



Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Nr. 5

Mai 2020

Bad Segeberg
73. Jahrgang

Herausgegeben von
der Ärztekammer
Schleswig-Holstein

CORONA

Wenn die Ressourcen über Leben und Tod entscheiden

Corona hat die Diskussion über die Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen forciert. Wie gerecht ist die klinische Erfolgsaussicht?

T H E M E N

12

Interview: Die
zweite Welle
kommt

14

Onkologische
Versorgung in der
Krise

17

Forscher sind
dem Virus auf der
Spur

18

Ärzte in SH
gemeinsam gegen
die Krise

25

Neues MVZ in
Erfde



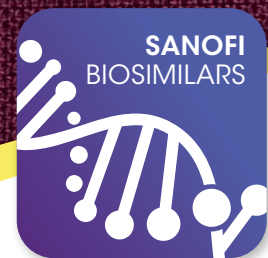
STRESSFREI VERORDNEN

INSULIN LISPRO SANOFI® –
DAS BIOSIMILAR-MAHLZEITENINSULIN
MIT PREISVORTEIL*



- Rabattverträge mit allen GKVen#
- Kein AMNOG
- Made in Germany

Erfahren Sie mehr über das erste Biosimilar-
Mahlzeiteninsulin auf www.lispro.de



* Listenpreisersparnis mit Insulin Lispro Sanofi® 100 E/ml von -15% bezogen auf einen ApU-Vergleich von Insulin Lispro Sanofi® 100 E/ml 10 x 3 ml Patrone (PZN: 12910612) zu Humalog® 100 E/ml 10 x 3 ml Patrone (PZN: 8752490) sowie Insulin lispro Sanofi® 100 E/ml 10 x 3 ml SoloSTAR® (PZN: 12910598) zu Humalog® 100 E/ml 10 x 3 ml KwikPen (PZN: 6087048). IFA-Stand 12/2019; # Erstattung für 100% der GKV-Versicherten durch langfristige Verträge, die den Rabatt auf den in der IFA-Lauertaxe gelisteten Preis sichern, gewährleistet. Stand 12/2019.

Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Patrone · Insulin lispro Sanofi® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einer Durchstechflasche · Insulin lispro Sanofi® SoloStar® 100 Einheiten/ml Injektionslösung in einem Fertigpen

Wirkstoff: Insulin lispro. **Zusammensetzung:** 1 ml enthält 100 Einheiten (3,5 mg) Insulin lispro. **Sonstige Bestandteile:** m-Cresol, Glycerol, Dinatriumhydrogenphosphat 7H₂O, Zinkoxid, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure 36% und Natriumhydroxid zur Einstellung des pH. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung von Erwachsenen und Kindern mit Diabetes mellitus, die Insulin für die Aufrechterhaltung eines normalen Glukosehaushaltes benötigen. Ebenfalls angezeigt bei Erstinstellung des Diabetes mellitus. **Gegenanzeigen:** Hypoglykämie, Überempfindlichkeit gegen Insulin lispro oder sonstigen Bestandteil. **Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Umstellung auf anderen Insulintyp/-marke/-ursprung nur unter strenger ärztlicher Überwachung. Gleichzeitige Behandlung mit oralen Antidiabetika gegebenenfalls anpassen. Bei unzureichender Dosierung oder Abbruch der Behandlung Hyperglykämie und diabetische Ketoazidose möglich. Lange Diabetesdauer, intensivierete Insulintherapie, diabetische Neuropathie, Betablocker oder Wechsel von Insulin tierischen Ursprungs zu Humaninsulin können Warnsymptome einer Hypoglykämie verschleiern. Bei verstärkter körperlicher Aktivität oder Ernährungsumstellung, Krankheit oder seelischer Belastung kann Dosis-Anpassung erforderlich sein. Unbehandelte hypo- oder hyperglykämische Reaktionen können zu Bewusstlosigkeit, Koma oder zum Tod führen. Bei Kombination mit Pioglitazon Herzinsuffizienz möglich, besonders bei Patienten mit Risikofaktoren. Bei Verschlechterung der kardialen Symptome Pioglitazon absetzen. Metacresol kann allergische Reaktionen hervorrufen. Funktionsstörungen der Insulinpumpe oder Anwendungsfehler können zu Hyperglykämie, hyperglykämischer Keto- oder diabetischen Ketoazidose führen. **Nebenwirkungen:** Häufigste Nebenwirkung jeder Insulinbehandlung ist Hypoglykämie. Schwere Hypoglykämien können zu Bewusstlosigkeit und im Extremfall zum Tod führen. Häufig (1/100–1/10) lokale allergische Reaktionen mit Hautrötungen, Schwellungen oder Juckreiz an der Injektionsstelle. Sie verschwinden gewöhnlich innerhalb weniger Tage bis weniger Wochen von selbst. Systemische Allergie selten (1/10.000–1/1.000), aber potentiell gefährlicher, kann Hautausschlag am ganzen Körper, Kurzatmigkeit, keuchenden Atem, Blutdruckabfall, schnellen Puls oder Schwitzen hervorrufen, kann lebensbedrohlich sein. Gelegentlich (1/1.000–1/100) Lipodystrophie an Injektionsstellen. Ödeme, vor allem bei Behandlungsbeginn oder Änderung der Behandlung zu Verbesserung der Blutzuckereinstellung. **Verschreibungspflichtig.** **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main Stand: Oktober 2018 (SADE.L119.01.0195).**

▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden.

Was uns Camus lehrt

Zurück in die Normalität – das wird noch dauern! Auch wenn erste Schritte und Lockerungen vorgenommen werden, hat die Pandemie unser Leben im Griff. Vieles Selbstverständliche ist weiterhin nicht möglich, im Kleinen wie im Großen. Doch gerade der Verzicht darauf hat uns in Deutschland davor bewahrt, die Grenzen des Gesundheitswesens zu überschreiten: Derzeit sieht es danach aus, dass unsere Kapazitäten in der ambulanten und stationären Medizin inklusive der Intensivmedizin ausreichen, weil alle Beteiligten vorausschauen und an ihre Grenzen gehen. Erst ein Virus musste uns zeigen, wie lebenswichtig ein werteorientiertes Gesundheitswesen mit patienten- und aufgabengerechten Ressourcen ist, wie wertvoll eine ethische, soziale und solidarische Grundüberzeugung einer Gesellschaft ist – Titelthema dieses Ärzteblattes!

Es ist jetzt noch nicht überschaubar, welche Auswirkungen die Corona-Pandemie mittel- und langfristig auf unser Leben haben wird: sozial, ökonomisch, gesundheitlich. Unsere aktuellen Mühen und Opfer ergeben nur dann einen tieferen Sinn, wenn wir uns nach der Pandemie zusammensetzen und daraus Konsequenzen ableiten. Dazu gehört für mich auch die Überwindung eines gewissen Hochmuts hin zu mehr Demut. Ersterer führt zu Überheblichkeit und Überschätzung, letztere zu einem vernunftgeleiteten Handeln. Denn es wird nicht die letzte Pandemie sein!

Einige werden wie ich das Buch „Die Pest“ von Albert Camus aus dem Jahr 1947 wieder gelesen haben, in dem er die Folgen einer Epidemie in einer Stadt stellvertretend für die ganze Welt aus Sicht des Arztes Rieux beschreibt. Der letzte Absatz steht für sich und ist uns eine Mahnung: „Während Rieux den Freudenschreien lauschte, die aus der Stadt empordrangen, erinnerte er sich nämlich daran, dass diese Fröhlichkeit ständig bedroht war. Denn er wusste, was dieser frohen Menge unbekannt war und was in den Büchern zu lesen steht: dass der Pestbazillus niemals ausstirbt oder verschwindet, sondern jahrzehntelang in den Möbeln und der Wäsche schlummern kann, dass er in den Zimmern, den Kellern, den Koffern, den Taschentüchern und den Bündeln alter Papiere geduldig wartet und dass vielleicht der Tag kommen wird, an dem die Pest zum Unglück und zur Belehrung der Menschen ihre Ratten wecken und erneut aussenden wird, damit sie in einer glücklichen Stadt sterben.“

Es liegt also an uns, mit unserer nordischen, unaufgeregten Art und Vernunft gemeinsam die richtigen Lehren zu ziehen.

Freundliche Grüße
Ihr



Dr. Henrik Herrmann
PRÄSIDENT



„Wir müssen die richtigen Lehren aus der Pandemie ziehen. Denn es wird nicht die letzte sein.“

Inhalt

NACHRICHTEN	4
Pflegeberufekammer fordert besseren Schutz	4
Bundesweite Ernährungsstudie gestartet	4
Masken aus Taiwan für Privatärzte	5
Kliniken fahren Kapazitäten hoch	5
Kurz notiert	5
TITELTHEMA	6
Ethik: Erfolgsaussicht soll entscheiden, wer beatmet wird	6
Interview: Die zweite Welle wird kommen	12
Pragmatischer Landrat	13
Onkologische Versorgung in Zeiten von Corona	14
Masken: Spendenaktion in Lübeck	16
Forschung: dem Virus auf der Spur	17
Ärzte gemeinsam gegen die Krise	18
Die Klinikärztin: Dr. Gisa Andresen	18
Der Virologe: Prof. Helmut Fickenscher	18
Die Ärztin im ÖGD: Dr. Maria Kusserow	19
Der Laborarzt: Prof. Jan Kramer	21
Der Arzt im Ruhestand: Dr. Matthias Seusing	22
GESUNDHEITSPOLITIK	24
Behandlungsbedarf bei psychischen Erkrankungen steigt	24
Erfde eröffnet ein MVZ	25
Interview: Neuer Dekan der med. Fakultät in Kiel	26
Georgien und sein Gesundheitswesen	28
Lübeck erprobt neues Konzept in der Geburtshilfe	29
IM NORDEN	30
20 Jahre Babyklappen	30
Ärztlicher Einsatz auf einem Forschungsschiff	32
Jubiläum: 75 Jahre Labor Kramer in Geesthacht	34
PERSONALIA	36
Personalwechsel in den Kliniken	36
Nachruf Prof. Fritz Beske	38
RECHT	39
Schlichtungsfall	39
MEDIZIN & WISSENSCHAFT	40
Gastbeitrag: Lügen in der Medizin	40
Diabetes: Sensoren aus dem 3 D-Drucker	41
ÄRZTEKAMMER	42
Facharztanerkennungen	42
Serie: Die neue Weiterbildungsordnung	43
Serie: Die Kreisausschüsse der Ärztekammer	44
ANZEIGEN	45
TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50

Besserer Schutz des Gesundheitspersonals

Die Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein mahnt intensivere Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten im Gesundheitswesen in der aktuellen Corona-Krise an. Nach Beobachtung der Kammer besteht an vielen Stellen noch kein Zugang zu angemessener Schutzausrüstung. Häufig müssten Beschäftigte in der Pflege private Initiative zeigen, um an Schutzausrüstung zu gelangen.

Die Pflegeberufekammer sorgt sich außerdem um ihre Mitglieder, weil die Zahl der an SARS-CoV-2 erkrankten Beschäftigten im schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen nicht bekannt ist. Patricia Drube, Präsidentin der Pflegeberufekammer, mahnte eine landes-

weite, zentrale Erfassung an – nicht nur nach Berufsgruppen, sondern auch nach Kliniken, Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflege aufgeschlüsselt.

Von der Erfassung verspricht sich die Kammer, dass die Erkrankungsraten des Gesundheitspersonals mit der der Bevölkerung verglichen werden kann. Daraus könnten dann Rückschlüsse gezogen werden, welche Schutzmaßnahmen in welchen Settings erforderlich seien – was im Moment nicht möglich sei. „Weder Applaus, Lobeshymnen noch Einmalzahlungen können den Schaden ausgleichen, der entsteht, wenn Pflegen-de durch den Mangel an Schutzausrüstung selbst gefährdet werden“, sagte Drube. (PM/RED)



Das Gesundheitspersonal in Schleswig-Holstein ist nach Ansicht der Pflegeberufekammer nicht ausreichend geschützt. Die Kammer plädiert für eine zentrale Erfassung des erkrankten Personals.

Kiel startet bundesweite Ernährungsstudie

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, startet eine Studie zur Wirksamkeit einer molekularen Ernährungsintervention bei Patienten mit einer frühen COVID-19-Erkrankung. Ziel ist es, milde Erkrankungen zu stabilisieren und die Zahl schwerer Verläufe zu reduzieren. Dazu soll der Ernährungsstatus der Patienten optimiert werden.

Bundesweit sollen rund 1.300 ambulante Patienten mit SARS-CoV-2-Infektion, bei denen leichte bis mittelschwere Symptome auftreten, in die Studie eingeschlossen werden. Durchgeführt wird die Studie von Prof. Stefan Schreiber, Direktor der Klinik für Innere Medizin I, Prof. Matthias Laudes, Leiter der Ernährungsmedizin der Klinik, Prof. Wolfgang Lieb, Direktor des Instituts für Epidemiologie des UKSH und der Kieler Universität sowie vom Kompetenznetz Darmerkrankungen.

Hintergrund des Forschungsprojektes ist der Verdacht, dass Mangelernährung ein wesentlicher Risikofaktor

für einen schweren Verlauf der COVID-19-Erkrankung ist. In früheren Arbeiten zeigten Schreiber und seine Kollegen, dass der negative Einfluss einer Mangelernährung auf das Immunsystem insbesondere auf eine einzelne Aminosäure zurückzuführen ist.

Um den Zusammenhang zwischen Mangelernährung und dem Verlauf von COVID-19 zu untersuchen, erhält eine Hälfte der Teilnehmer über vier Wochen 1.000 mg Vitamin B3, die andere Hälfte Kieselerde. Informationen zur Studie finden Interessierte auf der Internetseite www.covid19trial.de.

Besonders angesprochen sind Ärzte, die ihren frisch diagnostizierten Patienten eine Behandlungsoption bieten wollen. Sie können sich über die Telefonhotline montags bis freitags zwischen 9:00 und 17:00 Uhr unter 0431 592 9574 153 melden. Eine Anmeldung per Mail ist unter anmeldung@covid19trial.de möglich. Hier erhalten die teilnehmenden Ärzte auch eine Einverständniserklärung für die Patienten. (PM/RED)

Masken für Privatärzte



Mei-Shun Lo, Generaldirektor der Taipeh Vertretung in der Bundesrepublik Deutschland Büro Hamburg, bei der Übergabe in Bad Segeberg.

Die Tzu Chi Foundation, eine im taiwanesischen Gesundheitssektor engagierte Stiftung, hat der Ärztekammer Schleswig-Holstein rund 6.000 einfache Mund-Nase-Masken gespendet. Der Kontakt zwischen beiden Institutionen wurde über das Hamburger Büro der Taipeh-Vertretung in Deutschland hergestellt.

Die Ärztekammer wird die Masken an rein privatärztlich niedergelassene Ärzte in Schleswig-Holstein verteilen, die Bedarf angemeldet haben. Ein erster Versuch Anfang April, für diese in der Versorgung engagierte Ärzteguppe Schutzmaterial zu organisieren, war ergebnislos verlaufen.

Wie berichtet haben sich Ärztekammer-Präsident Dr. Henrik Herrmann und Taipeh Vertretung Generaldirektor Mei-Shun Lo schon zuvor über die Erfahrungen Taiwans im Umgang mit Epidemien ausgetauscht.

„Die aktuelle Pandemie zeigt, dass wir alle betroffen sind. Es ist eine internationale Krise, die nur unter gemeinsamen Anstrengungen gelöst werden kann. Diese Geste der Taipeh Vertretung in Hamburg stellt Taiwans internationales Engagement unter Beweis“, sagte Dr. Henrik Herrmann bei der Übergabe der Mund-Nase-Masken. Die Masken werden nun an die Privatärzte in Schleswig-Holstein verteilt. (sg)

Kliniken passen Kapazitäten an

Mit dem deutlichen Rückgang stationär aufgenommenen Covid-19-Patienten haben die schleswig-holsteinischen Krankenhäuser Ende April begonnen, ihren OP-Betrieb stufenweise wieder anzupassen. Dabei achteten sie darauf, weiterhin ausreichend Kapazitäten auch für beatmungspflichtige Corona-Patienten vorzuhalten.

„Seit Beginn der Pandemie Anfang März haben wir bis heute (Anm. der Red.: 27. April) insgesamt 16 Patienten mit einer Corona-Infektion behandelt oder behandeln diese noch. Darunter waren zwar auch Menschen mit sehr schweren Verläufen und auch Todesfälle, aber einen Großteil der Betten haben wir bis heute gottlob nicht gebraucht“, begründete etwa der Medizinische Geschäftsführer der HeiderWestküsten-

kliniken, Dr. Martin Blümke, die Anpassungen in seinem Haus. Auch andere Krankenhäuser in Schleswig-Holstein wie beispielsweise die inland Klinik in Rendsburg begannen im April, ihre Kapazitäten anzupassen.

Im WKK wurde die Bettenzahl im Infektionshaus um die Hälfte reduziert, von 72 auf 36, die wiederum jeweils zur Hälfte räumlich voneinander getrennt für Verdachtsfälle und für bestätigte Fälle zur Verfügung stehen. Nach Auskunft Blümkes ist eine kurzfristige Ausweitung dieser Kapazitäten aber jederzeit möglich. Um Personal zielgerichtet einsetzen zu können, bleiben einige Klinikbereiche in Heide wie etwa die Schmerzklinik oder die tagesklinische Versorgung von geriatrischen Patienten vorsorglich noch bis Ende Mai geschlossen. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

MedGuide für Corona-Patienten

Wenn Menschen der deutschen Sprache nicht mächtig sind und der Verdacht besteht, dass sie an COVID-19 erkrankt sind, ist der Zugang für Ärzte schwierig. Der kostenpflichtige medizinische Fragebogen „MedGuide Corona“ hilft, diese Gruppe sicherer zu erreichen. Mit mehr als 24 Übersetzungen können Symptome erfragt werden, die mit dem Coronavirus in Zusammenhang stehen. Für nicht alphabetisierte Menschen ist die Checkliste zusätzlich bebildert.

Laut Anbieter kann die Checkliste im separierten Wartebereich für Menschen mit Verdacht auf COVID-19 ausgelegt werden. Da die Fragebögen laminiert sind, eignen sie sich ebenfalls zum Aushang in Eingangsbereichen von Krankenhäusern oder Gemeinschaftsunterkünften. Ebenso sei eine einfache Kommunikation auf Distanz im Rettungswagen möglich. Die Checkliste ist zudem in digitaler Form auf allen mitgeführten Tablets und Smartphones abrufbar. Der MedGuide Corona kostet pro Sprache 14 Euro als laminierte Version. Die Checkliste wird auch als PDF für 10 Euro pro Sprache und Einsatzort zum Download gestaltet. Da Übersetzer derzeit nur schwer erreicht werden, stellt der Mandl & Schwarz Verlag kurzfristig auch den blauen MedGuide „Allgemeinmedizin“ mit über 500 Fragen und Antworten (ohne COVID-Schwerpunkt) auf Arabisch, Farsi, Englisch und Deutsch für Krankenhäuser und Praxen gratis zur Verfügung. (PM/RED)

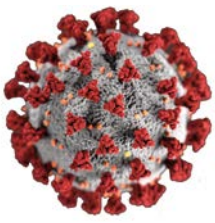
COVID-Studie in Lübeck

In Lübeck startet eine Längsschnittstudie, um Erkenntnisse über die Ausbreitung des Coronavirus im Großraum der Hansestadt zu erhalten. Aus den Ergebnissen von „Elisa“ (Lübecker Längsschnittuntersuchung zu Infektionen mit SARS-CoV-2) sollen die derzeitigen Eindämmungsmaßnahmen bewertet werden. Ziel ist es, 3.000 Teilnehmer zu gewinnen. Für die Studie arbeiten die Lübecker Universität und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein mit dem Gesundheitsamt der Stadt zusammen. Teilnehmer müssen sich online registrieren (<https://elisa-luebeck.de>) und eine App herunterladen. Die Untersuchungsgruppe wird über mehrere Wochen medizinisch begleitet. Die Teilnehmer werden auf Infektionsanzeichen hin untersucht und auf Antikörper getestet.

Bislang wurden rund 0,1 Prozent der Lübecker positiv auf das Virus getestet. Unbekannt ist aber, wie viele Menschen Kontakt mit dem Virus hatten. Vermutet wird, dass die sogenannte Herdenimmunität im Vergleich zum Süden Deutschlands geringer ist. Um die aufwendige Durchführung der Testreihe zu finanzieren, setzen die Initiatoren auf eine Crowdfunding-Kampagne. (PM/RED)

Muster für neues T-Rezept

Am 1. April wurde im Bundesanzeiger das Muster des amtlichen Vordrucks für das neue T-Rezept veröffentlicht. Die neuen Vordrucke werden seit 15. April 2020 vom BfArM ausgegeben. Auf der Rückseite von Teil II des T-Rezeptes wurde ein Feld für den Apothekenstempel ergänzt, um die Umsetzung der Anforderungen aus § 17 Absatz 6 Satz 1 Nummer 1 Apothekenbetriebsordnung zu erleichtern. Die T-Rezeptnummern wurden auf sieben Ziffern erweitert. Die entsprechend den Mustern in der Bekanntmachung des BfArM vom 6. Januar 2016 (BANz AT 21.01.2016 B5), vom 17. Juni 2011 (BANz. S. 2415) und vom 8. Dezember 2008 (BANz. S. 4818) ausgegebenen T-Rezepte behalten weiterhin ihre Gültigkeit. (PM/RED)



ETHIK

Mit Aussicht auf Erfolg

Konsistent, fair, medizinisch und ethisch gut begründet – so sollen Entscheidungen über knappe Ressourcen getroffen werden.

Wer kann gerettet werden, wer muss nachrangig behandelt werden? Zu einer solchen Entscheidung sind Ärzte in Deutschland in der Corona-Krise bislang nicht gezwungen worden. Das Infektionsgeschehen konnte zunächst so weit eingedämmt werden, dass die Ressourcen ausreichten und kein Patient wegen ausgelasteter Kapazitäten auf eine intensivmedizinische Behandlung warten musste. Berichte aus anderen westeuropäischen Ländern und den USA zeigten im April, wie wenig selbstverständlich das selbst für vergleichsweise hoch entwickelte Gesundheitssysteme war.

„In dieser Krise ungekannten Ausmaßes können wir uns glücklich schätzen, so große Solidaritätsressourcen in unserer Gesellschaft zu besitzen. Wir müssen aber ehrlich sein: Auch mit diesen Ressourcen gilt es sorgsam umzugehen und Spannungen zwischen unterschiedlichen Ansprüchen bedürftiger Gruppen fair auszuhandeln“, sagte der damalige Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Prof. Peter Dabrock. Für ihn war es im April der „wesentliche Orientierungspunkt für die nahe Zukunft“, Triage-Situationen zu vermeiden, in denen Ärzte entscheiden müssten, wer eine intensivmedizinische Behandlung erhält und wer nachrangig behandelt werden muss – und wessen Leben damit unter Umständen nicht mehr gerettet werden kann.

Die ausreichenden Kapazitäten ersparten solche Entscheidungen, die aus Sicht des Ethikrates weder einzelne Ärzte, noch der Staat treffen dürften. „Der Staat darf menschliches Leben nicht bewerten und deshalb auch nicht vorschreiben, welches Leben in einer Konfliktsituation zu retten ist. Die Verantwortung, in solchen dilemmatischen Situationen katastrophaler Knappheit medizinischer Ressourcen über Le-



Dr. Annette Rogge, Oberärztin Klinische Ethik am UKSH in Kiel und Mit-Autorin des DIVI-Papiers, beobachtet in Deutschland derzeit eine rege Diskussion über ethische Fragen: „Noch sind wir in Deutschland in der relativ glücklichen Situation, für Diskussion und Reaktion mehr Zeit zu haben als andere Länder. Ich erlebe gerade, dass wir dies sehr konstruktiv nutzen, um uns gut aufzustellen.“

ben und Tod zu entscheiden, sollte aber auch keinesfalls allein den einzelnen Ärzten aufgebürdet werden“, hieß es. Also braucht es einheitliche Handlungsmaximen für den klinischen Ernstfall, die der Ethikrat „nach wohlüberlegten, begründeten und transparenten Kriterien“ fordert. In diesem Zusammenhang verwies er auf erste Empfehlungen von medizinischen Fachgesellschaften und von der Akademie für Ethik in der Medizin.

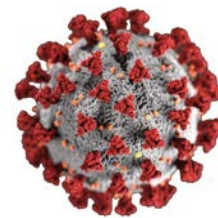
Wie sehen diese Kriterien aus? Eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe dieser Gesellschaften stellte klar, dass etwa das Alter für sie kein singuläres Kriterium sein kann. Für die Zuteilung von Ressourcen dürfe allein die Erfolgsaussicht

für das Überleben eine Rolle spielen, machte die Gesellschaft deutlich. Damit diese Entscheidungen konsistent, fair sowie medizinisch und ethisch gut begründet getroffen werden können, muss aus DIVI-Sicht vorab ein Verfahren der Entscheidungsfindung mit klar geregelten Verantwortlichkeiten definiert sein. Die Entscheidungen sollten nach dem Mehraugen-Prinzip und unter Beteiligung von möglichst zwei intensivmedizinisch erfahrenen Ärzten, einem Vertreter der Pflege und ggf. weiteren Fachvertretern getroffen werden. Nach Möglichkeit sollten die Entscheidungen im Konsens getroffen werden und gegenüber Patienten und Angehörigen transparent kommuniziert werden.

Was führt in der Regel zu einer schlechten Erfolgsaussicht? Hierzu nennt DIVI folgende Kriterien:

- ▶ **Aktuelle Erkrankung:** Schweregrad der führenden Erkrankung, begleitend akutes Organversagen (z. B. anhand des SOFA-Score ermittelt), prognostische Marker für COVID-19-Patienten
- ▶ **Komorbiditäten:** Vorhandensein einzelner schwerer Komorbiditäten, wenn diese in ihrer Schwere oder Kombination die Überlebenschancen bei einer Intensivtherapie erheblich verringern, z. B. mit deutlicher Einschränkung der Prognose (siehe Ontario-Protokoll): Chronische Organversagen (z. B. dialysepflichtige Niereninsuffizienz), schwere Organ-Dysfunktion mit prognostisch eingeschränkter Lebenserwartung, weit fortgeschrittene generalisierte neurologische Erkrankungen, weit fortgeschrittene Krebserkrankung, schwere und irreversible Immunschwäche, Multimorbidität
- ▶ **Allgemeiner Gesundheitsstatus:** Gebrechlichkeit (z. B. mit der Clinical Frailty Scale)





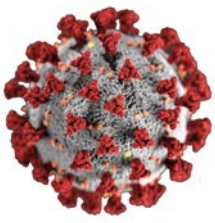
Ein Patient unter Beatmung auf einer Intensivstation. Bislang reichten die in Deutschland bestehenden und kurzfristig aufgestockten Kapazitäten aus, um alle Patienten zu versorgen. Auch Menschen aus benachbarten Ländern konnte in Deutschland geholfen werden.

Wie sind nun die Krankenhäuser in Schleswig-Holstein für solche ethischen Fragen aufgestellt? Laut Dr. Annette Rogge, Oberärztin Klinische Ethik am UKSH in Kiel und Mit-Autorin des DI-VI-Papiers, halten viele Einrichtungen im schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen Strukturen der klinischen Ethikberatung bereit und nutzen sie erfolgreich. Zwischen ihnen findet regional und bundesweit ein verstärkter und regelmäßiger Austausch statt, um solche Probleme zu diskutieren und Lösungsstrategien gemeinsam zu entwickeln. „Noch sind wir in Deutschland in der relativ glücklichen Situation, für Diskussion und Reaktion mehr Zeit zu haben als andere Länder. Ich erlebe gerade, dass wir dies sehr konstruktiv nutzen, um uns gut aufzustellen“, sagt Rogge.

Nach ihrer Beobachtung bekommen medizinethische Prinzipien, die Ärzte seit Jahrzehnten nutzen, jetzt eine deutlich zugespitzte praktische Relevanz und müssen auf die veränderte Situation angewandt werden. „Insbesondere Gerechtigkeitsfragen beschäftigen uns jetzt ganz verstärkt: Welche Untersuchungen und Eingriffe sind verschiebbar? Die Triage von Intensivkapazitäten wird intensiv diskutiert, auch wenn ich sehr hoffe, dass Situationen, wie sie z. B. aus Italien berichtet werden, für Deutschland nie real werden. Wie viel Unterstützung können und sollten wir innerhalb von Europa anbieten? Wie können wir in Versorgung und Forschung auch anderen Patienten noch gerecht werden?“

Die Verankerung ethischer Fragen in pandemischen Situationen war in der ärztlichen Ausbildung bislang nicht nur nach Erfahrungen Rogges alles andere als ein Schwerpunkt. „Wahrscheinlich wäre ich noch im vergangenen Semester dafür auch für fehlende Praxisrelevanz kritisiert worden“, vermutet Rogge. Nun hat sich das gewandelt: Die jetzt auftretenden moralischen Fragestellungen werden ins Curriculum aufgenommen und nach Rogges Hoffnung dort auch verbleiben, denn: „Leider wird das niemand mehr für Deutschland als realitätsferne Diskussion abtun.“

Rogge berichtet, dass das moralische Konfliktpotenzial – hervorgerufen vom vielerorts notwendigen Perspektivwechsel von einer vorrangig auf das individuelle Patientenwohl gerichteten hin zu einer stark populationszentrierten Versor-



VORAUSSETZUNG FÜR EINE SORGFÄLTIGE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG

Um einen existenziellen Mangel bei der Versorgung lebensbedrohlich erkrankter Menschen zu vermeiden, müssen Ressourcen durch verbesserte Kooperation optimal ausgenutzt werden, fordert die Bundesärztekammer. Eine intensive Netzbildung mit guter Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie mit dem ÖGD können eine Überschreitung der Behandlungskapazitäten verhindern helfen. Neben der Information über freie Behandlungsplätze in anderen Kliniken müssten die Kapazitäten für die Verlegung von intensivpflichtigen Patienten bedarfsgerecht ausgebaut werden. Um im Falle eines existenziellen Mangels verantwortungsbewusste Entscheidungen treffen zu können, müssten von der Klinikleitung und vom letztverantwortlichen Entscheidungsträger folgende grundlegende Leitfragen beantwortet werden.

Entscheidungswege und Verantwortlichkeiten innerhalb der stationären Einrichtung (Aufgabe der Klinikleitung)

1. Sind Organisation und Ablaufprozesse der stationären Patientenaufnahme inkl. der klinikinternen Zuteilung festgelegt?
2. Haben sich Klinik und niedergelassene Ärzte über die Einweisungsmodalitäten und die Möglichkeiten einer kurzfristigen Abstimmung im Einzelfall verständigt und sind die entscheidenden Ansprechpartner bekannt?
3. Liegen in der Aufnahmestation der Klinik alle erforderlichen Informationen zur Entscheidungsfindung vor (Festlegungen zum Patientenwillen, Anamnese, Vorbefunde, medizinische Befunde)?
4. Sind Verantwortlichkeiten für organisatorische und medizinische Fragen sowie Entscheidungen festgelegt? Das betrifft die stationäre Aufnahme und Entscheidungen im Behandlungsverlauf. Ist hierzu die Beratung im interprofessionellen Team definiert?
5. Besteht die Möglichkeit der zeitnahen Einbeziehung eines Ethik-Komitees?
6. Sind Kriterien für die Entscheidungsfindung beschrieben (Indikation, Patientenwille, Erfolgsaussichten)?
7. Ist festgelegt, wer getroffene Entscheidungen gegenüber Patienten und Angehörigen transparent macht?
8. Sind diese Festlegungen und Prozeduren in einer klinikinternen SOP schriftlich niedergelegt und allen Mitarbeitern zugänglich und bekannt gemacht? Sind die Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften verfügbar und bekannt?

Bei der Entscheidung im Einzelfall vom Letztverantwortlichen zu klärende Fragen

1. Liegen alle entscheidenden Informationen zum Patientenwillen sowie zu den medizinischen Befunden vor?
2. Sind die Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften berücksichtigt?
3. Ist die Möglichkeit einer Verlegung geprüft?
4. Sind die Beratungsergebnisse des interprofessionellen Teams sowie ggf. eines Ethikkomitees in die Entscheidungsfindung mit eingeflossen?
5. Ist sichergestellt, dass die Entscheidung nicht allein aufgrund der Zugehörigkeit des Patienten zu einer bestimmten Gruppe (z. B. Alter, soziale Kriterien, Behinderung) getroffen wird?
6. Ist sichergestellt, dass Entscheidung nicht schematisiert, sondern einfallbezogen erfolgt?

gung – alle im Gesundheitswesen Tätigen belastet. Eine wichtige Rolle dabei spielt Moral distress. „Dieser tritt jetzt verstärkt auf, weil wir Ärzte eigentlich wissen, wie wir moralisch richtig handeln sollten, aber durch äußere Umstände daran gehindert werden es auch zu tun.“ Als Beispiel nennt sie die aus infektiologischer Sicht notwendige Einschränkung von Angehörigenbesuchen. Allen Patienten und insbesondere Sterbenden wünscht man, dass alle ihnen wichtigen Personen bei ihnen sein können – was vor der Pandemie niemand in Frage gestellt hätte. „Jetzt müssen wir plötzlich Abwägen zwischen dem berechtigten Wunsch des individuellen Patienten und dem Infektionsschutz für viele. Das müssen wir dann auch noch kommunizieren, durchsetzen und die daraus folgende Situation auf Station gemeinsam aushalten. Insbesondere Berufsanfänger, Studierende im PJ und Medizinstudierende sollten hierfür Unterstützung erfahren“, appelliert Rogge.

