



Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Nr. 1

Januar 2019
Bad Segeberg
72. Jahrgang

Herausgegeben von
der Ärztekammer
Schleswig-Holstein

Lebend spenden

in Schleswig-Holstein: Hiermit beschäftigt sich eine berufsübergreifend besetzte Kommission seit 19 Jahren. Welche Erfahrungen sie mit den insgesamt 529 eingereichten Fällen gesammelt hat und welche Korrekturen sie anregt, lesen Sie ab

► SEITE 28



PSYCHIATRIEN

THEMEN

12

Share to care:
UKSH und
Hirschhausen

14

Hamburg findet
Nachfolger für
Montgomery

18

Gesundheits-
mobil in Lübeck
sucht Freiwillige

21

Eutiner Ärzte
werben für
Notfalldose

22

Versorgungswerk:
Neue Satzung

Frühere Heimkinder machen ihr Leiden öffentlich

Symposium im Kieler Landtag sorgt für Betroffenheit bei Politikern. Bemühen um Unterstützung. Auch Ärzte waren beteiligt. Mahnung für heutige Generation.

Ein bis vor wenigen Jahren weitgehend verdrängtes Thema hat in Schleswig-Holstein den Landtag erreicht. Im Dezember berichteten Betroffene im Kieler Landeshaus, wie sie als Kinder und Jugendliche in stationären psychiatrischen Einrichtungen misshandelt wurden. Ihre Schilderungen über Gewalt, Erniedrigung und Medikamentenversuche schockierten die Abgeordneten des Landtages und die Mitglieder des Sozialausschusses. Auch Sozialminister Dr. rer. pol. Heiner Garg zeigte sich nach den Berichten betroffen und bewegt. „Es wurde deutlich, wie viel Kraft und Überwindung es auch nach 40 Jah-

ren kostet, über die Übergriffe zu sprechen“, sagte Garg.

Für Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, stellen sich vor allem zwei Fragen: „Wie konnte das passieren und wie können wir es verhindern?“ Er stellt klar, dass Medikamentenversuche auch damals – die Berichte beziehen sich auf Vorfälle bis in die 1970er Jahre hinein – nicht mit der berufsständischen Ethik vereinbar waren. Dass heute über die Geschehnisse von damals gesprochen wird, hält er als Mahnung für heutige Mediziner für wichtig.

Für die Betroffenen war das Symposium im Kieler Landeshaus in ers-

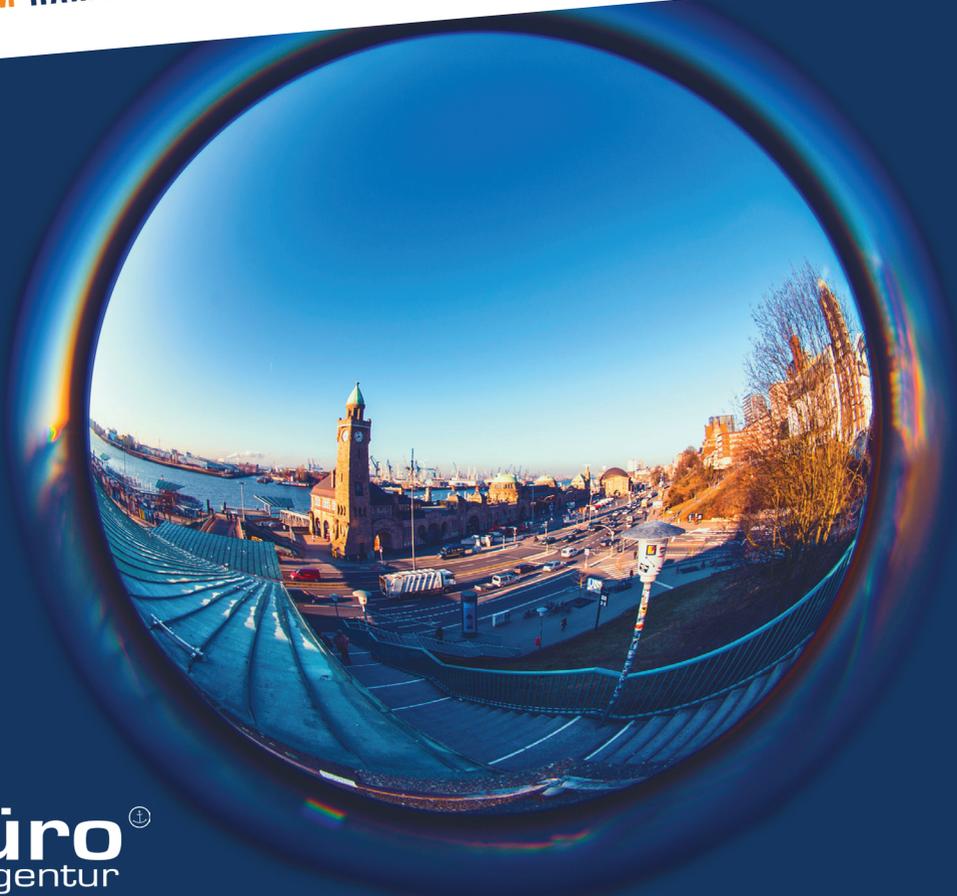
ter Linie wichtig, damit ihre Leidenszeit öffentlich wahrgenommen und das Ausmaß der Folgen für sie persönlich – Traumata, körperliche Schäden, verbauten Zukunftschancen – deutlich wird.

Garg setzte sich deshalb auf der Sozialministerkonferenz der Bundesländer dafür ein, dass die Anträge von Betroffenen bei der „Stiftung Anerkennung und Hilfe“ längere Fristen erhalten und sich auch auf die Zeit über 1975 hinaus beziehen können. Denn inzwischen gibt es Hinweise, dass es auch nach dem Umbruch in der Psychiatrie Mitte der 1970er Jahre noch Leid und Unrecht in einigen Einrichtungen gab.

► WEITER AUF SEITE 6



MIT EINER ANZEIGE ALLE ÄRZTE IM NORDEN ERREICHEN. KONTAKTIEREN SIE UNS FÜR EINE ANZEIGE, DIE IM HAMBURGER UND IM SCHLESWIG-HOLSTEINISCHEN ÄRZTEBLATT ERSCHEINT.



Fotos: axelhueckert / photorase.de - Floku / photorase.de

elbbüro [Ⓢ]
anzeigenagentur

Bismarckstr. 2 | 20259 Hamburg | fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | info@elbbuero.com | www.elbbuero.com

Nicht vorstellbar, aber...

Im Kieler Landtag finden viele Sitzungen statt, Ende November aber eine ganz besondere: Ehemalige Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig kamen zu Wort, die als Patienten in den 50-er bis 70-er Jahren unfreiwillig an Medikamentenversuchen teilnahmen. Erst vor zwei Jahren erfolgte die Aufdeckung und die notwendige Aufarbeitung des Geschehenen. Die Betroffenheit heute ist sehr groß, nicht vorstellbar, wie das passieren konnte.

Szenenwechsel nach Berlin, Anfang November: Erinnerungssteine an verfolgte jüdische Ärztinnen und Ärzte vor der Bundesärztekammer werden eingeweiht, eine Ausstellung dazu eröffnet. Die Anteilnahme ist sehr groß, nicht vorstellbar, wie das passieren konnte. Auch wir mit unseren hohen ethischen Prinzipien, mit der Grundüberzeugung des Helfens und Heilens und des Nicht-Schadens müssen erkennen, dass wir verführbar sind und von unserem Weg abkommen können. Kann uns das auch jetzt passieren?

Die Mechanismen sind subtiler, doch sie sind vorhanden. Sind wir in unseren Entscheidungen immer frei und ungebunden, steht das Patientenwohl immer an erster Stelle?

Seien wir uns dieser Fragen immer bewusst als Richtschnur unseres ärztlichen Handelns, lernen wir aus der nicht zu vergessenden Vergangenheit und setzen wir uns für die Werte in der Medizin ein.

Freundliche Grüße
Ihr



Dr. Henrik Herrmann
PRÄSIDENT



„Steht das
Patientenwohl
immer an erster
Stelle?“

Inhalt

NACHRICHTEN	4
Rendsburger Klinik erhält Fördergeld für OP	4
Zahl der jugendlichen Komasaüfer nimmt wieder zu	4
Medizinprodukte werden stärker überwacht	5
HERACLES: Deutsch-dänisches Patient Empowerment	5
Kurznotiert	5
TITELTHEMA	6
Ehemalige Heimkinder berichten im Kieler Landtag über ihre Kindheit	6
GESUNDHEITSPOLITIK	10
Vorschau: Kongress Vernetzte Gesundheit	10
Share to Care in Kiel	12
Ärztammer Hamburg hat einen neuen Präsidenten	14
Parlamentarischer Abend der KVSH	15
Pflege zwischen Robotik und Menschlichkeit	16
Jens Spahn auf dem Bundesparteitag der CDU	17
LESERBRIEF	17
IM NORDEN	18
Das Lübecker Gesundheitsmobil sucht Freiwillige	18
Der schwierige Umgang mit Big Data	20
Eine Notfalldose kann in Ostholstein Leben retten	21
Das Versorgungswerk stellt sich neu auf	22
MEDIZIN & WISSENSCHAFT	26
Rückstand bei der Genomsequenzierung	26
Erfahrungsbericht der Lebendspendekommission S-H	28
PERSONALIA	32
RECHT	36
Schlichtungsfall	36
Fernbehandlung: Tagung in der Bucerus Law School	37
Serie: Ärztliche Sachverständige	38
FORTBILDUNGEN/AKADEMIE	40
Termine	40
Pädiatrische Fortbildung in Bad Segeberg	42
ANZEIGEN	43
TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50

Imland Klinik Rendsburg kann OP erneuern

Zehn neue Operationssäle sollen in der Imland Klinik in Rendsburg künftig die bestehenden neun ersetzen. Kurz vor Weihnachten überreichte Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg einen Fördermittelbescheid in Höhe von 22,4 Millionen Euro in Rendsburg.

Im Neubau sollen die Räume funktionaler angeordnet und die bisher an verschiedenen Orten in der Klinik verteilten Aufwächerräume zu einem zentralen Aufwachraum mit 24 Plätzen zusammengefasst werden. Außerdem ist eine Zentralsterilisation für OP-Instrumente auf dem neuesten Stand geplant. Die neuen OP-Säle werden mit 42 Quadratmetern deutlich größer sein als die bisherigen. „Bei großen operativen Eingriffen wird viel Platz für die umfangreiche Geräteausstattung benötigt“, nannte Prof. Andreas Stark, Sprecher des Zentrums für operative Medizin an der Klinik, einen Grund für die Vergrößerung.

Wie wichtig die Baumaßnahme für Imland ist, zeigt das Jahr der Inbetriebnahme der bestehenden OP-Einheit: 1979. Das Krankenhaus sprach in Zusammenhang mit dem Fördermittelbescheid auch von einem „lang ersehnten Befreiungsschlag“. Bei mehr als 6.000 stationären und ambulanten Operationen pro Jahr wird nach Fertigstellung mit einer deutlichen Entlastung gerechnet.

„Kürzere Wege für die Fachkräfte und insgesamt deutlich verbesserte Arbeitsbedingungen“, verspricht sich das Gesundheitsministerium von dem Neubau. Garg erwartet, dass der OP-Bereich der Imland Klinik „für die kommenden Jahre hervorragend aufgestellt sein“ wird. Er sprach von einem „wichtigen Zukunftssignal für die Region“, wenn Klinikträger und Landesregierung gemeinsam in die Versorgung investieren. (PM/RED)

Zahl der jugendlichen Komatrinker steigt



um vier Prozent an. Bei Mädchen und jungen Frauen gab es einen leichten Anstieg von 1,8 Prozent. Den größten prozentualen Anstieg (20 Prozent) gab es bei den zehn bis unter 15-jährigen Jungen. In dieser Altersgruppe kamen 2017 insgesamt 29 Rauschtrinker in die Klinik, fünf Kinder mehr als im Vorjahr. Im Langzeitvergleich zum Jahr 2006 stieg die Zahl der jugendlichen Komasaüfer um 22 Prozent.

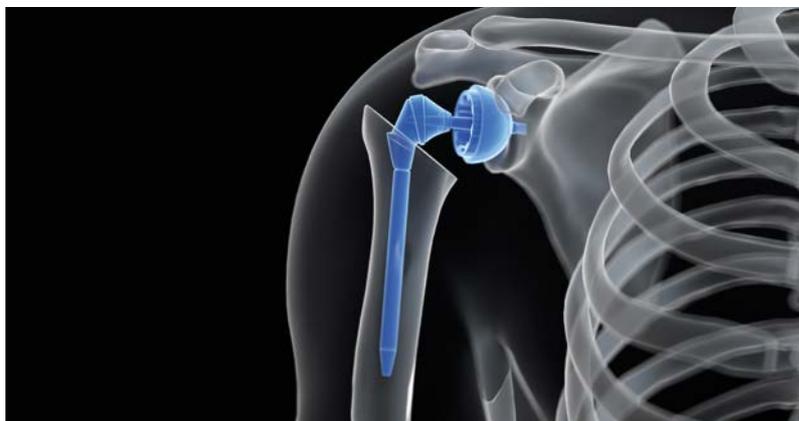
„Die negative Entwicklung zeigt uns, dass wir den Weg der Alkoholprävention konsequent fortsetzen müssen. Ich hoffe, dass wir diesem Trend mit unserer vorausschauenden Präventionsarbeit entgegenwirken können“, sagte Cord-Eric Lubinski, Leiter der DAK-Landesvertretung in Schleswig-Holstein. Er spielte damit auf die Aufklärungskampagne „bunt statt blau“, an, mit der die Ersatzkasse erneut Schüler dazu aufruft, mit Plakaten kreative Botschaften gegen das Rauschtrinken zu entwickeln.

Schirmherr der Aktion in Schleswig-Holstein ist Landesgesundheitsminister Dr. Heiner Garg. „Kinder und Jugendliche müssen so gestärkt werden, dass sie selbst erkennen, dass sinnloses Betrinken weder cool noch schlau ist. Dabei haben in erster Linie Eltern, Freunde und das Umfeld von jungen Menschen eine Vorbildfunktion“, sagte Garg. Rauschtrinken löse keine Probleme, sondern schaffe sie – dies vermittele der Wettbewerb. (PM/RED)

In Schleswig-Holstein ist die Zahl jugendlicher Komatrinker wieder gestiegen. Im Jahr 2017 kamen laut DAK-Gesundheit 681 Kinder und Jugendliche mit einer Alkoholvergiftung ins Krankenhaus. Damit stieg die Zahl der Betroffenen im Vergleich zu 2016 um drei Prozent.

Im vergangenen Jahr landeten nach Angaben der DAK Gesundheit 391 Jungen und 290 Mädchen aus Schleswig-Holstein im Alter zwischen zehn und 20 Jahren nach Alkoholmissbrauch in der Klinik. Das waren 20 mehr als im Jahr zuvor. Die Zahl der männlichen Betroffenen stieg im Vergleich zum Vorjahr

Stärkere Überwachung von Medizinprodukten



Die Medizinprodukteüberwachung in Schleswig-Holstein wird intensiviert. Das Land hat die Voraussetzung dafür geschaffen, dass 14 neue Stellen in dem Bereich geschaffen werden können. Derzeit sind umgerechnet rund zwölf vollzeitäquivalente Stellen beim zuständigen Landesamt für soziale Dienste besetzt.

Der Entscheidung waren Berichte in Medien über in Einzelfällen minderwertige Implantate vorausgegangen. Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg sprach in diesem Zusammenhang von einer Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Qualität von Medizinprodukten und die Standards der Medizinprodukteüberwachung.

Andere Politiker im Landtag äußerten sich deutlicher. Die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen im Landtag, Dr. Marret Bohn, nannte die Berichte „schockierend“, sie sieht darin einen „klaren Handlungsauftrag an die Poli-

itik“. „Die Zulassung und Überwachung von Medizinprodukten, wie sie heute abläuft, ist viel zu lasch. Bisher werden Medizinprodukte nicht besser überprüft als ein Föhn. Das ist unfassbar“, sagte die Ärztin. Die Grünen forderten ein neues, unabhängiges Prüfverfahren für Medizinprodukte mit dem Standard, der bei Medikamenten gilt. Weitere Forderungen waren eine neue staatliche Behörde für die Zulassung und Kontrolle von Medizinprodukten, eine verpflichtende Haftpflichtversicherung für Herstellerfirmen, ein verpflichtendes Register für Implantate, Prothesen und andere Medizinprodukte sowie Transparenz über die Qualität von Medizinprodukten und unabhängige Informationen für Ärzte.

Eine 2017 verabschiedete EU-Verordnung sieht bereits eine Reihe von strengeren Verfahren vor, u.a. sind dort unangekündigte Audits bei Herstellerfirmen enthalten. (PM/RED)

Deutsch-dänisches Patient Empowerment

Was bedeutet eine offene, ernsthafte Kommunikation zwischen Arzt und Patient, und welche Voraussetzungen müssen dafür erfüllt werden? Wie kann ein Patient in die Lage versetzt werden, an seiner Behandlung gleichberechtigt und informiert mitzuarbeiten?

Diesen Fragen widmet sich das deutsch-dänische, EU-geförderte Interreg 5A Projekt HERACLES in den nächsten drei Förderjahren. HERACLES steht für „HEalth-RElated Communication and Lasting Empowerment Support“ (www.heracles.care). Zum Start des Projekts, mit der Urologie und Kinderurologie des Kieler UKSH als Leadpartner, kamen Vertreter unterschiedlicher Institutionen von beiden

Seiten der Grenze, u.a. die Ärztekammer Schleswig-Holstein. In Workshops wurden Ideen, Sichtweisen und Erfahrungen für eine verbesserte Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patienten ausgetauscht.

Die stärkere Mit- und Eigenbestimmung von Patienten soll laut Projektinitiatoren zu einer effektiveren Behandlung und zu einem konkreten wirtschaftlichen Nutzen für die Allgemeinheit führen. Effekte könnten u.a. die Einsparung überflüssiger Diagnostik, Früherkennung durch self-monitoring, Vermeidung von Folgeerkrankungen, die effektive Ausnutzung der Arzt-Arbeitszeit und eine höhere Zufriedenheit des medizinischen Personals sein. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

Neue Anzeigenagentur startet

Die Anzeigenagentur Elbbüro in Hamburg kümmert sich seit Jahresbeginn um die Anzeigen im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Stefanie Hoffmann, Inhaberin von Elbbüro, vermarktet wie berichtet seit fünf Jahren erfolgreich das Hamburger Ärzteblatt und ist ab 2019 für die Publikationen beider Körperschaften tätig. Der neue Dienstleister des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes ermöglicht es Anzeigenkunden, mit einer Schaltung in beiden Ärzteblättern rund 33.000 Ärztinnen und Ärzte in ganz Schleswig-Holstein und Hamburg zu erreichen. Anzeigenschluss für die Februarausgabe ist der 20. Januar. Hoffmann und ihre Mitarbeiter sind unter Telefon 040 3348 5711, Fax 040 3348 5714 oder per E-Mail info@elbbuero.com zu erreichen. Die Adresse lautet Bismarckstr. 2, 20259 Hamburg. (RED)

Ärztegenossenschaft kritisiert KBV

Die Haltung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Praxisnetzen im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die Möglichkeit zur MVZ-Gründung zu verwehren, ist bei der Ärztegenossenschaft Nord auf Unverständnis gestoßen. Dr. Svante Gehring, erster



Dr. Svante Gehring

Sprecher der ÄG Nord und Vorstandsmitglied der Ärztekammer, hält die Begründung, Praxisnetze vor unternehmerischen Interessen schützen zu wollen, für fadenscheinig. „Niedergelassene Ärzte müssen ihre Praxen und Praxisnetze wie Unternehmen führen, um in einem liberalisierten Gesundheitsmarkt wettbewerbsfähig zu sein“, sagte Gehring. Er forderte, den „laufenden Ausverkauf von Praxen und MVZ an Klinikketten und Kapitalinteressen“ aufzuhalten und Gemeinschaften von niedergelassenen Ärzten in die Lage zu versetzen, MVZ zu gründen. Dass ausgerechnet die eigene Körperschaft dies zu verhindern versuche, stoße bei vielen Praxisnetzen auch bundesweit auf großes Unverständnis. (PM/RED)

Zulauf für Notdienst in Flensburg

Die personelle Lage im Flensburger Notdienstbezirk hat sich nach zwischenzeitlicher Personalknappheit zum Jahresende deutlich entspannt. Nachdem die KV Schleswig-Holstein im Sommer mangels freiwilliger Ärzte eine Rückkehr zu verpflichtenden Dienstzeiten angekündigt hatte, haben sich inzwischen zahlreiche Kollegen für die Dienste in der Grenzstadt gemeldet. Nach Angaben von Schleswig-Holsteins KV-Chefin Dr. Monika Schliffke hatten sich bis Ende November bereits 190 Ärzte gemeldet, die freiwillig Dienste übernehmen wollten. In der ersten Jahreshälfte 2018 bestand der Freiwilligenpool wie berichtet nur noch aus 27 Ärzten, obwohl insgesamt 247 im Notdienstbezirk für die Dienste herangezogen werden könnten. Flankierend zum Aufruf und der Diskussion um eine Rückkehr zu verpflichtenden Dienstzeiten hat die KV auch das Honorar für die Dienstzeiten angepasst. (PM/RED)

HEIMKINDER

„Sie waren eben einfach Bestien“

Symposium im Kieler Landeshaus: Ehemalige Heimkinder berichten über Gewalt und Medikamententests. Betroffene verlangen Unterstützung. Studie zur Aufarbeitung der Geschehnisse geplant.

Der kleine Günter war ein neugieriges Kind, das gern lernte und am liebsten draußen an der frischen Luft war, so erinnert sich der heute 59-jährige Günter Wulf an sein früheres Ich. Doch in den Augen des Personals der Vorwerker Diakonie in Lübeck war der Knirps aggressiv, wollte sich nicht unterordnen und musste darum mit kalten Bädern und Zwangsjacke ruhiggestellt werden. „Dabei hätte ich nur etwas Ruhe und eine Bezugsperson gebraucht“, sagt Wulf, der bereits als Kleinkind in die Einrichtung gesteckt wurde und bis zu seinem 18. Lebensjahr in psychiatrischen Heimen lebte. Darunter als längste Station in der Jugendpsychiatrie auf dem Hesterberg in Schleswig, in die Wulf 1969 eingewiesen wurde. Damals war er neun Jahre alt. Es war der Beginn einer Leidenszeit mit Hunger, Brutalität und „absoluter Lieblosigkeit“, berichtet er heute und fragt: „Warum behandelt man kleine Kinder wie Verbrecher?“

Um sein und andere Schicksale ehemaliger Patienten, die in den Nachkriegsjahren und bis in die 70er Jahre hinein ihre Kindheit in psychiatrischen Einrichtungen oder Heimen der Behindertenhilfe verbrachten, ging es bei einem Symposium im Kieler Landtag, zu dem der Sozialausschuss eingeladen hatte. Alle Betroffenen erzählen von Schlägen, Festbinden oder tagelanger Haft in düsteren „Bunkern“ oder „Besinnungsstübchen“, von drangvoll engen Schlafsälen, von harter Arbeit ohne Zeit für Spielen oder Schulbesuche. Sogar an Todesfälle, die das brutale oder gleichgültige Personal verschuldete oder zumindest nicht verhinderte, erinnern sich einige der Betroffenen. Und immer wieder berichten sie von ärztlichen Behandlungen, darunter Elektroschocks ohne Betäubung, und von Medikamenten. Selten wissen die ehemaligen Heimkinder, was ihnen verabreicht wurde und ob die Pillen ihnen helfen sollten oder an ihnen getestet wurden. Einig sind sich Frauen und Männer, die im Plenar-



„Ich kam in die geschlossene Abteilung, wurde gleich am ersten Tag in die Zwangsjacke gesteckt und erhielt heftige Medikamente.“

GÜNTER WULF

saal des Kieler Parlaments das Wort ergreifen: Der Aufenthalt in der Psychiatrie habe ihr Leben nachhaltig geprägt, die Gesundheit angegriffen und Chancen auf Bildung und Karriere verdorben.

So ging es auch Günter Wulf, dessen Vortrag der ausführlichste des Symposiums war – und sicher der, der für die Menschen im Saal am schwersten zu ertragen war. Viele Zuhörer, darunter Mitglieder des Sozialausschusses und Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP), kämpften mit den Tränen und fanden hinterher kaum Worte, um das Gesagte zu würdigen.

4/470

lautete der Zahlenschlüssel von Ärzten zu Schülern in den 50er Jahren in Einrichtungen wie auf dem Hesterberg in Schleswig.



Günter Wulf und Elsa Nicklas-Beck bei der Diskussion. Die Betroffenen berichteten eindringlich von ihren Erfahrungen als Kind in psychiatrischen Heimen.

Nach einer kurzen Schulzeit erhielt der Achtjährige das Prädikat „bildungsunfähig“, offenbar war er zu „unruhig“ für die Klasse gewesen. Mit neun Jahren wurde der Junge zum Hesterberg geschickt, die Abteilung für Kinder und Jugendliche des Landeskrankenhauses für psychisch Kranke in Schleswig: „Ich kam dort in die geschlossene Abteilung, wurde gleich

am ersten Tag in die Zwangsjacke gesteckt und erhielt heftige Medikamente“, berichtet Wulf. „Ich lallte nur noch.“ Jeden Tag gab es Tropfen und Tabletten, die zu Speichelfluss und Krämpfen in der Zunge führten. „Manchmal kippte ich um, weil ich kein Gefühl im Fuß hatte“, so Wulf. Er erinnert sich auch, dass ein Arzt häufig aufwendige Untersuchungen machte, um sein Blutbild zu kontrollieren. „Könnte ich unter den Probanden für Medikamententests gewesen sein?“, fragt Wulf sich heute.

Dass es Tests gab, ist durch zahlreiche Quellen belegt. Seit einigen Jahren berichten Medien über diese Fälle. Und die Pharmakologin Sylvia Wagner aus Krefeld hat für ihre Doktorarbeit Archive und historische Fachzeitschriften ausgewertet und Hinweise auf entsprechende Testreihen gefunden. Es gab die Fälle bundesweit, auch in Schleswig-Holstein. So ließ etwa ein Pharmakonzern ein neues Neuroleptikum an Kindern in einem katholischen Heim in Essen testen, zitierte die „Zeit“ aus Wagners Arbeit.

Für Schleswig-Holstein soll nun eine eigene, genauere Studie erstellt werden. Die Federführung liegt bei Prof. Cornelius Borck, Direktor des Instituts für Medizingeschichte an der Universität Lübeck, der gemeinsam mit Christof Beyer, Kulturwissenschaftler und Mitarbeiter des Instituts, das Projekt vorstellte. Das Team steht mit seiner Forschung noch am Anfang, in zwei Jahren sollen Ergebnisse vorliegen. Neben den Berichten der Zeitzeugen, also damaliger Heimkinder, die in einem Zeugen-Seminar zu Wort kommen sollen, hoffen Borck und seine Kollegen, in Archiven auf Akten, alte Festschriften oder Berichte zu stoßen, die sie auf die Spuren der Tests bringen. Unter anderem könnten Standesblätter eine wichtige Quelle sein, in der Mediziner über ihre Tests berichtet haben könnten.

Denn Unrechtsbewusstsein, gar Schuldgefühle, gab es offenbar bei den damals Beteiligten nicht. Auch die Gründe dafür und den rechtlichen wie gesellschaftlichen Rahmen, in dem sich die Tests abspielten, will das Forschungsteam erhellen, „was für uns heute nicht mehr vorstellbar ist“, so Borck.

Er erinnerte an die großen Umwälzungen, die in den 1960er und 70er Jahren die bis dahin gültigen Regeln in der Gesellschaft und auch in der Psychiatrie auf den Kopf stellten. Auch der Zeitfaktor spielte eine Rolle: Erst nach und nach verschwanden die Ärzte, die in der NS-Zeit ausgebildet wurden oder schon damals eine unbarmherzige Rolle spielten. Als Beispiel nannte Beyer den Arzt Hans Heinze, der für Medikamententests verantwortlich und während des Krieges bereits aktiv an der Euthanasie von Psychiatriepatienten beteiligt war.



Eine besondere Diskussion im Landtag: Oben mit Moderator Günther Jesumann (rechts im Bild, Sozialminister Dr. Heiner Garg in der Mitte). Rechtes Bild: Eckhard Kowalke, Vorsitzender des Vereins ehemaliger Heimkinder.

„Unsere Arbeit hat keinen Einfluss auf Entschädigungen oder Hilfen für Betroffene“, betonte Borck. Der Auftrag laute, Art und Umfang der Geschehnisse sichtbar und damit das Leid öffentlich zu machen. Auf eine Frage aus dem Publikum nach der juristischen Schuldfrage sagte er: „Die Psychiatrie war auch damals kein rechtsfreier Raum.“ Aber es müsse untersucht werden, wie das damalige Rechtsverständnis war. „Ein Problem ist, dass Proteste des Patienten als mangelnde Einsicht und damit als Zeichen der psychischen Krankheit gesehen wurden.“

Dass dieser Satz bis in die heutige Zeit nichts an Bedeutung verloren hat, zeigen die Berichte der Zeitzeugen, etwa Franz Wagle, der jahrelang um Anerkennung als Opfer kämpfen musste (Interview Seite 9).

Welcher Geist und Umgang vor den Psychiatriereformen der 70er Jahre herrschte, berichtete die Historikerin Ulrike Winkler, die über Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Diakonie geforscht hat. Behinderte galten als „ewige Kinder“, die sich nicht in die Gesellschaft einfügen konnten, daher in Einrichtungen außerhalb untergebracht waren. Statt sie zu fördern, wurde Kindern nur beigebracht, was sie für den Alltag und die Arbeit im Heim brauchten; Kartoffeln schälen, putzen, Gartenarbeit. Das bestätigten Berichte ehemaliger Heimkinder: „Putzen habe ich gelernt“, berichtete die heute 82-jährige Barbara Kähler. Sie wurde bereits als Kind in eine Einrichtung eingewiesen und arbeitete 30 Jahre lang als Putz-



frau auf dem Gelände. Wenn sie Fehler machte, kam sie in den „Bunker“, wo sie auf einer Matratze auf dem Boden schlafen musste. Der Bunker bedeutete nicht nur Enge, Kälte und Dunkelheit, sondern auch den Verlust der letzten Würde. Denn es gab nicht einmal eine Toilette oder auch nur einen Eimer für die Notdurft.

Viele Tätigkeiten, zu denen Heiminsassen gezwungen wurden, waren schlicht nutzlos. So beschäftigten sie sich den ganzen Tag damit, Plättchen auf ein Spielbrett zu legen oder Holzstäbchen in eine Form zu stecken. Die Stärksten wurden als Pflegekräfte für die Schwächeren eingesetzt, inklusive Nachtwachen und Medikamentengabe. Auch diese Verhältnisse untereinander führten in den engen Mehrbettzimmern zu Gewalt und Missbrauch, wie Betroffene berichteten.

„Ich kann alle Aussagen zu Gewalt bestätigen“, sagt Winkler, die rund 120 Interviews mit ehemaligen Heimkindern geführt hat. Ein Auszug aus dem Katalog der Grausamkeiten: Schläge mit Dachlatten, Haare ziehen, Beschimpfungen. Bettnässer mussten ihre nasse Wäsche in den Händen halten. Es gibt bestätigte

Studie

Eine Studie unter Federführung des Direktors des Instituts für Medizingeschichte an der Universität Lübeck, Prof. Cornelius Borck, soll u. a. die Gründe und den rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmen der damaligen Medikamententests untersuchen. Ergebnisse werden in zwei Jahren erwartet.



Links: Die heute 82-jährige Barbara Kähler im Kieler Landtag. Als Kind kam sie in eine Einrichtung und musste dort 30 Jahre lang auf dem Gelände putzen. Sie schilderte, wie den Bewohnern ihre Würde genommen wurde.

Unten: Historikerin Ulrike Winkler: Menschen mit Behinderungen galten als „ewige Kinder“, die sich nicht in die Gesellschaft einfügen konnten, daher in Einrichtungen außerhalb untergebracht waren.



Berichte, wie Diakonissen „ein schwächliches Würmchen auf den Boden pressen. Eine hielt den Kopf fest, die andere schaufelte das Essen in den Mund. Was das Kind erbrach, wurde wieder hineingeschaufelt.“

Es war normal, Kinder einzusperrn und zu fesseln. Es gab Medikamente, um die Kinder ruhigzustellen, Gehirn-OPs, damit „das Benehmen besser wird“.

Prof. Renate Schepker, Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie aktiv, erklärte in Kiel, mit welcher Haltung die damaligen Ärzte sich ihren kleinen Patienten näherten: im Geist der NS-Zeit, der noch durch die Psychiatrie wehte. Die „Fehler“ wurden als angeboren und nicht beherrschbar angesehen. Zu viel Geld sollte die „Verwahrung“ der „Schwachsinnigen“ nicht kosten, das Budget betrug Ende der 50er Jahre sechs Mark pro Tag und

Kind. Zwei Lehrer kümmerten sich um 420 Kinder auf dem Hesterberg, heute betreut in ähnlichen Einrichtungen eine Lehrkraft sechs Kinder. Vier Ärzte waren für 470 Kinder zuständig. Statt Therapie gab es Medikamente, die noch gar nicht oder jedenfalls nicht für Kinder getestet waren: „Die Ärzte haben es einfach probiert“, sagte Schepker. „Als Ärztin finde ich das am schlimmsten.“

Wie konnte es damals passieren, und vor allem: „Könnte so etwas wieder passieren, und wie können wir es verhindern?“ Diese Frage stellt sich Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein (siehe auch Seite 3). Zwar seien erst Mitte der 60er Jahre klare Richtlinien für Tests erlassen worden, aber „mit der berufsständischen Ethik war es bereits vorher nicht vereinbar, Menschen Schaden zuzufügen und gegen ihren Willen Tests zu machen“. Es sei wichtig, die Erinnerung an die Geschehnisse im Bewusstsein zu behalten, sagt Herrmann, auch als Mahnung an heutige Mediziner. „Sicher wird es in dieser

Info

Die Stiftung „Anerkennung und Hilfe“ bietet ehemaligen Heimkindern an, sich an die Beratungsstelle zu wenden. Dort können sie sich aussprechen und erhalten Betreuung. Auch eine Zahlung ist möglich, allerdings ist die Summe auf maximal 14.000 Euro begrenzt. Davon sind 5.000 Euro als Entschädigung für entgangene Renteneinzahlungen gedacht, wenn Menschen lange ohne Bezahlung in den Einrichtungen gearbeitet haben. Die Konferenz der Sozialminister hat die Frist, in der Anträge gestellt werden dürfen, kurz nach dem Kieler Symposium verlängert.

