



Ärztekammer Schleswig- Holstein

Gestern, Heute, Morgen

Weil uns mehr verbindet.

75 Jahre Ärztekammer Schleswig-Holstein. Wir gratulieren!

1945 wurde die Schleswig-Holsteiner Ärztekammer ins Leben gerufen. Heute ist sie eine feste Größe im Bundesland, die mit Verlässlichkeit, Engagement und Weitsicht für die Interessen ihrer Mitglieder eintritt – und Impulse weit über die Landesgrenzen hinaus setzt. Als Standesbank der Heilberufler fühlen wir uns der Ärztekammer Schleswig-Holstein besonders verbunden. Wir wünschen ihr zu ihrem 75-jährigen Jubiläum alles Gute und viel Erfolg für die Zukunft.

Besuchen Sie uns!

Filiale Lübeck
Fackenburger Allee 11
23554 Lübeck
apobank.de/luebeck

Filiale Kiel
Hopfenstraße 47
24103 Kiel
apobank.de/kiel

Eine Kammer mit Signalwirkung

75 Jahre starke ärztliche Selbstverwaltung – am 25. Juni 1945 wurde die Ärztekammer Schleswig-Holstein wieder eingesetzt und nahm in Bad Segeberg erneut ihre Arbeit auf. Die Hauptaufgabe in dieser Zeit war die Organisation der Ärzteschaft und vor allem die Sicherung der medizinisch-ärztlichen Versorgung, die fast vollständig zusammengebrochen und durch Flüchtlingsströme zusätzlichen Belastungen ausgesetzt war. Dazu kamen aufkommende Infektionskrankheiten und Seuchenausbrüche. Hier wurde der ärztlichen Selbstverwaltung zugetraut, diese Problemlagen zu lösen und eine geregelte Versorgung zu ermöglichen.

75 Jahre später haben sich die Herausforderungen teilweise geändert, teilweise sind sie gleich geblieben. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein als Körperschaft des öffentlichen Rechts hat eine wechselvolle, aber stetige Entwicklung genommen. In allen Jahrzehnten gab es Meilensteine, wegweisende Beschlüsse und Paradigmenwechsel – immer vor dem Hintergrund medizinischer, rechtlicher und gesellschaftlicher Veränderungen. Besonders hervorzuheben sind dabei die Etablierung eines eigenständigen Versorgungswerks, des Ombudvereins sowie einer Bildungseinrichtung mit überbetrieblicher Ausbildung und großem Fortbildungsbereich und die enge Zusammenarbeit mit den Partnern im Gesundheitswesen. Wichtig für die Ärzteschaft sind die klaren Positionierungen in freiberuflichen und ethischen Fragestellungen, die von der Ärztekammer erfolgen. Die erste Präsidentin einer deutschen Ärztekammer sowie die erste umfassende berufsrechtliche Gestattung einer ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien kamen aus Schleswig-Holstein – beides hatte Signalwirkung weit über unsere Landesgrenzen hinaus.

Die ärztliche Selbstverwaltung hat sich in ihrer langen Geschichte bewährt. Dies gilt in erster Linie für ihre Kammerversammlung, die alle fünf Jahre von allen Mitgliedern als demokratisches Parlament gewählt wird, aber auch für ihre Kernausschüsse, für den ehrenamtlichen Vorstand und die hauptamtlichen Mitarbeiter. Dennoch kommen immer wieder Stimmen auch aus der Politik, welche die ärztliche Selbstverwaltung als veraltet und zu starr darstellen, diese sogar abschaffen wollen. Deshalb hat sie sich jeden Tag neu zu bewähren – im Kontakt mit ihren Mitgliedern, in ihrem Agieren und in ihren Zukunftsaussagen. Unsere Geschichte und unser Wirken zeigen, dass wir uns dieser Verantwortung für alle Ärztinnen und Ärzte nicht nur bewusst sind, sondern sie übernehmen. Machen Sie sich mit diesem Heft zum Jubiläum der Ärztekammer ein Bild von ihr. Es reicht von der Vergangenheit über die Gegenwart in die Zukunft.

Viel Freude beim Lesen und bis später.

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Wichtig sind die klaren Positionierungen in freiberuflichen und ethischen Fragestellungen.“

Gemeinsam stark für 6K Schleswig-Holstein

Klinik**Verbund**
Schleswig-Holstein



**Der 6K Klinikverbund
gratuliert der
Ärztekammer
Schleswig-Holstein
zum 75 jährigen
Jubiläum**

Mit Mut und Verantwortung

GRUSSWORT Die Landesregierung sieht in der Ärztekammer Schleswig-Holstein einen wichtigen Ansprechpartner.

Am 30. Juni 1945 schlug die Geburtsstunde der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Es war der Tag, als die Kreisvereinsvorsitzenden der damals „Landesärztekammer“ genannten Vereinigung zum ersten Mal zusammenkamen. Dieses Treffen stand ganz unter dem Eindruck der Nachwirkungen des Zweiten Weltkrieges: Einer großen Anzahl von Kriegsflüchtlingen und ausgebombten Bürgerinnen und Bürgern stand eine viel zu geringe Anzahl von Ärztinnen und Ärzten gegenüber.

In dieser äußerst schwierigen Situation Verantwortung zu übernehmen und den Mut und die Überzeugung zu haben, gemeinsam an Lösungen zu arbeiten, war und ist sehr beeindruckend. Diese pragmatische und zugleich lösungsorientierte Herangehensweise hat die Ärztekammer bis heute bewahrt.

Wie wichtig ihre Arbeit ist, zeigt die Covid-19-Pandemie. Sie wird als eine der größten Herausforderungen oder vielleicht sogar die größte Herausforderung in die Geschichte der Bundesrepublik Deutschland und des Landes Schleswig-Holstein eingehen. Gleichzeitig beweist sie einmal mehr die hervorragenden Fähigkeiten und medizinischen Kenntnisse unserer Ärztinnen und Ärzte. Ihnen allen vielen Dank für Ihre großartige Arbeit!

Als Institution der Selbstverwaltung und Körperschaft des öffentlichen Rechts ist die Ärztekammer in dieser schwierigen Phase unverzichtbar. Mehr als 18.000 Mitglieder gehören ihr heute an. Dazu zählen etwa 5.500 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, 8.100 angestellte oder in sonstiger Weise ärztlich Tätige und 4.450 Personen ohne ärztliche Tätigkeit.

Die Entstehung der Ärztekammern war mit dem Wunsch des Staates nach Professionalisierung und Aufsicht verbunden. Ziel des Landes war es damals, der Ärztekammer hoheitliche Aufgaben zuzuweisen und selbst lediglich den Rahmen der Aufgabewahrnehmung zu regeln. Heute ist klar: Dieses Prinzip der Selbstverwaltung hat

sich bewährt und bewährt sich auch in der aktuellen Krise. Praxisorientiertes Fachwissen kann auf diese Weise ideal eingebracht werden. Das Land übt dabei die Fachaufsicht aus. Das sorgt für eine hohe Akzeptanz von Regelungen unter Ärztinnen und Ärzten.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat sich weit über die gegenwärtige Lage hinaus zu einem wichtigen Ansprechpartner für Politik und Verwaltung, Krankenkassen, Einrichtungen und Verbände entwickelt.

Bemerkenswert an der Ärztekammer Schleswig-Holstein ist ihre zukunftsorientierte Ausrichtung. Als eine der ersten Kammern hat sie das ausschließliche Fernbehandlungsverbot weitreichend liberalisiert. Das war eine Entscheidung von hoher Strahlkraft, mit der zur stärkeren Nutzung telemedizinischer Anwendungen beigetragen wurde.

Ohnehin ist die Ärztekammer im Bereich Telemedizin sehr aktiv. Das ist auch dem langjährigen und erst 2018 ausgeschiedenen Präsidenten Dr. Franz Joseph Bartmann zu verdanken, der ein großer Verfechter der Digitalisierung im Gesundheitswesen ist. Das Gleiche gilt für seinen Nachfolger Prof. Henrik Herrmann, für den die Digitalisierung ebenfalls ein sehr zentrales Thema darstellt.

Zu ihrem 75. Bestehen gratulieren wir der Ärztekammer Schleswig-Holstein ganz herzlich. Wir sind der Auffassung, dass die Ärztekammer auch in Zukunft ihrer Rolle als Institution gerecht wird, die technischen und medizinischen Fortschritt auf sinnvolle Weise miteinander verbindet und zugleich Motor und Vordenker dieser Entwicklung sein will. Zugleich sind wir fest davon überzeugt, dass die in der Ärztekammer organisierten Ärztinnen und Ärzte und ihre sonstigen Mitglieder einen ganz großen Anteil daran haben werden, dass die an Covid-19 erkrankten und schwer erkrankten Patientinnen und Patienten die bestmögliche medizinische Betreuung erhalten.



Ministerpräsident Daniel Günther (oben) und Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg schätzen die zukunftsorientierte Ausrichtung der Ärztekammer. Das Prinzip der Selbstverwaltung hat sich nach ihrer Ansicht bewährt – besonders in der Corona-Krise.

Die Allianz gratuliert herzlich
zum 75-jährigen Jubiläum
und freut sich auf die
weitere Zusammenarbeit!

WEIL ICH ALS ARZT WEISS, WORAUF ES ANKOMMT.

Mehr zur privaten Krankenversicherung
mit besonderen Vorteilen für
Ärztinnen und Ärzte finden Sie auf:

allianzfueraerzte.de

Ihr direkter Kontakt zu unseren Ärzteberatern
vor Ort in Schleswig-Holstein:

Frank Haase
Tel. 0431-3053280
frank.haase@allianz.de

Norman Strieck
Tel. 0431-335144
norman.strieck@allianz.de

Allianz 

„Besser, als die Politik es könnte“

GASTBEITRAG Für Dr. Klaus Reinhardt steht außer Frage, dass ärztliche Selbstverwaltung für die Organisation eines leistungsstarken Gesundheitswesens gebraucht wird. Mit Ausbruch der Corona-Epidemie ist dies für den Präsidenten der Bundesärztekammer deutlicher denn je.

Die institutionelle Selbstverwaltung ist ein wichtiges Alleinstellungsmerkmal des deutschen Gesundheitswesens. Ärztekammern tragen in diesem System besondere Verantwortung: Sie vertreten die beruflichen Belange ihrer Mitglieder, ihnen obliegt die Berufsaufsicht, sie vermitteln, schlichten und ahnden Verstöße gegen berufsethische Normen. Zudem garantieren sie über Fort- und Weiterbildungen einen hohen ärztlichen Standard.

Die junge Bundesrepublik hat aus gutem Grund auf Korporatismus gesetzt und einen großen Teil ihrer Regelungskompetenz im Gesundheitswesen auf die Selbstverwaltung übertragen. Aufgrund ihrer Sachkenntnis, ihrer Nähe zur Praxis und der Bindung zu ihren Mitgliedern regelt die Selbstverwaltung viele Details besser und effizienter, als es die Politik könnte. Dass fachliche, berufliche und rechtliche Standards für Ärzte trotz föderaler Strukturen im Wesentlichen einheitlich sind, liegt auch an der engen Zusammenarbeit der Ärztekammern untereinander sowie mit und innerhalb der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft aller 17 Ärztekammern.

Dennoch wurden Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung beschnitten – Misstrauen gegenüber der Selbstverwaltung zieht sich wie ein roter Faden durch die Gesetzgebung der Großen Koalition. Offenbar will das Bundesgesundheitsministerium Kompetenzen an sich reißen, um gesundheitspolitische Prozesse besser steuern und initiieren zu können. Hiergegen müssen wir uns als Ärzteschaft mit aller Kraft und Entschlossenheit stemmen.

Das große Engagement vieler Ärzte in ihrer Selbstverwaltung zeigt, dass die Bereitschaft, Verantwortung für sich und andere zu übernehmen, tief im ärztlichen Selbstverständnis verwurzelt ist. Ärzte pa-

cken an, wenn sie gebraucht werden. Probleme lösen sie am liebsten selbst, statt auf staatliche Stellen zu warten. Von diesem verantwortungsbewussten Pragmatismus profitiert die ganze Gesellschaft.

Nur eine unabhängige ärztliche Selbstverwaltung ist in der Lage, auf solche Krisen angemessen zu reagieren. Die Politik muss hier unterstützen. Sie muss der Selbstverwaltung die Freiheit lassen, die richtigen Maßnahmen zur richtigen Zeit zu ergreifen. Das gilt natürlich nicht nur für den Krisen-, sondern auch für den Normalfall: Nur eine handlungsfähige ärztliche Selbstverwaltung ist in der Lage, Qualität und Professionalität des Arztberufes zu sichern. Nur eine Selbstverwaltung ohne Fesseln kann ärztlichen Sachverstand optimal zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens nutzen.

Eine starke ärztliche Selbstverwaltung braucht Ärzte, die sich mit Herzblut in die politische Arbeit einbringen. Sie braucht Rückhalt ihrer Mitglieder. Allerdings kennen junge Ärzte ihre Kammer kaum. Der eng getaktete Alltag lässt wenig Zeit für die Berufspolitik. Wir sollten der nachwachsenden Ärztegeneration daher schon früh vermitteln, was Engagement in der Selbstverwaltung an Freude bereiten kann. Jedes Kammermitglied hat die Möglichkeit, die Kernanliegen unseres Berufsstandes in der Diskussion mit anderen vorzubringen. Trotz staatlicher Einflussnahmeversuche können wir wichtige Rahmenbedingungen unserer Berufsausübung selbst gestalten und beeinflussen: unsere Arbeitsinhalte, unsere Arbeitsbedingungen, unsere Kompetenz in medizinischen wie in sozialen Fragen. Wenn es uns gelingt, diese Botschaften an den Nachwuchs weiterzugeben, brauchen wir uns um die Zukunft unseres Berufsstandes keine Sorgen zu machen.



Dr. Klaus Reinhardt ist Facharzt für Allgemeinmedizin und seit 2019 Präsident der Bundesärztekammer. Reinhardt engagiert sich berufspolitisch auch als Vorsitzender des Hartmannbundes. Seit 2005 ist er außerdem Vizepräsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe.



Inhalt

GESTERN	10	MORGEN	42	Die Risiken von SARS CoV-2	60
Von der Stunde Null zur Kammer 2.0	10	Trendforscherin: Gesundheitswesen neu gedacht	42	Erkenntnisse aus Kiel zur Ernährungsmedizin	64
Präsident mit Hilfe der Schwägerin	12	Junge Ärzte und ihre Erwartungen an die Ärztekammer	44	RECHT	65
Präsident bis Lebensende	15	Ärzte und Kammer morgen	50	Schlichtungsfall	65
Ungewöhnliche Karriere	17	NACHRICHTEN	52	PERSONALIA	66
Erste Frau an der Kammerspitze	18	Ambulantes Monitoring im Norden	52	MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER	68
Übersicht: Alle Präsidenten	20	KV informiert Studierende	52	Serie: Die neue WBO	68
Die Profis neben den Ehrenamtlern	22	Lunden baut Gesundheitszentrum	53	Serie: Die Kreisausschüsse der Ärztekammer	70
HEUTE	24	Kurz notiert	53	Termine	71
Interview: Prof. Claudia Schmidtke	24	GESUNDHEITSPOLITIK	54	ANZEIGEN	73
Partner aus Politik, Verbänden und Krankenkassen	26	Neues Pflegemodell in der Erprobung	54	TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	78
Dr. Monika Schliffke: Die Berufsordnung im Fokus	29	Bürgerbeauftragte legt Jahresbericht vor	56		
Partner aus MDK, ÖGD und Verbänden	30	MEDIZIN & WISSENSCHAFT	58		
Interview: Dr. Michael Schmitz	33	Neue S3-Leitlinie KardReha	58		
Partner aus Politik, Verbänden und Industrie	34	Forschung: Primäre Immundefekte	59		
Interview: Die Kammer wird mitreden müssen	41				



Festgehalten

*von Mook we gern
gmbH.*

Pflege neu denken

Uta Kleinschmidt und ihre Mitarbeiter beim Dithmarscher Pflegedienst Mook we gern gmbH arbeiten nach einem neuen Konzept: Das Tochterunternehmen der Stiftung Mensch erprobt in einem Modellprojekt die ambulante Pflege, indem sie die Teams vor Ort beim Patienten autonom entscheiden lassen, welche Leistung erbracht werden muss. Sie erhoffen sich davon eine bedarfsgerechtere und individuellere Unterstützung der Betroffenen. Möglich ist die autonome Entscheidung, weil die Pflege hier nicht im Minutentakt, sondern nach Stunden vergütet wird. Das dreijährige Modell wird von der Landesregierung gefördert.

Von der Stunde Null bis zur Kammer 2.0

HISTORIE Wie kam es zur zügigen Bildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein kurz nach dem Zweiten Weltkrieg? Ein Blick auf Vorgeschichte, Gründung und die anschließende Entwicklung der ersten Landesärztekammer in Deutschland. Von Dr. phil. Dr. med. Karl-Werner Ratschko.

Seuchengefahr, Wohnraumnot, eine Flut von Flüchtlingen, der teilweise Zusammenbruch des Verkehrssystems, zurückflutende deutsche Soldaten und eine schwierige Versorgung mit fast allem, was für das Überleben notwendig war: Die Not zum Ende des Zweiten Weltkriegs war in Schleswig-Holstein beispiellos. Die Lage war so dramatisch, dass für die britische Besatzungsmacht – völkerrechtlich seit Mai 1945 die uneingeschränkten „Herren im Lande“ – ein Stillstand der Verwaltung nicht in Frage kam. Das galt auch für die Verwaltung im Gesundheitswesen. Eine Ärztekammer sollte Abhilfe schaffen. Nur: Welche Grundlage kam als Vorbild in Frage?

Die 1887 in Preußen durch die „Allerhöchste Verordnung betr. der ärztlichen Standesvertretung“ errichtete Ärztekammer hatte mit einer Kammer heutigen Zuschnitts wenig zu tun. Das preußische Ärztekammergesetz aus dem Jahr 1926 kam den heutigen Verhältnissen schon näher. Die Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 jedoch veränderte Struktur und Arbeit der Ärztekammer. Sie verlor ihre Selbstständigkeit und wurde als weisungsgebundene Untergliederung der Reichsärztekammer auch rechtlich zum Werkzeug der nationalsozialistischen Ärzteführung. Wahlen gab es nicht mehr.

Der Neuanfang in Bad Segeberg

Schon am 30. Mai 1945, nur gut zwei Wochen nach seiner kommissarischen Beauftragung mit dem Amt des Oberpräsidenten, schrieb Otto Hoevermann in Sachen Ärztekammer an die Militärregierung. Dies zeigt, wie dringlich Maßnahmen zur Neuordnung im schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen gesehen wurden. Hoevermann teilte mit, dass Gauärzteführer Dr. Hans Rinne inhaftiert worden sei und dass er beabsichtige, die vor 1933 bestehenden Reglungen wieder herzustellen.



Direkt nach dem Krieg kamen zahlreiche Flüchtlinge nach Schleswig-Holstein wie auf diesem Foto, das in Meldorf aufgenommen wurde. Mit ihrem Zuzug wuchs Schleswig-Holsteins Bevölkerung stark an, was Administration und Gesundheitswesen vor große Probleme stellte.

Er bat um die Ermächtigung, Dr. Berthold Rodewald aus Kiel und Dr. Hans Stubbe aus Heide damit zu beauftragen, die Organisation neu aufzuziehen – also die Ärzte in Kreisvereinen zusammenzufassen, durch Kreisvereine Vertrauensleute zu bestellen, die dann ihrerseits einen Vorstand der Ärztekammer zu bilden hätten. Beide Herren seien bereit, die Aufgabe zu übernehmen. Den Ärzten sollte Gelegenheit gegeben werden, „ihre Standesangelegenheiten [...] selbst zu verwalten und zu überwachen“.

Stubbe, Jahrgang 1894, war HNO-Arzt in Heide. Er leitete vor 1933 die Heider KV-Kreisstelle, war Vorstandsmitglied des Ärz-

tevereins Norderdithmarschen sowie kurzfristig Vorstandsmitglied der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Rodewald (siehe Text auf Seite 12) war seit 1934 ein in Kiel tätiger Arzt, der in den 1920er Jahren als SPD-Politiker engagiert und deshalb bei den Nationalsozialisten in Ungnade gefallen war.

Ein Schreiben der Militärregierung vom 31. Mai, unterzeichnet vom britischen Militärgouverneur Colonel Gail Patrick Henderson, muss sich mit Hoevermanns Schreiben gekreuzt haben. Rodewald muss ihn genauso wie Hoevermann aufgesucht haben. Henderson verlangte, dass ein offizielles Gesuch wegen des Neuaufbaus dieser Organisation – den Briten waren Ärzte-



Ein Treck von Flüchtlingen aus Ostpreußen, der kurz nach dem Zweiten Weltkrieg am Meldorfer Bahnhof in Dithmarschen ankam. Viele von ihnen blieben dauerhaft in Schleswig-Holstein und waren noch über Jahre als Vertriebene zwar geduldet, aber von manchen auch als Konkurrenz im Existenzkampf angesehen.

kammern fremd – eingereicht werde. Beinhaltend sollte dieses Gesuch einen Plan der Organisation, einschließlich deren Verhältnis zur Provinzverwaltung, ihre Aufgaben und Pflichten sowie die „Namen der Beamten“, die eingesetzt werden sollten. Offenbar war es Rodewald gelungen, den amtierenden Oberpräsidenten wie auch den Militärgouverneur persönlich für sein Anliegen zu motivieren – eine beachtliche Leistung, wenn man die chaotischen Verhältnisse der damaligen Zeit berücksichtigt.

Am 8. Juni 1945 – nur einen Monat nach der Kapitulation – teilt Hoevermann Rodewald mit, dass die Angelegenheit „Ärzttekammer“ entsprechend seinen Vorschlägen geregelt werde, es stehe aber noch die Entscheidung des britischen Corps-Hauptquartiers aus.

Am 19. Juni wird es deutlich konkreter: Gouverneur Henderson persönlich schrieb dem Oberpräsidenten, dass die Wiedererrichtung der Ärztekammer unter bestimmten Voraussetzungen genehmigt sei. Nötig sei die Vorlage der Namen derjenigen Ärzte, die für die Aufnahme in die einzelnen Ärztevereine infrage kommen könnten,



Die Vertriebenen hatten in aller Regel nur das Nötigste dabei, als sie nach dem Krieg in Schleswig-Holstein ankamen. Neben Hunger und fehlenden Unterkünften war die medizinische Infrastruktur eines der größten Probleme, mit denen man in diesen Jahren in Schleswig-Holstein zu kämpfen hatte.



Präsident mit Hilfe der Schwägerin

ERSTER KAMMERPRÄSIDENT Kiel, 25. Juni 1945: Der kommissarische Oberpräsident Hoevermann beauftragt auf Befehl der Militärregierung zwei Ärzte mit der Neugründung der schleswig-holsteinischen Provinzärztekammer: Dr. Berthold Rodewald aus Kiel und Dr. Hans Stubbe aus Heide. Warum fiel die Wahl ausgerechnet diese beiden Mediziner?

Der in Heide niedergelassene Stubbe war vor der NS-Zeit schon einmal kurz Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer und deshalb kein Unbekannter. Rodewald dagegen hatte mit der Ärztekammer bis zu diesem Tag keine engere Beziehung. Dennoch hatte der britische Militärgouverneur Colonel Henderson ihn schon Mitte Mai, nur wenige Tage nach der Besetzung Schleswig-Holsteins durch die Briten, zu einem Gespräch eingeladen.

Dass es dazu kam, hat Rodewald einer in Schottland geborenen Dolmetscherin in Diensten der Militärregierung zu verdanken: Charlotte Helen Rodewald, der Schwägerin des künftigen Kammerpräsidenten. Die 1890 im schottischen Knockando geborene Frau war gelernte Krankenschwester. Im Juni 1914 erwarb sie durch Heirat von Nils Juhl aus Hadersleben die deutsche Staatsbürgerschaft. Ab 1930 war sie mit dem praktischen Arzt Dr. Edgar Rodewald, dem Bruder von Berthold, verheiratet. Edgar Rodewald arbeitete wie sein Bruder als praktischer Arzt in Kiel und starb 1939. Charlotte Rodewald konnte in den letzten Stunden des Krieges in Schleswig-Holstein, als es der deutschen Seite nur noch darum ging, den Kanal als Südgrenze deutscher Herrschaft zu verteidigen, mit anderen die Sprengung der Holtenauer Hochbrücke verhindern. In den anschließenden ersten Tagen der britischen Militärregierung, als

es für die neuen Machthaber noch schwierig war, sich in den nachkriegsdeutschen Verhältnissen zurechtzufinden, genoss sie als ehemalige Landsmännin der Briten deren besonderes Vertrauen und wurde als Dolmetscherin von Henderson und Hoevermann eingesetzt. Die damit verbundenen Möglichkeiten nutzte sie beherzt. Sie dürfte es gewesen sein, die ihren Anwalt Dr. Max Emcke als Nachfolger des am 14. Mai 1945 verhafteten Kieler NS-Oberbürgermeisters Walter Behrends vorgeschlagen hatte. Tatsächlich wurde Emcke neuer Kieler Oberbürgermeister. Sie war es auch, die den Briten ihren Schwager als künftigen Präsidenten der Ärztekammer vorschlug.

Rodewald nutzte die Vermittlung, um den Briten seine Vorstellungen über die Neugründung einer demokratisch verfassten Ärztekammer vorzutragen. Henderson seinerseits forderte nach diesem Gespräch Hoevermann auf, die erforderlichen Vorbereitungen zu treffen, um die beiden Ärzte mit der Neuerrichtung der Ärztekammer zu beauftragen. Voraussetzung war die Beantwortung von Fragebögen zur Entnazifizierung von Rodewald und Stubbe, die den Briten unverzüglich vorgelegt werden sollten.

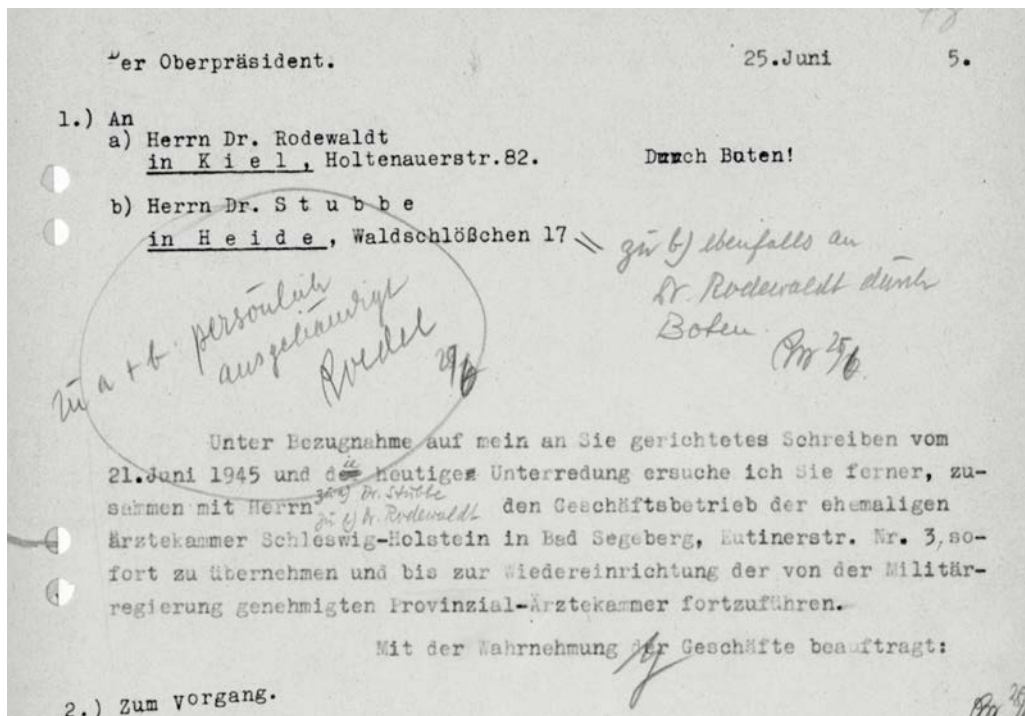
Wer war der 1966 verstorbene Berthold Rodewald? Geboren wurde er am 27. Juli 1891 in Ratzeburg. Sein Vater Georg war Kreistierarzt, seine Mutter Adele stammte aus Luxemburg – sicher ein Grund dafür, dass

Rodewald fließend Französisch sprach. Der Werdegang des 174 cm großen Mannes mit dunkelblonden Haaren, blauen Augen und Schmissen an der Wange war eng mit Kiel verbunden. Das Gymnasium absolvierte er bis 1911 in Kiel, wo er anschließend zunächst ein Studium der Rechtswissenschaften begann und dann zur Medizin wechselte. Seit 1911 war er Mitglied der Landsmannschaft Troglodytia, einer schlagenden Verbindung. Von 1914 bis 1918 diente er als Feldunter- und -hilfsarzt in Lazaretten des deutschen Heeres. Es folgten 1919 das Staatsexamen und die Promotion, 1919 bis 1922 eine Assistenzarztstätigkeit sowie von 1922 bis 1926 eine Tätigkeit als Stadtarzt in Kiel. Nach der 1925 bestandenen Kreisarztprüfung war er von 1926 bis zu seiner Zwangspensionierung 1933 Stadtmedizinalrat in Waldenburg. Von 1923 bis 1933 war er Mitglied der SPD, weshalb ihn die NS-Machthaber in den Ruhestand versetzten. Ein Jahr später erhielt er allerdings die Möglichkeit, sich in der Holtenauer Straße 82 in Kiel als praktischer Arzt niederzulassen. Für die um geeignetes Personal verlegenen Briten bot Rodewald damit eine personelle Option, auch wenn er in seinem Entnazifizierungsbogen vom 29. Juni 1945 einräumen musste, nicht nur seit 1. September 1938 Mitglied der NSDAP, sondern auch seit 1935 in der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV), seit September 1940 im NS-Ärztbund und seit April 1941 im NS-Altherrenbund Mitglied gewesen zu sein.

Am 10. Dezember 1952 trat Rodewald mit Wirkung vom 1. Januar 1953 von seinen Ämtern in Schleswig-Holstein zurück, um in Köln neben einer Arztpraxis bis 1958 die Hauptschriftleitung der „Ärztlichen Mitteilungen“, 1964 in Deutsches Ärzteblatt umbenannt, zu übernehmen. Daneben übte er auch weiterhin eine Praxis in Köln aus. Er schied von den beiden Herausgebern BÄK und KBV im Streit. Es hatte Querelen um seine zu kritischen publizistischen Angriffe auf die Reformpläne des Bonner Arbeitsministeriums gegeben, die der KBV ihre Verhandlungen erschwerten. 1962 wurde er in Norderney mit der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft für sein Engagement im Wiederaufbau funktionsfähiger Standesorganisationen geehrt. Er starb im Alter von 75 Jahren in Wiesbaden.

Und die Frau, der nicht nur der erste schleswig-holsteinische Kammerpräsident, sondern das ganze Bundesland einiges zu verdanken hat? Charlotte Rodewald gab ihre Tätigkeit bei der Militärbehörde schon im Juni 1945 wieder auf, weil ihr die Arbeitsbelastung zu groß geworden war. Sie arbeitete ab Mitte 1946 auch als Dolmetscherin für die Ärztekammer. 1971 verlieh ihr die Kieler Ratsversammlung für ihre Mittlerrolle zwischen Besatzungsmacht und deutscher Bevölkerung die erstmals vergebene Andreas-Gayk-Medaille.

DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER RATSCHKO



„Urkunde“ für die Neugründung der Ärztekammer: Die verloren gegangenen „Originale“ der beiden gleichlautenden Schreiben mit der Beauftragung der Ärzte Dr. Berthold Rodewald und Dr. Hans Stubbe wurden Rodewald durch Boten überbracht. Aus Ersparnisgründen – Papier war knapp – wurden in den vorliegenden Durchschlag beide Namen handschriftlich nebeneinander eingefügt. Seitens des Oberpräsidenten wurde eine Zuordnung zu Funktionen nicht vorgenommen. Sie blieb den beiden Ärzten vorbehalten. (LASH Abt. 611, Nr. 420, Schreiben vom 21.06.1945).

sowie die Namen der ehrenamtlichen und anderen „Beamten“ der Kammer, jeweils einschließlich ausgefüllter Fragebögen zur Entnazifizierung.

Hoevermann wurde ermächtigt, Rodewald und Stubbe „zu gestatten, bei der Wiedereinrichtung der Kammer tätig zu sein“. Am 25. Juni 1945 wurden Stubbe und Rodewald ersucht, den Geschäftsbetrieb der Ärztekammer Schleswig-Holstein „sofort zu übernehmen und bis zur Wiedereinrichtung der von der Militärregierung genehmigten Provinzial-Ärztekammer fortzuführen“. Dieses schmucklose Schreiben muss als Urkunde für die Neugründung der Ärztekammer angesehen werden. Am selben Tag noch wurden für Rodewald 75 und für Stubbe 100 Liter Benzin bereitgestellt.

Nur drei Tage später, am 28. Juni 1945, unterbreiteten Rodewald und Stubbe dem Oberpräsidenten ihre Vorstellungen über das weitere Vorgehen. Zunächst gingen sie auf das Flüchtlingsproblem ein. Unter den zahlreichen Flüchtlingen aus dem Osten der letzten Aprilwochen seien auch zahlreiche Ärzte. Dabei gebe es im Verhältnis mehr Flüchtlingsärzte als Flüchtlinge, auch seien sie ungleichmäßig über das Land verteilt – 230 allein in Lübeck. Gefordert wurde ein planwirtschaftlicher Einsatz, bezogen auf die Kopffzahl der jetzt in

der Provinz lebenden Bevölkerung. Benötigt werde dazu ein Überblick über die Flüchtlingszahlen. Eine Verfügung der Militärregierung wurde erbeten.

Am 3. Juli berichtete Rodewald dem Oberpräsidenten über die „förmliche Übernahme“ der Ärztekammer durch Stubbe und ihn mit Einblick in die Geschäftsführung der Ärztekammer und der ihr angeschlossenen Abrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sowie der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS). Nach Inhaftierung der bisherigen Führung, bestehend aus dem NS-Gauärztesführer und SS-Standartenführer Dr. Hans Rinne und dem geschäftsführenden Arzt Dr. Oskar Vogt, hatte das verbliebene Personal die laufenden Arbeiten fortgesetzt. Überrascht waren Rodewald und Stubbe, dass die Zahl der Kammermitarbeiter im Vergleich zu KV und PVS gering war. Die Kammer hatte in der NS-Zeit eine ihre Mitarbeiterzahl überschreitende Außenwirkung erzielt. Das lag auch daran, dass Anordnungen der Reichsärztekammer nur weitergegeben oder vollzogen wurden und bei Bedarf Personal von KV und PVS in Anspruch genommen wurde. In der Geschäftsstelle in Bad Segeberg waren über 90 Personen beschäftigt. Die Mitarbeiter und alle 1.400 in Schleswig-Holstein täti-

gen Ärzte mussten auf Befehl der Militärregierung Fragebögen zur Entnazifizierung ausfüllen.

Die Situation der Ärztekammer 1945

Eine Namensliste der für die Aufnahme in die ärztlichen Kreisvereine infrage kommenden Ärzte wurde erstellt. Dabei tauchte ein Problem auf, das für Unruhe sorgte: Rodewald und Stubbe wollten nur Ärzte in die Liste aufnehmen, die bis 31. Dezember 1944 in der Provinz ansässig und der Ärztekammer gemeldet waren. Begründung: Die Gruppe der später hinzugekommenen rund 600 Ärzte sei ungewöhnlich groß, habe keinen festen Wohnsitz, würde die Verhältnisse nicht kennen, ginge keiner geregelten Tätigkeit nach und ihr weiterer Verbleib in Schleswig-Holstein sei ungewiss. Die Einführung einer Planwirtschaft für die Niederlassung von Ärzten, die nach den noch aus der NS-Zeit stammenden Gewohnheiten alsbald auch eine Zulassung zur Kassenpraxis erhielten, wurde nun für dringender gehalten. Die Zurücksetzung der Flüchtlingsärzte stieß bei den Briten jedoch nicht auf Gegenliebe.

Dennoch: Die neue Kammerspitze fasste schnell Tritt. Am 1. Juli 1945 verließ das Rundschreiben Nr. 1 die Dienststelle der Ärztekammer in der Bad Segeberger Euti-

ner Straße 3. Darin teilte die Kammer den Ärzten mit, dass Rodewald und Stubbe die Geschäftsführung der ärztlichen Dienststellen übernommen hätten, dass eine Ärztekammer aufgrund von Wahlen gebildet und dafür in jedem Kreis mit größter Beschleunigung ein Vertrauensmann in geheimer Wahl bestimmt werden sollte. Die Niederlassung sollte planwirtschaftlich erfolgen. Die kassenärztlichen Bestimmungen ebenso wie Verträge mit den Krankenkassen seien über den 8. Mai 1945 hinaus unverändert geblieben. Auch die Abrechnung des 1. Quartals II/45 und die Schlusszahlung würden den Ärzten planmäßig zu gehen. Die Abrechnung II/45 solle bis zum 15. Juli bei den gewählten Vertrauensmännern abgegeben werden, also die Abrechnung eines 2. Quartals, in dem sich die Ver-

hältnisse in Schleswig-Holstein von Grund auf geändert hatten.

Eine erstaunliche Leistung! Die üblichen monatlichen Vorauszahlungen – so das Rundschreiben – seien erfolgt, aber nicht überall wegen z. T. gestörter Bankverbindungen termingemäß eingegangen. Die Privatärztliche Verrechnungsstelle werde weiter arbeiten. Rechnungen könnten dort eingereicht werden. Dann kamen Dankesworte an diejenigen, die es ermöglicht hatten, über Zusammenbruch, Besetzung, Beschlagnahmung eines Teils der Dienstgebäude und Verhaftung der Führung hinaus die notwendige Arbeit fortzuführen, damit die schleswig-holsteinischen Kassenärzte trotz aller Nachkriegswirren weiterhin ihre Vorauszahlungen bekamen.

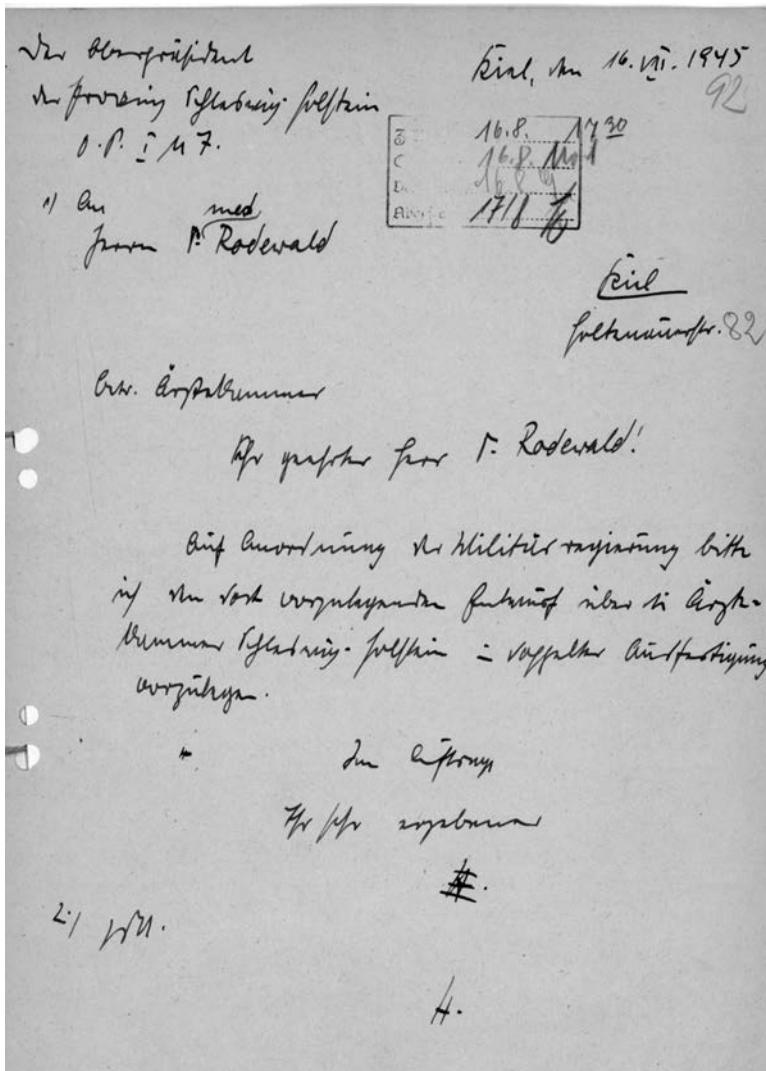
Erster Kompetenzstreit und Entnazifizierung

Unmittelbar nach Kammergründung kam es zum ersten Kompetenzstreit. Der Landrat des Kreises Eutin insistierte in einem Schreiben vom 10. Juli 1945 bei Rodewald wegen einer aus seiner Sicht willkürlichen Regelung. Danach sollten zur Ärztesammlung nur Ärzte zugelassen werden, die bis zum 31.12.1944 im Kreis ansässig waren. Eine solche Versammlung hätte nur einen Teil der Ärzte repräsentiert. Ärzte, die erst nach 1944 wieder ihre Praxis ausübten, wären dadurch rechtlos geworden. Gerade die Ärzte, die aus politischen Gründen bis zur Kapitulation ihren Beruf nicht ausüben konnten, hätten im Wege der Wiedergutmachung in erster Linie das Recht mitzuwirken, argumentierte der Landrat.

Rodewald fühlte sich durch das Schreiben persönlich angegriffen und sah eine unzulässige Bevormundung der Ärztekammer. Er reagierte in Anbetracht der Verhältnisse hitzig und wenig professionell, bestand auf dem alleinigen Recht der Ärztekammer bei Zulassungen von Ärzten und bestritt Landräten jedes Recht auf Einflussnahme.

Hoevermann nutzte die im Beisein von Colonel Henderson am 13. Juli stattfindende Versammlung aller Oberbürgermeister und Landräte der Provinz in Kiel, um zu vermitteln. Ärztekammer sowie Kreise und kreisfreie Städte sollten in gedeihlicher Weise zusammenarbeiten, Niederlassungen müssten von der Ärztekammer im Einvernehmen mit den Oberbürgermeistern und Landräten vorgenommen werden. Nach einem versöhnlichen Brief vom 19. Juli an Rodewald konnte der Eutiner Landrat am 27. Juli Hoevermann mitteilen, dass ein persönliches Gespräch mit Rodewald, der ihn am Vortage aufgesucht hatte, sämtliche strittigen Fragen bereinigt habe. Damit wurde ein für die Handlungsmöglichkeiten der Ärztekammer in den Nachkriegswochen gefährlicher Streit in kurzer Zeit entschärft, ohne dass Quellen etwas über die Lösung berichten. Es ist aber davon auszugehen, dass der Kompromiss auch die Ärzte zu den Versammlungen zuließ, die sich nach dem 31. Dezember 1944 niedergelassen hatten.

