



Verhärtete Fronten

Wie soll die Standespolitik mit Ärzten umgehen, die die Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie unterlaufen? Die Ärztekammer holt Standespolitik und Wissenschaft an einen Tisch. Seiten 8-13



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



Fotos: axelbuecker / photocase.de · Floku / photocase.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

Gegen einseitige Denkmodelle

Die Corona-Pandemie nimmt einen erneuten, zunehmend bedrohlichen Anlauf. Auch dem letzten Hoffnungsträger auf eine schnelle Beendigung dieser weltumspannenden übertragbaren Erkrankung wird nun deutlich, dass wir noch längere Zeit mit dem Virus leben werden. Zum Redaktionsschluss dieser Ausgabe sind die Zahlen positiver Tests auch in Schleswig-Holstein deutlich gestiegen. Ein wesentlicher Unterschied zur bisherigen Situation: Wir haben es nicht länger mit lokal begrenzten Ausbrüchen zu tun. Die Ausbruchsherde sind immer schwerer zu benennen, zirkulieren in unserem Alltag und die Nachverfolgung wird den Beschäftigten in den Gesundheitsämtern zunehmend erschwert.

Ungeachtet dessen nimmt die Polarität der gesellschaftlichen Auseinandersetzung zu, auch in der Ärzteschaft. In einer funktionierenden Demokratie muss jeder Mensch seine persönliche Meinung sagen dürfen, ohne Nachteile befürchten zu müssen – daran darf und wird auch eine Pandemie nichts ändern. Diese freie Meinungsäußerung und die persönlichen Überzeugungen dürfen jedoch nicht ärztliches Handeln beeinflussen. Zunehmend wird unsere Ärztekammer aufgefordert, Stellung gegen das Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen zu beziehen, die als überzogen angesehenen Maßnahmen zu kritisieren und in den Kanon derjenigen einzustimmen, die eine neue Viruserkrankung namens Covid-19 ablehnen und Todesfälle in diesem Zusammenhang negieren.

Hinter diesen Forderungen stehen jedoch nur wenige Ärztinnen und Ärzte, die sich laut vernehmbar äußern und dabei andere Denkmodelle anwenden. Das Fundament der ärztlichen Profession besteht aus der Verbindung zwischen einer tief empfundenen Menschlichkeit mit Empathie und Zuwendung, sozialer und kommunikativer Kompetenz auf der einen Seite und der Wissenschaftlichkeit mit Empirie und Evidenz auf der anderen Seite. Die Aufgabe einer der beiden Seiten rüttelt an diesen Grundfesten und damit an unserer Profession. Gerade dieser Umstand beunruhigt mich in der jetzigen Diskussion, wo die wissenschaftlichen Erkenntnisse über diese neue Erkrankung, die natürlich noch nicht abschließend vorhanden sein können, teilweise von Ärztinnen und Ärzten geleugnet und in ihrem Sinne verdreht werden. Das verunsichert nicht nur unsere Patientinnen und Patienten, sondern trifft auch die vielen, vielen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die jeden Tag nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse diese neue Erkrankung behandeln. Kehren wir zu einer kritischen, aber unserem ärztlichen Fundament angemessenen Diskussionskultur zurück, ohne alternative Fakten oder einseitige Denkmodelle!

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

»Kehren wir zur kritischen, aber unserem ärztlichen Fundament angemessenen Diskussionskultur zurück.«



Inhalt

NACHRICHTEN	6	Primärversorgung im Fokus	19	RECHT	36
Kurz notiert	6	Interview: Das Potenzial von Vernetzung und Digitalisierung	20	Schlichtungsfall	36
Barmer kritisiert Informationsbrüche	6	FIRES: Fortschritte für die Behandlung einer seltenen Erkrankung	22	MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER	37
Pflegeprämie in der Kritik	6	Von Lübeck nach Lemberg: Hilfe aus dem UKSH für die Ukraine	24	Junge Ärzte im Gespräch mit der Ärztekammer	37
Neuer AOK-Krankenhausnavigator	7	MEDIZIN & WISSENSCHAFT	26	Facharztqualifikationen	38
Gesundheitswirtschaft legt Daten vor	7	Seuchen: Kieler Forscher auf den Spuren der Pest	26	Termine	40
TITELTHEMA	8	Das Risiko von Covid-19 für Rheuma-Patienten	27	ANZEIGEN	41
Allianz gegen Corona-Leugner: Standespolitik und Wissenschaft einig	8	PERSONALIA	28	TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50
Regelmäßige Demonstrationen gegen Corona-Maßnahmen in Bad Oldesloe	13	SERIE	30		
GESUNDHEITSPOLITIK	14	Teil 4: Schlechte Hygiene in den Jahren nach dem Krieg	30		
Praxen und Klinik uneins	14				
Flensburg ringt um Abruptio-Lösung	15				
Die Nöte der Reha-Kliniken	16				
Multiprofessionelle Ethikberatung	18				



Quelle:

Bundesarchiv B
285 Plak-027-008

Kinderlächeln, aber auch schlechte Hygiene

Wie war es um das Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein nach dem Zweiten Weltkrieg bestellt? Plakate wie das zur Schutzimpfung gehörten ein paar Jahre nach dem Krieg zum öffentlichen Bild. Das Lächeln des Kindes zeigt aber nicht, mit welchen Problemen das Gesundheitswesen damals zu kämpfen hatte. Einen Einblick gibt die Serie unseres Autors Dr. Dr. phil. Karl-Werner Ratschko, des früheren Hauptgeschäftsführers der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Im vierten und letzten Teil dieser Serie geht der Historiker u. a. auf die epidemiologische Situation nach dem Krieg ein.

KURZ NOTIERT

Neues Projekt des IRuN

Ende Oktober wurde in Kiel die erste „Resuscitation Academy Deutschland“ (RAD) gestartet. Ziel ist es, die Überlebensrate nach einem außerklinischen Herz-Kreislaufstillstand zu erhöhen. Derzeit liegt sie in Deutschland laut UKSH bei nur 11,9 Prozent. Die Rate variiert in Europa zwischen Werten von sechs bis 27 Prozent. In Seattle/King County, USA, sei es dagegen gelungen, den Wert auf über 56 Prozent zu erhöhen. Nach diesem amerikanischen Vorbild soll unter Federführung des Instituts für Rettungs- und Notfallmedizin (IRuN) des UKSH ein strukturierter Prozess in Gang gesetzt werden, der jeweils zwei Rettungsdienstbereiche in Schleswig-Holstein (Kiel und Plön) und Mecklenburg-Vorpommern (Rostock und Vorpommern-Greifswald) sowie die Städte Dortmund und Berlin dabei unterstützt, die Überlebensraten signifikant zu erhöhen. Ermöglicht wird die RAD durch die Projektförderung des Versorgungssicherungsfonds des Landes Schleswig-Holstein sowie eine Förderung der Damp Stiftung. (PM/RED)

Park-Klinik ist Brustzentrum

Die Park-Klinik in Kiel, ein Belegkrankenhaus im Besitz von Ärzten mehrerer Praxen, wurde in unserer Oktoberausgabe als „Zentrum für Schilddrüsenchirurgie“ bezeichnet. Das ist falsch: Zwar ist die Park-Klinik auch auf Schilddrüsen-Operationen spezialisiert, aber als Zentrum ist die Klinik vor allem mit ihrem zertifizierten Brustzentrum Kiel-Mitte überregional tätig und setzt einen weiteren Schwerpunkt auf Proktologie. (RED)

Ärzte helfen Ärzten in Not

Die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“ unterstützt Arztfamilien* in schwierigen Lebenslagen und stellt damit ein einmaliges Hilfswerk innerhalb der Ärzteschaft dar.

Die Stiftung hilft:

- ▶ Kindern in Not geratener Ärzte
- ▶ Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien
- ▶ Ärzten in besonders schweren Lebenslagen

Die Stiftung bietet:

- ▶ Kollegiale Solidarität
- ▶ Finanzielle Unterstützung für Schul- und Studienausbildung
- ▶ Förderung berufsrelevanter Fortbildungen
- ▶ Schnelle und unbürokratische Hilfe

Sie appelliert: „Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten! Unterstützen Sie mit Ihrer Spende Kollegen in Not. Vielen Dank!“

Spendenkonto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Düsseldorf, IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42, BIC DAAEDEDXXX

Online-Spende unter www.aerzte-helfen-aerzten.de

*Satzungsgemäß unterstützt die Stiftung in Not geratene Ärzte der Human-, Zahn- und Tiermedizin.

Informationsbrüche zwischen den Sektoren

Beim Übergang zwischen Krankenhaus und weiterbehandelnden Ärzten kommt es nach Daten der Barmer zu Informationsbrüchen, die insbesondere für Polypharmazie-Patienten gefährlich sein können. Die Kasse stützt sich auf eine Umfrage, nach der Hausärzte mit der Datenweitergabe durch Kliniken unzufrieden sind. Nur bei jedem dritten betroffenen Patienten seien Therapieänderungen begründet worden, hieß es. Medikationspläne fehlten oder seien unvollständig, vielen Patienten wird die Arzneithe-

rapie in den Kliniken angeblich auch nicht verständlich erläutert.

„Von einer modernen sektorenübergreifenden Versorgung kann derzeit leider nicht die Rede sein“, sagte Barmer-Landeschef Dr. rer. oec. Bernd Hillebrandt. Er nannte die Weitergabe umfassender Informationen von der Klinik an die weiterbehandelnden Ärzte „unerlässlich“. Die Ursache für das Defizit sieht er in einem „unzureichend organisierten und nicht adäquat digital unterstützten Prozess einer sektorenübergreifenden Behandlung.“ (PM/RED)

Pflege: Prämien-Idee schlecht umgesetzt?



Pflegekräfte sollen eine Corona-Prämie erhalten – die Umsetzung stellt nicht alle zufrieden.

Die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein kritisiert eine schlechte Umsetzung und falsche Signale in Zusammenhang mit der Pflegeprämie. „Das Ziel, die Leistungen in der Pflege wertzuschätzen und Pflegende langfristig im Beruf zu halten, wurde so zur Farce“, glaubt die Kammer. Falsch war aus ihrer Sicht von vornherein, die Bundesprämie nur an die Altenpflege zahlen zu wollen. Die Kammer hatte sich daraufhin dafür eingesetzt, alle Pflegefachpersonen gleich zu behandeln. Als „weiteren Fauxpas“ wertete die Körperschaft die anschließende „halbherzige Nachbesserung“ für das Krankenhauspersonal. Denn Mitarbeitende in den Kliniken sollen nach einer Quote der Corona-Erkrankten bedacht werden. Pflegekräfte in Schles-

wig-Holstein, wo bislang verhältnismäßig wenige Covid-19-Patienten stationär behandelt werden mussten, wären damit leer ausgegangen. Die Landesregierung war daraufhin eingesprungen mit dem Ziel, Beschäftigte in Krankenhäusern zu berücksichtigen. Doch auch diese Maßnahme würde nicht alle Leistungsträger in der Pflege erreichen – etwa in Reha-Kliniken, in der Überleitungs- pflege, in Dialysepraxen und in der ambulanten Pflege. Kammerpräsidentin Patricia Drube appellierte deshalb an die Politik, „nicht auf halbem Wege stehenzubleiben“. Sie betonte auch, „dass die Prämien-Idee langfristig kein Ersatz für angemessene Entlohnung ist“. Wichtig für die langfristige Attraktivität des Berufes seien deutliche Lohnsteigerungen und Zuschläge. (PM/RED)

AOK bewertet Klinikeingriffe im Norden kritisch

Im jährlich von der AOK veröffentlichten Klinikvergleich für Schleswig-Holstein sind erstmals auch Informationen zum Knieprothesenwechsel abrufbar. Für Schleswig-Holstein wurden die Ergebnisse von neun Kliniken eingestellt, die zwischen 2014 und 2018 diese Eingriffe bei mindestens 30 AOK-Versicherten vorgenommen haben. Sechs dieser neun Häuser bieten laut AOK eine überdurchschnittliche Qualität. Damit fallen die Ergebnisse deutlich besser aus als bei den zehn weiteren von der AOK untersuchten Eingriffen. Ein Beispiel: Laut AOK erreicht keine Klinik in Schleswig-Holstein bei einer gutartigen Prostatavergrößerung eine überdurchschnittliche Qualität. Untersucht hat die Kasse hierzu 779 Fälle in 14 Krankenhäusern. Weitere Ergebnisse gibt es u. a. für Leistenbruch-Operationen, Hüftprothesenwechsel, Knie-Gelenkersatz, Oberschenkelfrakturen, Blinddarmentfernungen und künstliches Hüftgelenk. Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH), sieht die Datenbasis, auf die die AOK ihre Bewertungen stützt, kritisch. Dies seien Abrechnungsdaten, die nicht für die Abbildung von Qualität gedacht sind, gab er auf Nachfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes zu bedenken. Er stützt sich lieber auf die Ergebnisse der mit den Kassen abgestimmten Qualitätssicherungsverfahren in den Krankenhäusern, denen eine gezielte Dokumentation des gesamten Behandlungsprozesses zugrunde liegt. Hierbei schneiden die Häuser im Norden im Bundesvergleich gut ab. Nachzulesen sind die AOK-Ergebnisse im AOK-Navigator unter www.aok.de/gesundheitsnavigator. (PM/RED)

Wechsel einer Knieprothese

- 558 Fälle ausgewertet -



Verhaltener Optimismus in der Gesundheitswirtschaft

Die norddeutsche industrielle Gesundheitswirtschaft erholt sich langsam von den Umsatzeinbrüchen in der ersten Pandemiewelle. Nach Angaben des Life Science Nord Clusters ist der Anteil der Betriebe, die von einem Umsatzrückgang betroffen sind, im Vergleich zu April um rund 50 Prozent verringert. Rund ein Drittel der Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft verzeichnen aktuell eine Umsatzsteigerung. Nach Angaben von Clustermanager Dr. Hinrich Habeck sind „ein leichter Aufwärtstrend und verhalten optimistische Zukunftserwartungen“ zu beobachten. Er räumte zugleich ein, dass das dynamische Pandemiegeschehen zu einer unvorhergesehenen Entwicklung führen kann. Auch hält er öffentliche Unterstützung für viele Akteure der Branche weiterhin für erforderlich.

Schleswig-Holsteins Wirtschaftsminister Bernd Buchholz (FDP) sieht trotz der schwierigen wirtschaftlichen Lage derzeit auch Chancen in der aktuellen Situation: „Digitaler Wandel und neue Arbeitsmodelle werden enorm angeschoben. Viele Unternehmen überzeugen mit Einfallsreichtum“, sagte Buchholz. Die industrielle Gesundheitswirtschaft bietet 52.800 Menschen in Schleswig-Holstein und Hamburg Arbeit. Die Bruttowertschöpfung liegt bei mehr als 1.000 Euro je Einwohner. Bundesweit liegt das Life Science Nord Cluster damit hinter Baden-Württemberg und Hessen auf dem dritten Platz. Diese Zahlen nannte das Cluster im Oktober. Sie beziehen sich allerdings auf den Zeitraum 2016 bis 2018. (PM/RED)

SATTE RABATTE

mobiler Datenzugriff | Zugriffslizenzen | GDT | Terminplaner | mobiler Datenzugriff | Zugriffsliz

Satte Rabatte: Da kommt Freude auf!

Jetzt ist die Zeit endgültig reif für einen Wechsel Ihrer Praxissoftware: Denn nur mit der Praxissoftware medatixx erhalten Sie **Zugriffslizenzen DAUERHAFT (!) im Preis reduziert** für je 7,50 €*.

Nicht nur das: Wir senken auch die Preise für den mobilen Datenzugriff, GDT und Terminplaner. Sie erhalten diese drei Features inklusive der medatixx-Basisversion für 69,90 €*, statt 99,90 €. **Damit sparen Sie zwei Jahre lang monatlich 30,00 €.**

Sie kennen die Praxissoftware medatixx noch nicht? Die moderne Oberfläche, das benutzerfreundliche Dashboard und weitere tolle Funktionen werden Sie überzeugen.

Jetzt zugreifen beim „**Satte-Rabatte**“-Angebot. Details unter satte-rabatte.medatixx.de

* Preis monatlich, zzgl. MwSt. Mindestvertragslaufzeit 12 Monate. Die Aktion endet am 31.12.2020. Angebotsbedingungen siehe: shop.medatixx.de

Allianz gegen Corona-Leugner

COVID-19 Standespolitiker und Wissenschaftler in Schleswig-Holstein tauschten sich auf Einladung der Ärztekammer zum Thema aus. Tenor: Kein Verständnis für Corona-Leugner, aber andersdenkende Ärzte dürfen nicht ausgegrenzt werden.



Was kann eine Ärztekammer gegen Mitglieder unternehmen, die die Pandemie verharmlosen, die die Maßnahmen zur Eindämmung infrage stellen und die öffentlich dazu aufrufen, keine Masken zu tragen? Solche Fragen wurden in den vergangenen Wochen mehrfach an die Kammer herangetragen. Dass einzelne Ärzte zum Teil aktiv dazu beitragen, die Bevölkerung nicht nur zu verunsichern, sondern sie mit Falschaussagen gesundheitlich zu gefährden, treibt viele ihrer Kollegen um. Neben berufsrechtlichen Maßnahmen, die in jedem Einzelfall geprüft werden müssen, kann eine Ärztekammer versuchen, auf die öffentliche und die innerärztliche Meinung Einfluss zu nehmen. Das ist in der Vergangenheit mehrfach geschehen – über Interviews, Pressemitteilungen, Artikel im Ärzteblatt. Reicht das aus? Und: Warum gibt es keinen auch nach außen sichtbaren Schlüsslerschluss der wichtigsten Akteure aus Landespolitik und Wissenschaft, um ein deutliches Zeichen gegen die zunehmend lauter werdenden Verschwörungstheoretiker zu setzen?

Diese Fragen haben die Ärztekammer Schleswig-Holstein bewegt, die Spitzen aus Landespolitik und Wissenschaft im Land an einen Tisch zu holen. Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann, die KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schlißke

und Hausarztchef Dr. Thomas Maurer als hochrangige Vertreter der Körperschaften und Verbände trafen sich mit dem Virologen Prof. Helmut Fickenscher (Christian-Albrechts-Universität Kiel) und dem Infektiologen Prof. Jan Rupp (Universität Lübeck), um unter Moderation des ärztlichen Kammergeschäftsführers Dr. Carsten Leffmann und des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatts über die Frage des Umgangs mit den Ärzten zu sprechen, die den anderen den Kampf gegen die Pandemie erschweren.

Allein das Zustandekommen dieses Treffens mitten in der Pandemie zeigt, wie wichtig die Akteure diese Thematik nehmen, und alle fünf Teilnehmer machten deutlich, dass sie kein Verständnis für Mediziner haben, die ihre berufliche Stellung ausnutzen, um die Pandemie zu verharmlosen und die damit verbundenen Risiken zu leugnen.

Prof. Henrik Herrmann stellte in diesem Zusammenhang klar: „Ärzte als Bürger dürfen selbstverständlich ihre Meinung äußern, auch wenn diese vom anerkannten Stand der Wissenschaft abweicht. Das gehört zum normalen demokratischen Diskurs.“ Der Kammerpräsident betonte aber auch die unabdingbare Trennung zwischen einer persönlichen Meinungsäußerung und einer Äußerung, die vom Patienten als Empfehlung aus der ärztlich-professionel-

Demos bundesweit

Im Sommer hat die Zahl der Veranstaltungen, auf denen Menschen gegen die Maßnahmen der Bundesregierung zur Eindämmung der Pandemie demonstrierten, zugenommen. Kundgebungen gab es bundesweit, auch in Schleswig-Holstein (siehe Seite 13). Zu den Teilnehmern, aber auch zu den Initiatoren, zählen auch Mediziner. Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann (rechts) erwartet im Herbst und Winter weniger Demonstrationen, weil die Zahlen der positiv Getesteten steigt.



Prof. Jan Rupp, Prof. Henrik Herrmann und Prof. Helmut Fickenscher



Dr. Thomas Maurer und Dr. Monika Schliffke

len Ebene empfunden wird. Wenn eine solche Äußerung Menschen in Gefahr bringt, etwa weil die Risiken einer Pandemie unterschätzt werden, dann wird es für den Kammerpräsidenten untragbar. „Das rüttelt für mich an den Grundfesten unserer Profession. Dann sehe ich eine Ärztekammer in der Pflicht, dagegen Stellung zu beziehen“, sagte Herrmann.

Infektiologe Rupp untermauerte diese Position durch einen treffenden Vergleich: „Als Lungenfacharzt kann ich rauchen, aber ich kann nicht dem Patienten sagen: Du sollst rauchen.“ Nach Rupp's Einschätzung werden die Folgen von Verharmlosungen durch die Tatsache, dass die Bevölkerung jeden Mediziner als Experten akzeptiert, noch erschwert. Er nimmt zunehmend wahr, dass sich zu dem hochkomplexen wissenschaftlichen Thema auch Mediziner zu Wort melden, deren Expertise auf anderen Gebieten liegt. „Alle fühlen sich berufen mitzureden. Ärztliche Professionalität hat aber auch etwas damit zu tun, dass ich weiß, wo meine Grenzen sind“, sagte Rupp.

Auch KV-Chefin Dr. Monika Schliffke hat kein Verständnis für Verschwörer und Corona-Leugner, zugleich sieht sie diese Gruppe in der Berichterstattung überrepräsentiert und warnt vor einer Fokussierung auf diese Minderheit. Schliffke ist überzeugt, dass die große Mehrheit der Ärzte nach wissenschaftlich belastbaren Ergebnissen sucht und sich in ihren Empfehlungen auch danach richtet. Das allerdings wird ihnen in einer Pandemie mit einem neuen Erreger schwer gemacht: „Wir wissen noch immer zu wenig. Das führt auch unter Ärzten zu Fragen, die nicht zu beantworten sind.“ Der Wunsch nach Leitlinien und evidenzbasierter Medizin muss für sie im Umkehrschluss dazu führen, diese nicht



Prof. Henrik Herrmann



Dr. Monika Schliffke

»Ärzte richten sich nach Leitlinien und Evidenz. Das wird ihnen derzeit nicht leicht gemacht.«

DR. MONIKA SCHLIFFKE

– wie von den Corona-Leugnern – durch persönliche Weltanschauungen zu ersetzen. Sie stellte auch fest: „Ich kann als Arzt auch zugeben, dass ich bestimmte Dinge noch nicht weiß, weil sie noch offen sind.“

Klare Worte fand auch Hausarzt Maurer zu dieser Frage: „Meine persönliche Meinung hat in der Arzt-Patientenkommunikation nichts zu suchen. Das haben wir so gelernt.“ Dies gilt für Maurer generell, und ganz besonders beim Thema Corona. Drei von vier Patienten in der Sprechstunde der Hausärzte haben nach seiner Einschätzung Fragen zum Thema Corona. „Wir haben also große Einflussmöglichkeiten. Die nutzen wir medizinisch und zum Umgang mit der Situation.“

„Zerebrale Entgleisungen“ beobachtet Virologe Fickenscher in manch kontroverser und über die Medien geführter Corona-Diskussion, die er sich mit den oft neuen Erkenntnissen erklärt, die früheren Empfehlungen zum Teil auch noch widersprechen. Das enorme Interesse der Öffentlichkeit führt nach Wahrnehmung des Virologen manchmal zu Äußerungen, die nicht immer dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen. Er riet aber auch zu einem entspannten Umgang mit solchen Äußerungen.

Wie schwer es ist, bei den vielfältigen Erwartungen und Perspektiven zum The-



Dr. Thomas Maurer

ma Covid-19 alles richtig zu machen, zeigte die Diskussion zum Thema Transformation von Wissenschaft in die Praxis. Ein Prozess, der in der Regel Jahre in Anspruch nimmt, soll unter Pandemiebedingungen unter Druck zügig erfolgen – ein Anspruch, der nach Ansicht von Schliffke nicht erfüllbar ist.

Hinzu kommt aus Sicht Rupps: Die Äußerungen von Wissenschaftlern sind in der Regel nicht für jedermann verständlich. Die Folge: Medien und Laien picken sich Äußerungen heraus, die ohne den Kontext nicht haltbar sind. Die Wissenschaft sollte sich deshalb mit Äußerungen im öffentlichen Raum nach seiner Ansicht zurückhalten und nur mit gesicherten Erkenntnissen an die Öffentlichkeit gehen – das würde nach seiner Meinung das Vertrauen steigern.

Allerdings, gab Schliffke zu bedenken, wird dieser nachvollziehbare Wunsch nach konsentierten Informationen aus der Wissenschaft von der Politik erschwert. „Das setzt Ärzte und Wissenschaft unter Druck“, sagte Schliffke. Andererseits: Es gab in den vergangenen Monaten immer wieder Fragen zum Thema Corona, die erst durch den Druck der Politik schneller beantwortet werden konnten. „Es war gut, dass wir durch die Politik getrieben wurden. Das hat manchmal auch geholfen“, wandte Fickenscher unter Verweis auf das Beispiel Maskenpflicht ein. Diese Pflicht sei damals an der Wissenschaft vorbei eingeführt worden, weil die Erkenntnisse dazu noch nicht ausgereift waren. Heute ist der Nutzen von Masken zumindest außerhalb von Verschwörungstheorien weitgehend unstrittig. „Ohne die Politik hätte sich die Wissenschaft vielleicht bis heute nicht zu einer Empfehlung für Masken durchgerungen“, gab Fickenscher zu bedenken.

Dennoch: Der Wunsch nach gemeinsamen Informationen aus mehreren wissenschaftlichen Disziplinen wird nach Angaben Herrmanns genauso an die Ärztekammer herangetragen wie die Forderung von Gegnern, die von der Körperschaft eine Positionierung gegen Masken und andere Maßnahmen erwarten. „Dann sind wir auf die Wissenschaft und deren Veröffentlichungen angewiesen.“ Diese Nachfragen sind zwar nicht zahlreich, aber lautstark, so Herrmann.

Der Wunsch nach verlässlichen und zugleich leicht verständlichen Antworten ist zwar nachvollziehbar. Wer aber sollte diese liefern? Einig waren sich die Teilnehmer, dass sich nicht jede Organisation oder Körperschaft dieser Aufgabe stellen soll-



Prof. Helmut Fickenscher

te – schon, um eventuell sich widersprechende und damit Vertrauen abbauende Informationen zu vermeiden. Als verlässliche Quelle empfahl Fickenscher den Faktencheck durch das Recherche-Portal correctiv (www.correctiv.org). Die Bedeutung gesicherter Informationen wurde zwar von allen Diskussionsteilnehmern unterstrichen. Nach Ansicht Maurers würden weitere, neue Portale oder Publikationen zu diesem Thema aber nicht diejenigen überzeugen, die eine andere Weltanschauung zu Corona vertreten. „Wir würden eventuell denen helfen, die wir nicht mehr überzeugen müssen. Die anderen aber erreichen wir damit nicht“, sagte Maurer. Er rät, sich nicht ausschließlich mit medizinisch-wissenschaftlichen Fragen zu beschäftigen, sondern auch mit den Folgen der Beschränkungen im sozialen Leben. „Das vermischen die Menschen. Wir können nur gewinnen, wenn wir nur Maßnahmen durchsetzen, die nicht die Existenz kosten.“

Zurück zu den Ärzten, die die vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisse nicht anerkennen und konträre Schlussfolgerungen ziehen. Dieser Gruppe sollte man nach Ansicht Schliffkes innerärztlich Gewicht beimessen und sich mit ihr ausei-

»Es war gut, dass wir durch die Politik getrieben wurden. Das hat manchmal auch geholfen.«

PROF. HELMUT FICKENSCHER

nersetzen, sie aber in der öffentlichen Diskussion nicht in den Fokus rücken. In der Kommunikation mit der Bevölkerung sollte man sich aus ihrer Sicht auf Kernbotschaften wie die AHA-plus Lüften-Regel konzentrieren: „Wenn wir das im Bewusstsein verankern, haben wir alles erreicht. Wenn jeder die Grundregeln befolgt, kommen wir gut durch die Pandemie.“

Zum innerärztlichen Umgang empfiehlt sie, den Gegnern die ganze Bandbreite an berufsrechtlichen Mitteln aufzuzeigen und sie anzuwenden. Nach ihrer Ansicht ist für eine Zusammenarbeit mit Verschwörungstheoretikern in ärztlichen Gremien keine Grundlage vorhanden. Ähnlich die Positionierung von Maurer: Er sprach sich dafür aus, den Ärzten, die ihre Patienten vor Co-

rona schützen wollen, den Rücken zu stärken. „Wir müssen mit denen reden, die wir erreichen können. Aber die anderen, die Leugner, können wir auflaufen lassen, indem wir sie ignorieren. Die Auseinandersetzung mit diesen Menschen bringt nichts. Wir müssen akzeptieren, dass es einen gewissen kleinen Prozentsatz an Menschen gibt, die wir nicht erreichen.“

Rupp hält es für einen vielversprechenden Weg, wenn man die in Schleswig-Holstein durch Konsens erreichten Erfolge stärker in den Vordergrund rückt und weniger über die Denkmodelle von Verschwörungstheoretikern spricht.