Form nicht mehr vorkommen, dazu haben sich zum Glück die Psychiatrien zu stark gewandelt. Aber in subtilerer Form mag es durchaus zu der Frage kommen, ob eine bestimmte Behandlung wirklich dem Wohl des Patienten dient oder ob etwas getan oder unterlassen wird, weil ökonomische Interessen im Spiel sind.“

Auf die Frage nach dem Warum haben die Betroffenen eine schlichte Antwort: „Die Täter waren eben einfach Bestien“, so Günter Wulf. Die damaligen Ereignisse wirken bei ihm und den übrigen Betroffenen bis heute nach. Sei es durch Traumata und körperliche Folgeschäden, aber auch, weil die damals versagte Förderung den Heimkindern lebenslang Chancen verbaute, daran erinnert die Historikerin Winkler. So lernten einige Mädchen und Jungen statt des Alphabets nur eine verkürzte „Spurschrift“. Darunter litten besonders die Kinder, die nicht „schwachsinnig“ waren, sondern wegen „schlechten Betragens“ oder „Unruhe“ im Zwangssystem Heim steckten. Viele von denen, die den Schritt an die Öffentlichkeit wagen und auf der großen Bühne des Plenarsaals über ihr Leiden berichten, haben trotz der Jahre im Heim und geringer Förderung Berufe erlernt – offenkundig waren sie also trotz anderer Diagnosen in der Kindheit in der Lage dazu.

Seit einigen Jahren kümmert sich die Stiftung „Hilfe und Anerkennung“ um die Betroffenen, die dort eine Anlaufstelle haben. Im Fonds der Stiftung liegen 290 Millionen Euro, die unter anderem von den Kirchen eingezahlt wurden. Damalige Heimkinder können Geld zugesprochen bekommen (siehe Infoleiste).

Vielen ehemaligen Heimkindern reicht das nicht. Vor allem kritisieren sie,

dass im Beirat der Stiftung Vertreter von Kirche und Land, also der ehemaligen „Täterorganisationen“ sitzen und dass viele Betroffene heute weiter oder immer noch von diakonischen Einrichtungen betreut werden: „Das schafft nicht mal die Mafia, dass sie zweimal an den Leuten verdient“, so Eckhard Kowalke, Künstler aus Eckernförde und Vorsitzender des Vereins ehemaliger Heimkinder.

Diese Beschuldigungen trafen ihn, sagte Heiko Naß, Landespastor des Diakonischen Werks, in einer Veranstaltungspause. Inhaltlich kommentierte er den Vorwurf nicht: „Ich stelle nicht infrage, was Betroffene sagen.“ Doch die ehemaligen Heimkinder wollen Antworten und eine deutliche Entschuldigung.

„Die Uhr tickt“, sagt Franz Wagle, der Stellvertreter Kowalkes im Verein ehemaliger Heimkinder. „Bei mir rufen 80-Jährige an, die kein Dach über dem Kopf haben und denen es dreckig geht.“

Ein weiteres Problem des Anerkennungs-Fonds ist, dass viele der ehemaligen Heimkinder nichts von der Chance auf eine Entschädigung wissen, nicht die Kraft für das Antragsverfahren haben oder bereits verstorben sind. Und selbst wenn noch weitere Betroffene ihre Forderungen stellen, wird mutmaßlich Geld im Topf übrig bleiben. Elsa Nicklas-Beck, die als Betroffene im Beirat der Stiftung sitzt, schlug daher vor, das Geld nicht an die Kirchen zurückfließen zu lassen, sondern daraus einen Unterstützungsfonds zu machen, der den anerkannten Opfern von Heim-Gewalt hilft, wenn sie pflegebedürftig werden. Denn im Alter wieder in ein Heim zu müssen, sei nach der Leidensgeschichte in der Jugend schwer erträglich. Der Vorschlag war auch für die Politik neu, traf aber durchaus auf Zustimmung: „Darüber werden wir sprechen“, sagte Dr. Marret Bohn (Grüne), und Birte Pauls (SPD) stimmt zu: „Eine bedenkenswerte Idee.“

Außerdem war für die Abgeordneten klar, dass „der Weg der Aufarbeitung“ mit dem Symposium nicht vorbei sei, so Dennys Bornhöft (FDP). Werner Kalinka (CDU), Vorsitzender des

Sozialausschusses, mahnte zur geplanten Studie über die Medizintests an: „Ich will nicht nur hören, wie es zeithistorisch gesehen wurde, sondern wer die Verantwortung trägt.“ Er wolle allerdings keine falschen Erwartungen wecken: Die Rolle der Pharmafirmen sei vermutlich schwer zu erfassen, allein weil Unternehmen teilweise fusioniert hätten oder vom Markt verschwunden seien. Aber wenn es Tote durch Misshandlungen gegeben habe, sei das ein Fall für die Staatsanwaltschaft: „Deren Möglichkeiten sind größer.“ Und Mord, das war mehrfach zu hören, verjährt schließlich nicht.

Sozial- und Gesundheitsminister Garg betonte, dass es bei der Aufklärung der Fälle „nicht um den Schutz von Organisationen gehen darf, sondern es muss um die Opfer gehen“.

Aber wird tatsächlich etwas passieren? Eckhard Kowalke war froh, dass er und andere Betroffene im Plenarsaal des Landtags zu einem großen Publikum sprechen durften. Aber was die Zukunft angeht, ist der Künstler skeptisch: „Wir werden sehen, ob nun etwas folgt oder ob es bei Worthülsen bleibt“, sagte er.

Es wäre nicht das erste Mal, daran erinnerte Ursula Schele, die sich in der Diskussion zu Wort meldete: „Die Berichte gibt es seit 15 Jahren, sie liegen in den Schubladen“, sagte die ehemalige Ombudsfrau der Nordkirche für sexuellen Missbrauch. Sie war zurückgetreten, weil ihrer Meinung nach „die Opfer gegen Wände laufen“. „Dass man es ihnen hier zumutet, Zeugnis ablegen zu müssen, um etwas zu bewegen, macht sprachlos. Es gibt große Worte von Politik und Trägern, aber es fehlt immer noch ein Entschädigungsgesetz auf Bundesebene.“

Günter Wulf verlangte vor allem einen scharfen Blick auf heutige Einrichtungen: „Mein Hauptanliegen ist, dass die Kinder in Heimen, die Älteren in der Pflege und Menschen mit Behinderungen in ihren Einrichtungen menschenwürdig untergebracht sind.“

ESTHER GEISSLINGER

DAS SAGT EIN BETROFFENER:



Franz Wagle

Herr Wagle, Sie waren als Kind in Heimen, unter anderem im Hesterberg in Schleswig, und haben darüber beim Symposium im Landtag berichtet. Wie geht's Ihnen jetzt?
Franz Wagle: Das tat gut, da ist eine Last runtergeknallt. Ich schlafe wieder besser. Vorher ging mir viel im Kopf rum, vor allem, was ich sagen soll.

Sind Sie zufrieden mit Symposium?

Wagle: Naja. Eigentlich sollten wir Betroffene es mitgestalten, aber dann haben das die Damen von der Stiftung „Hilfe und Anerkennung“ gemacht, die wir kritisch sehen. Im Großen und Ganzen war es eine gute Veranstaltung. Nun liegt es an den Politikern, etwas zu machen. Labern können sie alle, aber wir wollen auch Ergebnisse.

Was fordern Sie genau?

Wagle: Anerkennung! Ich musste für jeden Kram vor Gericht; es war ein Kampf ohne Ende. Drei Jahre habe ich auf den Schwerbehindertenausweis gewartet, jetzt kriege ich auch Opferrente. Aber ich trau keiner Behörde mehr. Ich will, was mir zusteht, und die anderen Kollegen auch. Viele von uns leben auf der Straße oder hauen sich den Schädel mit Alkohol oder Drogen weg. Die Leute geben auf, weil die Bürokratie so verzwickt ist. Und die Kirche stellt sich hin und sagt, es sei alles verjährt.

Was ist Ihre Kritik an der Stiftung, die ja Anlaufstelle für Betroffene sein soll?

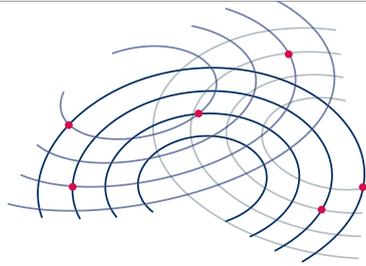
Wagle: Im Beirat sitzen Leute von Kirche und Staat, die Täterorganisationen. Die Beraterinnen haben selbst bei der Diakonie gearbeitet. Da bestimmen die Täter, wie sie mit den Opfern umgehen, das ist unverschämt. Landespastor Naß und seine Vorgängerin Petra Thobaben reden von Vergebung. Nein, wir vergeben nichts. Solange ich kann, werde ich die Fassade anpinkeln, und hoffe, dass sie zusammenbricht.

Haben Sie eine Botschaft an die Ärzteschaft?

Wagle: Es war eine Drecksau von Arzt, der mir Spritzen in den Rücken gerammt hat, da war ich sieben, acht Jahre alt. Davon träum ich heute noch. Oder wie wir im Gänsemarsch vom Paulihof zum Hesterberg gelaufen sind, wo wir Tabletten gekriegt haben. Viele haben gewusst, was in den Heimen abgeht, aber gesagt hat keiner was. Die damals beteiligten Ärzte sollen sich jedenfalls heute äußern. Und die Pharmaindustrie, wo ist die? Alle behaupten, sie hätten sich an die Gesetze gehalten, aber dann sind auch Koksdealer gesetzestreu.



Betroffenheit bei den Mitgliedern des Sozialausschusses: Werner Kalinka (CDU), Dr. Marret Bohn (Grüne), Jette Waldinger-Thiering (SSW), Dennys Bornhöft (FDP) und Birte Pauls (SPD) mit Moderator Günther Jesumann.



Vernetzte Gesundheit

... für alle!

Kiel, 16. und 17. Januar 2019

10
JAHRE

Eröffnungsveranstaltung „Vernetzte Gesundheit für alle“:

Alt, schwul, arm, Chroniker – wie gehen wir in unserem Gesundheitssystem mit vulnerablen gesellschaftlichen Gruppen um? Spiegelt sich diese Vielfalt in unserer Gesundheitsversorgung wieder?

Weitere spannende Themen:

- Hilft Diversitymanagement den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu begegnen? Wie Vielfalt die Personalkultur in Unternehmen modernisiert.
- Volkskrankheit Adipositas – strukturierte Behandlungsangebote in der Stadt und auf dem Land
- Patientenpfade und Patientenbeteiligung im Krankenhaus: Digitale Tools als Voraussetzung für Patientenempowerment
- Versorgung 4.0.: Neue Gesundheitsangebote für Menschen mit Handicap
- Perspektiven für ein Vergütungssystem zur sektorenübergreifenden Patientenversorgung
- Kommunale Verantwortung: Gesundheit für alle

Seien Sie dabei auf Norddeutschlands größter
Netzwerkplattform im Gesundheitswesen!

www.vernetzte-gesundheit.de

Was sind die größten Hürden für eine sektorenübergreifende Versorgung?

Markus Knöfler: Mit Blick auf das Herzogtum Lauenburg und Schleswig-Holstein sind es zunächst einmal Fragen von Organisation, Koordination und Informationsaustausch, die einer sektorenübergreifenden Versorgung im Weg stehen. Wir haben weder in unseren Praxen, den MVZ oder den Krankenhäusern, in der Pflege oder bei Therapeuten integrierte IT-Systeme, die durchgängige Informations- und Kommunikationsflüsse erlauben. Wir faxen, mailen, telefonieren und kommunizieren über diese Wege meist Versatzstücke.

Uns stehen natürlich auch die Vergütungssysteme, die ambulant wie stationär Fehlansätze setzen, im Wege. Und last, but not least machen es uns die unterschiedlichen Sozialgesetzbücher auch nicht einfacher.

Wer sind die Bremser?

Knöfler: Da könnte ich groß ausholen und Systemphilosophie betreiben. Es ist ein Problem, wenn Politik sich scheut, eine adäquate Patientensteuerung ins Gesetz zu schreiben. In keinem der oft als Vorbilder für Deutschland bemühten skandinavischen Länder darf ein Patient ohne jede Steuerung über die Inanspruchnahme des Systems entscheiden. Über 17 Arzttermine im Jahr ist doch ein dramatischer Befund. Oder nehmen Sie das Thema Krankenhausplanung: Ist es fair, die Häuser indirekt durch das Vergütungssystem in einen Mengenwettbewerb zu schicken? Es ist ja auch kein Geheimnis, dass im Gesundheitswesen angebotsinduzierte Nachfrage herrscht.

Aus der Mikroperspektive des Praxisnetzes bremst uns, dass Kostenträger keine Anreize für die Gestaltung regionaler Versorgung haben und die Angst vor dem Bundesversicherungsamt jeden innovativen Ansatz im Keim erstickt. Da hilft auch der Innovationsfonds nur ein wenig, ist er doch eine zeitlich sehr begrenzte wissenschaftliche Feldforschung mit massiven bürokratischen Hürden.

Kann es eine sektorenübergreifende Versorgung ohne einheitliches Vergütungssystem geben?

Knöfler: Ja, das kann es. Denn sektorenübergreifend heißt ja zunächst einmal, dass jeder das macht, was er am besten kann und alle gemeinsam die Gesundheitsziele für ihre Patienten zu erreichen versuchen. Das setzt aber voraus, dass wir den Mengenanreizen im System begegnen und den Gesundheitsnutzen in den Mittelpunkt der Betrachtungen stellen.

Was halten Sie von ersten Ansätzen wie den Hybrid-DRGs in Thüringen?

Knöfler: Hybrid-DRGs sind keine Lösung zur Verbesserung der Zusam-

KONGRESS

„Versorgung ist Teamleistung“

Interview zum Kongress Vernetzte Gesundheit: Markus Knöfler im Gespräch mit Dirk Schnack über sektorenübergreifende Kooperation.

menarbeit über Sektorengrenzen hinweg. Sie sind nur eine Pauschale, die das Krankenhaus dazu bringt, den ambulant erbrachten OP-Anteil zu vergrößern, damit es dennoch in der Gesamtsumme daran verdienen kann. De facto setzt aber auch das Anreize, bestimmte Patientengruppen eher nicht mehr aufzunehmen und dafür alle gut und einfach ambulant zu operierenden Patienten den niedergelassenen Kollegen abzunehmen.

Das ganze Thema hat mit sektorenübergreifend nichts zu tun. Hier soll das Verhältnis aus ambulanten und stationären OPs innerhalb eines Hauses gesteuert werden.

Welche Erfahrungen gibt es mit diesem Thema im Praxisnetz Lauenburg?

Knöfler: Im PNHL sind acht Krankenhäuser des Kreises und angrenzender Regionen Mitglied, zwei davon stellen Vorstände. Wir sind zumindest mit der Hälfte im ständigen Dialog und arbeiten an vielen Stellen an unseren Prozessen, insbesondere in der Überleitung, im Case Management und der Nachversorgung von Patienten. Die Krankenhäuser Ratzeburg und Reinbek haben KV Safe-Mail und KV SafeNet erfolgreich implementiert und stellen Informationen elektronisch zur Verfügung.

Wir wissen aber auch, dass wir in unserem Mikrokosmos das deutsche Gesundheitswesen nicht lenken werden, wir diskutieren also keine Vergütungssysteme. Wir arbeiten eher daran, durch Exzellenz und Innovation in der ambulanten Versorgung stationäre Behandlungsbedürftigkeit zu verringern. Wir müssen uns Gedanken darüber machen, wie wir zukünftig Leistungen der Koordination aller notwendigen Versorgungsebenen mit und für Patienten ausgestalten und finanzieren. Nehmen Sie unser Innovationsfonds-Projekt „RubiN“ (www.rubin-netzwerk.de), hier haben wir vier Case-Managerinnen, die gemeinsam mit den Patienten und den Versorgern teils auch präventiv arbeiten. Oberstes Ziel ist die Vermeidung stationärer Behandlungs- und Pflegebedürft-



Markus Knöfler ist Geschäftsführer der Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH in Mölln.

Info

Der Pre-Workshop zum Kieler Kongress beginnt am 16. Januar um 16.15 Uhr in der Halle 400. An der Podiumsdiskussion nehmen neben Markus Knöfler auch der frühere Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Dr. Franz Bartmann, der Direktor des Instituts für Community Medicine an der Universität Greifswald, Prof. Wolfgang Hoffmann, und der frühere Kasernenmanager und heutige Geschäftsführer des Instituts für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Prof. Herbert Rebscher, teil. Moderiert wird die gominütige Runde von Dr. h.c. Helmut Hildebrandt. Anschließend, um 17.45 Uhr, eröffnet Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg den Kongress.

tigkeit. Hier werden wir darüber sprechen müssen, dass ambulante Vergütung künftig nicht ausschließlich am niedergelassenen Arzt und seiner Qualifikation hängt. Versorgung wird zunehmend zur Teamleistung, da muss dann auch die Struktur- und Prozessqualität eines Teams, einer Region oder eines ganzen Netzes bewertet und vergütet werden. Auch und gerade vor dem Hintergrund knapper werdender Personalressourcen.

Was versprechen Sie sich vom Kongress, speziell von Ihrem Panel?

Knöfler: Ich freue mich zu sehen, dass in den letzten beiden Jahren die ambulanten und vernetzten Strukturen wieder mehr Raum auf dem Kongress erhalten. Ich bin der Meinung, dass wir es schaffen müssen, die Partikularinteressen der einzelnen Praxis oder Klinik so zu kanalisieren, dass wir den Patienten nutzen in den Mittelpunkt unseres Handelns stellen. Deshalb ist eine Diskussion zu Vergütungssystemen und deren Weiterentwicklung wichtig. Wie eingangs erwähnt, brauchen wir meines Erachtens deutlichere Impulse durch den Gesetzgeber. Hierfür ist der Kongress der richtige Rahmen.

Ich persönlich freue mich wieder über anregende Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen und wünsche mir, den ein oder anderen Netzmanager mehr auf dem Kongress zu treffen.

PILOTPROJEKT

Share to Care

Auftaktveranstaltung für ein neues Projekt am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel: Share to Care soll die gemeinsame Entscheidungsfindung stärken.



Revolution, Paradigmenwechsel, einzigartig: Die Wortwahl der Beteiligten von „Share to Care“, das am 18. Dezember in Kiel der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, ließ auf Großes schließen. Die hohe Fördersumme – der Gemeinsame Bundesausschuss fördert das Projekt über die Laufzeit von vier Jahren mit 14 Millionen Euro – zeigt, wie wichtig die Ziele von „Share to Care“ dem GBA sind. Und mit Dr. Eckart von Hirschhausen wurde ein medial omnipräsentes Zugpferd engagiert, das die breite Öffentlichkeit locken sollte.

Die Resonanz auf die Auftaktveranstaltung blieb dennoch überschaubar: Ein nur mäßig gefüllter Konzertsaal im Kieler Schloss und kaum Presse. Das ändert jedoch nichts an der Bedeutung des Projektes. Ziel ist es, Patienten stärker in Therapieentscheidungen einzubeziehen und damit Versorgungsverbesserungen zu erzielen. Dass dies notwendig ist, steht nicht nur für die Beteiligten außer Frage. Patienten, die die Auftaktveranstaltung besuchten, berichteten zum Teil von ihren negativen Erfahrungen im Gesundheitswesen. „Ohne Gesundheitscoach sind ältere Patienten verloren“, sagte eine Besucherin. „Mein Arzt hört nicht gut zu, ist schlecht vorbereitet und bezieht mich nicht ein“, lautete eine weitere Kritik. Mediziner von Hirschhausen hat beobachtet, dass dies keine Einzelmeinungen sind und dass sich viele Ärzte nicht so auf Patienten einstellen, wie diese es sich vorstellen. Und wenn sie dann auch noch mit selbstgesammelten Informationen kommen, stößt dies oft auf Ablehnung: „Informierte Patienten werden von uns Ärzten oft als lästig empfunden.“

„Informierte Patienten werden von Ärzten oft als lästig empfunden.“

DR. ECKART VON HIRSCHHAUSEN

Er sprach sogar von einem „Bruch der medizinischen Ethik“, seit die Anreize im Gesundheitssystem es finanziell belohnen, wenn möglichst viele Menschen operiert werden. „Wir müssen Menschen schützen vor übergreifiger Medizin“, lautete eine seiner zugespitzten Botschaften an diesem Abend. Und er stellte klar: „Wir sind nicht dafür da, damit die OP-Säle voll sind.“

Gelingen soll eine Umkehr mit besser informierten Patienten, die eine gemeinsame Entscheidungsfindung anstreben – das „Shared Decision Making“ (SDM). Wie das am besten umgesetzt werden kann, wird in den kommenden Jahren am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel erprobt. Maßgeblich mit verantwortlich dafür, dass ausgerechnet Kiel eine Vorreiterrolle einnimmt und der GBA sich für die Uniklinik entschied, ist Prof. Friedemann Geiger. Der Psychologe leitet das Sonderprojekt am UKSH. Er ist überzeugt, dass die gemeinsame Entscheidung von Arzt und Patient angebracht ist, wenn sich mehrere Behandlungsmöglichkeiten medizinisch gleichermaßen gut begründen lassen. „In solchen Fällen sollten Patienten mitentscheiden



Dr. Eckart von Hirschhausen (oben) moderierte die Auftaktveranstaltung von Share to Care, Prof. Friedemann Geiger leitet das Projekt.

Ärzte

Ärzte werden in Trainings für die gemeinsame Entscheidungsfindung geschult.

Pflege

Qualifizierte Pflegekräfte unterstützen die Arzt-Patienten-Gespräche zusätzlich.

Patienten

Patienten sollen Ärzten 3 Fragen stellen und sich an Entscheidungen beteiligen.

können“, betont Geiger. Neben dem medizinischen Wissen des Experten ist für ihn wichtig, dass persönliche Präferenzen und Prioritäten des Patienten in medizinische Entscheidungen einfließen, denn: „Ich muss ja die Tabletten schlucken.“

Geiger beobachtet, dass der Wunsch unter Patienten, stärker einbezogen zu werden, zunimmt. Er stellt aber klar: „Shared Decision Making ist kein Zwang, sondern ein Angebot.“

Dafür müssen zunächst Ärzte, medizinisches Personal und Patienten hinzulernen und umdenken. Patienten sollen in erster Linie lernen, im Gespräch mit dem Arzt die richtigen Fragen zu stellen:

- ▶ Welche Möglichkeiten habe ich? (inklusive Abwarten und Beobachten)
- ▶ Was sind die Vorteile und die Nachteile jeder dieser Möglichkeiten?
- ▶ Wie wahrscheinlich ist es, dass diese Vorteile und Nachteile bei mir auftreten?

Damit diese Fragen beim Patienten auch im entscheidenden Moment präsent sind, werden sie über verschiedene Medien verbreitet. Im UKSH selbst sind Karten erhältlich, auf denen Patienten vor dem Arztgespräch noch einmal auf diese Fragen hingewiesen werden.

Ärzte und medizinisches Personal in den verschiedenen Kliniken des UKSH werden derzeit darin geschult, das Gespräch mit den Patienten so zu führen, dass die Einbeziehung der Patienten auch gelingt. Wichtig ist Projektleiter Geiger, dass die Schulung mit dem medizinischen Alltag in den Kliniken auch vereinbar ist und nicht zu sehr belastet; deshalb soll jeder Arzt an nur einem Tag intensiv geschult werden. Das Angebot richtet sich an jede Hierarchiestufe im UKSH, bis zur Veranstaltung hatten bereits Ärzte aus insgesamt fünf Kliniken auf dem Campus an Schulungen teilgenommen. Während des Projektes sollen alle Kliniken erreicht werden. Eine, die schon teilgenommen hatte, war die Klinik für Neurologie. Deren Direktorin Prof. Daniela Berg berichtete, wie schwierig es ist, Ärzte aus dem laufenden Klinikalltag für die Schulungen freizustellen. Das Argument fehlende Zeit ist nach ihrer Einschätzung keineswegs vorgeschoben und kein Vorwand, um der Schulung zu entgehen. Auch Geiger hat bislang nicht das Gefühl, dass die Ärzte nicht aufgeschlossen wären für SDM.

UKSH-Vorstandschef Prof. Jens Scholz begrüßte Geigers Projekt ausdrücklich. Ohne die Förderung durch den GBA, räumte er ein, sei eine solche Freistellung von Ärzten für die Schulungen allerdings kaum denkbar und wirtschaftlich für ein Krankenhaus kaum zu leisten. Für die gemeinsame Entscheidungsfindung hält er ein Umdenken für erforderlich: Patienten müssten erst lernen, sich in die Entscheidungsprozesse einzubringen, und Ärzte müssten lernen, ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Hinzu kommen notwendige Anpassungen im Gesundheitswesen. Als Beispiel nannte er eine bessere Honorierung von Gesprächsleistungen. Scholz sieht es aber als wichtiges Zeichen für die Patientenbeteiligung, dass das Projekt so umfangreich gefördert wird: „Entsprechende Änderungen sind offensichtlich vom GBA gewollt.“

Auf positive Resonanz stößt das Projekt auch bei den Krankenkassen. Dr. jur. Johann Brunkhorst, Leiter der TK-Landesvertretung in Schleswig-Holstein, sieht in den eingeleiteten Schritten hin zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung eine „Systemrevolution“, die nach seiner Überzeugung dazu beitragen kann, die bereits jetzt gute Gesundheitsversorgung in Deutschland noch zu verbessern. In Anlehnung an die High-tech-Medizin betonte Brunkhorst den Stellenwert des Arzt-Patienten-Gesprächs:



Breite Unterstützung für die gemeinsame Entscheidungsfindung: Bei der Auftaktveranstaltung im Kieler Schloss gab es viel Unterstützung für die Zielsetzung. U.a. sprachen sich Hardy Müller vom Aktionsbündnis Gesundheit (dritter von links) und Schleswig-Holsteins TK-Chef Dr.jur. Johann Brunkhorst (vierter von links) für das Projekt aus.

„Hier geht es um High-Speaking.“ Damit das weiter gestärkt wird, hält er eine frühe Schulung für wünschenswert - schon in der Medizinerbildung sollte deshalb nach seiner Meinung mehr Wert auf dieses Thema gelegt werden.

Hardy Müller, Generalsekretär des Aktionsbündnisses Patientensicherheit, hält die stärkere Einbeziehung der Patienten für mindestens so wichtig wie die Digitalisierung, wenn es um Versorgungsverbesserungen geht: „Die Einbeziehung der Patienten führt zu einer

Ziele

Die Ziele von Share to Care sind ein Dialog auf Augenhöhe, die individuell beste Behandlung, eine bessere Versorgungsqualität und praktische Unterstützung bei der Entscheidung.

neuen Dimension der Versorgung.“ Er zeigte sich in Kiel überzeugt, dass Share to Care ein Beitrag auch zu mehr Patientensicherheit ist. Und die wiederum rechne sich für das Gesamtsystem, weil etwa weniger Revisionen auftreten. Er erinnerte in diesem Zusammenhang auch an den hohen Prozentsatz an unerwünschten Ereignissen bei medizinischen Eingriffen. Müllers Schlussfolgerung: „Nicht an, sondern mit Patientensicherheit spart man.“

DIRK SCHNACK

ANZEIGE

UKSH UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

Mitnutzung radiologischer Geräte

im Karl-Lennert-Krebszentrum des UKSH

Das UKSH beabsichtigt, einer oder mehreren Praxen im Karl-Lennert-Krebszentrum betriebene radiologische Geräte (MRT und Röntgenanlage) zur Mitnutzung zur Verfügung zu stellen. Hierzu wird ein Interessenbekundungsverfahren durchgeführt.

Ansprechpartnerin ist die Geschäftsführerin der Ambulanzzentrum gGmbH, Angelika Hölzlsauer, Arnold-Heller-Str. 3 (Haus 803), 24105 Kiel, ☎ 0431 500-92 200, ✉ angelika.hoelzlsauer@uksh.de

Interessenten können dort ein Informationsmemorandum anfordern und auf dessen Grundlage ihr Interesse schriftlich bekunden, am Verfahren teilzunehmen.

Wissen schafft Gesundheit



H A M B U R G

Montis Nachfolger

Dr. Pedram Emami ist neuer Präsident der Ärztekammer Hamburg. Der Wunschkandidat seines Vorgängers Prof. Frank Ulrich Montgomery ist Chef des Marburger Bundes in Hamburg.

Der neue Vorstand der Ärztekammer Hamburg geht mit einem überzeugenden Wahlergebnis aus der konstituierenden Kammerversammlung in die Ära nach Prof. Frank Ulrich Montgomery. Zu dessen Nachfolger wählten die Delegierten Dr. Pedram Emami, zur Nachfolgerin von Vize Klaus Schäfer Dr. Birgit Wulff. Beide erhielten in ihren Wahlgängen jeweils 48 der 57 Delegiertenstimmen, neun Delegierte enthielten sich.

Der in Teheran geborene Emami ist mit 14 Jahren nach Deutschland gekommen und heute Neurochirurg am UKE. Wie sein Vorgänger ist Emami Landesvorsitzender des Marburger Bundes in Hamburg. Vor vier Jahren wurde er in den Vorstand der Ärztekammer Hamburg gewählt. In die Landespolitik kam er aus Unzufriedenheit mit der Berufspolitik, er vermisste die Anerkennung der ärztlichen Arbeit. „Unzufrieden war ich aber auch mit der Art, wie wir Ärzte miteinander umgehen“, sagte er bei seiner Vorstellung. Er ist überzeugt, dass Ärzte ihre Position stärken können, wenn sie zu einer konstruktiven Zusammenarbeit finden. So versteht er auch seinen Führungsstil: Die für ihn und den Vorstand geltende Richtung wird in der Delegiertenversammlung diskutiert und gebildet, nicht von oben vorgegeben. Emami kündigte an: „Ich kann nicht versprechen, immer die richtige Antwort zu geben. Ich werde aber versuchen, immer die richtigen Fragen zu stellen.“

Als eines der wichtigsten Themen für die Kammerarbeit hatte Emami im Vorwege die Umsetzung der neuen Musterweiterbildung auf Landesebene genannt. Weitere Ziele des neuen Präsidenten sind die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und verbesserte Arbeitsbedingungen für Ärzte. Auch das Thema Ökonomisierung treibt ihn um – allerdings hält Emami nach eigener Aussage wenig davon, auf jeden personellen Engpass mit der Forderung nach mehr Geld zu reagieren. Als Problem hat er aber die Kommerzialisierung und zunehmende Renditeerwartungen im Gesundheitswesen ausgemacht.

Mit Dr. Birgit Wulff wurde erneut eine Fachärztin für Allgemeinmedizin zum Vize gewählt. Wulff ist seit zwei Legislaturperioden im Vorstand der Ärztekammer und kommt von der Liste „Hamburger Gesundheitsfraktion – die Ärzteopposition“, die sich im Vorwege mit dem Marburger Bund, den Hamburger Hausärzten und der Liste für Psychotherapie, Psychosomatik und Psychiatrie auf die Spitzenkandidaten geeinigt hatten. Wulff hat einen nach eigenen Angaben „etwas verschlungenen Berufsweg“ hinter sich, den sie für Ärztinnen mit Kindern für nicht untypisch hält: Nach Niederlassung in einer Gemeinschafts-

praxis folgte der Wechsel in die Arbeitsmedizin, wo ihr flexiblere Arbeitszeitmodelle zur Verfügung standen. Heute arbeitet sie im Institut für Rechtsmedizin. Die Kammer wird sich nach ihrer Überzeugung insbesondere mit der Weiterbildung, der Digitalisierung, aber auch mit dem Wandel des ärztlichen Berufsbildes beschäftigen müssen: „Dazu müssen wir Impulse und Anregungen geben.“

Als Beisitzer für den neuen Vorstand wählten die Delegierten den niedergelassenen Nervenarzt Dr. Hans Ramm, die angestellte Internistin Christine Neumann-Grutzeck, den kürzlich in den Ruhestand gewechselten früheren Hausarzt Dr. Detlef Niemann, Dr. Alexander Schulze aus dem UKE und den Betriebsratsvorsitzenden des BG Klinikums Hamburg, Norbert Schütt.

Die Leitung des Wahlganges für seinen Nachfolger war Montgomerys letzte Amtshandlung in der Ärztekammer, deren Präsident er – mit vierjähriger Unterbrechung von 2002 bis 2006 – seit 1994 war. Delegierter in der Kammerversammlung war Montgomery seit 1983. Gemessen an diesem Zeitraum verabschiedete sich Montgomery, der als Präsident der Bundesärztekammer noch bis 2019 amtiert, mit überraschend wenig Worten: „Danke für die Zusammenarbeit. Es war eine tolle Zeit.“ Es folgten Dankesworte an seinen Vize, Delegierte und die Mitarbeiter, dann wurde er – ebenso wie anschließend Schäfer – mit stehendem Applaus verabschiedet.

„Es war so, wie ich es mir gewünscht hatte. Das Feld ist bestellt, besser hätte es nicht laufen können. Ich bin kein Freund pompöser Veranstaltungen“, sagte Montgomery anschließend. Allgemeinmediziner Schäfer war nach 43 Jahren Berufspolitik, davon zwölf als Vize an der Seite Montgomerys, deutlich emotionaler. Sein Resümee: „Ich hatte das Gefühl, das Engagement für die Gemeinschaft bringt was.“

Vorstandswahlen stehen auch in der Nachbarkammer in Mecklenburg-Vorpommern an. Dort konstituiert sich die Kammerversammlung am 26. Januar in Rostock. Der seit 1990 amtierende Präsident Dr. Andreas Crusius kandidiert erneut und erhielt dafür bei den Wahlen starken Rückenwind. Sowohl auf der Kreis- als auch auf der Landesliste erhielt der Klinik-Pathologe die mit Abstand meisten Stimmen. Die Vizepräsidenten Dr. Wilfried Schimanke und Dr. Andreas Gibb lagen auf der Landesliste auf den Plätzen vier und elf, wurden aber jeweils auch über ihre Wahlkreise in die Kammerversammlung gewählt. Von den sieben Beisitzern des Vorstands waren fünf erneut für die Wahl zur Kammerversammlung angetreten, die ohne Ausnahme erneut gewählt wurden.

DIRK SCHNACK

DIGITALISIERUNG

Arzt und Avatar in der Medizin gefragt

Parlamentarischer Abend der KV Schleswig-Holstein in Kiel: Digitalisierung und Telemedizin im Mittelpunkt. Garg erwartet verändertes Rollenverständnis der Ärzte.

Das Thema Digitalisierung prägt derzeit fast jede Veranstaltung im Gesundheitswesen, auch den jüngsten Parlamentarischen Abend der KV Schleswig-Holstein. Im Mittelpunkt stand die Frage, wie die Digitalisierung, aber auch die derzeit eingesetzte Telemedizin in den Hausarztpraxen die Arbeit der Mediziner verändert.

Prof. Jost Steinhäuser vom Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Lübeck zeigte, dass es im Alltag von Hausärzten in aller Regel schlicht um Fragen der Zuverlässigkeit, Praktikabilität und Wirtschaftlichkeit von telemedizinischen Geräten geht. „Viele Start-ups haben tolle Ideen“, sagte Steinhäuser, aber problemlos in der Hausarztpraxis einsetzbar seien deren Produkte meist noch nicht. Steinhäuser gab zu bedenken, dass Hausärzte keine Valenzen hätten, um nicht ausgereifte Produkte zu testen, und auch keinen finanziellen Spielraum, um diese auch noch mit befriedigender Vergütung einzusetzen.