Die Unterstützung für die Entscheidung in ethischen Fragen sollte nach Ansicht von Dr. Henrik Herrmann vertieft werden. Der Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein spricht sich u. a. für mehr Angebote in der Akademie der Ärztekammer aus. Herrmann hat an einer Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation medizinischer Ressourcen während der SARS-CoV-2-Pandemie im Falle eines Kapazitätsmangels mitgewirkt. Als oberstes Gebot gilt der BÄK, dass in Deutschland alle Anstrengungen unternommen werden müssen, um die benötigten Ressourcen bedarfsgerecht auszubauen. „Dies ist bisher gelungen“, stellte die BÄK Ende April fest, aber auch: „Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass zukünftig bei zusätzlicher Beanspruchung des Gesundheitswesens durch COVID-19-Kranke eine Situation knapper (intensiv)medizinischer Ressourcen entsteht, zumal auch zunächst aufgeschobene medizinische Maßnahmen in absehbarer Zeit durchgeführt werden müssen oder dringlich werden.“

Für diese Situation hat die Bundesärztekammer Handlungsgrundlagen als Orientierungshilfe formuliert, die zunächst klarstellen, dass auch in Pandemiezeiten das Selbstverständnis des ärztlichen Berufs gilt. Als handlungsleitend sind beispielhaft die folgenden Grundsätze aus den ärztlichen Berufsordnungen genannt:

► „Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten“ (aus § 1 Muster-Berufsordnung).

► „Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren“ (aus § 7 der Muster-Berufsordnung).

► „Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse. Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“ (aus § 2 der Muster-Berufsordnung).

Wenn Ärzte in Konfliktsituationen z. B. bei nicht ausreichenden intensivmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten geraten, in der eine Entscheidung zwischen zwei oder mehreren Menschen unausweichlich ist, müsse diese nachvollziehbar und auf der Grundlage des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse begründet und auch dokumentiert werden, fordert die BÄK. In einem solchen Fall komme hinsichtlich der strafrechtlichen Beurteilung als Rechtfertigungsgrund vor allem die so genannte rechtfertigende Pflichtenkollision in Betracht. Auch handeln Ärzte nach Überzeugung der Bundesärztekammer rechtmäßig, wenn sie in einer Situation existentieller Knappheit unter sorgfältiger Berücksichtigung der Berufsordnung und des aktuellen Standes der medizinischen Erkenntnisse einfallbezogene Entscheidungen über die Allokation (intensiv)medizinischer Ressourcen treffen. Dabei sollen die nachfolgenden Grundsätze besonders beachtet werden.

Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten müssen gewahrt bleiben.

Es dürfen nur Behandlungen empfohlen werden, für die eine medizinische Indikation besteht. Empfehlungen und Entscheidungen müssen so weit wie möglich transparent gemacht und begründet werden. Der Respekt vor der Autonomie und der Würde der Patienten ist eine der ersten Selbstverpflichtungen im ärztlichen Gelöbnis. Die Empfehlung zur Formulierung entsprechender Willenserklärungen (z. B. Patientenverfügungen, ärztliche Notfallanordnung) im Vorfeld einer Erkrankung oder in einer frühen Erkrankungsphase ist gera-



Wie finden Ärzte zu einer Entscheidung, wenn die zur Verfügung stehenden Ressourcen in der Intensivmedizin nicht ausreichen? Ärzte dürfen mit dieser Entscheidung nicht alleingelassen werden, mahnt die Bundesärztekammer. Sie erinnert Politik, Gesellschaft, Selbstverwaltung und Angehörige aller Gesundheitsberufe an die Pflicht alles zu tun, um in Pandemiezeiten existenzielle Knappheit nicht aufkommen zu lassen. Ärzten bietet die BÄK eine Orientierungshilfe zur Allokation medizinischer Ressourcen in Pandemiezeiten.

de auch im Zusammenhang der SARS-CoV-2-Pandemie von großer Bedeutung. Die gemeinsame Entscheidungsfindung über medizinische Maßnahmen darf nicht auf die Intensivmedizin oder den stationären Sektor begrenzt werden. Der ambulanten Versorgung kommt mit Blick auf die Abwendung einer kritischen Versorgungslage und mit Blick auf die Wahrung der Patientenautonomie eine Schlüsselrolle zu. Eine frühzeitige Ermittlung und Dokumentation der Patientenpräferenzen (idealerweise Vorsorgevollmacht mit Patientenverfügung) sollte bereits im präklinischen Bereich erfolgen, nicht zuletzt damit auch im Falle einer (dann) fehlenden Einwilligungsfähigkeit nur diejenigen Patienten stationär aufgenommen werden, die eine Krankenhausbehandlung mit möglicher Intensivmedizinischer Therapie wünschen.

Kein Menschenleben ist mehr wert als ein anderes. Es gilt der Grundsatz der Gleichbehandlung.

Daher verbieten sich Benachteiligungen aufgrund von Alter, Geschlecht, Nationalität, Behinderung oder sozialem Status. Auch medizinisch geprägte Kategorisierungen (z. B. Demenz, andere chronische Erkrankungen) dürfen nicht zu einem pauschalen Ausschluss von erforderlichen Behandlungen führen. Es sind stets einzelfallbezogene Entschei-

dungen nach dem Prinzip der Gerechtigkeit auf der Basis von fairen, transparenten sowie ethisch und medizinisch fachlich begründeten Kriterien geboten. Entscheidungen dürfen nicht schematisiert oder anhand von starren Algorithmen getroffen werden. Die Indikation zu medizinischen Maßnahmen richtet sich nach dem üblichen klinischen Vorgehen. Nach den Prinzipien des Wohltuns (Benefizienz) und Nichtschadens ist zu prüfen, ob eine medizinische Behandlung eine realistische Erfolgsaussicht hat und sich ein vom Patienten gewolltes Behandlungsziel erreichen lässt.

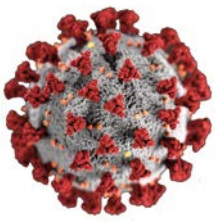
Algorithmen oder Checklisten z. B. können grundlegende ethische oder medizinische Prinzipien verdeutlichen. Sie können aber die Entscheidung im jeweiligen Einzelfall nicht vorwegnehmen oder ersetzen. Kein Arzt darf mit Priorisierungsentscheidungen bei fehlenden ausreichenden Ressourcen allein gelassen werden. Für die individuelle Einschätzung von Indikation und Erfolgsaussicht ist eine Beratung im interdisziplinären und interprofessionellen Team wichtig und nach Möglichkeit durchzuführen. Sofern möglich, sollen auch telemedizinische Konsultationen bei Bedarf erwogen werden. So kann zudem die Transparenz der Entscheidung für Patienten und Angehörige verdeutlicht werden. Dieser Entscheidungsprozess muss unter der Leitung und Verantwor-

tung erfahrener Ärzte stehen. Die ärztliche Letztverantwortung und Dokumentation der Entscheidung muss festgelegt sein. Wann immer möglich, sollten klinische Ethik-Komitees oder ein anderes, z. B. bei der Landesärztekammer eingerichtetes Ethik-Komitee zeitnah in die Entscheidungsfindung einbezogen werden. In einer Priorisierungssituation wegen überlastender Inanspruchnahme begrenzter Ressourcen wird dies meist nicht möglich sein. Deshalb ist es wichtig, Ärzte anhand der bestehenden Empfehlungen auf eine solche Situation im Vorfeld vorzubereiten. Hierzu können Leitfragen helfen.

Das bedeutet: Für die BÄK sind die medizinische Indikation, der Patientewille und die klinischen Erfolgsaussichten zentrale Kriterien für Entscheidungen unter Ressourcenknappheit. Wenn Priorisierungsentscheidungen erforderlich sind, müssen grundsätzlich alle Patienten, die Behandlungsbedarf haben, einbezogen werden - unabhängig davon, ob ihr Bedarf auf eine infektiöse Erkrankung oder eine andere (intensiv)medizinisch behandlungsbedürftige Krankheit zurückgeht. Reichen die Ressourcen nicht aus, sollen diese so eingesetzt werden, dass die Erfolgsaussicht mit Blick auf ein Überleben und auf die Gesamtprognose möglichst groß ist und die meisten Menschenleben gerettet werden können. Die BÄK stellt klar: „Solche

Info

- ▶ Die Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates zur Corona-Krise finden Sie auf der Website des Gremiums unter: www.ethikrat.org/pressekonzferenzen/derdeutsche-ethikrat-zur-corona-krise/
- ▶ Die klinisch-ethischen Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin finden Sie unter: www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file



Entscheidungen sind nur unter existenzieller Knappheit gerechtfertigt. Wesentlich ist, dass die Perspektive von Erfolgsaussichten zeitlich und inhaltlich nicht so weit über den unmittelbaren Behandlungskontext hinaus ausgeweitet wird, dass sich daraus ein pauschaler Ausschluss bestimmter Patientengruppen ergibt. Dieses Risiko wächst, wenn Wertungen zur mittel- und langfristigen Lebensqualität vorgenommen werden, es sei denn, eine erwartete Einschränkung der Lebensqualität entspricht nicht dem Patientenwillen.“

In konkreten Priorisierungssituationen fordert die BÄK eine medizinisch-fachliche Abwägung, die sowohl die Bedürfnisse und Erfolgsaussicht für den einen Patienten im Blick hat, als auch die Perspektive der um dieselbe Ressource konkurrierenden Patienten. Hierfür bieten aus BÄK-Sicht die aktuellen Stellungnahmen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine wichtige Hilfe – u. a. die DIVI-Empfehlungen, aber auch die der DEGAM und die Leitlinienwebsite der AWMF.

Die Indikation zur Fortführung einer Intensiv- und/oder Beatmungstherapie im Behandlungsverlauf ist immer wieder kritisch zu überprüfen.

Es ist zu allen Zeiten unärztlich, stellt die BÄK klar, eine intensivmedizinische Therapie unter Einsatz aller lebenserhaltenden Maßnahmen fortzuführen, wenn damit nach ärztlichem Ermessen kein

Experten

Dem von Schleswig-Holsteins Ministerpräsident Daniel Günther (CDU) einberufenen Expertenkreis gehören Prof. Klaus Rabe (Ärztlicher Direktor der Lungenklinik Großhansdorf), Prof. Jan Rupp (Direktor der Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie des UKSH, Lübeck), Prof. Philipp Rosenstiel (Direktor des Instituts für Klinische Molekularbiologie des UKSH, Kiel), Prof. Kamila Jauch-Chara (Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des UKSH, Kiel), Prof. Helmut Fickenschler (Direktor des Instituts für Infektionsmedizin des UKSH) an, aber auch Prof. Gabriel Felbermayr (Präsident des Instituts für Weltwirtschaft), Frank Roselieb (Institut für Krisenforschung) und Uta Fölster, Präsidentin des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichts.

Behandlungserfolg mehr verbunden sein kann oder diese nicht (mehr) dem Patientenwillen entspricht. Aus Sicht der Bundesärztekammer muss auch die Entscheidung über die Fortführung einer Intensiv- oder Beatmungstherapie immer eine Einzelfallentscheidung nach den o.g. Grundsätzen sein. Auch hier seien die Leitlinien und Empfehlungen der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften für die Ermittlung des jeweils aktuellen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnis hilfreich und zu beachten. Auch eine Therapiezieländerung sollte im Behandlungsteam interdisziplinär und interprofessionell besprochen werden und muss ärztlich verantwortet und dokumentiert werden. Im Falle einer Priorisierungsentscheidung bei nicht ausreichenden Ressourcen unterliegt diese den oben dafür dargestellten Grundsätzen.

Palliativmedizin und psycho-soziale Betreuung dürfen nicht vernachlässigt werden.

Vielmehr ist darauf zu achten, dass für die bedarfsgerechte, ganzheitliche und leitlinienkonforme Behandlung aller Patienten, insbesondere der chronisch Kranken und auch der palliativmedizinisch behandelten Patienten sowohl stationär als auch ambulant ebenso ausreichende Ressourcen vorhanden sein müssen. Priorisierungsentscheidungen zur Ressourcenverteilung dürfen diese Patientengruppen nicht einseitig be-

nachteiligen. Patienten und Angehörigen muss im Falle des nahen Todes soweit irgend möglich der Kontakt zueinander ermöglicht werden. Die ambulante medizinische Versorgung muss – ggf. mit Priorisierungsentscheidungen – wohnortnah erfolgen. Bei der spezialisierten stationären Behandlung und hier insbesondere der intensivmedizinischen Behandlung müssen bei knappen Ressourcen auch überregional und deutschlandweit freie Kapazitäten für die Allokations- und Priorisierungsentscheidung ermittelt und beachtet werden.

Klar ist für die BÄK auch, dass Ärzte Gewissheit brauchen, dass sie sich keinen rechtlichen Risiken aussetzen, wenn sie in extrem schwierigen Situationen unter Berücksichtigung der beschriebenen Kriterien Entscheidungen zur priorisierten Allokation medizinischer Ressourcen treffen.

Die Corona-Pandemie hat aber noch weitere ethische Konflikte offenbart: So sollen etwa die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems gesichert und zugleich die damit einhergehenden Einschränkungen für die Bevölkerung gering gehalten werden. Um solche Balanceakte zu bewältigen, sind ständige Abwägungen erforderlich. Wie schwer diese im Einzelfall fallen können, machte der Deutsche Ethikrat deutlich. Bei der Suche nach Antworten spielen neben der Inanspruchnahme von Ressourcen Grundprinzipien wie Solidari-





tät und Verantwortung tragende Rollen. Klar ist für den Ethikrat, dass die mit der Krise entstehenden ethischen Fragen gesamtgesellschaftlich gelöst und die dafür erforderlichen Entscheidungen von der Politik gefällt werden müssen. „Es widerspräche dem Grundgedanken demokratischer Legitimation, politische Entscheidungen an die Wissenschaft zu delegieren und von ihr eindeutige Handlungsanweisungen für das politische System zu verlangen. Gerade schmerzhaft Entscheidungen müssen von den Organen getroffen werden, die hierfür durch das Volk mandatiert sind und dementsprechend auch in politischer Verantwortung stehen. Die Corona-Krise ist die Stunde der demokratisch legitimierten Politik“, so der Ethikrat.

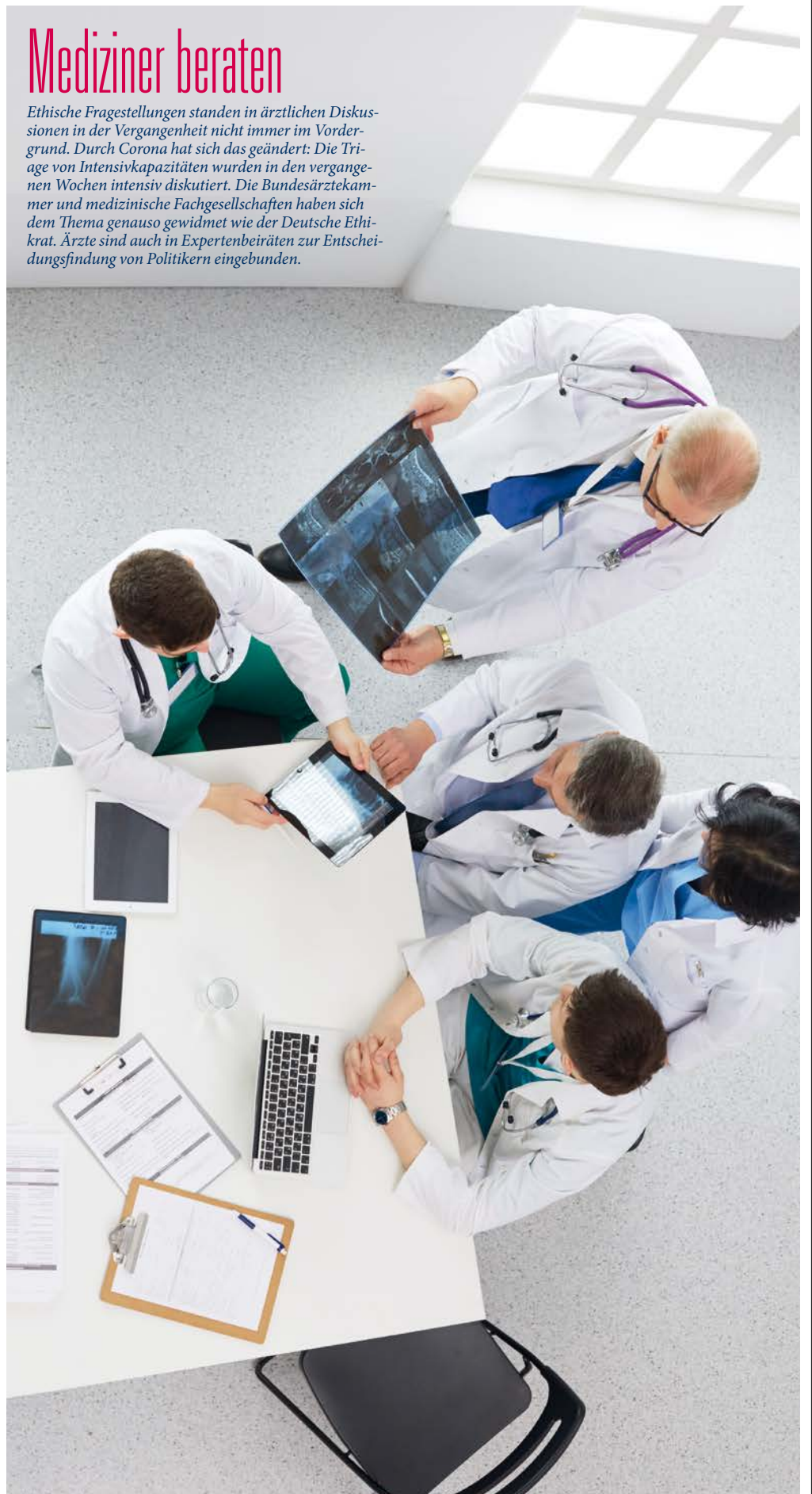
Auf Bundes- und Landesebene haben Politiker für diese Entscheidungen unterschiedlich zusammengesetzte Expertengremien einberufen. „Wir möchten und wollen Sie hören, um im Kreis der Landesregierung offen darüber diskutieren zu können, was wir der Bevölkerung Schleswig-Holsteins nach dem 19. April weiter zumuten müssen und an welcher Stelle getroffene Maßnahmen überdacht oder gegebenenfalls verändert werden können“, sagte Schleswig-Holsteins Ministerpräsident Daniel Günther (CDU) zum Auftakt der Beratungen der von ihm einberufenen Expertenrunde. Dies habe vor dem Hintergrund einer dynamischen und sich stets veränderten Situation zu erfolgen. „Die ausstehenden schwierigen Entscheidungen müssen plausibel und nachvollziehbar sein und den Gesundheitsschutz der Bevölkerung stets in den Mittelpunkt stellen“, sagte Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) vor den Beratungen.

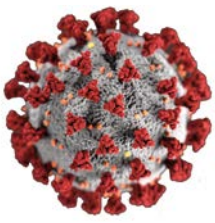
In Zusammenhang mit freiheitsbeschränkenden Infektionsschutzmaßnahmen riet der Deutsche Ethikrat, diese „fortlaufend kritisch zu evaluieren“. Die Frage, unter welchen Voraussetzungen und auf welche Weise eine geordnete Rückkehr zu einem einigermaßen „normalen“ gesellschaftlichen und privaten Leben sowie zu regulären wirtschaftlichen Aktivitäten erfolgen kann, trieb auch den Ethikrat um. Die von dem Gremium empfohlenen Einzelmaßnahmen reichen vom Aufstocken der Kapazitäten über die Einführung eines flächendeckenden Systems zur Erfassung und optimierten Nutzung von Intensivkapazitäten bis zur Förderung von Forschung an Impfstoffen und Therapeutika sowie zu Strategien zur politischen Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit Covid-19.

DIRK SCHNACK

Mediziner beraten

Ethische Fragestellungen standen in ärztlichen Diskussionen in der Vergangenheit nicht immer im Vordergrund. Durch Corona hat sich das geändert: Die Triage von Intensivkapazitäten wurden in den vergangenen Wochen intensiv diskutiert. Die Bundesärztekammer und medizinische Fachgesellschaften haben sich dem Thema genauso gewidmet wie der Deutsche Ethikrat. Ärzte sind auch in Expertenbeiräten zur Entscheidungsfindung von Politikern eingebunden.





MINISTERIUM

Die zweite Welle wird kaum zu verhindern sein

Dr. Anne Marcic ist im Kieler Gesundheitsministerium für den Infektionsschutz zuständig. Im Interview mit Dirk Schnack erläutert sie u. a., wie sie Informationen für die Politik aufbereitet.

Wie hat sich Ihr Arbeitsalltag seit Ausbruch der Coronakrise verändert?

Dr. Anne Marcic: Die Schlagzahl ist im Infektionsschutz aufgrund der Bandbreite und Themenfülle schon in Friedenszeiten recht hoch. Seit Beginn des Corona-Geschehens hat sich das natürlich noch einmal deutlich zugespitzt. Der Tag beginnt bereits beim Frühstück mit Corona, setzt sich in allen nur denkbaren Facetten und unter Beteiligung vieler verschiedener Akteure fort. Die Arbeitszeiten sind ausgedehnt, ein Wochenende findet immerhin stundenweise statt. Innerhalb extrem kurzer Zeit müssen zahlreiche Informationen aufgenommen und bewertet werden und Entscheidungen, die daraus resultieren, vorbereitet werden. Die Anforderungen kommen phasenweise im Minutentakt und das E-Mail-Postfach musste erweitert werden, um die Flut der eingehenden Anfragen, Aufforderungen, Informationen und Hinweise überhaupt empfangen zu können. Die Bewältigung bzw. Abarbeitung ist damit noch nicht erfolgt.

Die Herausforderung besteht darin, einerseits selbst auf dem aktuellen Informationsstand zu bleiben und andererseits gleichzeitig Kollegen intern und extern zu informieren und die Beratung der politischen Ebene so sicherzustellen, dass aktuelle Entscheidungen auf fachlich fundierter Basis erfolgen können.

Was sind derzeit Ihre Prioritäten, was muss bei der Arbeit hinten anstehen?

Marcic: Prioritär sind die fachliche Bewertung der aktuellen Situation des Erkrankungsgeschehens (epidemiologisch) und der angezeigten Maßnahmen zur Bewältigung. Außerdem die Abstimmung mit den Kolleginnen und Kollegen von Bund und Ländern sowohl zur Bewertung als auch im Hinblick auf zu veranlassende Maßnahmen und die Abstimmung mit den Gesundheitsämtern



Dr. Anne Marcic ist Infektionsschutzreferentin im Landesgesundheitsministerium in Kiel. Sie bewertet das aktuelle Erkrankungsgeschehen aus fachlicher Sicht, schlägt die jeweils angezeigten Maßnahmen vor und stimmt sich mit den Kollegen in Bund und Ländern ab.

und die Koordinierung der Maßnahmen im ÖGD. Priorität hat auch die Beratung der Politik als Ergebnis aus den vorgenannten Punkten. Alle anderen Fragestellungen können aktuell nur nachrangig, wenn sich mal zwischendurch ein Zeitfenster öffnet, bearbeitet werden.

Manche Themen können derzeit aber auch gar nicht bearbeitet werden, weil wir dafür keine Ressourcen haben. Betroffen sind etwa Themenbereiche im Infektionsschutz wie die Anpassung von

Regelungen zum Impfen oder die Impfvereinbarung für den ÖGD oder die Klärung der Kostenübernahme bei der Behandlung von Kontaktpersonen bei Scabies.

Auch die zahlreichen Zuschriften per E-Mail mit vielen kreativen Ideen zum weiteren Vorgehen oder zur Durchführung bestimmter Testreihen oder zu sonstigen Dingen können aus dem Fachreferat kaum oder nur in sehr begrenztem Umfang beantwortet werden.

Welche Informationskanäle müssen Sie bedienen?

Marcic: Intern werden fachspezifische Fragestellungen für die Gesundheitsabteilung im Ministerium, für die regelmäßige „Morgenlage“ und den Leitungsstab Corona aufbereitet. Zu den Aufgaben zählt aber auch die inhaltliche Vorbereitung der politischen Gremien wie etwa Sozialausschuss und für die Beratung innerhalb der Landesregierung. Extern leistet das Referat die fachliche Zuarbeit zur Beantwortung von Presseanfragen sowie die externe Informationsverteilung per E-Mail und die Abstimmung für zahlreiche Telefonkonferenzen, die fachlichen Abstimmungen auf Bund-Länder-Ebene, den öffentlichen Gesundheitsdienst, die Fachöffentlichkeit in Schleswig-Holstein und den Expertenbeirat „Medizinische Versorgung bei COVID-19 Schleswig-Holstein“.

Wo informieren Sie sich persönlich über die Entwicklung?

Marcic: Viele wesentliche Fachinformationen sind der breiten Öffentlichkeit uneingeschränkt zugänglich – was manchmal ein Problem ist, weil sich alle dadurch aufgerufen fühlen, Vorschläge zu machen. Ich nutze die Medien, die alle anderen auch nutzen. Zusätzlich stehen mir behördeninterne Informationen zur Verfügung.

Info

Die Website der Landesregierung informiert schon auf der Startseite über das Coronavirus: www.schleswig-holstein.de



LANDKREIS

Parteilos + pragmatisch

Landrat Rolf-Oliver Schwemer aus dem Kreis Rendsburg-Eckernförde sucht in der Coronakrise nach Lösungen, statt auf Vorgaben von oben zu warten – nicht immer erhält er dafür Lob.

Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen?

Marcic: Als sehr gut. Es sind alle sehr engagiert und geben wirklich ihr Bestes. Das gilt in meiner Funktion natürlich in erster Linie für die Kolleginnen und Kollegen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, aber auch in allen anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Da ist ein deutlicher Schulterschluss spürbar. Es wird so manches umgesetzt, was vorher nie – und schon gar nicht in so kurzer Zeit – denkbar gewesen wäre. Diese Kooperationsbereitschaft wünsche ich mir dauerhaft. Dass die Finanzierung diesbezüglich derzeit kaum eine Rolle spielt, erleichtert es natürlich sehr. Die Kostentragung ist ja sonst eine große Bremse.

Wird medizinischer Expertenrat aus Ihrer Sicht von der Politik ausreichend in Entscheidungen einbezogen?

Marcic: Bisher (Anm. der Redaktion: 17. April) ja, in der Landesregierung wurde weitgehend Wert auf die Einschätzung der Fachebene gelegt und diese fand auch Gehör. Das kann sich natürlich im Laufe des Geschehens ändern.

Mit welcher Entwicklung rechnen Sie persönlich bis zum Jahresende? Kommt die oft zitierte „zweite Welle“ und wovon hängen ihre Intensität und die Zeitspanne ab?

Marcic: Ob und wann eine zweite Welle auftritt, wird davon abhängen, wie lange die Ausbreitung des Erregers weiter eingedämmt werden kann. Die zweite Welle wird kaum zu verhindern sein. Das wäre wahrscheinlich nur dann möglich, wenn noch sehr lange die kontaktreduzierenden Maßnahmen und Einschränkungen des öffentlichen Lebens aufrechterhalten werden. Die Intensität wird vom Ausmaß der kontaktreduzierenden Maßnahmen bestimmt. Je mehr Kontakte zugelassen werden, desto größer ist die Intensität, also desto mehr Menschen erkranken gleichzeitig. Das wiederum bestimmt dann auch die Zeitspanne. Je weniger intensiv die Infektionswelle erfolgt, desto länger dauert sie. Bei weiteren Maßnahmen wird es darum gehen, die Balance zwischen dem Zulassen des öffentlichen Lebens und dem Beherrschen der Infektionen zu finden.

Können Sie schon eine Lehre aus den bislang gesammelten Erfahrungen nennen?

Marcic: Ich bleibe bei meinem bisherigen Fazit zur Pandemieplanung: Erstens kommt es anders und zweitens als man denkt.

Vielen Dank für das Gespräch.



Landrat Rolf-Oliver Schwemer überreichte der KV-Notdienstbeauftragten Gloria-Linda Lawrenz noch vorhandene Schutzkleidung aus dem Bestand des Kreises, als die KV vergangenen Monat in Rendsburg ein Diagnostikzentrum eröffnete.

Er scheint immer eine Nasenspitze voraus: So beschrieben die „Kieler Nachrichten“ den Mann, der als erster Landrat in Schleswig-Holstein im März Feiern in größeren Runden untersagte. Er sorgte sehr früh mit dafür, dass die kreiseigene imland-Klinik die Kapazitäten für die Aufnahme von COVID-19-Patienten schuf. Er ließ innerhalb kürzester Zeit ein eigenes Diagnostikzentrum aufbauen – und beendete die Eigenlösung genauso schnell, als die KV ihr Diagnostikzentrum vor Ort einrichtete. Rolf-Oliver Schwemer ist zwar schon seit zwölf Jahren Landrat im Kreis Rendsburg-Eckernförde, landesweit aber spricht man verstärkt über seine Initiativen, seit das Coronavirus das Land in Atem hält. Schwemer ergriff von Beginn an die Initiative, auch wenn er dafür nicht von allen Lob erhielt und manchmal auch aneckte.

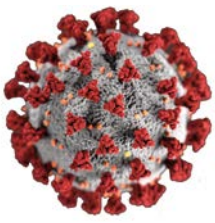
Nicht überliefert ist, wie Schwemer auf die Überschrift „Wie Söder? Ein Landrat der Alleingänge“ reagiert hat. Fest steht dagegen, dass er pragmatisch handelt. „Wir wollten eine Lücke schließen. Es macht aber Sinn, die Kräfte zu bündeln“, sagte er etwa bei Eröffnung des KV-Diagnostikzentrums in Rendsburg. Vorher hatte Schwemer teilweise mehr als 100 Tests täglich in Rendsburg durch eine kreiseigene Lösung vornehmen lassen, weil die KV in dem großen Flächenkreis noch kein Angebot hatte. Der Kreis hatte dafür Ärzte im Ruhestand rekrutiert und ihnen Kreisangestellte als Helferinnen zur Seite gestellt, die potenziell Infi-

zierte in einem provisorischen „Drive-in“ erwarten. Die Reaktion der KV fiel wie wohl erhofft aus: „Wir haben gesehen, dass der Bedarf vorhanden ist“, sagte KV-Sprecher Nikolaus Schmidt.

„Auch rückblickend war es richtig, das Abstrichzentrum zu errichten“, verteidigte Schwemer später den Alleingang. Damit sei es gelungen, „das Dunkelfeld aufzuhellen, das bei der Verfolgung und Bekämpfung der Infektionsketten extrem hilfreich ist“. Mithilfe der Tests in Rendsburg konnten Erkrankte im Kreis isoliert und Kontaktpersonen unter Quarantäne gestellt werden.

Der Pragmatismus des 55-jährigen parteilosen Juristen ist über den Kreis hinaus bekannt. Mit Spannung darf man erwarten, ob der passionierte Marathonläufer auch bei seiner nächsten Bewährungsprobe Erfolg haben wird. Als Land- und Aufsichtsrat hat er großes Interesse daran, dass die kreiseigene imland-Klinik finanziell gesund aus der Coronakrise hervorgeht. „Wir sind erheblich in Vorleistung gegangen und haben Kapazitäten für Corona-Patienten geschaffen. Daraus dürfen unserem Krankenhaus keine wirtschaftlichen Nachteile erwachsen“, sagte er dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Schwemer weiß natürlich, dass die Weichen für die finanzielle Entschädigung der Krankenhäuser vornehmlich auf Bundesebene gestellt werden – was für ihn aber nicht bedeutet, dass er die Folgen für seinen Kreis als Landrat nicht anspricht.

DIRK SCHNACK



ONKOLOGIE

Onkologische Versorgung in Zeiten von Corona

Krebs wurde zunehmend zu einer beherrschbaren chronischen Erkrankung. Mit Ausbruch der Pandemie haben sich die Bedingungen für die Versorgung jedoch stark verändert.

Die COVID-19-Pandemie bleibt auch für Patienten, die bereits unter einer chronischen Erkrankung leiden, nicht folgenlos. So ist etwa die Zahl der Menschen, die mit Verdacht auf Herzinfarkt oder Schlaganfall in den Notaufnahmen der Krankenhäuser vorstellig werden, in den vergangenen Wochen deutlich rückläufig, weil die Menschen aus Angst vor einer Infektion selbst mit starken Beschwerden keinen Notarzt rufen. Auch die komplexe Diabetesversorgung ist aufgrund der erhöhten Infektionsgefahr aktuell nur schwer optimal zu realisieren.

