



# Zuckersteuer nicht in Sicht

Die nationale Diabetesstrategie ist für  
Experten im Norden nur ein erster Schritt.  
Viele Maßnahmen zu unkonkret.  
Seiten 24 – 26

## Belegkliniken

Versorgung aus einer Hand,  
intersektoral, erfolgreich  
– aber benachteiligt?  
Seiten 8 – 12

## Kommunen

Der Ruf nach öffentlichen  
Trägern für die ärztliche  
Versorgung wird lauter.  
Seiten 22 – 23





**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** <sup>©</sup>  
anzeigenagentur

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

ANZEIGE

# Zeit für eine Neuaufstellung

Die Corona-Pandemie prägte und wird noch über eine lange Zeit unseren Alltag, die Gesellschaft und unser Gesundheitswesen prägen. In der Gesundheitspolitik sind dabei richtige Ansätze vorgenommen worden, wie die Aussetzung aufwendiger und bürokratischer Qualitätssicherungsmaßnahmen, Investitionen in die digitale Infrastruktur, die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitswesens – es bedurfte erst einer Pandemie, um in dieser Richtung aktiv zu werden.

Dieser Schwung scheint jetzt in der Politik angekommen zu sein, vielleicht schon vor dem Hintergrund der Aufarbeitung der Pandemie und des Wahljahres 2021. Es sollen 5.000 neue Medizinstudienplätze geschaffen werden. Das wird sich erst langfristig auswirken. Es dauert, bis die Plätze für Studierende geschaffen sind, und wir befinden uns im Wettstreit mit anderen akademischen Berufen um den Nachwuchs. Nach dem Studium wird es weitere 12 bis 15 Jahre dauern, ehe diese Medizinstudierenden mit Facharztstatus in der Versorgung ankommen. Deshalb ist es sinnvoller, schnell die vorhandenen universitären Kapazitäten um bis zu 10 Prozent zu erhöhen.

In der politischen Diskussion ist auch eine stärkere Verantwortung der Kommunen in der stationären und ambulanten Versorgung, bis hin zur Forderung, privat geführte Krankenhäuser zu rekommunalisieren. Gut, dass diese Diskussion geführt wird! Denn ohne Zweifel können Kommunen einen Beitrag etwa zur Infrastruktur, Bildung und zu gesundheitlichen Angeboten leisten und vereinzelt MVZ in der ambulanten Versorgung sind eine zusätzliche Option (Seiten 22 und 23). Ob aber eine stationäre und ambulante Kommunalisierung der Gesundheitsversorgung zielführend ist, darf bezweifelt werden. Die Gefahr ist groß, dass damit lokale Begehrlichkeiten befördert werden. Die Trägervielfalt der Krankenhäuser sowie die unterschiedlichsten ambulanten Berufsausübungsformen haben sich bewährt – nicht jedoch die rein marktwirtschaftliche, ökonomische Ausrichtung.

Hier gilt es gegenzusteuern: mit einer Änderung des Finanzierungssystems mit Stärkung der sprechenden Medizin, mit der Bezahlung von Vorhaltekosten und damit einer Ablösung der reinen DRG-Vergütung mit Mengenanreizen, mit einer Gegenfinanzierung der patienten- und aufgabengerechten Personalausstattung im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich außerhalb des DRG-Systems, aber auch mit einer stringenten Krankenhausplanung auf Landesebene und einer Mitbeteiligung des Bundes bei übergreifenden Infrastrukturkosten im Gesundheitswesen. Auch eine Adjustierung der Aufgaben in der Versorgungsrealität ist notwendig. Es geht um gemeinsame Vernetzung, Verantwortung und Versorgung, um stärkere Digitalisierung, die Überwindung von Dogmen und um ein neues Denken – kurz: eine echte Neuaufstellung! Dafür sind die Zeiten noch nie so günstig gewesen und die Bereitschaft zu Veränderungen noch nie so hoch.

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Ob eine Kommunalisierung der Gesundheitsversorgung zielführend ist, darf bezweifelt werden.“



## Inhalt

<b>NACHRICHTEN</b>	<b>6</b>	SPD pro Kommunalisierung	22	<b>MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER</b>	<b>39</b>
Kurz notiert	6	Brunsbüttel gründet MVZ	23	<b>Neues Seminarangebot zur Leichenschau</b>	<b>39</b>
Gripeschutzimpfungen gestartet	6	Im Kampf gegen Diabetes sind weitere Anstrengungen nötig	24	Akademie nach dem Lockdown	40
Kinderanästhesie mit neuem Standard	6	<b>MEDIZIN &amp; WISSENSCHAFT</b>	<b>27</b>	Termine	41
Pflegekampagne für den Nachwuchs	7	Knochenmark aus der Biobank	27	Serie: Die Kreisausschüsse der Ärztekammer	42
Kurz notiert	7	Frühreha nach Covid-19	28	<b>ANZEIGEN</b>	<b>43</b>
<b>TITELTHEMA</b>	<b>8</b>	Virtuelle DDG-Jahrestagung	30	<b>TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM</b>	<b>50</b>
Schwierige Rahmenbedingungen für Belegkliniken	8	Auch Rheumatologen tagten online	31		
Interview: Gerald Meyes	12	<b>PERSONALIA</b>	<b>32</b>		
<b>GESUNDHEITSPOLITIK</b>	<b>13</b>	<b>RECHT</b>	<b>34</b>		
SKK hilft Mukoviszidose-Patienten	13	Schlichtungsfall	34		
<b>Die erste Kammerversammlung unter Corona-Bedingungen</b>	<b>14</b>	<b>SERIE</b>	<b>36</b>		
Covid-19: Steigende Zahlen beunruhigen Mediziner und Politiker	18	Teil 3: Kompetenzwirrwarr im Gesundheitswesen nach dem Krieg	36		
KV fordert langfristige Strategie	19				
Fonds für die Versorgungssicherung	20				



### **Festgehalten**

von *Stephan  
Göhrmann*

## Infektionsschutzreferentin zu Gast in der Kammerversammlung

Wenn es um fachlichen Rat zu Covid-19 geht, ist sie im Ministerium die erste Ansprechpartnerin: Dr. Anne Marcic, Infektionsschutzreferentin im Landesgesundheitsministerium, ist seit Beginn der Pandemie im Dauerstress. Zur ersten Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein unter Corona-Bedingungen war Marcic dennoch nach Bad Segeberg gekommen. Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann bedankte sich für ihr Kommen und ihre in breiten Kreisen geschätzte Arbeit mit einem Blumenstrauß, die Kammerdelegierten mit einer engagierten Diskussion und zahlreichen Fragen an die derzeit gefragte Kollegin.

## KURZ NOTIERT

### IKK und BKK treten jetzt gemeinsam auf

Die beiden Kassenverbände BKK-Landesverband Nordwest und IKK Nord vertreten ihre Interessen künftig gemeinsam: Ein kürzlich unterschriebener Kooperationsvertrag sieht vor, dass der gesamte Vertragsbereich vereinheitlicht wird, sodass künftig auch unter einem Namen mit den Leistungserbringern verhandelt wird. Das betrifft die ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Apotheken, Rettungsdienste, Krankentransporte sowie Pflege und Reha. Auch gegenüber der Politik und Ministerien sowie gegenüber anderen Kassenarten wollen IKK und BKK im Norden künftig gemeinsam auftreten. In Schleswig-Holstein wird der BKK Landesverband diese Aufgabe übernehmen, in Mecklenburg-Vorpommern die IKK. Die beiden Partner versprechen sich eine Qualitätssteigerung und erhöhte Wirtschaftlichkeit vom gemeinsamen Auftritt. „Der Schulterschluss ermöglicht uns, unsere Kräfte zu bündeln“, sagte der stellvertretende Vorstand des BKK-Landesverbandes Nord, Dr. Dirk Janssen. Der Marktanteil der beiden Kassenarten liegt bei rund 20 Prozent in Norddeutschland. In den beiden Bundesländern kommen sie gemeinsam derzeit auf rund 800.000 Versicherte. (PM/RED)

### Kostenstrukturen der Praxen

Das Statistische Bundesamt (DESTATIS) führt auf der Grundlage des Gesetzes über Kostenstrukturstatistik eine repräsentative Untersuchung zur Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch. Die Erhebung bezieht sich auf das Jahr 2019. Ziel ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen. Die für die Erhebung auskunftspflichtigen Praxen werden mittels einer Zufallsstichprobe ausgewählt. Um dabei die Belastung möglichst gering zu halten, werden bundesweit höchstens 5 Prozent der Praxen befragt. Das Ergebnis wird dann auf die Gesamtheit aller Praxen hochgerechnet. Um zuverlässige und aktuelle Ergebnisse zu gewinnen, die den gestiegenen Anforderungen an die Qualität und Aktualität der Daten genügen, sieht das Gesetz für diese Erhebung eine Auskunftspflicht vor. Die Ergebnisse dienen u. a. der Erstellung der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen und der berufspolitischen Arbeit von Verbänden und Kammern. (PM/RED)

### Erratum

In der Berichterstattung über die Elisa-Studie in Lübeck ist uns in der vergangenen Ausgabe 9 ein bedauerlicher Fehler unterlaufen. In der Bildunterschrift auf Seite 13 fehlt bei Frau Prof. Christine Klein der korrekte Titel. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen. Im Text ab Seite 12 ist die renommierte Direktorin des Instituts für Neurogenetik in Lübeck mit dem korrekten Titel genannt. (RED)

## Start der Gripeschutzimpfungen

Schleswig-Holsteins Ärzte haben mit der aktuellen Impfung gegen Grippe begonnen. Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein, empfahl die Impfung „dringend“ und „vor allem für Risikogruppen“. Sie hofft zugleich, dass von der in diesem Jahr erhöhten Impfstoffproduktion vermehrt auch Kinder und Menschen profitieren, die aus beruflichen Gründen viel Kontakt zu anderen Personen haben.

In der vergangenen Grippe-Saison haben die niedergelassenen Ärz-

te im Land 423.323 Impfungen vorgenommen. Von den Menschen über 65 Jahre haben sich zwei Drittel impfen lassen. Mit Beginn des Lockdowns im Frühjahr gab es in den Arztpraxen kaum noch Patienten mit Grippe-Symptomen.

Nach KV-Zahlen wurden 91 Prozent aller Impfungen von Hausärzten vorgenommen: Sie waren für 384.333 Impfungen verantwortlich. 13.709 Impfungen nahmen Pädiater vor, weitere 25.281 Impfungen verteilen sich auf die restlichen Fachgruppen. (PM/RED)

## Mehr Sicherheit in der Kinderanästhesie



Chefarzt PD Dr. Marko Fiege, Risikomanagerin Katharina Wilke, Projektleiter Dr. Tillmann Speer und Gesa Sprung (von links) vom QM in Itzehoe.

Das Klinikum Itzehoe hat seine Standards in der Kinderanästhesie überarbeitet. Enthalten ist seit Kurzem eine Tabelle, die die Berechnung der Dosierung gängiger Narkosedikamente auf Grundlage von Körpergewicht und Alter automatisiert übernimmt und zusätzlich die individuelle Größe bestimmter Materialien vorschlägt. Auf diese Weise sollen Rechenfehler und daraus möglicherweise resultierende Zwischenfälle vermieden werden. „Bereits kleinste Dosierungsfehler im Milliliter-Bereich können bei Kindern schwerwiegende Auswirkungen haben“, sagte Dr. Tillmann Speer. Der Arzt in Weiterbildung ist federführend für das Projekt in Itzehoe zuständig.

Die Tabelle enthält auch Empfehlungen zu häufig wiederkehren-

den Themen für die Zeit vor, während und nach der Operation, etwa Hinweise zur Nüchternheit vor dem Eingriff oder die Prophylaxe und Behandlung von postoperativer Übelkeit und Schmerzen. Alle Punkte sind gezielt auf die Abläufe und verwendeten Materialien im Klinikum Itzehoe ausgelegt.

Die Tabelle wurde in die digitale Infrastruktur des Klinikums integriert, kann analog und digital genutzt werden und ist jederzeit für alle Mitarbeiter verfügbar. „Unser Ziel ist es, zu jeder Tages- und Nachtzeit eine sichere Narkose zu gewährleisten, das gilt besonders für unsere kleinen und kleinsten Patienten“, sagte PD Dr. Marko Fiege, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, zum Projekt, das am Tag der Patientensicherheit startete. (PM/RED)

# Kampagne adressiert an den Pflegenachwuchs



Mit Anzeigenmotiven wie diesem wirbt Schleswig-Holstein für eine Ausbildung in der Pflege.

Pflegeverbände treten seit Jahren in der Öffentlichkeit für bessere Arbeitsbedingungen ein, damit mehr junge Menschen den Beruf wählen. Damit der Nachwuchs weiß, was ihn im Beruf erwartet, hat Schleswig-Holstein eine Informationskampagne gestartet, die in Abstimmung mit den Akteuren der Pflege im Norden entstanden ist.

Vorgestellt wurde die Kampagne Ende vergangenen Monats in der Pflegeschule der DRK Akademie in Kiel. Als „abwechslungsreich, vielfältig und menschlich“ beschrieb Schleswig-Holsteins Sozialminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) die Tätigkeit von Pflegekräften. Nach seiner Ansicht bietet Pflege „eine gute berufliche Perspektive.“

Was aber müssen junge Menschen, die diesen Beruf ergreifen wollen, mitbringen? „Wir brauchen Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten. Menschen mit der Bereitschaft, sich auf andere einzulassen, Menschen mit Teamfähigkeit und mit Interesse an medizinischen Themen“, sagte Garg. Gerade für junge Menschen, „die eine wirklich sinnstiftende Tätigkeit suchen“, sei der Beruf eine große Chance. An junge Menschen appellierte der Minister zum Start der Kampagne: „Nutzen sie diese, es gibt auch kurzfristig noch Ausbildungsplätze.“

Interessierte können sich über die Ausbildung in der Pflege im Internet ([www.pflegeausbildung-in.sh](http://www.pflegeausbildung-in.sh))

und in sozialen Medien informieren. Auch Plakate und Veranstaltungen sind geplant. Über eine interaktive Karte sind Pflegeschulen, Hinweise zu Bewerbungen und Berichte von Pflegekräften über ihren Berufsalltag zu finden.

Nach Angaben von Anette Langer, Sprecherin des Forums Pflegegesellschaft, ist die Nachfrage nach Ausbildungsplätzen seit Beginn der Generalistik hoch. Das Forum, ein Zusammenschluss von Trägern und Pflegeschulen, unterstützt die Informationskampagne, „um noch mehr junge Menschen zu überzeugen, diesen zukunftsreichen Beruf zu wählen“.

Die Kampagne informiert auch über Geld. Während in der Vergangenheit Schulgeld gezahlt werden musste, gibt es heute Ausbildungsgehalt – in Einrichtungen des öffentlichen Dienstes rund 1.140 Euro im ersten Jahr. Examierte Pflegefachkräfte könnten ein Bruttogehalt von bis zu 3.540 Euro im Monat verdienen, teilte das Ministerium mit.

Landesweit gibt es 35 Pflegeschulen. In diesem Jahr haben bislang 922 Schüler mit einer Ausbildung in der Pflege begonnen, damit sind rund 70 Prozent der Plätze belegt. Finanziert wird die Ausbildung über einen Ausbildungsfonds, der von den Schulen, Kliniken, dem Land und der Pflegeversicherung getragen wird. Für 2021 sind dafür 100 Millionen Euro eingeplant. (PM/RED)

## KURZ NOTIERT

### DAK sucht „Gesichter für ein gesundes Miteinander“

Einzelgruppen oder Gruppen, die sich beispielhaft für ein gesundes Miteinander engagieren, werden von der DAK gesucht. Bei dem Wettbewerb werden Initiativen in den Kategorien Gesellschaft, Digitalisierung und Gesundheitsvorsorge ausgezeichnet. Die erste Kategorie „Gesichter für eine gesunde Gesellschaft“ wendet sich an Menschen, die sich beispielsweise für ihre Nachbarschaft oder gegen Mobbing einsetzen und so zeigen, wie ein gesundes Miteinander mit mehr Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft gelingen kann. In der zweiten Kategorie „Gesichter für ein gesundes Netz“ dreht sich alles um digitale Medien. Was verbindet Menschen, wenn sie im Internet unterwegs sind? Wie finden sie Abstand und Entspannung? Gesucht sind Einzelpersonen oder Gruppen, die sich für ein gesundes Miteinander im Internet enga-



gieren. Mit „Gesichter für ein gesundes Leben“ werden in der dritten Wettbewerbskategorie Menschen angesprochen, die neue Ideen zum Gesundbleiben entwickeln – etwa für alkoholfreie Afterwork-Partys, Yoga-Treffen für Senioren oder gesundes Kochen für Kinder. Alles, was der körperlichen oder seelischen Fitness dient, ist in dieser Kategorie möglich. Wer mitmachen und Gesicht für ein gesundes Miteinander zeigen will, kann sich – auch in mehreren Kategorien – online bewerben. Der Wettbewerb erfolgt zweistufig: Zunächst ermittelt eine Landesjury in Schleswig-Holstein die besten drei „Gesichter für ein gesundes Miteinander“, die jeweils 300 Euro gewinnen. Die Hauptgewinner aller Bundesländer kommen in die Endauscheidung. Weitere Informationen und die Teilnahmebedingungen zum Wettbewerb finden Bewerber auf: <http://www.dak.de/gesichter> (PM/RED)

# „Teamarbeit im schlanken System“

**BELEGKRANKENHÄUSER** Belegkliniken überbrücken den Graben zwischen ambulant und stationär, werden aber von der Politik vergessen.

**K**aum ein Eingriff, den Dr. Hans Winkler sich nicht zutraute: „Allgemein- und Unfallchirurgie, gynäkologische und urologische Operationen“, beschreibt die Homepage der Dr. Winkler Klinik in Husum das Leistungsspektrum des Gründers. Der Mediziner erbaute sein Krankenhaus im Jahr 1956, bis in die frühen 70er Jahre lief die Arbeit mit ihm als einzigem Arzt: „Er war eine One-Man-Show“, sagt Gerald Meyes, Verwaltungsleiter der Klinik, in der heute die dritte Ärztegeneration tätig ist. Dass ein Mitglied des ärztlichen Teams mehrere Fachrichtungen abdeckt, ist heute undenkbar: Die One-Man-Show ist abgesetzt, doch die Klinik ist ein Belegkrankenhaus geblieben. Meyes, Sprecher einer Interessengemeinschaft von neun Belegkliniken in Schleswig-Holstein und Hamburg, nennt diese Art der Behandlung gerade in Flächenländern ein wichtiges Bindeglied zwischen ambulanten und stationären Angeboten. Doch die Belegkliniken und die dort tätigen Ärzte fühlen sich oft vergessen, wenn es um neue Richtlinien und Strukturen geht. Aktuelles Beispiel ist, dass durch die Gestufte Notfallversorgung ihre Fallpauschalen sinken – für manche Häuser kann das existenzbedrohlich sein.

Dr. Martin Fuerst lacht auf die Frage, warum er nach Jahren als angestellter Chirurg in renommierten Kliniken nicht weiter in einem Krankenhaus arbeitet, sondern in eine Praxis eingestiegen ist. „Es ist ein schönes Arbeiten als Belegarzt“, sagt der Orthopäde und Unfallchirurg, der auch als Dozent tätig ist. „Die Wege sind kurz, das System ist schlank. Jeder ist daran interessiert, dass es gut und schnell geht, jeder hat Einfluss auf die Prozesse – es flutscht



PD Dr. Martin Fuerst

einfach.“ Vor allem gebe es einen großen Vorteil für die Patienten: „Das Belegarztwesen lebt von der Versorgung aus einer Hand. Ich komme nicht morgens in die Klinik und sehe Namen auf dem Operationsplan, sondern ich kenne die Patienten aus der Sprechstunde“, berichtet Fuerst, der dem Ärztenetz Med Baltic angehört und als ärztlicher Direktor im Kieler St. Elisabeth-Krankenhaus – einer Belegklinik – tätig ist. „In der Regel habe ich bereits die konservative Behandlung mit ihnen durchlaufen und kenne den allmählich gewachsenen Leidensdruck. Wenn eine Operation unumgänglich wird, kann ich den Eingriff planen, mache ihn selbst und übernehme die Weiterbehandlung in der Praxis. Der Patient geht zu keinem Zeitpunkt verloren, das finden wir ein entscheidendes Argument für dieses System.“

Das bestätigt Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein. „Es gibt einige Argumente für das Belegarztwesen: Es ist billiger als das Krankenhaus, es ist der Klassiker der Sektorenüberwindung und es sorgt dafür, dass von der Vorbereitung über die Operation bis zur Nachsorge alles in einer Hand bleibt.“ Neun Kliniken im Land arbeiten ausschließlich mit Belegärzten, dazu kommen Belegbetten in vielen Regelkrankenhäusern. Damit gehört Schleswig-Holstein mit Bayern und Hessen zu den Bundesländern, in denen das Beleg-Wesen fest verankert ist. Besonders die „kleinen schneidenden Fächer“ nutzten dieses System, sagt Reimund. In der Tendenz gehe es aber abwärts mit den Bettenzahlen. Die Gründe sind vielfältig: So sind die Häuser verschwunden, die Reimund als „Doktor-Klinik“ bezeichnet, Einrichtungen mit einem einzigen Operateur, der sich die Kranken aus der Praxis in den OP überweist. „Und es wird insgesamt weniger stationär operiert“, sagt Reimund. Weil die Anästhesie genauer, die Verfahren schonender, die Methoden feiner sind, können viele Menschen kurz nach dem Eingriff nach Hause gehen. „Die Operation ist dieselbe, wird auch vom selben Arzt ausgeführt, aber es steht kein Übernachtungsbett dahinter, nur ein OP-Saal und ein Aufwachraum.“

Doch es gibt eine Reihe von Eingriffen, die zwar „mit dem Bett dahinter“ passieren müssen, für die es aber „das große System nicht braucht“, sagt Martin Fuerst, der mit einigen Stunden als Oberarzt in der Sektion für onkologische und rheumatologische Orthopädie am UKSH in Kiel angestellt ist. „Für komplexe Eingriffe und für ältere Patienten mit mehrfachen Erkrankungen ist

»Die Wege sind kurz,  
das System ist schlank.  
Jeder ist daran  
interessiert, dass es  
gut und schnell geht,  
jeder hat Einfluss auf  
die Prozesse — es  
flutscht einfach.«

PD DR. MARTIN FUERST

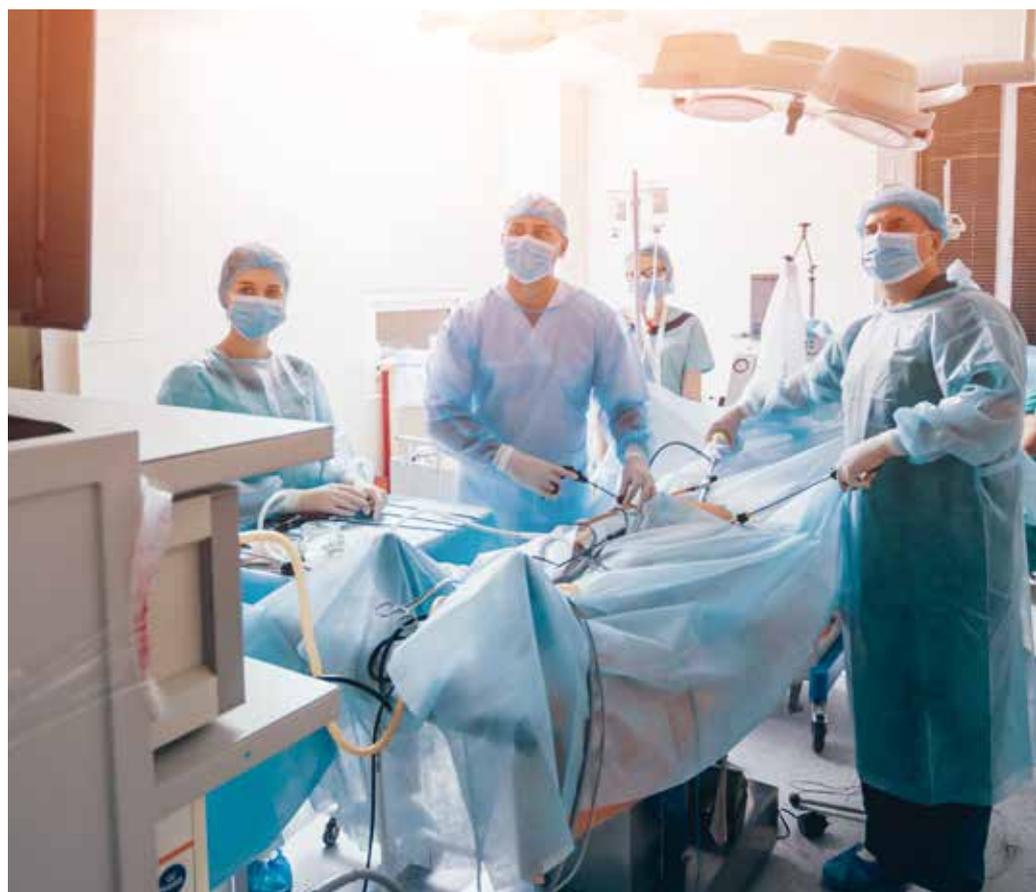
die Uniklinik genau richtig, das kann und will ein Beleghaus nicht leisten.“ Es gehe um eine Ergänzung, keine Konkurrenz.

Das gelte auch für die Kooperationen von Ärzten mit regionalen Kliniken, sagt Reimund: „Belegbetten können für ein Krankenhaus eine Ergänzung sein, wenn es für eine eigene Abteilung einer bestimmten Fachrichtung zu wenig Nachfrage gibt, es aber sinnvoll scheint, diese Leistung an-

zubieten.“ Den Kostenträgern kommt das zugute, denn die belegärztliche Leistung ist günstiger als die vollstationäre Operation. Der Belegarzt rechnet seine Arbeit direkt mit der Kasse ab, das Krankenhaus erhält eine Fallpauschale für die pflegerische Leistung. Die Summe aus beidem ist niedriger als in einem Regelkrankenhaus, eben wegen des „schlanken Systems“ des Belegkrankenhauses, das auf Intensivmedizin verzichtet und weniger Personal vorhält.

Doch nun gerät dieses Modell in Schieflage. Der Grund ist die Gestufte Notfallversorgung: Seit 2019 werden den Beleghäusern 60 Euro abgezogen – für jede Behandlung. „Das trifft uns hart“, sagt Joachim Bauer, Geschäftsführer der Park-Klinik Kiel. „Die Summe ist nicht nach Schwere des Falls gestuft, sondern für Krebs-OP oder Mini-Eingriff gleich. Und in der Regel haben die Beleghäuser geringere Fallschweren.“

Betroffen ist dabei nicht die ärztliche Leistung, die der Operateur extra abrechnet, sondern nur der klinische Bereich inklusive der Pflege, „also genau der Bereich, den man ja eigentlich schützen und stützen sollte“, sagt Gerald Meyes (Interview S. 12). Die Interessengemeinschaft der 9B hat gemeinsam mit sieben anderen Häusern bundesweit Klage gegen den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eingereicht, doch bis der Fall durch die Instanzen gewandert und entschieden ist, könn-



ten Jahre vergehen, befürchtet Meyes. Um mit mehr Wucht auf dem Bundesparkett auftreten zu können, wollen sich eine Reihe von Belegkrankenhäusern dem Bundesverband der Belegärzte anschließen; vermutlich soll es im Oktober soweit sein. „Wir Kliniken bringen landespolitische Kontakte mit, der Bundesverband hat die Kompetenz auf Bundesebene, wir helfen uns da gegenseitig“, so Meyes. Das Ziel sei mehr Dialog, nicht nur auf der politischen Ebene, sondern auch mit der Kassenseite.