Für den Lehrstuhl-Direktor steht zwar fest, dass Telemedizin den Zugang zur Versorgung verbessern und eine sinnvolle Ergänzung zur Präsenzmedizin darstellen kann, dafür müssten sich die Produktentwickler aber stärker an den Erfordernissen der täglichen Anwendung orientieren und die Vergütung müsste angemessen sein. Keine Barriere ist dagegen aus seiner Sicht die Frage, ob Patienten bei telemedizinischen Anwendungen Befürchtungen wegen preisgebender Daten hätten. Nach seinen Erfahrungen nehmen Patienten die zur Verfügung gestellten Anwendungen gerne an und haben keine Datenschutzsorgen.

Überraschend ist für Steinhäuser, dass die Frage, wie telemedizinische Unterstützung in der täglichen Praxis von Hausärzten Anwendung findet, von den Lehrstühlen in Deutschland kaum untersucht wird – neben Lübeck beschäftigen sich nur zwei weitere Lehrstühle mit dieser Frage.



Dr. Monika Schliffke



Prof. Jost Steinhäuser

„Alexa wird weder über Intuition noch über Empathie verfügen.“

DR. MONIKA SCHLIFFKE

Die KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliffke sieht Ärzte im Zuge der Digitalisierung zwischen zwei Anforderungen: Einerseits ist weiterhin die emotionale Zuwendung unverzichtbar, andererseits gilt es immer mehr, das exponentiell steigende Wissen zu sortieren. Zwischen diesen beiden Anforderungen wird sich die Ärzteschaft nach ihrer Ansicht positionieren müssen. Fest steht für Schliffke, dass die Digitalisierung nicht das Ende der persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung bedeuten wird, denn: „Alexa wird weder über Intuition noch über Empathie verfügen. Das ist es, was Medizin von künstlicher Intelligenz unterscheidet.“

Schliffke stellte aber auch klar, dass die Medizin nicht auf die Fortschritte und die Potenziale von künstlicher Intelligenz verzichten kann. Schon das vorhandene Wissen übersteige deutlich die Fähigkeiten einzelner Ärzte, seien sie auch noch so spezialisiert.

Ein verändertes Rollenverständnis der Ärzte erwartet auch Schleswig-Hol-

Info

Telemedizinische Projekte werden in Schleswig-Holstein von Hausärzten erprobt und vom Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Lübeck wissenschaftlich begleitet. Erste Praxen setzen etwa einen Teilerucksack ein, mit dem MFA Patienten besuchen. Auch Liaison-Sprechstunden finden in ersten Hausarztpraxen, die Fachärzte per Videokonsultation hinzuziehen, statt.

steins Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP). Gesundheitsberufe sollten nach seiner Überzeugung akzeptieren, dass zunehmend mehr Abläufe im Gesundheitswesen ohne menschliches Eingreifen möglich sind und auch erfolgreich. Als Beispiel führte Garg die Anmeldung in Krankenhäusern bei einem Avatar und die Begleitung ins Patientenzimmer durch einen Roboter an. Befürchtungen, dies werde menschliche Arbeitskraft überflüssig machen, teilte Garg nicht. Für ihn steht die Entlastung des Personals im Vordergrund: „Die personellen Kapazitäten sind das Hauptproblem.“

Der Minister sieht neben den Chancen aber auch die mit der Digitalisierung verbundenen Risiken. Was bedeuten zunehmend digitalisierte Prozesse im Gesundheitswesen beispielsweise für die Freiberuflichkeit des weisungsungebundenen Berufs Arzt? Garg erneuerte in diesem Zusammenhang seine Forderung, dass Politik die Freiberuflichkeit der Ärzte stärken müsse.

DIRK SCHNACK

KURZ NOTIERT

11. Infotag für Existenzgründer und Praxisabgeber

Existenzgründer und Praxisabgeber bringen die Infotage der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, der Ärztekammer und der KV Schleswig-Holstein zusammen – bislang mit viel positiver Resonanz aus der Ärzteschaft. Am 16. März kommt es in Bad Segeberg zur elften Auflage: Von 9:00 Uhr bis ca. 17:30 Uhr in der Akademie der Ärztekammer in der Esmarchstraße 4 in Bad Segeberg. Erneut stehen Vorträge für Praxisabgeber und für Existenzgründer auf dem Programm. Referieren werden ein Rechtsanwalt, ein Steuerberater und Vertreter der Veranstalter, die zudem ganztägig für Rückfragen zur Verfügung stehen. Der Lübecker Arzt Dr. Ralf Staiger wird über seine Erfahrungen in der Niederlassung referieren. Die Räume der Akademie der Ärztekammer sollen zur Veranstaltung bereits umgebaut sein, die Anmeldung erfolgt ausschließlich online über das Webportal der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, wobei die Mitarbeiter der Bank behilflich sind. Wegen der begrenzten Teilnehmerzahl wird eine frühe Anmeldung empfohlen. Die Teilnahmegebühr beträgt 40 Euro. (PM/RED)

„Restcent“ für Praxis ohne Grenzen

Die Praxis ohne Grenzen in Husum soll in diesem Jahr vom Spendenprojekt „Restcent“ des Klinikums Nordfriesland profitieren. Die Mitarbeiter des Klinikums haben die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis den Cent-Betrag ihres monatlichen Nettogehalts zu spenden, um damit eine steuerlich anerkannte soziale Einrichtung in der Region Nordfriesland zu unterstützen. Der Beitrag der Krankenhausmitarbeiter variiert dabei von einem bis maximal 99 Cent und wird zunächst auf einem Spendenkonto gesammelt. Zum Jahresende wird der angesammelte Betrag dann dem vorher festgelegten Verwendungszweck zugutekommen. Unter dem Dach des Diakonischen Werkes werden in der Praxis ohne Grenzen in Husum mittellose Menschen ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz behandelt. Dazu zählen Obdachlose, aber auch ehemals freiwillig oder privat Versicherte, die aufgrund von Schicksalsschlägen in Zahlungsunfähigkeit und mit den Versicherungsbeiträgen in Rückstand geraten sind. Ein Wiedereintritt in die Versicherung hätte zur Folge, dass alle Beiträge nachentrichtet werden müssten. „Unsere Spende soll Teile der Behandlungs-, Medikamenten- sowie Impfkosten abdecken helfen“, teilte das Klinikum mit. (PM/RED)

Barmer fordert Umdenken

Die Krankenhausplanung sollte sich nach Vorstellungen der Barmer Schleswig-Holstein stärker an Qualitätsaspekten orientieren. Wie dies aussehen könnte, zeigt nach Ansicht von Barmer-Landesgeschäftsführer Dr. Bernd Hillebrandt das Gutachten des Berliner IGES-Instituts, das im Auftrag des Landesgesundheitsministeriums die Krankenhausversorgung im Kreis Ostholstein unter die Lupe genommen und Empfehlungen zur Konzentration von Klinikleistungen an weniger Standorten gegeben hatte. „Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Qualitätsindikatoren müssen bereits bei der Krankenhausplanung des Landes konsequent berücksichtigt werden. Die daraus resultierende Spezialisierung von Krankenhäusern erhöht die Qualität der medizinischen Versorgung und ist für die Patientensicherheit mehr als nur sinnvoll. Weniger Komplikationen bei planbaren Operationen und auch weniger Todesfälle sind das Ergebnis“, sagte Hillebrandt. (PM/RED)

PFLEGE

Menschen und Robotik

Pflege braucht in Zukunft beides, wurde auf einer Veranstaltung der DAK Gesundheit in Kiel deutlich.

Viele Pflegekräfte auch in Schleswig-Holstein fühlen sich im beruflichen Alltag überlastet, weil sie nicht ausreichend Zeit für die Pflegebedürftigen haben. Mögliche Auswege wurden auf einer Veranstaltung der DAK Gesundheit in Kiel diskutiert. Einer von ihnen ist das in den Niederlanden erfolgreiche Konzept der Nachbarschaftshilfe („Buurtzorg“). Ziel ist eine ambulante Pflege, die sich nach dem individuellen Bedarf richtet und u. a. wegen fehlender Hierarchien bezahlbar bleibt. Das von Stefanie Brahmst vom Pflege Institut Nord in Hohenwestedt vorgestellte Konzept soll in den Niederlanden zu höherer Zufriedenheit der Pflegenden geführt haben und gilt deshalb als geeignet, Pflegekräfte länger im Beruf zu halten bzw. Aussteiger zur Rückkehr zu bewegen.

In Kiel stieß das Konzept sowohl bei Pflegekassen als auch bei der Pflegeberufekammer auf Interesse. Patricia Drube, Präsidentin der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, begrüßte insbesondere die Freiheiten, die die Pflegenden bei diesem Ansatz haben. Ein Modellprojekt zur Nachbarschaftshilfe wird in Deutschland derzeit in Emsdetten erprobt. Ob ein vergleichbares Konzept demnächst auch in Schleswig-Holstein an den Start gehen wird, stand bis Redaktionsschluss nicht fest.

Vorn dabei ist der Norden dagegen beim Thema Robotik in der Pflege. Prof. Jens Lüssem von der Fachhochschule Kiel verdeutlichte auf der Veranstaltung, wie Roboter „Emma“ mit Pflegebedürftigen kommunizieren kann. Er stellte klar, dass Roboter nicht als Ersatz, sondern ausschließlich zur Ergänzung der menschlichen Pflegeleistungen eingesetzt werden können. Denkbar ist dies etwa zur Erinnerung an regelmäßiges Trinken oder als Motivation zum Gedächtnistraining. Auffällig war die breite Aufgeschlossenheit der Gäste für das Thema Robotik. Ob damit aber tatsächlich eine Entlastung auf breiter Front für die sich derzeit abzeichnenden Probleme in der Pflege einhergehen kann, blieb fraglich.

Die veranstaltende Krankenkasse verspricht sich mehr von Pflegekompetenzzentren, ein Konzept, für das der DAK-Vorstandsvorsitzende Andreas Storm auch in Kiel warb. Ziel dieser Zentren ist es, die benötigten Versorgungskapazitäten in der Region zu halten und den Bedarfen anzupassen. Zudem können in den Zentren wichtige Angebote – von Beratung über spezialisierte Wohngruppen bis zur Kurzzeit- und Verhinderungspflege – unter einem Dach gebündelt werden. Der Pflegebedürftige soll nach den Vorstellungen der Kasse auf diese Weise optimal und auf seine individuelle Situation zugeschnitten versorgt werden. Als Pilot entsteht das erste Zentrum im niedersächsischen Landkreis Graftschaft Bentheim/Landkreis Emsland. Die DAK-Gesundheit ist Konsortialführerin des Projekts.

Um die steigenden Kosten für die Pflege für die Betroffenen bezahlbar zu halten, sprach sich Storm in Kiel für eine Deckelung des Eigenanteils aus. Die Eigenanteile für die Pflege wären dann nach Pflegegraden gestaffelt gleich. Der variable Zuschuss sollte nach seiner Ansicht von der Pflegekasse getragen werden. Um diese Zusatzausgaben stemmen zu können, sollten diese wiederum Zuschüsse aus Steuermitteln erhalten. Storm hält eine Größenordnung von bundesweit 3,5 Milliarden Euro mittelfristig für realistisch. Er erinnerte in diesem Zusammenhang auch an versicherungsfremde Leistungen, die Krankenkassen übernehmen. Für beide Vorschläge – Steuermittel für die Pflege und Deckelung des Eigenanteils – erhielt Storm Unterstützung von der Bürgerbeauftragten für soziale Angelegenheiten des Landes Schleswig-Holstein, Samiah El Samadoni. Sie berichtete von einer hohen Zahl an Beratungssuchenden zum Thema Pflege, eine Entwicklung, die auch die Pflegeombudsfrau Dagmar Danke-Bayer und Hans-Jürgen Albien vom Sozialverband VdK während der Veranstaltung bestätigten. (DT)

PARTEIPOLITIK

Hoffnungsträger Spahn?

Auf dem Bundesparteitag der CDU in Hamburg erhielt Bundesgesundheitsminister Jens Spahn viel Zuspruch.



Jens Spahn

Er solle doch bitte nicht so ungeduldig sein, so ehrgeizig, so überambitioniert. „Du hast doch noch so viel Zeit“, sagten Parteimitglieder im Vorfeld des CDU-Parteitages in Hamburg zu Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, um ihn von seiner Kandidatur für den Parteivorsitz abzubringen. Dies berichtete der Kandidat im Dezember in Hamburg, als er vor den 1.001 Delegierten in den Hamburger Messehallen sprach. Spahn entschied sich anders, auch wenn ihm schon im Vorhinein keine Chance gegen die Mitbewerber Annegret Kramp-Karrenbauer und Friedrich Merz eingeräumt wurde. Er war mit sich im Reinen: „Auch ich lese Umfragen. Aber es fühlt sich richtig an, hier zu stehen“, sagte Spahn über seine Kandidatur.

Tatsächlich sollte Spahn dann keine Chance auf den Parteivorsitz haben, er schied im ersten Wahlgang mit 157 Stimmen aus. Im zweiten wurde dann Kramp-Karrenbauer mit knapper Mehrheit gewählt. Doch es gab viele Delegierte, die Spahns Auftritt dennoch als den besten auf dem Parteitag bewerteten und ihn nun für einen der wichtigsten – oder kommenden – Politiker in der Union halten. Das Argument, dass der 38-Jährige für eine Führungsrolle noch zu jung sein könnte, lässt er selbst ohnehin nicht gelten, schließlich fehlen der CDU gerade die jungen Mitglieder, gab er zu bedenken. Dennoch spielte sein Alter bei der Entscheidung sicherlich eine Rolle.

„Aktuell sind mehr CDU-Mitglieder über 75 als unter 40. In so einer Partei ist man mit 38 vielleicht tatsächlich blutjung“, räumte er selbst ein.

Umso leichter fiel es ihm, sich als Mann, der die Zukunft gestalten will, der gerade nicht für ein „Weiter so“ steht, zu präsentieren. Allerdings musste er den von ihm in Aussicht gestellten Perspektivwechsel gegen zunehmende Unaufmerksamkeit in den Messehallen präsentieren, weil die erste Spannung nach den Reden seiner Mitbewerber schon gewichen war und sich viele offensichtlich schon vor Spahns Auftritt für einen der beiden Konkurrenten entschieden hatte.

„Die beste Rede“ bescheinigte ihm anschließend ein Gesundheitsexperte seiner Partei, Dietrich Monstadt. Der Delegierte aus Schwerin zeigte sich angetan von Spahns Auftritt, weil dieser nach seiner Wahrnehmung „Aufbruchstimmung“ vermittelt habe. Schon vor Spahns Auftritt war der Kieler CDU-Delegierte Thomas Stritzl, der in der vergangenen Legislaturperiode im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages saß, von Spahn überzeugt. Er habe Spahn als „unbeschwert und sehr selbstbewusst“ erlebt. Für Stritzl gehört Spahn deshalb „in die erste Reihe der CDU“, wie er kurz vor Beginn der Veranstaltung in den Messehallen sagte. Zuvor hatte Schleswig-Holsteins Ministerpräsident Daniel Günther sich allerdings für Kramp-Karrenbauer als Parteivorsitzenden ausgesprochen. DIRK SCHNACK

LESERBRIEF

Erfahrungen in der Notaufnahme

Nach neurologischen Ausfallerscheinungen, bestehend aus rezidivierenden Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Übelkeit, schleppendem Gangbild, Sprachschwierigkeiten sowie zeitlichen und örtlichen Orientierungsproblemen war ich mit meiner Frau in der Notaufnahme der Universitätsklinik Nizza, wo sie von der diensthabenden Ärztin untersucht wurde. Die bestehenden neurologischen Symptome wurden als Folge einer Virusinfektion/Nizza-Virus gedeutet. Eine von mir angeregte CT-Untersuchung des Schädels wurde als nicht erforderlich abgelehnt.

Auf dem Heimflug verschlechterte sich der Zustand meiner Frau dermaßen, dass wir nach Ankunft direkt mit dem Taxi in die Notaufnahme eines norddeutschen Universitätsklinikums (Anm. der Redaktion: nicht in Schleswig-Holstein) fuhren. In der Notaufnahme nahm gegen 18:00 Uhr ein Krankenpflegeschüler in Anwesenheit eines examinierten Krankenpflegers die Ersteinschätzung vor. Hierbei wurden von meiner Frau und ergänzend von mir ausführlich die seit einer Woche bestehenden und jetzt sich akut verschlechternden Symptome geschildert, insbesondere rezidivierende starke Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Übelkeit sowie ein schleppendes Gangbild mit nun hinzugekommenen Sprachschwierigkeiten, zeitlichen und örtlichen Orientierungsproblemen.

Bis zum ersten ärztlichen Kontakt verstrichen sechs Stunden. Um ca. 22:00 Uhr erbrach meine Frau mehrfach im Schwall. Auch das beschleunigte nicht den ersten Kontakt mit dem diensthabenden Arzt. Als ich gegen 24:00 Uhr das letzte Mal zu dem Krankenpfleger in der Erstaufnahme ging und er die Wartezeit mit einem erhöhten Arbeitsaufkommen in der Notaufnahme begründete, erklärte ich ihm, dass ich jetzt meine Frau, die noch halbwegs auf zwei Beinen gehen konnte, mitnehmen würde, wir das Klinikgelände umgehend verlassen würden, um an der nächsten Ecke einen Notarztwagen zu rufen, denn offensichtlich war zu diesem Zeitpunkt für einen auf zwei Füßen stehenden Patienten das Durchkommen zu einer ärztlichen Beurteilung nicht möglich.

Der Pfleger antwortete mir, dass das ja nun auch kein Weg sei. Ich beharrte auf meiner Aussage und stellte ihm ein „Ultimatum“. Ca. eine Viertelstunde später konnten wir die magische Tür zum Inneren der Notaufnahme passieren. Nach kurzer Zeit wurden wir von einer jungen Assistenzärztin der Neurologie empfangen. Sie untersuchte meine Frau und stellte dann, was nun auch kaum zu übersehen war, eine globale Aphasie fest. Dann ging es auf einmal ganz schnell.

Fünf Minuten später lag meine Frau im CT, sieben Minuten später (gefühlte) kam die Neurologin wieder, kurz darauf kam der Neuro-Radiologe und daraufhin auch der Neuro-Chirurg. Das Ergebnis dieser Untersuchung: ein zentral sitzender Hirntumor! Aus unserer Sicht geht es in der Notaufnahme bei starkem Betrieb nach dem Motto: Wer am lautesten jammert, hat Priorität. In meiner medizinischen Ausbildung, in der ich auch längere Zeit in der Notaufnahme einer großen Klinik, wie später auch als Notarzt gearbeitet habe, rieten mir meine medizinischen Ausbilder, mich vor allem auf die Patienten zu fokussieren, die still irgendwo in der Notaufnahme sitzen und nicht laut schreien. Mein Rat an alle Patienten kann nur lauten, sich nicht auf eigenen Beinen in eine Notaufnahme zu bewegen, sondern nach Möglichkeit einen Notarzt zu rufen. Dies ist medizinisch sicherlich völliger Blödsinn, die von uns erlebte Realität lässt aber wohl keine andere Lösung zu. Den von mir geschilderten Fall habe ich an das Beschwerdemanagement des betreffenden Klinikums geschickt, bis Redaktionsschluss habe ich hierauf keine Antwort erhalten

DR. FRANK SCHÄFER, UROLOGE IN ECKERNFÖRDE



Thomas Müller vom Gesundheitsmobil Lübeck und Dr. Ulrich Driller, ehrenamtlich tätiger Arzt, vor dem Gesundheitsmobil Lübeck.

GESUNDHEITSMOBIL

Mobil im Ehrenamt für sozial Benachteiligte

Das Gesundheitsmobil in Lübeck sucht dringend Ehrenamtler. Kostenlose Behandlung von Patienten mit und ohne Versicherungsschutz.

Es ist ruhig an diesem Morgen in der Gesundheitsstation, die im Haus der Gemeindediakonie Lübeck untergebracht ist. Thomas Müller, einer von zwei hauptamtlichen Mitarbeitern des Gesundheitsmobils und von Beruf Krankenpfleger, übernimmt an diesem Morgen gemeinsam mit dem Ehrenamtler Dr. Ulrich Driller, Allgemeinmediziner im Ruhestand, die Sprechstunde für sozial benachteiligte Menschen. Er betont: „Für unsere Patienten ist es meist schwer, Termine zeitlich einzuplanen bzw. diese einzuhalten. Trotzdem möchten wir eine feste Sprechstunde im Haus der Gemeindediakonie anbieten. In unserer Gesundheitsstation können wir Untersuchungen

wie EKGs, Sonografien und Blutuntersuchungen durchführen.“ Die Zusammenarbeit mit einem Zentrallabor hilft, durch Blutuntersuchungen mehr Erkenntnisse über mögliche Erkrankungen zu erhalten. „Leider kommt es jedoch vor, dass Patienten in der kommenden Woche nicht vorbeikommen, um die Befunde zu besprechen. Aber wir sind geduldig und setzen unsere Patienten nicht unter Druck“, so Müller. Ist eine Erkrankung jedoch akut, versuchen die Mitarbeiter des Gesundheitsmobils, Patienten zu erreichen und an Fachärzte und Kliniken zu übermitteln. Die Folgebehandlungen können dann meist ebenfalls kostenlos durchgeführt werden. „Die Zahl derjenigen Patienten, die nicht kranken-

15 - 20 %

der Patienten im Gesundheitsmobil kommen ohne Versicherungsschutz. In der Gesundheitsstation sind rund 95 % der Patienten nicht krankenversichert.

versichert sind, liegt jedoch nur hier vor Ort bei ca. 95 Prozent. Sind wir mit dem Gesundheitsmobil unterwegs, kommen nur ca. 75 bis 80 Prozent ohne Versicherungsschutz“, berichtet Müller. So auch der Patient in der heutigen Sprechstunde. Der 27-Jährige ist vor sieben Monaten aus Syrien nach Deutschland gekommen. Die ständige Angst um seine Angehörigen mache ihn krank, sagt er. Heute kommt er mit starken Schmerzen im linken Oberarm und dem Verdacht, zu hohen Blutdruck zu haben. Dr. Ulrich Driller, der 27 Jahre lang als Allgemeinmediziner niedergelassen war und nun im Ruhestand ist, nimmt sich viel Zeit für seine Patienten. „Wir arbeiten hier mit jedem Patienten auf Augenhöhe und



Dr. Ulrich Driller in der Gesundheitsstation bei der Gemeindediakonie Lübeck.

nehmen die Sorgen der Leute ernst. Nur so können wir ein Vertrauensverhältnis und damit eine lang anhaltende Bindung zu unseren Patienten aufbauen“, so Driller. Auch die Patientin, die heute vor der Ausgabestelle der Lübecker Tafel e.V. das Gesundheitsmobil aufsucht, kommt schon seit vielen Jahren. Sie leidet an Diabetes und benötigt Medikamente. „Trotz einer vorhandenen Krankenversicherung und des regelmäßigen Besuchs ihrer Hausärztin ist die Patientin regelmäßig bei uns. Sie kann die Rezeptgebühren nicht bezahlen – die spart sie hier“, sagt Müller. Dass chronisch kranke Menschen von der Rezeptgebühr befreit werden können, spielt meist keine Rolle. „Die Hürde, Anträge auszufüllen und sich um die Befreiung zu kümmern, ist meist zu groß.“

Das Gesundheitsmobil weist eine große Auswahl an Medikamenten und Verbandsmaterial vor. „Meist vergeben wir benötigte Medikamente aber nur für einen Zeitraum von zehn bis 14 Tagen, um die Patienten anzuregen, uns erneut aufzusuchen. So können wir sie besser im Blick behalten“, sagt Müller. Geht es jedoch um Medikamente, bei denen es eine große Spannweite der Dosierung gibt, können diese nicht vorgehalten werden. „Insulin beispielsweise gibt es in zu vielen verschiedenen Formen und Dosen, das können wir nicht anbieten“, erklärt Driller. Auch wenn eine Krebserkrankung vorliegt, ist das Projekt des Gesundheitsmobils finanziell zu klein, um die Behandlung fortführen zu können. „In diesen Fällen forcieren wir stets die Reintegration in das Regelsystem, um auch kostspielige Behandlungen durchführen zu können.“

Einmal im Monat wird das Gesundheitsmobil von einem Zahnarzt begleitet. Er bietet Untersuchungen an, eine Behandlung jedoch nicht. „Bei der zahnmedizinischen Behandlung geht es vor allem um den Abbau von Ängsten und

EHRENAMTLICH TÄTIGE ÄRZTE GESUCHT

Das Gesundheitsmobil sucht dringend Medizinerinnen und Mediziner (ggf. im Ruhestand), die mit Herz und Engagement ehrenamtlich (z.B. einen Vormittag in der Woche) in Lübeck mitarbeiten möchten.

Ihre Aufgaben:

- ▶ Behandlung und Beratung von sozial benachteiligten Menschen mit medizinischen Problemen
- ▶ ggf. Vermittlung zu niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie zu Kliniken

Wünsche:

- ▶ Ärztinnen und Ärzte, die regelmäßig die Fahrt des Gesundheitsmobils begleiten, d.h. einmal wöchentlich für ca. 2,5 Stunden
- ▶ Interesse an sozialem Engagement verbunden mit einer stabilen Persönlichkeit

Kontakt:

Sabine Gritzka und Thomas Müller
 Telefon 0451 580 106 71 (Mo - Do von 9:00 bis 11:00 Uhr)
 E-Mail gritzka@gemeindediakonie-luebeck.de
www.gesundheitsmobil.org

die Vermittlung an Zahnarztpraxen“, sagt Müller. Zahnärztliche Untersuchungen werden nur einmal monatlich angeboten, da die Zähne als Sorge meist an letzter Stelle stehen und nur in absolut akuten Situationen Handlungsbedarf gesehen wird. Im Vordergrund stehen für die Patienten Alltagsorgen wie Unterkunft, Drogen, die allgemeine gesundheitliche Situation und Lebensmittel.

Das Gesundheitsmobil fährt an fünf Tagen in der Woche insgesamt zehn Stationen an. Ändern sich die Anlaufstellen der Patienten, werden auch die Stationen getauscht. Dies erfolgt allerdings erst nach einer bestimmten Frist, um eine gewisse Kontinuität wahren zu können. Die Stationen orientieren sich an von potenziellen Patienten stark frequentierten Orten wie der Ausgabestelle der Lübecker Tafel e.V., der Obdachlosenunterkunft Bodelschwingh-Heim oder der Parkanlage Krähenstraße.

Die durchgeführten Behandlungen werden zwar dokumentiert, es erfolgt aber keine Abrechnung und kein Qualitätsmanagement. Möchte ein Patient anonym bleiben, fällt die Dokumentation noch einmal geringer aus. „Die Bürokratie steht in diesem Arbeitsbereich an zweiter Stelle und das ist gut so. Ehrenamtler sollen nicht durch zu viel Bürokratie abgeschreckt, sondern durch die Behandlung von Patienten motiviert werden“, so Driller. Seit einem Jahr ist er bei dem Projekt dabei und genießt die Arbeit. Driller: „Anerkennung für meine beruflichen Leistungen habe ich in meinem Leben genug erhalten. Ich bin hier, um Patienten mit keinem oder schwierigem Versicherungsschutz zu helfen und Gespräche und Behandlungen auf Augenhöhe zu führen. Die Menschen öffnen sich nur, wenn sie Vertrauen gewinnen und sich verstanden fühlen. Eine Belehrung ist hier fehl am Platz.“

ASTRID SCHOCK



Thomas Müller untersucht im Gesundheitsmobil eine an Diabetes erkrankte Patientin.

BIG DATA

Euphorische Berichte, statistisches Rauschen

Bei der Wissenswerten in Bremen wurde nach überzeugend positiven Belegen für die Versprechen von Big Data gefragt. Die Antworten konnten nicht jeden überzeugen. Kritiker sehen bei Big Data Masse statt Klasse.

Zentrales Thema der jüngsten „Wissenswertes“, der Jahrestagung der deutschen Wissenschaftspresse in Bremen, war die Glaubwürdigkeit der Wissenschaft und die Aufgabe der Wissenschaftsmedien, ihrer kritischen Informationspflicht gerecht zu werden. In einem Workshop „Big Data – Big Promises?“ kamen nicht nur die Komplexität, die Polarität und der große Diskussionsbedarf zum Ausdruck (so Moderatorin Dr. Astrid Viciano, SZ), sondern für den Berichtersteller vor allem der Mangel an Begründung, die Risiken und der enorme Hype, der um „Big Data“ gemacht wird.

Der Programmtext zu diesem Workshop wies einleitend auf die schnell wachsende Menge digitaler medizinischer Daten hin, die große Hoffnungen auf verschiedenen Seiten geweckt habe: „Millionen Patientendaten können schnell und zielgenau auf Besonderheiten durchsucht werden, die mit einer bestimmten Erkrankung im Zusammenhang stehen.“ Behandlungserfolge und -fehlschläge könnten schneller sichtbar gemacht und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Forschung genutzt werden.

Doch aus heutiger Sicht stand wohl für die meisten Teilnehmer vor allem eine Frage im Raum: Gibt es eigentlich schon überzeugende positive Belege für die Versprechungen von Big Data? Die Antwort gab Prof. Gerd Antes, langjähriger Vorstand der Cochrane Deutschland Stiftung und profiliertes Vertreter der wissenschaftlichen (evidenzbasierten) Medizin: Nein. Es fehle schon an eindeutigen Definitionen, was Big Data und die dazugehörigen Ziele und Verfahren eigentlich seien. Stattdessen lasse sich eine euphorische Berichterstattung mitziehen von den ersten populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen mit Titeln und Schlagzeilen wie „Vom Zeitalter der Kausalität zum Zeitalter der Korrelation“, „Das Ende der (medizinischen) Theorie“ oder „Mehr Daten lösen alles“. Dass gleichzeitig auftretende Merkmale sich auch über längere Zeit

parallel entwickeln und sich scheinbar bedingen, ohne aber im geringsten kausal verknüpft zu sein, dürfte eine Binsenweisheit sein. Antes zeigte dies am Beispiel zweier völlig parallel verlaufender Kurven, zum einen den Käseverbrauch pro Kopf in einer Region und zum anderen die Zahl der Erststichungen durch das eigene Bettzeug. Als ein weiteres schwerwiegendes Argument führte Mathematiker Antes die Gefahr an, durch viel mehr Daten auch viel mehr falsch-positive Ergebnisse zu bekommen, d. h. mehr Krankheitsverdachtsfälle. Anders formuliert: Je mehr Daten, umso stärker kann das statistische „Rauschen“ sein, das den Blick auf die eigentlichen Zusammenhänge behindert: „Zu viele Informationen machen den Informationsstand schlechter“ oder plakativ: Masse statt Klasse.

Das sah Dr. Peter Langkafel, Gründer der Digital Health Factory in Berlin, etwas anders. Der frühere leitende Angestellte des Software-Riesen SAP bestätigte zunächst, der Big-Data-Begriff sei in der Tat nicht scharf definiert, vielmehr bei seiner Einführung eine Art Fantasiebegriff für vieles. Aber mit Big Data könnten wir nicht erst Probleme der Zukunft, sondern schon heutige große Sorgen angehen. Er nannte vermeidbare Todesfälle durch falschen Medikamentenverbrauch, unnötige Krankenhauseinweisungen („zehn Prozent“) und übersehene positive Befunde in der Radiologie. Er schätzte, dass 60 Prozent der Patienten nicht EBM-gerecht behandelt würden: „Woher wollen Sie denn wissen, dass Ihr Hausarzt z. B. hier in Bremen Sie richtig behandelt? Es gibt dafür zwar Daten, aber die bekommen Sie nicht.“ Daher werde derzeit manches im Bereich digitaler Medizin versucht, etwa ein vielversprechender Algorithmus für eine Stotterer-Therapie. Aber: „Unsere Rechtslage lässt „Big Data“ noch nicht zu.“

Eine vermittelnde Position versuchte der dritte Experte einzunehmen, Prof. Dr. theol. Peter Dabrock (Universität Erlangen-Nürnberg und Vorsitzender des Deutschen Ethikrates). Big Data

dürfe nicht in Bausch und Bogen verteuelt, sondern müsse ausgewogen bewertet werden. Er verwies auf die Denkschrift des Ethikrates vor gut einem Jahr („Big Data und Gesundheit ...“, über 300 Seiten), in der es in der Zusammenfassung heißt (S. 21, Rd.Nr. 34): „Als Chancen von Big Data sind vor allem bessere Stratifizierungsmöglichkeiten bei Diagnostik, Therapie und Prävention und damit verbundene Effizienz- und Effektivitätssteigerungen sowie die Unterstützung gesundheitsfördernden Verhaltens zu nennen. Risiken bestehen hinsichtlich Entsolidarisierung, Verantwortungsdiffusion, Monopolisierung, Datenmissbrauch und informationeller Selbstgefährdung.“

In der Denkschrift wird vor allem gefordert, den bisherigen, als unzureichend empfundenen Datenschutz an die neuen Möglichkeiten anzupassen und zu einer „Datensouveränität (des Patienten, Probanden, Versicherten) als informationelle Freiheitsgestaltung“ weiterzuentwickeln. Dies bedeute, dass der Patient seine Daten nicht ein für allemal abgebe, sondern ihre Weitergabe fortlaufend kontrollieren und den Weg bestimmen könne, wohin und wohin nicht. Dabrock räumte dann auf eine Frage der Moderatorin ein, dass sich die Rolle des Arztes, genauer das Arzt-Patienten-Verhältnis, dramatisch ändern könne und nicht mehr dem aktuell gewünschten „Decision-Sharing-Modell“ entsprechen werde.

Antes schüttelte den Kopf und spielte auf die unsichere Wunschvorstellung einer starken Position des Patienten gegenüber mächtigen, ausschließlich nutzenorientierten Interessengruppen im Weltmarkt an: „Ich habe in langen Jahren schon manche „Blase“ platzen sehen – der extreme Hype bei Pharma- und Kassenmanagern gibt sehr zu denken.“ Er wünschte sich seinerseits bei Big Data mehr wissenschaftliche Methodik und die Beachtung anerkannter Qualitätskriterien, um unerwünschte Nebenwirkungen bis hin zur Gefährdung demokratischer Strukturen zu verhindern.

HORST KREUSSLER

2019

Vom 25. bis 27. November findet die Wissenswerten in Bremen in diesem Jahr statt. Der Kongress versteht sich als „wichtigstes deutschsprachiges Dialogforum für Wissenschaftsjournalisten, -kommunikatoren und medieninteressierte Forscher“. Weitere Info unter www.wissenswertes-bremen.de

NOTFALLDOSE

Lebensretter im Kühlschrankschrank

Notfalldose in Schleswig-Holstein weitgehend unbekannt. Wichtige Gesundheitsinformationen in der Kühlschrankschranktür.