Nur drei Wochen nach dem ersten Rundschreiben folgte am 23. Juli das Zweite. Es diente im Wesentlichen der Abwicklung der durch die Notdienstverordnung der Reichsregierung während des Krieges geschaffenen Zwangsmaßnahmen, die als solche zum 31. Juli 1945 in Übergangslösungen überführt oder beendet werden sollten.



Handschriftliches Schreiben des Oberpräsidenten an Dr. Berthold Rodewald: Die rechtlichen Grundlagen für die Neugründung der Ärztekammer beruhten allein auf dem Willen der Besatzungsmacht und schienen rechtlich nicht besonders belastbar. Dies war Oberpräsident Otto Hoevermann durchaus bewusst, wie sein handschriftliches Schreiben an Rodewald vom 16. Juli 1945 zeigt. Eine einwandfreie Lösung gab es jedoch nach mehreren vergeblichen Anläufen erst mit dem Ärztekammergesetz vom 7. Dezember 1953. (LASH Abt. 611, Nr. 420).

Präsident bis Lebensende

LANGE AMTSZEIT 16 Jahre lang – von 1961 bis 1977 – war Edmund Christiani Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Er rückte als damaliger Vizepräsident an die Spitze, nachdem Vorgänger Dr. Kurt Dutte überraschend gestorben war. Auch Christiani blieb bis zu seinem Tod im Amt – er starb bei einer Arbeitssitzung in Berlin.

Am 5. Januar 1908 als Arztsohn in Westfalen geboren, studierte Dr. Edmund Christiani in Münster, Wien und Innsbruck Medizin. Nach seiner Approbation 1932 absolvierte er bei Georg Stertz und Gerhard Creutzfeldt seine Weiterbildung in Kiel. 1933 wurde er Mitglied der NSDAP. Als Assistent der Nervenklinik war er in die Fachgruppenarbeit der Medizinischen Fakultät, die in Zusammenarbeit mit dem NS-Ärztbund stattfand, eingebunden. Er machte die Teilnehmer mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vertraut. Als Facharzt für Nervenheilkunde (1937) ließ er sich 1938 nieder. Wehrdienst leistete er als Arzt bei der Marine von 1941-1945. Nach der Entlassung aus der englischen Kriegsgefangenschaft 1946 übernahm er wieder seine Nervenarztpraxis in Kiel. 1955 wurde Christiani Vorsitzender des Kieler Ärztevereins, seit 1954 war er Vizepräsident und seit 1961 Präsident der Ärztekammer. In dieser Eigenschaft gehörte er dem Vorstand der Bundesärztekammer an. Besondere Verdienste hat er sich dort bei der Neuordnung der Arzthelferinnenausbildung, für das ärztliche Gebührenwesen und um die Deutsche Akademie der Fachärzte erworben, deren Vorsitzender er war. Als praktizierendem Nervenarzt war ihm Aufklärungsarbeit über Rauschmittel- und Drogenprobleme in Schleswig-Holstein und darüber hinaus ein besonderes Anliegen. Für seine Verdienste wurde er 1973 mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse geehrt. 1975 wurde er Honorarprofessor für Neurologie und Psychiatrie der Kieler Universität und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde.

In seine Amtszeit als Präsident fiel u. a. der Bau des neuen Verwaltungsgebäudes der Ärztekammer im Jahr 1976. Auf den Fotos rechts ist Christiani zu sehen, wie er bei der Grundsteinlegung einen Kupferbehälter mit Zeitdokumenten einlegt. Unten mit auf dem Foto der damalige Staatssekretär im Kieler Sozialministerium, Prof. Fritz Beske.

Christiani starb 1977 bei einer Tagung der Ständigen Konferenz Berufsordnung der BÄK, deren Vorsitzender er war, in Berlin.



Und so ging es weiter. Stubbe musste u. a. als Folge seiner Mitgliedschaft in NS-Gliederungen bereits am 10. September 1945 aus der Arbeit wieder ausscheiden. Er war nicht nur seit April 1936 Mitglied der NSDAP gewesen, sondern auch in der NS-Volkswohlfahrt (NSV), im NS-Ärztbund und im NS-Reichsbund für Leibeserziehung. Auch in der neben SA und SS dritten NSDAP-„Kampfgliederung“, dem NS-Kraftfahrzeugkorps (NSKK), war Stubbe Mitglied gewesen. Dort hatte er es bis zum „Sturmhauptführer“ gebracht, ein dem Hauptmann in der Wehrmacht entsprechender Dienstgrad. Dies reichte offenbar für die Briten, um ihn für eine Führungsfunktion in der Ärztekammer nicht zu akzeptieren. Stubbe wurde durch die Militärregierung verboten, sich weiterhin in der Ärztekammer zu betätigen. Ihm wurde auferlegt, sich jeder direkten oder indirekten Einflussnahme nicht nur in der Ärztekammer, sondern auch in anderen Berufsorganisationen oder öffentlichen Verwaltungen zu enthalten. Nachfolger Stubbes wurde Dr. Uwe Ohlen.

Die schnelle Abfolge der Aktivitäten zeigt, wie wichtig der Besatzungsmacht die Arbeitsfähigkeit der Ärztekammer war. Aber auch, wie ernst vonseiten der Militärregierung zu dieser Zeit die „Entnazifizierung“ der deutschen Funktionsträger genommen wurde. Die Ärztekammer brachte ihren Dank an Stubbe im Rundschreiben Nr. 4 zum Ausdruck: „Herr Kollege Dr. Stubbe [...] hat in schwierigster Zeit mit der größten Hingabe seine Kräfte in den Dienst des Wiederaufbaus der Kammer und der Lösung zahlreicher Probleme gestellt, [...] die Schleswig-Holsteinische Ärzteschaft und die Flüchtlingsärzte sind ihm zu aufrichtigem Dank verpflichtet [...]“.

Unermüdlicher Einsatz von Rodewald

Trotz dieser Friktionen war die Arbeit der Ärztekammer ungebremst, was auch dem unermüdlichen Arbeitseinsatz von Rodewald zu verdanken war. Er musste seine Kammerarbeit neben der Tätigkeit als Kassenarzt bewältigen. Eines seiner wichtigsten Probleme war die ärztliche Versorgung der durch Flüchtlinge und Vertriebene um 80 Prozent gestiegenen Bevölkerungszahl. Die Ärztekammer nutzte die ins Land gekommenen Flüchtlings- und Wehrmachtärzte, die widerruflich als Kassenärzte zugelassen wurden – gedacht war an ca. 600. Um Streit zu vermeiden, musste eine möglichst transparente Lösung her. Rundschreiben Nr. 4 vom 6. Oktober 1945 ver-

suchte dies. Dies lag nicht nur in gedruckter Form vor, sondern war mit acht Seiten so umfangreich, dass ihm ein zweiseitiges Merkblatt beigegeben wurde – bei dem damals bestehenden Papiermangel bemerkenswert.

Die Kammer verwies in dem Schreiben auf die fortbestehende Meldepflicht und die Nieder- und Zulassungssperren und erläuterte die Richtlinien für eine widerrufliche Genehmigung der Niederlassung und die Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung. Bevorzugt werden sollten in Schleswig-Holstein beheimatete Ärzte, Schwerkriegsbeschädigte, Ärzte, die über längere Zeit Kriegsdienst geleistet hatten, vertriebene oder in Not geratene Ärzte und solche, die bereits zugelassen waren. Assistenz- und Volontärarztstellen sollten vermehrt werden, eine Benachteiligung der noch im Wehrmacht-Sanitätsdienst oder in der Gefangenschaft befindlichen Ärzte sollte unter allen Umständen vermieden werden.

Im letzten Rundschreiben des Jahres 1945 vom 12. Dezember Nr. 5 fallen Themen auf, die nach Routinebetrieb klingen: Honorarkürzung, Sonderhonorare und Abgrenzung zu den Krankenhäusern. Daneben ging es aber auch um die Vertretung verhafteter Ärzte, um von der Militärregierung gesperrte Ärztekonten, um die Abkennung von Approbationen durch den Oberpräsidenten. Nachhilfestunden für die Ärzte gab es mit der den Verhältnissen der Zeit geschuldeten ausführlichen Mitteilung von Richtlinien für eine zeit- und sachgemäße Behandlung der Geschlechtskrankheiten sowie der Mitteilung des Verfahrens für Insulinbezug und Narkose-Äther. Ausschüsse für Niederlassungsangelegenheiten, Fürsorge und Facharztanerkennungen wurden gebildet.

Die Entnazifizierung in Schleswig-Holstein hatte für belastete niedergelassene Ärzte keine wesentlichen Auswirkungen auf ihre Tätigkeit. Ähnliches galt meist auch für Ärzte an Krankenanstalten. Beamtete Ärzte z. B. im Öffentlichen Gesundheitsdienst dagegen wurden gelegentlich von ihren Führungspositionen entfernt oder entlassen.

Ein recht fragwürdiges Bild auf den Willen engagierter Standesvertreter für einen Neuanfang nach dem Nationalsozialismus vermitteln Aussagen aus dem Entnazifizierungsausschuss für Ärzte in Lübeck. Diesem Ausschuss gehörten – soweit über Ärzte zu entscheiden war – auch drei Ärzte (Friedrich von Rohden, Martin Ludwig und Otto Tock) an. Laut dem nieder-

gelassenen Kassenarzt Friedrich von Rohden konnten „manche Gefahren abgewendet werden, die einigen ehemals allzu aktiven und prominenten Nationalsozialisten gedroht hatten“. Die ärztlichen Vertreter im Entnazifizierungsausschuss waren mit ihrer Arbeit in den vier Monaten von März bis Juni 1946 zufrieden, auch, weil über keinen Arzt in Lübeck ein Berufsverbot verhängt wurde.

Schlechte Stimmung bei fragwürdigen Rechtsgrundlagen

Bei aller notwendigen Aktivität der Ärztekammer war der Kammerspitze ebenso wie Hoevermann klar, dass die rechtlichen Grundlagen der Kammer nicht besonders belastbar waren. Die Untergliederungen der Reichsärztekammer nahmen ihre Aufgabe so wahr, als wären sie für ihre jeweilige Region Nachfolger der rechtlich, aber nicht de facto fortbestehenden Reichsärztekammer. Rechtsgrundlagen für eine Berufsgerichtsbarkeit und eine Anpassung der Bestimmungen für Facharztanerkennungen fehlten, auch gab es keine gültige Wahlordnung.

Schnelle Abhilfe schien erforderlich. Trotz aller drängenden Alltagsorgen forderte Hoevermann Mitte Juli 1945 Rodewald auf, einen Entwurf für ein Gesetz über die Ärztekammer vorzulegen (Seite 14). Angestrebt wurde eine Anlehnung an das Preußische Ärztekammergesetz aus dem Jahre 1926. Rodewald schrieb dazu, dass er sich früh bemüht habe, „für die Kammerarbeit wieder eine rechtskräftige Basis zu schaffen, weil ich [Rodewald, Verf.] sie für das wichtigste hielt (und halte), während alle laufenden Geschäfte, einerlei ob materieller oder personeller Natur, dem gegenüber unwichtig waren, mochten sie auch im Augenblick dringlich sein“.

Der Entwurf fand die Billigung der Landesverwaltung, aber nicht die der britischen Control Commission in Bünde, der seit Oktober 1945 ein deutscher beratender Ausschuss für öffentliche Gesundheit beigeordnet war. Dieser setzte sich aus leitenden Medizinalbeamten der Provinzialverwaltungen zusammen. Auch hier gab es tiefe Differenzen zwischen den in ärztlichen Angelegenheiten zugezogenen Vertretern des Nordwestdeutschen Ärztekammerausschusses und den leitenden Medizinalbeamten, die eine Unterstellung der Ärztekammer unter die leitenden Medizinalbeamten forderten. Ein veränderter Entwurf fand wegen der grundsätzlichen Differenzen ebenfalls keine Zustimmung. Die Angelegenheit fand ihr vorläufiges Ende, als

die Besatzungsmacht zum 1. Dezember 1946 auf ihre Zuständigkeit zum Erlass von Gesetzen verzichtete. Nun waren die einzelnen Länder zuständig.

Parallel dazu musste in Schleswig-Holstein ein arbeitsfähiger Vorstand und eine Versammlung von Obmännern als übergeordnetes Beschlussgremium geschaffen werden. Dies gelang recht schnell. Ärztliche Kreisvereine wurden gebildet, Vorsitzende gewählt, die auch von der Militärregierung bestätigt werden konnten. Diese Kreisvereinsvorsitzenden bildeten einen Beraterkreis für den Präsidenten und den Vorstand als eine Art parlamentarisches Organ. Die erste vorbereitende Kammer Sitzung fand am 30. Juni 1945 in Bad Segeberg statt. Auf Anweisung der Militärregierung wurde ein fünfköpfiger Vorstand gebildet. Die ersten Obmänner, die von den Briten bestätigt wurden, waren Wassmund/Eutin, v. Rohden/Lübeck, Hogrefe/Leck, Ohlen/Schleswig und Juretzka/Eckernförde. Damit waren alle Regionen einigermaßen vertreten.

Die neu aufgestellte Ärztekammer hatte bei ihren Mitgliedern keinen Vertrauensvorsprung, sondern musste sich Vertrauen erst mühsam erarbeiten. Dies ist nachvollziehbar: Denn während der NS-Zeit war es üblich, dass die Leitung in Kammer und KV mit dem Amt des NS-Gauamtleiters für Volksgesundheit verknüpft wurden. Dies hatte, zusammen mit nationalsozialistischen Rundschreiben und Zwangsmaßnahmen, zu einer starken Ideologisierung des Erscheinungsbildes der Bad Segeberger Einrichtungen geführt.

Und obwohl sich das Fortbestehen der ärztlichen Organisationen positiv auf die wirtschaftlichen Verhältnisse vieler Ärzte auswirkte, war die Stimmung in der Ärzteschaft in den ersten Jahren nach dem Krieg nicht gut. So trug etwa das von der Ärztekammer nicht zu beeinflussende Umfeld von Mangel, Elend und schlechten Arbeitsbedingungen nicht gerade zur Zufriedenheit bei. Es gab starke Widerstände aus der Ärzteschaft, gepaart mit zum Teil unberechtigtem Ärger und Erbitterung. Als nachteilig empfundene Entscheidungen der Ärztekammer führten auch zu persönlichen Angriffen und Verunglimpfungen gegenüber den kommissarisch bestellten Leitern.

Kammervorstand prangert Elend an und verärgert die Landesregierung

Eine Entschließung des Vorstandes der Ärztekammer vom 12. April 1947 machte die unerträglichen Verhältnisse für die Menschen in der Provinz sowie für die Arbeit der Ärzte öffentlich. Sie wurde in

Ungewöhnliche Karriere

1965 wurde der Bad Segeberger Internist Dr. Gerd Iversen für 12 Jahre Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer. Iversen (1916-2004) ist der einzige leitende Mitarbeiter einer Ärztekammer in Deutschland, dem es gelang, als Geschäftsführender Arzt zum Präsidenten seiner Einrichtung gewählt zu werden, nachdem dieses Amt durch den plötzlichen Tod Edmund Christianis überraschend frei wurde. Er wurde am 25. März 1916 als Sohn eines Kaufmanns in Lübeck geboren. Sein Abitur legte er 1934 ab. Noch im November des gleichen Jahres trat er in die SS als Anwärter ein. Iversen studierte Medizin u. a. an der Maximilians-Universität in München und wurde 1937 Mitglied der NSDAP. Staatsexamen und Approbation folgten 1939, die Promotion 1940. Von November 1939 bis zu seiner Erkrankung an Tuberkulose und Gelbsucht im Dezember 1941 war Iversen als Truppenarzt im Infanterieregiment 10 der Waffen-SS an den Einsätzen in Polen und Russland beteiligt. Nach seiner Genesung im Sommer 1942 war er bis Mai 1945 als SS-Hauptsturmführer (entsprechend dem Stabsarzt in der Wehrmacht) und Abteilungsarzt im SS-Lazarett Buchenwald/Hohenwiese, einer Tbc-Heilstätte, tätig. Es gelang ihm bereits im Juli 1945 zunächst als Assistent, später dann als Oberarzt der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Bad Segeberg wieder Fuß zu fassen. Daneben war er leitender Arzt der Lungenfürsorgestelle im Gesundheitsamt des Kreises Segeberg. Das folgende berufspolitische Engagement Iversens war beeindruckend. Er war Gründungsmitglied des Marburger Bundes, zeitweise auch dessen Landesvorsitzender. Von 1954 bis zu seiner Bestellung als Geschäftsführender Arzt 1965 war er Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer. Die redaktionelle Leitung des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes, die er 1965 von Walder übernommen und bis Mitte 1988 innehatte, war ihm ein besonderes Anliegen. Sie gab ihm Gelegenheit, nicht nur seine berufs- und sozialpolitischen Ansichten zu publizieren, sondern war auch Forum zahlreicher von ihm verantworteter Beiträge und Rezensionen, die sich mit Fragen der Psychoanalyse und Psychotherapie befassten. Als Geschäftsführender Arzt war er ein Motor des Neubaus der Kammer, des-



Dr. Gerd Iversen

sen Fortbildungstrakt nach den modernsten Gesichtspunkten der damaligen Zeit, maßgeblich durch Iversen beeinflusst, gestaltet wurde. Iversens über Jahre gehender leidenschaftlicher Einsatz für die Erhaltung ungeborenen Lebens blieb nicht ohne Kritik der Befürworter einer Novellierung des Paragraphen 218 StGB. In den siebziger Jahren erwarb er berufsbegeleitend die Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Psychoanalyse, war 1973 Mitbegründer und Organisator der Norddeutschen Psychotherapietage in Lübeck, über 30 Jahre Dozent bei den Lindauer Psychotherapie-Tagen und von 1956 bis 1971 Vorsitzender der Volkshochschule in Bad Segeberg. Iversen betätigte sich auch in der Parteipolitik. Er war Mitglied der FDP in Schleswig-Holstein und zeitweise ihr stellvertretender Landesvorsitzender. Als Präsident der Ärztekammer war Iversen Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer. U. a. war er dort Vorsitzender des Ausschusses „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene“. Hervorzuheben ist sein beispielloser Einsatz gegen den Singvogelmord in Norditalien, der am Ende seiner Amtszeit in der Ärztekammer zwölf Ordner füllte. Der Ärztekongress 1979 in Montecatini wurde von der Bundesärztekammer auf Initiative Iversens deswegen abgesagt. Für seine Verdienste um die Fortbildung verlieh ihm die Bundesärztekammer die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Iversen verstarb am 22. Juni 2004 im Alter von 88 Jahren in Bad Segeberg.



Die erste Frau an der Kammerspitze

ERSTE KAMMERPRÄSIDENTIN EU-Kommissionspräsidentin, Bundeskanzlerin, Ministerpräsidentin – Frauen sind in Spitzenpositionen in unserer Gesellschaft endlich selbstverständlich.

1982 war es das nicht. In diesem Jahr wählten Schleswig-Holsteins Ärzte die erste und bis zu diesem Zeitpunkt einzige Frau zur Präsidentin einer Ärztekammer: Dr. Ingeborg Retzlaff. Zwölf Jahre lang prägte sie die Arbeit der Landesärztekammer in Schleswig-Holstein und setzte in dieser Zeit auch Akzente auf Bundesebene. Ein Schlaganfall beendete ihre standespolitische Karriere.

Präsidentin wurde die Lübecker Gynäkologin Dr. Ingeborg Retzlaff (1929-2004) nach dem plötzlichen Tod ihres Vorgängers Prof. Egon Grabener. Zu diesem Zeitpunkt war sie die erste Ärztin, die es an die Spitze einer Landesärztekammer in Deutschland geschafft hatte.

1976 hatte die Kammerversammlung Retzlaff erstmals in den Vorstand gewählt. Eine Legislaturperiode später, 1980, wählten die Mitglieder der Kammerversammlung Retzlaff dann zur Vizepräsidentin und Leiterin der Akademie für medizinische Fortbildung, eine Tätigkeit, die sie zu ihrem Bedauern 1982 aufgeben musste.

Retzlaff wurde in Swinemünde auf der Insel Usedom geboren und durch die Kriegsergebnisse zunächst in den Südwesten Deutschlands verschlagen. Nach dem Abitur in Lindau am Bodensee studierte sie in Würzburg und Hamburg sowie in Homburg an der Saar, wo sie auch das Staatsexamen ablegte, Medizin. Die Promotion folgte 1957 in Hamburg. 1965 folgte die Niederlassung als Frauenärztin mit Belegbetten in Lübeck.

Sie beschränkte sich nicht auf die Arbeit in ihrer Praxis,

sondern engagierte sich berufspolitisch. Neben ihrer Arbeit auf Landesebene entfaltete sie auch auf Bundesebene zahlreiche Aktivitäten. Im Jahr 1981 wurde sie zur Vizepräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes gewählt, von 1989 bis 1993 war sie dessen Präsidentin. Ihr besonders Interesse fanden ethische und biomedizinische Fragen. Als Vorsitzende des Ausschusses, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene der Bundesärztekammer nahm sie die berufspolitische Vertretung der Psychiatrie und Psychotherapie wahr. 1986 wurde sie zur Stellvertretenden Vorsitzenden der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung der ethischen Grundsätze in der Forschung an und mit menschlichen Embryonen berufen. Die Aufnahme der künstlichen Befruchtung in die (Muster-) Berufsordnung für Ärzte anlässlich des 88. Deutschen Ärztetages 1985 in Lübeck-Travemünde sowie ihre engagierte Mitarbeit bei der Neufassung des Paragraphen 218 und Stellungnahmen zur In-vitro-Fertilisation und zum Embryonenschutz gehören zu ihren besonderen Leistungen.

Zurück zur Landesebene: Während ihrer Präsidentschaft

wuchs die Ärztekammer in viele bis dahin etwas vernachlässigte Aufgaben hinein. Die Akademie der Ärztekammer konnte sich, geleitet durch einen unabhängigen Akademievorstand und ausreichend mit Finanzen ausgestattet, frei entwickeln, die Arzthelferinnenausbildung wurde durch eine überbetriebliche Ausbildung in Bad Segeberg deutlich verbessert und ein Institut für Psychotherapie, in dem auch eine Weiterbildung möglich war, wurde eingerichtet. Mithilfe von erheblichen Zuschüssen des Bundes und des Landes konnte die Ärztekammer Strukturen für die Ergänzung der Ausbildung der Arzthelferinnen durch drei überbetriebliche Wochen in Bad Segeberg schaffen. Ein Internat mit 48 Plätzen entstand ebenso wie mit allen notwendigen Geräten und Instrumenten ausgestattete Unterweisungsräume für die ergänzende praktische Ausbildung der künftigen Arzthelferinnen. Die Förderung von Ärztinnen in Schleswig-Holstein war ihr ein wichtiges Anliegen.

In das Ende von Retzlaffs Amtszeit fiel die Vorbereitung der erst deutlich später erfolgten Novellierung des Ärztekammergesetzes, das zusam-

men mit den Gesetzen für die anderen Heilberufe jetzt in einem Heilberufegesetz zusammengefasst war. Erstmals in einem Kammergesetz wurde festgelegt, dass Frauen und Männer bei der Bildung der Kammerversammlung entsprechend ihrem Anteil an der Gesamtzahl der wahlberechtigten Berufsangehörigen zu berücksichtigen seien. Schon im Gesetz ist geregelt, dass jeder Wahlvorschlag mindestens so viele Bewerberinnen und Bewerber enthalten muss, wie erforderlich sind, um die anteilige Verteilung der Sitze auf Frauen und Männer zu ermöglichen. Für ihre Verdienste wurde sie mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse der Bundesrepublik Deutschland und 1995 mit der selten vergebenen Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft geehrt. Der Deutsche Ärztinnenbund und die Ärztekammer Schleswig-Holstein ernannten sie zur Ehrenpräsidentin ihrer Einrichtungen.

Ingeborg Retzlaffs Amtszeit fand ein jähes Ende durch einen schweren Schlaganfall im Mai 1993. Bis zu ihrem Tod war sie gern gesehener Gast bei den Kammerversammlungen.

DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER RATSCHKO

den meisten Zeitungen wiedergegeben und führte zu einer ernsthaften Auseinandersetzung mit dem zuständigen Landesminister Kurt Pohle.

Zunächst ging der Kammervorstand auf die allgemeinen Verhältnisse im Land ein, die sich seit 1945, als noch Vorräte und Wehrmachtgut vorhanden waren, deutlich verschlechtert hatten:

„Not und Elend haben in Deutschland ein kaum zu überbietendes Ausmaß angenommen. [...] Erschreckend ist die Sterblichkeit der Säuglinge, die Zunahme der Tuberkulose, der Diphtherie, der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Selbstmorde. [...] Ein Kapitel von ganz besonderer Tragik in das Schicksal der Diabetiker. [...] Eine schweigende Sanktionierung dieser Insulinkürzung würde dasselbe bedeuten, wie die seinerzeit erzwungene Duldung der „Vernichtung unwerten Lebens“ im Dritten Reich.“

Auch wenn manche Feststellung vom subjektiven Eindruck einzelner Vorstandsmitglieder geprägt war, waren die Klagen wohl berechtigt. Im Weiteren wurde auf die schwierigen Arbeitsverhältnisse der Ärzteschaft eingegangen:

„Es fehlt an allem: an Medikamenten, Verbandstoffen, Geräten, Spritzen, Desinfektions- und Waschmitteln; nicht einmal das Stück Seife zur täglich oft Dutzende von Malen notwendigen Händereinigung der neu eingewiesenen Aerzte und der neu eingewiesenen Flüchtlingsärzte ist zu erlangen. Die ärztliche Ausrüstung ist meist mangelhaft, ihre Arbeit dadurch naturgemäß meist unvollkommen. [...] Entbindungen bei Stallaterne sind keine Seltenheit mehr. Narkosen können dann der Explosionsgefahr wegen nicht ausgeführt werden. [...] Mangel an Medikamenten aller Art durch Stilllegung pharmazeutischer Fabriken aus Kohlenmangel verhindert vielfach ein erfolgreiches Handeln oder stellt gelegentlich sogar das Todesurteil für den Patienten dar. [...] Die Krankenhäuser sind überbelegt und kämpfen mit denselben und teilweise noch größeren Schwierigkeiten. [...]“

Damit hatten die Vertreter der Ärzteschaft die Landesregierung empfindlich getroffen. Entsprechend gereizt fiel die Reaktion von Landesgesundheitsminister Pohle aus. Nach seiner Auffassung hatte sich das Ministerium um eine Verbesserung der Verhältnisse nach Kräften bemüht, war aber überall an Grenzen gestoßen. Laut Pohle erfolgte die Situationsbeschreibung ausschließlich vom Standpunkt des praktischen Arztes aus. Die große Übersicht über

die wirkliche Entwicklung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens würde der Ärztekammer fehlen. Den Vergleich mit der „Vernichtung unwerten Lebens“ wies er entschieden zurück. Es gebe genug freie Krankenhausbetten, die Ärzte seien in ihrer Arbeit mit Seife, Waschmitteln, Benzin, Praxis- und Wohnraum und Zuteilung von Brennmaterialien bevorzugt behandelt worden. Es werde in der Stellungnahme der Ärztekammer verschwiegen, dass Hunderten von Ärzten vom Gesundheitsministerium ärztliches Instrumentarium usw., soweit verfügbar, aus Wehrmachtvorräten zur Verfügung gestellt worden sei. Zum Schluss folgt die Feststellung: „Derartige Veröffentlichungen sind nicht geeignet, den Aufbauwillen zu stärken, sondern höchstens zu vollster Resignation zu führen.“

Der Weg zu einem Ärztekammergesetz

Im Frühjahr 1948 gab es eine Phase, in der die Gefahr bestand, dass die halbwegs stabilen Verhältnisse bei den ärztlichen Organisationen der Westzonen zerstört werden könnten. Damit drohte auch die Auflösung der in die Kammer einbezogenen und für das wirtschaftliche Überleben der niedergelassenen Ärzte wichtigen Verwaltungsstellen der KV. Als Reaktion wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen aus den Ärztekammern ausgegliedert und selbstständig weitergeführt. Die bis dahin als Verwaltungsstelle der Ärztekammer geführte Privatärztliche Verrechnungsstelle wurde ab 1. Oktober 1948 privatisiert. Mit der Währungsreform im Juni 1948 kam für die drei westlichen Besatzungszonen die D-Mark und mit ihr eine allmähliche Verbesserung der wirtschaftlichen Verhältnisse.

Der Ärztekammer war es gelungen, ab Anfang 1948 mit Genehmigung der Militärregierung ein Ärzteblatt herauszubringen, das ihre Kommunikation in die Ärzteschaft hinein deutlich verbesserte. Schwerpunkte waren Berufspolitik, Fortbildung und die noch bevorstehende Neuordnung des Berufsrechts auf Landes- und des Kassenarztrechts auf Bundesebene. Auch die Diskussion um eine zeitgemäße Altersversorgung der Ärzte wurde abgebildet – mit reger Beteiligung der Mitglieder.

Ein Ärztekammergesetz gab es Anfang der fünfziger Jahre immer noch nicht. Erst sechs Jahre nach Kriegsende verhandelte der Landtag am 7. Mai 1951 in erster Lesung über den Entwurf eines „Gesetzes über die Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte und Dentisten (Kammergesetz)“, in dem auch wesentliche Ärztekammerwünsche

berücksichtigt wurden. Die SPD war gegen den Entwurf, sie hielt neben anderen Gründen eine Vorabentscheidung auf Landesebene nicht für sinnvoll, da die Bundesregierung die Länder nicht für zuständig hielt. Die SPD hielt auch die vorgesehene Zwangsmitgliedschaft für verfassungsrechtlich unzulässig. Die Bedenken wurden von den Abgeordneten ernst genommen. So kam es in dieser Legislaturperiode des Landtags nicht mehr zu einer zweiten Lesung.

In der Zeit bis zu einer neuen Befassung des Landtags mit einem Ärztekammergesetz gab es in der Kammer einige Veränderungen. Rodewald war als Präsident der Ärztekammer zum Ende der Wahlperiode der Kammerversammlung am 31. Dezember 1952 ausgeschieden und Schriftleiter des Deutschen Ärzteblattes in Köln geworden. Sein Amt musste vom Vizepräsidenten Georg Juretzka aus Eckernförde geschäftsführend übernommen werden. Wegen Uneinigkeiten in der Ärzteschaft gegen die bereits 1949 angewandte Wahlordnung und immer noch fehlender ausreichender Rechtsgrundlagen für die Kammerarbeit konnte weder eine Kammerversammlung noch ein neuer Vorstand gewählt werden.

Am 11. August 1953 lag dem Landtag nach über zwei Jahren erneut ein Entwurf – diesmal eines Gesetzes nur für die Ärztekammer – zur ersten Lesung vor. Neu wurde für das Ärztekammergesetz zur Vermeidung verfassungsrechtlicher Probleme das „Repräsentativsystem“ vorgeschlagen, nach dem die Ärzte die Kammer zu wählen hatten, ohne selbst Pflichtmitglieder zu werden. Damit sollte den auf Bundesebene fortgeltenden Bedenken Rechnung getragen werden. Die Lübecker Ärztin Dr. Lena Ohnesorge (Gesamtdeutscher Block/BHE) stellte den Sinn von Untergliederungen der Ärztekammer infrage.

In der am Tag nach der Landtagssitzung stattfindenden Kammerversammlung wurde von den Delegierten betont, dass die Landesärztekammer Schleswig-Holstein als fortbestehender Teil der Reichsärztekammer bereits existiere. Der Kammergedanke sei, von einigen Außenseitern abgesehen, Gemeingut aller Ärzte. Das vorgeschlagene Repräsentativsystem hielt die Kammerversammlung für annehmbar, jedoch müsse die Möglichkeit in den Kreisen erhalten bleiben, Untergliederungen zu bilden.

Die Bedenken der Kammer wurden nicht berücksichtigt: Am 7. Dezember 1953 verabschiedete der Landtag das Gesetz, das am 1. Januar 1954 in Kraft trat. Das Gesetz

über die Berufsgerichtsbarkeit folgte am 22. Februar 1954 und trat zum 1. April 1954 in Kraft.

Die Kammer hatte ihr Gesetz, auch wenn nicht alle Erwartungen erfüllt worden waren. Heftige Kritik bestand anfangs gegen das Fehlen einer Ermächtigung, Untergliederungen zu bilden. Für Unmut sorgten u. a. auch die Beschränkung des Wirkungsbereichs der Kammer auf Ärzte, die ihren Beruf ausübten, und die fehlende Ermächtigung, Versorgungseinrichtungen mit Pflichtzugehörigkeit schaffen zu können. In späteren Jahren folgten jedoch Gesetzesänderungen, die den Forderungen der Ärzteschaft entsprachen. Letztlich wurden fast alle Vorstellungen der Ärztekammer berücksichtigt.

Eine Ausnahme bildete die Möglichkeit, Untergliederungen zu bilden. Es gelang aber, durch Berufung von Vertretern aus jedem Kreis in jeweils einen Kreisausschuss der Kammer die notwendige Verbindung zur lokalen Ärzteschaft und ihren Vereinen aufrecht zu erhalten.

Das Kammergesetz erlaubte die Verabschiedung einer Wahlordnung und die Besetzung der seit dem Ausscheiden Rodewalds kommissarisch vom Vizepräsident Dr. Georg Juretzka wahrgenommenen Tätigkeit des Präsidenten. Juretzka, am 18. März 1896 geboren, war Kassenarzt in Eckernförde, Vorsitzender des Ärztlichen Kreisvereins und der KV-Kreisstelle Eckernförde und gehörte zu den Obleuten der ersten Stunde nach dem Krieg. Bis 1957 war er Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer.

Nachfolger Rodewalds und Juretzkas wurde im Mai 1954 Kurt Dutte (1905-1961),

praktischer Arzt aus Lübeck. Mit Dutte konnte erstmals ein Präsident der Ärztekammer nicht mehr auf der Grundlage von Besatzungsrecht und Konsens in der Ärzteschaft bestimmt, sondern demokratisch nach den Bestimmungen eines Ärztekammergesetzes und einer auf seiner Grundlage erlassenen Wahlordnung gewählt werden. In Travemünde geboren, ließ er sich nach dem Medizinstudium 1931 in seiner Heimatstadt Lübeck nieder, es folgten Aufbau der Praxis, Gründung einer Familie, Kriegsdienst und fünf Jahre russische Kriegsgefangenschaft. Dutte wurde bis zu seinem unerwarteten Tod nach einem Herzinfarkt am 15. Juli 1961 zweimal in seinem Amt bestätigt. In seine Zeit fällt die Erarbeitung einer Hauptsatzung für die Ärztekammer wie auch einer Berufs- und Facharztordnung. Auch als Präsident nahm er parallel dazu das Amt des Vorsitzenden des traditionsreichen Ärztevereins zu Lübeck wahr. 1959 wurde er Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer. Ein Höhepunkt seines berufspolitischen Wirkens war der in Verbindung mit dem 150-jährigen Gründungsfest des Lübecker Ärztevereins durchgeführte 62. Deutsche Ärztetag 1959, auf dem Dutte das Hauptreferat zum Thema „Der kranke Mensch, ärztliche Aufgabe oder Politik“, halten konnte.

Ärzteversorgung und Konsolidierung

Dutte war es nicht mehr vergönnt, das Ergebnis seiner Bemühungen um eine leistungsfähige Ärzteversorgung zu erleben. Die Schaffung einer für alle verbindliche Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung war ein Schwerpunkt seiner Amtszeit. Erst die Novellierung des

Ärztekammergesetzes im Juli 1959 erlaubte es, eine Versorgungseinrichtung für alle Ärzte mit einer zwingend erforderlichen Pflichtmitgliedschaft zu schaffen. Voraussetzung war die Zustimmung der Mehrheit der Ärzte in einer Urabstimmung.

Duttes Nachfolger wurde im Oktober 1961 bis zu seinem plötzlichen Tod im Januar 1977 Edmund Christiani (1908-1977, Seite 17). Die durch die Novellierung des Kammergesetzes 1959 geschaffenen neuen Möglichkeiten führten zu einer in dieser Intensität ungewohnten Diskussion in der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft. Ein Satzungsentwurf sah vor, dass die zu schaffende Versorgungseinrichtung die bislang für Kassenärzte über den Honorarverteilungsmaßstab der KV geregelte Altersversorgung ablösen sowie mit alters- und statusbedingten Einschränkungen niedergelassene und angestellte Ärzte aufnehmen sollte. Als Finanzierungssystem war eine Mischung aus Umlage- und Kapitaldeckungsverfahren gewählt worden. So sollten angestellte Ärzte eine Altersversorgung ohne Wartezeiten und Kassenärzte eine von der Sozialgesetzgebung des Bundes unabhängige Daseinsvorsorge erhalten.

Die Urabstimmung fand vom 10. bis 25. Oktober 1963 statt. Das Ergebnis war eindeutig: 85,8 Prozent der niedergelassenen, 73,4 Prozent der angestellten Ärzte sowie 84,5 Prozent der Leitenden Krankenhausärzte stimmten bei insgesamt 7,1 Prozent Nein-Stimmen und 10,2 Prozent Enthaltungen zu. Mit der Errichtung der Versorgungseinrichtung zum 1. April 1964 hatte die schleswig-holsteinische Ärzteschaft eine zukunftssichere Altersversorgung erhalten, die sich in den folgenden Jahr-

Präsidenten/In der Ärztekammer nach 1945

Name	Vorname	Wohnort	geboren	verstorben	Präsident/in ab	Präsident/in bis
Rodewald	Berthold	Kiel	1891	1966	1945	1953
Dutte	Kurt	Lübeck	1905	1961	1953	1961
Christiani	Edmund	Kiel	1907	1977	1961	1977
Iversen	Gerd	Bad Segeberg	1916	2004	1977	1980
Grabener	Egon	Rendsburg	1929	1982	1980	1981
Retzlaff	Ingeborg	Lübeck	1929	2004	1982	1994
Weisner	Dietrich	Kiel	1940		1994	1997
Schmidt	Jürgen	Ahrensburg	1942		1997	1998
Weisner	Eckhard	Preetz	1937		1998	2001
Bartmann	Franz Joseph	Flensburg	1950		2001	2018
Herrmann	Henrik	Heide	1958		2018	

zehnten das Vertrauen der Ärzte erwerben konnte und heute eine solide Grundlage der Alterssicherungen vieler Ärzte im Land bildet.

Auf neuen Wegen

Neben der Einrichtung einer Altersversorgung für Ärzte war die Gründung einer Akademie für medizinische Fortbildung ein weiterer Höhepunkt der Präsidentschaft Christianis. Auf seine Initiative beschloss die Kammerversammlung im Frühjahr 1974 den Bau eines Verwaltungsgebäudes in der Bismarckallee, dem ein Seminartrakt für die Durchführung ärztlicher Fortbildungen angegliedert werden sollte.

Die Zahl ihrer hauptamtlichen Mitarbeiter einschließlich der Versorgungseinrichtung war mittlerweile deutlich angewachsen. Die 1965 durch eine Novellierung des Berufsbildungsgesetzes der Kammer zugewiesene Aufgabe der zuständigen Stelle für die Arzthelferinnenausbildung hatte ihre bis dahin hauptamtlich zu bearbeitenden Tätigkeiten zu Beginn der siebziger Jahre deutlich erweitert. Die Baukosten von vier Millionen Mark wurden aus dem Verkauf der Immobilie der Ärztekammer in der Eutiner Straße 3 sowie aus Mitteln der Kammer und durch Darlehen der Versorgungseinrichtung und der KV aufgebracht. Das Gebäude in der Bismarckallee 8-12 wurde im August 1977 mit einer ersten Veranstaltung eingeweiht. In den ersten Jahren bot es noch Platz für Untermieter wie den Marburger Bund und die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer. Im März 1977 wurde Dr. Gerd Iversen (Seite 15) als Nachfolger des Ende Januar verstorbenen Edmund Christiani zum Präsidenten der Ärztekammer gewählt. Er musste dieses Amt aber bereits im Frühjahr 1980 an den an seine Stelle im dritten Wahlgang von der Kammerversammlung gewählten Prof. Dr. Egon Grabener (1929-1981) abgeben. Grabener war Chefarzt der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses Rendsburg, seit 1976 Mitglied des Kammervorstandes und seit 1977 Vizepräsident. In seine Zeit als Präsident fiel die Trennung der Geschäftsstellen von Kammer und KV. Grabener starb im Januar 1982 an einem Krebsleiden. Anschließend gelang es erstmals einer Frau, Präsidentin einer Landesärztekammer in Deutschland zu werden: der Lübecker Gynäkologin Dr. Ingeborg Retzlaff (Seite 18). Nach einem Schlaganfall Retzlaffs im Mai 1993 folgte eine unruhige Zeit an der Spitze der Ärztekammer. Zunächst trat Vizepräsident PD Dr. Dietrich Weisner, zunächst als Vertreter, dann 1995 als gewählter Präsident

an Retzlaffs Stelle. Der am 24. Juni 1940 in Kiel geborene Weisner war Oberarzt an der Universitäts-Frauenklinik in Kiel, seit 1988 Vizepräsident der Kammer und von 1984 bis 1992 erster Vorsitzender des Marburger Bundes Schleswig-Holstein. In seine Amtszeit fällt die Einrichtung einer unabhängigen Beratenden Kommission Sucht und Drogen, durch die suchtkranke Ärzte unabhängig von offiziellen Stellen Hilfe finden konnten. 1997 wurde Dietrich Weisner überraschend von dem niedergelassenen Internisten Dr. Jürgen Schmidt (geboren 1943) aus Ahrensburg abgelöst, der jedoch bereits im März 1998 zurücktrat.