Herrmann verspricht sich viel von einer weiteren innerärztlichen Auseinandersetzung. Er hält es für unerlässlich, in diesem

Rahmen über diejenigen zu sprechen, die sich mit ihrem Verhalten am Rande oder außerhalb der ärztlichen Wertegemeinschaft bewegen. „Das sind wir der schweigenden Mehrheit schuldig. Hinter den Verschwörungstheorien stecken Denkmodelle, die nicht nur bei Corona gefährlich sind. Da geht es auch um Impfgegner und andere. Wenn die Wissenschaft alternativlos verlassen wird, wird es gefährlich – schließlich grenzt uns die Wissenschaft von anderen Gesundheitsberufen ab“, gab der Kammerpräsident zu bedenken.

Wie geht es weiter? Die Ärztekammer wird das Thema innerärztlich vorantreiben, zunächst mit einer Diskussion in der Kammerversammlung am 25. November. Herrmann erwartet dort eine vorurteilsfreie Auseinandersetzung, die auch die Frage wissenschaftlicher Evidenz umfasst. „Zum ärztlichen Denken und Handeln zählt ja auch, dass man unbewiesene Behauptungen nicht folgt – das gilt für beide Richtungen“, betonte Herrmann. Damit unterbreitet er auch ein Gesprächsangebot an Ärzte, die manche Maßnahme zur Eindämmung der Pandemie für überzogen halten und die Folgen anders einschätzen, die aber deshalb ihre Patienten nicht in Gefahr bringen. „Wir trennen sehr genau zwischen den Ärzten, die komplett anderen weltanschaulichen Denkmodellen anhängen, und solchen Kollegen, die eine andere Meinung als wir vertreten. Mit den ersten kann man nicht, mit denen zweiten muss man diskutieren.“

Für die Diskussion in der Kammerversammlung hat die Runde mit den Standespolitikern und Wissenschaftlern aus Sicht Herrmanns wichtige Impulse geliefert. Als Beispiel nannte er: „Wir Ärzte müssen offen damit umgehen, dass wir nicht jede Frage beantworten können und dass es nicht immer eine hundertprozentige Wahrheit gibt. Das ist nicht erst seit Covid-19 so. Wir hatten in der Medizin schon immer Therapieoptionen, die später überholt waren.“

Zur Möglichkeit, Corona-Leugner unter Ärzten zu sanktionieren, sagte Herrmann: „Als Ärztekammer gehen wir jeder Beschwerde im Rahmen unserer berufsrechtlichen Möglichkeiten ohne Vorverurteilung nach.“ Als Beispiel nennt er den Fall, dass sich ein Arzt weigert, bei der Patientenbehandlung aus Überzeugung eine Maske zu tragen. Erschwert ist die Verfolgung solcher Fälle, wenn dies der Kammer nur anonym mitgeteilt wird. „Dann können wir nur Kontakt aufnehmen und berichten, was uns mitgeteilt wurde.“

»Ärztliche Professionalität hat auch etwas damit zu tun, dass ich weiß, wo meine Grenzen sind.«

PROF. JAN RUPP



Prof. Jan Rupp

Zwischen Dialog und Drohung

DEMOS Auch in Schleswig-Holstein demonstrieren Menschen gegen die Corona-Maßnahmen. Ein Ortstermin in Bad Oldesloe.



Solche Plakate werden derzeit auf vielen Kundgebungen in Deutschland eingesetzt. Auf den Kundgebungen schwankt die Stimmung zwischen friedlichem Protest und Drohungen.

Jeden Montag um 17 Uhr treffen sich in Bad Oldesloe Menschen, die an den aktuellen Corona-Maßnahmen zweifeln. Weil die geforderten Abstände auf einem kleineren Platz in der Innenstadt nicht mehr eingehalten werden konnten, fand die Kundgebung im Oktober erstmals auf dem Rathausplatz statt. Rund 40 Menschen versammelten sich dort nach und nach, alle ohne Maske, aber mit Abstand und unter ständiger Beobachtung der Polizei.

Obwohl sich die Gruppe gleich zu Beginn von Rassismus und Faschismus distanziert, gehen die meisten Menschen schnell vorbei. Auf dem Platz dagegen bestätigen sich die Redner gegenseitig. Eine Mikrobiologin tritt auf, ein Mann mit beruflichem Bezug zum Krankenhaus ist dabei, aber auch Menschen ohne Verbindung zum Gesundheitswesen. Manche singen am Mikrofon, andere lassen ihrer Wut und Ohnmacht gegen die staatlichen Maßnahmen freien Lauf. Auf den zur Schau getragenen Plakaten wird deutlich, dass die Kundgebungsteilnehmer unzufrieden damit sind, wie Deutschland mit der Pandemie umgeht – sowohl im Gesundheitswesen selbst als auch vonseiten der Regierung und der Medien, die als „Mainstream“ betrachtet werden. Es wird

unterstellt, dass eine unabhängige Berichterstattung zu diesem Thema in Deutschland nicht stattfindet.

Die von den Rednern an diesem Tag angeschnittenen Themen sind bunt. „In den Knast“ würde sie gehen, wenn dafür die Kinder in diesem Land nicht mehr durch Maskenpflicht und andere Maßnahmen verängstigt würden, sagt Cornelia Steinert. Sie ist Schuldnerberaterin und war bis vor Kurzem noch in der Kommunalpolitik in Bad Oldesloe aktiv, bis sie die örtliche „Initiative für Aufklärung und Transparenz“ mitgründete.

Steinert wird seitdem nach eigenen Angaben von der örtlichen Presse ignoriert und in ihrem Heimatort wegen ihrer Haltung zum Thema teils unter Druck gesetzt. Sie spricht von „Mobbing“. Ihre Haltung hat aber auch dazu geführt, dass sie schon bei Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier zu einem Austausch zum Thema nach Berlin eingeladen war. Steinert versichert im persönlichen Gespräch, dass sie sich mehr Dialog zu dem polarisierenden Thema wünscht. „Wir wollen im Gespräch bleiben“, sagt sie.

Wie schwer das beiden Seiten fällt, wird während der Kundgebung deutlich. Der Austausch mit Menschen, die die Maßnahmen der Regierung befürworten, findet

während der Veranstaltung praktisch nicht statt, kaum jemand nimmt sich an diesem Tag die Zeit für ein Gespräch.

Ein Mann, der sich schon beim Aufbau der Kundgebung für das Thema interessiert und die Initiatoren anspricht, gerät in der Diskussion schnell in Aufregung. Ein kurzer, lautstarker Disput mit einer Frau aus dem Kreis der Demonstranten endet damit, dass der aufgebrachte Mann von seiner Frau beruhigt und weggeleitet wurde – Verständigung nicht möglich.

Die Flugblätter, die von den Demonstranten verteilt werden, scheinen allerdings kaum auf Dialog ausgerichtet. Der Appell „Tragen Sie dazu bei, dass die Corona-Maßnahmen sofort beendet werden“, wird mit drei Ausrufezeichen begleitet – das liest sich nicht wie ein Gesprächsangebot. Ein Flyer der „Ärzte für Aufklärung“ ist betitelt mit „Zwang zur Impfung droht“. Die wechselnden Redner behaupten „Wir traumatisieren eine ganze Generation ohne Krieg“, sprechen von „Masken-Experimenten an Kindern“. Auch die Worte des Schlussredners klingen wenig versöhnlich. „Herr Drost, Herr Wieler und Herr Spahn: Ziehen Sie sich warm an. Wir lassen nicht nach.“ Nach rund einer Stunde ist die Kundgebung zu Ende – immerhin friedlich.

DIRK SCHNACK

Vorwürfe aus den Praxen an die Klinik

ECKERNFÖRDE Unterschiedliche Auffassungen über den vorzuhaltenden Personalbestand am imland-Standort Eckernförde. Niedergelassene Ärzte kritisieren Abgänge von Chirurgen in der Klinik und sprechen von „Misständen“. Die Klinikleitung widerspricht den Aussagen nur indirekt und verweist auf viele Neuzugänge beim Personal.

Wie viel Personal hält die imland Klinik in ihrer chirurgischen Abteilung am Standort in Eckernförde vor? Diese Fragen stellten niedergelassene Ärzte aus der Region vergangenen Monat öffentlich und bezeichneten zugleich die Stimmung der „niedergelassenen Hausärzte und Fachärzte aus dem Raum Eckernförde und Umland“ in einer Pressemitteilung als „bestürzt, enttäuscht und wütend.“

Unterzeichnet ist die Pressemitteilung von der Kreisausschuss-Vorsitzenden des Kreises Rendsburg-Eckernförde, Dörte Paulsen, dem Vorsitzenden des Ärztevereins Eckernförde, Olaf Carstensen, dem Vorsitzenden der KV-Kreisstelle, Eckard Jung, dem Vorsitzenden des Qualitätszirkels der Hausärzte Eckernförde, Dr. Ulf Ratje und dem niedergelassenen hausärztlichen Internisten Leif Olbrich.

Grund für die Verstimmung ist der Weggang bewährter Chirurgen aus der Klinik. Laut Pressemitteilung aus dem ambulanten Bereich haben sich Ärzte „in Scharen“ aus der Klinik verabschiedet – die niedergelassenen Ärzten nennen eine Größenordnung von 30 Prozent der Oberärzte, die gekündigt haben sollen. „Wir Ärzte fragen uns, warum die Geschäftsführung, aber auch die politischen Entscheidungsträger nicht in der Lage sind, kompetenten und langjährig erfahrenen Ärzten eine Zukunftsperspektive an ihrem Kreis Krankenhaus aufzuzeigen“, heißt es in der Mitteilung. Nach ihrer Wahrnehmung können die Arbeitsbedingungen an der Klinik „keine Grundlage für erfahrene Fachärzte sein und erst recht keine Perspektive für junge Kollegen, die sich in die ärztliche Weiterbil-

dung begeben wollen“. Die Unterzeichner werfen Geschäftsführung und politischen Entscheidungsträgern – dies wären für das Krankenhaus in kommunaler Trägerschaft Landrat Rolf-Oliver Schwemer und der Kreistag – „eklatantes Versagen“ vor.

Sie verwiesen als Beispiel auf eine von der imland Klinik im Jahr 2017 übernommene chirurgische Gemeinschaftspraxis, die in ein MVZ umgewandelt wurde und derzeit geschlossen ist. Folge nach Darstellung der niedergelassenen Ärzte: „In der Konsequenz besteht in diesem Bereich eine gewaltige regionale Versorgungslücke; diese wird auf dem Rücken der Patienten und der Hausärzte ausgetragen, die jetzt die Versorgung der chirurgischen Patienten zum Teil mit übernehmen müssen.“ Sie mahnen zugleich: „Wer einen ambulanten Kassensitz erwirbt, hat hier einen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen.“

Die imland Kliniken gingen in einer schriftlichen Stellungnahme nur indirekt auf die Vorwürfe ein. In der Mitteilung heißt es: „Strukturell ist das Haus in Eckernförde jederzeit in der Lage, eine adäquate Versorgung stattfinden zu lassen. Es gibt lediglich eine mengenmäßige Begrenzung aufgrund der Anzahl an Operationssälen.“ Imland verwies zudem darauf, dass längere Operationen, die nicht der Notfallversorgung dienen und absehbar mehrtägige Intensivpflege nach sich ziehen, nicht in den Leistungskanon eines Grund- und Regelversorgers wie Eckernförde gehörten.

Laut imland sind die Operationszahlen am Standort Eckernförde stabil. Im Monat August habe es 310 Eingriffe in der Regelarbeitszeit und 49 in der Nacht gegeben. Zum Vergleich: Im gleichen Monat ein Jahr

zuvor seien dies 356 bzw. 54 Eingriffe gewesen. Den Rückgang erklärt das Haus mit den bundesweit zu beobachtenden rückläufigen Zahlen in der Pandemie. In der Mitteilung versichert das Haus: „Die Chirurgie und die Anästhesie sind in Eckernförde auch nach Dienstschluss so besetzt, dass einfache Notfälle wie Blinddarmoperationen durchgeführt werden können. Lediglich größere und umfangreichere Eingriffe werden nach Rendsburg verlegt. Dies dient auch der Fürsorge der Klinikleitung gegenüber den Beschäftigten, die Dienste am Standort in Eckernförde in angemessenem Rahmen zu halten.“

Ganz anders als die Wahrnehmung der niedergelassenen Ärzte liest sich die Darstellung der Klinik zur Personalsituation. Zwischen Januar und September 2020 hat es laut imland an den beiden Standorten zusammen zwar 30 Abgänge beim ärztlichen Personal, aber auch 48 Zugänge gegeben. Insgesamt seien damit 359 Mediziner bei imland beschäftigt. In der Pflege habe es bei 41 Abgängen 121 Zugänge im gleichen Zeitraum (insgesamt: 692 Pflegefachkräfte) gegeben. „Gerade in Zeiten der Pandemie sind das erfreuliche Entwicklungen“, heißt es in der Mitteilung.

Der Standort Eckernförde wird von der Klinikleitung als „unverzichtbarer Teil der imland GmbH“ bezeichnet. Sanierungsmaßnahmen der dortigen Stationen werden bis Jahresende durch einen Generalplaner ausgearbeitet, das avisierte Finanzierungsvolumen liege bei 15 Millionen Euro. Daneben soll – wie schon berichtet – der komplette Gebäudekomplex in Eckernförde saniert werden.

Stadt sucht nach eigener Lösung

FLENSBURG Die Stadt strebt zum Thema Schwangerschaftsabbrüche eine kommunale Einrichtung an. Noch viele Fragen offen.

Nachdem rechtliche Hürden für das geplante Flensburger Diako-Malteser-Klinikum aus dem Weg geräumt sind, deutet sich auch eine Lösung in der Frage der Schwangerschaftsabbrüche an. Zum Redaktionsschluss deutete vieles daraufhin, dass die Stadt eine eigene Einrichtung in der Nachbarschaft der Klinik eröffnen könnte. Viele Fragen hierzu waren Ende Oktober jedoch noch offen. Bedenken gegen das Modell kommen unter anderem vom Berufsverband der Frauenärzte.

Ein Jahr lang beriet ein Runder Tisch, dem Flensburgs Oberbürgermeisterin Simone Lange (SPD), Stadtpräsident Hannes Fuhrig (CDU), Vertreter der Krankenhausträger, der Beratungsstelle pro familia und des Sozialministeriums sowie die städtische Gleichstellungsbeauftragte angehören, über eine Alternative für Frauen, die eine ungewollte Schwangerschaft nach Beratungsregelung unterbrechen wollen. Herausgekommen ist ein Vorschlag, mit dem die Stadt eine „dauerhafte kommunale Lösung“ erreichen möchte. Geplant ist, dass die Stadt selbst einen Facharzt für diesen Eingriff einstellt. Angesiedelt würde dieses Angebot nach jetziger Planung auf dem Klinikgelände, dem neuen „Gesundheitscampus“ auf dem Peelwatt, wenn auch nicht unter dem Dach des neuen Krankenhauses.

Doris Scharrel, Landesvorsitzende des Berufsverbandes der Frauenärzte, sieht die Idee kritisch: „Es ist schade, dass in die Planung kein ärztlicher Sach- und Fachverstand einbezogen wurde.“ Sie bezweifelt, dass sich ein Arzt finden lässt, der ausschließlich Abtreibungen vornehmen würde. Auch sei aus Gründen des Patientengeheimnisses schwer vorstellbar, dass in einem Gebäude ausschließlich Schwangerschaftsabbrüche stattfänden. Denkbar sei stattdessen, die Eingriffe in ein ambulantes OP-Zentrum zu verlagern, in dem niedergelassene Ärzte unterschiedliche Operationen vornehmen. Ein solches Zentrum gebe es in Flensburg, wenn auch nicht auf dem

Gelände des künftigen „Gesundheitscampus“. Auch Kosten- und Haftungsfragen spricht Scharrel als Probleme an.

Stadtsprecher Clemens Teschendorf räumt ein, dass viele Fragen offen sind. Unklar ist etwa die Organisationsform: Will die Stadt Betreiberin eines MVZ werden oder geht es um eine Anstellung in der Verwaltung? Steht ein passender Kassensitz zur Verfügung? Aus welchem Topf wird das Angebot finanziert, wenn es keine auskömmliche Lösung gibt? „Alle diese Punkte wird die Arbeitsgruppe klären“, sagt Teschendorf. Die Stadt habe sich etwas anderes gewünscht, vor allem eine in der Klinik angesiedelte Lösung. Doch da sich kein Weg fand, gehe es nun darum, „das Angebot für die Region zu erhalten. Das ist die Aufgabe, die wir lösen müssen.“

Der städtische Sozial- und Gesundheitsausschuss hat den Vorschlag des Runden Tisches beraten und ohne große Be-

Diako Malteser Klinikum

- ▶ Die heutige „Diako“ mit rund 500 Betten und das St. Franziskus Hospital in Trägerschaft des katholischen Malteserordens mit 340 Betten wollen sich zusammenschließen.
- ▶ Die Unterstützung von Stadt und Land zu den Plänen gibt es seit längerem, im Frühjahr dieses Jahres erklärte das Bundeskartellamt das Projekt für unbedenklich.
- ▶ Entstehen soll ein Neubau mit rund 700 Betten auf dem Gelände Peelwatt. Ab 2027 will das neue Klinikum pro Jahr 100.000 Menschen ambulant und stationär behandeln.
- ▶ Das Land unterstützt mit einem dreistelligen Millionenbetrag, genaue Kosten sind noch unklar. Das Land hätte Millionenbeträge in die Sanierung der beiden heutigen Krankenhausbauten investieren müssen.

geisterung zugestimmt. Vor allem Mitglieder von SPD und Grünen sehen es kritisch, dass Frauen mit dem Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft mit ihrem Anliegen nicht in die Klinik gehen können. Aber die rechtliche Lage ist klar, darauf verweist auch Scharrel: „Kein Arzt kann zu Schwangerschaftsabbrüchen gezwungen werden.“ Auch in anderen großen Kliniken im Land gebe es keine ambulanten Schwangerschaftsabbrüche. Dennoch finden in Schleswig-Holstein rund die Hälfte der Eingriffe in Kliniken statt, so Zahlen des Statistischen Bundesamtes von 2018. Damit zählt das Land bundesweit zu den Spitzenreitern. In anderen Regionen, besonders in den katholisch geprägten Ländern, finden Abbrüche fast nur in Praxen statt, oft müssen Frauen weite Wege zurücklegen.

„Es wird gebetsmühlenhaft wiederholt, wir hätten in der Region eine gute Versorgung“, sagt Reiner Johannsen, Geschäftsführer des pro familia-Landesverbandes mit Sitz in Flensburg. „Tatsächlich mag das Angebot besser sein als in anderen Gegenden Deutschlands, aber auch hier sind Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen auf dem Rückzug.“ Ein Grund sei der Generationenwechsel in der Ärzteschaft und eine veränderte Einstellung von Nachrückenden: „Die Älteren, die in den Jahren der 68er Bewegung sozialisiert worden sind, sehen Schwangerschaftsabbrüche als ihre Aufgabe an. Aber viele Jüngere streben nicht einmal die Genehmigung für ambulante OPs an.“ Angesichts dieser Tendenz wünscht er sich von der Stadt rasch Antworten auf die offenen Fragen: „Der Vorschlag des Runden Tisches muss zu einem konkreten, verlässlichen Angebot führen und darf keine Beruhigungspille für die Frauen in und um Flensburg sein.“

Auch Scharrel beobachtet, dass weniger Praxen Schwangerschaftsabbrüche anbieten: „Jüngere sehen das Thema durchaus als wichtig an, aber sie sind oft unsicher, auch wegen der bürokratischen Hürden, um die Erlaubnis für ambulante Eingriffe zu erhalten.“ Sie wünsche sich ein generelles Umsteuern – weg von operativen Eingriffen, hin zu mehr Schwangerschaftsabbrüchen per Medikament.“ In diesem Bereich sei Deutschland im EU-Vergleich weit hinten: „Es wird Zeit, dass wir zum internationalen Standard aufschließen.“ Um mehr niedergelassene Frauenärzte zu bewegen, Frauen mit dem Wunsch nach Abbruch der Schwangerschaft gut zu versorgen, wünscht sie sich mehr Fortbildungen und Informationen.

„Aufgeben ist keine Option“

REHA Die Pandemie trifft in der Reha auf Einrichtungen, denen es schon vorher alles andere als blendend ging. Klinikabläufe wurden angepasst. Langfristig werden sich die Konzepte ändern.



Therapie wie hier auf Föhr kann auch am Strand stattfinden, allerdings in zunehmend kleineren Gruppen und mit Abstand. Auch die Abläufe in den Reha-Kliniken haben sich durch die Pandemie verändert.

Die Reha-Kliniken schlagen Alarm: In den Wochen des coronabedingten Lockdowns sind weniger Patienten akut operiert und behandelt worden, entsprechend weniger wurden in eine stationäre Nachbehandlung geschickt. Kuren und Heilbehandlungen für chronisch Kranke waren monatelang komplett ausgesetzt. In Schleswig-Holstein ist die wirtschaftliche Lage vieler Einrichtungen schwierig. Parallel dazu hat Corona die therapeutische Arbeit verändert – teilweise mit positiven Effekten.

Wer nicht auf der Insel lebt, muss gehen. An einem Sonntag Mitte März erhielt Dr. phil. Ralf Jochheim diese Anweisung, ein Tag, der dem Geschäftsführer der Nordseeklinik Westfalen auf Föhr im Gedächtnis bleiben wird. „Ich war den ganzen Tag beschäftigt, allen abzusagen, die am Montag hätten kommen sollen“, sagt Jochheim. Nur wer sich bereits in Behandlung befand, durfte die Therapie fortsetzen. „Viele wollten am liebsten noch länger bleiben, weil sie es hier für sicherer hielten als zu Hause.“ Aber keine Chance: Der strenge Lockdown für die Inseln und Feriengebiete traf auch die 120-Betten-Klinik am Nordseestrand. Das Haus ist auf Atemwegserkrankungen

spezialisiert. Im Umgang mit der Corona-Pandemie biete das Vorteile wie Nachteile zugleich, sagt Jochheim: „Wir haben es mit einer Risikogruppe zu tun, gerade die Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung sind stark gefährdet.“ Aber eben deshalb seien sie an Vorsichtsmaßnahmen gewöhnt: „Sie können mit Hygiene- und Abstandsregeln gut umgehen, es sind keine Leichtsinnigen dabei.“ Anders als die Sonnenhungrigen, die im Sommer

Info

- ▶ 62 Reha-Einrichtungen mit 10.404 Betten gibt es laut Statischem Bundesamt in Schleswig-Holstein.
- ▶ Beschäftigt sind dort 506 Ärztinnen und Ärzte, 805 Vollzeit-Pflegekräfte und 1.120 Angestellte im medizinisch-technischen Dienst.
- ▶ Im Jahr 2018 wurden 137.000 Heilbedürftige behandelt, 2008 waren es noch 15.444.
- ▶ Die Verweildauer beträgt im Schnitt 23,4 Tage.

an die Strände stürmten und „die zu glauben schienen, Covid würde auf der Fähre enden“. Dass die Pandemie alles andere als vorbei ist, wissen die Beschäftigten der Reha-Klinik genau und handeln danach: „Wir haben alle Abläufe unter die Lupe genommen und geschärft, haben neue Konzepte entwickelt“, berichtet Jochheim. Therapie findet am Strand statt, kleinere Gruppen werden gebildet. „Es war eine Riesenumbelastung, teilweise mussten wir mehr Personal einstellen. Aber Aufgeben ist keine Option“. Denn die Patienten bräuchten die Hilfe: „Die sind heilfroh, dass sie wieder zu uns kommen dürfen. Schließlich ist ihre Krankheit nicht weg, weil Covid da ist.“ Aktuell sei die Klinik wieder voll belegt.

Auch an der Ostsee findet Therapie neuerdings so oft es geht am Strand statt – eine Maßnahme, die bleiben wird: „Die Patienten nehmen das hervorragend an“, sagt Dr. Anja Spies, ärztliche Direktorin der Vamed Rehaklinik Damp. Um trotz Regen und Kälte ins Freie gehen zu können, stehen zwei beheizbare Zelte auf dem Gelände – eine von vielen Maßnahmen des detaillierten Hygiene- und Präventionskonzepts. „Ich denke, Reha-Konzepte werden sich durch die Erfahrungen in der Pandemie

mie-Zeit langfristig verändern“, sagt Spies. „Es wird mehr draußen stattfinden und vielleicht wird es auch mehr digitale Angebote geben.“

Mit über 11.000 Patienten pro Jahr ist die Klinik in Damp die größte Reha-Einrichtung in Schleswig-Holstein und die zweitgrößte in Europa. Gespürt hat das Haus den Einbruch dennoch: „Während der Talsohle waren noch 120 Patienten im Haus; normal wären über 750“, sagt Spies. Nur Anschlussheilbehandlungen fanden statt, während Therapien etwa für Patienten mit chronischen Leiden wie Rückenschmerzen, Gelenksbeschwerden, neurologischen Erkrankungen oder psychosomatischen Problemen auf behördliche Anweisung ausfielen. „Als diese Patienten wieder kommen durften, waren sie froh, trotz der Einschränkungen durch Corona.“

Die Pandemie belastete manche Patienten zusätzlich, so Spies: „Die Arbeitswelt hat sich geändert, und viele der chronisch Erkrankten gehören zur Hochrisikogruppe und müssen lernen, wie sie mit Maske und Abstand Gutes für sich tun können.“ In der Therapie werde das auch thematisiert.

Während die ärztlich-therapeutische Arbeit mit neuen Konzepten weitergeht, müssen die Kliniken die Ausfälle der Lockdown-Wochen wettmachen. Die Zahl der Patienten sei pandemiebedingt um bis zu 70 Prozent zurückgegangen, beklagt die AG MedReha, die Bundes-Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation. Die Organisation appelliert an die Politik, den Rettungsschirm für die Kliniken weiter zu spannen, um das „Ende zu verhindern“.