Was im Süden Deutschlands bereits in fast jedem Kühlschrankschrank neben den Eiern steht, ist in Schleswig-Holstein noch weitgehend unbekannt: Die grüne Notfalldose. „Das muss geändert werden“, findet Anne Schluck, angestellte Ärztin in einer niedergelassenen Praxis in Eutin. Gemeinsam mit Ingrid Berger, Vorsitzende der Bürger-Stiftung Eutin, arbeitet sie daran, die Notfalldose dort bekannt zu machen, wo sie helfen kann: bei den ärztlichen Kollegen im fahrenden Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, bei der Besatzung der Rettungswagen, bei den niedergelassenen Kollegen und natürlich bei den Patienten.

Bei einem Notfall zählen oft Sekunden. Finden die Rettungskräfte einen Patienten in seiner Wohnung schwer verletzt und sogar bewusstlos vor, muss schnell gehandelt werden. Nach der Erstversorgung kommen schnell Fragen auf: Hat der Patient Vorerkrankungen, welche Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden, welche werden nicht vertragen oder: Inwieweit soll eine Behandlung überhaupt erfolgen, was hat der Patient in seiner Patientenverfügung festgehalten?

Schon an der Wohnungstür von in Not geratenen Patienten können Rettungskräfte sehen, ob wichtige Informationen zur dort wohnenden Person im Kühlschrankschrank zu finden sind. Der grüne Aufkleber, der auf die Notfalldose im Kühlschrankschrank hinweist, findet sich an der Innentür der Wohnungstür und auf der Außenseite der Kühlschrankschranktür.

Doch was findet der Retter in der Dose? Auskünfte über die erkrankte/verletzte Person: vorhandene Krankheiten, einzunehmende Medikamente, zurückliegende Operationen, Notfallkontaktpersonen und sogar über die Haustiere und deren Behandlung finden sich Informationen. „Die Informationen der Notfalldose können



Anne Schluck (oben), angestellte Ärztin in einer niedergelassenen Allgemeinpraxis in Eutin und Ingrid Berger, Vorsitzende der Bürger-Stiftung Eutin, arbeiten gemeinsam an der Verbreitung der Notfalldose in schleswig-holsteinischen Haushalten.



nach der Erstversorgung des Patienten wertvolle Zeit einsparen. Die Aufbewahrungsgewohnheiten beispielsweise von Medikamenten oder der Patientenverfügung sind in jedem Haushalt anders. Angehörige sind in Notsituationen meist gestresst und nicht in der Lage, wichtige und vor allem richtige Informationen zu geben“, sagt Schluck. Auch die Versorgung der Haustiere spiele meist eine nicht zu unterschätzende Rolle. So wollen Patienten ihr Tier nicht unversorgt und allein zurücklassen und verweigern daher die Einweisung in ein Krankenhaus. „Beim Ausfüllen des Zettels in der Notfalldose sind die Patienten gezwungen, sich über diese Dinge Gedanken zu machen und sie im Vorwege abzuklären. So steht der dann notwendigen stationären Behandlung nichts mehr im Weg“, so Schluck.

Was im ersten Augenblick nur für ältere alleinstehende Menschen infrage zu kommen scheint, ist für jede Altersgruppe sinnvoll. Auch ein Kleinkind, dessen Mutter bewusstlos wird, oder ein Ehepartner, der mit der Situation überfordert ist, kann auf die Fragen der Rettungssanitäter meist nicht die richtige Antwort geben. Auch hier informiert die Notfalldose schnell und umfassend.

In Schleswig-Holstein muss die Notfalldose derzeit von Patienten selbst beschafft und finanziert werden. Sie kann über die Homepage www.notfalldose.de oder den Onlineanbieter Amazon erworben werden. Auch viele Apotheken haben die Notfalldose bereits in ihr Sortiment aufgenommen, einige Vereine und Organisationen bieten sie auch kostenlos an. Wer die Notfalldosen als Arzt seinen Patienten anbieten möchte, kann sie im Internet unter www.notfalldose.de bestellen. Je nach erworbener Menge reduziert sich der Einzelpreis.

Schluck und Berger sind sich sicher: „Ist die Notfalldose erst einmal bei allen Akteuren der Notfallversorgung im Land bekannt, können wir wichtige Zeit sparen und die Notfallversorgung weiter verbessern“.

ASTRID SCHOCK

VERSORGUNGSWERK

Ruhegelder bleiben über Rentenniveau

Das Versorgungswerk macht sich fit für die Zukunft: Neue Satzung, neues Logo, neuer Internetauftritt. Auch die künftigen Mitglieder von Aufsichtsrat und Verwaltungsrat sind gewählt.

Das Versorgungswerk macht sich fit für die Zukunft: Neue Satzung, neues Logo, neuer Internetauftritt. Auch die künftigen Mitglieder von Aufsichtsrat und Verwaltungsrat sind gewählt.

Die Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein startet eine durchgreifende Erneuerung: Sie hat zum Jahresbeginn 2019 ihre Satzung novelliert und heißt jetzt „Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein“.

Die neue Bezeichnung verdeutlicht, dass eine organisatorisch selbstständige und von der Kammer finanziell unabhängige betriebliche Einheit eingezahlte Rentenbeiträge in Rentenanwartschaften „verarbeitet“. In den ersten Jahren nach der Gründung im Jahr 1964 war das Versorgungswerk organisatorisch noch stärker in die Kammer eingebunden und quasi nur eine von mehreren Abteilungen. Inzwischen hat es nahezu 20.000 Mitglieder und beschäftigt 35 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sein Anlagevolumen beträgt ca. 3,7 Mrd. Euro. Das neue Logo des Versorgungswerkes wurde demjenigen der Ärztekammer angepasst.

Ebenfalls neu ist der Internetauftritt des Versorgungswerkes. Unter der neuen Adresse www.vaesh.de erhalten Mitglieder zukünftig zahlreiche Informationen und Empfehlungen. Wichtige Formulare stehen zum Download bereit. Das Werk will weiterhin attraktive Leistungen bieten und den Service für seine Mitglieder kontinuierlich verbessern. Vorgeesehen ist, künftig allen Mitgliedern, die eine Rente des Versorgungswerkes beziehen werden, im jährlichen Rhythmus eine aktuelle individuelle Rentenprognose zuzuleiten. Im Rahmen der fortschreitenden Digitalisierung wird derzeit eine neue Software für die Mitgliederverwaltung entwickelt. Alle Mitgliederakten werden bereits elektronisch geführt.

Am 28.11.2018 führte die Kammerversammlung die turnusmäßige Neuwahl der Mitglieder des Verwaltungsrates



Versorgungswerk
DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

und des Aufsichtsrates durch. Bertram Bartel, seit 2013 Vorsitzender des Verwaltungsrates, und sein Stellvertreter Thomas Montag wurden in ihren Ämtern bestätigt. Weitere Verwaltungsratsmitglieder sind Dr. Anna Christina Schulz-Du-Bois, Dr. Jan Andresen, Dr. Joachim Georgi und Dr. Frank Schubert. In den Aufsichtsrat wurden Dr. Gisa Andresen, Petra Struve, Dr. Hans Irmer, Dr. Gert Sötje und Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen wiedergewählt. Karen Hartwig und Mark Weinhonig gehören dem Gremium erstmalig an. In seiner konstituierenden Sitzung am 10.12.2018 wählte der Aufsichtsrat Dr. Dr. jur. Michael Steen zum Vorsitzenden und Petra Struve zur stellvertretenden Vorsitzenden.

Die neue Satzung des Versorgungswerkes

Das Versorgungswerk gehört neben der gesetzlichen Rentenversicherung und der Beamtenversorgung zur „ersten Säule“ der Alterssicherungssysteme. Rechtsgrundlage des Werkes ist das Heilberufekammergesetz Schleswig-Holstein. Der gesetzliche Auftrag verpflichtet dazu, dass möglichst alle Mitglieder eine angemessene Versorgung erhalten und Beiträge in der erforderlichen Höhe leisten.

Die zum 01.01.2019 in Kraft getretene neue Satzung ist das Resultat einer umfassenden Überarbeitung. Über die Satzung des Versorgungswerkes „wacht“ ihr Aufsichtsrat. Ihm obliegt es, Initiativen für Satzungsänderungen zu ergreifen und diese der Kammerversammlung zur Beschlussfassung vorzulegen. Der Aufsichtsrat kam zu dem Ergebnis, dass sich die grundlegenden bishe-

rigen Regelungen in der Praxis bewährt haben. In Teilbereichen, insbesondere des Beitrags- und Leistungswesens, erkannte er Änderungsbedarf, weil einige Regelungen nicht mehr in Kongruenz mit den aktuellen gesellschaftlichen, demografischen und wirtschaftlichen Verhältnissen standen. Viele der beschlossenen Änderungen „wirken“ erst in einigen Jahren nach Ablauf von Übergangsregelungen. Für Rentner und Angehörige rentennaher Jahrgänge ändert sich nahezu nichts. Das neue Regelwerk ist im Vergleich zur Vorversion übersichtlicher gegliedert, sprachlich präziser und verständlicher formuliert. Den Mitgliedern soll hierdurch erleichtert werden, ihren Versorgungsstatus nachzuvollziehen und die Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf Beitragsleistungen und Rentenbezug wahrzunehmen.

Der Beschlussfassung durch die Kammerversammlung am 18.04. und 28.11.2018 ging eine zweijährige Analyse- und Diskussionsphase voraus. Die interne Federführung in Bezug auf die Konzeptionierung und Formulierung der neuen Satzung übernahmen die Justiziarin Julia Francke und der Geschäftsführer Harald Spiegel. In die Projektarbeit wurden der Verwaltungsrat, der für das Versorgungswerk tätige Versicherungsmathematiker und die zuständigen Aufsichtsbehörden eingebunden. Bertram Bartel stellte den Mitgliedern der Kammerversammlung die Neufassung in mehreren Sitzungen vor. Deren Anregungen wurden geprüft und eingearbeitet. Dies sind die wesentlichen Änderungen und Neuregelungen der neuen Satzung:

A. Grundversorgung

Die Pflichtbeiträge des Versorgungswerkes werden in der Grundversorgung vereinnahmt. Es ist ein Mischsystem aus Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren (sogenanntes „offenes Deckungsplanverfahren“). Die Kapitaldeckung schützt vor demografischen Schwankungen und bewirkt, dass der Kapitalstock (Anlagever-

1964

In diesem Jahr wurde das Versorgungswerk gegründet. Damals war es noch deutlich stärker in den Betrieb der Ärztekammer eingebunden und nur eine von mehreren Abteilungen.

mögen) fortlaufend Erträge abwirft. Die in den letzten Jahren erzielten Nettorenditen lagen stets über 4% jährlich. Zusätzlich gibt es Umlageelemente: Ein Teil der eingezahlten Beiträge wird nicht am Kapitalmarkt angelegt, sondern direkt für Rentenzahlungen verwendet. Beitragssteigerungen führen nicht nur zu Erhöhungen der Rentenanwartschaften der Beitragszahler, sondern auch zu Rentenerhöhungen der ihnen vorangegangenen, bereits im Rentenbezug befindlichen Mitgliedergeneration. Dies entfaltet einen nicht unerheblichen Inflationsschutz: Die Entwicklung der Rentenhöhe wird von der Beitragsentwicklung und der Entwicklung der Lebenshaltungskosten nicht vollständig entkoppelt. Die Mitglieder profitieren somit nicht nur von Kapitalerträgen, sondern auch von höheren Beiträgen der nachfolgenden Mitgliedergeneration.

1. Beitragspflicht und Beitragshöhe (§ 15)

Es ist gut, im Alter finanziell versorgt zu sein. Mit dem in den letzten Jahrzehnten verzeichneten Anstieg der Lebenserwartung nahm zugleich die Rentenbezugsdauer zu. Die finanzielle Absicherung vor Alter und Berufsunfähigkeit gewann erheblich an Bedeutung. Zudem begann der Staat im Jahr 2005 damit, jeden Neurentnerjahrgang schärfer zu besteuern als die Neurentner des jeweiligen Vorjahres. Wer im Jahr 2040 oder später erstmalig Rente bezieht, muss sie zu 100% versteuern. Im Gegenzug sind Beitragszahlungen als Altersvorsorgeaufwendungen steuerlich absetzbar. Der Staat erhöhte die Höchstgrenzen der Absetzbarkeit in den vergangenen Jahren stetig. 2018 stiegen sie auf 23.712 € (Ledige) / 47.424 € (Verheiratete). Das Versorgungswerk hat dieser Entwicklung Rechnung getragen und einige Regelungen zur Beitragspflicht und Beitragshöhe angepasst. Es empfiehlt zudem freiwillige Beitragszahlungen über den Pflichtbeitrag hinaus.

Alle Mitglieder, die ihren ärztlichen Beruf ausüben, sind zukünftig beitragspflichtig. Dies gilt auch für selbstständig tätige Ärztinnen und Ärzte, die nicht in eigener Praxis niedergelassen sind. Von der Beitragspflicht befreit bleiben lediglich Mitglieder, die sich in Mutterschutz oder in Kindererziehungszeiten befinden. Sie dürfen aber Beiträge leisten, um ihre Rentenanwartschaft zu erhöhen.

Prinzipiell ist der Regelbeitrag (Höchstbeitrag) zu leisten. Er entspricht weiterhin dem Höchstbeitrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Ab Januar 2019 sind dies 1.246,20 € monatlich. Wenige Mitgliedergruppen sind von der Pflicht zur Leistung des Regelbeitrages ausgenommen:

Selbstständig tätige Mitglieder können zukünftig einen einkommensabhängigen Beitrag entrichten, wenn ihr voraussichtlicher Jahresgewinn aus ärztli-

cher Tätigkeit (gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 Einkommensteuergesetz) die Beitragsbemessungsgrenze der DRV unterschreitet. Es gilt der Beitragssatz der DRV abzüglich 4 Prozentpunkten, bezogen auf die Summe des Jahresgewinnes des vorletzten Kalenderjahres. 2019 sind dies (18,6 minus 4 =) 14,6%, bezogen auf den 2017 erzielten Jahresgewinn. Der 4%ige Abschlag trägt dem Umstand Rechnung, dass Selbstständige keinen Arbeitgeber-Zuschuss erhalten und die ausnahmslose Anwendung des Beitragssatzes der DRV (18,6%) in manchem Einzelfall eine unangemessene Härte bedeuten würde.

Selbstständigen Mitgliedern, die in eigener Praxis tätig sind, war es bislang möglich, bei Unterschreitung bestimmter Gewinnobergrenzen eine Beitragsreduzierung in Anspruch zu nehmen. In der Praxis stellte sich heraus, dass die Beitragsreduzierung oftmals zu hoch war, um eine angemessen hohe Altersrente sicherzustellen. Wer bereits am 31.12.2018 in eigener Praxis selbstständig tätig war und 2019 weiter in eigener Praxis tätig ist, kann auf Antrag übergangsweise bis längstens 2021 noch eine Beitragsreduzierung nach bisherigem Satzungsrecht in Anspruch nehmen. Sofern der für 2019 zu erwartende Jahresgewinn aus ärztlicher Tätigkeit voraussichtlich maximal 99.696 € beträgt, bemisst sich der Monatsbeitrag wie folgt (siehe Tabelle).

Angestellte Mitglieder entrichten einen Pflichtbeitrag in Höhe des Beitragssatzes der DRV. Er beträgt aktuell 18,6% des sozialversicherungspflichtigen Bruttoentgeltes (inkl. Arbeitgeber-Zuschuss), sofern es unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze der DRV (aktuell jährlich 80.400 €) liegt. Die neue Satzung lässt diese „Mechanik“ unangetastet, sodass sich für die betreffenden angestellten Mitglieder insoweit nichts ändert.

Mitglieder, die sich in den ersten zwei Jahren ihrer Niederlassung befinden, brauchen auch weiterhin nur 25% des Regelbeitrages zu leisten.

In keinem Fall – dies gilt für Angestellte und selbstständige Mitglieder gleichermaßen – darf zukünftig der neu eingeführte Mindestbeitrag unterschritten werden. Er beträgt 10 % des monatlichen Regelbeitrages. 2019 sind dies 124,62 € monatlich.

Angestellte nebenberufliche Notärzte werden künftig von der Beitragspflicht (aus der Notarztztätigkeit) befreit, wenn diese Tätigkeit entweder neben einer angestellten Tätigkeit, die einen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich außerhalb des Rettungsdienstes hat, oder neben einer Tätigkeit als zugelassener Vertragsarzt oder als Arzt in privater Niederlassung ausgeübt wird.

Geringere Beitragszahlungen führen stets zu proportional geringeren Renten-

anwartschaften. Sie können unter Umständen eine auskömmliche Versorgung gefährden, „lohnen“ sich also nicht. Jeder Pflichtbeitrag darf auch weiterhin bis zur Höhe des Regelbeitrages aufgestockt werden.

2. Rentenberechnung (§ 20)

In der Grundversorgung bleibt die bisherige Methodik der Rentenberechnung unangetastet. Jede monatliche Beitragszahlung führt zu einem Rentenbaustein („Beitragsquotient“). Seine Höhe bestimmt sich nach dem Verhältnis des geleisteten Beitrages zum 12fachen des Regelbeitrages. Die höchstmögliche Bausteinsumme pro Kalenderjahr beträgt somit 1. Bei Renteneintritt wird die Summe aller erworbenen Bausteine mit dem dann gültigen Rentenmultiplikator multipliziert. Ihn legt der Aufsichtsrat jährlich fest. Dieses System gilt seit 1980.

Das Prinzip, wonach sich die Höhe des für jeden Beitragsmonat erworbenen Rentenbausteines nach der Höhe des im betreffenden Monat geleisteten Beitrages bestimmt, galt bislang in Bezug auf die ersten drei Berufsjahre nur eingeschränkt. Denn soweit diese Zeit in angestellter Tätigkeit absolviert wurde, bemmaß sich die Höhe der in jedem der ersten drei Berufsjahre erworbenen Rentenbausteine „mindestens“ nach dem Durchschnitt aller Rentenbausteine, die ab dem vierten Berufsjahr bis zum Renteneintritt erworben wurden. Die Hintergründe dieser Regelung beruhen auf der 1980 vorgenommenen Systemumstellung und der seinerzeit beabsichtigten Glättung von Übergangsfolgen. Denn bis 1979 hatte die Versorgungseinrichtung ein Einheitsrentensystem praktiziert, bei dem die Rentenhöhe im Wesentlichen durch die Beitragszahlungsdauer und nicht durch die Höhe der pro Jahr geleisteten Beiträge bestimmt wurde.

Der nach der bisherigen Satzung zu berechnende „Durchschnittsbaustein“ basierte auf der Annahme, dass ein Mitglied „im Normalfall“ während der gesamten Dauer seiner Berufstätigkeit Pflichtbeiträge an das Versorgungswerk leistet. Das trifft jedoch auf immer weniger Mitglieder zu. Viele beenden ihre Beitragszahlung vorzeitig, weil sie beitragspflichtiges Mitglied eines anderen Versorgungswerkes werden. Ähnliches gilt für später Eintretende, die nach ihrer

Tabelle

Mitglieder, die bis Jahresende 2018 in eigener Praxis selbstständig waren, können auf Antrag weiterhin den Beitrag reduzieren, wenn ihr zu erwartender Jahresgewinn aus ärztlicher Tätigkeit die unten genannten Beträge nicht überschreitet.

Beitragsreduzierung	Gewinnobergrenze	Monatsbeitrag
50%	€ 99.696	€ 623,10
75%	€ 49.848	€ 311,55
80%	€ 18.693	€ 249,24

Approbation zunächst außerhalb Schleswig-Holsteins arbeiten und hier erst später Pflichtmitglied werden. Denn seit 2005 wenden alle 18 ärztlichen Versorgungswerke in Deutschland das „Lokalitätsprinzip“ an: Die Beitragspflicht besteht stets gegenüber dem Versorgungswerk, in dessen örtlicher Zuständigkeit die ärztliche Tätigkeit ausgeübt wird. Diese Systemlogik deckt sich mit derjenigen des in der Europäischen Union geltenden Sozialrechts. Die ärztlichen Versorgungswerke haben zwar vereinbart, dass Mitglieder ihre geleisteten Beiträge zuzüglich Zinsen im Falle eines Ortswechsels bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen an das neu zuständige Versorgungswerk überleiten können. In vielen Fällen werden diese Voraussetzungen jedoch nicht erfüllt oder die Betroffenen verzichten auf eine Überleitung. Das Versorgungswerk führt ihre Rentenanwartschaften dann bis zum Rentenbezug als „ruhend“ fort.

Die neue Satzung lässt die Durchschnittsbausteinberechnung auslaufen. Sie gilt unverändert weiter für Mitglieder, die am 01.01.2019 bereits Rente beziehen, ebenso für Mitglieder, die vor 1961 geboren wurden und ihre Mitgliedschaft bis 2004 erwarben. Für Angehörige der „rentenferneren“ Geburtsjahrgänge 1961 und später bestimmt sich auch in den ersten drei Berufsjahren die Höhe des für jeden Beitragsmonat erworbenen Rentenbausteines nunmehr allein nach der Höhe des im betreffenden Monat geleisteten Beitrages. Angehörige der Geburtsjahrgänge 1961 bis 1965, die ihre Mitgliedschaft zwischen 1987 und 2004 erwarben, erhalten als Ersatz für die Altregelung einen pauschalen Zuschlag (§ 20 Abs. 7). Damit werden erworbene Besitzstände gewahrt und das bei den betreffenden Mitgliedern gebildete Vertrauen auf eine Fortgeltung der bisherigen Regelung geschützt. Andere, insbesondere jüngere Mitglieder haben rechnerisch noch keinen Besitzstand in Bezug auf einen „Durchschnittsbaustein“ in rentenrelevanter Höhe erworben, denn bei ihnen ist dafür die Zahl der seit dem vierten Berufsjahr erworbenen Rentenbausteine zu gering bzw. die Zahl der zukünftigen, bis zum Altersrentenbezug erst noch zu erwerbenden Rentenbausteine (ihre Zahl und ihre Höhe sind ungewiss) zu hoch.

3. Vorgezogene und aufgeschobene Altersrente (§§ 21 und 22)

Der Altersrentenbezug kann weiterhin bis zu 60 Monate vor Erreichen des Regelrenteneintrittsalters vorgezogen oder längstens bis zur Vollendung des 69. Lebensjahres aufgeschoben werden. Die hierbei jeweils anfallenden Kürzungs- und Zuschlagsbeträge wurden versicherungsmathematisch neu kalkuliert. Während der Rentenaufschubzeit ge-

leistete Beiträge werden zukünftig in der freiwilligen Höherversicherung verbucht.

4. Berufsunfähigkeitsrente (§ 23)

Neu eingeführt wurde der Rentenbezug wegen (nur) vorübergehender Berufsunfähigkeit. Er setzt voraus, dass die Berufsunfähigkeit seit mindestens sechs Monaten besteht. Krankheitsfälle, bei denen die Arbeitsfähigkeit früher eintritt, berechtigen nicht zum Rentenbezug. Neu ist auch, dass die Bezieher von Berufsunfähigkeitsrente zukünftig einen Arbeitsversuch bei Fortbezug der Rente starten dürfen. Er ermöglicht ihnen, ihr Leistungsvermögen für eine begrenzte Zeit risikolos zu testen, um ihre Chancen für die Rückkehr in den Beruf zu verbessern.

5. Witwen- und Witwerrente (§ 25)

Für die Ehepartner künftiger Rentner beträgt die Höhe der Witwen-/Witwerrente zukünftig 60 % der Altersrente (bisher 66 2/3 %). Dieser Prozentsatz ist inzwischen bei nahezu allen ärztlichen Versorgungswerken üblich. Der bisherige Satz von 66 2/3 % gilt als „Auslaufregelung“ weiter für die Ehepartner von Mitgliedern, die am 01.01.2019 bereits Rente beziehen. Er gilt auch für die Ehepartner von Mitgliedern, die vor 2027 versterben, und von Mitgliedern, die vor 1961 geboren wurden, sofern die Eheschließung vor 2019 erfolgt ist. Diese Mitglieder werden somit in ihrem Vertrauen auf den Fortbestand des bisherigen Satzungsrechts geschützt. Wer einem rentennahen Geburtsjahrgang angehört, hat sich mit seinem Ehepartner oftmals bereits auf die zu erwartende Höhe der Hinterbliebenenrente eingestellt und die gemeinsame Vorsorge danach ausgerichtet. Keine Witwen-/Witwerrente wird künftig gewährt, wenn die Ehe erst nach Beginn des Altersrentenbezuges und nach dem 01.01.2019 geschlossen wurde.

6. Waisenrente (§ 26)

Die Waisenrente wird weiterhin über den Zeitpunkt hinaus gewährt, in dem die Waise ihr 18. Lebensjahr vollendet. Voraussetzung dafür ist, dass sie sich in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder bei Vollendung des 18. Lebensjahres infolge körperlicher oder geistiger Gebrechen außerstande ist, sich selbst zu unterhalten. Künftig wird die Rente auch während der ersten 12 Monate eines freiwilligen Dienstes im Sinne von § 2 Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 d) Einkommensteuergesetz (z. B. Freiwilliges Soziales Jahr) gewährt. Sie wird künftig nicht mehr versagt, wenn die Waise eine Ausbildungsvergütung von 667 € monatlich oder mehr bezieht. Anderweitig erzielt Einkommen wird somit nicht auf die Rente angerechnet.

7. Kinderzuschüsse (§ 27)

Die bisherige Satzung sah vor, dass die Bezieher von Alters- und Berufsunfähigkeitsrenten für jedes Kind einen Zuschuss beantragen konnten. Er betrug für jedes Kind 1/6 der monatlichen Rente. Der Zuschuss wurde bis zu dem Zeitpunkt gewährt, in dem das Kind seine Ausbildung beendet, längstens bis zur Vollendung des 27. Lebensjahres. Da Kinderzuschüsse nicht durch eigene Beiträge der begünstigten Mitglieder, sondern durch alle Beitragszahler finanziert werden, ist auf die Gleichbehandlung der Mitglieder besonderes Augenmerk zu legen. In der Praxis erfüllten hauptsächlich männliche Altersrentner die Bezugsbedingungen. Hingegen blieb der Zuschuss den weitaus meisten weiblichen Altersrentnerinnen versagt, weil zum Zeitpunkt ihres Renteneintritts ihre Kinder bereits älter als 27 Jahre waren. Eine späte Mutterschaft ist statistisch deutlich seltener als eine späte Vaterschaft. Mitglieder, die in jüngerem Alter Eltern wurden, bezogen ebenfalls keinen Zuschuss. Denn zum Zeitpunkt ihres Renteneintritts war ihr Kind bereits älter als 27. Die Zuschussregelung stammt aus dem Gründungsjahr 1964. Damals gewährte auch die DRV Kinderzuschüsse. Sie schuf sie 1983 ab. Seitdem gibt es – auch für die Mitglieder des Versorgungswerkes – Kindergeld vom Staat.

Die neue Satzung enthält eine gestaffelte „Auslaufregelung“: Mitglieder, die am 01.01.2019 bereits Rente beziehen, können weiterhin Zuschüsse nach altem Satzungsrecht beantragen, sofern ihr Kind vor 2019 geboren wurde. Dasselbe gilt aus Gründen des Vertrauensschutzes für Mitglieder, die vor 1961 geboren wurden. Die für Waisenrenten unter Ziffer 6 genannten Neuregelungen gelten für Kinderzuschüsse entsprechend. Mitglieder, die 1961 oder später geboren wurden, können künftig nur bei eigener Berufsunfähigkeit Kinderzuschüsse beziehen. Sie haben Zeit, sich auf die Neuregelung einzustellen und entsprechende Vorsorge zu treffen.

B. Freiwillige Höherversicherung

Die freiwillige Höherversicherung ist eine über den Grundbedarf hinausgehende Zusatzversorgung. Wer Beiträge einzahlen möchte, muss zugleich den Regelbeitrag in die Grundversorgung leisten. Die Zahlung in die Höherversicherung darf jederzeit eingestellt und jederzeit wieder aufgenommen werden. Die Beiträge sind steuerlich ebenfalls als Altersvorsorgeaufwendungen absetzbar.

In der Höherversicherung führt jeder gezahlte Beitrag vereinfacht formuliert zu einer „Mini-Rentenanwartschaft“. Ihre Höhe bestimmt sich nach dem Alter des Beitragsleistenden zum Zeitpunkt der Zahlung und ist tabellarisch in der Satzung (§§ 32 ff.) gere-

3,7 Mrd.

Euro umfasst das Anlagevolumen des Versorgungswerkes Schleswig-Holstein, dem inzwischen rund 20.000 Mitglieder angehören.

Die Mitarbeiter des Versorgungswerkes der Ärztekammer Schleswig-Holstein vor ihrem Gebäude in der Bismarckallee in Bad Segeberg, das an die Ärztekammer angrenzt. Fünfter von rechts: Geschäftsführer Harald Spiegel.



gelt, somit im Voraus berechenbar (so genanntes „Einmalbeitragsverfahren“). Den Anwartschaften lag bislang ein Rechnungszins von 4% jährlich zugrunde. Für Beiträge, die bis 2018 entrichtet wurden, beträgt der Rechnungszins weiterhin 4% jährlich, und zwar weiterhin vom Zeitpunkt der Beitragsleistung bis zum Ende des Rentenbezuges. Für Mitglieder, die am 01.01.2019 bereits Rente beziehen, ändert sich somit nichts, ebenso wenig für Mitglieder, soweit sie Beiträge vor 2019 geleistet haben. Für Beiträge, die ab dem 01.01.2019 geleistet werden, wurde der Rechnungszins auf Empfehlung des Versicherungsmathematikers auf 2,5% jährlich angepasst. Zum Vergleich: Bei Lebensversicherungsunternehmen beträgt der Höchstrechnungszins 0,9% jährlich. Die Höherversicherung muss einkalkulieren, dass die gegenwärtige Niedrigzinsphase weiter andauert und die in zukünftigen Jahren erzielte Nettoerndite den bisherigen Rechnungszins von 4% unterschreitet. Dauerhafte Defizite sind jedoch nicht zulässig. Da die Höherversicherung zu 100% kapitalgedeckt ist, reagiert sie auf einen Rückgang von Kapitalerträgen empfindlicher als die Grundversorgung.

Die endgültige Rente aus der Höherversicherung setzt sich aus der Summe aller „Mini-Rentenanswartschaften“ und Gewinnbeteiligungen zusammen. Eine Gewinnbeteiligung entsteht, wenn die in einem Geschäftsjahr erzielte Nettoerndite den nach Beiträgen gewichteten durchschnittlichen Rechnungszins übersteigt und der Aufsichtsrat beschließt, die hieraus entstehenden Überschüsse zur Anhebung der Anwartschaften und Rentenleistungen zu verwenden. Gewinnbeteiligungen wirken anwartschafts- und rentensteigernd wie geleistete Beiträge.

Mit der Anpassung des Rechnungszinses sinkt naturgemäß der zur Erfüllung der Rentenverpflichtungen benötigte Kapitalertrag. Bei langfristig sta-

biler Entwicklung der Kapitalmärkte ist zu erwarten, dass das aus Kapitalerträgen generierte Überschussvolumen – sozusagen im Gegenzug – kontinuierlich ansteigt. Verlässlich prognostizierbar ist dies leider nicht, denn die Höhe künftiger Kapitalerträge ist nicht vorhersehbar. Die individuellen Rentenprognosen, die die Mitglieder künftig jährlich erhalten werden, blenden zukünftige Gewinnbeteiligungen daher komplett aus.

Bei der Gewinnbeteiligung wird der aus Kapitalerträgen erzielte Überschuss gerecht verteilt: Die Anwartschaften aus Beiträgen, die ab 2019 geleistet werden, werden gegenüber den Anwartschaften aus Beiträgen, die bis 2018 geleistet werden, begünstigt, maximal soweit, bis das Niveau erreicht ist, das sich im betreffenden Jahr bei einem Rechnungszins von 4% ergäbe. Die Wirkung der Rechnungszinsanpassung wird dadurch voraussichtlich deutlich milder ausfallen, als die für Beitragszahlungen ab 2019 geltenden Tabellenwerte erwarten lassen.

Zukünftig gelten bei der freiwilligen Höherversicherung in Bezug auf die Berufsunfähigkeitsrente, die Witwen-/Witwerrente, die Waisenrente und den Kinderzuschuss dieselben Neuregelungen wie bei der Grundversorgung. Zukünftige Berufsunfähigkeitsrentner, die 1961 oder später geboren wurden, erhalten Kinderzuschüsse allerdings ausschließlich aus der Grundversorgung.

Fazit und Ausblick

Der finanziellen Planung des Ruhestandes und der Absicherung der Familienangehörigen muss in Anbetracht der gestiegenen Lebenserwartung mehr Aufmerksamkeit und Vorbereitung als früher gewidmet werden. Das Versorgungswerk verfügt über ein stabiles Beitrags- und Leistungssystem. Seine wesentlichen Grundlagen behält die zum 1. Januar 2019 in Kraft getretene neue Satzung bei. Beitragszahlungen, auch in die freiwillige Höherversicherung, blei-

ben weiterhin attraktiv. Vorteilhaft ist insbesondere, dass Beitragszahlungen steuerlich als abziehbare Altersvorsorgeaufwendungen anerkannt sind.

Mitglieder, die bereits Rente beziehen, und ihre aktuellen Angehörigen sind von den Anpassungen und Neuregelungen der neuen Satzung nicht betroffen. Dasselbe gilt für die Rentenanswartschaften von Mitgliedern mit „rentennahem“ Geburtsjahr (1960 und früher). Die für Mitglieder mit „rentenfernerem“ Geburtsjahr (1961 und später) geltenden Änderungen sind zeitgemäß und maßvoll, sie betreffen hauptsächlich die Versorgung ihrer Angehörigen.

In Anbetracht der umfangreichen Arbeitsbelastung, die mit der IT-Umstellung verbunden ist, bittet das Versorgungswerk um Verständnis dafür, falls die Bearbeitung von Anfragen in den nächsten Monaten etwas länger als gewohnt dauert. Mitglieder, deren Renteneintritt nicht unmittelbar bevorsteht, werden gebeten, Anfragen zur individuellen Rentenhöhe zunächst zurückzustellen, bis ihnen im Laufe des Jahres 2019 die neue individuelle Rentenprognose zugeht.

Die Anwartschaften und Renten des Versorgungswerkes wurden zum 1. Januar 2019 um 0,75% angehoben. Der Anhebungsprozentsatz ist geringer als bei der für 2019 angekündigten Rentenanspassung der gesetzlichen Rentenversicherung. Denn beide Versorgungsträger verwenden gänzlich unterschiedliche Finanzierungssysteme. Das Versorgungswerk gewährt seinen Mitgliedern unter dem Strich beträchtlich höhere Ruhegehälter, als diese von der gesetzlichen Rentenversicherung bei gleicher Beitragsbiografie erhalten würden.

HARALD SPIEGEL, VERSORGUNGSWERK
DER ÄRZTEKAMMER
SCHLESWIG-HOLSTEIN

1.246,20

Euro beträgt der monatliche Höchstbeitrag der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ab Januar 2019. Dieser Wert entspricht auch dem Regelbeitrag zum Versorgungswerk.