An seine Stelle wählte die Kammerversammlung den ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Dr. Eckhard Weisner, niedergelassener Allgemeinarzt in Preetz und zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Weisner, ein Cousin seines Vor-Vorgängers Dietrich, gab sein Amt in der KV für die Tätigkeit als Präsident auf – ein Schritt, der ihm nicht leicht fiel, die Kammer jedoch aus einer schwierigen Situation befreite. Geboren am 16. Juni 1937 in Kiel, kam er aus einer in der ärztlichen Standespolitik verwurzelten Kieler Arztfamilie. Weisner ließ sich 1968 in Preetz als Allgemeinarzt nieder. Seit 1976 war er Mitglied der Abgeordnetenversammlung der KV, wo er schnell berufspolitische Karriere bis zum Amt des 1. Vorsitzenden und Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung machte. Außerdem war Eckhard Weisner von 1984 bis 1997 Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer. In seine Amtszeit als Präsident fällt die Gründung eines vom Land voll finanzierten Krebsregisters Schleswig-Holstein, dessen Vertrauensstelle bei der Ärztekammer angesiedelt wurde.

Personelle Kontinuität im neuen Jahrtausend

Bei den Kammerneuwahlen 2001 trat an Weisners Stelle für 17 Jahre Dr. Franz-Joseph Bartmann. Er bekleidete dieses Amt länger als alle anderen Präsidenten in der Nachkriegszeit und drückte der schleswig-holsteinischen Ärztekammer wie auch Bereichen der deutschen ärztlichen Berufspolitik seinen Stempel auf. Geboren 1950 im Sauerland, war er seit 1989 als chirurgischer Oberarzt in Flensburg tätig. 1993 wurde er erstmalig in die Kammerversammlung, dann 1997 in den Vorstand der Ärztekammer gewählt, 2001 wurde er Präsident der Ärztekammer. In seine Zeit fällt ein mehrfacher Wechsel in der Geschäftsführung.

Als Vorsitzender des Ausschusses Telematik der Bundesärztekammer prägte Bartmann die Diskussion in der Ärzteschaft um die elektronische Patientenkarte über alle Höhen und Tiefen ärztlicher Beschlussfassung hinweg. Als Vorsitzender der Weiterbildungsstellen der Bundesärztekammer übernahm er es 2010, eine schwierige Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung in Angriff zu nehmen, wobei es darauf ankam, durch gründliches und transparentes Vorgehen einen hohen Konsens zwischen Landesärztekammern und ärztlichen Berufsverbänden und Fachgesellschaften herzustellen, ohne dabei das Ziel einer überfälligen Modernisierung aus dem Auge zu verlieren. Der 114. Deutsche Ärztetag 2011 in Kiel war der Höhepunkt in Bartmanns berufspolitischem Engagement, gefolgt von der Verabschiedung der (Muster-) Weiterbildungsordnung auf dem 121. Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt. Planmäßig zog er sich im September 2018 aus der aktiven Berufspolitik zurück.

Sein Nachfolger wurde im September 2018 Prof. Henrik Herrmann (geboren 1958), Chefarzt und ärztlicher Direktor am Westküstenklinikum Brunsbüttel, Vorsitzender des Marburger Bundes in Schleswig-Holstein, seit 2001 in der Kammerversammlung und im Vorstand der Kammer, seit 2013 auch ihr Vizepräsident. Für das neue Amt hat er die Tätigkeit als Chefarzt und ärztlicher Direktor aufgegeben, blieb aber weiterhin ärztlicher Leiter des Bildungszentrums für Berufe im Gesundheitswesen im Westküstenklinikum Heide. Die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung mit der Einführung des elektronischen Logbuchs ist bereits weit fortgeschritten. Grundsätzlich will sich Herrmann dem gegenüber Veränderungen zu großen Beharrungsvermögen in der ärztlichen Selbstverwaltung entgegenstellen. Es soll darum gehen, wie Medizin und ärztliche Fürsorge mithilfe der Digitalisierung betrieben werden können und die Gesundheitsberufe im Team besser kooperieren, um die Versorgung zukünftig zu sichern.

75 nicht einfache Jahre, in denen sich die Ärztekammer mit Flexibilität, Kontinuität, und einer bemerkenswerten Bereitschaft zur Modernisierung ihren Weg gesucht hat. Mehr braucht es eigentlich nicht für eine erfolgreiche Zukunft.

LITERATUR UND QUELLENACHWEIS
BEIM VERFASSER,
DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER
RATSCSKO

Die Profis neben den Ehrenamtlern

GESCHÄFTSSTELLE Kammer und KV wurden in Schleswig-Holstein wie überall im Bundesgebiet über Jahrzehnte in Personalunion geführt. Die Personen an der Verwaltungsspitze hatten großen Anteil an der Entwicklung der Kammer. Oft, aber nicht immer harmonisierten sie mit der ehrenamtlich gewählten Vorstandsspitze.

Wie baut man eine Verwaltung nach dem Krieg wieder auf? Am besten mit erfahrenen Verwaltungsexperten wie dem kaufmännischen Geschäftsführer von Ärztekammer und KV, Alfred Evert (1901-1995). Evert stand nach seiner Zeit in Kriegsgefangenschaft ab August 1945 wieder zur Verfügung. Hinzu kam Karl Haedenkamp (1889-1955), der bereits im Sommer 1945 für die Ärztekammer tätig wurde, aber seinen Schwerpunkt mehr in übergeordneten Fragen wie etwa der Schaffung von Rechtsgrundlagen für die Kammer und die Bildung einer überregionalen Kammerorganisation sah.

Haedenkamp spielte während der NS-Zeit keine rühmliche Rolle. Schon 1934 in die NSDAP aufgenommen, wurde er zwei Jahre später Auslandsreferent des Reichsärztführers Gerhard Wagner. Sein weiteres Engagement im Nationalsozialismus ist an anderer Stelle ausführlich zu finden. Im Jahr 1940 will er nach dem 1939 aufgrund von Auseinandersetzungen mit dem neuen Reichsärztführer Leonardo Conti erfolgten Ausscheiden aus der Reichsärztekammer angeblich seinen Austritt aus NSDAP und SA erklärt haben. Er wurde Sanitätsoffizier in der Kriegsmarine und befand sich nach Kriegsende als Patient in einem Lazarett in Schleswig.

Haedenkamp wurde trotz seines NS-Engagements als Geschäftsführer der Ärztekammer durch die britische Militärregierung genehmigt. In der Folgezeit war er maßgeblich an überregionalen Zusammenkünften der einzelnen Ärztekammern in Deutschland beteiligt und übernahm schließlich die Geschäftsführung eines Vorläufers der Bundesärztekammer.

Curt Walder (geb. 1895) war von 1945 bis 1965 Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein. Nach Medizinstudium, Staatsexamen und Promotion 1922 studierte er Staatswissenschaften und promovierte 1924 zum Dr. rer. pol. Tätigkeiten in der Charité und als praktischer Arzt in Berlin folgten, bis er 1928 die Stelle des ärztlichen Geschäftsführers des Deutschen Ärztevereinsbundes annahm. Er war vor 1933 Mitglied der Deutschen Demokratischen Partei und hatte bei der Gründung der Deutschen Staatspartei mitgewirkt. Auch nach der NS-Machtergreifung und der 1936 erfolgten Übernahme in die Reichsärztekammer blieb er im Amt, wurde jedoch als Schriftleiter der Ärztlichen Mitteilungen abgelöst und für nachgeordnete Arbeiten eingesetzt.

Der NSDAP hatte er nicht angehört. Zum Ende des Krieges war er Divisionsarzt in



Curt Walder war ab 1945 20 Jahre lang geschäftsführender Arzt in Bad Segeberg.

Schleswig-Holstein. Erstaunlicherweise traf ihn, der nach allen vorliegenden Unterlagen Distanz zu den NS-Machhabern gehalten hatte, neben Stubbe als einzigen aus der Führungsriege der Kammer der Bann der Briten. Mit Wirkung vom 1. Dezember 1946 sollte Walder auf Befehl der Britischen Militärregierung aus der Ärztekammer entlassen werden. Grund war seine Einreihung in die Kategorie der zwangsweise zu Entfernenen durch den Geheimdienst,

der „Field Security“, der britischen Armee, sowie seine Mitgliedschaft im NSV von 1936 bis 1945, im NS-Ärztebund sowie in mehreren anderen eher unbedeutenden Partei-Organisationen. Der Entnazifizierungsausschuss für Ärzte hatte sich im Juli 1946 für sein Verbleiben im Amt ausgesprochen. Wie Stubbe wurde ihm jegliche Betätigung in öffentlichen Ämtern untersagt. Rodenwalds Eingreifen bei der Militärregierung Anfang Dezember hatte Erfolg. Walder durfte seine Tä-

tigkeit zunächst fortführen, der Einspruch Walders bei der Landesverwaltung führte nach dem Willen der Militärregierung zu einem Berufungsverfahren. Die Gründe für die britische Fehlentscheidung sind nicht bekannt, im Ergebnis durfte Walder sein Amt weiter ausüben.

Nachfolger des 1965 nach 20 Jahren Tätigkeit siebenjährig in den Ruhestand gegangenen Walders wurde für 12 Jahre der Bad Segeberger Internist Dr. Gerd Iversen (1916-2004, Seite 15), dem es trotz seiner NS-Vergangenheit als bislang einzigem Geschäftsführendem Arzt gelang, auch Präsident einer Ärztekammer zu werden.

Erst in der kurzen Amtszeit von Präsident Prof. Egon Grabener in den 1980er Jahren wurden die Geschäftsstellen der beiden Körperschaften in Bad Segeberg getrennt. Seitdem hat die Ärztekammer anstelle des nebenamtlich tätigen KV-Geschäftsführers Berthold Schüttrumpf mit Horst Borchert, später dann Hans-Werner Buchholtz, einen eigenen kaufmännischen Geschäftsführer sowie KV-unabhängige Verwaltungsstrukturen.

Iversens Nachfolge als Geschäftsführender Arzt trat im August 1978 Dr. Karl-Werner Ratschko an, der 25 Jahre lang in diesem Amt und ab 1984 als Hauptgeschäftsführer tätig war. Ratschko bestand 1970 das medizinische Staatsexamen, es folgten Approbation und Promotion. Von 1971 bis 1975 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter von Prof. Wolfgang Müller-Ruchholtz im Hygiene-Institut der Kieler Christian-Albrechts-Universität (CAU, Immunologie). Es folgte eine Zeit von 1975-1978 als Studienrat/Oberstudienrat in einer berufsbildenden Schule. Nach seinem Ausscheiden aus der Ärztekammer 2003 studierte er Geschichte und Politikwissenschaft in Kiel, Abschluss 2008 als Magister Artium, 2013 erfolgte die Promotion als Dr. phil. Parallel zu seinem Studium blieb er noch bis 2009 Schriftleiter des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes.

Im September 2003 übernahm Dr. Cordelia Andreßen (geb. 1950) die Hauptgeschäftsführung. Sie hat Volkswirtschaft und Medizin studiert und war seit 1986 Referentin in

der Gesundheitsabteilung des Kieler Sozialministeriums. Als Ministerialrätin wurde sie 1993 dort stellvertretende Abteilungsleiterin. Im Oktober 2009 wurde sie von Ministerpräsident Peter Harry Carstensen als Staatssekretärin in das Ministerium für Wissenschaft, Wirtschaft und Verkehr des Landes Schleswig-Holstein berufen. In ihre Amtszeit in der Ärztekammer fällt die Vorbereitung zur Modernisierung der Geschäftsstelle der Ärztekammer, die jedoch erst nach ihrem Ausscheiden erfolgte.

2010 wurden Dr. Carsten Leffmann (geboren 1958) als ärztlicher und Karsten Brandstetter als kaufmännischer Geschäftsführer eingestellt. Mit ihnen wurde eine Verwaltung mit abgeflachten Hierarchien verwirklicht. Die Position des Hauptgeschäftsführers wurde abgeschafft, die bisher in einer Geschäftsführung zusammengefassten Führungskräfte wurden zu Abteilungsleitern ihrer Bereiche.

Die beiden Geschäftsführer vertreten sich gegenseitig. Leffmann ist für die Koordination, Grundsatzangelegenheiten

sowie die Vertretung der Ärztekammer nach außen verantwortlich, während Brandstetter für kaufmännische und betriebswirtschaftliche Angelegenheiten zuständig ist.

Die Modernisierung, Sanierung und Anpassung an die veränderten Notwendigkeiten des 1976/77 gebauten Verwaltungsgebäudes in der Bismarckallee fällt in ihre Amtszeit. Der Schulterchluss zwischen Ehrenamt und Hauptamt wurde enger. Vier Kernbereichsausschüsse für Berufsordnung, Qualitätsmanagement, Fortbildung und Weiterbildung stehen nun an der Spitze des operativen Geschäfts der jeweiligen Bereiche und entlasten so den Vorstand der Ärztekammer, dessen zeitliche Belastung in den monatlichen Sitzungen sich deutlich verminderte. Hervorzuheben ist auch die Gründung eines Instituts für Ärztliche Qualität Schleswig-Holstein eGmbH, an der die Ärztekammer wesentlichen Anteil hat.

DR. MED. DR. PHIL. KARL-WERNER RATSCHKO

ANZEIGE

Wir gratulieren der Ärztekammer Schleswig-Holstein recht herzlich zum 75-jährigen Jubiläum!

AMT
Abken Medizintechnik

Die größte Markenvielfalt Norddeutschlands unter einem Dach!

Konfigurieren Sie auf www.amt-abken.de über unseren Ultraschall-Finder Ihr Wunsch-Ultraschallgerät. Oder besuchen Sie unsere **Ultraschall-Gerätewelt in Norderstedt** bei Hamburg und erleben Sie die Produktvielfalt unserer Exklusivpartner im direkten Vergleich:

Unsere AMT-Fachberater freuen sich, Sie kompetent zu den Themen Ultraschallgeräte, Herz-Kreislaufdiagnostik vom Marktführer SCHILLER, Praxisausstattung, Finanzierung, Wartung, Service und Applikation zu beraten.

Das AMT Abken Team freut sich auf Sie!

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



PHILIPS



SAMSUNG



**SIEMENS
Healthineers**

Nach 75 Jahren ist die Ärztekammer Schleswig-Holstein nicht nur für die Patientenbeauftragte der Bundesregierung eine „unverzichtbare Ansprechpartnerin“. Anders als zum Start der Kammerarbeit direkt nach dem Krieg haben sich inzwischen zahlreiche Partner im Gesundheitswesen organisiert und leisten ihren speziellen Part für das Gesundheitssystem. Viele von ihnen haben zum Jubiläum Stellung bezogen: Wo sind Gemeinsamkeiten und wo Konfliktlinien? Warum funktioniert die Zusammenarbeit und wo liegen noch Schwachstellen? Die Antworten auf den Seiten 24 bis 41 zeigen einen Ausschnitt der unterschiedlichen Perspektiven, die die Beteiligten auf unser Gesundheitswesen und auf die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein haben.

Warum ist eine Ärztekammer aus Sicht der Patientenbeauftragten der Bundesregierung wichtig?

Prof. Claudia Schmidtke: Die Versorgungsqualität und Patientensicherheit, die wir wollen, kann es nur mit einer Ärzteschaft geben, deren Erfahrungen in der Versorgung wahrgenommen werden und die auch ihre eigenen Interessen gut vertreten fühlt.

Als berufsständische Vertretung und Interessenvertretung aller Ärztinnen und Ärzte leistet die Ärztekammer beides. Sie berät und unterstützt die Kammerangehörigen und vertritt ihre Interessen nach außen. Sie überwacht die Einhaltung des ärztlichen Berufsrechts und bietet zudem von der Industrie und anderen Akteuren unabhängige Fortbildungen an.

Darüber hinaus hält sie Informationen für Patientinnen und Patienten bereit, geht ihren Hinweisen und Beschwerden nach und beteiligt sich

Unverzichtbare Ansprechpartnerin

PROF. CLAUDIA SCHMIDTKE Im Interview mit Dirk Schnack spricht die Ärztin und Patientenbeauftragte der Bundesregierung über ihre Sicht auf die aktuelle Rolle der Ärztekammer, ihre Erwartungen und Themen, die in der Ärzteschaft stärkere Berücksichtigung finden sollten.

Prof. Claudia Schmidtke ist Patientenbeauftragte der Bundesregierung und als Herzchirurgin aus Lübeck Mitglied der Ärztekammer Schleswig-Holstein.



zur Überprüfung von Behandlungsfehlervorwürfen an der Norddeutschen Schlichtungsstelle. Insbesondere in diesen letzten Punkten ist sie damit eine unverzichtbare Ansprechpartnerin für die Patientinnen und Patienten und damit auch für mich.

Wie erleben Sie die Ärztekammer aus jetziger Sicht, was wünschen Sie sich von ihr?

Schmidtke: In Zeiten zunehmender Digitalisierung, personalisierter Medizin und einer hohen Zahl von ebenso niedrigschwelligen wie unzureichenden Informationsangeboten im Internet wird ein partnerschaftliches und vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis immer wichtiger. Ich habe die Ärztekammer stets als enge Partnerin im Einsatz für dieses Ziel erlebt. So ist sie schon heute eine wichtige Ansprechpartnerin, wenn Patientinnen und Patienten Hilfe bei der Arzt-suche benötigen oder es in der Arzt-Patienten-Kommunikation zu Missverständnissen oder Konflikten gekommen ist.

Denn in manchem Einzelfall ist es um die Kommunikation auf Augenhöhe nicht so gut bestellt, wie es für ein partnerschaftliches und vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis notwendig wäre. Dann kann die Ärztekammer vermitteln!

Nach dem, was Betroffene meiner Geschäftsstelle mir schreiben, endet dieser Prozess nicht immer zufriedenstellend, wir können also noch optimieren. Aus meiner Sicht hat das zwei Ursachen: zum einen die beiden Funktionen der Ärztekammer, die durchaus im Widerstreit stehen können: Kontrolle einerseits, Interessenvertretung andererseits. Hinzu kommt aber auch, dass Patientinnen und Patienten ihr häufig mit Argwohn begegnen.

Und hier setzt mein Wunsch an: Ich würde mich freuen, wenn die Ärztekammer transparenter mit Patientenbeschwerden umginge: erstens,

indem sie die Beschwerdeführer informiert, welches Ergebnis eine Prüfung ergeben hat, und zweitens, indem sie in einem jährlichen Bericht die Zahl und Inhalte der Beschwerden und die Konsequenzen daraus veröffentlicht.

Welche Herausforderungen sehen Sie auf die Ärztekammer zukommen? Warum ist eine Ärztekammer aus dem Gesundheitssystem nicht wegzudenken?

Schmidtke: Ich sehe insbesondere zwei große Herausforderungen, die das gesamte Gesundheitssystem betreffen: die Digitalisierung und den Ärzte- und Fachkräftemangel.

Digitalisierung ist natürlich kein Selbstzweck. Sie bedeutet nicht allein effizientere Datenverarbeitung, Dokumentation oder Behandlung. Es muss uns vielmehr immer um das Generieren von Nutzen für die Patientinnen und Patienten gehen. Dabei sind und bleiben sie Herren ihrer Daten und entscheiden allein, was damit geschehen soll. Dazu gehört auch das Recht auf Nichtwissen und das Recht, sich ohne Nachteile gegen digitale Angebote entscheiden zu können. Dies wird zumindest Teile der Ärzteschaft herausfordern, denn in der digitalisierten Welt sind uns die Patienten manchmal um einiges voraus. Daher kommt der Kammer hier eine noch bedeutsamere Rolle zu, sowohl in der Beratung der Mitglieder als auch im Dialog mit den Patientinnen und Patienten. So können sich beispielsweise über die Schweigepflicht hinaus auf dem Gebiet des Datenschutzes und der Datensicherheit weitere Aufgaben ergeben.

Allein aus Demografiegründen wird der Fachkräfte- und Ärztemangel noch zunehmen, wenn die Babyboomer in den Ruhestand gehen und die nachwachsende Generation eigene Prioritäten hat, weil sie sich eine andere Balance zwischen Beruf und Familie wünscht.

Zur Person

Prof. Claudia Schmidtke ist seit 2019 die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Schmidtke war im Jahr 2017 für die CDU als Direktkandidatin für den Wahlkreis Lübeck in den Bundestag gewählt worden. Sie ist unter anderem Mitglied im Gesundheitsausschuss und in der Enquete-Kommission „Künstliche Intelligenz“ des Deutschen Bundestages. Als Herzchirurgin hatte sie zuletzt als stellvertretende Chefärztin im Herzzentrum Bad Segeberg gearbeitet. Zuvor war sie langjährig am Lübecker Campus des UKSH tätig.

Wir sollten daher mehr auf ein multi- bzw. interprofessionelles Miteinander setzen. Alle Gesundheitsberufe haben eigene Expertise; das gilt es anzuerkennen und dementsprechend die Gesundheitsversorgung zu organisieren. Das bedeutet für die Kammer z. B. Qualifizierung für medizinische Fachangestellte, interprofessionelle Fortbildungsangebote und Werbung für die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen.

Sie sehen: Wenn es nach mir geht, ist die Ärztekammer aus dem Gesundheitssystem auch künftig nicht wegzudenken. Es gibt eine Menge zu tun, für den einzelnen Arzt und die einzelne Ärztin ebenso wie für die Kammern. Und ich freue mich auf die gemeinsame Arbeit in dieser hochspannenden Zeit!

ANZEIGE

Wir setzen Sie ins richtige Licht...

... und haben Ihren Wunsch nach Individualität und Sicherheit verstanden.

Gerne planen wir auch Ihren Praxisumbau. Bei Ihnen vor Ort oder bei uns im Geschäft.

Wir danken der Ärztekammer Schleswig-Holstein für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und gratulieren zum 75-jährigen Jubiläum.

Ihr Björn Norkeweit und Team*



* Wer verbirgt sich hinter den Masken? Siehe Instagram Licht.Norkeweit

LICHT.NORKEWEIT

GmbH & Co. KG

Hamburger Landstraße 6 · 24113 Molfsee · Fon (0431) 64 32 32
Mail Lichtgalerie@norkeweit.de · Web www.lichtgalerie-mn.de

KURZ NACHGEFRAGT

„Die Herausforderungen überschneiden sich“

CORD-ERIC LUBINSKI Der Chef der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein nimmt die Ärztekammer als engagierten Partner für Themen wie etwa Qualität und Patientensicherheit wahr.

Warum ist die Ärztekammer Schleswig-Holstein aus Sicht einer Krankenkasse wichtig?

Cord-Eric Lubinski: Die Ärztekammer Schleswig-Holstein ist ein wichtiger Ansprechpartner der Krankenkassen bei Themen der Gesundheitspolitik und des öffentlichen Gesundheitswesens. Es ist unser gemeinsames Anliegen, das Gesundheitswesen für die Zukunft zu rüsten und die medizinische Versorgung der Bürger weiter zu verbessern. Darüber hinaus ist die Ordnungsfunktion der Ärztekammer im Sinne der Patienten und damit aller Versicherten sehr wichtig.

Wie erleben Sie die Ärztekammer Schleswig-Holstein und was wünschen Sie sich von ihr?

Lubinski: Die Verantwortlichen der Ärztekammer leben eine offene und lösungsorientierte Diskussionskultur. Im Prozess kann die Ärztekammer

Cord-Eric Lubinski leitet die Landesvertretung der DAK-Gesundheit Schleswig-Holstein.



aufgrund ihrer Rolle als Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Medizin und der übergreifenden Fachexpertise eine moderierende Rolle einnehmen. Da hilft ihr Selbstverständnis als Berufsorganisation aller Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein sehr. Wir haben die Ärztekammer auch in der Diskussion um Qualität, Patientensicherheit und neue Organisationsansätze in der Pflege als engagierten Partner wahrgenommen. Wir sind zuversichtlich, dass es uns gemeinsam gelingen wird, die zukünftigen Herausforderungen zum Wohle der Allgemeinheit zu bewältigen.

Welche Herausforderungen sehen Sie auf die Ärztekammer zukommen, wo liegen gemeinsame Themen?

Lubinski: Die Herausforderungen für Kammer und Krankenkassen überschneiden sich in großem Maße. Wir müssen Antworten auf die demografische Entwicklung finden. Es geht u. a. um die Frage, wie wir ein Mehr an systemgerechter Vernetzung zwischen den an der Versorgung Beteiligten erreichen können, sowohl intra- wie auch intersektoral. Dabei spielen ein schneller und vollständiger Informationsfluss unter den beteiligten Ärzten und damit eine moderne IT eine entscheidende Rolle. Digitale Lösungen sind gefordert. Das Beispiel der Notfallversorgung zeigt diesen Handlungsbedarf gut auf.



Dr. rer. oec. Bernd Hillebrandt leitet die Landesvertretung der Barmer.

„Nach allen Seiten offen und dialogorientiert“

DR. RER. OEC. BERND HILLEBRANDT

Ob Konsens oder Konfliktlinien – der Barmer-Chef schätzt die Diskussion.

Die Ärztekammer ist für uns ein wichtiger Zugangskanal, um den Kontakt zu den Ärztinnen und Ärzten in Schleswig-Holstein zu halten. Sehr positiv haben wir die Entwicklung einer in den späten 1990er Jahren noch sehr berufsständisch geprägten Landesvertretung hin zu einer nach allen Seiten offenen und dialogorientierten Organisation wahrgenommen. Damit einhergehend kann man anerkennend sagen, dass aktuelle Themen angepackt und im positiven Sinne vorangebracht werden. Ein Beispiel sind die gemeinsamen Workshops zur Digitalisierung, in denen alle Player des Gesundheitswesens an einem Tisch saßen. Und als erste Kammer in Deutschland hat die ÄKSH das Fernbehandlungsverbot abgeschafft – dafür müsste dem Wegbereiter der Digitalisierung, Dr. Franz Bartmann, noch im Nachhinein das Bundesverdienstkreuz verliehen werden.

Auch aktuell nimmt die ÄKSH Positionen ein, die wir uneingeschränkt teilen können: Die Überlegungen zu den integrierten Notfallzentren sind rich-

tungsweisend. Wir unterstützen diesen Weg ausdrücklich. Auch dass der Fokus auf die Weiterbildung von Allgemeinmedizinern gelegt wird, können wir nur begrüßen.

Unterschiedliche Meinungen gibt es natürlich auch: Mit dem neuen MDK-Reformgesetz werden die Krankenhausfallprüfungen gedeckelt und eine maximale Prüfquote je Krankenhaus festgelegt. Die ÄKSH sieht diese Novellierung positiv – wir dagegen stehen einer quotierten Prüfmöglichkeit kritisch gegenüber. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass über die Hälfte der geprüften Rechnungen fehlerhaft waren. Eine Quotenregelung ist hier das falsche Signal.

Eine große Herausforderung für die ÄKSH wird die flächendeckende medizinische Versorgung auf dem Land sein. Vor dem Hintergrund, dass dort die Nachbesetzung von Arztsitzen problematisch ist, wird damit zwangsläufig das Thema Digitalisierung eine zunehmend größere Rolle spielen und gleichzeitig neue Herausforderungen mit sich bringen. Ich bin mir sicher, dass wir das gemeinsam schaffen.

Neue Wege und bewährte Kooperation

PROF. HANNA KADUSKIEWICZ UND PROF. JOST STEINHÄUSER Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin arbeitet eng mit der Ärztekammer zusammen.



Prof. Hanna Kaduskiewicz (Kiel) und Prof. Jost Steinhäuser (Lübeck) leiten die Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten in Schleswig-Holstein.

Das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin wurde 2016 eingerichtet, um die Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Allgemeinmedizin zu optimieren. Die Institute für Allgemeinmedizin in Kiel und Lübeck und das Institut für Ärztliche Qualität in Bad Segeberg arbeiten hierfür eng zusammen.

Hinter dem Institut für Ärztliche Qualität stehen neben der Kassenärztlichen Vereinigung auch die Krankenhaus-

gesellschaft und die Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Die Ärztekammer ist qua Amt verantwortlich für die Weiterbildung. Daher ist es uns besonders wichtig, dass sie Bestandteil des Kompetenzzentrums ist. Hinzu kommt, dass wir sie als einen konstruktiven Partner und Multiplikator, der die jetzigen positiven Erfahrungen aus der Allgemeinmedizin in Zukunft auch in die Weiterbildung anderer Fachgebiete einfließen lassen wird, kennengelernt haben.

Zwischen allen Partnern des Kompetenzzentrums gibt es eine intensive Zusammenarbeit. Dass hier an einem Strang gezogen wird, ist ein Kennzeichen der Zusammenarbeit in Schleswig-Holstein.

Die Ausstattung der Ärztekammer mit Seminarräumen und die professionelle Veranstaltungsinfrastruktur erleichtern dem Kompetenzzentrum die Arbeit sehr, weil jede Buchung von Räumen oder die Seminarzuordnung für die rund 200 teilnehmenden Ärztin-

nen und Ärzte in Weiterbildung von außerhalb einen deutlichen Mehraufwand bedeuten würde.

Die Ärztekammer innerhalb des Kompetenzzentrums scheut sich auch nicht, didaktisch neue Wege zu gehen. Das Train the Trainer-Fortbildungsangebot für Weiterbildungsbefugte sei hier beispielsweise angeführt. Diese Offenheit ist nicht selbstverständlich und wir wünschen uns, dass dieses vertrauensvolle Miteinander auch die kommenden Jahre kennzeichnen wird.

Spannende Debatte: Delegation und Substitution

DENNYS BORNHÖFT Der Landtagspolitiker nimmt die Ärztekammer als wichtigen Ansprechpartner wahr.

Die Ärztekammer erfährt als Institution große Zustimmung in ihrer Mitgliedschaft. Dies ist unerlässlich, um auf der einen Seite einen Mehrwert für die Mitglieder zu erbringen und auf der anderen Seite, um als gesundheitspolitische Kraft wirken zu können. Auch wenn man automatisch zum Mitglied wird und dies auch bleibt, heißt das nicht, dass man als Kammer nicht stetig die eigenen Vorteile hervorheben muss.

Die Ärztekammer ist neben den betreffenden Gewerkschaften der wichtigste Ansprechpartner für die Politik, wenn fachliche Expertise eingeholt werden muss. Spannend werden Debatten immer, wenn es im Endeffekt darum geht, ob etwaige Kompetenzen zwischen den gesundheitsversorgenden Berufen verschoben werden sollen. Hier hat jeder auch seine eigene Rolle auszufüllen und für den eigenen Berufszweig zu streiten. Im Lichte des demografischen Wandels, des Fachkräftemangels und unterschiedlicher Interessenslagen bei der Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird die Debatte immer wiederkeh-

ren. Was muss zwingend durch eine Ärztin durchgeführt werden, was kann wiederum durch eine Pflegefachkraft oder MFA erledigt werden?

Ich freue mich sehr darüber, dass die Ärztekammer sehr positiv mit Chancen und Risiken der Digitalisierung für die Ärzteschaft wie auch für die PatientInnen umgeht und sich aktiv hier einbringt. Es gibt andere Pflichtkammern, die sich da deutlich schwerer tun.

Zwar erfreuen sich die Medizinstudienplätze immer noch großer Beliebtheit, leider ist jedoch die Bereitschaft, sich als Hausarzt niederzulassen, geringer ausgeprägt. Wenn wir nicht an mehreren Stellschrauben drehen, bei den Selbstverwaltungen aber auch politisch sowie berufsständisch, dann wird Schleswig-Holstein einen Ärztemangel erleben. Hierin sehe ich die größte Herausforderung der nächsten zehn Jahre, bei der die Ärztekammer ein entscheidender Akteur ist, um die ausreichende Versorgung mit ÄrztInnen zu gewährleisten. Ich freue mich über den gemeinsamen Diskurs, um die bestmögliche Lösungsidee zu finden.

Gesundheitspolitiker Dennis Bornhöft (FDP) will über Delegation und Substitution diskutieren.



Dr. Thomas Maurer ist Allgemeinmediziner in Nordfriesland und Landesvorsitzender der Hausärzte in Schleswig-Holstein.

Bewegliche Kammer — aber nicht immer so flexibel wie von Hausärzten gewünscht

DR. THOMAS MAURER Ärztekammer sollte bei der Abwehr ökonomischer Interessen aktiv sein. Viele Berührungspunkte mit Berufsverband.

Als Berufsverband sind wir notwendigerweise für unsere Mitglieder da. Wir wollen und müssen uns dabei nicht nur mit der Politik auseinandersetzen, sondern uns auch gegen andere ärztliche Interessengruppen durchsetzen. Daneben gibt es aber auch viele Felder, die alle Ärztinnen und Ärzte betreffen. Dafür braucht es nun mal eine gemeinsame Vertretung, dafür brauchen wir eine Ärztekammer, die alle Kräfte bündelt. Ich sehe keine Institution, die diese Aufgabe sonst übernehmen könnte.

Eine Institution dieser Größe ist leider bei grundsätzlichen Fragen manchmal wenig beweglich. Die Themen sind sperrig, die Diskussionen sind oft langatmig und ermüdend. Ergebnisse brauchen oft Jahre wie bei der neuen Weiterbildungsordnung. Andererseits erlebe ich die Mitarbeiter der Ärztekammer beim Lösen der individuellen Probleme ihrer Mitglieder meist schnell, kompetent

und freundlich. Zwischen Berufsverband und Kammer gibt es unmittelbare Berührungspunkte: Berufsrecht, GOÄ, Leichenschau, Weiterbildung und Facharztprüfung. Hier wünschen wir uns oft mehr Flexibilität und weniger Beharren auf alten Vorschriften. So bleibt es uns ein Rätsel, warum immer noch nicht die Facharztprüfung im letzten Monat einer mindestens 5-jährigen Weiterbildung erfolgen kann.

Als Herausforderung sehe ich die Abwehr immer stärkerer ökonomischer Interessen. Die Umsetzung neuester Techniken ohne das eigentlich Ärztliche, die persönliche Betreuung dabei aus dem Auge zu verlieren, ist auch ein großes Feld. Als Vertretung aller Ärzte ist die Ärztekammer gefordert, dafür Sorge zu tragen, dass Krankenhäuser und Arztpraxen Orte für Kranke bleiben und nicht immer mehr Orte zum Abarbeiten von Prozeduren werden.

Berufsordnung im Fokus

DR. MONIKA SCHLIFFKE Die KVSH und die Ärztekammer haben weit mehr als nur gemeinsame historische Wurzeln. Die Berufsordnung als Gestaltungselement.

Es gibt wenige Organisationen im Gesundheitswesen, die so viel miteinander verbindet wie Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern. So bildeten sich bei den Ärztekammern – auch in Schleswig-Holstein – im frühen 20. Jahrhundert erste Vertragskommissionen zur Überwachung der Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen, später folgten Kollektivverträge. Die Phase eigenständiger Kassenärztlicher Vereinigungen begann erst 1931 und wurde durch die Gleichschaltung der ärztlichen Selbstverwaltung im NS-Staat schnell wieder beendet.

Als die Ärztekammer Schleswig-Holstein (ÄKSH) im Sommer 1945 neu startete, übernahm sie auch die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung. Erst zehn Jahre später schuf der Bundestag die gesetzliche Grundlage für die KVen als selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die KVSH und die ÄKSH blieben eng verbunden, waren bis 1977 sogar in denselben Gebäuden untergebracht, bis sich die Ärztekammer kaum 100 Meter entfernt ein eigenes Domizil schuf.

Mögen auch räumliche und historische Nähe das gute Miteinander von ÄKSH und KVSH fördern, so besteht die Übereinstimmung im Grundsätzlichen im gemeinsamen Verständnis einer selbstbewussten ärztlichen Selbstverwaltung. Uns eint die Überzeugung, dass es ein Privileg der Ärzteschaft darstellt, wesentliche Fragen ihres beruflichen Wirkens unter Einbeziehung ärztlicher Expertise und ehrenamtlichen Engagements eigenverantwortlich gestalten zu können. Trotz eines zunehmenden Hineinregierens des Staates in die Selbstverwaltung bleiben substanzielle Gestaltungsmöglichkeiten, die es aktiv zu nutzen gilt.

Ein wesentliches Gestaltungselement der Ärztekammer ist die Berufsordnung. Diese macht in der Regel keine Schlagzeilen und unterliegt aus guten Gründen keinen schnellen Änderungen. Gerade deshalb ist ihre Bedeutung als gemeinsame Grundlage allen ärztlichen Handelns nicht zu unterschätzen.



Dr. Monika Schliffke ist Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein. Sie nimmt ein gemeinsames Verständnis einer selbstbewussten ärztlichen Selbstverwaltung wahr.

Die Berufsordnung, verabschiedet von der Kammerversammlung als Vertretung aller Ärzte im Land, unabhängig von der Form der Berufsausübung, ist eine unverzichtbare Grundlage für ein kollegiales ärztliches Miteinander und die Zusammenarbeit über die Versorgungsbereiche hinweg. Dies insbesondere, weil sie sich an den Arzt als individuell handelnde Person richtet, ganz gleich, ob die Tätigkeit in einer Praxis, einer Klinik oder im öffentlichen Gesundheitsdienst ausgeübt wird. Alle weiteren Regelwerke, von Honorarordnungen bis zum Arbeitsrecht, können diese Vorgaben nicht aufheben. Diesen Schutz der Therapiefreiheit des Arztes kann nur eine Institution wie die Ärztekammer sicherstellen, deren Mitglied der Arzt ausschließlich aufgrund seiner Berufszugehörigkeit ist.

Diese Rolle der Ärztekammer wird in Zukunft mehr gefragt sein denn je. Digitalisierung und Künstliche Intelligenz als neue Elemente der Gesundheitsversorgung werden vielfach unter dem Vorzeichen der

ökonomischen Potenziale diskutiert. Umso wichtiger ist es, dass in der Verständigung darüber, wie wir als Ärzte neue Technologien nutzen wollen, ein Primat der Medizin gilt. Fragen des Nutzens müssen zuvorderst Fragen nach dem Vorteil für die ärztliche Behandlung des Patienten sein. Mit der Liberalisierung des Fernbehandlungsverbots hat die ÄKSH deutlich gemacht, dass wir gemeinsam den Anspruch haben, diese Zukunftsfragen als Selbstverwaltungen aus ärztlicher Perspektive aktiv zu gestalten.

Dieses Plädoyer für die prioritär ärztliche Perspektive ist kein Widerspruch zu den Aufgaben der KVSH, zu denen die Vertretung der wirtschaftlichen Interessen der Niedergelassenen gehört. Ein Anspruch unseres Handelns ist es, die im Berufsrecht verankerte ärztliche Unabhängigkeit für die ambulant tätigen Kollegen wirtschaftlich abzusichern, da der Arztberuf als freier Beruf unverzichtbare Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige und am Patientenwohl orientierte Versorgung ist.

Zentrale Schaltstelle für Fort- und Weiterbildung

DR. BERNHARD VAN TREECK Der leitende Arzt beim MDK Nord erkennt in der Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer ein durchgehend hohes Niveau. Er begrüßt, dass künftig Vertreter der Ärztekammer im Verwaltungsrat des MDK tätig werden.

Dr. Bernhard van Treeck ist leitender Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Nord, deren Ärzte Mitglieder der Ärztekammern in Hamburg und Schleswig-Holstein sind. Van Treeck war selbst Delegierter der Ärztekammer in Hamburg.



■ ■
Arzttekammern sind wichtiger denn je. Dass wir Ärzte uns über die Ärztekammern selbst organisieren dürfen, ist ein hohes Gut. Zentrales Element ist die ärztliche Berufsordnung. Dort ist unter anderem festgehalten, dass Ärzte in ihrer fachlichen Entscheidung unabhängig sind und dass bei all unseren Handlungen immer das Wohl und der Bedarf des Patienten führend sein muss. Damit ist klar festgelegt, dass ärztliches Ethos vor Gewinnmaximierung steht. Und das ist gut so!

Man kann all den Kolleginnen und Kollegen, die sich seit Jahren über viele Stunden ihrer Lebenszeit ehrenamtlich in den Ausschüssen der Ärztekammer engagieren, nicht genug dafür danken.

Zwei Punkte, warum die Ärztekammer so wichtig ist:

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen hat ohne Zweifel einiges verbessert. Er hat aber auch seine Schattenseiten, die zunehmend deutlich werden. Wir Ärzte müssen dafür sorgen, dass immer die Interessen des Patienten leitend für unsere Entscheidungen sind. Dies deutlich nach außen, unter anderem gegenüber der Politik zu vertreten, das ist eine Aufgabe der Ärztekammern, die zunehmend wichtiger wird.

Bei der Fort- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte ist die Kammer die zentrale Schaltstelle. Sie sorgt hier seit Jahren für ein durchgehend hohes Niveau. Als Arbeitgeber denken wir gar nicht darüber nach, ob hinter der Bescheinigung eines Gebiets oder einer Zusatzweiterbildung eine ausreichende Qualität steht – es ist selbstverständlich. Danke auch dafür.

Die Zusammenarbeit zwischen der Ärztekammer Schleswig-Holstein und dem MDK Nord war immer schon gut. Ab 2021 werden – neu – Vertreter der Ärztekammer in den Verwaltungsrat des MDK einziehen. Dies wird den kollegialen Austausch zwischen MDK und Ärztekammer weiter intensivieren. Darauf freuen wir uns.

KURZ NACHGEFRAGT

ÖGD stärker einbinden!

DR. ALEXANDRA BARTH Die Vorsitzende des Landesverbandes der Ärzte im ÖGD wünscht sich eine bessere Einbindung in die inhaltliche Arbeit der Kammerausschüsse.

Wie erleben Sie die Ärztekammer und was wünschen Sie sich von ihr?

Dr. Alexandra Barth: Die Ärztekammer bringt die unterschiedlichen ärztlichen Berufsgruppen zusammen und vertritt sie mit geeinter Stimme nach außen. Wir wünschen uns, dass alle drei Säulen des Medizinsystems – stationäre und ambulante Versorgung sowie öffentlicher Gesundheitsdienst – dabei gleichberechtigt berücksichtigt werden.

An welchen Stellen ergeben sich Berührungspunkte zwischen Landesverband und Kammer und wo gibt es Reibungspunkte?

Barth: Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat als Alleinstellungsmerkmal die Aufga-

be der Bevölkerungsmedizin. Er wird in der Öffentlichkeit oftmals nur in der Gefahrenabwehr sichtbar, „wenn es brennt“. Dies wird zum Beispiel deutlich im Ausbruchmanagement von übertragbaren Erkrankungen (Coronaviren u. v. a. m.) sowie bei Zwangsunterbringungen von psychisch kranken Menschen. Dabei benötigt der Öffentliche Gesundheitsdienst die Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen aus Krankenhaus und Niederlassung.

Es wäre wünschenswert und aus unserer Sicht gewinnbringend, wenn der Öffentliche Gesundheitsdienst im Sinne eines Querschnittsthemas mehr in die inhaltliche Arbeit der einzelnen Ausschüsse eingebunden werden würde.



Dr. Alexandra Barth ist Vorsitzende im Landesverband Schleswig-Holstein der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Tätig ist sie im Fachdienst Gesundheit der Stadt Neumünster.

Welche Herausforderungen sehen Sie auf die Ärztekammer zukommen?