Im Fokus steht ebenfalls die Versorgung von Krebspatienten, müssen diese doch gegebenenfalls einen schweren Krankheitsverlauf bei einer Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2 befürchten. „Besonders gefährdet sind Patienten mit einem geschwächten Immunsystem durch Leukämien, mit Lymphomen bei aktiver Erkrankung, einer niedrigen Zahl weißer Blutkörperchen, niedrigen Immunglobulinwerten und langandauernder Unterdrückung des Immunsystems“, teilte die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO) mit. Als Hochrisikopatienten müssten diese ganz besonders vor einer Infektion geschützt werden; Händedesinfektion, Sicherheitsabstand und Begrenzung der sozialen Kontakte seien maßgeblich zur Infektionsvorbeugung. „Patienten, die aktuell eine immunsuppressive Therapie erhalten beziehungsweise aktuell unter einer unkontrollierten Krebserkrankung leiden, empfehlen wir besondere Vorsicht.“

Aufgrund der Infektionsgefahr durch das Coronavirus wurde das Mammografie-Screening bundesweit ausgesetzt. Frauen, bei denen ein auffälliger Befund festgestellt wurde, bekommen weiter eine schnelle Abklärungsdiagnostik, teilten Gemeinsamer Bundesaus-



Prof. Anne Letsch ist Oberärztin der Hämatologie und Onkologie am UKSH in Kiel. Sie berichtet, dass akut nicht zwingend notwendige Therapien verschoben wurden, um die Patienten nicht durch zusätzliche Krankenhausbesuche und durch eine Schwächung des Immunsystems als Folge einer Chemo- oder Immuntherapie zu gefährden. Dies betreffe aber nur einen Bruchteil der onkologischen Patienten. Beeinträchtigungen in der Versorgung beobachtet sie eher außerhalb der Klinik: „Was wir in den vergangenen Wochen festgestellt haben: Die Anschlussversorgung ist erschwert, es gibt aktuell keine Reha-Maßnahmen mehr, die Heim- und Kurzzeitpflege ist deutlich eingeschränkt und auch die hausärztliche Versorgung in der Fläche ist zum Teil schwierig.“

schuss und Bundesgesundheitsministerium mit. Trotz Infektionsgefahr weiterlaufen sollte auch die Strahlentherapie, wie die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO) erklärte. Lediglich in einigen Fällen könne überlegt werden, ob durch Änderung der Fraktionierung oder Verkürzung der Therapie die Zahl der Sitzungen reduziert werden kann, heißt es von der DEGRO.

In der Klinik sei der unmittelbare Umgang mit den onkologischen Patienten gleich geblieben, sagt Prof. Frank Gieseler, Klinik für Hämatologie und Onkologie am UKSH-Campus Lübeck; aufgrund der Infektionsgefahr der immungeschwächten Patienten in der Tumorthherapie werde seit jeher mit Handschuhen und Mund-Nasen-Schutz gearbeitet. Gravierend verändert habe sich dagegen das ambulante Geschehen. „Unsere Ambulanz ist weitestgehend geschlossen, die Betreuung der Patienten, bei denen es möglich ist, erfolgt per Telefon.“ Das sei nicht immer ganz einfach, gehöre das Arzt-Patienten-Gespräch doch zur Therapie. „Viele Patienten sind durch ihre Erkrankung und durch die aktuelle Situation psychisch stark belastet. Hier wäre der direkte Arztkontakt sicher hilfreich und es tut uns leid, dass wir hierauf verzichten müssen.“

Die Isolation zu Hause führe oftmals zu irrationalen Situationen. „Die Angst vor dem Virus ist bei manchen Patienten größer als die Gefahr, durch eine ausbleibende Therapie an dem Tumor zu versterben“, sagt Gieseler. Er berichtet von einem 91-jährigen Patienten mit Nierenzellkarzinom, der vor zehn Jahren operiert wurde und dessen Karzinom aufgrund gut eingestellter medikamentöser Therapie nur langsam wächst. „Der Patient wollte für Nachsorge und Blutbild nicht in die Klinik kommen, eher seine Therapie aussetzen und damit ein Fortschreiten der Krebserkrankung in Kauf nehmen.“ Ein ähnliches Verhalten habe



er bei zahlreichen, vor allem älteren onkologischen Patienten erfahren. Erst im persönlichen Gespräch konnten sie von der Notwendigkeit anstehender Untersuchungen und Behandlungen überzeugt werden.

Ein Verschieben von Nachsorgerterminen um wenige Tage oder Wochen sei bei gut eingestellten Patienten in aller Regel nur wenig problematisch, so Gieseler. Notwendige Untersuchungen oder Behandlungen sollten dagegen unbedingt termingerecht durchgeführt werden. Die Sterblichkeit eines unter Behandlung stehenden Krebspatienten an einer COVID-19-Erkrankung liegt laut Gieseler sicher deutlich höher als bei anderen Patienten (geschätzt bei 20 Prozent). „Wird jedoch die notwendige onkologische Behandlung für einen längeren Zeitraum unterbrochen, stirbt der Patient in jedem Fall.“ Er selbst hadere ebenfalls mit der durch das Coronavirus heraufbeschworenen Situation: „Da haben wir es endlich geschafft, Krebs in vielen Fällen zu einer beherrschbaren, chronischen Erkrankung werden zu lassen – und jetzt das!“

Gieselers Botschaft an alle Krebspatienten: „Sprechen Sie mit Ihrem Arzt! Lassen Sie Termine nicht einfach ausfallen, rufen Sie an, wenn Sie Fragen haben und in Sorge sind.“ Melden können sich Betroffene auch bei der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft (SHKG, www.krebsgesellschaft-sh.de), so Gieseler. Diese habe ihren Telefondienst ausgeweitet und stehe mit Rat und Tat zur Verfügung. „Die Patienten haben großen Informationsbedarf“, sagt Gieseler, der auch Vorsitzender der SHKG ist. Das Facebook-Profil der Fachgesellschaft werde zehnmal häufiger als vor Ausbruch der Pandemie aufgerufen, auch die Klickzahlen der Website seien sprunghaft gestiegen.

Trotz angespannter Situation keine wesentlichen Einschränkungen – das

ist auch das Fazit der Kieler Krebsärzte. „Die Versorgung onkologischer Patienten wird auf hohem Niveau aufrechterhalten, alle notwendigen Untersuchungen und Therapien werden zeitnah durchgeführt“, bilanziert Prof. Claudia Baldus, Klinik für Innere Medizin II (Hämatologie und Onkologie) am UKSH-Campus Kiel. Im ambulanten und stationären Bereich gelten die seit Ausbruch der Pandemie üblichen Vorsichtsmaßnahmen: Entzerrung des Patientenaufkommens, telefonische Rückfrage vor Sprechstunde oder stationärer Aufnahme, Besuchsverbot, Begleitperson nur in Ausnahmen. Somit können bis auf wenige Ausnahmen Behandlungen wie vorgesehen durchgeführt werden. „Therapien, die für eine gewisse Zeit aufgeschoben werden können, werden verschoben, um die Patienten nicht durch zusätzliche Krankenhausbesuche und durch eine Schwächung des Immunsystems als Folge einer Chemo- oder Immuntherapie zu gefährden“, erläutert Prof. Anne Letsch, Oberärztin der Hämatologie und Onkologie. Dies betreffe aber nur einen Bruchteil der onkologischen Patienten. Beeinträchtigungen in der Versorgung sehe man eher außerhalb der Klinik, so Letsch: „Was wir in den vergangenen Wochen festgestellt haben: Die Anschlussversorgung ist erschwert, es gibt aktuell keine Reha-Maßnahmen mehr, die Heim- und Kurzzeitpflege ist deutlich eingeschränkt und auch die hausärztliche Versorgung in der Fläche ist zum Teil schwierig.“

Das sieht auch Gieseler so: „Die Patientenströme zu lenken, ist auch eine immense Herausforderung für niedergelassene Ärzte. Allein die empfohlenen Abstandsregeln von zwei Metern einzuhalten – ein solches Raumangebot, um weiterhin eine große Zahl an Patienten zu versorgen, können Praxisärzte kaum vorhalten.“ Eine weitere logistische Herausforderung ist nach Gieselers Anga-

„Viele Patienten sind durch ihre Erkrankung und durch die aktuelle Situation psychisch stark belastet“

PROF. FRANK GIESELER

ben die Planung von Arbeitszeiten der Mitarbeiter, die schulpflichtige Kinder haben und deshalb nur eingeschränkt vor Ort arbeiten können. „Das merken wir auch in der Klinik sehr stark. Viele Eltern teilen sich die Kinderbetreuung, die Kollegen tauschen dann regelmäßig Dienste untereinander.“ Das funktioniert zum Glück reibungslos, die Krise schweiße zusammen, so Gieseler: „Die Stimmung im Team ist gut, vielleicht sogar besser als vor Corona.“

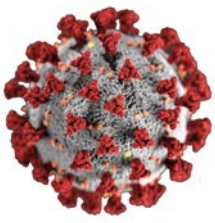
Deutsche Krebshilfe, Deutsche Krebsgesellschaft und Deutsches Krebsforschungszentrum haben gemeinsam eine Task Force eingerichtet, um Veränderungen der Versorgungssituation zu erfassen. Sie bauen eine Art Frühwarnsystem auf, um möglichst aktuell ein Signal über Einschnitte in der onkologischen Versorgung an Entscheidungsträger geben zu können. Weitere Infos: www.dkfz.de.

Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie hat Empfehlungen für die Versorgung von Patienten im Zusammenhang mit Corona-Infektionen veröffentlicht, die permanent aktualisiert werden. Die Liste umfasst rund 50 verschiedene Krankheitsbilder und ist unter www.onkopedia.com einsehbar.

UWE GROENEWOLD

Info

Aufgrund der Infektionsgefahr durch das Corona-Virus wurde das Mammographie-Screening bundesweit zwischenzeitlich ausgesetzt. Frauen, bei denen ein auffälliger Befund festgestellt wurde, bekommen weiter eine schnelle Abklärungsdiagnostik, teilten Gemeinsamer Bundesausschuss und Bundesgesundheitsministerium mit.



SPENDENINITIATIVE

Kaffee gegen Maske: Solidarität in der Krise

Mit der Initiative „Bunt vor'm Mund“ ruft die Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft e. V. in Lübeck dazu auf, selbstgenähte Mund-Nase-Masken zu spenden.



Prof. Achim Rody, Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am UKSH Lübeck (Foto links) und Prof. Axel Merseburger, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie am UKSH Lübeck, stellen die Initiative als Vorstandsmitglieder der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft in Lübeck vor.

Das Coronavirus wirkt sich auf das Leben aller Menschen aus. Einer besonderen Gefahr sehen sich immunschwache Menschen ausgesetzt. Um Krebspatienten und ihre Angehörige zu schützen und Bürger zu sensibilisieren, ruft die Schleswig-Holsteinische Krebsgesellschaft dazu auf, selbstgenähte Behelfsmasken zu nähen und zu spenden.

„In den USA liegt die Sterblichkeitsrate in Zusammenhang mit Corona und Komplikationen aufgrund von COVID-19 unter Krebspatienten bei 20 Prozent“, gibt Prof. Axel Merseburger, Direktor der Klinik und Poliklinik für Urologie am UKSH Lübeck und Vorstandsmitglied der Schleswig-

Holsteinischen Krebsgesellschaft, zu bedenken.

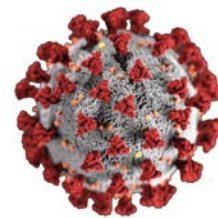
Krebspatienten sind sich diesem erhöhten Risiko bewusst. Viele fürchten sich daher vor einem Besuch im Krankenhaus. „Nicht nur Gesunde haben Angst vor einer Erkrankung. Insbesondere Krebspatienten fürchten eine Infektion“, sagte Prof. Achim Rody, Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am UKSH Lübeck und ebenfalls Vorstandsmitglied der Krebsgesellschaft. Das UKSH sah sich früh mit den Ängsten der Betroffenen konfrontiert, weshalb die Einrichtung das verpflichtende Tragen von Mund-Nase-Masken für Personal, Patienten und Angehörigen durchsetzte.

Kontakt

Einrichtungen, die Mund-Nase-Masken benötigen, können sich bei der Schleswig-Holsteinischen Krebsgesellschaft mit Ina Michael in Verbindung setzen:
Tel.: 0431 800 10 85
Mail: michael@krebsgesellschaft-sh.de

Das Projekt der Krebsgesellschaft befürworten beide Professoren, sensibilisiere es doch für die besondere Situation von Menschen mit einem schwachen Immunsystem. „Die Menschen mit dem schwächsten Immunsystem werden hierdurch unterstützt.“

In 32 Lübecker Filialen der Junge-Backerei können Unterstützer ihre selbstgenähten Behelfsmasken abgeben. Als Dank erhalten sie ein gratis Heißgetränk. Die Masken werden nach der Belieferung der Filialen eingesammelt und der Krebsgesellschaft übergeben. Der Verein übernimmt anschließend die Verteilung der Masken an Einrichtungen mit Bedarf. Ende April wurden die ersten 300 Behelfsmasken verteilt. (SG)



FORSCHUNG

Dem Virus auf der Spur

Internationales Forschungsteam unter Kieler Beteiligung weist Verbreitung unterschiedlicher Typen des neuartigen Coronavirus nach und ist den genetischen Ursprüngen des Virus auf der Spur.

Einer Gruppe internationaler Forscher aus der Genetik und Archäologie aus Kiel und Cambridge ist es durch Anwendung phylogenetischer Netzwerkanalysen gelungen, den Ursprung und die Verbreitung von SARS-CoV-2 nachzuvollziehen.

Laut Kieler Christian-Albrechts-Universität (CAU) ist es die erste große, von Experten begutachtete und damit qualitätsgesicherte Analyse der Entwicklung der vollständigen Erbinformationen des Virus in diesem weltweiten Ausbruch. Beteiligt waren Wissenschaftler um Dr. Michael Forster, Institut für Klinische Molekularbiologie (IKMB) der Medizinischen Fakultät der CAU und des UKSH, Campus Kiel, ebenso wie das Team von Dr. Peter Forster vom McDonald Institute for Archaeological Research an der Universität Cambridge. Ihre in der Fachzeitschrift PNAS veröffentlichten Ergebnisse zeigen, dass sich in Europa und Amerika andere Virustypen verbreiten als in China.

Bevor SARS-CoV-2 im vergangenen Jahr einen Menschen infizierte, hatten sich Vorfahren dieses Virus in tierischen Wirten entwickelt. Nach heutigem Erkenntnisstand ist ein Fledermaus-Coronavirus dem menschlichen SARS-CoV-2 am ähnlichsten. Dies geht aus dem Vergleich der Virus-Erbinformation hervor. Die Forschenden verglichen weiter die ersten 160 vollständigen Genome der menschlichen COVID-19-Viren, die zu Beginn des aktuellen Ausbruchs von Ende 2019 bis März 2020 von den weltweiten Forschungslaboren gesammelt wurden. Hierbei fanden sie drei zentrale Varianten, die sie als A, B und C bezeichnet haben. Typ A ist dem eng verwandten Fledermaus-Coronavirus am ähnlichsten und somit wahrscheinlich der Urahin aller menschlichen Coronaviren. Dies haben weitere Vergleiche mit zwei entfernter verwandten Pangolin-Coronavirus-Stämmen bestätigt. Interessanterweise ist der in Wuhan vorherrschende Typ B nicht der ursprüng-



Dr. Michael Forster, Institut für Klinische Molekularbiologie (IKMB) an der CAU, erforschte mit seinem Team und dem Team seines Bruders Dr. Peter Forster vom McDonald Institute for Archaeological Research an der Universität Cambridge das Coronavirus.

liche menschliche Virustyp. Aber auch in Wuhan kommt Typ A, also das ursprüngliche menschliche Virusgenom, durchaus vor.

In der ersten Phase des Ausbruchs waren die A- und C-Typen in signifikanten Anteilen außerhalb Ostasiens zu finden – bei Betroffenen in Europa, Australien und Amerika. Im Gegensatz dazu ist der B-Typ der häufigste Typ in Ostasien. Der C-Typ ist u. a. früh in Singapur dokumentiert worden und auch unter den ersten europäischen Infektionsfällen häufig vertreten. Die Forschenden verwendeten eine phylogenetische Netzwerkanalyse. Diese Methode war ursprünglich in der archäologischen Forschung zur Rückverfolgung der Vorge-

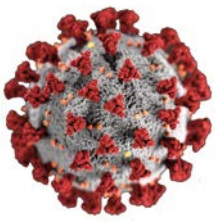
schichte der menschlichen DNA und zur Rekonstruktion prähistorischer Sprachen entwickelt worden. Im Gegensatz zu konventionellen Methoden ermöglicht es dieser Ansatz, hunderte mögliche Stammbäume gleichzeitig anzuzeigen – ein wesentlicher Vorteil, wenn der wahre Stammbaum unbekannt ist.

Die Anwendung dieser Methode im Fall des Coronavirus bedeutet, dass die Infektionswege für dokumentierte COVID-19-Fälle genau nachgezeichnet werden können. So wurde beispielsweise zunächst angenommen, dass der erste norditalienische Infektionsfall („Patient Eins“) von einer bestimmten Wuhan-Kontaktperson aus seinem Bekanntenkreis infiziert worden war. Doch als diese Kontaktperson getestet wurde, stellte sich heraus, dass sie das Virus nicht hatte. Die Suche nach dem italienischen „Patienten Null“ endete somit in einer Sackgasse und eine wirksame Quarantäne potenziell infizierter Personen war unmöglich. Seitdem hat sich die Krankheit unkontrolliert in Italien ausgebreitet. Das phylogenetische Netzwerk weist auf mindestens zwei unabhängige frühe Infektionswege in Italien hin, von denen einer mit dem ersten bekannten Fall in Deutschland und der andere mit dem Ausbruch im sogenannten „Singapur-Zweig“ in Verbindung steht. Die phylogenetische Rückverfolgung könnte daher künftig helfen, COVID-19-Infektionsquellen ungeklärter Herkunft zu identifizieren, die dann zur Eindämmung künftiger Ausbrüche der Krankheit unter Quarantäne gestellt werden können.

„Unsere Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit der genomischen Sequenzierung und der Anwendung der Methode der phylogenetischen Netzwerkanalyse“, sagt IKMB-Wissenschaftler Dr. Michael Forster, der die Studie in Zusammenarbeit mit dem deutschlandweiten Gensequenzierungs-Zentrum „Competence Centre for Genomic Analysis“ Kiel an der CAU durchführte. (PM/RED)

Info

Originalarbeit: Peter Forster, Lucy Forster, Colin Renfrew, Michael Forster (2020): Phylogenetic network analysis of SARS-CoV-2 genomes. *Proceedings of the National Academy of Sciences* First published 8. April 2020



ÄRZTE GEGEN CORONA

Gemeinsam gegen die Krise

Ärzte sind in zahlreichen Bereichen des Gesundheitswesens tätig, und fast alle sind derzeit auf ein Ziel fokussiert: Die Patientenversorgung in Zeiten des Coronavirus. Wir haben fünf Ärzte aus fünf Bereichen befragt, von der Klinikärztin bis zum Ruheständler.

Anerkennung für die Leistungen von Menschen in Gesundheitsberufen, die zur Bewältigung der Coronakrise beitragen, hat es in den vergangenen Monaten in Deutschland in verschiedener Form und mehrfach gegeben. Für viele war diese Wertschätzung ungewohnt. Auch medial erfährt die Arbeit der Ärzte seit Wochen großes Interesse und wird überwiegend mit wohlwollender Aufmerksamkeit begleitet. Mal werden dabei die Intensivmediziner in den Fokus gestellt, mal die niedergelassenen Ärzte – sechs von sieben Corona-Patienten werden in Deutschland im ambulanten Gesundheitssektor versorgt.

Der Kampf gegen das Coronavirus macht aber nicht vor Sektorengrenzen halt und erfordert Engagement aus zahlreichen unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist genauso beteiligt wie die Labore, die Ärzte im Landesgesundheitsministerium sind genauso gefordert wie der Virologe am Universitätsklinikum, engagierte Ruheständler unterstützen genauso wie Haus- und Fachärzte mitten im Berufsleben oder wie Medizinstudierende. Was treibt all diese Menschen an, wie kommen sie persönlich durch diese wohl für jede berufliche Laufbahn einmaligen Monate und mit welchen Problemen und Hürden haben sie derzeit besonders zu kämpfen?

Wir haben eine kleine Auswahl aus den in der Coronakrise besonders belasteten Gruppen besucht und stellen sie und ihre Arbeit in Zeiten des Coronavirus exemplarisch für ihre Kollegen aus den jeweiligen Tätigkeitsbereichen vor. Die Auswahl kann nicht vollständig sein – im Arbeitsalltag mancher Ärzte blieb kaum die Zeit, überhaupt auf Anfragen zu reagieren.

Die Klinikärztin

Manche Kliniken hatten Hochbetrieb, andere freie Kapazitäten. Für die Ärzte in den Krankenhäusern war es in den vergangenen Wochen eine Herausforderung, unter den neuen Bedingungen die Patientenversorgung zu gewährleisten. Dr. Gisa Andresen erlebt diese Herausforderung im Diako Krankenhaus in Flensburg. Sie berichtet nicht nur von veränderten Arbeitszeiten und neuen Erkenntnissen, sondern auch von Unverständnis über das Verhalten mancher Mitmenschen.

Diese Zeitknappheit gilt auch für Dr. Gisa Andresen. Die leitende Oberärztin der Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am Diako Krankenhaus in Flensburg muss morgens früher los und kommt abends später nach Hause, weil nahezu alle Dienste in ihrer Abteilung auf Zwölf-Stunden-Schichten umgestellt wurden. Das war notwendig, obwohl die schwersten COVID-19-Patienten in der Fördestadt in das benachbarte Malteser St. Franziskus-Hospital eingeliefert werden. Die Diako übernimmt im Gegenzug die intensivpflichtigen allgemeinchirurgischen Fälle auf ihre operative Intensivstation und hat ihre Intensivkapazität deutlich erweitert.

Nicht nur die Arbeitszeiten haben sich für Andresen geändert, das komplette Umfeld fühlt sich anders an:

„Auch als Klinikärztin komme ich bei uns nur noch in das Krankenhausgebäude, wenn ich eine Bescheinigung vorweise, dass ich dort auch beschäftigt bin. Die Eingänge werden von Wachpersonal kontrolliert“, berichtet Andresen. Im Klinikinneren ist es ungewohnt, dass die Patienten und Beschäftigten schon seit einigen Wochen unter sich sind, Besucher dürfen aus Schutzgründen nicht mehr in das Gebäude.

Damit die Patientenversorgung funktioniert, muss Andresen in diesen Wochen mehr organisieren, telefonieren und koordinieren, für vieles muss sie mehr Zeit einplanen als vor der Corona-

krise. Ein Beispiel sind die Übergaben beim Schichtwechsel, die „auf Abstand“ erfolgen müssen. „Priorität hat derzeit die Kommunikation mit den Mitarbeitern, man muss alle mitnehmen“, lautet ihr Ziel. Trotz dieses Anspruchs leidet nach ihrer Wahrnehmung die Intensität von Visiten und Gesprächen mit Mitarbeitern und Patienten. In Konferenzen, die unumgänglich sind, muss man sich mit der geringstmöglichen Teilnehmerzahl begnügen. Auch andere wichtige Dinge müssen derzeit hintenanstehen: der Wunsch nach Nähe, Fort- und Weiterbildung, Zeit für Familie und Freunde, aber auch die ehrenamtliche Tätigkeit in der Ärztekammer. Andresen ist dort die Vizepräsidentin und wegen Corona kann sie nicht ganz so oft vor Ort in Bad Segeberg präsent sein, wie sie es sich wünscht.

Manche Probleme könnten aus ihrer Sicht kleiner sein, wenn sich Menschen nur anders verhielten und die Situation angemessen einschätzten. „Menschen, die die gebotene Vorsicht und begründete Schutzmaßnahmen als „Hysterie“ abtun, trifft man auch im Krankenhaus. Das erschwert unsere Arbeit ungemein“, berichtet die Anästhesistin.

Fest steht für sie, dass die Arbeitsbelastung der vergangenen Wochen für das Klinikpersonal nicht mehr lange aufrechterhalten bleiben darf. „So wie im März und April können wir nicht ewig weitermachen“, sagte sie Ende April im Gespräch mit dem Schleswig-Hol-

Info

„Alle, die im Gesundheitswesen arbeiten, brauchen gerade jetzt unsere volle Unterstützung.“ Dies betonte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) in den vergangenen Wochen mehrfach.



Dr. Gisa Andresen vor der OP-Schleuse am Diako Krankenhaus in Flensburg, wo sie als leitende Oberärztin in der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie gefordert ist. Dort wurden nahezu alle Dienste ihrer Abteilung auf Zwölf-Stunden-Schichten umgestellt. Für die Behandlung der COVID-19-Patienten in Flensburg gibt es eine Absprache mit dem benachbarten Malteser St. Franziskus Hospital.

steinischen Ärzteblatt. „Zum normalen OP-Betrieb können wir erst zurückkehren, wenn dieses Dienstmodell verlassen wird – sonst haben wir zu wenig Anästhesisten für den OP“, sagt Andresen.

Wie lange allerdings der Zustand mit der deutlichen Mehrbelastung anhält und ab wann ein Normalbetrieb wieder möglich sein wird, ist aus ihrer Sicht derzeit schwer abzuschätzen. Andresen rechnet mit mehreren Wellen des Erkrankungsgeschehens, deren Höhe insbesondere von der Disziplin der Bevölkerung bei der Einhaltung der Schutzregeln abhängig sein wird. Auf diesen Wellengang, rät Andresen, sollte sich das Gesundheitssystem, aber auch die gesamte Gesellschaft in Deutschland einstellen: „Wir brauchen Routine in der Anpassung an unterschiedliche Szenarien. Wir müssen flexibel bleiben, um reagieren zu können.“

Welche Lehren können wir schon jetzt, nach der ersten Welle, aus der Coronakrise ziehen? Zum einen hat sich nach Wahrnehmung Andresens gezeigt, dass unser Gesundheitssystem tatsächlich vergleichsweise gut aufgestellt und besser vorbereitet war als die Gesundheitssysteme in vielen anderen Ländern. Auch die persönliche Umgebung im Norden hat Andresen das Leben in der Krise durchaus erleichtert. „Ich fühle mich gut aufgehoben in der unaufgeregten norddeutschen Art, mit der wir hier insgesamt auf die Krise reagiert haben“, sagt Andresen.

Info

Manche Klinikträger zeigen Einfallsreichtum, um die Belastung für ihre Mitarbeiter erträglicher zu machen. Die Diako in Flensburg bietet ihren Mitarbeitern und externen Helfern täglich an drei Standorten im Klinikgebäudekomplex kostenlose Suppen und Eintöpfe an.

Für sie haben die vergangenen Wochen außerdem gezeigt, dass eine Herausforderung wie die Coronakrise nur gemeinsam – in Teams und mit Absprachen, nicht in Alleingängen – gemeistert werden kann. Auch das wurde im deutschen Gesundheitswesen nach ihrer Beobachtung im Großen und Ganzen erkannt und erfolgreich umgesetzt.

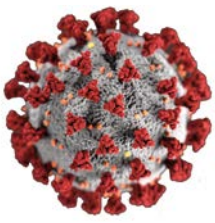
Als positive Erkenntnis nimmt sie aus der Krise auch mit, dass einige Bereiche der Medizin, denen in der Vergangenheit aus ihrer Sicht zu wenig Beachtung geschenkt wurden, künftig wieder stärker in den Blickpunkt rücken. Als Beispiele nennt sie den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die Infektiologie, die Hygiene und die Epidemiologie: „Die hat man wieder schätzen gelernt.“ In diese, aber auch in andere Bereiche, ist Andresen überzeugt, wird man in Zukunft mehr investieren müssen – in Form von Finanzen, Fortbildung und Wertschätzung. Ein weiterer Bereich ist die Digitalisierung. Mit Corona habe sich gezeigt, dass es notwendig ist, die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben, um sich das, was „auf Abstand“ möglich ist, kontaktlos zu erarbeiten. Auch wenn die Digitalisierung eines der beherrschenden Themen der vergangenen Jahre im Medizinbetrieb war, hat die aktuelle Situation nach Wahrnehmung Andresens gezeigt, dass weitere Fortschritte in Sachen Digitalisierung nötig sind.

Eine für Andresen negative Erkenntnis ist, dass es selbst unter Medizinern

eine Minderheit gibt, die aufgeschlossen für obskure Verschwörungstheorien sind. Manche von ihnen haben auch zur Verbreitung von Falschnachrichten beigetragen und damit versucht, die Bemühungen um den bestmöglichen Gesundheitsschutz zu untergraben – ein Verhalten, das sie fassungslos und auch wütend macht, weil damit Menschenleben gefährdet werden.

Nie zuvor standen Virologen so im Blickpunkt der Öffentlichkeit. Bundesweit ist seit Monaten vor allem Prof. Christian Drosten aus Berlin Interviewpartner der Medien. Er beschreibt für Laien verständlich, wie man Ansteckungen vermeiden kann, wie die Infektion erfolgen und die Erkrankung verlaufen und wie man die Virusinfektion bekämpfen kann. Aus Schleswig-Holstein ist es Prof. Helmut Fickenscher, Leiter des Instituts für Infektionsmedizin an der Kieler Christian-Albrechts-Universität und dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, den häufig Anfragen der Medien erreichen, obwohl er sich selbst gar nicht als den Experte ansieht.

„Andere Kollegen beschäftigen sich spezialisierter mit dem Thema Coronaviren, z. B. Prof. Rolf Hilgenfeld aus Lübeck, der ein echter Corona-Virologe ist“, sagt Fickenscher im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Fickenscher selbst ist immerhin Präsident der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV),



die sich mit der Prophylaxe von Viruserkrankungen des Menschen, mit der Diagnostik und Therapie und der antiviralen Desinfektion beschäftigt. Dazu arbeitet die Gesellschaft unter anderem mit dem Robert Koch-Institut und dem Paul-Ehrlich-Institut zusammen. Die interdisziplinäre Vereinigung, die vor 65 Jahren zur Bekämpfung der Kinderlähmung gegründet wurde, wird vom Bundesministerium für Gesundheit, den Gesundheitsministerien der Bundesländer, wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie sozial engagierten Stiftungen und Organisationen getragen. Erstaunlich ist es also nicht, dass so viele Medien auf ihn verfallen, wenn sie einen fachkundigen Interviewpartner zum Thema Corona benötigen.

Ruhig, besonnen und für Laien verständlich hat Fickenscher in den vergangenen Wochen unzählige Male vor der Kamera erklärt, weshalb die von der Politik entschiedenen Beschränkungen aus medizinischer Sicht sinnvoll sind, warum diese Maßnahmen uns alle schützen und was eine „zweite Welle“ für uns bedeuten würde. Insbesondere Medien aus Schleswig-Holstein fragen bei ihm nach, aber die interessierten Sender reichen von NDR über RTL/NTV und ZDF bis zum ORF. Fickenscher gehört nicht zu denen, die es in die Öffentlichkeit drängt. Warum gibt er trotzdem so viele Interviews, teils auch über Medien, die im Wissenschaftsbetrieb nicht gerade als erste Adresse gelten? „Es ist wichtig, dass alle über die Gefahren informiert sind. Und das geht nicht ausschließlich über die öffentlich-rechtlichen Medien“, sagt Fickenscher dazu.

Folge dieses „Hobbys nebenbei“, wie er die Interviews bezeichnet, ist derzeit eine Arbeitswoche mit 80 Stunden. Das schafft der Virologe derzeit, weil andere Termine und auch die damit verbundenen Dienstreisen entfallen. „Es ist phantastisch, nicht so häufig nach Frankfurt oder Berlin fahren zu müssen“, gewinnt er der aktuellen Situation auch positive Seiten ab. Dafür nimmt die in seinem Institut angesiedelte Landesmeldestelle für Infektionserkrankungen Schleswig-Holstein derzeit umso mehr Zeit in Anspruch. Hinzu kommt, dass er den diagnostischen Laborbetrieb im UKSH-Institut aufrechterhalten und dort zugleich die zusätzlichen Sicherheitsmaßnahmen einhalten muss. Er steht vor dem Dilemma, Studierenden Praktika anbieten zu müssen – das aber möglichst ohne persönlichen Kontakt. Die Lehre erfolgt jetzt erstmals virtuell per Video.

Die zahlreichen Einschränkungen erfordern auch von ihm Zeit und Aufwand, doch Fickenscher ist deutlich beeindruckter von der Leistung, die die ge-

Der Virologe



Er erklärt den Menschen in Schleswig-Holstein, aber auch bundesweit in zahlreichen Interviews das Coronavirus aus Expertensicht: Prof. Helmut Fickenscher aus Kiel zeigt dabei auch keine Berührungsängste vor Medien, die aus Sicht der Wissenschaft nicht gerade erste Adresse sind. Wichtiger ist ihm, dass alle Menschen gut informiert sind – und das geht nur über Medien, die die breite Masse nutzt.

samte Gesellschaft im März und April erbracht hat. „Ich hätte nie gedacht, dass ein Shutdown in diesem Ausmaß möglich wäre. Damit haben wir die geschützt, die Schutz brauchen, und ein hohes Maß an Sicherheit geschaffen“, sagt der Virologe. Beeindruckt ist er auch von der Leistung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, u. a. wegen der von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommenen Nachverfolgung von Kontaktpersonen der Infizierten. Der Politik bescheinigt er in der Krise, stark an Fakten und Expertenwissen interessiert zu sein. Beurteilen kann er das u. a. deshalb, weil er Mitglied der von der Landesregierung einberufenen Expertenkommission ist und dort miterlebt, wie Politik das Wissen von Fachleuten annimmt.