In Schleswig-Holstein, das bei Kuren und Reha-Leistungen traditionell stark ist, sei die Lage „teilweise dramatisch“, sagt Hans-Jürgen Kütbach, Vorsitzender des Heilbäderverbandes Schleswig-Holstein. Allerdings habe die Landesregierung schnell gehandelt, als der Lockdown den Klinikbetrieb lahmlegte: „Wir in Schleswig-Holstein sind gewohnt zu sagen, uns geht's schlechter als anderen, aber in diesem Fall wurde mit dem Sozialministerium rasch ein Tagessatz vereinbart.“ So gebe es einen „Puffer“, so Kütbach. „Aber die meisten Kliniken haben schon nicht vor Kraft gestrotzt, als sie auf Corona getroffen sind.“

Der Blick auf die Statistik belegt das. Allein in den zehn Jahren von 2008 bis 2018 ist die Zahl der Kliniken um 14 Prozent gesunken, aktuell bieten 62 Häuser Reha-Behandlungen an. Die Hoch-Zeit der Branche endete in den 90er Jahren. Damals setzte das „Kur- und Badewesen“ umgerechnet rund zehn Milliarden Euro um, bundes-



Dr. Anja Spies, ärztliche Direktorin der Vamed Reha-Klinik in Damp: „Reha-Konzepte werden sich durch die Erfahrungen in der Pandemie langfristig verändern.“

weit gab es mehr als 300 Kurorte mit knapp 1.400 Kur- oder Reha-Kliniken. Die Politik, allen voran der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU), ging gegen das bis dahin geltende Kur-Modell vor, das im Ruch stand, ein Erholungsprogramm nach dem Motto „morgens Fango, abends Tango“ zu bieten.

Seither wurde die Aufenthaltsdauer von im Durchschnitt vier auf drei Wochen gesenkt, die Behandlungen sollen vor allem wohnortnah stattfinden, und die Kriterien für stationäre Behandlungen änderten sich. Die meisten Kliniken bieten heute Anschlussheilbehandlungen nach OPs, Schlaganfällen oder Chemotherapie an, während klassische Kuren zurückgefahren wurden.

Aus Sicht des Heilbäderverbandes war der politische „Angriff auf die Kuren“ überzogen, sagt Kütbach und fühlt sich durch das Präventionsgesetz bestätigt, das 2019 verabschiedet wurde und die Gesundheitsförderung stärken will. Dennoch seien viele

Kliniken in den vergangenen Jahren in „bedrohliche Lagen“ geraten und einige Häuser hätten harte Sanierungen durchlaufen.

Ein Grund dafür ist die Schlechterstellung der Reha-Einrichtungen gegenüber den Akut-Häusern. Die erhalten Investitionskosten vom Land, während die Reha-Kliniken diese Ausgaben selbst erwirtschaften müssen. In der aktuellen Corona-Lage werden Akut-Kliniken ebenfalls bevorteilt. So hat die Bundesregierung mit dem Krankenhauszukunftsgesetz den Weg eröffnet, Akut-Krankenhäusern einen Ausgleich für entgangene Erlöse zu geben. „Diese Regelungen wünschen wir uns auch für Reha- und Kur-Einrichtungen“, sagt Bernd Krämer, Geschäftsführer des Verbandes der Privatkliniken in Schleswig-Holstein, in dem ein Teil der Reha-Kliniken organisiert sind. Er ist einig mit Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausesellschaft Schleswig-Holstein, der ebenfalls einige der Kliniken angeschlossen sind. Reimund fordert zumindest eine Verlängerung des „Corona-Zuschlages“, den die Rentenversicherung und die Gesetzlichen Krankenkassen zurzeit bezahlen, über das Jahresende hinaus. Der Zuschlag beträgt pro Patient und Tag bei stationärem Aufenthalt acht und bei ambulanter Behandlung sechs Euro. Das Geld ist zwar eine Hilfe, wird aber laut Jochheim von den Sachkosten für Masken, Desinfektionsmittel und ähnliches verschlungen.

Während Anschlussheilbehandlungen in der Regel von der Rentenkasse bezahlt werden, sind Heilbehandlungen und Kuren oft Sache der Krankenkassen. Den Einrichtungen in diesem Segment, darunter Häuser für Eltern-Kind-Kuren, geht es aktuell noch schlechter, darauf weist Lucia Lagoda hin, Bundesvorsitzende der Katholischen Arbeitsgemeinschaft Müttergenesung und Kuratorin im Deutschen Müttergenesungswerk: „Die Belegung ist äußerst fragil, und die Kliniken sind seit dem 1. Oktober ausschließlich auf sich allein gestellt.“ Es sei nicht nachvollziehbar, warum Auslastungseinbrüche für Reha-Kliniken im Bereich der Rentenversicherung weiter abgesichert werden, während die Kliniken im Bereich der Krankenversicherungen keinen Ausgleich bekommen. Der Bedarf an Hilfe sei hoch: „Durch die Pandemie sind die gesundheitlichen Belastungen für Familien weiter gewachsen. Wir sind tief besorgt, dass dieses wichtige Gesundheitsangebot für Mütter und Väter in seinem Fortbestand bedroht ist“, so Lagoda.

ESTHER GEISSLINGER

Multiprofessionell beraten und unterstützen

ETHIK Konzept für außerklinische Ethikberatung stößt auf breites Interesse bei verschiedenen Gruppen im schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen. Die Steuerungsgruppe strebt die Gründung eines Trägervereins an. Start wird voraussichtlich in Kürze sein.

Bestehende Ethikkomitees könnten im kommenden Jahr durch eine außerklinische Ethikberatung in Schleswig-Holstein ergänzt werden. Dies ist das Ziel einer Steuerungsgruppe, die Ende September ein Konzept für eine multiprofessionelle Ethikberatung vorstellte und damit auf breite Resonanz bei Akteuren aus dem Gesundheitswesen stieß.

Das Spektrum der Interessierten war breit: Rio Morawe aus dem Vorstand des Hausärzterverbandes war im Hörsaal der Chirurgie des UKSH in Kiel genauso dabei wie AOK-Landesdirektorin Iris Kröner, Anja Holst vom Kompetenzzentrum Demenz ebenso interessiert wie Dr. Hermann Ewald aus dem Flensburger Katharinen-Hospiz. Insgesamt waren rund 40 Akteure aus dem Gesundheitswesen von unter anderem der Alzheimergesellschaft, Hospizvereinen, Angehörigenvertretungen, Selbsthilfegruppen und dem Sozialministerium sowie Vertreter verschiedener Kliniken der gemeinsamen Einladung von Prof. Henrik Herrmann (Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein), Patricia Drube (Präsidentin der Pflegeberufekammer) und Thomas Schnell (Geschäftsführer vom Palliativnetz Travebogen) gefolgt. Die Einladung machte deutlich, dass die Steuerungsgruppe Ethikberatung als gemeinsame Aufgabe vieler Berufsgruppen betrachtet. „Ethikberatung richtet sich an alle im Einzelfall beteiligten Berufsgruppen im Gesundheitswesen sowie an Menschen mit Pflegebedarf oder in Behandlung, deren Stellvertreter und An- und Zugehörige“, unterstrich Stephanie Wulff von der Pflegeberufekammer.

Den Bedarf unterstrich auch Herrmann, der als junger Oberarzt ein solches Angebot an seinem damaligen Krankenhaus vermisste. Inzwischen gibt es eine ganze Reihe von Krankenhäusern mit Ethikkomitees und auch außerhalb von Kliniken bestehen bereits Angebote. „Es treten aber immer wieder Probleme auf, die mit den bestehenden Strukturen nicht gelöst werden können“, betonte Herrmann, der das ethische Profil der Ärztekammer schärfen möchte.

Froh über das Interesse war Dr. Michael Grosse, Mitglied der Steuerungsgruppe. „Ohne Kammern läuft es nicht, steht für den Internisten aus Lübeck fest. Er machte deutlich, dass die außerklinische Ethikberatung bestehenden Angeboten keine Konkurrenz machen will und kann. Was erreicht werden soll, ist eine Ergänzung mit Einbeziehung aller beteiligten Berufsgruppen über die verschiedenen Sektoren hinweg.“

In die Thematik eingeführt hat Prof. Dr. phil. Christoph Rehmann-Sutter (Philosoph und Bioethiker der Universität zu Lübeck) mit einem Vortrag zu Mission und Vision der Ethikberatung. Das von Sebastian Heinlein vom Travebogen vorgestellte Konzept zeigte allen Teilnehmenden auf, wie anspruchsvoll diese Aufgabe sein wird – und dass sie nur erfüllt werden kann, wenn die Unterstützung dafür aus zahlreichen Bereichen des Gesundheitswesens kommt. Im Idealfall, so Heinlein, könnten sich interessierte Gründungsmitglieder schon im November treffen.

Die von PD Dr. Doreen Richardt aus dem Vorstand der Ärztekammer geleitete Diskussion mit zahlreichen Anregungen

aus unterschiedlichen Perspektiven zeigte, wie zahlreich die Herausforderungen sind. Beispiele:

- ▶ Name des zukünftigen Vereins „Außerklinische Ethikberatung im Gesundheitswesen für Schleswig-Holstein“: In der Veranstaltung kamen Bedenken auf, ob der Begriff für Menschen in ethischen Konflikten niedrigschwellig genug ist.
- ▶ Finanzierung: Die Ehrenamtlichkeit wird hier an ihre Grenzen geraten, für Ratsuchende soll die Beratung jedoch kostenfrei sein. Wird es daher eine Unterstützung durch öffentliche Gelder, die Kammern, Spenden oder eine Abrechnungsmöglichkeit bei den Krankenkassen geben?
- ▶ Einbindung: Entstehen soll ein gemeinnütziger Verein, der die vielen zu berücksichtigenden Perspektiven einer Ethikberatung deutlich macht. Ein Verein, der Angebote bündelt, der eine ortsnahe und niedrigschwellige Beratung ermöglicht, der dafür bereits bestehende Strukturen vernetzt und der Fortbildungen ermöglicht.
- ▶ Bekanntheit: Wie erfahren Menschen in ethisch schwierigen Situationen von diesem neuen Angebot?

Aspekte, mit denen sich die Steuerungsgruppe bereits im Vorfeld intensiv auseinandergesetzt hatte und der sich nun die Gründungsmitglieder stellen werden. Der Elan dafür scheint nach der Konzeptvorstellung ungebrochen.

STEPHANIE WULFF,
PD. DR. DOREEN RICHARDT,
DIRK SCHNACK

Versorgung neu denken

WORKSHOP Wie lässt sich die gesundheitliche Primärversorgung in Schleswig-Holsteins Fläche künftig bewerkstelligen? Am besten im Team aus Arzt, Therapeut und Pflegekraft, so die Referenten des gleichnamigen Workshops in der Ärztekammer Schleswig-Holstein.



Patricia Drube, Präsidentin der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, Madlen Missal, erste Vorsitzende der Interessengemeinschaft der Therapeuten in Schleswig-Holstein (IGThera-SH e. V.) und Dr. Svante Gehring, Vorstandsmitglied und Vorsitzender des Berufsordnungsausschusses der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Sprachstörungen, Halbseitentaubheit/-lähmung (li.), Schwindel, Kopfschmerzen und Sehstörungen – die Symptome von Herrn Petersen heißen nichts Gutes. Seine Ehefrau nimmt den Hörer in die Hand und wählt die Nummer des Akut- und Erstkontakt-Teams (AEK-Team). Eine erfahrene Pflegefachkraft nimmt den Anruf entgegen, steht beratend zur Seite, schätzt den Fall nach Dringlichkeit ein und leitet in den entsprechenden Versorgungsbereich weiter. Sie aktiviert umgehend den Rettungsdienst, informiert die Stroke-Unit beim Maximalversorger und den entsprechenden Primärversorger, über den sie den Code zur Freischaltung der ePA vom Patienten erhält: Diabetes mellitus Typ II, arterieller Hypertonus, Dyslipoproteinämie, KHK. Die Infos werden an den Maximalversorger weitergeleitet, der Herrn Petersen im Krankenhaus behandelt. Nach seiner Entlassung wird der Patient in ein Integratives Versorgungszentrum weitergeleitet.

Das Konzept, das Dr. Svante Gehring, Vorstandsmitglied der Ärztekammer und Vorsitzender des Berufsordnungsausschusses, Patricia Drube, Präsidentin der Pflegeberufekammer, und Madlen Missal, erste Vorsitzende der Interessengemeinschaft

für Therapeuten in Schleswig-Holstein, auf einem Workshop in der Ärztekammer Schleswig-Holstein vorstellten, zielt nicht nur auf die Überwindung von Sektorengrenzen ab. Auch innerhalb des ambulanten Bereichs sollen Hierarchien abgebaut und in Teams auf Augenhöhe versorgt werden. Verantwortlich für die weitere Behandlung von Herrn Petersen ist ein Team aus Pflegefachkraft, Physio-, Ergotherapeuten und Logopäden sowie dem Hausarzt, der wiederum im Delegationsverhältnis mit einem Physician Assistant (PA) und einem medizinischen Fachangestellten (MFA) oder einem Nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NäPA) steht.

Die Idee einer ressourcensparenden und effizienteren Neuordnung der Versorgung kam der multiprofessionellen Arbeitsgruppe mit Blick auf die drohende gesundheitliche Unterversorgung in den ländlichen Räumen Schleswig-Holsteins. Sowohl die Berufsgruppe der Ärzte als auch die der Therapeuten und Pflegeberufe haben ein Nachwuchsproblem. Es gilt also, die zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen effizient und bedarfsgerecht zu koordinieren. Im Zentrum des Konzeptes steht daher der Patient. Die bedarfsorientierte Versorgung mache es unabding-

bar, dass mehrere Berufsgruppen auf Augenhöhe zusammenarbeiten. „In manchen Aspekten der Patientenbehandlung ist eine Pflegefachkraft einfach näher dran als der Arzt. Die Sonderrolle des Arztes lässt eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe nicht zu“, meint Gehring selbstkritisch. Von der Aufnahme bis über die Entlassung hinaus soll das Primärversorger-Team gleichberechtigt über die pflegerische, therapeutische und ärztliche Behandlung entscheiden. Dabei bleibt das Team im ständigen Austausch über die Koordination der Entlassung, die Ergebnisdokumentation in der ePA, ärztliche Rezepte und die Aktualisierung des Medikamentenplans. Für die Gespräche untereinander und mit dem Patienten sollen systematisierte Kommunikationswege genutzt werden – online über die ePA, Videosprechstunden und Videofallkonferenzen.

Der Workshop in der Kammer war ein erster Aufschlag, brachte Krankenkassen und Leistungserbringer zusammen und bot Raum für weiterführende Gedanken. Als nächstes bringt die Arbeitsgruppe in Erfahrung, was unter Berücksichtigung aktueller Gesetze möglich ist und welche Kommune als Testregion infrage kommt.

STEPHAN GÖHRMANN

„Patienten fordern digitale Fortschritte“

INTERVIEW Dr. rer. oec. Bernd Hillebrandt, Landesgeschäftsführer der Barmer, im Gespräch mit Dirk Schnack über den digitalen Wandel im Gesundheitswesen.

Herr Dr. Hillebrandt, die Krankenkassen preisen immer wieder die Vorteile der Digitalisierung an. Das klingt nach Ungeduld – geht es Ihnen in Schleswig-Holstein nicht schnell genug?

Dr. rer. oec. Bernd Hillebrandt: Wir sind in Schleswig-Holstein auch zu diesem Thema zum Glück berufsübergreifend aufgeschlossen – zumindest nach meiner Wahrnehmung. Das ist wichtig, denn Digitalisierung ist ja nicht nur für Ärzte ein Thema, sondern bei medizinisch tätigem Personal und Patienten längst angekommen. Insbesondere Berufsanfänger erwarten in den Krankenhäusern ein zeitgemäßes Arbeitsumfeld. Dies äußert sich vereinfachend in dem Wunsch, digitale Endgeräte wie Tablets oder Smartphones zu nutzen. Im Kern geht es den Mitarbeitern darum, dass sie im privaten Umfeld bereits erfahren haben, dass diese Kommunikationsinstrumente Arbeitsprozesse vereinfachen und sie daher nicht nachvollziehen können, warum diese nicht auch im Arbeitskontext eingesetzt werden. Die Liste der unbesetzten Stellen der Krankenhäuser ist lang und auch im Bereich der IT werden Aufstockungen mit versierten Arbeitskräften notwendig. Umso mehr muss ein Krankenhaus auch als Arbeitgeber attraktiv sein. Ein Krankenhaus, das über Kooperationen mit interessanten Partnern in digitalen Konferenzen und Konsilen den Zugang zu weiteren Experten bietet, ist für Berufseinsteiger sicherlich attraktiver, als wenn sich der fachliche Austausch auf Briefe, E-Mails, Fax und einzelne Kongresse beschränkt.

Wie hat die Digitalisierung den Versorgungsalltag verändert?

Hillebrandt: Wir haben heute eine ganze Reihe von Beispielen in der Versor-

gungsrealität, die wir vor ein paar Jahren noch nicht hatten und die ohne eine gewisse Aufgeschlossenheit für eine digital unterstützte Gesundheitsversorgung nicht möglich gewesen wären. Die Videosprechstunde ist bundesweit auf dem Vormarsch, die elektronische Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ist Realität und das elektronische Rezept wird in groß angelegten Modellvorhaben getestet. Auch in der Pflege hält die Digitalisierung verstärkt Einzug und der Sprung vom Papier zur elektronischen Datenverarbeitung ist an vielen Stellen erfolgt. Auch die Ganganalyse von Altenheimbewohnern via App und Kamera des elektronischen Kommunikationsmediums, mit der Folge der Erstellung eines dreidimensionalen Bildes der Gangbewegung in Echtzeit, wird erfolgreich eingesetzt. Der Nutzen besteht in der hinterlegten Mobilitätsanalyse, die sehr schnell gezielte Hinweise zur Sturzprävention geben kann.

Zur Person

Dr. rer. oec. Bernd Hillebrandt ist seit 2018 Landesgeschäftsführer der Barmer in Schleswig-Holstein. Der Wirtschaftswissenschaftler war zuvor u. a. als Verwaltungsleiter eines MVZ und für verschiedene Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft tätig. In puncto E-Health bescheinigt Hillebrandt dem deutschen Gesundheitswesen „Aufholbedarf“.

Entspricht eine komplett durchdigitalisierte Medizin denn überhaupt den Wünschen der Patienten und Ihrer Versicherten?

Hillebrandt: Die Patienten bringen ihre Vorstellungen und ihre Lebenswelt mit in die Arztpraxis bzw. ins Krankenhaus. Dies betrifft nicht nur die jüngeren Patienten. Immer mehr Rentner nutzen Smartphones und Tablets selbst oder begleitende Angehörige unterstützen sie dabei. Durch Gesundheitsinformationen aus dem Internet und über Apps verfügt der Patient nicht nur über Vorwissen, sondern zum Teil auch schon über Diagnosedaten aus seiner App, die der Arzt berücksichtigen kann. Der Arztbrief wird nicht mehr auf Papier erwartet, sondern er wird digital eingefordert. Künftig werden in die Therapie auch mobile Geräte eingebunden werden, um z. B. die Medikamenteneinnahme zu überprüfen, die Herzfrequenz und andere Parameter im Alltag aufzuzeichnen und damit die Therapie entsprechend anzupassen. Fitness-Monitoring-Systeme und andere Apps könnten Daten zuliefern, die bisher nicht in den Diagnose- und Therapieprozess einfließen konnten – und die Patienten begrüßen diesen Fortschritt. Das wird uns auch von unseren Versicherten bestätigt, sie fordern digitale Fortschritte.

Wir haben einen steigenden Versorgungsbedarf u. a. durch mehr chronisch Kranke und zugleich knappe Ressourcen. Kann Digitalisierung da helfen?

Hillebrandt: Ja, denn Digitalisierung unterstützt dabei, Krankheiten früher zu erkennen, die Dauer der Klinikaufenthalte zu verkürzen und mithilfe von Telemedizin, Apps oder Pflegerobotern länger mobil zu bleiben und in der eigenen Wohnung zu le-



ben. Im Rahmen von „Digital Health“ steht das Datenmanagement im Fokus. Täglich entstehen große Mengen heterogener Daten, ob bei CT, MRT, Röntgen oder Laboruntersuchungen. Aber auch Arztberichte, Kostenabrechnungen, persönliche Patientendaten und historische Krankheitsverläufe enthalten wichtige Informationen in Form unstrukturierter Daten. Diese Masse an Daten lässt sich mittlerweile mit neuen Technologien der Datenverarbeitung strukturieren, auswerten und verfügbar machen.

Wo liegen aus Ihrer Sicht die entscheidenden Vorteile für Ärzte und Patienten?

Hillebrandt: Der Arzt erhält genügend zeitliche Ressourcen, um sich um den Patienten zu kümmern, anstatt kostbare Zeit mit Papierkrieg zu verschwenden. Außerdem sammelt der Patient seine Daten und führt sie digital mit sich, womit sie allen Ärzten zur Verfügung stehen, egal ob ambulant oder stationär. Damit ist medizinische Exzellenz nicht nur in Zentren verfügbar, sondern auch auf dem Lande. Daten des Patienten sind „just in time“ elektronisch abrufbar und so hält universitäre Spitzenmedizin auch in ländlichen Gebieten Einzug.

In Zusammenhang mit der Digitalisierung wird immer wieder auch die elektronische Patientenakte genannt. Welche Vorteile bietet die aus Ihrer Sicht?

Hillebrandt: Sie ermöglicht den Leistungserbringern einen schnellen und umfassenden Einblick in die jeweilige Krankengeschichte und vereinfacht zugleich den Informationsaustausch aller Beteiligten. Als übergreifende Plattform macht sie die Versorgung transparenter: Stellt sich ein Patient neu in der Praxis vor, liefert die

elektronische Patientenakte eine kompakte Übersicht über die Krankengeschichte. Befunde lassen sich über die Telematikinfrastruktur (TI) digital und sicher mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen teilen. Die behandelnden Ärzte und Leistungserbringer haben so jederzeit alle für sie relevanten Informationen zu Vorerkrankungen, Diagnosen, vorherigen Operationen, eingenommenen Medikamenten oder Allergien vorliegen. Das erleichtert Entscheidungen und vereinfacht Arbeitsabläufe. Zu den Pflichten der Ärzteschaft gehört dann nicht nur, die ePA zu befüllen, sondern auch, ihre Patienten bei deren Nutzung zu unterstützen.

Wie verändert Digitalisierung das Verhältnis zwischen den Patienten und Ärzten?

Hillebrandt: Patienten sind heute immer umfangreicher – und oft besser als früher – über ihre Krankheiten und Therapiemöglichkeiten informiert und krankheitsbezogene Informationen sind an jedem Ort und zu jeder Zeit abrufbar. Zumindest dieses Wissen ist nicht mehr das Monopol der Ärzteschaft. Das verändert das Miteinander, die Kommunikation und birgt natürlich auch Risiken, etwa wenn Patienten mit falschen Rückschlüssen aus den ihnen zugänglichen Informationen zum Arzt gehen. Auch deshalb bleibt der persönliche Austausch von Arzt und Patient unverzichtbar.

Sie sprachen schon die erforderliche Aufgeschlossenheit für digitale Nutzung an. Welche weiteren Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Hillebrandt: Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Nutzung telemedizinischer Konzepte ist die Vernetzung der

»Es gilt, nicht den Menschen zur Medizin, sondern die Medizin zum Menschen zu bringen.«

BERND HILLEBRANDT

medizinischen Einrichtungen. Um mehr Patientenorientierung in der Versorgung zu gewährleisten und die noch immer bestehenden Versorgungsbrüche zu vermeiden, sollten sich Leistungserbringer verstärkt in regionalen Versorgungsverbänden zusammenschließen. Ärztenetze sind geborene Keimzellen regionaler Versorgungsnetzwerke. Eine multiprofessionelle, teamorientierte, sektorenübergreifende Ausrichtung und das Vorhandensein einer Managementstruktur wären eine gute Ausgangsbasis. Letztendlich ist Digitalisierung ohne Vernetzung nur die halbe Miete.

Vielen Dank für das Gespräch.

Sechs Jahre, vier Monate kerngesund

SELTENE ERKRANKUNG Um ein bundesweit einmaliges FIRES-Studienzentrum für die Erforschung der seltenen Erkrankung zu schaffen, starteten der UKSH Freundes- und Förderverein sowie das FIRES Epilepsie Kinderhilfsnetzwerk im Februar 2019 ein Spendenprogramm. Das Zwischenziel, 50.000 Euro, wurde nun übertroffen. Doch den Beteiligten ist klar: Es wird mehr benötigt als nur ein Zentrum.



Drei Tage lang starkes Fieber, gefolgt von einer kurzen Zeit der Besserung. Eines Nachts setzen plötzlich starke Krampfanfälle ein. Der sechsjährige Maurice wird im Rettungswagen reanimiert und stabilisiert. Weil die Anfälle nicht abebben, bleibt den Ärzten keine andere Möglichkeit, als eine Komatherapie einzuleiten. Deutschlandweit suchen Maurice und seine Eltern ärztlichen Rat. Stationäre Aufenthalte im Zweiwochenrhythmus werden Normalität. Bis ein befreundeter Arzt der Ricklinger Familie einen Hinweis geben kann: In Kiel gebe es einen Arzt, der helfen könne. Sechs Jahre nach dem ersten Krampfanfall steht die Diagnose fest: Maurice leidet an dem Febrile Infection Related Epilepsy Syndrome, kurz FIRES.

PD Dr. Andreas van Baalen, kommissarischer Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin II des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel, beschrieb als weltweit Erster diese extrem seltene Form der Epilepsie. Bundesweit gibt es derzeit rund 80 Kinder und Jugendliche im Alter von drei bis 17 Jahren, die an FIRES erkrankt sind. Was sie eint: Sie alle waren zuvor völlig gesunde Kinder. Niemand kennt den Grund für den Ausbruch der

Zur Person

Martina Harm und ihr Sohn Maurice. Mit sechs Jahren erkrankte Maurice an dem Febrile Infection Related Epilepsy Syndrome (FIRES). Sechs Jahre lang wusste niemand, woran der Junge erkrankt war. Die Ricklinger Familie suchte deutschlandweit nach einem Arzt, der ihnen weiterhelfen konnte. Am Ende fanden sie im 45 Kilometer entfernten Kiel einen Ansprechpartner.



PD Dr. Andreas van Baalen (links) benannte als weltweit Erster die schwere Hirnerkrankung bei zuvor völlig gesunden Kindern. Die mit Fieber einhergehende und in schweren epileptischen Anfällen gipfelnde Erkrankung nannte er Febrile Infection Related Epilepsy Syndrom (FIRES). Rechts: Klaus Blöcker vom FIRES-Epilepsie Kindernetzwerk.

Erkrankung. Für van Baalen ist Maurices Krankheitsverlauf typisch. Fieber, das nach einer kurzen Zeit fast als überwunden gilt, bis schwere epileptische Anfälle einsetzen. Trotz moderner Therapeutika sind die behandelnden Mediziner weltweit oft ratlos; einziger Ausweg ist eine Komotherapie.

Um eine bessere Behandlung zu ermöglichen, startete van Baalen zusammen mit dem FIRES EPILEPSIE Kinderhilfsnetzwerk e.V. und dem UKSH Freundes- und Förderverein im Februar 2019 eine Spendenaktion, deren Einnahmen für ein Studienzentrum in Kiel verwendet werden sollten. Bislang sind 61.565,22 Euro zusammengekommen.