Werben für ihre Belange scheint notwendig, denn die kleinen Häuser stehen bei der schleichenden Neuordnung der Krankenhauslandschaft im Weg: „Es gibt den Wunsch nach größeren Einheiten und den Abbau von angenommenen Überkapazitäten. Da sind Beleghäuser oder Belegstationen im Fokus“, sagt Reimund. Schließlich sei es „leichter, eine Beleg-HNO-Station mit fünf Betten als eine chirurgische Abteilung mit 50 zu schließen“. Welche Leistungen und Aufgaben die Belegärzte erfüllen, dafür sei der Gemeinsame Bundesausschuss „völlig blind“, so scheint es Reimund.

Fuerst kann ein Beispiel dafür nennen, dass Beleghäuser von anderen Akteuren des Gesundheitssystems nicht wahrgenommen würden: „Zu Beginn der Corona-Krise ging es darum, Versorgungsstrukturen in Kiel aufzubauen, sowohl für an Covid-19 Erkrankte als auch für sonstige Notfälle. Wir mussten uns aktiv aufdrängen und sagen, uns gibt's auch noch.“ Er erinnert sich an eine Sitzung mit den Verantwortlichen in der Stadt, in denen die Vertreter der Kieler Belegkliniken aufzählten, „was wir können, was wir haben“, zum großen Staunen von Politik und Verwaltung: „In der Planung kamen wir vorher nicht vor, und den Eindruck haben wir in vielen Bereichen. Man denkt nicht an die Belegkrankenhäuser.“ Den Abschlag durch die gestufte Notfallversorgung findet er „völlig paradox“. Denn erstens sei die geringere Ausstattung der Häuser mit dem reduzierten DRG-Wert bereits eingepreist und zweitens seien zahlreiche Belegkliniken Teil der Notfallkette, darunter sein eigenes Haus: „Das Elisabeth-Krankenhaus wird bei Unfällen regulär angefahren.“

Weiß der G-BA diese Dinge wirklich nicht? Die Geschäftsstelle des Bundesausschusses antwortete mit einer Stellungnahme zu Sinn und Zweck der Notfallversorgung und erklärte: „Ein Krankenhaus, das die Anforderungen im Sinne der neuen Regelung nicht erfüllt, nimmt im entgeltrechtlichen Sinne nicht an der Notfallversorgung teil. Handelt es sich bei einer Belegklinik

laut Landeskrankenhausplan um ein zugelassenes Krankenhaus, gilt für sie die generelle entgeltrechtliche Regelung.“ Knapper gesagt: Wer die Vorteile des Systems nutzen will, muss auch die Kröten schlucken.

Doch ist das in diesem Fall sinnvoll? Nein, findet Dr. Marret Bohn: „Belegkliniken sind ein wichtiger Bestandteil der Krankenhausversorgung in Schleswig-Holstein, und die Bundespolitik darf die bestehenden Strukturen nicht einfach ersatzlos zerschlagen“, sagt die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen-Landtagsfraktion. „Aber Bundesgesundheitsminister Jens Spahn prescht voran, der G-BA entscheidet und die Länder stehen mal wieder vor einem Scherbenhaufen.“ Sie wünscht sich „Gesundheitsregionen, bei denen ambulante und stationäre Versorgung zusammenarbeiten“, und fordert: „Minister Spahn sollte die Kritik aus den Ländern und Kommunen ernst nehmen. Die Alleingänge aus dem Bundesgesundheitsministerium zerschlagen nur unnötig Porzellan und berücksichtigen die vor Ort gewachsenen Strukturen nicht.“ Denkbar wäre ein medizinischer „Versorgungsgipfel“, auf dem alle Beteiligten im Gesundheitswesen gemeinsam mit Bund und Ländern an praktikablen Lösungen arbeiten.

Die Bedeutung der Belegkliniken beschreibt auch das FDP-geführte Kieler Gesundheitsministerium: „Sie stellen ein anerkanntes Bindeglied zwischen ambulan-

ter und stationärer Versorgung dar“, sagt Sprecher Christian Kohl. Die Frage der Abschläge bewertet er nicht: Es handle sich um „Entgeltrecht, welches bundesgesetzlich geregelt ist“. Es lägen keine Erkenntnisse vor, was die Mindereinnahme für die Häuser wirtschaftlich bedeute. Kohl erinnert an „Fördermöglichkeiten aus dem Versorgungssicherungsfonds“, von denen auch belegärztliche Strukturen profitieren könnten.

Für Bernd Heinemann, Gesundheitsexperte der SPD-Fraktion, wäre das Modell „der guten alten DDR-Poliklinik“ ein guter Ansatz, ambulante und stationäre Hilfen zu verbinden: „Die Teilung Deutschlands ist so lange her, dass man ideologiefrei neu über solche Strukturen nachdenken könnte.“ Dass versucht werde, in den Krankenhäusern „Qualität durch hohe Fallzahlen zu erzwingen“ und darum die Notfallversorgung ein Kriterium sei, finde er nachvollziehbar, „aber die meisten Belegkliniken wollen gar nicht Teil der Notfallkette sein. Sie liegen zwischen den Sektoren und bräuchten eine andere Zuordnung.“

Denn gerade beim Stichwort Fallzahlen haben die Beleghäuser ein Wort mitzureden: „Wir haben pro Operateur eine hohe Eingriffsdichte“, sagt Fuerst. Er selbst kommt mit seinen endoprothetischen Eingriffen auf Zahlen, die „deutlich höher sind, als die Fachgesellschaften und die Richtlinien fordern“. Der Grund ist – neben dem

## "Spezialisierte Häuser, hohe Fallzahlen"

*Schleswig-Holstein zählt gemeinsam mit Bayern und Hessen zu den Schwerpunkten des Belegarztwesens in Deutschland. Zur Interessengemeinschaft 9B zählen die Park-Klinik, die Klinik Flechsig, die Helios-Klinik, die nordBLICK Augenklinik Bellevue, alle in Kiel, das Helios Agnes-Karll-Krankenhaus in Bad Schwartau, das Marien-Krankenhaus in Lübeck und die Klinik Dr. Winkler in Husum sowie in Hamburg die Facharzt-Klinik sowie das Krankenhaus Jerusalem. Hinzu kommen zwei weitere Belegkliniken in Schleswig-Holstein: Das Sankt Elisabeth-Krankenhaus (SEK) in Kiel und die Klinik Klosterstraße in Neumünster. Auf die sieben Kliniken in Schleswig-Holstein in der 9B-Gruppe entfallen 350 Betten und 20.000 Patienten, die stationär aufgenommen werden, hinzu kommen ambulante Operationen. Im Elisabeth-Krankenhaus werden im Jahr rund 3.000 Patienten stationär und knapp 800 ambulant operiert. In der Klosterstraße ist das Verhältnis umgekehrt: Auf 1.000 ambulante Behandlungen kommen knapp 400 stationäre. Die Klinik legt einen Schwerpunkt auf Gynäkologie, zudem ist neben Chirurgen eine Fachärztin für Pathologie Teil des Netzwerks. Insgesamt decken die Kliniken über 14 Fachrichtungen ab, darunter zahlreiche chirurgische Fächer wie Hand-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie inklusive der Plastische Chirurgie und Neurochirurgie, Venenchirurgie. Zudem geht es um Augenleiden, gynäkologische Krankheiten und Orthopädie bis hin zu Gelenkersatz sowie Schlafmedizin.*

„schlanken System“ – reiner Selbstschutz: „Den Eingriff, den man macht, sollte man gut beherrschen, schließlich steht man als Person für die Behandlung gerade.“ Das gelte zwar für jeden Operateur, aber im Fall der Belegärzte „ist keine Klinik im Hintergrund, wenn es zu juristischen Auseinandersetzungen kommt. Da muss man als Arzt alleine durch.“

Belegärzte sind in der Regel erfahrene Mediziner, viele kommen aus großen Krankenhäusern, waren Ober- oder Chefärzte, die sich in einer neuen Phase der Laufbahn wieder mehr auf die Behandlungen statt auf Klinikabläufe konzentrieren wollen. So ist die Kieler Park-Klinik, die mit nur 24 Betten im Krankenhausplan des Landes steht und in Spitzenzeiten 47 Betten aufstellen kann, eines der größten Zentren im Land für Schilddrüsenchirurgie; weitere Spezialitäten sind die minimalinvasive Chirurgie bei Gallensteinen und Bruchleiden. „Die Belegkliniken, die es heute noch gibt, machen hochkomplexe, spezialisierte Medizin auf hohem Niveau“, sagt Geschäftsführer Bauer. Dazu komme die persönliche Betreuung aller Kranken, die ein kleines Haus mit vergleichsweise hohem Personalschlüssel leisten könne.

Die Park-Klinik gehört den Ärzten, wobei heute nicht mehr der einzelne Mediziner, sondern die Praxen Anteile an der Krankenhaus-Gesellschaft halten. Reich würden Belegärzte durch die Klinik nicht „Das Geld verdienen sie in der Praxis, aber sie operieren gern und finden das Angebot wichtig“, sagt Bauer. Ziel sei vor allem, „keine Verluste zu machen“.

Doch werden die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen enger gespannt, suchen die Kliniken sich neue Konstrukte. Die Klinik Flechsig in Kiel ist zwar eine eigenständige Einheit, aber räumlich im Städtischen Krankenhaus angesiedelt. Das Elisabeth-Krankenhaus wird von der Lubinus-Stiftung getragen und die Dr. Winkler Klinik in Husum ist kürzlich Teil der amedes-Gruppe geworden, die Dienstleistungen für Ärzte und Kliniken anbietet. Die Ärzte, die bisher Teilhaber waren, sind nun Angestellte der Gruppe, doch in ihrer Arbeit und für die Patienten ändere sich dadurch nichts, sagt Verwaltungschef Meyes. Die Klinik erweitert sich, nimmt einen bisherigen Chefarzt am Diako-Krankenhaus Flensburg ins Team auf und eröffnet eine Zweigpraxis in Flensburg. Der Name aber bleibt, schließlich ist er seit fast 70 Jahren als Marke eingeführt, sagt Meyes: „In Husum heißt es: Man geht zum Winkler.“

ESTHER GEISSLINGER

## »Bundesgesundheitsminister Jens Spahn prescht voran, der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet und die Länder stehen mal wieder vor einem Scherbenhaufen.«

DR. MARRET BOHN



# „Die Lage verschärft sich“

**INTERVIEW** Gerald Meyes, Verwaltungschef der Dr. Winkler-Klinik in Husum und Sprecher der Interessengemeinschaft von 9 Belegkrankenhäusern, im Gespräch mit Esther Geisslinger.



Gerald Meyes

Herr Meyes, neun Häuser in Schleswig-Holstein und Hamburg gehören der 9B-Gemeinschaft an. Solche Zusammenschlüsse entstehen meist, weil ein Problem zu groß für ein Haus ist – was gab den Anstoß?

Gerald Meyes: 2007 war das Gründungsjahr der 9B-Interessengemeinschaft, allerdings gab es zunächst eine Kerngruppe von fünf Beleghäusern. Zielsetzung der „9B“ ist die Stärkung der Belegkrankenhäuser und des Belegarztwesens durch Hervorhebung der Vorteile und Alleinstellungsmerkmale in den gesundheitspolitischen Gremien. Denn die belegärztliche Versorgung ist per se die gelebte intersektorale Versorgung, die seit Jahren von der Politik gefordert wird und aktueller denn je ist.

Aber es scheint schwer, diese Botschaft zu transportieren?

Meyes: Seit Jahren verschärft sich die Lage sogar. Die Politik will direkt keine Häuser schließen, aber durch Gesetze für eine Bereinigung der Landschaft sorgen. So wird gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Zentrumsregelung die Fachabteilungsdefinition nur dann erfüllt, wenn die Ärzte festangestellt sind, also Hauptabteilungsstrukturen geschaffen sind. Das trifft für unse-

re Häuser nicht zu, schließlich arbeiten alle unsere Ärzte eigenständig. Ein anderes Beispiel ist die Richtlinie des G-BA zur Gestuften Notfallversorgung. Die Beleghäuser, die durch ihren Versorgungsauftrag nicht an der gestuften Notfallversorgung teilnehmen, da sie über keinen ärztlichen Dienst verfügen, der für die Notfallversorgung Voraussetzung ist, werden hier mit einem Abschlag belegt.

Im Sommer 2018 haben Sie in einem offenen Brief an den G-BA auf das Problem hingewiesen. Wie ist die Lage zurzeit?

Meyes: Wir zahlen den Abschlag in Höhe von 60 Euro pro Fall seit 2019. Bei Geburtskliniken wird dieser Abschlag sogar doppelt fällig. Er wird nicht aus dem ärztlichen Budget entnommen, da die Ärzte nicht im Krankenhaus angestellt sind, sondern aus dem Pflegebereich. Also genau der Bereich, den die Bundes- und Landespolitik eigentlich schützen und stützen wollen. Wir haben mit bundesweit 16 Häusern Klage dagegen erhoben. In den Budgetvereinbarungen steht, dass der Betrag rückabgewickelt wird, wenn wir gewinnen sollten. Die Klage wurde im Mai 2019 beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg erhoben, und wir vermuten, dass der Fall zum Bundessozialgericht, vielleicht sogar zum Bundesverfassungsgericht gehen wird. Bis zu einer Entscheidung können fünf bis sieben Jahre vergehen.

Was bedeutet das für die Häuser?

Meyes: Wir gehen davon aus, dass die meisten es die ersten drei bis fünf Jahre abfedern können. Aber je nach Größe der Kliniken gehen bis zu sechs Prozent vom Budget weg, und das kann man nicht ewig durchhalten. Die Einzelförderung für Bauvorhaben und Investitionen für Krankenhäuser ist seit Jahrzehnten viel zu gering. Des Weiteren wird per Gesetz die belegärztliche Versorgung insgesamt mit 20 Prozent weniger vergütet als die gleiche Versorgung in Hauptabteilungshäusern.

Wie Sie vorhin gesagt haben, sind die Belegkrankenhäuser eigentlich genau das, was die Politik wünscht. Was vermuten Sie, wieso werden ihnen Steine in den Weg gelegt?

Meyes: Großes Fragezeichen. Es stimmt ja, bei der Notfallversorgung und bei der Behandlung von Covid-Patienten sind wir generell nicht direkt beteiligt, da Belegklinien keine Intensivbetten vorhalten. Aber sind wir deswegen überflüssig? Wir glauben nicht. Der G-BA hat Millionen ausgelobt, um neue Modelle zu entwickeln, um die Sektorengrenzen zu überwinden, und wir sagen: Leute, es gibt uns doch schon! Das Belegwesen entstand als erste Krankenhausversorgung nach dem Krieg, und bis heute entlasten wir andere Häuser. Ja, es geht um die vergleichsweise einfachen Eingriffe, aber die Häuser sind teilweise hoch spezialisiert und kommen auf entsprechend hohe Fallzahlen. Sie sind dadurch für die gesundheitliche Versorgung der Einwohner ihrer Region sehr wichtig. Einige Belegkrankenhäuser, etwa in Hessen, sind sogar vom Landkreis zur Notfallversorgung verpflichtet worden. Schwer zu sagen, warum unsere Leistung nicht gesehen wird.

Was ist der Vorteil für die Ärzte, als Belegärzte tätig zu sein? Und ist das System noch zeitgemäß, schließlich wollen viele Mitglieder der jüngeren Arztgeneration eine bessere Work-Life-Balance?

Meyes: Ich glaube schon, dass die Belegpraxis weiter zeitgemäß ist. Die zeitliche Belastung kann der Arzt recht gut steuern, da die Operationen geplant sind. Vorteile für die Ärzte sind, dass sie ihre Patienten von der ambulanten Therapie zum stationären Aufenthalt und wieder zurück behandeln. Sie sehen die Ergebnisse ihrer Operation und die weitere ambulante Entwicklung. Allerdings sind die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen schwierig, auch wegen hoher Versicherungsprämien.

Vielen Dank für das Gespräch.

Offiziell als „Christiane Herzog Zentrum Nord“ und damit als anerkanntes Zentrum für die Behandlung von Mukoviszidose-Patienten ist das Städtische Krankenhaus Kiel (SKK) ausgewiesen worden. Damit wird gewürdigt, dass die Klinik erfolgreich darauf hinarbeitet, Betroffenen ein längeres und auch besseres Leben zu ermöglichen, als das noch vor einiger Zeit vorstellbar war.

Ann-Christin Schneider gehört zu diesen Betroffenen. Sie ist 38 Jahre alt, Mitarbeiterin im Gesundheitsamt der Stadt Kiel und steht auch sonst voll im Leben. „Dass ich erkrankt bin, vergesse ich im Alltag oft“, verrät sie. Jeden Morgen zu inhalieren, einmal pro Woche zur Physiotherapie zu gehen und eisern Medikamente zu nehmen, gehört zu den lästigen, aber unerlässlichen Pflichten, die mit ihrem Leben verbunden sind. Es ist noch nicht lange her, da erreichten nur die wenigsten an Mukoviszidose Erkrankten das Erwachsenenalter. Dass es heute um Lebenserwartung und Lebensqualität besser bestellt ist, liegt „an vielen kleinen und kleinsten Schritten“, sagt Dr. Rolf Hacker, Vorsitzender der Christiane Herzog Stiftung.

Um von der Christiane Herzog Stiftung als Zentrum für Mukoviszidose anerkannt zu werden, muss eine Klinik Kinder, Jugendliche und Erwachsene behandeln können, gestützt auf ein im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich interdisziplinär aufgestelltes Team. Kiel ist in Deutschland der achte Stiftungs-Standort und löst damit Hannover als bislang nördlichstes Zentrum ab.

Obwohl Mukoviszidose-Patienten heute im Durchschnitt mehr als 40 Jahre alt werden und Neugeborene mit dieser Krankheit auf eine Lebenszeit von 50 Jahren hoffen dürfen, werden nach wie vor etwa 25 Prozent der Erwachsenen in der Pädiatrie betreut. „Oftmals bestehen außerdem keine strukturierten Behandlungsnetze“, beschreibt Hacker die vielerorts weiterhin dürftige Situation.

Anders in der von Prof. Burkhard Bewig geleiteten 4. Medizinischen Klinik des SKK. „Wertvolle Erfahrung“ habe man im Umgang mit der Krankheit gesammelt, betont Bewig, der vom integrierten Behandlungskonzept seines Teams überzeugt ist. Hierzu zählen die Pädiater PD Dr. Andreas Claaß und Dr. Christian Timke, Oberärztin und Fachärztin für Pneumologie Dr. Ingrid Bobis sowie eine Mannschaft aus Ergotherapeuten, Ernährungsexperten, Psychologen und Pflegekräften, sodass kaum ein Lebensbereich der Betroffenen außen

# So selbstständig wie möglich

**MUKOVISZIDOSE** Das Städtische Krankenhaus Kiel ist jetzt ein Kompetenzzentrum.



*Dr. Christian Timke, Oberarzt der Kinder- und Jugendmedizin, Chefarzt Prof. Burkhard Bewig von der 4. Medizinischen Klinik, Oberärztin Dr. Ingrid Bobis, Dr. Rolf Hacker, Vorsitzender der Christiane-Herzog-Stiftung und PD Dr. Andreas Claaß, Chefarzt in der Kinder- und Jugendmedizin (von links) mit den Dokumenten, die das Städtische Krankenhaus Kiel als Mukoviszidose-Zentrum ausweisen.*

vor bleibt. „Damit sind beste Voraussetzungen für eine optimale Behandlung von Patienten jeder Altersklasse gegeben“, betont Rolf Hacker.

Für Claaß, der vor 17 Jahren ans SKK kam und dort die Mukoviszidose-Strategie grundlegend modernisierte, bedeutet die Anerkennung als Christiane Herzog Zentrum eine „neue Qualität“ für diese Abteilung. Unter anderem rechnet er fest damit, dass es einfacher wird, qualifiziertes Personal für diese Arbeit zu finden. Deren Spektrum erweitert sich tatsächlich immer mehr, betonte sein Kollege Timke unter Verweis auf das Ende 2016 eingeführte Neugeborenen-Screening. Das bringt nach seiner Erfahrung einerseits Vorteile durch die Chance zu frühzeitiger Therapie, aber auch die Herausforderung, Eltern eines scheinbar kerngesunden Babys beibringen zu müssen, dass sie es mit einer lebenslang einschränkenden Krankheit zu tun haben.

Deshalb, erläuterte Ingrid Bobis, bleibe das ärztliche Personal oft über Jahre mit den Mukoviszidose-Kranken verbunden. „Da entstehen natürlich ganz enge Beziehungen“, beschreibt sie einen im Medizinbetrieb besonderen Charakter dieser Arbeit. Was sie daran am meisten beeindruckt: „Der Mut und die Lebenskraft, mit

der die Menschen ihren Alltag meistern.“ Was sie am meisten fürchtet: „Die Zeit, in der man letzten Endes doch Abschied nehmen muss, denn das Sterben gehört leider Gottes nun einmal dazu.“

Durch die Anerkennung als „Christiane Herzog Zentrum Nord“ erhält das SKK eine jährliche Förderung von 50.000 Euro. Diese Summe kann künftig höher ausfallen, weil die Stiftung regelmäßig auch Forschungsprojekte zum Thema Mukoviszidose unterstützt. Benannt ist die Stiftung nach Christiane Herzog (1936-2000), der Frau des ehemaligen Bundespräsidenten Roman Herzog. Sie kam 1985 erstmals mit Mukoviszidose-Patienten in Kontakt und beschloss daraufhin, ihren Status zu nutzen, um diese vergessene Krankheit ins Licht der Öffentlichkeit zu rücken und die medizinische Forschung sowie die Weiterentwicklung von Therapien zu unterstützen. Dazu gründete sie 1986 den Förderverein Mukoviszidose-Hilfe, den sie 1997 in die Christiane Herzog Stiftung für Mukoviszidose-Kranke umwandelte. Mit Mukoviszidose leben derzeit in Deutschland ungefähr 8.000 Minderjährige und Erwachsene. Jährlich kommen etwa 200 Neuerkrankungen hinzu.

MARTIN GEIST

# Austausch über, aber ohne Corona

**KAMMERVERSAMMLUNG** Die Kammerarbeit muss trotz Corona weitergehen. Unverzichtbar ist dafür die Kammerversammlung, die am 2. September erstmals in diesem Jahr stattfinden konnte – dank eines Hygieneplans, der auch die Infektionsschutzreferentin des Landesgesundheitsministeriums, Dr. Anne Marcic, überzeugte.

**D**elegierte, Vorstand, Gäste, Mitarbeiter der Geschäftsstelle: Selbst wenn man den Kreis der Teilnehmer einer Kammerversammlung auf die begrenzt, die auf keinen Fall fehlen dürfen, bleibt eine Zahl von rund 80 Menschen, die mehrere Stunden gemeinsam in einem Tagungsraum verbringen sollen. Geht das unter Infektionsschutzgesichtspunkten? Vor dieser Frage stand die Ärztekammer Schleswig-Holstein vor ihrer ersten Kammerversammlung in der Corona-Pandemie.

Die Kammer entschied sich dafür. „Ein gewähltes Parlament sollte sich direkt austauschen, im Diskurs, auch mit Emotionen – davon lebt Demokratie und dazu stehe ich“, sagte Präsident Prof. Henrik Herrmann. Ein Hygieneplan rief den Teilnehmern Regeln wie Abstand halten, Maske tragen, Dauerbelüftung und weitere Vorsichtsmaßnahmen in Erinnerung. Offensichtlich überzeugte der Plan, denn:

- ▶ Mehr als 50 der 70 Delegierten erschienen. Eine Absage, weil jemand Angst vor einer Ansteckung in der Versammlung hatte, erreichte die Kammer nicht.
- ▶ Die Infektionsschutzreferentin des Landesgesundheitsministeriums, Dr. Anne Marcic, war als Gast dabei. Das Erscheinen der wichtigsten Fachfrau des Landes auf diesem Gebiet unterstrich deren Vertrauen in die Vorsichtsmaßnahmen.
- ▶ Infektionen wurden im Nachgang der Versammlung nicht bekannt. Alle Anwesenden sind offensichtlich gesund geblieben.

Natürlich dominierte das Thema Corona die Kammerversammlung auch inhaltlich. Der Präsident erinnerte an die Leistungen von Ärzten, aber auch von anderen Berufen in den vergangenen Monaten unter den besonderen Herausforderungen der Pande-



»Ein gewähltes Parlament sollte sich direkt austauschen, im Diskurs, auch mit Emotionen – davon lebt Demokratie und dazu stehe ich.«

PROF. HENRIK HERRMANN

mie. Das bei der Politik beliebte Wort „systemrelevant“ lehnt er ab: „Das ist für mich eher ein Unwort, denn jeder Mensch hat auf ihre/seine Weise beigetragen. Für mich gibt es keine systemunrelevanten Berufe oder Menschen.“ Diskussionen über die Frage, welcher Beruf mehr und welcher weniger Verdienste bei der Krisenbewältigung aufweist, hält er für kontraproduktiv. Herrmann betonte: „Alle Mitarbeiter im Gesundheitswesen, ob Ärztinnen und Ärzte oder alle anderen Gesundheitsberufe, ob ambulant, stationär, in den Gesundheitsämtern oder in welcher medizinischen oder administrativen Einrichtung auch immer, ob jung oder alt – alle haben dazu beigetragen, dass wir die Pandemie bisher gut überstanden haben.“

Die Betonung lag allerdings auf bisher. Herrmann machte deutlich, dass wir weiter mit dem Virus leben müssen. Dazu gehöre auch, dass sich das Wissen über das Virus manchmal täglich erneuere: „Die Vermutung von gestern ist das vermeintliche

## Info

*Mehr als 2.500 Ärztinnen und Ärzte im Land, die erst seit einigen Jahren im Ruhestand sind, hatte die Kammer im März mit der Frage angeschrieben, ob sie in der Pandemie helfen könnten. Mehr als 500 waren dazu bereit. Viele andere hätten gerne geholfen, konnten dies aber aus gesundheitlichen Gründen nicht.*

Wissen von heute, das morgen widerlegt wird.“ Darin liegt für ihn die Ursache von Angst und Ohnmacht, die viele Menschen wegen Corona verspüren und die zugleich den Nährboden für Verschwörungstheorien bilden.

