikum Schleswig-Holstein braucht Sie campusübergreifend in Kiel und Lübeck:

### Fachärztin/Facharzt für Anästhesiologie, Innere Medizin, Chirurgie oder Allgemeinmedizin

#### Institut für Rettungs- und Notfallmedizin (IRuN)

Das Institut für Rettungs- und Notfallmedizin/IRuN (Direktor: PD Dr. Jan-Thorsten Gräsner) koordiniert als campusübergreifende Einrichtung des Universitätsklinikums die Aus-, Fort- und Weiterbildung in notfallmedizinischen Themen und ist verantwortlich für das klinikinterne Qualitätsmanagement bei Notfallversorgungen. Darüber hinaus bietet das IRuN externe Schulungsprogramme für Rettungsdienstpersonal und Notärztinnen/Notärzte an. Über weitere – zum Teil drittmittelgeförderte – Projekte ist das IRuN sowohl in Schleswig-Holstein als auch national und international aktiv.

Auf ein Gespräch mit Ihnen über fachliche Details freut sich der Direktor des Instituts, Herr PD Dr. Jan-Thorsten Gräsner (Tel.: 0431 500-31551). Weitere Informationen zum Institut für Rettungs- und Notfallmedizin (IRuN) auch unter [www.uksh.de/notfallmedizin](http://www.uksh.de/notfallmedizin).

Wir freuen uns auf Ihre aussagefähige Bewerbung bis zum **31.01.2017**, bitte über unser Onlineformular. Die vollständige Ausschreibung (**Stichwort 20170985**) mit dem Link zum Formular finden Sie auf [www.uksh.de/karriere](http://www.uksh.de/karriere).

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
Dezernat Personal | Recruiting Center

**IQM** INITIATIVE QUALITÄTSMEDIZIN

**DIE DEUTSCHEN UNIVERSITÄTSKLINIKA**

**UNIVERSITÄT ZU LÜBECK**

**UNIVERSITÄT ZU KIEL**

## Stellengesuch

**FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe (43)**  
langjährige Praxiserfahrung, sucht wegen Wohnortwechsel Anstellung, Job-Sharing, Praxisbeteiligung/-übernahme in Kiel/Umgebung.  
[zielkiel@ksl-oelmann.de](mailto:zielkiel@ksl-oelmann.de)

## Praxisabgabe

**Hausarztpraxis**  
im Norden Hamburgs zu 07/18 abzugeben.  
E-Mail : [b.lubetzki@t-online.de](mailto:b.lubetzki@t-online.de)

[www.atlas-verlag.de/kleinanzeigenmarkt](http://www.atlas-verlag.de/kleinanzeigenmarkt)

## Stellenanzeigen



Das **Helios Agnes Karll Krankenhaus in Bad Schwartau** ist ein Belegkrankenhaus mit zwölf Fachrichtungen und 100 aufgestellten Betten in sehr persönlicher Atmosphäre. Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt Belegärztinnen/-ärzte für folgende Fachgebiete:

- Anästhesie
- Allgemein- und Viszeralchirurgie
- Frauenheilkunde
- Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
- Innere Medizin
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Neurochirurgie
- Orthopädie & Unfallchirurgie
- Plastische & Ästhetische Chirurgie/Handchirurgie
- Schmerztherapie
- Urologie
- Zahnmedizin

Diese Ausschreibung erfolgt gemäß §103 VII SGB V und gilt auch für in Praxen angestellte Ärzte entsprechender Belegärzte. Falls ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande kommt, kann der Krankenträger mit einem nicht niedergelassenen geeigneten Arzt oder einem bei dem niedergelassenen Arzt angestellten, geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag abschließen. Dieser ermöglicht eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung.