Bis heute ist wenig über die Krankheit bekannt und zu wenige kennen sie. FIRES ist wohl nicht vererbbar, aber die Grundlagenforschung steht erst am Anfang. Je früher die Krankheit festgestellt wird, desto eher kann man den Kindern helfen. „Es gibt Therapeutika, die im frühen Stadium bessere Effekte erzielen“, sagt van Baalen, der weltweit Mediziner unterstützt. Zurzeit berät er Ärzte und Patienten aus Peru und Lettland. Oft sind es Angehörige, die sich bei dem Kinderhilfsnetzwerk melden, über die der Kontakt zum Kieler Arzt hergestellt wird. Über Online-Konferenzen und mithilfe von Dolmetschern kann van Baalen beratend zur Seite stehen und Erfahrung einbringen. „Die Rezepte werden in Deutschland verschrieben. Die Medikamente werden anschließend in das entsprechende Land geschickt“, erklärt Klaus Blöcker vom FIRES-Epilepsie Kindernetzwerk

e.V. Beratungen und Forschungen sind für van Baalen unentgeltliche Tätigkeiten – „Feierabendforschung“, wie er es nennt. Seine Aufgabe ist die Patientenversorgung im UKSH. Zurzeit ist eine Mitarbeiterin auf 450 Euro-Basis mehrmals die Woche im Büro. Zwar hat die Digitalisierung der Unterlagen bereits stattgefunden. Das kleine Hinterzimmer voller Aktenschränke im UKSH, in dem van Baalen vor einem Jahr noch während seiner Freizeit forschte, konnte er gegen einen Büroplatz im Forschungszentrum der Christian-Albrechts-Universität (CAU) tauschen. Jetzt möchte er die Arbeit offiziell machen und professionalisieren. Ein Studienarzt, der sich um die Zusammenfassung der Ergebnisse von weltweiten Blut- und genetischen Untersuchungen kümmert, wäre van Baalen zufolge hilfreich: „Wir brauchen ausgebildete Kollegen hier vor Ort.“

In einem Forschungszentrum kann das Personal, das Erfahrungen im Umgang mit den FIRES-Patienten sammelt, gebündelt werden. Um die Erkrankung wie die Therapierbarkeit zu untersuchen, hält van Baalen eine Beobachtung rund um die Uhr mithilfe eines EEG-Geräts für notwendig. Die Kosten für ein Gerät können zwischen 30.000 und 60.000 Euro liegen. „Ziel ist es nicht nur Leiden zu mindern, sondern zu heilen“, so der Mediziner. Dazu seien Forschung, Personal und medizinische Ausstattung notwendig.

Heute, zehn Jahre nach der Diagnose, ist Maurice 22 Jahre alt und ein gern gesehener Gast des Kieler Arztes. Auch als jun-

ger Mann leidet Maurice noch immer unter Krampfanfällen, ist aber unter der Medikation stabil. Das war nicht immer so. Etwa ein halbes Jahr nach den ersten Anfällen zeigten sich bei Maurice suizidale Tendenzen. Heute arbeitet er zwar in einer Wohn- und Werkstatt, benötigt jedoch Betreuung rund um die Uhr. Dies leisten von Anfang an die Eltern von Maurice. Die Kostenträger zahlen in der Regel nur bei Pflegefällen die Pflegekräfte. Diese Einstufung hat Maurice nicht. Van Baalen schätzt Maurices Grad der Erkrankung mild ein. Jedoch setzt bei ihm unter epileptischen Anfällen die Atmung aus. Dass er nach über einminütigen Krampfanfällen blau anläuft, ist keine Seltenheit. Viele Betreuer können damit aber nicht umgehen. „Maurice passt nirgends rein“, so Martina Harm, Maurices Mutter.

Auch die Behandlungskosten im Krankenhaus sind bisher ungeregelt. „FIRES ist zu selten. Es ist ein Extremkostenfall und im normalen DRG-System nicht abgebildet“, so van Baalen. FIRES-Patienten brauchen viel Zuwendung. Eine Visite findet drei Mal täglich statt, statt ein Mal die Woche. Bisher werden die hohen Pflegeanforderungen dokumentiert und codiert. Die Abrechnung erfolgt über „Epilepsie“.

Van Baalen bleibt realistisch: „Wir müssen die Wege der Patienten geringhalten. Wir brauchen in Deutschland mehr als ein Zentrum“. Die Spendenaktion ist daher nur ein Etappenziel, ein bauliches Zentrum in Kiel vielleicht das nächste.

STEPHAN GÖHRMANN

Unpolitische Hilfe für die Ukraine

HILFSLIEFERUNG Acht LKW, bis an den Rand beladen mit Infusionsständern, Betten und OP-Instrumenten, haben Kiel und Lübeck jüngst in Richtung Ukraine verlassen. Dr. Hryhoriy Lapshyn, Transplantationsmediziner am UKSH in Lübeck, initiierte die Hilfe für seine Heimat.

Bergkarabach, Syrien, Jemen: Die Liste der Konfliktregionen in der Welt ließe sich fortsetzen. Seit 2014 gehört die Ukraine dazu. Die ohnehin verbesserungswürdige gesundheitliche Versorgung in dem Land mit dem nach Russland zweitgrößten Staatsgebiet in Europa hat seitdem gelitten. Das gilt nicht nur für die umkämpfte Donbass-Region im Osten des Landes. Auch die Krankenhäuser in Kiew, Lwiw, Czernowitz und anderen größeren Städten des Landes außerhalb der umkämpften Region verfügen über eine Ausstattung, die mit der in deutschen Kliniken nicht vergleichbar ist. Weil selbst die bei uns nicht mehr benötigte Ausstattung oft über dem ukrainischen Standard liegt oder dort ganz fehlt, initiierte der am UKSH in Lübeck tätige Oberarzt Dr. Hryhoriy Lapshyn eine Hilfsaktion, in deren Rahmen vergangenen Monat acht LKW mit Klinikausstattung beladen wurden, die für vier Krankenhäuser in Lapshyns Heimat bestimmt war.

Möglich war das, weil im neu gebauten UKSH viele Geräte modernisiert wurden. „Viele der ausrangierten Geräte werden bei uns nicht mehr, in der Ukraine aber dringend benötigt“, sagt Lapshyn, der auch nach elf Jahren in Deutschland ständig im Austausch mit Kollegen aus der Ukraine steht. Der Oberarzt im Bereich Transplantationschirurgie initiierte die Hilfe mit Unterstützung seines Chefs Prof. Tobias Keck und UKSH-Vorstandschef Prof. Jens Scholz. Die Unterstützung wurde auf hoher politischer Ebene registriert: Ein Dankeschreiben des ukrainischen Gesundheitsministers Maksym Stepanow hat Scholz erreicht. Wohl auch, weil das UKSH seit 2014 insbesondere die Entwicklung der Onkologie, der minimalinvasiven Chirurgie und in der Transplantationsmedizin in der Ukraine unterstützt, Scholz spricht von einer „gewachsenen Partnerschaft“.



Dr. Hryhoriy Lapshyn

Auf den Ladeflächen der in Lübeck und Kiel beladenen Lastwagen befanden sich Patientenbetten, Infusionsständer, OP-Instrumente und weitere Klinikausstattung, die im Rahmen des Neubezugs in Kiel und Lübeck ausgetauscht wurde. Lapshyn hat sich vor Ort informiert, was wo gebraucht wird. Der Bedarf war so groß, dass er eine Auswahl treffen musste: „Wir konnten nur Kliniken helfen, die noch entwicklungsfähig sind und bei denen wir sicher sind, dass sie auch in einigen Jahren noch in Betrieb sind“, sagt Lapshyn. Die Krankenhäuser in Lwiw (dem früheren Lemberg), Chmelnyzkyi, Iwanow-Frankiwsk und Czernowitz erhielten Hilfslieferungen aus Schleswig-Holstein. Alle vier Krankenhäuser liegen außerhalb des zwischen der Ukraine und Russland umkämpften Ostteils des Landes. „Es gibt keine Verbindung in den Ostteil, dort können wir nicht helfen“, betont Lapshyn.

Anders als viele ukrainische Ärzte kommt Lapshyn nicht aus einer Medizinerfamilie und hatte damit zum Berufsstart keinerlei Beziehungen im ukrainischen Gesundheitswesen. Dafür verfügte er über Neugier und Weltoffenheit: Als fertiger Arzt wollte er kennenlernen, wie Ärzte in anderen Ländern arbeiten. Bei einer Hospitation in Zürich lernte er zahlreiche Kollegen aus anderen osteuropäischen Ländern kennen, die von den Bedingungen in deutschen Kliniken berichteten. So kam Lapshyn an die Universitätsklinik in Freiburg, wo er Prof. Tobias Keck kennenlernte. Mit seinem Chef, der einen Ruf nach Lübeck erhielt, wechselte er in den Norden. Keck pflegte damals schon zahlreiche Kontakte nach Osteuropa, neben der Ukraine auch nach Russland, Georgien und Aserbeidschan. Er ist inzwischen Ehrenprofessor der Universitäten in Kiew und Winnyzja. „Uns geht es um die Zusammenarbeit, um die Ausbildung von Kollegen. Was wir

»Viele der ausrangierten Geräte werden bei uns nicht mehr, in der Ukraine aber dringend benötigt.«

DR. HRYHORIIY LAPSHYN

machen, ist komplett unpolitisch“, betont Keck. Das gilt auch für Lapshyn, dessen Eltern aus dem russischen Landesteil stammen und der selbst Russisch spricht. Seine Frau spricht Ukrainisch und ihre Kinder lernen neben den in Deutschland vermittelten Sprachen beides.

Diese Neutralität gilt für Keck und seinen Mitarbeiter Lapshyn auch bei zahlreichen Treffen mit Ärzten in Osteuropa, die sie trotz der Konflikte aufrecht zu erhalten versuchen. Ihnen geht es um Live-Operationen, Vorlesungen und gemeinsame Publikationen – nicht um politische Fragen.

Fast 50 ukrainische Chef- und Oberärzte haben in den vergangenen Jahren die Klinik für Chirurgie auf dem Lübecker Campus besucht und dabei erfahren, wie hier gearbeitet wird. Keck spricht mit Hochachtung von der Arbeit seiner Kollegen in Osteuropa. „Ich bin immer wieder beeindruckt, was die Kollegen mit den bescheidenen zur Verfügung stehenden Mitteln leisten und wie hoch die Patientenorientierung ist“, sagt Keck.

Jungen Ärzten in der Ukraine bescheinigt er Fortschritte bei der Überwindung der stark ausgeprägten Hierarchien in den Kliniken. „Das Bewusstsein für die Evidence Based Medicine steigt.“ Damit das so bleibt, hofft Keck, dass mehr ukrainische Ärzte für Schulungen nach Deutschland kommen, sich aber für eine Tätigkeit in ihrer Heimat entscheiden. Einer, der die jungen Kollegen vielleicht bald vor Ort überzeugen könnte, ist Kecks Mitarbeiter Lapshyn. Er hat das Angebot aus Lwiw bekommen, dort als Ordinarius tätig zu werden. Nach elf Jahren in Deutschland wäre das ein erneuter Einschnitt für den Transplantationsmediziner, die Entscheidung darüber war bis Redaktionsschluss noch nicht gefallen.

Lapshyn nimmt bei seinem Austausch mit Kollegen in Osteuropa verstärkt wahr, wie gut der Ruf des deutschen Gesundheitswesens dort ist. Er führt dies auf den Austausch zwischen den Medizinern, aber auch auf die Unterstützung aus Deutschland in Notlagen zurück. Hinzu kommen öffentlichkeitswirksame Behandlungen bekannter Persönlichkeiten in Deutschland wie jüngst von Alexei Nawalny in der Berliner Charité. Umgekehrt profitiere Deutschland von diesem Ruf etwa beim Export medizinischer Geräte oder durch Operationen von Privatpersonen aus Osteuropa in deutschen Kliniken.

DIRK SCHNACK

Das rätselhafte Ende der Pest

SEUCHEN Wie kommen Seuchen zum Erliegen? Kieler Forschende sehen in der genetischen Mutation des Pesterregers eine mögliche Ursache.

Die Pest ist eine der größten Geißeln der Menschheit, die im 14. Jahrhundert rund ein Viertel der europäischen Bevölkerung dahingerafft hat. Was hat diese Pestwelle gestoppt? Ein internationales Forschungsteam unter der Leitung von Ben Krause-Kyora vom Institut für Klinische Molekularbiologie (IKMB) der Kieler Christian-Albrechts-Universität (CAU) hat einen Mechanismus aufgedeckt, der u. a. zum Ende der zweiten Pandemie beigetragen haben könnte.

Die Pest wird durch eine Infektion mit dem durch Rattenflöhe übertragenen Bakterium *Yersinia pestis* verursacht. In der neueren Geschichte sind drei große Pest-Pandemien dokumentiert, die mit verheerenden Todeszahlen und großem menschlichem Leid einhergingen. Die zweite Pandemie begann mit dem Schwarzen Tod (1347-1353), der in nur wenigen Jahren einen großen Teil der europäischen Bevölkerung tötete. Die Pandemie dauerte weitere vier Jahrhunderte an und traf den Kontinent wiederholt mit lokalen oder regionalen Ausbrüchen. Angesichts dieser langjährigen Präsenz der Pest in Europa erscheint das Nachlassen und endgültige Verschwinden der Krankheit am Ende des 18. Jahrhunderts umso rätselhafter.

Wissenschaftler aus Deutschland und Lettland haben in einer Studie die DNA von menschlichen Überresten von zwei Friedhöfen in Riga untersucht, die im 17. Jahrhun-

dert als Begräbnisstätte für Pestopfer dienten. Sie extrahierten die DNA aus den Zähnen von 16 Skeletten und analysierten sie. Dabei konnten sie in den Überresten von vier Individuen Spuren des Erregers *Yersinia pestis* nachweisen. Bei zwei von ihnen war die DNA so gut erhalten, dass ganze Genome des Erregers analysiert werden konnten. Es stellte sich heraus, dass sich die Genome aus Riga in einem wesentli-

chen Aspekt von Genomen aus der Zeit des Schwarzen Todes unterschieden: Sie wiesen eine geringere Anzahl eines bestimmten Gens, des Pla-Gens, auf. Pla ist ein Virulenzfaktor, der entscheidend für die Übertragung des Bakteriums ist.

Studien-Erstautor Julian Susat, Doktorand am IKMB, analysierte schon untersuchte DNA-Sequenzen anderer Stämme, die nach dem Schwarzen Tod aufgetreten

waren, erneut und fand dasselbe Muster – alle hatten eine geringere Kopienzahl des Pla-Gens und waren für den Menschen weniger ansteckend. Das wirft die Frage auf, warum die Bakterien im Verlauf der zweiten Pandemie die Anzahl ihrer Pla-Gene reduziert haben. Susat mutmaßt: „Eine Möglichkeit ist, dass sich die Bakterien nach dem Schwarzen Tod an eine neue Umgebung anpassen mussten. Das reduzierte Pla-Gen könnte ihnen einen Vorteil bei der Infektion von Nagetieren, ihrem natürlichen Wirt, verschafft haben.“ Für Studienleiter Krause-Kyora liefern die Ergebnisse eine mögliche Erklärung für den Verlauf der Pandemie: „Die Ausbreitung der Pla-reduzierten und damit für den Menschen weniger virulenten Stämme könnte zumindest teilweise den Rückgang und letztendlich das Verschwinden der Pest aus Europa erklären.“ Die Studie verdeutlicht, wie die Anwendung moderner Technologien zur Genom-Sequenzierung dazu beitragen kann, adaptive Prozesse von Krankheitserregern während einer Pandemie zu rekonstruieren und so den Verlauf einer Seuche zu erklären. (PM/RED)



Skelette von Pestopfern aus dem 17. Jahrhundert vom Friedhof St. Gertruden in Riga, Lettland. Von dem mit der Nummer 701 gekennzeichneten Individuum konnten die Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen ein gesamtes Pestgenom rekonstruieren.

Info

Das Projekt wurde vom Exzellenzcluster ROOTS und vom Sonderforschungsbereich 1266 der CAU finanziell unterstützt.

Kein wesentlich höheres Risiko

RHEUMA Neue Handlungsempfehlungen zur Betreuung von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen unter Pandemiebedingungen: überwiegend Entwarnung. Von Prof. Julia Holle und Prof. Frank Moosig.

Patienten mit immunsuppressiven Therapien (und z. T. auch ihre Ärzte) waren durch die SARS-CoV2-Pandemie besonders verunsichert. Der Gedanke lag nahe, dass ein erhöhtes Infektionsrisiko und auch die Gefahr eines schwereren Verlaufes bestehen könnten. In der Rheumatologie hatte dies zu Beginn der Pandemie massenhafte Absagen von Kontrollterminen, aber auch von Untersuchungen zur Erstdiagnostik zur Folge. Einige Versorgungseinrichtungen hatten ihrerseits Termine mit der Begründung des Infektionsrisikos oder weil sie darauf angewiesen waren, sich auf die Versorgung von COVID-19 Fällen zu konzentrieren, storniert. In welchem Umfang hierdurch „Kollateralschäden“ entstanden sind, lässt sich derzeit nicht beziffern. Dass sie entstanden sind, ist aber sicher anzunehmen, da der Nutzen einer frühen Diagnosestellung und Therapieeinleitung zur Vermeidung von Schäden bei vielen rheumatischen Erkrankungen erwiesen ist.

Während die erste Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in diesem Punkt noch etwas zurückhaltender formuliert war, ist die aktuelle die, eine Betreuung der Patienten wie unter „Normalbedingungen“ zu gewährleisten. Hierzu hat, gestützt durch erste Daten aus China, Italien, Spanien und den USA, insbesondere die Feststellung beigetragen, dass rheumatische Grunderkrankungen offenbar keine wesentliche Risikoerhöhung mit sich bringen und auch die Immunsuppression in den meisten Fällen wenig problematisch ist. Eine abschließende Einschätzung hierzu ist derzeit noch nicht möglich. Ebenfalls offen ist die Frage, ob bestimmte Immunsuppressiva/Immunmodulantien in bestimmten Stadien einer SARS-CoV2 Erkrankung zu einem besseren Outcome beitragen können. Speziell für das initial favorisierte (Hydroxy-)Chloro-

quin sind die bisherigen Daten allerdings ernüchternd. Details zur Steuerung der Immunsuppression inklusive der Glucocorticoidtherapie sind den Handlungsempfehlungen zu entnehmen.

Die erhöhten Hygienestandards sollten auch nach den neuen Empfehlungen beibehalten werden. Darüber hinaus kann die Praxisorganisation zu einer Verringerung von Infektionsrisiken beitragen. So sollten Patienten informiert werden, bei Symptomen einer Infektion die rheumatologische Sprechstunde nicht aufzusuchen. Längere Wartezeiten und damit überfüllte Wartezimmer können durch geeignete Organisation in der Regel vermieden werden. Durch Umgestaltungen und bessere Raumnutzung lassen sich zudem Abstände vergrößern. Auf Begleitpersonen sollte, sofern medizinisch nicht notwendig, verzichtet werden. Die Expertengruppe aktualisiert die Empfehlungen laufend; sie können auf der Web-site der DGRh eingesehen werden (www.dgrh.de). Eine Printversion der Handlungsempfehlungen ist in der Zeitschrift für Rheumatologie (Z Rheumatol 2020; 79: 679-685) erschienen.

Info

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat ihre Handlungsempfehlungen zur Betreuung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen aktualisiert. Hierbei konnte die Expertengruppe erste veröffentlichte Daten zu diesem Themenkomplex einbeziehen. Die schleswig-holsteinische Rheumatologie wird in dieser Gruppe durch Prof. Julia Holle und Prof. Frank Moosig vom Rheumazentrum Schleswig-Holstein Mitte sowie durch Prof. Bimba Hoyer (Oberärztin und Bereichsleitung Rheumatologie am UKSH, Kiel) vertreten.

KURZ NOTIERT

Adipositas ist Risikofaktor für schwere Form von Covid-19

Spanische, französische und Lübecker Forscher haben die Verletzlichkeit adipöser Patienten untersucht. Sie identifizierten Biomarker bei adipösen Patienten mit Steatohepatitis (oder „Fettleberkrankheit“), die dieses höhere Risiko einer schweren Erkrankung erklären. Die nichtalkoholische Steatohepatitis ist durch Leberentzündung und Fibrose gekennzeichnet. Sie wird manchmal mit Adipositas in Verbindung gebracht. Bei Patienten mit Adipositas und assoziierter nichtalkoholischer Steatohepatitis hat die jetzt veröffentlichte Arbeit eine höhere Expression von ACE2, dem zellulären Rezeptor für das Virus, und des Enzyms Tmprss2, das die Vereinigung von Virus und Zellmembranen erleichtert, gezeigt. „Diese Patienten haben einen sehr effizienten Mechanismus für den Eintritt des Virus, was ihre Anfälligkeit für eine Infektion erhöht“, sagt Ruben Nogueiras, der die Studie koordinierte. Seltsamerweise, heißt es in der Mitteilung aus Lübeck, gelten diese Beobachtungen nicht für adipöse Patienten mit einfacher Steatose (ein milderes Stadium als Steatohepatitis) oder adipöse Patienten mit Typ-2-Diabetes. (PM/RED)

Mini-Herzschrittmacher in Kiel implantiert

In der Klinik für Innere Medizin III des UKSH, Campus Kiel, hat das Team der Elektrophysiologie und Rhythmologie den weltweit kleinsten Herzschrittmacher implantiert. Damit zählt das UKSH nach eigenen Angaben zu den ersten Zentren in Deutschland, die die Kardiokapsel vom Typ „Micra AV“ bei Patienten einsetzen, die an einer Blockierung des AV-Knotens im Herzen leiden. Bei dieser Art der Herzrhythmusstörung verlaufen die elektrischen Signale zwischen den Herzvorhöfen und den Herzkammern zu langsam, sodass Symptome wie Kurzatmigkeit, Schwindel oder Ohnmacht auftreten können. Die nun verwendete Kardiokapsel arbeitet kabellos direkt im Herzen, um den normalen Herzrhythmus wiederherzustellen. Sie kommt mit einem Zehntel der Größe herkömmlicher Schrittmacher aus und kann deswegen minimalinvasiv über die Leistenvene direkt in die rechte Herzkammer implantiert werden. Elektroden oder chirurgische Maßnahmen sind nicht erforderlich. (PM/RED)

GEBURTSTAGE

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

Dr. Winfried Müntner, Kaltenkirchen, feiert am 02.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Christiane Hertel, Vollrathsrue, feiert am 02.12. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Joachim Oldenburg, Flensburg, feiert am 03.12. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Petra Ochel, Schönkirchen, feiert am 05.12. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Jochen Eberhardt, Lübeck, feiert am 06.12. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Helmut Berg, Lensahn, feiert am 09.12. seinen 80. Geburtstag.

Eckhard Hellmich, Lübeck, feiert am 09.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Elke Winter, Schleswig, feiert am 09.12. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Hans Jewan, Henstedt-Ulzburg, feiert am 10.12. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Dipl.-Psych. Wolfgang Adelszen, Hohwacht, feiert am 11.12. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Klaus-Albrecht Gemeinhardt, Itzehoe, feiert am 12.12. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Petar Radojicic, Heide, feiert am 14.12. seinen 75. Geburtstag.

Rolf Thomson, Kiel, feiert am 15.12. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Christian Apitz, Groß Grönau, feiert am 15.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Helga Carstensen, Lübeck, feiert am 16.12. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Walter von Zimmermann, Neustadt, feiert am 16.12. seinen 85. Geburtstag.

Rudolf Baltz, Uelsby, feiert am 17.12. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Werner Epping, Wentorf, feiert am 18.12. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Roswita Vatankeh-Barazandeh, Lübeck, feiert am 19.12. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Siegfried Schewelies, Kiel, feiert am 20.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Klaus-Jürgen Seroka, Preetz, feiert am 21.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Bernd Galle, Rellingen, feiert am 24.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Doris Richter, Schleswig, feiert am 25.12. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Inghild Meurer, Flensburg, feiert am 27.12. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Sabine Hahnemann, Molfsee, feiert am 28.12. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Heinz Bekesch, Lohe-Rickelshof, feiert am 29.12. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Christian Jungfer, Eutin, feiert am 29.12. seinen 80. Geburtstag.

Erich Petersen, Geesthacht, feiert am 30.12. seinen 75. Geburtstag.

Prof. Dieter Harms, Kiel, feiert am 31.12. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Brigitte Brodersen, Flensburg, feiert am 31.12. ihren 70. Geburtstag.

Ventzke bleibt Vorstand im 6K-Verbund

Dr. Roland Ventzke, Geschäftsführer des Städtischen Krankenhauses Kiel, wurde für weitere zwei Jahre zum Vorstandsvorsitzenden des 6K Klinik-Verbundes Schleswig-Holstein gewählt. Stellvertreter bleiben Sabine Holtorf (Pflegedirektorin des Westküstenklinikums Heide)

und Dr. Michael Kappus (Ärztlicher Direktor des Klinikums Itzehoe). Neben Kiel gehören das FEK Neumünster, die imland Kliniken Rendsburg und Eckernförde, das Klinikum Bad Bramstedt, das Klinikum Itzehoe und das WKK Brunsbüttel und Heide dem Verbund an. (PM/RED)

Pathologen bestätigen ihren Vorstand

Prof. Sven Perner, Direktor des Instituts für Pathologie am Campus Lübeck des UKSH und der Pathologie des Forschungszentrums Borstel, ist erneut zum ersten Vorsitzenden des Vereins der Pathologen Hamburgs und Schleswig-Holsteins gewählt worden. Im Rahmen der halbjährlichen Vereinssitzung in Lübeck wurde Perner in seinem Amt bestätigt. Zweiter Vorsitzender bleibt PD Dr. Christian Rose (Der-

matohistologisches Labor Lübeck). Schatzmeisterin ist weiterhin Dr. Wiebke Franz (Institut für Hämatopathologie, Lymphknoten und Lymphom Konsultation, Kiel). Der Verein umfasst alle in den beiden Bundesländern tätigen Pathologen. Im Rahmen der halbjährlichen Treffen werden Fachvorträge zur Weiterbildung abgehalten, außerdem stellen Nachwuchspathologen Fälle vor. (PM/RED)



*Prof. Sven Perner,
Direktor des Instituts
für Pathologie am
Campus Lübeck*

Prof. Claudia Baldus neu im Vorstand

Prof. Claudia Baldus, Direktorin der Klinik für Innere Medizin II, Hämatologie und Onkologie, am UKSH am Campus Kiel, ist neu im Vorstand der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft. Sie wurde auf der Mitgliederversammlung, die 2020 erstmals online stattfand, gewählt. In ihren Ämtern wurden neben dem Vorsitzenden Prof. Frank Gieseler (Klinik für Hämatologie und Onkologie am UKSH Campus Lübeck) auch Schatzmeister Jörg Arndt (Arndt & Cie GmbH) und die Beisitzer Barbara Dalmer, niederge-

lassene Gynäkologin in Husum, sowie PD Dr. Katharina C. Kähler, Leitung Hautkrebszentrum am UKSH, Campus Kiel, Prof. Nicolai Maass, Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am UKSH, Campus Kiel, und Prof. Axel Merseburger, Direktor der Klinik für Urologie am UKSH, Campus Lübeck, in ihren Ämtern bestätigt. Nach Angaben Gieselers war die Erreichbarkeit der Anlaufstellen der Krebsgesellschaft trotz Corona gewährleistet, auch persönliche Beratungen waren möglich. (PM/RED)

Vom UKE an die Flensburger Diako



Möchte das neurochirurgische Leistungsspektrum in Flensburg weiter ausbauen: Chefarzt Prof. Jan Regelsberger.

Prof. Jan Regelsberger ist seit Oktober Chefarzt der Neurochirurgie an der Flensburger Diako. Der 56-Jährige kommt vom UKE in Hamburg, wo er seit 2002 Oberarzt und zuletzt stellvertretender Klinikdirektor der Neurochirurgischen Klinik war.

Am UKE hatte Regelsberger seit 2018 mit einem digitalen Kamerasystem im OP gearbeitet, das nun auch an der Diako eingesetzt wird. Nach eigenen Angaben ist die Diako das erste Krankenhaus in Schleswig-Holstein, das mit diesem System arbeitet. Es ermöglicht laut Regelsber-

ger eine stärkere Abgrenzung von gesundem und tumorösem Gewebe und erleichtert damit die vollständige Tumorentfernung. Zu Regelsbergers Spezialgebieten zählen Tumor- und Gefäßerkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks, die Schädelbasischirurgie, die Kinderneurochirurgie, die neurochirurgische Intensivtherapie sowie die Wirbelsäulen- und periphere Nervenchirurgie.