Mit diesen werden Ärzte im Alltag massiv konfrontiert, wie die Beiträge der Kammerdelegierten zeigten. Dr. Norbert Jaeger aus Kiel zeigte sich nach Diskussionen mit „Corona-Leugnern“ bestürzt, weil sich darunter auch Berufskollegen befinden. „Diese Kollegen richten unglaublichen Schaden an. Was kann man tun?“, fragte Jaeger. Eine mögliche Antwort gab er selbst: Die „Gassenhauer der Verleugnungen“ sammeln und widerlegen. Herrmann will nicht nur informieren, sondern bei entsprechenden Verstößen noch einen Schritt weiter gehen. Er kündigte an: „Wenn das selbstverständliche Terrain der Meinungsäußerung verlassen wird und zu unprofessionellem, unärztlichem Handeln führt, dann sind wir berufsrechtlich gefragt.“ Dies gilt zum Beispiel für Ärzte, die Gefälligkeitsatteste ausstellen, um Menschen vom Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes zu befreien. Kammerdelegierte wie Dr. Hania Stoba und Dr. André Kröncke berichteten, dass solche Versuche keine Ausnah-

*Links: Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann beim ersten persönlichen Austausch der Kammerdelegierten in diesem Jahr. Er machte klar, dass der Austausch von Angesicht zu Angesicht unverzichtbar bleibt.*

*Rechts: Dr. Anne Marcic, Infektionsschutzreferentin des Landesgesundheitsministeriums, dämpfte die Hoffnungen auf eine schnelle Verfügbarkeit eines Impfstoffes gegen das Coronavirus.*





*Der Kieler Delegierte PD Dr. Holger Hinrichsen bei der Diskussion mit Dr. Anne Marcic. Neben dem Gastroenterologen beteiligten sich zahlreiche Delegierte mit Fragen an die Infektionsschutzreferentin im Landesgesundheitsministerium. Zuvor hatte Präsident Prof. Henrik Herrmann Marcic bescheinigt: „Sie haben im Hintergrund wirklich Großartiges geleistet.“*

men sind. Hier gibt es eine Schnittmenge zu Verschwörunganhängern, oft handelt es sich aber auch um Menschen, denen Bequemlichkeit vor Schutz geht, etwa, wenn sie diese Befreiung, wie Kröncke es erlebt hat, vor einer Kreuzfahrt wünschen. Von dieser gefühlten „Mund-Nasen-Schutz-Unverträglichkeit“ sind nach Beobachtung Stobas erstaunlicherweise häufig Menschen betroffen, die aufgrund ihres Alters oder von Vorerkrankungen zur Risikogruppe zählen. Sie fragte: „Wer stellte solche Atteste aus?“

Marcic stellte in diesem Zusammenhang fest: „Das sind Gefälligkeitsatteste. Ich weiß nicht, wer das macht und auf welcher Grundlage.“ Trotz solcher Beobachtungen: Die bislang vorliegenden Zahlen zeigen für Marcic, dass es in Deutschland gelingt, die Risikogruppen zu schützen. Die derzeitige Strategie, möglichst wenige Infektionen zuzulassen, hält sie für wirkungsvoller als die einer „allgemeinen Durchseuchung der Bevölkerung“.

Wegen einiger Parallelen in den Aussagen von Impfgegnern und Verschwörunganhängern empfahl Marcic einen Blick auf die Seiten des Paul-Ehrlich-Instituts, das sich mit den Argumenten der Impfgegner auseinandergesetzt hat. Auf die Frage des Kieler Delegierten PD Dr. Holger Hinrichsen, was sie von der Ausrichtung der Kieler Woche halte, sprach Marcic von einem „Experiment“. Positiv hob sie hervor, dass die Veranstaltungen unter freiem Himmel stattfanden. Marcic ließ aber durchblicken, dass ihr aus fachlicher Sicht eine

rein auf das Segeln beschränkte Kieler Woche in diesem Jahr lieber gewesen wäre. Ablehnend äußerte sich Marcic zu Wünschen, Sportveranstaltungen mit großer Zuschauerzahl in der Halle stattfinden zu lassen. Spiele der Handball-Bundesligavereine mit der sonst gewohnten Zuschauerzahl unter dem geschlossenen Hallendach hält sie derzeit noch nicht wieder für angezeigt.

Auch das Thema Impfstoff interessierte die Delegierten. Marcic warnte in diesem Zusammenhang vor überhöhten Erwartungen an die Forscher und vor Hoffnungen, dass ein schnell verfügbarer Impfstoff

dafür sorgen könne, die Pandemie in Kürze zu beenden. Die Erforschung eines neuen Impfstoffes erfordere Zeit und Sorgfalt, was nicht überall akzeptiert werde. „Manchmal wird mir angst und bange, wenn ich höre, wer alles an einem Impfstoff arbeitet“, so Marcic. Befürchtungen, dass ein nicht ausreichend geprüfter Impfstoff in Deutschland zugelassen werden könnte, hat sie nicht. „Auf das Zulassungsverfahren in Deutschland kann man vertrauen“, stellte sie klar. Dass das Erforschen eines Impfstoffes auch Rückschläge beinhaltet, zeigte sich wenige Tage nach der Kammerver-

## Info

**606.000 Fortbildungspunkte wurden im ersten Halbjahr 2020 in Schleswig-Holstein digital erfasst – im Durchschnitt bedeutet dies 33 Punkte pro Kammermitglied. Die hohe Zahl zeigt, dass viele Ärzte auf digitale Angebote zurückgreifen konnten. Die Sorge, dass wegen eingeschränkter Präsenzveranstaltungen nicht genügend Fortbildungspunkte gesammelt werden könnten, erwies sich damit als unbegründet.**



*Anne Schluck, Delegierte aus Ostholstein, bei der Diskussion in der Kammerversammlung, die erstmals unter Corona-Bedingungen stattfand. Das hieß u. a.: Nur am Tisch ohne Maske, ausreichend Abstand zu den anderen Delegierten und Verzicht auf die sonst üblichen Gespräche in Gruppen vor- oder hinterher. Stattdessen Dauerbelüftung und Einbahnwege.*



sammlung, als das Pharmaunternehmen AstraZeneca sein Studienprogramm für einen Corona-Impfstoff zwischenzeitlich unterbrechen musste, nachdem eine Probandin erkrankt war.

Nach der Diskussion standen wieder die Kernthemen der Ärztekammer im Mittelpunkt: Weiter- und Fortbildung. Auch die Gesundheitspolitik wurde angesprochen und damit die Frage, ob die Pandemie zu einem anderen Stellenwert der Gesundheit in der Politik führt. Die für den Präsidenten offenen Fragen in diesem Zusammenhang an die Politik: „Lernen wir

aus der Pandemie, uns auf die nächste besser vorzubereiten oder ist unser Gedächtnis nur kurzfristig? Sehen wir die Gesundheit wirklich als hohes Gut oder überwiegt der Geiz?“

Zum Ende der rund fünfstündigen Versammlung zog er ein positives Fazit dieser besonderen Kammerversammlung: „Die Entscheidung für eine Präsenzveranstaltung war richtig. Vieles der heutigen Diskussion wäre per Video nicht möglich gewesen.“ Die Protokolle der Versammlung sind für alle Mitglieder über das „AKIS“ einsehbar.

DIRK SCHNACK

*Bild unten: Eine Kammerversammlung auf Abstand. Möglich machte dies die Akademie der Ärztekammer, deren Räume am 2. September komplett für die Kammerversammlung genutzt wurden.*

FOTOS: SC/DI



# „Nicht witzig, sondern blöde“

**COVID-19** Weltweit steigende Infektionszahlen, in Schleswig-Holstein bis Ende September noch moderate Zuwächse. Das Verhalten mancher Menschen stößt auf Unverständnis.



Die im September deutlich gestiegenen Infektionszahlen haben Bundes- und Landesregierung sowie medizinische Experten zu deutlichen Mahnungen zum Verhalten der Menschen veranlasst. Auch wenn Schleswig-Holstein Ende vergangenen Monats im Vergleich zu anderen Bundesländern noch vergleichsweise wenige Infektionen aufwies, warnten auch Ministerpräsident Daniel Günther (CDU) und Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) vor einem nachlässigen Verhalten und einer Verharmlosung der Situation. Die Landesregierung entschloss sich Ende September zu keinen weiteren Lockerungen.

„Gerade in Zeiten, in denen wieder mehr Freiheiten möglich sind, ist es notwendig, dass alle die Regeln einhalten“, sagte Günther nach einer Videokonferenz mit Experten über den Verlauf der Coronapandemie. Er appellierte zugleich an die Bevölkerung, auf Reisen in den Herbstferien zu verzichten. Passend dazu wies das Robert Koch-Institut (RKI) neben zahlreichen anderen Gebieten auch die dänische Region Hovedstaden inklusive der Hauptstadt Kopenhagen als Risikogebiet aus.

Garg warnte zu mehreren Anlässen im September davor, Covid-19 auf die leichte Schulter zu nehmen. „Das Coronavirus ist kein Schnupfen“, sagte Garg. Weil die Erkrankung sehr schwere Verläufe nehmen könne, sei es oberstes Gebot der Landesregierung, die Menschen in Schleswig-Holstein zu schützen. Gelingen soll dies mithilfe einer Kombination aus consequen-

ter Ahndung von Verstößen und Verweisen auf vernünftiges Verhalten und Gemein-sinn. „Wir müssen als Land zusammenstehen, um gemeinsam durch die Pandemie zu kommen“, sagte Garg.

Kein Verständnis zeigte der Minister für Nachlässigkeiten oder mutwillige Verstöße gegen die Vorsichtsmaßnahmen, etwa die mehrfach registrierte Hinterlegung falscher Kontaktdaten bei Restaurantbesuchen. Klare Ansage des Ministers hierzu: „Das ist nicht nur nicht witzig, sondern blöde, rechtswidrig und rücksichtslos.“ Schließlich sei die Kontaktnachverfolgung eines der wirkungsvollsten Instrumente im Kampf gegen die Pandemie und helfe dabei, Infektionsketten rechtzeitig zu erkennen und zu brechen.

Wie wird geahndet? Verstöße gegen die geltenden Schutzmaßnahmen sind bußgeldbewehrt und können von den Behörden kontrolliert werden. Bußgelder in einer Höhe von bis zu 10.000 Euro sind zum Beispiel bei Verstößen gegen die Regel der 14-tägigen Quarantäne im eigenen Zuhause möglich. Bis zu 5.000 Euro können verhängt werden, wenn trotz Quarantäne-

## Info

*Wegen Corona nimmt die Landesregierung einen weiteren Kredit in Höhe von 4,5 Milliarden Euro auf. 100 Millionen Euro davon sind für Investitionen in ausreichende Impf- und Testkapazitäten vorgesehen.*

bestimmungen nach Ein- oder Rückreise aus einem Risikogebiet Besuch empfangen wird. Bis zu 2.000 Euro können verhängt werden, wenn Einreisende/Rückreisende sich nicht beim zuständigen Gesundheitsamt melden.

Die Gesundheitsämter stellen solche Verstöße vor große zusätzliche Hürden, die ihnen die ohnehin herausfordernde Arbeit weiter erschweren. Wie angespannt die Situation im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) derzeit ist, machte Dr. Alexandra Barth in einem bei der TK-Jahrestagung in Kiel ausgestrahlten Videointerview deutlich. Die Vorsitzende des Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD berichtete von der seit Monaten bestehenden Arbeitsbelastung der Mitarbeiter und sagte: „So wie jetzt können wir nicht über Monate weiter arbeiten.“

Barth hatte zuvor in einem Gespräch mit den „Kieler Nachrichten“ deutliche Worte für ihre Mitmenschen in Neumünster gefunden, wo sie im Fachdienst Gesundheit mit steigenden Infektionszahlen konfrontiert war. „Die Neumünsteraner gehen absolut unvernünftig mit der bedrohlichen Situation um und tun durch enges Beieinandersein so, als wäre schon alles vorbei“, wurde Barth in der Zeitung zitiert. Die Sieben-Tage-Inzidenz in der kreisfreien Stadt war zwischenzeitlich auf rund 31 pro 100.000 Einwohner gestiegen, sodass Oberbürgermeister Olaf Tauras sich zur Ankündigung von Einschnitten im öffentlichen Leben bei weiter steigenden Zahlen gezwungen sah.

DIRK SCHNACK

# Strategie für neue Normalität gesucht

**KVSH** Können wir mit dem Virus zu einem normalen Alltag zurückkehren? Impfung, WarnApp und Virologen-Ratschläge allein werden nicht reichen.

Nur auf die Impfung warten, auf die WarnApp vertrauen und auf Ratschläge von Virologen über Medien hören – das ist nach Ansicht der KV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Monika Schliffke keine langfristige Strategie für den Umgang mit SARS-Cov-2. Für eine „neue Normalität“ ist nach ihrer Einschätzung mehr Aufklärung durch niedergelassene Ärzte erforderlich.

„Je mehr wir über die Risiken, Interaktionen, Erkrankungsausprägungen und Langzeitauswirkungen von Covid lernen, desto besser wird die Beratung durch die Ärzte geschehen können, genauso wie bei anderen Infektionskrankheiten auch“, sagte Schliffke auf der KV-Abgeordnetenversammlung am 26. September in Bad Segeberg. Sie sieht dieses Thema weder bei den Gesundheitsämtern, noch bei einem Bundesamt für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt „und es ist auch kein Thema, das sich digital mit Apps lösen lässt“, wie Schliffke betonte.

Erleichtert werden könnte den Ärzten diese Aufgabe durch Leitlinien, die als Lehre aus dem bisherigen Infektionsgeschehen gezogen werden. Dabei erwartet Schliffke nicht, dass schon im kommenden Jahr jede Frage beantwortet werden kann. Sie betonte aber: „Es gehört zu jeder freiheitlichen Gesellschaft, dass man mit gewissen Unsicherheiten und Risiken lebt, die man auch aushalten muss, wenn man sich nicht selbst ein Gefängnis verordnen will.“

Deutlich wurde in der Versammlung, dass Covid-19 weiterhin den Arbeitsalltag vieler Praxen extrem belastet. „Ich habe seit sechs Monaten keine Normalität in der Praxis. Die Patienten haben Angst, dagegen wird politisch nichts getan“, kritisierte Allgemeinmediziner Björn Steffensen aus Nordfriesland. Enttäuscht war er zudem vom Honorarabschluss auf Bundesebene. Verstärkt wurde sein Gefühl von Ungerechtigkeit durch die hohen Summen, die dem stationären Sektor in Aussicht gestellt wur-

den. Welche Honorarerhöhung aber wäre angebracht, was wäre in den Augen der Praxisinhaber gerecht gewesen? KV-Vorstand Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach stellte klar. „1,25 Prozent sind kein Ausdruck von Wertschätzung.“ Zur Wahrheit gehöre aber auch, dass die Praxen im Vergleich zu anderen Freiberuflern finanziell glimpflich durch die Krise gekommen sind. Die Honorareinbußen hielten sich in Grenzen und für Kritik an diesem Punkt, so Ennenbach, würde die Bevölkerung wohl kaum mit Verständnis reagieren. Hinzu kommt

die extrem angespannte und unsichere Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen, nachdem der Gesundheitsfonds durch die Politik „geplündert“ wurde und zahlreiche Gesetze mit finanziellen Folgen verabschiedet wurden.

„In diesem Kontext muss man den Abschluss betrachten“, so Ennenbach. Den Perspektivwechsel empfanden viele Abgeordnete als hilfreich, der Wunsch nach Anerkennung der geleisteten Arbeit in den vergangenen Monaten blieb dennoch.

DIRK SCHNACK

SATTE  
RABATTE

medatixx

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



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. Noch ein Grund zur Freude: Sie können die Videosprechstunde x.onvid bis 30.11.2020 kostenfrei nutzen.

Jetzt zugreifen beim „**Satte-Rabatte**“-Angebot. Details unter [satte-rabatte.medatixx.de](https://satte-rabatte.medatixx.de)

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

# Testläufe für eine bessere Versorgung

**VERSORGUNG** 21 Projekte im Land werden über den Versorgungssicherungsfonds des Landes gefördert. Dazu zählen auch viele von Ärzten initiierte oder geleitete Programme, die die Versorgung verbessern helfen.

Viele Ideen und Projekte im Gesundheitswesen scheitern an den gleichen Hürden: Die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren funktioniert nicht, an den Schnittstellen mit anderen Gesundheitsberufen gibt es Probleme und die Kostenträger sehen keine Möglichkeit, das Projekt finanziell zu unterstützen. So bleiben viele gute Ansätze schon im Anfangsstadium stecken und können nicht weiterverfolgt werden.

Die Landesregierung will mit dem Versorgungssicherungsfonds verhindern, dass sinnvolle Projekte scheitern, weil das Geld fehlt. Zugleich soll geprüft werden, ob eine Überführung in die Regelversorgung möglich ist (siehe Interview mit Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg).

Der Fonds steht gezielt für Projekte zur Verfügung, die der medizinischen Grundversorgung im Land dienen. So wie „Heureka“, für das das Land die maximal mögliche Fördersumme von einer halben Million Euro nahezu ausschöpft. Bei „Heureka“, streben die Ärztgenossenschaft Nord, Pädiater, Hausärzte und weitere Akteure an, die Behandlung adipöser Kinder und Jugendlicher zu verbessern. Mithilfe eines Behandlungspfades sollen sie eine strukturierte und passgenaue Therapie erhalten.

Voraussetzung dafür ist, dass Haus- und Kinderärzte die Familien der übergewichtigen Patienten ansprechen und die Indikation für eine Behandlung stellen. „Die Primärärzte sollen aufgrund ihrer Kenntnis der Patienten und Familien festlegen, welchen Weg die Patienten innerhalb des Behandlungspfades nehmen sollen“, sagt Projektleiter Dr. Michael Emken, Allgemeinmediziner aus Bad Segeberg. Es stehen drei Behandlungswege zur Verfügung:

- ▶ ambulantes Trainingsprogramm,
- ▶ bei psychischen Auffälligkeiten Ersteinschätzung durch Kinderpsychiater und gegebenenfalls ambulantes Trainingsprogramm und Nachsorge,
- ▶ bei begründeten Fällen vorübergehende Herausnahme aus dem sozialen Umfeld mit stationärer Behandlung und Nachsorge.

Eine Case-Managerin begleitet die Familien durch die Behandlungspfade und übernimmt das Schnittstellenmanagement. Neben Primärärzten in Kiel, Lübeck, Neumünster, Preetz, Bad Segeberg und Wahlstedt sollen niedergelassene Ernährungstherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, die Fachklinik für Kinder und Jugendliche in Westerland auf Sylt und Anbieter ambulanter Trainingskurse („FördeKids“,

„Zimt“) eingebunden werden. Emken ist zusammen mit Kinderarzt Ingo Menrath vom UKSH in Lübeck ärztlicher Leiter des Zentrums für interdisziplinär modulare Trainingsprogramme („Zimt“). Zur Gründung des Zentrums hatten sie sich unter anderem aufgrund ihrer Beobachtung entschlossen, dass viele adipöse Kinder zwar im Gesundheitswesen mit anderen Problemen vorstellig werden, ohne dabei aber auf ihr Übergewicht angesprochen zu werden. Wenn es doch zu Behandlungen kommt, sind diese meist zeitlich sehr eng befristet und nicht immer zielgenau.

„Heureka“ ist nur ein Beispiel für mittlerweile 21 Projekte im schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen, die über den Fonds die Möglichkeit erhalten, die Versorgung in Schleswig-Holstein zu verbessern. Zwischen 97.000 und 500.000 Euro liegen die Förderbeträge, die seit 2018 bewilligt wurden. Etwas mehr als zwei der 7,8 Millionen bewilligten Euro wurden schon ausgezahlt. Über viele der geförderten Projekte hat das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt berichtet. Dazu zählt etwa der Schmerzstrang Nordwest, der die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten verbessern soll. Ein Telemedizinprojekt des Hausärzterverbandes wird unterstützt, weil es die

**7,8 Mio €**

wurden bislang als Fördergelder für die 21 Projekte bewilligt. Geflossen sind davon bisher 2,1 Millionen Euro. Die Projekte laufen in der Regel über mehrere Jahre.

**500.000 €**

beträgt die Höchstförderung für Projekte, die aus dem Versorgungssicherungsfonds bewilligt werden. Die niedrigste Fördersumme beläuft sich bislang auf 97.652 Euro.

**370.199 €**

beträgt bislang die durchschnittliche Fördersumme für die schon bewilligten Projekte im Land. Maximal können Projekte über 36 Monate gefördert werden.



*Dr. rer. pol. Heiner Garg hat den Versorgungssicherungsfonds als Gesundheitsminister in Schleswig-Holstein maßgeblich mitinitiiert.*

Allgemeinmediziner im ländlichen Raum entlasten soll. Der Weiterbildungsverbund Pädiatrie erhält eine Förderung, weil er die Qualität der Facharztweiterbildung erhöht. Das Modell der Hospizinitiative Neumünster soll die Sterbebegleitung verbessern und zugleich Rettungsdienste und Krankenhäuser entlasten.

Ein gefördertes Projekt ist mittlerweile eingestellt worden: die Transsektorale Videoberatung von Notfallpatienten im Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster. Ziel war es, die Fehlallokation von Patienten zu verhindern. Sie sollten sich über Videotelefonie zuvor mit einem Arzt des FEK austauschen. So sollte anhand der beim Videogespräch erfassten Daten und Symptome entschieden werden, ob und wie schnell eine ärztliche Behandlung erfolgen muss. Die Idee dahinter: Notfälle sollten sofort im Krankenhaus versorgt, leichtere Fälle dagegen auf die Sprechzeiten der niedergelassenen Ärzte verwiesen werden. Der Ansatz versprach eine Entlastung der Notaufnahme und erfreute sich zwar beachtlicher Resonanz in den Medien, die Patienten aber nutzten diese Möglichkeit nicht im erhofften Maße, sodass das FEK sich zur Einstellung des Projektes entschloss.

Das Zwischenfazit der Landesregierung fällt dennoch positiv aus, weil die hohe Zahl der Projekte den Bedarf an einer Weiterentwicklung der Versorgung im Land zeigt. Ziel ist es nun, die Förderrichtlinie zu verlängern, sodass Projekte auch über August 2021 hinaus beantragt werden. Interessenten wenden sich an: [ruth.hesse@sozmi.landsh.de](mailto:ruth.hesse@sozmi.landsh.de) (0431/988 5609).

DIRK SCHNACK

## "Mit dem Potenzial für die Regelversorgung"

**INTERVIEW** Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg im Gespräch mit Dirk Schnack zum Versorgungssicherungsfonds.

**Herr Minister, der Versorgungssicherungsfonds hat bislang 7,8 Millionen Euro bewilligt. Warum schüttet die Landesregierung so viel Geld aus?**

**Dr. rer. pol. Garg:** Den Versorgungssicherungsfonds hat die Jamaika-Koalition eingerichtet, weil dieser ein wichtiger Baustein für die Sicherung und den Erhalt der medizinischen Grundversorgung in der Fläche ist. Das Land leistet damit einen finanziellen Beitrag, um die qualitative Weiterentwicklung der ambulanten, stationären und sektorenverbindenden Versorgung zu beschleunigen.

**Wenn das Versorgungssystem und damit die Versicherten profitieren, warum stellen die Krankenkassen dieses Geld nicht zur Verfügung?**

**Garg:** Die Krankenkassen sind ein wichtiger Partner des Landes bei der Umsetzung von Projekten im Rahmen des Versorgungssicherungsfonds. Das ist etwa beim Projekt Telemedizin im ländlichen Raum der Techniker Krankenkasse der Fall: Das Land übernimmt die Kosten für die technische Ausstattung, während alle ärztlichen Leistungen von der Krankenkasse finanziert werden.

**Wie muss ein Projekt aussehen, damit es aus diesem Fonds unterstützt wird?**

**Garg:** Förderfähig sind Projekte, die zum Erhalt und zur Absicherung bestehender Versorgungskonzepte beitragen, die sektorenverbindende Versorgung verbessern und den Transfer neuer wissenschaft-

licher Erkenntnisse unterstützen. Die Projekte sollten das Potenzial haben, in die Regelversorgung überführt werden zu können.

**Kommen wir zur sektorübergreifenden Versorgung: Warum funktioniert etwas, was seit Jahrzehnten als Defizit erkannt ist, immer noch nicht besser?**

**Garg:** Die Sektorentrennung ist tief in den Grundstrukturen des Gesundheitssystems verankert. Bisher ergriffene Einzelmaßnahmen haben nur sehr unzureichend dazu geführt, die Sektorentrennung zu überwinden. Die Mittel aus dem Versorgungssicherungsfonds sollen dazu beitragen, die sektorenverbindende Versorgung deutlich zu stärken.

**Welche Erkenntnisse liefern Ihnen die bislang geförderten Projekte und warum will das Land über den ursprünglich angedachten Zeitraum bis August 2021 noch verlängern?**

**Garg:** Die Förderung aus dem Versorgungssicherungsfonds ermöglicht es insbesondere, sehr spezifische lokale Versorgungsprobleme zu lösen. Um dies auch zukünftig zu ermöglichen und um Strukturen zu schaffen, welche die Versorgung innovativer und zukunftsfähiger machen, haben wir uns entschieden, die Förderrichtlinie zu verlängern. Davon werden natürlich auch die Patientinnen und Patienten profitieren.

**Vielen Dank für das Gespräch.**

# Viel Vertrauen in die Kommunen

**REKOMMUNALISIERUNG** Welche Rolle spielen die Kommunen künftig in der Gesundheitsversorgung? Die SPD in Schleswig-Holstein sieht sie stationär und ambulant gefordert.

Schon Ende Mai hatte der Landesvorstand der SPD die Forderung nach einer starken Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung in seinen Thesen zur Gesundheitspolitik verankert. Kürzlich zogen junge SPD-Kommunalpolitiker um Schleswig-Holsteins Juso-Landesvorsitzenden Simon Bull nach und regten eine Rekommunalisierung von Krankenhäusern an.

„Kostensparender als öffentliche Betreiber sind private Akteure nicht durch überlegene Marktkennntnis oder kluge Strategien, sondern durch Lohndumping, gefährlich verdichtete Arbeitsbelastung oder Auslagerung unverzichtbarer Dienstleistungen“, meinen die jungen Sozialdemokraten. Sie attestieren dem bestehenden stationären System, schon im Normalbetrieb am Limit zu arbeiten – im Notfall fehlen nach ihrer Beobachtung dann erforderliche Reserven.

Deshalb fordern sie eine Stärkung der öffentlichen Kliniken und eine Rekommunalisierung ehemals öffentlicher Häuser. „Für eine gute Personalausstattung und das notwendige Leistungsangebot bei öffentlichen Häusern wird die öffentliche Hand im Zweifel auch rote Zahlen in Kauf nehmen müssen“, finden sie. Bull begründete den Zeitpunkt der Forderung mit Defiziten, die in der Pandemie aufgetreten seien. „Deshalb muss man sich jetzt Gedanken machen, wie man diese Defizite angeht“, so Bull.

Mit ihrer Forderung liegen die Nachwuchspolitiker auf Linie des Landesvorstands. Auch die Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) hatte kürzlich ein Zurückdrängen privater Strukturen zur Diskussion gestellt. Dass jetzt auch der Parteinachwuchs mit dieser Forderung an die Öffentlichkeit tritt, zeigt, wie verbreitet diese Haltung in der SPD bis hinein in die kommunalen Gremien ist: Die jungen Autoren des Thesenpapiers aus der Kommunalpolitik zur Grund- und Daseinsvorsorge sind gewählte Ver-

treter in Gemeinde-, Städte- und Kreisparlamenten im ganzen Bundesland und zählen damit zu den Entscheidungsträgern, wenn in den Rathäusern über einen möglichen Rückkauf von Krankenhäusern abgestimmt wird.

Dass viele Kommunen damit finanziell überfordert wären, hält Bull nicht für ausschlaggebend. „Dann muss man dafür sorgen, dass sie finanziell stark genug werden, und sie über die Bundes- oder Landesebene unterstützen“, sagte Bull, der in dieser Frage „frei von Denkverboten“ sein möchte.