Weniger glücklich war Fickenscher dagegen mit der politischen Diskussion über die Lockerungen in Deutschland. „Diese Diskussion muss in der Gesellschaft und über die Medien geführt werden. Daraus kann die Politik ihre Schlüsse ziehen und kann begründet entscheiden. Parteienstreit ist aber über dieses Thema nicht konstruktiv“, lautet seine Einstellung. Denn für Fickenscher steht fest, dass wir zwar eine Wegmarke erreicht haben, aber weiterhin noch viele Risiken bestehen und die Bevölkerung sich deshalb auf eine lang andauernde Phase der Einschränkungen einstellen

muss: „Einen leichten Exit für alle kann es nicht geben. Es muss in ganz kleinen Schritten gehen. Wichtig ist, dass wir eine langsame, breite Gemeinschaftsimmunität erreichen.“

Für manche Beobachter ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) so etwas wie das „Stiefkind“ im Gesundheitswesen: wenig beachtet und schlechter ausgestattet als die „Geschwister“ in den Krankenhäusern und Arztpraxen. Tatsächlich kritisieren viele Ärzte im ÖGD selbst, dass sie zu wenig Kollegen zur Unterstützung haben und die Bezahlung weniger attraktiv ist als in anderen Bereichen des Gesundheitswesens. Wie wichtig diese Aufgaben sind, war Mitte April trotz der gestiegenen Aufmerksamkeit längst noch nicht bei jedem Politiker angekommen. Zumindest sah sich der Verband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes der Länder in einem Offenen Brief an den Regierenden Bürgermeister von Berlin, Michael Müller, zu einer Erläuterung der ÖGD-Arbeit genötigt, als dieser bei einer Würdigung der „stillen Helden“ zwar Müllentsorger, Feuerwehrleute, Busfahrer und auch Ärzte aus vielen Bereichen des Gesundheitswesens hervorhob, die Ärzte im ÖGD aber schlicht vergaß. „Wir sind diejenigen, die einen großen Anteil der

Info

Prof. Helmut Fickenscher leitet das Institut für Infektionsmedizin an der Kieler Christian-Albrechts-Universität und ist Präsident der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten (DVV).



Arbeit leisten, damit möglichst wenige Menschen überhaupt stationär behandelt werden müssen. Wir ringen jeden Tag darum, dass Ärzte und Pflegepersonal in den Krankenhäusern nicht hauptsächlich COVID-19-Patienten versorgen müssen. Wir kämpfen darum, dass Patientenzahlen nicht in einem Ausmaß ansteigen, dass die vorhandenen Kapazitäten an Intensivbetten und Beatmungsplätzen nicht mehr ausreichen“, erinnerten sie den Politiker an ihre Aufgabe. Sie fassten am Ende des Briefes zusammen, was wohl viele ihrer Kollegen denken: „Ohne uns würden wesentliche Bereiche dieses Systems gar nicht funktionieren. Möglicherweise haben Sie uns auch einfach übersehen. Wir möchten aber nicht mehr übersehen werden!“

Einige Signale deuten darauf hin, dass das tatsächlich nicht mehr passiert. Mit der Coronakrise ist auch die Arbeit des ÖGD stärker in den Blickpunkt gerückt. Ein Beispiel ist die Ankündigung von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn kurz nach dem Offenen Brief an Müller, wonach die rund 400 Gesundheitsämter in Deutschland jeweils 150.000 Euro für einen „Digitalisierungsschub“ erhalten sollen. Davon verspricht sich Spahn u. a. kürzere Meldewege zwischen den Ämtern und dem Robert Koch-Institut.

Solche politischen Signale verfolgt auch Dr. Maria Kusserow mit Interesse. Die Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen leitet den Fachdienst Gesundheit des Kreises Ostholstein in Eutin schon seit 1998. Derzeit registriert sie deutlich steigende Aufmerksamkeit für ihre und die Arbeit ihrer Kollegen im Vergleich zu früheren Zeiten. Das gilt nicht nur für die Gesundheitspolitik, sondern auch für die Bevölkerung. „Die Menschen wissen, dass sie bei uns kompetente Auskunft erhalten, und fragen deshalb nach bei uns. Und wir sind für die Bürger da“, berichtet Kusserow.

Das ist umso bedeutsamer, als viele Aufgaben des ÖGD beim Infektionsschutz, wie etwa das Nachverfolgen von Kontaktpersonen infizierter Menschen, weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit vollzogen werden, zugleich aber Routineaufgaben in anderen Bereichen zurückgefahren oder zeitweilig ganz eingestellt werden müssen. Die Nachverfolgung der Kontaktwege gehört zu den unverzichtbaren Aufgaben, um möglicherweise infizierte Menschen auffindig zu machen. Beim Fachdienst Gesundheit machen dies hauptsächlich die Hygienekontrollleure. Positiv getestete Menschen werden vom Amt aus angerufen und nach ihrem persönlichen Zustand befragt. So kann schnell über neue Maßnahmen entschieden werden, falls



Die Ärztin im ÖGD

Dr. Maria Kusserow leitet den Fachdienst Gesundheit beim Kreis Ostholstein seit 1998. Sie nimmt eine steigende Aufmerksamkeit für den ÖGD wahr – sowohl von der Politik, als auch von den Bürgern. Wegen Corona muss sich ihr Amt für einige Wochen einzig auf den Infektionsschutz konzentrieren. Nachfragen der Bevölkerung und das Nachverfolgen von Kontaktpersonen der Infizierten nimmt viel Zeit in Anspruch. Kusserow würde gerne wieder das volle ÖGD-Aufgabenspektrum abdecken – so schnell es das Erkrankungsgeschehen zulässt.

sich der Gesundheitszustand ändert. Zugleich werden von den Patienten alle Personen abgefragt, die bis zwei Tage vor Beginn der Symptome mit den Infizierten Kontakt hatten. Auch sie werden täglich angerufen und nach ihrem Gesundheitszustand befragt. Über die Isolierung dieser Menschen entscheidet das Amt nach den Vorgaben des RKI. Eine wichtige Rolle spielt dabei u. a., ob jemand länger als 15 Minuten im direkten Kontakt mit dem Infizierten stand. Aber auch die Berufe der Infizierten entscheiden mit darüber, welche Quarantänemaßnahmen für die Kontaktpersonen ergriffen werden.

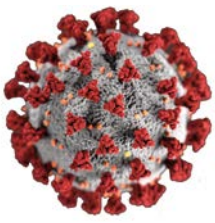
Die zeitaufwendige Arbeit geht zu Lasten anderer Aufgaben. Schuleingangsuntersuchungen etwa finden derzeit nicht statt, auch amtsärztliche Gutachten oder Hygienebegehungen gibt es derzeit nicht – die Mitarbeiter Kusserows konzentrieren sich ausschließlich auf den Infektionsschutz. Einzige Ausnahme ist der sozialpsychiatrische Dienst des Fachdienstes, der nicht eingestellt werden kann. Erschwerend kommt

hinzu, dass die Amtsarbeit derzeit ausschließlich über das Telefon erfolgt. Besucherverkehr im Amt findet nicht statt und Außentermine für die Mitarbeiter sind nicht gestattet, damit sich möglichst wenige anstecken und möglichst alle arbeitsfähig bleiben.

Die Fokussierung auf den Infektionsschutz ist aus Sicht Kusserows zwar erforderlich, aber wenig abwechslungsreich. „Fachärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst haben ein breites und interessantes Aufgabenspektrum“, verweist sie auf die in der Regel vielfältige – und von manchen unterschätzte – Tätigkeit im ÖGD. Kusserow hofft aber noch aus einem zweiten Grund, dass die anderen Aufgaben nicht allzu lange brach liegen müssen: Wenn der ÖGD dazu wegen Corona personell nicht in der Lage ist, werden die zurückgefahrenen Aufgaben mittelfristig von anderen Anbietern, etwa von niedergelassenen Ärzten übernommen werden, wie dies in anderen Bundesländern zum Teil bereits erfolgt ist. So weit ist es aber noch nicht. Kusserow wünscht sich, dass jedes Ge-

Info

Der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hat seinen Offenen Brief an den Regierenden Bürgermeister von Berlin, Michael Müller, auf seine Website gestellt: www.bvoegd.de



sundheitsamt aufgrund der individuellen Lage vor Ort und unter Berücksichtigung der Ressourcen im jeweiligen Kreis entscheiden kann, wann es die zurückgefahrenen Aufgaben wieder abdecken kann.

Die Ressourcen in ihrem Amt hält sie keineswegs für gering, wie es die öffentliche Diskussion vielleicht erwarten lässt. Die Amtsleiterin hat sich zwar selbst zu Beginn ihrer Tätigkeit in Ostholstein einen überdimensionalen Rotstift angeschafft und als ständige Mahnung im Büro liegen – ihr Kreis hat diesen im Gesundheitsamt aber keineswegs angesetzt. So stieg etwa ihr Personalbestand seit ihrem Amtsantritt von 36 auf 75, darunter 15 Ärzte. Berücksichtigt werden muss dabei zwar, dass heute mehr Teilzeitkräfte beschäftigt sind und die Aufgaben zugenommen haben. Die vielerorts berechtigte Kritik wegen Einsparungen hört man von Kusserow aber nicht: „Unser Landrat schätzt die Arbeit seines Gesundheitsamtes sehr, notwendige Stellen wurden stets anerkannt und vom Kreistag bereitgestellt.“

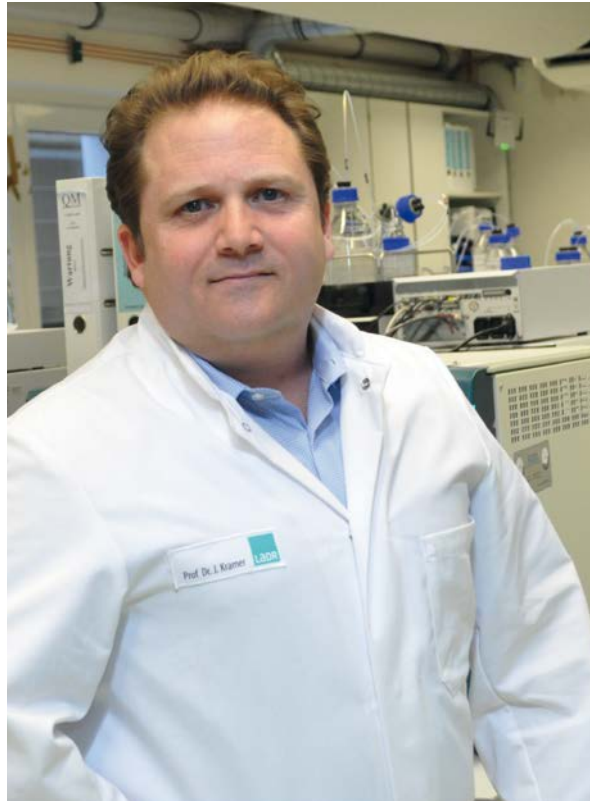
Die Zahlen zur Labordiagnostik nahmen im März und April immer größere Dimensionen an. Im Vergleich zu anderen Ländern wurde und wird in Deutschland viel getestet – was auch dem gut ausgebauten Netz an leistungsfähigen Laboren zu verdanken ist. Die Testkapazitäten überstiegen die Zahl der angeforderten Tests deutlich. Einer der Laborärzte in Schleswig-Holstein, die für die schnellen Testergebnisse sorgen, ist Prof. Jan Kramer mit LADR Facharztlaboren in Geesthacht und Flintbek. Wer allerdings das Labor in Geesthacht aufsuchte und Mitarbeiter erwartete, die bis zum Anschlag Überstunden leisten, kam mit falschen Erwartungen.

Im April spielte für Kramer, aber auch für andere Laborinhaber vielmehr das Thema Kurzarbeit eine wichtige Rolle. Denn die anderen, nicht mit Corona in Zusammenhang stehenden Laboranforderungen befanden sich mehrere Wochen lang im Sinkflug. Rückgänge von mehr als 70 Prozent für viele Leistungen führten dazu, dass sich Labore tatsächlich mit dem Thema Kurzarbeit beschäftigen mussten, obwohl ihre Leistungen unverzichtbar waren. Auch Kramer verzeichnete für sein Labor einen massiven Auftragsrückgang, den er öffentlich machte.

In der zwölften Kalenderwoche beispielsweise betrug dieser Rückgang 31 Prozent gegenüber der Vergleichswoche 2019. In Kalenderwoche 14 waren es schon 48 Prozent. Bei einzelnen Leistungen seien die Anforderungen noch stärker eingebrochen, insbesondere für prä-

Der Laborarzt

Prof. Jan Kramer aus Geesthacht machte öffentlich, woran kaum jemand dachte: Labore haben in der Coronakrise keine leichten Zeiten, weil zur Verfügung stehende Kapazitäten in den fachärztlichen Laboren in Deutschland nicht ausgeschöpft wurden. Laborleistungen wurden nur in Zusammenhang mit Corona stark nachgefragt, die anderen Aufträge aber gingen rapide zurück. Deshalb musste an manchen Standorten auch über Kurzarbeit in Laboren gesprochen werden.



hacht rund 15.000 Aufträge täglich. Aus einem dieser Aufträge resultierten im Durchschnitt zwölf Untersuchungen pro Patient. Die Corona-Tests konnten das nicht ansatzweise ausgleichen. Die Zahl der Laboraufträge wegen Corona stieg zwar auf rund 1.500 pro Tag an, aber gleichzeitig fehlten rund 7.500 andere Aufträge. Hinzu kommt: Aus den Corona-Tests resultierten keine Mehrfachuntersuchungen. Ein solcher Rückgang bei monatlichen Kosten von über 5 Millionen Euro, davon 30 Prozent Personalkosten für die 434 Mitarbeiter, lässt sich nicht unbegrenzt überbrücken. Kramer kommunizierte deshalb früh mit seinen Mitarbeitern über mögliche Kurzarbeit. Fest stand für ihn, dass die Angestellten damit keine finanziellen Einbußen erleiden sollten. Denn fest steht für ihn auch, dass die Menschen wieder häufiger zum Arzt gehen werden, die Zahl der Aufträge wieder zunimmt und das Labor voll auf seine Mitarbeiter angewiesen sein wird. Zudem muss das Labor in der Pandemie uneingeschränkt leistungsfähig bleiben.

Der überall zu beobachtende Mangel an Schutzkleidung wurde an den Containern des provisorischen Diagnostikzentrums der KV Schleswig-Holstein in Kiel noch von einem anderen Engpass übertroffen: Probenmaterial wurde im Laufe des April zusehends knapper. Weil die herkömmlichen Röhrchen immer weniger wurden, funktionierten Dr. Matthias Seusing und seine Kollegen Blutentnahmeröhrchen um. Sie arbeiten zudem mit handelsüblichen Wattestäbchen, von denen sie nach Abstrich den Stiel abbrechen müssen, damit sie in die kurzen Röhrchen passen.

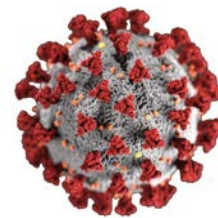
Vielleicht liegt es an der Erfahrung, dass Seusing sich über so etwas nicht beschwert, sondern es nur als „unhandlich“ bezeichnet – und einfach weitermacht. Seusing hat eine Menge Berufserfahrung. Die Nachfolgerin in seiner Hausarztpraxis im Kieler Stadtteil Elmschenhagen hat sich längst eingearbeitet und die ehrenamtlichen Aufgaben nehmen überschaubare Zeit in Anspruch; er kann sich in Ruhe aussuchen, welche Prioritäten er für seinen Alltag setzt. Diese Priorität heißt seit einigen Wochen: Dienst am

ventive Leistungen wie etwa iFOBT, wo Kramer einen Rückgang von 70 Prozent verzeichnete. Die Entwicklung im L.A.D.R. Zentrallabor war kein Einzelfall: „Die Situation betrifft alle medizinischen Labore in Deutschland, da wir alle von der Corona-Pandemie und deren Folgen betroffen sind“, berichtete Kramer, der auch Vorstandsmitglied des Berufsverbandes der Akkreditierten Labore in der Medizin (ALM) ist. Der Auftragsrückgang betreffe insbesondere Parameter der Prävention und Diagnosefindung sowie der Therapiesteuerung. Auch der Berufsverband Deutscher Laborärzte, dessen Vorsitzender Dr. Andreas Bobrowski aus Lübeck kommt, berichtete von Rückgängen – offensichtlich ausgelöst durch falsche Rücksichtnahme und Angst von Patienten, die nicht mehr zum Arzt gingen. Eine Folge war Unsicherheit unter Laborärzten, wie es wirtschaftlich weitergehen wird.

Kramer rechnete öffentlich vor, wie diese Unsicherheit in Zahlen aussah: Vor Corona bearbeitete sein Labor in Geest-

Info

Informationen über Akkreditierte Labore in der Medizin (ALM) über: www.alm-ev.de. Informationen über den Berufsverband Deutscher Laborärzte: www.bdlev.de



Der Arzt im Ruhestand

Dr. Matthias Seusing hat seine Praxis schon vor einiger Zeit an eine Nachfolgerin übergeben. Der Kieler Hausarzt ist im Ruhestand – abgesehen u. a. von seinen Aufgaben im Notdienst und als Abgeordneter in der Kammerversammlung. Mit Ausbruch der Coronakrise ist er genauso wie viele andere Ärzte im Ruhestand aber wieder im Dienst. In Kiel organisiert Seusing das Diagnostikzentrum der KV, wo er eine organisatorische Funktion innehat, aber auch selbst Abstriche nimmt.

Corona-Container. Seusing koordiniert die Arbeit im Kieler Diagnostikzentrum der KV, macht selbst Abstriche, organisiert die Dienstpläne. Seit Wochen ist er freiwillig im Dienst, über einen längeren Zeitraum waren es täglich fünf Stunden. Seusing ist einer der zahlreichen Ärzte im Ruhestand, die bundesweit bei der Bekämpfung des Virus helfen und ohne die die bisherigen Erfolge wohl nicht so schnell eingetreten wären.

Einsatzort ist ein staubiger Sandweg direkt neben dem Olof-Palmedamm in Kiel. Es ist laut, warm, windig und staubig. Vor zwei Containern mit provisorischer Einrichtung halten Autos, in denen Menschen mit dem Verdacht auf eine Infizierung mit dem neuartigen Coronavirus ungeduldig auf einen Abstrich warten. Seusing hat an diesem Tag keinen Dienst an den Autos, sondern kümmert sich um organisatorische Dinge. Als Notdienstbeauftragter der KV für Kiel, als Gründungsmitglied des Kieler Praxisnetzes und langjährig engagierter Arzt in der Standespolitik verfügt er über zahlreiche Kontakte. Genau die brauchte es, um schnell Kollegen zu finden, die an den Containern Dienst machen. Er hat einen Pool mit rund zehn Kollegen auf-

15

Diagnostikzentren hatte die KV Schleswig-Holstein landesweit bis Mitte April aufgebaut. Abstriche werden dort nur nach vorheriger Terminabsprache über die 116117 oder den zuständigen Hausarzt vorgenommen. So wie in Kiel kümmern sich in der Regel die Notdienstbeauftragten der Kreise um die personelle Besetzung.

gebaut, mehrheitlich sind diese wie er nicht mehr mitten im Berufsleben. „Wir machen hier von zwölf bis 17 Uhr Dienst. Für vollzeitbeschäftigte Kollegen in Krankenhaushäusern oder Praxen ist es zu diesen Zeiten kaum möglich, hier zu helfen“, sagt Seusing. Also greift er mehrheitlich auf Kollegen zurück, deren 60. Geburtstag schon zurückliegt. Nachteil für die Patienten? „Keine“, sagt Seusing. Gefahr für die Kollegen, die wegen ihres Alters stärker gefährdet sind als junge Ärzte? Das Risiko stuft er wegen Schutzkleidung und Abstand als gering ein, sagt aber auch: „Natürlich sollte diese Arbeit nur von Kollegen gemacht werden, die sich keine Sorgen um ihre Gesundheit machen. Transplantierte oder Kollegen, die eine Tumorbehandlung hinter sich haben, melden sich für so etwas nicht.“

Seusing zählt nicht zu denen, die Probleme an die große Glocke hängen. Nur auf Nachfrage erfährt man, dass längst nicht alles rund läuft. Kommunikations- und Abstimmungsprobleme erschweren die Arbeit.

Standort: Die Adresse auf einem Grundstück in der Nähe des Kieler Lubinus-Clinicums führte dazu, dass in der Mund zu Mund-Propaganda über den

Standort der Container nur „bei Lubinus“ genannt wurde. Fatale Folge: Die Patienten mit Verdacht auf eine Infizierung versuchten, direkt in das Klinikgebäude zu kommen. Inzwischen wird nur noch die genaue Adresse genannt. Die aber liegt an einem Wanderweg. Trotz Abspernung müssen die Ärzte während ihrer Arbeit immer wieder mit Hundehaltern diskutieren, weshalb die mit ihren Vierbeinern derzeit auf ihren herkömmlichen Weg verzichten müssen.

Kommunikation: Für einen verlässlichen Überblick über das Infektionsgeschehen und für den Schutz des Einzelnen sind die richtigen Daten unerlässlich. Nicht immer werden die Daten der Patienten richtig genannt oder eingetragen. Das erfordert dann eine zeitaufwendige Recherche oder Nacharbeit. Seusing musste einen Patienten, der ja selbst den Verdacht auf eine Infizierung hatte und bis zum Ergebnis zu Hause bleiben sollte, vier Mal anrufen, bevor er ihn erreichte. Dann erhielt er die Auskunft, der Betroffene sei einkaufen gewesen.

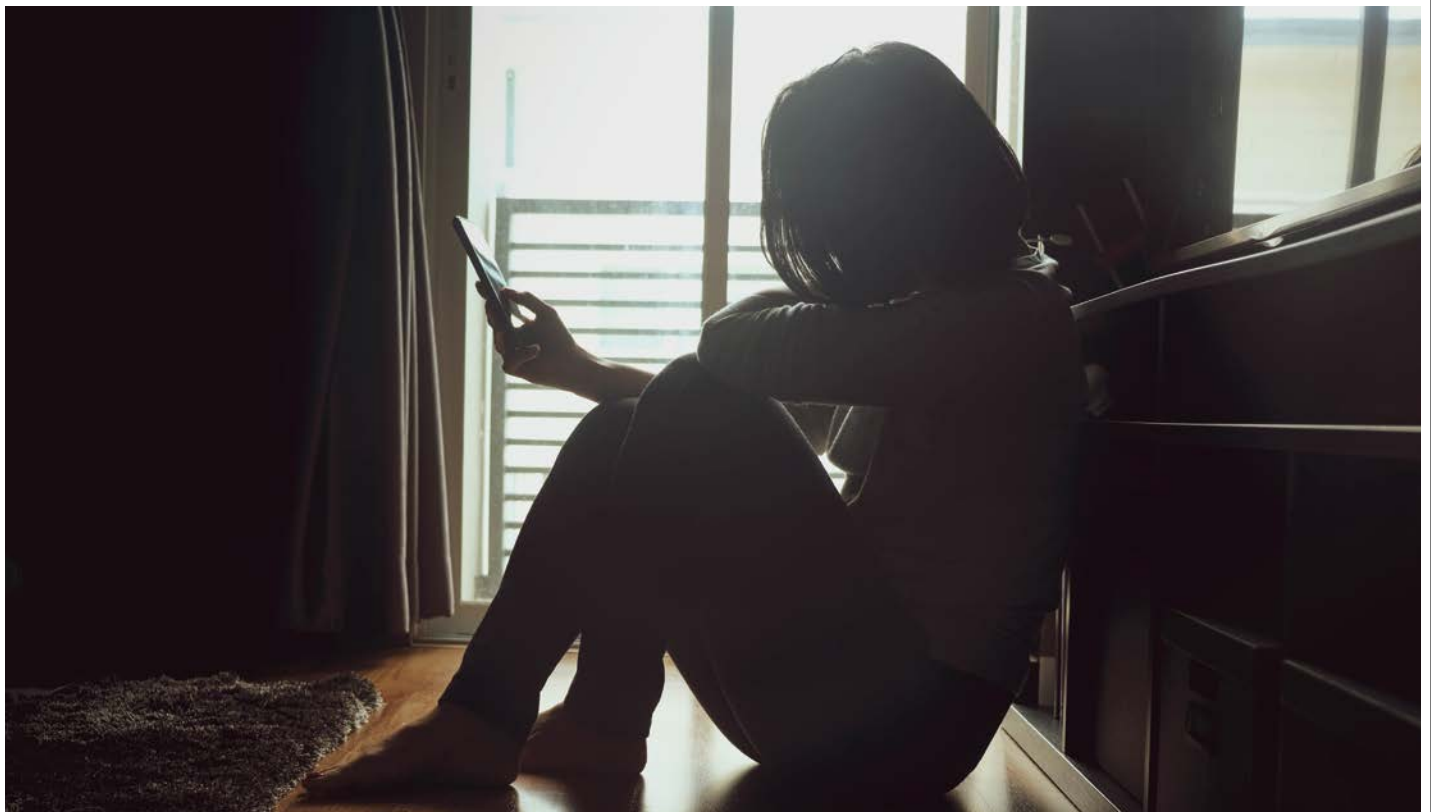
Wie lange die Situation noch anhält, kann selbst ein erfahrener Hausarzt wie Seusing nicht vorhersagen. Zu Euphorie neigt er nicht und die im April einsetzenden Lockerungen bedeuten für ihn keineswegs, dass die Situation unter Kontrolle bleiben wird: „Derzeit ist die Entwicklung erfreulich. Aber es ist sinnvoll, mehr zu testen. Vielleicht machen wir das hier das ganze Jahr.“

DIRK SCHNACK

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Welle mit erhöhtem Behandlungsbedarf

Wer beruflich mit psychisch erkrankten Patienten zu tun hat, ist aktuell gefordert - macht sich aber auch Sorgen über den erhöhten Behandlungsbedarf nach der Coronakrise.



Getestet wird im laufenden Betrieb: Ob bei der Therapie per Video-Chat oder mit einer App für die Behandlung von Schmerzpatienten – Kliniken und Beratungsstellen gehen in den Wochen des Corona-Lockdowns neue Wege. Damit bleiben die Patienten, die bereits im System sind, gut versorgt, das ergab eine nicht-repräsentative Umfrage des Ärzteblatts bei Einrichtungen und Patientenvertretungen in Schleswig-Holstein. Probleme gibt es aber für Menschen, die in diesen Wochen neu in eine psychische Krise rutschen. Zudem erwarten die Experten, dass eine Welle von erhöhtem Behandlungsbedarf nach dem Ende der aktuellen Krise folgt.

„Das System reagiert flexibel und schnell, alle Beteiligten bemühen sich“, sagt Thomas Bartels von der Aktionsgemeinschaft Handlungsplan (AGH), ei-

nem Netzwerk von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen in Schleswig-Holstein. „Wirklich sehr erfreulich für einen Bereich, der sich sonst so beweglich zeigt wie eine Wanderdüne“, so Bartels. Doch gut versorgt seien vor allem die chronisch psychisch Kranken, die bereits im System sind und ihre Ansprechpartner kennen. „Aber wer neu herein will, für den ist es schwierig“, befürchten Bartels und Christian Sach, der ebenfalls bei der AGH aktiv ist.

René Skischally, Landesvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), bestätigt diesen Eindruck: „Bis auf einige Ausnahmen ist die kommunale Eingliederungshilfe komplett abgetaucht.“ Die Folge: Da „Face-to-Face-Kontakte“ zur Festlegung der Hilfen ausbleiben, fänden Neuaufnahmen in die Eingliede-

rungshilfe vielerorts nicht statt. Betroffen sind Patienten, die in diesen Wochen aus einer Suchtklinik oder psychiatrischen Klinik entlassen werden oder denen niedergelassene Praxen einen Hilfebedarf bescheinigen.

„Die Verordnung ist da, doch die Eingliederungshilfe wird nicht bewilligt“, so Skischally. Auch wenn die Verantwortung bei den Kreisen oder kreisfreien Städten liegt, sieht er die Regierung mit in der Pflicht: „Das Land zeigt sich in der aktuellen Situation sehr entgegenkommend. Aber hier geht es um das grundsätzliche Problem, dass das Land sich aus der Psychiatrieplanung herausgezogen hat. Jetzt ist die Politik raus, und die kommunale Verwaltung bestimmt, wie Hilfen gestaltet werden.“

Auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) kritisiert die mangelnde Versorgung von Neuerkrankten:

Info

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine Praxis-Info zur Videobehandlung veröffentlicht. Zu finden ist sie auf der Homepage der Kammer unter www.bptk.de.

„Der Ausschluss von Neuerkrankten von der psychotherapeutischen Telefonversorgung ist befremdlich“, stellt BPTK-Präsident Dr. Dietrich Munz fest. Die Kammer hat sich an Gesundheitsminister Jens Spahn gewandt, um die Gruppe zumindest telefonisch psychotherapeutisch beraten und behandeln zu können. Darüber hinaus beklagt die Kammer Honorarausfälle bei niedergelassenen Therapeuten, weil Patienten in laufenden Behandlungen Termine absagen.

Für den Sektor der Beratungsstellen gibt der Paritätische Wohlfahrtsverband Entwarnung in wirtschaftlicher Hinsicht: „Generell läuft es in Schleswig-Holstein sehr gut, es gibt viele sehr pragmatische Regelungen. Niemand ist von Insolvenz bedroht“, sagte die Verbandssprecherin Julia Bousboa.

Aufseiten der Patienten ist der Bedarf an Beratung und Behandlung groß. Die chronisch Kranken leiden in den Zeiten des Corona-Lockdowns darunter, dass ihre gewohnten Tagesstrukturen wegbrechen. So sind Tagestreffs und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen geschlossen. Die Folgen können im Einzelfall sehr belastend sein: „Ich hatte einen weinenden Mann am Telefon. Üblicherweise isst er in der Werkstatt, doch die hat geschlossen. Der Mann wusste nicht, wie er sich ernähren soll“, berichtet Elsa Manuela Nicklas-Beck, Vorsitzende des Vereins Pebbles, der sich für „Betroffene von Leid und Unrecht in Einrichtungen der Psychiatrie, Behinderten- und Jugendhilfe von 1949 bis jetzt“ einsetzt. „Viele unserer Mitglieder begreifen nicht, was passiert, sie verstehen die Maßnahmen nicht. Sie haben Angst.“ Der Verein vermerke aktuell ein sehr hohes Aufkommen von Telefonaten, berichtet Nicklas-Beck.

Dagegen erleben die Ehrenamtlichen, die das Krisentelefon im Kreis Schleswig-Flensburg betreuen, keinen erhöhten Bedarf: „Es herrscht eher Normalbetrieb. Das hatten wir anders erwartet“, sagt der Vorsitzende des Trägervereins, Manfred Bogner.

Doch beides sei verständlich, meint René Skischally. Er sieht ein gemischtes Bild: „Für einige psychisch Kranke kann es sogar entlastend sein, dass der Alltag ruhiger ist und weniger Leistung verlangt wird. Aber wer etwa in einer Wohngruppe lebt und Auflagen unterworfen ist, kann unter der Enge leiden.“

An neue Arbeitsweisen müssen sich die Therapeuten und Beratungsstellen gewöhnen. „Therapie per Telefon ist für alle Seiten anstrengender“, sagt Angela Sachs, Geschäftsführerin der Kieler Beratungsstelle „Frauen-Sucht-Gesundheit“. „Man kann sich keine mimischen Zeichen geben und muss versuchen herauszuhören, ob die Klientin noch Zeit braucht oder ob man besser nachhakt.“ Dennoch ist das Telefon aktuell in den meisten Praxen und Beratungsstellen das wichtigste Therapiewerkzeug, so auch in der Institutsambulanz des Psychiatrischen Krankenhauses Rickling, bestätigt Kliniksprecherin Regina Rocca. „Persönliche Begegnungen werden bei Bedarf, etwa in Notfällen, angeboten, natürlich unter Einhaltung eines ausreichenden Abstands.“ Ob auch Videokommunikation möglich sei, werde gerade geprüft. Dafür braucht es spezielle Software, die von den Kamern zugelassen ist und für die notwendige Datensicherheit sorgt.

Einen anderen technischen Weg beschreitet die Schmerztagesklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Lübeck: Sie bietet chronisch Schmerzkranken eine App mit dem Namen „PainCoach“, mit der die Patienten Kontakt zum Klinikteam aufnehmen und die erlernten Strategien zur Schmerzlinderung abrufen können. Parallel werde die Wirksamkeit der digitalen Therapie in einer Begleitstudie untersucht, hieß es vom UKSH – fast alle Befragten sind sich einig, dass infolge der Corona-Pause mehr neue Techniken eingesetzt werden.

ESTHER GEISSLINGER

MVZ

Medizin statt „Schlecker“

Auch die Gemeinde Erfde hat jetzt ein MVZ. Der Betrieb wurde trotz Corona aufgenommen.

Für Eröffnungen gibt es bessere Zeitpunkte als Anfang April 2020. Mitten in der Coronakrise musste sich dieser Zeitpunkt auf das neue Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) in der Gemeinde Erfde auswirken: Die offizielle Einweihung musste abgesagt werden und der erwartete Patientenandrang war am ersten Tag des MVZ-Betriebs nicht ganz so groß, wie man es zu vergleichbaren Anlässen sonst erwarten darf. „Es gab sehr viele Anrufe. Dass nicht ganz so viele Patienten wie erwartet kamen, führen wir auf die Pandemie zurück“, sagte der kommissarische Geschäftsführer des MVZ, Jan Döring von der Ärztengeossenschaft Nord.