Regelsberger ist Nachfolger von Prof. Wolfgang Börm, der wie berichtet inzwischen am Helios Klinikum in Schleswig tätig ist. (PM/RED)

Neuer pneumologischer Chefarzt in Elmshorn

PD Dr. Hans-Peter Hauber übernimmt zum Jahresbeginn 2021 als Chefarzt die Verantwortung für die Fachabteilung für Pneumologie und Beatmungsmedizin bei den Regio Kliniken. Dies gaben die Kliniken Ende Oktober bekannt. Hauber ist seit 2011 als Bereichsleiter Pneumologie an der Asklepios Klinik Altona tätig. In Elmshorn soll er seine Erfahrungen auch in das Lungenzentrum Schleswig-Holstein/Hamburg einbringen und in dieser Funktion eng mit der thoraxchirurgischen Fachabteilung von Hamidreza Mahoozi sowie externen Kooperationspartnern zusammenarbeiten. (PM/RED)



PD Dr. Hans-Peter Hauber

KURZ NOTIERT

Neuer Chefarzt in Lübeck

Dr. Jens Schaumberg ist neuer Chefarzt der Klinik für Neurologie an den Sana Kliniken Lübeck. Der 43-Jährige kommt vom Helios Klinikum Uelzen, wo er Chefarzt und Ärztlicher Direktor war. Weitere Stationen seiner bisherigen beruflichen Laufbahn waren das Klinikum Bremen-Mitte, die Prof. Hess Kinderklinik Bremen und die Asklepios Klinik Altona. Als Grund für seine Entscheidung für Lübeck nannte Schaumberg die „sehr gut strukturierte Abteilung mit neurovaskulärem Schwerpunkt und überregionaler Stroke Unit“. (PM/RED)

Roland Flurschütz ermächtigt

Roland Flurschütz, Oberarzt in der Frauenklinik am Krankenhaus Reinbek, hat laut Klinik von der KV Schleswig-Holstein eine persönliche Ermächtigung zur Durchführung der weiteren Untersuchungen (sogenannte „Abklärungskolposkopie“) bei auffälligem Befund erhalten. Flurschütz und Chefarzt Prof. Jörg Schwarz bieten seit Jahren eine Dysplasie-Sprechstunde in Reinbek an, die kürzlich von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifiziert wurde. Im vergangenen Jahr wurden in Reinbek mehr als 180 Untersuchungen vorgenommen. Die ambulante Abklärung und Behandlung nehmen das St. Adolf-Stift nach Überweisung von Patientinnen mit auffälligen Krebsvorsorge-Ergebnissen durch niedergelassene Gynäkologen vor. (PM/RED)

Korrektur

In der Personalie über den Wechsel von Prof. Wolfgang Börm nach Schleswig ist in der Oktoberausgabe ein Operateur mit falschem Namen benannt worden. Im Schleswiger Team operiert u. a. Dr. Björn Plötz aus einer überregionalen neurochirurgischen Gemeinschaftspraxis in Kiel. Wir bitten den Fehler zu entschuldigen. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Ulf Tramp, Gnutz,

geboren am 15.09.1967, verstarb am 06.09.2020.

Dr. Hans-Jürgen Knaack, Schleswig,

geboren am 26.01.1948, verstarb am 16.09.2020.

Rolf Heßler, Süsel,

geboren am 09.02.1948, verstarb am 25.09.2020.

Dr. Werner Kröger, Rendsburg,

geboren am 22.06.1949, verstarb am 13.10.2020.

Dr. Elke Marx-Mehnert, Scharbeutz,

geboren am 14.04.1943, verstarb am 14.10.2020.

Dr. Dr. med. dent. Michael Bunte, Lübeck,

geboren am 24.06.1941, verstarb am 18.10.2020.

Schlechte Hygiene und ins Wanken geratene Moral

SERIE Das schleswig-holsteinische Gesundheitswesen nach dem 2. Weltkrieg.
Letzter Teil der Serie von Dr. med. Dr. phil. Karl-Werner Ratschko.

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung/Die epidemiologische Situation

Größere Epidemien, begünstigt durch die Verhältnisse oder sogar Pandemien wie die Spanische Grippe nach dem 1. Weltkrieg gab es im Nachkriegs-Schleswig-Holstein erstaunlicherweise nicht. Trotz des Zusammenlebens auf engstem Raum in teilweise völlig ungeeigneten Unterkünften, Mangel an Heizung und Bekleidung, schlechter Hygiene sowie einer durch starke Unterernährung und psychische Einwirkungen in großen Bevölkerungskreisen bewirkte Resistenzschwäche gelang es den Gesundheitsämtern und den niedergelassenen Ärzten, das Infektionsgeschehen in der Provinz unter Kontrolle zu behalten. Bestimmte ansteckende Krankheiten waren in der Bevölkerung endemisch vorhanden. Waren es im Krieg und in der ersten Nachkriegszeit das Fleckfieber und die Krätze, die Anlass zu Sorgen boten, aber bald an Bedeutung verloren, wurden Tuberkulose, Typhus, Paratyphus, Diphtherie, Scharlach, Keuchhusten, Poliomyelitis und Malaria neben den Geschlechtskrankheiten Gonorrhö, Lues und weicher Schanker die Schwerpunkte der seuchenhygienischen Maßnahmen bis weit in die fünfziger Jahre hinein. Dabei waren die Gesundheitsämter auf eine funktionierende Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten angewiesen.

Die Tuberkulose wie auch die Tuberkulosesterblichkeit stiegen nach dem Krieg in Schleswig-Holstein stark an, um nach einem Gipfel 1948 wieder abzufallen. Röntgenreihenuntersuchungen, Einsatz von Lungenspezialisten in den Tuberkulosefürsorgestellen der Gesundheitsämter und in der kurativen Medizin, Heilverfahren in

spezialisierten Krankenhäusern, aber auch in zunehmendem Maße die Überweisung in eine ambulante Behandlung nach stationärer Akutbehandlung, verbunden mit medikamentöser Chemotherapie und einer mühsam zu bewirkenden Wohnungsfürsorge sorgten in den fünfziger und sechziger Jahren neben der allgemeinen Besserung der Verhältnisse für eine erfreuliche Entwicklung. Bei Typhus und Paratyphus war Schleswig-Holstein das Land, das von allen Ländern der späteren Bundesrepublik am schwersten heimgesucht wurde. Bei 5.755 Erkrankungen im Jahr 1945 gegenüber 125 im Jahr 1938 gab es mit 6.914 Erkrankten einen Gipfel im Jahr 1947, um dann kontinuierlich abzufallen. Bezogen auf eine Bevölkerungszahl von 10.000 waren es in den Jahren 1945 bis 1947 rund 25 Erkrankte, im Gebiet der übrigen Regionen der Westzonen lag der höchste Wert 1947 bei 7,0 Personen/10.000 Einwohner. Die hohen Zahlen in Schleswig-Holstein sind ohne Zweifel Ausdruck der hygienischen Situation, die es so in den übrigen Gebieten der späteren Bundesrepublik nicht gegeben hatte.

Die durch Tröpfcheninfektion übertragbare Diphtherie hatte 1945 eine Morbidität von 67,4/10.000 Einwohnern, um bis 1950 stark auf immerhin noch 8,2/10.000 abzusinken. Die „Diphtheritis“, auch Halsbräune, konnte harmlos verlaufen, aber auch mit Vehemenz zuschlagen. Sie endete in Herzversagen und Erstickung. Der Erstickung, die durch membranöse Belege auf dem Kehlkopf bedingt war, konnte durch einen – allerdings selten durchgeführten – Kehlkopfschnitt begegnet werden. Die Schutzimpfung und ein „gnädiger“ Genius epidemicus halfen, diese Infektionskrankheit in den fünfziger Jahren zu besiegen.

Ganz anders sah es bei der hochkontagiösen Erkrankung Scharlach aus. Waren es 1945 30,1 erkrankte Personen pro 10.000 Einwohner, fiel die Morbiditätsrate schon in den folgenden Jahren zwar auf weit unter 10, um 1949 und in den Jahren danach wieder etwas anzusteigen. Nicht immer war also eine Kausalbezogenheit zwischen schlechter Ernährung und Milieu zu hoher Mortalität gegeben. Keuchhusten trat bis 1950 relativ konstant mit etwa 15 Erkrankten pro 10.000 auf, bei Poliomyelitis waren es bis 1950 ungefähr 0,5/10.000. Eine Sonderstellung gab es bei der Malaria, die über Kriegsgefangene, Vertriebene oder Heimkehrer eingeschleppt wurde, aber auch im Lande autochthon entstand. Mit medikamentöser Prophylaxe, gezielter Mückenbrutbekämpfung und Desinfektion gelang es, die Gefahr zu beseitigen. Von 1946 insgesamt 1.203, 1947 1.432 und 1948 sogar 1.922 neu Erkrankten fiel die Zahl in den Jahren 1951 und 1952 mit nur noch 3 und 2 auf nahezu Null.

Ein besonderes Kapitel stellte die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dar. Die Verhältnisse am Ende des Krieges sowie in den ersten Jahren der Nachkriegszeit bei ins Wanken geratener Moral der Menschen führten zu ihrer massenhaften Vermehrung. Hier gab es ein besonderes Anliegen der Besatzungsmacht, das sicher nicht zuletzt in der Besorgnis um die Gesundheit der eigenen Soldaten begründet war. Im Rundschreiben Nr. 5 der Ärztekammer auf einer eng bedruckten Seite wurden die Ärzte Ende des Jahres 1945 ausführlich über die Behandlung der Geschlechtskrankheiten informiert. Offenbar war das Vertrauen der Briten in die fachlichen Fähigkeiten der schleswig-holsteini-

schen Ärzte nicht sehr ausgeprägt. Dies bestätigte sich Mitte 1946 durch eine Verordnung der Militärregierung. Penicillin wurde nun für die Behandlung der Gonorrhö zur Verfügung gestellt, durfte jedoch nur durch entsprechend von der Militärregierung ermächtigte Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten eingesetzt und zunächst nicht für andere Zwecke verwendet werden. Anfangs waren es nur zehn Krankenhausärzte, denen die Anwendung von Penicillin gestattet war. Durch Kurse sollte erreicht werden, dass ihre Zahl durch ambulant tätige Ärzte vergrößert wird, sodass zunächst mindestens ein Arzt pro Kreis zur Verfügung stehen würde. Von der Ärztekammer wurde Mitte August ein Plan für die Fortbildung von 42 niedergelassenen Ärzten aufgestellt. Die Behandlung durfte jedoch zunächst nur an zwei Dutzend ausdrücklich ermächtigten Penicillin-Behandlungsstellen unentgeltlich durchgeführt werden. Zur Rückgewinnung des sehr teuren Penicillins aus dem Urin der Patienten wurde eine klinische Behandlung für zwei bis drei Tage angestrebt. Die knappen leeren Penicillin-Behälter verlangten die Briten zurück, da ansonsten die Penicillin-„Zuwendung“ gestoppt werden würde. Im Verlauf des Jahres 1947 waren dann etwa 60 Ärzte zur Penicillin-Behandlung zugelassen. Damit hatte die Militärregierung ihr Ziel, insbesondere ihre Soldaten nicht nur vor Seuchen, sondern besonders auch vor den allseits grassierenden Geschlechtskrankheiten zu bewahren, erreicht. Ende der vierziger Jahre stand das Penicillin auch für andere Krankheiten zur Verfügung. Anfangs bestand mit in allen vier Stunden notwendigen Injektionen ein großer Behandlungsaufwand, der sich aber bald verminderte. Die dann möglichen 24stündigen Injektionen konnten durch Tabletten oder Sirup abgelöst werden. Damit war die Behandlung von Karbunkeln, Lungenentzündungen und in Kombination mit Sulfonamiden überhaupt vieler mit Eiterungen einhergehenden Krankheiten möglich. Die bis dahin häufig tragischen Verläufe bei Lungenentzündungen besonders bei Säuglingen, bei Blutvergiftungen infolge von Mandel-, Unterleibs-, Gelenk- und Knochenentzündungen oder Ohrvereiterungen gehörten weitgehend der Vergangenheit an.

Die stationäre Versorgung

Viele Wehrmachtslazarette waren am Ende des Krieges in Schulen untergebracht worden, die nunmehr von der Schulverwaltung in allen Kreisen und kreisfreien Städten mit Entschiedenheit für die Durchfüh-



rung eines geordneten Schulbetriebes zurückgefordert wurden. Dies war z. B. in den Kreisen Oldenburg, Eutin und im Kreis Herzogtum Lauenburg vollständig möglich. An anderen Stellen stieß dies aber auf erhebliche Schwierigkeiten, da die aufgestellten Krankenhausbetten noch benötigt wurden. Im Kreis Stormarn mussten zwei Schulen in Bad Oldesloe und Reinbek noch als Hilfskrankenhäuser beibehalten werden, um die Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen und um Patienten aus Lazarettzügen aufnehmen zu können. Acht Schulen konnten freigegeben werden. In Marne

verlangte der Kreistag von Süderdithmarschen mit Billigung der örtlichen Vertreter der Militärregierung, dass das Hilfskrankenhaus Marne unverzüglich geräumt werden sollte, da das ehemalige Lazarett in der Oberschule für Jungen untergebracht war. Die Bevölkerung fühlte sich durch die Unterbringung von Infektionskranken neben dem Schulbetrieb gestört, auch sollten die Amputierten in besser geeignete Krankenanstalten verlegt werden. Der Schulleiter schilderte ergänzend die Situation der Schule: 358 Schüler wurden in zehn Klassen, aber nur sechs Klassenräumen von

acht Lehrkräften in zwei Schichten unterrichtet, wodurch nur 55 Prozent des vorgesehenen Unterrichts erteilt werden konnte. Eine deutliche Zunahme der Schülerzahl wurde zu Beginn des neuen Schuljahrs im April erwartet. Eine vom Landrat eingesetzte regionale Ärztekommision besichtigte das Hilfskrankenhaus Marne im März und stellte fest, dass von den dort vorhandenen 230 kranken Soldaten 140 sofort in ambulante Behandlung entlassen werden könnten. Von den Verbliebenen hatten etwa 50 offene Tuberkulose. Für sie bestand keine Verlegungsmöglichkeit. Auch befanden sich noch ca. 100 zivile Kranke im Krankenhaus.

Im Bereich Flensburg wurden vom Amtsarzt schon im Januar 1946 die Lazarette an Stadt- und Landkreis übergeben. Dort gab es gut arbeitende Fachabteilungen für Chirurgie, Orthopädie, Urologie, Kieferchirurgie, Innere Abteilungen mit Lungenfachabteilung und Infektionsstation sowie Abteilungen für Augen-, Ohren-, Haut- und Geschlechtskrankheiten. Für die Versorgung der zahlreichen Kriegsverletzten wurden die Abteilungen noch dringend benötigt, sodass sie auf Wunsch der Kieler Medizinalabteilung möglichst erhalten bleiben sollten. Insgesamt dreizehn Schulen waren als Lazarette genutzt. Die der Behandlung Schwerkranker dienenden Gebäude, das Gymnasium und die Zollschule mussten auf Verlangen des SMO beschleunigt freigegeben werden, fünf Schulen waren als Lazarette geräumt worden, zwei wurden dann aber von der Stadt weiter als Auffanglager für Flüchtlingstransporte genutzt, die übrigen drei größeren Volksschulen standen für Unterrichtszwecke zur Verfügung. Die übrigen Schulen waren im Hinblick auf die Zahl der noch vorhandenen Verwundeten nicht zu entbehren. Insgesamt waren am 15. März 1946 immerhin noch 1.749 Betten gegenüber fast 4.000 Anfang Januar mit Patienten belegt. Lübeck sah sich Anfang März 1946 ebenfalls nicht in der Lage, alle Schulen zu räumen.

Das von der Besatzungsmacht nicht selten angerichtete Durcheinander und der auch dort bestehende Kompetenzwirrwarr erschwerte die Arbeit für die Amtsärzte zusätzlich. So sollte das ehemalige Wehrmachtlazarett Duburg-Kaserne auf Anordnung des SMO zunächst von 890 Betten auf 950 vergrößert werden. Es war dafür vorgesehen, die in Mölln gesammelten Angehörigen der Arrest-Kategorie aufzunehmen. Im März 1946 bestand jedoch nur eine Belegung mit 37 SS-Patienten. Im Mai erfolgte die Übergabe des Hilfskranken-

hauses Duburg an die LVA Schleswig-Holstein zur Behandlung von chronisch kranken Soldaten mit insgesamt 1.600 Betten. Einige Lazarette wurden von den Briten weiter genutzt oder für andere Zwecke bestimmt, u. a. als RAF-Lazarett (Schleswig), als Truppenunterkunft (Mölln), als polnische Hospitäler (Lübeck, Stormarn), als Lager für Balten u. ä.

Ein Bericht aus dem Frühjahr 1947 über die Besichtigung der Chirurgischen Universitätsklinik Kiel zeigt eindrucksvoll das ganze Elend der damaligen Zeit bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, das durch Nachlässigkeit, Betrug, Inkompetenz und Überlastung auf allen Ebenen noch verstärkt wurde. Bei Operationskiteln war in der Klinik ein Bestand von 65 Stück bei einem täglichen Bedarf von 20 bis 25 vorhanden. Aus Mangel musste häufig ohne Operationskitel operiert werden. Operationswäsche, Bettwäsche wie auch Windeln fehlten. Weil nicht einmal Nähgarn vorhanden war, konnte die OP-Wäsche nicht mehr repariert werden. In Räumen mit Schwerkranken und Frischoperierten gab es keinen Sonnenschutz, sodass die Patienten einer intensiven Sonnenbestrahlung ausgesetzt waren. Es fehlten Heizkissen, Infusions-Erlmeyer-Kolben, Steckbecken, Uringläser, Geschirr, Trinkbecher, auch Glühbirnen, besonders im Chirurgie-Bunker, in dem immerhin noch 35 Patienten untergebracht waren. Das alles wurde in Schleswig-Holstein zwei Jahre nach Kriegsende immerhin in einem Krankenhaus der Spitzenversorgung festgestellt.

Über die chirurgische Versorgung in der Kieler Universitätschirurgie vor dem Krieg im Vergleich zur ersten Nachkriegszeit liegen Zahlen vor. Bei einer etwa gleichen Patientenzahl lag die Sterblichkeit 1937/38 bei 5,7 und 1945/46 mit 7,8 Prozent deutlich höher. Nicht unerwartet war ein Ansteigen der Sterblichkeit der septischen Allgemeininfektionen auf fast das Dreifache sowie der chirurgischen Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes auf etwa das Doppelte. Ergebnisse, die bei den katastrophalen Versorgungsverhältnissen zu Respekt vor den Leistungen von Ärzten und Pflegepersonal führen müssen. Nach Zerstörungen großer Teile der Universitätsfrauenklinik im Spätsommer 1944 mussten Entbindungen und Operationen in das Erdgeschoss eines Marine-Hochbunkers, den Knorr-Bunker in Kiel-Wik, verlegt werden. Ab Ende September 1944 fanden hier alle Geburten und Operationen statt. Zweimal in der Woche gingen Trans-

porte mit frisch entbundenen oder operierten Frauen nach Grömitz. Bis zum Transport waren die Frauen in dreifach übereinander gestellten Feldbetten untergebracht. Diese Zustände hielten teilweise bis 1949 an. In vier Jahren fanden im Bunker allein 1.537 kleine vaginale Eingriffe, 635 Laparotomien, 425 plastische und 142 große vaginale Operationen statt. 2.592 Fehlgeburten wurden versorgt und 1.474 Frauen bis Mitte 1946 entbunden. Zu Beginn des Jahres 1945 waren nach der zeitweisen Übersiedlung der Akademischen Krankenanstalten nach Schleswig auch dort noch 50 bis 80 Betten zu betreuen. Bis Mai 1946 war der Südflügel der Frauenklinik für Geburtshilfe wieder provisorisch hergerichtet, weitere Baumaßnahmen ermöglichten im Mai 1948 die Räumung des Bunkers. 1956 gab es dann einen wieder ohne Einschränkungen nutzbaren Klinikbau.

Die ambulante Versorgung

Bis Ende 1944 waren die Kassenarztsitze nur unter größten Anstrengungen und auch nur mangelhaft zu besetzen. Jeder von der Wehrmacht in den zivilen Bereich entlassene Arzt musste durch die Ärztekammer durch Stellung eines Ersatzes ausgeglichen werden. Viele erfahrene Praktiker waren zur Wehrmacht eingezogen worden. An ihre Stelle traten nicht selten unerfahrene, auch gesundheitlich beeinträchtigte und sehr alte Ärzte, die teilweise wieder aus dem Ruhestand in die aktive Tätigkeit zurückgeholt worden waren.

In Flensburg kam auf je 12.000 Einwohner ein praktischer Arzt. In Lütjenburg gab es vor dem Krieg drei Kassenärzte; ihre Arbeit musste einer der drei Vorkriegskassenärzte übernehmen, der auch noch das städtische Krankenhaus mit 30 Betten und eine Ausländerabteilung mit 20 Betten zu versorgen hatte. Die nächsten Kassenärzte befanden sich in dem 20 km entfernten Schönberg, dem 30 km entfernten Preetz und dem 20 km entfernten Oldenburg. In Hennstedt und Dolve im Kreis Norderdithmarschen gab es einen Kassenarzt für die ambulante Versorgung von etwa 5.500 Personen, zu denen im Verlauf des Krieges Evakuierte und ab Anfang 1945 Flüchtlinge in einer Gesamtzahl von 2.700 hinzukamen. Wegen Mangels an Benzin war dieser Arzt für seine Besuchspraxis auf ein Pferdewerk angewiesen. In Bad Oldesloe gab es vier Ärzte, von denen einer 76 Jahre alt war; ein weiterer, Dr. Fries, war neben seiner praktischen Tätigkeit als niedergelassener Arzt noch Chefarzt des Kreiskrankenhauses mit 190 Betten, ein dritter, auch

Vom unbezahlten Volontärarzt zur Niederlassung

STUDIUM Medizin studieren direkt nach dem Krieg, das war eine Herausforderung mit vielen Unbekannten: Welcher Schulabschluss aus dem Krieg wird wo anerkannt? Wie kann man neben seinem Studium seinen Lebensunterhalt verdienen und vor allem: Welche Perspektive hatte man nach der Approbation? Wie schwer und über welche Umwege der Weg in den Wunschberuf verlaufen konnte, zeigt das Beispiel des später in Kronshagen niedergelassenen Allgemeinmediziners Dr. Joachim-Peter Collin.

Es gab in der Nachkriegszeit Ärzte, die erst nach dem Kriegsdienst ihr Studium unter schwierigsten, heute kaum noch vorstellbaren Bedingungen, ohne Einkommen und soziale Absicherung, mitunter schon mit Familie, ableisten konnten. In den Krankenhäusern fanden sie im günstigsten Fall einen unbezahlten Praktikumsplatz, der Weg in die kassenärztliche Tätigkeit war ihnen wegen der Zulassungssperre verwehrt. Schlecht bezahlte Vertretungen und Bereitschaftsdienste boten kurzfristig einen Ausweg, waren aber keine Lösung. Der hier beispielhaft aufgeführte, später in Kronshagen niedergelassene Allgemeinarzt Dr. Joachim-Peter Collin (1928 – 2013) suchte – wie viele andere – einen anderen Weg.

Collin, geboren 1928 in Berlin, war Sohn eines Landarztes im Havelland. Sechzehnjährig wurde er im Januar 1945 zum Arbeitsdienst, im April 1945 dann zur Marine nach Stralsund einberufen. Von dort erfolgte die Verlegung für die Endphase des Krieges nach Dänemark. Nach einer kriegsbedingten Verletzung mit anschließendem Lazarettaufenthalt wurde er sechs Wochen nach Kriegsende auf der Halbinsel Eiderstedt interniert. 1946 besuchte Collin, der wegen seines Militärdienstes keine Hochschulreife erlangt hatte, einen „Übergangskurs für Kriegsteilnehmer“, um innerhalb von sechs Monaten die Berechtigung zum Hochschulbesuch zu erlangen. Nach vielen vergeblichen Bewerbungen begann er 1947 sein Medizinstudium in Passau. Dort war nur das Studium der Naturwissenschaften für Mediziner bis zum Vorphysikum möglich. Mit diesen Voraussetzungen gelang es ihm, 1948 einen Studienplatz in Kiel zu bekommen, der einzigen deutschen Universität, die den Passauer Abschluss anerkannte. Nach der Währungsreform musste Collin sich seinen Lebensunterhalt als Werkstudent, u. a. als Bergarbeiter verdienen. Das Staatsexamen erfolgte im April 1953, die Promotion Anfang 1954. Tätigkeiten als unbezahlter Volontärarzt an der Kieler Universitätschirurgie und als Assistenzarzt im Krankenhaus Elmshorn sowie in einer Privatklinik in Kiel folgten. Danach fand Peter Collin nur noch vorübergehend Arbeit als Vertreter in Praxen und im Krankenhaus.

Im Oktober 1954 heiratete er, Ende Juli 1955 kam der Sohn Carsten auf die Welt. Er brauchte in dieser Situation dringend einen regelmäßigen Verdienst. Eine Lösung fand sich in einem Angebot der indonesischen Regierung, die dringend nach der Unabhängigkeit ihres Landes Ersatz für die nicht mehr gern gesehene niederländischen Ärzte suchte, um einen Zusammenbruch des Gesundheitssystems zu verhindern. Ein Angebot, das bis 1960 etwa 600 deutsche und österreichische Ärzte angenommen hatten,

So verpflichtete er sich für drei Jahre zur Tätigkeit als Regierungsarzt im indonesischen Gesundheitsdienst. Im November 1955 erfolgte für Collin, seine 21-jährige Frau Carmen und den viermonatigen Sohn Carsten die Einschiffung in Rotterdam. In Jakarta wurde er nach Liwa in Süd-Sumatra beordert. Die Bedingungen waren schlecht. Liwa war noch ohne Strom, fließend Wasser und Kanalisation, die Wohnbedingungen und die medizinische Ausstattung waren erbärmlich. Für Collin und seine Familie gab es keine soziale Absicherung, keinen Urlaub und keine Möglichkeit, das Land zu verlassen, aber ein regelmäßiges Gehalt und nach den drei Jahren eine Abschlusszahlung. Über Einzelheiten seiner dortigen ärztlichen Tätigkeit, die von Improvisation und schrecklichem Mangel gekennzeichnet war, berichtet Collin in seinem 1999 in Kiel erschienenen Tagebuch „Die entscheidenden Jahre“. Im Februar 1959 kehrte er in das völlig veränderte Deutschland zurück. Nun wurde er gebraucht. Schon im Juli hatte er bei Prof. Dr. Fischer im Anshar-Krankenhaus in Kiel einen Vertrag als Assistenzarzt. Das Geld blieb jedoch knapp, sodass er Praxisvertretungen im Urlaub und Dienste im Kieler Ärzte-Notdienst zusätzlich ableistete. Am 1. März 1962 hatte er dann kurzfristig die Gelegenheit, in Kronshagen eine Allgemeinarztpraxis noch als praktischer Arzt zu übernehmen. 1990 übergab er nach erfolgreichen Jahren als niedergelassener Arzt 62-jährig die Praxis an seinen Sohn Carsten. Zahlreiche Reisen nach Indonesien folgten in den neunziger Jahren. Am 3. Februar 2013 ist er in Kiel verstorben.

schon 64 Jahre alt, war neben seiner Praxis leitender Arzt des wegen der Hamburger Bombenflüchtlinge eingerichteten Hilfskrankenhauses mit 80 Betten. Die vier Ärzte hatten die ca. 18.000 bis 20.000 Einwohner auch der Umgebung zu versorgen. Als Entlastung in dem oft mit 200 Patienten überbelegten Kreis Krankenhaus stand Dr. Fries eine herzkrankte Assistenzärztin zur Verfügung. Im Kreis hielten sich nicht nur ca. 25.000 Hamburger Bombengeschädigte auf, und die früher übliche Behandlung der Bewohner des südlichen Kreises in den Krankenhäusern in Hamburg und Lübeck war auch kaum noch möglich.