Zuvor hatte der SPD-Landesvorstand deutlich gemacht, welche Hoffnungen er in öffentliche Trägerschaften im Gesundheitswesen setzt. Er wünscht sich, dass Kliniken „von marktwirtschaftlichen Zielen Abstand“ nehmen. Begründung: „Ihre Ausstattung in hoher Qualität ist nicht mit Prinzipien des Marktes zu erreichen. Sie darf nicht auf Kosten von Stellen und damit ärztlicher und pflegerischer Qualität gehen.“

Auch ambulant sollen es nach SPD-Überzeugung verstärkt die Kommunen richten. Zumindest, wo Ärztemangel herrscht, sieht der Landesvorstand der Partei die Kommunen durch den Aufbau eigener Gesundheitszentren gefordert, in denen Ärzte angestellt arbeiten und im Idealfall unter einem Dach mit Pflege, Geburtshilfe, Apotheken und Therapeuten zusammenarbeiten können. Neben kommunalen MVZ, die landesweit wie berichtet schon an einzelnen Standorten in Schleswig-Holstein bestehen, hält die SPD auch Zweit- und Filialpraxen für eine gute Idee, die ebenfalls bereits umgesetzt ist. „Intensiv

nachgedacht“ werden sollte aus SPD-Sicht auch über den Einsatz mobiler Busse und von Gemeindeschwestern. Weitere Forderungen des SPD-Landesvorstands in seinem Thesenpapier zur Gesundheitspolitik:

- ▶ Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals verbessern: Neben besseren Löhnen seien dafür Zeit, Flexibilität und Sicherheit erforderlich. Speziell die Klinikärzte möchte die SPD durch „gedeckelte Bereitschaftsdienste, weniger Bürokratie und konsequente Arbeitszeiterfassung“ entlasten. Mithilfe eines Personalbemessungsschlüssels könne genau definiert werden, wie viele Beschäftigte mit welcher Qualifikation auf welchen Abteilungen eingesetzt werden müssen. Dann halten die Genossen auch eine Reduzierung der Arbeitszeit bei vollem Lohnausgleich und einen Abbau der Dokumentationspflichten für realistisch.
- ▶ Klinik-Investitionen der Länder stärken: Den Umbau des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein führt die SPD als „gutes Beispiel“ dafür an, dass sich Investitionen der Länder in die Kliniken lohnen. Ein Abbau des bestehenden Investitionsstaus an den Kliniken in Kombination mit einem Ausbau der Telemedizin könne helfen, in strukturell benachteiligten Regionen die Versorgung zu sichern.
- ▶ Prävention ausbauen: Für „das beste Mittel, die Gesundheit zu schützen“ will die SPD ein „Zukunftsprogramm Gesundes Schleswig-Holstein“ entwickeln, für das sie einen interdisziplinären Expertenrat einbeziehen möchte.
- ▶ Europaweit kooperieren: Dies hält die SPD für erforderlich, um die Versorgung mit Medikamenten, Medizintechnik, Schutzkleidung und Hilfsmitteln zu sichern. Eine in der Pandemie zwischenzeitlich zu beobachtende europäische Konkurrenz um diese Produkte will die SPD durch eine „europäische Strategie“ ablösen.

## Info

*Gesundheitspolitik für das 21. Jahrhundert hat die SPD Schleswig-Holstein ihr Programm für die Zeit „nach Corona“ überschrieben. Mehr dazu: [www.spd-schleswig-holstein.de](http://www.spd-schleswig-holstein.de)*

# MVZ werden städtisch

**MVZ** Immer mehr Kommunen in Schleswig-Holstein erleben, dass die ambulante ärztliche Versorgung nicht mehr wie früher funktioniert. Auf der Suche nach neuen Organisationsmodellen werden manche Kommunen selbst aktiv, gründen eigene Einrichtungen und gehen ins wirtschaftliche Risiko. Brunsbüttel und Bad Bramstedt starten 2021.

**B**ad Bramstedt und Brunsbüttel wollen 2021 kommunal getragene hausärztliche MVZ mit jeweils vier Vertragsarztsitzen gründen. In beiden Städten haben die kommunalen Gremien grünes Licht gegeben. Beide Orte hoffen, mit diesem Modell jüngere Ärzte für eine Anstellung zu finden.

Damit engagieren sich nun erstmals Städte mit mehr als 10.000 Einwohnern als Träger von Einrichtungen. In beiden Städten begleitet die Ärztenossenschaft Nord die Entwicklung seit 2019 und hat dafür mit niedergelassenen Ärzten und Kommunen Gespräche über mögliche Lösungen geführt. Auch in der Gründungsphase wird die Genossenschaft die MVZ unterstützen.

Brunsbüttel ist bereit, 800.000 Euro in die Gründung des MVZ zu investieren. Für die Folgejahre erwartet Bürgermeister Martin Schmedtje dann keineswegs Gewinne. „Unser Businessplan sieht mittelfristig noch keine Gewinne vor. Uns ist bewusst, dass die ärztliche Versorgung Geld kostet“, sagte Schmedtje. Er begründete das finanzielle Engagement mit dem Ziel, die hausärztliche Versorgung in Brunsbüttel und im Umland sichern zu müssen: „Es fällt mir schwer, mir eine attraktive Stadt ohne hausärztliche Versorgung vorzustellen.“

Das Thema ambulante Versorgung spielte nach seinen Angaben bereits im Kommunalwahlkampf 2018 eine wichtige Rolle bei allen maßgeblichen Parteien in der Stadt. Nur wenige Tage nach seinem Amtsantritt informierte sich Schmedtje deshalb beim Koordinator des Kreises Dithmarschen für die hausärztliche Versorgung, Harald Stender, über die Optionen. Bei der Mehrzahl der Hausärzte in Brunsbüttel zeichnete sich damals ab, dass sie für ihre bestehenden Praxen kaum Nachfolger finden werden. Die Hoffnung der Stadtväter: Junge Ärzte lassen sich von der Tätigkeit in einem MVZ von Anstellung, Teamwork und Entlastung von administrativen Aufgaben überzeugen.



*Bereiten gemeinsam das hausärztliche MVZ der Stadt Brunsbüttel im Klinikgebäude vor (v. l.): Thies Brehmer, Dr. rer. pol. Bernward Schröder (beide WKK), Harald Stender (Koordinator des Kreises), Dr. Stefan Krüger (niedergelassener Arzt), Bürgermeister Martin Schmedtje, Dr. Thomas Thomsen und Axel Schultz (beide WKK).*

„Wir können uns so auf unsere ärztliche Tätigkeit konzentrieren. In der Praxis stören uns Bürokratie und die Organisation, das wird uns im MVZ abgenommen“, sagt der künftige ärztliche Leiter Dr. Stefan Krüger, der seinen Vertragsarztsitz in das MVZ einbringen wird. Krüger diskutiert mit seinen niedergelassenen Kollegen viel über die Zukunftsperspektiven. Er beschreibt die Stimmung unter den Kollegen zum Thema MVZ als „kritisch interessiert“. Insbesondere im Medizinischen Qualitätsnetz Westküste (MGW) gibt es nach seinen Angaben auch Ärzte mit Vorbehalten gegen ein Hausarzt-MVZ. Stenders Argument gegen solche Vorbehalte: Jeder angestellte Arzt im MVZ kann sich mit seinem Vertragsarztsitz jederzeit selbstständig machen. „In anderen MVZ in Schleswig-Holstein weisen wir junge Ärzte immer wieder auf diese Option hin und machen die Zahlen dafür auch transparent“, sagt Stender.

Eine Besonderheit im Vergleich zu anderen MVZ in kommunaler Hand ist der

Standort. Das MVZ in Brunsbüttel wird im Krankenhaus seinen Standort haben. Die Stadt mietet dafür 670 Quadratmeter im sechsten Stock im Gebäude des Westküstenklinikums (WKK). Damit ergänzt das hausärztliche Angebot Facharztpraxen, Therapeuten, Tagesklinik und Belegarztpraxen unter dem Dach des kleinen Krankenhauses. „Das ist für uns eine wichtige Ergänzung des Angebots“, sagt Geschäftsführer Dr. rer. pol. Bernward Schröder von der WKK gGmbH. Zwar hatte das WKK stets erklärt, sich nicht selbst in der hausärztlichen Versorgung zu engagieren. Als Vermieter für die städtische Einrichtung tritt das WKK dagegen gern auf. Der ärztliche Direktor des WKK-Standes, Dr. Thomas Thomsen, erwartet, dass das Angebot unter einem Dach den Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin entgegenkommt. Er ist überzeugt, auch Kritiker mit den Vorteilen des MVZ unter dem Klinikdach durch Transparenz über die Pläne überzeugen zu können. DIRK SCHNACK

# Armutszertifikat statt Aufbruch

**DIABETES** Im Kampf gegen die Volkskrankheit weckt eine nationale Strategie neue Hoffnungen. Berechtigt? In Schleswig-Holstein bleiben die Erwartungen gedämpft. Mut machen dagegen eigene konkrete Projekte.



Forschung und Telemedizin ausbauen, mehr Information und Aufklärung, Versorgungsangebote weiterentwickeln, Prävention und Früherkennung verbessern, gesunde Ernährung und Bewegung erleichtern und ressortübergreifend politische Ansätze erarbeiten: Die Maßnahmen in der nationalen Diabetesstrategie klingen gut – neu sind sie für Experten wie Dr. Norbert Demandt nicht. Der in einer zertifizierten Schwerpunktpraxis in Kiel niedergelassene Arzt sieht in der Strategie aber immerhin einen Startschuss und die Inhalte der Eckpunkte hält er durchweg für begrüßenswert. Zugleich fehlen ihm aber die konkreten Maßnahmen. Ähnlich fallen Bewertungen anderer Diabetologen im Norden aus. Tenor: Gut gemeint, aber zu unverbindlich.

„Insbesondere die Erhebung einer Zuckersteuer wäre ein schnell umzusetzendes und nach Erkenntnissen anderer Länder effektives Mittel. Ich habe erhebliche Zweifel, dass die Zuckerreduktion in Lebensmitteln aufgrund freiwilliger Vereinbarungen mit der Industrie diese ersetzen können“, sagte Demandt dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt.

Damit Diabetes eingedämmt werden kann, müssen aus seiner Sicht die Rahmenbedingungen für einen gesünderen Lebensstil stimmen. Das heißt konkret: Um mehr Bewegung zu ermöglichen, braucht es zum Beispiel mehr Radwege, ausreichend Sportstunden an den Schulen oder günstige Mitgliedschaften im Sportverein. Um das Trinken zuckerhaltiger Softdrinks zu verringern, helfen Wasserspender an Schulen, Universitäten und Arbeitsplätzen. „Eine Zuckersteuer könnte im Gegenzug mit ei-

ner reduzierten Steuer auf Obst und Gemüse verbunden werden, was besonders auch den risikobehafteten sozial Schwächeren zugutekommen würde“, schlägt Demandt weiter vor. Gefährdete Bevölkerungsgruppen wie übergewichtige Schulkinder, Frauen nach Schwangerschaftsdiabetes oder Menschen mit bekanntem Prädiabetes sollten nach seiner Ansicht durch Gesundheitspersonal an den Schulen oder Präventionsmanager begleitet werden. Ebenso wäre aus Sicht Demandts bei den beiden letztgenannten Gruppen die Kostenübernahme für die Prädiabetes-Schulung als Präventivinstrument sinnvoll.

Der in Schleswig-Holstein seit Jahren praktizierte Austausch zwischen Leistungserbringern im Gesundheitswesen, den Krankenkassen und dem Gesundheitsministerium in der Arbeitsgemeinschaft Diabetes könnte laut Demandt als Vorbild für andere Regionen dienen. Er verweist auf einige Erfolge, die von der AG erzielt wurden: So hat sie u. a. dazu beigetragen, dass es in Schleswig-Holstein heute eine mobile Diabeteschulung oder eine telemedizinische Versorgung schon gibt.

Der in Schleswig niedergelassene Diabetologe Dr. Carsten Petersen hält die Punkte in der nationalen Strategie zwar für „wichtig und richtig“ – aber eben auch nur für einen ersten Aufschlag, dem Konkretisierungen und Regelungen folgen müssen. „Als vor fünf Jahren das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention in Kraft trat, war die Ernüchterung ähnlich“, sagt Petersen. Nach seiner Überzeugung bleibt das Potenzial der Prävention des Typ-2-Diabetes seit vielen Jahren ungenutzt. Immerhin bescheinigt er

der Nationalen Diabetesstrategie aber „Ansätze in die richtige Richtung“, um Verhaltens- und Verhältnisprävention zu verbessern – oft bleibt ihm die Strategie aber zu vage. Als Beispiel nennt er die freiwillige Reduktion des Zuckergehalts in Softdrinks von 15 Prozent bis Ende 2025 durch die Nahrungsmittelindustrie. Dies bleibe hinter den Forderungen der Fachgesellschaften zurück. „Andere Länder haben eine verbindliche Zuckerreduktion bereits umgesetzt, positive Effekte dieser Reduktion sind belegt“, sagt Petersen, der auch für Deutschland verbindliche und ambitioniertere Ziele fordert.

Prof. Morten Schütt, niedergelassener Diabetologe aus Lübeck, nennt den Beschluss zur Nationalen Diabetes-Strategie „natürlich mehr als überfällig, zumindest im Ansatz sinnvoll“, vielleicht sogar einen „politischen Einstieg in die Thematik“. Aber er hat auch „diverse Fragezeichen und Kommentare“. Zum Beispiel die Frage, warum Deutschland diese Strategie erst „nach Jahren politischer Ignoranz“ auf den Weg bringt. Zwar gilt für ihn „besser spät, als nie“ – aber dann bitte schön auch richtig. Genau das kann er nicht erkennen: „Es handelt sich eher um ein Armutzeugnis einer unter Druck geratenen Politik, die einen seit Langem bestehenden Punkt abarbeiten möchte“, sagt Schütt.

Politik könne und müsse viel mehr erreichen, fordert er unter Verweis auf die in manchen Ländern wirksamen Steuern auf Softdrinks. Er fordert konkret, dass Kinderlebensmittel dem Nährwertprofil der WHO entsprechen müssen, Adipositas als Diabetesrisiko explizit einzubeziehen, die Ausbildung Diabetologie im Medizinstudi-

## Diabetes als Folge von Covid-19



Prof. Matthias Laudes

*SARS-CoV-2 kann auch in die Betazellen in der Bauchspeicheldrüse eindringen und diese schädigen, wie Forscher unter Beteiligung des Exzellenzclusters „Precision Medicine in Chronic Inflammation“ beobachteten. Diese Zellen sind dafür zuständig, Insulin zu produzieren. Eine SARS-CoV-2-Infektion kann diese Funktion offenbar stören, was in der Folge zu Diabetes führt. Die Beobachtung hat Prof. Matthias Laudes, Schleswig-Holstein Excellence-Chair für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung an der Kieler Christian-Albrechts-Universität und sein Forschungsteam der Klinik für Innere Medizin I des UKSH) in Kiel, gemeinsam mit Forschenden aus München und Dresden in der Fachzeitschrift *Nature Metabolism* publiziert. Bei der Arbeit handelt es sich um eine Erstbeschreibung eines Insulinmangel-Diabetes nach einer COVID-19-Erkrankung am Beispiel eines 19-jährigen Patienten, der mit neuentwickeltem schweren Diabetes mit Insulinmangel in die Klinik kam. Einige Wochen zuvor hatte er offenbar eine Infektion mit SARS-CoV-2 durchgemacht. Die sonst bei Typ eins-Diabetes übliche Autoimmunreaktion hatte es nicht gegeben. „Wir gehen davon aus, dass das SARS-CoV-2-Virus hier selbst die Betazellen angegriffen hat“, sagte Laudes. Auf den Betazellen sitzt der ACE2-Rezeptor, an den sich das Virus spezifisch anbinden kann. Der Rezeptor dient dem Virus auch bei anderen befähigten Körperzellen als Eindringpfote.*

um zu fördern und Steuern auf ungesunde Lebensmittel zu erhöhen. Aus Sicht Schütts wird die Industrie durch die nationale Strategie geschont und stattdessen zu sehr auf individuelles Verhalten gesetzt – und damit den Menschen mit Diabetes indirekt ein Fehlverhalten vorgeworfen. „Dabei ist es wissenschaftlich völlig eindeutig, dass ein präventives Verhalten des Menschen auch eine gesundheitsfördernde Umgebung erfordert“, so Schütt. Eine weitere falsche politische Weichenstellung aus seiner Sicht: „Natürlich gehört das Thema Ernährung / Gesundheitlicher Verbraucherschutz ins Bundesministerium für Gesundheit und nicht ins Landwirtschaftsministerium.“

Ein weiteres Defizit, das ihn umtreibt: „Das Thema Diabetologie in der Klinik ist ein Desaster, auch in Schleswig-Holstein.“ Zurückzuführen ist das nach seiner Ansicht auf die wenig attraktive Vergütung für stationäre diabetologische Leistungen. Die Folge seien das Wegbrechen von Strukturen und damit Auswirkungen auf den ambulanten Bereich, weil der ärztliche Nachwuchs sich zunehmend weniger für diesen Bereich interessiert.

Auch die Krankenkassen im Norden sprühen auf Nachfrage nicht vor Begeisterung über die nationale Strategie. Cord-Eric Lubinski, Leiter der DAK-Landesvertretung, betrachtet die Strategie als „Schritt in die richtige Richtung“, vermisst aber genauso wie die Ärzte verbindliche Vorgaben etwa zur Zuckerreduktion. „Das Papier bietet Willensbekundungen statt strenger Vorgaben“, kritisiert Lubinski. Er zieht aus der fehlenden Verbindlichkeit folgenden Rückschluss: „Die Brisanz dieser gesundheitspolitischen Herausforderung – des Diabetes-Tsunamis – scheint noch nicht überall angekommen zu sein.“

Lubinskis Kasse fordert eine frühere Intervention im Stadium des Prädiabetes, um Folgeerkrankungen wie Niereninsuffizienz

## »Mehr als die Hälfte der Bevölkerung weiß nicht, wie gesunde Ernährung eigentlich funktioniert.«

TOM ACKERMANN

oder diabetischen Fuß zu verhindern. „Diabetes ist keine Einbahnstraße. Dazu müssen aber die nötigen Werkzeuge existieren und auch eingesetzt werden.“ Zu diesen Werkzeugen sollte die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zählen. Lubinski hält aber auch die Zahl der qualifizierten und zertifizierten ambulanten und stationären Therapieeinrichtungen, die sich um Adipositas und Diabetes kümmern, für zu gering.

Was macht die Kasse selbst? Lubinski nennt das von der DAK unterstützte Projekt fit4future an Schulen und Kindertagesstätten, das auf mehr Bewegung, ausgewogene Ernährung, positive Lernatmosphäre und die Schaffung einer gesunden Lebenswelt Schule setzt. Von der Initiative profitieren nach seinen Angaben Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 19 Jahren in drei eigenständigen Programmen für Kindertagesstätten, Grund- und Förderschulen sowie für weiterführende Schulen.

Tom Ackermann, Chef der AOK Nordwest, fordert von der Politik: „Jetzt müssen auch rasch Taten folgen. Die Diabetes-Wel-

le rollt mit hoher Geschwindigkeit auf uns zu.“ Unter Hinweis auf erwartete zwölf Millionen Betroffene in Deutschland im Jahr 2040 fordert Ackermann stärkere öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema, aber auch „einen offenen und ehrlichen Dialog und zügig wirksame, vor allem abgestimmte Maßnahmen im Kampf gegen Diabetes und Folgeerkrankungen wie Herzinfarkte und Schlaganfälle.“

Auch Ackermann weiß um die ausbaufähige Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung: „Mehr als die Hälfte der Bevölkerung weiß nicht, wie gesunde Ernährung eigentlich funktioniert. Anlass zur Sorge geben vor allem die Wissenslücken bei jungen Menschen. Häufig werden vermehrt Fertigprodukte verwendet, die meist zu viel Kalorien, Zucker, gesättigte Fettsäuren und Salz enthalten. So kommt es insgesamt zu einer schlechteren Ernährungsqualität insbesondere auch in vielen Familien mit Kindern. Entscheidend ist das notwendige Wissen, um eine gesunde Auswahl von Speisen und Getränken zum Schutz der Gesundheit und damit auch zum Schutz vor Diabetes als Folge von Übergewicht treffen zu können.“ Schlussfolgerung: Ernährungsbildung von klein auf.

Die Kasse selbst engagiert sich u. a. mit dem Versorgungsprojekt „ComanD“ (Control and manage Diabetes), das betroffenen Versicherten helfen soll, ihre Krankheit durch einen geänderten Lebensstil besser zu managen und dem Ziel, langfristig auf Antidiabetika zu verzichten, näherzukommen. Auch beteiligt sich die AOK als Konsortialpartner am Innovationsfondsprojekt „ViDiKi“ (Virtuelle Diabetesambulanz für an Typ1-Diabetes erkrankte Kinder und Jugendliche), neben „Dimini“ – ein weiteres von Schleswig-Holstein ausgehendes Konzept, das ganz konkrete Hilfestellung anbietet.

DIRK SCHNACK



# Knochenmark aus der Biobank

**FORSCHUNG** Aus OP-Abfall Stammzellen gewinnen: Ein deutsch-dänisches Projekt spricht erste Kliniken an.

Hüfte, Knie oder Hand: Wo orthopädisch gearbeitet wird, fallen Knochen- und Knorpelreste an. Meist landen diese im OP-Abfall, obwohl das biologische Material kostbar ist – schließlich enthält es Knochenmark, aus dem sich mesenchymale Stammzellen (MSZ) extrahieren lassen. Warum die Zellen nicht gewinnen und verwenden? Diese Frage stand am Beginn des Projektes „Bonebank“, an dem deutsche und dänische Universitäten und Firmen beteiligt waren. Inzwischen sind erste Schritte geschafft, mittelfristig sollen die neuen Verfahren allen Kliniken zugutekommen.

Helfen könnte das geplante Verfahren etwa bei Scheinbeinbrüchen, sagt Prof. Arndt Peter Schulz, Leiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am UKSH in Lübeck sowie des Labors für Biomechanik und orthopädisch-traumatologische Forschung: „In 15 bis 20 Prozent der Fälle heilt die Verletzung nicht wie gewünscht, es müssen weitere OPs mit Knochenersatz stattfinden.“ Da wäre eigenes Zellmaterial aus der ersten Operation ideal. „Allerdings wäre es sehr teuer, wenn von allen Patienten Proben genommen und gespeichert würden, aber nur jeder fünfte etwas braucht“, so Schulz. „Daher die Idee, die Stammzellen anderen zu spenden.“

Stammzellen sind die „Verwandlungskünstler“ des Zellsystems, sie können sich selbst reproduzieren und sich spezialisieren – je nachdem, wo sie im Körper eingesetzt werden. Sie können auch ohne große Abstößungserscheinungen an Fremde übertragen werden. In dem Projekt „Bonebank“, das 2015 startete und kürzlich zum Abschluss kam, ging es um neue Verfahren, mit denen sich diese Zellen aus dem Mark der Knochenreste gewinnen und vermehren lassen.

Eine Lübecker Firma erfand ein Gerät, mit dem die Zellen aus den OP-Resten extrahiert werden, das Verfahren ist zum Patent angemeldet. Auch das Gegenstück ist

entstanden: Ein Injektionsgerät, mit dem Zellmaterial zielgenau an die richtige Stelle – etwa an einem nicht-heilenden Knochenbruch – wieder eingesetzt werden kann.

Über eine digitale Plattform können alle Beteiligten auf die Daten zugreifen und gemeinsam daran arbeiten. Eine Software hilft, die Proben entsprechend ihrer Qualität und ihren Merkmalen zu kennzeichnen.

Laut Abschlussbericht des Projektes ging es um „die Entwicklung einer einzigartigen Wertschöpfungskette in der deutsch-dänischen Grenzregion“ und den Zusammenschluss von Forschungseinrichtungen und Unternehmen auf beiden Seiten. Nach fünfjähriger Projektlaufzeit und Investitionen von rund vier Millionen Euro für verschiedene Anwendungen sollen die Erkenntnisse mittelfristig in den Klinikalltag übernommen werden, sagt Schulz: „In eineinhalb bis zwei Jahren sollen erste klinische Tests an Menschen in Schleswig-Holstein und Süd-Dänemark an den beteiligten Kliniken stattfinden.“

## "Bonebank"

- ▶ *Sieben Organisationen, darunter die Universitätskliniken Lübeck und Odense, nahmen teil.*
- ▶ *Als Netzwerkpartner waren die Industrie- und Handelskammer zu Lübeck und das Syddansk Sundhedinnovation mit im Boot.*
- ▶ *Während der fünfjährigen Projektlaufzeit, von September 2015 bis August 2020, verbrauchte das Projekt ein Budget von 3,9 Millionen Euro, davon 2,2 Millionen Euro Fördermittel.*
- ▶ *Das Geld stammt aus dem Interreg-Programm mit Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung.*
- ▶ *Die Projekt-Beteiligten bewerben sich um weitere Fördermittel.*

Im Idealfall sollen alle Krankenhäuser der Region von der Knochenbank profitieren und im Gegenzug selbst Material zu liefern, so Schulz. So weit ist es noch lange nicht, aber „wir fangen langsam und vorsichtig an, Häuser anzusprechen. Die Reaktionen waren bisher überwiegend positiv.“ Zwar bedeute es für die OP-Teams zusätzlichen Aufwand, bei jeder Operation Material zu sichern und an die künftige „Bonebank“ zu liefern, „aber man erhält Zugang zu Stammzellen für die eigenen Patienten“.

Beteiligte Kliniken könnten in der Datenbank nach geeigneten Proben suchen. Mit einem digitalen „Toolkit“ und einem Lernvideo solle die Einbindung neuer Häuser einfach vonstattengehen, hoffen die Projektverantwortlichen. Die Vision: In einigen Jahren sollen Stammzellen an mehreren Standorten diesseits und jenseits der Grenze lagern und nach Bedarf an die Kliniken geschickt werden. Schulz denkt bereits über die Grenzregion hinaus: „Die Techniken, die etwa hier in Lübeck entwickelt werden, lassen sich natürlich weltweit einsetzen.“

Mitmachen müssen auch die Patienten, die künftig vor einer Routineoperation mit der Frage konfrontiert werden, ob sie Stammzellen spenden wollen. Eigentlich geht es zwar „nur“ um das körpereigene Gewebe, das ohne das „Bonebank“-Projekt im Abfall landen würde, dennoch ist „ein ganzer Prozess der Aufklärung und Einwilligung nötig“, erklärt Schulz. Fest steht: „Die Patienten müssen der Spende zustimmen.“

Aktuell darf das gesammelte Knochenmaterial nur für Forschungszwecke entnommen werden, weil die beteiligten Kliniken derzeit keine Lizenz dafür haben, das entnommene Gewebe für die Behandlung zu verwenden. Doch aus den erprobten Verfahren lässt sich eine Beschreibung künftiger Standards ableiten, die Voraussetzung für die behördliche Zulassung ist.