GENOMSEQUENZIERUNG

Entwicklungsland Deutschland

Die Sequenzierung des menschlichen Erbgutes bedeutet vor allem für Krebspatienten und Menschen mit seltenen Gendefekten eine große Chance. International laufen derzeit große Anstrengungen, die Technik für Diagnose und Therapie intensiv nutzbar zu machen. Deutschland, das haben Experten kürzlich bei einer Veranstaltung in Bremen beklagt, kommt bei dieser Entwicklung aktuell nicht mit. Sie fordern die Politik zum raschen Handeln auf.

Mit Einführung der Hochdurchsatz-DNA-Sequenzierung (HDS) ist es bedeutend einfacher geworden, menschliche Gene zu entziffern. Eine vollständige Genomsequenzierung („Whole Genome Sequencing“, WGS) ist dank der modernen Hightech-Analyseverfahren innerhalb von 24 Stunden möglich und kostet noch rund 1.000 Euro – nur ein Bruchteil der Zeit und des Geldes, die noch vor wenigen Jahren auf die Untersuchung genetischer Erkrankungen verwendet werden mussten. „Für die Aufklärung der molekularen Ursachen genetisch bedingter Krankheiten bedeutet die Einführung der HDS eine Revolution“, sagte Prof. Hans-Ulrich Ropers, emeritierter Direktor des Max-Planck-Instituts für molekulare Genetik in Berlin, bei der Veranstaltung „Wissenswertes“ Ende November in Bremen.

Dem neuen Verfahren sei es zu verdanken, dass heute krankheitsverursachende Mutationen in über 4.000 der rund 20.000 Proteinkodierenden menschlichen Gene bekannt sind und jedes Jahr etwa 200 weitere genetische Krankheitsursachen identifiziert werden. Vor allem für die seltenen Krankheiten, von denen rund vier Prozent der Bevölkerung betroffen seien, habe die

Experten beklagen, dass Deutschland bei der Genomsequenzierung den Anschluss verliert. Thema bei der Wissenwerten in Bremen.

WGS große Bedeutung, seien doch in vielen Fällen einzelne Gendefekte für die jeweilige Erkrankung verantwortlich. Neuen Studien zufolge könne mithilfe der WGS bei etwa der Hälfte aller Patienten mit einer seltenen Erkrankung die kausale Genmutation identifiziert werden. Ropers: „Der Fortschritt ist spektakulär!“

Prof. Jeanette Erdmann, Direktorin des Instituts für Kardiogenetik an der Universität Lübeck, berichtete von ihren persönlichen Erfahrungen. Sie leidet seit Geburt unter einer seltenen Muskelerkrankung, die 45 Jahre ohne Diagnose geblieben ist und eine Odyssee von Arzt zu Arzt beinhaltete. Vor einigen Jahren habe sie dann eine eigenfinanzierte Gensequenzierung vornehmen lassen und die zugrunde liegende Mutation gefunden. „Das hat für mich viel verändert. Deswegen kann ich auch nur unterstützen, dass Eltern, die ein Kind mit einer Auffälligkeit haben, eine Diagnose wollen. Für sie ist eine Gensequenzierung sicherlich ein probates Mittel.“

Die Wirklichkeit, so Prof. Ropers, sieht jedoch anders aus. Krankenkassen würden die Genomsequenzierung gar nicht und den Ableger, die weniger aufwendige Exom-Sequenzierung, nur in seltenen Ausnahmefällen bezahlen. „Wenn man ein Instrument hat, das 1.000 Euro kostet und mit dem man bei 50 Prozent aller Betroffenen eine Diagnose stellen kann, dann kann man das nicht der Öffentlichkeit vorenthalten.“ In anderen Ländern werde anders ver-

fahren, so Ropers. Vorreiter sei England, dessen Regierung 2012 das „Genomics England Project“ mit dem Ziel initiiert habe, 100.000 Genome vor allem von Patienten mit seltenen Erkrankungen und mit Krebs vollständig zu sequenzieren. Aufgrund des erfolgreichen Verlaufs des Programms habe England die WGS zum 1. Oktober 2018 im Rahmen der genetischen Routinediagnostik landesweit eingeführt. Frankreich, die USA und China hätten ebenfalls umfangreiche Programme aufgelegt. Auch die „European Alliance for Personalized Medicine“ (EAPM) will laut Beschluss von April 2018 in einem Verbund aus 13 Ländern bis 2022 mindestens eine Million Genome sequenzieren – allerdings ohne Beteiligung Deutschlands, „das damit hinter nahezu alle west- und mitteleuropäischen Staaten zurückgefallen ist“, so Ropers.

In Deutschland seien bislang maximal 20.000 Exome und erst 3.000 bis 5.000 Genome sequenziert worden, erklärte Prof. Olaf Ries, Direktor des Instituts für Medizinische Genomik und angewandte Genomik der Uniklinik Tübingen. „Damit sind wir ein Entwicklungsland!“ In Deutschland werde Genom-Medizin an den universitären Einrichtungen betrieben; allerdings nur für einen kleinen Teil der Patienten. Universitäten seien selbstverständlich auch Teil der Krankenversorgung, aber ein Großteil von dem, was in den Universitäten passiere, sei momentan noch Forschung, so Riess. „Wir brauchen große Mengen an Forschungsdaten, auf die

20.000

Exome und zwischen 3.000 und 5.000 Genome sind bislang in Deutschland sequenziert worden. Für relevante Schlussfolgerungen halten Experten deutlich größere Datenmengen für erforderlich.

wir zurückgreifen können. Wir müssen wissen, warum ein Tumorpatient sich mit einem Medikament gut behandeln lässt und der andere nicht. Wenn wir das nur etwa bei uns in Tübingen analysieren, dann bekommen wir vielleicht 1.000 Datensätze. Wir brauchen aber 100.000 oder noch mehr Datensätze, um relevante Schlüsse daraus ziehen zu können. „Eine größere Infrastruktur und eine bessere Vernetzung seien deshalb unbedingt notwendig. Wenn nur ein Bruchteil der rund 250.000 Krebstodesfälle pro Jahr in Deutschland vermieden werden könne, rechtfertige diese jede Investition, so Riess.

Ins gleiche Horn blies die Lübecker Expertin Jeanette Erdmann: „Wir blicken fast schon neidisch auf die Kollegen in den USA und in Großbritannien; so große Datensätze haben wir in Deutschland nicht zur Verfügung. Auch deswegen kam es mir schon ein bisschen wie ein Offenbarungseid vor, dass Deutschland sich nicht an dem europäischen Eine-Million-Genom-Projekt beteiligt. Warum sind wir nicht dabei? Brutal könnte man sagen, es ist das Unvermögen der Politiker zu begreifen, worum es hier geht.“

Erdmann und ihre Kollegen auf dem Podium beklagten insbesondere, dass das vom BMBF mit über 600 Millionen Euro geförderte Nationale Genomforschungsnetz (NGFM) 2013 nach zwölf Jahren ersatzlos ausgefallen ist und die Genomforschung in Deutschland seitdem ein geradezu stiefmütterliches Dasein fristet. Im Deutschen Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) habe man die Sequenzierung von 1.200 Genomen „mit sehr viel Mühe“ finanziert, erläuterte Erdmann. Ziel sei es, eine erste Referenzdatenbank für die deutsche Population öffentlich zu machen. „Das hat uns neben dem Geld sehr viel Anstrengung gekostet. Was haben wir gelernt? Dass schon die Handhabung der großen Datensätze schwierig ist. Denn dazu braucht man Erfahrung, und die gibt es in Deutschland noch nicht.“

Prof. Michael Krawczak, Direktor des Instituts für Medizinische Informatik und Statistik der Uni Kiel, unterstrich, dass genomische Medizin extrem hilfreich bei der Aufklärung der Ursachen von seltenen Erkrankungen und bei der Therapiesteuerung onkologischer Erkrankungen sein kann. Gleichwohl hob er einen warnenden Zeigefinger: Die komplexe Materie der Genommedizin laufe Gefahr, zu große Erwartungen zu wecken, wenn verschiedene Dinge miteinander vermischt werden. In den vergangenen Jahren habe man feststellen müssen, dass die Suche nach den genetischen Ursachen von Volkskrankheiten nahezu ergebnislos verlaufen sei; er als Humangenetiker habe

diesen „schmerzhaften Prozess“ unmittelbar miterlebt. „Bei den Volkskrankheiten gibt es eine Vielzahl von genetischen Varianten, die Einfluss haben; aber jede einzelne trägt sehr wenig zum Krankheitsgeschehen bei und das Wirkungsgeflecht ist sehr kompliziert. Mit dieser Erkenntnis müssen wir leben.“ Wenn trotzdem in der Öffentlichkeit Ideen diskutiert werden, dass zum Beispiel aus den genetischen Informationen vorhergesagt werden könne, mit welcher Wahrscheinlichkeit jemand einen Herzinfarkt oder Diabetes bekommt, könne dies „die berechtigten Anliegen der Genom-Medizin diskreditieren“. Mit solch ethisch fragwürdigen Forderungen wolle man Embryonen darauf untersuchen, welche genetische Prädisposition sie für einen Herzinfarkt hätten; eine amerikanische Firma plane gar, in-vitro fertilisierte Embryonen auf ihre Intelligenz-Disposition zu testen. Abgesehen davon, dass es keine validierten diagnostischen Prädiktionstests dieser Art gebe, bleibe die Frage, wem solche Informationen nützen, so Krawczak. „Werden sie tatsächlich dazu führen, dass Menschen, die bisher nicht auf den Arzt gehört haben und weniger getrunken oder nicht geraucht haben, jetzt ihr Verhalten drastisch ändern, weil sie wissen, dass ihr Risiko für einen Herzinfarkt nicht mehr fünf, sondern zwölf Prozent beträgt? Da sind ernsthafte Zweifel angemeldet.“

Die Wissenschaftler wollten bei der Veranstaltung in Bremen Alarm schlagen, damit in Deutschland eine wegweisende Entwicklung wie die Genomsequenzierung nicht verpasst wird. Dass es noch Chancen gebe, wurde gleichwohl deutlich: In der Tumorforschung sei man auch international gut aufgestellt, im Rahmen des „Nationalen Aktionsplans für Menschen mit seltenen Erkrankungen“ (NAMSE) werden erste Projekte zur Genomsequenzierung bei Verdacht auf eine genetisch bedingte Krankheit umgesetzt, hieß es vonseiten der Experten. In einem bei der Veranstaltung ausgegebenen Paper fordert Ropers, dass Deutschland Anschluss an die internationale Entwicklung gewinnen müsse. „Mit seinem Netz aus humangenetischen Instituten und Zentren für seltene Krankheiten und seiner im Aufbau befindlichen Infrastruktur für Hochdurchsatzsequenzierung verfügt Deutschland bereits über wichtige Bausteine zur Realisierung dieses Konzepts.“ Oder, wie der Tübinger Riess bilanzierte: „Letztendlich geht es überhaupt nicht darum, ob Genom-Medizin in Deutschland eine Zukunft hat, sondern ausschließlich darum, wie schnell und vor allen Dingen, ob sie flächendeckend eingeführt wird.“

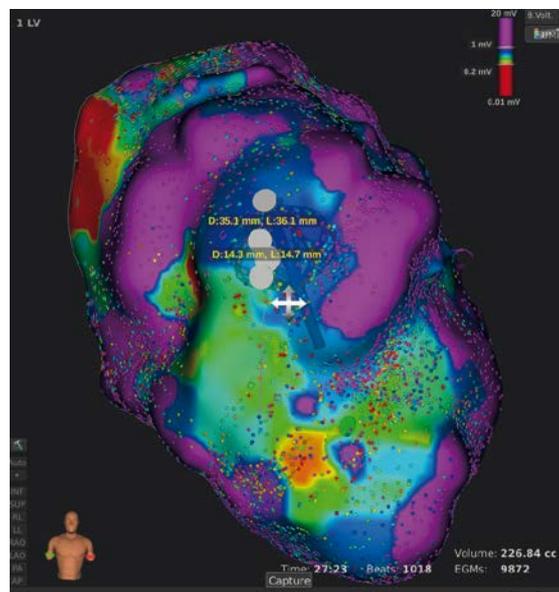
UWE GROENEWOLD

KURZ NOTIERT

Erfolgreiche Bestrahlungstherapie von Herzrhythmusstörungen

Als einer der ersten Patienten weltweit und als erster Patient in Deutschland konnte Ende 2018 ein 79-jähriger Mann mit lebensbedrohlichen und therapierefraktären Herzrhythmusstörungen mit einer hochpräzisen einmaligen Bestrahlung erfolgreich behandelt werden. Die neuartige Behandlungsmethode wurde in enger Kooperation der Klinik für Innere Medizin III und der Klinik für Strahlentherapie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, durchgeführt.

Der Patient leidet an einer schweren Herzmuskelerkrankung und erhielt trotz einer maximalen antiarrhythmischen medikamentösen Therapie von seinem implantierten Defibrillator fast täglich eine Schockabgabe. „Nach der erfolgreichen



Mithilfe eines der weltweit modernsten Mappingsysteme wurde aus mehr als 10.000 Datenpunkten eine hochauflösende Darstellung der linken Herzkammer im elektrophysiologischen Labor erstellt, um so die Zielregion für die Bestrahlung zu identifizieren.

Bestrahlung sind die bösartigen Herzrhythmusstörungen bislang nicht wieder aufgetreten“, sagte Prof. Hendrik Bonnemeier, stellvertretender Direktor der Klinik für Innere Medizin III und Leiter der Abteilung für Elektrophysiologie und Rhythmologie. Zur Vorbereitung der Strahlenbehandlung erstellten Bonnemeier und Oberarzt Dr. Thomas Demming mittels eines Mappingsystems aus mehr als 10.000 Datenpunkten eine hochauflösende Darstellung der linken Herzkammer im elektrophysiologischen Labor, um so die Zielregion für die Bestrahlung zu identifizieren. Anschließend wurde die gezielte Bestrahlung durch ein Team von Medizinphysikexperten um Prof. Frank-Andre Siebert und Ärzten aus der Klinik für Strahlentherapie berechnet und schließlich bei dem Patienten erfolgreich durchgeführt. Die hochpräzise Bestrahlung zeigt eine innovative Therapieoption für bestimmte Patienten mit therapierefraktären ventrikulären Tachykardien auf. Eine prospektive Studie unter Leitung des UKSH Campus Kiel soll ab dem kommenden Jahr diese Methode bei betroffenen Patienten genauer untersuchen. Der individuelle Heilversuch wurde gemeinsam mit dem Direktor der Klinik für Strahlentherapie, Prof. Jürgen Dunst, geplant und über ein halbes Jahr vorbereitet. Für Dunst ist die Therapie Beispiel für die interdisziplinäre Kooperation am UKSH. (PM/RED)

LEBENDSPENDEKOMMISSION

Korrekturen erforderlich

Ein kritischer Erfahrungsbericht nach 19 Jahren Lebendspendekommission in Schleswig-Holstein.

Abstract

Der vorliegende Text stellt einen Beitrag zur derzeitigen Diskussion über die bisherige und zukünftige Situation der Transplantationsmedizin in Deutschland dar. Dies geschieht aus dem Blickwinkel der bisher wenig beschriebenen Tätigkeit der Lebendspendekommissionen. Die Grundlage bildet die nun 19-jährige Erfahrung der schleswig-holsteinischen Kommission, deren Mitglieder z. T. seit der „ersten Stunde“ dieser ehrenamtlichen Aufgabe nachkommen. Zusammengefasst legt dieser Erfahrungshintergrund Folgendes nahe:

- ▶ Es sollte die Passage in §8 des Transplantationsgesetzes, die bei nicht verwandten Spendern verlangt, dass sie dem Empfänger „in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“, überdacht werden.
- ▶ Gleiches gilt für die Beibehaltung des Subsidiaritätsprinzips.
- ▶ Es sollte das Vorgehen der einzelnen Lebendspendekommissionen der Bundesländer möglichst vereinheitlicht werden.

Vorbemerkung

Angestoßen durch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn wird zurzeit wieder intensiv das Thema Organtransplantation in der (medialen) Öffentlichkeit diskutiert. Hierbei geht es vor allem um die grundsätzliche, verfassungsrechtlich hoch brisante Frage, ob – wie bisher – bei Post-mortem-Spenden die formelle Einwilligung des Spenders erforderlich sein soll (sog. Einwilligungslösung) oder ob das Einverständnis fingiert werden und nur im Fall eines Widerspruchs eine Organentnahme nach dem Tod nicht stattfinden soll (sog. Widerspruchslösung). Um diese Frage soll es hier nicht gehen.

Erörtert werden soll vielmehr: Das geltende Transplantationsrecht sieht, wie noch näher zu zeigen sein wird, neben der Post-mortem-Spende (die die Regel ist) als weitere Form der Organspende (subsidiär) die Spende unter Lebenden vor, dies jedoch nur unter engen

Voraussetzungen, mit anderen Worten: nur für bestimmte Personengruppen als Spender mit einem Näheverhältnis zum Empfänger. Die Personen sind im Gesetz enumerativ benannt; dabei sind in aller Regel ein verwandtschaftlicher Nähegrad, Ehe, eingetragene gleichgeschlechtliche Partnerschaft oder Verlöbnis ausschlaggebend, es gibt jedoch auch eine nicht unbedingt glücklich formulierte Öffnungsklausel. Aus der Erfahrung einer hierfür, wie vom Gesetz vorgesehen, eingesetzten Kommission in Schleswig-Holstein (im Folgenden abgek. „LSK S-H“) fragen die Autoren vorsichtig an, ob und in welcher Weise die Öffnungsklausel besser formuliert und die in Betracht kommende Personengruppe erweitert werden könnte.

Dies könnte – womöglich besser als die jetzt in der Öffentlichkeit diskutierte theoretische Erweiterung der Möglichkeiten zur Organspende durch die „Widerspruchslösung“ – dazu dienen, die Anzahl der lebensrettenden Organspenden zu erhöhen, dazu noch in verfassungsrechtlich unbedenklicher Weise.

Einleitung: Das Transplantationsgesetz und der ständig steigende Bedarf an Spenderorganen

Nach Inkrafttreten des deutschen Transplantationsgesetzes am 01.12.1997¹ haben die Bundesländer an den jeweiligen Ärztekammern „Lebendspendekommissionen“ (LSK) eingerichtet. Die LSK S-H nahm 1999 ihre Arbeit auf. Es wurden insgesamt 529 eingereichte Fälle begutachtet, davon

- ▶ Nieren-Lebendspende Tx-Zentrum Lübeck: 311
- ▶ Nieren-Lebendspende Tx-Zentrum Kiel: 105
- ▶ Leber-Lebendspende Tx-Zentrum Kiel: 127
- ▶ Gewebespende Tx-Zentrum Lübeck: 2

Aufgabe der LSK war und ist es, die von den regionalen Transplantationszentren (Tx-Zentren) eingereichten Fälle (geplante Lebendspende von Nie-

re oder Teil-Leber) daraufhin zu prüfen, ob das geplante Vorgehen den gesetzlichen Vorgaben entspricht. Priorität hat dabei der Ausschluss von „Organhandel“ sowie die Sicherstellung, dass die Transplantation (Tx) auf Basis einer Lebendspende seitens des Spenders eindeutig freiwillig und ausschließlich zwischen „Verwandte(n) ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner(n), Verlobten oder andere(n) Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen“, erfolgt. Nach den bisherigen Erfahrungen ist letztgenannte Voraussetzung (besondere persönliche Verbundenheit) zwar in den meisten Fällen eindeutig und klar nachvollziehbar, in manchen Fällen jedoch nicht wirklich prüfbar. Organhandel spielte in der bisherigen Tätigkeit der LSK S-H keine Rolle, Zweifel an der Freiwilligkeit des Spenders kamen selten auf. Es ist allerdings zu hinterfragen, ob die Erfahrungen der LSK S-H zu generalisieren sind, da die 23 (1) deutschen LSK in sehr heterogener Weise vorgehen: In einigen Kommissionen wird jedes LTx-Paar persönlich gesehen, in anderen lediglich anhand der vorliegenden schriftlichen Unterlagen (medizinisches und psychologisches Gutachten) entschieden und via E-Mail abgestimmt. Die meisten LSK entscheiden von Fall zu Fall. Es stellen sich also folgende zu diskutierende Fragen:

1. Sollte der Gesetzestext bezüglich der „offenkundig besonderen persönlichen Verbundenheit“ gestrichen oder präzisiert werden?
2. Sollte eine stärkere Vereinheitlichung des Vorgehens der LSK angestrebt werden?
3. Ist das Subsidiaritätsprinzip in Anbetracht der besseren Ergebnisqualität (siehe Abb. 1 u. 2) der Transplantationen auf Basis der Lebendspende noch angemessen?
4. Kann eine LSK eine Lebendspende aus medizinischen Gründen ablehnen (bzw. was ist die Rolle des Arztes in einer LSK)?

Zum 1. 1. 2017 befanden sich in Deutschland 10.129 Patienten auf der Warteliste für eine Organtransplantation, im Gesamtbereich Eurotransplant ca. 15.000. Der damit verbundene Bedarf wird weiter zunehmen: Mehr als die Hälfte der (deutschen) Wartelistenpatienten wurde 2016 registriert (5.896).

Zwar wurde 2016 die beachtliche Zahl von 3.350 Post-mortem-Transplantationen realisiert, gleichzeitig machen schon diese wenigen Kennzahlen deutlich, dass die Nachfrage nach Organtransplantationen die Möglichkeiten der Transplantationszentren in Deutschland, die Patienten auf der Warteliste angemessen zu versorgen, bei Weitem übersteigt. Dies liegt vor allem an fehlenden

10.129

Patienten standen Anfang 2017 in Deutschland auf der Warteliste für eine Organtransplantation. Im Jahr zuvor wurden 3.350 post-mortem-Transplantationen realisiert.

Spenderorganen, ein Problem, das sich einfachen Lösungen entzieht. Die vielfältigen Versuche, den „Organmangel“ mit unterschiedlichsten Aktivitäten (Transplantationsbeauftragte, Positiv-Kampagnen etc.) zu entschärfen, haben zu keiner substantziellen Zunahme der Zahl der Spenderorgane geführt, tendenziell ist die reale Bereitschaft zu spenden sogar rückläufig: Im Jahr 2017 wurde mit 797 Organspendern der niedrigste Stand seit 20 Jahren erreicht.

Entsprechend wird die Zahl der Anträge auf Transplantationen auf Basis einer Lebendspende weiter zunehmen, da dies die einzige Möglichkeit darstellt, dem Tod (bei Lebererkrankungen) oder der langfristigen Dialyse (bei Nierenerkrankungen) mit den bekanntesten erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität zu entgehen.

3. Der Ablauf einer Organtransplantation auf Basis einer Lebendspende und die Rolle der LSK in diesem Ablauf

Aufgrund der Absehbarkeit dieser Entwicklung wurde am 05.11.1997 das deutsche Transplantationsgesetz verabschiedet, das u. a. die Voraussetzungen für eine Tx auf Basis der Lebendspende regelt. Für die Arbeit der Lebendspendekommissionen ist § 8 Entnahme von Organen und Geweben bedeutsam, der u. a. festlegt:

„Weitere Voraussetzung für die Entnahme von Organen bei einem Lebenden ist, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachtlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelns nach § 17 ist. Der Kommission muss ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören.“

In Schleswig-Holstein wurden zwei Kommissionen eingerichtet, zuständig jeweils für die Transplantationszentren Kiel und Lübeck. Die Zahl der seit 1999 begutachteten Fälle zeigt Tab. 1 (Seite 31).

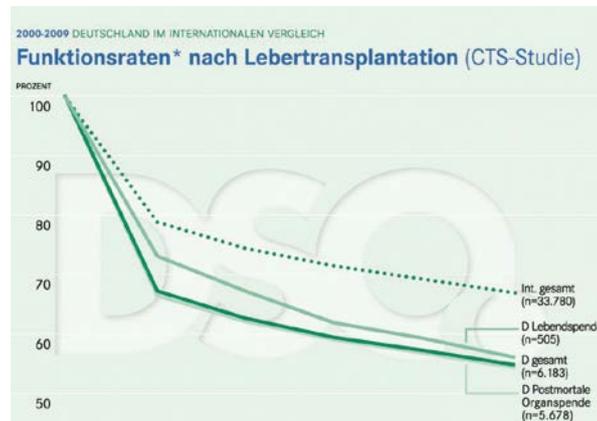
Der „Erfahrungsberichtsteil“ dieses Beitrages bezieht sich zunächst ausschließlich auf die 19 Jahre Erfahrungen der für das Tx-Zentrum Lübeck zuständigen Kommission. Es ist unverzichtbar, die Anfänge zu beschreiben: Vor dem Hintergrund des o. g. Gesetzestextes reichten die Diskussionen von einer rein juristischen Betrachtung („Unsere Aufgabe ist es lediglich sicherzustellen, dass die Spende freiwillig erfolgt und keinerlei Form von Organhandel vorliegt“) bis zu fundamentalen philosophischen Fra-

gen („Gibt es so etwas wie Freiwilligkeit in einem Bereich, wo – in vielen Fällen – das Leben eines anderen Menschen von der eigenen Entscheidung abhängt, überhaupt“?), was als unmittelbare Folge die Frage nach dem Verhältnis zwischen Autonomie (des Spenders) und Verantwortlichkeit (nicht nur der behandelnden Ärzte, sondern auch dieser Kommission) aufwirft, z. B. die Verantwortung dafür, Menschen vor sich selbst zu schützen. Diese Diskussion schloss auch die behandelnden Ärzte und die begutachtenden Psychologen des Lübecker Tx-Zentrums mit ein, nicht nur bei den jährlichen Treffen aller Beteiligten, bei denen die Fälle des jeweils letzten Jahres in extrem offener Runde besprochen werden.

Über die Zeit entwickelte sich ein pragmatischer Umgang. Fälle, bei denen nach Aktenlage (medizinisches und psychologisches Gutachten, dazu Verwandtschaft 1. oder 2. Grades) keinerlei Zweifel an der Gesetzeskonformität der Lebendspende bestand, wurden in der Kommission entschieden. Bei auch nur leisem Zweifel wurde das betreffende Spender/Empfänger-Paar eingeladen und von der Kommission persönlich begutachtet. Es ist an dieser Stelle zu betonen, dass sich in der überwiegenden Mehrheit der Fälle diese Zweifel nicht bestätigten.

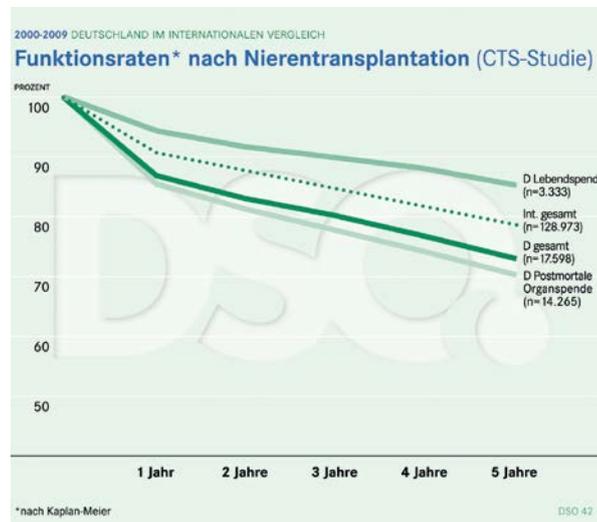
Einige kurz gefasste Beispiele: Zwei nicht verwandte Lastwagenfahrer, die sich laut Gutachten aufgrund ihres Berufes extrem selten sahen, wollten die Lebendspende realisieren. Bei der Anhörung durch die Kommission zeigte sich, dass die beiden seit ihrer Kindheit befreundet waren, sich nie aus den Augen verloren hatten, einander „im Herzen trugen“. Jeglicher vorab geäußerte Zweifel an der „emotionalen Verbundenheit“ erwies sich als obsolet. Gleiches galt für zwei Brüder, die beide in der JVA einsaßen (die Kommission befragte beide unabhängig voneinander vor Ort): Die emotionale Verbundenheit war eindeutig, es gab keinerlei Hinweise darauf, dass sich die Brüder auf diesem Wege Hafterleichterung oder andere Vorteile verschaffen wollten.

Als deutlich strittiger erwies sich der nachfolgende Fall: Es wurde der Kommission im psychologischen Gutachten ein frisch geschiedenes Ehepaar (er, der Empfänger, hatte sie, die potenzielle Spenderin, vor relativ kurzer Zeit verlassen und unmittelbar eine andere geheiratet) vorgestellt. Im Gutachten wurde sie als verzweifelt und „am Boden zerstört“ geschildert. Dennoch sei sie entschlossen, ihrem Ex-Ehemann eine Niere zu spenden. Bei der Anhörung in den Räumen der Ärztekammer Schleswig-Holstein rund sechs Wochen später wirkte sie deutlich gefasster und begründete ihre Entscheidung damit, dass



Funktionsraten nach Lebertransplantation (CTS-Studie)

Die Fünf-Jahres-Funktionsrate nach einer Lebertransplantation liegt bei der Übertragung von postmortal gespendeten Organen bei 54,7 Prozent. Bei der Transplantation nach einer Lebendspende liegt die Funktionsrate mit 56,2 Prozent geringfügig darüber. Insgesamt steht die Fünf-Jahres-Funktionsrate nach Lebertransplantationen deutschlandweit bei 54,9 Prozent, international bei 67,1 Prozent.



Funktionsraten nach Nierentransplantation (CTS-Studie)

Die Fünf-Jahres-Transplantatfunktionsrate nach Nierentransplantation beträgt bei der Transplantation von Organen lebender Spender 85,3 Prozent. Nach der Transplantation von Organen verstorbener Spender liegt dieser Wert bei 70,7 Prozent. Grund für die bessere Funktionsrate bei Lebendspende ist die kürzere Ischämiezeit (Zeitraum der unterbrochenen Durchblutung eines Organs), da Organentnahme und Übertragung in einem Transplantationszentrum vorgenommen werden. Insgesamt liegt die Fünf-Jahres-Transplantatfunktionsrate nach Nierentransplantation in Deutschland bei 73,4 Prozent, international bei 78,9 Prozent.

„sie ja weiterhin gute Freunde“ seien und diese Entscheidung absolut freiwillig erfolge. Weder sie noch der potenzielle Empfänger („natürlich bin ich ihr dankbar“) wirkten wirklich überzeugend in der Darstellung ihrer jeweiligen Befindlichkeit. Dennoch wurde der Lebendspende nach langer und kontroverser Diskussion zugestimmt, letztlich quasi nach dem (hier natürlich nicht passenden) Grundsatz „in dubio pro reo“.

Dieser Fall zeigt die Grenzen der Gesetzestext-Formulierung „offenkundige (d. h. für jedermann nachvollziehbare) emotionale Verbundenheit“. Im vorliegenden Fall war diese Verbundenheit gewiss nicht offenkundig und direkt nachvollziehbar, wurde aber von den Ex-Partnern gleichlautend als vorhanden dargestellt, was letztlich zur positiven Entscheidung führte. Gleichzeitig ist darauf hinzuweisen, dass „potenziell strittige“ Spenderpaare der Kommission gar nicht zur Kenntnis gelangen, weil es schon während der medizinischen Begutachtung im jeweiligen Tx-Zentrum klar wird, dass sich – aus unterschiedlichsten Gründen – keine Lebendspende wird realisieren lassen. So sind es häufig neben den medizinischen auch persönliche Gründe, die eine Lebendspende verhindern. Zum Beispiel haben manche Empfänger Sorge, von ihrem Spender nach der Transplantation emotional unter Druck gesetzt zu werden oder dem Spender verpflichtet zu sein. Einige Spender lehnten ab, da sie glaubten, der Empfänger würde sich nicht gut genug um sich selbst und die Krankheit kümmern. Im Gegensatz dazu möchten manche Spender nicht spenden, da die Krankheit (und somit der Empfänger) schon immer im Mittelpunkt stand. Häufig ist es jedoch auch so, dass der Empfänger ablehnt, da er dem Spender die Spende nicht zumuten möchte. Manchmal lehnt aber auch das Umfeld eines Spenders die Lebendspende ab und verhindert damit die Spende.

Es ist also an dieser Stelle der Grundgedanke, die Gesetzestext-Formulierung noch einmal zu reflektieren: Das oberste Prinzip einer Lebendspende ist die uneingeschränkte Freiwilligkeit des Spenders, also eine Entscheidung zur Spende frei von jedweden Zwängen entweder ökonomischer („Suche Arbeit, biete Niere“) oder emotionaler Art („Wenn ich jetzt nein sage, bin ich doch bei meiner Familie unten durch ...“) zu treffen. Hier befinden wir uns allerdings auf nicht wirklich sicherem Grund: Es gibt keine allgemein anerkannte, „gültige“ Definition des „freien Willens“. Die verfassungsrechtliche Leitidee der Menschenwürde (Art. 1 Grundgesetz, auch Art. 1 der Grundrechtecharta der Europäischen Union) beruht nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts auf der Entschei-

dungsfreiheit: „Dem Schutz der Menschenwürde liegt die Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen zugrunde, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten.“ Auch der deutsche (Bundes-)Gesetzgeber setzt die Fähigkeit der freien Entscheidung des erwachsenen Menschen voraus. So bestimmt § 104 Nr. 2 BGB die Geschäftsunfähigkeit als einen „die freie Willensbildung ausschließenden Zustand“ und setzt damit die Willensfreiheit des Individuums als eine nur im Ausnahmefall wegfallende Grundeigenschaft voraus.² Ohne diese Prämisse wäre vor allem das Prinzip der Privatautonomie, auf dem das deutsche Privatrecht wesentlich beruht, erheblich in Zweifel gezogen.³

Dem gegenüberzustellen sind die – seit dem Altertum kontrovers diskutierten – Theorien in der Philosophie, im letzten Jahrhundert auch der Psychologie und neuerdings der Neurobiologie, die – hier sehr zusammengefasst – von einer „graduelleren“ Willensfreiheit ausgehen, also von der Möglichkeit einer Entscheidung, die bewusst und freiwillig getroffen wird, aber auch von graduell unterschiedlich unbewussten Motiven mitbestimmt wird. Am prägnantesten immer noch von Schopenhauer formuliert: „Der Mensch kann tun, was er will, aber er kann nicht wollen, was er will.“^{4,5}

4. Subsidiarität?

Vom vormaligen Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe stammt nachfolgendes Statement:

„Die Lebendorganspende ist engen Angehörigen und Personen vorbehalten, die sich in besonderer persönlicher Verbundenheit nahestehen. Wir müssen stets bedenken, dass dies in jedem Fall ein erheblicher Eingriff am gesunden Menschen ist. Aus diesem Grunde bleibt die postmortale Organspende vorrangig. Nur wenn über diesen Weg kein Spenderorgan gefunden wird, kann ein Mensch einem anderen Menschen durch seine Bereitschaft zur Lebendspende helfen.“

Dieses Statement kommt einer Relativierung des Subsidiaritätsprinzips nahe: „Nur wenn auf diesem Wege kein Spenderorgan gefunden wird ...“ Es lässt aber vieles offen: nach einer Woche oder nach fünf Jahren, welche Wege usw. Außerdem: In wie weit gehen die inzwischen gesicherten besseren Ergebnisse der Transplantation auf Basis der Lebendspende in diese Überlegungen ein (vgl. Abb. 1), wie ist der psychische Stress einer Warteliste mit ungewissem Ausgang bei einer Gesamtbetrachtung der Transplantationsmedizin zu bewerten? Aus Sicht der Autoren sprechen einige dieser Punkte dafür, das Subsidiaritätsprinzip neu zu diskutieren. Gleichzeitig lassen sich genügend Argumen-

te für eine Beibehaltung finden: Ohne eine bundesweite Vereinheitlichung sowohl der psychologischen Begutachtung als auch der Geschäftsordnungen der LSK der einzelnen Bundesländer wird eine gewisse Willkür nicht zu vermeiden sein. Weiterhin ist nicht auszuschließen, dass die Zahl der Post-mortem-Organ-spender noch weiter zurückgeht, wenn die Gleichrangigkeit der Lebendspende beschlossen wird. Schließlich ist zu fragen, wie viele Ressourcen (psychologische Gutachter, adäquat besetzte LSK, letztlich auch: Transplantationszentren) notwendig wären, um sich einer bedarfsgerechten Versorgung wenigstens annähern zu können.