Im Oktober 1944 kam seitens der Wehrmacht das nicht sehr hilfreiche Angebot, Sanitätsoffiziere – in Schleswig-Holstein sollten es insgesamt 19 Ärzte sein – zum Teil im „Nebendienst“ für die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung, nach Möglichkeit aber auch in Form eines Ärzetausches, zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte es für ältere Sanitätsoffiziere keines Austausches bedürfen, für jüngere ab Jahrgang 1897 war von der Ärztekammer ungedienter Ersatz zu stellen. Tatsächlich wurden Anfang Dezember 1944 neun Ärzte von der Wehrmacht ganz oder teilweise freigestellt. Meist handelte es sich um alte Militärärzte, meist hohe Dienstgrade, die nicht den Anforderungen einer ambulanten Tätigkeit als Kassenarzt gewachsen waren.

Diese Situation änderte sich Anfang 1945 mit dem Eintreffen der ersten Flüchtlingsärzte aus dem Osten allmählich. Nunmehr standen Ärzte zur Verfügung. Sie waren jedoch aufgrund gesundheitlicher Schäden mitunter nicht einsetzbar, auch gab es politische Hemmnisse. Die „rückgeführten Ärzte“ – der Begriff „Flüchtling“ war bei den NS-Machthabern unerwünscht – sollten nur vorläufig für die Flüchtlingsbetreuung und nur für sie eingeplant werden. Einer Bevölkerung ohne genügende ärztliche Versorgung stand eine große Zahl unbeschäftigter Ärzte gegenüber. Die Rückmeldungen der Gesundheitsämter zeigten trotzdem eine deutliche Verbesserung der ärztlichen Versorgung, wahrscheinlich auch, weil oft pragmatisch verfahren wurde. Einige Beispiele: Das Gesundheitsamt Steinburg meldete Anfang April sechs rückgeführte Ärzte und eine Ärztin, die in Praxen im Kreis sowie in Lagern eingesetzt worden waren, Stormarn nannte insgesamt 17 Ärzte, die jedoch teilweise wegen ernsthafter chronischer Erkrankungen nur begrenzt verwendbar waren, im Kreis Eutin waren von sechs Ärzten drei in Praxen eingesetzt und in Flensburg waren es im Feb-

ruar/März 1945 19 aus dem Osten eingetroffene Ärzte, deren Verwendung noch nicht feststand.

Durch die nach und nach ambulant eingesetzten Flüchtlingsärzte verdreifachte sich die Anzahl der niedergelassenen Ärzte bei verdoppelter Bevölkerungszahl. Die Flüchtlingsärzte hatten es am Anfang schwer, da sie bei oft schlechten finanziellen Verhältnissen in einer konservativen und besonders auf dem Lande allem Fremden gegenüber zurückhaltend eingestellten Bevölkerung ihre Existenz begründen mussten. Soweit eine Praxis übernommen oder zumindest vertretungsweise weitergeführt werden konnte, war die Praxis mit dem Notwendigen ausgestattet. Ärzte, die sich neu niederließen, mussten zunächst einmal für ihre Praxis Mobiliar, Geräte und Apparate beschaffen. Das war schwierig und gelang häufig nur unter Inanspruchnahme des Schwarzmarktes. Manchmal halfen Gegenstände und Materialien, die bei der Auflösung der Wehrmachtslazarette übrigblieben. Die ersten Patienten der Flüchtlingsärzte waren dann meist auch selbst Flüchtlinge.

Im Sommer 1945 zeigten sich Zerfallerscheinungen. Kleine und kleinste Abrechnungsstellen entstanden, örtliche Vertragsverhandlungen wurden aufgenommen, die kommissarischen Landräte und Bürgermeister sahen es in ihrer Machtbefugnis, Ärzten eine Niederlassungsgenehmigung und eine Kassenzulassung zu erteilen. Fast jeder Landrat, Bürgermeister oder Gemeindevorsteher nutzte anfangs diese Möglichkeit. Nur unter großen Schwierigkeiten war es der seit Ende Juni 1945 durch die Besatzungsmacht wieder eingesetzten Ärztekammer möglich, die Folgen der örtlichen Inkompetenz einzugrenzen, da sich die örtlich eingesetzten Verwaltungsspitzen meist die Rückendeckung der regionalen Vertreter der Militärregierung geholt hatten. Unsachliche Motive und persönliche Beziehungen spielten zusätzlich eine große Rolle. Es gab zahlreiche Konflikte, die von der Militärregierung in Kiel gelöst werden mussten, wobei der Ausgang nicht immer sicher war. In der ursprünglichen schleswig-holsteinischen Bevölkerung waren 1939 jeweils rund 700 Ärzte ambulant und 700 angestellt oder beamtet tätig gewesen. Das Verhältnis lag bei einem Arzt auf 2.200 Einwohner. Der erbärmliche Gesundheitszustand der Bevölkerung, die ungünstige Altersverteilung und die schlechten Verkehrsverhältnisse erlaubten jedoch nicht, an dieser Verhältniszahl aus Friedenszeiten festzuhalten. Es mussten überproporti-

onal mehr Ärzte zur kassenärztlichen Versorgung in einem planwirtschaftlichen Verfahren zugelassen werden. 1948 waren rund 1.500 Ärzte ambulant tätig, das entsprach einem Verhältnis von 1:1.700. Etwa 350 der neu eingewiesenen Ärzte stammten aus Schleswig-Holstein, weitere 350 stammten aus den Ostgebieten, 230 aus der Sowjetischen Besatzungszone sowie 100 aus dem übrigen Deutschland. Gegenüber der Vermehrung der Bevölkerung um ca. 70 Prozent gab es eine Arztlzahlsteigerung um 115 Prozent. Dies hatte bei der üblichen Pauschalabgeltung durch die gesetzlichen Krankenkassen zur Folge, dass das ärztliche Durchschnittseinkommen bei erschwerten Arbeits- und Lebensbedingungen spürbar abgesenkt werden musste. Trotzdem gelang es den Folgejahren, für die Mehrzahl der Ärzte, die durch den Krieg ihre Existenzgrundlage verloren hatten, einigermaßen zufriedenstellende Lösungen zu finden.

Die Arbeitsbedingungen der angestellt in Krankenhäusern oder selbstständig in Praxen tätigen Ärzte verbesserten sich in den ersten Jahren der Nachkriegszeit nicht. Nachdem die Vorräte der Wehrmacht sowie der zivilen Vorsorge verbraucht waren, gab es 1947, zwei Jahre nach Kriegsende, einen kaum vorstellbaren Mangel an allem. Ein bereits in Auszügen früher wiedergegebener Beschluss der Ärztekammer war besonders eindringlich, führte jedoch nicht zur Besserung der Verhältnisse. Er fasste die trostlose Situation der Ärzteschaft im Frühjahr 1947 zusammen: „[...] Es fehlt an allem: an Medikamenten, Verbandstoffen, Geräten, Spritzen, Desinfektions- und Waschmitteln; nicht einmal das Stück Seife zur täglich oft Dutzende von Malen notwendigen Händereinigung der neu eingewiesenen Ärzte und der neu eingewiesenen Flüchtlingsärzte ist zu erlangen. Die ärztliche Ausrüstung der neu eingewiesenen Ärzte und zusätzlich eingewiesenen Flüchtlingsärzte ist meist mangelhaft, ihre Arbeit dadurch naturgemäß meist unvollkommen. Die Sprech- und Wartezimmer sind kalt oder zumindest schlecht geheizt [...]. Die Motorisierung der Ärzte, ihre Versorgung mit Bereifung und Brennstoff ist völlig unzureichend und läßt gelegentlich trotz erheblicher Zunahme der Ärzte im entscheidenden Augenblick die schnelle Hilfe vermissen. Durch die unübersichtliche Stromsperre ist oft ein schnelles Desinfizieren von Instrumenten, Spritzen usw. unmöglich, so daß dringende, lebensrettende Operationen bisweilen nicht ausgeführt werden können. Entbindungen bei Stallaterne sind keine Seltenheit mehr. Narkosen

können dann der Explosionsgefahr wegen nicht ausgeführt werden. [...] Krankentransporte erleiden häufig durch das völlige Versagen des Fernsprechdienstes oder durch Krankenwagendefekt oder Benzinmangel unverantwortlichen Aufschub. [...] Mangel an Medikamenten aller Art durch Stilllegung pharmazeutischer Fabriken aus Kohlenmangel verhindert vielfach ein erfolgreiches Handeln oder stellt gelegentlich sogar das Todesurteil für den Patienten dar. Häufig ist die Verabfolgung einer Krankenkost unmöglich oder so beschränkt, dass ihr praktischer Wert illusorisch ist. Bei der Zusammenpferchung der Menschen ist die Isolierung eines Schwerkranken in einem ruhigen Zimmer fast ausnahmslos eine Illusion. Die Krankenhäuser sind überbelegt und kämpfen mit denselben und teilweise noch größeren Schwierigkeiten. [...] Erschreckend ist die Sterblichkeit der Säuglinge, die Zunahme der Tuberkulose, der Diphtherie, der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Selbstmorde. [...] Ein Kapitel von ganz besonderer Tragik ist das Schicksal der Diabetiker. Lt. Verfügung [...] wird die Insulinzuteilung für die an Diabetes mellitus erkrankten Personen um weitere 30 Prozent gekürzt. [...].“

Ein besonderes Kapitel für den niedergelassenen Praktiker war die Geburtshilfe, die nach dem Krieg außerhalb der großen Städte noch in gewohnter Weise weiter betrieben werden musste. Sie war damals unter Akzeptanz eines als hinnehmbar angesehenen Risikos das gängige Verfahren, wobei die Umstände oft kaum tragbar waren. Es musste in Scheunen, Wohnwagen und eng belegten Lagern entbunden werden. Oft stand nur Kerzen- und Petroleumlicht als Beleuchtung zur Verfügung. Die Hilfe der Hebammen war unentbehrlich, um auch außergewöhnliche Ereignisse wie Zwillings- oder Drillingsgeburten zu bewältigen. Zunehmend zogen es die Frauen, aber auch ihre behandelnden Ärzte vor, im Krankenhaus zu entbinden. Dies galt besonders dann, wenn die häuslichen Verhältnisse nicht zumutbar waren. Freipraktizierende Hebammen gab es 1945 430, 1948 546, von denen etwa 120 als Flüchtlinge nach Schleswig-Holstein gekommen waren.

Dass sich die meisten Ärzte selbst bei diesen Arbeitsbedingungen nicht den Mut nehmen ließen, alles in ihren Kräften Stehende zu tun, um die erforderliche medizinische Versorgung trotz allem zu ermöglichen, gehört zu den Lichtblicken der damaligen Zeit. Sie waren unentbehrlich: Zunächst noch in den Lazaretten und Wehrmachtssanitätseinrichtungen, später dann

»Die Arbeitsbedingungen der angestellt in Krankenhäusern oder selbstständig in Praxen tätigen Ärzte verbesserten sich in den ersten Jahren der Nachkriegszeit nicht.«

in den Flüchtlingslagern sowie über die ganze Zeit in den Praxen und zivilen Krankenhäusern versuchten viele von ihnen das Menschenmögliche.

Mit der Währungsreform und der harten Deutschen Mark erholte sich in Westdeutschland nach anfänglichen Schwierigkeiten die Wirtschaft. Eine zunächst bescheidene Verbesserung der Verhältnisse trat ein, die in den fünfziger Jahren auch die ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung erfasste. Die hinzugekommenen Ärzte wurden mitunter als mögliche Konkurrenz von den vorhandenen Niedergelassenen mit Argwohn beäugt. Mit der Zeit gehörten sie dazu und waren von den einheimischen Kollegen kaum noch zu unterscheiden. Die Arbeit der niedergelassenen Ärzte war jetzt im Ganzen gesehen unbeeinträchtigt möglich, Fahrzeuge, Betriebsmittel, Materialien und in zunehmendem Maße auch angemessene Räume standen zur Verfügung.

In den Jahrzehnten beginnend in der Mitte der sechziger Jahre kam es zu einem Modernisierungsschub in Praxen und Krankenhäusern, getragen von einer sich auffächernden Spezialisierung, mit der den besseren Möglichkeiten einer weiter entwickelten Medizin sowie den steigenden Anforderungen der Patienten Rechnung getragen wurde. Anfangs erstreckte sich die Tätigkeit der Praktiker in der Fläche mit Ausnahme der schwersten Fälle, die in den Krankenhäusern behandelt wurden, auf die ganze Breite der überhaupt ambulant denkbaren Medizin. Nach und nach war ein Wandel eingetreten. Geburtshilfe und kleine Chirurgie fanden nun oft im Krankenhaus statt und Augen-, HNO-, Haut-, Frauen- und Kinderärzte übernahmen die Behandlung der Patienten ihres Fachgebietes. Für den Praktiker ergaben sich neben den ihm verbliebenen allgemeinärztlichen Aufgaben die Behandlung der psychosozialen Folgen des Krieges und der Nachkriegszeit. Nervosität, Nervenerkrankungen, Stoff-

wechselschäden, Alkoholismus, Nikotinabusus und deren Folgen wurden nun mehr und mehr wichtige Betätigungsfelder des niedergelassenen Allgemeinarztes.

In den Jahren bis zur Jahrtausendwende schien es so, dass an den Universitäten mehr Ärzte ausgebildet würden, als für die medizinische Versorgung der Bevölkerung erforderlich wäre. Diese Auffassung traf nicht allgemein zu, wurde aber von der Ärzteschaft immer wieder in Entschuldigungen auch auf den Deutschen Ärztetagen beklagt. Mit Eintritt in das neue Jahrtausend gab es trotz stattlicher Medizinstudentenzahlen nun auch einen von den Ärzteverbänden festgestellten Mangel an Ärzten. Erklärungen dürften sich – um nur einige zu nennen – in den zunehmenden Ansprüchen einer hochmodernen Medizin, anspruchsvolleren Patienten, einem veränderten Menschenbild, den veränderten Vorstellungen der nachwachsenden Ärztengeneration an ihre Arbeitsbedingungen, der Erschließung neuer Tätigkeitsfelder außerhalb der kurativen Medizin, besseren Arbeitsbedingungen in anderen Ländern u. a. m. finden lassen. Zur Vermeidung von Versorgungsengpässen wird nun eine verstärkte Ausbildung von Ärzten angestrebt.

Die letzte mit Flüchtlingen belegte „Hessen-Baracke“ des Lagers Solomit in Kiel-Dietrichsdorf wurde erst Mitte 1965 von den Flüchtlingen geräumt und mit Obdachlosen belegt. Das Lager, das seit Kriegsbeginn eine unrühmliche Geschichte zunächst als Massenunterkunft für Werftarbeiter, dann für in der Kriegsindustrie beschäftigte Zwangsarbeiter und Kriegsgefangene aufzuweisen hatte, wurde erst Ende der achtziger Jahre von der Stadt Kiel endgültig geschlossen.

LITERATUR UND QUELLENNACHWEISE
BEIM VERFASSER.
DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER
RATSCHKO

Folgen einer fehlerhaften Operationswahl – TURP versus Stanzbiopsie

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

Bei einem 74-jährigen Patienten bestand seit 15 Jahren eine Prostatavergrößerung mit entsprechenden Miktionsbeschwerden, die konservativ medikamentös behandelt wurden. Es wurde bei anhaltenden Miktionsbeschwerden bei einem Prostatavolumen von 50 ml (normal ca. 20 ml) und einem PSA-Wert von 8,71 ng/ml eine Prostatabiopsie vor einer transurethralen Prostatektomie (TURP) erwogen. Nach Einweisung in eine Klinik wurde präoperativ ein deutlich erhöhter PSA-Wert von 10,3 ng/ml in der Klinik erhoben. In der Urologischen Abteilung erfolgte dann die Operation. Bei primär postoperativ unauffälligem Verlauf kam es nach Entlassung aus der stationären Behandlung zu einer Harninkontinenz II. bis III. Grades. Als Ursache hierfür wurde endoskopisch ein Schließmuskeldefekt bei einer Breite von 4 mm gesehen.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Der Patient trägt vor, dass er seit dem operativen Eingriff der Prostataausschabung vollständig inkontinent sei. Er gehe davon aus, dass bei dem Eingriff ein Fehler unterlaufen sein müsse. Dieses habe zu einer beträchtlichen Einbuße an Lebensqualität geführt.

Stellungnahme der Ärzte

Auf den Vorwurf fehlerhaften Handelns wurde mit einer eigenen Darstellung des Sachverhaltes reagiert. Behandlungsfehler wurden in Abrede gestellt.

Gutachten

Der urologische Gutachter hat folgende Kernaussagen getroffen:

Die durchgeführte TURP sei als diagnostisches Mittel zur Sicherung eines Karzinoms der Prostata weder nach den Leitlinien noch entsprechend allgemeinen Be-

handlungsgrundsätzen konform und entspreche nicht dem medizinischen Standard. Im Falle eines tatsächlich nachfolgend festgestellten Karzinoms würden kurative Therapien durch die vorangegangene TURP entweder ganz unmöglich gemacht (Seeds-Implantation – Einbringen von winzigen Strahlenquellen direkt in den Tumor) oder im Risikoprofil erhöht (Radikaloperation). Das Nichterkennen einer erkennbaren Erkrankung erfülle den Umstand eines Diagnosefehlers. Daher sei die TURP nicht indiziert gewesen. Die Operation sei nicht fachgerecht durchgeführt worden, da während des Eingriffes thermische Schäden im Bereich des Schließmuskels gesetzt worden seien, die durch Nekroseabstoßung zu einem nachgewiesenen Schließmuskeldefekt geführt hätten. Die aufgetretene Harninkontinenz mit narbigem Schließmuskeldefekt spreche für ein fehlerhaftes ärztliches Vorgehen. Bei richtigem ärztlichem Handeln seien die oben dargestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht zu erwarten gewesen.

Stellungnahme zum Gutachten

Bezüglich der Indikationsstellung wird angeführt, dass im Sinne einer symptomatischen Therapie die Indikation zur TURP

gegeben gewesen sei und weitere Behandlungen vom histologischen Ergebnis abhängig zu machen seien. Bezüglich der Harninkontinenz und des Schließmuskeldefektes wird vorgetragen, dass die damit verbundene Inkontinenz nicht Folge eines ärztlichen Behandlungsfehlers, sondern das bedauerliche Eintreten eines aufgeklärten Risikos sei.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten an.

Im Lauf von zwei Jahren war der PSA-Wert von 6,18 auf letztendlich 10,3 ng/ml gestiegen. Unter Wertung der Parameter von Lebensalter, PSA und Prostatagröße (50 ml) empfiehlt der Prostatakarzinomrisikorechner der Charité bei dieser Konstellation eindeutig die Vornahme von Prostatektomien. Im Rahmen des transurethralen Eingriffes war seitens der Anästhesie der Allgemeinzustand mit ASA II (also altersentsprechend gut) eingeschätzt worden, sodass es fehlerhaft war, dass vor der vorgenommenen transurethralen Resektion der Prostata nicht entsprechend Prostatektomien gemacht wurden. Aus den Unterlagen ist auch nicht ersichtlich, dass der Patient auf die Gewebeentnahmen vor der transurethralen Prostatektomie verzichten wollte und eine histologische Sicherung der Prostata allein durch das Resektat der Prostata zu bestimmen sei.

Die Operation an diesem Tag selbst und die damit verbundenen Beschwerden (Sphinkterdefekt) sind als fehlerbedingt zu bewerten. Dass es ggf. bei einer späteren TURP auch zu diesem Defekt gekommen wäre, lässt sich nicht beweisen (Beweislast Arzt).

Fazit

Hier zeigt sich wieder einmal, wie weitreichend sich eine fehlerhaft gestellte Operationsindikation auswirkt. Es kommt nicht mehr darauf an, ob die Komplikation aufgrund einer fehlerhaften Operationsdurchführung eintritt oder dass sie auch eintreten kann, wenn man später operiert hätte. Ausschlaggebend ist, dass die Komplikation aufgrund der Operation aufgetreten ist und dass die Arztseite nicht beweisen kann, dass sie auch bei einer späteren Operation aufgetreten wäre.

PD DR. W. DIEDERICHS, CHRISTINE WOHLERS, PROF. WALTER SCHAFFARTZIK, SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN

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.

Jung, wild und kammeraffin

JUNGE MITGLIEDER Was wünschen sich junge Ärztinnen und Ärzte von ihren Körperschaften? Ein Treffen mit Kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern zeigte, dass die Vorstellungen des ärztlichen Nachwuchses in den beiden Bundesländern nicht weit auseinander liegen.

Einem passenderen Termin hätte man nicht finden können: Einen Tag vor der Jubiläums-Einheitsfeier in Potsdam trafen sich je eine Delegation der „jungen Ärzte“ aus Mecklenburg-Vorpommern und der Assistentensprecher aus Schleswig-Holstein in der Ärztekammer in Bad Segeberg.

30 Jahre nach Gründung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern motivierte ein Umfrageergebnis zur demografischen Entwicklung der Kammer-Aktiven Präsident und Vorstand zur Ausgründung der „jungen Ärzte“. Zwölf junge Ärztinnen und Ärzte – ein repräsentativer Querschnitt betreffend Fachrichtung und Arbeitsort – stellen den inneren Kreis dar, der sich monatlich versammelt.

Die jungen Ärzte haben in den Sitzungen des Kammervorstandes zwar kein Stimmrecht, werden aber intensiv gehört; sie arbeiten kooptiert in den Ausschüssen mit, haben Veranstaltungen organisiert und eine Infobroschüre für frisch Approbierte entwickelt.

Das schleswig-holsteinische Pendant sieht etwas anders aus: Hier treffen sich Präsidium und Geschäftsführung der Kammer regelmäßig mit den Assistentensprechern der Krankenhäuser zum Austausch und drei bis vier junge Kolleginnen und Kollegen werden jedes Jahr eingeladen, uns zum Deutschen Ärztetag zu begleiten und dort an der Veranstaltung „Junges Forum“ der Bundesärztekammer teilzunehmen.

Alle waren sich einig darüber, dass der erste intensivere Kontakt zur zuständigen Kammer oft erst im Rahmen der Anmeldung zur Facharztprüfung stattfindet. Viele wussten nicht, was „Kammer macht“, warum man Selbstverwaltung unterstützen und dafür auch noch bezahlen müsse.

Die Ärztekammer würde als Behörde mit wenig ausgeprägter Servicebereitschaft, als „Trutzburg“ oder gar als „Gespensst Kammer“ wahrgenommen.

In Mecklenburg-Vorpommern haben die jungen Ärzte es in Zusammenarbeit mit ihrer Kammer geschafft, eine zuvor wohl längere Wartezeit auf die Facharztprüfung zu halbieren, eine Seite im Ärzteblatt zu erobern und einen Newsletter zu kreieren. Sie berichten begeistert darüber, dass man etwas bewegen kann, wenn man sich in der bzw. in die Kammer bewegt!

Es fiel sogar der Satz: Mutti (gemeint ist die heimische Kammer) kümmert sich und die „jungen Wilden“, wie sie anfangs genannt wurden, werden inzwischen als gefragte Gesprächspartner in der Kammer herzlich willkommen geheißen. Herzlich willkommen sind junge Kolleginnen und Kollegen auch in unserer Ärztekammer, z. B. als Delegierte der Kammerversammlung, als gewählte Mitglieder unserer Kernbereichsausschüsse, als Gesprächspartner im Rahmen der Assisten-

tensprechertreffen und gern auch als Autoren im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt.

Geplant sind die erwähnten Assistentensprechertreffen künftig vier Mal im Jahr und wir können uns – dank der Erfahrungen der letzten Monate – auch sehr gut Hybrid-Veranstaltungen vorstellen. Freuen würden sich die jungen Kolleginnen und Kollegen in diesem Zusammenhang über die Unterstützung durch das Kollegium und ihre Chefs.

Wir freuen uns auf das nächste Treffen mit den jungen Ärzten aus unserer norddeutschen Partnerkammer, die übrigens auch nicht länger nach Bad Segeberg unterwegs sind als Präsident und Vizepräsidentin innerhalb von Schleswig-Holstein – aber: Das Beste am Norden ist unsere Kammer ;-) und deshalb kein Weg zu weit.

DR. GISA ANDRESEN

Ärzte in Weiterbildung sind Ärzte und keine Assistenten

Die Weiterbildung zur Facharztqualifikation ist ein wichtiger und zumeist einmaliger Abschnitt im Berufsleben einer Ärztin oder eines Arztes. Doch bereits der Abschluss des Studiums der Humanmedizin und die Erteilung der Approbation berechtigt zur „Ausübung der Heilkunde am Menschen“. „Mit der Approbation sind die ehemaligen Studierenden vollwertige Mitglieder der Ärzteschaft, denen die Wahlmöglichkeit über ihren weiteren ärztlichen Werdegang offensteht und über die sie selbst entscheiden dürfen. Der Begriff Assistenzarzt ist daher alles andere als passend“, sagte Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann.