Forschung an Stammzellen klingt in den Ohren vieler Laien bedrohlich. Daher bedürfe es einer guten Aufklärung: „Die Leute haben erst Angst und sind misstrauisch, aber wenn klar wird, worum es geht, stimmen die meisten zu“, so Schulz. In Dänemark sei die Zustimmungsquote „gefühltermaßen“ etwas höher als in Deutschland, sagt er, doch der Unterschied zu Schleswig-Holstein sei gering. Genau quantifiziert sei das nicht, betont Schulz, aber nach seinem Gefühl seien „die Menschen in Schleswig-Holstein dem wissenschaftlichen Fortschritt doch sehr zugeneigt“.

ESTHER GEISSLINGER

# Pneumologische Frühreha nach schwerer Covid-19-Infektion

**FRÜHREHA** Wenn Corona-Patienten mit schweren Verläufen die stationäre Akutphase überstanden haben, benötigen sie weitere Betreuung. Ein Bericht über erste Erkenntnisse der bislang behandelten Patienten in der Früh-Rehabilitation der Lungenclinic Großhansdorf.

Nach aktuellem Wissensstand verläuft eine Infektion mit SARS-CoV-2 bei ca. 80 Prozent der Patienten mild, bei 20 Prozent schwer und fünf Prozent benötigen eine intensivmedizinische Behandlung. Invasiv beatmungspflichtige Patienten entwickeln allerdings nicht selten im Rahmen der Covid-19 Infektion ein ARDS mit Langzeitbeatmung und prolongiertem Weaning. Es ist zu erwarten, dass in Analogie zu anderen ARDS-Verläufen diese Patienten nach erfolgreichem Weaning noch erhebliche funktionelle Defizite aufweisen, die neben krankheitsbedingten Einschränkungen („Dyspnoe“) auch durch den langen Intensivaufenthalt mit Immobilität und Kraftverlust bedingt sind. Zudem können Covid-spezifische Komorbiditäten und Residuen sowie spezifische Folgen der Intensivtherapie (z. B. CIP/CIM) das Krankheitsbild verschärfen. So zeigten sich unlängst in einer Hamburger Autopsie-Studie an Covid-19-Verstorbenen neben der letalen Virus pneumoniae gehäuft Thrombosen und rezidivierende Lungenembolien sowie ein multipler Organbefall bei gleichzeitig bestehender Multimorbidität (z. B. kardiovaskuläre, pulmonale Vorerkrankung) der verstorbenen Patienten.

Bisher gibt es nur sehr limitierte Erfahrungen im Langzeitverlauf, da wir in Deutschland den ersten Fall erst vor 6 Monaten gesehen haben. In einer aktuellen retrospektiven Studie aus China zeigten sich bei 57 Covid-19-Patienten vier Wochen nach stationärer Entlassung bei jedem zweiten Patienten noch auffällige TCT-Befunde und bei 75 Prozent der Patienten noch eingeschränkte Lungenfunktionstests. Insbesondere bei 17 schweren Verläufen

(mit und ohne Intensivbehandlung) waren Diffusionskapazität, totale Lungenkapazität (TLC) und der 6-Minuten-Gehtest besonders beeinträchtigt.

Wir berichten über unsere ersten Erfahrungen mit Covid-19-Patienten nach akuter Beatmungstherapie in unserer pneumologischen Frührehabilitation. Hier werden Patienten nach Abschluss der intensivmedizinischen Akutbehandlung und/oder nach erfolgreichem Weaning weiter medizinisch versorgt. Die pneumologische Frührehabilitation kann dabei mit ihrem spezialisierten Arbeiterteam (z. B. Physiotherapie, Atmungstherapie, Logopädie, Ergotherapie, aktivierende Pflege) und fachärztlicher Betreuung eine Versorgungslücke in einer kritisch-vulnerablen Krankheitsphase schließen. Die Patienten sind funktionell noch zu eingeschränkt für eine Anschlussheilbehandlung oder für die Häuslichkeit und benötigen zusätzlich eine intensive medizinische Behandlung nach

langwieriger Intensivtherapie (zum Beispiel nichtinvasive Beatmung, Trachealkanülenmanagement, Platzhalterversorgung, spezifisches Sekretmanagement inklusive Bronchoskopiebedarf, nasaler High-Flow-Sauerstofftherapie). Voraussetzung für eine erfolgreiche Frührehabilitation ist nach unseren Erfahrungen eine multi- und interdisziplinäre, patientenzentrierte Teamarbeit mit pneumologischer Expertise.

Seit Ende April haben wir sechs männliche Covid-19-Patienten nach Intensivtherapie in unserer pneumologischen Frührehabilitation behandelt. Alle Patienten wurden zuvor aufgrund einer Covid-19-Infektion der Lunge intensivmedizinisch versorgt. Während der Akutphase wurden fünf Patienten invasiv beatmet (Beatmungszeit bis zu drei Monate), ein Patient wurde akut nicht-invasiv beatmet (siehe Tabelle rechts). Bei drei Patienten entwickelte sich ein schwergradiges ARDS mit intermittierender Bauchlagerung und prolongiertem Weaning. Bei Übernahme von unterschiedlichen Intensivstationen (ein Mal intern, fünf Mal extern) waren die Patienten mit Tracheotomie-Platzhalter (n=1), NIV (n=1), BiPAP (n=2) oder nasalem Sauerstoff (n=2) versorgt.

Alle sechs Patienten zeigten während der Intensivtherapie kardiale Komplikationen (neu aufgetretenes Vorhofflimmern, kardiale Dekompensation, CPR, Myokarditis) sowie neurologische Auffälligkeiten (Delir, Critical-illness-Polyneuropathie/Myopathie). Bei vier Patienten trat ein akutes Nierenversagen auf, bei drei Patienten erfolgte eine intermittierende Dialyse.

Vor der akuten Covid-Erkrankung waren alle Patienten aktiv, mobil, selbstversorgend und in vier Fällen noch berufstätig

## Ergebnisse

- ▶ Die Frühreha erreicht eine medizinische Stabilisierung und eine höhere Belastbarkeit der Patienten.
- ▶ Nach Abschluss der Frühreha verspüren drei von sechs Patienten noch neurologische Defizite.
- ▶ Alle Patienten können bislang in die AHB verlegt werden.
- ▶ Mit spezifischen Langzeitschäden ist zu rechnen.
- ▶ Weitere fachärztliche Nachbeobachtung und Studien sind erforderlich.

tig mit gut eingestellten und therapierten Komorbiditäten. Kardiale Vorerkrankungen waren bei drei der sechs Patienten bekannt (Herzinsuffizienz, Mitralklappeninsuffizienz, Vorhofflimmern, AV-Block III° mit SM-Implantation, dilatative Kardiomyopathie). Bei vier Patienten bestand eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II bei vier von sechs Patienten. Bei einem Patienten fand sich eine Splenektomie nach Verkehrsunfall. Eine obstruktive Schlafapnoe (OSAS) mit nächtlicher CPAP-Therapie war bei vier Patienten zu erheben, bei zwei Patienten erfolgte eine Umstellung während der Akutphase auf eine nächtliche BiPAP-Therapie, eine Adipositas (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) lag bei drei Patienten vor. Eine strukturelle Lungenerkrankung war bei keinem der Patienten bekannt, bei nur einem Patienten bestand ein Nikotinabusus.

In der frühen Rekonvaleszenzphase der pneumologischen Frührehabilitation zeigte sich lungenfunktionell ein restriktives Muster mit Reduktion der Vitalkapazität sowie eine teils schwergradige Diffusionsstörung. Bei nahezu allen Patienten zeigten sich radiologische Residuen in einem Zeitraum von sechs Wochen bis drei Monaten nach Beatmung. Die Covid-19-spezifische,

aber nicht pathognomonische CT-Morphologie reichte von zarten, teils multifokalen Restinfiltraten, über eine Milchglaszeichnung bis hin zu fibrotischen Veränderungen der Lunge. Lediglich bei einem Patienten zeigten sich geringe, unspezifische basale Dystelektasen bei normalem Gasaustausch in Ruhe.

Der Sauerstoffbedarf war im Verlauf bei den Patienten rückläufig, nach Abschluss der Frührehabilitation benötigte lediglich ein Patient eine Sauerstoffinsufflation über die Nasenbrille. Relevante hyperkapnische Werte zeigten sich in seriellen Blutgasanalysen nicht. Lungenfunktionell konnte keine obstruktive Ventilationsstörung beobachtet werden. Die NIV-Therapie konnte nach klinischer Stabilisierung beendet werden.

Bei Abschluss der pneumologischen Frührehabilitation gaben drei von sechs Patienten noch neurologische Defizite an (Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Geschmacksveränderungen, Kribbelparästhesien und neuropathische Schmerzen). Ein Patient zeigte eine ausgeprägte Bewegungseinschränkung beider oberer Extremitäten („frozen shoulder“) mit abgeheilten, teils flächigen Hautabschürfungen nach Bauchlagerung.

Durch die pneumologische Frührehabilitation konnte neben der medizinischen Stabilisierung unmittelbar nach vorangegangener Intensivtherapie, der Barthel-Index als Parameter der Selbstversorgung („ADL's“) und die Belastbarkeit deutlich verbessert werden, so dass alle Patienten schließlich in eine Anschlussheilbehandlung verlegt werden konnten (siehe Tabelle).

Zusammenfassend stellen wir fest, dass neben klinisch-funktionellen Residuen der Intensivtherapie auch Covid-spezifische Residuen nach intensivpflichtiger, pulmonaler Erkrankung zu beobachten sind. Neben einer Stabilisierung dieser schwerkranken Patienten in einer frühen Rekonvaleszenzphase durch die pneumologische Früh-Reha ist auch mit spezifischen Langzeitfolgen zu rechnen. Daher sind zusätzlich zu einer fachärztlichen Nachbeobachtung Studien im Langzeitverlauf sinnvoll und dringend notwendig.

LITERATUR BEI DEN VERFASSERN  
FRANK ELSHOLZ, DR. MAIKE OLDIGS,  
PROF. KLAUS FRIEDRICH RABE,  
LUNGENCLINIC GROSSSHANSNDORF,  
F.ELSHOLZ@LUNGENCLINIC.DE

## PATIENTENDATEN (N=6)

Patient	Alter	invasive Beatmungszeit	ITS Komplikationen	VK %	Diffu %	CT-Residuen	FRBI Entlassung	6-MGT (m) Aufnahme	6-MGT (m) Entlassung
1	75	4 Wochen	ARDS, Herzinsuffizienz, Delir	73	67	nein	90	320	375
2	62	10 Tage	Dialyse, TAA, Delir	90	60	ja	100	428	548
3	79	12 Wochen	ARDS, Dialyse, CPR, Cholangitis, Myositis, CIP/CIM	47	18	ja	65	0	60
4	60	8 Wochen	ARDS, Myokarditis, kardiale Dekompensation, CIP/CIM, frozen shoulder bds	75	52	ja	25	0	456
5	63	10 Tage	Dialyse, VHF, Delir	73	45	ja	95	110	332
6	57	NHF/NIV	Herz (CMP), ANV, akrale Nekrosen (Katecholamine), Delir	99	33	ja	40	92	202

VK (Vitalkapazität), Diffu (Diffusionskoeffizient), FRBI (Früh-Reha-Barthel-Index), 6-MGT (6-Minuten-Gehtest), FR (Früh-Reha)

# Sarkopenie eng mit Gebrechlichkeit verknüpft

**GERIATRIE** Erstmals hat die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), unterstützt von der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), ihre Jahrestagung nicht als Präsenzveranstaltung, sondern rein virtuell durchgeführt.

Sarkopenie, der altersassoziierte Verlust von Muskelmasse, Muskelkraft und Muskelleistung, war als eine der wichtigsten Diagnosen in der Geriatrie Gegenstand der Konferenz. Der kontinuierliche Abbau der Muskulatur beginnt bereits im jungen Erwachsenenalter, sein Ausmaß hängt von körperlicher Aktivität und Ernährung ab. Ältere Menschen verlieren jährlich durchschnittlich etwa ein Prozent ihrer Muskelmasse und drei bis vier Prozent ihrer Muskelkraft. Problematisch wird es, wenn dieser Abbau wegen geringer körperlicher Aktivität oder Fehlernährung übersteigert abläuft oder wenn durch katabole Krisen im Rahmen von Erkrankungen innerhalb kurzer Zeit sehr viel Muskulatur verloren geht.

„Dann ist die Sarkopenie eng verknüpft mit Gebrechlichkeit“, sagte Dr. Stephan Kaminsky, Chefarzt der Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie im Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster (FEK), auf Anfrage. Sie erhöhe die Sturz- und Frakturgefahr und damit das Risiko eines Krankenhausaufenthaltes und/oder einer Pflegeheimunterbringung. Betroffen sind laut Kaminsky bis zu 50 Prozent der über 80-Jährigen. Ursächlich liegen eine verminderte und proteinarme Ernährung, verminderte körperliche Aktivität und hormonelle Veränderungen im Alter zugrunde.

Was tun? „Bei uns im Krankenhaus behandeln wir Sarkopenie durch Aktivierung, spezielles Krafttraining und eine spezielle Physiotherapie; außerdem nehmen wir eine Ernährungsberatung vor, verordnen eine eiweißreiche Ernährung, gegebenenfalls mit Protein-Supplementen, und gleichen einen erniedrigten Vitamin-D-Spiegel aus“, so der Experte. Besser noch sei es, dem Muskelabbau vorzubeugen: „Hier empfiehlt sich insbesondere regelmäßige Bewegung: Spazieren gehen, Treppen stei-

gen statt Aufzug fahren und alterstaugliche Sportarten betreiben wie Gehen, Walken, Radfahren, Schwimmen und dosiertes Krafttraining.“ Zahlreiche Trainingsstudien hätten gezeigt, dass auch im hohen Alter wirksam trainiert werden könne. Eine eiweißreiche Ernährung und Vitamin-D-Supplementation ergänzen das präventive Maßnahmenpaket.

Weiteres Kongressthema: Das Mikrobiom. Es umfasst die Gesamtheit aller Mikroorganismen im Menschen, die meisten davon befinden sich im Darm. Prof. Christoph Kaleta, Institut für Experimentelle Medizin der Uni Kiel, erläuterte während des Kongresses, wie sich das Mikrobiom des Darms bei hochaltrigen Menschen verändert und wie es sich als Ansatzpunkt für Therapien eignet. Medikamentöse In-

terventionen, die auf das Mikrobiom ausgerichtet sind, können das Altern aktiv verlangsamen, so der Wissenschaftler in seinem Vortrag. „Beispielsweise spielt es eine wesentliche Rolle im Wirkungsmechanismus des Typ-2-Diabetes-Medikaments Metformin. Dieses ist in der Lage, die Lebensspanne in einer Vielzahl von Organismen und möglicherweise auch im Menschen zu verlängern“, erläuterte Kaleta. Experimente mit Fadenwürmern und Studien mit hochbetagten Patienten hätten gezeigt, dass nach der Einnahme des Medikamentes das Mikrobiom aktiver sei. Die Experimente seien nur ein erster Nachweis dafür, dass die Erforschung biologischer Mechanismen Alterserscheinungen verbessern oder gar reduzieren könne. „Das Mikrobiom, besonders im Darm, wird zunehmend als Modulator für die Gesundheit seines Wirts anerkannt, vor allem im Kontext des Alterns“, so der Kieler Wissenschaftler. „Wenn wir die mikrobiellen Gemeinschaften im menschlichen Körper verstehen, können wir auch die Pathomechanismen menschlicher Krankheiten besser verstehen – und das Mikrobiom nutzen, um sie zu behandeln.“ Natürlich spielten auch die Patientenversorgung und die umfangreichen Maßnahmen, um die geriatrischen Patienten während der Corona-Krise zu schützen, eine Rolle auf dem Kongress. Spezielle Screening- und Hygienekonzepte sorgten in den meisten geriatrischen Therapieeinrichtungen dafür, dass gehäufte Infektionen unter den Patienten ausblieben. Im FEK Neumünster wurden und werden alle Patienten vor der stationären Aufnahme auf SARS-CoV-2 getestet. Bestimmte Therapien wie Musiktherapie in Gruppen sowie Gruppentherapien und das gemeinsame Essen wurden aufgrund der Infektionsgefahr zwischenzeitlich ausgesetzt.

UWE GROENEWOLD

## Virtueller Kongress

*Für Dr. Stephan Kaminsky, Chefarzt der Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie im Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster (FEK), eine sinnvolle Alternative: „Online-Fortbildungen und -Kongresse halte ich in Corona-Zeiten für sehr sinnvoll, wenngleich virtuelle Veranstaltungen Präsenzkongresse nicht vollkommen ersetzen können, leben diese doch insbesondere vom persönlichen Austausch.“ Beim DGG-Kongress konnten sich die Teilnehmer nach Anmeldung in die jeweiligen Veranstaltungen einwählen und auch außerhalb der Vortragszeiten online austauschen und diskutieren.*

# Alltag nicht einschränken

**RHEUMA** Auch die Rheumatologen haben ihren diesjährigen Kongress virtuell abgehalten. Das Thema COVID-19 hat den Austausch bei der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) gleichwohl maßgeblich mitbestimmt.

Rheumapatienten haben kein erhöhtes Risiko, sich mit SARS-CoV-2 anzustecken – nach bisher vorliegenden Daten. Ausnahmen sind laut Fachgesellschaft ein akuter Krankheits Schub und eine Therapie mit mehr als zehn Milligramm Glukokortikoiden täglich.

Die DGRh hat zehn Kernempfehlungen zusammengestellt, die regelmäßig aktualisiert und auf der eigenen Webseite [www.dgrh.de](http://www.dgrh.de) veröffentlicht werden. Ein wesentlicher Rat: eine gut eingestellte Rheumamedikation nicht allein aus Sorge vor Covid-19 zu verändern. „Ein Umstellen der Medikation geht oft mit einem Aufflammen der rheumatologischen Grunderkrankung einher und erhöht das Covid-19-Risiko dann erst recht“, erklärte Prof. Christof Specker aus Essen. Lediglich bei Patienten mit positivem SARS-CoV-2-Abstrich und/oder bereits beginnenden Covid-19-Symptomen solle die Therapie mit Biologika und anderen immunmodulierenden Rheumamedikamenten unterbrochen werden. Eine Therapie mit Glukokortikoiden unter zehn Milligramm pro Tag könne dagegen fortgesetzt werden.

Alltag und Versorgung der Rheumapatienten sollten nicht unnötig eingeschränkt werden. In der Regel sei es nicht gerechtfertigt, Rheumapatienten allein aufgrund einer angenommenen Gefährdung durch Covid-19 eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, heißt es in den Empfehlungen. Auch sollte nicht auf medizinisch notwendige Eingriffe und Therapien verzichtet werden. Die Datenbasis ist noch nicht so belastbar wie bei anderen Empfehlungen, schränken die DGRh-Experten ein. Gleichwohl sind allein im DGRh-eigenen Covid-19-Register mehr als 350 Krankheitsverläufe erfasst.

Bei vielen Patienten greifen die rheumatypischen Entzündungen auf andere

Organe über. Daten aus der Kerndokumentation des Deutschen Rheumaforschungszentrums zeigen, dass rund 80 Prozent der Patienten mit klassischem Gelenkrheuma von mindestens einer Begleiterkrankung betroffen sind, bei anderen rheumatischen Erkrankungen liegt die Zahl ähnlich hoch. Herzkreislauf-Beschwerden, Lungenerkrankungen oder Depressionen haben erheblichen Einfluss auf Lebensqualität, Krankheitsverlauf und Wirksamkeit der Medikation, sagte Prof. Andreas Krause aus Berlin. In der Sprechstunde müsse aktiv danach gesucht werden, „denn nur dann lässt sich frühzeitig gegensteuern“, so Krause.

Nicht alle Erkrankungen seien jedoch gleichermaßen im Bewusstsein der behandelnden Ärzte präsent: Während das erhöhte Osteoporose- oder Infektionsrisiko von Rheumapatienten in der Regel berücksichtigt werde, sei das bei Komorbiditäten wie Depressionen oft nicht der Fall. Auch eine Lungenbeteiligung wird oft lange nicht erkannt. Von großer Bedeutung sind interstitielle Lungenerkrankungen (ILD), die das Binde- und Stützgewebe der Lunge durch die permanente Entzündung vernarben lassen. Die Patienten leiden an Kurzatmigkeit und Husten, in bis zu 20 Prozent der Fälle tragen die Lungenschäden auch zum vorzeitigen Tod der Patienten bei. Interstitielle Lungenveränderungen treten oft schon sehr früh im Krankheitsverlauf auf, verursachen aber lange Zeit keine Beschwerden. Krause: „In Computertomografie-Aufnahmen finden sich bei 60 Prozent der Gelenkrheuma-Patienten Anzeichen für eine ILD, klinische Symptome allerdings nur bei sechs Prozent.“ Deshalb sollte sowohl bei der Erstdiagnose als auch in regelmäßigen Abständen wieder auf eine ILD untersucht werden, so der Experte.

UWE GROENEWOLD

## Kurz nachgefragt



*Prof. Julia Holle, niedergelassen mit Prof. Frank Moosig im Rheumazentrum Schleswig-Holstein Mitte in Neumünster.*

**Haben Sie den Kongress im Internet verfolgt?**

**Prof. Julia Holle:** Nur bedingt. Wir haben die für den Kongress zuvor geblockten Sprechstunden zum großen Teil freigegeben, um Patienten zu versorgen. An den Kommissionssitzungen, die im Rahmen des Kongresses stattfanden, haben wir teilgenommen. Insgesamt war der Kongressumfang deutlich gekürzt. Mein Vortrag wurde gestrichen, Frank Moosig hat eine Präsentation verfasst und dazu eine Sprachdatei aufgenommen.

**Welche Auswirkungen hat die Pandemie auf den Praxisalltag?**

**Holle:** Covid-19 beschäftigt uns sehr, da unsere immunsupprimierten Patienten alle Risikopatienten sind. In der Praxis gibt es ein strenges Hygienekonzept. Wir arbeiten an den ärztlichen Empfehlungen zum Umgang mit der Pandemie bei immunsupprimierten Patienten mit, die wir innerhalb der DGRh mit ständigen Videokonferenzen updaten. Den jeweils aktuellen Stand findet man auf der Webseite der DGRh.

**Können virtuelle Kontakte in der Rheumatologie die herkömmliche Sprechstunde eines Tages ersetzen?**

**Holle:** Videosprechstunden machen für den Rheumatologen wenig Sinn. Selbst bei „einfachen“ Gelenkerkrankungen ist zur Kontrolle der Krankheitsaktivität ein Gelenkulterschall erforderlich, der nicht per Video stattfinden kann. Komplexe Systemerkrankungen wie Vaskulitiden und Kollagenosen muss man ohnehin „face-to-face“ sehen und untersuchen.

**Vielen Dank für das Gespräch.**

## GEBURTSTAGE

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

**Ahmad Lafi**, Marne,

feiert am 02.11. seinen 80. Geburtstag.

**Dr. Karin Shakra**, Hamfelde,

feiert am 02.11. ihren 70. Geburtstag.

**Dr. Götz-Dieter Lehmann**, Klein Offenseth-Sparrieshoop,

feiert am 03.11. seinen 80. Geburtstag.

**Dr. Alexandra von Hobe**, Husum,

feiert am 04.11. ihren 80. Geburtstag.

**Dr. Hellmut Vahle-Hinz**, Norderstedt,

feiert am 04.11. seinen 75. Geburtstag.

**Dr. Doris Hartwig-Bade**, Lübeck,

feiert am 04.11. ihren 70. Geburtstag.

**Rolf Killmer**, Breiholz,

feiert am 04.11. seinen 70. Geburtstag.

**Dr. Herta Fritz**, Husum,

feiert am 08.11. ihren 70. Geburtstag.

**Dr. Hartmut Bahte**, Büchen,

feiert am 12.11. seinen 75. Geburtstag.

**Dr. Marianne Voigt**, Bargtheide,

feiert am 12.11. ihren 70. Geburtstag.

**Dr. med. univ. Gertrud Srna**, Ahrensburg,

feiert am 13.11. ihren 80. Geburtstag.

**Dr. Rainer Birke**, Schwentinental,

feiert am 13.11. seinen 70. Geburtstag.

**Dr. Norbert Spilok**, Neumünster,

feiert am 17.11. seinen 70. Geburtstag.

**Dr. Ulrich Bittmann**, Mustin,

feiert am 18.11. seinen 70. Geburtstag.

**Dr. Jürgen Oloffs**, Lübeck,

feiert am 19.11. seinen 90. Geburtstag.

**Dr. Peter Gade**, Lübeck,

feiert am 19.11. seinen 80. Geburtstag.

**Dr. Inge Muck-van den Bruck**, Lübeck,

feiert am 19.11. ihren 80. Geburtstag.

**Dr. Cordelia Andreßen**, Kiel,

feiert am 19.11. ihren 70. Geburtstag.

**Dr. Olaf Höper**, Scharbeutz,

feiert am 20.11. seinen 75. Geburtstag.

**Wolfgang Gregersen**, Handewitt, OT Jarplund,

feiert am 21.11. seinen 70. Geburtstag.

**Dr. Reinhard Heumüller**, Fockbek,

feiert am 21.11. seinen 70. Geburtstag.

**Dr. Sönke Mißfeldt**, Itzehoe,

feiert am 22.11. seinen 80. Geburtstag.

**Dr. Wolfram Pelz**, Preetz,

feiert am 22.11. seinen 75. Geburtstag.

**Manfred Köbsch**, Schwarzenbek,

feiert am 22.11. seinen 70. Geburtstag.

**Dr. Dietrich von Maltzahn**, Lübeck,

feiert am 23.11. seinen 80. Geburtstag.

**Ingeborg Rudolf**, Kalübbe,

feiert am 23.11. ihren 70. Geburtstag.

**Helga Wenk**, Eckhorst,

feiert am 24.11. ihren 70. Geburtstag.

**Dr. Arnold Seeliger**, Bad Bramstedt,

feiert am 25.11. seinen 70. Geburtstag.

**Dr. Hans vom Hövel**, Lübeck-Travemünde,

feiert am 27.11. seinen 85. Geburtstag.

**Dr. Joachim Metzger**, Kosel,

feiert am 28.11. seinen 70. Geburtstag.