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

**Helios Agnes Karll Krankenhaus Bad Schwartau**  
z. Hd. Herrn Johannes Grundmann – Geschäftsführung  
Am Hochkamp 21, 23611 Bad Schwartau  
Telefon: 0451 2007-151  
E-Mail: [johannes.grundmann@helios-gesundheit.de](mailto:johannes.grundmann@helios-gesundheit.de)

## Verschiedenes



**AMT**  
Abken Medizintechnik

**Wir wünschen Ihnen ...**

**... einen guten und erfolgreichen Start in das neue Jahr 2018!**

Auch im kommenden Jahr steht Ihnen das AMT-Team gerne mit Rat und Tat zur Seite!  
[www.amt-abken.de](http://www.amt-abken.de)

**PHILIPS SAMSUNG** **SIEMENS Healthineers**

AMT Abken Medizintechnik GmbH · Langenharmer Weg 219 · 22844 Norderstedt  
Tel. 040 - 180 10 282 · [info@amt-abken.de](mailto:info@amt-abken.de) · [www.amt-abken.de](http://www.amt-abken.de)

## Stellenanzeigen

## Kreis Stormarn

- so vielseitig wie Ihr Aufgabengebiet



Für den Bereitschaftsdienst nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz Schleswig-Holstein sucht Sie der Fachdienst Gesundheit des Kreises Stormarn auf Basis eines außertariflichen Arbeitsvertrages zum nächstmöglichen Termin als

## Arzt (m/w)

mit Nachweis mindestens 6-monatiger  
ärztlich-psychiatrischer Berufserfahrung,  
gültiger Fahrerlaubnis und eigenem Kfz.



Weitere Informationen finden  
Sie auf unserer Homepage  
[www.kreis-stormarn.de](http://www.kreis-stormarn.de).

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Kreis Stormarn • Der Landrat  
Fachdienst Personal

Mommsenstraße 13 • 23843 Bad Oldesloe

[personal@kreis-stormarn.de](mailto:personal@kreis-stormarn.de)  
[www.kreis-stormarn.de](http://www.kreis-stormarn.de)



## Kooperationen

## Hausärztl. Praxis südwestl.-SH/HH

sucht internist./allgemeinmed. Kollegen/in zur Kooperation  
in 2018. Zuschriften bitte unter Chiffre 2505/16721

Anästhesist niedergel.  
sucht Kooperation in  
Praxis oder Klinik  
HH + südl. S-H  
[traumdoktor@t-online.de](mailto:traumdoktor@t-online.de)

**E-Mail:**  
[kleinanzeigen-sh@atlas-verlag.de](mailto:kleinanzeigen-sh@atlas-verlag.de)

## Fachberater

Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen  
im Gesundheitswesen!

**Praxisrecht**  
Dr. Fürstenberg & Partner  
Hamburg · Berlin · Heidelberg

Insbesondere Beratung für

- Ärzte | Zahnärzte
- Apotheken
- Krankenhausträger
- Berufsverbände
- Sonstige Unternehmen im Gesundheitswesen

Vom **Arbeitsrecht bis zur Zulassung** - unsere Kanzlei steht für persönliche, individuelle und zielgerichtete Rechtsberatung und Vertretung. Erfahren Sie mehr über unser umfassendes Leistungsportfolio unter

[Praxisrecht.de](http://Praxisrecht.de)

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Hamburg

Rechtsanwälte & Fachanwälte für  
Medizinrecht | Steuerrecht

Lokstedter Steindamm 35 22529 Hamburg  
fon +49 (0) 40 - 2390876-0  
e-mail [hamburg@praxisrecht.de](mailto:hamburg@praxisrecht.de)

## Fachberater

Wirtschafts- und Steuerberatung  
für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH  
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

[mail@kanzleidelta.de](mailto:mail@kanzleidelta.de)  
[www.kanzleidelta.de](http://www.kanzleidelta.de)

Berater für Ärzte  
seit über 50 Jahren.

meditaxa®  
Group

RECHTSBERATUNG  
FÜR DIE HEILBERUFE

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

**DR. KLAUS KOSSEN**  
ANWALTSKANZLEI

Kurhausstraße 88 · 23795 Bad Segeberg  
Tel.: 04551/89930 · Fax 04551/899333  
E-Mail: [mail@kk-recht.de](mailto:mail@kk-recht.de)  
[www.kk-recht.de](http://www.kk-recht.de)

## KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

## IMPRESSUM



Herausgeber: Ärztekammer Schleswig-Holstein  
V. i. S. d. P.: Dr. Franz Joseph Bartmann

Die Redaktion gehört zur Abteilung Kommunikation der Ärztekammer  
Redaktion: Dirk Schnack (Ltg.), Sophia Mach  
Telefon 04551 803 272, -274

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:  
Dr. Franz Bartmann, Prof. Jörg Braun, Dr. Jutta von Campenhausen, Uwe Groenewold, Horst Kreussler, Dr. Hanka Lantzsch, Dr. Norbert Buhles, Martin Geist, Dr. Karl-Werner Ratschko, Antje Thiel

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

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

Anzeigenmarketing und -verwaltung:

atlas Verlag GmbH,  
Flößergasse 4, 81369 München  
Telefon 089 55 241 0  
Fax 089 55 241 244

Geschäftsführung: Christian Artopé  
Anzeigenleitung: Maxime Lichtenberger  
Telefon 089 55 241 246

Zurzeit ist die Anzeigenpreisliste  
Nr. 3/2018 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

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

## Info

**Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen gemäß § 103 Abs. 4 SGB V**

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat bisher Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt ausgeschrieben. Bitte beachten Sie, dass ab Januar 2018 diese Ausschreibungen ausschließlich auf der Homepage der KVSH [www.kvsh.de](http://www.kvsh.de) erscheinen werden. Der Grund für die neue Vorgehensweise ist die Beschleunigung der Ausschreibungsverfahren. Die Veröffentlichungen werden immer zum Monatsanfang mit einer Bewerbungsfrist bis zum Monatsende erfolgen.

### Ärztekammer Schleswig-Holstein

Bismarckallee 8-12  
23795 Bad Segeberg  
Telefon 04551 803 0  
Fax 04551 803 101  
info@aeksh.de  
www.aeksh.de

#### Vorstand

Dr. Franz Bartmann (Präsident)  
Dr. Henrik Herrmann (Vizepräsident)  
Dr. Gisa Andresen  
Dr. Svante Gehring  
Petra Imme  
Dr. Thomas Schang  
Dr. Christian Sellschopp  
Telefon 04551 803 206  
Fax 04551 803 201  
vorstand@aeksh.de

#### Geschäftsführung

Dr. Carsten Leffmann  
(Ärztl. Geschäftsführer)  
Telefon 04551 803 206  
Fax 04551 803 201  
Karsten Brandstetter  
(Kaufm. Geschäftsführer)  
Telefon 04551 803 206  
Fax 04551 803 201  
sekretariat@aeksh.de

#### Ärztliche Weiterbildung

Leitung: Manuela Brammer  
Telefon 04551 803 652  
Fax 04551 803 651  
weiterbildung@aeksh.de

#### Rechtsabteilung

Leitung: Carsten Heppner (Justiziar)  
Telefon 04551 803 402  
Fax 04551 803 401  
rechtsabteilung@aeksh.de

#### Qualitätsmanagement

Leitung: Dr. Uta Kunze  
Telefon 04551 803 302  
Fax 04551 803 301  
qm@aeksh.de

#### Ärztliche Fortbildung und Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung

Leitung: Helga Pecnik  
Telefon 04551 803 752  
Fax 04551 803 751  
akademie@aeksh.de

#### Medizinische Fachberufe und Edmund-Christiani-Seminar

Leitung: Cornelia Mozer  
Telefon 04551 803 702  
Fax 04551 803 701  
ecs@aeksh.de

#### Hauswirtschaft und Gästehaus

Leitung: Helena Willhöft  
Telefon 04551 803 802  
Fax 04551 803 801  
gaestehaus@aeksh.de

### Ärztliche Angelegenheiten

Leitung: Dr. Uta Kunze  
Telefon 04551 803 302  
Fax 04551 803 301  
uta.kunze@aeksh.de

### Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Leitender Redakteur: Dirk Schnack  
Telefon 04551 803 272  
Fax 04551 803 271  
aerzteblatt@aeksh.de

### Mitgliederverzeichnis/Ärzttestatistik

Leitung: Yvonne Rieb,  
Christine Gardner  
Telefon 04551 803 456, 04551 803 452  
Fax 04551 803 451  
mitglied@aeksh.de