„Sicher befinden sich Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung in einem – allerdings fortgeschrittenen – Lernprozess, der am Ende der Weiterbildung in eine Facharztqualifikation mündet. Dennoch sind sie den längsten Teil ihrer Weiterbildung selbstständig in ihrem Handeln. Assistenz trifft es also nicht“, so Herrmann. Auch in anderen Berufsgruppen gibt es zurzeit Bewegung: Mit dem MTA-Reformgesetz plädiert das Bundesgesundheitsministerium (BMG) für eine Änderung der Berufsbezeichnung der Medizinisch Technischen Assistenten in „Medizinische Technologin“ oder „Medizinischer Technologe“. Attraktivitätssteigerung und Anerkennung gegenüber der Berufsgruppe nennt das BMG als Motiv für diese Namensänderung. Ähnlich sieht es die ÄKSH bei den Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung. „Assistenz lässt volle Anerkennung vermissen“, so Herrmann. „Man sollte den Begriff streichen und durch Weiterzubildende oder Arzt bzw. Ärztin in der Weiterbildung ersetzen.“ (PM/RED)

ANERKENNUNGEN NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

Im II. und III. Quartal 2020 wurden von der Ärztekammer Schleswig-Holstein aufgrund erfüllter Voraussetzungen folgende Anerkennungen nach Weiterbildungsordnung ausgesprochen:

FACHARZTKOMPETENZEN

Allgemeinchirurgie

Dr. Jakob Gabler
Dr. Simone Wolff

Allgemeinmedizin

Ulla Becker
Gudrun Gülle
Susanne Günther
Dr. Jonas Alexander Hanf
Sandra Katrin Heß
Jörg Höhle
Dr. Elena Jungk
Anna Maria Kirschbaum
Dr. Nuria Helena Lautenschläger
Dr. Klaas Lindemann
Dr. Lena Plath
Dr. Berit Pulver
Nicole Rehse
Claudia Röhner
Anne-Karin Stauske
Dr. Catharina Margarethe Voigt

Anästhesiologie

Dr. Billur Baseras-Tuncer
Christine Bibow
Robert Dietrich Budde
Dr. Katrin Clasen
Dr. Anja Gahrns
Dr. Anna-Julia Gembicki
Dr. Angelika Gminder
Jan-Dennis Graage
Hans-Christoph Gratz
Carola Kirsten Hassenpflug
Sandra Koinzer
Dag-Björn Konezka
Katrin Thea Merkle
Dr. Lenmart Henry Muras
Maret Oxsen
Gordon Ring
Christian Treder
Mirco Wolf

Arbeitsmedizin

Dr. Marie-Anne Ina Barleben
Kristina Erdmann
Gayane Gyulbaryan
Marc Voßkämper

Augenheilkunde

Ashraf Naji Aljahdali
Muhammed Mustafa Alzarga
Dr. Karolin Engel
Tahira Sander
Dr. Maya Josephine Scheske

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Charlotte Sophie Barth
Dr. Alla Galler
Anna Hartmann
Paula Sophie Hillebrand
Dr. Philip Junker
Maren Idun Kutu
Esther Lohmann

Dr. Christine Schäper
Dr. Sami Shihada
Katharina Stroschein
Dr. Maïke Tuminski
Saskia Wächter

Gefäßchirurgie

Alexander Biketov
Dr. Wiebke Grasmeier

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. Stephanie Busch
Dr. Tilman Schönherr

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. Lena-Henrike Ellebrecht
Dr. Antonia Frenzel
Dr. Malte Metzner

Innere Medizin

Asem Abdoh
Ahmad Alomir
Bernd Altmann
Dr. Maria Tanaz Bari Noubar
Arne Bolte
Jan Borosch
Verena Elise Borowski
Raphael David Deimling
Dr. Tobias Diewock
Mohamed Moustafa Elboraei
Carsten Engelke
Dr. Irmgard Isabelle Förster
Dr. Franziska Giertz
Dr. Ingeborg Juliane Grashorn
Masoudullah Hamkar
Dr. Steffen Markus Heckl
Khaled Helo
Dr. Stefan Christian Henze
Andreas Joachim Herbst
MUDr. Jennefer Jansen

Dr. Jessica Klebe
Matthias Kolb
Dr. Antje Lehmann
Dr. Isabel Lück
Melanie Marotte
Dr. Felix Möhlenkamp
Dr. Aricie Hermine Ndjoukoua
Tchinda
Ahoefa Ayovi Solange Neglo
Jan Oppermann
Dr. Inga Ruth Pohlentz
Basem Salayma
Benedict Schulte Steinberg
Nihat Tahmaz
Mohammed Tarek Tayara
Dr. Ann Christine Terstesse
Dr. Hauke Christian Tews
Alice Villordo Vinhas
Lena Westphal

Dr. Anne Wilms
Dr. Heike Wilhelmine Wolken

Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Dr. Anna Czajczynska

Innere Medizin und Gastroenterologie

Dr. Sebastian Körner

Innere Medizin und Kardiologie

Dr. Martin Borlich
Dr. Nicole Breuer
Dr. Carlo Federico Fichera
Dr. med. univ. Rayyan Hemetsberger
Doktora-ye reshte-ye peze Behzad Hassan Hosseiny Fahimi
Dr. Michael Janke
Dr. Robin Ivo von Leitner
Aleksandar Radovanovic
Dr. Klaus Ulrich Rilling
Sarah Dorothee Sandrock
Dr. Reinhard Jörg Sauter
Dr. Kaja Westphal

Innere Medizin und Nephrologie

Kristin Bajorat
Dr. Annette Girardet
Dr. Kevin Jasper Schulte

Innere Medizin und Pneumologie

Dr. Janne Kandulla
Ulrike Malek Zadeh
Dr. Silvia Anet Meffert
Dr. Milena Milovanovic
Dr. Jennifer Schumacher

Innere Medizin und Rheumatologie

Verena Becker
Florian Prinz

Kinder- und Jugendmedizin

Zohour Al Kurmaji
Dr. Lydia Aglaia Elshoff
Judith Freitag
Dr. Annika Imke Gabler
Imke Dorothea Gemmer
Annika Hase
Dr. Juliane Hiltcher
Julius Ketzler
Dr. Judith Lindert
Beke Marie Loss
Dr. Cornelia Sattler
Paula Sarah Sepehr
Anne Ruth Margarete Witten

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Theresa Fanita Riedel
Nadine Scharenberg
Britta Elisabeth Wenzel
Hauke Wrede

Laboratoriumsmedizin

Dr. Edgar Kleinspehn

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Dr. med. dent. Lars Geier
Dr. Christoph Kluck

Neurochirurgie

Abed Al Rahman Ghazal
Dr. Ann-Kristin Helmers
Dr. Julia Herzog

Neurologie

Forat Zaid Sabri Al-Rawi
Marika Ciba
Dr. Stefani Ewers
Dr. Christian-Friedrich Guht
Dr. Rebecca Kleiss
Judith Uta Kunstmann
Sanela Lapcevic
Shahan Shahbaz
Dr. Julia Unser

Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. med. univ. Stefan Jochen Hagele
Rashed Kameshki
Dr. Sarah-Ann Kloos
Jens Layer
Juliane Piepenstock
Dr. Ture-Alexander Pohl
PD Dr. Tobias Schmidt
Dr. Dirk Weyer
Dr. Katharina Witzel

Pathologie

Dr. Katharina Ursula Endhardt

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Dr. Marion Brigitta Arens
Dr. Johann Bremer
Andrej Buxbaum
Maria Gette

Plastische und Ästhetische Chirurgie

Stephan Niclas Rautenbach
Martin Schatz
Jung In Song

Psychiatrie und Psychotherapie

Frank Sebastian Bunge
Ali Haydar Gözübüyük
Karin Hasenbanck
Dr. Synne Knopp
Sabine Nagel
Dr. Verena Prisching
Melanie Reichardt
Dr. Veronika Thorns

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Winfried Adam
Dr. Martina Frieese

Axel Haupt
Stephanie Kalberlah
Beate Weitemeyer

Radiologie

Dr. Tobias Fricke
Friederike Gärtner
Maximilian Heyko Leißner
Dr. Saskia Manegold
Dr. Birgit Platz
Dr. Emilia Riedel
Paul Martin Simon
Dr. Erik Stahlberg

Strahlentherapie

Vera Cirilovic

Urologie

Christian Walter Colberg
Dr. Lucas Dannenberg
Ashley Ilena Macquarrie
Yury Savko

Visceralchirurgie

Mohamad Alsousou
Dr. Felicitas Frettlöh
Dr. Michael Thomaschewski

SCHWERPUNKTKOMPETENZEN

SP Gynäkologische Onkologie

Dr. Thorsten Heilmann

SP Kinder-Kardiologie

Dr. Philip Wegner

SP Neuroradiologie

Dr. Johannes Tobias Hensler
Dr. Jawid Madjidyar

ZUSATZWEITERBILDUNGEN

Akupunktur

Stefanie Christiane Dworak
Wladimir Lomtew
Andrea Schmidt
Bernad Friedrich Schulte
Dr. Oksana Ulan
Dr. Leonie Wöltjen

Allergologie

Dr. Katrin Hasselbacher
Dr. Franziska Hübner

Andrologie

Dr. Gerhard Thomas Becker
Dr. Julia Kristin Cordes
Dr. Sidig Rehmann

Geriatric

Olga Nikolaevna Buxbaum
Dr. Cordula Haase
Dr. Barbara Shadow

Handchirurgie

Dr. Julia Dorothee Bertolini
PD Dr. med. habil Tobias Kisch
Tim Quidde

Homöopathie

Dr. Stefanie Marcks

Intensivmedizin

Abdulkareem Abusamha
Dr. Lennart Bartolitus,
Sebastian Bruhn
Dr. Alexander Doukas
Dr. Moritz Nikolai Finger,
Dr. Andreas Christian Glück
Dr. Franziska Herzog
Dr. Lars Ole Hummitzsch
Dr. Kerstin Kellner
Dr. Jonas Klameth
Thangavelautham Kokulan
Anna Kraus
Dr. Andrea Kuppe
Livia Lasarow
Dr. Ingmar Lautenschläger
PD Dr. med. habil Björn Machner
Dirk Mechler
Dr. Toby Rosemarie Melsted
Andreas Meyer zu Schwabedissen
Dr. Sonja Müller
Dr. Lucas Pedack
Dr. Britta Raitschew
Dr. Hendrik Runte
Britta Schäfer
PD Dr. Martina-Elisabeth Spehlmann

Kinder-Orthopädie

Prof. Dr. Sebastian Lippross

Kinder-Pneumologie

Dr. Gönke Regina Pörksen
PD Dr. med. habil Guido Stichtenoth

Magnetresonanztomographie - fachgebunden

Dr. Cathleen Ingrid Schmidt

Manuelle Medizin/Chirotherapie

Dr. Stefan Bark
Dr. Klaus Brunswig
Dr. Fabian Glowa
Dr. Claudia Hartz
Wladimir Lomtew
Dr. Christoph Neugebauer
Miriam Nathalie Radzko

Medikamentöse Tumorthherapie

Dr. Claudius Hamann
Ewan Andrew Langan

Naturheilverfahren

Dr. Franziska Kohnen
Udo Christian Rosenkranz

Notfallmedizin

Emanuela Adomakoh
Mohamed Afifi Abdelrahman
Saied Alwan
dr. Felix Angeli
Kristian Erich Anhalt
Leyla Ayhan
Hassan Bahnan
Oksana Blem
Julian Alexander Boos
Sebastian Vinzent Bothien
Juana Sarina Brauel
Michael von der Brelie
Dr. Svenja Claussen
Dr. Robert Collette
Lisa Ursula Culemeyer
Marcin Kamil Dobrowolski
Frauke Elbnik
Karin Gminder
Justin Christopher Große Feldhaus
Simon Hilger
Dr. Moritz Sebastian Hill
Christopher Hofmann
Marie Janietz
Sandeep Kaur
Jan Christian Klinkenstein
Dr. Martin Knauth
Dr. Krister Kuhnhardt
Nikolina Petkova Ninova-Darwiche
Katrin Pfenningdorf
Johannes Heinrich Alexander Piel
Dr. Anna-Christin Priewe
Uta Retter
Sebastian Daniel Scheithauer
Dr. Heike Ulla Schönwälder
Tim Schütze
Dr. Laura Katharina Sievers
Bastian Stier
Christoph Struve
Nihat Tahmaz
Dr. Jonas Leonhard Thiele
Benjamin Timmermann

Palliativmedizin
Birte Elena Dreyer
Dr. Sonja Engelmann
Nadine Framke
Andrea Hagenguth
Dr. Stefanie Hinz
Dr. Anja Hollandt
Dr. Julia Hüllemann,
Dr. Daniela Cécile Kühne
Prof. Dr. Elke Muhl
Dr. Johannes Wolfgang Osbahr
Dr. Swantje Riethdorf
Dr. Eike-Christian Schwartz
Dr. med. univ. Christoph Louis Sellier
Dr. Dana Voß
Dr. Dominique Wellnitz

Phlebologie

Dr. Merit Kaeding

Physikalische Therapie und Balneologie

Dr. Peter Koppe

Plastische Operationen

Dr. Dr. med. dent. Christian Flörke

Psychotherapie - fachgebunden

Dr. Ute Dieball
Matthias Feige
Annabell Inge Hönninger
Dr. Susanne Thrull

Röntgendiagnostik - fachgebunden

Dr. Stefan Bark

Sozialmedizin

Michael Marcel Damköhler
Dr. Ilona Dörges
Dr. Peter Koppe
Beate Plamann-Kroll
Dr. André Schmoller
Dr. Charlotte Wiedwald-Gotschlich

Spezielle Orthopädische Chirurgie

Dr. Haider Jones Mussawy

Spezielle Schmerztherapie

Dr. Kouroush Dehghani
Christian Fiegehenn
Dr. Daniel Stefan Meinecke
Dr. Kai Rossen

Spezielle Unfallchirurgie

Dr. Tim Klüter
Dr. Nele Muro Bushart
Firas Sami Issa

Spezielle Viszeralchirurgie

Dr. Stephan Falck
Dr. Richard Hummel
PD Dr. med. habil Lars Ivo Partecke
Dr. Matti Petersen

Sportmedizin

Dr. Hilke Holland

Suchtmedizinische

Grundversorgung
Ole Dankwarth

Die Liste ist nicht vollständig. Sie enthält nur die Namen derjenigen Ärztinnen und Ärzte, die sich mit der Veröffentlichung einverstanden erklärt haben.

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

NäPa in fünf Wochen

Blockweiterbildung Nichtärztliche Praxisassistenten – Sie möchten delegationsfähige Leistungen in der ambulanten Praxis an Ihre Medizinischen Fachangestellten abgeben? Aufgrund der großen Nachfrage in diesem Jahr bieten wir diese Ausbildung vom 28. Juni bis 31. Juli 2021 ebenfalls als Blockunterricht an. Innerhalb eines Monats erwirbt die oder der Medizinische Fachangestellte das Zertifikat und kann Sie entlasten.

Absolviert werden 165 theoretische Fortbildungsstunden, die den gesamten Bereich der Medizinischen Kompetenz als Blockunterricht abdecken. Das Seminar Notfallmanagement mit 20 Unterrichtsstunden ist ebenfalls enthalten.

Teilnahmevoraussetzungen sind ein Berufsabschluss als Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin oder nach dem Krankenpflegegesetz und eine mindestens dreijährige Berufstätigkeit in einer hausärztlichen Praxis.

Die praktische Prüfung wird durch Einreichung von 4 Fallbeispielen und 28 Hausbesuchsprotokollen erbracht. Diese können bereits vor, während oder nach der Blockweiterbildung absolviert werden. Der Kreis Segeberg fördert auch 2021 wieder 20 Weiterbildungen zur Nicht-ärztlichen Praxisassistenten (NäPa) in hausärztlichen Praxen. Die Förderung ist für Praxen mit Sitz im Kreis Segeberg. Gefördert wird für den Arbeitgeber pro auszubildender NäPa ein 1.000 Euro Zuschuss als Ausgleich für die Zeit der Weiterbildung, die die/der Kursteilnehmer*in nicht in der Praxis tätig sein kann. **Nächster Starttermin:** 28. Juni 2021 (Fortbildungsstunden: 165)

Notfallsituationen sicher managen

Notfallmanagement und Basisreanimation – Die Fortbildung eignet sich sehr gut für Praxisteam, um größere Sicherheit im Management von Notfallsituationen zu erlangen. Nach kurzem theoretischem Überblick liegt der Schwerpunkt auf den praktischen Übungen in den Bereichen Basisreanimation, Atemwegsmanagement und Teamkommunikation. Zudem werden die häufigsten Notfallsituationen aus dem Praxisalltag und Notdienst diskutiert:

- ▶ Welche Notfallausrüstung braucht man wirklich?

- ▶ Wie sichert man den Atemweg, wenn man mit der Intubation nicht vertraut ist?
- ▶ Wie behandelt man die lebensbedrohliche anaphylaktische Reaktion?
- ▶ Was tun bei Herzinfarkt und Lungenödem?

Es soll gezeigt werden, wie die Zeit bis zum Eintreffen des Notarztes auch mit den möglicherweise begrenzten notfallmedizinischen Ressourcen des Praxisalltags überbrückt werden kann und warum Respekt vor der Notfallsituation begründet, Angst aber meist überflüssig ist.

Dieses Seminar bieten wir auch als Inhouse-Schulung, speziell auf Ihre Wünsche ausgerichtet, an.

Nächster Termin: 16. Dezember 2020 (Fortbildungspunkte: 7, Fortbildungsstunden: 5)

Basiswissen zur Arzneimittelkunde

Grundlagen der Arzneimittelkunde und -versorgung älterer Menschen – Die patientenindividuelle Arzneimittelverordnung stellt im Rahmen der Gesamttherapie einen integralen Bestandteil dar. Um einen optimalen und zielgerichteten Einsatz der Arzneimittel sicherzustellen, ist das Vorliegen von Basiswissen zur Arzneimittelkunde von großer Bedeutung.

Kenntnisse zu den verschiedenen Applikations-/Darreichungsformen, ordnungsrelevanten Indikationsgruppen (Analgetika, Herz-Kreislaufmedikamente, Psychopharmaka etc.) und insbesondere zu den Besonderheiten der Medikation bei älteren Menschen gehören dazu.

Inhalte:

- ▶ Unterstützung des älteren Patienten bei der Anwendung und Einnahme von Arzneimitteln mit unterschiedlichen Applikations- und Darreichungsformen
- ▶ Grundlagen der Arzneimitteltherapie im Alter hinsichtlich der altersphysiologischen Veränderungen und Interaktionen bei Mehrfachmedikation
- ▶ Unterstützung der/s Ärztin/Arztes bezüglich der speziellen Pharmakotherapie im Alter am Beispiel ausgewählter Indikationen.

- ▶ Bewertung der Eigenmedikation der Patienten

Nächster Starttermin: 16. Januar 2021 (Fortbildungsstunden: 8)

Kontakt

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



HINWEIS DER REDAKTION:

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

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

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



Schleswig-Holsteinisches
Ärzteblatt

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 12/2020 20. November 2020

STELLENANGEBOTE



UK SH UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein

**IHRE KARRIERE AN EINEM DER
MODERNSTEN KLINIKA EUROPAS**

JETZT BEWERBEN

Wir suchen am Campus Kiel eine*n

Oberärztin*Oberarzt Endokrine Chirurgie

Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Thorax-,
Transplantations- und Kinderchirurgie

Das bieten wir Ihnen:

- eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ä bei Erfüllung der tariflichen Voraussetzungen
- eine Vollzeitbeschäftigung, zzt. 42 Stunden/Woche

Das erwartet Sie:

- aktive Beteiligung im ENETS-zertifizierten Zentrum, im universitären Krebszentrum und im interdisziplinären Kurt-Semm-Zentrum für laparoskopische und roboterassistierte Chirurgie
- persönliche, fachliche und wissenschaftliche Entwicklung mit Habilitation bzw. für eine weitere akademische Karriere
- Möglichkeit zur Entwicklung eigener Forschungsprojekte durch die bestehende Infrastruktur und die ausgesprochen gute Interdisziplinarität mit der internistischen Endokrinologie

Das bringen Sie mit:

- umfangreiche klinische und operative Erfahrung in der offenen und minimalinvasiven endokrinen Chirurgie und Viszeralchirurgie

Auf ein Gespräch mit Ihnen über fachliche Details freut sich **Prof. Dr. Thomas Becker (Tel. 0431 500-20400)**. Weitere Informationen zur Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie erhalten Sie auch unter www.uksh.de/chirurgie-kiel.

Wir freuen uns auf Ihre aussagefähige Bewerbung bis zum 01.12.2020. Die vollständige Ausschreibung (Stichwort 3083) finden Sie auf <https://jobs.uksh.de>.

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Dezernat Personal | Recruiting Center



Arzt (m/w/d) für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste

Wir suchen eine Ärztin oder Arzt (m/w/d) mit mind. 12 Monaten internistischer Berufserfahrung im Krankenhaus (oder auch eine/n interessierten FA für Innere und /oder Allgemeinmedizin) für die Stadtteilklinik in Hamburg-Mümmelmannsberg.

Die Stadtteilklinik ist eine Belegklinik mit 15 Betten. Dort behandeln wir überwiegend internistische Patientinnen oder Patienten, deren ärztliche Betreuung außerhalb der Regeldienstzeit von einem Team aus internen und externen Assistenzärzten gewährleistet wird. Für dieses Team suchen wir Verstärkung. Unsere Belegklinik nimmt nicht an der Not- und Unfallversorgung teil, weswegen es im Dienst keine Neuaufnahmen gibt. Der Hintergrunddienst wird aus der Gruppe der in der Belegklinik tätigen Fachärztinnen und Fachärzte gewährleistet.

Ihre Bewerbung richten Sie gerne per E-Mail an Frau Daniela Kielblock unter d.kielblock@alanta-group.de. Für Fragen steht Ihnen der Leitende Arzt der Klinik, Herr Dr. Michael Groening unter m.groening@stadtteilklinik.de zur Verfügung.

CHIFFREHINWEIS

Sie haben eine Anzeige unter Chiffre gesehen und möchten den Inserenten kontaktieren?

Senden Sie uns Ihr Anschreiben resp. Ihre Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Chiffre-Nummer der Anzeige per Post oder E-Mail.

Eine Auskunft zum Inserenten kann und darf nicht erteilt werden.

Bitte senden Sie Zuschriften an:

elbbüro Stefanie Hoffmann **Chiffre** (Nr. der Anzeige entnehmen)
Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg oder anzeigen@elbbuero.com.



**Ärztezentrum
Wesselburen**

Hausärztliche Versorgung
Fachärztliche Versorgung Innere Medizin
Schlafmedizin und Schlaflabor

Familie, Freizeit und Beruf in perfekter Balance. Ein herausforderndes und umfangreiches medizinisches Spektrum. Moderne Funktionsdiagnostik am Puls der Zeit. Weiterentwicklungsmöglichkeiten und eine attraktive Vergütung. Keine Schicht- und Wochenenddienste, dafür maximale Flexibilität. Klingt perfekt? Finden wir auch.

FA Allgemein- oder Innere Medizin (m/w/d) (80%)

Neben der hausärztlichen Versorgung der Nordermarsch liegt unser Schwerpunkt in den schlafbezogenen Atmungsstörungen und der nichtinvasiven Beatmung sowie den damit einhergehenden kardiovaskulären, metabolischen und gastroenterologischen Folgeerkrankungen. So führen wir die kardiologische und pneumologische Basisdiagnostik mit Echokardiographie, Ergo- und Spirometrie, Langzeitblutdruck und Langzeit-EKG selbst durch. Weiter steht uns eine Ösophagogastroduodenoskopie sowie die gesamte Ultraschalldiagnostik zur Verfügung.

Das bieten wir Ihnen:

Ein tolles und motiviertes Team. Neuste technische Ausstattung der Poly- und Polysomnographie. Zwei moderne Ultraschallsysteme (H60 & HS70A). Eine komplett modernisierte IT & Kommunikation. Eine attraktive Vergütung mit VKA-Oberärztin/Oberarzt-Gehalt und die Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst.

Klingt das nach einer spannenden Zukunft?

Dann freut sich Johann Waßmuth-Langanke auf Ihre Kontaktaufnahme!

NÄCHSTER ANZEIGEN SCHLUSSTERMIN:
Heft Nr. 12/2020 **20. November 2020**

📍 Lerchenweg 11
25764 Wesselburen

☎ 04833 2227
☎ 04833 4194

✉ j.langanke@arztezentrum-wesselburen.de
🌐 arztezentrum-wesselburen.de

STELLENANGEBOTE

Große **allgemeinmed. Praxis** im NO v. HH mit breitem diagnostischem und therapeutischem Spektrum (Chirotherapie und Geriatrie sind unter anderem Schwerpunkte) **sucht ab sofort in Voll- oder Teilzeit** einen/n:

- **FA/FÄ f. Allgem. Med. oder Innere Med./ Geriatrie,**
- **älteren Kollegen (in Rente),**
- **WBA für Allgem. Med.**

Spätere Übernahme/Beteiligung möglich. Sie werden gerne mit unserem freundlichen, erfahrenen und engagierten Team von Kollegen/innen und MFAs arbeiten.

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter:
0171 - 531 89 71 oder winffah@web.de

Wir suchen ab 01.01.2021 (oder später) einen

Internisten / FA für Allgemeinmedizin (w/m/d)

für unsere gut gehende in Neumünster fest etablierte Gemeinschaftspraxis mit überdurchschnittlichem Umsatz, die das gesamte Spektrum hausärztlicher und internistischer Versorgung anbietet, inkl. Naturheilverfahren und Hausbesuche.

Sie erwartet ein gutes Gehalt, flexible Arbeitszeiten und kollegiales, freundliches Arbeitsklima in unserem Team.

Praxis am Kantplatz Dr. Silke Babinsky & Chr. A. Mohr

Max-Richter-Str. 17 · 24537 Neumünster
Tel.: 04321-85388-0 · info@praxis-am-kantplatz.de

Arbeiten, wo andere Urlaub machen – wir suchen Verstärkung!

FA Allgemeinmedizin (w/m/d) in Teilzeit

Wir sind eine große hausärztliche Gemeinschaftspraxis mit eingespieltem, motivierten Team und suchen einen freundlichen Kollegen (Allgemeinmedizin, hausärztlicher Internist) für ca. 25 h in der Woche. Langfristig ist auch eine Kooperation denkbar, aber keinesfalls Bedingung. Wir freuen uns, Sie kennenzulernen, schreiben Sie uns bitte unter bewerbung@hausarztzentrum-malente.de

Gemeinschaftspraxis Dres. med. Palluck und Kauschen

Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Akupunktur, Naturheilverfahren, Badearzt
Bahnhofstr. 37-39, 23714 Bad Malente, www.hausarztzentrum-malente.de

Wir suchen zum 01.01.2021 eine(n) **angestellte(n) Ärztin/Arzt (w/m/d) für Allgemeinmedizin / Innere Medizin / hausärztliche Tätigkeit** in fachübergreifender Gemeinschaftspraxis in Lübeck-Travemünde.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an:

**Gemeinschaftspraxis
Dres. med. Mohr – Soltau – Schröter**
Am Dreilingsberg 7 · 23570 Lübeck
www.internisten-travemuende.de



WBA-Allgemeinmedizin in Hamburg VZ/TZ

GP im EKZ ab Mai 2021. Gutes Team, Breites Spektrum
Einstieg Praxis, Mitarbeit / WB Arbeitsmedizin möglich

Hausärzte im CCB · Dr. J.E. + Ch.E. Kulemann

Bergedorfer Str.105 · 21029 Hamburg

Kontakt: info@praxis-kulemann.de. **Wir freuen uns!**

MANHAGEN

Die Klinik der Spezialisten

Die Klinik Manhagen ist eine Fachklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie, Augenheilkunde und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie.



ZUR UNTERSTÜTZUNG UNSERES TEAMS SUCHEN WIR ZUM 01.01.2021 EINEN

Weiterbildungsassistent Allgemeinmedizin (M/W/D) TEILZEIT (30 Std./Woche)

DIE AUFGABENBESCHREIBUNG:

- Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen sowie Versorgung der Patienten während des stationären Aufenthaltes
- Akutversorgung von Komplikationen
- Fachübergreifende Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen

DEIN PROFIL:

- Berufsziel Facharzt für Allgemeinmedizin
- Approbation als Arzt
- Hohe Notfallkompetenz
- Teamfähigkeit, hohe Patientenorientierung sowie Organisationsgeschick

ANSPRECHPARTNER:

Bei weiteren Fragen kontaktiere gerne: **Prof. Jörg Braun** (Ärztlicher Direktor) unter **04102-605-124** oder **125** Anrufbeantworter
Park-Klinik Manhagen GmbH & Co. KG · Sieker Landstraße 19 · 22927 Großhansdorf · www.manhagen.de

WIR BIETEN:

- Eine spannende Tätigkeit mit hohem Patientenbezug in einem sehr schönen Umfeld
- Arbeiten in einem interdisziplinären Team unter Leitung von Prof. Dr. Jörg Braun
- Weiterbildungermächtigung für Innere Medizin und Chirurgie
- Wir unterstützen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, u.a. durch flexible Arbeitszeitmodelle, Vermittlung von Kita-Plätzen
- Größtmögliche Entlastung von arztfernen Tätigkeiten
- Betriebliche Gesundheitsförderung mit Trainingsmöglichkeiten
- Kostenloses Frühstück/Abendbrot, frisches Obst und Getränke, vergünstigtes Mittagessen in der hauseigenen Cafeteria
- Steuerbegünstigtes Fahrrad-Leasing möglich
- Zuschuss zum HVV-Profi Ticket

STELLENANGEBOTE



Die Landespolizei Schleswig-Holstein sucht für den ärztlichen Dienst am Dienort Eutin zum nächstmöglichen Termin einen

Polizeiarzt (m/w/d)

Bei Vorliegen der beamtenrechtlichen Voraussetzungen ist eine Besoldung bis zur Besoldungsgruppe A15 SHBesO möglich, alternativ für Beschäftigte bis zur Entgeltgruppe 15 TV-L.