## „Mutige Löwin“

**P**D Dr. Doreen Richardt, Oberärztin an der Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) in Lübeck, wurde Anfang Oktober mit der „Mutigen Löwin“ des Deutschen Ärztinnenbunds e.V. (DÄB) ausgezeichnet. Der Preis wird seit 2001 alle zwei Jahre, in der Regel an Ärztinnen, vergeben, die sich mit ihren Taten, Verhaltensweisen und Einstellungen gegen Missstände, Benachteiligung und Ausgrenzung einsetzen. Richardt erhielt den Preis außerplanmäßig, da sie sich mit ihrem Einsatz für gerechte Arbeitsbedingungen im besonderen Maße als Vorbild für andere Medizinerinnen qualifizierte. Übergeben wurde der Preis von Dr. Christiane Groß M.A., Präsidentin des DÄB, Elke Burkhard, Stifterin der Auszeichnung aus Neumünster, und Dr. Tonia Iblher, Co-Vorsitzende der Regionalgruppe Lübeck. (PM/RED)

## Staats ist Nachfolger von Löffler

**H**auke Staats, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, ist neuer Chefarzt der „Villa Paletti“, der Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie an der Flensburger Diako. Staats hatte zuletzt nach vier Jahren oberärztlicher Tätigkeit am UKE die Position des Leitenden Arztes der Oberberg Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Hamburg inne. Staats hat Medizin erst nach einem Studium der Rechtswissenschaften in Marburg studiert und anschließend auf mehreren Kontinenten gearbeitet. Es folgte eine Ausbildung in Systemischer Therapie am Helm-Stierlin-Institut und in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie nach C. G. Jung. Staats trat die Nachfolge von Heinz-Georg Löffler an, der am 30. September in den Ruhestand ging. (PM/RED)

## Schulte neuer BDI-Vize



**Dr. Kevin Schulte**

**D**r. Kevin Schulte ist neuer Zweiter Vizepräsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI). Der 34-jährige Nephrologe am UKSH war zehn Jahre lang als Sprecher der außerordentlichen Mitglieder des BDI-Vorstandes aktiv und zählt zu einem neuen Führungstrio des BDI auf Bundesebene. Neue Präsidentin des Bundesverbandes ist Christine Grutzeck-Neumann aus Hamburg; sie ist die erste Frau an der Spitze des Verbandes. Erster Vizepräsident ist jetzt Dr. Norbert Smetak aus Kirchheim. Schulte hat sich schon zum Start seiner ärztlichen Tätigkeit mit berufspolitischen Fragen beschäftigt, ist auf Landesebene engagiert und mehrfach dem Vorurteil entgegengetreten, junge Ärzte würden sich nicht für Standespolitik interessieren. Schulte ist Mitglied des Ausschusses für Qualitätsmanagement in der Ärztekammer Schleswig-Holstein. (PM/RED)

## Verdienstkreuze auch für Ärzte



Ministerpräsident Daniel Günther mit den ausgezeichneten Hans Friedrich Hübner, Dr. Uwe Denker, Jurek Szarf und Dr. Reimar Vogt (von links).

Die Ärzte Dr. Uwe Denker und Dr. Reimar Vogt sind kürzlich gemeinsam mit zwei weiteren Geehrten von Ministerpräsident Daniel Günther mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet worden.

Denker behandelt in Bad Segeberg Patienten ohne ausreichenden Krankenversicherungsschutz anonym und kostenlos. Mit dem von ihm gegründeten Verein hat das Beispiel Schule gemacht, inzwischen gibt es, wie mehrfach berichtet, mehrere solcher Praxen im Land, die vom ehrenamtlichen Engagement von Ärzten und weiteren Unterstützern getragen werden. Außerdem hat Denker mit seiner Initiative bundesweit auf das Thema aufmerksam gemacht.

Vogt engagiert sich ehrenamtlich für die KV und ist Vorsitzender des Hausärztlichen Qualitätszirkels Norddithmarschen. Mit dem von ihm initiierten Praxismodell „Modell Pahlen“, das Ärzte bei der Praxisgründung unterstützt, habe er „Pionierarbeit geleistet“, betonte Günther. Es zeige, wie durch die Zusammenarbeit von freier Ärzteschaft und kommunaler Selbstverwaltung neue Wege beschritten werden können. Der niedergelassene Facharzt und regionale Notdienstbeauftragte macht sich außerdem stark für die Umsetzung des „Ein-Tresen-Modells“ in der Anlaufpraxis der KV in Heide. Dieses Modell war 2016 Prototyp für weitere „Ein-Tresen-Standorte“ im Land. (PM/RED)

## Börm operiert nun in Schleswig

Prof. Wolfgang Börm arbeitet seit Kurzem im orthopädischen Team des Helios Klinikums Schleswig. Unter Leitung von Chefarzt Dr. Volker Stein soll der Wirbelsäulenspezialist die Behandlung von Rückenmarks- und Wirbelsäulenerkrankungen am Standort „voranbringen und stärken“, wie das Klinikunternehmen mitteilte. Ihn selbst habe an Schleswig gereizt, dort ein neues Angebot zu etablieren, hieß es.

Börm wird an drei Tagen pro Woche im Klinikum operativ tätig sein und ambulante Sprechstunden anbieten. Zuvor war Börm als Chefarzt an der Flensburger Diako tätig. In den Norden war er vor 15 Jahren aus Ulm gekommen, wo er eine außerplanmäßige Professur erlangte und immer noch lehrt. Börm war u. a. Vorstandsmitglied der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft und im Jahr 2010 auch deren Präsident. Zu den Operateuren in Schleswig zählen auch die niedergelassenen Neurochirurgen Dr. Zoran Mihajlovic und Dr. Björn Plötz aus einer Kieler ÜBAG. (PM/RED)

## KURZ NOTIERT

### LFB bestätigt Präsidium

Im Präsidium des Landesverbandes der Freien Berufe (LFB) bringt Prof. Henrik Herrmann auch künftig die ärztliche Sichtweise ein. Der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein ist einer von drei Vizepräsidenten neben dem im Amt bestätigten Präsidenten, Steuerberater Lars-Michael Lanbin. Einen Vizepräsidenten stellen auch die Architekten- und Ingenieurkammer sowie die Steuerberaterkammer. Der Vorstand umfasst weitere zwölf Mitglieder, darunter Dr. Axel Schroeder für die Ärzteschaft Nord und Dr. rer. nat. Dipl. Phys. Ralph Ennenbach für die KV Schleswig-Holstein. (PM/RED)

### Bethesda Forschungspreis

Dr. Markus Alexander Hobert erhält den Bethesda-Forschungspreis des Wissenschaftsforums Geriatrie. Der Kieler Mediziner wird für seine Dissertation mit dem Titel „The association of cognitive flexibility with prioritization and gait: A cross-sectional cohort study in healthy older adults“ ausgezeichnet. Seine Arbeit in der Gruppe von Prof. Walter Maetzler weist darauf hin, wie wichtig kognitive Flexibilität bei älteren Personen für das Gehen unter herausfordernden Geh-Situationen ist. Stifter des mit 1.000 Euro dotierten Preises ist die Evangelische Stiftung Bethesda aus Bergedorf. (PM/RED)

### Hoffmann jetzt in Hamburg

Prof. Michael Hoffmann, bislang Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Schön Klinik in Neustadtin Holstein, ist seit vergangenen Monat Chefarzt an der Asklepios Klinik Hamburg St. Georg, wo er die Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sportorthopädie leitet. In Hamburg soll er die Bereiche Schulterchirurgie, Endoprothetik und Sportorthopädie ausbauen. (PM/RED)

## WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Eva Michaelsen, Rendsburg,  
geboren am 17.07.1922, verstarb am 27.06.2020.

Dr. Gernot Hilkenbach, Lübeck,  
geboren am 15.07.1925, verstarb am 14.07.2020.

Dr. Eberhard Hildebrand, Tangstedt,  
geboren am 03.04.1930, verstarb am 22.07.2020.

Dr. Günther Eberhard Peters, Bad Segeberg,  
geboren am 14.12.1927, verstarb am 23.07.2020.

Dr. Inge Ellerbrock-Schauss, Ascheffel,  
geboren am 07.09.1925, verstarb am 27.07.2020.

Dr. Gesine Stut, Kiel,  
geboren am 27.08.1939, verstarb am 17.08.2020.

Dr. Michael Buthke, Flensburg,  
geboren am 01.07.1949, verstarb am 18.08.2020.

Dr. Antje Ehrhardt, Eutin,  
geboren am 11.01.1939, verstarb am 30.08.2020.

Im Weiteren wird von der sonst üblichen Form der Darstellung abgewichen, um einen Überblick über die Probleme im Zusammenhang mit Ohrspülungen zu geben. Auch wenn es sich um vergleichsweise wenig invasive Eingriffe handelt, können die Folgen für die Lebensführung der Patienten doch beachtlich sein.

#### Fall 1

Bei einer Patientin erfolgte in einer Hausarztpraxis wegen einer Behinderung im Ohr eine Untersuchung, bei der ein Ohrpfropf festgestellt wurde. Daraufhin begann die Arzthelferin, mit einer Ohrspritze den Gehörgang zu spülen. Die Hausärztin berichtet, dass durch einen Bedienfehler mit anschließender Schreckreaktion ihrer Mitarbeiterin der Gehörgang oberflächlich verletzt worden sei. Die Mitarbeiterin schildert in einer Stellungnahme, dass beim Spülen der rechten Seite der Kolben durch den Druck vom Gewinde nach hinten weggefliegen sei, wobei ein nicht übermäßig lautes Geräusch entstanden sei, etwa 20 cm vom Ohr entfernt. Anschließend sei der Gehörgang blutig gewesen, da eine Ohrenspritze mit spitzem Aufsatz verwendet worden sei.

Die Patientin suchte deshalb am folgenden Tag einen HNO-Arzt auf, der eine Gehörgangsverletzung rechts feststellte und behandelte. Das Trommelfell rechts wurde als intakt dokumentiert. Später erfolgte im Rahmen einer Kontrolluntersuchung beim HNO-Arzt ein Hörtest, der eine Hörminderung rechts ergab, weshalb eine Kortisonbehandlung eingeleitet wurde. Es besteht ein anhaltender Tinnitus.

#### Bewertung der Haftungsfrage

Wie von der behandelnden Ärztin und ihrer Angestellten berichtet, trat bei der Ohrspülung rechts ein Bedienfehler auf, wobei es zum einen zu einer Verletzung des Gehörganges kam, zum anderen zum Entstehen eines Lärmgeräusches in unmittelbarer Ohrnähe, welches geeignet war, eine akute Lärmschädigung des rechten Innenohres zu bewirken.

Die Bedienung von Geräten stellt im Praxis- und Klinikbereich ein sogenanntes voll beherrschbares Risiko dar. In diesen Fällen ist die Arztseite verpflichtet, geeignete Maßnahmen zur Gefahrenabwehr zu ergreifen. Hierfür konnte die Ärztin keinen Beweis erbringen. Die durch den HNO-Arzt durchgeführten Höruntersuchungen dokumentieren einen für einen Lärmschaden typischen Hochton-Hörverlust des rechten Ohres, der sich trotz durchgeführ-

# Komplikationen und Fehler bei Ohrspülungen

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

ter Kortisontherapie nur geringgradig besetzte. Es bestanden bei der Patientin keine relevanten Vorerkrankungen.

Durch die fehlerhafte Durchführung der Ohrspülung und Verwendung falschen Gerätes (Spritze mit spitzem statt stumpfem Aufsatz) ist es zu einer behandlungspflichtigen Verletzung des Gehörganges gekommen und zu einem Lärmtrauma, welches zu einem Hörverlust rechts im hohen Frequenzbereich mit begleitenden Ohrgeräuschen führte.

#### Fall 2

Wegen eines Druckgefühls auf dem linken Ohr suchte ein Patient seinen Hausarzt auf. Dieser stellte bei der Untersuchung der Ohren fest, dass ein Ohrenschmalzpfropf den Gehörgang verschlossen hatte. Er konnte eine Entzündung der Ohren ausschließen und führte daraufhin eine Spülung des Ohres durch. Hierbei klagte der Patient über heftige Schmerzen. Nach Abbruch der Ohrspülung erfolgte eine nochmalige Untersuchung des Ohres, bei der der Verdacht auf eine Trommelfellperforation geäußert wurde. Deshalb wurde der Patient zum HNO-Arzt überwiesen. Bei der Untersuchung durch den HNO-Arzt stellte dieser ein Loch im rechten Trommelfell fest. Bei einem Hörtest wurde eine Schalleitungsschwerhörigkeit rechts festgestellt. Es er-

folgte eine Trommelfellschienung mithilfe einer Silastik-Folie. Weitere Untersuchungen beim HNO-Arzt ergaben eine Wiederherstellung des vorherigen Hörvermögens. Es besteht noch eine umschriebene Einziehung des Trommelfells. Aufgrund der Verletzung ging der Patient von einer fehlerhaften Durchführung aus.

#### Bewertung der Haftungsfrage

Der Hausarzt hatte sowohl vor als auch nach der Spülung eine Untersuchung vorgenommen und auch die standardgerechten Maßnahmen ergriffen. Auch bei sorgfältigem Vorgehen ist es nicht immer vermeidbar, durch Spülung des Ohres das Trommelfell zu verletzen. Eine Trommelfellverletzung für sich beweist keine fehlerhafte Behandlung.

#### Fall 3

Die HNO-Ärztin behandelte eine Patientin, die Hörgeräte trug, im Rahmen eines Hausbesuches. Mittels einer Kürette wurde Ohrenschmalz aus beiden Gehörgängen entfernt, da bei der Patientin eine chronische Mittelohrentzündung mit Trommelfellperforation rechts und vernarbtem Trommelfell links bekannt war. Bei bekannter Einnahme von ASS trat eine geringgradige Blutung am linken Gehörgangsboden auf, weshalb eine antibiotikahaltige Salbenkompressionstamponade eingelegt wurde. Nach Angabe der HNO-Ärztin bestand eine Verletzung am Gehörgangsboden. Eine Trommelfellverletzung habe nicht vorgelegen. Die Patientin suchte am selben Tag eine andere HNO-Ärztin auf, die eine Trommelfellperforation feststellte. Im Weiteren verheilte die Trommelfellverletzung folgenlos.

#### Bewertung der Haftungsfrage

Insbesondere bei Trägern von Hörgeräten kann es durch das Einsetzen der Ohrpass-Stücke in den Gehörgang zu einem

## 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.**

Zurückschieben des physiologisch vorhandenen Ohrenschmalzes kommen, sodass gelegentlich der Gehörgang durch das Ohrenschmalz völlig verlegt wird. Dies kann auch bei normal hörenden Menschen ohne Hörgerät vorkommen, insbesondere dann, wenn beim nicht empfohlenen Reinigen des Gehörganges mit Wattestäbchen das Ohrenschmalz nach hinten geschoben wird.

Da diese den Gehörgang verlegenden Ohrpfropfe einerseits zu einer Hörminderung führen, andererseits aber auch Entzündungen verursachen können, ist die Entfernung dieser Ohrpfropfe medizinisch indiziert.

Zur Entfernung von Ohrenschmalz stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Häufig wird Ohrenschmalz durch Spülung mit körperwarmem Wasser entfernt. Dies darf aber nur dann durchgeführt werden, wenn gesichert ist, dass keine Trommelfellperforation oder sonstige Vorschädigung des Trommelfells wie z. B. Narbenbildung oder Atrophie vorliegt, da sonst Komplikationen wie das Aufreißen von Trommelfellnarben oder die Entstehung von Entzündungen zu befürchten sind.

Da die HNO-Ärztin aufgrund vorangegangener Untersuchung wusste, dass bei der Patientin eine chronische Mittelohrentzündung mit perforiertem Trommelfell rechts und vernarbtem Trommelfell links vorlag, wählte sie richtigerweise zur Entfernung des Ohrenschmalzes die instrumentelle Methode, bei welcher mit einer kleinen Kürette das Ohrenschmalz entfernt wird.

Bei einer derartigen Untersuchung kann es auch bei fachgerechter Anwendung der Kürette zu Verletzungen der Gehörgangshaut und auch des Trommelfells kommen. Diese Verletzungen können zum Teil mehr oder weniger stark bluten, dies insbesondere dann, wenn der Patient blutgerinnungshemmende Medikamente einnimmt, wie dies hier der Fall war.

Die Widersprüchlichkeit der nach der Pfropfentfernung erhobenen Befunde kann dadurch erklärt werden, dass bei Vorliegen einer Blutung ein Blutkoagel vor der Trommelfellperforation die Einsicht auf diese verdeckt. Im Übrigen wurde die Perforation am gleichen Tag erkannt, sodass sich diese Fehldiagnose nicht ausgewirkt hat.

#### Fall 4

Die Patientin war mehrfach wegen Hörminderung rechts bei Ohrpfropfen in Behandlung bei dem in Anspruch genommenen HNO-Arzt. Etwa 10 Jahre nach Erstbesuch stellte sie sich erneut wegen Hörminderung rechts in der Praxis vor. Es wurde ein obturierender Ohrpfropf diagnostiziert, der sich nicht absaugen ließ. Ausweislich der Unterlagen traten direkt bei der Spülung starke Schmerzen bei der Patientin auf sowie ein ausgeprägter Schwindel. Es wird ein Spontannystagmus nach links dokumentiert. Die daraufhin durchgeführte Otoskopie ergab eine Verletzung des Gehörganges bei intaktem Trommelfell.

#### Bewertung der Haftungsfrage

Der dokumentierte Nystagmus zur Gegenseite (Linksnystagmus bei Spülung rechts) spricht dafür, dass eine Spülung mit einer Temperatur deutlich unter der Körpertemperatur erfolgte. Bei Spülung mit Temperaturen über der Körpertemperatur treten Nystagmen zur gespülten Seite auf, bei Spülung mit Körpertemperatur kein Nystagmus. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bei der thermischen Prüfung der Gleichgewichtsfunktion die Prüfung mit je 7° über bzw. unter der Körpertemperatur (also bei 44° und 30°) erfolgt, wobei bei diesen Temperaturen bereits ein subjektiv unangenehmes Schwindelgefühl auftritt mit entsprechenden Nystagmen (44° zur gespülten Seite, 30° zur Gegenseite). Auch erfolgt die Spülung bei dieser Untersuchung mit einer definierten Wassermenge von 100 ml (A. Ernst, Diagnostik des vestibulären Systems, in: Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie, 2. Aufl. 2010, Thieme Verlag, S. 63). Im hier vorliegenden Fall wurde ein deutlicher Nystagmus zur Gegenseite beschrieben, was für eine Spülung mit kaltem Wasser spricht, da ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Spülung und Auftreten des Nystagmus bestand. Auch eine Spülung mit Wasser von Zimmertemperatur (22°) stellt einen erheblichen Reiz auf das Vestibularorgan dar, da die Differenz zur Körpertemperatur 15° beträgt. Beim Aufsuchen einer Badeanstalt kann eine derartige vestibuläre Reizung grundsätzlich nicht auftreten, da im Normalfall beide Ohren gleichzeitig dieser Temperatur ausgesetzt sind.

Da anderweitige Ursachen für den Nystagmus im vorliegenden Fall nicht ernsthaft in Betracht kommen, ist davon auszugehen, dass die Wasserspülung mit einer Temperatur deutlich unter der Körpertemperatur erfolgte. Die Spülung mit deutlich unter der Körpertemperatur liegendem Wasser zum Zwecke der Ohrenschmalzentfernung ist als fehlerhaft anzusehen. Der Schwindel, die Schmerzen und die Gehörgangsverletzung waren als fehlerbedingt zu bewerten.

#### Fazit:

- ▶ Eine otoskopische Untersuchung vor und nach der Entfernung eines Ohrpfropfes ist notwendig.
- ▶ Vorzugsweise ist die Cerumenentfernung instrumentell (Kürette) oder durch Absaugen durchzuführen.
- ▶ Kann eine Trommelfellschädigung oder eine Entzündung sicher ausgeschlossen werden, darf eine Ohrspülung mit körperwarmem Wasser und geeigneter Spülvorrichtung, die die Anwendung eines geringen Druckes gewährleistet, durchgeführt werden.
- ▶ Die Patienten sind vor Behandlung über mögliche Komplikationen aufzuklären.
- ▶ Treten Beschwerden während der Behandlung auf, hat eine Untersuchung stattzufinden.
- ▶ Im Zweifel ist eine hno-ärztliche Untersuchung zu veranlassen.
- ▶ Es empfiehlt sich, den Patienten bei einer Trommelfellverletzung sachlich über den Vorgang zu informieren und entweder selbst die Komplikation zu behandeln oder eine hno-ärztliche Behandlung zu veranlassen. Um Konflikte zu vermeiden, sollte man dann den Patienten die Terminfindung beim HNO-Arzt abnehmen.
- ▶ Zwar beweist eine Trommelfellverletzung selbst grundsätzlich keine Fehler. In zwei der oben dargestellten Fälle haben aber das Verletzungsmuster bzw. die fehlende Kontrolle über ein sog voll beherrschbares Risiko zur Bejahung eines Haftungsanspruchs geführt.

PROF. HEINZ-GEORG-SCHROEDER, CHRISTINE WOHLERS, PROF. WALTER SCHAFFARTZIK, SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN

# Kompetenzwirrwarr und fachliche Inkompetenz

**SERIE** Medizin und Versorgung in Schleswig-Holstein nach dem Zweiten Weltkrieg. Teil 3 der Serie von Dr. med. Dr. phil. Karl-Werner Ratschko.

Zusätzlich zu der Belastung mit den vielen Flüchtlingen gab es für die kleine preußische Provinz Schleswig-Holstein weitere Probleme durch die große Zahl von internierten deutschen Soldaten. Die Briten hatten nach der Kapitulation in ihrem Besatzungsgebiet Strukturen der Wehrmacht und Marine einschließlich der Stäbe unter ihrem Kommando bestehen lassen. Sie wollten so die Verwaltung der in britischem Gewahrsam befindlichen ursprünglich 2,75 Millionen entwaffneten deutschen Militärpersonen und Kriegsgefangenen möglichst ohne großen Aufwand und Kosten ermöglichen. Die völkerrechtswidrige, aber wohl wegen der großen Zahl organisatorisch unvermeidbare Internierung von mehr als einer Million Soldaten erfolgte in zwei von der Besatzungsmacht eingerichteten Sperrgebieten in Schleswig-Holstein. Das Internierungsgebiet G umfasste die Kreise Eiderstedt, Norderdithmarschen und Süderdithmarschen, entsprechend dem heutigen Kreis Dithmarschen und dem südlichen Teil Nordfrieslands. Das Internierungsgebiet F war Ostholstein nördlich des damaligen Kreises Eutin. Die beiden Internierungsräume wurden noch im Oktober 1945 und im März 1946 geschlossen. Am 20. August 1946 erfolgte die Auflösung der restlichen Wehrmacht.

Unter britischer Aufsicht versorgten sich die internierten Soldaten bei einem weitgehend erhaltenen Verwaltungsapparat der Wehrmacht selbst. Die zunächst noch fortbestehende deutsche Führung hatte für Disziplin, Ordnung, Verpflegung und Unterkunft zu sorgen. Feldjäger der Wehrmacht halfen, die Ordnung aufrecht zu erhalten. Verpflegungslager, ernstereife Felder und anderen Einrichtungen wurden von ihnen und anderen deutschen Freiwilligen bewacht. Vor allem in den ersten Monaten war die Unterbringung oft unzureichend. Nicht selten mussten die Soldaten sich auf

»Entsprechend dürftig waren die hygienischen Verhältnisse. Wie überall fehlten Medikamente, Zahnbürsten und Reinigungsmittel. Die Tagesrationen bestanden aus 300 Gramm Brot und wöchentlich 250 Gramm Fleisch.«

freiem Feld in Erdlöchern oder dicht gedrängt in Ställen und Scheunen einrichten. Die Unterbringung in Häusern und auf Bauernhöfen war besonders schwierig, weil sich dort bereits Flüchtlinge befanden. Entsprechend dürftig waren die hygienischen Verhältnisse. Wie überall fehlten Medikamente, Zahnbürsten und Reinigungsmittel. Die Tagesrationen bestanden aus 300 Gramm Brot und wöchentlich 250 Gramm Fleisch. Die medizinische Versorgung jedoch wurde durch deutsche Ärzte und Pflegepersonal recht gut organisiert. Es bestand ein zunächst dichtes Netz von Lazaretten und Sanitätsstellen.

## *Wehrmachtlazarette und ihre Auflösung – GLOBBER III*

Neben der Verpflegung und Unterbringung der Soldaten waren insbesondere die über hunderttausend Verletzten und Kranken ein Problem, das man gerne in deutschen Händen beließ. Die formale Beibehaltung militärischer Strukturen stieß trotz zügiger Entlassung der deutschen Soldaten bei den Sowjets wohl nicht ganz zu Unrecht auf tiefes Misstrauen. Gegen Ende des Jahres 1945 waren noch ca. 700.000 deutsche Militärangehörige u. a. als Arbeitskommandos, zum Minenräumen, Bombenent-

schärfen, zur Sicherung der Nachrichtenverbindungen und für andere wichtige Aufgaben sowie in den zahlreichen noch unter deutscher Leitung bestehenden Wehrmachts- und Marinelazaretten eingesetzt. Die Sowjets befürchteten, dass die Briten die deutschen Soldaten für eine eventuelle Konfrontation mit ihnen in Einsatzbereitschaft hielten. Als auch die Amerikaner darauf drängten, jegliche deutschen Militärstrukturen zu beseitigen, wurde am 10. Dezember 1945 von den Briten widerwillig das Unternehmen „Clobber“ in Angriff genommen, dessen Ziel es war, alle noch in britischen Händen befindlichen deutschen Soldaten bis 30. Januar 1946 zu entlassen.

Zur Clobber gehörte der Abbau der noch in Schleswig-Holstein befindlichen 112 Wehrmachts- und Marinelazarette. So waren mit der „Operation Globber III“ sämtliche Wehrmachtlazarette und sonstigen Wehrmachts-Sanitätsstellen als solche aufzulösen und falls notwendig in zivile Strukturen zu überführen. Stammpersonal und Patienten wurden bis 20. Januar aus der Wehrmacht entlassen. Ausnahmen waren für hohe Wehrmachtsdienstgrade und bestimmte Angehörige der Waffen-SS, die sogenannte „Arrest-Kategorie“, sowie noch weiterhin benötigtes Sanitätsperso-

nal festgelegt. Soweit eine Entlassung nicht infrage kam, sollten die Verwundeten und „Unentlassbaren“ im SS-Lazarett Ratzeburg gesammelt werden und später in das Wehrmachtlazarett „Duburg-Kaserne“ im Kreis Flensburg überführt werden.

Für die Durchführung waren die Leitenden Britischen Sanitäts-Offiziere (Senior Medical Officers, SMO) in den Kreisen zuständig, die ihrerseits den Amtsärzten sowie den deutschen Leitenden Sanitätsoffizieren (LSO) ihre Anordnungen übermittelten. Die LSO hatten aus den noch bestehenden Stäben der Wehrmacht-Kreiskommandanten auszuschneiden und sich bis zu ihrer eigenen Entlassung aus der Wehrmacht einem Lazarett zuzuteilen. Auch weiterhin sollten sie jedoch nach ihrer Entlassung den zuständigen Amtsärzten die laufenden Meldungen über Bettenbelegung und Zahl der Infektionskranken zur Verfügung stellen. Für diese Tätigkeit im zivilen Sektor waren sie den Gesundheitsämtern zugeteilt. Die Kreise und kreisfreien Städte waren verpflichtet, zunächst alle aufgelösten Wehrmachtsdienststellen treuhänderisch zu übernehmen. Dabei sollte der Grundsatz gelten, dass diejenigen ehemaligen Lazarette als Hilfskrankenhäuser in eigener Verwaltung beibehalten werden sollten, die für die jeweilige Bevölkerung erforderlich waren. Elf Krankenhausbetten sollten für 1.000 Einwohner vorgehalten werden. Die Verantwortung für den weiteren Betrieb aller bisheriger Lazarette nun als Hilfskrankenhäuser einschließlich Verpflegung, Beheizung, ärztlichem Heilbedarf usw. lag bei den Landräten und Oberbürgermeistern. Hier waren auch die regionalen Gesundheitsämter gefordert, deren Sachverstand bei der Nutzung der Lazarett-ausrüstungen benötigt wurde. Gerät für die Versorgung von zwei Promille der Bevölkerung sowie für die Ausstattung vorhandener Einrichtungen der medizinischen Versorgung sollte ebenso vorgesehen werden wie die Sicherstellung der ärztlichen Weiterbehandlung der übernommenen Patienten. Eine recht komplizierte Lösung, die von allen Seiten guten Willen und Kompetenz erforderte. Beides war in der damaligen Zeit nicht immer gegeben.