Nach der Insel Pellworm und der Gemeinde Silberstedt ist die 2.000-Einwohner-Gemeinde Erfde die inzwischen dritte Kommune in Schleswig-Holstein, die die ärztliche Versorgung in ihrem Einzugsgebiet über eine MVZ-Tochtergesellschaft sichern will. Bei diesem Modell gründen Gemeinden eine gGmbH als hundertprozentige Tochtergesellschaft. Die gGmbH erwirbt die dafür erforderlichen Arztsitze und stellt Ärzte für die Tätigkeit im Versorgungszentrum an. In Erfde sind dies die Ärzte Volker Dolenga, Dr. Holger Hamann und Uwe Braatz. Dolenga und Braatz waren zuvor in Einzelpraxen in Erfde niedergelassen, Hamann praktizierte im Nachbarort Stapel. Dort bleibt auch nach der Umorganisation eine Zweigstelle des MVZ bestehen. Alle drei Ärzte hatten zuvor ohne Ergebnis nach einem Nachfolger gesucht, wie Döring im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt berichtete.

Die drei früheren Praxisinhaber befinden sich in einem Alter, in dem viele ihrer Kollegen nicht mehr praktizieren. Sie dagegen werden nach Einbringung ihrer Sitze in das MVZ noch drei Jahre als angestellte Ärzte weiterarbeiten, dies fordert eine gesetzliche Regelung zur Einbringung ärztlicher Sitze in ein MVZ. In diesem Zeitraum sucht die MVZ nach jüngeren Kollegen, u. a. auch nach Ärz-

ten in Weiterbildung. „Das hat in vergleichbaren Modellen auch funktioniert und Erfde hat einiges zu bieten, weil viel Infrastruktur vorhanden ist“, sagte Döring. Er bezieht sich auf die Modelle auf Pellworm und in Silberstedt, wo inzwischen auch jüngere Ärzte tätig sind. Als Vorteile für eine Tätigkeit in diesen größeren Einheiten führte Döring die Möglichkeit von Teilzeitarbeit, das Arbeiten im Team und unter einem Dach mit anderen Gesundheitsberufen an.

In Erfde bezieht das MVZ zunächst Interimsräume in einem früheren „Schlecker“-Markt. Bis 2023 soll dann ein neues Gesundheitszentrum entstanden sein, das neben den Hausärzten auch Apotheke, Physiotherapie, Sanitätshaus, Pflegedienst und weiteren Gesundheitsanbietern Platz bietet. Die entsprechende Ausschreibung für den Bau läuft derzeit. Döring kalkuliert für die ersten Jahre des MVZ-Bestehens mit einem defizitären Betrieb. Mittelfristig geht er aber davon aus, dass das Gesundheitszentrum durch Mieteinnahmen und durch die KV-Umsätze ein positives Ergebnis erzielen wird.

In der Gemeinde im Kreis Schleswig-Flensburg stehen die Lokalpolitiker einheitlich hinter dem Modell. Nach Auskunft Dörings wurden alle für das MVZ erforderlichen Beschlüsse einstimmig gefasst. Vorbild für das Erfder Gesundheitszentrum ist das bundesweit bekannte Modell in Büsum, das inzwischen auch wirtschaftlich erfolgreich arbeitet. Im Unterschied zu den genannten Modellen handelt es sich in Büsum allerdings um eine kommunale Eigenrichtung, die auch von der KV-Zuschuss wurde. Diese Möglichkeit haben neben Büsum wie berichtet auch die Orte Lunden und die Insel Helgoland – wo am gleichen Tag wie in Erfde eingeweiht wurde – genutzt. Weitere kommunale Eigenrichtungen wird die KV Schleswig-Holstein wie berichtet nicht mehr fördern. Sie setzt künftig verstärkt auf Modelle, die unter der Bezeichnung „Teampraxen“ in ärztlicher Trägerschaft bleiben.

DIRK SCHNACK

INTERVIEW

„Medizin geht nur gemeinsam“

Der Neue im Kieler Dekanat: Prof. Joachim Thiery über seinen Start in ungewöhnlichen Zeiten und über Brücken zwischen Forschung und Krankenbett.

Herr Professor Thiery, so – mitten im Corona-Lockdown – haben Sie sich Ihren Start in Kiel sicher nicht vorgestellt. Wie haben Sie Ihre ersten Tage als neuer Dekan verbracht?

Prof. Joachim Thiery: In gewisser Weise habe ich Erfahrungen mit einem ungewöhnlichen Start: Das Dekanat in Leipzig habe ich während der Finanzkrise übernommen. Jetzt müssen wir die Arbeit der Fakultät aufrecht halten, wobei die Sorge um die Patienten im Vordergrund steht. Ich selbst hatte einen guten Übergang, weil ich seit Ende meiner Tätigkeit in Leipzig regelmäßig in Kiel war und mit den meisten Kollegen bereits Gespräche geführt habe. So kann ich mich zum Glück sofort einbringen.

Sie haben in Heidelberg studiert, waren in Göttingen, München, San Francisco, seit 2000 waren Sie am Universitätsklinikum Leipzig. Was hat Sie an Kiel gereizt?

Thiery: Die Kieler Förde ist doch mindestens so schön wie die Bay Area! Den Norden kenne ich seit meinem Wehrdienst als Stabsarzt in Jever. Landschaftlich ist es wunderschön, die Menschen sind freundlich, offen, kommunikativ und verbindlich, das mag ich sehr. Neben dem Privileg, dort zu arbeiten, wo andere Urlaub machen, darf man nicht vergessen, dass hier einer der besten Universitätsmedizinstandorte Deutschlands ist. Man ist im Norden zurückhaltend und redet wenig über eigene Erfolge, aber die Universitäten Kiel und Lübeck mit dem UKSH stehen heute auf derselben Stufe wie beispielsweise Heidelberg, München oder Berlin. Es ist für mich Ehre und Verpflichtung, an diesem Standort tätig sein zu dürfen.

In Schleswig-Holstein wird vor allem über Probleme gesprochen: Die Medizin in Lübeck stand vor der Schließung, das UKSH schrieb rote Zahlen, zuletzt streikten die Pflegekräfte ...

Thiery: Geld- und Personalmangel sind Sorgen, mit denen jede Universitätsklinik zu tun hat. In Leipzig ist es ge-

lungen, die Drittmittel-Einwerbungen durch Forschung stark zu erhöhen. So wird es auch hier sein. Es gibt meines Erachtens auch wirtschaftlich keine bessere Investition in die Zukunft als in die Universitätsmedizin. Hier ist Schleswig-Holstein mit den Neubauten der Universitätsmedizin ein großartiges Beispiel weitblickender Politik. Um die Lage der Pflege zu verbessern, setze ich auf Interprofessionalität und will dies bereits den Studierenden vermitteln: Das Ziel ist Teamwork zum Wohl des Patienten. Die drohende Schließung der Lübecker Fakultät habe ich damals mit großer Sorge verfolgt und habe mich als Dekan nachdrücklich für ihren Erhalt eingesetzt. Und ein Wettbewerb zwischen den Fakultäten Kiel und Lübeck schadet gar nicht, sondern hat sich sogar ausgezahlt: Keine Universitätsmedizin in Deutschland hat dreimal in Folge ein Bundesexzellenzcluster erhalten.

Sie haben früher dem Aufsichtsrat des UKSH angehört. Ist es nicht ungewöhnlich, nun als Dekan tätig zu sein?

Thiery: Ich habe diese Verpflichtung gerne auf mich genommen und es vor allem als meine Aufgabe gesehen, die Stimme der Forschung und Lehre im Aufsichtsrat zu sein, schließlich waren bis zur Hochschulreform die Dekane nicht Mitglieder des Rates. Daher hatte ich darauf zu achten, dass die medizinische Wissenschaft und Lehre nicht zu kurz kamen.

War das schwierig?

Thiery: Natürlich muss die Existenz der Klinik gesichert sein, Krankenversorgung und Medizinische Fakultät sind untrennbar miteinander verbunden. Aber es gab immer ausgesprochen konstruktive Diskussionen mit dem Vorstand und den Ministerien. Diese Stimmung hat mich auch bestärkt, meine Bewerbung für das Amt des Dekans einzureichen.

Wo wollen Sie künftig inhaltliche Schwerpunkte setzen?

Thiery: Die Zukunft der Medizin liegt in der Präzisierung von Diagnostik und Therapie, um eine immer individueller auf die Person abgestimmte Vorbeugung und Behandlung anzuwenden. Das wird möglich durch neue Optionen in der Medizininformatik, auch Lebensstil und soziale Faktoren müssen in die klinische Bewertung einbezogen werden. Das ist mit dem Begriff „Präzisionsmedizin“ gemeint, dem sich die Kieler Medizin besonders verpflichtet fühlt. Wichtig ist mir, eine Brücke zur Grundlagenforschung ans Bett des Patienten zu bauen, aber auch die klinische Beobachtung am Patienten zu stärken. Ein Beispiel: Seit Beginn des Jahres arbeiten wir in Kiel an einem Zukunftscluster des BMBF. Dabei geht es kurz gesagt um die Frage, ob durch eine Modifikation unserer Mitbewohner, des Mikrobioms, chronische Krankheiten verhindert und geheilt werden können.

Schauen wir auf die Corona-Pandemie: Bedeutet sie bei aller Tragik eine Sternstunde der Hochschulmedizin und Wissenschaft?

Thiery: Sie bietet eine Chance für Zusammenarbeit. Als neuer Dekan ist es üblich, sich mit einem Brief bei den Kollegen vorzustellen – ich habe das mit einem Aufruf verbunden, die Initiative der Charité für das nationale Forschungsnetz der Klinika zu unterstützen. Es ist eine Zukunftschance der Hochschulmedizin, Eigeninteressen in eine Interessengemeinschaft zur Bekämpfung der Infektion zu überführen. In Schleswig-Holstein haben wir bereits im März in der „COVID_19 Research Initiative Schleswig-Holstein“ begonnen, Konzepte für Corona-Untersuchungen von der Grundlagenforschung zur Klinik in einer Plattform zusammenzuführen und prüfen gerade, welche Konzepte Erfolg versprechen. Bereits klar ist, dass wir eine Folge-Morbiditätsstudie nach einer Covid-Infektion durchführen werden. Im Moment wissen wir kaum etwas darüber, welche Organe außer der Lunge durch die Infektion geschädigt wer-

Info

Prof. Joachim Thiery ist seit April 2020 hauptamtlicher Dekan der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel sowie wissenschaftlicher Direktor und Sprecher der Campusdirektion des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel. Er ist Mitglied des Vorstands des UKSH. Thiery leitete bis 2019 als Direktor das Institut für Laboratoriumsmedizin, Klinische Chemie und Molekulare Diagnostik des Universitätsklinikums Leipzig. Er war viele Jahre Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig sowie Senator der Universität. Thiery war zudem gewählter Fachkollegiat der DFG und Mitglied des Aufsichtsrates des UKSH.



Prof. Joachim Thiery ist neuer hauptamtlicher Dekan der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität in Kiel. Medizin hat er studiert, weil er verstehen wollte, wie Krankheiten entstehen. Zur Labormedizin kam er, als sein Doktorvater mit dem gerade entdeckten LDL-Rezeptor aus den USA zurückkam und ihm eine Stelle in seinem neuen Labormedizin-Institut in Göttingen anbot – daraus wurden fast 40 Jahre „faszinierende“ Arbeit in der Labormedizin, die er als untrennbaren Teil der Krankenversorgung betrachtet.

Kaum! Was hat Sie bewogen, Medizin zu studieren?

Thiery: Am Anfang stand mein Interesse für Biologie und Biochemie. Ich wollte nicht unbedingt der „Heiler“ sein, sondern ich wollte verstehen, wie Krankheiten entstehen. Ich habe wie jeder Medizinstudent ein Krankenpflegepraktikum absolviert, und natürlich wurde mir im OP dann zuerst schlecht, aber ich habe durchgehalten und großen Respekt für alle, die täglich in der Krankenversorgung für die Patienten da sind. Ich habe gelernt, wie wichtig es ist, Patienten zuzuhören und wissenschaftlich basierte Diagnostik und Therapie anzuwenden. Für den Arzt gehört jedoch auch die persönliche Erfahrung und Verantwortung dazu, die man nicht aus Büchern oder Vorlesungen lernen kann.

Warum fiel die Wahl auf Labormedizin?

Thiery: Ich wollte Internist und Kardiologe werden, aber als mein Doktorvater Professor Dietrich Seidel gerade mit neuem Wissen zu Lipoproteinen und dem gerade entdeckten LDL-Rezeptor aus den USA zurückkam und mir eine Stelle in seinem neuen Labormedizin-Institut in Göttingen anbot, dachte ich mir, ein Jahr könnte ich das ruhig vor der Klinik machen. Daraus sind dann fast vier faszinierende Jahrzehnte geworden, wobei ich die Labormedizin immer als untrennbaren Teil der Krankenversorgung gesehen habe.

Haben Sie sich in Kiel schon eingelebt?

Thiery: Mein Hauptwohnsitz ist seit Jahren in Berlin, aber zum Glück habe ich in Kiel eine sehr schöne Wohnung mit Blick auf die Hörn gefunden. Ich habe übrigens einen Segelschein, und wenn es die Zeit erlaubt, werde ich sicher mal in See stechen – vorher muss mir aber jemand noch einmal zeigen, wie ein Palstek geknotet wird und helfen, dass ich bei einer Halse nicht den Kopf verliere.

Vielen Dank für das Gespräch!

DAS INTERVIEW FÜHRTE:
ESTHER GEISSLINGER

den. Es mehren sich die Zeichen, dass es sich um eine Systemerkrankung handelt. Wir werden alle Corona-Infizierten in Schleswig-Holstein über das Gesundheitsamt zu uns bitten und bis zu zehn Jahre regelmäßig auf neu auftretende Erkrankungen untersuchen.

Was sollte sich im Studium ändern, wie wollen Sie Studierende auf die Zukunft vorbereiten?

Thiery: Die Lehre befindet sich in Kiel auf einem sehr guten Weg. Was ich gern einbringen möchte, ist eine Kultur des Lehrens und Lernens, in der die Lehre eine ebenso hohe Wertschätzung erfährt wie die Forschung. Beispielsweise möchte ich das Lernen in kleinen Gruppen mit medizindidaktisch ausgebildeten Tutoren voranbringen. Es geht hier auch um ein Verständnis für Interprofessionalität, um Kommunikati-

on und Interaktion, untereinander und mit den Patienten: Medizin geht nur gemeinsam. Aktuell müssen wir allerdings wegen der Pandemie den Unterricht am Krankenbett reduzieren. Wir werden das Training an Simulatoren für praktische Tätigkeiten erhöhen. Dazu müssen wir unser Skills Lab, eine Art „Lernklinik“, mit hochmodernen Simulatoren erweitern.

Ein paar Worte zu Ihrer Person. Sie sind kein Nordlicht, woher stammen Sie?

Thiery: Ich bin rund durch die Republik gewandert, habe in Heidelberg studiert, bin meinem Doktorvater nach Göttingen gefolgt, war dann in München, später in Leipzig, wo ich ein neues Institut aufbauen durfte. Gebürtig bin ich Saarländer, aber das hört man wohl nicht mehr.

Info

Das wissenschaftliche Werk von Prof. Joachim Thiery umfasst über 300 Publikationen. Besondere Schwerpunkte seiner Arbeiten liegen in der experimentellen und klinischen Genomanalytik der Atherosklerose und des Stoffwechsels. Er verfolgt hierbei neue Therapiekonzepte und die Anwendung innovativer Biomarker zur Risikoerkennung und Vorbeugung des Herzinfarkts. Mit besonderem Engagement setzt er sich für die Etablierung moderner Formen der medizinischen Lehre und für eine Professionalisierung der Wissensvermittlung in der Medizin ein.

GEORGIEN

Irgendwo da unten im Kaukasus

Das Gesundheitswesen in Georgien ist westeuropäisch geprägt. Krankenhäuser führen KTQ ein. Jede Klinik hat einen eigenen Epidemiologen, der nur für Infektionsstatistik zuständig ist.

Als ich vor vier Jahren angefragt wurde, mir das Qualitätsmanagement eines Krankenhauses in Georgien vor Ort anzusehen, war meine Überraschung groß. Ich musste mir eingestehen, dass ich nur eine vage Vorstellung von diesem Land hatte: irgendwo „da unten“ im Kaukasus gelegen, zwischen Europa und Asien, weder wohl so richtig zum einen oder anderen gehörig, weitgehend unbekannt. Nur die Namensendungen kamen mir in den Sinn – fast alle Namen schienen auf „adse“ oder „schwili“ zu enden.

Dann kamen Erinnerungen: Eduard Schewardnadse, als sowjetischer Außenminister der Partner von Hans-Dietrich Genscher im deutschen Einigungsprozess und erster Präsident eines freiheitlichen Georgien, die friedliche Rosenrevolution von 2003, die ihn aus dem Amt hob, die kriegerische Auseinandersetzung 2008 mit Russland. Bevor ich losfuhr, machte ich mich mit weiteren Daten vertraut: eine alte, hoch interessante Geschichte, eine abwechslungsreiche Landschaft mit Meereszugang, Tiefebene und Hochgebirgen von über 5.000 Metern, hoher Artenvielfalt bei warmem Klima, ungefähr 3,7 Millionen Einwohner bei einer Fläche wie Bayern, davon mehr als ein Viertel in der Hauptstadtregion um Tiflis. Ich war gespannt, was mich in Georgien erwartete.

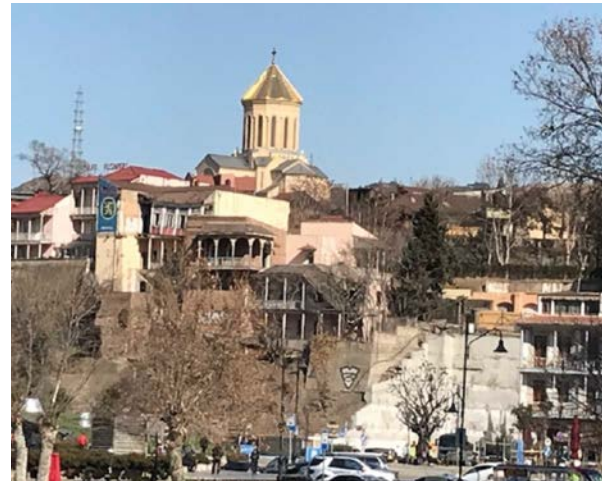
Mittlerweile bin ich vier Mal dort gewesen und zunehmend von Land und Menschen begeistert. Die Wirren auch der neueren Geschichte sind verarbeitet: In Tiflis herrscht reges, pulsierendes Leben, die Verbindung von Tradition und Moderne ist gelungen, es erinnert mich an ein östliches Pendant zu Spanien und Portugal, was Lebenseinstellung, Kunst und Küche anbelangt. Geor-

gien ist westlich-europäisch ausgerichtet, in seiner Politik, Wirtschaft, Bildung und im Gesundheitswesen. Der Anteil der Staatsausgaben für die Gesundheit beträgt zwischen neun und zehn Prozent des Bruttoinlandsprodukts. Das Land hat ein staatlich finanziertes Gesundheitssystem, das ambulante und stationäre Behandlung umfasst, allerdings nicht alle Leistungen werden vollständig übernommen.

Die meisten Kliniken in Georgien sind privatisiert. Alle Kliniken können zu jeder Zeit aufgesucht werden, wobei die allgemeine Krankenversicherung nicht alle Bereiche abdeckt und Kosten dann selbst getragen werden müssen, was insbesondere für Medikamente gilt. Es gibt ungefähr 400 Krankenhäuser bei 3,7 Millionen Einwohnern, eine hohe Zahl im Vergleich zu Deutschland. Darunter sind aber viele kleine Krankenhäuser, pro 1.000 Einwohner standen in Georgien 2019 nur 2,6 Krankenhausbetten zur Verfügung, in Deutschland dagegen 8,3.

Die Anzahl der ausgebildeten Ärzte in Georgien ist mit der in Europa vergleichbar. Ähnlich wie in Deutschland ist das georgische Gesundheitswesen durch eine Vielzahl an Reformen und Veränderungen in den letzten zwei Jahrzehnten geprägt. Aufgrund der hohen Anzahl von Krankenhäusern wird jetzt strategisch die Priorität auf die Entwicklung von Indikatoren und Mechanismen im Bereich des Qualitätsmanagements gelegt. Die Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit sind dabei klare Schwerpunkte.

Aufgrund dieser strategischen Entwicklung haben sich in Georgien die ersten Krankenhäuser auf den Weg gemacht, ihr Qualitätsmanagement nach



Blick auf Georgiens Hauptstadt Tiflis mit Zeugen der langen Geschichte: Oben Teile der Altstadt mit einer Orthodoxen Kirche. Unten im Hintergrund eine mittelalterliche Burg, die Festung Narikala aus dem viernten Jahrhundert. Tiflis stand zeitweise unter persischer und russischer Herrschaft.

dem deutschen Verfahren „Kooperation und Transparenz im Gesundheitswesen“, kurz KTQ, auszurichten und zertifizieren zu lassen – und es zeigt sich, dass es funktioniert. Dialoge und Begehungen auf Station fanden mit Dolmetschern statt, die auch die Dokumente erklärten – denn die georgische Schrift, liebevoll als „Spaghettischrift“ bezeichnet, ist für uns nicht entzifferbar. Natürlich gibt es Besonderheiten: In bestimmten Bereichen bestehen staatliche Vorgaben, die ärztliches und pflegerisches Handeln vorschreiben, so müssen z. B. alle stationären Dokumente zum Abschluss ausgedruckt werden, auch wenn diese digital vorliegen. Polymedikation ist wegen der Selbstzahlung kein Thema: Auf einer großen kardiologischen Intensivstation mit 30 Betten passten die gesamten vorgehaltenen Medikamente in einen Schrank mit den Maßen 1 mal 2 Meter, es gab nur ein einziges vorrätiges intravenöses Breitbandpenicillin. Natürlich interessierten wir uns sofort für die Infektionszahlen. Das Krankenhaus hat einen Epidemiologen fest angestellt, der nur für Infektionsstatistiken dort zu-

KTQ

Das KTQ-Verfahren ist im Jahr 2000 gemeinsam mit Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft und Bundesärztekammer unter Mitwirkung der Bundesgesundheitsministeriums etabliert worden und wird neben Deutschland auch in Österreich und China angewendet – nun auch in Georgien. Bislang sind eine kardiologisch-herzchirurgische sowie eine gynäkologisch-geburtshilfliche Klinik in Tiflis zertifiziert worden.

ständig ist. Die Infektionszahlen liegen deutlich unter denen in Deutschland, selbst in operativen Bereichen, auch wenn es dort teilweise beengt ist. Der digitale Reifungsgrad ist in den beiden visitierten Kliniken hoch. Auf meine Frage in der Geburtsklinik hinsichtlich eines Mutterpasses, den die Schwangere mit sich führt, wurde ich zunächst nicht verstanden – bis ich erklärte, dass es in Deutschland ein blassgrünes Dokument gebe, das die Schwangere mit sich trägt und in das alle Untersuchungsergebnisse eingetragen werden. Ich erntete ein Lächeln – in Georgien wird seit vier Jahren nur noch ein digitaler Mutterpass geführt, in dem alle Daten vorliegen, die von der Schwangeren zur Einsicht freigegeben werden, wenn sie eine Gesundheitseinrichtung aufsucht. Ich hoffe, dass wir dies in Deutschland flächendeckend in den nächsten Jahren bekommen! Apropos Geburtsklinik: Die Leveldiskussion ist in Georgien geregelt. Geburten dürfen nur noch in Krankenhäusern durchgeführt werden, die mindestens 700 Geburten jährlich haben, und die Grenze soll auf 1.000 angehoben werden, damit eine qualitativ hochwertige Geburtshilfe mit adäquater Neugeborenenversorgung samt neonatologischer Intensivmedizin gewährleistet ist. Die von uns zertifizierte Klinik kommt auf fast 5.000 Geburten jährlich, die Kreißsäle sind digital vernetzt, die gesamte Dokumentation erfolgt ebenfalls digital.

Natürlich wird es ein großes Stadt-Land-Gefälle geben, viele Krankenhäuser werden nicht diesen Standard haben. Dennoch ist es gesundheitspolitischer Wille, das zu ändern und hohe Qualitätsmaßstäbe einzufordern, auch um damit zu steuern. Bei meinem letzten Aufenthalt in Georgien im Februar lernte ich Gesundheitsministerin Ekaterine Tikaradze kennen, die in Österreich studiert und in Deutschland im medizinischen Bereich gearbeitet hat. Sie unterstrich die geplanten Reformen im Gesundheits- und Arbeitswesen: Bereitstellung digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen, Verbesserung der Qualität der Gesundheitsdienste, Senkung der Ausgaben der georgischen Bürger für Arzneimittel, Gewährleistung der Arbeitssicherheit – Themen, die mir bekannt vorkommen! Nur in einem Punkt musste ich sie warnen: die Überlegungen, das deutsche DRG-System 1:1 in Georgien zu übernehmen.

In den letzten vier Jahren habe ich eine Vorstellung von Georgien bekommen, dem Land, seiner Geschichte und seinen Menschen, ihrer Gastfreundlichkeit und Offenheit, vom Leben, den Problemen und dem Gesundheitswesen. Ich gestehe gerne ein, dass ich von Georgien begeistert und froh bin, es erlebt und kennengelernt zu haben und dass ich mich freuen würde, wenn es zu weiterem Austausch kommt und Georgien sich Europa und der EU weiter näher könnte – es wäre eine Bereicherung!

DR. HENRIK HERRMANN



Das Leben in Tiflis ist westeuropäisch geprägt mit großen kulturellen und gastronomischen Angeboten. In der Hauptstadt lebt rund eine Million Menschen. Die Hauptstadt ist Regierungssitz. Georgien ist eine demokratische Republik mit einem starken Präsidialsystem und zentralistischer Verwaltung.

FOTO: DR. HENRIK HERRMANN

GYNÄKOLOGIE

Geburtsmedizin und -hilfe getrennt

In Lübeck startet die gemeinsame Erprobung eines interprofessionellen Stufenkonzepts zur risikoadaptierten Schwangerenbetreuung. Ärzte und Hebammen kooperieren.

Unter dem Titel „Geburtsmedizin und Geburtshilfe Hand in Hand“ erproben die Lübecker Universität und das UKSH ein interprofessionelles Stufenkonzept zur risikoadaptierten Schwangerenbetreuung. Für das Projekt „NesT – Natürlich, evidenzbasiert und sicher im Team“ erhalten der Fachbereich Hebammenwissenschaft am Institut für Gesundheitswissenschaften und die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe rund 446.000 Euro Förderung durch das schleswig-holsteinische Sozialministerium. Projektverantwortliche sind Prof. Christiane Schwarz, Professur für Hebammenwissenschaft, sowie Klinikdirektor Prof. Achim Rody und Dr. Verena Boßung aus der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Das Projekt soll laut Initiatoren einen Lösungsweg für aktuelle Strukturprobleme in der geburtshilflichen Versorgung bieten. Basis ist die Unterteilung der universitären geburtshilflichen Abteilung am Universitätsklinikum in Lübeck in einen „Bereich Geburtsmedizin“, der dem jetzigen Versorgungskonzept entspricht, und einen hebammengeleiteten „Bereich Geburtshilfe“. In räumlicher Abgrenzung von der Geburtsmedizin entsteht ein personell und organisatorisch autonomer geburtshilflicher Bereich.

Die Universität profitiert laut Initiatoren von der Kooperation zwischen Geburtshilfe und Geburtsmedizin. Als Vorteile wird die gemeinsame Ausbildung von Hebammen und Ärzten gesehen, die Seite an Seite Physiologie und Pathologie von Schwangerschaft und Geburt erlernen können. Hebammengeleitete Einrichtungen könnten die Grundversorgung von risikoarmen Schwangeren übernehmen. Eingebettet in eine große Universitätsklinik existiere bei diesem Modell für unvorhergesehene Notfälle ein Sicherheitsnetz durch die vorhandene Infrastruktur. „So kann eine individuelle und interventionsarme Geburtshilfe in einer zentralisierten Krankenhauslandschaft sicher realisiert werden“, hieß es.

Die Beteiligten halten die neue interprofessionelle Versorgungsform für ein „wegweisendes Konzept, das eine Vielzahl an aktuellen Strukturproblemen adressiert“. Als Qualitätsindikatoren ließen sich bei der wissenschaftlichen Begleitevaluation mehrere Fragestellungen untersuchen: Unterscheidet sich die Rekrutierung und Retention von Hebammen für dieses Arbeitskonzept vom „herkömmlichen“ Kreißsaal? Wie hoch sind die Verlegungsraten in die Geburtsmedizin und die Kinderklinik? Wie hoch ist die Rate an interventionsfreien Geburten? Wie ist die Mitarbeiterzufriedenheit und wie hoch die Zufriedenheit der Patientinnen? Welche ökonomischen Konsequenzen hat die Kooperation?

In Lübeck studieren angehende Hebammen seit dem Wintersemester 2017/18 in Deutschlands erstem universitärem dualen Bachelorstudiengang. Die ersten Absolventinnen werden für Sommer 2021 erwartet. Im Rahmen des neuen Versorgungskonzepts besteht die Möglichkeit, begleitende Forschung, Lehre, und praktische interprofessionelle Ausbildung miteinander zu verzahnen.

In Deutschland finden 98 Prozent der Geburten in einem Krankenhaus statt. Viele Schwangere ohne Geburtsrisiken wählen für ihre Geburt ein Perinatalzentrum. Die personellen und räumlichen Kapazitäten der Perinatalzentren werden dabei immer wieder überschritten. Gleichzeitig wird eine potenzielle Überversorgung von Gebärenden ohne oder mit geringem Risiko festgestellt. Das Bedürfnis nach einer interventionsarmen Geburt wird nach Ansicht der Initiatoren nur unzureichend erfüllt. „Viele Hebammen verlassen ihren Beruf, da die Arbeitsbedingungen in großen Abteilungen als belastend und unbefriedigend erlebt werden, was zu schweren Personalengpässen führt“, hieß es.

Sie verwiesen in einer Pressemitteilung außerdem darauf, dass das Konzept der hebammengeleiteten Geburtshilfe im internationalen Ausland etablierter als in Deutschland.

(PM/RED)

BABYKLAPPEN

Die Frauen machen sich die Entscheidung schwer

Vor 20 Jahren wurde die erste Babyklappe eingerichtet. Babyklappen helfen, Säuglinge zu retten, und sind ein wichtiges Hilfsangebot für die jungen Mütter.

Ein toter Säugling, verscharrt in einem Park: Dieser Fund war der Anlass dafür, dass vor 20 Jahren Deutschlands erste „Babyklappe“ in Hamburg eröffnet wurde. 2002 kam in Lübeck die zweite hinzu. Heute gibt es in Schleswig-Holstein drei und bundesweit rund 100 Klappen. Auch wenn immer weniger Mütter den Weg dahin fänden, seien die anonymen Abgabestellen für Säuglinge weiterhin wichtig, sagen die Verantwortlichen.

Ihr erster Gedanke war: „Na so was, jetzt hat jemand eine Puppe reingelegt.“ Friederike Garbe hat die Geschichte des ersten Babys in der Lübecker Klappe schon oft erzählt. Die heute 75-Jährige hat den Verein „Leben bewahren“ gegründet und damit in ihrem Haus in der Mengstraße eine Zuflucht für Schwangere und junge Mütter geschaffen. Als Garbe einen Artikel über die erste Babyklappe in Hamburg las, beschloss sie, ebenfalls so eine Abgabestelle zu schaffen. Sie nahm Kontakt mit dem Konstrukteur der Hamburger Klappe auf, denn „Frauen sollen wissen, dass sie ihr Kind nicht irgendwohin legen oder töten müssen, sondern dass es eine Lebenschance hat“, sagt sie dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Doch sie habe nicht damit gerechnet, dass die Klappe schnell angenommen werde, so Garbe weiter. Denn der erste Alarm ging 2003 los, nur wenige Monate, nachdem die Klappe installiert worden war. „Herzlich willkommen!“, habe sie dem Baby zugerufen, erinnert sich Garbe. Im Lauf der Jahre fanden sich 23 Kinder im dem Spezialbettchen, darunter ein Geschwisterpaar, bei dem ein Kind bereits dem Säuglingsalter entwachsen war.

Das technische Konzept der Klappen ist einfach: Von außen lässt sie sich öffnen, drinnen befindet sich ein Bett, in das ein Kind gelegt werden kann. Ein freundlicher „Brief an die Mutter“ schildert der Frau, was mit ihrem Kind passiert. Die Frau kann selbst eine Botschaft hinterlassen. Wird die Tür von außen verschlossen, lässt sie sich nicht mehr öffnen. Nach einer Frist von we-



Friederike Garbe aus Lübeck hat den Verein „Leben bewahren“ gegründet und in ihrem Haus eine Zuflucht für Schwangere und junge Mütter geschaffen. „Frauen sollen wissen, dass sie ihr Kind nicht irgendwohin legen oder töten müssen, sondern dass es eine Lebenschance hat“, begründet Garbe ihr Engagement. Seit 2003 fanden 23 Kinder über diesen Weg zu der heute 75-Jährigen Garbe.