5. Zur Rolle des Arztes in einer LSK

Es erscheint logisch und selbstverständlich, dass einer von der jeweiligen Landesärztekammer eingesetzten LSK neben einem Juristen, einem Ethiker und einer „in psychologischen Dingen erfahrenen Person“ (!) ein Arzt angehört. Gleichzeitig ist nach der Rolle des Arztes in dieser Kommission zu fragen: Kann eine vom Tx-Zentrum initiierte und in der Folge der LSK vorgestellte Lebendspende von dieser Kommission ausschließlich aus medizinischen Gründen abgelehnt werden? Dies entspräche weder dem Auftrag noch dem Selbstverständnis einer LSK: Alle Aspekte der Behandlung – von der Indikationsstellung bis zur Nachsorge – liegen ausschließlich in der Verantwortung des jeweiligen Tx-Zentrums. Dennoch scheint es dem Gesetzgeber wichtig gewesen zu sein, dass der Kommission ein Arzt angehört, der weder an der Entnahme noch der Übertragung von Organen beteiligt ist, noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist. So kann z. B. bei einer persönlichen Anhörung geprüft werden, ob der Patient über die Risiken der Transplantation ausreichend informiert ist, was ein guter Hinweis auf die Freiwilligkeit der Spende sein kann.

Die LSK S-H hat sich darauf beschränkt, in einigen wenigen Fällen auf generelle Risikofaktoren wie Rauchen oder Übergewicht hinzuweisen.

6. Die LSK-SH aus Sicht des Transplantationszentrums

Die Landesausführungsgesetze zum Transplantationsgesetz der Länder machen unterschiedliche Vorgaben, auf welcher Grundlage die LSK über das Ansinnen einer Lebendspende zu entscheiden haben. Das Ausführungsgesetz in Schleswig-Holstein fordert die LSK zu einer eigenen Geschäftsordnung auf. Den Tx-Zentren wird keine (gesetzlich verbindliche) Vorgabe gemacht, welche Daten der jeweiligen LSK zur Begutachtung zur Verfügung gestellt werden müssen. In Schleswig-Holstein wur-

Autoren

1. Prof. Thomas Kuechler, Referenzzentrum Lebensqualität Kiel (korresp. Autor: th.kuechler@t-online.de); 2. Hans-Ernst Böttcher, ehem. Präsident des LG Lübeck; 3. Dr. Georg Schlenck, Arzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Stipsdorf; 4. Prof. Werner Theobald, Ethik in den Lebenswissenschaften, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel; 5. PD Dr. Martin Nitschke, Stellv. Klinikdirektor Medizinische Klinik I, Bereichsleiter Nephrologie & Transplantation, UKSH Campus Lübeck; 6. Prof. Felix Braun, Klinik für Allgemeine Chirurgie und Transplantationschirurgie, UKSH Campus Kiel; 7. Prof. Thorsten Feldkamp, Klinik für Innere Medizin IV, UKSH Campus Kiel; 8. Christine Gardner, Leiterin Mitgliederverzeichnis/Ärztestatistik, Ärztekammer Schleswig-Holstein; 9. Dr. Carsten Leffmann, Geschäftsführer Ärztekammer Schleswig-Holstein.

de von Anfang an in der Zusammenarbeit bezüglich der Nieren-Lebendspende wie folgt verfahren: Nach der medizinischen Evaluation möglicher Lebendorganspender werden diese der interdisziplinären Transplantationskonferenz vorgestellt. Wenn diese den möglichen Spender für (somatisch) geeignet einschätzt, wird ein medizinisches Gutachten erstellt. Parallel wird das Paar einer psychologischen Evaluation unterzogen. Das medizinische und psychologische Gutachten wird der LSK zur Verfügung gestellt. In Einzelfällen (s. o., Kapitel 2) lädt die LSK die Paare persönlich vor. Die Zusammenarbeit mit der LSK mag für das Lübecker Transplantationszentrum anfangs ungewohnt gewesen sein, wurde im Laufe der Jahre aber immer besser im Sinne von „konstruktiver“. Die LSK wurde zu keinem Zeitpunkt als „noch eine bürokratische Hürde“ oder gar als Angriff auf die ärztliche Freiheit empfunden. Ganz im Gegenteil wird die Arbeit der LSK als dankenswerte Unterstützung der Qualität der eigenen Arbeit gesehen und ist in der Aufklärung und Beratung der Empfänger und Spender ein willkommener Hinweis darauf, dass die Arbeit im Tx-Zentrum keiner hauseigenen Willkür folgt, sondern einer (gesetzlich vorgeschriebenen) externen Kontrolle unterliegt.

Als besonders konstruktiv wurde aus Sicht des Tx-Zentrums der jährliche gemeinsame Rückblick auf die im vergangenen Jahr als Lebendspende realisierten Nierentransplantationen gesehen, der eindeutig zum gegenseitigen Verständnis beigetragen hat – was keineswegs bedeutet, dass es nicht auch heftigen Diskussionsbedarf gab.

7. Diskussion

Seit Beginn der standardisierten (modernen) Transplantationsmedizin besteht ein Missverhältnis zwischen „Angebot und Nachfrage“. Mit der Möglichkeit der Lebendspende (erste Nieren-Lebendspende 1954 bzw. 1959 durch Joseph Edward Murray, erste Teil-Leber-Lebendspende 1989 durch Christoph Broelsch) wurden die Grenzen der Tx-Medizin deutlich erweitert. Gleichzeitig

wuchsen die Möglichkeiten eines – vorsichtig ausgedrückt – ethisch nicht dem Hippokratischen Eid entsprechenden Verhaltens: im weitesten Sinne gekaufte Spender (Erbchaft, Vorzug in der Familie, temporäre Heirat, direkte ökonomische Vorteile seitens der Empfänger), Bevorzugung aus unterschiedlichsten Gründen seitens der Behandelnden. Das Transplantationsgesetz (1997) schuf entsprechende Regularien. Mit der etwas später erfolgenden Einsetzung der Lebendspendekommissionen wurde eine Einrichtung geschaffen, die ebenso unabhängig von den Nöten der Patienten wie von den Wünschen der Ärzte mit zur Einhaltung dieser ethisch wie juristisch entsprechenden Regularien beitragen sollte.

Gut 20 Jahre nach Inkrafttreten des Tx-Gesetzes ist in Bezug auf die Lebendspende ein positives Fazit zu ziehen, sowohl im Hinblick auf den Gesetzestext als auch die Einhaltung dieses Regelwerkes „in der realen Welt“. Organhandel – auch in seiner weitestmöglichen Auslegung – hat in Schleswig-Holstein keine Rolle gespielt. Etwas schwieriger stellte sich die Feststellung der Freiwilligkeit (im o. g. Sinne) dar, ebenso wie die damit ja verbundene Beziehungsstruktur zwischen Spender und Empfänger. Der derzeitige Gesetzestext erlaubt den LSK einen gewissen Interpretationsspielraum. Ist dies vom Gesetzgeber gewollt, so ist zu fragen, ob ein Text im Sinne von „seitens des Spenders eindeutig freiwillig und zwischen Spender und Empfänger einvernehmlich“ ausreichend wäre. Ist für den Gesetzgeber jedoch „die besondere und offenkundige (für jedermann nachvollziehbare) emotionale Beziehung“ zentral (die ja bei Verwandten 1. und 2. Grades sowie Eheleuten und Verlobten implizit vorausgesetzt wird), so sollte der Text im Sinne von „offenkundige positive und nachhaltige emotionale Beziehung“ ergänzt werden. Der Passus zum Organhandel sollte selbstverständlich in jedem Fall erhalten bleiben. Auf diese Weise könnte etwas mehr Eindeutigkeit in diesem für die Arbeit der LSK zentralen Bereich erreicht werden.

Die Frage, ob §8 des Tx-Gesetzes im Sinne einer Erleichterung oder ei-

ner Verschärfung der Zulassungskriterien geändert werden sollte, ist eng mit der Frage nach dem Subsidiaritätsprinzip verknüpft. Aus rein medizinischer Sicht spricht viel für die Stärkung der Lebendspende: deutlich besseres Überleben der Empfänger (s. Abb. 1), weniger Tote auf der Warteliste, wenig bekannte Probleme der Spender (cave: noch keine validen Langzeitstudien). Auf der anderen Seite stehen die – bisher wenig substantziellen – Befürchtungen, damit den ersten Schritt auf dem Weg zu einer „Ersatzteimentalität“ zu beschreiten. Dies bleibt letztlich eine gesamtgesellschaftliche Frage.

In jedem Fall sollte es Bestrebungen geben, den Austausch zwischen den LSK der einzelnen Bundesländer (z. B. durch gemeinsame jährliche Treffen) zu verstärken, um sich einer Einheitlichkeit des Vorgehens bei der Beurteilung der vorgelegten Fälle anzunähern.

Die angesprochene Frage zur Rolle des Arztes in einer LSK bleibt in diesem Kontext nachrangig.

8. Summary

Die von den Landesärztekammern eingesetzten Lebendspendekommissionen sind keine „bloßen Alibigremien“ [6], sondern wesentlicher Bestandteil einer ethisch geleiteten (im Kontrast zu einer überwiegend ökonomisch orientierten) Transplantationsmedizin. Allein, dass offenkundiger Organhandel (verstanden in seiner weitestmöglichen Auslegung) in den letzten 19 Jahren keine Rolle zu spielen scheint (wohl wissend um die Grenzen der Überprüfbarkeit), mag als indirekter Beleg für die Wertigkeit der LSK dienen.

AUTORENLISTE: SIEHE INFOLEISTE S. 30

Fußnoten

1. Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben. Bundesgesetzblatt Jahrgang 1997 Teil I Nr. 74, ausgegeben zu Bonn 11. November 1997, 2631-2639.
2. Lissabon-Entscheidung des BVerfG, 2 BvE 2/08 vom 30. Juni 2009, Absatz-Nr. (1-421), Absatz-Nr. 364; vgl. auch: BVerfGE 45, 187 ff., 227.
3. Manfred Wolf, Jörg Neuner: Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts. 11. Auflage. München (C.H. Beck) 2016, S. 96, § 10 Rn. 13.
4. Arthur Schopenhauer: Aphorismen zur Lebensweisheit. In: Parerga und Paralipomena. Kleine Philosophische Schriften. Berlin (Hahn) 1851.
5. E. Lampe, M. Pauen, G. Roth (Hrsg.): Willensfreiheit und rechtliche Ordnung. Frankfurt am Main (Suhrkamp) 2008.
6. Engst, K.: Die Lebendspendekommission – ein bloßes Alibigremium? Gesundheitsrecht 2002, 79-87.

Jahr	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Gewebe Lübeck												2						
Lübeck Niere	1	13	7	29	26	13	19	19	15	22	19	19	19	22	19	21	14	14
Kiel Leber								1	14	15	25	13	9	13	10	6	5	
Kiel Niere					4	3	9	5	3	9	14	8	12	8	6	9	9	6
Gesamt	1	13	7	29	30	16	28	25	32	46	58	42	40	43	35	36	28	20

Die Zahl der Lebendspenden in Schleswig-Holstein ist seit Einrichtung der Lebendspendekommission überschaubar geblieben. Der bisherige Höchststand wurde im Jahr 2009 erreicht, als 58 Organe von lebenden Menschen transplantiert wurden.

GEBURTSTAGE

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

Dr. Hartwig Johannsen, Mildstedt, feiert am 02.02. seinen 75. Geburtstag.

Gerhard Diebold, Mittelangeln, OT Satrup, feiert am 05.02. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Jörg Griep, Dänischenhagen, feiert am 06.02. seinen 75. Geburtstag.

Barbara Berger, Schleswig, feiert am 09.02. ihren 75. Geburtstag.

Prof. Jobst Thürauf, Sylt, OT Tinum, feiert am 09.02. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Rolf Dannemann, Kiel, feiert am 10.02. seinen 70. Geburtstag.

Claus Meyer-Tauffmann, Gleschendorf, feiert am 10.02. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Dieter Schöpfer, Heide, feiert am 11.02. seinen 80. Geburtstag.

Henning Schmidt, Büdelsdorf, feiert am 12.02. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Hanna Hütteroth, Lübeck, feiert am 13.02. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Klaus Wilhelm Rommelfanger, Rieseby, feiert am 13.02. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Reinhard Buck, Büdelsdorf, feiert am 15.02. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Burchard Marquort, Heikendorf, feiert am 19.02. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Günter Freitag, Wenningstedt-Braderup/Sylt, feiert am 20.02. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Brigitte Petersen, Meldorf, feiert am 21.02. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Winfried Heber, Mildstedt, feiert am 22.02. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Hans-Karl Wrede, Hennstedt, feiert am 24.02. seinen 75. Geburtstag.

Martin von Urban, Norderstedt, feiert am 25.02. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Angelika Seeliger, Ziethen, feiert am 26.02. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Hans-Jochen Thies Petersen, Elmenhorst, feiert am 28.02. seinen 75. Geburtstag.

Peter Schelkle, Itzehoe, feiert am 28.02. seinen 70. Geburtstag.

Neu in Lübeck: Prof. Harald Langer

Prof. Harald Langer ist neuer Direktor der Medizinischen Klinik II (Kardiologie, Angiologie, Intensivmedizin) des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Lübeck. Der 42-Jährige war zuvor geschäftsführender Oberarzt an der Medizinischen Klinik III des Universitätsklinikums Tübingen sowie am Deutschen Herzkompetenzzentrum Tübingen und hielt dort eine W3-Professur für entzündliche Herz-Kreislaufkrankungen an der Eberhard Karls Universität Tübingen.

Nach Abschluss des Medizinstudiums und Promotion an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg arbeitete Langer zunächst als Arzt im Praktikum/Assistenzarzt am Klinikum rechts der Isar der TU München und am Deutschen Herzzentrum München. Seit 2004 war er am Universitätsklinikum Tübingen tätig, seit 2011 als Oberarzt und geschäftsführender Oberarzt. Als Wissenschaftler hat sich Langer laut Mitteilung des UKSH während eines dreijährigen Forschungsaufenthalts am National Ins-

tute of Health in Washington, D.C. auf die Kardioimmunologie und Entzündungsforschung spezialisiert. Mit seiner Tübinger Arbeitsgruppe und als Leiter einer klinischen Forschergruppe der Deutschen Forschungsgemeinschaft untersuchte er die Interaktion zwischen Immunsystem und Herzerkrankungen, um die Ursachen von Entzündungsreaktionen bei kardiovaskulären Erkrankungen zu entschlüsseln.

Langers klinische Schwerpunkte sind die interventionelle Kardiologie per minimalinvasiver Kathetertechnik, die Therapie der Koronaren Herzkrankheit und die Therapie der Herzinsuffizienz. Sein besonderes Interesse gilt laut UKSH Erkrankungen der Mitralklappe und der Trikuspidalklappe. Die enge Zusammenarbeit von Kardiologen und Herzchirurgen im Universitären Herzzentrum Lübeck möchte der neue Klinikdirektor ebenso stärken wie das bestehende Interdisziplinäre Gefäßzentrum in Kooperation mit allen beteiligten Disziplinen. (PM/RED)

Dr. Thomas Kaiser übergibt in Großhansdorf



Dr. Roel van der Most, Dr. Niels Hellmers, Nils Kerwer

Nach 25 Jahren als orthopädischer Chirurg gab Dr. Thomas Kaiser zu Jahresbeginn seinen Versorgungsauftrag an Dr. Roel van der Most und Dr. Niels Hellmers weiter. Die beiden Fachärzte werden die Orthopädische Praxis Großhansdorf künftig gemeinsam mit dem langjährigen Partner Nils Kerwer leiten. Kaiser bleibt zunächst einige Zeit beratend und operativ tätig. Die Praxis ist nach eigenen Angaben eng mit der Parkklinik Manhagen verbunden.

Van der Most und Hellmers sind Experten für die Therapie von Gelenkerkrankungen. Die beiden haben gemeinsam im Team von Prof. Eckehard Hille in der Schön Klinik Hamburg gearbeitet. Van der Most absolvierte sein Medizinstudium an der Universität Rotterdam und arbeitet seit 2003 in

Deutschland. Nach seiner Tätigkeit für die Schön Klinik übernahm der gebürtige Niederländer die Leitung der Orthopädie in der Asklepios Klinik Hamburg-St. Georg. Dort spezialisierte er sich auf die Endoprothetik. Hellmers hat sich nach seinem Studium in Hannover auf gelenkerhaltende Operationen wie Kreuzbandersatz und Schultergelenksrekonstruktionen spezialisiert, aber auch die endoprothetische Versorgung des Schultergelenks angeboten. Später wechselte Hellmers in die Uniklinik Lübeck, um sich auch wissenschaftlich mit dem Thema zu befassen. Die Forschung mündete in der Entwicklung einer neuen Schulterprothese. Hellmers kehrte anschließend in die Schön Klinik Hamburg-Eilbek zurück und arbeitete dort als leitender Oberarzt. (PM/RED)

Zwei Nachfolger für Dr. Silke Kleinschmidt



Dr. Silke Kleinschmidt



Clemens Medlin



Dr. Judith Kuhnert

Chefärztin Dr. Silke Kleinschmidt hat die Curtius-Klinik in Bad Malente verlassen. Ihre Nachfolger kommen aus dem eigenen Haus: Die bisherige Oberärztin Dr. Judith Kuhnert leitet jetzt als Chefin den Reha-Bereich mit 50 Betten, der bislang leitende Oberarzt Clemens Medlin übernimmt den Akut-Bereich, der mit Vollendung eines Klinikneubaus über 125 Betten verfügen wird. Der 40-jährige Lübecker wird zum Jahresbeginn 2019 auch Ärztlicher Direktor.

Die 55-jährige Kleinschmidt ist nach Angaben der Klinik zum Jahreswechsel in ihre Heimat nach Niedersachsen gezogen, um als Direktorin an der 2017 eröffneten Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Westerstede zu arbeiten. Sie war 20 Jahre an der Curtius-Klinik. Sie ist Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Sozialmedizin. Seit 2008 war sie leitende Oberärztin in Bad Malente, 2014 übernahm sie die Chefarztposition. 2016 initiierte Kleinschmidt die Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) der

Curtius Klinik, um sich an der ambulanten Behandlung von psychisch kranken Patienten aus der Region zu beteiligen; auch hier übernahm sie die ärztliche Leitung. Bei einer Feierstunde mit Wegbegleitern aus der Klinik, mit niedergelassenen Ärzten und Vertretern von Kostenträgern und benachbarten Kliniken verriet der lang anhaltende Beifall, dass sie die Klinik mit viel Dank und Anerkennung verlässt. Kleinschmidt selbst sprach von einem „Abschied mit Wehmut“.

Medlin kündigte an, gemeinsam mit Kuhnert das über Jahre gewachsene und bewährte Behandlungskonzept der Klinik weiter zu festigen. Damit solle die Curtius Klinik verlässlicher Anbieter ambulanter und stationärer psychosomatischer Leistungen in Ostholstein und darüberhinaus bleiben, hieß es in einer Mitteilung. Medlin war erst vor 13 Monaten von der Akutpsychiatrie des Ameos Klinikums in Neustadt nach Malente gewechselt. Der scheidenden Chefin bescheinigte er eine „umsichtige, mutige, beharrliche und vorausschauende Leitung der Klinik“. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

Kappus und Hillebrandt weiterhin ärztliche Direktoren in Itzehoe

Das Klinikum Itzehoe setzt in seiner ärztlichen Leitung auf Kontinuität: Dr. Michael Kappus, Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, bleibt ärztlicher Direktor des Klinikums. Die Verbandsversammlung ist nach Angaben des Hauses dem Vorschlag der Chefarzte gefolgt und hat Kappus in ihrer jüngsten Sitzung für weitere drei Jahre im Amt bestätigt. Das gilt auch für den stellvertretenden ärztlichen Direktor Dr. Georg Hillebrandt, Chefarzt der Kinderklinik. Kappus hat das Amt seit 2012 inne, Hillebrandt ist seit 2015 sein Stellvertreter. (PM/RED)

Junge Herzchirurgin aus Bad Segeberg ausgezeichnet

Auf der zehnten Fokustagung Herz der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) in Wiesbaden ist Herzchirurgin Dr. Sina Stock mit dem Tagungspreis ausgezeichnet worden. Der Preis ist mit 1.000 Euro dotiert und wird bundesweit vergeben. Die 30-jährige Assistenzärztin in der Klinik für Herzchirurgie des Herzzentrums der Segeberger Kliniken zeigte in ihrer Arbeit, dass Patienten nach einer sehr seltenen Erholung des Herzens durch den Einsatz eines linksventrikulären Unterstützungssystems eine aufwendige Operation am offenen Herzen erspart bleiben kann. „Wir haben in unserer Arbeit gezeigt, dass auch eine interventionelle Lösung möglich ist, die mit wenig operativem Aufwand für den Patienten sehr schonend bewältigt werden kann“, sagte Stock. Hierbei wird die Ausflussprothese des Kunstherzens zur Aorta interventionell mit einem Gefäßplug verschlossen. Das Kunstherz kann im Anschluss im Körper verbleiben, lediglich das nach außen führende Kabel muss entfernt werden. (PM/RED)

Deister jetzt Past President der Fachgesellschaft DGPPN

Prof. Arno Deister ist die kommenden zwei Jahre Past President der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und wird in dieser Funktion die Vorstandsarbeit mitgestalten. 2017 und 2018 war Deister Präsident der Gesellschaft. In diesem Amt folgt dem Arzt aus Itzehoe Prof. Andreas Heinz aus Berlin. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Michael Spillner, Dänischenhagen,
geboren am 14.10.1947, verstarb am 02.11.2018.

Dr. Eckehart Derda, Leck,
geboren am 14.05.1950, verstarb am 11.11.2018.

Dr. Renate Tolk, Kiel,
geboren am 10.08.1942, verstarb am 11.11.2018.

Erik Classen, Lauenburg,
geboren am 14.08.1962, verstarb am 17.11.2018.

KURZ NOTIERT

Kieler gewinnen Forschungspreis

Facharzt Dr. Matthias Kott, der Pflegewissenschaftler und Krankenpfler Peter Nydal und ihr Forschungsteam der Klinik für Anästhesiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, sind mit dem diesjährigen Forschungspreis der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und des Unternehmens Philips GmbH ausgezeichnet worden. Der mit 10.000 Euro dotierte Preis honoriert Forschungsarbeiten, die das nicht-pharmakologische therapeutische Management, die Früherkennung oder die Prävention des Delirs betreffen und die damit zum verbesserten Management des Symptomkomplexes „Delir im Krankenhaus“ beitragen.

Die Wissenschaftler planen in Kooperation mit anderen Kliniken eine internationale, multizentrische randomisierte Studie zur Wirkung einer pflegerischen Intervention auf die Prävention und Therapie des Delirs bei Intensivpatienten. Eine gezielte pflegerische Frührehabilitation könnte helfen, diese Komplikation zu vermeiden und zu lindern, wissenschaftlich überzeugende Beweise stehen dazu aber immer noch aus. „Die Ergebnisse unserer Studie könnten dazu beitragen, die qualitativ hochwertige Intensivmedizin und -pflege am UKSH noch weiter zu verbessern“, sagt Nydahl. Das Preisgeld fließt nach seinen Angaben in die weitere Arbeit an der Studie. (PM/RED)

Erfolgreiches Hormonzentrum

Zwei Arbeiten von UKSH-Spezialisten wurden mit den beiden wichtigsten Forschungspreisen der Deutschen Gesellschaft für Kinderendokrinologie und -diabetologie (DGKED) ausgezeichnet. Die Lübecker Kinderärztin Dr. Wiebke Birnbaum aus der Sektion für Kinderendokrinologie, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des UKSH, erhielt den Dietrich-Knorr-Preis. Sie führte die weltweit erste kontrollierte Studie zur Testosteronbehandlung von Frauen mit XY-Chromosomen und kompletter Androgenresistenz durch. Die Studie wurde in der Fachzeitschrift *Lancet Endocrinology* publiziert. Die Kieler Molekularbiologin Dr. rer. nat. Nadine Hornig aus dem Bereich Kinderendokrinologie an der Kieler UKSH-Klinik für Kinder- und Jugendmedizin I erhielt den Jürgen-Bierich-Preis. Sie entdeckte, dass Störungen der Geschlechtsentwicklung nicht selten durch eine Methylierungsstörung in einem bisher unbekanntem Genschalter des Androgenrezeptorgens verursacht wird. Das eröffnet zugleich neue Ansätze zum Verständnis der Testosteronwirkung bei anderen Erkrankungen, z. B. Unfruchtbarkeit. Die Arbeit wurde im *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* publiziert. (PM/RED)

Plassmann bleibt Hamburgs KV-Chef

Walter Plassmann bleibt bis Ende des Jahres 2025 Vorstandsvorsitzender der KV Hamburg. Dies beschloss die Vertreterversammlung im Dezember einstimmig. Der Jurist ist seit 1999 in Diensten der KV in der Hansestadt und hat seitdem alle Führungsebenen durchlaufen. Er begann als Bereichsleiter für Versorgungsmanagement und wurde 2004 stellvertretender Hauptgeschäftsführer. Im Folgejahr wurde er zum hauptamtlichen stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden berufen. Vorsitzender des Vorstands ist Plassmann seit 2013. Seine neue Amtszeit dauert sechs Jahre und beginnt erst 2020. Traditionell beschäftigt sich die Vertreterversammlung schon ein Jahr vor Ablauf der Amtsperiode mit einer möglichen Verlängerung. Plassmann ist einer der dienstältesten KV-Vorständler in Deutschland. Losgelöst von seiner Amtszeit ist die des zweiten Vorstandsmitglieds Caroline Roos. (DI)

Verdienstkreuz am Bande für Burkhard Sawade



Burkhard Sawade mit Ministerpräsident Daniel Günther.

Der in Meldorf niedergelassene Arzt Burkhard Sawade ist im vergangenen Monat in der Kieler Staatskanzlei mit dem Verdienstkreuz am Bande ausgezeichnet worden. Dabei spielte sein seit Jahrzehnten andauerndes Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung und im regionalen Praxisnetz die zentrale Rolle. Sawade erhielt die Auszeichnung von Schleswig-Holsteins Ministerpräsident Daniel Günther überreicht. In der Laudatio hieß es, Sawade mache sich für die ärztliche Versorgung, deren Sicherung sowie für vernetzte Versorgungsformen im ländlichen Raum stark. 1998 war Sawade Mit-

begründer des „Medizinischen Qualitätsnetzes Westküste“. Er war Leitungsbeiratsmitglied und Schatzmeister und ist seit 2007 hausärztlicher Vorstandssprecher. Darüber hinaus ist er Vorsitzender der Kreisstelle Dithmarschen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein und stellvertretender Vorsitzender des Kreisausschusses Dithmarschen der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Daneben habe er sich im kirchlichen und im kommunalpolitischen Bereich und als Geschäftsführer des Internationalen Rassehunde-Verbandes eingesetzt. (PM/RED)

Erdmann, König, Bertram: „Highly Cited Researcher“



Prof. Jeanette Erdmann ist eine von drei Lübecker Professorinnen, die zu den am häufigsten zitierten Forschern zählen.

Prof. Jeanette Erdmann vom Deutschen Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung, Direktorin des Instituts für Kardiogenetik der Lübecker Universität, zählt zu den „Highly Cited Researchers“. Die Liste für das Jahr 2018 enthält die Namen von ca. 6.000 weltweit aktiven Forschern. Grundlage der Statistik ist die Datenbank „Web of Science“, die u. a. auch den „Journal Impact Factor“ berechnet und jährlich veröffentlicht. Erfasst sind dort die wissenschaftlichen Artikel aus rund 34.000 Fachzeitschriften. Nur Wissenschaftler, die an mehreren solcher Highly Cited Papers beteiligt sind, werden in den Kreis der „Highly Cited Re-

searchers“ aufgenommen. Erdmann beschäftigt sich seit mehr als 20 Jahren mit den genetischen Ursachen komplexer Erkrankungen, insbesondere der koronaren Herzerkrankung und des Herzinfarkts.

Aus Lübeck sind auch Inke R. König, Professorin für Medizinische Biometrie und Statistik mit besonderen Forschungsinteressen an genetisch-epidemiologischen Methoden, und Lars Bertram, Professor für Genomanalytik, in der Liste aufgeführt. Bertram forscht in Lübeck an den genetischen und epigenetischen Ursachen von Krankheiten des Alters, insbesondere im neuropsychiatrischen Bereich. (PM/RED)

Mühlenbergklinik: Schroeder folgt Hoberg



Prof. Eike Hoberg

Dr. Friedrich Schroeder, zuvor Stellvertreter von Prof. Eike Hoberg in der Mühlenbergklinik, wird dessen Nachfolger als Ärztlicher Direktor. Dies teilte der Klinikträger Deutsche Rentenversicherung (DRV) Nord im Anschluss an ein Fachsymposium mit. Die Veranstaltung hatte die Klinik zur Verabschiedung Hobergs in den Ruhestand ausgerichtet. Im Rahmen des Symposiums hatten zahlreiche Wegbegleiter den langjährigen Chefarzt und Ärztlichen Direktor in sehr persönlichen Grußworten gewürdigt.

„Als Vorbild im besten Sinne vereinen Sie Autorität ohne Überheblichkeit oder gar Arroganz mit Fachwissen, Offenheit und respektvollem Umgang im Team. Wir hier in der Klinik kennen Sie vor allem als guten Kardiologen und gerechten Chef“, sagte Schroeder in seiner Laudatio über Hoberg.

Dr. Ingrid Künzler, Geschäftsführerin der DRV Nord, lobte insbesondere Hobergs Verdienste und seinen Einsatz in der Reha-Forschung. „Zu jeder neuen

Entwicklung gehört eine wissenschaftliche Evaluation, das war einer seiner Leitgedanken“, sagte Künzler. Er habe sich an vielen Stellen engagiert, um die Qualität der kardiologischen Reha zu verbessern. Mit Hoberg verliere die Deutsche Rentenversicherung einen engagierten Arzt, der seine reha-wissenschaftliche Arbeit auf sehr hohem Niveau betrieben habe, so Künzler.

Zwölf Jahre lang arbeitete Hoberg als Ärztlicher Direktor der Klinik in Bad Malente-Gremsmühlen. In dieser Zeit wurde die Mühlenbergklinik Akademisches Lehrkrankenhaus. Wichtige Forschungsprojekte der letzten Jahre waren zudem die Entwicklung eines Reha-Konzeptes für Menschen mit Marfan-Syndrom sowie das bundesweit erste Programm zur verhaltensmedizinisch orientierten kardiologischen Rehabilitation. Die DRV Nord mit Sitz in Lübeck betreibt außer in Bad Malente auch in Aukrug, in Nebel auf Amrum und Westerland auf Sylt eigene Rehabilitationskliniken. (PM/RED)

Von Asklepios zum Albertinen

Dr. Erik Fritzsche ist Chefarzt des neugegründeten Albertinen Wirbelsäulenzentrums. Fritzsche ist Facharzt für Neurochirurgie und arbeitete nach seinem Medizinstudium in Hamburg u. a. als Leitender Oberarzt im Wirbelsäulenzentrum des Klinikums Dortmund sowie der Endo-Klinik Hamburg. Zuletzt war Fritzsche Chefarzt in der Asklepios Klinik Wandsbek.

Das Albertinen-Zentrum hat Standorte am Ev. Amalie Sieveking-Krankenhaus in Hamburg-Volksdorf (mit Dr.

Olaf Pinggen als Chef der Wirbelsäulenchirurgie) sowie am Albertinen-Krankenhaus in Hamburg-Schnelsen (mit Dr. Marietta Jansen als Chefärztin der Unfallchirurgie).

Als Schwerpunkte nennt die Einrichtung degenerative Erkrankungen und unfallbedingte Veränderungen der Wirbelsäule. Das Albertinen-Zentrum betrachtet den gesamten Hamburger Norden und auch angrenzende Regionen in Schleswig-Holstein als sein Einzugsgebiet. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

Kieler Praxisnetz mit neuem Vorstand

Frauenärztin Doris Scharrel, Laborarzt Dr. Thomas Lorentz, Allgemeinmediziner Wolfgang Schulte am Hülsen, Laborarzt Dr. Harald Erichsen, HNO-Ärztin Marina Gosemann und Internist Arafat Al Atawneh sind künftig gleichberechtigte Mitglieder im Vorstand des Kieler Praxisnetzes. Gosemann und Al Atawneh sind neu in dem Gremium, das im Dezember auf der Mitgliederversammlung des Netzes gewählt wurde. Die bisherige fachärztliche Vorstandsvorsitzende Scharrel erwartet, dass mit der Abschaffung des Vorsitzendenpostens die Arbeit auf mehrere Schultern verteilt werden kann. Das 1997 gegründete Praxisnetz ist als eingetragener Verein organisiert, dem derzeit rund 250 Ärzte aus über 180 Praxen angehören. Mitglied kann jeder niedergelassene und angestellte Arzt oder Psychotherapeut mit Kassenzulassung im Kieler Raum werden. Seit 2015 ist das Kieler Praxisnetz als förderungsfähiges Netz durch die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) anerkannt. (PM/RED)

John-Maddox-Preis ging nach Lübeck

Die Lübecker Medizinstudentin Britt Hermes ist mit dem John-Maddox-Preis 2018 ausgezeichnet worden. Die Jury honorierte damit den engagierten Einsatz von Britt Hermes für die evidenzbasierte Medizin und insbesondere für die Aufdeckung falscher Behauptungen von Befürwortern der Naturheilkunde. Der Preis ist mit umgerechnet rund 3.400 Euro dotiert. Hermes ist eine ehemalige amerikanische Naturheilkundepraktikerin, die ihren Beruf aufgegeben und sich zu einer bekannten Kritikerin der Naturheilkunde entwickelt hat. Für ihre Aufklärung der Öffentlichkeit über die Realitäten und Fehlinformationen in der Naturheilkunde sowie ihre Fürsprache zugunsten evidenzbasierter Medizin ist sie nun mit dem ersten John-Maddox-Preis für eine Nachwuchsforscherin ausgezeichnet worden. In einem seit 2015 geführten Internet-Blog klärt sie über die Wirkungslosigkeit und damit Gefährlichkeit bestimmter Naturheilkundeverfahren auf. Nach Aussage der Jury



Britt Hermes

wird Hermes „für ihren Mut ausgezeichnet, die Wissenschaft und nachprüfbare Belege zu Fragen von öffentlichem Interesse zu fördern“. Auch ihre Bereitschaft, eigene Ansichten infrage zu stellen, wurde hervorgehoben. „Britt Hermes' Geschichte zeugt von außergewöhnlichem Mut – nicht nur, weil sie erkannt hat, dass die Naturheilkunde, der sie vier Jahre lang eine Ausbildung gewidmet hatte, mit falschen Praktiken durchsetzt ist, sondern auch, weil sie diese Praktiken angesichts heftiger Widerstände zu kritisieren wagt“, sagte Sir Colin Blakemore, Jurymitglied und Professor an der School of Advanced Study der University of London.