Im April 1946 befanden sich die ehemaligen Wehrmachtlazarette, soweit sie als Krankenhäuser oder zu sonstigen Zwecken des Gesundheitsdienstes benötigt wurden, in der Zuständigkeit der Medizinalabteilung des Amtes für Inneres bzw. der ihm damals noch unterstellten Gesundheitsämter. Einrichtungen und Vorräte einschließ-

FOTO: ONLINE NICHT VERFÜGBAR

lich der Ausrüstungsgegenstände der aufgelösten Lazarette wurden jedoch wirtschaftlich dem Landwirtschaftsamt übertragen. Zu den Lagerbeständen der früheren Wehrmacht gehörten auch die in den Hauptlagern in Lübeck, Rendsburg und Kiel-Kronshagen sowie in den Dentaldepots in großer Menge vorgehaltenen medizinischen Bedarfsartikel, deren Verwertung jedoch nicht durch die Medizinalabteilung, sondern durch das Wirtschaftsamt angeordnet wurde. Für ihre weitere Nutzung wurden private Firmen gebildet, die den Vertrieb nach einem vom Landwirtschaftsamt festzulegenden Schlüssel vorzunehmen hatten.

Ein Streit zwischen den Finanzbehörden und dem Amt für Gesundheit überschattete das Jahr 1946. Dem Oberfinanzpräsidenten war die wirtschaftliche Verfügungsgewalt über die Liegenschaften der Wehrmacht einschließlich des Inventars von der Militärregierung übertragen worden. Dem mittlerweile als Ministerium bezeichneten Amt für Gesundheit wurde lediglich zugestimmt, dass ärztliche Geräte und Medikamente im Einvernehmen mit ihm erfasst und verwertet werden sollten. Mit einer Verfügung des Amtes für Gesundheitswesen im Februar und noch präziser im Juli 1946 wurden die Prioritäten für die Abgabe medizinischer Geräte

und Materialien festgelegt. An erster Stelle sollten die Krankenanstalten und Amtsärzte der Kreise stehen. Es folgten die Universitätskliniken, die Provinzkrankenanstalten, total ausgebombte Ärzte sowie Flüchtlingsärzte und zuletzt dann die übrigen Ärzte. Bei der bestehenden Mangelange wurden äußerst restriktive Entscheidungen verlangt, nicht Friedensmaßstäbe hatten zu gelten, sondern es musste eine Beschränkung auf das unabdingbar Notwendige erfolgen. Die nur sehr knapp vorhandenen hochwertigen Geräte wie z. B. Röntengeräte, Kurzwellenapparate, Elektrokardiografen, Operationstische, Mikroskope u. ä. m. sollten zunächst überhaupt nicht ausgegeben werden. An Flüchtlinge ausgeliehenes Inventar konnte diesen zur Vermeidung großer Härten käuflich belassen werden. Parallel dazu gab es aktenkundig im Frühjahr 1946 von geschäftstüchtigen Privatleuten Versuche, eine Privatisierung des medizinischen Geräteparks und des die Bedürfnisse Schleswig-Holsteins weit überschreitenden Medikamentenbestandes in den drei Wehrmachtslagern zu erreichen, um eine private Verwertung zu ermöglichen. Das Amt für Gesundheit äußerte starke Bedenken, insbesondere weil die überschüssigen Fertigmedikamente dafür vorgesehen waren, einen Austauschhandel mit anderen Zonen zu ermöglichen. Die Berichte aus den mit der Überführung der Wehrmachtlazarette in den zivilen Bereich beauftragten Gesundheitsämtern klangen alles andere als ermunternd. Pinnerberg teilte z. B. mit, dass die von den Lazaretten angegebene Bettenzahl nicht zugrunde gelegt werden könne, da in den Lazaretten die Betten in der Regel doppelstöckig waren und ohne Zwischenraum nebeneinander standen. Die Folge war, dass nur etwa 40 Prozent der Lazarettbettenzahl für den zivilen Bereich angesetzt werden konnten. Noch vorhandene kleinere Reserven müssten für Patienten mit ansteckenden Krankheiten vorbehalten bleiben. Durch Befehl der Militärregierung wären lediglich zwei Lazarette mit insgesamt 450 Betten aufgelöst worden.

Insgesamt verlief die Durchführung der Operation Globber III ziemlich ungeordnet, auch wenn im Endergebnis die von den Briten vorgegebenen Ziele erreicht wurden. Eine schwer erträgliche Folge war eine mit teilweise großem Leid verbundene unnötige Ausweitung der ohnehin schon bestehenden Mangelsituation in der ambulanten und stationären Versorgung der Bevölkerung. Die Ursache hierfür waren Kompetenzenwarr, fachliche Inkompetenz

und personelle Überforderung besonders auf regionaler Ebene sowie Verantwortungslosigkeit und persönliche Interessen einzelner Akteure. Auch waren die Vertreter der Militärregierung auf Kreisebene mitunter nicht sehr hilfreich. Die Briten hatten in der ersten Zeit nach der Kapitulation Probleme, für regionale, der Besatzungsmacht vorbehaltene Aufgaben, kompetente Offiziere zu finden. Immerhin waren in ihrem Besatzungsgebiet zunächst 26.000 britische Soldaten in der öffentlichen Verwaltung eingesetzt.

Aber die Probleme lagen stärker noch im deutschen Bereich. Der Krieg und die unmittelbare Zeit danach hatten oft zu Gleichgültigkeit und Toleranz geführt. So spielte z. B. ein Mitarbeiter des Landwirtschaftsamtes im Wirtschaftsministerium bei der Verwertung des Sanitätsguts aus den Lazaretten eine besonders unrühmliche Rolle. Er war von Anfang August 1945 bis Ende Mai 1946 als Referent der Chemie-Abteilung im Landwirtschaftsamt angestellt. Er sorgte dafür, dass das bei der Lazarettauflösung anfallende überschüssige Wehrmachtssanitätsgut aus den Kreisen und kreisfreien Städten nicht in die unter kompetenter Leitung von Apothekern befindlichen Sanitätslager Rendsburg und Lübeck kam, sondern errichtete in Verfolgung seiner eigenen Interessen im Februar 1946 in dem Rohbau des Marinelazarettes Kronshagen ein neues Lager, dem nicht nur eine fachliche Leitung, sondern auch die notwendigen Vorkehrungen gegen Diebstahl, Plünderungen, Feuer u. ä. fehlten. Für die Verwertung des Sanitätsbedarfs über den einschlägigen Großhandel gründete er mit anderen Personen drei Firmen, deren Geschäftsführung er hatte und an denen er selbst erheblich beteiligt war. Die geschlossene Übernahme von Fachpersonal des von ihm errichteten Sanitätslagers Kronshagen durch eine der Firmen krönte seine fragwürdigen Aktionen. Den eigenen Firmen wurde ein weit höherer Rabatt eingeräumt als Dritten. Wichtige Produktionsmaschinen wurden von ihm zu einem Zeitpunkt verkauft, als er bereits aus den Diensten der Landesverwaltung ausgeschieden war, indem er einen ehemaligen Mitarbeiter den von ihm diktierten Text unterschreiben ließ. Der von ihm angerichtete Schaden ging in die Millionen, schlimmer noch, der korrupte Umgang mit im medizinischen Bereich benötigter Mangelware entzog der Bevölkerung dringend benötigte Heil- und Arzneimittel. Der schleswig-holsteinische Landtag befasste sich mit der Angelegenheit bereits im Juli 1946, erst danach erfolg-

te die oben bereits erwähnte Anordnung der Medizinalabteilung über die Verwertung medizinischen Materials.

### *Verlegung ortsfremder Kriegsgefangener in ihre Heimatregionen*

Als wäre die Belastung der Kreise und kreisfreien Städte und ihrer Gesundheitsämter zu Beginn des Jahres 1946 nicht schon weit über das Leistbare angestiegen, wurde im Februar/März von der Militärregierung die Zusammenlegung der nicht in der britischen Zone beheimateten verwundeten und kranken Kriegsgefangenen angeordnet. Eine Aufteilung sollte jeweils nach russischer, amerikanischer, französischer und „österreichischer Zone“ vorgenommen werden, eine weitere Unterteilung in kurzfristige und langfristige Fälle sowie chronisch Kranke erfolgen. Aus den anderen Zonen wurden Lazarettzüge mit in Schleswig-Holstein beheimateten verwundeten oder kranken Soldaten erwartet, die innerhalb der Provinz verteilt werden mussten. Die Lazarettzüge sollten dann dafür genutzt werden, die Soldaten in ihre Heimatzone zu transportieren. So hatte der Kreis Eutin Platz für die Kranken und Verwundeten der amerikanischen Zone im Ortslazarett Malente, der Kreis Süderdithmarschen für die Patienten aus der französischen Zone in Marne und der Kreis Oldenburg für die nicht deutschen ehemaligen Wehrmachtangehörigen einschließlich der Österreicher in Neustadt und Oldenburg zu schaffen. Soweit sich ehemalige Soldaten aus dieser Gruppe weigerten, in ihre Heimat zurückzukehren, sollte das bei den einzelnen Betroffenen durchgesetzt werden. Anders war die Situation bei ehemaligen deutschen Soldaten aus der sowjetischen Besatzungszone. Bei ihnen wurde die ursprüngliche Anordnung revidiert. Sie durften im Einvernehmen mit der Militärregierung in Schleswig-Holstein verbleiben und, soweit sie körperversehrt waren, so lange in Krankenhausbehandlung bleiben, bis sie mit den notwendigen Hilfsmitteln versorgt waren. Die Erfüllung der britischen Forderungen war für viele Verwundete und Kranke eine kaum zumutbare Belastung, da sie in Transporten über schlechte Straßen in oft ungeeigneten Fahrzeugen verbunden mit Schmerzen und erheblichen körperlichen Belastungen erfolgen mussten.

FORTSETZUNG IM NOVEMBERHEFT,  
LITERATUR UND QUELLENACHWEISE BEIM  
VERFASSER  
DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER  
RATSCHKO

# „In nuanciertem Parlando gut verpackt“

**LEICHENSCHAU** Gute Resonanz auf ein gemeinsames Fortbildungsangebot von Ärztekammer Schleswig-Holstein und Kripo Lübeck. Ziel ist es, die Qualität der Leichenschau zu steigern. Bislang vier Fortbildungen mit praktisch und theoretisch vermittelten Inhalten.

Freitexte und Kommentare in Evaluationen sagen manchmal mehr als die vergebenen Noten auf den Bewertungsbögen. Wenn dort Sätze wie „Ich erinnere mich nicht, je in einer Fortbildung so viel dazugelernt zu haben“ neben Aussagen wie „entspannt, locker und wirklich informativ“ oder „Das Seminar lief wunderbar und hat mir mit der in nuanciertem Parlando gut verpackten, extrem interessanten Fortbildung gut gefallen. Ich konnte auf klare Art Lücken auffüllen“ stehen, lässt dies auf eine gut vorbereitete Fortbildung schließen, die die Erwartungen der Teilnehmer erfüllen konnte.

Die Kommentare betreffen Seminare für eine neue Form der Fortbildung zur Leichenschau. In die Vorbereitungen waren neben Ärztekammer und Kripo auch die Lübecker Staatsanwaltschaft und das Institut für Rechtsmedizin eingebunden. Die Veranstaltungen leben vom Wech-

sel aus Theorie und Praxis und dem Input von ärztlicher und kriminalistischer Seite. Neben PD Dr. Doreen Richardt aus dem Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein waren die Referenten Dr. Frank Hackmann (Ärztlicher Leiter des Rettungsdienstes) sowie die Kriminalhauptkommissare Benjamin Schulz und Christian Stahl dabei. Sie brachten den Teilnehmenden die Themen Bestattungsgesetz, Todesbescheinigung und Meldeverpflichtungen des leichenschauenden Arztes näher.

Nach der Theorie ging es in die Rechtsmedizin, wo Dr. Nadine Wilke-Schalhorst den Teilnehmenden die praktische Leichenschau vorführte. In beiden Teilen - theoretisch wie praktisch - konnten offene Fragen gestellt, diskutiert und beantwortet werden.

Nach Angaben Richardts steht die neue Form der Fortbildung zur Leichenschau al-

len interessierten Ärzten in Schleswig-Holstein offen – eine Mitarbeit im dem neu gegründeten ÄrzteePool für die Leichenschau ist nicht daran geknüpft, wie der Leiter der Arbeitsgemeinschaft Ärzte, Christian Stahl, versicherte.

Wie berichtet wird in Lübeck ein ÄrzteePool zusammengestellt, dessen Mitglieder ab Oktober von der Kriminalpolizei oder der Rettungsleitstelle für eine Leichenschau angefordert werden können. Ziel des Pilotprojektes ist eine bessere Versorgung der Bevölkerung, indem die versorgenden Ärzte die oft zeitraubenden und belastenden Leichenschauen an den Pool abgeben können. „Dadurch wird mehr Zeit für die Lebenden und eine Verringerung der Wartezeiten der Polizei an einer Leiche und damit ein Freisetzen von ärztlichen und polizeilichen Ressourcen erwartet“, erläuterte Richardt dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. (RED)

Teilnehmer und Dozenten des ersten Fortbildungstages zur Leichenschau bei der Lübecker Kriminalpolizei.



## Info

Mediziner, die Interesse an einer Zusammenarbeit haben, sind bei der Arbeitsgemeinschaft Ärzte der Kriminalpolizei Lübeck herzlich willkommen. Die AG steht landesweit allen Interessierten für Fragen zur Verfügung. Es erfolgt dann eine Vermittlung an die regional zuständigen Ansprechpartner von der Kriminalpolizei, die es landesweit gibt. Kontakt per Mail unter AG-Aerzte.Luebeck.BKI@polizei.landsh.de

# E-Learning im Lockdown

**AKADEMIE** Präsenzveranstaltungen waren an der Akademie im Frühjahr für einige Wochen nicht möglich. Damit Prüfungen nicht unzumutbar lange nach hinten verschoben und Fortbildungen gestrichen werden mussten, setzte die Akademie auf eine Open-Source-Lösung für das E-Learning.

Am 13. März musste die Akademie alle Präsenzveranstaltungen aufgrund der sich verschärfenden Lage der Corona-Pandemie einstellen. U. a. stand am 14. März 2020 die Prüfung für die Teilnehmer des Weiterbildungskurses Ernährungsmedizin an – ohne Prüfung keine Zusatzbezeichnung. Spontan richteten Mitarbeiter der Akademie innerhalb von 24 Stunden die Prüfung auf der gerade neu geschaffenen eLearning-Plattform Ilias ein, um den Teilnehmern trotz Absage der Veranstaltung, Prüfung und Abschluss zu ermöglichen, was auch erfolgreich gelang. Ab da begann eine rasante Entwicklung bei der Akademie mit bis jetzt über 1.000 Teilnehmern in eLearning-Formaten.

Bis Anfang Mai konnten in der Akademie keine Veranstaltungen stattfinden. Dies betraf den Unterricht der überbetrieblichen Ausbildung (ÜBA) für Medizinische Fachangestellte, aber u. a. auch Kurse wie Ernährungsmedizin, die für die ärztliche Weiterbildung relevant sind. Trotz abgesagter Präsenzveranstaltungen war es unser Ziel, die Inhalte für unsere Teilnehmer und Auszubildenden auch ohne Unterricht hier vor Ort didaktisch sinnvoll zu vermitteln. Auf diese Herausforderungen haben wir mit dem Aufbau der Open-Source eLearning-Plattform Ilias bei der Akademie reagiert. Innerhalb kürzester Zeit konnte ein Projektteam in Zusammenarbeit mit den Ausbilderinnen der ÜBA und Referenten didaktisch sinnvolle eLearning-Inhalte für den Unterricht und Veranstaltungen aufbauen. Wir haben bei der Umsetzung in die digitale Umgebung nicht bloß Texte oder Dokumente zum Selbststudium zur Verfügung gestellt. Wir haben multimediale Inhalte erstellt und zudem Übungen entwickelt, die den Ansatz der Gamification verfolgten. Die Teilnehmer und Auszubildenden sollten die Möglichkeit bekommen,

sich auf zum Teil spielerische Art und Weise Wissen anzueignen.

Parallel haben wir unter Berücksichtigung der Einschränkungen durch Schutzmaßnahmen den Präsenzunterricht angepasst und ein Hygienekonzept für den Lehrbetrieb entwickelt, der ab Mai wieder stattfinden konnte. Uns war klar, dass unser Unterricht in der ÜBA, gerade die praktischen Übungen, unter Einhaltung der Abstandsregeln nicht wie gewohnt stattfinden kann. Die Teilnehmer von Fortbildungsveranstaltungen wurden teilweise in kleinere Gruppen aufgeteilt, Präsenztage reduziert und durch eLearning-Inhalte und Webseminare ergänzt oder ersetzt. Heraus kam, was Blended Learning genannt wird. Blended Learning oder Integriertes Lernen bezeichnet eine Lernform, die eine didaktisch sinnvolle Verknüpfung von traditionellen Präsenzveranstaltungen und Formen von eLearning anstrebt. Das Konzept verbindet die Effektivität und Flexibilität von elektronischen Lernformen mit den sozialen Aspekten der Face-to-Face-Kommunikation sowie ggf. dem praktischen Lernen von Tätigkeiten. Blended Learning zielt also darauf ab, durch die geeignete Kombination verschiedener Medien und Metho-

den deren Vorteile zu verstärken und die Nachteile zu minimieren.

Wir haben somit aus der Not eine Tugend gemacht, indem wir die Vorteile des praktischen Präsenzunterrichts mit Kleingruppen gestärkt haben und mit den multimedialen Möglichkeiten der eLearning-Plattform die Vermittlung der theoretischen Inhalte verbessern und individualisieren konnten. Jedoch erfordert ein iteratives Vorgehen bei der Umsetzung in Kombination mit einer agilen Arbeitsweise immer auch eine gewisse Fehlertoleranz. Deshalb haben wir direkt mit der Freischaltung der eLearning-Plattform alle Fehler und Probleme mit der Plattform, die uns Nutzer über den inhaltlichen und technischen Support mitgeteilt haben, dokumentiert. So konnten wir in einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess für spätere Nutzer die Qualität der Inhalte steigern, die Anwendungsfreundlichkeit verbessern und Fehler der Plattform beheben. Alle Lerninhalte auf der Plattform wurden zudem evaluiert.

Am Ende ging es nicht nur darum, die Lerninhalte zur Verfügung zu stellen, sondern auch mit Verständnis für die Situation der Betriebe und der Teilnehmer die Lernsituation in Zeiten der Corona-Pandemie zu organisieren. So reagierten wir mit spontanen, individuellen Anpassungen der begrenzten Bearbeitungs- und Testzeiträume für die Inhalte der Plattform. Diese Möglichkeiten hatten wir nur durch den Einsatz von Ilias. Wir haben damit einen großen Schritt in Richtung der Individualisierung unseres Bildungsangebotes gemacht. Teilnehmer werden sich zukünftig eLearning-Inhalte auf der Plattform im eigenen Tempo aneignen und die Bearbeitung zeitlich selbst strukturieren können.

Gerade diese Vorteile wurden in der Evaluation von den Teilnehmern sehr häufig genannt. Gleichzeitig konnten wir auch wieder feststellen, wie wichtig der praktische Unterricht vor Ort ist. eLearning allein, auch in der Corona-Krise, kann kein Allheilmittel sein. Entscheidend bleibt weiterhin eine ganzheitliche Betrachtung der Situation der Teilnehmer, Auszubildenden, der Betriebe und unserer eigenen Ansprüche. Es bestärkt uns jedoch in dem Vorhaben, unser Bildungsangebot im Sinne des Ansatzes des Blended Learning weiterzuentwickeln.

Hinweis: Unser im Aufbau befindliches Angebot an Blended Learning finden Sie auf der Homepage.

## Weitere Infos



## FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

### Ärztlich begleitete Tabakentwöhnung

Wie kann ein Raucher motiviert werden, ohne das als „moralischen Zeigefinger“ zu empfinden? Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es medikamentös und verhaltenstherapeutisch? Diese und weitere Fragen werden in der Fortbildung beleuchtet. Der Fokus liegt neben Grundlageninformationen zu Tabakabhängigkeit und -entwöhnung auf einer interaktiven Gestaltung. Es werden Selbstreflexionsanteile sowie Übungen zur Gesprächsführung geboten.

Die Beratung und Motivation zur Tabakentwöhnung kann nach dem aktuellen DMP Asthma Vertrag abgerechnet werden. Zudem kann die Fortbildung auf die Erlangung der Zusatzbezeichnung Suchtmedizinische Grundversorgung angerechnet werden.

**Nächster Starttermin:** 13. November 2020 (Fortbildungspunkte: 20, Fortbildungsstunden: 20)

### Notfallmanagement und Basisreanimation

Die Fortbildung eignet sich sehr gut für Praxisteam, um eine größere Sicherheit im Management von Notfallsituationen zu erlangen. Nach einer kurzen theoretischen Übersicht 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)

### Fachzertifikat Kardiologie – Grundlagenmodul

Das Grundlagenmodul für das Fachzertifikat Kardiologie zielt auf die Vertiefung und die Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten von Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen im Bereich der Behandlung von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Ziel ist es, den Kardiologen bei der Planung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen.

#### Inhalte

- ▶ Anatomie des Herzens mit Erregungsbildung und -leitung
- ▶ Schwere und Dringlichkeitsgrad von Krankheiten einschätzen
- ▶ Notfälle und Basisreanimation
- ▶ Symptome kennen und Ursachen nennen
- ▶ bei Untersuchungsverfahren mitwirken und assistieren
- ▶ Interventionelle Therapiemaßnahmen beschreiben
- ▶ Herzchirurgische Eingriffe kennen
- ▶ Arzneimittelgruppen erklären und bei der Versorgung mitwirken

**Nächster Starttermin:** 27. November 2020 (Gesamtumfang: 45 Unterrichtsstunden)

### Kontakt

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



# Aktiv und vernetzt

**STEINBURG** Ärzteverein, Kreisstelle, Qualitätszirkel und Kreisausschuss – die Ärzte im Kreis Steinburg sind hervorragend vernetzt und wollen junge Kollegen für eine Mitarbeit gewinnen.



Dr. Alexander Schmied

620 Ärztinnen und Ärzte wohnen und arbeiten im Kreis Steinburg. Dr. Alexander Schmied ist seit 2018 Vorsitzender des Kreisausschusses und von seinem Vorgänger Dr. August Palátsik an die ehrenamtliche Tätigkeit herangeführt worden. „Er kam auf mich zu und sagte mir ‘Du machst jetzt mit‘“, erinnert sich der Itzehoer. Nicht nur das: Palátsik, ein Freund der Familie, war der Grund, warum Schmied überhaupt Arzt werden wollte.

Heute ist er nicht nur Vorsitzender des Kreisausschusses, sondern auch Beiratsmitglied der KV-Kreisstelle und Pressewart im Verein niedergelassener Ärzteschaft Kreis Steinburg e.V. Nachdem Palátsik verstarb, ruhte die Arbeit des Kreisausschusses vorerst. Jetzt liegt es an Schmied, die Strukturen zu durchblicken und aufzudröseln, welche Institution im Kreis welche Aufgabe übernimmt. Fest steht: Der Kreisausschuss der Ärztekammer ist die einzige übergreifende Institution.

Die Ärzte im Kreis sind sehr aktiv. Es gibt einen 70 Mitglieder starken Ärzteverein, eine präsenste KV-Kreisstelle und weitere Qualitätszirkel. Der Ärzteverein trifft sich alle vier Wochen, die Kreisstelle viermal im Jahr, immer eine Woche nach den Abgeordnetenversammlungen. Da die meisten Vorstände in allen drei

Organen aktiv sind, finden die Sitzungen oft an einem Tag nacheinander statt. Zuerst trifft sich die KV-Kreisstelle, anschließend der Ärzteverein. Da während der Sitzungen übergreifende Themen besprochen werden, fällt der Kreisausschuss der Ärztekammer oft in den Tagesordnungspunkt „Sonstiges“. Schmied ist aber überzeugt, dass alle ihre Berechtigung haben. „Beim Thema Nachwuchs sitzen wir schließlich alle im selben Boot – Niedergelassene wie Krankenhausärzte oder die Ärzte aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst“, nennt er einen wichtigen Grund, weshalb es einen Kreisausschuss in Steinburg braucht.

„Ich möchte auch in 30 Jahren noch in Itzehoe leben und zum Arzt gehen können. Daher braucht es eine gute Vernetzung unter allen Ärzten. Wenn wir uns jetzt kümmern, haben wir auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung“, ist Schmied überzeugt. Dafür seien alle Ärzte im Kreis wichtig. Ende August gab es unter Einhaltung der Corona-Regeln ein Zusammentreffen von Ärzten aus verschiedenen Bereichen und der Möglichkeit, sich mit Kollegen mit einem anderen beruflichen Hintergrund auszutauschen: Vom Arzt in Weiterbildung in der Klinik bis zum niedergelassenen Arzt, jung wie alt.

STEPHAN GÖHRMANN

## Die Arbeit der Kreisausschüsse

*Die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein wird bei der Durchführung ihrer Aufgaben in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt von einem Kreisausschuss unterstützt. Die Kreisausschüsse werden für die jeweilige Wahlperiode analog zur Kammerversammlung benannt.*

*Die Mitglieder der Kreisausschüsse treffen sich regelmäßig zum kollegialen Austausch. Sie erarbeiten Strategien und Konzepte, um die berufliche Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte in ihrem Einzugsgebiet zu fördern.*

*Des Weiteren unterstützt jeder Kreisausschuss die Ärztekammer darin, die Einhaltung der Berufspflicht zu kontrollieren und die Kammerwahlen nach Ablauf einer Wahlperiode vorzubereiten.*

*In bis zu drei Mal jährlich stattfindenden gemeinsamen Sitzungen informiert die/der Kreisausschussvorsitzende den Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein über aktuelle Themen und Diskussionen innerhalb der Landkreise und spiegelt somit die Meinungsbildung in Schleswig-Holstein wider.*

## MITGLIEDER DES KREISAUSSCHUSSES

- ▶ Dr. Alexander B. Schmied (Vorsitz)
- ▶ Katrin Klewitz (Stellvertreterin)
- ▶ Dr. Nadja Beuge
- ▶ Dr. Heike Lehmann
- ▶ Dr. Jörg Wendtland

## KONTAKT

*Haben Sie Fragen zur Arbeit des Kreisausschusses Steinburg und suchen Sie Kontakt zum Vorsitzenden? Dann wenden Sie sich gern direkt an Dr. Alexander Schmied. Er freut sich über eine Kontaktaufnahme per Mail an: [steinburg@aeksh.de](mailto:steinburg@aeksh.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](http://www.aeksh.de) finden Sie die aktuellen Listen der weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein.

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

Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, dass die ausgeschriebenen Praxen im Sinne der Bedarfsplanung bedarfsgerecht sind. Interessenten werden gebeten, sich mit der Kassenzärztlichen 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](mailto:anzeigen@elbbuero.com) · [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)**

**NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 11/2020 21. Oktober 2020**

## STELLENANGEBOTE



Marien-Krankenhaus Lübeck

Arbeiten am Marien-Krankenhaus Lübeck  
Für Ihre berufliche Zukunft!

Das Marien-Krankenhaus Lübeck sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt:

### Belegärzte (m/w/d)

Wir verfügen über die Fachabteilungen Anästhesie, Chirurgie, Gynäkologie & Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Urologie und Pädiatrie.