Zu den wesentlichen Aufgaben gehören:

- Bearbeitung von Auswahl- und Einstellungsuntersuchungen der Landespolizei SH, insbesondere durch
 - Sichtung und Bearbeitung der im Rahmen von Bewerberunterlagen eingereichten ärztlichen Befunde und Selbstauskunftsbögen unter medizinischen Aspekten
 - medizinische Mitwirkung bei der Bearbeitung von Widerspruchsverfahren im Zusammenhang mit einer gesundheitlich bedingten Polizeidienstuntauglichkeit
- Durchführung von beamtenrechtlichen Untersuchungen und Begutachtungen
- Übernahme der betriebs- und sozialmedizinischen Betreuung der Beschäftigten
- Mitwirkung und Beratung im betrieblichen Gesundheitsmanagement
- Erteilung von Fachunterricht im Rahmen der Aus- und Fortbildung der Beschäftigten
- Wahrnehmung der kurativen Sprechstunden sind möglich
- medizinische Begleitung bei polizeilichen Einsätzen

Gesucht wird ein **Polizeiarzt (m/w/d)** als

Facharzt/ Gebietsbezeichnung Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Arbeitsmedizin oder Öffentliches Gesundheitswesen – am Standort Eutin für die Polizeidirektion für Aus- und Fortbildung und für die Bereitschaftspolizei Schleswig-Holstein.

Kennwort: 310-2020 Polizeiarzt PD AFB

Weiterhin besteht die Möglichkeit der Ausübung von Nebentätigkeiten.

Die Landesregierung setzt sich für die Beschäftigung schwerbehinderter Menschen ein. Daher werden schwerbehinderte und ihnen gleichgestellte Bewerber (m/w/d) bei entsprechender Eignung besonders berücksichtigt.

Nähere Informationen finden Sie auf unserer Homepage www.schleswig-holstein.de (Service / für Bürger/innen / Stellenmarkt / Öffentliche Ausschreibungen).

Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen mit lückenlosem Tätigkeitsnachweis und dem o. a. Kennwort richten Sie bitte bis zum **7. Dezember 2020** an das

Ministerium für Inneres, ländliche Räume, Integration und Gleichstellung des Landes Schleswig-Holstein, Landespolizeiamt, Abteilung 3, Sachgebiet 311, Mühlenweg 166, 24116 Kiel

AUGEN

Facharzt (m/w/d) für Region Alpenland (Allgäu). Im Team oder eigenständig. TZ möglich.

Bewerbung bitte an bewerbung@augenlinik-kempten.de

FA Anästhesie

Wir suchen für eine **Anästhesiepraxis** zunächst im

Angestelltenverhältnis einen **Facharzt (m/w/d) für Anästhesiologie** in Voll- oder Teilzeit für ambulantes Operieren im **Großraum Hamburg/Süd-Schleswig-Holstein**.

Zuschriften bitte unter anaesthesie-sh@gmx.de

WBA Allgemeinmedizin

ab dem 1.1.2021 für Hausarztpraxis in Norderstedt gesucht.

Kontakt: praxis@dr-jakstat.de

HNO Ärztin (w/m/d) in Hamburg

von netter Facharztpraxis für 18 Stunden / Woche gesucht.

Kontakt: hh-hno@gmx.de

FA Gynäkologie (m/w/d)

gesucht für langfristige Anstellung in etabli. Praxis in Itzehoe. Flex. planbare Teilzeit in einem motivierten Team.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: bewerbung@frauenaerzte-itzehoe.de

Für meine Allgemeinarztpraxis im nördlichen Hamburger Umland mit großem Wachstumspotential und vielen Möglichkeiten suche ich baldmöglichst eine(n)

FA/FÄ für Allgemeinmedizin in VZ/TZ,

zur Anstellung oder für sofortige oder spätere Partnerschaft.

Entdecken Sie die Möglichkeiten!

Kontakt unter allgemeinartzpraxis-henstedt@gmx.de

Heiko Bahnsen FA für Allgemeinmedizin/Betriebsmedizin
Maurepasstraße 74 · 24558 Henstedt-Ulzburg



Sie haben eine Anzeige unter Chiffre gesehen und möchten den Inserenten kontaktieren?

Senden Sie uns Ihr Anschreiben resp. Ihre Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Chiffre-Nummer der Anzeige per Post oder E-Mail.

Eine Auskunft zum Inserenten kann und darf nicht erteilt werden.

Bitte senden Sie Zuschriften an:
elbbüro Stefanie Hoffmann **Chiffre** (Nr. der Anzeige entnehmen)
Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg oder anzeigen@elbbuero.com.

STELLENANGEBOTE



UNIVERSITÄTSKLINIKUM
Schleswig-Holstein



IHRE KARRIERE AN EINEM DER
MODERNSTEN KLINIKA EUROPAS

JETZT BEWERBEN

Wir suchen am Campus Kiel eine*n

Oberärztin*Oberarzt Leberchirurgie/ Lebertransplantation

Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Thorax-,
Transplantations- und Kinderchirurgie

Das bieten wir Ihnen:

- eine Eingruppierung in die Entgeltgruppe Ä 3 TV-Ä bei Erfüllung der tariflichen Voraussetzungen
- eine Vollzeitbeschäftigung, zzt. 42 Stunden/Woche

Das erwartet Sie:

- aktive Beteiligung im universitären Krebszentrum und im interdisziplinären Kurt-Semm-Zentrum für laparoskopische und roboterassistierte Chirurgie zur Spektrumserweiterung der robotischen Leberchirurgie
- persönliche, fachliche und wissenschaftliche Entwicklung mit Habilitation bzw. für eine weitere akademische Karriere mit eigenen Forschungsprojekten

Das bringen Sie mit:

- umfangreiche klinische und operative Erfahrung in der offenen und minimalinvasiven Leber- und Viszeralchirurgie sowie der Lebertransplantation und Erwachsenen-Leberlebenspende

Auf ein Gespräch mit Ihnen über fachliche Details freut sich **Prof. Dr. Thomas Becker (Tel. 0431 500-20400)**. Weitere Informationen zur Klinik für Allgemeine, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie erhalten Sie auch unter www.uksh.de/chirurgie-kiel.

Wir freuen uns auf Ihre aussagefähige Bewerbung bis zum 01.12.2020. Die vollständige Ausschreibung (Stichwort 3354) finden Sie auf <https://jobs.uksh.de>.

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Dezernat Personal | Recruiting Center



Medizinisches
Versorgungszentrum
am Prinzesshofpark



KLINIKUM
ITZEHOE



Facharzt (m/w/i/t) für Psychiatrie und Psychotherapie

Für unsere etablierte und anerkannte psychiatrische Praxis im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) am Prinzesshofpark suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Facharzt (m/w/i/t) für Psychiatrie in Voll- oder Teilzeit.

Was Sie erwartet:

- Komplexe psychiatrische/psychotherapeutische Diagnostik, Therapie und Beratung
- Psychotherapeutische Betreuung und Beratung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen
- Fachlicher Austausch und enge Kooperation mit dem Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe und der neurologischen Praxis des MVZ
- Privatärztliche und gutachterliche Leistungen

Ihr Profil:

- Engagement für die Behandlung von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen
- Aufgeschlossenheit und Interesse an der eigenen Weiterentwicklung

Unser Engagement:

- Hohe Investitions- und Innovationsbereitschaft
- Berücksichtigung der Lebenssituation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch individuelle Arbeitsplatzgestaltung
- Individuelle Förderung durch vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote
- Angenehme abteilungs- und hierarchieübergreifende Arbeitsatmosphäre
- Gute Anbindung an Hamburg über die A23 und die Bahn

Die Medizinischen Versorgungszentren des Klinikums Itzehoe:

- Tochtergesellschaften des Klinikums Itzehoe
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: ca. 100
- Patientinnen und Patienten pro Jahr: 49.000

Kontakt:

Sie haben vorab noch Fragen? Frau Schliecker und Frau Petersen beantworten sie Ihnen gern (Tel.: 04821 772-3800 oder 04821 772-3202).

Klinikum Itzehoe

Personalmanagement • Robert-Koch-Straße 2 • 25524 Itzehoe

Referenznummer 122-20

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.klinikum-itzehoe.de/karriere

HA-Praxis in Norderstedt sucht FA/FÄ für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin zur Anstellung in TZ oder VZ.

Spätere Übernahme evtl. möglich.

Hausarztpraxis Waldstraße Kontakt Tel: 0163 180 98 88

STELLENANGEBOTE



Medizinisches
Versorgungszentrum
am Prinzesshofpark



KLINIKUM
ITZEHOE



Facharzt (m/w/i/t) Urologie

Mitten in Itzehoe versorgen wir fachübergreifend jährlich ca. 28.000 Patienten und führen 1.300 ambulante Operationen durch. Hier können wir unseren Patienten Leistungen aus den Fachbereichen Chirurgie (Gefäßchirurgie, Handchirurgie, Proktologie, Sportmedizin, Unfallchirurgie), Anästhesiologie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie sowie Hals-Nasen-Ohrenheilkunde anbieten. Neben der Diagnostik, Behandlung, Beratung und Therapie stellen wir die Versorgung von Patienten nach Arbeitsunfällen sicher. Für unsere ambulante Urologie suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen Facharzt (m/w/i/t) für Urologie in Voll- oder Teilzeit.

Was Sie erwartet:

- Ambulante urologische Versorgung von Patienten inkl. ambulanter Operationen und Hausbesuche
- Möglichkeit, Spezialisierungen einzubringen, z. B. Psychoonkologie und/oder spezielle Urologie der Frau
- Offenheit für die Erweiterung des Behandlungsspektrums
- Zusammenarbeit und offene Kommunikation mit niedergelassenen Kollegen und dem Klinikum Itzehoe

Ihr Profil:

- Freude daran, eigenständig ambulante Patienten zu betreuen
- Ausgeprägte soziale Kompetenzen und Teamfähigkeit
- Überdurchschnittliches Engagement und selbstständige Arbeitsweise

Unser Engagement:

- Hohe Investitions- und Innovationsbereitschaft
- Berücksichtigung der Lebenssituation unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch individuelle Arbeitsplatzgestaltung
- Individuelle Förderung durch vielfältige Fort- und Weiterbildungsangebote
- Angenehme abteilungs- und hierarchieübergreifende Arbeitsatmosphäre
- Gute Anbindung an Hamburg über die A23 und die Bahn

Die Medizinischen Versorgungszentren des Klinikums Itzehoe:

- Tochtergesellschaften des Klinikums Itzehoe
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: ca. 100
- Patientinnen und Patienten pro Jahr: 49.000

Kontakt:

Sie haben vorab noch Fragen? Frau Schliecker beantwortet sie Ihnen gern (Tel.: 04821 772-3800).

Klinikum Itzehoe

Personalmanagement • Robert-Koch-Straße 2 • 25524 Itzehoe

Referenznummer 169-20

Weitere Informationen finden Sie unter:
www.klinikum-itzehoe.de/karriere



Forschungszentrum Borstel
Leibniz Lungenzentrum

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die Medizinische Klinik in Vollzeit einen

Arzt in Weiterbildung (w/m/d) Innere Medizin/Pneumologie

Das Forschungszentrum Borstel ist ein international agierendes, von Bund und Ländern finanziertes Wissenschaftsunternehmen mit 550 Beschäftigten. Unsere zentrale Aufgabe ist die Forschung und Patientenversorgung auf dem Gebiet der Atemwegkrankheiten. Wir betreiben sowohl Infrastrukturen der Grundlagenforschung als auch eine Medizinische Klinik. Wir haben ein Ziel: Bestehende Methoden zur Erkennung, Vermeidung und Behandlung von Lungenerkrankungen zu verbessern und neue, innovative Therapieansätze zu entwickeln.

IHRE AUFGABEN:

- Patientenversorgung (81 Betten-Klinik mit breitem internistischem und pneumologischem Methodenspektrum)
- Beteiligung an Bereitschaftsdiensten

IHRE QUALIFIKATION

- Abgeschlossenes Studium der Humanmedizin
- Interesse an der Pneumologie
- Empathie
- Vorzugsweise klinische Erfahrung
- Strukturierte und verantwortungsvolle Arbeitsweise

UNSER ANGEBOT

- Arbeiten in einem engagierten und kollegialen Team vor den Toren Hamburgs
- Volle Weiterbildungsbefugnis in Innerer Medizin (Basis), Innerer Medizin/Pneumologie (Facharzt) und Infektiologie
- 18/24 Monaten Weiterbildungsbefugnis in Innerer Medizin (Facharzt), und Intensivmedizin (Zusatzweiterbildung)
- Vergütung nach dem TVÄ einschl. aller im öffentlichen Dienst üblichen Leistungen, Poolgeldbeteiligung
- Eine betriebliche Kindertagesstätte und Maßnahmen des Gesundheitsmanagements
- Familienfreundliche und flexible Arbeitsbedingungen
- Internationale Krankenhauspartnerschaften
- Persönliche Atmosphäre und Förderung
- Möglichkeiten zur klinischen Forschung auf den Gebieten Asthma/Allergie, COPD oder Infektiologie bei Interesse

Das FZB ist für das Audit „berufundfamilie“ zertifiziert und fördert gezielt die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Das unterrepräsentierte Geschlecht wird bei gleicher fachlicher und persönlicher Eignung besonders berücksichtigt. Ebenso werden Schwerbehinderte bei sonst gleicher Eignung bevorzugt berücksichtigt.

Rückfragen beantwortet Ihnen gerne Herr Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christoph Lange unter der Tel. 04537-188-3010. Bitte bewerben Sie sich mit den üblichen Unterlagen (ohne Lichtbild) bis zum 30.11.2020 über unsere Website www.fz-borstel.de.



Für uns ist Ihr Alter, Ihr Geschlecht und sexuelle Identität, Ihre Weltanschauung, Ihre ethnische Herkunft oder ein Handicap nicht von Bedeutung. Wir sind einzig und allein an Ihrem Wissen und Können und Ihrer Teamfähigkeit interessiert. Wenn auch für Sie attraktive Arbeitsinhalte und lösungsorientiertes Vorgehen wichtiger sind als Formalien, sind Sie bei uns richtig!

Hausaufgaben machen. Ein Wunsch, den wir Millionen Kindern erfüllen.

Aruna, ein Junge aus Sierra Leone, musste früher arbeiten. Heute geht er in die Schule. Wie er seinen Traum verwirklichen konnte, erfahren Sie unter: brot-fuer-die-welt.de/hausaufgaben

Mitglied der **actalliance**

Brot
für die Welt

Würde für den Menschen.

STELLENANGEBOTE

**ANZEIGEN-
SCHLUSSTERMIN:**

Bitte beachten Sie unseren
nächsten Anzeigenschluss:

Heft Nr. 12
20. November 2020

**IHR NEUER
ARBEITSPLATZ**

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

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

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



FLENSBURG
Zwischen Himmel und Förde
Mellem himmel og fjord

Karriere im Aufwind

Flensburg ist eine wachsende Universitätsstadt mit inzwischen fast 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern in attraktiver Fördelage an einem der schönsten Segelreviere Europas. Hier lässt es sich leben, mit einer wunderschönen maritimen Altstadt sowie einem reichhaltigen und vielfältigen Kulturangebot, in dem die dänische Minderheit eine wichtige Rolle spielt, eingebettet in eine landschaftlich ausgesprochen reizvolle Umgebung mit hoher Lebens- und Freizeitqualität.

Wir suchen für den Fachbereich Soziales und Gesundheit im Gesundheitsamt, unbefristet in Vollzeit (EG 15), je eine/n

■ Ärztliche Leitung (m/w/d) des Amtsärztlichen Dienstes

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

Die Aufgaben des Gesundheitsdienstes im Fachbereich Soziales und Gesundheit umfassen den Amtsärztlichen Dienst, den Sozialpsychiatrischen Dienst, die Gesundheitsplanung, den Bereich Hygiene sowie den Sozialpädiatrischen Dienst inkl. des Kinder- und Jugendzahnärztlichen Dienstes.

Die städtischen Gesundheitsdienste engagieren sich außerdem in präventiven Projekten der Gesundheitsförderung mit verschiedenen Kooperationspartnern wie dem Jobcenter Flensburg, den großen Krankenkassen, der Hochschule Flensburg und der Europa-Universität Flensburg. Wir sind eingebunden in verschiedene Netzwerke und agieren auch grenzübergreifend.

Weitere Informationen zu den beiden Ausschreibungen finden Sie unter: www.flensburg.de/karriere

Für weitere Auskünfte steht Ihnen der Leiter des Fachbereiches Soziales und Gesundheit, Herr Thomas Russ, unter der Telefonnummer 0461 85-2324 gern zur Verfügung.

Stadt Flensburg | Die Oberbürgermeisterin | FB Zentrale Dienste/Personal | 24931 Flensburg

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



Für die MEDITÜV GmbH & Co. KG ist am Standort Kiel folgende Position zu besetzen:

Facharzt*Fachärztin für Arbeitsmedizin, alternativ mit der Zusatzbezeichnung Be- triebsmedizin, oder Arzt*Ärztin in Weiter- bildung zum Facharzt*zur Fachärztin für Arbeitsmedizin

(JobID: 2019MEDITÜV12111)



Interessiert?
Dann finden Sie mehr Informationen unter
www.tuev-nord-group.com/de/karriere

TÜV®

STELLENANGEBOTE

Medizinisches Versorgungszentrum in Itzehoe (Kreisstadt in Schleswig Holstein) sucht ab sofort oder später eine/n **Allgemeinmediziner/in** oder **hausärztlichen Internisten/in** in Ganztags- oder Teilzeitstellung.

Individuelle familienfreundliche Arbeitszeitvereinbarung möglich
KV-Sitz vorhanden.

Das MVZ ist sowohl fachärztlich (gastroenterologisch, kardiologisch und angiologisch) als auch hausärztlich ausgerichtet. Es besteht die Möglichkeit, endoskopische und sonographische Diagnostikverfahren zu erlernen oder zu vertiefen. Auf Wunsch ist die Teilnahme am kassenärztlichen Bereitschaftsdienst möglich. Die Bezahlung erfolgt übertariflich. Gewinnbeteiligung üblich.

Bewerbungen richten Sie bitte an:

MVZ am Holstein Center GmbH

Dr. med. Johannes Fontius (leitender Arzt)

Brunnenstr. 5 · 25524 Itzehoe

Tel: 04821/17 83 1-0 · E-Mail: mvz@mvz-am-hc.de

Gesucht: **Nachfolger | Fachärzte | Weiterbildungsassistenten** [m|w|d] für Allgemeinmedizin und Innere Medizin für **Hausarztpraxen** in:

Bad Bramstedt, Elmshorn, Hamburg, Husum, Kreis Dithmarschen, Kreis Schleswig-Holstein, Kreis Segeberg, Kreis Stormarn, Plön, Wentorf bei Hamburg

Tel.: 0521 / 911 730 33

www.deutscherhausarzt-service.de
hallo@deutscherhausarzt-service.de

○ ○ Deutscher

● ○ Hausarzt Service

KJP-Praxis mit Sozialpsychiatrie sucht Nachfolger

Wir sind ein gut eingearbeitetes und aufgeschlossenes Team und suchen für unsere **Praxis in Lübeck** für 25-30 Std/Wo einen

Facharzt (w/m/d) mit Perspektive auf Praxisübernahme.

Wir arbeiten psychotherapeutisch (TP/VT/Syst.). Die Praxis hat ein großes Einzugsgebiet mit guter Verkehrsanbindung und hoher Fallzahl.

Antworten bitte unter: praxis@kjp-moenkhof-ziemens.de

Nettes Team sucht **Arzt/Ärztin in Voll- oder Teilzeit** in Allgemeinarztpraxis in Plön mit komplementärer, osteopathischer, chirurgischer und unfallchirurgischer Ausrichtung. Wir bieten großes diagnostisches und therapeutisches Spektrum (Röntgen, Ultraschall) und flexible Arbeits- und Urlaubszeiten. **Kontakt:** info@dr-stehle.de **Web:** www.dr-stehle.de

STELLENGESUCHE

Biete Entlastung in Ihrer Hausarztpraxis

Erfahrene und engagierte Allgemeinärztin bietet Unterstützung im Raum Pinneberg in Teilzeitanstellung oder auf Honorarbasis an.

Kontakt: Hausarzt-Vertretung@gmx.de

KV-SITZ

HNO KV-Sitz im HH-Osten (mit hoher Scheinzahl) abzugeben

kvstizhnohamburg@web.de

Sie haben eine Anzeige unter Chiffre gesehen und möchten den Inserenten kontaktieren?

Senden Sie uns Ihr Anschreiben resp. Ihre Bewerbungsunterlagen unter Angabe der Chiffre-Nummer der Anzeige per Post oder E-Mail.

Eine Auskunft zum Inserenten kann und darf nicht erteilt werden.

Bitte senden Sie Zuschriften an:

elbbüro Stefanie Hoffmann Chiffre (Nr. der Anzeige entnehmen)
Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg oder anzeigen@elbbuero.com.

PRAXISABGABE



Lassen Sie sich jetzt nieder. Zukunft denken und Medizin leben in Hamburg.

Zum Jahresende möchte ich mich aus meiner langjährigen Tätigkeit als niedergelassener Allgemeinmediziner zurückziehen.

Für meine Praxis mit kassenärztlichem Sitz in Hamburg suche ich einen Arzt (w/m/d) der meine Arbeit weiterführt und die Praxis und mein Team mit neuem Leben und frischen Ideen belebt.

Bitte kontaktieren Sie mich unter E-Mail: johffah@gmx.de

Gut gehende Allgemeinarztpraxis in Marne-Dithmarschen zum 1.4.2021 abzugeben.

Ahmed Lafi · Deichstraße 7 · 25709 Marne

Praxis: 04851-3150 Privat: 04851-1382 Fax: 04851-4409

elbbüro

www.elbbuero.com

KIEL

Nervenärztliche Privatpraxis, zentral gelegen, sucht konstruktive Ergänzung mit Übernahmeperspektive. ...nichts muss ...viele kann
Kontakt unter Chiffre SH50819.

Sehr umsatzstarke Allg. Med. Praxis mit 4 Kassensitzen in Hamburg Nord/Ost zeitnah abzugeben.

Kontakt unter johffah@gmx.de

PRAXISRÄUME

100 m² Neubau-Praxis (barrierefrei) in Kieler Innenstadt zum 01.01.2021 zu vermieten.

Kontakt unter: info@hanseatichaus.de

VERTRETUNGEN

Biete Entlastung in Ihrer Hausarztpraxis

Erfahrene und engagierte Allgemeinärztin bietet Unterstützung im Raum Pinneberg in Teilzeitanstellung oder auf Honorarbasis an.

Kontakt: Hausarzt-Vertretung@gmx.de

AMBULANTE PFLEGE

Von Flensburg bis Schleswig – Pflege in guten Händen:

**Beratung | Behandlungspflege | Wundversorgung
Grundpflege | Betreuung | Hauswirtsch. Unterstützung**

Luba ist ein junges, aufstrebendes, dynamisches Unternehmen, das sich der Fürsorge und Pflege der Menschen verschrieben hat. Wir sorgen für ambulante Pflege nach höchsten Qualitätsstandards zu Hause bei Ihren Patienten. **Eine enge Zusammenarbeit mit den Ärzten liegt uns und unseren Klienten sehr am Herzen!**



Liebevoll & Unabhängig Betreut im Alter

ambulante Alten- und Krankenpflege

04638 - 222 97 97 · info@luba-tarp.de · www.luba-tarp.de

**NÄCHSTER
ANZEIGEN-
SCHLUSS:**



Heft Nr. 12
20. November 2020

MEDIZINTECHNIK

AMT
Abken Medizintechnik

**Die größte Markenvielfalt
Norddeutschlands vereint
unter einem Dach!**



Konfigurieren Sie Ihr Wunsch-Ultraschall-Gerät über unseren Ultraschall-Finder auf www.amt-abken.de.

Oder besuchen Sie die **Ultraschall-Gerätewelt in Norderstedt** bei Hamburg und erleben Sie die Produktvielfalt unserer Exklusivpartner im direkten Vergleich.

Das AMT Abken-Team freut sich auf Sie!

Wir beraten Sie kompetent zu den Themen Ultraschallgeräte, Herz-Kreislaufdiagnostik vom Marktführer SCHILLER, Praxisausstattung, Finanzierung, Wartung, Service und Applikation.

AMT Abken Medizintechnik GmbH

Langenharmer Weg 219 • 22844 Norderstedt
Tel.: 040 - 180 102 82 • info@amt-abken.de

PHILIPS

SAMSUNG

SIEMENS
Healthineers

elbbüro

fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | anzeigen@elbbuero.com | www.elbbuero.com

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de

meditaxa
Group

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

**RECHTSBERATUNG
FÜR DIE HEILBERUFE**

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



DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

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

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Dr. Gisa Andresen, Dr. W. Diederichs, Esther Geisslinger, Dr. Dr. phil. Karl-Werner Ratschko, PD Dr. med. habil. Doreen Richardt, Prof. Walter Schaffartzik, Christine Wohlers, Stephanie Wulff

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
elbbüro anzeigenagentur,
Bismarckstr. 2, 20259 Hamburg
Telefon 040 33 485 711
Fax 040 33 485 714
anzeigen@elbbuero.com
www.elbbuero.com

Anzeigenleitung: Stefanie Hoffmann

Zurzeit ist die Anzeigenpreisliste
Nr. 5/2019 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 unaufgeforderte eingereichte Beiträge werden keine Honorare bezahlt. Die Redaktion behält sich das Recht vor, über die Veröffentlichung, die Gestaltung und ggf. redaktionelle Änderungen von Beiträgen zu entscheiden. Dies betrifft auch Leserbriefe. Die Redaktion freut sich über unverlangt eingesandte Manuskripte und bittet um Verständnis, dass umfangreiche Arbeiten aufgrund des redaktionellen Konzepts nicht berücksichtigt werden können. Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Ärzteblatt die männliche Form eines Wortes verwendet. Gemeint sind sowohl die weibliche Form sowie Formen, die auf eine Zugehörigkeit außerhalb des binären Geschlechtersystems hinweisen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung strafbar.

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

Vorstand
Prof. 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**
Leitung: Cornelia Mozr
Telefon 04551 803 700
Fax 04551 803 701
akademie@aeksh.de

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

Hauswirtschaft und Gästehaus
Yvonne von Wickede
Telefon 04551 803 802
Fax 04551 803 801
gaestehaus@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
Personalreferentin: Kristin Schwartz
Telefon 04551 803 152
Fax 04551 803 151
personal@aeksh.de

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

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

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

**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

AKIS

**Der Service Ihrer
Ärztekammer
online:**

Das Ärztekammer-
Informations-System
(„AKIS“) ist eine On-
line-Kommunikations-
und Service-
Plattform der Ärzte-
kammer 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 un-
ter Login. Bei Fragen
wenden Sie sich gern
telefonisch an das
Mitgliederverzeichnis
oder per Mail an mit-
glied@aeksh.de

FACHBERATER

Stingl · Scheinflug · Bernert
vereidigte Buchprüfer und Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft

Spezialisierte Beratung für Ärzte



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

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



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

Kanzlei für **Medizinrecht**

Wir beraten Ärzte

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

RAin Sabine Barth
Rechtsanwältin

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
PartG mbB

Holtenuauer Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

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

info@medrechtpartner.de
www.medrechtpartner.de

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

elbbüro fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | anzeigen@elbbuero.com | www.elbbuero.com

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/
Holtenuauer Straße 94, 24105 Kiel, Tel. (0431) 5644-30, Fax (0431) 5644-31
info@rohwer-gut.de, **www.rohwer-gut.de**