### Finanzbuchhaltung

Leitung: Kay Petruske  
Telefon 04551 803 552  
Fax 04551 803 551  
buchhaltung@aeksh.de

### IT-Abteilung

Leitung: Michael Stramm  
Telefon 04551 803 602  
Fax 04551 803 601  
it@aeksh.de

### Personalabteilung

Leitung: Tobias Köpke  
Telefon 04551 803 152  
Fax 04551 803 151  
personal@aeksh.de

### Facility Management

Leitung: Helge Timmermann  
Telefon 04551 803 502  
Fax 04551 803 501  
facility@aeksh.de

### Strahlenschutz/Ärztliche Stellen

Cornelia Uberr, Gabriele Kautz-Clasen  
Telefon 04551 803 304, 04551 803 303  
Fax 04551 803 301  
aerztliche-stelle@aeksh.de

### Krebsregister Schleswig-Holstein

Vertrauensstelle  
Leitung: Mirja Wendelken  
Telefon 04551 803 852  
krebregister-sh@aeksh.de

Versorgungseinrichtung der  
Ärztekammer Schleswig-Holstein  
Bismarckallee 14-16, 23795 Bad Segeberg  
www.veaeksh.de

### Geschäftsführung

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

## Fachberater

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



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

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



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

## Kanzlei für **Medizinrecht**

### Wir beraten Ärzte

Rechtsanwälte  
Barth u. Dischinger  
Kanzlei für Medizinrecht  
Partnerschaft

**RA Hans Barth**  
Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtener Straße 94  
24105 Kiel  
Tel.: 0431-564433

**RA Jan Dischinger**  
Fachanwalt f. Medizinrecht

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

**RAIn Sabine Barth**  
Fachanwältin f. Familienrecht

info @ medrechtpartner.de  
www. medrechtpartner.de

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

# estimed

bewerten.bewegen

- Praxiswertgutachten
- Gutachten im Zugewinnausgleich
- Mediation Berufsausübungsgemeinschaft
- Begleitung bei Praxisverkauf / Praxisverkauf

### Horst Stingl

von der IHK zu Kiel öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für die Bewertung von Unternehmen im Gesundheitswesen, Betriebsanalysen und Betriebsunterbrechungsschäden

**Am Dörpsdiek 2**  
**24109 Kiel/Melsdorf**  
**Tel. 043 40 / 40 70 60**  
**Lokstedter Steindamm 35**  
**22529 Hamburg**  
**Tel. 040 / 23 90 876 55**  
**beratung@estimed.de**

[www.estimed.de](http://www.estimed.de)



## Rohwer & Gut

Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft



**Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe**

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

Partnerschaftsgesellschaft mbB

Richard-Wagner-Straße 6  
23556 Lübeck  
Tel.: 0451-48414-0  
Fax: 0451-48414-44

Holtener Straße 94  
24105 Kiel  
Tel.: 0431/564430

[www.rohwer-gut.de](http://www.rohwer-gut.de)  
info@rohwer-gut.de

# SCHLESWIG-HOLSTEINS BESTER STELLENMARKT FÜR ÄRZTE



Das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt informiert elfmal im Jahr über zentrale Themen aus dem Gesundheitswesen zwischen Nord- und Ostsee. Das Mitgliedermagazin der Ärztekammer Schleswig-Holstein erreicht neben den Ärzten auch viele Entscheidungsträger aus dem Gesundheitswesen.

**Kontakt:** Maxime Lichtenberger, 089 55241-246, maxime.lichtenberger@atlas-verlag.de

**atlas**  
Verlag GmbH



**Die PVS**<sup>®</sup>

Schleswig-Holstein · Hamburg  
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung  
[www.pvs-se.de](http://www.pvs-se.de) | [info@pvs-se.de](mailto:info@pvs-se.de)

Dr. med. Karl Freyer, HNO-Heilkunde, Bargtheide

Privatabrechnung mit der PVS:  
Schnell, unkompliziert, seriös - einfach 1. Klasse.