Weiterhin bieten wir Stellen für

### Assistenzärzte (m/w/d)

u. a. für die Facharztweiterbildung Gynäkologie und Geburtshilfe oder Chirurgie.

Wir betreuen als reines Belegkrankenhaus ca. 8000 Patienten jährlich. Mit 1500 Geburten im Jahr gehören wir zu den größten Geburtskliniken in Schleswig-Holstein.

[www.marien-krankenhaus.de](http://www.marien-krankenhaus.de)



Wir freuen uns auf Ihre aussagefähige Bewerbung. Diese richten Sie bitte an:

Geschäftsführung  
Kath. Marien-Krankenhaus Lübeck  
Parade 3  
23552 Lübeck  
oder an:  
[bewerbung@marien-krankenhaus.de](mailto:bewerbung@marien-krankenhaus.de)



[www.ansgar-gruppe.de](http://www.ansgar-gruppe.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 [allgemeinarztpraxis-henstedt@gmx.de](mailto:allgemeinarztpraxis-henstedt@gmx.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](mailto: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](http://www.hausarztzentrum-malente.de)

## 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](mailto:anzeigen@elbbuero.com).

### 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

### Arbeitsmedizin: innovativ, präventiv und familienfreundlich

Das Hanseatische Zentrum für Arbeitsmedizin ist eine der größten arbeitsmedizinischen Praxen in Norddeutschland. Wir betreuen in Hamburg mehr als 25.000 Beschäftigte aus unterschiedlichen Branchen. Qualität, Kundenorientiertheit und ein gutes Betriebsklima sind bei uns nicht nur Worte.

Zum Ausbau unseres multiprofessionellen Teams suchen wir zum nächstmöglichen Termin überwiegend für den Raum HH-West und Umgebung

### Ärzte (w/m/d) mit der Gebietsbezeichnung oder zur Weiterbildung im Fachgebiet Arbeitsmedizin

gerne auch in Teilzeit.

#### Unsere Erwartungen:

- Möglichst mehrjährige Erfahrung in der Arbeitsmedizin, vorzugsweise eine weitere Gebietsbezeichnung.
- Sicheres Auftreten, Kommunikationsfreudigkeit, Sensibilität und die Bereitschaft für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit unseren Kunden
- Organisationstalent, Engagement und Freude am selbstständigen Arbeiten
- Sehr gute Teamfähigkeit
- Last but not least: eine positive und gut gelaunte Grundeinstellung

#### Wir bieten:

- Geregelte Arbeitszeiten
- Geringe Fahrtätigkeit, die selbstverständlich als Arbeitszeit zählt
- Förderung und Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen
- Die kollegiale Arbeit in einem netten und qualitätsbewussten Team
- Eine Bezahlung oberhalb des Tarifs des Marburger Bundes

Auf Ihre Bewerbung freuen sich die Geschäftsführer:

Dr. Bernd Katz und Dr. Hartmut Wigger,  
**Hanseatisches Zentrum für Arbeitsmedizin GbR**,  
Hammerbrookstr. 93, 20097 Hamburg,  
E-Mail: [info@hanza.de](mailto:info@hanza.de), Tel. 040/707081616, [www.hanza.de](http://www.hanza.de)



### FA Gynäkologie (m/w/d)

für etablierte Praxis in Itzehoe gesucht.  
Langfristig, in flex. planbarer Voll- oder Teilzeit, in einem motivierten Praxisteam.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an:  
[bewerbung@frauenaerzte-itzehoe.de](mailto:bewerbung@frauenaerzte-itzehoe.de)

### Psychotherapie (TP)

bezahlte Fallstunden durch  
**Weiterbildungsassistenz**  
auf 450€ Basis / ein halber  
Tag /Woche geeignet für  
fachgeb. Psychotherapie  
Facharzt. Psychiatrie  
Zusatzqualifikation (TP)  
f. Verhaltenstherapeuten  
[info@praxis-leinz.de](mailto:info@praxis-leinz.de)



Foto: KVMV/Schilder

### Gemeinsame Prüfungsstelle M-V

der Ärzte und Krankenkassen

Der Gemeinsamen Prüfungsstelle der Ärzte und Krankenkassen in M-V obliegen die gesetzlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Sie ist bei der Kasenzärztlichen Vereinigung M-V (KVMV) errichtet worden. Sie trifft Feststellungen zu den für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Sachverhalten in der vertragsärztlichen Versorgung. Für diesen Bereich ist die Stelle nächstmöglich zu besetzen.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann schicken Sie Ihre Bewerbung für das Stellenangebot an [bewerbung@kvmv.de](mailto:bewerbung@kvmv.de). Bei Fragen: 0385.7431 241. Die ausführliche Stellenausschreibung finden Sie unter [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de) → Über uns → Karriere in der KVMV

### Leiter (m/w/d) der Geschäftsstelle der Gemeinsamen Prüfungseinrichtung der Ärzte und Krankenkassen M-V

## STELLENANGEBOTE



**ICH WILL DABEI SEIN,  
WENN MOMENTE GENAUSO  
WICHTIG SIND  
WIE MEDIKAMENTE.**



Klinik Nord

**MIT DIESEM WUNSCH SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOBen.** Mit über 160 Gesundheitseinrichtungen in 14 Bundesländern zählen wir zu den größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland. Der Kern unserer Unternehmensphilosophie: Es reicht uns nicht, wenn unsere Patienten gesund werden – wir wollen, dass sie gesund bleiben. Wir verstehen uns als Begleiter, der Menschen ein Leben lang zur Seite steht.

Für die Klinik für Gerontopsychiatrie suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Voll- oder Teilzeit einen

## Facharzt für Psychiatrie oder Arzt in fortg. Weiterbildung (w/m/d) in der Institutsambulanz (PIA)

### Wir sind

mit über 1.800 Betten an drei Standorten die größte Klinik in Hamburg. Getreu dem Leitsatz „Gesund werden. Gesund leben.“ arbeiten 28 medizinische und psychiatrische Kliniken und Abteilungen Hand in Hand, um jährlich über 100.000 Patienten aus dem Norden der Freien und Hansestadt Hamburg sowie dem Süden Schleswig-Holsteins auf höchstem Niveau zu versorgen.

In der Gerontopsychiatrischen Ambulanz erhalten ältere Patienten ein ebenso breites wie spezialisiertes Behandlungsangebot. Neben der Nachsorge stationärer Patienten liegt ein Schwerpunkt unserer Tätigkeit in der Therapie von Patienten mit affektiven Störungen im Gruppen- und Einzelsetting sowie in der aufsuchenden Versorgung von Patienten in umliegenden Pflegeheimen. Weitere Angebote für ältere Patienten, z. B. im Bereich pflegender Angehöriger, befinden sich im Aufbau und erweitern ebenso wie unsere Tagesklinik und Gedächtnissprechstunde eine umfassende Versorgungsstruktur.

### Ihr Aufgabengebiet

umfasst die ambulante psychiatrische(-psychotherapeutische) Behandlung von älteren Menschen mit Erkrankungen aus dem gesamten Spektrum der Psychiatrie.

### Ihr Profil

Sie sind Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Facharzt für Nervenheilkunde oder Assistenzarzt mit fortgeschrittener Weiterbildung in einem dieser Fächer und verfügen über Erfahrung in der Behandlung von gerontopsychiatrischen Patienten oder möchten sich in diesen Bereich einarbeiten bzw. Ihre psychotherapeutischen Kompetenzen hier erweitern | Kontakte mit außerklinischen Versorgungseinrichtungen und multi-professionelle Zusammenarbeit machen Ihnen Freude | Sie haben Interesse am Aufbau und der Weiterentwicklung ambulanter Versorgungsstrukturen mit individueller Gestaltung im Bereich Gerontopsychiatrie | Sie bringen sowohl Teamfähigkeit als auch die Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Arbeit mit

### Wir bieten

Ihnen spezialisierte und abwechslungsreiche Arbeit in einem motivierten und netten Team, die Befreiung von der Teilnahme an Nacht- und Wochenenddiensten und die Möglichkeit zum Engagement in Forschung und Lehre sowie hohe Qualitätsstandards. Es bestehen Möglichkeiten zur internen und externen Fortbildung, u. a. am unternehmenseigenen Bildungszentrum. Eine leistungsgerechte Vergütung nach TV-Ärzte/VKA, betriebliche Gesundheitsvorsorge und betriebliche Altersversorgung gehören ebenfalls zu unserem Angebot. Wir verfügen über eine Kindertagesstätte und Krippe auf dem Klinikgelände in Ochsenzoll und bieten Ihnen ein HVV-Profi-Ticket und nah.sh-Firmenabo. Die Stelle ist grundsätzlich auch für Schwerbehinderte geeignet.

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne Herr PD Dr. Wollmer, Chefarzt der Klinik für Gerontopsychiatrie, unter Tel.: (0 40) 18 18-87 23 37 (Sekretariat) zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Online-Bewerbung unter Angabe der Kennziffer 145-208-SÄB an [www.asklepios.com/hamburg/nord/heidberg/unternehmen/bewerber/stellenangebote/](http://www.asklepios.com/hamburg/nord/heidberg/unternehmen/bewerber/stellenangebote/) oder [bewerbung.nord@asklepios.com](mailto:bewerbung.nord@asklepios.com)

## STELLENANGEBOTE



abts+partner ist eine Ärztesozietät mit gynäkologischem Schwerpunkt. Mit über 170 Mitarbeitern an derzeit 11 Praxisstandorten in Schleswig-Holstein bieten wir unseren Patienten eine wohnortnahe Basisversorgung, ambulant-spezialärztliche Leistungen und ein stationäres Leistungsspektrum aus einer Hand.

Für unsere Praxen in **Kiel, Heikendorf, Neumünster, Mittelangeln und Flensburg** suchen wir:

- **Fachärzte/ Fachärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe** w/m/d
- **Ärzte/ Ärztinnen in Weiterbildung** w/m/d mit abgeschlossener geburtshilflicher Ausbildung

Bitte bewerben Sie sich schriftlich bei uns:  
abts+partner Partnerschaftsgesellschaft  
Herr Dr. Martin Völckers  
Prüner Gang 7 | 24103 Kiel

[www.abts-partner.de](http://www.abts-partner.de)

Wir suchen ab 01.01.2021 (oder später) einen  
**Weiterbildungsassistenten (w/m/d)**

für eine Gemeinschaftspraxis in Neumünster (WB-Erlaubnis für 2 Jahre vorhanden). Wir bieten gesamtes Spektrum der hausärztlichen und internistischen Versorgung, sowie Naturheilverfahren und Hausbesuche.

Arbeitszeiten flexibel gestaltbar von Viertel-, Halb- bis Vollzeit alles möglich. Überdurchschnittliche Bezahlung, Urlaub, sowie finanzielle Unterstützung bei erforderlicher Kinderbetreuung.

*Die Balance zwischen Arbeit und Privatleben ist uns wichtig.*

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

Max-Richter-Str. 17 · 24537 Neumünster

Tel.: 04321-85388-0 · [info@praxis-am-kantplatz.de](mailto:info@praxis-am-kantplatz.de)

### GP für Psychiatrie in Schleswig

sucht nette/n Kollegen/in zur Übernahme eines halben KV-Sitzes oder übergangsweiser angestellter Teilzeittätigkeit. Familienfreundlicher Betrieb, sympathisches Team. Eine Weiterbildungserm. liegt vor.

**Kontakt erbeten unter: [dat@neuropraxis-sl.de](mailto:dat@neuropraxis-sl.de)**

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](mailto:winffah@web.de)

Internistisch-allgemeinmedizinische  
Gemeinschaftspraxis sucht

**FÄ/FA Innere Medizin/  
Allgemeinmedizin** in VZ/TZ

zum nächst möglichen Zeitpunkt.  
Zuschriften unter Chiffre SH50823.

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



**care**<sup>®</sup>

Die mit dem CARE-Paket

### BEILAGENHINWEIS:

Diese Ausgabe enthält eine Beilage der AMT Abken Medizintechnik GmbH



Das St. Franziskus MVZ Am Hang in Harsislee  
sucht zum 1. Januar 2021 in Teilzeit

- **einen Gastroenterologen (m/w/d)**

Leben & Arbeiten im schönsten Segelrevier Deutschlands  
Bei Interesse: [www.mehralnurnarbeit.de](http://www.mehralnurnarbeit.de)



**Malteser**

...weil Nähe zählt.

## STELLENANGEBOTE



Das Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

### Außengutachter (m/w/d) auf Honorarbasis für die Dienstsitze Lübeck und Neumünster

Zu Ihren Aufgaben zählt die Erstellung von ärztlichen Gutachten mit Untersuchung oder nach Aktenlage nach dem Opferentschädigungsgesetz/ SGB XIV.

Es wird um Bewerbungen von Fachärztinnen und Fachärzten (m/w/d) auf psychiatrischem oder psychosomatischem Fachgebiet gebeten oder von solchen Kolleginnen und Kollegen, die in absehbarer Zeit die Facharztprüfung ablegen. Es sind kinder- und jugendpsychiatrische sowie psychiatrische/psychosomatische Fachgutachten zu fertigen.

Bei den Gutachten handelt es sich um Kausalitätsgutachten. Es geht darum, die psychischen Störungen festzustellen, die in einem wahrscheinlich ursächlichen Zusammenhang mit einem durch die jeweiligen Gesetze geschützten äußeren Ereignis stehen. Davon abzugrenzen sind andere ggf. für die Genese der vorliegenden psychischen Störung wichtige Faktoren wie die Persönlichkeit oder Vorerkrankungen.

In einem zweiten Schritt werden die Auswirkungen der durch ein Ereignis ausgelösten psychischen Störung mit einem Grad der Schädigungsfolge bewertet.

Dabei erwartet Sie ein vielseitiges und interessantes Aufgabengebiet. Die Vorteile einer selbständigen Arbeitsweise lassen sich gut mit beruflichen und familiären Zeitkontingenten verbinden.

#### Wir bieten Ihnen

- eine kollegiale und freundliche Arbeitsatmosphäre
- eine sorgfältige Einarbeitung auf der Basis der Kriterien des Opferentschädigungsgesetzes/SGB XIV
- eine Honorierung nach den Vorgaben des JVEG
- bei Erfordernis die zur Verfügungstellung einer entsprechenden Räumlichkeit
- eine umfassende Nutzung der internen Fortbildung mit der Möglichkeit zum wissenschaftlichen Fachaustausch und kompetente Ansprechpartner\*Innen des ärztlichen Dienstes

Bei Interesse stehen Ihnen für Rückfragen und für eine Kontaktaufnahme der leitende Arzt am Standort Neumünster Herr Dr. Hartwig (Tel.: 04321 913-698 oder E-Mail: Drthomas.hartwig@lasd.landsh.de) oder die Psychiaterin Frau Dr. Dittberner (Tel.: 04321 913-647 oder E-Mail: Drmarion.dittberner@lasd.landsh.de) zur Verfügung.

**Landesamt für soziale Dienste Schleswig-Holstein · Dezernat 21**  
 Ärztlicher Dienst · Steinmetzstraße 1-11 · 24534 Neumünster

WIR SUCHEN SIE!



### Ärztin/Arzt (m/w/d) im kinderärztlichen Dienst

- » Fachdienst 53.10 „Gesundheit“
- » Honorarkraft
- » Zeitpunkt: nach Absprache

Weitere Infos: <https://karriere.segeberg.de>

METROPOLREGION HAMBURG

**NÄCHSTER ANZEIGEN SCHLUSSTERMIN:**  
**Heft Nr. 11/2020 21. Oktober 2020**

# ICH WILL DABEI SEIN, WENN WIR KRANKENHAUS NEU DENKEN.



Klinik Nord

**MIT DIESEM WUNSCH SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOBen.** Mit über 160 Gesundheitseinrichtungen in 14 Bundesländern zählen wir zu den größten privaten Klinikbetreibern in Deutschland. Der Kern unserer Unternehmensphilosophie: Es reicht uns nicht, wenn unsere Patienten gesund werden – wir wollen, dass sie gesund bleiben. Wir verstehen uns als Begleiter, der Menschen ein Leben lang zur Seite steht.

Wir suchen zum 01.01.2021 in Voll- oder Teilzeit befristet einen

### Arzt in fortgeschrittener Weiterbildung oder Facharzt (w/m/d) für die Zentrale Notaufnahme (ZNA)

#### Wir sind

mit über 1.800 Betten an drei Standorten die größte Klinik in Hamburg. Getreu dem Leitsatz „Gesund werden. Gesund leben.“ arbeiten 28 medizinische und psychiatrische Kliniken und Abteilungen Hand in Hand, um jährlich über 100.000 Patienten aus dem Norden der Freien und Hansestadt Hamburg sowie dem Süden Schleswig-Holsteins auf höchstem Niveau zu versorgen.

#### Ihr Aufgabengebiet

umfasst den Einsatz entsprechend Ihrer Qualifikation mit vorwiegend internistischem Tätigkeitsschwerpunkt. Sie sind verantwortlich für die Behandlung der Patienten der Zentralen Notaufnahme anhand der mit den Fachabteilungen vereinbarten Notfallbehandlungsabläufe sowie der Patienten in den internistischen Fachabteilungen. Außerdem gehört die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit schrittweiser Erweiterung der Kompetenz über das bisher erlernte eigene Fachgebiet hinaus sowie Einsatz in einem Schichtsystem zu Ihren Tätigkeiten.

#### Ihr Profil

Qualifikation als Arzt in Weiterbildung bzw. als Facharzt für Innere Medizin und/oder Allgemeinmedizin mit fundierter klinischer Notfallerfahrung, alternativ eine mindestens 18-monatige Berufserfahrung im internistischen Bereich mit Erfahrungen in der klinischen Notfallversorgung | Bereitschaft zur kollegialen berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit in dem interdisziplinären Team der ZNA sowie in den anderen internistischen Fachabteilungen | Interesse über das eigene Fachgebiet hinaus | Bereitschaft zur Fortbildung | Patientenorientierung | EDV-Kenntnisse

#### Wir bieten

eine interessante, verantwortungsvolle Aufgabe in einem motivierten und engagierten Team sowie hohe Qualitätsstandards. Möglichkeiten zur internen und externen Fortbildung, u. a. am unternehmenseigenen Bildungszentrum, eine leistungsgerechte Vergütung nach TV-Ärzte/VKA und eine betriebliche Gesundheitsvorsorge sowie betriebliche Altersvorsorge gehören ebenfalls zu unserem Angebot. Wir verfügen über eine Kindertagesstätte und Krippe auf dem Klinikgelände in Ochsenzoll und bieten Ihnen ein HVV-Profi-Ticket und nah.sh-Firmenabo.

Die Stelle ist grundsätzlich auch für Schwerbehinderte geeignet.

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne Herr Dr. Möhle-Heinzl, Chefarzt Zentrale Notaufnahme, unter Tel.: (0 40) 18 18-87 96 44 zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Online-Bewerbung unter Angabe der Kennziffer ZNA-165-SÄB an

[www.asklepios.com/hamburg/nord/heidberg/unternehmen/bewerber/stellenangebote/](http://www.asklepios.com/hamburg/nord/heidberg/unternehmen/bewerber/stellenangebote/) oder [bewerbung.nord@asklepios.com](mailto:bewerbung.nord@asklepios.com)

## STELLENGESUCHE

**Junger Urologe**

motiviert und promoviert,  
sucht Anstellung in Urologischer  
Praxis im Großraum Hamburg.

[uopraxiseinstieg@gmail.com](mailto:uopraxiseinstieg@gmail.com)

## VERTRETUNGEN

**Erfahrener  
Allgemeinarzt  
übernimmt  
Praxisvertretungen**

Kontakt: 0160 33 88 403

## ASSOZIATION

Gut eingeführte Hausarztpraxis in Kiel hat

**Kapazität für einen weiteren Hausarzt (mit KV-Sitz).**

Zurzeit sind wir eine Gemeinschaftspraxis mit 2 Vollzeitstellen und einem Arzt in Weiterbildung. Überdurchschnittliches Budget, sehr nettes Team, gute Praxisorganisation, moderne großzügige Praxiseinrichtung.

Die Zusammenarbeit ist als Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft in Teil- oder Vollzeit denkbar. Kontakt erbeten unter Chiffre SH50826.

## PRAXISABGABE

**NachfolgerIn für Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie mit SPV in Mölln in 2020 gesucht.**

Die Praxis ist diagnostisch und therapeutisch, personell und materiell bestens ausgestattet. Die Kooperation mit dem Umfeld ist modellhaft gut. Mölln hat einen hohen Freizeitwert und volles Schulangebot. Hamburg und Lübeck sind leicht erreichbar. Kontakt unter [grrpraxis@web.de](mailto:grrpraxis@web.de) oder Tel.: 04542- 844330.

**Partnerschaft Niederlassung Anästhesie**

suche wegen Ausscheidens zum 01.01.2022 (ggf. früher)  
Facharzt/-ärztin zur Nachbesetzung einer Partnerschaft innerhalb einer langjährig bestehenden, gut aufgestellten BAG mit 4 KV- Zulassungen in Lüneburg ; ambulante und stationäre Narkosen; erfahrenes Team; eigene Praxisräume. Kontakt erbeten unter Chiffre SH50822.

**Hautarztpraxis**

Umsatz- und gewinnstark,  
in Schleswig-Holstein  
(Nähe Hamburg),  
**2021 abzugeben.**

Kontakt unter Chiffre SH50833.

**KIEL**

**Nervenärztliche Privatpraxis,**  
zentral gelegen, sucht  
konstruktive Ergänzung  
mit Übernahmeperspektive.  
...nichts muss ...vieles kann

Kontakt unter Chiffre SH50819.

**Ihre Praxis in einer Küstenstadt**

Krankheitsbedingte Praxisabgabe oder auch nur die modernen, barrierefreien, volldigitalisierten 200 m<sup>2</sup> in einem zentral gelegenen Neubau einer Küstenstadt. Sehr günstige Konditionen, derzeit Einzelpraxis, eine Gemeinschaftspraxis ist räumlich möglich. Hoher Freizeitwert, volles Schulangebot.

Ich freue mich auf Ihre Anfragen unter Chiffre SH 50843.

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

Kontakt unter [johffah@gmx.de](mailto:johffah@gmx.de)

**ATTRAKTIVE FRAUENARZTPRAXIS**  
am nördl. Stadtrand von Hamburg  
aus Altersgründen zum 01. 10. 2021  
abzugeben. Derzeit als Einzelpraxis  
genutzt. Eine Gemeinschaftspraxis  
ist räumlich möglich.

Kontakt: [gynpraxis2021@gmx.de](mailto:gynpraxis2021@gmx.de)

**Chirurgische Einzelpraxis inkl. KV-Sitz  
und BG-Zulassung auf Sylt abzugeben**

Repräsentative fachübergreifende Praxis für Chirurgie, Unfallchirurgie und Handchirurgie & Klinik für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie zum nächstmöglichen Zeitpunkt aus Altersgründen zu fairen Konditionen abzugeben.

Die Praxisfläche umfasst 320 m<sup>2</sup> und beinhaltet u.a. 2 OPs,  
1 Röntgenraum und 3 Behandlungszimmer und ist voll ausgestattet!

**Kontaktaufnahme über 0151 - 21 26 41 52.**

**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](mailto:anzeigen@elbbuero.com).

**Für unsere seit 1986 bestehende gut etablierte hausärztliche  
Gemeinschaftspraxis suchen wir einen bzw. zwei Nachfolger/in  
(2 KV-Sitze). Wir planen eine gestaffelte Übergabe zum  
01.07.-01.10.21 bzw. zum 31.12.21.**

Es handelt sich um eine familiär geführte typische Hausarztpraxis in Harrislee, einer „jungen“ dynamischen wirtschaftlich starken Gemeinde mit hervorragender Infrastruktur. Zum Einzugsgebiet gehört neben Harrislee und Flensburg auch das ländliche Umland und Süddänemark. Das Patientenkontingent umfasst sämtliche Altersgruppen. Obwohl schon gut frequentiert ist die Praxis noch ausbaufähig. Wer selbstbestimmt arbeiten möchte bei gleichzeitig hoher Lebensqualität, für den wäre unsere Praxis genau richtig. **Kontakt: Mobil 017631426674.**

## Infoabende Medizin

Themenabend Niederlassung am 27.10.2020

Themenabend Praxisabgabe am 28.10.2020

Beginn ist jeweils um 19:00 Uhr (begrenzte Teilnehmerzahl!)

MLP Beratungshaus, Küterstraße 14-18, 24103 Kiel

Nähere Informationen unter [www.mlp-kiel.de/seminare](http://www.mlp-kiel.de/seminare)

Anmeldung und Infos:  
Tel 0431 • 980 74 • 0  
[kiel1@mlp.de](mailto:kiel1@mlp.de)



Finanzen verstehen. Richtig entscheiden.

## 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

**NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 11/2020 21. Oktober 2020**

Unsere Ärztin Katharina von Goldacker untersucht im Südsudan ihre Patientin Nyajuok Thot Tap, die im achten Monat schwanger ist. © Peter Bräunig

## SPENDEN SIE ZUVERSICHT IN BANGEN MOMENTEN

**IHRE SPENDE RETTET LEBEN:**  
**30 Euro** kostet das sterile Material für drei Geburten. Ohne dieses erleiden Frauen häufig lebensbedrohliche Infektionen.

Private Spender\*innen ermöglichen unsere unabhängige Hilfe – jede Spende macht uns stark!



Spendenkonto:  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00  
BIC: BFSWDE33XXX

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden)



**MEDECINS SANS FRONTIERES**  
**ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**

Träger des Friedensnobelpreises

**elbbüro**

fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | [anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com) | [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

## 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: Frank Elsholz, Esther Geisslinger, Martin Geist, Uwe Groenewold, Florian Horstmann, Dr. Maike Oldigs, Prof. Klaus Friedrich Rabe, Dr. Dr. phil. Karl-Werner Ratschko, Prof. Walter Schaffartzik, Prof. Heinz-Georg Schroeder, Christine Wohlers

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.

## 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

**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

**Hauswirtschaft und Gästehaus**  
Leitung: Helena Willhöft  
Telefon 04551 803 802  
Fax 04551 803 801  
gaestehaus@aeksh.de

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

**Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt**  
Leitender Redakteur: Dirk Schnack  
Telefon 04551 803 272  
Fax 04551 803 271  
aerzteblatt@aeksh.de

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

**Finanzbuchhaltung**  
Telefon 04551 803 552  
Fax 04551 803 551  
buchhaltung@aeksh.de

**IT-Abteilung**  
Leitung: Michael Stramm  
Telefon 04551 803 602  
Fax 04551 803 601  
it@aeksh.de

**Personalabteilung**  
Personalreferentin: Jeannine Johannsson  
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

## FACHBERATER

**Stingl · Scheinflug · Bernert**  
vereidigte Buchprüfer und Steuerberater  
Partnerschaftsgesellschaft

**Spezialisierte Beratung für Ärzte**



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

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



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

Kanzlei für **Medizinrecht****Wir beraten Ärzte**

Rechtsanwälte  
Barth u. Dischinger  
Kanzlei für Medizinrecht  
Partnerschaft

**RA Hans Barth**  
Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtener Straße 94  
24105 Kiel  
Tel.: 0431-564433

**RA Jan Dischinger**  
Fachanwalt f. Medizinrecht

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

**RAin Sabine Barth**  
Rechtsanwältin

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

# Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt