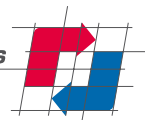
Barth: Die medizinische Versorgung bedarf einer sinnvollen Steuerung. Es stehen in den nächsten Jahren große Herausforderung an wie die Digitalisierung, der demografische Wandel sowie die Sicherstellung von Versorgung und Ausbildung bei Fachkräftemangel.

Hierbei ist es notwendig, dass alle Akteure zielgerichtet und konstruktiv zusammenarbeiten. Zu nennen sind hier neben der Ärztekammer insbesondere das Gesundheitsministerium, die Krankenkassen, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenhausträger und die Landesverbände der einzelnen medizinischen Fachgruppen.

ANZEIGE

Wir gratulieren der Ärztekammer Schleswig-Holstein zum 75-jährigen Jubiläum.

INGENIEURBÜRO HARMS
GMBH & CO. KG



TECHNISCHE GEBÄUDEAUSRÜSTUNG
BERATUNG · PLANUNG · BAULEITUNG



Das Ingenieurbüro Harms ist Ihr **Partner für technische Gebäudeausrüstung**. Für individuelle und optimierte Planung der Gebäudetechnik, mit wirtschaftlichen und energiesparenden Konzepten für Heizungs-, Sanitär-, Lüftungs- und Klimatechnik.

Als unabhängiges Ingenieurbüro für Technische Gebäudeausrüstung bieten wir individuelle Lösungen für Ihre anspruchsvollen Projekte und Planungsaufgaben. Wir planen Neubauten und Umbauten, mit hohen technischen Anforderungen und Schwierigkeitsgraden, speziell für Auftraggeber aus Industrie und Gewerbe sowie für öffentliche Auftraggeber.

Mit unserem Team von spezialisierten und motivierten Mitarbeitern stehen wir für alle Beratungs-, Planungs- und Bauüberwachungsaufgaben zur Verfügung.

0451- 80 90 150 · info@ingenieurbuero-harms.de · www.ingenieurbuero-harms.de

Ein Gewinn, weil politisch unabhängig

DR. MARTIN OLDENBURG Raum bieten für Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft und präventive Themen gemeinsam identifizieren.

Seit Gründung der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein (LVGFHS) 1966 war regelmäßig ein Vertreter der Ärztekammer im Vorstand aktiv. Lange Jahre war der damalige Kammergeschäftsführer Dr. Karl-Werner Ratschko sogar Vorsitzender. Darin drückt sich bereits die enge Partnerschaft der Ärztekammer mit der LVGFHS aus.

In der LVGFHS sind die verschiedenen Partner vertreten, die im Bereich Gesundheitsförderung aktiv sind – z. B. Land, Kommunen, GKV u. a. Die LVGFHS wirkt dadurch themenübergreifend und kostenträgerunabhängig. Durch die aktive Mitwirkung der Ärztekammer werden medizinisches Wissen und Kenntnisse über die Bedürfnisse von Erkrankten in die Entwicklungen zur Gesundheitsförderung eingebracht. Die Ärztekammer bildet die Vielfalt der ärztlichen Tätigkeiten ab, unabhängig davon, ob sie in Praxis, Klinik, als

Betriebsarzt, ehrenamtlich in einem Verein oder anders tätig sind. Für die Bevölkerung sind Ärzte vertraute Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen. Durch die Verschiebung der größten Gesundheitsrisiken von Infektionserkrankungen zu lebensstilabhängigen Erkrankungen ist eine Verlagerung von einzelnen verhaltenspräventiven Maßnahmen auf strukturelle verhältnisbezogene Maßnahmen notwendig. Im Austausch mit der Ärztekammer werden relevante Themen identifiziert und gleichzeitig durch die LVGFHS gesundheitswissenschaftlich auf der Höhe der Zeit mit nachhaltigen Maßnahmen umgesetzt.

In Zukunft sollte die Ärztekammer den Veränderungen der ärztlichen Tätigkeit und den daraus resultierenden Änderungen des ärztlichen Selbstverständnisses Rechnung tragen und aktiv Raum für Diskussionen innerhalb der Ärzteschaft geben, damit diese weiter ihre wichtige gesellschaftliche Verantwortung übernehmen kann. Gerade in einer Zeit, in der die politischen Koordinaten in Bewegung geraten, wird erkennbar, dass eine politisch unabhängige Selbstverwaltung bei einem freien Beruf mit hohem gesellschaftlichem Ansehen ein Gewinn für alle ist.

Dr. Martin Oldenburg ist Arzt und Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung im Norden.



Dr. Klaus Bittmann lernte Ärztekammer zunächst als Praxisinhaber und später als Akteur in der Selbstverwaltung kennen.

Erst Verwarnung zum Praxisstart, dann gegenseitige Wertschätzung

DR. KLAUS BITTMANN Enge Absprachen in standespolitischen Positionierungen. Gestaltungswille und gegenseitige Wertschätzung

Aufregend und neu war 1977 meine Niederlassung als Frauenarzt in Plön und die Bekanntschaft mit unserer Ärztekammer: Am Öffnungstag gab es eine Verwarnung! Mein Praxisschild sei 3 cm zu hoch und 4 cm zu breit. Dass eine Ärztekammer auch andere Aufgaben erfüllt, habe ich mit den Jahren erfahren. Aus standespolitischem Interesse besuchte ich um 1980 herum eine Kammerversammlung. Ein Mitglied trug ernsthaft und fortschrittlich vor, dass der Name „Ärztekammer“ der zunehmenden Zahl an Ärztinnen nicht gerecht werde. Eine Umbenennung scheiterte.

Nachfolgend wandte ich mein Interesse mehr der KV zu. Nicht aus Begeisterung, sondern aus Ärger über die Honorarverteilung. Die Folge waren Funktionen in der KV von 1982 bis 2006. Trotz der räumlichen Nachbarschaft herrschte bislang herablassende Distanz der KV-Führung gegenüber der Kammer. Durch offenere Persönlichkeiten, gemeinsame Treffen bei Ärztetagen, gegenseitiges

Gastrecht bei Vorstandssitzungen wurde Vertrauen aufgebaut, das beiden Körperschaften und der Ärzteschaft nützt. Gemeinsam haben wir für den Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Kiel und Lübeck gekämpft. In vielen Fragen galt der kurze Dienstweg, bei standespolitischen Positionierungen fanden enge Absprachen statt.

Als wir vor 20 Jahren die Ärztegenossenschaft als strategische Parallelorganisation gründeten, fand dies auch Verständnis und Zustimmung unserer Kammer. Von besonderer Bedeutung war die Mitgliedschaft des Präsidenten in unserer Genossenschaft, nach Öffnung für angestellte Kollegen – dies brachte die gegenseitige Wertschätzung zum Ausdruck.

Unsere Ärztekammer kenne ich heute nur als aufgeschlossene, der gesamten Ärzteschaft dienende Körperschaft. Souverän stellt sie sich den Herausforderungen des Gesundheitswesens mit Gestaltungswillen, auch für die Zukunft – eine tolle Entwicklung, die ich in über 40 Jahren verfolgen konnte.



Nicht nur Kontrollfunktion

DR. RALF SCHMITZ Für den Vorsitzenden des Berufsverbandes der Chirurgen hat sich die Wahrnehmung der Ärztekammer verschoben. Lernte er anfangs mehr die Kontrollfunktion der Körperschaft kennen, schätzt er heute die standesrechtliche Vertretung und den Austausch mit den gewählten Vertretern der Kammer-Gremien.

Ihr erster Kontakt mit der Ärztekammer war ...

Dr. Ralf Schmitz: ... zu Beginn meiner Weiterbildung. Zu diesem Zeitpunkt habe ich die Institution Ärztekammer eher als Kontrollinstanz wahrgenommen, die dafür verantwortlich ist, dass den Paragrafen der Weiterbildungsordnung Genüge getan wird und ich als Chirurg die geforderten Operationszahlen erfülle.

Blieb das so?

Schmitz: Auch später als Facharzt ist die Ärztekammer immer mit dabei, wenn es gilt, ärztliche Qualifikationen aufrecht zu erhalten oder auch nach einem Behandlungsfehlervorwurf schlichtend tätig zu werden. Viele Kolleginnen und Kollegen nehmen die Ärztekammer leider ausschließlich im Rahmen dieser Kontrollfunktion wahr, sehen also nur eine Institution mit hoheitlicher Funktion, die im Zweifelsfall auch bei nicht erfüllten Qualitätskriterien sanktionierend in das eigene ärztliche Tun eingreifen kann.

Ist das alles, was die Ärztekammer für die Ärzte ausmacht?

Schmitz: Nein, das ist nur ein sehr kleiner Teilbereich aus dem Portfolio der Ärztekammer. In erster Linie ist die Ärztekammer unsere standesrechtliche Vertretung. Ihre Funktionäre sind demokratisch von uns allen gewählt und somit ist die Kammer nicht nur legitimiert, sondern wird aus der Mitte der Ärzteschaft gebildet – die Kammer ist ein Teil von uns.

Wie erleben Sie die Ärztekammer als Vorsitzender eines Berufsverbandes?

Schmitz: Als Berufspolitiker schätze ich die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein sehr. Im bundesdeutschen Vergleich werden wir um unsere Ärztekammer beneidet, weil sie die Verbände proaktiv und früh in ihre Planungen mit einbezieht. Sie hört gut zu und unter-

„Die Kammer ist ein Teil von uns“, sagt Dr. Ralf Schmitz. Als Standespolitiker schätzt er die Zusammenarbeit mit der Ärztekammer, weil diese die Verbände früh in ihre Planungen einbezieht.



stützt. Ich persönlich schätze die Offenheit und Transparenz, gerade weil ich weiß, dass es im Rest der Republik auch anders sein kann.

Wie äußert sich das?

Schmitz: Durch einen regelmäßigen

Austausch und durch persönliche Kontakte, die gegenseitiges Vertrauen bewirken. Ohne das und ohne die Kreativität aller Beteiligten wäre zum Beispiel unser bundesweit einzigartiges Modellprojekt zur chirurgischen Verbundweiterbildung in Kiel nicht möglich gewesen.

Basis für das Gesundheitswesen

VOLKER DORNQUAST Der Vorsitzende des Patientenombudvereins Schleswig-Holstein über gemeinsame Ziele.

Unmittelbar nach dem Krieg entstand in Schleswig-Holstein bundesweit die erste Landesärztekammer. Damit wurde eine wichtige Basis für das Gesundheitswesen im Land geschaffen und über Jahrzehnte entwickelt. Sie ist im Verbund mit den anderen Aktiven in diesem Bereich nicht mehr wegzudenken.

Das breite Spektrum der Aufgaben zeigt die Notwendigkeit dieser Kammer: von der Interessenvertretung der über 18.000 Ärzte im Land gegenüber der Politik, den Krankenkassen und sonstigen Verbänden über die Fort- und Weiterbildungsangebote für die Ärzte und das medizinische Assistenzpersonal in einer eigenen, sehr guten Akademie bis hin zur Entwicklung eigener Vorstellungen im Gesundheitswesen. Alles insbesondere mit dem Hauptziel, die bestmögliche Versorgungsstruktur und -qualität für die Patienten zu schaffen, zu erhalten und wo nötig zu verbessern.

Schleswig-Holstein hat als Gesundheitsland einen hohen Standard in der Versorgung. Das ist nicht selbstverständlich, sondern auch das Ergebnis der langjährigen Arbeit der Ärztekammer.

Die Förderung des Wohls der Patienten ist auch die Aufgabe unseres Ombudvereins, insbesondere, wenn es mal zu Problemen mit Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen kommt. Unser Ziel ist es, in solchen Fällen zu vermitteln, natürlich auch im Interesse der Patienten. Häufig sind es Kommunikationsprobleme, die ausgeräumt werden können. Der enge Kontakt zu den Betroffenen, aber auch zu den jeweiligen Ärzten ist dabei sehr wichtig und meistens auch erfolgreich.

Wir wünschen der Ärztekammer für die Zukunft alles Gute, insbesondere Erfolg bei der vielfältigen Arbeit für die Menschen in unserem Land Schleswig-Holstein. Danke für die gute Kooperation.

Der frühere Landtagsabgeordnete Volker Dornquast



Selbstverantwortung vor Staat

MICHAEL WESSENDORF Der Marburger Bund (MB) schätzt die Mitwirkungsmöglichkeiten in der ärztlichen Selbstverwaltung.

Ein Leben ohne Ärztekammerwahl ist zwar möglich, aber sinnlos.“ Diesen Satz sagte der jetzige Kammerpräsident Dr. Henrik Herrmann, als er als MB-Vorsitzender Schleswig-Holstein für eine rege Wahlbeteiligung zur Kammerwahl 2018 warb. Ob vor zwei, vor 75 Jahren oder heute: Die Frage, die wir Ärzte uns stellen müssen, lautet immer wieder: Warum soll sich der Staat einmischen, wenn ein Berufsstand seine Angelegenheiten selbst fachlich besser einschätzen und sachgerechter regeln kann? Selbstverantwortung steht vor staatlichem Handeln. Das ist ein Privileg, das nur wenige freie Berufe genießen können und das wir uns bewahren müssen. Die Ärztekammer erscheint uns oft nur als Verwaltung. Sie ist viel mehr – sie ist unsere Interessenvertretung. Wir erleben bewegende Zeiten: Verdichtung der Arbeit, Ökonomisierung und Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft, neue Gesundheitsberufe. Angesichts dieser Herausforderungen brauchen wir eine starke Interessenvertretung!

Für die Zukunft wünschen wir der Ärztekammer, dass sie noch sichtbarer wird mit ihrer Arbeit. Wichtig dabei ist auch, dass die Mitwirkung in der Ärztekammer niedrigschwellig gestaltet und das Wahlrecht für die Kammerwahlen vereinfacht wird. Eine der Herausforderungen wird sein, der neuen Generation von Ärztinnen und Ärzten zu vermitteln, dass sich das Engagement für die Gestaltung unseres freien Berufs lohnt. Den Marburger Bund als Ärzterverband und die Ärztekammer vereint seit Jahren, dass sie bereit sind, Verantwortung für die Berufsbelange der Ärzte zu übernehmen. Nicht ohne Stolz möchten wir sagen, dass der MB seit vielen Jahren die Kammerarbeit maßgeblich mit gestaltet und immer wieder die Ehrenämter in der Kammerversammlung, im Vorstand und in den Ausschüssen engagiert und glaubwürdig besetzt. Dabei schätzen wir die stets faire Auseinandersetzung. Für die Zukunft wünschen wir uns, den kooperativen Kurs fortsetzen zu können.

Unterschiedliche Perspektiven beachten

DR. HERME RIJNBEEK Ärztliche Körperschaften und Industrie finden im Förderkreis zu einer Gesprächsebene.

Die Ärztekammer und der Förderkreis Qualitätssicherung Schleswig-Holstein (FKQS) blicken auf eine 25-jährige Zusammenarbeit zurück. Ge-gründet wurde der FKQS am 30. Juni 1993 durch die Ärztekammer, die KV und Vertreter der Pharmaindustrie. Grund waren die Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes, das in jenem Jahr auf Initiative von Horst Seehofer verabschiedet wurde und enorme Veränderungen für alle Beteiligten im Gesundheitswesen mit sich brachte. Seit dieser Zeit ist es zu einer intensiven, regelmäßigen und offenen Zusammenarbeit zwischen allen Institutionen und Mitgliedern gekommen. Das ist

für alle Beteiligten von Vorteil, weil ein offener Austausch das Verständnis fördert, weil gesundheitspolitische Themen aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden und wir gemeinsam versuchen können, die Rahmenbedingungen im Sinne der Qualitätssicherung weiter zu entwickeln. Ohne Ärztekammer wäre das undenkbar. Für die Arzneimittelindustrie und damit für die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung sind ein offenes Ohr der Kammer für unsere Anliegen und ein konstruktiv-kritischer Austausch über strittige Themen wichtig. Ohne die Ärztekammer als Ansprechpartner eines ganzen Berufsstandes wäre das nicht



Dr. Herme Rijnberk

möglich. Nur ein Beispiel dafür, wie das über den Förderkreis gelingt, ist unser jährliches Symposium, in diesem Jahr mit Diskussion über die Möglichkeiten, die medizinische Apps auf Rezept bieten. Solche ergebnisoffenen Diskussionen sind zwar hilfreich, aber – wie unsere Erfahrungen aus anderen Bundesländern zeigen – alles andere als selbstverständlich. Die Kammer steht dafür, dass wir mit- statt übereinander reden.

FOTO: PRIVAT

ANZEIGE



DER MINI COUNTRYMAN PLUG-IN-HYBRID.

MINI COOPER S E COUNTRYMAN ALL4

100 kW (224 PS), Melting Silver metallic, MINI Yours Sportlederlenkrad, Chrome Line Interieur und Exterieur, Rückfahrkamera, Connected Navigation Plus, Ausstattungspaket Chill, Business Paket u. v. m. Kraftstoffverbrauch (l/100km): kombiniert: 1,8. Stromverbrauch (kWh/100 km): kombiniert: 15,2. CO₂-Emission: 42 g/km. Energieeffizienzklasse: A+.

Privatkunden-Leasingangebot*

Fahrzeugpreis	46.930,00 EUR	Effektiver Jahreszins	2,52 %
Einm. Sonderzahlung	2.250,00 EUR	Nettodarlehensbetrag/	
Umweltbonus**	2.677,50 EUR	Anschaffungspreis	37.883,21 EUR
Umweltprämie***	2.380,00 EUR	Gesamtbetrag	16.614,00 EUR
Laufzeit	36 Monate		
Laufleistung p. a.	10.000 km	36 mtl. Raten à	399,- EUR
Sollzinssatz p. a.****	2,49 %	inkl. MINI Smile	413,99 EUR

Zzgl. 1.060,- EUR Transportpaket Premium.

*Ein Angebot der BMW Bank GmbH, Lilienthalallee 26, 80939 München. Stand 05/2020. Wir vermitteln Leasingverträge ausschließlich an die BMW Bank GmbH, Lilienthalallee 26, 80939 München. Alle Preise inkl. MwSt., Abbildungen ähnlich, Irrtümer vorbehalten. **Die Förderung beträgt bei einem vollelektrischen Fahrzeug 6.000,00 EUR bei einem Basisfahrzeug mit einem Netto-Listenpreis von unter 40.000,00 EUR und 5.000,00 EUR bei einem Basisfahrzeug mit einem Netto-Listenpreis von über 40.000,00 EUR. Bei den Plug-in-Hybrid Modellen beträgt die Förderung 4.500,00 EUR bei einem Basisfahrzeug mit einem Netto-Listenpreis von unter 40.000,00 EUR und 3.750,00 EUR bei einem Basisfahrzeug mit einem Netto-Listenpreis von über 40.000,00 EUR. Die Förderung wird bis zu einem maximalen Netto-Listenpreis des Basisfahrzeugs von 65.000,00 EUR gewährt. Überschreitet der Netto-Listenpreis des Basisfahrzeugs diesen Betrag, gibt es keine Förderung. Die Förderung leisten Automobilhersteller und Bund jeweils zur Hälfte. Der Anteil des Herstellers wird netto ausbezahlt, der des Bundes brutto für netto. Die Höhe und Berechtigung zur Inanspruchnahme des Umweltbonus ist durch die auf der Webseite des Bundesamts für Wirtschaft und Ausführung unter www.bafa.de/umweltbonus abrufbare Förderrichtlinie geregelt. Es besteht kein Rechtsanspruch auf Gewährung des Umweltbonus. Der Umweltbonus endet mit Erschöpfung der bereitgestellten Fördermittel, spätestens am 31.12.2025. ***Die neue BMW oder MINI Umweltprämie in Höhe von 3.000,00 EUR (netto) ist bei Erwerb eines BMW oder MINI Neufahrzeugs und in Höhe von 2.000,00 EUR (netto) bei Erwerb eines BMW oder MINI Vorführgewagens (Erstzulassung über BMW Partner/Niederlassung, max. 15 Monate und 20.000 km bis zur Zweitzulassung) oder eines BMW oder MINI jungen Gebrauchten (max. 18 Monate bis zur Zweitzulassung) erhältlich. Das mit der neuen BMW oder MINI Umweltprämie erworbene Fahrzeug muss in Deutschland auf den identischen Halter zugelassen werden wie das in Zahlung zu nehmende Fahrzeug. Dieses muss seit mindestens 1. Oktober 2018 auf den Halter zugelassen sein. Alternativ zur Inzahlungnahme kann gemäß § 15 Fahrzeug-Zulassungsverordnung die Verschrottung eines den Kriterien für die Inzahlungnahme entsprechenden Fahrzeugs durch den Käufer innerhalb sechs Wochen nach Zulassung des erworbenen Fahrzeugs nachgewiesen werden. Der jeweilige BMW Partner ist der verantwortliche Ansprechpartner im Hinblick auf die Verschrottung. Ein Angebot für Privat-, Gewerbe- und Businesskunden. Gilt nur bei Inzahlungnahme eines BMW oder MINI EU 4 oder 5 Dieselfahrzeugs. ****Gebunden für die gesamte Vertragslaufzeit.



May & Olde
Der Mensch macht's!

May & Olde GmbH
Firmensitz: Stawedder 14-20 · 25469 Halstenbek · Tel.: 04101/84220
ELMSHORN · Hamburger Straße 134 · 25337 Elmshorn · Tel.: 04121/90770
QUICKBORN · Pascalstr. 6-8 · 25451 Quickborn · Tel.: 04106/76090

KALTENKIRCHEN · Süderstr. 1 · 24568 Kaltenkirchen · Tel.: 04191/703470
ITZEHOE · Papenkamp 1 · 25524 Itzehoe · Tel.: 04821/439990
HEIDE · Süderdamm 2 · 25746 Heide · Tel.: 0481/85630
RENSBURG · Büsumer Str. 150 · 24768 Rendsburg · Tel.: 04331/78210

„Kompetent und kommunikativ“

DR. MARRET BOHN ist als Ärztin Mitglied der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Als Politikerin der Grünen ist sie Mitglied im Schleswig-Holsteinischen Landtag. Was die Ärztekammer für sie bedeutet, verrät sie im Interview mit Dirk Schnack.

Warum ist eine Ärztekammer aus Sicht einer Gesundheitspolitikerin (und Ärztin) wichtig?

Dr. Marret Bohn: Die Ärztekammer ist eine der wichtigsten Ansprechpartnerinnen für die Politik bei allen Fragen rund um die medizinische Versorgung. Als Gesundheitspolitikerin und Ärztin ist mir die Ärztekammer eine wichtige Ratgeberin. Mein Anliegen in der Politik ist es, den Blickwinkel der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei ist die Ärztekammer eine große Unterstützung.

Wie erleben Sie die Ärztekammer und was wünschen Sie sich von ihr?

Bohn: Die Ärztekammer wird bei der Gesetzgebung in allen Fragen rund um die medizinische Versorgung zurate gezogen und frühzeitig beteiligt. Kompetent und kommunikativ – so erlebe ich die Ärztekammer. Ich wünsche mir von der Ärztekammer, dass sie diesen Weg auch zukünftig konsequent weiterverfolgt.

An welchen Stellen ergeben sich Berührungs- und Reibungspunkte zwischen Landtagspolitik und Kammer?

Bohn: Wenn wir in der Landespolitik Gesetze auf den Weg bringen, beziehen wir die Kammer schon frühzeitig mit ein. Ich erlebe die Zusammenarbeit mit der Kammer so, dass sie immer ein „offenes Ohr“ für meine Fragen und Anliegen hat.

Welche Herausforderungen sehen Sie auf die Ärztekammer zukommen?

Bohn: Die Demografie wird uns vor große Herausforderungen stellen. Das müssen wir auf allen politischen Ebenen immer wieder kommunizieren, verbunden mit klaren Vorschlägen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft von der Kammer?

Bohn: Mein Eindruck ist, dass die Ärztekammer ruhig mehr Forderungen an die Politik stellen könnte, z. B. wenn es um die Anzahl der Medizinstudienplätze oder innovative Ideen zur Versorgungsstruktur geht.



Dr. Stephan Apel bringt seine spezifischen Erfahrungen als Arzt und Soldat in die Arbeit der Ärztekammer ein.

Ärzte in Uniform

DR. STEPHAN APEL Ärzte der Bundeswehr sind Mitglieder der Ärztekammern. Auch für sie lohnt der Einsatz in der Landespolitik.

Was hat die Bundeswehr mit der Kammer zu tun? Warum sitzt seit mehr als 18 Jahren bei jeder Kammerversammlung in Bad Segeberg ein Soldat dabei? Ganz einfach: Ärzte in Bundeswehruniform sind selbstverständlich Mitglieder der Ärztekammern. Natürlich ist die Ärztekammer auch unsere Interessenvertretung, wenn es um ärztliche Selbstbestimmung und Qualitätssicherung geht, und somit sollte es klar sein, sich in der eigenen Berufskammer zu engagieren. Weil Bundeswehroffiziere jedoch regelmäßig versetzt werden und die Kammermitgliedschaft an den Ort der beruflichen Tätigkeit gebunden ist, wechseln wir zwangsläufig häufig die Kammerbezirke und haben dadurch nur geringe Möglichkeiten, eine ehrenamtliche Tätigkeit in der Selbstverwaltung aufzunehmen. Denn sobald wir so bekannt sind, dass wir Wahlchancen haben, werden wir schon wieder versetzt.

In Schleswig-Holstein aber haben wir, massiv unterstützt durch die beiden letzten Kammerpräsidenten, die angebotene Gelegenheit ergriffen, die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr der Kammeröffentlichkeit sichtbarer zu machen. Ich habe dieses Angebot gerne genutzt, unsere spezifischen Erfahrungen in die Kammerarbeit einfließen zu lassen und aktiv an der Ausgestaltung der ärztlichen Weiterbildung mitzuarbeiten. Dies alles geschieht wie bei den gewählten Kammervertretern neben der Tagesarbeit, aber nur so können wir den vom Gesetzgeber gewährten Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung mitgestalten – eine Chance, die nicht vielen Berufen gegeben ist und sorgsam genutzt werden sollte. Wir fühlen uns der Möglichkeit verpflichtet, unser eigenes ärztliches Handeln und die Zukunft der nachwachsenden ärztlichen Generationen aktiv zu gestalten – und dies ist jeden Einsatz wert.



Dr. Marret Bohn

Gemeinsam Meilensteine gesetzt

HEIKO NASS Als Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft erlebt der Landespastor das gemeinsame Bemühen mit der Ärztekammer um bessere Rahmenbedingungen für die Kliniken im Norden. Die gute Kooperation kennt er auch aus dem Institut für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein.

Im Gesamtgefüge eines Krankenhauses nehmen Ärztinnen und Ärzte eine tragende Rolle ein. Nicht allein die kontinuierlichen Gespräche vor Ort, sondern auch die Nähe ihrer jeweiligen Organisationen sind zwingend erforderlich. Diese hat in Schleswig-Holstein schon seit vielen Jahren die konkrete Zusammenarbeit befördert.

Zu den zentralen Aufgaben von Ärztekammern gehören u. a. die Förderung der beruflichen Fortbildung, die Förderung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Unterstützung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Hieraus ergeben sich unmittelbare Berührungspunkte zu den Krankenhausgesellschaften. In Schleswig-Holstein verbindet Ärztekammer und Krankenhausgesellschaft schon seit Ende der 1980er Jahre ein enges und konstruktives Miteinander im Bereich der externen stationären Qualitätssicherung. Gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden haben beide Institutionen damals den Grundstein für die inzwischen bundesweit flächendeckende Qualitätssicherung im Krankenhaus gelegt. Die „Gemeinsame Absprache“ aus dem Jahr 1996 intensiviert dieses Miteinander noch und sieht eine Arbeitsteilung zwischen ÄKSH und KGSH vor, die bis heute hervorragend funktioniert.

Ein weiterer Meilenstein in der Zusammenarbeit ist das von ÄKSH, KVSH und KGSH 2015 gegründete „Institut für Ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein (IÄQSH)“. Auch diese Kooperation ist in dieser Form bundesweit einmalig. In das Aufgabenportfolio des IÄQSH gehört neben Dienstleistungen im Bereich der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements auch die Unterstützung der Facharztweiterbildung. Die drei Gesellschafter begegnen damit dem zunehmenden Fachkräftemangel in der ärztlichen Versorgung, der zu den zentralen Herausforderungen der Zukunft zählt.

Trotz mitunter auch unterschiedlicher Auffassungen ist es immer wieder gelungen, Kompromisslinien zu finden. Dies zeigt sich auch im Zusammenschluss der „Schleswig-Holsteinischen Allianz für die Krankenhäuser“, in der sich ÄKSH und KGSH gemeinsam mit 22 weiteren Bündnispartnern für bessere Rahmenbedingungen in den Krankenhäusern engagieren.

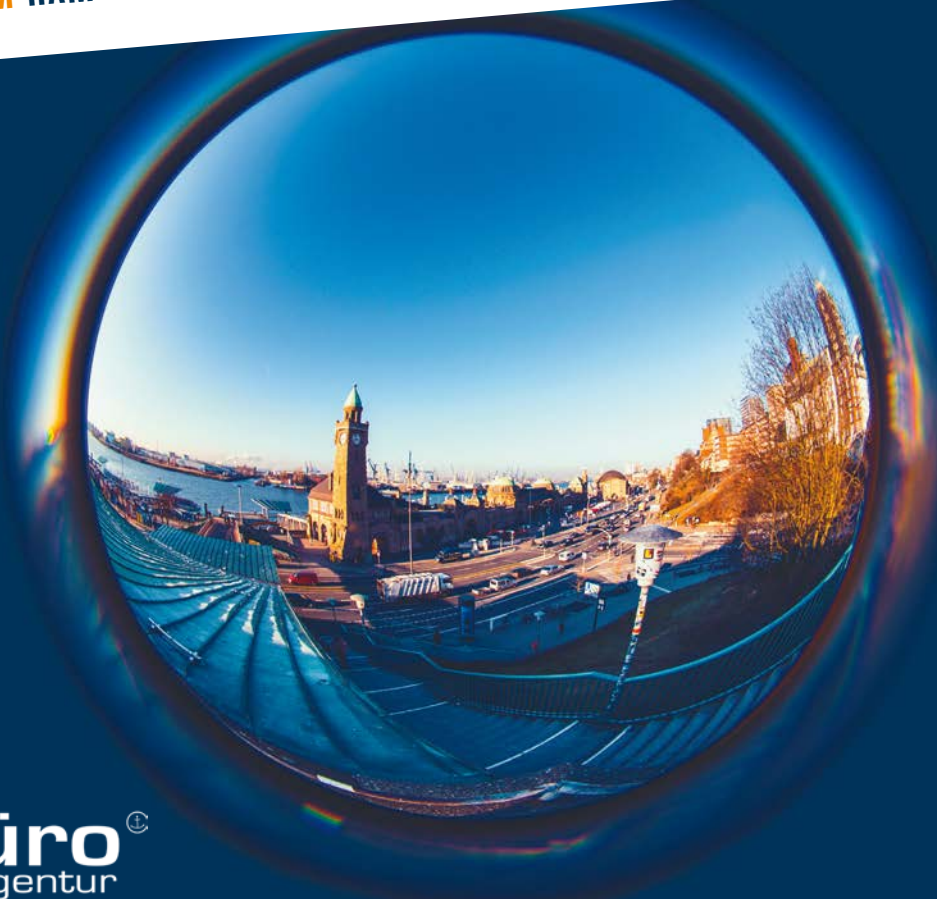
Die vielen guten und persönlichen Gespräche haben zu dieser erfolgreichen und vertrauensvollen Zusammenarbeit geführt und werden auch in Zukunft dazu beitragen, gemeinsame Herausforderungen zu meistern.

Theologe Heiko Naß ist Landespastor und Sprecher des Vorstandes des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein. Als Vorsitzender der Krankenhausgesellschaft kennt er zahlreiche Berührungspunkte in der Arbeit von Krankenhausgesellschaft und Ärztekammer.





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



Fotos: axelbueckert / photocasa.de - Fotku. / photocasa.de

elbbüro [Ⓢ]
anzeigenagentur

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

Partnerschaft mit Herausforderungen und Krisen

DORIS SCHARREL vermisst manchmal die Unterstützung des „starken Partners“ Ärztekammer, insbesondere vor dem Hintergrund einer hochfrequenten Gesetzgebung auf Bundesebene. Konstruktive Kritik und das Ansprechen von Defiziten kennzeichnen eine aus ihrer Sicht vertrauensvolle Basis zwischen dem Berufsverband und der Kammer.

Aus Sicht des Berufsverbandes der Frauenärzte erlebe ich unsere Ärztekammer als verlässlichen Partner für Berufsrecht, Qualität, Weiterbildung, Fortbildung und digitale Transformation. Dabei ist es wie in einer lang bestehenden Partnerschaft, es gibt den gut eingespielten Alltag im Bereich der Fortbildungen mit Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen, elektronischem Punktekonto und automatischem Abgleich mit der KVSH. Es gibt die Unterstützung in Berufsrecht und Berufsausübung, das Streben nach gleichbleibender Qualität ärztlicher Leistungen und deren Nachweis u. a. durch Qualitätskonferenzen des Krebsregisters.

Die Partner treffen sich auf Vorstandssitzungen mit den Berufsverbänden, bei Kammerversammlungen und verschiedenen Workshops und es besteht Interesse für die Probleme des Berufsverbandes.

Wie in jeder Partnerschaft gibt es Herausforderungen und Krisen. Die hochfrequente Gesetzgebung und Zentralisierung von Qualitätssicherung mit Entkopplung von örtlichen Strukturen führt dazu, dass sich der Partner Berufsverband instrumentalisiert fühlt und Hilfe und Unterstützung des starken Partner Ärztekammer vermisst, wie zum Beispiel bei der Qualifizierung zur fachgebundenen genetischen Beratung, ohne die die Fachgruppe Gynäkologie und weitere Fachgruppen neue diagnostische Methoden nicht durchführen dürfen, sowie bei der Musterweiterbildungsordnung, in der einzelne fachärztliche Kompetenzen verschwunden sind.

Der Berufsverband wünscht sich eine verstärkte Einflussnahme auf eine einheitliche, qualifizierte Fortbildung der medizinischen Fachangestellten in den frauenärztlichen Praxen durch die Ärztekammer. Ärztliche und medizinische Qualitäts-

Doris Scharrel hat als Vorsitzende des Berufsverbandes der Frauenärzte in Schleswig-Holstein, aber auch in zahlreichen anderen Funktionen immer wieder Berührungspunkte zur Arbeit der Ärztekammer.



ansprüche dürfen nicht durch veränderte Praxisstrukturen vergessen werden. Die Partner Ärztekammer und Berufsverband tragen und übernehmen Verantwortung. Es werden Defizite angesprochen und

konstruktive Kritik geübt. Der Berufsverband wünscht sich auch weiterhin eine vertrauensvolle Basis der Entscheidungsträger zum echten gegenseitigen Nutzen.

Fachlich versierter Meinungsbildner

TOM ACKERMANN Die AOK Nordwest erkennt Innovationskraft bei der Ärztekammer sowie die Bereitschaft, Versorgung digital zu unterstützen. Künftig wird Künstliche Intelligenz eine stärkere Rolle spielen.



Tom Ackermann

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein ist seit Jahrzehnten unverzichtbarer Player im schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen. Ob als fachlich versierter Meinungsbildner bei gesundheitspolitischen Fragen, in der Fort- und Weiterbildung der Ärzte, bei der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung des Landes oder als Vermittler bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient: Wir schätzen die Ärztekammer als zuverlässigen, kompetenten und daher unverzichtbaren Dialogpartner.

Unsere gemeinsame Gestaltung der medizinischen Versorgung der Menschen ist spür- und erlebbar und verbindet uns mit der Ärztekammer. Mit wegweisenden Projekten wie der Gründung eines „Fördervereins zur Errichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein“ oder des gemeinnützigen Vereins Ombudsmann/-frau e. V. hat

Schleswig-Holstein eine bundesweite Vorreiterrolle übernommen.

Mit ihrer Innovationskraft setzt die Ärztekammer weiterhin Maßstäbe. Als eine der ersten Ärztekammern hob sie als telemedizinische Pionierleistung das Fernbehandlungsverbot auf. In einem Flächenland ist dies gerade in ländlichen Regionen eine sinnvolle Ergänzung zur persönlichen ärztlichen Beratung. Auch neue teamorientierte Versorgungsformen wie die Praxis ohne Arzt in der Kombination mit Telemedizin werden von der Ärztekammer angedacht. Das eröffnet mit Blick auf die demografischen Herausforderungen neue Perspektiven. Unsere Nachbarn in Skandinavien zeigen, dass auch andere hochqualifizierte Gesundheitsfachberufe einen eigenständigen Beitrag zur medizinischen Grundversorgung leisten können. Diesen Weg unterstützen wir gern.

Gerade die telemedizinischen Services wie die digitale Fernuntersuchung, -diagnose und -überwachung zeigen in der Corona-Krise, wie gefragt und unverzichtbar sie sind. Auch unsere Vision ist es, neue Wege in der medizinischen Versorgung der Menschen zu gehen. Dabei wollen wir eine intelligente und qualitativ hochwertige telemedizinische Struktur im Land mit aufbauen, Künstliche Intelligenz stärker nutzen und mit innovativen, auch digitalen Projekten Versorgung aktiv mitgestalten. Dafür braucht es starke Partner und Ideengeber.



Sören Schmidt-Bodenstein leitet die TK-Landesvertretung in Schleswig-Holstein.

Die rasante Entwicklung braucht einen kritischen Dialog

SÖREN SCHMIDT-BODENSTEIN TK-Chef würdigt Gestaltungswillen der Ärztekammer.

Als die Ärztekammer Schleswig-Holstein ihre Arbeit aufnahm, stand die Ärzteschaft kurz nach Ende des Krieges vor großen Versorgungsproblemen. Sie stellte sich diesen Herausforderungen und gestaltete das Gesundheitswesen im Land mit, so wie wir es heute kennen.

Die Stärke, mit disruptiven Veränderungsprozessen konstruktiv umzugehen und die Chancen zu sehen, zeichnet die Arbeit der Kammer noch heute aus. Sie fördert den übergreifenden Dialog und nimmt eine konstruktiv-gestaltende Rolle ein. Das dient allen Beteiligten im Gesundheitssystem, denn es ist immer besser selbst zu gestalten, als dass andere es tun.

Die Kammer hat sich früh mit Herausforderungen und Chancen der digitalen Transformation befasst und Maßstäbe gesetzt. Der Impuls für die Aufhebung des Fernbehand-

lungsverbotes ging vom „echten Norden“ aus und wurde in der Berufsordnung konsequent umgesetzt. Telekonsile, E-Rezept und elektronische AU sind für viele Patienten heute Versorgungswirklichkeit.

Die Entwicklung ist rasant. Ante portas steht eine neue Arbeitsteilung zwischen Ärzten und den Möglichkeiten KI-gestützter Medizin. Wir stehen an der Schwelle, wo ein Verzicht auf digitale Unterstützung auf Grund der erreichten Qualitätsverbesserungen ethisch nicht mehr vertretbar ist. Gute Versorgung verbindet dabei die globalen Möglichkeiten der Digitalisierung mit dem Versorgungsbedarfen und Potentialen vor Ort. Und sie muss dabei immer auch eine stark dem Menschen zugewandte Komponente haben.

Patienten erwarten eine Behandlung auf der Höhe der Zeit – und Ärzte, die sich ebenfalls auf dieser Höhe bewegen.

Die Kammer wird mitreden müssen

DR. RALF VAN HEEK Der Vorsitzende der Kinder- und Jugendärzte in Schleswig-Holstein erwartet, dass die Reform des Medizinstudiums künftig im Fokus stehen wird. Aber auch die Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten gehört nach seiner Ansicht auf die Agenda, genauso wie die Themen Versorgungssicherheit und Ethik in Zeiten der Digitalisierung.

Warum ist eine Ärztekammer aus Sicht eines Berufsverbandes wichtig?

Dr. Ralf van Heek: Die Alternative zur Ärztekammer wäre ja eine gesetzliche Regelung der vielen Angelegenheiten, die jetzt die Kammer regelt. Wir wissen aber, dass diese Angelegenheiten zu komplex sind, um ohne ärztliche Fachkompetenz bearbeitet werden zu können; das sahen und sehen wir ja bei der Spahn'schen Gesetzesflut. Auch die Arbeit der Schlichtungsstellen und die Berufsgerichtsbarkeit wären bei staatlichen Gerichten sicher nicht besser aufgehoben.

Wie erleben Sie die Ärztekammer und was wünschen Sie sich von ihr?

Van Heek: Natürlich erleben wir sowohl als Individuen als auch als Interessengruppe immer wieder Frustration, wenn andere Fachgruppen uns dominieren oder wenn Verwaltungsfachkräfte nicht unsere Sprache verstehen oder sprechen. Ich habe aber den Eindruck, dass in den letzten 15 Jahren das Bemühen um gegenseitiges Verständnis und Interessenausgleich größer geworden ist und damit auch der Umgangston freundlicher.

An welchen Stellen ergeben sich Berührungspunkte zwischen Berufsverband und Kammer und wo gibt es Reibungspunkte?

Van Heek: Vor der Pandemie stand die Weiterbildung ganz im Vordergrund. Wir haben versucht, in die neue Weiterbildungsordnung unsere Fachkompetenz einzubringen, und das ist uns meines Erachtens auch nicht schlecht gelungen. Ansonsten sind wir über die Veröffentlichungen der Kammer, aber auch durch die Treffen der Berufsverbandsvorsitzenden mit dem Vorstand und durch die Mitgliedschaft eines Delegierten in unserem Landesvorstand ganz gut informiert und versuchen unseren Sachverstand einzubringen und die Interessen unserer Mitglieder und unserer Patienten zu vertreten.

Welche Herausforderungen sehen Sie auf die Ärztekammer zukommen?

Van Heek: Nachdem die neue WBO nun beschlossen ist, wird es sicher noch Probleme mit der konkreten Umsetzung geben. Dann rückt aber die Reform des Medizinstudiums in den Vordergrund, die uns in Zukunft die Patientenversorgung sichern muss. Dabei wird die Kammer mitreden müssen und unser Verband wird immer versuchen, die Aspekte der Pädiatrie einzubringen. Die MFA-Ausbildung ist auch so ein Zukunftsthema. Versorgungssicherheit in den Regionen und Sektoren, aber auch Datensicherheit und Ethik der Digitalisierung sowie die gerechte und

sinnvolle Verteilung begrenzter Ressourcen sind echte Herausforderungen. Dabei dürfen auch die GOÄ-Reform und die Verteilung der Pandemielasten nicht vergessen werden.

Warum ist eine Ärztekammer aus dem Gesundheitswesen nicht wegzudenken?

Van Heek: Ohne Kammer geht es nicht. Wir brauchen eine Institution, die nach komplizierten internen Diskursen und Entscheidungsprozessen die Ärzteschaft gegenüber Politik und Öffentlichkeit vertritt, aber auch gegenüber den nichtärztlichen Verbänden im Gesundheitswesen, und die auch in die Ärzteschaft zurückwirkt.

Dr. Ralf van Heek ist Vorsitzender des Berufsverbandes der Pädiater in Schleswig-Holstein. Für ihn steht fest: „Ohne Kammer geht es nicht.“ Eine Alternative zur ärztlichen Selbstverwaltung kann er nicht erkennen.



Nichts ist für die Ewigkeit. Ganz im Gegenteil: Unsere Leben sind einem permanenten Veränderungsprozess ausgesetzt. Lebensbereiche stehen im ständigen Austausch mit externen Einflüssen. Neue Rahmenbedingungen, Akteure und Ideen forcieren unsere Lebensbereiche stetig.

Die Trendforschung versucht zu erahnen, wie sich die Dinge in Zukunft weiterentwickeln. Ein Trend lässt sich als Kompromiss definieren und meint das, worauf sich Menschen einigen können: eine gesellschaftliche Verpflichtung, die Gruppen oder ganze Gesellschaften eingehen, um sich auf Veränderungen einzustellen.

Das gilt auch für das Gesundheitssystem. Ein Blick in die Vergangenheit zeigt den Wechsel dominanter Themen, die Einbindung neuer Akteure und das Bestreiten neuer Wege.

Corinna Mühlhausen ist Trend- und Zukunftsforscherin. Im letzten Jahr forschte sie an der Technischen Universität Lübeck. Im Fokus ihrer Forschungsbeiträge sind immer wieder Trends im Gesundheitswesen. Im Gespräch mit dem Ärzteblatt Schleswig-Holstein wirft sie einen Blick in die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens und der ärztlichen Selbstverwaltung.

Frau Mühlhausen, in Ihren Forschungsbeiträgen wagen Sie einen Blick in die Zukunft. Das klingt eingangs phantastisch. Wie funktioniert das und wie aussagekräftig sind Ergebnisse der Forschung?

Mühlhausen: Die Trendforschung versucht Dinge, die im Hier und Jetzt passieren in die Zukunft zu transferieren. Ich untersuche welche Auswirkungen von Systemveränderungen sich auf den Einzelnen ergeben. Ich nehme bei meinen Forschungsbeiträgen also eine individuumzentrierte Perspektive ein. Mich interessiert dann etwa, wie sich Veränderungen im Gesundheitswesen auf die Bedürfnisse des Patienten auswirken. Hierbei wird die Nähe der Trendforschung zur Marktforschung offensichtlich.

Welche aktuellen Trends erkennen Sie im derzeitigen Gesundheitswesen?

Mühlhausen: Trends, die wir heute erkennen, kommen nicht aus dem Nichts. Alles ist im Fluss. Schauen wir uns die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen in den vergangenen Jahrzehnten an, werden wir feststellen, dass mehrere Themen dominant waren und sich gegenseitig be-

Gesundheitswesen neu gedacht

INTERVIEW Die Trend- und Zukunftsforscherin **Corinna Mühlhausen** berichtet im Gespräch mit **Stephan Göhrmann**, wie sie das Gesundheitswesen einschätzt und welche Prognose sie der Ärztekammer gibt.



Corinna Mühlhausen

dingt haben. Zum Beispiel das wachsende Bewusstsein für gesundheitliche Themen des Patienten und die Ökonomisierung des Gesundheitswesens.

Wie passen diese beiden Themen zusammen?

Mühlhausen: In den 80er und 90er Jahren noch eine gewisse Vollkaskomentalität, in der nicht aufs Geld geachtet wurde und keine Rede von Reglementierung oder Privatisierung war, hat man irgendwann gemerkt, dass das Geld nicht mehr reichte. Kosten und Verantwortung wurden teilweise auf den Patienten verlagert und Fallpauschalen wurden eingeführt. Ab diesem Zeitpunkt ging es jedoch nur noch in eine Richtung: Gewinnmaximierung. Das ganze System wurde über die Jahre immer weiter zurecht gestutzt.

Die Rolle des Patienten hat sich im gleichen Zeitraum enorm verändert. Krankwerden wurde vom Patienten als eine Laune des Schicksals verstanden. Bei der Behandlung von Krankheiten oder anderen Leiden hatte der einzelne Nichtmediziner nicht mitzureden, war das Gesundheitswesen zu dieser Zeit noch sehr hierarchisch aufgebaut. Das Aufkommen von Wellnessbewegungen brachte dann schrittweise ein Bewusstsein für die eigene Gesundheit bei den Patienten hervor. Der Einzelne merkte, dass ihm bestimmte Behandlungen, die er sich selbst aussuchte und zahlte, für sein Wohlbefinden förderlich waren. Der Patient konnte plötzlich mitbestimmen, welche Behandlung er möchte. Das war eine neu erlangte Freiheit für den Patienten. Nach und nach entwickelten sich neue Trends, etwa die Selbstoptimierung und zuletzt die Achtsamkeit.

Wenn das System also abgebaut wird, erlangt der Einzelne mehr Entscheidungsfreiheiten. Je weniger System desto besser?

Mühlhausen: Nein, nicht zwangsläufig. Der Mensch neigt dazu zu übertreiben. Neue Freiheiten werden oft extrem ausgiebig gelebt. Erst nach einer gewissen Zeit rudert er zurück zu einer gemäßigten Form. Der Gedanke seinen Körper selbstoptimieren zu können, wenn man nur in sich investierte, führte dazu, dass Menschen immer höher, schneller, weiter wollten. Stress beim Entspannen war das Ergebnis. Auch im Gesundheitssystem führte die Gewinnmaximierung zu gewissen Auswüchsen. Klar, ein System muss sich finanzieren können, Gewinne, die nicht wieder in das Gesundheitssystem refinanziert werden, sollte es aber nicht geben. Und über die Auswir-

»Bei den grundlegenden Entwicklungen, die das Gesundheitssystem zurzeit erlebt, muss sich eine Ärztekammer als Moderator und Mediator verstehen«

CORINNA MÜHLHAUSEN

kungen auf der Individualebene von Menschen, die im Gesundheitswesen arbeiten, haben wir noch nicht gesprochen. Denn die Gewinnmaximierung hat gerade in den deutschen Kliniken starke negative Veränderungen bewirkt. Immer weniger Angestellte bei gleichzeitig zunehmenden Patientenzahlen und immer kürzeren Klinikaufenthalten. Vor einigen Monaten wurde noch darüber diskutiert, ob man deutschlandweit nicht auf mehrere Hundert Kliniken verzichten könne, um ein effizienteres Gesundheitswesen zu schaffen. Die aktuelle Coronakrise hat die zunehmende Ökonomisierung vorerst gestoppt und gibt den Akteuren so Zeit bekannte Entwicklungen neu zu verhandeln.

Wie passt die ärztliche Selbstverwaltung in dieses Gefüge?

Mühlhausen: Die Rolle der ärztlichen Selbstverwaltung ist gigantisch. Für den einzelnen Arzt ist es nicht möglich, jede einzelne Forderungen an das politische System zu äußern oder im Namen aller anderen Ärzte vertreten zu können. Bei den grundlegenden Entwicklungen, die das Ge-

sundheitssystem zurzeit erlebt, muss sich eine Ärztekammer als Moderator und Mediator verstehen. Außerdem muss sie selber heiße Eisen anfassen. Dabei muss sie den ganzheitlichen Blick auf das gesamte System behalten. Die aktuellen Veränderungen betreffen viele, wenn nicht alle Bereiche des Gesundheitssystems und ihre Akteure, Patienten, Therapeuten, Pflegekräfte. Sie alle müssen in die Betrachtung und Beurteilung des Gesundheitswesens miteingeschlossen werden. Das Thema Gesundheit kann nur ganzheitlich betrachtet werden.

Gleichzeitig darf der einzelne Arzt nicht aus dem Auge verloren werden. Eine starke Interessenvertretung ist wichtiger denn je. Die angesprochene Ökonomisierung hat sich in den vergangenen Jahren sehr stark auf die Arbeitsbedingungen der im Gesundheitswesen tätigen Menschen ausgewirkt. Eine Ärztekammer muss sich hier gegenüber der Politik stark positionieren und auf die Bedürfnisse der Mitglieder hinweisen.

Sie haben eben die Coronakrise als neuen Startpunkt für die Diskussion bekannter Probleme im Gesundheitswesen markiert. Welche Chance schreiben Sie der Krise zu?

Mühlhausen: Zukunfts- und Trendforscher versuchen den kritischen Optimismus walten zu lassen. Denn Krisen und Veränderungen bergen durchaus Chancen, die wir aufzeigen möchten. Für Zukunftsforscher wie mich, stehen nun neue Fragen im Raum: Wie wird es in den nächsten Jahren weitergehen? Wird Corona dazu führen, dass Menschen ihre Präventionsbemühungen intensivieren? Was passiert mit meinen Daten? Bin ich nach den Entwicklungen der vergangenen Wochen eher bereit meine Daten preis zu geben, weil ich gute Erfahrungen mit den digitalen Angeboten im Gesundheitswesen gemacht habe? In gewisser Weise ist Corona ein Reset-Knopf. Nicht nur wurden bestehende Entwicklungen gestoppt. Sie wurden viel eher auf Null gesetzt und müssen nun unter einer neuen Perspektive verhandelt werden. Für die ärztlichen Institutionen wie der Ärztekammer ergeben sich hieraus daher neue und alte Aufgaben zugleich. Themen wie Ökonomisierung, Datenschutz und Patientenwohl bleiben und müssen unter Corona neu betrachtet werden. Neue Akteure werden künftig dazu kommen und neue Ansprüche an das System stellen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Zur Person

Corinna Mühlhausen ist seit 20 Jahren als Trend- und Zukunftsforscherin tätig. Die studierte Kommunikationswirtin hatte nach Aufhalten an der Universität der Künste Berlin und dem Trendbüro Hamburg im vergangenen Jahr eine Gastprofessur für Trend- und Zukunftsforschung an der Technischen Hochschule Lübeck inne.

Hohe Erwartungen

JUNGE ÄRZTE Wie sehen die Medizinstudierenden und Ärzte in Weiterbildung die Ärztekammer und das Gesundheitssystem in Deutschland? Welche Erwartungen haben sie, was muss sich aus ihrer Sicht verändern? Die Antworten auf diese Fragen hat Stephan Göhrmann dokumentiert.

Marius Leye: Über die Fachschaft ist der Kontakt zur Ärztekammer sehr präsent. Man hat viele Kontaktpunkte. Jenseits der Fachschaft ist mir die Kammer allerdings nicht bewusst aufgefallen. Eine starke Kooperation zwischen der Fachschaft für Medizin und der Ärztekammer ist sinnvoll. So herrscht ein Austausch zwischen der studentischen und der berufsständischen Interessenvertretung.

Die Selbstverwaltung ist wichtig, in der Ärzteschaft geht es um sehr spezielle Themen, die in einer gewissen Eigenverantwortlichkeit am besten aufgehoben sind. Aktuelle Hygienedemos zeigen, dass es manchmal schwer ist, über bestimmte Dinge ohne Fachwissen zu entscheiden. Obwohl man hier auch auf die Verbreitung von Fehlinformationen achten muss.

Marius Leye ist im 10. Semester an der Kieler Christian-Albrechts-Universität und dort in der Fachschaft engagiert. Er hält einen Austausch zwischen Ärztekammer und Fachschaft für wichtig.

»Digitalisierung muss als Chance erkannt werden, nicht als Gefahr.«

MARIUS LEYE

Der Umgang mit Mitgliedern, die Fehlinformationen verbreiten, ist eine Gratwanderung. Nicht jedem kann oder sollte die Approbation entzogen werden. Wichtiger ist ein öffentlicher Widerspruch. Menschen müssen daran gewöhnt werden, dass es in der Wissenschaft – und dazu gehört die Medizin – nicht immer Konsens, sondern einen Diskurs gibt. Hier sollte die Gesellschaft nicht unterschätzt werden, aber eine Patentlösung habe ich auch nicht. Die Normalität dabei ist, dass Aussagen nun mal revidiert werden müssen. Also eine Kammer als Medizinkommunikatorin: Verbreiten von Fehlinformationen widersprechen und die Gesellschaft aufklären.

Denn die Verantwortung einer Ärztekammer gilt auch außerhalb ihres Wirkungskreises. Sie ist nicht nur Verwaltung. Ich verstehe sie auch als ein Sprachrohr nach außen – für Entscheidungsträger und Menschen aus der Gesamtgesellschaft. Ich denke hierbei auch an Prävention. Eine Gesundheitsmaßnahme, die in unserem Gesundheitssystem keinen ausreichenden Stellenwert hat. Prävention hilft Zusammenhänge zu verstehen und unterm Strich gesund zu bleiben. So werden die Menschen gar nicht erst zu Patienten, brauchen keine teuren Behandlungen.

Auch die Digitalisierung ist eine große, bisher nicht ausreichend genutzte Chance im Gesundheitssystem. Wir müssen wagen, uns auf Dinge einzulassen. Es ist nicht nachvollziehbar und inakzeptabel, wenn ein Multimilliarden-Euro-System in digitalen Angelegenheiten so weit hinterher ist.

Nicht jeder Patient muss für eine AU über wenige Tage wegen einer Erkältung zum Hausarzt. Die ärztliche Tätigkeit ist deutlich sinnvoller einsetzbar. Corona zeigt, was möglich ist. Es kann besser gehen. Daher muss Digitalisierung als Chance erkannt werden und nicht als Gefahr.

Eine Ärztekammer sollte Menschen mit guten Ideen zusammenbringen. Nicht nur



Ärztinnen und Ärzte, auch die Anbieter dieser Produkte sollten einbezogen werden. Denn ich habe das Gefühl, dass die Programme nicht mit Medizinern zusammen erarbeitet wurden. Manches widerspricht der Art und Weise, wie ein Arzt arbeitet.

Die Digitalisierung muss auch in der Lehre, in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Medizinern ankommen. Auch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens scheint sich in den nächsten Jahren weiter zuspitzen. Die Menschlichkeit in der Medizin droht hierdurch verloren zu gehen. Ärzte brauchen Zeit für ihre Patienten, fern von DRGs. Ich habe den Eindruck, dass die aktuelle Umsetzung des Vergütungssystems im Widerspruch mit einer guten Medizin steht. Das muss nicht so sein. Das System muss nur an bestimmten Stellschrauben verändert werden. Dazu müssen wir alle im Gesundheitssystem zusammenarbeiten. Ich habe das Gefühl, als hätten viele schon resigniert, von Ärzten bis zum Pflegepersonal.

Im Studium lernt man eher theoretisches Wissen, nicht die praktische Anwen-

dung. Wir brauchen mehr praktische Ausbildung im Studium, damit man in der Weiterbildung nicht ins kalte Wasser gestoßen wird. Ich möchte gut begleitet werden, um stetig zu wachsen. Sonst kann es sein, dass man mit dem Arztsein abschließt. Mit dem Studium sind auch andere Arbeitsbereiche möglich. Aktuell möchte ich aber die Herausforderungen des Gesundheitssystems annehmen und an einer guten Medizin als Arzt mitarbeiten.

Jakob Voran: Meinen ersten Kontakt mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein fern der Fachschaft machte ich im Studium. In den Modulen „Medizinische Psychologie und Soziologie“ sowie in der „Arbeits- und Sozialmedizin“ werden die Aufgaben der Ärztekammer kurz erklärt. Ich habe jedoch das Gefühl, dass das nicht ausreicht. Das müsste in Zukunft ausgebaut werden. Als Fachschaft haben wir viel Verantwortung für studentische Themen. Wir wollen etwas ändern und wissen, dass wir das auch können. Dabei ist die Ärztekammer ein wichtiger Ansprechpartner.



Der 23-Jährige Jakob Voran kommt aus dem Saarland und studiert seit 2014 Medizin in Kiel. Derzeit promoviert er.

ANZEIGE

INTERMED

Gemeinsam für die Ärzteschaft
in Schleswig-Holstein!
75 Jahre Ärztekammer
35 Jahre Partner für die Praxis und Klinik

- Praxis- und Sprechstundenbedarf
- Produkte für die Hygiene und Desinfektion
- Hygiene-Fortbildung und Basis-Check
- Sterilgut-Service
- POCT-Konzepte
- Praxisabfall-Entsorgung und Aktenvernichtung
- Brief- und Paketlogistik
- Probenlogistik
- Thermologistik
- Druck- und Kuvertierzentrum

www.intermed.de



1985 – 2020

Ich bin schon in Gesprächen und direktem Kontakt mit der Ärztekammer und fühle mich auch mit neuen Anliegen sehr willkommen. Die Bedeutung der Ärztekammer betrifft alle Bereiche des Arztseins: Weiterbildung, Facharzt, Standespolitik und öffentliche Wahrnehmung. Wie sehen wir uns als Stand in der Gesellschaft? Wie verteidigen wir uns gegen wirtschaftliches Interesse? Eine Interessenvertretung ist hierbei in wichtiger Faktor.

Wir müssen eine digitale Patientenversorgung möglich machen und die Versorgungsqualität steigern. Auch wenn die Dä-

»Die Ärztekammer soll ruhig zeigen, was sie kann und leistet.«

FENJA VON HORSTEN

vor allem in der Ausbildung der kommenden Generationen.

Es wird oft gesagt, dass die Ärzte früher viel mehr gearbeitet haben und alles stressiger war. Aber vielleicht ist früher ja gar kein Maßstab. Vielleicht sollten wir eher gemeinsam an der Zukunft arbeiten.

Vielleicht muss die Kammer zeigen, wer etwa bei Weiterbildungsthemen mit wem etwas bespricht und erarbeitet. Die Kammer muss transparenter werden, offensiv zeigen, wo man aktiv ist und an etwas arbeitet. Das Ärzteblatt zeigt schon viel, aber nicht alles. Ich bin hoch interessiert an der Arbeit der Kammer, auch wenn die Inhalte mich nicht immer betreffen.

Vielleicht ist bei der Weiterbildung eine Form des Mitwirkens möglich. In der Fachschaft vertreten wir die Auffassung, dass es hilfreich ist, neuen Mitgliedern schnell Verantwortung zu übertragen. Das motiviert und zeigt, dass man als Einzelner etwas bewegen kann. Wenn die Kammer möchte, dass junge Ärztinnen und Ärzte bleiben, dann muss sie dieses Wirkungsbewusstsein bei jungen Medizinerinnen schaffen. Es muss kommuniziert werden. Zwischen den Berufsgruppen, zwischen dem stationären und ambulanten Bereich und den Fachrichtungen. Vielleicht kann die Ärztekammer hierfür eine Plattform bieten. Bei allem ist mir klar, dass es nicht immer möglich ist, mit einer Stimme durch die Landesärztekammer zu sprechen.

Fenja von Horsten: Über die Ärztekammer, was sie macht und wie groß das Aufgabengebiet ist, habe ich während meines Studiums in Hamburg erst spät etwas erfahren. Ich habe keine Mediziner in der Familie, weshalb ich im familiären Umfeld keinen Kontakt zu der „Institution Kammer“ hatte. Während des Studiums machen sich die meisten eher Gedanken um ihren Abschluss als um die Kammer. Rückblickend ist das schade. Denn als Studierende kennt man sich zu wenig mit den wichtigen Dingen aus, die auf einen zukommen – etwa versicherungstechnische Angelegenheiten. Mit dem Studienabschluss fehlt einem die Zeit dafür. Ich halte es für wichtig, dass die Ärztekammer sich bereits im Studium ihrer künftigen Mitglieder präsentiert, damit die Studierenden früh einen Überblick und wichtige Tipps für die Zeit nach dem Studium bekommen.

In der ersten Zeit nach dem Abschluss irrt man von einem Amt zum nächsten. Es ist schwierig am Anfang herauszufinden, was man braucht. Man eignet sich alles Notwendige an, um den behördlichen An-

nen ein anderes Gesundheitssystem haben – in Schleswig-Holstein und Deutschland hängen wir hintendran, was die Umsetzung digitaler Möglichkeiten betrifft.

Studierende sind zu Beginn des Studiums sehr motiviert. Leider nimmt dies oft zum Ende des Studiums ab und die Empathiefähigkeit geht ein Stück weit verloren. Der Grund könnte sein, dass mit der Arbeitsbelastung der Ober- und Assistenzärzte eine negative Einstellung zum Berufsleben transportiert wird. Hier muss die Ärztekammer den Nachwuchs schützen. Sie muss Probleme früh erkennen und diesen begegnen. Denn bereits im Studium wird der Grundstein für manche Probleme gelegt, etwa beim Ärztemangel. Hier muss die Kammer vermitteln, dass sie die Studierenden halten möchte, sie wertschätzt, und verdeutlichen, welche Möglichkeiten sie

jungen Medizinerinnen eröffnet, sodass die Studierenden denken „Ich habe hier so gute Bedingungen, wieso sollte ich gehen?“

Das PJ ist der stärkste Prädiktor für die Wahl des späteren medizinischen Tätigkeitsfeldes. Wenn es hier schon scheitert, ist das schade. Weil bereits viel in die Person investiert wurde. Die Kammer nimmt hier eine Mittlerrolle ein. Sie muss den Studierenden vermitteln, dass sie wertgeschätzt werden. Den Mitgliedern, die für die Aus- und Weiterbildung verantwortlich sind, muss sie verdeutlichen, dass es sich lohnt, in eine gute Ausbildung zu investieren – wir sind schließlich die Kollegen von später. Ich bin begeistert und motiviert. Da lasse ich mich auch gerne von einer spannenden Lehre und Ausbildung mitreißen. Die Kammer muss für eine positive Grundhaltung innerhalb des Berufsstandes sorgen,



Fenja von Horsten ist seit dem 1. Januar 2020 Weiterbildungsassistentin in der Allgemeinmedizin im Westküstenklinikum (WKK) in Heide.

forderungen zu entsprechen und als Ärztin tätig werden zu können. Ich hatte dann eigentlich nur noch die Weiterbildung im Kopf. Dabei ist das Gesundheitswesen sehr unübersichtlich. Wer ist hier eigentlich für was zuständig? Ich hätte mir eine Art To-do-Liste gewünscht, ein Nachschlagewerk mit allen wichtigen Informationen mit einer Step-by-step Anleitung, in der die Berufsanfänger ihre jeweiligen Unterlagen einreichen müssen und sehen was sie zu beachten haben.

Mit dem Start in die Weiterbildung wurde ich dann erst einmal ins kalte Wasser geworfen. Über die Homepage der Ärztekammer habe ich dann auch alles über die Weiterbildung erfahren. Ich wünschte mir nur, dass ich das früher entdeckt hätte. Die Ärztekammer sollte ruhig zeigen, was sie kann und leistet. Seit Beginn meiner Weiterbildung hier am WKK musste ich erst einmal die ganzen neuen Eindrücke auf mich einwirken lassen. Das hat sich bisher auch noch nicht geändert. Standespolitik und Interessenvertretung ist enorm wich-

tig, aber am Anfang versucht man sich nur über Wasser zu halten. Zeit wird zunehmend zu einem besonderen Gut. Erst wenn die Arbeit in der Klinik zum Standard geworden ist, wird alles Weitere wichtig(er). Daher ist es gut zu wissen, dass es eine Ärztekammer gibt, die einem den Rücken freihält, wenn man selber im Alltag eingespannt ist.

Alexandra Muntean: Ich hatte bisher keinen Kontakt zur Ärztekammer. Klar, ich weiß, dass sie für die Weiterbildung und Facharztprüfungen verantwortlich und die Interessenvertretung der Ärzte in Schleswig-Holstein ist. In der Praktik hab ich mitbekommen, dass Ärzte in Weiterbildung auf den Stationen schon nach wenigen Wochen in Rücksprache mit dem zuständigen Oberarzt für eine ganze Station verantwortlich sind. Es fehlt oft eine seichte Einführung in den Klinikalltag. Gerade als Berufsanfänger wird man ins kalte Wasser geschmissen. Man wird schnell allein gelassen und hat selten Zeit dem Men-



Alexandra Muntean (24) ist für das Studium aus Berlin nach Kiel gekommen. Sie ist im 11. Semester. Ihre nächsten Schritte werden sie nach Rendsburg und Berlin führen. Nach dem Abschluss strebt sie in die Neurologie.

ANZEIGE

LADR

 Ihr Labor vor Ort

Seit 75 Jahren sind wir der verlässliche Partner in der Laboranalytik!

Ärztliche Labormedizin in dritter Generation

Vor 75 Jahren gründete Dr. Siegfried Kramer sein Labor in Geesthacht. Heute wird es in dritter Generation ärztlich und inhabergeführt im LADR Laborverbund mit deutschlandweit 15 Laborfacharztpraxen und über 170 Laborärzten und Experten des gesamten Spektrums der Laboranalytik.

Mit den LADR Laboren in Flintbek/Kiel und Geesthacht werden pro Jahr über 4,2 Mio. Patienten laborfachärztlich versorgt. Mehr als 1.300 Mitarbeiter sind heute in Schleswig-Holstein in und um die LADR beschäftigt.

www.LADR.de

1945–2020



LADR Zentrallabor Dr. Kramer & Kollegen, Geesthacht



LADR Laborzentrum Nord, Flintbek/Kiel

schen/Patienten gerecht zu werden. Man ist dann auch damit beschäftigt, das theoretische Wissen aus dem Studium praktisch anzuwenden. Ein besserer Personalschlüssel könnte die Arbeitsbedingungen und Lehre verbessern. Mir ist bei meinen Kollegen aufgefallen, dass die Ärzte in Weiterbildung gerade zum Berufsstart viele Überstunden durch nicht-ärztliche Tätigkeiten wie etwa die Dokumentation anhäufen. Zwar ist hier schon viel digital, aber man ist aus dem privaten Umfeld doch schneller gewohnt. Wir sind, denke ich, schon auf einem guten Weg, aber hier muss es Verbesserungen geben. Heute wird alles im Team gemacht. Ich bin der Meinung, dass Behandlungen heute nur unter Einbezug des Patienten funktionieren. Der Patient muss informiert sein und wissen, was mit ihm passiert. Die Gesundheit des Menschen ist nicht nur eine Inseltätigkeit der Ärzteschaft. Viele andere Gesundheitsberufe sind wichtig. Dazu muss eine Kammer über den eigenen Tellerrand schauen, andere mit in die Entscheidungsprozesse einschließen. Letztendlich funktioniert Medizin nur im Team. Ärzte sind auf der Station und in den Praxen keine Einzelgänger mehr. Heute ist alles Teamarbeit. Aufgaben und Verantwortung werden geteilt. Daher muss die Kammer auch im Kontakt mit anderen Vertretungen stehen.

Als PJler möchte ich eine präsentere Kammer in puncto Vergütung während

»Die Pflegekraft ist ein Partner auf Augenhöhe. Daher müssen wir auch auf Augenhöhe miteinander sprechen.«

CONSTANTIN JUNAK

des PJs. Das ist unter Studierenden nach wie vor ein Thema. Das PJ ist eine Vollzeittätigkeit, bei der ein Nebenjob nicht möglich ist. Viele Studierende wählen ihr PJ danach aus, wie die Lehre bei dem PJ-Ranking abgeschlossen hat und ob die Kliniken das PJ vergüten oder nicht. Viele Kliniken haben verstanden, dass Studierende auf das Geld angewiesen sind. Manche aber auch nicht. Der Zugang zu diesem langen Studium muss für alle Gesellschaftsschichten möglich sein.

Die Kammer sollte sich hier für eine einheitliche Regelung einsetzen. Nicht nur was die Vergütung angeht, auch wie die Lehre geregelt ist. Ein vergütetes PJ bringt

nichts, wenn die Lehre nicht gut ist und der Studentenunterricht einfach ausfällt, weil zu wenig Zeit oder Personal da ist.

Constantin Junak: Ich hatte nicht viel Kontakt zur Ärztekammer. Nur die zwingenden Schnittstellen. Als ich während meiner Famulatur im ambulanten Sektor tätig war, riet mir der niedergelassene Arzt, dass ich über die Kammer eine Aufwandsentschädigung beantragen könne.

Nach meiner Approbation wollte ich dann relativ schnell anfangen – Approbation am 3. Dezember, erster Arbeitstag am 1. Januar. So bin ich dann gerade in dieser Zeit vermehrt in Kontakt mit der Ärztekammer gekommen. Standardsachen zum Start ins Berufsleben, die ersten Schritte, wenn man so will. Dabei half mir der Internetauftritt, aber auch über den telefonischen Kontakt konnte mir relativ kurzfristig weitergeholfen werden. Aber seitdem habe ich nicht mehr viel mit der Kammer am Hut gehabt. Am Anfang noch wegen der Weiterbildung und den Arbeitsbedingungen. Das sind Dinge, die mich beschäftigen und wegen denen ich hier nach Schleswig-Holstein gekommen bin und weswegen ich auch hier bleiben möchte.

Die Weiterbildung ist eine gemeinsame Schnittmenge zwischen mir und der Ärztekammer. Ich würde mir wünschen, dass die Weiterbildung digitaler würde. Die neue WBO scheint da ein guter Weg zu sein. Wir müssen in der Weiterbildung weggehen von stumpfen Richtzahlen und starren Vorgaben, hin zu Handlungskompetenzen. Das gilt auch später für den Facharzt. Man möchte gut ausgebildet sein, nicht früh nur Facharzt-Kompetenzen und darüber hinaus keine Kompetenzen haben. Hier würde ich gerne ein Feedback bekommen und auch die Möglichkeit, konzeptionell partizipieren zu können. Denn die nächste Kontrolle, wie meine Weiterbildung lief, ist die Facharzt-Prüfung.

Die Ärztekammer verstehe ich als Sprachrohr der Ärzteschaft in Schleswig-Holstein. Dann muss sie auch gegenüber der Politik Stellung beziehen und klare Kante zeigen. Als Beispiel möchte ich die Privatisierung im Gesundheitswesen nennen. Meine Erfahrungen in privaten Einrichtungen haben mich eher abgeschreckt. Ich möchte später in einer Einrichtung arbeiten, in der eine Weiterbildung stattfindet, in der Leute gut ausgebildet werden. Nicht in Einrichtungen, in denen die Stationen chronisch unterbesetzt sind. Wie soll unter solchen Umständen ausgebildet werden?

Constantin Andreas Junak ist seit zwei Jahren Weiterbildungsassistent in der Anästhesie am WKK in Heide. Er versteht die Ärztekammer u. a. als Sprachrohr der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft gegenüber der Politik.



Ich bin in der Anästhesie in Weiterbildung. Hier gehört es dazu, dass man relativ schnell an die praktische Tätigkeit herangeführt wird. Wir müssen schnell Verantwortung übernehmen. Gerade in der aktuellen Situation. Aber auch nach der Krise müssen wir uns fragen, wie es weitergehen soll. In den Einrichtungen soll es nicht darum gehen, mehr Geld zu verdienen.

Eine gute Weiterbildung ist doch auch gut für die Ober- und Chefärzte. Denn eine methodisch detaillierte Umsetzung der WBO ist auch für sie erfüllend, wenn sie ihre Erfahrungen weitergeben können.

Hier stellt sich die Frage, wie sich eine Ärztekammer definiert. Ist sie nur verwaltend tätig und für die Prüfungen zuständig? Oder sollte sie sicherstellen, wie die Weiterbildung in den Einrichtungen funktioniert? Letzteres würde ich mir wünschen, wenn die Kammer dies als ihren Auftrag sieht. Als Arzt in Weiterbildung liegt mein Schwerpunkt natürlich in der Weiterbildungsordnung. Dennoch denke ich, dass die Freiberuflichkeit sowie Fortbildungsthemen in Relation zu den Arbeitgebern vertreten werden müssen. Wo sind hier die Schnittmengen?

Wenn man, wie die Ärztekammer, maßgeblich mitbestimmt, hat man den Hebel in der Hand. Die Frage ist dann aber: Möchte man ihn auch einsetzen? Das gilt vor allem beim Thema Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Als Arzt ist es nicht verständlich und kaum zu ertragen, was der Drang zur Gewinnmaximierung im Gesundheitssystem anrichtet. Hier muss sich die Ärztekammer stärker einsetzen. Gesundheit ist ein nicht-wirtschaftliches Konstrukt. Für das System ist es wertvoller, mehr Geld in die Gesundheit des Einzelnen zu investieren. Das soll nicht bedeuten, dass hier ein Blankoscheck erstellt werden soll. Das System muss jedoch unbedingt angepasst werden. Die DRGs haben zu Lücken im System geführt, die nicht vertretbar sind. In den Kliniken entscheidet die Wirtschaftlichkeit, die Ökonomie. Und das kann ich nicht tragen. Die Ständevertretung muss hier mehr Stellung beziehen und mehr Druck auf das politische System ausüben. Wir sind einer der bestbezahlten Berufsgruppen und haben eine gute Reputation in den Einrichtungen. Andere Berufsgruppen aber nicht. Sie können sich eine starke Meinung vielleicht nicht so sehr leisten. Daher brauchen wir mehr Zusammenarbeit. Die Pflegekraft ist ein Partner auf Augenhöhe. Daher müssen wir auch auf Augenhöhe miteinander sprechen. Zusammen Schulter an Schulter müssen wir Druck auf das politi-



Dr. Jakob Schwarzkopf befindet sich im ersten Weiterbildungsjahr in der Orthopädie und Unfallchirurgie an der Diako Flensburg. Der gebürtige Flensburger hat im ungarischen Pécs studiert. Er will nach der Weiterbildung in Schleswig-Holstein bleiben.

sche System ausüben. Die Ökonomisierung trifft bei mir einen Nerv und ist für mich als Arzt schwer zu ertragen. Die Ärztekammer muss den Prozess mitgestalten. Eine gute Weiterbildung sollte für den Arbeitgeber lukrativ gemacht werden. Sekundäre Anreize ansetzen, wie etwa eine Auszeichnung durch die Kammer. Ich selbst habe den Eindruck, gut weitergebildet zu werden.

Dr. Jakob Schwarzkopf: Da ich in Pécs (Ungarn) studiert habe, hatte ich erst nach der Approbation – bei der Beantragung meines Arztausweises und der Bestellung von Barcode-Etiketten – Kontakt mit der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Und das ist das Problem: Man wendet sich an die Ärztekammer, wenn man ein bürokratisches Problem hat. Somit wirkt die Ärztekammer wie ein alternder Verwaltungsapparat. Man zahlt seinen Beitrag und einmal im Monat kommt das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt. Mir fehlt das Menschliche und der persönliche Bezug. Ich fühle mich nicht mitgenommen.

Ich bin mitten in meiner Weiterbildung, langsam bin ich im Klinikalltag angekommen. Gerade am Anfang erfahren Weiterbildungsassistenten viel Neues, es wird viel Verantwortung an sie übertragen und es herrschte eine hohe Arbeitsbelastung. Die Ärztekammer kann hier eine Verbindung zwischen den Ärztinnen und Ärzten in

Weiterbildung schaffen; eine Plattform, auf der sich die WBAs austauschen und über ihre neuen Erfahrungen reden können. So können junge Ärzte mehr Weitblick bekommen und über den Tellerrand schauen.

Auch bei der Themenwahl, die die Kammer kommuniziert, muss sie den jungen Medizinerinnen näherkommen. Das kann durchaus auch in den Medien vorkommen, die die Ärztekammer bedient. Eine neue Rubrik „Für junge Ärzte“ mit extra Themen, die uns betreffen, wie Berichte aus dem Klinikalltag, Aufklärung über die Niederlassung, Informationen über medizinische Basics aus dem Arbeitsalltag, die jeder Arzt in Weiterbildung zu Beginn gebrauchen kann, oder was bei einem Wechsel zwischen stationärer und ambulanter Tätigkeit zu berücksichtigen ist, ist ein möglicher Weg, sich den jungen Ärzten zu nähern.

Die Ärztekammer muss außerdem stärker zeigen, was sie bereits leistet, was sie gegen eine zunehmende Verwirtschaftlichung der Kliniklandschaft oder bürokratischen Aufwand macht. Transparenter werden! Zeigen, dass sie sich für die Digitalisierung im Gesundheitswesen und der medizinischen Lehre einsetzt und sie beschleunigen möchte. Mit dem Ärzteblatt, den neuen Medien und dem Podcast ist die Kammer schon auf einem guten Weg, sich jungen Ärzten zu öffnen. In Zukunft muss sie das aber noch stärker tun.

Ärzte und Kammer morgen

AUSBLICK Der permanente Wandel im Gesundheitswesen wirkt sich auf die Arbeit der Ärzte, auf das Verhältnis zu den Patienten und auf die Arbeit der Selbstverwaltung aus. Wie sich die Ärztekammer darauf einstellt und wie sie sich ihr Verhältnis zu den Ärzten in Zukunft vorstellt, berichten Dr. Gisa Andresen und Prof. Henrik Herrmann in einem gemeinsamen Beitrag zum Abschluss des Jubiläumsteils.

Wir haben in dieser besonderen Ausgabe des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes über Vergangenheit und Gegenwart unserer Ärztekammer berichtet und einen Ausblick in die Zukunft gewagt. Wir haben Medizinstudierende aus Kiel und Lübeck als unsere künftigen Mitglieder nach ihren Erwartungen an ihre Ärztekammer befragt und eine Zukunftsforscherin interviewt.

Prognosen, die die Zukunft betreffen, sind von jeher schwierig. Dennoch möchten wir an dieser Stelle wenigstens Visionen entwerfen – andere nach uns werden ermessen können, ob diese eintreffen und wir richtig gelegen haben. Wir möchten uns dabei nicht an den Kernkompetenzen einer Ärztekammer – Weiterbildung, Fortbildung, Berufsordnung und Qualitätsmanagement – orientieren, sondern dies aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchten und die Gestaltung durch die ärztliche Selbstverwaltung darstellen: aus Sicht der Patienten, der Versorgung und der Fortschritte in der Medizin.

Der Veränderungsprozess in der Patienten-Arzt-Beziehung steht dabei im Vordergrund und ist vielleicht der schwierigste. Die Informationsrevolution wird schnell voranschreiten, nur ansatzweise vergleichbar mit der Erfindung von Johannes Gutenberg und der Buchpresse. Jeder Mensch, ob Wissender oder Nichtwissender, kann sich über elektronische Kommunikationsmedien zu jeder Zeit jegliche Informationen aus dem World Wide Web holen und sich damit auf seriösen Seiten auf den neues-

»Der Patient wird in die Rolle des individuellen, aktiven Beteiligten oder Mitwirkenden kommen.«

PROF. HENRIK HERRMANN

Info

Die Ärztekammer wird nach Überzeugung ihrer Vize-Präsidentin und ihres Präsidenten schneller reagieren und sich in stärkerem Maß als bislang digital mit den Mitgliedern austauschen. Es werden mehr Sitzungen per Videokonferenz abgehalten und damit effektiver und effizienter gestaltet.

ten Stand der Erkenntnis und Wissenschaft bringen. In einigen Jahren werden alle wissenschaftlichen Daten ohne Barrieren zur Verfügung stehen. Damit erlangen Patienten alle erdenklichen Informationen zu ihrer Gesundheit und zu ihrer Krankheit. Deren Qualität, die zurzeit noch teilweise belächelt wird, wird stetig zunehmen und sie werden über Apps schnell verfügbar sein. Der Patient wird nicht mehr Leidender, Erduldender sein, sondern in die Rolle des individuellen, aktiven Beteiligten oder Mitwirkenden kommen. Dies führt zu einer partizipativen Entscheidungsfindung, die nicht nur im direkten Kontakt, sondern zunehmend über den digitalen Weg erfolgen wird. Der Patient will den Arzt sehen und sprechen, ohne in die Praxis zu kommen. Es wird Aufgabe der Ärztekammer sein, diesen Weg in der Weiter- und Fortbildung zu thematisieren und für die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen zu sorgen. Das gleiche gilt in der Beziehung der Ärzte zu ihrer Kammer. Wir werden als Ärztekammer schneller reagieren, uns auf digitalem Weg austauschen, ob es sich um Anmeldeformalitäten, Weiterbildungsfragen, Befugnisansprüche oder Prüfungsanmeldungen handelt. Wir lernen derzeit viel aus der Corona-Pandemie, darunter die Erkenntnis, dass nicht jede Sitzung in direkter Präsenz stattfinden muss, sondern dass vieles auf einmal digital nicht nur möglich, sondern ressourcen- und zeitsparender ist bei mindestens gleicher Effektivität und Effizienz.

Diese Erkenntnis trifft auch auf die Versorgung zu. Hier wird in den nächsten Jah-



Dr. Gisa Andresen, Vize-Präsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein, und Präsident Prof. Henrik Herrmann erwarten für die kommenden Jahre starke Veränderungen im Gesundheitswesen – und damit für die Ärztekammer.

ren die digitale Transformation in einem jetzt vielleicht noch nicht vorstellbaren Maße Einzug in das Gesundheitswesen halten. Wir werden rein digitale Patientenakten haben, algorithmenbasierte künstliche Intelligenz wird uns in der ärztlichen Berufsausübung unterstützen und viele Daten werden direkt von den Betroffenen erhoben und weitergeleitet. Online-Sprechstunden werden täglich stattfinden und selbstverständlich zum ärztlichen Alltag gehören. Die Ärztekammer wird diese Veränderungen berufsrechtlich und qualitätsbezogen ermöglichen und begleiten. Die Versorgungsrealität wird sich wandeln, vermehrt werden sich unterschiedliche Organisationsformen etablieren, die den Lebensentwürfen der Ärztinnen und Ärzte entsprechen. Dabei werden die Sektorengrenzen nach und nach verschwinden, um regional Versorgung noch gewährleisten zu können. Kooperative horizontale Teamstrukturen werden aufgebaut, Aufgaben der Patientenversorgung auf akademisierte Gesundheitsberufe verteilt in enger Kommunikation und digitaler Abstimmung mit der ärzt-

lichen Profession. Dabei wird für die Ärztekammer wie bisher das Primat der Freiberuflichkeit, des wertorientierten Handelns und der Weisungsungebundenheit im Vordergrund stehen, gerade bei zunehmender Diversität und Vulnerabilität.

Der medizinische Fortschritt wird sich in Richtung der personalisierten Medizin mit zunehmender Dynamik weiterentwickeln, die den Einzelnen betrachtet, seine Gene, die ihm eigenen Körpersignale, seine Individualität. Dies wird auch unsere Definition des Begriffs Krankheit fundamental ändern – weg vom Symptom, hin zum Risiko des Einzelnen für eine bestimmte künftige Erkrankung und im Krankheitsfall zu einer individualisierten Therapie. Dazu brauchen Ärztinnen und Ärzte Zeit, dieses ethisch zu vertreten, zu besprechen, zu beraten und Behandlungsempfehlungen abzugeben. Es wird Aufgabe der Ärztekammern sein, diesen ethischen Rahmen abzustecken und zu prägen, gerade vor dem Hintergrund des wissenschaftlich und medizinisch Machbaren. Wissenschaft und Heilkunde, derzeit im Spagat, werden da-

»Kooperative horizontale Teamstrukturen werden aufgebaut«

DR. GISA ANDRESEN

durch wieder zusammengeführt. Dafür wird ein klares Selbstverständnis der ärztlichen Profession und Selbstverwaltung notwendig sein, welches für die Entwicklungen und Veränderungen gegenüber der Gesellschaft und Politik aktiv Verantwortung und Gestaltung übernimmt. Wenn wir diesen Weg transparent und konsequent weitergehen, dann ist die ärztliche Selbstverwaltung nicht rückwärtsgerichtet, sondern im besonderen Maße ein Zukunftsmodell und es wird auch die nächsten 75 Jahre eine starke Selbstverwaltung geben.

DR. GISA ANDRESEN

PROF. HENRIK HERRMANN

Ambulantes Monitoring schützt Patienten und Kliniken

Mit einem Monitoring der isolierten COVID-19-Patienten sollen Krankheitskomplikationen in Schleswig-Holstein frühzeitig erkannt und stationäre Behandlungen verhindert werden. Die Gesundheitsämter der Kreise und niedergelassene Ärzte tauschen die dafür erforderlichen Daten digital aus. Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) sieht im Monitoring einen „wesentlichen Baustein, weshalb Schleswig-Holstein bislang halbwegs glimpflich durch die Krise gekommen ist“. Die Beteiligten sprachen bei der Vorstellung des Modells vergangenen Monat in Kiel auch von einem „Schutzwall für Kliniken“.

Für das in Absprache zwischen KV, Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und Ministerium aufgebaute Monitoring informieren die Gesundheitsämter Ärzte über die häusliche Isolation von Patienten. Im Gegenzug erhalten sie Informationen über



die Betreuung und den weiteren Verlauf von Erkrankung und Genesung und können sich stärker auf das Nachverfolgen von Kontakten konzentrieren.

Die Hausärzte fragen zweimal täglich den Gesundheitszustand ihrer isolierten Patienten telefonisch ab und dokumentieren dies digital in einem standardisierten Protokoll. Bei einer Verschlechterung können sie entscheiden, ob eine stationäre Aufnahme erforderlich ist. Die telefonische Abfrage ist delegationsfähig und kann einer MFA übertragen werden, wenn diese in ständigem Kontakt mit dem Arzt steht. Neben der telefonischen hausärztlichen Abfrage steht den Patienten ein lungenärztlicher Hintergrunddienst für weitere Fragen zur Verfügung. Hierfür hat die KV ebenfalls niedergelassene Ärzte rekrutiert. Abgerundet wird das Paket durch einen fahrenden Hausbesuchsdienst durch hierfür geschulte Anästhesisten. (D1)

Masken und Informationen über die Niederlassung



Lisa-Marie Chidex, Medizinstudentin im sechsten Semester, am KV-Stand an der CAU. Masken und Informationen über eine Niederlassung gab es gratis. Chidex kann sich eine Tätigkeit in eigener Praxis vorstellen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) informiert den Medizinernachwuchs regelmäßig über die Möglichkeit einer Niederlassung – wie aber gelingt das in Zeiten einer Pandemie? Ende Mai gelang dies über einen Stand vor dem Forschungsneubau an der Kieler Christian-Albrechts-Universität (CAU), an dem Masken und Informatio-

nen im Paket an die Studierenden abgegeben wurden.

Dass eine Niederlassung von den Studierenden durchaus in Betracht gezogen wird, bestätigte etwa Lisa-Marie Chidex. Die Kieler Studentin im sechsten Semester will im Sommer eine Famulatur in einer Hausarztpraxis machen und kann sich vorstellen, nach der Weiterbildung in die Niederlassung zu gehen. „Das hat eine gute Balance aus Beruf und Freizeit und ich könnte Einfluss nehmen auf den Berufsalltag“, sagte Chidex.

Wie notwendig die permanente Werbung für die Niederlassung ist, zeigen aktuelle Zahlen der KV: Ein Drittel der rund 2.000 Hausärzte im Land sind älter als 60 Jahre. „Wir müssen deshalb unser Hauptaugenmerk darauf legen, in absehbarer Zeit Nachfolger für diese Kollegen zu finden“, sagt die KV-Vorstandsvorsitzende Dr. Monika Schliffke. Die KV hatte deshalb schon im Jahr 2011 die Aktion „Mehr. Arzt.Leben“ gestartet. In diesem Rahmen werden neben Infoständen u. a. auch Praxisbesuche organisiert, damit sich die Studierenden vor Ort ein Bild von der Tätigkeit machen können. Thema an den Ständen war auch das neue Modell der Teampraxen, mit dem die KV neue Praxis-Kooperationen fördern will. (D1)

Lundener Ärzte bekommen neues Gesundheitszentrum



Nikola Dacic und Olajide Bisiriyu (vorn) sind die Ärzte im Gesundheitszentrum Lunden, Mike Pahnke (hinten) ist der Manager.

Seit Gründung des Gesundheitszentrums Lunden arbeiten die dort angestellten Ärzte in einer Interimslösung. Nun beginnt der Bau des neuen Gebäudes, in dem Nikola Dacic und Olajide Bisiriyu ab dem vierten Quartal 2021 die Patienten aus Lunden und Umgebung behandeln können.

Das neue Zentrum soll eine Nutzfläche von rund 600 Quadratmetern haben und wird voraussichtlich rund 3,7 Millionen Euro kosten. Neben der Arztpraxis werden eine Zahnarztpraxis, eine Apotheke, ein Sanitätshaus und ein Pflegedienst als Mieter dort mit einziehen.

Das nach dem Büssumer Modell als kommunale Eigeneinrichtung konzipierte Modell wurde von Gemeinde und Ärztegenossenschaft Nord umgesetzt, weil sich für die

bestehenden Praxen in der Region keine Nachfolger fanden. Die Gemeinde selbst hat 1.700 und die Region rund 7.000 Einwohner. Viele von ihnen sind nur noch eingeschränkt mobil.

Bei der kommunalen Eigeneinrichtung übernimmt die Gemeinde das wirtschaftliche Risiko für den Betrieb der Arztpraxis. Gemindert wird dies durch die Mieteinnahmen der anderen Gesundheitsberufe. Im Gegenzug findet die Kommune leichter Ärzte, weil sie ihnen eine Anstellung bieten kann. Vorteil für die Patienten ist nicht nur die dauerhafte ärztliche Präsenz, sondern auch eine Vernetzung der Gesundheitsberufe unter einem Dach. Dies fördert nach Überzeugung von Experten die Zusammenarbeit und Qualität der ambulanten Versorgung. (DI)

KURZ NOTIERT

Videosprechstunde liegt im Trend

Videosprechstunden sind im Zuge der Corona-Pandemie deutlich häufiger genutzt wurden als zuvor. Nach Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) haben im März 2020, dem ersten Monat mit höheren Infektionszahlen in Deutschland, rund 19.500 Ärzte die Einrichtung von Videosprechstunden angezeigt; in den beiden Monaten zuvor waren es zusammen nur rund 1.700. Auch eine Umfrage der Apotheker- und Ärztebank bestätigte den Trend. Jeder vierte Befragte hatte angekündigt, digitale Behandlungsangebote wie die Videosprechstunde seit Beginn der Infektionswelle vermehrt einzusetzen. (PM/RED)

Telefonberatung für Pflegende

Pflegeberufe erhalten seit Ende Mai eine kostenfreie psychotherapeutische Telefonberatung. Die Unterstützung ist gedacht für Pflegefachpersonen in Kliniken, Altenpflegeheimen und in der häuslichen Versorgung. Nach Angaben der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein haben viele der rund 27.000 Mitglieder schon nach einer psychischen Beratung in der Corona-Krise gefragt. Oft sei es eine Kombination aus hoher Arbeitsbelastung, ängstlichen Patienten und Angehörigen, Angst um die eigene Gesundheit und der tägliche Umgang mit sterbenden Menschen, die die Psyche der Pflegenden belastet. Die Beratung ist ein gemeinsames Hilfsangebot des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe und der Bundespsychotherapeutenkammer. (PM/RED)

Auch Zahnarztbesuche blieben aus

Neben Arztpraxen haben auch viele Zahnarztpraxen in Schleswig-Holstein einen Patientenrückgang in der Corona-Pandemie registriert. Dr. Joachim Hüttmann, Zahnarzt aus Bad Segeberg und Vorstandsmitglied im Freien Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ), führt dies auf die über Wochen zu beobachtende Angst der Patienten vor einer Ansteckung zurück. Hüttmann befürchtet, dass diese Zurückhaltung auch Folgen für die Gesundheit der Menschen haben wird. Der FVDZ hat deshalb in einer Kampagne „Fünf gute Gründe ... Warum Sie gerade jetzt zum Zahnarzt gehen sollten“ aufgeführt und hofft, damit die Patienten zum Zahnarztbesuch zu motivieren. Weitere Informationen unter www.fvdz.de. (PM/RED)

Au revoir!

Alle sechs im Mai am Kieler UKSH behandelten französischen Covid-19-Patienten konnten in die Heimat entlassen werden. Sie waren wegen einer zwischenzeitlichen Überlastung der Kliniken im Elsass nach Kiel gebracht worden. Unter ihnen waren auch beatmete Patienten, die nicht erwartet hatten, an der Ostsee aufzuwachen. Für sie war besondere Fürsorge notwendig. Das UKSH ist überzeugt, dass einheimische Patienten von den Erfahrungen aus der Behandlung der Gäste profitieren werden. Insgesamt hatte das UKSH bis Ende Mai rund 100 an Covid-19 erkrankte Patienten behandelt. (PM/RED)

Pflege nach Bedarf statt im Minutentakt

MODELLPROJEKT Autonome Pflegeteams sollen Klienten bedarfsgerechter betreuen und Ärzte entlasten. Mediziner sind überzeugt von der Idee, die in Heide für drei Jahre erprobt wird. Pflegedienstleitung tritt stärker in den Hintergrund. Ärztekammer im Beirat.

Heute wird nicht ausführlich geduscht, heute wird geschnackt: In einem Modellprojekt, das in Heide startet, sollen Pflegekräfte autonom entscheiden, welche Hilfe ein Klient an diesem Tag gerade braucht. Darüber hinaus sollen die Kräfte eigenständig Kontakt zu Ärzten oder Therapeuten aufnehmen, um Hilfen für den Pflegebedürftigen zu organisieren. Praxen sollen dadurch entlastet werden. Sozial- und Innenministerium sind finanziell mit im Boot, im Beirat wird auch die Ärztekammer vertreten sein.

„Vorgaben von ‚oben‘ gehören der Vergangenheit an – Du entscheidest mit dem Team selbst“: So wirbt der ambulante Pflegedienst „Mook we gern“, ein Tochterbetrieb der Stiftung Mensch in Dithmarschen, zurzeit um Pflegekräfte, die in dem neuen Projekt mitarbeiten sollen. Geht es nach Uta Kleinschmidt, Geschäftsführerin der „Mook we gern gGmbH“, und Projektleiter Meiko Frischkorn, werden im Juli die ersten ambulanten Teams in Heide und Umgebung loslegen. An Kundschaft mangelt es nicht: „Wir haben schon Bewerbungen von Pflegebedürftigen, die das Modell interessant finden“, berichtet Kleinschmidt.

Die Idee der „autonomen ambulanten Pflege“ klingt ebenso simpel wie revolutionär: Statt nach einem starren Plan Hilfeleistungen im Minutentakt abzuarbeiten, tut die Fachkraft das, was gerade im Moment sinnvoll ist. „Das kann zum Beispiel bedeuten, sich Zeit für ein Gespräch zu nehmen“, sagt Frischkorn. Möglich ist das, weil die Arbeit im Rahmen des Modells nach Stunden, nicht nach festgelegten Leistun-



Uta Kleinschmidt ist Geschäftsführerin der „Mook we gern gGmbH“. Das Tochterunternehmen der Stiftung Mensch wirbt in Dithmarschen um Pflegekräfte, die an einem Modellprojekt teilnehmen.

gen bezahlt wird. Was in der Zeit, die für einen Klienten zur Verfügung steht, genau passiert, muss also nicht immer gleich aussehen. Es gilt, ein Ziel zu erreichen: „Es gibt einen Aushandlungsprozess, der am Anfang der Pflege steht“, sagt Frischkorn. „Im Mittelpunkt steht die Frage: Was möchte der Klient, wie realistisch ist dieser Wunsch? Dann geht es darum, sich auf Ziele zu einigen und die anzustreben.“ So könnten Pflegekraft und Pflegebedürftiger etwa duschen üben, bis der betagte Mensch das allein hinbekommt.

Das Projekt wird mit rund 800.000 Euro vom Land Schleswig-Holstein bezuschusst. Es gehe darum, „ein neues Versorgungsmodell zu erproben und den Pflegeberuf dadurch attraktiver zu machen“, teilt das Gesundheitsministerium mit. Neben dem Sozialressort ist auch das Innenministerium beteiligt. Insgesamt fließen Mittel aus drei Fördertöpfen, darunter aus dem Versorgungssicherungsfonds, aber auch Mittel zur ländlichen Entwicklung.

Neben Pflegekräften, die neuen Spaß am Job bekommen sollen, und Pflegebedürftigen, die sich ernst genommen fühlen, sollen auch die Ärzte von dem Modell profitieren. Als Beispiel nennt Projektleiter Frischkorn die Behandlung chronischer Schmerzen: „Was bringt die nächste medikamentöse Einstellung, wenn die Gesamtsituation des Patienten nicht einbezogen wird? Nimmt er die Medikamente überhaupt regelmäßig oder verweigert er die Hilfe? Fühlt er sich einsam und leidet darunter vielleicht mehr als unter den körperlichen Beschwerden?“ Im optimalen Fall könnte sich die Pflegekraft ein- und zwischenschalten. Denn geplant ist ein System von Bezugspflegekräften, die den Klienten und auch das soziale Umfeld kennen: „Gibt es Nachbarn, die mal einkaufen gehen oder zum Kaffee vorbeikommen könnten? Sind Angehörige da?“ Die Pflegekraft könnte – nach Absprache mit dem Pflegebedürftigen – Kontakte herstellen, auch zur Fach- oder Hausarztpraxis: „Wir stellen uns vor, dass nach Vorgesprächen mit dem Klienten die Pflegekraft dem Arzt bereits einen Vorschlag präsentieren könnte“, sagt Frisch-

korn. Damit solle der Arzt von Arbeit entlastet werden.

Dass Pflegekräfte sich direkt beim Arzt melden, sei doch gar nichts Neues, wundert sich Michael Sturm vom Hausärzterverband Schleswig-Holstein: „So arbeiten wir schon lange.“

Ja und nein, sagt Meiko Frischkorn: „Bei den Ärzten kommt nicht an, wie viel Vorlauf und Abstimmungen es intern gibt, bevor so ein Anruf rausgeht.“ Klar: In Notfällen wird schnellstens reagiert, aber wenn es um langsame Veränderungen geht, dauert es meist eine gewisse Zeit, bis die Information an die richtige Stelle gelangt. Denn wenn die Fachkraft beim Besuch in der Wohnung eines Pflegebedürftigen feststellt, dass eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist, wird diese Veränderung meist zuerst mit Kollegen, dann mit der Pflegedienstleitung besprochen, vielleicht gibt es auch noch eine Fallbesprechung – erst dann wird gegebenenfalls beschlossen, einen Arzt hinzuzuziehen. „Da können gut mal zwei Tage vergehen“, sagt Frischkorn. Im neuen Modell entfällt die Abstimmung, die Pflegekraft entscheidet eigenständig, ob ärztliche oder therapeutische Hilfe nötig ist.

„Wir gehen davon aus, dass Pflegekräfte diese neue Art zu arbeiten rein fachlich von ihrer Ausbildung her können“, sagt Meiko Frischkorn. „Aber in der Praxis werden sie anders sozialisiert, sie sind in Hierarchien und das Korsett der Abrechnungen eingebunden. Wir wollen zeigen, dass Pflegekräfte eigenständig arbeiten können, wenn man sie lässt.“

Trotz aller Eigenständigkeit: Natürlich gibt es weiterhin eine Pflegedienstleitung,

Info

Für das Modellprojekt sind Veranstaltungen in Heide geplant, in denen es konkret vorgestellt wird. Nach der Evaluation des dreijährigen Probetriebs wird entschieden, ob die autonome Pflege zur Regelleistung wird.



Projektleiter Meiko Frischkorn: „Bei den Ärzten kommt nicht an, wie viel Vorlauf und Abstimmungen es intern gibt, bevor so ein Anruf rausgeht.“

betont Geschäftsführerin Kleinschmidt. Nur die Abläufe werden anders aussehen. So könnten Besprechungen per Chat oder Bildtelefonie ohne großen Aufwand abgehalten werden.

Das Modell ist auf drei Jahre ausgerichtet, es findet eine wissenschaftliche Begleitung statt. Daneben wird ein Beirat eingerichtet, dem unter anderem die beteiligten Ministerien, die Pflegeberufe- und die Ärztekammer sowie der Ersatzkassenverband angehören sollen.

Wenn das neue Team steht, sind Veranstaltungen in Heide geplant, bei denen das Modell vorgestellt wird. Dazu werden auch die Ärzte der Region eingeladen. Vom Grundsatz ist Michael Sturm vom Hausärzterverband aber bereits überzeugt: „Pflegekräfte nach Stunden statt nach Leistungen im Minutentakt zu vergüten, ist sinnvoll und entspricht dem bewährten und leider abgeschafften Modell der Gemeindefachschwestern.“ Pflege müsse gut finanziert und die dort Tätigen müssten anständig vergütet werden.

Das Mook-we-ger-n-Team hofft, dass sein Modell in einigen Jahren Regelleistung wird. Abkupfern ist erlaubt: „Wir werden die Ergebnisse veröffentlichen, damit alle anderen Dienste sie kopieren können“, sagt Kleinschmidt.

ESTHER GEISSLINGER

„Hinter jeder Zahl steht ein Schicksal“

BÜRGERBEAUFTRAGTE Der Jahresbericht der Bürgerbeauftragten beinhaltet auch Themen aus dem Gesundheitswesen. Die Anfragen zur Krankenversicherung steigen auf ein Rekordniveau. 20 Mal bezweifelten die Kassen trotz AU-Bescheinigung, dass die Versicherten krank seien.

Der Mann aus Schleswig-Holstein war als Angestellter tätig, bis er erkrankte und arbeitsunfähig wurde. Geld von seiner Krankenkasse erhielt er aber nicht – weil er bereits Rente bezog, und Rente und Krankengeld schließen sich aus. Doch in diesem Fall, den die Bürgerbeauftragte Samiah El Samadoni in ihrem Jahresbericht vorstellte, lag der Fall anders. Denn der Mann erhielt über eine „Flexirente“ nur einen Teil seiner Altersbezüge und ging ansonsten weiter einer Arbeit nach. Hat er nun Anspruch auf Geld von der Krankenkasse oder nicht? Mit komplizierten Fällen wie diesem wandten sich auch im vergangenen Jahr Tausende von Ratsuchenden an das Büro der Bürgerbeauftragten in Kiel. Die Zahl der Eingaben stieg um rund 400 auf 3.643. Auffallend: Die stärksten Zuwächse im Vergleich zum Vorjahr gab es bei Fragen rund um die gesetzliche Krankenversicherung.

641 Ratsuchende, die sich von ihrer Krankenkasse im Stich gelassen fühlten, meldeten sich 2019 bei der Bürgerbeauftragten, ein Rekordwert: Im Vorjahr waren es noch 543. El Samadoni, die vom Landtag gewählt wird und an der Spitze eines Teams von Sozialrechtsfachleuten steht, nannte diese Entwicklung „besorgniserregend“. Anfragen von Erkrankten bildeten damit hinter dem Spitzenreiter-Thema Grundsicherung mit 831 Eingaben den zweitgrößten Block. Weitere Anfragen betrafen die Sozialhilfe, zu der 424 Petitionen gestellt wurden, die Rentenversicherung mit 296 Fällen sowie die Pflegeversicherung, die zwar mit 152 Fällen nur einen kleinen Teil ausmacht, aber ebenfalls eine starke Steige-

rung erlebte: 2018 hatten sich nur 86 Menschen wegen eines Streits mit der Pflegekasse gemeldet.

Im Bereich der Krankenversicherung geht es laut der Statistik bei 141 Eingaben um Krankengeldzahlung, „Hinter jeder Zahl steckt ein persönliches Schicksal“, betonte El Samadoni. So gab es allein 20 Betroffene, die sich „verzweifelt an die Bürgerbeauftragte wandten, weil die Krankenkasse ihnen unterstellte, wieder gesund zu sein“ – obwohl ihre behandelnden Ärzte ihnen weiter Arbeitsunfähigkeit bescheinigten. „In dieser Konstellation zahlen die Kassen dann kein weiteres Krankengeld, ein Widerspruch der Versi-

cherten hat keine aufschiebende Wirkung“, heißt es im Bericht der Beauftragten. Eine dramatische Situation für die Betroffenen, denn da sie krankgeschrieben sind und damit dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen, gibt es auch kein Arbeitslosengeld. Grundsicherung, Hartz IV, ist für viele Betroffene keine Alternative, etwa weil sie über Rücklagen verfügen oder einen Partner haben, der mehr als das erlaubte Minimum verdient. Die Crux aus Sicht der Bürgerbeauftragten: Sie kann die Betroffenen zwar im Widerspruchsverfahren gegen die Krankenkasse unterstützen und prüfen, ob im Einzelfall ein Anspruch auf Arbeitslosengeld II oder jedenfalls die Möglichkeit einer kostenfreien Familienversicherung besteht. Doch „eine zufriedenstellende Lösung gibt es nach aktueller Rechtslage nicht“, bedauert El Samadoni. Sie setzt sich für eine Ersatzleistung ein, die gezahlt wird, bis der Streit über die Arbeitsunfähigkeit entschieden ist.

Ein weiteres, wachsendes Problem sei die psychotherapeutische Versorgung: Ratsuchende wandten sich an die Bürgerbeauftragte, weil sie – aus fachlicher Sicht unstrittig – eine Therapie benötigten, aber keine kassenärztlich zugelassenen Therapeuten fanden. Die für diesen Fall eigentlich vorgesehene Kostenübernahme für eine private Psychotherapie lehnten die Kassen mit unterschiedlichen Begründungen oft ab, so der Bericht. El Samadoni appellierte einerseits, hier kulanter zu sein, andererseits beklagte sie den spürbaren Mangel an niedergelassenen Therapeuten, dem „durch politische Lösungen begegnet werden muss“.

Info

- ▶ 3.643 Petitionen erreichten das Büro der Bürgerbeauftragten im vergangenen Jahr, rund 400 mehr als 2018
- ▶ 641 Anfragen betrafen Ärger mit einer gesetzlichen Krankenkasse
- ▶ Beim größten Teil mit 141 Fällen ging es um Streit über das Krankengeld
- ▶ In 61 weiteren Fällen ging es um Probleme der Kostenübernahme für medizinische Behandlungen oder Therapien
- ▶ 36 weitere hatten die Kosten für Hilfsmittel zum Gegenstand

Neben Fragen zur Kostenübernahme ging es oft auch um Behandlungen oder Leistungen, die von ärztlicher Seite zwar empfohlen wurden, die aber die Kassen nicht anerkannten, weil sie im Heil- oder Hilfsmittelkatalog nicht abgebildet waren. Daneben gab es immer wieder Einzelfragen wie im Fall des Mannes, der neben der Flexirente weiter arbeitete. Der Einzelfall ließ sich einvernehmlich lösen, berichtete El Samadoni, aber er zeige eine rechtliche Lücke.

Grundsätzlich forderte die Bürgerbeauftragte mehr Transparenz von den Krankenkassen: „Bei der Wahl oder den Wechsel der Kasse ist vielen Menschen weniger wichtig, ob sie einige Zusatzleistungen erhalten“, so die Beauftragte. „Viel wichtiger ist den meisten, ob sie sich auf ihre Versicherung verlassen können,

wenn es darauf ankommt.“ Dazu schlug sie vor, aussagekräftige Statistiken zu veröffentlichen, die unter anderem zeigen, wie oft die Versicherungen Ansprüche ablehnen.

Die steigende Zahl von Anfragen wertete El Samadoni auch als ein positives Zeichen. Ihre Arbeit sei bekannter, verschiedene Institutionen und Beratungsstellen würden Ratsuchende an das Büro der Beauftragten verweisen. Gleichzeitig sah sie aber auch mehr Unterstützungsbedarf angesichts der „Komplexität des Gesundheitssystems und der zahlreichen Gesetzesänderungen“ in diesem Bereich.

El Samadoni, die auch Polizeibeauftragte ist, geriet im Mai selbst in den Fokus, nachdem sie im Zuge eines Ermittlungsverfahrens eine Dienstaufsichtsbeschwer-

de erhielt; es geht um den Umgang mit vertraulichen Informationen. Bei der Vorstellung ihres Jahresberichts erhielten die Bürgerbeauftragte und ihr Team aber uneingeschränktes Lob der Landtagsfraktionen aus dem Regierungslager und der Opposition: „Samiah El Samadoni ist eine Galionsfigur für all diejenigen, die Hilfe in sozialen Belangen suchen“, sagte Grünen-Sozialpolitikerin Dr. Marret Bohn der Nachrichtenagentur dpa. Werner Kalinka von der CDU versprach: „Wir werden gern – wie schon in der Vergangenheit – Anregungen für die politische Arbeit aufnehmen.“ Die SPD-Politikerin Birte Pauls sagte, der Bericht beweise, dass viele Menschen mit der Komplexität des deutschen Sozialsystems sowie der Kommunikation von Behörden überfordert seien. ESTHER GEISSLINGER

ANZEIGE

Die Software für Ärzte.
MEDICAL OFFICE 



Vielfalt zum Abheben!

go2mo.de/sh

Kennen Sie schon MEDICAL OFFICE?


Professional
 für alle Fachrichtungen | ab 1 Arbeitsplatz

Die Basis für den modularen Aufbau.

Sie möchten Ihre Standorte vernetzen?


Exchange
 Datenabgleich überall | ausfallsicher

Bleiben Sie immer betriebsbereit.



INDAMED GmbH | Gadebuscher Str. 126 | 19057 Schwerin | E-Mail: info@indamed.de

Evidenz der kardiologischen Reha

REHABILITATION Erstmals wurde dieses Jahr eine S3-Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation im deutschsprachigen Raum veröffentlicht, mit allen Stärken und Grenzen dieser Therapie. Die Federführung lag in Schleswig-Holstein.

Anfang dieses Jahres wurde erstmals eine Leitlinie (LL) zur kardiologischen Rehabilitation (KardReha) auf dem S3 Niveau publiziert. Neben der federführenden Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- Kreislauferkrankungen (DGPR) waren sechs weitere Fachgesellschaften aus Deutschland (DGK, DGTHG, DGSP, DKPM, DGRW, BNK) sowie die Arbeitsgruppe Prävention, Rehabilitation und Sportkardiologie der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) und der Swiss Working Group for Cardiovascular Prevention, Rehabilitation and Sports Cardiology (SCPRS) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK) beteiligt. Wegen der sozialmedizinischen Fragestellungen wurde auch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) beteiligt. Zudem waren über die Deutsche Herzstiftung vier Patientenvertreter eingebunden, damit die Aspekte der partizipativen Entscheidungsfindung („patient's preference“) berücksichtigt werden konnten. Der mehrstufige interne und externe Review-Prozess wurde methodisch von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) begutachtet. Die Leitlinie ist unter dem folgenden Link frei einsehbar: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/133-001.html>

Die Leitlinie wurde federführend von Prof. Bernhard Schwaab aus Timmendorfer Strand und Prof. Bernhard Rauch aus Ludwigshafen erstellt. Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung wurden zu vier Hauptthemen systematische Reviews mit Meta-Analysen durchgeführt. Dies betrifft die Rehabilitation nach akutem Koronarsyndrom, nach koronarer Bypass-Operation sowie bei Patienten mit systolischer Herzinsuffizienz. Darüber hinaus wurde die aktuelle

Evidenz zur Wirkung psychologischer Interventionen im Rahmen der kardiologischen Rehabilitation systematisch ermittelt. Die Ergebnisse dieser Meta-Analysen sind im „European Journal of Preventive Cardiology“ publiziert und über die Seite der DGPR (www.dgpr.de) frei einsehbar.

Inhaltlich befasst sich die Leitlinie jedoch mit dem gesamten Spektrum der kardiologischen Rehabilitation, ausgehend von den Zielen und den Indikationen bis hin zu den therapeutischen Schwerpunkten. In besonderem Maße wird auf die individuelle Betreuung der Patienten unter Berücksichtigung des jeweiligen Krankheitsbildes, wichtiger Komorbiditäten und der psychosozialen Situation Wert gelegt. Auch seltener Indikationen zur KardReha wie „EMAH“, „VAD“, „Myokarditis“, „PAVK“, „Lungenembolie“ und „pulmonale Hypertonie“ werden evaluiert.

„Das gab es bisher in dieser Form und in deutscher Sprache noch nie. Auf knapp 400 Textseiten und mit mehr als 1.200 Literaturstellen haben wir die aktuelle Evidenz zur Rehabilitation kardiovaskulärer Erkrankungen zusammengetragen“, sagte der Präsident der DGPR, Prof. Schwaab. Der Chefarzt der Curschmann Klinik in Timmendorfer Strand strebt eine breite schriftliche Publikation der Leitlinie an, die möglichst viele Ärzte mit Berührung zur kardiologischen Rehabilitation erreicht. Wichtig ist dies nach seiner Überzeugung auch deshalb, weil nur rund die Hälfte der Patienten trotz eindeutiger Reha-Indikation tatsächlich in die Reha gelangt. „Das liegt daran, dass Intervention, Implantation und Operation leider immer noch sehr im Vordergrund stehen und die positiven Wirkungen der kardiologischen Rehabilitation sowohl bei Patienten als auch bei Kollegen noch zu wenig bekannt sind“, sagt Schwaab. Für Patienten mit KHK, chronischer Herz-

insuffizienz, Klappenvitien und/oder psychologischer Komorbidität besteht nach seinen Angaben jeweils eine starke Empfehlung zur Durchführung einer kardiologischen Rehabilitation, da die Prognose und/oder die Lebensqualität verbessert werden. Bei Patienten nach akutem Koronarsyndrom und nach Bypass-OP senkt die Teilnahme an einer kardiologischen Rehabilitation die Gesamtmortalität hochsignifikant. Bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer systolischer Herzinsuffizienz (HFrEF) werden körperliche Belastbarkeit und Lebensqualität signifikant verbessert. Nach ersten Studienergebnissen senkt eine kardiologische Rehabilitation auch bei Patienten nach Klappenkorrektur, insbesondere nach TAVI, die Mortalität.

Die im Rahmen dieser Leitlinie zusammengetragene Evidenz illustriert die Stärken, aber auch die Grenzen der aktuell praktizierten kardiologischen Rehabilitation. So ist inzwischen gut belegt, dass die Intensität der therapeutischen Maßnahmen wie das körperliche Training und die Reduktion der kardiovaskulären Risikofaktoren ein Minimum überschreiten müssen, um insbesondere die Prognose der betroffenen Patienten zu verbessern. Entwicklungsbedarf besteht bei den Rehabilitationswissenschaften. Hier fehlt es insbesondere an weltweit akzeptierten Standards zur Durchführung kontrollierter Reha-Studien. Auch sind viele spezifische Patientengruppen oder spezielle Themen wie die soziale und berufliche Wiedereingliederung der Patienten oder die Kosteneffektivität der Rehabilitation wenig untersucht. Die länderübergreifende Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation soll somit nicht nur eine Hilfe und Orientierung im Rehabilitationsalltag sein, sondern auch dazu beitragen, die KardReha zum Nutzen der Patienten weiterzuentwickeln. (PM/RED)



Ein Schritt in Richtung Präzisionsmedizin

PRIMÄRE IMMUNDEFEKTE Auf Basis neuer Forschungsergebnisse aus Kiel könnte es gelingen, Genvariationen und -muster zu erkennen und PID-Erkrankungen zu diagnostizieren.

Primäre Immundefekte (Primary Immunodeficiencies, kurz: PID) sind eine Gruppe seltener Immunschwächen, die auf einer Fehlsteuerung des Immunsystems beruhen. Bei den Betroffenen kann es zu wiederkehrenden und oft lebensbedrohlichen Infektionen kommen. Zudem ist ihr Risiko für Autoimmunreaktionen, bei denen sich das Abwehrsystem gegen den eigenen Körper richtet, sowie für Krebs erhöht. PID zählen zu den seltenen Erkrankungen: Schätzungsweise eine Person von 10.000 erkrankt. Sie können sich individuell in Ausprägung und Verlauf unterscheiden. Das macht es schwer, die primären Immundefekte zu diagnostizieren. Man geht derzeit davon aus, dass den meisten PIDs ein genetischer Defekt zugrunde liegt. Die genetischen Veränderungen werden zum Teil vererbt, zum Teil spontan erworben. Oft ist es schwierig, den Immundefekt einer einzigen Genveränderung zuzuordnen, da so eine Genveränderung nicht bei allen Menschen zum Ausbruch der Krankheit führt. Ein Forschungsteam unter Beteiligung von Forschenden des Instituts für klinische Molekularbiologie (IKMB) der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) hat eine umfassende Genomanalyse von PID-Erkrankten vorgelegt, die neue Erkenntnisse

über mit PID zusammenhängende genetische Veränderungen liefert.

In der Arbeit konnten die Forschenden durch detaillierte Analyse kompletter Genome von Erkrankten eine Vielzahl seltener Genveränderungen aus vorangegangenen Studien an PID bestätigen und weitere Gene identifizieren, die bei Erkrankten im Vergleich zu Gesunden verändert sind. Des Weiteren wurden Veränderungen des Erbguts in sogenannten genregulatorischen Bereichen identifiziert, die zur Krankheitsentstehung beitragen. Diese Bereiche kodieren nicht wie die eigentlichen Gene für Proteine, sondern regulieren die Übersetzung der Gene in Proteine. Der beobachtete Einfluss von Veränderungen in den genregulatorischen Bereichen liefert eine Erklärung dafür, warum die Krankheit nicht bei allen Menschen ausbricht, die bekannte, eigentlich krankheitsverursachende Genveränderungen aufweisen. Die neu identifizierten genetischen Muster von Genveränderungen, die PID verursachen, sind die Grundlage für eine bessere genetische Diagnose von PID in Zukunft.

„Je genauer wir die genetischen Ursachen dieser Erkrankung kennen, desto besser und gezielter können PID-Erkrankte zukünftig diagnostiziert und behandelt werden“, sagt Ko-Autor Prof. David Elling-

haus, Wissenschaftler am IKMB und Mitglied des Exzellenzclusters „Precision Medicine in Chronic Inflammation“ (PMI).

Anhand von Analysen des kompletten Genoms einzelner Erkrankter und ihrer direkten Verwandten haben die Forschenden untersucht, wie sich häufig vorkommende zusammen mit seltenen Genvarianten auf das Immunsystem auswirken und gegenseitig beeinflussen. So haben sie beispielsweise das Genom eines Patienten analysiert, dessen Mutter eine seltene Genvariante trug, aber nicht an PID litt, stattdessen jedoch eine Autoimmunerkrankung hatte. Zusätzlich zu der seltenen Genvariante der Mutter hatte der PID-Patient vom Vater eine häufige Genvariante geerbt, die bisher mit rheumatoider Arthritis in Verbindung gebracht worden war. Der Bruder des untersuchten PID-Erkrankten hat dagegen nur diese häufige Genvariante vom Vater geerbt und zeigt keine PID-Symptome. Das gemeinsame Auftreten einer häufigen und einer seltenen Risikovariante hat vermutlich zu der ausgeprägten Immunschwäche geführt. Dieses Beispiel verdeutlicht, warum Ausprägung und Symptome der Erkrankung von Mensch zu Mensch so unterschiedlich ausfallen und auch familiär unterschiedlich ausfallen können. (PM/RED)

Ein Übersichtsartikel in der Wissenschaftszeitschrift „Science“ vom 17.4.2020 stellt dar, dass das Virus im menschlichen Organismus „vom Kopf bis zu den Zehen“ erhebliche Schäden und Zerstörungen anrichten kann.

In der Einleitung zu diesem Artikel heißt es (deutsche Übersetzung; Autor):

„Ärzte und Wissenschaftler, die praktische Erfahrungen im Umgang mit Covid-19-Patienten gemacht haben, fangen an zu verstehen, wie das Virus die Zellen im ganzen Körper angreift, insbesondere bei denjenigen etwa 5%, die schwer erkrankt sind.“

Trotz mehr als 1.000 wissenschaftlichen Artikeln, die inzwischen jede Woche in Zeitschriften oder auf Preprint-Servern weltweit veröffentlicht werden, sind wir von einem klaren Bild über das Wirken des Corona-Virus weit entfernt, da sich der neue Erreger verhält wie keiner vorher.

Da Covid-19 wahrscheinlich erst seit einigen Monaten existiert und deshalb noch keine großen prospektiven und kontrollierten Studien vorliegen, können die Wissenschaftler ihre Informationen nur aus kleinen Studien und Fallberichten beziehen.

Nase und Mund sind die häufigsten Eintrittspforten

Wenn eine infizierte Person mit Virus beladene Tröpfchen in Form eines Aerosols in die Umgebung abgibt, zum Beispiel beim Husten, Niesen oder ganz einfach beim Atmen oder Sprechen, und diese von einer zweiten Person inhaliert werden, kann das neue Corona-Virus auf deren Schleimhäute von Nase und Rachen gelangen. In der Nasenschleimhaut trifft es dann auf Zellen, die an ihrer Oberfläche über sogenannte Angiotensin-Converting-Enzyme-2-(ACE2)-Rezeptoren verfügen. Solche Rezeptoren sind auf den Zellmembranen in vielen Organen unseres Körpers vorhanden.

Normalerweise helfen die ACE2-Rezeptoren dabei, den Blutdruck zu regulieren. Jetzt markieren sie die Gewebe, in denen sich die Infektion ausbreiten kann, da das Virus sie zum Eindringen in die Zellen benötigt. Nach dem Eindringen bemächtigt sich das Virus des Zellstoffwechsels und vermehrt sich millionenfach.

Insbesondere in der ersten Woche, wenn das geschehen ist, scheidet eine infizierte Person große Mengen an Viren aus. Bis zu diesem Zeitpunkt können bei vielen Infizierten Krankheitssymptome fehlen. Oder das neue Opfer des Virus kann Fieber, einen trockenen Husten, Halsschmerzen, eine Beeinträchtigung von Geruch und Geschmack oder Kopf- und Gliederschmerzen

Grob und vorläufig

SARS-COV-2 Wie schädigt das Virus den Organismus und wann führt es zum Tod? Eine Übersicht über die noch groben Erkenntnisse und den vorläufigen Stand der internationalen Diskussion in der Medizin bis Mitte Mai von Prof. Klaus-Dieter Kolenda.

entwickeln. Zu Beginn der Infektion ist das Immunsystem in vielen Fällen nicht in der Lage, die Ausbreitung des Virus aufzuhalten. Es kann dann die Atemwege herunterwandern und die Lungen angreifen, was tödlich enden kann.

Die Lungen sind der erste Hauptkampfplatz

In den Lungen enden die immer kleineren Verästelungen des Bronchialbaums in winzigen Säckchen, den Alveolen, in denen der Gasaustausch stattfindet. Diese sind mit einer einlagigen Zellschicht, den Alveolar-Epithelien, ausgekleidet, die an ihrer Oberfläche ebenfalls viele ACE2-Rezeptoren aufweisen.

Normalerweise gelangt der Luft-Sauerstoff von den Alveolen in die Kapillaren. Das sind kleinste Blutgefäße, die die Alveolen umgeben. Von dort wird der Sauerstoff mit dem Blutfluss im ganzen Körper verteilt. Da aber das Immunsystem das angreifende Virus in den Alveolen bekämpft, kann diese Schlacht zu einer Unterbrechung der ungestörten Sauerstoffaufnahme führen.

Auf dem Schlachtfeld treten weiße Blutzellen auf, die entzündungsfördernde Chemokine freisetzen, die weitere Immunzellen anlocken. Diese können die mit dem Virus infizierten Zellen abtöten und hinterlassen damit einhergehend im Lungengewebe ein Gemenge von Flüssigkeit und toten Zellen, den Eiter. So entwickelt sich dann eine atypische (virusbedingte) Lungenentzündung, die mit entsprechenden Symptomen wie Husten, Fieber und einer beschleunigten, flachen Atmung einhergeht. Einige Covid-19-Patienten erholen sich davon wieder unter der alleinigen Gabe von Sauerstoff über eine Nasensonde.

Aber bei anderen kommt es, oft sehr plötzlich, zu einer deutlichen Verschlechterung der Atemsituation. Diese Patienten können dann ein ARDS, ein sogenanntes

Akutes respiratorisches Distress-Syndrom mit typischen MRT-Bildern ihrer Lungen entwickeln. Diese zeigen dann charakteristische weißliche Aufhellungen in beiden Lungen, wo normalerweise eine dunkle Zeichnung das Vorhandensein von Luft anzeigt.

Die meisten dieser Patienten enden an Beatmungsgeräten und nicht wenige sterben trotzdem. Bei der Sektion zeigt sich dann, dass die Alveolen dieser Patienten ausgefüllt sind mit einer Flüssigkeit, bestehend aus weißen Blutzellen, Schleim und zerstörtem Lungengewebe.

Obwohl die Lungen das erste und wichtigste Organ sind, in dem die Zerstörung durch das Virus beginnt, können viele weitere Organe betroffen sein. Das gilt vor allem für das Herz und die Blutgefäße, die Nieren, das Gehirn und den Darm.

Kommt es zu einem bedrohlichen Cytokin-Sturm?

Einige Kliniker vermuten, dass die treibende Kraft der Schädigung bei vielen schwer kranken Patienten in einer Hyperreaktivität des Immunsystems besteht, die unter der Bezeichnung Cytokin-Sturm schon lange bekannt ist und bei vielen anderen schweren Infektionen auftreten kann.

Cytokine sind chemische Signal-Moleküle, die normalerweise eine gesunde Immunantwort begleiten. Bei einem Cytokin-Sturm steigen jedoch die Serumspiegel von bestimmten Cytokinen weit über das notwendige Maß hinaus an und die Immunzellen beginnen, das gesunde Gewebe anzugreifen. Dadurch werden die Blutgefäße durchlässig, der Blutdruck fällt ab, Blutgerinnsel bilden sich in den Gefäßen und ein katastrophales Versagen vieler Organe, ein Multiorganversagen, kann die Folge sein.

In einigen Studien haben die Forscher erhöhte Serumspiegel von diesen eine

übermäßige entzündliche Reaktion hervorruhenden Cytokinen bei hospitalisierten Covid-19-Patienten gemessen.

Aber nicht alle Wissenschaftler unterstützen diese These. Einer davon ist Joseph Levitt, ein Lungenfacharzt, der auf der Intensivstation der Medizinischen Hochschule der Stanford Universität in Kalifornien tätig ist. Levitt schreibt: „Zu schnell wird ein Zusammenhang zwischen Covid-19 und einem hyperinflammatorischen Zustand vermutet. Dafür habe ich bisher keine wirklich überzeugenden Daten gesehen“.

Er befürchtet auch, dass Bemühungen, die Cytokin-Antwort medikamentös zu dämpfen, negative Folgen haben könnten. Einige derartige Arzneimittel würden bei Covid-19-Patienten getestet. Levitt nimmt an, dass diese Arzneimittel die notwendige Immunantwort des Körpers auf das Virus beeinträchtigen könnten, und es bestehe das Risiko, dass wir die Vermehrung des Virus erlauben, wenn wir die natürliche immunologische Reaktion des Körpers unterdrücken.

Herz und Kreislauf sind weitere Hauptkampfplätze

Wie das Virus das Herz und die Blutgefäße schädigen kann, ist immer noch nicht geklärt, aber das Phänomen wird in Dutzenden von wissenschaftlichen Artikeln beschrieben. Eine aktuelle Arbeit aus dem JAMA Cardiology dokumentiert Herzschädigungen bei nahezu 20% von 416 hospitalisierten Patienten in Wuhan/China. In einer weiteren Studie aus Wuhan wiesen 44% von 36 Patienten einer Intensivstation Herzrhythmusstörungen auf.

Die Schädigung durch das Corona-Virus kann den Herzmuskel betreffen. Es gibt Patienten, die unter der Diagnose eines Herzinfarktes ins Krankenhaus eingewiesen werden. Sie weisen typische Beschwerden, eindeutige Zeichen im Elektrokardiogramm und erhöhte Serummarker auf. Die echokardiographische Untersuchung kann bei ihnen ein stark vergrößertes linkes Herz ergeben. Bei der anschließenden Koronarangiographie findet man jedoch keine Engungen oder Verschlüsse der Herzkranzgefäße. Der PCR-Test auf das Corona-Virus fällt bei diesen Patienten jedoch positiv aus.

Die Schädigung durch das Virus scheint das Blut selbst zu betreffen. In einer Arbeit, die kürzlich in der Zeitschrift Thrombosis Research veröffentlicht wurde, hatten 184 Patienten mit Covid-19 einer Intensivstation in den Niederlanden eine abnorme Blut-

»Die Forscher stehen vor der schwierigen Aufgabe, schlauer sein zu müssen als das listige Virus«

PROF. KLAUS-DIETER KOLENDÄ

Info

Schleswig-Holstein stellt den Kreisen fünf Millionen Euro für zusätzliches Personal in ihren Gesundheitsämtern zur Verfügung. Bis zu 100 befristete Stellen sollen mit Hilfe dieser Mittel geschaffen werden, damit Kontaktpersonen von Covid-19-Patienten besser nachverfolgt werden können. In den vergangenen Wochen hatten Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) mehrfach betont, dass derzeit fast ihr komplettes Personal nur für diese Aufgabe eingesetzt werden muss und die weiteren Aufgaben der landesweit 15 Kreisgesundheitsämter darunter leiden. Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg hatte sich deshalb mit Verweis auf diese Aufgabe für mehr Geld für die Gesundheitsämter eingesetzt. »Je konsequenter und besser die Nachverfolgung von Kontaktpersonen zu Covid-19-Patienten gelingt, desto eher schaffen wir eine wirksame Eindämmung der Epidemie. Die Mitarbeitenden in den Gesundheitsämtern nehmen dabei seit Wochen eine Schlüsselrolle ein«, sagte Garg. Bei der Rekrutierung der zusätzlichen Kräfte soll die Bundesagentur für Arbeit helfen. Die Maßnahme wird im Rahmen der Epidemie-Bekämpfung auf zwölf Monate befristet.

gerinnung und bei fast einem Drittel fanden sich Blutgerinnsel in den Gefäßen.

Die Gerinnsel können sich verkleinern, in die Lungen verschleppt werden und dort wichtige Arterien blockieren – eine Lungenembolie. Blutgerinnsel in den Arterien können ebenfalls in das Gehirn gelangen und einen Schlaganfall hervorrufen.

Viele Patienten haben dramatisch erhöhte D-Dimere, das ist ein spezifischer Marker für Thrombosen und Lungenembolien, stellt Behnood Bikkali, ein Kardiologe im Medical Center der Columbia Universität fest. Er sagt: „Je mehr wir darauf schauen, desto wahrscheinlicher wird die Einschätzung, dass die Bildung von Blutgerinnseln ein wichtiger Aspekt ist, der für die Schwere der Krankheit und die Sterblichkeit an Covid-19 entscheidend ist.“

In einem Zeitungsartikel vom 20.4.2020 im Tagesspiegel wird über einen Schweizer Forscher berichtet, der aufgrund seiner Untersuchungen zu dem Ergebnis kommt, dass viele Covid-19-Patienten an Lungenembolien sterben. Er schlägt vor, dass dagegen gängige Blutverdünner helfen könnten.

Die Virusinfektion kann außerdem zu einer Blutgefäßkontraktion führen. Berichte über das Auftreten von dadurch bedingten Ischämien im Bereich der Finger und der Zehen sind erschienen. Die Folge kann eine schmerzhafte Schwellung der Finger mit einem Absterben von Gewebe sein.

Eine durch die Virusinfektion bedingte mögliche Kontraktion von pulmonal-arteriellen Blutgefäßen in den Lungen könnte auch erklären, wie ein bisher ungeklärtes Phänomen bei Covid-19-Patienten auf Intensivstationen verursacht wird: Einige Patienten weisen extrem niedrige Sauerstoffwerte im Blut auf und haben trotzdem keine ausgeprägte Atemnot.

Man vermutet, dass in einigen Stadien der Krankheit das Virus das empfindliche Gleichgewicht der Hormone, die den Blutdruck regulieren, verändern kann und dass die zur Lunge führenden arteriellen Blutgefäße sich deshalb kontrahieren. So könne dann die Sauerstoffaufnahme in der Lunge eher durch kontrahierende Blutgefäße behindert werden als durch verstopfte Alveolen. Das könne ein Grund dafür sein, dass bei einigen Patienten so niedrige Sauerstoffwerte gemessen werden.

Wenn man annimmt, dass das Corona-Virus die Blutgefäße schädigt, könne das ebenfalls erklären, warum Patienten mit vorbestehenden Schädigungen der Gefäße, zum Beispiel aufgrund von Diabetes oder Bluthochdruck, ein höheres Risiko für eine schwere Erkrankung aufweisen.

Möglicherweise schädigt das Virus aber auch direkt die Endothelauskleidung der Herzhöhlen und der Blutgefäße. Diese einlagigen Zellschichten sind ebenfalls, wie die Nasenschleimhaut und die Lungenalveolen, reich an ACE2-Rezeptoren.

In einer am 20.4.2020 veröffentlichten Untersuchung in der Wissenschaftszeitschrift „The Lancet“ konnten bei an Covid-19 Verstorbenen post mortem im Endothel des Herzens und der Blutgefäße histologisch Virusbestandteile nachgewiesen werden. Die Autoren sprechen von einer Endothelitis, der sie auf die Spur gekommen sind.

Weiteres Schlachtfeld: die Nieren

Die weltweite Furcht vor einer zu geringen Anzahl von Beatmungsgeräten, die für Covid-19-Patienten zur Verfügung stehen, hat große Aufmerksamkeit hervorgerufen. Zu wenig beachtet ist bei dieser Diskussion ein anderer Typ von notwendigen Maschinen auf Intensivstationen: die Dialysegeräte.

Die Neurologin Jennifer Frontera arbeitet beim Lonone Medical Center in der Universität von New York und hat dort Tausende von Covid-19-Patienten behandelt. Sie hat ein Protokoll für den Einsatz verschiedener Dialyse-Geräte auf Intensivstationen entwickelt. Die Notwendigkeit dafür könnte damit zusammenhängen, dass die Zellen in den Nieren ebenfalls ein Ziel für die Viren sein können, weil sie reichlich ACE2-Rezeptoren an ihren Zellmembranen aufweisen. Sie sagt: „Wenn Leute nicht am Lungenversagen versterben, dann werden sie das aufgrund von Nierenversagen tun.“

Laut einem Preprint-Artikel aus Wuhan wurde bei 27% von 85 stationär aufgenommenen Patienten in Wuhan ein Nierenversagen festgestellt. In einem anderen Artikel wurde beschrieben, dass 59% von nahezu 200 hospitalisierten Patienten in den chinesischen Provinzen Hubei und Sinchuan Eiweiß in ihrem Urin und 44% Blut aufwiesen, beides Hinweise auf eine Nierenschädigung. Patienten mit einer akuten Nierenschädigung hätten ein fünffach erhöhtes Risiko, an Covid-19 zu sterben, im Vergleich mit Patienten ohne Nierenschädigung, wird im selben Artikel berichtet.

Bei einer elektronenmikroskopischen Untersuchung von Nierengewebe, das bei Autopsien gewonnen wurde, konnten in Nierenzellen eingeschlossene Viruspartikel festgestellt werden, die eine direkte virale Schädigung vermuten lassen. Aber eine Nierenschädigung könnte auch Ausdruck eines Kollateralschadens sein. Eine künstliche Beatmung fördert das Risiko einer Nie-

renschädigung, ebenso wie antivirale Medikamente wie Remdesivir, das versuchsweise bei Covid-19-Patienten eingesetzt wurde. Ein Cytokin-Sturm kann aber ebenfalls den Blutfluss in der Niere dramatisch reduzieren und dann einen schweren Nierenschaden hervorrufen.

Vorbestehende Krankheiten wie Diabetes können das Risiko für einen Nierenschaden erhöhen. Darüber hinaus gibt eine ganze Reihe von Menschen, die an einer chronischen Erkrankung der Nieren leiden und bei denen dann durch Covid-19 ein höheres Risiko für eine zusätzliche akute Nierenschädigung besteht.

Auch das Gehirn wird vom Virus geschädigt

Bei 5 bis 10% der mit dem Corona-Virus Infizierten, die in der Klinik behandelt werden, finden sich neurologische Auffälligkeiten. Wahrscheinlich wird die Zahl der Patienten mit neurologischen Störungen unterschätzt. Das ist besonders deshalb so, weil viele beatmete Patienten auf der Intensivstation auch sediert werden.

Auch gibt es Patienten mit einer Enzephalitis, aber auch mit Schlaganfällen oder einer Übererregbarkeit des sympathischen Nervensystems, das schlaganfallähnliche Symptome hervorruft, ähnlich wie ein Hirntrauma. Einige Patienten mit Covid-19 erleiden eine Synkope, das heißt, sie verlieren kurzzeitig das Bewusstsein.

Häufig wird über einen Geruchs- und Geschmacksverlust geklagt. In einigen Fällen wird auch über den Verlust von Hirnstammreflexen berichtet, die die Sauerstoffversorgung beeinträchtigen könnten. Das wäre eine weitere Erklärung für die Beobachtung, dass einige Patienten keine ausgeprägte Atemnot aufweisen, obwohl sie gefährlich niedrige Sauerstoffkonzentrationen im Blut aufweisen.

Bekannt ist auch, dass ACE2-Rezeptoren in der Hirnrinde und im Hirnstamm vorhanden sind. Aber es ist noch unbekannt, wie und unter welchen Bedingungen das Virus die Bluthirnschranke passieren und in das Gehirn eindringen kann und mit diesen Rezeptoren interagiert.

In einer Anfang April 2020 veröffentlichten Studie eines Teams aus Japan wurde berichtet, dass Spuren des neuen Virus in der cerebro-spinalen Flüssigkeit eines Covid-19-Patienten, der eine Meningitis und eine Enzephalitis entwickelt hatte, nachgewiesen wurden. Daraus kann abgeleitet werden, dass das Virus bei einigen Patienten in das Zentralnervensystem eindringen kann. Aber auch andere Faktoren können das Gehirn schädigen. Zum Beispiel

kann ein Cytokin-Sturm eine Hirnschwellung hervorrufen und die Neigung, Blutgerinnsel in den Blutgefäßen zu bilden, kann Schlaganfälle provozieren.

Ferner gibt es Vermutungen über eine mögliche Invasionsroute des Virus in das Gehirn, und zwar durch die Nase über den Nervus olfactorius, den 1. Hirnnerven, direkt zum Bulbus olfactorius, der Teil des Großhirns ist. Das erklärt auch, warum so viele Corona-Infizierte über einen Verlust des Geruchs- und Geschmackssinns klagen.

Auch der Darm kann infiziert sein

Es gibt einen Fallbericht über die Teilnehmerin einer Kreuzfahrt, die an blutigen Durchfällen, Erbrechen und Bauchschmerzen erkrankte. Zunächst bestand der Verdacht auf eine bakterielle Darminfektion, zum Beispiel durch Salmonellen. Als sie dann zusätzlich Husten entwickelte, fand man über einen Nasenabstrich eine positive Reaktion auf das Corona-Virus. Eine Stuhlprobe war ebenfalls positiv auf Corona-Virus-RNA. Ebenso zeigten sich bei der Endoskopie Schleimhautverletzungen im Colon, die auf eine gastrointestinale Infektion mit dem Virus hindeuteten, wie sie kürzlich in einem Online-Paper im American Journal of Gastroenterology beschrieben worden ist.

Dieser Fall fügt sich ein in eine wachsende Anzahl von Hinweisen, dass das neue Corona-Virus, ebenso wie das SARS-1-Virus, die Schleimhaut im unteren Magen-Darmtrakt befallen kann, wo sich eine große Menge von ACE2-Rezeptoren befindet. Virale RNA hat sich dort in nicht weniger als 53% von positiv getesteten Patienten nachweisen lassen.

Und in einer Arbeit, die sich in der Zeitschrift für Gastroenterology im Druck befindet, berichtet ein chinesisches Team über Virus-Protein, das bei Untersuchungen von Biopsien aus der Schleimhaut des Magens, des Duodenums und des Rektums von Covid-19-Patienten nachgewiesen werden konnte. Wenn man die vorliegenden klinischen Studien über Covid-19 auswertet, kommt man zu dem Ergebnis, dass in bis zur Hälfte aller Berichte, im Mittel bei 20%, die Patienten über das Auftreten von Durchfall berichtet haben.

Gastrointestinale Symptome stehen aber nicht in der CDC-Liste der möglichen Symptome bei Covid-19. Das ist wohl die Ursache dafür, dass diese häufig nicht diagnostiziert werden. Wenn man hauptsächlich Fieber und Durchfall hat, dann wird man in der Regel nicht auf Covid-19 getestet.

Das Vorhandensein des Virus im Gastrointestinaltrakt wirft die Frage auf, ob das

Virus durch den Stuhl übertragen werden kann. Bis jetzt ist nicht klar, ob der Stuhl intaktes und infektiöses Virus enthalten kann oder nur Virus-RNA und Virus-Protein. Aufgrund der Erfahrungen, die mit dem MERS-Virus, einem anderen besonders gefährlichen Verwandten des SARS-CoV-2-Virus, gemacht wurden, ist das Risiko der Übertragung mit dem Stuhl aber wahrscheinlich gering.

Hinweise auf Langzeitfolgen

Bei Nachuntersuchungen von Patienten, die 2002/2003 eine Infektion mit dem ersten SARS-Virus durchgemacht hatten, wurden bis 12 Jahre nach einer angeblichen Heilung Langzeitfolgen in Form von Lungenfibrosen, einem gestörten Glukose-Metabolismus und kardiovaskulären Erkrankungen festgestellt.

Kürzlich erschien ein Bericht in der Tagesschau aus Österreich, dass Forscher in der Universitätsklinik Innsbruck bei genesenden Covid-19-Erkrankten offenbar auch bleibende Lungenschäden festgestellt haben.

Unter den dort behandelten Patienten waren auch sechs aktive Taucher, die aber alle nicht stationär behandelt werden mussten, sondern sich in Heimquarantäne auskurierten. Sie alle waren keine schweren Fälle, ihre Erkrankungen lagen fünf bis sechs Wochen zurück und sie galten als genesen.

Bei der Kontrolle nach mehreren Wochen mittels Computer-Tomographie wiesen die Lungen von vier dieser Patienten aber weiterhin deutliche typische Veränderungen für Covid-19 auf und zwei Patienten zeigten bei Belastung eine deutliche Sauerstoffunterversorgung, die als Zeichen eines persistierenden Lungenschadens gedeutet wurde. Bei zwei Patienten waren bei einer Belastungsuntersuchung die Bronchien immer noch übererregbar wie bei Asthmatikern.

Einige Schlussfolgerungen

- ▶ Von den Schäden, die Covid-19 im Organismus anrichten kann, können wir uns bisher nur ein grobes und unvollständiges Bild machen. Es wird noch Jahre mühevoller Forschungsarbeit erfordern, um Klarheit über die zerstörerischen Folgen dieser Virusinfektion zu erlangen und um die Kaskade von Effekten, die im kardiovaskulären wie im Immunsystem ausgelöst wird, richtig zu verstehen.
- ▶ Während die Erkenntnisse der Wissenschaft schnell vorwärtsschreiten, ist un-



sere Hoffnung natürlich besonders auf eine effektive Behandlung dieser schweren akuten Erkrankung gerichtet. Dabei stehen die Forscher vor der schwierigen Aufgabe, schlauer sein zu müssen als das listige Virus, das es in den letzten Monaten geschafft hat, die Welt in ihrem bisherigen Verlauf anzuhalten.

- ▶ Auch wenn wir bisher über die krankmachenden Eigenschaften des neuen Corona-Virus nur erste und unvollständige Daten zur Verfügung haben, zeigt diese Darstellung eines ganz klar: Wir dürfen dieses gefährliche Virus nicht unterschätzen oder auf die leichte Schulter nehmen.
- ▶ Von den diskutierten Krankheitsbildern in Verbindung mit der Corona-Virus-Infektion sind vor allem Menschen im höheren und hohen Lebensalter, das heißt, die über 70- oder 80-Jährigen, betroffen. Sie haben zu einem großen Teil weitere Risikofaktoren in Form chronischer Krankheiten. Zu dieser Gruppe gehören zum Beispiel viele Millionen Menschen mit einer „Nebendiagnose“, zum Beispiel Diabetes, Herzkranzgefäßverengung oder Bluthochdruck. Aber auch Jüngere mit einer Immunschwäche können betroffen sein. Und wahrscheinlich muss man auch viele Menschen, die Raucher sind und im Durchschnitt der mittleren Altersgruppe angehören, zu dieser Risikogruppe zählen, denn bei ihnen besteht häufig eine chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, eine sogenannte COPD.
- ▶ Gelegentlich sind Stimmen zu hören, dass es sich bei den von der Corona-Virusinfektion Betroffenen oder Bedrohten um Menschen handelt, die sowieso bald gestorben wären oder nicht mehr lange zu leben hätten. Solche unsäglichen Diskussionsbeiträge sind nicht nur ethisch verwerflich, sondern auch dumm. Bei den „Alten“, der wichtigsten Risikogruppe für Covid-19, handelt es sich bei uns in Deutschland um mindestens 15 bis 20 Millionen Menschen, etwa ein Viertel unserer Bevölkerung. Und dabei sind die Millionen Raucher und die Adipösen noch nicht mitgerechnet. Für diese Gruppe gilt heute, dass man auch mit zwei oder drei der oben genannten „Nebendiagnosen“ noch viele Jahre ein lebenswertes Leben führen kann. Das wünschen sich sicher die meisten von ihnen – sie haben dafür Jahrzehnte lang Krankenkassenbeiträge gezahlt.

LITERATUR UND QUELLEN BEIM VERFASSER

KLAUS-DIETER.KOLENDA@GMX.DE

Info

Bei Nachuntersuchungen von Patienten, die 2002/2003 eine Infektion mit dem ersten SARS-Virus durchgemacht hatten, wurden bis 12 Jahre nach einer angeblichen Heilung Langzeitfolgen in Form von Lungenfibrosen, einem gestörten Glukose-Metabolismus und kardiovaskulären Erkrankungen festgestellt.

In Schleswig-Holstein sind wir im Unterschied zu anderen Ländern in der Ernährungsmedizin institutionell und personell gut aufgestellt“, sagt Prof. Christina Sina, Direktor des Instituts für Ernährungsmedizin und Inhaber des Stiftungslehrstuhls der UzL, im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Doch Inhalt und Position der Ernährungsmedizin scheinen bis heute für viele Akteure im Gesundheitswesen nicht so wichtig zu sein, vielleicht am ehesten in der Naturheilkunde, in der Gastroenterologie, in der Pädiatrie oder in der Reha-Medizin. „Aber wir sind kein kleines Spezialfach am Rande, sondern haben in Therapie und Prävention eigentlich ein riesiges Gebiet, das auf der gesamten Medizin fußt“, betonte Sina.

Das zeigt sich auch in den Lehr- und Lerninhalten der Fortbildung zur Zusatzbezeichnung Ernährungsmedizin, wie sie die Bundesärztekammer nach ihren Richtlinien in größeren Abständen neugefasst herausgibt. Dort nehmen die Therapie und Prävention ernährungsmedizinisch relevanter Krankheitsbilder, von Adipositas bis zu chirurgischen Patienten, den größten Raum ein. Naturwissenschaftliche, lebensmittelkundliche, methodische und andere Fragen sowie die enterale und parenterale Ernährung runden den Lehrplan ab. Wichtig ist die Abgrenzung zur Ernährungslehre, wie sie in der Ökotrophologie vor allem an Fachhochschulen vertreten ist. Auf praktische Ernährungsregeln aus dieser Ecke beziehen sich, wie es heißt, oft Patienten, wenn sie etwa ihren Hausarzt mit der Aussage konfrontieren: Ich muss einfach im Winter mehr Mineralstoff-Tabletten nehmen. Solche Regeln sind vielfach zu schematisch und nicht für bestimmte Patientengruppen durch gute Studien belegt. Daher kommt es wohl, dass scheinbar einfache Regeln unklar, strittig oder überholt sind: Nährwertverlust durch x Tage Lagerdauer im Haushalt, Rohkost oder dünsten (z. B. Tomaten), Meteorismusdämpfung durch Kräuter, ein oder zwei Äpfel pro Tag, Brainfood, Gicht-Diät früher und heute usw.

„Wir Ernährungsmediziner gehen stärker von wissenschaftlicher Forschung aus, als es die Ökotrophologen das können, wobei die Grenzen fließend sind, sagte Sina: „Uns interessieren vor allem die Wirkungen der Ernährung auf kranke Menschen.“ So könne durch Veränderung des Blutzuckerspiegels Migräne oder auch Akne gebessert werden. Heute und künftig gelte es, das molekularbiologische Wissen zu nutzen für eine personalisierte oder stratifizierte Medizin. Die

Ein Fach, das mehr kann

ERNÄHRUNGSMEDIZIN Kein kleines Spezialfach mehr am Rande, sondern ein Gebiet, das auf der gesamten Medizin fußt: Prof. Christian Sina sieht eine zunehmende Etablierung der Ernährungsmedizin, aber auch noch Potenziale.

digitale Medizin könne z. B. helfen, diejenigen Tumorpatientengruppen zu identifizieren, bei denen eine Reduktion von Zuckersubstrat bzw. Fruktose das Tumorstadium signifikant hemmt. Allerdings, so räumte er ein, gebe es im akademischen Bereich bei uns zu wenige Kapazitäten für biomedizinische Forschung. Aber diese Feststellung sollte kein Freibrief für Klinik- und Heimverwaltungen sein, ihre Speisenangebote vielfach sehr bescheiden zu gestalten. Auch nach längst anerkannten Regeln sieht es hier düster aus: Im letzten Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) vom Oktober 2019 wird die Ernährungssituation in deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen scharf kritisiert. Fast ein Drittel der Patienten und ein Viertel der Bewohner zeigten Zeichen einer Mangelernährung: „Besonders besorgniserregend ist zudem, dass sich die ernährungsmedizinischen Strukturen ... tendenziell verschlechtern“, so Prof. Johann Ockenga, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Dazu kritisierte Sina, wir hätten zwar alle erforderlichen Daten und die Leitlinien, es fehle aber bei vielen Verantwortlichen an Wissen. Vorherrschend sei die betriebswirtschaftliche Einstellung, eine bessere = teurere Ernährung „lohne sich nicht“: „Es ist wie ein Kampf gegen Windmühlen.“

Was wäre also zu tun? Wenn es richtig ist, mit schwierigen Änderungen bei sich selbst anzufangen, müsste die Medizin selbst vorgehen und in der ganzen Breite der Ärzteschaft ein stärkeres ernährungsmedizinisches Bewusstsein entwickeln. Denn: Schon lange (eine zufällige Fundstelle bezieht sich auf 1994) wurde gefordert, jedes größere Krankenhaus solle einen hauptamtlichen und jedes kleinere einen gut fortgebildeten nebenamtlichen Ernährungsmediziner haben. Kann das passieren, wenn „Ernährungsmedizin an vielen deutschen Univer-

sitäten nicht gelehrt wird und der Wissensstand der Studenten auf diesem Gebiet dementsprechend erschütternd niedrig ist“? (Prof. Gerd Bönner, Präsident der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin in Freiburg). Also forderte die DGEM in ihrem Memorandum vom Januar 2020 mehr Lehrstühle mit ausdrücklichem Hinweis auf die gefährdete Versorgung zahlreicher über-, fehl- und mangelernährter Patienten.

Auch ein weiteres großes Hindernis wird in der Fachdiskussion immer wieder genannt, die wenig fortschrittliche, von Landwirtschafts- und Industrielobby beeinflusste Politik, die sich etwa weigert, die „erfolgreiche“ Werbung für stark zuckerhaltige Kindernahrung zu limitieren (Deutsche Diabetes-Gesellschaft). Doch auch hier gibt es vielleicht ein Hoffnungszeichen: Etablierte und neugegründete Unternehmen, sagte Sina, gingen im Verbund und gegenseitiger Abstimmung neue Wege mit Akteuren im Gesundheitswesen und der Wissenschaft. In den USA, in Skandinavien oder Frankreich entwickelten Firmen technische und informationstechnische Lösungen, um denjenigen Verbrauchern zu helfen, die selber nicht das nötige Wissen haben und die ihr Verhalten nicht eigenverantwortlich ändern können. Also warum z. B. nicht Sensoren, die auf der Zahnoberfläche die Zuckersubstrat messen und die Daten weitergeben?

Fazit: Die Ernährungsmedizin kann viel mehr, als allgemein bekannt ist. Sie könnte z. B. durch weitere Forschung belegen, ob und wie weit durch eine bestimmte Ernährung bei bestimmten Patienten die Immunität gegenüber Infektionskrankheiten wie COVID-19 gestärkt werden kann. Es scheint generell vielversprechende Hypothesen zu geben, aber exakte Kausalitätsnachweise sind schwierig und stehen vielfach noch aus. Auch daher, so Sina mit Nachdruck: „Eine Stärkung der Ernährungsmedizin ist notwendig!“

HORST KREUSSLER

Absolute Operationsindikation

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

Eine 63-jährige Patientin verletzte sich bei einem Sturz den rechten Oberarm. Im Rahmen der ärztlichen Erstversorgung im Krankenhaus wurde kein Funktionsausfall der Streckmuskulatur diagnostiziert. Röntgenologisch wurde ein Oberarm-Schaftbruch festgestellt, der vier Tage nach dem Unfall im selben Krankenhaus offen zurechtgestellt und mit einer Platte osteosynthetisch stabilisiert wurde. Postoperativ wurde eine Radialisparese diagnostiziert, die zwei Tage später neurologisch bestätigt wurde. Von Seiten der Krankenhausärzte wurden ein Zuwarten und eine Verlaufskontrolle vereinbart. Im Elektromyogramm und bei der Messung der Nervenleitgeschwindigkeit vier Wochen später wurde ein Funktionsausfall der Nervenfasern des Nervus radialis dokumentiert (Axonotmesis) und nach weiteren neun Wochen erfolgte anderenorts eine operative Revision und die Versorgung der Defektstrecke des Stammnervens (Neuromtmesis) mit einem Nervus suralis-Interponat vom rechten Unterschenkel. Postoperativ kam es nur zu einer initialen Innervation des Musculus brachioradialis. Die Patientin kann die Hand weiterhin kaum heben.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin nimmt an, dass bei der Operation ein Nerv fehlerhaft unter die Platte gearbeitet worden sei.

Stellungnahme des Krankenhauses

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

Gutachten

Der unfallchirurgische Gutachter trifft folgende Kernaussagen:
Es habe eine Indikation für einen operativen Eingriff am rechten Oberarm bestanden. Allerdings sei dabei fehlerhaft der Radialisnerv dargestellt worden.

Die Nachbehandlung in der Verantwortung des Krankenhauses sei auch fehlerhaft gewesen, da ein Abwarten auf neurophysiologische Ergebnisse nur in den Fällen empfohlen sei, bei denen der Schaden primär durch das Trauma entstanden sei. Man hätte direkt nach der postoperativ bekannten Radialisparese revidieren müssen. Die verbliebenen Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen am rechten Arm würden für eine fehlerhafte operative Primärversorgung und eine fehlerhafte Nachbehandlung sprechen.

Nach einer Frührevision des Nervens wäre es zu einer vorübergehenden Funktionsstörung für einen deutlich kürzeren Zeitraum gekommen. Fehlerbedingt seien langanhaltende Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen des rechten Armes eingetreten. Die Chancen einer Wiederherstellung der Nervenfunktion wären bei einer direkten Druckentlastung deutlich größer gewesen.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schließt sich dem Gutachten im Ergebnis an. Das ärztliche Vorgehen war fehlerhaft, weil intraoperativ keine Nervendarstellung erfolgte und die iatrogene Schädigung des Nervus radialis nicht zeitnah postoperativ korrigiert wurde. Bei einer intraoperativen Nervendarstellung wäre es hinreichend nicht zu der Einklemmung des Nervens gekommen, weil der Verlauf des Nervens bekannt gewesen wäre.

Durch das fehlerhafte Vorgehen ist es zu der Notwendigkeit einer Revisionsoperati-

on mit Nerveninterponat inklusive der dadurch entstehenden Beschwerden und einem deutlich verlängerten Behandlungsverlauf gekommen. Auch der fortbestehende schwere Radialisschaden ist als fehlerbedingt zu bewerten.

Fazit

Durch das Anpralltrauma des rechten Oberarmes kam es primär nicht zu einer Parese des Nervus radialis (TNRP), sondern iatrogen im Zusammenhang mit der Plattenosteosynthese. Die postoperative Läsion des Nervus radialis war sekundär Folge der Fehlverplattung, bei der der Nerv zwischen Platte und Knochen geriet. Dies wurde beim Revisionseingriff bestätigt. Aufgrund der anatomischen Disposition besteht die Gefahr, den Nervus radialis iatrogen zu schädigen. Der Nervus radialis windet sich schraubenförmig in Begleitung der tiefen Oberarmarterie eng am Knochen anliegend um das mittlere Drittel des Humerus.

Der Operateur hatte den Nerv nicht sicher identifiziert. Das Gefäß-Nervenbündel muss im Schaftbereich als Ganzes unterfahren, angezügelt und nach lateral weggehalten werden. Die Mobilisation darf nur so weit erfolgen, wie sie für die Reposition der Fraktur und Verplattung erforderlich ist. Hakendruck sollte vermieden werden. Die intraoperativ entstandene Radialisläsion führte zu einer kompletten Lähmung der radialen Handstrecker und zum klassischen Bild einer Fallhand mit sensiblen Ausfällen.

Bei der zeitgleich mit der Osteosynthese aufgetretenen Radialisparese bestand eine absolute Indikation für eine operative Revision. Eine schnellstmögliche Versorgung der schlaffen Lähmung war angezeigt.

Literatur

Schacher, B. et al.: Paresen des N. radialis bei Humerusschaftfrakturen; Obere Extremität; 2015

DR. MICHAEL SCHÖNBERGER, CHRISTINE WOHLERS, PROF. WALTER SCHAFFARTZIK, SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN

GEBURTSTAGE

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

*Dr. Inge Holle-Jensen, Kiel,
feiert am 01.07. ihren 80. Geburtstag.*

*Dr. Dietrich Schröter, Lübeck,
feiert am 01.07. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Andreas Conrad, Mielkendorf,
feiert am 03.07. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Rolf-Peter Matthiensen, Bad Schwartau,
feiert am 04.07. seinen 80. Geburtstag.*

*Prof. Axel Fenner, Lübeck,
feiert am 05.07. seinen 85. Geburtstag.*

*Dr. Helga Zuberbier, Norderstedt,
feiert am 08.07. ihren 75. Geburtstag.*

*Dr. Anneliese Engel, Reinbek,
feiert am 09.07. ihren 85. Geburtstag.*

*Dr. Hans-Jürgen Brodersen, Flensburg,
feiert am 10.07. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Klaus Theodor Eckardt, Heidgraben,
feiert am 13.07. seinen 75. Geburtstag.*

*Dr. Gernot Hilkenbach, Lübeck,
feiert am 15.07. seinen 95. Geburtstag.*

*Dr. Konrad Ruhstrat, Brinjahe,
feiert am 15.07. seinen 85. Geburtstag.*

*Dr. Bernd Lamcke, Heikendorf,
feiert am 15.07. seinen 80. Geburtstag.*

*Wolfgang Feuerherdt, Wilster,
feiert am 17.07. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Heidrun Meissner, Lübeck,
feiert am 18.07. ihren 90. Geburtstag.*

*Dr. Siegrun Walluschek von Wallfeld, Henstedt-
Ulzburg, feiert am 18.07. ihren 80. Geburtstag.*

*Dr. Karl Blunck, Husum,
feiert am 18.07. seinen 75. Geburtstag.*

*Prof. Lutz Heuer, Lübeck,
feiert am 20.07. seinen 80. Geburtstag.*

*Dr. Dieter Brossmann, Lübeck,
feiert am 20.07. seinen 70. Geburtstag.*

*Gotthard Feyerabend, Reinbek,
feiert am 21.07. seinen 70. Geburtstag.*

*Dr. Karsten Hauschildt, Wattenbek,
feiert am 22.07. seinen 80. Geburtstag.*

*Louise Herbst, Schönberg,
feiert am 22.07. ihren 70. Geburtstag.*

*Dr. Ulrich Hinkelmann, Thumby, Schwansen,
feiert am 22.07. seinen 70. Geburtstag.*

Doppelspitze bei den Inland Kliniken



Markus Funk

Markus Funk ist neuer kaufmännischer Geschäftsführer bei den Inland-Kliniken Rendsburg und Eckernförde. Zusammen mit der medizinischen Geschäftsführerin Dr. Anke Lasserre bildet er jetzt die Doppelspitze der Kliniken. Funk folgt auf Dr. Hans-Markus Johannsen, der wie berichtet vor einigen Monaten ausgeschieden war.

Zuletzt war der 48-jährige Funk Direktor der Hessen Stiftung in Augsburg, einer Einrichtung im Bereich der Orthopädie. Im Klinikbe-

reich hatte er zuvor Erfahrungen an verschiedenen Stationen in Deutschland gesammelt. Funk wird laut einer Mitteilung der Inland Kliniken in Rendsburg die Bereiche Finanzen, Controlling, Bau, Einkauf, Technik, Recht & Compliance sowie die Dienstleistungen verantworten. Lasserre obliegt die klinische Leitung und das Bildungszentrum sowie die Bereiche Personal, IT, Unternehmenskommunikation, Organisationsentwicklung und die Patientenverwaltung. (PM/RED)

Straub leitet die Vdek-Landesvertretung



Neue Vdek-Leiterin in Kiel: Claudia Straub

Claudia Straub hat Armin Tank als Leiterin der vdek-Landesvertretung in Schleswig-Holstein abgelöst. Tank hatte die Landesvertretung acht Jahre lang geleitet, inzwischen ist er in der Verbandszentrale in Berlin für Unternehmensentwicklung zuständig. Straub ist seit über 25 Jahren für den Ersatzkassenverband tätig und hatte zuletzt das Pflegeferat in der Hamburger Landes-

vertretung geleitet. Die Germanistin und Politikwissenschaftlerin betonte zu ihrem Amtsantritt die Mitverantwortung des Verbandes bei der Bewältigung der Corona-Krise. „Wir sorgen gemeinsam mit den anderen Akteuren dafür, dass die Unterstützung aus den bundesweiten Rettungsschirmen so schnell wie möglich an den richtigen Stellen ankommt“, sagte Straub. (PM/RED)

Trendelenburg folgt auf Thie in Itzehoe



Prof. George Trendelenburg

Die Klinik für Neurologie im Klinikum Itzehoe hat einen neuen Chefarzt: Prof. George Trendelenburg hat die Nachfolge von Prof. Andreas Thie angetreten, der in den Ruhestand gegangen ist.

Der gebürtige Saarländer Trendelenburg hat u. a. an der Berliner Charité gearbeitet, wo er in der Forschung tätig war und als Oberarzt arbeitete. Während seiner Pro-

fessur in Göttingen verband er die Oberarztstätigkeit mit einer eigenen Forschungsgruppe zur Schlaganfallforschung. Zuletzt war der 53-Jährige seit 2016 als Chefarzt im Kreiskrankenhaus Freiberg in Sachsen, einem Lehrkrankenhaus der Universität Dresden, tätig.

In Itzehoe will Trendelenburg die Thrombektomie laut Mitteilung des Klinikums ausbauen und optimieren. (PM/RED)

Neuer Patientenombudsman

Peter Schildwächter ist neuer Patientenombudsman für den Bereich Ostholstein, Lübeck, Stormarn und Herzogtum-Lauenburg. Er vermittelt dort im Auftrag des Patientenombudsvereins bei Konflikten im Gesundheitswesen und wirkt auf eine Streitschlichtung hin. Der 75-jährige frühere Soldat hat nach seiner Pensionierung im Studium für Altersversorgungs- und Krankenversicherungssysteme das Gesundheitswesen vertieft kennengelernt. Seit 2015 ist er Vorsitzender des Landesseniorenrates Schleswig-

Holstein und in dieser Funktion viel in Kontakt mit Behörden und Ministerien. Im Ombudsverein engagiert sich Schildwächter, weil nach seinen Erfahrungen viele Menschen die Amtssprache nicht verstehen, verunsichert sind über Berichte und amtliche Bescheide, sich nicht trauen, zu Sachthemen und Entscheidungen nachzufragen, kritisch zu betrachten oder zu widersprechen. „Hier sehe ich für den Personenkreis einen nachhaltigen Hilfeansatz“, sagte Schildwächter über seine neue Aufgabe. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

Professur für Physician Assistance

Dr. Henrik Herrmann, ärztlicher Leiter des Bildungszentrums für Berufe im Gesundheitswesen am WKK Heide, wurde von der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera zum Professor für Physician Assistance berufen. Der neue Bachelorstudiengang wird diesen Oktober am Studienzentrum in Heide starten. (RED)

GEBURTSTAGE

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

Prof. Dr. Dr. rer. nat. Michael Schünke, Kronshagen, feiert am 23.07. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Klaus-Dieter Cichon, Lübeck, feiert am 25.07. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Karlheinz de Buhr, Lübeck, feiert am 26.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Andreas Pappert, Tornesch, feiert am 26.07. seinen 70. Geburtstag.

Prof. Diedrich Dieckhoff, Lübeck, feiert am 27.07. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Franz Joseph Bartmann, Flensburg, feiert am 27.07. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Bernhard Deing, Boostedt, feiert am 28.07. seinen 75. Geburtstag.

Prof. Dr. Dr. med. vet. Ekkehard Vollmer, Reinfeld, feiert am 29.07. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Heinrich Heldt, Lübeck, feiert am 31.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Johannes Grünitz, Fehmarn, feiert am 31.07. seinen 70. Geburtstag.

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Prof. Uwe-Jens Diercks, Stockelsdorf, geboren am 06.05.1935, verstarb am 04.04.2020.

Michael Rautenberg, Strande, geboren am 10.07.1947, verstarb am 28.04.2020.

Dr. Edward Jung, Mölln, geboren am 07.04.1923, verstarb am 06.05.2020.

Prof. Michael Wanke, Westerrönfeld, geboren am 20.10.1934, verstarb am 06.05.2020.

Dr. Christian Wolf, Lübeck, geboren am 30.08.1940, verstarb am 17.05.2020.

Der elektronische Weg zum Facharzt

WEITERBILDUNG Das elektronische Logbuch (eLogbuch) ermöglicht eine zeitgemäße transparente Dokumentation der ärztlichen Weiterbildung. Für Weiterbildungen, die ab dem 1. Juli 2020 beginnen, ist das Führen eines eLogbuchs verpflichtend.

Am 1. Juli 2020 tritt die neue Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein in Kraft, die von der Kammerversammlung am 27. November 2019 beschlossen wurde. Damit ist die Umsetzung der 2018 vom Deutschen Ärztetag in Erfurt verabschiedeten (Muster-)Weiterbildungsordnung in Landesrecht abgeschlossen. Nun geht es darum, insbesondere die kompetenzbasierte Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung in den ärztlichen Weiterbildungsalltag zu implementieren.

Eine wichtige Neuerung stellt das elektronische Logbuch (eLogbuch) dar. Die 17 Landesärztekammern und die Bundesärztekammer haben mit dem eLogbuch für die Ärzte in Weiterbildung und ihre zur Weiterbildung befugten Ärzte eine zeitgemäße internetbasierte Plattform für die vereinfachte inhaltliche Dokumentation des Weges zum Facharzt geschaffen.

Für Weiterzubildende, die ab dem 1. Juli 2020 mit ihrer Weiterbildung beginnen, ist das Führen eines eLogbuchs verpflichtend vorgeschrieben. Dies gilt für alle Qualifikationen nach Weiterbildungsordnung, also nicht nur für Facharzt-, sondern auch für alle Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungen.

Die entsprechenden Weiterbildungsinhalte sind im jeweiligen eLogbuch in zwei Kompetenzebenen abgebildet, zum einen der „kognitiven und Methodenkompetenz“ und zum anderen in der „Handlungskompetenz“. Ziel ist es, dass bezogen auf die Methodenkompetenz die Weiterzubildenden am Ende der Weiterbildung in der Lage sind, Inhalte systematisch einzuordnen und zu erklären, und bezogen auf die Handlungskompetenz, dass die Weiterzubildenden nach anfänglicher Durchführung unter Anleitung diese Inhalte am Ende der Weiterbildung selbstverantwortlich durchführen können. (Abbildung) Es wird darüber hinaus die Möglichkeit geboten,

zusätzlich absolvierte Inhalte zu dokumentieren, die über die Anforderungen für die Facharztanerkennung hinausgehen und beispielsweise abrechnungsrelevant sein könnten.

Es obliegt dem in Weiterbildung Befindlichen, die Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte kontinuierlich im eLogbuch zu dokumentieren. Er ist für die korrekte Führung des eLogbuchs verantwortlich. Durch die kontinuierliche Dokumentation der einzelnen Fortschritte wird der Kompetenzzuwachs transparent gemacht. Der Weiterbilder bestätigt oder korrigiert die Eintragungen, wodurch ein kontinuierlicher Austausch zwischen Weiterzubildendem und Weiterbilder erreicht werden soll. Über das individuelle Prozedere, also insbesondere die Frequenz der Bewertungen bzw. Bestätigungen, haben sich Weiterzubildender und Weiterbilder zu verständigen, wobei dies zwingend mindestens einmal jährlich oder bei Beendigung eines Weiterbildungsabschnittes, beispielsweise nach einem sechsmonatigen Weiterbildungsabschnitt in der Intensivmedizin, zu erfolgen hat.

Darüber hinaus ist auch das mindestens einmal jährlich durchzuführende Weiterbildungsgespräch in dem eLogbuch vom Weiterzubildenden zu dokumentieren und vom Weiterbilder zu bestätigen. Es besteht für den Weiterbilder die Möglichkeit, Ergänzungen bzw. Korrekturen vorzunehmen. Der kontinuierliche Austausch auf digitalem Weg zwischen Weiterzubildendem und Weiterbilder soll auf diesem Weg befördert werden.

Neben der Dokumentation der Weiterbildungsinhalte werden auch die einzelnen Weiterbildungsabschnitte mit dem entsprechenden Zeitraum, dem Tätigkeitsumfang, der Weiterbildungsstätte sowie dem Weiterbildungsbefugten durch den Weiterzubildenden eingetragen, sodass jederzeit ein Überblick über die bereits absolvierte Weiterbildungszeit besteht.

Darüber hinaus bietet das eLogbuch für die Weiterzubildenden unter der Rubrik „Meine Dokumente“ eine Möglichkeit der Dokumentenablage, den sogenannten „Dokumentensafe“. Hierin können beispielsweise Weiterbildungszeugnisse über bereits absolvierte Weiterbildungsabschnitte, Kursbescheinigungen oder sonstige Nachweise „aufbewahrt“ werden. Somit bietet das eLogbuch für die Weiterzubildenden die Möglichkeit, alle für die Weiterbildung relevanten Dokumente an einer Stelle aufzubewahren und damit bei Bedarf zur Verfügung zu haben. Gleichzeitig haben auch der Weiterbilder oder die Ärztekammer die Möglichkeit, dort Dokumente abzulegen, sofern ihnen die entsprechende Freigabe durch den Weiterzubildenden erteilt wurde.

Die Ärztekammer kann nach Freigabe durch den Weiterzubildenden eine formale Überprüfung der Logbucheinträge vornehmen und zudem Dokumente in das eigene Verwaltungssystem herunterladen, um beispielsweise ein Zeugnis zu bewerten. Das Ergebnis kann dann durch entsprechende Kommentare direkt im Logbuch dokumen-

E-Logbuch

- ▶ **Start?** 1. Juli 2020.
- ▶ **Wer?** Alle Ärzte, die ab 1. Juli 2020 mit ihrer Weiterbildung beginnen.
- ▶ **Wer noch?** Ärzte, die von der alten WBO auf die neue wechseln
- ▶ **Welche Gebiete?** Jede Qualifikation nach Weiterbildungsordnung - also alle Facharzt- sowie Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungen.
- ▶ **Zugang?** Über den geschützten Bereich des Informationssystems AKIS.
- ▶ **Hilfe:** Ab 1. Juli 2020 auf der Homepage der Ärztekammer unter www.aeksh.de.

tiert und/oder in Form eines Schreibens in den Dokumentensafe hochgeladen werden.

Der Zugang zum eLogbuch erfolgt in der Ärztekammer Schleswig-Holstein über den geschützten Bereich, das Ärztekammer-Informationssystem AKIS. Dabei richten sich die Beteiligten ein Benutzerkonto ein und wählen dabei die entsprechende Rolle „Weiterbildungsbefugte/r (WBB)“ oder „Arzt/Ärztin in Weiterbildung (WBA)“ aus. Nach Freischaltung durch die Ärztekammer können die Funktionen dann genutzt werden. Die Weiterzubildenden werden an dieser Stelle nach ihrem voraussichtlichen Weiterbildungsziel und dem Beginn ihrer Weiterbildung gefragt. Es wird empfohlen, nur ein Logbuch anzulegen, auch wenn das Weiterbildungsziel eventuell noch nicht eindeutig feststeht. Bei einem eventuellen Wechsel des Weiterbildungsziels kann dann ein neues Logbuch ausgewählt werden. Die bisher gespeicherten Daten gehen nicht verloren. Ebenfalls stellt ein möglicher Kammerwechsel kein Problem dar. Das eLogbuch kann ohne Weiteres im neuen Kammerbereich weitergeführt werden. Das eLogbuch enthält zudem eine Servicefunktion, mit der

ein möglicher Kammerwechsel „simuliert“ werden kann, um zu sehen, ob in dem neuen Kammerbereich abweichende Bestimmungen, beispielsweise hinsichtlich abweichender Richtzahlen, gelten.

An dieser Stelle sei noch einmal deutlich darauf hingewiesen, dass eine Dokumentation in Papierform für Weiterbildungsgänge, die ab dem 1. Juli 2020 begonnen werden, nicht mehr möglich ist. Lediglich für die Fälle, in denen die Weiterbildung nach alter Weiterbildungsordnung begonnen wurde und auch abgeschlossen wird, kann noch in die bisherige Papierversion des Logbuchs bis zum Auslaufen der Übergangsbestimmungen (für Facharztweiterbildungen 30. Juni 2027, für Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungen 30. Juni 2023) genutzt werden.

Wurde der Weiterbildungsengang nach der alten Weiterbildungsordnung begonnen und soll nach der neuen Weiterbildungsordnung abgeschlossen werden, so sind die Bestimmungen, sprich Weiterbildungszeiten und -inhalte, nach der neuen Weiterbildungsordnung nachzuweisen. Insofern ist dann ein eLogbuch anzulegen. Sofern jedoch nur noch maximal ein Jahr

Weiterbildungszeit fehlen sollte, kann im Einzelfall durch die Kammer entschieden werden, ob auf die nachträgliche elektronische Dokumentation verzichtet werden und ausnahmsweise eine papiergestützte Dokumentation akzeptiert werden kann.

Die Verpflichtung zur Erstellung eines Weiterbildungszeugnisses am Ende der Weiterbildung oder beim Wechsel der Weiterbildungsstätte bleibt unabhängig vom eLogbuch weiter bestehen.

Das eLogbuch wird eine zeitgemäße Umsetzung von Dokumentationspflichten ermöglichen und als zusammengefasste transparente Dokumentation der Weiterbildung letztendlich überzeugen, auch, wenn es zunächst aufgrund der Umstellung auf die elektronische Handhabung für viele Beteiligte eine Herausforderung darstellen wird. Insofern möchten wir bereits an dieser Stelle bei allen Beteiligten für gegenseitiges Verständnis und Geduld werben, sollte der Start etwas holprig werden.

Eine genaue Beschreibung zur Nutzung des eLogbuchs werden wir rechtzeitig zum Start am 1. Juli 2020 auf unserer Homepage zur Verfügung stellen.

MANUELA BRAMMER

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Nachgewiesene Zahlen/ Richtzahlen	benennen und beschreiben	systematisch einordnen und erklären	unter Anleitung durchführen	selbst- verantwortlich durchführen
Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin						
Übergreifende Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin						0/12
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Mehrdimensionalität des allgemeinmedizinischen Handelns und der biopsychosozialen Langzeitbetreuung mit Anwendung des hermeneutischen Fallverständnisses unter Berücksichtigung des Krankheitsverständnisses des Patienten				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anwendung der allgemeinmedizinischen Arbeitsmethodik des abwartenden Offenhaltens und der Vermeidung abwendbar gefährlicher Verläufe				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Versorgung und Koordination von Patienten, insbesondere in ihrem familiären Umfeld, in der Langzeitpflege sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld einschließlich der Hausbesuchstätigkeit, davon				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	– Hausbesuche	0/50			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Interdisziplinäre Koordination, insbesondere bei multimorbiden Patienten einschließlich der Indikationsstellung zur häuslichen Krankenpflege, Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hereditäre Krankheitsbilder			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auszug aus einem elektronischen Logbuch für die Weiterbildung. Für Ärzte, die ab dem 1. Juli mit einer Weiterbildung beginnen, ist das Führen eines eLogbuchs verpflichtend vorgeschrieben. Dies gilt für alle Qualifikationen nach Weiterbildungsordnung, also nicht nur für Facharzt-, sondern auch für alle Schwerpunkt- und Zusatzweiterbildungen.

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 zu der 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 dreimal jährlich stattfindenden gemeinsamen Sitzungen informiert die/des 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. Jiri Klima, Niebüll (Vorsitz)
- ▶ Dr. Martin Böhm, Husum
- ▶ Dr. Tobias Espersen, Husum
- ▶ Dr. Thomas Maurer, Leck
- ▶ Dr. Sabine Menke, Niebüll
- ▶ Dr. Nils-Lennart Saß, Mildstedt
- ▶ Björn Steffensen, Schwabstedt
- ▶ Mark Weinhonig, Niebüll

KONTAKT

Haben Sie Fragen zu der Arbeit des Kreisausschusses Nordfriesland und suchen Kontakt zu dem Vorsitzenden? Dann wenden Sie sich gern direkt an Dr. Jiri Klima. Er freut sich über eine Kontaktaufnahme per Mail an: nordfriesland@aecksh.de

Bestens aufgestellt und vernetzt

NORDFRIESLAND Guter Zusammenhalt zwischen ambulant und stationär tätigen Kollegen im Kreisausschuss.



Dr. Jiri Klima

Es ist ein absoluter Traum“, sagt Dr. Jiri Klima auf die Frage, wie die Arbeit im Kreis Nordfriesland funktioniert. Seit 20 Jahren ist er Mitglied des Kreisausschusses Nordfriesland, vor drei Jahren übernahm er das Amt des Vorsitzenden von seinem Vorgänger PD Dr. Hartwig Haacke. Zur Begründung seiner Einschätzung verweist er auf den guten Zusammenhalt zwischen ambulant und stationär tätigen Ärzten. Das Wir-Gefühl werde durch eine ausgeprägte Kommunikation gestärkt. Kleinere Reibereien würden so auf dem kurzen Weg schnell beigelegt.

Eine Besonderheit in dem Kreis ist die gute Vernetzung. Zwar trifft sich der Kreisausschuss nur ein- bis zweimal im Jahr. Da die Mitglieder des Kreisausschusses in der Regel aber mehrere Funktionen in weiteren ärztlichen Institutionen wie etwa Hausärzterverband, Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung oder Ärztereinigung wahrnehmen, kommen die Gremienmitglieder häufiger ins Gespräch. „So einfach lassen sich die Organisationen bei uns im Kreis nicht voneinander trennen“, sagt Klima.

„Unsere Mitglieder bringen einen breit gefächerten Hintergrund aus den wichtigen Bereichen der ärztlichen berufspoli-

tischen Interessenvertretung und Selbstverwaltung mit. Damit ist unser Kreisausschuss bestens aufgestellt“, berichtet der früher chirurgisch tätige Vorsitzende. Tagesaktuelle Themen der ärztlichen Freiberufler werden so besprochen und fundiert eingeordnet.

Klima ist auch im Vorstand des Ärztereinigung tätig und war dort lange Zeit Fortbildungsbeauftragter. „Leider organisieren wir heute keine Fortbildungen mehr. Zumindest nicht so, wie wir es früher gemacht haben“, erklärt Klima. Grund dafür sei das Überangebot an Fortbildungen. Digitale Fortbildungsangebote und die Metropolregionen lockten mit eigenen Angeboten und sättigten den Markt.

Ganz aufgeben möchte Klima seine Aufgabe als Fortbildungsverantwortlicher aber nicht. Zweimal im Jahr finden gemeinsame Essen im Kreis statt. Daran nehmen nicht nur die Mitglieder des Kreisausschusses, der Kreisstelle oder des Ärztereinigung teil, auch junge Ärzte aus den Kliniken oder Praxen sind dabei. Neben dem gemeinsamen Essen informieren sich die Ärzte über aktuelle Themen im Kreis. Nach dem Essen steht dann ein Vortrag auf dem Programm.

STEPHAN GÖHRMANN

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Die Akademie nimmt den Betrieb wieder auf

Nach der Aussetzung bis zum 7. Juni hat die Akademie den Lehrbetrieb wieder aufgenommen. Möglich macht das ein umfangreiches Hygienekonzept für die Veranstaltungen der Akademie und eine innovative, internetbasierte Lernplattform, die das Lehrangebot im Sinne des Integrierten Lernens (Blended Learning) erweitert. In dieser Ausgabe des Ärzteblattes möchten wir Ihnen drei Seminare vorstellen, die Medizinischen Fachangestellten bestimmte Kompetenzen vermitteln sollen, mit denen sie den Arzt entlasten können. Alle Termine finden Sie auf www.aeksh.de.

Durchführung der Ausbildung

Nach der erfolgreichen Teilnahme an diesem Seminar ist die oder der Medizinische Fachangestellte in der Lage auf Grundlage der rechtlichen Rahmenbedingungen die Ausbildung von angehenden Medizinischen Fachangestellten zu planen, durchzuführen und zu kontrollieren. Ziel ist es, Sie in die Lage zu versetzen, Ausbildungsinhalte zu vermitteln, Auszubildende anzuleiten, zu beraten und zu motivieren. Sie wenden dabei Kenntnisse der Entwicklungs- und der Lernpsychologie sowie der Berufs- und Arbeitspädagogik an.

Inhalte u. a.:

- ▶ Rechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigen
- ▶ Das System der Berufsausbildung darstellen
- ▶ Betriebliche Eignung prüfen
- ▶ Vorbereitende Maßnahmen für Ausbildung einschätzen
- ▶ Aufgaben mit den Mitwirkenden an der Ausbildung abstimmen
- ▶ Betriebliche Ausbildungspläne erstellen
- ▶ Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte berücksichtigen
- ▶ Kooperationspartner einbinden

Hinweis: Diese Fortbildung gilt als Teilnahmevoraussetzung für das Seminar „Vorbereitung auf die Ausbildereignungsprüfung (AEVO)“

Dieser Kurs ist in Schleswig-Holstein als gesetzlicher Bildungsurlaub anerkannt!

Kontakt

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

Nichtärztliche Praxisassistenz

Sie möchten delegationsfähige Leistungen in der ambulanten Praxis an Ihre Medizinischen Fachangestellten abgeben? Wir bieten diese Ausbildung vom 27. Juli bis 21. August 2020 als Blockunterricht an. Innerhalb eines Monats erwirbt die oder der Medizinische Fachangestellte so das Zertifikat und kann Sie entlasten.

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

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

Die praktische Prüfung wird durch Einreichung von 4 Fallbeispielen und 28 Hausbesuchsprotokollen erbracht. Diese können bereits vor/während oder nach Absolvierung der Blockweiterbildung absolviert werden.

Vorbereitung auf die Ausbilder-eignungsprüfung (AEVO)

Die Ausbildung der nachfolgenden Generation ist eine der wichtigsten Herausforderungen unserer Zeit. Insbesondere kleine und mittlere Betriebe profitieren von gut ausgebildeten Nachwuchskräften. Die Ausbildereignungsprüfung sorgt für eine hohe Qualität der Ausbilder*innen und vermittelt ihnen berufs- und arbeitspädagogische Kenntnisse. Die zukünftigen Ausbilder*innen lernen das selbstständige Planen, Durchführen und Kontrollieren des gesamten Ausbildungsablaufs.

Inhalte u. a.:

- ▶ Probezeit organisieren, gestalten und bewerten
- ▶ Betriebliche Lern- und Arbeitsaufgaben entwickeln und gestalten
- ▶ Ausbildungsmethoden und -medien auswählen und einsetzen
- ▶ Auszubildende bei Lernschwierigkeiten unterstützen
- ▶ Prüfungsvorbereitung gestalten und erfolgreichen Abschluss unterstützen
- ▶ Betriebliche und berufliche Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigen

Hinweis: Für diese Fortbildung gilt das Seminar „Durchführung der Ausbildung“ als Teilnahmevoraussetzung





HINWEIS DER REDAKTION:

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

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

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



Schleswig-Holsteinisches
Ärzteblatt

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 07/08 19. Juni 2020

STELLENANGEBOTE



IHR NEUER ARBEITSPLATZ

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

Unsere Teams sind in rund 60 Ländern im Einsatz.

Werden Sie ein Teil davon!

Informieren Sie sich online:

www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten

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



Rehaklinik Bad Oldesloe

MIT DIESEM WUNSCH SIND SIE BEI ASKLEPIOS GUT AUFGEHOSEN. 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.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir einen

Stationsarzt/Assistenzarzt (w/m/d)

**(wünschenswert auch Facharzt für Innere Medizin oder Neurologie)
für neurologische Rehabilitationsphase C
in Voll- oder Teilzeit**

Wir sind

eine Facheinrichtung der neurologischen Rehabilitation für Patienten der Phase C im Kreis Stormarn. Mit Hilfe modernster Medizintechnik sorgen erfahrene Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte dafür, dass den Patienten der Alltag nach einer schweren neurologischen Erkrankung wieder leichter fällt. Die Klinik ist zwischen Hamburg und Lübeck gelegen und direkt an das Akutkrankenhaus in Bad Oldesloe angeschlossen.

Ihr Aufgabengebiet

umfasst die stationäre Versorgung der Patienten, Durchführung von Visiten, Koordination des therapeutischen Teams, Abstimmung über die individuell bei den Patienten angewendeten Methoden mit den Mitgliedern des multiprofessionellen Teams sowie das Einbringen der einzelnen Therapieverläufe in die therapeutischen Besprechungen und Dokumentation.

Ihr Profil

Abgeschlossenes Studium der Humanmedizin mit anerkannter Approbation | Interesse an neurologischen Untersuchungsmethoden (EEG, VEP, AEAP, SEP, EMG, Liquordiagnostik, Dopplersonographie) | Bereitschaft zur Aneignung von theoretischem und praktischem Fachwissen | Einsatzfreude, soziale Kompetenz, Verantwortungsbewusstsein, Selbstständigkeit, Belastbarkeit und Teamfähigkeit sowie Freude an der ärztlichen Tätigkeit

Wir bieten

Ihnen ein gutes Arbeitsklima in einem qualifizierten, hoch motivierten Team, in dem sich jeder nach seinen Stärken einbringen kann und einen Arbeitsplatz in einem sich dynamisch entwickelnden Krankenhaus, in dem Sie herzlich eingeladen sind, die Entwicklung aktiv mitzugestalten. Freuen Sie sich auf die Weiterbildungsanerkennung Neurologie für 1 Jahr. Trotz einer sehr guten Erreichbarkeit von Hamburg und Lübeck innerhalb von 30 Minuten ist ein Wohnen auf dem Land möglich. Wir bieten Ihnen familiengerechte Arbeitszeiten **ohne Bereitschafts- oder Wochenenddienste.**

Für Rückfragen stehen Ihnen Frau Dr. med. Katrin Oechel, Fachärztin für Neurologie und Leitende Oberärztin und Dr. med. Dr. rer. nat. Ulrich Kuipers, Facharzt Neurologie und Psychiatrie und Chefarzt, unter Tel.: (0 45 31) 68-0 bzw. per E-Mail: k.oechel@asklepios.com und u.kuipers@asklepios.com gerne zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung!

Asklepios Rehaklinik Bad Oldesloe GmbH

Personalabteilung · Schützenstraße 55 · 23843 Bad Oldesloe

STELLENANGEBOTE

Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt



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

Leben und Arbeiten an der Ostsee

Sie suchen als **Fachärztin/Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie** mit D-Arzt-Zulassung und Fachkunde im Bereich Röntgen und Arthroskopie **einen Kassenarztsitz in einer chirurgischen Gemeinschaftspraxis?**

Wir bieten Ihnen in Kappeln einen Kassenarztsitz für Chirurgie/Unfallchirurgie mit angeschlossener Akutklinik und belegärztlicher Tätigkeit. Steigen Sie ein in eine gut geführte, umsatzstarke Praxis zum nächstmöglichen Termin!

Margarethen Klinik gGmbH Kappeln
 Dr. Jürgen Spahr
 Konsul-Lorentzen-Straße 3, 24376 Kappeln
 Tel. 0173 980 1700, juergenspahr@gmail.com
www.diako.de



Hautarzt in HH
 sucht **FÄ/FA Dermatologie** in Voll/Teilzeit im Jobsharing oder WB-Assist. letztes WB-Jahr ab 1.7. 2020 oder später. Kassensitzübergabe möglich.
 Kontakt unter SH50736

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

Wir teilen schon seit 1959.



Würde für den Menschen.
 Mitglied der **actalliance**



STELLENANGEBOTE

Die glücklichsten
Menschen
leben in
Schleswig-Holstein.



Dieses Glück
möchten wir mit Ihnen teilen...

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin
in Voll- oder Teilzeit (w/m/d)

**Fachärztin / Facharzt
für Allgemeinmedizin**

als Nachfolge und/oder Erweiterung des Teams
für unser MVZ „Wagenhaus“ in Rendsburg.

Wir haben für Sie die Stelle
näher beschrieben unter

www.bruecke.org/Stellenangebote



Wir suchen für unsere neue hausärztliche Praxis in Börsen zur Verstärkung
eine/n Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin/Allgemeinmedizin als

Hausärztin/Hausarzt

Teilzeit oder Vollzeit möglich

Ihnen steht eine moderne Praxis zur Verfügung und es erwartet Sie ein
tolles Team. Wir betreiben zwei Praxen, in Wentorf mit diabetologischem
Schwerpunkt und im Nachbarort Börsen eine Hausarztpraxis.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!



Fachärzte für Innere Medizin · Diabetes-Schwerpunktpraxis
Echardusstieg 6 · Casinopark · 21465 Wentorf · Tel. 040 - 72 002 662
www.diabetes-wentorf.de · E-Mail: r.stengel@diabetes-wentorf.de

Fachärzt:in Allgemeinmedizin/ Innere gesucht!

Für das junge Team unserer Landarztpraxis vor den Toren Flensburgs
suchen wir eine:n Mitspieler:in. Abwechslungsreiche Tätigkeiten, flexible
Arbeitszeiten und eine überdurchschnittliche Vergütung warten auf dich.

Unterstütze uns jetzt bei der Digitalisierung und der hausärztlichen
Versorgung von morgen! Mach dir ein Bild und besuche unsere Webseite
oder nehme direkt Kontakt zu uns auf.

Dr. med. Nils Christian Kronas und angestellte Ärzt:innen

info@praxis-wanderup.de
praxis-wanderup.de



Gesundheitspraxis
Wanderup

Zur Erweiterung unseres Palliative Care Teams suchen wir Ärzte
in Bad Oldesloe, Bad Segeberg und Kaltenkirchen (m/w/d)
in Voll- oder Teilzeit oder auf Honorarbasis

Palliativnetz
TRAVEBOGEN
PalliativeCareTeam

Das Palliativnetz Travebogen

unterstützt, begleitet und berät als gemeinnützige Einrichtung mit Beratungsambulanz, Akademie und spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) in den Regionen Ostholstein, Lübeck, Bad Segeberg, Bad Oldesloe und Kaltenkirchen jährlich mehr als 1400 schwerstkranke und sterbende Menschen. Für uns steht neben der palliativmedizinischen Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen die Begleitung, Betreuung und der Beistand in der häuslichen Umgebung im Vordergrund.

Zu unseren Grundsätzen gehört Respekt, Würde und Selbstbestimmung bis zuletzt.

Ihre Aufgabe bei uns

- Behandlung und Betreuung von schwerkranken und sterbenden Menschen und deren Zugehörige
- Enge Zusammenarbeit mit Hausärzten, Pflegediensten und weiteren sozialen Diensten
- Teilnahme am Rufbereitschaftsdienst sowie eigenverantwortliches Arbeiten

Sie passen zu uns

- mit Facharztausbildung
- Erfahrung in ambulanter oder klinischer Palliativversorgung
- Führerschein Klasse B
- Einfühlungsvermögen, Engagement, Belastbarkeit und hohe fachliche Kompetenz
- Teamfähigkeit
- Freude an verantwortungsvoller, selbstständiger Arbeit
- Palliative-Care Qualifikation

Wir bieten Ihnen

- Eine kollegiale Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team
- Vergütung in Anlehnung an TV-Ärzte/VKA oder auf Basis der KV-SH Notdienstvergütung
- Regelmäßige Teambesprechung, Supervision und Fortbildung
- Qualitätssicherung durch regelmäßige Fallbesprechungen und kollegiale Beratung
- Interessante, abwechslungsreiche und sinnstiftende Tätigkeit
- Angenehmes und wertschätzendes Arbeitsklima
- Verschiedene Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Wenn Sie eine neue Herausforderung suchen und mit einer positiven Einstellung an der Verwirklichung unserer Ziele mitarbeiten wollen, freuen wir uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung an unsere Geschäftsführung thomas.schell@travebogen.de

Region Süd

Sandkamp 2 | 23843 Bad Oldesloe
Tel. 0451-16 08 59-60 | Fax 0451-16 08 59-69

Region West

Holstenstraße 23 | 24568 Kaltenkirchen
Tel. 0451-16 08 59-51 | Fax 0451-16 08 59-59

Region Nord

An der Trave 28 | 23795 Bad Segeberg
Tel. 04551-89 36 2-0 | Fax 04551-89 36 2-62

Palliativnetz Travebogen

www.travebogen.de

STELLENANGEBOTE



Glücklich
in Heide!

Die weite Landschaft, die gute Luft und das einzigartige Wattenmeer machen das Leben hier an der Westküste aus. In unseren Kliniken an den Standorten Heide und Brunsbüttel setzen sich rund 2.700 Mitarbeitende für die Menschen der Region ein. In 25 Instituten und Kliniken mit 792 Klinikbetten bieten wir jährlich 29.000 stationären, 2.100 teilstationären und 50.000 ambulanten Patienten hochwertige medizinische Leistungen. Wir sind Mitglied des Krankenhausverbundes 6 K mit über 10.000 Beschäftigten.

Für unsere Klinik für Neurologie am Standort Heide suchen wir zum nächstmöglichen Termin in Teil- oder Vollzeit einen

Oberarzt (m/w/d) für Neurologie

Die Klinik für Neurologie verfügt unter der Leitung von Herrn Chefarzt Prof. Dr. med. Johann Meinert Hagenah über eine allgemeine Neurologie, eine überregional zertifizierte Stroke-Unit mit 10 Betten und Belegungsmöglichkeiten auf einer interdisziplinären Intensivstation (insgesamt ca. 46 Betten). Es wird das gesamte Spektrum neurologischer Erkrankungen mit einem Schwerpunkt in der Akut- und Notfallmedizin sowie Bewegungsstörungen behandelt. In Kooperation mit dem hiesigen Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie/Neuroradiologie sowie der Klinik für Neurochirurgie und Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie Heide wird das gängige Spektrum an neurologischer Diagnostik und entsprechenden Therapieverfahren vorgehalten. Es bestehen S-116b-Ambulanzen für die Epilepsie und Multiple Sklerose, und wir nehmen Teil an der allgemeinen ambulanten neurologischen Versorgung über das MVZ Heide mit besonderem Schwerpunkt auf Bewegungsstörungen einschließlich Botulinumtoxinbehandlung. Im Zuge der kontinuierlichen Erweiterung der Klinik ist auch die Verstärkung des ärztlichen Teams geplant.

Ihr Aufgabengebiet umfasst u.a. die Patientenversorgung in der Klinik für Neurologie sowie die Weiterbildung und Supervision der Assistenzärzte (m/w/d) und von weiteren Beschäftigten. Darüber hinaus übernehmen Sie die Führung der zugeordneten Mitarbeitenden sowie weitere oberärztliche Aufgaben, etwa im Qualitätsmanagement.

Wollen Sie uns unterstützen? Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Für fachliche Fragen steht Ihnen gern Herr Chefarzt Prof. Dr. med. Hagenah unter Telefon (0481) 785-1851 zur Verfügung. Fragen zum Arbeitsverhältnis beantwortet Ihnen gern Frau Timke Petersen, Personalreferentin, unter Telefon (0481) 785-1038.

Mehr Informationen unter:

www.westkuestenkliniken.de




Glücklich in
Brunsbüttel!

Die weite Landschaft, die gute Luft und das einzigartige Wattenmeer machen das Leben hier an der Westküste aus. In unseren Kliniken an den Standorten Heide und Brunsbüttel setzen sich rund 2.700 Mitarbeitende für die Menschen der Region ein. In 25 Instituten und Kliniken mit 792 Klinikbetten bieten wir jährlich 29.000 stationären, 2.100 teilstationären und 50.000 ambulanten Patienten hochwertige medizinische Leistungen. Wir sind Mitglied des Krankenhausverbundes 6 K mit über 10.000 Beschäftigten.

Im Zuge einer Nachbesetzung sucht die WestDoc MVZ Brunsbüttel gGmbH ab dem 01.01.2021 oder früher mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 20 Stunden in freier Gestaltung einen

Facharzt (m/w/d) für Psychiatrie und Psychotherapie

für eine moderne Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie

Die psychiatrische Praxis des MVZ Brunsbüttel befindet sich in den Räumlichkeiten der Westküstenkliniken am Standort Brunsbüttel. Dadurch ist ein fachlicher Austausch mit der Ärzteschaft der Fachabteilungen des Klinikums jederzeit barrierefrei möglich. Es besteht eine enge Kooperation mit der psychiatrischen Tagesklinik und einer neurologisch-psychiatrischen Praxis im Hause.

Wollen Sie uns unterstützen? Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Für fachliche Fragen steht Ihnen gern der Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Herr Dr. Thomas Birker, unter Telefon 0481 785-2001 zur Verfügung. Fragen zum Arbeitsverhältnis beantwortet Ihnen gern unsere Praxismanagerin, Frau Gudat, unter Telefon 0481 785-1214.

Mehr Informationen unter:

www.westkuestenkliniken.de



HINWEIS:
Das kommende Heft
erscheint am 15. Juli
als **Doppelausgabe 7/8.**

Die darauffolgende
Ausgabe 9/2020 kommt
im September heraus.



NÄCHSTER ANZEIGEN SCHLUSSTERMIN:
Heft Nr. 07-08/2020 **19. Juni 2020**

elbbüro

www.elbbuero.com

PRAXISABGABE

Umsatz- und gewinnstarke Praxis für Frauenheilkunde (BAG)

im Großraum Lübeck/ Hzgt.-Lbg. mit bestem Ruf und modernsten Räumlichkeiten sucht Übernehmer.
Kontakt unter Chiffre SH50722.

KIEL

Langjährig etablierte, hochfrequentierte **Nervenärztliche Privat-Praxis für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie** in Bestlage sucht kompetenten neuen Chef.

Kontakt unter Chiffre SH50740.

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 oder Tel.: 04542- 844330.

Nervenarztpraxis

volle Zulassung in einer BAG aus Altersgründen im Kreis Pinneberg abzugeben.
praxis_abgabe@web.de

CHIFFREHINWEIS:

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

Nachfolger/in für Allgemeinarztpraxis in Keitum auf Sylt gesucht

Nach fast 30 Jahren Tätigkeit suche ich für Anfang 2021 engagierte/n Nachfolger/in für Einzelpraxis im ländlich geprägten Osten der Insel mit entsprechendem touristischen Anteil. Eine Beziehung zur Insel wäre wünschenswert. Bei Interesse bitte Mail an: roland.klockenhoff@yahoo.de.

PRAXISRÄUME

Nachmieter für bestehende Arztpraxis zum 01. Januar 2021 in Zentralort mit 6.000 EW im Kreis Steinburg gesucht

Bedarf für alle Fachrichtungen, Fläche 94 m² mit 2 ½ Behandlungszimmern. Alles ebenerdig und barrierefrei. Ausreichend Parkplätze direkt bei der Praxis. Weitere Infos erhalten Sie unter Tel. 04826 52 62. Oder senden Sie Ihre Anfrage gern per E-Mail an rhesch@t-online.de

NÄCHSTER ANZEIGEN SCHLUSSTERMIN:
Heft Nr. 07/08 2020
19. Juni 2020

Starker Praxisstandort in Ostseennähe zu vermieten
(ca. 178 m² in Satrup)
Bilder/Grundriss etc. auf www.praxis-im-norden.de

GEMEINSAM GEGEN CORONA

Jetzt Leben retten und Menschen schützen. Weltweit. Mit Ihrer Spende:
www.care.de

IBAN: DE 93 3705 0198 0000 0440 40



PRAXISÜBERNAHME

Erfahrener Internist sucht **Hausarzt- oder Internisten-Praxissitz zur Übernahme in und um Lübeck**, gerne auch als Teilsitz oder in schrittweiser Übernahme.
Mail: arzt-in-luebeck@posteo.de

VERTRETUNGEN

Erfahrener Allgemeinarzt übernimmt Praxisvertretungen
Kontakt: 0160 33 88 403

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



Berater für Ärzte seit über 50 Jahren.

RECHTSBERATUNG FÜR DIE HEILBERUFE

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



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

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

Nr. 6
Juni 2020
73. Jahrgang

Herausgegeben von der
Ärztelkammer Schleswig-Holstein

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Dr. Gisa
Andresen, Manuela Brammer, Esther Geissling-
ger, Prof. Henrik Herrmann, Prof. Klaus-Die-
ter Kolenda, Dr. Horst Kreussler, Dr. Dr. phil.
Karl-Werner Ratschko, Prof. Walter Schaffart-
zik, Dr. Michael Schönberger, Christine Wohl-
ers

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 be-
zogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Beiträge geben die Auffassung der namentlich genannten
Autoren, nicht zwingend die der Redaktion wieder. Für unau-
gefordert eingereichte Beiträge werden keine Honorare bezahlt.
Die Redaktion behält sich das Recht vor, über die Veröffentli-
chung, 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 auf-
grund des redaktionellen Konzepts nicht berücksichtigt wer-
den können. Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Ärzteblatt
die männliche Form eines Wortes verwendet. Gemeint sind so-
wohl die weibliche Form sowie Formen, die auf eine Zugehö-
rigkeiten außerhalb des binären Geschlechtersystems hinwei-
sen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und
Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme
der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Ein-
willigung strafbar.

Ärztelkammer 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
Leitung: Anja Schmöll
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
Ärztelkammer Schleswig-Holstein**
Bismarckallee 14-16, 23795 Bad Segeberg
www.vaesh.de

Vorsitzender des Verwaltungsrates
Bertram Bartel
Vorsitzender des Aufsichtsrates
Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen
Geschäftsführung
Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de
Mitgliederservice
Telefon 04551 803 900
Fax 04551 803 939
mitglieder@vaesh.de

AKIS

**Der Service Ihrer
Ärztelkammer
online:**

Das Ärztekammer-
Informations-System
(„AKIS“) ist eine On-
line-Kommunikations- und Service-
Plattform der Ärz-
tekammer Schleswig-
Holstein, über die Sie
einfach und sicher
Kontakt zu Ihrer Ärz-
tekammer aufnehmen
können.
Den Zugang finden
Sie auf der Homepage
der Ärztekammer
www.aeksh.de un-
ter Login. Bei Fragen
wenden Sie sich gern
telefonisch an das
Mitgliederverzeichnis
oder per Mail an mit-
glied@aeksh.de

FACHBERATER

Stingl · Scheinflug · Bernert
vereidigte Buchprüfer und Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft

Spezialisierte Beratung für Ärzte



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

Ihre fachlich kompetenten Ansprechpartner

Anette Hoffmann-Poepfel – 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

EIN GÄSTEHAUS IN 3 MINUTEN

ZUM 75. JÄHRIGEN JUBILÄUM DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN WÜNSCHEN WIR ALLES GUTE UND BEDANKEN UNS FÜR DIE JAHRELANGE, VERTRAUENSVOLLE ZUSAMMENARBEIT. WIR FREUEN UNS AUF DIE REALISIERUNG DES GÄSTEHAUSES UND SETZEN HIERMIT GEMEINSAM EINEN WEITEREN BAUSTEIN FÜR DIE NÄCHSTEN JAHRZEHNTE.

DAS NEUBAUPROJEKT DES GÄSTEHAUSES ERGÄNZT DAS ENSEMBLE DER AKADEMIE UND STÄRKT DADURCH DEN STANDORT IN DER ESMARCHSTRASSE. SOWOHL ENTWURFLICH ALS AUCH ANLAGENTECHNISCH WIRD GROSSER WERT AUF DIE NACHHALTIGKEIT GELEGT.

INSBESONDERE BEI DER WAHL DER KONSTRUKTION UND DEN BAUSTOFFEN WERDEN NACHWACHSENDE ROHSTOFFE IN FORM VON HOLZ EINGESETZT. SO WÄCHST DAS VERWENDETE HOLZ DES ROHBAUS IN DEUTSCHLAND INNERHALB VON 3 MINUTEN NACH UND DAS FLACHDACH WIRD GANZHEITLICH FÜR SOLARE GEWINNE GENUTZT.

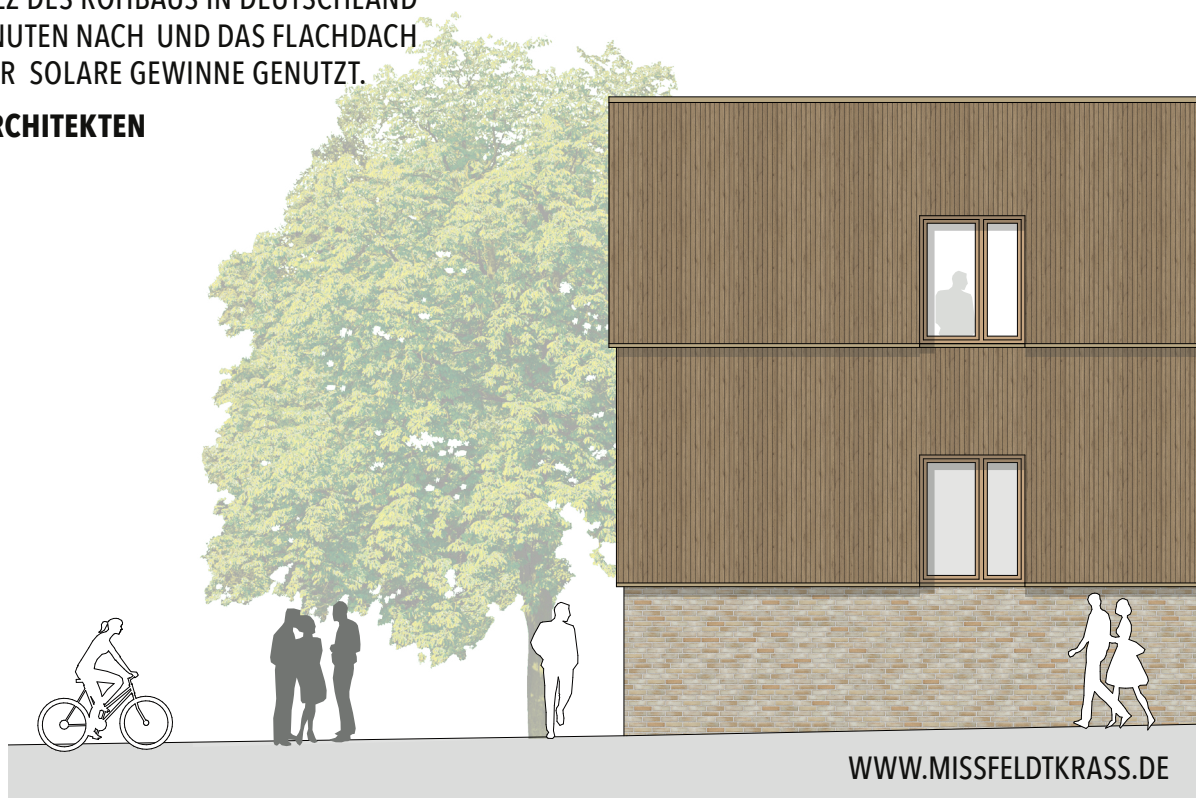
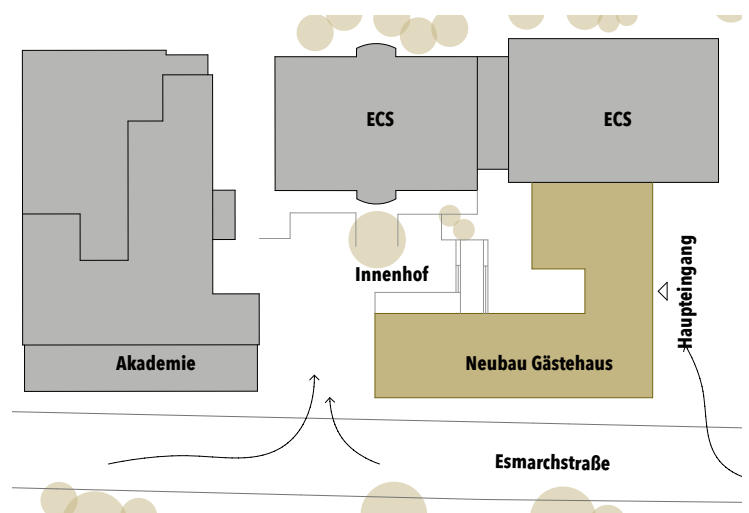
MISSFELDT KRASS ARCHITEKTEN

GEWINNER

**BDA
PREIS
2019**



MIBFELDT KRASS
ARCHITEKTEN BDA



WWW.MISSFELDTKRASS.DE