Rund 100 solcher Babyklappen gibt es in Deutschland mittlerweile, drei davon in Schleswig-Holstein. Vor 20 Jahren wurde die erste Babyklappe in Hamburg eröffnet. Die Zahl der Mütter, die dieses Angebot nutzen, ist rückläufig.



Die Abgabe eines Kindes in die Babyklappe ist der Beginn eines Hilfsprozesses. Die Mütter haben noch acht Wochen Zeit, ihre Entscheidung zu überdenken – viele von ihnen nutzen diese und nehmen ihr Kind an.

nigen Minuten – damit die Mutter Zeit hat, ungesehen fortzugehen – meldet im Gebäude ein Alarm, dass die Klappe benutzt wurde. Von drinnen lässt sich das Bett öffnen und das Kind herausholen.

„Der überwiegende Teil der Kinder wurde nicht fachmännisch abgenabelt, das spricht dafür, dass die Mütter sie allein auf die Welt gebracht haben“, sagt Leila Moysich, Geschäftsführerin der Jugendhilfeeinrichtung Sternipark Hamburg. Der Trägerverein eröffnete im April 2000 in Hamburg-Altona die erste Babyklappe in einem seiner Kinderhäuser. Später kamen Klappen in Hamburg-Wilhelmsburg und in einem „Mutter-Kind-Haus“ in Satrupholm im Kreis Schleswig-Flensburg dazu. 56 Kinder wurden insgesamt an den Sternipark-Klappen abgegeben, allerdings keines in Satrupholm. Die Zahl täusche aber, sagt Moysich dem Ärzteblatt: „Einige Mütter waren auf dem Weg zur Klappe, sind dann aber direkt ins Haus gekommen und haben das Kind dort abgegeben.“

Ähnliches passierte auch in Kiel, wo sich die dritte Klappe in Schleswig-Holstein befindet. Sie ist seit 2008 am Städtischen Krankenhaus untergebracht und steht unter Trägerschaft der Stadt Kiel. Im Jahr 2009 wollte eine Mutter die Klappe nutzen, fand sie aber nicht, sondern stellte die Tasche mit dem Neugeborenen in den Vorraum der Klinik. Wenige Tage später meldete sie sich telefonisch in der Klinik und erklärte, warum sie das Kind nicht behalten konnte. Das Baby wurde später zur Adoption freigegeben, berichtete der Schleswig-Holsteinische Zeitungsverlag. Im Jahr 2019 zog die Klappe aufgrund von Umbauten der Gebäude innerhalb der Klinik um. Der Kieler Stadtrat gab rund 150.000 Euro für den Umzug frei.

Denn auch wenn die Klappen verhältnismäßig selten gebraucht werden, die Verantwortlichen halten sie weiter für ein wichtiges Angebot an Frauen, die ungewollt schwanger sind. „Die Klappe ist nur eine Säule im Hilfesystem“, betont Leila Moysich.

Als erste Säule wurde 1999 die bundesweite Notrufnummer 0800 456 0780 für Schwangere eingerichtet. Im Jahr 2000 kam die Babyklappe dazu. „Doch es blieb die Frage, wie die Geburt sicherer wird“, sagt Moysich.

Frauen, die ihre Schwangerschaft verheimlichen, kommen meist im häuslichen Badezimmer nieder – der Ort, an dem die Mutter die Spuren der Geburt am einfachsten beseitigen und ihr Neugeborenes am besten waschen und versorgen kann. Denn die Vorstellung, es handle sich bei den anonym Gebärenden um Frauen, die nicht vorausplanen und sich keine Gedanken um ihre Babys machen, sei schlicht falsch, betonen Moysich und Garbe übereinstimmend: „Wir waren davon ausgegangen, dass es sich überwiegend um Drogenabhängige, Obdachlose oder Minderjährige handelt“, so die Sternipark-Geschäftsführerin. „Aber nein, es ist die gutbürgerliche Frau, die Abiturientin oder Auszubildende, die Alleinerziehende, die kein weiteres Kind will und fürchtet, das Jugendamt könnte ihr die älteren Kinder wegnehmen.“

Ihnen wollte der Sternipark eine Chance eröffnen, sicher und fachkundig betreut zu gebären. Dazu nahm Moysich Kontakt zur Frauenklinik der Flensburger Diako auf. Der damalige Chef der Frauenklinik, Dr. Ralf Ackermann, „hat klasse reagiert“, erinnert sich Moysich: „Er sei Arzt, kein Detektiv, die Identität der Frauen interessiere ihn nicht.“ Der Sternipark übernahm die Kosten der Geburt und klärte mit dem Standesamt die Frage, wie das Baby registriert werden könne, ohne die Mutter zu erwähnen. Ende 2000 gab es in Flensburg die erste „offizielle anonyme“ Geburt in Deutschland.

Dennoch blieben juristische Grauzonen, auch die Babyklappe war gesetzlich nicht erfasst. Das geschah erst 2014, als der Bundestag Regeln für die vertrauliche Geburt erließ. Bei dieser Form ist – anders als bei der anonymen Geburt – eine Beratung vorgeschaltet. Zudem muss die Mutter Daten hinterlegen, die

dem Kind mit 16 Jahren ausgehändigt werden. „Nach unserer Erfahrung ist das aber eine Hürde zu viel für Frauen, die ihre Schwangerschaft verschweigen wollen“, sagt Moysich.

Anonyme Geburten und auch die Babyklappen waren lange Zeit politisch umstritten. Das Hauptargument lautete, es werde den Frauen „zu leicht“ gemacht, ein Kind abzugeben. Moysich und Garbe bestreiten das: „Ich kenne die Frauen, teils über die Briefe, die sie dem Kind mitgegeben haben, teils, weil es später Kontakt gab“, sagt Friederike Garbe. „Sie alle haben sich die Entscheidung sehr schwer gemacht. Viele fürchten, sie könnten dem Kind nicht geben, was es verdiene.“

Die Erfahrung aus 20 Jahren Babyklappe zeigt: Viele der Frauen entscheiden sich später, ihr Kind zurückzuholen. „Manche sagt spontan im Kreißsaal: Ach was, ich will es doch behalten“, sagt Leila Moysich. Ohnehin bedeutete „die Abgabe des Kindes den Anfang des Hilfsprozesses, nicht sein Ende“. Acht Wochen bleibt den Frauen Zeit, ihre Entscheidung zu überdenken – und sehr viele tun das: „Wir haben über 800 Frauen betreut, rund 60 Prozent haben das Kind angenommen, und nur 27 Frauen sind dauerhaft anonym geblieben“, so Moysich. Dabei habe der gesellschaftliche Wandel in den vergangenen 20 Jahren geholfen: „Damals galten Frauen als Rabenmütter, wenn sie ihr Kind nicht wollten – heute wird geschaut, welche Hilfen nötig sind. Es gibt bessere Betreuungs- und Hilfsangebote, Elterngeld und Krippen.“

Meldet sich die Mutter nicht, wird über das Familiengericht ein Vormund für das Kind bestellt, der Adoptiveltern für das Kind sucht. „Der überwiegende Teil der Kinder kann später gut damit umgehen, ein Klappenbaby gewesen zu sein“, sagt Friederike Garbe. Eine Botenschaft hat sie für die Mütter, die anonym geblieben sind: „Ihr dürft euch immer noch melden. Unsere Türen und Hände sind offen.“

ESTHER GEISSLINGER

2000

Im Jahr 2000 gab es die erste „offizielle anonyme“ Geburt in Deutschland, genauer in Flensburg. Der Hamburger Sternipark hatte zuvor mit der Frauenklinik der Flensburger Diako Kontakt aufgenommen, um werdenden Müttern eine Chance zu geben, sicher und anonym, aber unter fachkundiger Hilfe zu gebären. Die Reaktion des damaligen Klinikchefs Dr. Ralf Ackermann begeisterte die Initiatorin – er sei Arzt und kein Detektiv, stellte Ackermann die Priorität seines Berufsstandes heraus.

ARZT AUF FORSCHUNGSSCHIFF

Am Ende der Welt

Auf der Suche nach neuen Herausforderungen tauschte Dr. Norbert Jaeger seinen Arbeitsplatz im Städtischen Krankenhaus Kiel gegen die Krankenstation an Bord des Forschungsschiffs Polarstern. Sieben Wochen lang war er für die medizinische Versorgung von rund 100 Expeditionsteilnehmern in der Arktis zuständig.

Schiffahrt, See und Meer haben schon immer das Interesse von Dr. Norbert Jaeger geweckt. Erfahrungen mit der medizinischen Versorgung auf See sammelte der Allgemeinchirurg während seiner Zeit als leitender Notarzt in Kiel und auf dem Rettungshubschrauber Christoph 42, etwa bei gemeinsamen Übungen mit der Marine zur Bewältigung von Schiffshaverien. Gegen Ende seiner beruflichen Karriere machte sich Jaeger auf die Suche nach neuen Herausforderungen. „Maritime Medizin hat mich immer interessiert“, so Jaeger, weshalb eine Tätigkeit als Schiffsarzt nahelag. Vor vier Jahren absolvierte er zusammen mit seiner Frau Antje, die ebenfalls Ärztin ist, einen Schiffsarztkurs auf einem Kreuzfahrtschiff. Für 5.000 Passagiere sind zwei Ärzte verantwortlich. Arbeitsbedingungen, Klientel und die Erfahrungen anderer Ärzte ließen sie erkennen, dass unter solchen Bedingungen eine Arbeit als Schiffsarzt für sie nicht infrage kam.

Der Traum, auf hoher See medizinisch tätig zu werden, war damit auf Eis gelegt, bis Jaeger von der Expedition des Forschungsschiffs „Walther Herwig III“ hörte. Mit maximal 200 Menschen an Bord ist das Patienten-Arzt-Verhältnis dort ganz anders. Jaeger fragte umgehend nach, ob das Forschungsschiff auch Schiffsärzte benötige. Händeringend. Nur wenige Wochen später, im Herbst 2017, nahm Jaeger an der Grönlandfahrt des Fischereiforschungsschiffes teil.

Um die sechswöchige Tour mitmachen zu können, reduzierte er seine Stelle, arbeitete aber volle Stunden. Auf der Suche nach weiteren Forschungsschiffen stieß er auf die „FS Polarstern“ des Alfred-Wegener-Instituts in Bremerhaven. Noch während seiner Grönlandtour kam die Anfrage, ob Jaeger die Arktis-Expedition im Herbst 2018 als Schiffsarzt begleiten könne – er willigte ein. Die dreimonatige Expedition verläuft von Bremerhaven über Ostgrönland und Spitzbergen bis in die sibirische Arktis und wieder zurück. An der nördlichsten Stelle kommt die Polarstern bis 600 Kilometer an den Nordpol heran. Nach der Hälfte der Strecke wird die Crew gewechselt.

Jaeger ging in Spitzbergen an Bord. Für sieben Wochen war er für die medizinische Versorgung der 44 Besatzungsmitglieder und 49 Wissenschaftler verantwortlich. Unterstützt wurde er von einem Krankenpfleger, der ihm allerdings nur zu einem Achtel zugeteilt wurde – der restliche Stellenanteil war im Service angesiedelt. „Wir hatten mehrere Patienten mit schweren Erkrankungen, die eine intensive pflegerische Überwachung rund um die Uhr erforderten, sodass der Krankenpfleger die Nachtschichten übernehmen musste. Die Chefstewar-



Über ein Transportseil wurde eine Verbindung zwischen dem Rettungshubschrauber und der Polarstern hergestellt. 120 Seemeilen vor Spitzbergen konnte auf diese Weise ein Patient zur weiteren Behandlung auf dem Festland ausgeflogen werden.



dess war nicht gerade glücklich, wenn der Krankenpfleger am nächsten Tag den Dienst im Service nicht antreten konnte und sich stattdessen ausschlafen und auf die nächste Nacht vorbereiten musste“, so Jaeger. Man arrangierte sich schnell, schließlich hatte die Gesundheit der Crew und der Forscher Vorrang.

Auch der Schiffsarzt der Polarstern hat zusätzliche Aufgaben, auf die sich Jaeger nur bedingt vorbereiten konnte. Zwar hatte er sich im Vorfeld mit Kollegen ausgetauscht und bei seinem Zahnarzt hospitiert. Die Übergabe vor Ort fiel jedoch unverhofft kurz aus. Unter Zeitdruck, seinen Rückflug erreichen zu müssen, zeigte sein Vorgänger Jaeger innerhalb von zwei Stunden seinen neuen Arbeitsplatz. Der Krankenpfleger war ebenfalls das erste Mal an Bord der Polarstern. „Normalerweise ist einer der beiden Mitglieder des Medical Teams kein „Neueinsteiger“ und bringt Erfahrungen aus vorherigen Expeditionen mit, um den Kollegen einzuarbeiten“, erklärt Jaeger. Eine tiefere Beschreibung seiner Aufgaben und der Gerätschaften musste Jaeger im Bordmanual für den Schiffsarzt nachlesen.

Nach seiner Einschätzung ist die Polarstern im Hospitalbereich hervorragend ausgerüstet. Er umfasst einen OP-Raum mit Narkoseeinheit, Röntgengerät und Dentaleinheit, einen Untersuchungsraum mit Sonografiegerät und ein Labor sowie zwei Krankenzimmer mit Intensivüberwachungsmöglichkeit. Die Bordapotheke ist umfangreich ausgestattet, weil der Schiffsarzt für verschiedene Erkrankungen an Bord ausgerüstet sein muss und weil es vorkommen kann, dass die Polarstern Patienten übernehmen muss. In der Arktis befinden sich viele Forschungsstationen und Schiffe. Jedes Schiff ist Bestandteil eines Netzwerkes und gibt per Funk seine Position durch. Bei Notfällen kann der Hubschrauber der Polarstern diese an-

Dr. Norbert Jaeger bei der Arbeit (oben links). Ein Blick in den OP-Saal (rechts) zeigt: Die medizinische Ausrüstung an Bord der Polarstern ermöglicht nicht nur kleinere Eingriffe. Nur wenige Zentimeter Stahl lagen zwischen Jaeger und den Weiten der Arktis (Bild oben). Anfang dieses Jahres zog es Jaeger zusammen mit seiner Frau Antje an Bord der „MS Bremen“ in die entgegengesetzte Richtung: die Antarktis.



fliegen und verletzte oder erkrankte Personen übernehmen.

Während seiner Zeit auf der Polarstern hat Jaeger das nicht erlebt. Stattdessen musste ein Patient ausgeflogen werden, bei dem er einen Darmverschluss diagnostiziert hatte. Aufgrund einer Erkrankung mit mehrfachen abdominalen Voroperationen wäre eine Not-OP riskant gewesen. Durch intensivmedizinische Maßnahmen gelang es, den Patienten zu stabilisieren. Nach Beratung mit dem Kapitän wurde die Repatriierung geplant. Da die nächste Klinik auf Spitzbergen lag, musste die Polarstern umkehren. Erst nach dreitägiger Fahrt war sie in Reichweite der norwegischen Rettungshubschrauber. 120 Seemeilen vor Spitzbergen flog der Hubschrauber die Polarstern an, stellte über ein Transportseil eine Verbindung zum Schiff her und barg den Patienten.

Forscher und Crew sind keinesfalls immer fitte junge Menschen. Sie sind unterschiedlich alt und bringen teils ausgeprägte Vorerkrankungen mit. Die Krankenakte kann zumindest bei den Forschern eingesehen werden. Allerdings

Info

Zu den Aufgaben eines Schiffsarztes auf der Polarstern gehören u. a. Qualitätschecks der medizinischen Geräte, Laborarbeiten und die Tätigkeit als Zahnarzt, die Hygieneverantwortung für Trinkwasserstellen und die Bordbar, die Überprüfung des Chlorgehaltes des bordeigenen Swimmingpools. Voraussetzung, um auf der Polarstern tätig werden zu können, ist ein Facharzt Chirurgie, die Zusatzbezeichnung Notfallmedizin und die Fachkunde Strahlenschutz.

hatte Jaeger Grund, dieser nicht immer zu trauen: „Hier wird oft etwas ausgelassen.“ So erfuhr er erst an Bord von dem Krebsleiden eines Forschers. „Er beteuerte, dass er gut auf Medikamente eingestellt sei. Was aber, wenn er seekrank wird und die Medikamente nicht mehr bei sich halten kann? Viele machen sich darüber keine Gedanken. Man habe ja schließlich einen Arzt an Bord. Der kann jedes medizinische Problem lösen“, erklärt der Kieler die an den Schiffsarzt gestellten Herausforderungen. „Als Arzt ist man in seiner Entscheidung oft alleine“, gibt Jaeger dabei zu bedenken. Es besteht allerdings eine Verbindung über Satellitentelefon zum Referenzkrankenhaus Bremerhaven Reinkenheide. Hierüber kann sich der Schiffsarzt mit Kollegen beraten. „Wenn die Polarstern anruft, sind die Kollegen sehr nett und helfen gerne. Die wissen ja, da sitzt einer irgendwo am Ende der Welt und braucht fachliche Unterstützung“, so Jaeger. „Wenn dann alles geschafft ist, kann man sich wieder der grandiosen Einzigartigkeit der arktischen Welt erfreuen.“

STEPHAN GÖHRMANN

JUBILÄUM

Ärztliche Labormedizin in dritter Generation

Vor 75 Jahren gründete Dr. Siegfried Kramer sein Labor in Geesthacht. Heute wird es in dritter Generation ärztlich und Inhaber geführt. Verbund aus über 170 Laborärzten und Experten.



Historische Aufnahmen aus dem Archiv der Familie Kramer. Erster Laborstandort war eine frühere Lungenheilstätte in Geesthacht - ein Grund, weshalb die britischen Alliierten die Stadt an der Elbe ausgesucht hatten. Im Bild rechts Gründer Dr. Siegfried Kramer mit Mitarbeitern. Begleitend zu seiner Arbeit bildete sich Kramer weiter. Er war nach Angaben seines Enkels Prof. Jan Kramer der erste Arzt in Schleswig-Holstein, der 1960 den Facharzt für Laboratoriumsmedizin erlangte.

Mai 1945: Der Zweite Weltkrieg ist noch nicht beendet, Schleswig-Holstein von den Alliierten besetzt. Die britische Besatzungsmacht versucht, wichtige Strukturen aufrecht zu erhalten, die Bevölkerung versucht zu überleben und zahlreiche Flüchtlinge kommen ins Land. Es ist ein Monat, der von extremer Unsicherheit geprägt ist. In dieser Situation kommt der 33-Jährige Dr. Siegfried Kramer nach Geesthacht. Am 31. Mai gründet er im Auftrag der Briten eine seuchenhygienische Untersuchungsstelle - die Keimzelle der späteren fachärztlichen Laborarztpraxis und des LADR Laborverbunds. Es ist die bundesweit erste Laborarztpraxis und eine der ersten Gesundheitseinrichtungen in Schleswig-Holstein, die auf eine Gründung vor 75 Jahren zurückblicken kann.

Dass Kramer Pionier auf diesem Gebiet werden konnte, hat er auch dem Standort an der Elbe zu verdanken. Die Briten hatten sich Geesthacht bewusst ausgesucht, weil es dort eine Lungenheilstätte gab, die sie als seuchenhygi-

enisches Institut nutzen konnten. Weil die Stadt außerdem Standort für eine Dynamit- und Pulverfabrik war, gab es zahlreiche Menschen, die Arbeit suchten.

Eine ehemalige Lungenheilstätte wird erster Standort für das Labor

Kramer ließ sich zum Kriegsende im Susannen-Haus der ehemaligen Lungenheilstätte Edmundsthal mit einer bakteriologisch-serologischen, medizinisch-chemischen Untersuchungsanstalt nieder. Eine Einrichtung, die in Zeiten von Typhus, Fleckfieber, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und zahlreichen weiteren Erkrankungen dringend benötigt wurde. Seit 1945 hatte Kramer einen Vertrag mit dem Kreisgesundheitsamt - die Grundlage, damit seine Leistungen auch bezahlt wurden.

Erst einige Jahre nach der Niederlassung zeigte sich, dass Geesthacht für Kramer aus unternehmerischer Sicht auch einen entscheidenden Standortnachteil hatte: Dass es später eine Zonen- und Grenzlinie geben würde, konnte der Arzt

1945 nicht ahnen - so entstand für ihn in Nähe der Grenze ein unternehmerischer Nachteil, der erst Jahrzehnte später mit dem Mauerfall aufgehoben werden sollte.

Eine der frühen größeren Anschaffungen Kramers war ein Lastwagen, den er sich im Jahr der Währungsreform anschaffen und damit zweimal pro Woche die Ärzte und Ämter im Kreis besuchen konnte, um Probenmaterial abzuholen.

Nach fünf Jahren der Neubau am heutigen Standort

Der Standort in der früheren Lungenheilstätte konnte keine Dauerlösung werden. Das Gebäude sollte wieder als Klinikstandort genutzt werden und Siegfried Kramer musste sich nach einer Alternative umsehen. Er fand sie am Runden Berg in Geesthacht, wo das Labor bis heute ansässig ist. Damals beschäftigt Kramer 20 Angestellte. Wichtig war damals auch die Wasseranalytik - eine zentrale Trinkwasserversorgung und Kanalisation gab es noch nicht. Kramer nahm im Auftrag des Gesundheitsamtes Was-

5 Jahre

konnte Dr. Siegfried Kramer am ersten Standort in Geesthacht arbeiten - dann sollte es wieder als Krankenhaus genutzt werden. Kramer baute neu. Am Runden Berg in Geesthacht arbeitet das Labor heute noch.

seruntersuchungen vor und begutachtete private Trinkwasserbrunnen. Bis Mitte der 1950er Jahre wurden alle quantitativen Untersuchungen in Geesthacht von Hand durchgeführt. Erst in den Folgejahren kamen die ersten mechanisierten Analysegeräte auf den Markt.

Neben der Arbeit bildet sich Kramer weiter, erhält 1960 die Anerkennung als Facharzt für Laboratoriumsmedizin – nach Angaben seines Enkels Prof. Jan Kramer war sein Großvater damit der erste Arzt in Schleswig-Holstein, der diese Facharztbezeichnung erhielt. In den Folgejahren baute er die Analysen aus. Ende der 60er Jahre können in seinem Labor erstmals 500 Serienanalysen pro Tag bewältigt werden. Damit war zugleich eine Entwicklung eingeleitet, die sich in den folgenden Jahrzehnten noch stärker zeigte: Die erforderlichen Investitionen in der Labormedizin wurde immer höher. 1973 hält die EDV Einzug im Labor.

Kooperation wird in der Labormedizin immer wichtiger

Zugleich erkennt Kramer, dass sein Fachgebiet immer stärker auf Kooperationen mit anderen Disziplinen angewiesen sein wird – so entsteht eine interdisziplinäre Laborgemeinschaft, deren Grundstein 1974 mit der AG südholsteinischer Ärzte gelegt wird. Die Idee, den einsendenden Ärzten nicht nur Basisdiagnostik in den Laborgemeinschaften, sondern auch spezialärztliche Laboranalytik regional anbieten zu können, führt zur Gründung der „Arbeitsgemeinschaft für Diagnostik und Rationalisierung“. Zwei Jahrzehnte später wird die LADR gegründet, um als Netzwerk aus laborärztlichen Praxen gemeinsam neue technische Entwicklungen, wissenschaftlich-medizinische Informationen, Leistungsverzeichnisse und Fortbildungen zu erarbeiten und den Kollegen anzubieten.

1977 tritt Siegfried Kramers Sohn Detlef in die Geschäftsleitung ein, der Senior zieht sich in den kommenden Jahren mehr und mehr aus dem operativen Geschäft zurück. Detlef Kramer führte das Labor über 40 Jahre lang. In diese Zeit fielen zahlreiche wichtige strategische Entscheidungen, die das Labor zukunftsfest aufstellten. Eine davon ist die Gründung des Unternehmens Intermed im Jahr 1985, das sich u. a. um Logistik und administrative Tätigkeiten kümmert und dies auch anderen Fachlaboren anbietet. Welch ein Meilenstein die Gründung dieses Unternehmens war, verdeutlicht sich u.a. an einer Zahl: Der Fahrdienst der Firma, der Probenmaterial aus den Praxen in Labore transportiert, fährt heute jeden Tag mehr als 25.000 Stopps im ganzen Bundesgebiet an.

Eine weitere wichtige Entscheidung ist die Gründung der LADR Akademie



Labormedizin ist Teamarbeit, lautet das Credo von Prof. Jan Kramer (im Foto links), hier im Kreis des ärztlichen und naturwissenschaftlichen Kollegiums in Geesthacht. Das Bild oben zeigt, dass trotz aller Technik weiterhin Menschen im Mittelpunkt der Laborarbeit stehen. In der Labormedizin muss man aus Sicht Kramers bereit sein, sich ständig auf neue Anforderungen einzustellen und entsprechend zu investieren.

in 1997, die Fortbildungen auch für andere Fachgruppen anbietet und auf mehr als 300 Veranstaltungen im Jahr kommt, oder die 2005 erfolgte Gründung des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ).

Familientradition in dritter Generation

Inzwischen ist in Geesthacht die dritte Kramer-Generation in der Geschäftsführung. Im früheren Büro seines Großvaters arbeitet heute Prof. Jan Kramer. Er ist Facharzt für Innere Medizin und für Labormedizin, trat 2012 in das Labor ein. Auch sein jüngerer Bruder Dr. Tobias Kramer – er ist Facharzt für Hygiene und Infektiologie – wird hinzukommen.

In Kramers Büro finden sich nicht nur frühere Möbel seines Großvaters – er und sein Bruder legen auch beide Wert auf die „ärztliche Philosophie“, die ihr Großvater geprägt hat. Das schließt wirtschaftliches Denken und Handeln keineswegs aus – weder in den Nach-

kriegsjahren, noch heute. In den vergangenen Jahren wurden alle Labore und die gesamte Infrastruktur modernisiert, um auf die veränderten Anforderungen in der Labormedizin reagieren zu können.

„In der Labormedizin muss man ständig erneuern und bereit sein, zu investieren“, betont Prof. Jan Kramer auch im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt. Er war nach seiner Zeit als Arzt in der Inneren Medizin am Universitätsklinikum in Lübeck in Geesthacht zunächst „Assistent“ der Geschäftsführung und konnte sich in Ruhe einarbeiten. Von seinem Vater hat Jan Kramer u. a. gelernt, wie wichtig Zusammenarbeit ist. „Labor muss man im Team machen“, lautet sein Credo. Gelegenheit zur Teamarbeit gibt es reichlich: Trotz aller modernen Technik sind in Schleswig-Holstein heute in und um die LADR mehr als 1.300 Mitarbeiter beschäftigt.

DIRK SCHNACK

4,2 Mio.
Patienten wurden im Jahr 2019 in den LADR Laboren in Geesthacht und in Flintbek labormedizinisch versorgt.

GEBURTSTAGE

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

Dr. Reiner Erichsen, Schillsdorf, OT Außenbereich, feiert am 03.06. seinen 70. Geburtstag.

Brigitte Hölzer, Quickborn, feiert am 04.06. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Bernd Brandenburg, Lübeck, feiert am 07.06. seinen 70. Geburtstag.

Prof. Jörg Haasters, Kappeln, feiert am 08.06. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Paul Pagels, Flensburg, feiert am 08.06. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Eckard Gewiß, Großhansdorf, feiert am 11.06. seinen 90. Geburtstag.

dr. med. univ. Pécs Marta Agoston, Warnau, feiert am 11.06. ihren 70. Geburtstag.

Karl-Walter Depner, Wenningstedt-Braderup/Sylt, feiert am 11.06. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Wiebke Reibisch-Fiesel, Kiel, feiert am 13.06. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Uwe Becker, Scharbeutz, feiert am 14.06. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Wieland Schmidt, Schleswig, feiert am 15.06. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Jürgen Heuer, Neumünster, feiert am 16.06. seinen 90. Geburtstag.

Dr. Walter Weipkema, Rendsburg, feiert am 17.06. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Eckehard Rabehl, Eckernförde, feiert am 19.06. seinen 75. Geburtstag.

Eckart Schermuly, Niebüll, feiert am 19.06. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Peter Jahn, Barmstedt, feiert am 25.06. seinen 70. Geburtstag.

Neue Ärztliche Direktorin auf Sylt

Dr. Ines Gellhaus ist seit März neue Ärztliche Direktorin und Chefärztin der Fachklinik Sylt für Kinder und Jugendliche der Deutschen Rentenversicherung Nord (DRV Nord). Sie folgt auf Dr. Rainer Stachow, der die Klinik nach 24 Jahren Ende April 2020 altersbedingt verlässt.

Die 1968 geborene Ost-Westfälin kommt nach Angaben ihres neuen Arbeitgebers vom Kinderzentrum des Evangelischen Krankenhauses Bielefeld. Bereits 2014 war sie für sechs Monate als Assistenzärztin in der Fachklinik Sylt tätig. Sie ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Allergologin und Diplom-Oecotrophologin.

Gellhaus betreibt seit 2004 eine eigene Praxis für Ernährung mit dem Schwerpunkt Ernährungsberatung und -therapie für Kinder und Jugendliche. Im Rahmen dieser Praxis leitete und organisierte sie zehn Jahre lang ein ambulantes interdisziplinäres Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Adipositas und deren Famili-



Dr. Ines Gellhaus

en. Seit 2009 ist Gellhaus im Ehrenamt erste Vorsitzende der Konsensusgruppe Adipositaschulung für Kinder und Jugendliche e.V. (KgAS). (PM/RED)

Annemarie Werner folgt auf Dietrich Willemsen



Dietrich Willemsen und seine Nachfolgerin Dr. Annemarie Werner (rechts), mit einem Staffelstab auf Distanz. In der Mitte die kaufmännische Direktorin Annia Butzen.

Dr. Annemarie Werner ist neue Chefärztin der Abteilung für Neurologie an der Sana Klinik Middelburg. Sie übernimmt die Nachfolge von Dietrich Willemsen, der Ende März in den Ruhestand gegangen ist.

Werner kommt von der Neurologischen Klinik Bad Neustadt/Saale, an der sie ihre Weiterbildung zur Fachärztin für Neurologie mit der Zusatzbezeichnung Neurologische Intensivmedizin absolviert hat. Zu ihrer Entscheidung für den Wechsel nach Middelburg hat nach ihren Angaben beigetragen, dass sie dort ihre Expertise im Bereich

der apparativen neurologischen und intensivmedizinischen Verfahren einsetzen kann, um die intensivmedizinische Versorgung und die Beatmung von Patienten mit schweren Schädel-Hirn-Verletzungen auszubauen. Zudem reizt sie die Möglichkeit der engen interdisziplinären Zusammenarbeit mit Kollegen aller angeschlossenen Fachbereiche der ebenfalls zu Sana zählenden Kliniken in Ostholstein.

Werner hat Medizin an der Universität in Jena studiert und 2012 promoviert. Die gebürtige Thüringerin lebte zuletzt in der Rhön. (PM/RED)

Klinikmanager rotieren



Dirk Beutin und Kerstin Ganskopf

Großes Stühlerücken an den Verwaltungsspitzen in Schleswig-Holsteins Krankenhäusern: Im Friedrich-Ebert-Krankenhaus in Neumünster verabschiedet sich Geschäftsführer Alfred von Dollen im September. Ihm folgt Kerstin Ganskopf, die das Sankt Elisabeth Krankenhaus in Eutin 13 Jahre lang geführt hat. Ganskopf ist in der gesundheitspolitischen Szene auch wegen ihrer Tätigkeit als Landesvorsitzende des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) bekannt. In Eutin übernimmt mit Dirk Beutin ein eben-

falls erfahrener Manager, der zuletzt den kaufmännischen Bereich in der Schön Klinik Neustadt geleitet hat.

Die verliert neben Beutin auch Klinikleiter Timon Gripp, der den Standort seit 2018 vorübergehend leitete und jetzt als Klinikleiter in die psychosomatische Schön Klinik nach Bad Bramstedt wechselte. Aus dem Standort Bad Bramstedt wiederum kommt der neue Klinikleiter in Neustadt, Marcus Baer. Der gelernte Hotelkaufmann und Betriebswirt war zwölf Jahre lang in Bad Bramstedt tätig. (PM/RED)

Von Freier soll in Schleswig neue Impulse setzen

Seit 1. April verstärkt Dr. Alexander von Freier als Chefarzt das Team der Abteilung für Pneumologie im Helios Klinikum Schleswig. Der gebürtige Niedersachse, der in der Nähe von Kiel aufgewachsen ist, bringt laut Mitteilung seines neuen Arbeitgebers neben Kenntnissen im Bereich der Diagnostik und Behandlung pulmonaler Erkrankungen auch Erfahrungen im Weaning sowie der pneumologischen Endoskopie mit.