Der John-Maddox-Preis ist eine gemeinsame Initiative der Wohltätigkeitsorganisation „Sense about Science“ und der Wissenschaftszeitschrift „Nature“. In diesem Jahr gab es 136 Nominierungen aus 36 Ländern. Hermes ist neben ihrem Studium auch wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Experimentelle Dermatologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein. (PM/RED)

DER SCHLICHTUNGSFALL

Befunderhebungsmangel bei postoperativer Nachblutung

Von Fall zu Fall: Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

Kasuistik

Die Einweisung einer 47-jährigen Patientin erfolgte bei ambulant urodynamisch gesicherter Belastungsinkontinenz zur Einlage eines alloplastischen Bands. Bei der intraoperativen zystoskopischen Lagekontrolle wurde eine Perforation der Harnblasenwand links erkannt. Daraufhin wurde der Trokar entfernt und eine nochmalige Einlage durchgeführt. Bei der zystoskopischen Kontrolle zeigte sich die Harnblasenwand intakt. Am Ende des Eingriffs war der Urin leicht blutig. Im Aufwachraum wurden hypotone Blutdruckwerte gemessen, der Puls war konstant. Bei subjektiv empfundenem Druckgefühl im Bauchraum und geringer Urinausscheidung wurde ein Harnblasenspülkatheter eingelegt, die Blutdruckkontrollen waren konstant systolisch unter 100 mmHg. Trotz Gabe von Plasma-Expandern und eines blutdrucksteigernden Medikaments ließ sich der Blutdruck nie über Werte von 100/60 mmHg anheben. Die Unterbauchschmerzen nahmen zu, die Kreislaufsituation war medikamentös nicht beherrschbar. Am Abend wurde eine Revisionsoperation durchgeführt, bei der neben den bereits sechs Erythrozytenkonzentraten 2.800 ml aufbereitetes Blut aus dem Cell-Saver retransfundiert wurden. Nach Übernahme des Eingriffs durch die Chirurgische Klinik wurde die eröffnete Harnblase verschlossen, im Bereich der linken Beckenwand erfolgten multiple Umstechungsligaturen. Die Blutgerinnung war durch die Massentransfusion ungenügend, sodass das Becken austamponiert und der Eingriff beendet wurde. Am nächsten Tag wurde das belassene Bauchtuch entfernt. Zwei Tage später wurde bei zunehmender Schwellung des linken Beins dopplersonografisch eine Phlebo-Thrombose nachgewiesen. Nach einer Woche wurde nach computertomografisch nachgewiesenem großem Hämatom im kleinen Becken rechts und neuerlicher Blasenläsion eine Revisionsoperation durchgeführt, wenige Tage später wurde eine Infektion mit MRSA nachgewiesen, welche entsprechend antibiotisch behandelt wurde.

Im weiteren Verlauf wurde eine Beinhebeschwäche als Läsion des Nervus femoralis links diagnostiziert, wobei nach Entlassung 57 Tage nach Primäreingriff eine Dauerantikoagulation mit

Marcumar notwendig war, das linke Bein bei fortbestehender Schwäche gewickelt wurde; es bestehen komplexe Schmerzen und Kribbeln in Händen, Müdigkeit und Schlaflosigkeit.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin ist der Ansicht, dass die Operation fehlerhaft durchgeführt worden sei und sie nicht nur eine weiterbestehende Harninkontinenz beklage, sondern auch vielfältige Beschwerden habe, deren Entstehung ihr nicht nachvollziehbar seien.

Stellungnahme Krankenhaus

Aufgrund des Beschwerdebilds habe eine eindeutige Indikation zur Einlage eines Bands bestanden. Dabei sei es auf der linken Seite zu einer Perforation der Blasenwand gekommen, welche erkannt und worauf entsprechend reagiert worden sei. Auf die im weiteren Verlauf aufgetretenen Beschwerden sei adäquat reagiert worden, bei Verdacht auf intra-abdominale Nachblutung sei unverzüglich nachoperiert worden. Aufgrund der starken Blutungen an der linken Beckenwand sei die Chirurgie mit einbezogen worden, welche auch den weiteren Verlauf übernommen habe.

Entscheidung der Schlichtungsstelle

Bei der Patientin ist es zu einer Perforation der Harnblase bei Einlegen eines repropubischen Bands gekommen, welche in der Literatur in einer Häufigkeit von 3 bis 15 Prozent beschrieben wird. Intraoperativ wurde auf diese Komplikation adäquat reagiert.

Postoperativ wurde fehlerhaft auf die deutlichen Zeichen einer Blutung und einer beginnenden Schocksymptomatik nicht adäquat reagiert, es wurden Erythrozytenkonzentrate und kreislaufsteigernde Medikamente gegeben und fehlerhaft die Patientin sogar auf die Normalstation zurückverlegt. Erst am späten Abend des ersten postoperativen Tags erfolgte die Revision, bei der dann der Chirurg hinzugezogen wurde. Eine Re-Operation war bei der stattgehabten Nachblutung unumgänglich, das Ausmaß des Eingriffs, des Blutverlusts und damit der Folgekomplikationen wie notwendige Massivtransfusionen, Blutgerinnungsstörungen, MRSA-Infektion und ausge-

prägte Thrombosierung des linken Beins hätten deutlich reduziert werden können, wenn direkt postoperativ – noch auf der Überwachungsstation – eine Ultraschalldiagnostik und eine sofortige Revision erfolgt wären. Bei fehlender Stabilisierung des Kreislaufs und zunehmender Schmerzsymptomatik hätte eine frühzeitige Revision innerhalb der ersten vier bis fünf Stunden das Ausmaß des Blutverlusts, die Gerinnungsstörung mit heute noch immer notwendiger Antikoagulation und die Folgen der Beinvenenthrombose deutlich reduzieren, wenn nicht sogar völlig verhindern können. Eine Revisionsoperation war notwendig, die weiteren Interventionen wie Wechsel beziehungsweise Entfernung des Bauchtuchs, Massentransfusionen und Maßnahmen im Rahmen der Thrombosebehandlung waren vermeidbar. Weiter ist eine um neun Monate verzögerte Rekonvaleszenz als Schaden zu werten. Bei zeitgerechter Erkennung und frühzeitiger Revision der Nachblutung wären der Blutverlust, der Bluterguss und damit die Größe der Wundhöhle und somit die Infektionsgefahr drastisch zu reduzieren gewesen.

Fazit

Verletzungen von Nachbarorganen bei Eingriffen im kleinen Becken gehören zu den seltenen, aber nicht immer sicher zu vermeidenden Komplikationen. Auf die Blasenperforation bei Einlage des Bands wurde korrekt reagiert. Im Wissen um die intraoperative Komplikation war schon im Aufwachraum die hypotone Blutdrucksituation bei fast fehlender beziehungsweise rein blutiger Urinausscheidung Indikation für eine Ultraschalluntersuchung zum Ausschluss einer Blasentamponade und/oder einer Nachblutung im kleinen Becken. Die deutlichen Zeichen einer beginnenden Schocksituation, der Abfall des Hämoglobin-Werts und die zunehmenden Schmerzen hätten eine frühere Information des diensthabenden Gynäkologen notwendig gemacht, sodass von einem Befunderhebungsmangel des Pflegepersonals und der Ärzte ausgegangen werden muss.

PROF. DR. DR. H.C. MED. ECKHARD PETRI
ÄRZTLICHES MITGLIED DER SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN

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 Arzthaftungstreitigkeiten. Ziel ist, allen Beteiligten eine objektive, kompetente Streitbeilegung zu ermöglichen.

FERNBEHANDLUNG

Die neue Basis

Die Herbsttagung an der Bucerius Law School beschäftigte sich mit den neuen rechtlichen Grenzen der Fernbehandlung und ihren Folgen.

Moderne, durch Kommunikationstechnische Neuerungen mögliche Behandlungsformen sollte das Recht vernunftgerecht begleiten, aber nicht ausbremsen. Diese auf die telemedizinische Fernbehandlung bezogene Zielsetzung war offenbar allgemein akzeptierte Grundlage der Medizinrechtlichen Herbsttagung des Instituts für Medizinrecht der Bucerius Law School in Hamburg. Vorgegeben hatten sie die beiden Institutsleiter, Prof. Karsten Gade (Strafrechtler) und Prof. Jens Prütting (Zivilrechtler): „So hat medizinische Fernbehandlung eine große Zukunft.“ (Prütting)

BÄK-Präsident Dr. Frank Ulrich Montgomery nahm diese positive Einschätzung auf und umschrieb die schon seit längerer Zeit bestehende Motivation der Ärzteschaft, sich mit diesem Thema in Gremien der Körperschaften zu befassen, mit dem treffenden Sprichwort „Wer nicht mit der Zeit geht, geht mit der Zeit“. Gemeint war, wie besonders in der Diskussion deutlich wurde, die Gefahr konzentrierter telemedizinischer Aktivitäten durch andere Akteure, vor allem unternehmerisch konzipierte Call Center im In- und Ausland. Aus Sicht der Bundesärztekammer gebe es einige Probleme bei der Fernbehandlung, so etwa mit unbekanntem Patienten mit Rezept- oder AU-Wunsch oder die Qualifikation und Arbeitsweise der Ärzte in entsprechenden Call Centern. Konkret werde ein Algorithmus entwickelt für den Bereich der Notfallversorgung, denn die Leitstelle, selbst wenn ärztlich besetzt, könnte von manchem Anruf überfordert sein. Insgesamt, betonte Montgomery, unterliege Fernbehandlung den gleichen Anforderungen wie die persönliche Behandlung und sei zulässig, wenn sie der Arzt nach Recht und Ethos verantworten könne.

In der Tat, bestätigte Dr. jur. Marlis Hübner, Leiterin der BÄK-Rechtsabteilung, die Ärzte müssten selbst den Weg der Fernbehandlung gehen, sonst liefen sie Gefahr, in einigen Jahren von anderen abgehängt zu werden. Als neue berufsrechtliche Grundlage in diesem Sinne zitierte sie § 7 Abs. 4 Satz 3 der Mus-

terberufsordnung in der Fassung des letzten Deutschen Ärztetages 2018 in Erfurt (siehe Info-Spalte). Die Initiative zu dieser Änderung war damals wie berichtet von Schleswig-Holstein ausgegangen.

Auch nach altem Recht sei unstrittig Notfallbehandlung als Fernbehandlung zulässig. Sonst aber sei die Rechtslage im Gesundheitsbereich gekennzeichnet durch den Grundsatz persönlicher Leistungserbringung. Dies komme auch in den Vorschriften § 48 Abs.1 Nr. 2,3 Arzneimittelgesetz und § 15 Abs.1 Nr. 6 Heilmittelwerbegesetz zum Ausdruck (Abgabeverbot ohne ärztliches Rezept). Die jetzt vorgesehene Lockerung gehe vom „Goldstandard des persönlichen Kontakts“ aus, erlaube Fernbehandlung ausnahmsweise in den geeigneten Fällen, die ärztlich vertretbar erschienen und eine entsprechende Aufklärung des Patienten beinhalteten. In der Berliner Charité laufe ein entsprechendes Projekt mit 1.500 Herzpatienten, das gute erste Ergebnisse zeige. Die Deutsche Dermatologische Gesellschaft habe bereits eine Leitlinie zur Fernbehandlung entwickelt (Autor Prof. Matthias Augustin, UKE, u. a.). Die BÄK gehe bei ihren Überlegungen von verschiedenen Prämissen aus, so zu telemedizinischer Beratung in Zentren. Die dort angestellten Ärzte hätten die normalen ärztlichen Berufspflichten zu beachten. Primärarztmodelle seien ebenso wenig möglich wie eine arbeitsrechtliche Pflicht, nur telemedizinisch tätig zu sein oder das Niederlassungsrecht der KV zu umgehen. In Arbeitsgruppen würden Detailfragen diskutiert wie die Möglichkeit der telemedizinischen Krankschreibung (AU) eines bisher unbekanntem Patienten: Grundsätzlich nein, anders z. B. in der Schweiz bis zu fünf Tage mit Widerspruchsrecht des Arbeitgebers.

In der anschließenden Diskussion wies Dr. Thomas Schang (Eutin), Vorstandsmitglied der Ärztekammer Schleswig-Holstein, auf die Pionierposition unseres Bundeslandes hin. Schon im Frühjahr 2018 hatte es einen einstimmigen Beschluss gegeben, bevor zahlreiche weitere Landesärztekammern ihre Berufsordnung ebenfalls änderten. Eine wirkliche Gefahr der Konzentration von

Fernbehandlungen in Call Centern sah Schang mit Hinweis auf strenge Rechtsregelungen in Deutschland nicht.

Haftungsrechtlich jedoch könnten einzelne Ärzte gegenüber starken, anwaltsgestützten Gruppierungen in unsicherer Position sein, wenn man den Ausführungen von Prof. Christian Katzenmeier (Köln) folgt. Denn Fazit seines Referats war: „Chancen und Risiken der Fernbehandlung sind groß, denn das deutsche Haftungsrecht zieht der Fernbehandlung recht enge Grenzen.“ Es sei nicht sicher, dass die Rechtsprechung die Fernbehandlung rechtlich anerkenne. So habe der 6. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs bereits entschieden, dass der behandelnde Arzt bei schwerer Erkrankung des Patienten einen Hausbesuch machen müsse, um sich ein zutreffendes Bild zu machen. 2010 urteilte der BGH, der Arzt dürfe die Patientenaufklärung in komplizierten Fällen nur persönlich, nicht bloß telefonisch durchführen. Bei einem Befunderhebungsfehler etwa durch unzureichende Information des Arztes am Telefon oder Bildschirm könne die Rechtsprechung aus einem Gesundheitsschaden eine Verursachung durch den Arzt annehmen, die nicht der Patient beweisen, sondern der Arzt entkräften müsse (Beweislastumkehr zugunsten des Patienten).

Der Arzt sei wie sonst auch schadenersatzpflichtig aus Behandlungsvertrag und Gesetz (§ 823 BGB), wenn eine Ist-Soll-Betrachtung einen Behandlungsfehler anzeige und wenn dieser ursächlich für den Gesundheitsschaden sei. Maßstab für das „Soll“ sei der jeweilige medizinische Standard, ein zwischen Berufspraxis und Rechtsnorm liegender Maßstab.

Wenn der Arzt bei persönlicher wie bei Fernbehandlung eine zutreffende Indikation stelle, im Einverständnis (Consent) mit dem Patienten handle und die allgemeinen Fachregeln beachte, erfülle er die grundsätzlichen Bedingungen einer rechtmäßigen ärztlichen Behandlung. Entscheidend sei, ob eine konkrete Fernbehandlung dem angemessenen ärztlichen Behandlungsstandard gerecht werde. Hier dürfe etwa der Mindeststandard nicht unterschritten werden, auch nicht, wenn momentane Organisations- oder Personalprobleme zu einer telemedizinischen Schnellabfertigung führten. Immerhin positiv: Die Gerichte lassen, so der Referent, Verständnis erkennen für unterschiedliche Qualitätsstufen medizinischer Einrichtungen. Eine Uniklinik unterliege einem strengeren Haftungsmaßstab als ein Krankenhaus der Regelversorgung (abgestufte Haftungsgrundsätze). Gefordert wird also auch für die Fernbehandlung nicht der optimale, sondern der erreichbare Standard.

MBO

§7 Abs.4 Satz 3 „Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt ... gewahrt wird und die Patientin oder der Pat. auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.“

SERIE

Grundlagen zum Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsrecht

Zweiter Teil unserer Serie zum Arzthaftungsrecht von
Wolfgang Frahm, Vorsitzender Richter am Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgericht in Schleswig.

2. Grundlagen zum Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsrecht

Im Arzthaftungsprozess ist wegen fehlenden Fachwissens des Gerichts die Einholung sachverständiger Beratung zur Klärung und Beurteilung beweisrelevanter Tatsachen aus dem medizinischen Bereich in der Regel unverzichtbar. Wenn auch das Gericht sich durch Selbststudium, Internetrecherche, Heranziehen eines in einem vergleichbaren Prozess verwendeten und überzeugenden Gutachtens oder Auswertung von im Prozess vorgelegter Fachliteratur mit den medizinischen Fragen näher befassen sollte, so reicht dies noch nicht für die Erlangung eigener Sachkunde aus. Dies ersetzt insbesondere kein Sachverständigengutachten, denn es sind in Fachbüchern oder den Leitlinien umfassende Antworten auf den konkreten Fall nicht zu finden.

Obwohl dem Gutachter eine erhebliche Verantwortung für das Verfahren und insbesondere die gerichtliche Entscheidung zukommt, bleibt das Gericht

SERIE

Unsere Serie zum Arzthaftungsrecht haben wir in Heft 12/2018 gestartet. Die weiteren geplanten Beiträge finden Sie unten. Alle Beiträge stammen von Wolfgang Frahm, Vorsitzender Richter am Oberlandesgericht Schleswig.

1. Grundlagen des Arzthaftungsrechts
- 1.1. Beweiserleichterungen und Beweislast
- 1.2. Aufklärungsfehlerhaftung
2. Grundlagen zum Sachverständigenbeweis im Arzthaftungsrecht
3. Bereits vorliegende Gutachten
4. Gutachtauftrag
5. Pflichten des Sachverständigen
6. Befangenheit
7. Persönliche Erstellung des Gutachtens
8. Körperliche Untersuchung des Klägers
9. Aufbau und Inhalt des Gutachtens
10. Verfahren nach Eingang des Gutachtens
11. Die Vergütung des Sachverständigen
12. Die Haftung des gerichtlichen Sachverständigen

Info

Sachverständige müssen den erforderlichen Sachverstand besitzen, um kompetent und zutreffend die an sie gerichteten Fragen beantworten zu können. Dazu müssen sie nicht nur medizinisch-theoretisches Wissen besitzen, sondern auch über Erfahrungen in der Praxis verfügen. Bei der Auswahl von Sachverständigen wird außerdem darauf geachtet, dass diese objektiv, neutral, unbefangen und verantwortungsbewusst sind.

Herr des Verfahrens. Der Gutachter ist lediglich Gehilfe des Gerichts. Seine Tätigkeit ist von dem Gericht zu leiten, er ist anzuweisen und weisungsabhängig, § 404 a ZPO.

Es besteht eine Pflicht zur Erstattung von Gutachten (§ 407 ZPO), bei öffentlich bestellten Gutachtern und

- ▶ bei Personen, die z. B. in der Wissenschaft eine auf dauernden Erwerb gerichtete Tätigkeit öffentlich ausüben,
- ▶ oder die zur Ausübung einer solchen Tätigkeit öffentlich bestellt oder ermächtigt sind, also eine Zulassung für ihren Beruf benötigen (Lizenzträger, also z. B. Ärzte),
- ▶ schließlich bei Personen, die sich zur Erstattung von Gutachten bereit erklärt und den konkreten Auftrag nicht unverzüglich abgelehnt haben.

Dem liegt – wie bei Zeugen, Dolmetschern und Übersetzern auch – die staatsbürgerliche Pflicht zugrunde, die Gerichte bei der Wahrheitsfindung in zumutbarem Rahmen zu unterstützen. Diese Ehrenpflicht geht sonstigen bürgerlichen Verpflichtungen vor, d. h. die Pflicht zur Erstattung eines Sachverständigengutachtens genießt Vorrang vor Berufspflichten, erst recht vor privaten Vorhaben. Erst die Zumutbarkeitsschwelle, z. B. gemessen an Art. 12 GG (Berufsfreiheit), setzt dem eine Grenze.

Im Gegensatz zum Sachverständigen bekundet der sachverständige Zeuge lediglich vergangene Tatsachen oder Zustände, zu deren Wahrnehmung eine besondere Sachkunde erforderlich ist (§ 414 ZPO), z. B. vor- bzw. nachbehandelnde Ärzte. Er kann als Zeuge nicht als Befangen abgelehnt werden (vgl. § 406 ZPO). Die Vernehmung von sachverständigen Zeugen ersetzt nicht die von einer Partei beantragte Einholung eines Sachverständigengutachtens. Wird der sachverständige Zeuge aber dennoch nicht nur zu seinen Tatsachenkenntnissen vernommen, sondern darüber hinaus bezüglich seiner auf Sachkunde beruhenden Wertungen und Schlussfolgerungen befragt, gerät er in die Position eines Sachverständigen, ist zuvor entsprechend zu belehren und insoweit höher zu entschädigen.

3. Bereits vorliegende Gutachten

Nicht selten haben sich mit dem konkreten Behandlungsgeschehen schon Sachverständige beschäftigt, sei es als Privatgutachter, als Gutachter der Schlichtungsstelle oder der Gutachterkommission, in einem vorab betriebenen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren oder aufgrund eines anderen Gerichtsverfahrens, z. B. wenn es um sozialrechtliche Fragen ging. Diese Gutachten können aus prozessökonomischen Gründen zum Teil in das Arzthaftungsverfahren eingeführt werden und die Einholung eines weiteren Gutachtens ersetzen.

- ▶ Gerichtlich oder staatsanwaltschaftlich eingeholte Gutachten: Sie können unabhängig vom Einverständnis der Parteien nach § 411 a ZPO verwertet werden, wenn sie einem an sich einzuholenden Gutachten gleichwertig sind (aber: selten). Mit dem Verwertungsbeschluss des Gerichts ist der Sachverständige dann auch für dieses weitere Verfahren bestellt (ohne Verpflichtung zur schriftlichen Erstattung eines Gutachtens). Der Beschluss ist daher auch ihm bekanntzugeben, zumal ihm das Urheberrecht aus §§ 17 Abs. 1, 35 UrhG zusteht, er es insbesondere bei gewandelter Überzeugung (§ 42 UrhG) zurückerufen könnte.
- ▶ Privatgutachten, und Gutachten aus Schlichtungsverfahren, mit denen sich das Gericht und der gerichtlich bestellte Sachverständige eingehend zu befassen haben und denen daher im Prozess ein nicht unerhebliches Gewicht zukommt, sind nicht nach §§ 402 ff ZPO als Sachverständigenbeweis verwertbar, ersetzen ein gerichtliches Sachverständigengutachten also nicht.
- ▶ Vergleichbar mit den Privat- und Schlichtungsgutachten sind die von der Patientenseite eingereichten MDK-Gutachten. Diese werden zwecks Unterstützung der Patienten von den Krankenkassen nach §§ 66, 275 SGB V eingeholt. Ihnen gebührt im Prozess ebenfalls eine sorgfältige Befassung durch Gerichtssachverständige und Gericht aber auch sie ersetzen das gerichtliche Sachverständigengutachten nicht.

4. Gutachtauftrag

- a) Auswahl des Sachverständigen
- Anforderungen an die Qualifikation: Der Sachverständige muss
- ▶ objektiv,
 - ▶ neutral,
 - ▶ unbefangen,
 - ▶ verantwortungsbewusst sein
 - ▶ und den erforderlichen Sachverstand besitzen, um kompetent und zutreffend die an ihn gerichteten Fragen beantworten zu können. Dazu muss er nicht nur medizinisch-theoretisches Wissen besitzen, sondern auch

über Erfahrungen in der Praxis verfügen. Die Sachkunde des Gutachters muss überlegen sein; von ihm wird also erwartet, dass er eine gegenüber den Ärzten seiner Fachrichtung hinausgehende Qualifikation besitzt. Er muss aber nicht öffentlich bestellt und vereidigt sein.

Die Auswahl des Sachverständigen liegt im Ermessen des Gerichts. Ist dem Richter ein geeigneter Gutachter für den maßgebenden Fachbereich nicht bekannt, kann er z. B. bei den Ärztekammern Vorschläge einholen.

Für die Auswahl sind folgende Gesichtspunkte maßgebend:

- ▶ Das infrage stehende Fachgebiet (schwierig bei interdisziplinärer Behandlung: zu fragen ist dann, wo der Schwerpunkt des Vorwurfs liegt).
- ▶ Die örtliche Nähe des Gutachters; er sollte nicht aus enger räumlicher Umgebung zum beklagten Arzt ausgewählt werden.
- ▶ Sind sich die Parteien über die Person des Sachverständigen einig, hat das Gericht dem Folge zu leisten; das gerichtliche Ermessen reduziert sich auf Null (§ 404 Abs. 4 ZPO).

Nicht allein entscheidend ist aber

- ▶ die Versorgungsstufe, d. h. z. B. die Frage, ob der Sachverständige aus dem ambulanten Bereich kommt, wenn auch der verklagte Arzt ein niedergelassener Mediziner ist (aber: das Gericht muss darauf achten, dass der Sachverständige nicht dabei seinen höheren Klinikstandard zugrunde legt);

- ▶ ob der Gutachter öffentlich bestellt ist (§ 404 Abs. 2 ZPO);
- ▶ ob die Parteien Vorschläge zur Person des Gutachters unterbreitet haben.

b) Mündliches oder schriftliches Gutachten

Ob ein Gutachten mündlich oder schriftlich eingeholt wird, liegt im Ermessen des Gerichts. Bei einfach gelagerten Fällen kann es ausreichen, ein mündlich zu erstattendes Gutachten einzuholen. Meistens aber holt das Gericht ein schriftliches Gutachten ein. Die Grundlage der richterlichen Entscheidung, aber auch der anwaltlichen Befassung ist dann gründlicher ausgearbeitet und besser nachvollziehbar.

c) Beweisbeschluss

Der gerichtliche Sachverständige

wird durch einen Beweisbeschluss bestellt. Dabei muss der Gutachter im Beschluss nicht zwingend namentlich genannt werden. Ausreichend ist die Bezeichnung der Position des Sachverständigen, wie z. B. „Ärztlicher Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik X“. Er ist dann hinreichend bestimmbar.

In dem Beschluss des Gerichts kann über die Beweisfragen hinaus dem Sachverständigen aufgegeben werden, eigene Feststellungen zu treffen, z. B.:

- ▶ Behandlungsunterlagen (im Original) beizuziehen,
- ▶ körperliche Untersuchungen des klagenden Patienten durchzuführen,
- ▶ Vor- und Nachbehandler zu befragen (bei vorliegender Schweigepflichtbindungserklärung des Klägers).

Es können auch Hinweise an den Sachverständigen erteilt werden, z. B.

- ▶ dem Gericht mitzuteilen, wenn das ärztliche Verhalten aus einem anderen als dem bislang vorgetragenen Grund behandlungsfehlerhaft erscheint,
- ▶ dass es bei der Kausalitätsbeurteilung nicht um einen medizinisch-naturwissenschaftlichen Nachweis geht, also nicht um eine mathematische, jede Möglichkeit eines abweichenden Geschehensablaufs ausschließende, von niemandem anzuzweifelnde Gewissheit. Denn für das Gerichtsverfahren ist ein Grad von Gewissheit ausreichend, der Zweifeln eines besonnenen, gewissenhaften und lebenserfahrenen Beurteilers Schweigen gebietet. Zweifel, die sich auf lediglich theoretische Möglichkeiten gründen, für die tatsächliche Anhaltspunkte nicht bestehen, sind nicht von Bedeutung. Also: eine absolute Gewissheit ist nicht gefordert. Vielmehr muss der Sachverständige davon überzeugt sein, dass bei vernünftiger Betrachtung, wenn überhaupt, nur geringe Zweifel bestehen könnten.

Zum Teil reicht sogar eine deutlich überwiegende, auf Tatsachengrundlagen beruhende Wahrscheinlichkeit aus, oder gar nur eine mehr als 50-prozentige Wahrscheinlichkeit.

Dem Sachverständigen wird regelmäßig eine Frist zur Erstellung des Gutachtens gesetzt (§ 411 Abs. 1 ZPO). Bei Nichteinhaltung der Frist und nach Androhung mit Nachfristsetzung kann gegen den säumigen Sachverständigen ein Ordnungsgeld wegen Fristversäumung verhängt werden (§ 411 Abs. 2 ZPO). Ist auch ein zweites Ordnungsgeld fruchtlos, kann von einer Gutachtenverweigerung ausgegangen werden, der zufolge dem Sachverständigen – jedenfalls nach vorheriger Ankündigung – die durch sein Verhalten verursachten Kosten aufgelegt und zusätzlich der Gutachtenauftrag entschädigungslos entzogen werden kann.

ANZEIGE

CAUSA CONCILIO
RECHTSANWÄLTE

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

Unsere Fachanwälte für Medizinrecht ...

<p>KIEL: Deliusstraße 16 · 24114 Kiel Tel. 0431/6701-0 · kiel@cc-recht.de</p> <p>HAMBURG: Neuer Wall 41 · 20354 Hamburg Tel. 040/355372-0 · hamburg@cc-recht.de</p> <p>FLENSBURG: Marie-Curie-Ring 1 · 24941 Flensburg Tel. 0461/14109-0 · flensburg@cc-recht.de</p> <p>SCHÖNBERG: Eichkamp 19 · 24217 Schönberg Tel. 04344/413973-3 · schoenberg@cc-recht.de</p>	<p>Frank Schramm Dr. Paul Harneit Sven Hennings Christian Gerdts Prof. Dr. Dr. Thomas Ufer Stephan Gierthmühlen Dr. Kai Stefan Peick Dr. Jana Spieker Wiebke Düsberg Linda Kuball</p>
---	---

... sowie Arbeitsrecht, Bau- und Architektenrecht, Erbrecht, Familienrecht, Gewerblicher Rechtsschutz, Handels- und Gesellschaftsrecht, Miet- und Wohnungseigentumsrecht, Steuerrecht und Verkehrsrecht.

www.causaconcilio.de

13.2.19

An diesem Tag findet in der Akademie der Ärztekammer eine Fortbildungsveranstaltung mit Richter Frahm statt, in deren Rahmen es u. a. um die Fortbildung von Sachverständigen geht.

Fortbildungstermine bei der Ärztekammer

ÄRZTLICHE FORT- UND WEITERBILDUNG

JANUAR/FEBRUAR

22.01.	Homöopathie – A-Kurs Beginn: 9:00 Uhr
23.01.	Seminarreihe Allgemeinmedizin – Schmerz-Syndrome in der hausärztlichen Versorgung Teil 1: BWS-Hüfte-Knie Beginn: 16:00 Uhr
01.02.	Psychosomatische Grundversorgung Teil I Beginn: 16:00 Uhr
08.02.	Akupunktur Block A Beginn: 15:00 Uhr
09.02.	Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach RöV Beginn: 9:00 Uhr
09.02.	ACLS-Training (Advanced Cardiac Life Support) Beginn: 9:30 Uhr
11.02.	Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz Beginn: 12:00 Uhr
11.02.	Fachkunde Strahlenschutz – RöV Medizin Beginn: 12:00 Uhr
11.02.	Grundkurs im Strahlenschutz nach RöV Beginn: 13:30 Uhr
14.02.	Spezialkurs im Strahlenschutz nach RöV Beginn: 9:00 Uhr
18.02.	Suchtmedizinische Grundversorgung Beginn: 9:00 Uhr
22.02.	Reisemedizinische Gesundheitsberatung Beginn: 15:00 Uhr

INTERPROFESSIONELLE FORTBILDUNGEN

JANUAR/FEBRUAR/MÄRZ

18.01.	Professionell kommunizieren und motivieren Beginn 15:00 Uhr
19.01.	Krebsregister in Praxis und Klinik Beginn: 9:00 Uhr
24.01.	Kindernotfälle - Kindertrainingszirkel (KiTZ) – Atemwege/Atmung (A/B-Probleme) Beginn: 17:00 Uhr
30.01.	Notfallmanagement und Basisreanimation Beginn: 15:00 Uhr
13.02.	Krebsregister in Praxis und Klinik Beginn: 15:00 Uhr
15.02.	Datenverarbeitung, Dokumentation und Kommunikation Beginn: 14:00 Uhr
15.02.	Case Management/Modul 1: Einführung: Handlungsspektren identifizieren und Patienten kontaktieren. Beginn: 14:00 Uhr
16.02.	Jährliche QM-Pflichtschulung kompakt Beginn: 8:30 Uhr
02.03.	Progressive Relaxation – Grundkurs Beginn 9:30 Uhr

FORT- UND WEITERBILDUNG FÜR MEDIZINISCHES ASSISTENZPERSONAL

JANUAR/FEBRUAR/MÄRZ

18.01.	Praxisnahes Telefontraining Beginn: 15:00 Uhr
26.01.	Grundlagen der Arzneimittelkunde und -versorgung älterer Menschen Beginn: 9:00 Uhr
30.01.	Aktualisierung der Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz Beginn: 9:00 Uhr
02.02.	Modernes Wundmanagement Beginn: 8:30 Uhr
04.02.	Strahlenschutzkurs für medizinisches Assistenzpersonal Beginn: 8:30 Uhr
08.02.	Fachzertifikat Ambulantes Operieren Beginn: 15:00 Uhr
15.02.	Qualitätsmanagementbeauftragte/r in Einrichtungen des Gesundheitswesens Beginn: 14:00 Uhr
15.02.	Psychosomatische und psychosoziale Versorgung Beginn: 15:00 Uhr
16.02.	EBM/Grundkurs Beginn: 9:30 Uhr
20.02.	Notfälle in der Gynäkologie und Geburtshilfe Beginn: 15:00 Uhr
21.02.	Prüfungsvorbereitung Labor intensiv Beginn: 8:00 Uhr
23.02.	Qualitätsmanagement auf einen Blick Beginn: 9:00 Uhr
27.02.	Aktualisierung der Kenntnisse/Fachkunde Strahlenschutz Beginn: 9:00 Uhr
01.03.	Geriatrische Syndrome und Krankheitsfolgen im Alter/Diagnoseverfahren Beginn: 15:00 Uhr
02.03.	Tapen kompakt Beginn: 9:00 Uhr
04.03.	Strahlenschutzkurs für medizinisches Assistenzpersonal Beginn: 8:30 Uhr

Kontakt

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

FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

JANUAR/FEBRUAR/MÄRZ

21. JANUAR	Ringvorlesung – Global Health – Social Determinants of Health	UKSH Lübeck, Klinik für Kinderchirurgie judith.lindert@uksh.de oder cborn@fz-borstel.de Punkte beantragt
26. JANUAR	Narkose und Beatmung im Rettungsdienst	UKSH Kiel Institut für Rettungs- und Notfallmedizin Telefon 0431 500 31551, 31554 notfallmedizin@uksh.de www.uksh.de/notfallmedizin Punkte beantragt
30. JANUAR	„How to make a good Abrechnung“ – Grundsätzliches und Spezielles	Medizinische Qualitätsnetz Westküste (MQW) Telefon 04832 55261 buero@kreisstelle-dithmarschen.de Punkte beantragt
30. JANUAR	Fortbildungsserie 2019 One Step Ahead Endokrinologie/ NEN Diabetologie/ Ernährungsmedizin	UKSH Kiel, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie Telefon 0431 500 22476 oder 0431 500 22453 2 Punkte
8./9. FEBRUAR	Rhythmologie Up2date	UKSH Lübeck, Telefon 0451 500 44 511 Jasmina.Meyer@uksh.de www.uksh.de/innere2-luebeck Punkte beantragt
13. FEBRUAR	Nun doch Druck statt Fluß	UKSH Kiel Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin Telefon 0431 500 20701 sonja.heinrich@uksh.de Punkte beantragt
22./23. FEBRUAR	Norddeutsches Symposium für klinische Umweltmedizin – Erschöpfung als Kardinalsymptom entzündlicher und nicht entzündlicher Erkrankungen	Deutscher Berufsverband Klinischer Umweltmediziner e. V. Fax 030 76904522 dbu@dbu-online.de www.dbu-online.de Punkte beantragt
6. MÄRZ	Uro-Onkologisches Frühlings-Symposium	Solution akademie GmbH K. Groothoff Telefon 05194 974490 Punkte beantragt

Weitere Informationen bei den Veranstaltern. Alle Angaben ohne Gewähr.

Seminarreihe Allgemeinmedizin

23. Januar 2019 von 16:00 - 19:30 Uhr, Fortbildungspunkte: 5 gebührenfrei
Schmerz-Syndrome in der hausärztlichen Versorgung Teil 1: BWS-Hüfte-Knie
Schmerz-Syndrome des Achsenskelettes sind die häufigsten Schmerz-Störungen in der hausärztlichen Praxis überhaupt. Der LWS-Schmerz ist selten lokalisiert, er geht über oder grenzt sich ab zu Hüft- und Beinschmerzen. Doch nicht nur in ihrer Präsenz sind sie eine große Herausforderung in der hausärztlichen Versorgung, auch in ihren unterschiedlichen Ursachen erfordern sie Geschick und Übung im ärztlichen Handeln. Doch wie gehe ich praktisch vor?
Welcher Untersuchungsgang ist hilfreich im hausärztlichen Alltag? Wann brauche ich eine Bildgebung? Wann schicke ich zum Facharzt? Zum Orthopäden oder zum Neurologen? Was darf ich nicht übersehen? Gibt es Red Flags?
In diesem Kurs üben wir praktisch – bitte Sportbekleidung, kurze Sporthose, Sportschuhe und ggf. Sport-BH mitbringen/unterziehen.
Informationen: Nina Brunken, Telefon 04551 803 760, nina.brunken@aeksh.de

Aktualisierung der Kenntnisse/
Fachkunde im Strahlenschutz
für med. Assistenzpersonal

Am 30. Januar 2019 von 9:00 - 17:15 Uhr,
Teilnahmegebühr: 100 Euro
Gem. § 18a der Röntgenverordnung vom 18.06.2002 müssen die Kenntnisse/Fachkunde im Strahlenschutz alle 5 Jahre aktualisiert werden. Mit diesem Kurs erhalten Sie die aktuellen Informationen zum Strahlenschutz.
► Auszüge der Röntgenverordnung
► Grundprinzipien des Strahlenschutzes
► Qualitätssicherung
► Neue Verfahren in der Röntgentechnik
► Umgang/Anwendung der Leitlinien der Bundesärztekammer
► Ggf. Einstelltechniken
Informationen: Marlies Petrick, Telefon 04551 803 703, marlies.petrick@aeksh.de

Der Sachverständige im
Arzthaftungsrecht

13. Februar 2019 von 15:30 - 19:00 Uhr, Fortbildungspunkte 4
Diese Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die in zivilgerichtlichen Verfahren als Sachverständige mit Arzthaftungsfällen befasst sind. Sie bietet sowohl einen praxisorientierten Überblick über die maßgebenden Problembereiche des Arzthaftungsrechts, als auch eine umfassende Behandlung der den Gerichtssachverständigen betreffenden Fragen. Im Einzelnen werden die folgenden Themen behandelt: Grundlagen zum Arzthaftungsrecht, Gerichtliche Befassung mit bereits vorliegenden Gutachten, der Gutachtauftrag (Auswahl des Sachverständigen, mündliches oder schriftliches Gutachten, Beweisbeschluss), zu den Pflichten des Sachverständigen, Befangenheit des Sachverständigen (Gründe der Besorgnis der Befangenheit; Versuche, die Befangenheit des Sachverständigen herbeizuführen), Pflicht zur persönlichen Erstellung des Gutachtens, Aufbau und Inhalt des Gutachtens, Körperliche Untersuchung des klagenden Patienten und das Verfahren nach Eingang des Gutachtens.
Informationen: Lea-Sophie Steinke, Telefon 04551 803 722, lea-sophie.steinke@aeksh.de

KURZ NOTIERT

Hygieneforum in Heide

Das 6K-Forum Hygiene und Antibiotic Stewardship im Bildungszentrum des Westküstenklinikums Heide setzt die Tradition des Hygieneforums Neumünster mit erweitertem Themenspektrum fort. Eingeladen sind Hygieniker, Hygienefachkräfte, Mitarbeiter von Gesundheitsämtern, Arbeitsmediziner, Hygieneansprechpartner aus der Pflege, hygienebeauftragte Ärzte, ABS-Experten, Mitarbeiter aus Alten- und Pflegeheimen, Mitglieder von MRE-Netzwerken und alle weiteren Interessierten. Am 28. Februar wird es im Heider Bildungszentrum u. a. Vorträge und Workshops zur Krankenhaushygiene, Antibiotic Stewardship oder zum öffentlichen Gesundheitsdienst geben. Zu den Referenten zählen u. a. Dr. Anne Marcic aus dem Kieler Gesundheitsministerium, Dr. Bärbel Christiansen vom UKSH und Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Die Teilnahmegebühr beträgt 100 € für Ärzte (für Teilnehmer aus den 6K-Kliniken ist die Veranstaltung kostenfrei). Weitere Informationen beim Bildungszentrum unter www.bildungszentrum-wkk.de (Tel. 0481 7852901) (PM/RED)

Weiterbildung und Forschung

Jungen Ärzten mit Interesse an der Forschung werden in den kommenden Jahren insgesamt 70 Stellen als Clinician Scientists (CS) in Schleswig-Holstein angeboten. Sechs Stellen des CS-Programms werden in diesem Monat besetzt. Das interdisziplinäre Programm mit dem Titel „Darm-Gehirn-Achse: Relevanz für die Entzündungsmedizin und Neurodegeneration“ wird von der Else Kröner-Fresenius-Stiftung mit einer Million Euro gefördert. Es eröffnet den Ärzten neben der Facharztausbildung eine fachübergreifende klinische und wissenschaftliche Tätigkeit. Sprecherin des CS-Programms ist Prof. Daniela Berg. Die Direktorin der Kieler Klinik für Neurologie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) sagt: „Die jungen Kolleginnen und Kollegen werden mit modernsten Methoden Einblicke in Struktur und Funktion von Darm und Gehirn gewinnen und durch ein besseres Verständnis der komplexen Beziehung zwischen Darm und Gehirn zu neuen Therapieoptionen beitragen. Gleichzeitig erlangen sie die nötigen Kompetenzen, um nach Abschluss des Programms selbst wissenschaftliche Arbeitsgruppen führen zu können.“

In sechs Projekten des Programms können junge Ärzte krankheitsübergreifende Entstehungsmechanismen untersuchen. Ermöglicht wird dies durch klinische, bildgebende und grundlagenorientierte Forschung, für die die CS von der Krankenversorgung freigestellt werden. Diese „geschützten Forschungszeiten“ sind in einem modular aufgebauten Curriculum festgehalten, das durch ein Mentoringkonzept und durch die Vermittlung von Schlüsselkompetenzen flankiert wird. Über sechs Jahre alternieren die Clinician Scientists zwischen Forschungs- und klinischen Modulen. Am Ende des Curriculums steht die Zulassung zur Facharztprüfung und idealerweise die Habilitation. Die CS-Programme folgen einem mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein abgestimmten modularen Curriculum, in dem die klinische Weiterbildung durch privilegierte Rotationen so komprimiert wird, dass während der Facharztweiterbildung fast 40 Prozent Forschungszeit entsteht. Mit einer zwölf- bis 18-monatigen Verlängerung können die junge Ärzte die Mindestweiterbildung abschließen und zugleich ein eigenständiges Forschungsprojekt verfolgen und ihre Habilitation erlangen. Weitere Informationen über die CS-Programme unter: www.uksh.de/clinician_scientists. (PM/RED)

PÄDIATRIE

Sensible Pubertierende

Workshop des Kreises Segeberg: Hilfe bei Essstörungen, Selbstverletzungen, Suchtmittelkonsum und Depression.



Dr. Sylvia Hakimpour-Zern

Viele Jugendliche haben in der Pubertät Schwierigkeiten, sich im eigenen Körper wohlfühlen. Jedes zweite Mädchen und jeder dritte Junge findet sich zu dick. Wenn Jugendliche in dieser sensiblen Phase zusätzlich psychische Probleme haben, können sich zunächst Auffälligkeiten im Essverhalten und im weiteren Verlauf eine Essstörung entwickeln. Wie diese sich bemerkbar macht und was bei einem Verdacht unternommen werden sollte, war Bestandteil des zwölften Segeberger Workshops für Kinder- und Jugendgesundheit, zu dem mehr als 130 Lehrkräfte, pädagogische und sozialpädagogische Fachkräfte, Ärzte und Menschen, die sich in ihrer Freizeit in die Kinder- und Jugendarbeit einbringen, aus ganz Schleswig-Holstein gekommen waren.

Veranstalter des Workshops waren der Kreis Segeberg/Fachbereich „Soziales, Jugend, Bildung, Gesundheit“, die Kreis-Gleichstellungsbeauftragte sowie das Schulamt des Kreises. Durch die Veranstaltung führte Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen und Allgemeinmedizin aus dem Gesundheitsamt des Kreises Segeberg. „Ziel der Veranstaltung war es, die Teilnehmenden als Multiplikatoren zu gewinnen, damit sie das neu erlangte Wissen an jeder Arbeitsstätte – sei es in einer Schule, in der Praxis, einem Amt oder einer anderen Einrich-

tung – an das Kollegium und an Betroffene weitergeben können“, sagte Hakimpour-Zern.

Eine Erkenntnis der Veranstaltung: Jeder dritte junge Mensch hat sich schon mindestens einmal absichtlich selbst verletzt. Betroffen sind Jungen und Mädchen. Sonia Ludewig, Leitende Psychologin der Vorwerker-Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie Lübeck, erläuterte, was professionelle Helfer tun können, wenn sie Selbstverletzungen wahrnehmen. In ihrem Vortrag gab sie Informationen über Häufigkeiten, Ursachen und zur Abgrenzung von Suizidalität, die dann in einem Workshop vertieft wurden.

„Suchtmittelkonsum von Jugendlichen – nur ein vorübergehendes Phänomen in der Zeit des Erwachsenwerdens oder Anzeichen von Suchtentstehung?“ fragte Jessica Priß in ihrem Vortrag. Sie ist Diplom-Sozialpädagogin, Sozialarbeiterin, Sozialtherapeutin und Regionalleiterin der Ambulanten und Teilstationären Suchthilfe (ATS) Segeberg. Priß stellte unter anderem Kriterien vor, die eine Sucht erkennen lassen, sie sprach über Hochrisikofaktoren einer Suchtentwicklung und wies auf Hilfsmöglichkeiten hin. In ihren Workshops wurden die Inhalte beispielhaft zu Cannabiskonsum und Mediennutzung in der Jugendphase vertieft. (PM/RED)



ZUM KLEINANZEIGEN- MARKT



Schleswig-Holsteinisches
Ärzteblatt

Gerne verarztet wir Sie rund um das Thema Kleinanzeigen.

Kontakt: Maxime Lichtenberger | Tel.: 089 55241-246 | E-Mail: maxime.lichtenberger@atlas-verlag.de | Online: www.atlas-verlag.de/kleinanzeigenmarkt

Stellenanzeigen

Die Praxis-Klinik Bergedorf in Hamburg ist eine Fachklinik mit elektiven Eingriffen der Fachrichtungen OTH/CH/NCH, die nicht an der Not- und Unfallversorgung teilnimmt. Für unsere Station mit 18 Planbetten suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt weitere

• **Fachärzte (m/w)
im Bereitschaftsdienst für Nacht-
sowie Wochenenddienste**

Bewerbungen/Fragen richten Sie bitte an:

Praxis-Klinik Bergedorf
z. Hd. Tanja Hewelt
Alte Holstenstraße 2, 21031 Hamburg
Telefon: 040 / 7 25 75-290
www.praxis-klinik-bergedorf.de
hewelt@praxis-klinik-bergedorf.de



Brücke SH

vor Ort · sozial · psychiatrisch

Für unsere Tagesklinik in Preetz mit 15 Plätzen sowie angeschlossener Institutsambulanz suchen wir zum nächstmöglichen Termin eine/einen

Leitende/n Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

mit 38,5 Wochenstunden.

Nähere Informationen zur Stelle finden Sie in unserem Stellenmarkt unter www.bruecke-sh.de/ erhalten Sie von Frau Ciriack (043 42) 76 20 - 0.



Ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis mit den Praxisstandorten

Groß Vollstedt, Rendsburg, Aukrug und Nortorf
sucht

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

**Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin/Innere Medizin
für die Standorte Rendsburg oder Nortorf**

Arbeiten in einem netten Team mit sehr breitem Spektrum,
Voll- oder Teilzeit möglich, flexible, familienfreundliche
Arbeitszeiten, gute Bezahlung, Unterstützung bei Fort- und
Weiterbildung, spätere Teilhaberschaft möglich

Tel. 04305/1234

E-Mail: die-praxis@t-online.de

www.aerzte-gemeinschaft.de



**Deutsche
Rentenversicherung**

Bund

Im Reha-Zentrum Mölln der Deutschen Rentenversicherung Bund – Klinik Föhrenkamp (Hauptindikation: Gastroenterologie und Stoffwechsel), 193 Betten, ist die Stelle eines/einer

Assistenzarzte/-ärztin in Weiterbildung Innere Medizin / Allgemeinmedizin und oder Facharzt/ärztin für Innere Medizin

in Voll- oder Teilzeit zum 01.04.2019 zu besetzen.

Tätigkeit:

- Leiten des Arbeitsablaufes einer Station
- Durchführen aller üblichen klinischen Untersuchungen
- Erstellen von Therapieplänen und Kontrolle der durchzuführenden Behandlungen
- Führen der Krankengeschichten
- Entwerfen von Entlassungsberichten
- Durchführen von Sonderaufgaben

Weiterbildungsermächtigungen:

- 2 Jahre Innere Medizin / Allgemeinmedizin
- 1 1/2 Jahre Diabetologie
- 1 Jahr Sozialmedizin
- 1 Jahr Orthopädie
- 3 Jahre Physikalische und Rehabilitative Medizin

Bei Rückfragen steht Ihnen die **Ärztliche Direktorin Frau Prof. Dr. med. Zietz** (Tel.-Nr. 04542/802-160) zur Verfügung.

Das Arbeitsverhältnis und die Eingruppierung ist bestimmt nach dem Tarifvertrag der Deutschen Rentenversicherung Bund (TV DRV-Bund). Wir haben uns die berufliche Förderung von Frauen zum Ziel gesetzt und freuen uns besonders über Bewerbungen von Frauen. Schwerbehinderte Menschen im Sinne von § 68 SGB IX werden bei gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und ausführlichen Unterlagen bitten wir bis zum 04.02.2019 zu richten an:

Deutsche Rentenversicherung Bund
Frau Prof. Dr. med. Zietz
Reha-Zentrum Mölln, Klinik Föhrenkamp
Birkenweg 24, 23879 Mölln
Tel.: 04542/802-161 oder Fax 04542/802-199

Beilagenhinweis

Diese Ausgabe enthält Beilagen
vom Tabea Krankenhaus Hamburg

www.aeksh.de

Stellenanzeigen



Die Klinik in Preetz



Die Klinik Preetz ist Teil der allgemeinnützig anerkannten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen des Kreises Plön. Wir bieten eine professionelle Gesundheitsversorgung für den gesamten Kreis Plön, die ganze Familie, das ganze Leben und das an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr. Familiäres und menschliches Miteinander, ein professioneller Anspruch über das übliche Maß hinaus, verbunden mit einer soliden, bodenständigen Grundhaltung, zeichnen uns aus. Moderne Medizin mit Herz und Wärme – das ist unser Selbstverständnis!

Für die Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Oberärztin/Oberarzt

in Vollzeit (Aufteilung in Teilzeitarbeitsplätze möglich).



Ihre Aufgaben

- Konservative und operative Geburtshilfe
- Gynäkologische Operationen
- Stationäre und ambulante Patientenversorgung
- Unterstützung der Weiterbildung von Assistenzärztinnen/Assistenzärzten
- Teilnahme am fachärztlichen Hintergrunddienst (Rufbereitschaft)



Ihr Profil

- Anerkennung als Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe nach deutschem Recht
- Expertise in allen gängigen diagnostischen und therapeutischen gynäkologischen und geburtshilflichen Verfahren



Unser Angebot

- Gynäkologische/geburtshilfliche Abteilung mit 19 Betten (ca. 500 Geburten pro Jahr) und einer überdurchschnittlich hohen Patientenzufriedenheit im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe
- Volle Weiterbildung im Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Alle Operationen des gynäkologischen Fachgebietes
- Breites therapeutisches Spektrum mit Schwerpunkt Urogynäkologie und minimalinvasive Operationen
- Entlastung des ärztlichen Dienstes von administrativen Tätigkeiten durch Kodierfachkräfte und dem medizinischen Schreibdienst
- Einbindung in ein engagiertes und sympathisches Team
- Unbefristete Anstellung in einer Klinik mit familiärer Arbeitsatmosphäre
- Entgelt gem. EG III TV-Ärzte/VKA inkl. betrieblicher Altersversorgung
- Möglichkeit der Fortbildung mit Kostenzuschuss
- Hohe Lebensqualität in der ostholsteinischen Urlaubsregion

Für erste Informationen stehen Ihnen Herr Dr. Achim Niesel, Chefarzt, Tel.: 04342 801-200, und Frau Dr. Sünje Keden, lfd. Oberärztin, Tel.: 04342 801-1018, zur Verfügung. Sie können uns auch unverbindlich kennenlernen: Gerne bieten wir Ihnen Gelegenheit, einen Tag zu hospitieren. Eine Hospitation ist eine hervorragende Gelegenheit, sich vor Ort ein Bild über unsere Arbeit und die Atmosphäre bei uns zu machen. Zusammen mit Ihnen möchten wir unser Team stärken.

Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung!

Sie können uns Ihre Bewerbung auch per E-Mail zukommen lassen an: personalabteilung@klinik-preetz.de
Sollten Sie sich schriftlich bewerben möchten, richten Sie Ihre Bewerbung bitte an:

Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen des Kreises Plön gGmbH
Personalwesen | Am Krankenhaus 5 | 24211 Preetz | www.klinik-preetz.de

Stellenanzeigen


**Die Klinik
in Preetz**


Die Klinik Preetz ist Teil der gemeinnützig anerkannten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen des Kreises Plön. Wir bieten eine professionelle Gesundheitsversorgung für den gesamten Kreis Plön, die ganze Familie, das ganze Leben und das an 365 Tagen im Jahr, rund um die Uhr. Familiäres und menschliches Miteinander, ein professioneller Anspruch über das übliche Maß hinaus, verbunden mit einer soliden, bodenständigen Grundhaltung, zeichnen uns aus. Moderne Medizin mit Herz und Wärme – das ist unser Selbstverständnis!

Wir suchen für unsere Anästhesieabteilung zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

Facharzt für Anästhesiologie (m/w)

in Vollzeit (Aufteilung in Teilzeitarbeitsplätze möglich).



Ihre Aufgaben

- Einsatz im klinischen Bereich
- Abteilungen: Visceralchirurgie, Unfallchirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und Urologie)
- Teilnahme am Bereitschaftsdienst



Unser Angebot

- Einbindung in ein motiviertes Ärzteteam mit flachen Hierarchien
- Modern ausgestattete Arbeitsplätze im OP und Aufwachraum (inkl. Sono, Videolaryngoskop und Bronchoskop)
- Abwechslungsreiches Arbeiten mit dem Einsatz aller gängigen Allgemein- und Regionalanästhesieverfahren mit einem Leistungsumfang von rd. 3.500 Anästhesien pro Jahr
- Möglichkeit zur Teilnahme an umfangreichen Fort- und Weiterbildungen inklusive finanzieller Förderung
- Individuelle Vereinbarung der möglichen/gewünschten Arbeitszeit
- Vergütung nach dem TV-Ärzte/VKA einschl. Zusatzversorgung

Sie können uns auch unverbindlich kennenlernen: Gerne bieten wir Ihnen Gelegenheit, einen Tag zu hospitieren. Für erste Informationen stehen Ihnen die lfd. Ärzte Frau Dr. Landmann (Tel.: 04342 801-1047) und Herr Dr. Biallas (04342 801-270) gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung!

Sie können uns Ihre Bewerbung auch per E-Mail zukommen lassen an:

personalabteilung@klinik-preetz.de

Sollten Sie sich schriftlich bewerben möchten, richten Sie Ihre Bewerbung bitte an:

Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen des Kreises Plön gGmbH
Personalwesen | Am Krankenhaus 5 | 24211 Preetz | www.klinik-preetz.de

Kinderarzt (m/w) gesucht

Wir suchen für eine nette, lebhaftige Gemeinschaftspraxis in Kiel einen Kinderarzt (m/w) zur Mitarbeit.
Chiffre: 2505/10194

Das Hausärztliche Zentrum am Alten Markt in Kiel sucht Weiterbildungsassistent/in (Voll- oder Teilzeit), gute

Bezahlung, flexible Arbeitszeiten können vereinbart werden, Infos unter: www.hausaerzte-altermarkt.de, E-Mail: drleybold@t-online.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 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

Stellenanzeigen

**Gastroenterologische
Praxis Ostholstein**

Wir suchen eine(n)
gastroenterologische(n)
Kollegin(en) für die
Übernahme des Facharzt-
sitzes 2019 oder später in
einer modernen fachärzt-
lichen / hausärztlichen
Praxisgemeinschaft.
Die Praxisräume befin-
den sich zukunftsicher
in einem Ärztehaus mit
Anbindung an das örtliche
Krankenhaus.

Wir freuen uns auf Ihre
Bewerbung.

Bitte beachten Sie auch
unsere Website [www.
internisten-oldenburg-
holstein.de](http://www.internisten-oldenburg-holstein.de)

Info bitte an
[ostholsteinendo2019@
gmail.com](mailto:ostholsteinendo2019@gmail.com)

Hansestadt LÜBECK

Zur Verstärkung des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes Lübeck werden

Ärztinnen und Ärzte

zum nächstmöglichen Zeitpunkt für den Einsatz als Honorarkraft gesucht.
Die Aufgaben sind vielfältig und umfassen insbesondere Begutachtungen von Kindern im Vorschulalter bei Maßnahmen der Eingliederungshilfe, sowie Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen im Auftrag der Schulen.

Die durchschnittliche Arbeitszeit kann ab 10 Wochenstunden flexibel vereinbart werden. Eine ärztliche Approbation ist erforderlich. Berufliche Erfahrungen im Umgang mit Kindern, Jugendlichen und Familien wären hilfreich, die erforderliche Qualifikation wird bei der Ein- arbeitung vermittelt.

Bitte bewerben Sie sich bis zum 28.01.2019 formlos postalisch unter Hansestadt Lübeck, Bereich Gesundheitsamt, Herrn Dr. Zenkl, Sophienstr. 2-8, 23560 Lübeck oder elektronisch unter gesundheitsamt@luebeck.de.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung und bieten eine interessante Tätigkeit in einem angenehmen Betriebsklima.
Für fachbezogene Fragen steht Ihnen Herr Dr. Zenkl (Tel.: 0451 122-5331) zur Verfügung, bei Fragen zur Vertragsgestaltung Herr Schultz (Tel.: 0451 122-5311).



Das Malteser Krankenhaus St. Franziskus-Hospital in Flensburg sucht einen
Oberarzt (w/m) der Klinik für Geriatrie und Frührehabilitation

Leben & Arbeiten im schönsten Segelrevier Deutschlands
Interesse: www.malteser-franziskus.de oder 0461 816-2515

 **Malteser**
...weil Nähe zählt.



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 Drei- viertel- oder Vollzeitstelle. Ihre Bewerbung richten Sie bitte an Schloss Warnsdorf Klinik Dr. Scheele GmbH, Heike Mohr, Schlossstraße 10, 23626 Warnsdorf, E-Mail: hmohr@schloss-warnsdorf.de (Vorabinfo unter Telefon: 04502 840-100)

Stellenanzeigen



**KLINIKUM
ITZEHOE**



**Medizinisches
Versorgungszentrum
Steinburg**

Das **Klinikum Itzehoe** ist eines der größten Krankenhäuser in Schleswig-Holstein und Lehrkrankenhaus der Universitäten Kiel, Lübeck und Hamburg. Wirtschaftlicher Erfolg bestätigt unsere Arbeit.

Das **Klinikum Itzehoe** und das **Medizinische Versorgungszentrum Steinburg gGmbH** (ein 100-prozentiges Tochterunternehmen des Klinikums Itzehoe) suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

» Fachärztin / Facharzt Neurochirurgie

in Voll- oder Teilzeit

Wir bieten Ihnen eine Tätigkeit in beiden Unternehmen oder alternativ in nur einem Bereich. Im Klinikum Itzehoe sind Sie in der Sektion Wirbelsäulenchirurgie der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie tätig.

Ihre Aufgaben im Klinikum Itzehoe:

- Operative und konservative Behandlung traumatischer und nichttraumatischer Wirbelsäulenerkrankungen (Schwerpunkt: mikrochirurgische Versorgung degenerativer Erkrankungen)
- Versorgung neurochirurgischer Notfälle

In unserem MVZ versorgen wir fachübergreifend jährlich ca. 14.000 Patienten und führen 150 ambulante Operationen durch. Zum MVZ gehören Praxen für Chirurgie, Diabetologie, Anästhesiologie, Neurochirurgie, Psychotherapie sowie Gynäkologie.

Ihre Aufgaben im MVZ:

- Ambulante Tätigkeit im MVZ
- Selbstständige Betreuung von Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen

Wir wünschen uns von Ihnen:

- Kommunikative Fähigkeiten und gute soziale Kompetenz
- Freude an der Arbeit im Team
- Flexibilität, überdurchschnittliches Engagement und Einsatzbereitschaft
- Hohes Maß an Eigenständigkeit

Wir bieten Ihnen:

- Qualitativ hochwertige radiologische Ausstattung und Versorgung
- Abwechslungsreicher, innovativer und wachsender Arbeitsbereich
- Freundliches, motiviertes Team und sehr gutes Arbeitsklima

Für erste Fragen steht Ihnen Frau Dittmer unter der Telefonnummer 04821 772-3200 gerne zur Verfügung. Schwer behinderte Bewerberinnen und Bewerber werden bei gleicher Qualifikation vorrangig berücksichtigt. Bewerben Sie sich gerne online über unser Bewerberportal.

Klinikum Itzehoe
Personalmanagement
Robert-Koch-Str. 2
25524 Itzehoe
Referenznummer 149-18
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.klinikum-itzehoe.de/karriere

www.aeksh.de

Keine Lust mehr auf Nachtdienste und Wochenendarbeit?

Wir suchen einen Facharzt/Fachärztin für Innere oder Allgemeinmedizin (in Vollzeit oder Teilzeit) als Verstärkung für unsere hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Neumünster. Wir bieten eine modern ausgestattete Praxis, nettes Patientenkontingent, familienfreundliche Arbeitszeiten und eine übertarifliche Bezahlung.

Gemeinschaftspraxis Gadeland
Segeberger Str. 56 a
24539 Neumünster
Tel.: 04321-97750
eMail: kontakt@praxis-gadeland.de

Fortbildungen



Nordwestdeutsche Gesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V.

60. Seminar für ärztliche Fort- und Weiterbildung Sylt-Westerland vom 2. – 7. Juni 2019

Zertifiziert durch die ÄK Schleswig Holstein sowie DMP-Anerk.

Leitung: Prof. Dr. H. Hamm, Hamburg, Prof. Dr. J. Braun, Großhansdorf, Prof. Dr. J. vom Dahl, Mönchengladbach, Prof. Dr. M. Kentsch, Itzehoe, Prof. Dr. M. Klouche, Bremen, H. Theede, Flensburg.

Info/Anmeldung: www.westerland-seminar.de
info@westerland-seminar.de

Ansprechpartner: Barbara Fikau, Tegeling 19 a, 25899 Niebüll
Tel. 04661 675555; Fax 04661 6058417

Lehrinstitut Lübeck

Zentrum Ausbildung Psychotherapie · ZAP Nord



Integrative ärztliche Weiterbildung
in allen P-Fächern in Lübeck



Ausbildungsinstitut für Psychotherapie (TP und VT) und Psychoanalyse unter ärztlicher Leitung.

Durch die Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannte Weiterbildung in allen P-Fächern – Theorie – Selbsterfahrung – Supervision – Balint – Entspannungsverfahren
Patienten-Behandlungen werden über die KV abgerechnet und die Kandidaten werden an den Einnahmen (derzeit ca. 61,- € pro Behandlungs-Std.) beteiligt, darüber finanziert sich die Weiterbildung selbst.

Bereiche und Gebiete:

Facharzt – Psychiatrie-Psychotherapie (TP und VT)
Facharzt – Psychosomatische Medizin (TP und VT)
Facharzt – Kinder- u. Jugendlichen-Psychiatrie und Psychotherapie (TP)
Zusatzbezeichnung Psychoanalyse
Zusatzbezeichnung Psychotherapie fachgebunden (TP und VT)
Gruppentherapiefachkunde
EMDR-Fachkunde

Die Theorieausbildung findet am Institut in Lübeck statt, alles andere dezentral.

Für weitere Informationen und Anfragen:

ZAP-Nord-GmbH · Fackenburger-Allee 1 · 23554 – Lübeck
Tel.: 0451 48660700 · sekretariat@zap-nord.de

Praxisabgabe / Praxisgesuch

**Suche 1/2 KV-Sitz Gyn., Großraum Kiel,
Radius ca. 50 km. Ab 1.1.20 oder später**
Tel. 0171-3693557

**Hausärztlicher KV Sitz oder Einzelpraxis zeitnah
zum Kauf im MB Kiel gesucht.**
Ablösesumme über Marktwert realisierbar.
hausarztsitz-kiel@web.de

GP für Pränataldiagnostik
Etablierte, erfolgreiche GP im
Norden sucht Nachfolger!
01712344231, Dr. Krüger, MLP

Ihre Spende hilft
pflegebedürftigen alten Menschen!
www.senioren-bethel.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

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

Fachberater

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler

DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg · Heide · Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

meditaxa[®]
Group

Verschiedenes



AMT
Abken Medizintechnik

Wir wünschen Ihnen ...

**... einen guten und erfolgreichen
Start in das neue Jahr 2019!**

Auch im kommenden Jahr steht Ihnen das
AMT-Team gerne mit Rat und Tat zur Seite!

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 · www.amt-abken.de

NEUE BALINTGRUPPE LÜBECK

Dr. V. Engelmann, Tel. 0451 36402

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.

RECHTSBERATUNG FÜR DIE HEILBERUFE

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

DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

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

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

IMPRESSUM



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

Die Redaktion gehört zur Abteilung Kommunikation der Ärztekammer
Redaktion: Dirk Schnack (Ltg.), Florian Horstmann, Astrid Schock, Katja Willers
Telefon 04551 803 272, -274

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Hans-Ernst Böttcher, Prof. Felix Braun, Christine Gardner, Prof. Thorsten Feldkamp, Wolfgang Frahm, Esther Geisslinger, Uwe Groenewold, Horst Kreussler, Prof. Thomas Kuchler, Dr. Carsten Leffmann, PD Dr. Martin Nitschke, Prof. Eckhard Petri, Dr. Georg Schlenck, Harald Spiegel, Prof. Werner Theobald.

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 (bis Heft 1/19):

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

Disposition: Roswitha Reiser,
Telefon 089 55 241 223

Zurzeit ist die Anzeigenpreislise
Nr. 4/2018 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 unangeforderte 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.

AKIS

**Der Service Ihrer
Ärztekammer
online:**

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

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

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. Henrik Herrmann (Präsident)
Dr. Gisa Andresen (Vizepräsidentin)
Dr. Svante Gehring
Dr. Sabine Reinhold
PD Dr. med. habil. Doreen Richardt
Dr. med. habil. Thomas Schang
Mark Weinhonig
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

Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Kommissarische Leitung: Cornelia Mozer
Telefon 04551 803 700
Fax 04551 803 701
akademie@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

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

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
krebsregister-sh@aeksh.de

Versorgungswerk der

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

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Bertram Bartel

Vorsitzender des Aufsichtsrates

Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen

Geschäftsführung

Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de

Mitgliederservice

Telefon 04551 803 900
Fax 04551 803 939
mitglieder@vaesh.de

Fachberater

Stingl · 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
Rechtsanwältin

info@medrechtspartner.de
www.medrechtspartner.de

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

Rohwer & Gut

*Partnerschaftsgesellschaft mbB,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft*



Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

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

SCHLESWIG-HOLSTEINS BESTER STELLENMARKT FÜR ÄRZTE

LIEBE LESERINNEN UND LESER DES SCHLESWIG-HOLSTEINISCHEN ÄRZTEBLATTES,

mit der Ausgabe 01/2019 endet die Zusammenarbeit der atlas Verlag GmbH und der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Das gesamte atlas Verlag-Team bedankt sich bei den treuen Anzeigen-Kunden und allen Beteiligten der Ärztekammer Schleswig-Holstein für die erfolgreiche und reibungslose Zusammenarbeit.

Wir wünschen Ihnen einen tollen Start in ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2019!

HERZLICHST, IHR ATLAS-TEAM

atlas
Verlag GmbH



 **Die PVS**[®]

Schleswig-Holstein · Hamburg
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung
www.pvs-se.de/connect

PVSconnect - die Finanzdiagnose für Ihr PVS Konto

Rechnungen, Zahlungseingänge und offene Posten. Alle Dokumente & individuelle Auswertungen sofort im Zugriff - geräteunabhängig, sicher und schnell.