Von Freier absolvierte sein Medizinstudium an der Freien Universität Berlin und an der Kieler Christian-Albrechts-Universität, wo er auch promovierte. Seine Weiterbildung zum Facharzt erhielt er am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel. Zuletzt war er als Oberarzt und Leiter der Pneumologie in der imland Klinik in Rendsburg tätig. Von Freier erwartet, dass die pneumologische Abteilung in Schleswig weiter ausgebaut wird, Kli-



Dr. Alexander von Freier

nikmanager John Nätke erwartet vom Chefarzt neue Impulse. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

Neu in den Segeberger Kliniken

Dr. Mohammed Abuazab ist neuer Sektionsleiter Gefäßchirurgie im neuerdings fachlich abgegrenzten Bereich innerhalb der Klinik für Kardiologie und Angiologie im Herz- und Gefäßzentrum der Segeberger Kliniken. Der Facharzt für Viszeralchirurgie und Gefäßchirurgie kommt vom Regio Klinikum Elmshorn, wo er ebenfalls als Sektionsleiter tätig war. Der 39-Jährige hat an der Medizinischen Hochschule Hannover studiert und seine Weiterbildung in Halle an der Saale absolviert. Er soll in Zusammenarbeit mit dem Angiologen und Leitenden Oberarzt Dr. Volker Geist kardiovaskulär erkrankte Patienten sowohl interventionell als auch chirurgisch behandeln. Ihm zur Seite steht der 37-jährige Oberarzt Ahmed Ahmed. Der gebürtige Ägypter kam nach seinem Examen nach Niedersachsen, wo er im Herz- und Gefäßzentrum Bad Bevensen und in der Capio Elbe-Jeetzel Klinik in Dannenberg seine fachärztlichen Examina als Chirurg und Gefäßchirurg erlangte. Weitere berufliche Stationen für Ahmed waren Gelsenkirchen und Dortmund. (PM/RED)



Dr. Mohammed Abuazab

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Azemina Meyer, Kiel, geboren am 01.01.1923, verstarb am 28.02.2020.

Dr. Baldur Kelm, Lübeck, geboren am 10.04.1940, verstarb am 03.03.2020.

Dr. Peter Rösler, Büdelsdorf, geboren am 04.05.1941, verstarb am 06.03.2020.

Dr. Jürgen Volkmann, Kiel, geboren am 14.02.1949, verstarb am 13.03.2020.

Clauspeter Fischer, Großenbrode, geboren am 30.12.1968, verstarb zwischen dem 26.03. und dem 28.03.2020.

Dr. Klaus Schmitt-Kilian, Molfsee, geboren am 19.09.1930, verstarb am 27.03.2020.

Dr. Wolf-Dieter Vorpahl, Lübeck, geboren am 17.12.1941, verstarb am 29.03.2020.

Dr. Udo Stumpf, Lübeck, geboren am 07.04.1940, verstarb am 02.04.2020.

Prof. Horst Dilling, Ratzeburg, geboren am 04.03.1933, verstarb am 06.04.2020.

Dr. Matthias Schadwinkel, Wees, geboren am 29.10.1962, verstarb am 13.04.2020.

Nachruf Prof. Fritz Beske

Es gibt nicht viele Menschen, denen quer durch das Gesundheitswesen einhellig und über Jahrzehnte so viel Wertschätzung entgegengebracht wurde. Prof. Fritz Beske gehörte ohne Zweifel zu ihnen. Ende März starb Beske im Alter von 97 Jahren in Kiel.

„Professor Beske hat über Jahrzehnte die Gesundheitspolitik in Deutschland und insbesondere in Schleswig-Holstein mit seiner kompetenten und ruhigen Art geprägt. Als Wissenschaftler analysierte er mit höchstem Sachverstand die Struktur unseres Gesundheitswesens und gab konkrete Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträger. Er war immer ein überzeugter Unterstützer der ärztlichen Selbstverwaltung und hat in Schleswig-Holstein wesentlich zur Gründung der Interessengemeinschaft der Heilberufe beigetragen“, sagte Dr. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Die Ärztekammer verliert nach seiner Überzeugung einen Impulsgeber und Freund: „Seine Persönlichkeit und sein Rat wird uns fehlen.“

Prof. Beskes Rat war berufs- und sektorenübergreifend geschätzt und gefragt – bei allen Gesundheitsberufen und bei den Entscheidungsträgern von Kostenträgern und in der Politik. Die Landesregierung Schleswig-Holstein, in deren Diensten Beske von 1971 bis 1981 als Staatssekretär im Sozialministerium stand, stellte dessen Aufrichtigkeit und verbindliche Art heraus. „Seine außerordentliche gesundheitspolitische Fachkompetenz, verbunden mit dem Verständnis für die ihm anvertrauten Mitarbeiter, sichert ihm ein bleibendes Gedenken“, schrieben Ministerpräsident Daniel Günther und Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg.

Auch die Vertreter der Krankenkassen haben die Gespräche mit dem Gesundheitsökonom als bereichernd empfunden. „Diese Gespräche waren geprägt von seiner fachlichen Kompetenz und seiner analytischen Präzision – aber auch von der Bitte um Kritik und Widerspruch, wenn man seinen Thesen in bestimmten Punkten nicht folgte. Auch menschlich wird Fritz Beske uns allen fehlen“, so der Leiter des Ersatzkassenverbandes Schleswig-Holstein, Armin Tank.

Der 1922 im pommerischen Wollin geborene Sohn eines praktischen Arztes war im Krieg Offizier bei der U-Bootwaffe und nach dem Krieg kurze Zeit Bergmann im Ruhrgebiet. 1946 kam er zum Studium der Humanmedizin nach Kiel, wo er 1949 zum AstA-Vorsitzenden gewählt wurde – eine Funktion, in der er schon damals mit einem Beitrag im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt zum Thema „Arztüberschuss“ Stellung bezog. Als cand. med. sprach sich Beske im Dezember 1949 gegen eine damals diskutierte Sperrung des Medizinstudiums aus: „Einzigste Grenze für die Zulassung kann nur die gesicherte gute Ausbildungsmöglichkeit der Universität sein“, schrieb er. Nach Approbation und Promotion wurde Beske wissenschaftlicher Assistent am Kieler Hygiene-Institut. 1954 erlangte er seinen Master of Public Health an der Universität Michigan in Ann Arbor. 1955 zurück in Kiel, begann der Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen seine politische Laufbahn mit dem Eintritt in die CDU. 1958 wurde er Referent in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums in Schleswig-Holstein. Ab 1961 war er drei Jahre lang internationaler Beamter im Europäischen Büro der WHO in Kopenhagen. 1965 übernahm er die Gesundheitsabteilung im Innenministerium in Kiel und ab 1971 war er zehn Jahre lang Staatssekretär im Sozialministerium. 1973 verlieh ihm die Universität Lübeck eine Honorarprofessur.

1975 gründete Beske das Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) als gemeinnützige Stiftung, dessen Direktor er auch war. 1987 gründete er die IGSF GmbH für Auftragsforschung. Jeder im Gesundheitswesen kennt die vom Institut herausgegebene Schriftenreihe, die im Laufe der Jahrzehnte auf 126 Bände anwuchs.

Zahlreiche Auszeichnungen zeigen, welche Bedeutung Beske für das deutsche Gesundheitswesen hat. 2008 erhielt er auf dem Deutschen Ärztetag in Ulm mit der Paracelsus-Medaille die höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft. „Seine Gutachten sind keine abstrakten akademischen Abhandlungen, sondern konkrete Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträger“, hieß es damals in der Laudatio von Prof. Jörg-Dietrich Hoppe. Beske war aber auch Träger des Verdienstkreuzes am



Prof. Fritz Beske (1922 – 2020)

Bande, des Verdienstkreuzes 1. Klasse sowie des Großen Verdienstkreuzes des Verdienstordens der Bundesrepublik.

Ein Beleg der Hochachtung war auch die Feier zu seinem 90. Geburtstag, als zahlreiche gesundheitspolitische Entscheidungsträger der Republik ihm in Kiel die Ehre erwiesen. Der damalige Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Frank Ulrich Montgomery, bezeichnete Beske als „uneitel, unabhängig und unbestechlich“ – Charaktereigenschaften, die Beske in seinen gesundheitspolitischen Veranstaltungen zur Kieler Woche Jahr für Jahr erneut unter Beweis gestellt hatte. Einer, der die Teilnahme an diesen Veranstaltungen stets als Ehre empfunden hat, war Dr. Klaus Bittmann. Der Ehrenvorsitzende der KV Schleswig-Holstein und Gründer der Ärztegenossenschaft Nord kannte Beske seit 40 Jahren. Schon vom ersten Treffen an empfand Bittmann Beske als „souverän, ohne ideologische Programmatik, ohne parteiliche Intoleranz und ohne Überheblichkeit“. „Ein Mann der Seefahrt mit Orientierung und Kompass. Er strahlte Verlässlichkeit und Kompetenz aus, eine starke Person“, so der Eindruck Bittmanns. Auch als Beske kaum noch lesen konnte, erlebte er ihn stets bestens informiert. „Mit brillantem Gedächtnis imponierte er mit Zahlen und Zitaten. Was für ein aufrechter Mann, erst in den letzten Jahren leicht gebeugt.“

Bittmann erinnert auch an Beskes Frau Lore, die ihn stets zu allen Anlässen begleitete, die für ihn unverzichtbar war und die ihrem Mann im zunehmenden Alter Augen und gelegentlich die Ohren „ersetzte“. Wie Bittmann fühlen wohl fast alle, die an Beske zurückdenken: „Der Rückblick macht traurig.“

DIRK SCHNACK

SERIE

Klassiker der Kniegelenkchirurgie: Aufklärung und Operation bei degenerativen Innenmeniskusschäden

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

Kasuistik

Die Patientin litt unter einem degenerativen Innenmeniskusschaden. Nach erfolgloser konservativer Therapie wurde arthroskopisch der Innenmeniskus teilreseziert. Aufgrund fortbestehender Beschwerden im Kniegelenk wurde vier Monate nach der Operation eine Magnetresonanztomografie vorgenommen und dabei der Verdacht auf einen Riss im Innenmeniskus geäußert. In einer erneuten Arthroskopie wurde der risstragende Teil des Innenmeniskus reseziert. Im weiteren Verlauf sind keine Risse dokumentiert.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin geht aufgrund ihrer postoperativen Beschwerden und des Ergebnisses der Revisionsoperation von einer fehlerhaften Erstoperation aus.

Stellungnahme des Erstoperateurs

Die Erfolglosigkeit der konservativen Therapie habe den Verdacht auf eine Meniskusläsion nahegelegt. Deshalb sei eine Arthroskopie durchgeführt worden.

Aus dem Operationsbericht und der intraoperativen Fotodokumentation gehe hervor, dass Meniskusteile entfernt und der Meniskusrand geglättet worden seien. Die Fotodokumentation zeige eindeutig den Meniskusriss vor und nach seiner Teilresektion. Der Erstoperateur behauptet, dass die Patientin präoperativ über die Möglichkeit eines erneuten Meniskusschadens informiert worden sei.

Gutachten

Der von uns beauftragte Gutachter, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat folgende Kernaussagen getroffen:

Gegen geltende Standards sei nicht verstoßen worden. Aufgrund des Leidensdrucks der Patientin habe eine Ope-

rationsindikation für die zu überprüfende erste Operation bestanden.

Intraoperativ habe sich bei der Inspektion mit dem Tasthaken ein zu behandelnder Riss im Innenmeniskus gezeigt. Nach der Fotodokumentation sei bewiesen, dass nicht zu wenig und nicht zu viel Meniskusmaterial entfernt worden sei.

Der spätere Befund eines Risses im Innenmeniskus spreche nicht für ein fehlerhaftes Handeln, da nach einer arthroskopischen Behandlung eines degenerativen Meniskusschadens die Degenerationen weiter zunehmen und ein erneuter Riss auftreten könne.

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten an.

Fazit

Vom Operateur kann nur der sichtbare Schaden beurteilt werden, intrameniskale Verletzungen bleiben dem Auge verborgen. Es gilt der Grundsatz, dass nur so viel wie nötig und so wenig wie möglich reseziert werden soll. Dieser Grundsatz ist vorliegend eingehalten worden.

Dieser aus medizinischer Sicht klare Fall wird aus folgenden Gründen von uns veröffentlicht: Es kommt immer wieder vor, dass Patienten einen Antrag stellen, weil ein paar Monate nach der Meniskusteilresektion erneut Risse im Meniskus operativ versorgt werden müssen.

Im vorliegenden Fall wurde ein standardisierter Aufklärungsbogen verwendet. Wenn man nunmehr prüft, ob das Aufklärungsgespräch auf Grundlage dieses Formulars und der vorgenommenen handschriftlichen Eintragungen ordnungsgemäß durchgeführt wurde, so ist hier festzustellen, dass die Patientin nicht darüber aufgeklärt wurde, dass nicht der gesamte Meniskus entfernt worden war. Es wurde lediglich Meniskusresektion angekreuzt. Außer-

dem wurden die Erfolgsaussichten abstrakt und nicht erkennbar auf die Situation dieser Patienten abgestimmt dargestellt.

Es wird daher empfohlen, Patientinnen und Patienten im Aufklärungsgespräch deutlich zu machen, dass und warum nur so viel Gewebe wie nötig entfernt werde und dass es zu weiteren Rissbildungen kommen könne – mit der möglichen Folge weiterer Eingriffe. Dies sollte in den Standardaufklärungsbögen handschriftlich hinzugefügt werden. Auch sollte nach Operationen, bei denen es zu Vorwürfen durch Patientinnen und Patienten komme, im Gespräch versucht werden, die Zusammenhänge und Hintergründe zu erklären.

DR. PETER HOYER, FACHARZT FÜR UNFALLCHIRURGIE, CHRISTINE WOHLERS, PROF. WALTER SCHAFFARTZIK, SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR ARZTHAFTPFLICHTFRAGEN DER NORDDEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN

Info

Die norddeutsche Schlichtungsstelle ist zuständig für Berlin, Bremen, Brandenburg, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen. Seit Gründung 1976 haben mehr als 100.000 Patienten ihre Dienste in Anspruch genommen.

Die Schlichtungsstelle bietet Patienten, Ärzten und Haftpflichtversicherern eine Plattform für die außergerichtliche Klärung von Arzthaftpflichtstreitigkeiten. Ziel ist, allen Beteiligten eine objektive, kompetente Streitbeilegung zu ermöglichen.

NEUROLOGIE

Die Lüge im ärztlichen Alltag

Wahre Worte sind nicht schön, schöne Worte sind nicht wahr. Ist nur die Lüge schön? Neurologe Dr. Karl-Martin Fischer aus Heide über den Umgang mit Lügen von Patienten.

Es gibt sie nicht, die Lüge, nicht im ärztlichen Alltag. Im gesamten alphabetischen Verzeichnis des ICD gibt es sie nicht. Und doch. Unsere Mitmenschen schauen im Internet nach und finden dort sehr leicht unter www.krankheiten-simulieren.de Tricks, um an eine Krankschreibung zu kommen, wenn das Wochenende verlängert wurde.

Sprechen wir also lieber von Klienten, wie unsere französischen Kollegen sie nennen, und in diesem Falle weniger von Patienten.

Die Problematik ist nicht leicht zu lösen, wie ein Professor der Psychosomatik aus Graz in einem großen Artikel im Deutschen Ärzteblatt schrieb. Es gebe keine Möglichkeit, jemanden der Lüge zu überführen. Keine Tests, kein Lügendetektor. Und zudem, so der Autor, hat alles, was vom Patienten vorgebracht wird, letztlich irgendeinen anderen Grund im Bereich der Medizin oder Psychosomatik. Eine einfache Lüge, nein, das sei es eher wohl gar nicht.

Während im Lehrbuch der Neurologie von Prof. Werner Scheid aus Köln an fünf Stellen noch auf Simulationsprüfung hingewiesen wird, findet sich dieser Begriff in einem modernen Lehrbuch der Neurologie, Marco Mumentahlter, 12. Auflage, Neurologie, an keiner Stelle mehr. Und dennoch: Es wird gelogen. Immer wieder zwischendurch. Und manch einer sagt sogar schon: „Nur die Lüge ist schön.“

Hilfe zu diesem Thema gibt es in Buchform, u. a.: „Lügen, aber richtig“ (Peter Stiegnitz), 223 Seiten, 418 g schwer, oder „Warum die Wahrheit sagen?“, ein Buch von Rainer Erlinger. Der Mediziner, Jurist und Publizist titelt so im Dudenverlag 2019. Darin finden wir, dass – je nach wissenschaftlicher Untersuchung – sich die Menschen zu ein bis zwei Lügen am Tag entscheiden oder aber auch in einem zehnminütigen Gespräch 1,75 Lügen unterbringen. Aber auch die Behauptung, dass man etwa 200 Mal am Tag belogen werde.

Nun, soll uns das egal sein? Natürlich darf gelogen werden, auch im Arztzimmer, auch vom Patienten oder Klienten. Es ist menschlich, es ist natürlich. Jedes Lebewesen versucht, auch mit Mimikry, seine Existenz zu bewahren. Das ist legitim.

Und doch, manchmal wäre es nicht nur schön zu wissen, ob gelogen wird. Nein, manchmal ist es immens wichtig, dass wir als Arzt nicht denken: „Oh je, das ist mal wieder ein Simulant. Die Rente kann er vergessen.“ Das ist für Patienten, die nicht lügen, sondern krank sind schlimm, denn statt der verdienten Rente kommt jetzt ein Rattenschwanz von Gutachten und Gerichtsterminen auf ihn zu, der über Jahre sich hinziehen wird.

Aber: Es gibt Hilfe für uns Mediziner. Genau festzustellen, ob simuliert, gelogen oder kooperativ mitgemacht wird, ob ehrlich mit uns umgegangen wird. Bevor ich alle fünf Stellen aus dem Lehrbuch von Scheid durchgehe, möchte ich nur eine Methode darstellen, die auch eventuell vom breiten Publikum – das ja auch unsere internen Kniffe und Ausdrücke gern durchschauen möchte, was wir aber vermeiden wollen – mit „extra murus“ nicht sofort verstanden wird und somit missbraucht werden könnte. Die Methode lässt sich bei jeder ärztlichen Untersuchung unterbringen, auch im psychiatrischen Bereich, und nennt sich: Das Rebound-Phänomen.

Scheid schreibt auf Seite 31: „Das geordnete Prüfen der Motilität setzt voraus, dass der Kranke besten Willens ist und maximale Leistung anstrebt.“

„Die Frage, ob es sich um das Symptom einer organischen Erkrankung handelt oder um eine psychisch bedingte Minderleistung, muss eindeutig entschieden werden. Psychische Motilitätsstörungen wirken manchmal wie ein plumper Täuschungsversuch. So etwa, wenn die Geschicklichkeit der Hände und das unauffällige Gangbild den schlechten motorischen Einzelleistungen grob widersprechen oder wenn der Untersuchte sich dazu entschließt, akro-

batische Leistungen zu vollbringen, um eine Lähmung zu demonstrieren, also vielleicht jeweils nach einigen Schritten in die Kniebeuge fällt und dann wieder emporschnellt.

Mitunter ist auch das Rückstoßphänomen eine wichtige diagnostische Hilfe. Der Untersuchte wird aufgefordert, den supinierten Unterarm im Ellenbogengelenk mäßig zu beugen und dem Bemühen des Arztes, den Arm zu strecken, mit aller Kraft Widerstand zu leisten. Sobald die Extremität überraschend freigegeben wird, schnellt der Unterarm des voll mitwirkenden Untersuchten in eine extreme Beugestellung. Wenn nicht Vorsorge getroffen wird, kann sogar die geballte Faust das Gesicht verletzen.

Bei organisch bedingten Paresen des Armes ist dieses Rückstoßphänomen erhalten, vorausgesetzt, dass die auf das Ellenbogengelenk wirkende Beugergruppe noch über eine gewisse Kraft verfügt. Das Rückstoßphänomen fehlt aber regelmäßig schon bei den bescheidensten psychogenen Lähmungen des Armes. In solchen Fällen wird der Untersuchte dem Zug des Arztes langsam nachgeben. Wenn Sie dessen Hand plötzlich loslassen, bleibt die kräftige Beugebewegung des Unterarmes aus.

Dieses Fehlen des Rückstoßphänomens ist darauf zurückzuführen, dass der Untersuchte, der uns eine Lähmung des Armes demonstriert, die Beugergruppe voll anspannt, aber einen Teil dieser Muskelwirkung durch Innervation der Antagonisten abfängt. Dieser Einsatz der Strecker bremst die plötzlich freigegebene Beugebewegung so stark ab, dass ein Rückstoßphänomen ausbleibt. Selbst dem Kundigen gelingt es nicht, unter den hier geforderten Bedingungen eine Parese zu imitieren, ohne die Antagonisten einzusetzen und damit zugleich auch das Rückstoßphänomen auszulöschen.“

Ich hoffe, diese Beschreibung ist noch so diffizil, dass sie von Laien nicht exakt ausgelesen werden kann und somit notwendigerweise sozusagen „extra murus“ bleibt. In meiner täglichen ärztlichen Praxis ist diese Untersuchungstechnik zuweilen von großer Bedeutung. Denn das Rebound-Phänomen ist auch positiv bei Patienten mit deutlichen organischen Lähmungen, z. B. vom Kraftgrad 3, sodass bei gefordertem Gegendruck und plötzlichem Freigeben dann eben doch die Beine hochgehen und somit die aktive Kooperation des Betroffenen bewiesen ist. Und wie oft müssen wir Lähmungen und Gebrauchsunfähigkeiten im Alltag nicht doch untersuchen und objektivieren.

Nur wenn wir dies können, werden wir unseren Patienten gerecht und büden dem wirklich Kranken nicht einen Spießbrutenlauf zu Gutachtern und Gerichten auf.

DR. KARL-MARTIN FISCHER, HEIDE

Zitate

- ▶ *Laotse: Die Wahrheit kommt nur mit wenigen Worten aus.*
- ▶ *Karl Jaspers: Niemand hat die Wahrheit. Wir alle suchen sie.*
- ▶ *Ludwig Marcuse: Die Stärke des Irrtums und der Lüge liegt gerade darin, dass sie ebenso klar sein können wie die Wahrheiten, weshalb das Falsche ebenso einleuchtend sein mag, wie das Richtige.*

DIABETES

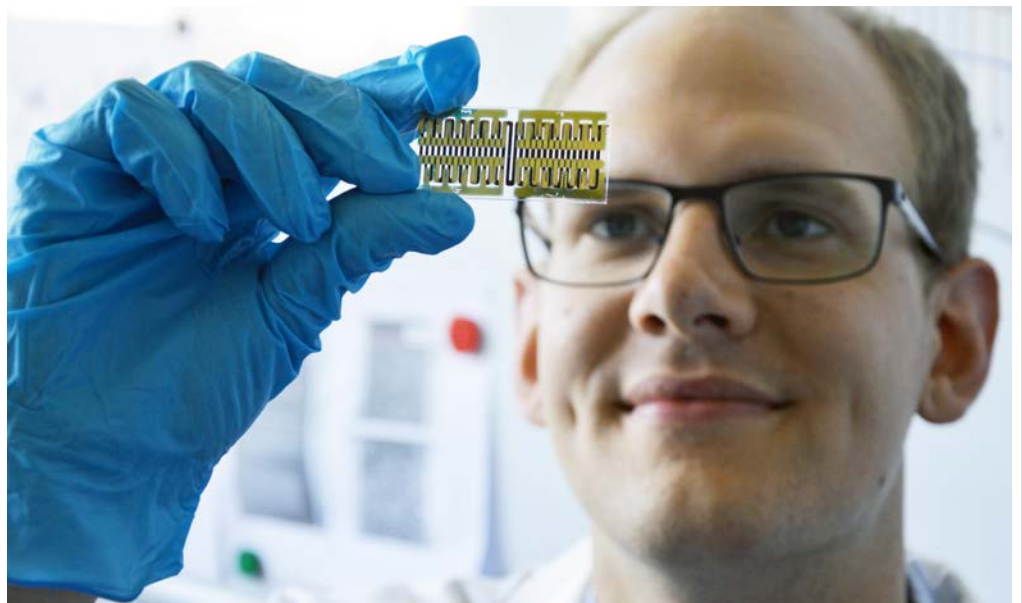
Sensoren aus dem 3D-Drucker

Internationales Forschungsteam der Kieler Christian-Albrechts-Universität (CAU) und der Biomedizintechnik der TU Moldawien entwickelt einfaches Herstellungsverfahren für Aceton-Sensoren.

Die Herstellung hochempfindlicher Sensoren ist aufwendig: Viele Prozessschritte und die nahezu staubfreie Umgebung spezieller Reinräume sind nötig. Das Team der CAU und aus Moldawien hat ein Verfahren entwickelt, um sensible und energieeffiziente Sensoren per 3D-Druck herzustellen. Die einfache und kostengünstige Herstellungsmethode eignet sich auch für eine industrielle Fertigung. Ihr Sensor ist in der Lage, die Konzentration von Acetongaspräzise zu messen. Da die Aceton-Konzentration im Atem mit der Höhe des Blutzuckerspiegels korreliert, hofft das Forschungsteam auch einen Schritt hin zu einem Atemtest für Diabetiker gemacht zu haben, der die tägliche Messung per Stich in den Finger ersetzen könnte.

Unter einem Elektronenmikroskop wird die Oberfläche der neuen Sensoren sichtbar: In einem Dickicht aus zahlreichen Spitzen von nur etwa 20 Nanometern Durchmesser verfangen sich Moleküle von Gasen wie Aceton leicht. Die Spitzen vergrößern die Sensoroberfläche und sorgen für seine hohe Empfindlichkeit. „Um diese besondere Struktur zu erreichen, erhitzen wir einfache Mikropartikel aus Metall bis sich auf ihnen die zahlreichen feinen Spitzen bilden. Mit einer speziell entwickelten Tinte können wir diese Partikel per 3D-Drucker auf verschiedene Oberflächen präzise auftragen“, erklärt Leonard Siebert das sogenannte „Direct Ink Writing“-Verfahren. Als Doktorand in der Arbeitsgruppe „Funktionale Nanomaterialien“ forscht er an der CAU u. a. zu additiven Fertigungstechniken wie dem 3D-Druck.

Das in der Studie vorgestellte automatisierte 3D-Druckverfahren lässt sich für ihr Sensorkonzept an normaler Umgebungsluft durchführen. So entstehen in wenigen Minuten mehrere Sensoren gleichzeitig, wofür es in Reinräumen bisher ein paar Stunden brauchte. Für die Partikel können verschiedene Ausgangsmaterialien verwendet und angepasst werden, je nachdem welches Gas der Sensor später detektieren



Auf dem Glasträger befinden sich hochempfindliche Gas-Sensoren aus dem 3D-Drucker.

soll. „In Zukunft lassen sich nach diesem Prinzip auch Sensoren für Wasserstoff oder andere explosive oder gefährliche Gase entwickeln“, ist CAU-Professor Rainer Adelung, Leiter der Arbeitsgruppe, überzeugt.

Um die besonderen Spitzen bilden zu können, müssen die Metallpartikel als Ausgangsmaterial des Sensors eine bestimmte Größe haben. „Die Oberfläche sollte im Vergleich zum Volumen relativ groß sein“, erklärt Dr. Oleg Lupan aus Moldawien. Sechs Monate erforschte er diesen Prozess als Humboldt Fellow in der Kieler Arbeitsgruppe. Was für die Empfindlichkeit der Sensoren von Vorteil ist, erweist sich bei ihrer Herstellung als Herausforderung: Während sich kleinere Partikel mit etablierten Techniken wie Sprühverfahren oder Vakuum-Aufdampfungen leicht auf Oberflächen anbringen lassen, sind die hier verwendeten Mikropartikel dafür zu groß. „Deshalb haben wir überlegt, wie wir 3D-Drucker nutzen können, um die Mikropartikel aufzutragen“, so Siebert.

Info

Originalarbeit: Facile fabrication of semi-conducting oxide nanostructures by direct ink writing of readily available metal microparticles and their application as low power acetone gas sensors, Leonard Siebert, Niklas Wolff, Nicolai Ababii, Maik-Ivo Terasa, Oleg Lupan, Alexander Vahl, Viola Duppel, Haoyi Qiu, Maik Tienken, Mattia Mirabelli, Victor Sonstea, Franz Faupel, Lorenz Kienle, Rainer Adelung, Nano Energy, Volume 70, 2020, 104420 <https://doi.org/10.1016/j.nanoen.2019.104420>

Wenn im fertigen Sensor organische Moleküle auf die zahlreichen Spitzen treffen, reagieren sie miteinander, verändern den Widerstand des Sensors und lösen messbare Signale aus. Grundsätzlich fließt durch die dünnen Spitzen jedoch nur eine geringe Menge Strom. So verbrauchen die Sensoren nur wenig Energie, was sie auch für kleine, tragbare Messgeräte denkbar macht, die sich zum Beispiel direkt über das Smartphone auslesen lassen.

Das könnte einen künftigen Einsatz der Sensoren in mobilen Atemtests für Diabetiker ermöglichen, hoffen die Forschenden. Statt ihren Blutzuckerwert mehrmals täglich über einen Stich in den Finger zu ermitteln, könnten Betroffene den Acetongehalt in ihrem Atem messen. Das Stoffwechselprodukt entsteht bei Insulinmangel und wird über die Atemluft abgegeben. Die hochempfindlichen Sensoren konnten Acetonwerte von bis unter 1 ppm (Partikel pro Millionen Luftteilchen) feststellen, heißt es in der Studie, während der Atem von Personen mit Diabetes Typ I oder II einen Acetongehalt über 2 ppm hat. (PM/RED)

ANERKENNUNGEN NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

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

FACHARZTKOMPETENZEN

Allgemeinchirurgie

Dr. Hendrik Faby
Stephanie Lange

Allgemeinmedizin

Sebastian Beck
Olga Buxbaum
Ralf Clausen
Mary Kamila Jeconias
Lena Schweigert
Aron Töpfer
Mark Töpferwien
Dr. Clemens Werner

Anästhesiologie

Dr. med. dent. Martin Hopfenziz-Söth
Dr. Kristin Ihle
Dr. Andrea Köser
Dr. Marten Obernolte
Dr. Stephan Seewald

Arbeitsmedizin

Dr. Henrike Claussen
Dr. Christine von Kalben
Dr. Moritz Voswinkel

Gefäßchirurgie

Jan Imgenberg
Dr. Katharina Moser-Notbom

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. Mathias Heidemann

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. Marianne Arens
Dr. Petra Ruprecht

Innere Medizin

Laman Aliyeva
Salmane El Bakali El Kassimi
Dr. Merlin Gutermuth
Laura Kotzott
Thomas Masuth
Dr. André Schlegel
Dr. Berenice Schulte
Dr. Henning Sünkel,
Dr. Tobias Weinreich

Innere Medizin und Gastroenterologie

Dr. Johannes Osbahr

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Dr. Sebastian Buske
Dr. Heinrich Lellek

Innere Medizin und Kardiologie

Dr. Benjamin Desaga
Dr. Marie-Christin Ritter
Dr. André Schröder

Innere Medizin und Nephrologie

Dr. Gesa Geppert

Innere Medizin und Pneumologie

Nebojsa Popadic

Kinder- und Jugendmedizin

Jessica Dubrownik
Dr. Hilkka Struck

Laboratoriumsmedizin

Dr. Claudia Batteux

Neurochirurgie

Dr. Kara Leigh Krajewski

Neurologie

Dr. Marith Balzer
Dr. Sabrina Elbrandt
Christine von Stamm
Dr. Victoria Witt

Orthopädie und Unfallchirurgie

Omar Aldabbas
Hamza Alofi
Dr. Veit Kleine-Doepke
Vera Küpperbusch
Dr. Ann-Christin Limbrock
Dr. Arndt Reese
Thomas Schmahl
Jana Schnorrenberg

Pathologie

Dr. Florian Vondung

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Dr. Thomas Vogt

Psychiatrie und Psychotherapie

Anna Friederike Beckmann-Richter
Jasmin Bock
Almut Nettersheim
Paula Rechtern
Gundula Schwalba
Dr. Kristina Wolters

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Christine von Alm
Sandra Heidenreich
Nicole Janz

Radiologie

Alexander Fürschke
Dr. Constanze Lüdemann

Strahlentherapie

Elias Karsten

Viszeralchirurgie

Dr. Martin Ballhausen
Dr. Malte Noack

ZUSATZWEITERBILDUNGEN

Akupunktur

Dr. Natalie Henkel

Geriatric

Dr. Brigitta Reinke
Dr. Susanne Tönshoff

Homöopathie

Dr. Katrin Ahlvers

Hämostaseologie

Dr. Angela Rocke

Intensivmedizin

Sybille Bode
Dr. Matthias Kott
Dr. Ulrich Rauschenbach

Kinder-Pneumologie

Christoph Florian Reitz

Manuelle Medizin/Chirotherapie

Joachim Gross
Andre Hönig
Robert Metz

Notfallmedizin

Dr. univ. Andreas Domke
Dr. Stephan Ernst
Sebastian Janssen
Akvile Juskeviciute
André Kolodzeiski
Dr. Isabel Lück
Dr. Katrin Quick-Borchardt
Skadi Reimann
Michael Usinger
Patrick Wilms

Palliativmedizin

Dr. Julia Caspary
Dr. Daniel Diekmann
Dr. Claudia Hindel
Dr. Gabriela Köhn
Nikola Lohse
PD Dr. Marion van Mackelenbergh
Dr. Claus Onischke
Dr. Ann Christin Pfannerstill
Dr. Ulla Ritter
Dr. Sonja Sassen

Physikalische Therapie und Balneologie

Dr. Martin Paul

Röntgendiagnostik-fachgebunden-

Dr. Patrick Berg
Kai Schlüter

Sozialmedizin

Dr. Imke Strohscheer

Spezielle Viszeralchirurgie

Dr. habil. Ulrich Wellner

Sportmedizin

Dr. Christina Jansen

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

NEUE WBO

Hoheitliche Aufgabe

Weiterbildungsbefugte haben Zeit, eine Befugnis nach neuer WBO zu beantragen. Ihre Befugnis bleibt für einen Übergangszeitraum gesichert. Weiterzubildende müssen nicht befürchten, dass Weiterbildungszeiten verloren gehen.

Die ärztliche Weiterbildung wird unter verantwortlicher Leitung der von der Ärztekammer befugten Ärzte in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte durchgeführt. Es handelt sich um eine wichtige hoheitliche Aufgabe, die im Rahmen einer Befugniserteilung von der Ärztekammer Schleswig-Holstein auf entsprechende Kammermitglieder übertragen wird.

Hierfür sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. So kann eine Befugnis u. a. nur erteilt werden, wenn der Arzt die Bezeichnung, die er weiterbilden möchte, selber führt, fachlich und persönlich geeignet ist und eine mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden eigenen Weiterbildung nachweisen kann sowie in verantwortlicher Stellung tätig ist. Ganz entscheidend für die Erteilung einer Befugnis ist die Weiterbildungsstätte, an der die Weiterbildung durchgeführt werden soll, da der zu erteilende Befugnisumfang wesentlich davon abhängt, was dort vermittelt werden kann. So müssen insbesondere die für die Weiterbildung typischen Krankheitsbilder und Therapiemöglichkeiten nach Zahl und Art der Patienten regelmäßig und häufig genug vorkommen. Auch müssen Personal und Ausstattung der Einrichtung den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen.

Viele zur Weiterbildung befugte Ärzte in Schleswig-Holstein fragen sich aktuell vielleicht, welche Auswirkungen die am 1. Juli 2020 in Kraft tretende neue Weiterbildungsordnung auf ihre bestehende Weiterbildungsbefugnis haben wird. Die nach bisheriger Weiterbildungsordnung erteilten Befugnisse gelten für Weiterbildungen nach der bisherigen WBO bis zum Auslaufen des Gültigkeitsdatums weiter. Damit haben die Weiterbildungsbefugten und die sich

in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte eine gewisse Planungssicherheit, um eine begonnene Weiterbildung innerhalb der Übergangsfristen für Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungen bis zum 30. Juni 2023 und für Facharztweiterbildungen bis zum 30. Juni 2027 abzuschließen und anerkannt bekommen zu können.

Befristet gelten die nach bisheriger Weiterbildungsordnung erteilten Befugnisse auch für die neue Weiterbildungsordnung. In diesen Fällen wird individuell auf eine Gleichwertigkeit geprüft und die absolvierten Weiterbildungszeiten können in der Regel anerkannt werden.

Allerdings sind die Weiterbildenden in der Pflicht, dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen die Weiterbildungsinhalte nach der neuen WBO und den dazugehörigen Richtlinien zum Inhalt der Weiterbildung vermittelt werden, die durchaus von der bisherigen WBO abweichen können. Zudem liegt es gemeinsam mit den Weiterzubildenden in deren Verantwortung, darauf zu achten, dass die in der neuen WBO vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten entsprechend absolviert werden. Auch haben beide gemeinsam die Verantwortung dafür, dass eine entsprechende Dokumentation der Weiterbildung in dem dafür von der Kammer zur Verfügung gestellten elektronischen Logbuch vorgenommen wird.

Können also bestimmte Anteile der Weiterbildung an der Weiterbildungsstätte nicht vermittelt werden, ist dafür Sorge zu tragen, dass durch Rotation oder Wechsel an eine andere, geeignete Weiterbildungsstätte die Weiterbildung in der vorgeschriebenen Weise absolviert werden kann.

Da sich Weiterbildungszeiten in den Schwerpunkt- und Zusatz-Weiterbildungen verkürzt haben, kann es zu Irritationen hinsichtlich erteilter Weiterbil-

dungsbefugnisse kommen, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen: Alle Schwerpunktweiterbildungen haben sich von drei Jahren, wovon bislang ein Jahr bereits während der Facharztweiterbildung absolviert werden konnte, auf zwei Jahre verkürzt, wobei gleichzeitig aber auch die „Versenkbarkeit“ weggefallen ist. Das bedeutet, dass zusätzlich zur Facharztweiterbildungszeit lediglich zwei Jahre Weiterbildung im Schwerpunkt absolviert werden müssen. Vergleichbares gilt für viele Zusatz-Weiterbildungen, wobei auch hier zeitliche Abweichungen möglich und zu beachten sind. Wenn nun eine nach bisheriger WBO ausgesprochene Befugnis für einen Schwerpunkt im Umfang von 24 Monaten (2/3 der nach bisheriger WBO erforderlichen Weiterbildungszeit) erteilt worden war, kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese nach neuer Weiterbildungsordnung automatisch einer vollen Weiterbildungsbefugnis entsprechen würde, weil die Weiterbildungszeit sich auf zwei Jahre verkürzt hat.

Daher an dieser Stelle noch einmal der dringende Appell an Weiterbildende und Weiterzubildende, sich bei Beginn der Weiterbildung ab dem 1. Juli 2020 unbedingt nach den Inhalten der neuen WBO zu richten. Weiterzubildende, die erst ab dem 1. Juli 2020 mit ihrer Weiterbildung beginnen, haben nicht die Wahl, ihre Weiterbildung nach der bisherigen oder nach der neuen Weiterbildungsordnung durchzuführen, sondern haben sich in jedem Fall nach der neuen WBO zu richten. Insofern wird es auch im Interesse der Weiterbilder sein, eine entsprechende Weiterbildungsbefugnis nach neuer WBO zeitnah zu beantragen.

Zum praktischen Vorgehen: Ab 1. Juli 2020 werden Unterlagen für die Beantragung einer Weiterbildungsbefugnis nach neuer WBO auf der Homepage der Ärztekammer Schleswig-Holstein (www.aeksh.de) zur Verfügung stehen. Parallel wird der Weiterbildungsausschuss in den nächsten Monaten für die meisten Fächer Kriterien für die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen nach der neuen WBO entwickeln. Sobald diese vom Kammervorstand verabschiedet worden sind, werden die entsprechenden Weiterbildungsbefugten darüber informiert und gebeten, in den darauffolgenden zwölf Monaten eine entsprechende Befugnis nach neuer WBO zu beantragen.

Sollte zu diesem Zeitpunkt bereits nach neuer Weiterbildungsordnung eine Befugnis erteilt worden sein, kann eine Überprüfung des erteilten Befugnisumfangs anhand der dann verabschiedeten Kriterien durch die Kammer vorgenommen und auch von dem Weiterbildungsbefugten beantragt werden.

MANUELA BRAMMER

Info

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiterinnen der Weiterbildungsabteilung der Ärztekammer unter weiterbildung@aecksh.de.

KREISAUSSCHÜSSE - KIEL

„Seismograph der Ärzteschaft“

Dr. Jürgen Schultze, Vorsitzender des Kreisausschusses Kiel: „Wir haben kein Nachwuchsproblem“.



Dr. Jürgen Schultze ist Vorsitzender des Kreisausschusses Kiel. Seit 2001 ist er hier ehrenamtlich tätig, seit 2009 bekleidet er das Amt des Vorsitzenden.

Kiel: Großstadt, Landeshauptstadt und Standort einer der beiden Campus des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH). Damit ist die kreisfreie Stadt nicht nur Mittelpunkt der Politik, auch Ärzte sind hier zahlreicher als in anderen Regionen des Landes vertreten: 2.400 Ärzte arbeiten in Kiel, davon alleine 800 am UKSH. Einer von ihnen ist Dr. Jürgen Schultze. Neben seiner beruflichen Tätigkeit als leitender Oberarzt in der Klinik für Strahlentherapie im Karl-Lennert-Krebszentrum Nord am UKSH ist Schultze ehrenamtlich als Vorsitzender des Kieler Kreisausschusses der Ärztekammer Schleswig-Holstein tätig.

Als der Kieler Mediziner 2001 als Abgeordneter in die Kammerversammlung kam, ist er auch in den Kreisausschuss aufgenommen worden. „Das war das erste Mal, dass ich von den Kreisausschüssen gehört habe. Ich wusste damals gar nicht, dass es so etwas gibt“, bringt Schultze das Problem der unbekanntenen Kreisausschüsse auf den Punkt. Dabei besitzen sie wichtige Aufgaben, darunter die Vorbereitungen zur Wahl der Kammerversammlung und die Überprüfung der Wahrung der Berufspflichten im Kreis. Spannender und für junge Ärzte interessant: „Die Kreisausschüsse sind ein Seismograph der Ärzteschaft. Wir kennen den Kreis, die kreisfreie Stadt. Wir wissen, welche Stimmung unter den Ärzten herrscht, welche Themen

sie bewegen“, so Schultze. Die Kreisausschüsse sind Sprachrohr der Ärzteschaft in den Kreisen, in ihrer Grundstruktur also ein demokratisches Grundprinzip.

In der Regel setzen sich die Mitglieder ein bis zweimal im Jahr zusammen, bei Bedarf auch häufiger. Treffpunkt ist das Haus des Sports in Kiel. Den unter Verbänden und Vereinen beliebten Standort nutzen auch der Kieler Ärzteverein und die Kreisstelle der Kassenärztlichen Vereinigung. Kreisausschuss und Ärzteverein sind in der Landeshauptstadt von ihren Aufgabengebieten getrennt, Schultze pflegt zu den Partnern ein gutes Verhältnis und bindet sie in die Ausschusstreffen mit ein und andersherum auch. Dadurch wird der Austausch zwischen den Kieler Ärzten gestärkt und man lernt sich kennen.

Heute besteht der Kreisausschuss aus zwölf Abgeordneten und vier freiwilligen Mitgliedern, welche die Sektoren und viele Fachrichtungen abdecken. Den Altersdurchschnitt der Mitglieder schätzt Schultze auf 55 Jahre. Der ist nicht deshalb so hoch, weil sich junge Ärzte nicht für den Ausschuss interessieren würden. Ein Nachwuchsproblem gebe es Schultze zufolge nicht: „Es ist eher ein basisdemokratisches Problem, wenn die Ärzteschaft keine jungen Medizinerinnen und Mediziner in die Kreise wählt. Schließlich gibt es keine Quote für junge Ärzte.“

STEPHAN GÖHRMANN

DIE ARBEIT DER KREISAUSSCHÜSSE

Die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein wird bei der Durchführung ihrer Aufgaben in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt von einem Kreisausschuss unterstützt. Die Kreisausschüsse werden für die jeweilige Wahlperiode analog 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/der Kreisausschussvorsitzende den Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein über aktuelle Themen und Diskussionen innerhalb der Landkreise und spiegelt somit die Meinungsbildung in Schleswig-Holstein wider.

MITGLIEDER DES KREISAUSSCHUSSES

- ▶ Dr. Jürgen Schultze (Vorsitz)
- ▶ Dr. Norbert Baier (Stellvertreter)
- ▶ Dr. Jonas Baastrup
- ▶ Dr. Anke Bohm
- ▶ Prof. Peter Dohrmann
- ▶ Dr. Antje Jaeger
- ▶ Dr. Norbert Jaeger
- ▶ Dr. Anke Haackert-Scheiderer
- ▶ PD Dr. Holger Hinrichsen
- ▶ Livia Lasarow
- ▶ Dr. Michael Lauterbach
- ▶ Dr. Sabine Reinhold
- ▶ Dr. Christian Sellschopp
- ▶ Matthias Seusing
- ▶ Dr. Gert Sötje
- ▶ Dr. Hanna Stoba

KONTAKT

Haben Sie Fragen zu der Arbeit des Kreisausschusses Kiel und suchen Kontakt zu dem Vorsitzenden? Dann wenden Sie sich gern direkt an Dr. Jürgen Schultze. Er freut sich über eine Kontaktaufnahme per Mail an kiel@aeksh.de.



HINWEIS DER REDAKTION:

Alle Anzeigen beruhen auf Angaben der Anzeigenkunden und werden nicht von der Redaktion geprüft. Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, dass die Angaben (auch zu den Weiterbildungsbefugnissen) korrekt sind. Unter www.aeksh.de 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. 06/2020 20. Mai 2020

STELLENANGEBOTE

HAMBURG SUCHT!

BEZIRKSAMT HAMBURG-MITTE

Ihnen liegen Kinder am Herzen? Uns auch!

Das Gesundheitsamt Hamburg-Mitte sucht in Vollzeit baldmöglichst eine/einen

FACHÄRZTIN/FACHARZT (M/W/D) FÜR KINDER- UND JUGENDMEDIZIN ODER ALLGEMEINMEDIZIN MIT PÄDIATRISCHER ERFAHRUNG

Bewerbungen von Ärztinnen/Ärzten (m/w/d) kurz vor der entsprechenden Facharztprüfung sind ebenfalls möglich.

Der KJGD hat die Aufgabe, die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und zu schützen. Schwerpunkte sind hier die schulärztliche Tätigkeit, Mütterberatung, Impfungen sowie ggf. Projektarbeit.

Die Vergütung erfolgt bis Entgeltgruppe analog Ä1/Ä2 TV-Ärzte.

Für nähere Informationen steht Ihnen Frau Frau Czinczoll Leiterin des Gesundheitsamtes, unter der Telefonnummer 040 42854-4688 gern zur Verfügung.

Weitere Angaben zu dem Stellenangebot finden Sie unter: <http://www.hamburg.de/mitte/stellenausschreibungen/>

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Bitte senden Sie Ihre Unterlagen bis spätestens **28.05.2020** an: bewerbungen@hamburg-mitte.hamburg.de

Bezirksamt Hamburg-Mitte
Personalservice
Caffamacherreihe 1-3
20355 Hamburg



Arzt/Ärztin Allg. Medizin oder Innere Med. gesucht

Für unsere Hausarzt-Praxis am nordwestlichen Stadtrand von Hamburg suchen wir zum 1.4.20 zur Anstellung Arzt/Ärztin für Allg.Med. oder Innere Medizin /hausärztlich. Wir bieten flex. Arbeitszeiten, ein nettes Praxisteam/ Betriebsklima u. direkte HVV-Anbindung.
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter: Arzt-SH-gesucht@t-online.de

Wir suchen für unsere **Hausarztpraxis in Reinbek** Verstärkung durch eine/n **FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin**, auch in Teilzeit ab dem 1.7.2020.

Wir bieten ein harmonisches Team, Kommunikation auf Augenhöhe sowie eine moderne Praxisstruktur und Ausstattung!

Reinbek ist sehr gut aus dem Hamburger Osten und dem Süden Schleswig Holsteins über die Autobahnanbindungen zu erreichen.

Wir freuen uns auf Sie! Kontakt unter: 01577-1622097

Fachärztin/Facharzt für HNO-GP in Lübeck gesucht.

Anstellung in Vollzeit oder Teilzeit, flexible Arbeitszeiten.
Möglichkeit zur Übernahme eines Kassensitzes.

Belegbetten, Weiterbildungsermächtigung zum Facharzt (24 Monate), Schlafmedizin (18 Monate), Allergologie (12 Monate)

Kontakt: 01516 78 22 33 9, 0451 75386 oder per E-Mail jan.hollandt@gmx.net.

Die DIAKO Nordfriesland sucht

Fachärzte (m/w/d) für Psychiatrie und Psychotherapie oder Assistenzärzte (m/w/d) in fortgeschrittener Weiterbildung

- für unsere Psychiatrische Tagesklinik und die angeschlossene Institutsambulanz am Standort Husum – zum 01.07.2020 in Voll- oder Teilzeit
- für die Psychiatrische Institutsambulanz der Fachklinik für Psychiatrie und Psychosomatik am Standort Breklum, OT Riddorf – zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Voll- oder Teilzeit

Weitere Informationen erhalten Sie über den QR-Code und unter:



www.diako-nf.de/wir-als-arbeitgeber

DIAKO Nordfriesland gGmbH
Tel. 0461 812-1201, E-Mail: bewerbung.nf@diako.de



ORTHOPÄDISCHE PRAXIS
GROSSHANSDORF

Wir suchen zum Juli 2020 für unsere Schwerpunktpraxis für operative Orthopädie und Unfallchirurgie einen

Weiterbildungs-Assistenzarzt (w/m/d) für Orthopädie & Unfallchirurgie

Wir bieten nahezu das komplette Spektrum der Orthopädie & Unfallchirurgie mit einem Schwerpunkt für operative Orthopädie und Gelenkchirurgie.

Sie sind verantwortlich für:

- die Betreuung von Elektiv- und Notfallpatienten in der Praxis, bei der operativen Versorgung, im stationären Verlauf und bei der Entlassung
- die Teilnahme an Spezialsprechstunden und erweitern hier Ihre Kenntnisse einschließlich das Erstellen von selbständigen Operationsindikationen im Verlauf
- die Durchführung von orthopädischen Operationen, an die Sie zügig herangeführt werden und führen diese unter fachärztlicher Begleitung selbständig durch
- die selbständige Durchführung von konservativen und kleinen invasiven Therapien in der Praxis

Ihr Profil:

- Sie haben eine Approbation als Arzt und befinden sich mindestens im 3. Jahr Ihrer Facharztweiterbildung
- Sie haben möglichst bereits Erfahrungen in einer unfallchirurgischen oder orthopädischen Klinik gesammelt
- Ihnen sind Teamgeist und ein freundliches Miteinander wichtig

Vorteile unserer Praxis-Klinik-Konzepte:

- Wir ermöglichen Ihnen das Arbeiten in einer operativ-tätigen Praxis mit präoperativer, operativer UND postoperativer Betreuung Ihrer Patienten
- Unsere Praxispartner haben zusammen mit den Kollegen der Klinik Manhagen 36 Monate Weiterbildungsbefugnis für die Facharztweiterbildung Orthopädie und Unfallchirurgie und 12 Monate für die Chirurgie
- Ein kollegiales Arbeitsklima

Bitte schicken Sie Ihre Bewerbung mit Lebenslauf an: kontakt@praxis-grosshansdorf.de
Wir freuen uns auf Sie!

Weitere Information unter: www.praxis-grosshansdorf.de/praxis/stellenangebote

STELLENANGEBOTE

HAUSARZT IN HAMBURG
 umgehend als Einsteiger in Anstellung mit Möglichkeit der Übernahme einer hausärztl.-internist. Doppelpraxis mit zwei Arztsitzen in HH-Langenhorn gesucht. Bewerbungen an: dr.w.meyer@gmx.de

FA/FÄ Orthopädie/UC
 suche für konserv. Praxis im nördl. Umland von HH (südl. Schleswig Holstein) einen FA/FÄ in Teilzeit, spätere VZ gewünscht/möglich, gesamtes konservatives Spektrum, eigener Schwerpunkt möglich
 Info/Bewerbung: Ortho-Job@web.de

FA/FÄ Allgemeinmedizin/ Innere Medizin
 in VZ oder TZ für moderne Hausarztpraxis mit 4 Kollegen gesucht. Fast fertig reicht auch (WBA).
 Südöstlicher Stadtrand von HH (östlich von HH-Bergedorf in SH). Anstellung oder Praxiseinstieg möglich.
 Kontakt: Tel. 0152 54769736 oder kollegin-kollege-gesucht@gmx.de

Suche schnellstmöglich zur Erweiterung meiner modern eingerichteten Praxis im Südosten Hamburgs eine
Frauenärztin zur Mitarbeit.
 Flexible Arbeitszeiten, überdurchschnittliches Gehalt, großzügige Urlaubsregelung. Kontakt unter: frauenarzt-bergedorf@t-online.de

Erfahrener FA für Orthopädie/ Unfallchirurgie m/w/d
 zur Anstellung in einem MVZ südliches SH mit ambulanten OP und D-Arzt-Zulassung ab 01.02.2021 oder später gesucht. Spätere Partnerschaft möglich.
 Bitte bewerben Sie sich unter Chiffre SH50691.

CHIFFREHINWEIS:
 Bitte senden Sie Zuschriften an: [elbbüro Stefanie Hoffmann](mailto:elbbüro.Stefanie.Hoffmann@bismarckstr.2-20259-hamburg.de)
Chiffre (Nr. der Anzeige)
 Bismarckstr. 2 · 20259 Hamburg
 oder anzeigen@elbbuero.com
 Bei E-Mail bitte sämtliche Unterlagen im PDF-Format.



Sana Klinik Oldenburg i. H.



+ ICH

stehen für Medizin auf höchstem Niveau – mit Kopf, Herz + Hand.

Dr. med. Hatice Kühne, seit 2015 bei Sana

Chancen geben. Chancen nutzen. Bei Sana.
sana.de/karriere



Verstärken Sie uns ab sofort in Vollzeit an unserem Standort in Oldenburg i. H. als

Assistenz- oder Facharzt (m/w/d)

für die Fachabteilung Innere Medizin

+ Hier ist Ihr Einsatz gefragt

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Bereichen Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Geriatrie, Kardiologie und Intensivmedizin
- Umfassende Diagnostik aller internistischen Patienten der Fachbereiche inklusive aller gängigen pneumologischen, gastroenterologischen (einschließlich ERCP) und kardiologischen interventionellen Verfahren
- Beteiligung an den Vordergrunddiensten/Bereitschaftsdiensten, orientierend am TV-Ärzte (keine 24 Stunden Dienste)
- Anleitung und Supervision unserer PJ-Studenten
- Volle Weiterbildungsmöglichkeit für Innere Medizin und Allgemeinmedizin
- Möglichkeit zum Erwerb der Schwerpunktbezeichnungen Kardiologie, Geriatrie und Pneumologie sowie der Zusatzbezeichnungen Intensivmedizin und Schlafmedizin
- Garantierte Intensivrotation innerhalb der ersten 3 Jahre für mindestens 6 Monate mit vorherigem Intensivkurs der eigenen Wahl und Möglichkeit des Erwerbs der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin (Übernahme der Kosten durch das Haus)
- Teilnahme an regelmäßigen Fortbildungen im Haus aus allen internistischen Bereichen inklusive regelmäßigen Reanimationsfortbildungen (Simulationstraining)

+ Darum sind Sie unsere erste Wahl

- Sie sind Assistenz- oder Facharzt in der Inneren Medizin bzw. in der Fachweiterbildung zur Allgemeinmedizin
- Sie möchten gerne in einem interdisziplinären Team Ihre Fähigkeiten in Diagnostik und Therapie weiterentwickeln
- Sie besitzen ein hohes Maß an Engagement, Teamgeist und sozialer Kompetenz
- Belastbarkeit, hohes Verantwortungsbewusstsein und Flexibilität sind für Sie selbstverständlich

+ Und darum sind wir Ihre erste Wahl

Weil wir Ihr Engagement sehr zu schätzen wissen, belohnen wir es natürlich auch mit einer leistungsgerechten Vergütung nach den Bestimmungen des TV-Ärzte/VKA. Wir bieten Ihnen ein mitarbeiterorientiertes Arbeitsklima mit attraktiven Angeboten für Ihre Fort- und Weiterbildung. Aber auch Ihre Liebsten haben wir im Blick: Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist für uns selbstverständlich. Der Standort Oldenburg ist für junge Familien eine attraktive Wohngegend, mit direkter Anbindung an die Ostsee – auf dass Sie abseits des Jobs entspannt durchatmen können. Die Sana Klinik Oldenburg verfügt in der Inneren Medizin über mehr als 120 Betten – neben der Allgemeinen Inneren Medizin zusätzlich über die Schwerpunkte Kardiologie (inklusive 24/7/365 PTCA Bereitschaft, zwei Linksherzkatheter – inklusive Elektrophysiologischem Messplatz, Ablations-, Schrittmacher- und Defibrillatortherapie) und Pneumologie inklusive Weaningeinheit und akkreditiertem Schlaflabor mit kompletter Diagnostik sowie interventionellen Therapien (u. a. Kryotherapie, Bronchialstents und -ventile, Spiroergometrie, pneumologische Allergologie). Die interdisziplinäre Intensivstation mit 16 High Care Betten wird internistisch (Pneumologie/Kardiologie) geleitet. Die stationäre und ambulante Geriatrie (inklusive Tagesklinik) befindet sich im Aufbau zum Altersmedizinischen Zentrum. Darüber hinaus werden Typ I und Typ II Diabetiker im Haus geschult. Stellenplan Innere Medizin: 4-8-15

Als eine der großen privaten Klinikgruppen in Deutschland versorgt Sana jährlich rund 2,2 Millionen Patienten nach höchsten medizinischen und pflegerischen Qualitätsansprüchen. Mehr als 34.000 Mitarbeiter an über 50 Standorten vertrauen bereits auf uns. Sie alle profitieren von einem Arbeitsumfeld mit abwechslungsreichen Herausforderungen und viel Raum für Eigeninitiative. Bei Sana können Sie sowohl eigene Schwerpunkte entwickeln als auch ein interdisziplinäres Netzwerk aufbauen.

Sie haben vorab noch Fragen? Unser Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Allgemeinen Inneren Medizin, Herr Dr. Jakobkeit, beantwortet sie Ihnen gerne: Telefon 04361 513-140 | andreas.jakobeit@sana.de
 Weitere Infos und viele gute Gründe, um bei uns zu arbeiten: sana.de/karriere

Für Ihre Bewerbung geht es unter Angabe der Kennziffer OL-Ä 11 hier entlang: jobs-oh@sana.de

Bitte beachten Sie unsere Datenschutzhinweise unter sana.de/karriere.

Sana Kliniken Ostholstein GmbH | Abteilung Personal & Organisation | Hospitalstr. 22 | 23701 Eutin
 Ein Tochterunternehmen der Sana Kliniken AG, ausgezeichnet als einer der besten Arbeitgeber Bayerns 2018.



Wir leben Krankenhaus – gerne mit Ihnen!



STELLENANGEBOTE

Gynäkologische Gemeinschaftspraxis in Ratzeburg sucht FÄ/FA für Gynäkologie und Geburtshilfe

für ausscheidenden Seniorpartner. Bei insgesamt 4 KV-Sitzen sind alle Formen der Tätigkeit sowohl in der Praxis als auch in unserer Belegklinik (gern Partnerschaft, aber auch Anstellung in Vollzeit/Teilzeit) möglich.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

K.-G. Hege, Dr. med. D. Grulich, Dr. med. T. Vent, Dr. med. M. Eschenburg
Demolierung 2 · 23909 Ratzeburg
frauenaerztlicheszentrum@t-online.de · Tel.: 04541/ 80 32 57

Kinderärztin/Kinderarzt

Haben Sie Lust auf eine gut dotierte Festanstellung (50%) mit klar geregelten Arbeitszeiten in einem tollen Praxisteam mit vielen kleinen & großen Patienten und dem gesamten Spektrum der Pädiatrie?

Dann bewerben Sie sich noch heute in der Kinderarztpraxis „Kleine Eulen“ unter dr.benzing@kleine-eulen.net. Wir freuen uns schon darauf, Sie kennenzulernen!

Arbeiten, wo andere Urlaub machen – wir suchen Verstärkung!

FA Allgemeinmedizin (w/m/d) in Teilzeit

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

Gemeinschaftspraxis Dres. med. Palluck und Kauschen

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

Allgemeinärztin/Arzt oder Internist(in)

Wir suchen freundliche(n), engagierte(n) Allgemeinärztin/arzt oder Internist(in) zur Mitarbeit in unserem Ärzteteam aus Allgemeinärzten, Chirurgen, Internisten.

Wir bieten gut ausgestattete Praxis in großen, hellen Räumen, variable Arbeitszeiten mit verlässlichen Urlaubszeiten.

Das MVZ in Wahlstedt freut sich auf Ihre Bewerbung unter: armwahl@aol.com.

WBA für Allgemeinmedizin

ab 08/20 von sympathischer hausärztlich-internistischer Praxis in Altenholz bei Kiel gesucht.

Kontakt: Dr. Matthias Böhm
mboehm@boehm.plus
Telefon: 0431 32 15 51

FA/FÄ mit Zusatz spezielle Schmerztherapie für geplantes MVZ in Lübeck gesucht

Gern FA für Rehabilitative Medizin o. FA für Psychosomatische Medizin Anstellung oder Einstieg möglich
Kontakt: orga@schmerz-psyche.de

Pathologe/-in Teilzeit gesucht

Das Institut für Hämatopathologie Kiel sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen/eine **FA/FÄ für Pathologie** in Teilzeit.

Wir sind ein modern eingerichtetes Institut mit Zugriff auf ein breites Methodenspektrum (Histologie, Zytologie, Flowzytometrie, Molekularpathologie). Wir betreuen Einsender aus dem gesamten Bundesgebiet im Spezialgebiet Hämatopathologie und Lymphomerkrankungen sowie Dermatopathologie.

Kontakt: Dr. Wiebke Franz – wfranz@haematopathologie-kiel.de
Institut für Hämatopathologie Kiel · Wilhelminenstr. 43 · 24103 Kiel

Kiel. Sailing. City.
Kiel



Kiel sucht
Herzblut

Im Amt für Gesundheit der Landeshauptstadt Kiel, Abt. Amtliche Gutachten und Sozialpsychiatrischer Dienst, ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Planstelle als

Ärzt*in im Sozialpsychiatrischen Dienst (Sachbereichsleitung)

zu besetzen.

Bei Vorliegen der persönlichen Voraussetzungen ist eine Eingruppierung bis zur Entgeltgruppe 15 TVöD bzw. Besoldungsgruppe A 14 SHBesG möglich. Für tariflich Beschäftigte kann zusätzlich bei Vorliegen der Facharztqualifikation eine Zulage gezahlt werden.

Die Planstelle ist nicht teilbar.

Nähere Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage.

www.kiel.de/jobs

ORTHOPÄDIE

Junge/r und ambitionierte/r Facharzt/Fachärztin ab sofort als Verstärkung in starker orthopädischer Praxis in Hamburg Innenstadt gesucht.

Die Ausrichtung sollte konservativ sein. Zusatzqualifikationen sind wünschenswert. Bitte senden Sie Ihre schriftliche Bewerbung an:

Orthopädie Neuer Wall · Fr. Süßmann · Neuer Wall 77 · 20354 Hamburg

PRAXISABGABE

www.care.de


**Hausarztpraxis
Hamburg-Harburg**

in zentraler Lage (ca. 80 m
vom S-Bahn Harburg-Rathaus)
zum **1.4.2021 abzugeben.**

Mail: bhelt@t-online.de

GYNÄKOLOGISCHE PRAXIS ABZUGEBEN.

Im Verlauf des Jahres 2020 möchten wir unsere umsatzstarke und moderne gynäkologische Praxis abgeben. Es besteht ein sehr hoher Privatanteil am Umsatz.

Die Praxis befindet sich in einem modernen Ärztehaus, ca. 50 km nördlich von Hamburg. Es besteht eine gute Anbindung an die A7 und die A23 sowie mit der Bahn.

Kontakt bitte über E-Mail: sjlem@web.de.

**NÄCHSTER ANZEIGEN
SCHLUSSTERMIN:**
**Heft Nr. 06/2020
20. Mai 2020**
Nervenarztpraxis

volle Zulassung in einer
BAG aus Altersgründen
im Kreis Pinneberg
abzugeben.

praxis_abgabe@web.de

**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.

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

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

Mitglied der **actalliance**

Würde für den Menschen.

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**

Praxisverkauf / -verkauf • Gemeinschaftspraxis • MVZ
Gesellschaftsrecht • Zulassung • Vergütung
Honorarverteilung • Regress
Berufsrecht • Arztstrafrecht


DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

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

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe: Manu-
ela Brammer, Dr. Karl-Martin Fischer, Es-
ther Geisslinger, Uwe Groenewold, Dr. Hen-
rik Herrmann, Dr. Peter Hoyer, Prof. Walter
Schaffartzik, Christine Wohlers

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

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

Anzeigenmarketing und -verwaltung
elbbüro anzeigenagentur,
Bismarckstr. 2, 20259 Hamburg
Telefon 040 33 485 711
Fax 040 33 485 714
anzeigen@elbbuero.com

www.elbbuero.com
Anzeigenleitung: Stefanie Hoffmann

Zurzeit ist die Anzeigenpreisliste
Nr. 5/2019 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

Die Zeitschrift erscheint elf Mal im Jahr jeweils zum 15. des
Monats. Die Zeitschrift wird von allen Ärzten in Schleswig-
Holstein im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer 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-
geforderte 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.

Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

Vorstand

Dr. Henrik Herrmann (Präsident)
Dr. Gisa Andresen (Vizepräsidentin)
Dr. Svante Gehring
Dr. Sabine Reinhold
PD Dr. med. habil. Doreen Richardt
Dr. med. habil. Thomas Schang
Mark Weinhonig
Telefon 04551 803 206
Fax 04551 803 201
vorstand@aeksh.de

Geschäftsführung

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

Ärztliche Weiterbildung

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

Rechtsabteilung

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

Qualitätsmanagement

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

Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Bertram Bartel

Vorsitzender des Aufsichtsrates

Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen

Geschäftsführung

Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de

Mitgliederservice

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

AKIS

Der Service Ihrer Ärztekammer online:

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

FACHBERATER

Stingl · Scheinpflug · Bernert
vereidigte Buchprüfer und Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft

Spezialisierte Beratung für Ärzte



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

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



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

Kanzlei für **Medizinrecht**

Wir beraten Ärzte

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

RAin Sabine Barth
Rechtsanwältin

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
Partnerschaft

Holtenauer Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

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

info@medrechtspartner.de
www.medrechtspartner.de

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

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

Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt

