



Zu(ge)hören

Rassismus und Diskriminierung im ärztlichen Beruf. Die Ärztekammer hört zu.
Seiten 3, 8 – 15

ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN



Kammerversammlung

Erstmals wurde die Versammlung in hybrider Form abgehalten.
Seiten 16 – 17

Female Remains

Ausstellung in der Medizin- und Pharmaziehistorischen Sammlung in Kiel.
Seiten 32 – 33

Lust auf was Neues?

Kry ist mit rund 3 Millionen durchgeführten Video-Sprechstunden europäischer Marktführer im Bereich digitaler Arztbesuch.

Mit der Kry App ermöglichen wir Patienten auf unkompliziertem Weg eine professionelle medizinische Diagnose und Beratung durch in Deutschland zugelassene Ärztinnen und Ärzte.

Für Ärztinnen und Ärzte bietet Kry eine **telemedizinische Tätigkeit in Teilzeit und von zu Hause**

Das bringen Sie mit:

- ✓ Fachärztin oder Facharzt der Allgemeinmedizin oder Inneren Medizin
- ✓ Deutsche Approbation

**Freie Stellen
in Schleswig-
Holstein!**

Scan me!



**Jetzt mehr erfahren
unter: kry.de/arzt**

kry

Zeichen gegen Rassismus

Vom 15. – 28. März fanden mit zahlreichen Veranstaltungen die Internationalen Wochen gegen Rassismus statt. Der „Internationale Tag gegen Rassismus“ am 21. März erinnert an das Massaker von Sharpeville 1960 und wurde vor 55 Jahren ursprünglich als „Internationaler Tag zur Beseitigung der Rassendiskriminierung“ von den Vereinten Nationen ausgerufen. Noch heute macht er auf die Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres kulturellen Hintergrundes, ihrer Herkunft oder Hautfarbe aufmerksam.

Rassismus beschreibt das soziale Phänomen, das mithilfe von pseudowissenschaftlichen Analogieschlüssen aus der Biologie eine anscheinend unantastbare Rechtfertigung von Ungleichheit sucht und die Wahrnehmung und Interpretation sozialer Informationen beeinflusst. Diskriminierung als politische, ökonomische und kulturelle Ausgrenzung mit Vorurteilen, Benachteiligungen und Herabsetzungen ist vom Rassismus nicht zu trennen.

Was hat eine Ärztekammer damit zu tun? Sind wir im ärztlichen Bereich gänzlich frei von diesen Gedanken? Es ist Aufgabe einer Ärztekammer, unsere ärztlichen Kodizes zu wahren: Wir dürfen nicht zulassen, dass Erwägungen von „ethnischer“ Herkunft und „Rasse“ zwischen unsere Patientinnen und Patienten und uns treten oder womöglich unser ärztliches Handeln negativ beeinflussen. Als Ärzteschaft selbst längst international aufgestellt, müssen wir zudem darauf achten, dass wir uns auch untereinander respektvoll kollegial verhalten.

Dennoch erleben wir auch im ärztlichen Kontext Formen von Rassismus, der sich z. B. als Alltagsrassismus oft unbewusst und unbeabsichtigt in der sozialen Interaktion zwischen Individuen manifestiert. Der Begriff „Rasse“ ist spätestens seit den Möglichkeiten der Genomsequenzierung strikt abzulehnen und steht damit sowohl in Artikel 3 des Grundgesetzes als auch im Genfer Gelöbnis zu Recht zur Diskussion und vor entsprechenden Änderungen.

Diese sensiblen und emotionalen Gedanken haben wir daher mit großer Überzeugung in diesem Monat zum Titelthema gemacht. Kolleginnen und Kollegen, die selbst Diskriminierungserfahrungen machen mussten, haben wir ein Forum gegeben und setzen damit ein klares Zeichen gegen Rassismus und Diskriminierung. Als Ärztekammer stehen wir für alle unsere Mitglieder ein – ungeachtet der Hautfarbe und Herkunft.

Die Würde des Menschen ist unantastbar.

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

»Auch im ärztlichen Kontext erleben wir Formen von Rassismus.«



Inhalt

| | | | |
|--|-----------|---|-----------|
| NACHRICHTEN | 6 | | |
| Kurz notiert | 6 | Stimmung der Hausärzte abgebildet | 22 |
| Kampagne für AHA | 6 | Gefahr durch gestrecktes Cannabis | 24 |
| Gesundheitsquartier für Bad Bramstedt | 6 | „Cannabis ist kein Wundermittel“ | 25 |
| DAK lobt Engagement für Miteinander | 7 | Kongress zu Armut und Gesundheit | 26 |
| Impfstart in den Praxen | 7 | Pflegende stimmten über Kammer ab | 28 |
| TITELTHEMA | 8 | LESERBRIEFE | 29 |
| Rassismus: Die Kammer hört zu | 8 | PERSONALIEN | 30 |
| Interview: Zivilcourage erwartet | 12 | MEDIZIN & WISSENSCHAFT | 32 |
| Ohne genetische Begründung | 14 | Ausstellung Female Remains | 32 |
| Alltägliche Diskriminierung | 15 | Schlaganfall: Aufklärung über Folgen verzögerter Behandlungen nötig | 34 |
| GESUNDHEITSPOLITIK | 16 | Welche Medikamente gegen Covid-19 helfen | 36 |
| Kammerversammlung auch online | 16 | FORTBILDUNGEN | 40 |
| Ärzte in privaten Kliniken: Rendite steht nicht im Vordergrund! | 18 | Onkologie und Corona | 40 |
| Folgen des Lockdowns in sozialen Brennpunkten | 20 | Termine | 41 |
| Stadtteile beeinflussen Gesundheit | 21 | Mit Ultraschall gegen das Zittern | 42 |
| | | ANZEIGEN | 43 |
| | | TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM | 50 |



Festgehalten

von der Medizin- und Pharmaziehistorischen Sammlung der CAU zu Kiel

Female Remains

Den Vitrinenschrank, der die geburtshilfliche Sammlung von Beckenpräparaten der Kieler Hebammenlehr- und Gebäranstalt aus dem 19. Jahrhundert verwahrt, kennen viele Besucher des Museums. Mit Female Remains geht die Medizin- und Pharmaziehistorische Sammlung der Frage nach, wessen Becken hier eigentlich gesammelt wurden. Ergebnis ist eine spannende Ausstellung über Frauenschicksale und die Vermessung der Geburt.

KURZ NOTIERT

Stipendien für Studierende

Die Landesregierung vergibt Stipendien für Studierende der Humanmedizin in Kiel und Lübeck, die im ländlichen Raum als Hausarzt tätig werden wollen. Das Stipendium umfasst 500 Euro monatlich für einen Zeitraum von zwei Jahren und endet mit Abschluss des PJ. Die Vergabe des Stipendiums ist an die Verpflichtung gekoppelt, zwei Jahre Facharztweiterbildung und die anschließende ärztliche Tätigkeit für zwei Jahre im ländlichen Raum zu absolvieren. So soll ein Einblick in die Gesundheitsversorgung auf dem Land vermittelt werden. Mit der Durchführung des Programms ist das Institut für ärztliche Qualität in Schleswig-Holstein beauftragt. Die erste Kohorte von fünf Stipendiaten wurde rückwirkend zum Semesterbeginn 2020/2021 gestartet. Weitere Informationen zum Programm auf der Homepage des Instituts: www.q-institut-sh.de/stipendium. (PM/RED)

GIO ist jetzt eine Genossenschaft

Der augenärztliche Zusammenschluss „Gesellschaft für integrierte ophthalmologische Versorgung (GIO)“ ist jetzt eine Genossenschaft. Ihre Aufgaben sind u. a. die Verhandlung und der Abschluss von Selektivverträgen mit Krankenkassen, die Durchführung der Abrechnung dieser Verträge, der Betrieb der GIO-Fortbildungsakademie, die Förderung der Netzwerkarbeit und die Überwachung der Qualitätsverpflichtungen. GIO-Geschäftsführerin Maren Morawe begründete die Umwandlung in eine Genossenschaft mit flexibleren und unbürokratischen Handlungsoptionen. Der Zusammenschluss ermöglicht die Bündelung gemeinsamer Interessen und Ressourcen, bewahre aber die Eigenständigkeit der ärztlichen Mitglieder. (PM/RED)

Erstes deutsches Lungenzentrum

Die Lungenclinic Grosshansdorf hat als erstes Krankenhaus in Deutschland die vorgeschriebenen Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für Lungenzentren erfüllt. Das Haus fungiert damit als Kompetenz- und Koordinierungszentrum, das überörtliche und krankenhausesübergreifende Aufgaben bei Erkrankungen der Lunge und Atemwege wahrnimmt. (PM/RED)

Ärztetag findet nur online statt

Wegen der aktuellen Corona-Lage und der nicht abzuschätzenden weiteren Entwicklung des Infektionsgeschehens findet der 124. Deutsche Ärztetag in Rostock (4. und 5. Mai) ausschließlich online statt. Alle Ärztinnen und Ärzte können dem Plenum per Livestream folgen. Den 250 Abgeordneten des Deutschen Ärztetages steht für die Beschlussfassung ein elektronisches Abstimmungssystem zur Verfügung. (PM/RED)

Kampagne für Einhaltung der Hygieneregeln



Viele Übertragungen von Sars-CoV-2 treten immer noch auf, weil Alltagskontakte nicht als infektionsrelevant wahrgenommen werden. Alltägliche Anlässe werden oftmals nicht als enge oder gar bedrohliche Kontakte wahrgenommen. Gerade bei zufälligen Begegnungen werden Hygieneregeln nicht konsequent eingehalten – ein Grund, weshalb die Infektionszahlen zuletzt wieder deutlich gestiegen waren. (PM/RED)

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit bei der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein will mit der Kampagne „auch hier!“ an die Einhaltung der Regeln im häuslichen Umfeld erinnern und ein breiteres Verständnis erreichen, indem sie alltagstypische Situationen visualisiert und erklärt.

Über Aufkleber, die auf Rucksäcken oder ähnlichen Gegenständen haften, hofft die Koordinierungsstelle, insbesondere Menschen in beengten Wohnverhältnissen, Wohnungslose und andere sozial benachteiligte Menschen zu erreichen. Die Gestaltung der Aufkleber unterscheidet sich von den bekannten Materialien, die seit einem Jahr verwendet werden, und soll durch ihre handschriftliche Anmutung mehr Nähe und niedrigschwellige Zugang schaffen. Auch Poster für Treppenhäuser und weitere Maßnahmen sind geplant. (PM/RED)

Bad Bramstedt plant Gesundheitsquartier



Am Standort des Klinikums Bad Bramstedt (Foto) könnte in den kommenden Jahren ein Gesundheitsquartier entstehen. Entsprechende Pläne gab die Geschäftsführung vergangenen Monat bekannt.

Dazu sollen Klinikflächen in neu zu bildende Grundstücke umgewandelt und an einen Projektpartner veräußert werden. Auf diesen Grundstücken sollen dann komplementäre medizinische und nicht-

medizinische Leistungsangebote geschaffen werden. Potenzielle Projektpartner sind aufgefordert, an entsprechenden Konzeptideen zu arbeiten.

Mit dem Gesundheitsquartier will das Klinikum nach eigenen Angaben u. a. seine Marktchancen und die Attraktivität für Mitarbeiter steigern. Weitere Informationen unter www.gesundheitsquartier-badbramstedt.de. (PM/RED)

Ausgezeichnetes Engagement in der Pandemie

Unter dem Motto „Gesichter für ein gesundes Miteinander“ haben bundesweit rund 400 Projekte und Einzelpersonen an einem Wettbewerb der DAK-Gesundheit für besonderes Engagement in Corona-Zeiten teilgenommen. Landessieger in Schleswig-Holstein wurden die Projekte „Über Grenzen sehen“ aus Kiel, „APP-Hilfe“ aus Bad Malente und Krystian Szymczak aus Lübeck in den Kategorien Gesundheit, Gesellschaft und Digitalisierung.

Szymczak engagiert sich für Bedürftige und kocht zusammen mit anderen Lübecker Gastronomen, um Einrichtungen wie Heilsarmee, Tafel oder Diakonie zu helfen. Bei der Aktion werden aus gespendeten Lebensmitteln frische Mahlzeiten gekocht und an verschiedene soziale Einrichtungen geliefert. Szymczak gewann damit die Kategorie „Gesundes Leben“.

Julius Werner engagiert sich mit „Über Grenzen sehen“ für eine Gesellschaft, die näher zusammenrückt. Bei seinem Projekt werden auf dem vom inklusiven Team gegründeten YouTube-Kanal Videos gezeigt, in denen Menschen eine Stimme gegeben wird, die nicht der sogenannten Norm entsprechen oder am Rande der Gesellschaft stehen.

In der Kategorie „Gesundes Netz“ überzeugte Benjamin Waack mit der von ihm entwickelten App „Hilfe – Beistand im Todesfall“, mit der Trauernde etwa einen Handyvertrag Verstorbener kündigen, deren Lebensversicherung auflösen oder Vereinsmitgliedschaften beenden können.

„Die Pandemie stellt uns alle seit Monaten auf eine harte Probe. In diesen schweren Zeiten haben wir Menschen gesucht, die in besonderer Weise soziale Verantwortung zeigen und sich für Toleranz und Respekt einsetzen. Es ist bemerkenswert, wie unsere Landessieger mit ihren Projekten genau das tun“, sagte der Chef der DAK-Landesvertretung, Cord-Eric Lubinski.

Die Landesjury bestand aus Gudrun Wamser (Stadtmission Mensch/Kiel), Dr. Martin Oldenburg (Landesvereinigung Gesundheitsförderung) und Michael Selck (Vorstand AWO Schleswig-Holstein). Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg und die DAK-Gesundheit zeichneten vergangenen Monat die Erstplatzierten aus. Im Juni kürt DAK-Vorstandschef Andreas Storm aus allen Landessiegern die Bundesgewinner. (PM/RED)

Impfstart in den Praxen

Seit 6. April impfen laut Planung des Gesundheitsministeriums und der KV Schleswig-Holstein landesweit rund 1.500 Praxen im Land. Das Volumen stellt allerdings noch niemanden zufrieden: Zunächst sollten die Praxen nur rund 20 Impfdosen pro Woche bekommen.

„Angesichts der auch dann noch geringen Impfstoffmengen sollen die niedergelassenen Ärzte insbesondere immobile Patienten und Menschen mit Vorerkrankungen impfen, für die eine Corona-Infektion eine besonders schwere Gefahr darstellen würde“, hieß es in einer gemeinsamen Mitteilung von Ministerium und KV Ende vergangenen Monats. Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg unterstrich allerdings das Ziel, „die Impfungen so schnell wie möglich ins Regelsystem zu überführen“.

KV-Chefin Dr. Monika Schliifke begrüßte den

Impfstart in den Arztpraxen. Sie sagte: „Da im Monat April die verfügbare Impfstoffmenge noch sehr klein sein wird, werden wir als KVSH empfehlen, zunächst die zu Hause Pflegebedürftigen inklusive zweier Kontaktpersonen zu impfen. In dieser Gruppe gibt es leider noch zu viele schwerwiegende Erkrankungs- und Todesfälle. Ab Mai rechnen wir mit größeren Impfstoffmengen und der Möglichkeit, viele Menschen zu impfen.“

Sie appellierte an die Patienten, von Nachfragen nach Impfterminen in den Praxen abzusehen, um eine telefonische Überlastung der Praxen zu vermeiden. KV und Ministerium wollen gemeinsam informieren, wenn die Impfkampagne in den Arztpraxen ausgeweitet werden kann und die Praxen in größerem Umfang Impfsprechstunden anbieten können. (PM/RED)



GUTE LAUNE TEAMS

Da kommt Freude auf!

Ein bisschen Arbeitserleichterung kann viel bewirken. Daher wird es Zeit, über eine Praxissoftware nachzudenken, die alle nötigen Funktionen bietet und trotzdem einfach zu bedienen ist. Welche Software das ist? Na, medatix: modern, funktional und mit Gute-Laune-Potenzial!

Damit auch Sie von einer effizienten Arbeitsweise profitieren können, haben wir ein passendes Angebot geschnürt: Sie erhalten die Praxissoftware **medatix** mit **drei Zugriffslizenzen** und die **Online-Terminbuchung x.webtermin** für 99,90 €* statt 144,90 €. **Sparen Sie also ein Jahr lang jeden Monat 45,00 €.**

Sichern Sie sich das **Gute-Laune-Angebot** unter

gute-laune.medatixx.de

* mtl./zzgl. MwSt. Mindestvertragslaufzeit 12 Monate. Die Aktion endet am 30.06.2021. Angebotsbedingungen siehe shop.medatixx.de.

Herkunft als Hürde

RASSISMUS Wie erleben Ärztinnen und Ärzte anderer Hautfarbe und Herkunft Rassismus bei uns? Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat drei Mitglieder eingeladen und erfahren, was sie im privaten und beruflichen Umfeld bewegt.

In der Versorgung in Schleswig-Holstein sind sie unverzichtbar: Ärztinnen und Ärzte anderer Herkunft und Hautfarbe. Sie arbeiten am Universitätsklinikum in Kiel und Lübeck genauso selbstverständlich wie in der ambulanten Gesundheitsversorgung in Dithmarschen. Sie unterstützen als Ärzte in der Weiterbildung, als Oberärzte und in noch höheren leitenden Funktionen. Ohne sie wäre die Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung schwerer zu leisten.

Für die meisten Menschen ist das längst selbstverständlich, insbesondere für Ärzte: Viele aus Schleswig-Holstein stammende Mediziner haben einen Teil ihres Berufslebens selbst in anderen Ländern zugebracht und wissen um die Situation, wenn man in anderen Kulturen mit fremder Sprache lebt. Das Gesundheitswesen ist eine der Branchen, die von diesem globalen Personal- und Wissensaustausch massiv profitiert.

Ist das die Erklärung, weshalb aus dem schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen keine rassistischen Übergriffe öffentlich werden? Spielt das Thema in unseren Kliniken und Arztpraxen womöglich gar keine Rolle? Fest steht: Der Ärztekammer Schleswig-Holstein waren hierzu bislang keine Fälle bekannt.

In der Realität sieht dies anders aus. Ärzte, denen die andere Herkunft anzusehen ist, sammeln bei uns auch negative, manchmal erschütternde Erfahrungen. Diese Vermutung erhielt die Kammerspitze in einem Gespräch bestätigt, zu dem Präsident Prof. Henrik Herrmann, Vizepräsidentin Dr. Gisa Andresen und der ärztliche Geschäftsführer Dr. Carsten Leffmann Jutta Tigenoah aus Ghana, Olajide Bisiriyu aus Nigeria und Likoh Nicholson aus Indonesien nach Bad Segeberg eingeladen hatten. Ziele: zuhören und zeigen, dass Menschen anderer Herkunft zu uns gehören. Dass ihre Erfahrungen auch geteilt werden müs-



»Wenn man nicht fließend deutsch spricht, halten einen manche Menschen für unfähig.«

JUTTA TIGENOAH

sen, um überhaupt zu akzeptieren, dass Rassismus bei uns stattfindet.

Tigenoah berichtete u. a. von ihrer Wohnungssuche, als sie in einem Formular unter Beruf „Ärztin“ eintrug und daraufhin bei den Verantwortlichen der Immobilie ungläubiges – und für Tigenoah verletzendes – Gelächter erntete. „Ich habe mir eine dicke Haut zugelegt“, sagt Tigenoah, die seit 2013 in Deutschland lebt und arbeitet. Ist das von ihr geschilderte Verhalten durch Voreingenommenheit geprägt oder Rassismus oder beides?

Klar zu beantworten ist diese Frage bei einer beruflichen Erfahrung von Bisiriyu, der in seiner Weiterbildung eine Unterhaltung zwischen einem älteren Patienten und einem deutschen Kollegen hinter sei-



nem Rücken hörte. Der Patient fragte, ob es denn nötig sei, dass er von einem Farbigen behandelt werden müsste. Im weiteren Verlauf brachte er unter Verwendung des herabwürdigenden „N****-Wortes“ seine Abscheu über den Kontakt mit Farbigen deutlich zum Ausdruck.

Bisiriyu, seit 2012 in Deutschland, sprach den Mann damals nicht darauf an. „Ich dachte mir, das ist ein alter Mann und er ist nicht repräsentativ“, begründete er sein stilles Erdulden. Auch sein Vorgesetzter reagierte nur moderat, gab dem Mann eine ausweichende Antwort. Später erlebte Bisiriyu dies anders. Bei einer abfälligen Äußerung über seine Hautfarbe richtete eine Pflegendende deutliche Worte an den Patienten: Entweder keine Behandlung für ihn in diesem Haus oder sofortige Zurücknahme dieser Worte.

Bisiriyu, als ärztlicher Leiter des Ärzte-zentrums Lunden beruflich längst etabliert und als Familienvater in seiner Region auch privat angekommen, weist Mitmenschen, die ihm rassistisch entgegengetreten, inzwischen verbal in die Schranken. Er betont aber auch, dass solche Vorfälle nicht an der Tagesordnung sind.

Nicholson, der erst seit 2019 in Deutschland ist und als Indonesier chinesische Vorfahren hat, erlebt Rassismus in un-

serem Land eher schwach ausgeprägt. Allerdings würde er sich über eine rassistische Äußerung ihm gegenüber wohl auch nicht beschweren: „Rassismus gibt es überall in der Welt“, lautet seine Einschätzung. In vielen Ländern sei Rassismus stärker ausgeprägt – was unter anderem seine Eltern selbst erlebt hätten.

Bei der persönlichen Konfrontation mit rassistischen Äußerungen stellt sich stets die Frage nach der Reaktion. Im privaten Bereich wägt Bisiriyu genau ab und stellt sich bei jedem Einzelfall die Frage: „Bringt es etwas, sich mit solchen Menschen auseinanderzusetzen?“ Im beruflichen Umfeld duldet er inzwischen keine rassistischen Äußerungen mehr und hat in diesem Zusammenhang auch klare Erwartungen an seine Kollegen, insbesondere an Vorgesetzte: „Wenn Vorgesetzte rassistische Äußerungen hören, müssen sie einschreiten.“ Volle Unterstützung bekam er für diese Haltung von der Kammerspitze. Präsident Prof. Henrik Herrmann betonte die Verantwortung der ärztlichen Führung. Er erwartet, dass ärztliche Vorgesetzte in solchen Fällen einschreiten, klären und bei Bedarf Konsequenzen mit dem Arbeitgeber besprechen.

Und was erwarten Betroffene in solchen Fällen von ihrer Ärztekammer? Die Reak-

»Bei diesem Thema ist die ärztliche Führung gefragt. Die Ärztekammer kann vermitteln.«

PROF. HENRIK HERRMANN

tionen darauf zeigten, dass sie diese Möglichkeit bislang gar nicht in Betracht gezogen hatten.

Tatsächlich gibt es bei der Kammer keinen Beauftragten, der sich explizit mit diesem Thema beschäftigt. Dr. Carsten Leffmann machte allerdings deutlich, dass entsprechende Meldungen von der Kammer sehr ernst genommen und an oberster Stelle behandelt würden. Herrmann sicherte zu: „Als Ärztekammer stehen wir für alle unsere Mitglieder ein – ungeachtet der Hautfarbe oder Herkunft.“ Die Kammer könne in solchen Fällen zumindest eine vermittelnde Rolle übernehmen und

öffentlich deutlich machen, welche Haltung sie von ihren Mitgliedern erwartet – nämlich eine, die Ausgrenzung, Vorurteile und Diskriminierung im beruflichen Alltag erschwert und im Idealfall unmöglich macht. Dass Rassismus – oft auch unbewusst – im Berufsalltag noch immer vorkommt, beschämt Vizepräsidentin Dr. Gisa Andresen. „Es ist mir peinlich“, sagte sie in Bezug auf unterbliebenes Einschreiten von Vorgesetzten und auf Äußerungen deutscher Mitbürger über die Kollegen anderer Hautfarbe. Sie hakte nach: „Was muss passieren, damit das aufhört?“ Zum Beispiel:

- ▶ Eigenes Verhalten hinterfragen: Wenn ein Arzt anderer Hautfarbe und Sprache nachfragt, welches Präparat genau gemeint ist, darf dies nicht auf mangelnde Beherrschung der deutschen Sprache zurückgeführt werden. Leffmann machte klar, dass diese Frage aus Gründen der Qualitätssicherung richtig und ein Unterbleiben dieser Frage fahrlässig ist. Tigenoah aber hat erlebt, dass ein deutscher Kollege ihr dies negativ auslegte.
- ▶ Zeit geben: Besonders Kollegen, die erst kurze Zeit in Deutschland sind, müssen

»Wir wollen akzeptiert werden, müssen aber auch bereit sein, uns einzulassen.«

OLAJIDE BISIRIYU

sich eingewöhnen und zugleich höchsten Anforderungen im Beruf genügen. Bisiriyu warb dafür, diese Kollegen stärker zu unterstützen. Andresen kann sich ein Mentoring-Modell vorstellen, für das von der Politik die nötigen finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen.

- ▶ Bei der Integration unterstützen: Nicholson scheint die Integration in Deutschland leichter zu gelingen als den beiden aus Afrika stammenden Kollegen. Er knüpft in erster Linie über den Sportverein private Kontakte. Bisiriyu, der mit



einer Rumänin verheiratet ist, hat dies über die Kirche versucht und erfahren, dass eine Integration über diesen Weg für ihn schwierig wird. Und Tigenoah sagt deutlich: „Es ist ganz schwer, in Deutschland Freunde zu finden.“ Selbst der oft funktionierende Weg über Eltern von Freunden der Kinder war nicht von Erfolg gekrönt.

- ▶ Gleiche Chancen: Menschen aus Afrika, so die Erfahrung Tigenoahs, werden in Deutschland nicht immer die gleichen Chancen eingeräumt wie Menschen aus anderen Ländern. Dies gelte für das Vertrauen in persönliche Fähigkeiten genauso wie für die behördliche Anerkennung von Dokumenten aus ihren Heimatlän-

»Wir müssen Kollegen anderer Herkunft Zeit geben und ihnen zuhören.«

DR. GISA ANDRESEN



dern. Sie empfindet dies als Benachteiligung und hat mit den Jahren in Deutschland gelernt, gegen diese Benachteiligung anzugehen. „Ich bin kämpferischer geworden“, sagte sie in der Ärztekammer.

- ▶ Angebote schaffen: Um den oft unbewusst geäußerten Rassismus zu verringern, könnten Fortbildungsangebote, die sich dem Thema widmen, helfen. Andresen hält es für sinnvoll, dass entsprechende Angebote in das Fortbildungsprogramm der Akademie der Ärztekammer für Weiterzubildende und ärztliche Führungskräfte geschaffen werden.
- ▶ Anlaufstellen: Die Ärztekammer steht als vermittelnde Plattform bereit, wie Herrmann betonte. Wichtig ist ihm, dass solche Anlaufstellen niedrigschwellig sind, damit Betroffene sie auch annehmen. Er wünscht sich, dass auch Arbeitgeber im Gesundheitswesen dieses Thema in den Blick nehmen und überlegen, welche Anlaufstellen sie ihren Beschäftigten im Sinne ihrer Fürsorgepflicht bieten können.
- ▶ Sensibilisieren: Die Diskussion in der Ärztekammer kann nur ein erster Schritt sein, um auf bestehende Probleme aufmerksam zu machen. Anlass waren die Internationalen Wochen gegen Rassismus, die in der zweiten Märzhälfte stattfanden. Herrmann betonte: „Die Bemühungen, für dieses Thema zu sensibilisie-

ren, dürfen nicht auf einen Tag oder einen kurzen Zeitraum begrenzt bleiben. Wir wollen im Gespräch bleiben und das Thema weiter durchleuchten.“

Diese Punkte wurden nach intensiver Diskussion zwischen den drei Mitgliedern und der Kammer Spitze herausgearbeitet. Deutlich wurde zugleich, dass Nicholson, Tigenoah und Bisiriyu mit Kritik sehr zurückhaltend waren und keinesfalls den Eindruck erwecken wollten, Forderungen zu stellen. Eher waren sie bemüht, einen positiven Gesamteindruck ihrer bisherigen Erfahrungen in Deutschland in den Vordergrund zu stellen.

Bisiriyu verwies sogar darauf, dass er die Erwartungshaltung mancher Menschen anderer Herkunft nicht nachvollziehen kann. „Wir wollen akzeptiert werden, müssen aber auch bereit sein, uns einzulassen“, sagte er. Dieses Einlassen aufeinander erlebt er persönlich, seit er im Ärztezentrum Lunden als Facharzt für Allgemeinmedizin zusammen mit einem Kollegen aus Serbien tätig ist. Von Problemen in seiner Praxis berichtet er nicht, wohl aber vom Miteinander der Kulturen – oft auch mit witzigen Zügen. So bekam Bisiriyu zu Beginn seiner Tätigkeit in Lunden oft mit, wenn sich die wartenden Patienten darüber unterhielten, wie sie den neuen Hausarzt ansprechen sollten und wie sich sein für sie ungewohn-

»Rassismus gibt es überall in der Welt und ist in Deutschland weniger ausgeprägt als in vielen anderen Ländern.«

LIKOH NICHOLSON

ter Name wohl ausspricht. „Sie haben meinen Namen dann geübt und immer wieder ausgesprochen. Wenn sie dann bei mir im Sprechzimmer waren, sagten sie schlicht Herr Doktor.“

Bisiriyu freut sich nicht nur über solche Anekdoten, sondern zieht auch ein Fazit, das Mut macht. „Ich bin gerne Hausarzt in Deutschland und versorge zusammen mit meinem Kollegen aus Serbien 1.600 Menschen in Dithmarschen, die gerne zu uns kommen. Das ist eine Win-Win-Situation.“

DIRK SCHNACK

„Ich erwarte Zivilcourage“

RASSISMUS Wie darf ich dich beschreiben? Was soll ich tun, wenn ich mich mit Äußerungen von Kollegen unwohl fühle? Ein Gespräch unter ärztlichen Kollegen über Rassismus.



Dr. Gisa Andresen, Vizepräsidentin der Ärztekammer, in ungewohnter Rolle: Für das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt führte sie ein Podcast-Interview mit ihrem Kollegen aus der Diako, Felix Aguilar – ein Gespräch, das beide zum Nachdenken anregte.

Felix Aguilar ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in der Diako in Flensburg. Dr. Gisa Andresen ist leitende Oberärztin in der Diako. Für die Ärztekammer führte die Vizepräsidentin mit ihrem aus Kolumbien stammenden Kollegen ein Gespräch über sein Leben und seine Arbeit in Deutschland und die Frage, was er als rassistisch empfindet und was er von seiner Umwelt und speziell von seinen Kollegen erwartet. Ausführlicher ist dieses Gespräch als Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes aus Anlass der Internationalen Wochen gegen Rassismus erschienen.

Dr. Gisa Andresen: Felix, wenn ich dich beschreiben soll: Du bist groß, dunkelhäutig und schwarzhaarig. Wenn ich das so sage, fürchte ich, schon den ersten Fehler zu machen, weil ich auf die äußerlichen Unterschiede aufmerksam gemacht habe zwischen uns. Wie darf man Dich beschreiben, wenn man es „richtig“ machen will?

»Es sind viele kleine Stiche, die allein nicht wehtun, zusammen genommen aber schon.«

FELIX AGUILAR

Felix Aguilar: Man tendiert zu Beschreibungen von Sachen, die außerhalb der Norm liegen, mit Merkmalen, die sich von den Mehrheiten unterscheiden. Deshalb ist es zwar nicht falsch zu sagen, dass ich schwarz bin, aber ich würde mich auch gut beschrieben fühlen, wenn du sagst: Ein großer junger Mann, der schwarze Haare hat und ein großes Lächeln.

So beschreibe ich dich gerne. Wie macht man es aus deiner Sicht richtig? Darf man dich fragen, wo du herkommst, wo du geboren bist?

Aguilar: Ja, darf man fragen – wenn wir ein ebenbürtiges Gespräch führen, wenn wir eine Freundschaft aufbauen. Aber wenn wir nur Smalltalk machen, kann dies auch eine intime Frage und rassistisch gemeint sein und von mir auch so aufgefasst werden.

Patienten sind oft so unterwegs. Du empfindest diese Frage nicht immer als freundlich?

Aguilar: Genau, ich glaube, hinter die-

ser Frage steckt oft: Warum bist du schwarz und in Deutschland? Viele, die diese Frage gestellt bekommen, antworten deshalb: „Ich komme aus Köln“ oder so. Das ist eine intime Frage und man sollte sie nicht stellen außer im Rahmen eines freundschaftlichen Gesprächs.

Das heißt, du hörst an einer Frage sofort, ob jemand glaubt, du gehörst hier nicht her, oder ob es ehrliches Interesse ist. Es gibt ja auch einen wichtigen Unterschied: Viele fragen ja nicht: „Woher kommen Sie?“, sondern „Woher kommst du?“

Aguilar: Genau da ist eine Abstufung. Das Duzen von Menschen, die man nicht kennt – ich habe im Deutschkurs gelernt, dass man fremde Menschen in Deutschland siezt. Ich glaube, dass es respektlos ist, wenn man diese Frage mit Du stellt.

Das sehe ich auch so. Wir duzen uns auch im normalen Alltag und deshalb machen wir das auch hier so. Ist das Du und die Frage nach deiner Herkunft schon Alltagsrassismus?

Aguilar: Über den Begriff musste ich mich erstmal informieren. Und ja, es ist Alltagsrassismus genau so wie wenn ich auf der Straße von Menschen auf Englisch angesprochen werde – das empfinde ich schon als Alltagsrassismus. (...) Es sind oft so kleine Dinge, die aber für Betroffene sehr verletzend sein können, die Wunden aufreißen können oder Erinnerungen wachrufen.

Wie würdest du Rassismus allgemein definieren?

Aguilar: Das ist schwierig, es gibt so viele Definitionen. Ich habe eine schöne gefunden: Rassismus ist eine Ideologie, die Menschen aufgrund ihres Äußeren, ihres Namens, ihrer vermeintlichen Kultur, Herkunft oder Religion abwertet. Das ist einfach zu verstehen und umfasst alles.

Da steckt das Wort abwertend drin, d. h. ich werte mich auf als derjenige, der Rassismus ausübt. Es steht auch vermeintlich mit drin, das bedeutet für mich, ich weiß gar nichts über den anderen, glaube aber etwas zu wissen – und das ist nichts Gutes.

Magst du über rassistische Erlebnisse berichten?

Aguilar: Im Großen und Ganzen habe ich keine gravierenden Erlebnisse gehabt. Ich wurde nicht verprügelt. Aber klar habe ich ein paar Erfahrungen gesammelt. Mir wurde auf der Straße schon gesagt, ich solle nach Hause gehen. Meine Antwort war:

Ich bin hier zu Hause – aber nur für mich im Kopf. Ich wurde schon mal von einer demonten Patientin als „Nigger“ begrüßt, das war hart. Ich wusste, dass sie dement ist, und habe deshalb keine „Show“ gemacht. Aber es hat wehgetan.

Du sagst, du hast keine „Show“ gemacht. Bei unserem Gespräch am Mittwoch (siehe Seiten 6 – 9) fiel mir auf, dass alle sehr tolerant und bescheiden waren und alles immer erklärt oder fast schon entschuldigt haben, was ihnen so entgegenschmettert wurde. Den Eindruck machst du jetzt auch. Warum ist das so?

Aguilar: Weiß ich nicht. Es sind viele kleine Stiche, die alleine nicht wehtun, aber zusammengenommen schon. Man steckt die Einzelerfahrungen als kleine Stiche weg. Vielleicht sollte man öfter sagen, das hat mir wehgetan, auch wenn es nur ein kleiner Stich war, damit andere verstehen, dass es nicht richtig war, was sie gesagt haben.

Was erwartest du von deiner Umgebung?

Aguilar: Wir alle begehen unbewusst Alltagsrassismus. Ich würde mich freuen, wenn wir alle stärker differenzieren. Das wäre ein Anfang.

Wenn ich neben dir stehe und etwas Rassistisches miterlebe, erwartest du von mir, dass ich etwas sage?

Aguilar: Ja, das ist Zivilcourage, die erwarte ich.

Wo erlebst du die Stiche am häufigsten? Kommt das von Kollegen, von Patienten oder im privaten Alltag?

Aguilar: Mit Kollegen habe ich noch keine rassistischen Erfahrungen gesammelt. Von Patienten gibt es manchmal Äußerungen, die eigentlich gut gemeint sind, etwa die nach der Herkunft.

Würde mir das in deinem Heimatland genauso gehen, würde ich dort nicht auch gefragt werden, wo ich herkomme?

Aguilar: Ja, aber aufwertend gemeint. Hautfarbe und blaue Augen, Verbindung mit Europa, Geld, Intelligenz.

Das erreicht man in Kolumbien eher, wenn man weiß ist?

Aguilar: Genau.

Gibt es das Wort Rassismus in deinem Land, wird darüber diskutiert?

Aguilar: Ja, aber wie überall auf der Welt wird es überlagert von vermeintlich wichtigeren Themen.

Wie waren dein Beginn in Deutschland und deine Erfahrungen mit Behörden?

Aguilar: Es kommt immer auf den Menschen an, mit dem man jeweils zu tun hat. Es kann sein, dass man ganz schnell in eine Schublade gesteckt wird. Ich glaube, es gibt kaum jemanden, der noch keine schlechten Erfahrungen hatte – aber auch das Gegenteil, viele gute Erfahrungen.

Was erwartest du von deiner Ärztekammer bei dieser Thematik?

Aguilar: Ich wusste bisher nicht, dass man sich mit einem rassistischen Problem an die Ärztekammer wenden kann.

Man kann sich an uns wenden, wenn man Gewalt erlebt, aber einen Ansprechpartner speziell zum Thema Rassismus haben wir nicht. Wir fragen uns, ob die Kollegen das nutzen würden oder ob sie anlassbezogen andere Ansprechpartner brauchen. Hast du auch Fragen an mich?

Aguilar: Ja. Hast du im Alltag rassistische Situationen erlebt und wie hast du reagiert?

Nein, ich habe nichts erlebt, das könnte daran liegen, dass ich das gar nicht wahrnehme. Ich bekomme mit, dass von Kollegen mit Migrationshintergrund oft als Gruppe geredet wird, und dann weiß man die Namen nicht und unterscheidet nicht. Dann fällt der Ausdruck „Ali Baba“. Das darf nicht sein. Ich selbst habe auch schon mal einfach nur vom „syrischen Kollegen“ gesprochen, auch das geht nicht. Ich konnte schon mal eine Situation mit Humor lösen: Ein Kollege begab sich auf dünnes Eis, als er sagte: „Ich habe nichts gegen Ausländer und neben mir steht gerade mein Lieblingsausländer.“ Ich habe dann gesagt, dass der Kollege deutscher ist als wir, wenn man vermeintlich typische Tugenden wie Fleiß und Gewissenhaftigkeit betrachtet.

Aguilar: Der Ausdruck „Ali Baba“ wurde auch schon mal in Anwesenheit vieler Kollegen mit Migrationshintergrund benutzt und niemand hat etwas gesagt. Erst später haben wir uns gefragt, warum nicht. Man muss erklären, dass das verletzend ist.

Was wünschst du dir, damit sich die Situation verbessert?

Aguilar: Dass man uns Zeit gibt und mehr Geduld aufbringt.

Vielen Dank für das Gespräch.

„Rasse“ ist Ergebnis von Rassismus

GENETIK Eine eindeutige Abgrenzung zwischen Populationsgruppen ist nicht möglich. Das Konzept einer vermeintlichen „Rassenreinheit“ ist wissenschaftlich haltlos.

Durch die heute verfügbaren Technologien können in nie dagewesenem Maße Informationen über das individuelle Genom erhoben werden. Daher wird auch immer wieder die Frage nach der genetischen Grundlage des Begriffs „Rasse“ gestellt. Zu diesem Thema veröffentlichte 2019 eine Gruppe deutscher Zoologen, die den Begriff der Rasse sowohl für Menschen als auch Tiere außerhalb der Nutz- und Haustierzucht ablehnt: „Der Nichtgebrauch des Begriffes Rasse sollte heute und zukünftig zur wissenschaftlichen Redlichkeit gehören.“

Die Argumentation fußt ganz wesentlich auf der heute üblichen genetischen Bestimmung von Verwandtschaftsbeziehungen zwischen Lebewesen. Innerhalb einer Art kommt es bei einem genügend großen Verbreitungsgebiet unweigerlich zu geografischen Gradienten. Der Grad der Unterschiedlichkeit lokaler Genpools hängt neben der Entfernung zueinander von vielen Faktoren ab, z. B. von der Häufigkeit des Austauschs durch Migrationsbewegungen. Das Expertengremium legt dar, dass es keinerlei objektive Kriterien gibt, ab welchem Grad an genetischer Unterschiedlichkeit von einer Rasse oder einer Unterart gesprochen werden sollte. Es schlägt stattdessen vor, beide Begriffe durch den der Population zu ersetzen.

Auch die American Society of Human Genetics hat sich jüngst ganz deutlich gegen die Vereinnahmung humangenetischer Erkenntnisse zur Begründung einer angeblichen Überlegenheit von Bevölkerungsgruppen oder Populationen ausgesprochen. Der größte Teil der menschlichen genetischen Variation ist als Gradient verteilt, sodass eine eindeutige Abgrenzung zwi-

schen Populationsgruppen nicht möglich ist. Es gibt beträchtliche genetische Überschneidungen zwischen Mitgliedern verschiedener Populationen, die sich durch die Vermischung verschiedener Populationen im Laufe der Menschheitsgeschichte erklärt.

Besonders plastisch tritt die Unzulänglichkeit der auf morphologischen und anatomischen Vergleichen basierten Rastentheorie bei der Untersuchung der heutigen menschlichen Populationen zutage. Die Autoren der Jenaer Erklärung verweisen darauf, dass genetisch gesehen alle menschlichen Populationen außerhalb Afrikas mit den Ostafrikanern zusammen auf einen einzelnen Ast des vielfältig verzweigten Stammbaums der afrikanischen Populationen zurückgehen. Auf diese Weise entlarvt die Genetik das Konzept einer „Rassenreinheit“ als wissenschaftlich haltlos.

Als Fachärzte für Humangenetik unterstützen wir ausdrücklich die Aussagen der

Jenaer Erklärung und der American Society of Human Genetics und möchte sie um einige humangenetische Aspekte ergänzen. Das für diagnostische Untersuchungen des menschlichen Genoms geltende Gendiagnostikgesetz (GenDG) bestimmt unter §§1 und 4, dass Menschen nicht aufgrund genetischer Eigenschaften benachteiligt werden dürfen. Genetische Untersuchungen werden jedoch auch außerhalb des diagnostischen Kontexts angeboten. Beispielsweise erlaubt der statistische Vergleich des individuellen „genetischen Fingerabdrucks“ mit entsprechenden Datenbanken die Bestimmung der Zugehörigkeit der eigenen Vorfahren zu den menschlichen Populationen.

Es ist zu fordern, dass grundsätzlich alle erhobenen genetischen Informationen unter Berücksichtigung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung und des Verbots von Benachteiligung entsprechend den Grundsätzen des GenDG behandelt werden sollten. Gute wissenschaftliche und medizinische Praxis selbst bringt keine Diskriminierung hervor, sondern die Gefahr liegt in der aus Machtinteressen geborenen Diskriminierung, die sich wissenschaftliche Legitimierung sucht.

Die Ablehnung genetischer Begründungen für die Ungleichbehandlung von Menschen ist daher ein zivilisatorisches Gebot, das angesichts der absehbar weiter zunehmenden Erhebung aller Arten von genetischen Daten nicht genug betont werden kann.

LITERATUR BEI DEN VERFASSERN

PROF. MALTE SPIELMANN UND PD DR. ALMUTH CALIEBE, UKSH HUMANGENETIK
PROF. BRIGITTE SCHLEGELBERGER (PRÄSIDENTIN), PROF. UWE KORNAK (VORSTAND),
DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HUMANGENETIK



In unseren Köpfen

THEORIE Trotz eindeutiger erbbiologischer Entkräftung rassistischer Analogien sind rassistisches Denken und damit einhergehende Stigmatisierungen und Diskriminierungen von Bevölkerungsgruppen nach wie vor weit verbreitet – auch unbewusst. Die alltäglichen Formen von Diskriminierung zeigen, Antirassismus fängt in den Köpfen an.

In der Politikwissenschaft wird der Begriff Rassismus als ideologisch aufgeladene Lehre oder Theorie verstanden, die Individuen und Gruppen auf Basis biologischer Merkmale bestimmte Attribute zuteilt. Statisch kulturell-geschichtliche und dynamisch darwinistische und sich nicht selten widersprechende Argumentationsstrukturen fusionieren zu neu zusammengesetzten Synthesen. Psychologische, soziale, kulturelle oder metaphysische Argumente werden herangezogen, um Rassismus für Konzepte wie „Volksgemeinschaft“, „Stamm“, „Ethnizität“ oder „Nation“ zu öffnen. Rassismus basiert auf verwandten Prozessen der Erfindung und Herstellung von Differenz, der Markierung, der Hierarchisierung und der sozialen Grenzziehung. Zwar haben die Anthropologie und Biologie die empirische Substanzlosigkeit „rasenbiologischer“ Unterscheidungen längst erwiesen und die Geisteswissenschaften den ideologischen Hintergrund rassistischer Theorie entschleiern. Die heutige Differenzmarkierung ist nicht mehr nur biologisch begründet. Teilweise wurde sie durch eine kulturalistische Argumentation abgelöst. Neben dieser theoretischen Auseinandersetzung, lässt sich rassistische

Diskriminierung auch auf der Individual-ebene des gesellschaftlichen Zusammenlebens beobachten. Hier lässt sich Rassismus als Denkmuster definieren, das die Wahrnehmung, Interpretation und Verarbeitung sozialer Informationen beeinflusst, filtert und strukturiert. Rassismus ist jedoch kein individuelles Vorurteil, sondern Ausdruck gesellschaftlicher Machtbeziehungen. Er basiert auf sozialem Wissen zu Angehörigen gesellschaftlicher Gruppen. Diesen Gruppen wird ein Set von Eigenschaften, Differenzen oder Andersartigkeiten zugeschrieben. Rassismus ist damit Ausdruck der definitiven Gewalt der Mehrheitsgesellschaft (dominant bzw. privilegiert) gegenüber Minderheiten (dominiert bzw. diskriminiert). Die dominante Gruppe sichert sich ein Set von positiven Eigenschaften, die ihre Dominanzpositionen unterstreichen. Der dominierten Gruppe werden hingegen negative Eigenschaften (Differenzen) zugeschrieben. Die Eigenschaften der dominanten Gruppe werden als flexibel konzipiert. Fehlverhalten einzelner Angehöriger der dominanten Gruppe werden als singular beschrieben („Der Anteil von Vergewaltigten unter Deutschen ist verschwindend gering.“), wohingegen dominierte Positionen generalisierten Gesetzmäßigkeiten entsprechen. Bei ihnen sind positive Eigenschaften flexibel („They're bringing drugs, they're bringing crime, they're rapists and some I assume are good people.“ – Donald Trump).

Anders als institutioneller Rassismus (rechtliche Vorgaben, politische Strategien) und struktureller Rassismus (Benachteiligung beim Zugang zum Wohnungs- und/oder Arbeitsmarkt) manifestiert sich Alltagsrassismus in der alltäglichen sozialen Interaktion zwischen Individuen. Die Anwendung der sozialisierten differenzbasier-ten Denkmuster führt zu Diskriminierung. Alltagsrassismus ist das Zusammenwirken von individuellen Handlungen und wird sichtbar, wenn sich ein rassistisches Wis-

sen (Zugehörigkeitszuordnungen, stereotype Bilder) unbewusst und unbeabsichtigt in vermeintlich neutralen, positiven oder neugierigen Fragen, Aussagen, Gesten oder Handlungen niederschlägt („Wo kommst du eigentlich ursprünglich her?“, „Du sprichst aber gut Deutsch!“, „Darf ich mal deine Haare anfassen?“ Oder Verallgemeinerungen wie: „Asiaten sind fleißig“, „Schwarze und Latinos tanzen besser.“). Für die Betroffenen ist Alltagsrassismus daher eine gewaltvolle Erfahrung, in der die „Veränderung“ täglich reproduziert wird. Rassismus beginnt in den Köpfen und kann durch Bewusstmachen dort auch enden.

STEPHAN GÖHRMANN

Sprache ist ein wesentlicher Faktor sozialer Interaktionen. Gespräche über Rassismuserfahrungen sind ein sensibles Thema, bei dem die Selbstreflexion des eigenen Denkens und Handelns ein wichtige Rolle spielen.

was hilft

- ▶ Zuhören, wenn von Rassismuserfahrungen berichtet wird.
- ▶ Reflexion der eigenen Machtposition und Zugehörigkeit.
- ▶ Abgeben der Deutungshoheit, definieren zu wollen, was (nicht) rassistisch ist.
- ▶ Wissen, dass es keinen „umgekehrten“ Rassismus gibt.
- ▶ Einsetzen für mehr Diversität.

was nicht hilft

- ▶ Erfahrungen Betroffener relativieren.
- ▶ Strukturelle Probleme zum Einzelfall herunterstufen.
- ▶ Auf Containerbegriffe verzichten, da diese Dualitäten schaffen und exkludierend wirken. Beispiele sind „Wir“ (schafft das „Ihr“), „normal“ („unnormal“/„abnormal“/„anders“).



„... und sind dennoch nicht weiter“

KAMMERVERSAMMLUNG Austausch persönlich und über Bildschirm: Erstmals musste eine Kammerversammlung am 24. März hybrid abgehalten werden. Zahlreiche Themen neben der Pandemie.



Die erste Kammerversammlung seit September 2020, erstmals in hybrider Form: Das „Ärzteparlament“ kam teils an heimischen Bildschirmen, teils in den Räumen der Akademie der Ärztekammer in Bad Segeberg zusammen. Fazit: Austausch und Technik funktionierten – und zwar so gut, dass eine Wiederholung zur nächsten geplanten Kammerversammlung im September 2021 keine Notlösung wäre. Aber, so betonte Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann, lieber wäre ihm eine reine Präsenzveranstaltung mit persönlichem Austausch, insbesondere da es um Themen wie Sterbehilfe gehen wird.

Die Entscheidung über Präsenz- oder Hybridveranstaltung wird nach dem Sommer fallen. Im März war die Hybridveranstaltung aus Gründen des Infektionsschutzes erforderlich. Die Pandemie bestimmte nicht nur die Form, sondern über weite Strecken auch den Inhalt der Versammlung. Herrmann ging in seinem Bericht auf die seit der letzten Versammlung vor einem halben Jahr erzielten Fortschritte, aber auch auf enttäuschte Hoffnungen ein: „Wir haben mittlerweile mehr Evidenzen und wissenschaftliche Erkenntnisse als im September und können gezielter die ernsthaft erkrankten Covid-19-Patienten behandeln, haben genügend PCR-Testkapazitäten und die dringend erwarteten Antigenschnelltests, drei zugelassene Impfstoffe – und sind dennoch nicht weiter.“

»Wie viele Wellen braucht es noch, damit wir lernen?«

PROF. HENRIK HERRMANN

Pandemiemüdigkeit und Irrationalitäten, die das Infektionsgeschehen seit Monaten begleiten, führen nach Einschätzung Herrmanns zu zwei Konsequenzen: „Impfen, impfen, impfen“ und „Testen, testen, testen“. Zum ersten Credo: Das Impfen sollte nach Ansicht Herrmanns so schnell wie möglich in die Praxen verlegt werden, was in Schleswig-Holstein seit 6. April in zarten Anfängen der Fall ist. Zum zweiten Credo forderte Herrmann den zügigen Ausbau einer ausreichenden Testlogistik. Zu Einwänden, dass die Aussagekraft der Antigenschnelltests nicht hoch genug sei, entgegnete Herrmann: „Lieber haben wir falsch positive Tests, die in einer PCR widerlegt werden können, als gar keinen Test. Lediglich die falsch negativen Testergebnisse könnten ein Problem darstellen, treten jedoch kaum auf.“

Den immer wieder gehörten Einwand, dass es überhaupt nur eine Pandemie gebe,

weil so viel getestet wird, bezeichnete Herrmann süffisant als „besonders charmant“ und verdeutlichte: „Wenn du keine Temperatur misst, stellst du auch kein Fieber fest.“ Kein Zweifel besteht für Herrmann, dass uns die Forderungen „Abstand, Hygiene, Alltagsmaske, Lüften“ noch lange begleiten werden und das Beachten dieser Regeln nicht nur gegen eine Ausweitung der Corona-Pandemie hilft: „Kennt noch jemand Influenza in diesem Winter?“ An die Adresse der Minderheit von Maskengegnern und unter dem Eindruck der Berichte über große Demonstrationen mit Menschen ohne Maske sagte der Präsident: „Ich frage mich, wie viele Wellen es noch braucht, damit wir lernen.“

Was ihm ebenso große Sorgen macht, ist die Dauerbelastung der Mitarbeiter im Gesundheitswesen, ohne dass ein Ende in Sicht wäre. „Die nächsten Wochen und Monate werden für uns alle und insbesondere für die Mitarbeiter im Gesundheitswesen sehr schwer und herausfordernd werden, wobei langsam unsere Kraft und unsere Ressourcen nachlassen.“ In Zusammenhang mit einer Befragung (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 3/2021, Seite 25: „Gesundheit von Ärzten (nicht nur) in Coronazeiten“) und der Frage, wer an die Gesundheit von Ärzten denke, appellierte Herrmann an die Mitglieder: „Es liegt an uns, das zu ändern.“

Neben der Pandemie beschäftigten die Kammerversammlung zahlreiche Themen, zu denen neben dem Tätigkeitsbe-

richt durch den ärztlichen Geschäftsführer Dr. Carsten Leffmann und den Finanzen u. a. auch die Berichte der Vorstandsmitglieder PD Dr. Thomas Schang über die Arbeit im Qualitätsmanagement und Dr. Svante Gehring über den Berufsordnungsausschuss zählten. Der kaufmännische Geschäftsführer Karsten Brandstetter erläuterte, wie es nach der von den Gesellschaftern beschlossenen Auflösung der Norddeutschen Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Hannover weitergehen wird: als Schlichtungsstelle der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Im zweiten Quartal 2021 wird die Arbeit für schleswig-holsteinische Fälle in der Ärztekammer in Bad Segeberg aufgenommen. Brandstetter erwartet, dass die Kosten für die Kammer nicht über den bislang nach Hannover entrichteten Beträgen liegen werden.

Vorteil aus Sicht des Präsidenten: „Wir werden auf Landesebene wendiger sein.“ Dr. Norbert Jaeger aus Kiel gab für die Arbeit auf Landesebene zu bedenken, dass die Auswahl der Gutachter insbesondere in „kleinen Fächern“ noch sorgfältiger erfolgen müsse, um Interessenkonflikte zu vermeiden. Ein erstes Stimmungsbild zu den Plänen einer neuen Schlichtungsstelle ergab überwältigende Zustimmung. Die rechtsgültige Abstimmung erfolgt wie jeder Beschluss in einer Hybridveranstaltung über das Umlaufverfahren.

Weitere Themen:

Impfen durch Apotheker: Das Modellprojekt zwischen AOK Nordwest und Pharmagroßhändler Gehe (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 3/2021, Seite 12: „Modell ohne Bedarf“) stößt nicht nur bei den Spitzen der ärztlichen Institutionen, son-

dern auch bei Kammerversammlungsgliedern auf Ablehnung. So fragte etwa der Ratzeburger Abgeordnete Dr. Jochen Grefer: „Impfen ist einfach. Aber was ist, wenn in den Apotheken Komplikationen auftreten?“ Dr. Sebastian Irmer berichtete aus seinem Kreisausschuss Rendsburg-Eckernförde, dass dieser ein Einwirken der ärztlichen Institutionen auf den Gesetzgeber erwartet, um das Impfen in Apotheken zu unterbinden. Der zugeschaltete Präsident der Apothekerkammer Schleswig-Holstein, Dr. Kai Christiansen, unterstrich, dass Landesapothekerkammer und Apothekerverband eine Beteiligung an diesem Modellprojekt abgelehnt haben. „Das wurde von uns nicht lobbyiert“, versicherte Christiansen. Er ist zuversichtlich, dass die von den Projektpartnern angestrebte Zahl von über 100 Apotheken kaum erreicht werden könne. Er appellierte zugleich an beide Heilberufe, sich durch dieses Modell nicht „auseinanderdividieren“ zu lassen, und regte an, die meist funktionierende Kommunikation zwischen Ärzten und Apothekern vor Ort zu intensivieren.

Weiterbildung: Die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung zeigt ihre Herausforderungen, insbesondere bei dem beschlossenen Paradigmenwechsel mit Fokussierung auf Kompetenzen und Befugniserteilungen. So ist in einigen Gebieten eine stationäre Mindestzeit an eine stationäre Akutversorgung gebunden. In der Allgemeinmedizin etwa sollen die Weiterzubildenden die einzig vorgeschriebene zwölfmonatige stationäre Weiterbildungszeit im Fach Innere Medizin in einer so definierten stationären Akutversorgung erhalten, die restlichen 48 Monate können dagegen im ambulanten Bereich erworben

werden, wenn dies möglich ist. Herrmann betonte: „Deshalb ist uns diese stationäre Akutversorgung so wichtig und wir werden jeden einzelnen Antrag genau auf diese Definition hin überprüfen: Wie viele Patienten werden direkt aufgenommen, zu welcher Uhrzeit, mit welchen Diagnosen?“

Primärversorgungsmodell: Das in einem ersten Workshop in der Kammer vorgestellte Modell (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 11/2020, Seite 19: „Versorgung neu denken“) wurde von Mit-Initiator Dr. Svante Gehring erläutert. Er berichtete, dass auch in der Politik bereits an entsprechenden Modellen gearbeitet wird. Aus Gehrings Sicht ist es besser, sich „nicht treiben zu lassen, sondern selbst zu entwickeln“.

Ziele solcher teamorientierten Modelle sind u. a. eine größere Patientenzentrierung, die Überwindung von Sektorengrenzen und Versorgungsengpässen, ein abgestimmter Einsatz personeller Ressourcen und das Überzeugen der jungen Generation, die das Arbeiten im Team auch mit anderen Berufen einfordert. Hierfür werden u. a. interprofessionelle Behandlungspfade erarbeitet, Vergütungsmodelle, die der Versorgungsqualität folgen, verhandelt, gemeinsam zu nutzende elektronische Patientenakten benötigt, Teamsitzungen (bevorzugt online) auf Augenhöhe abgehalten – ohne dass die ärztliche Kompetenz genommen oder angezweifelt wird, wie Gehring betonte. Die ausgesprochen positive Resonanz der Kammerversammlungsglieder zeigte, dass er mit diesen Überlegungen auf offene Ohren stieß. Der Weg in die Umsetzung ist zwar komplex, soll aber in einem Modellprojekt im ländlichen Schleswig-Holstein erprobt werden.

DIRK SCHNACK



Blick in den großen Raum der Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein: Weil viele Abgeordnete die Versammlung am heimischen Bildschirm verfolgten, konnte in der Präsenzveranstaltung viel Abstand gewahrt werden.

Gute und böse Klinikträger?

KRANKENHÄUSER Die Rolle der privaten Klinikträger ist unter Ärzten ein Dauerthema. Ärzte, die in privaten Häusern arbeiten, ärgern sich über eine Polarisierung, die ihre Träger mit dem Etikett „Rendite über alles“ versieht.

Altruismus bei den einen, überzogene Rendite-Erwartungen bei den anderen? Die einen, die guten, das sind die öffentlichen und die freigemeinnützigen Klinikträger. Die anderen mit den vermeintlich überzogenen Rendite-Erwartungen sind die privaten Klinikträger. Soweit die Schwarz-Weiß-Sicht, wie sie manche Ärzte immer stärker wahrnehmen, wenn öffentlich über die Rolle von Klinikträgern diskutiert wird.

Dieser Eindruck drängte sich auch Klinikärzten in Schleswig-Holstein auf, etwa nachdem sie im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt (Ausgabe 2, Seiten 24, 25: „Zu profitorientiert“) die Zuschrift unserer Leserin Dr. Mechthild Klingenburg-Vogel gelesen hatten. Viele der bestehenden Probleme im Gesundheitswesen sind nach ihrer Ansicht verschärft worden, weil sich der Staat zunehmend aus der Finanzierung zurückzieht und Kliniken deshalb gedrängt werden, sich marktwirtschaftlich und wettbewerbsorientiert auszurichten.

Für Dr. Wolfgang Klausner und Dr. Jörg Löwe war dieses Statement Anlass, Kontakt mit uns aufzunehmen. Denn schon seit geraumer Zeit nehmen sie wahr, dass in vielen anderen Beiträgen u. a. von Politikern häufig wenig differenziert wird, wenn im Zusammenhang mit der Ökonomisierung die Rolle privater Klinikträger diskutiert wird. Im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt warnten sie vor einer Schwarz-Weiß-Sicht, die die Verantwortung für Defizite im Gesundheitswesen auf marktwirtschaftlich ausgerichtete Klinikträger schiebt.

Klausner, Chefarzt der Orthopädie in der zum Fresenius-Konzern zählenden VAMED Ostseeklinik Damp, betont, dass für ihn und seine Kollegen kein Druck besteht, bestimmte Fallzahlen zu erreichen oder Renditen zu erwirtschaften. „Solche Vorgaben habe ich nie erlebt. Den Satz „die Rendi-



te stimmt nicht“ habe ich bei uns noch nie gehört. Leistungsziele gibt es bei uns hinsichtlich der Qualität, aber nicht der Menge“, sagt er. Als Arzt fühlt er sich herabgewürdigt, wenn Patienten, Kollegen oder Politiker Klinikträgern, in denen er arbeitet, eine Philosophie unterstellen, deren primäres Ziel Renditemaximierung ist. „Das widerspricht meinem ärztlichen Auftrag und ich bin sicher, dass viele meiner Kolleginnen und Kollegen das auch nicht mitmachen würden.“

Sein Kollege Dr. Jörg Löwe, leitender Oberarzt und stellvertretender Chefarzt im Lubinus Clinicum, fühlt sich bei seinem Arbeitgeber ebenfalls wohl, eben weil er einem finanziellen Erwartungsdruck nicht standhalten muss. „Wir arbeiten so, wie es aus medizinischer Sicht für die Patienten am sinnvollsten ist. Die Rendite stand bei

»Politik und Standesvertretungen müssen sich für ein Nebeneinander privater und öffentlicher Träger positionieren.«

DR. JÖRG LÖWE

uns noch nie an erster Stelle“, sagte der Orthopäde, der schon seit seiner AiP-Zeit im Jahr 2002 in dem traditionsreichen Kieler Privatkrankenhaus tätig ist.

In einem anderen Punkt machen die beiden unterschiedliche Erfahrungen. Klausner berichtet zum Teil von niedergelassenen Ärzten mit Vorurteilen gegenüber privaten Klinikträgern. „Dazu trägt sicherlich bei, dass wir einem Dax-Konzern angehören. Als Ärzte können wir versuchen, mit unserer Expertise zu überzeugen – und da haben wir gute Argumente“, sagt Klausner. Löwe nimmt bislang keine Ressentiments von einweisenden Kollegen wahr. Er führt dies auf den Ruf des Hauses und die zum Teil über Jahrzehnte bestehenden Kooperationen zurück. Wohl aber hört er von Vorurteilen, die pauschal gegenüber privaten Klinikträgern geäußert werden. Hier sieht er Politik und Standesvertretungen gefordert: „Es sollte klar formuliert werden, ob das Nebeneinander von öffentlichen und privaten Trägern gewollt ist oder aber die Weichen für andere Lösungen gestellt werden, um die Diskussion um Trägerschaften aus der Ärzteschaft herauszuhalten und Schaden für das Ansehen der Kollegen in den privaten Häusern abzuwenden.“

Klausner verweist auf die zahlreichen Ärzte, die nicht nur schon jetzt für private Klinikträger arbeiten, sondern auch auf hohe Bewerberzahlen. Er führt dies insbesondere auf ein umfangreiches internes Fortbildungsprogramm zurück. „Wir fordern viel, wir fördern aber auch“, sagt er. Löwe verweist in diesem Zusammenhang auf ein gutes Betriebsklima und eine angenehme Arbeitsatmosphäre, die es bei dem oft kolportierten Renditedruck aus seiner Sicht kaum geben könnte.

Ein Imageproblem, wie sie es bei manchen Kolleginnen und Kollegen im mittleren Alter aus Äußerungen wahrnehmen, beobachten sie unter jüngeren Ärztinnen und Ärzten nicht. Den zum Teil geäußerten Vorwurf der „Rosinenpickerei“ halten Löwe und Klausner für ungerechtfertigt und führen ihn auf die zunehmende Spezialisierung der Krankenhauslandschaft zurück. Diese Spezialisierung erfordert, dass manche Eingriffe in ihren Häusern abgelehnt und andere Einrichtungen dafür empfohlen werden. Dies geschehe dann aber nicht aus Rendite-Erwägungen, sondern aus Qualitätsgründen. „Die von uns angebotenen Leistungen erbringen wir in hoher Qualität. Wenn uns das nicht möglich ist, überweisen wir“, sagt Klausner. Löwe berichtet, dass nicht jeder Eingriff, der bei Lubi-



»Private Klinikträger sind für unsere Gesundheitsversorgung unverzichtbar.«

DR. WOLFGANG KLAUSNER

nus vorgenommen wird, zwangsläufig Rendite verspricht. „Es kommt auch vor, dass sich Eingriffe nicht lohnen. Wir operieren dann trotzdem, weil es darum geht, den Menschen zu helfen“, sagt Löwe.

Dass Kliniken aber grundsätzlich gehalten sind, Gewinne zu erwirtschaften, halten beide für legitim. Ohne Gewinn wären Investitionen in neue Medizintechnik und Ausstattung, die den Patienten zugutekommen, nicht möglich, geben sie zu bedenken. Dass neben den Investitionen auch noch Renditen und damit Dividenden für Aktionäre möglich sind, ist für sie kein Ausweis kalter Marktwirtschaft, sondern funktionie-

render Mechanismen: Ohne Anreiz eines Gewinns gäbe es kein frisches Kapital, das dem Gesundheitswesen zufließt. Das Vertrauen, dass der Staat dauerhaft dieses Kapital zur Verfügung stellt, haben sie nicht – die Aussicht privater Kapitalgeber auf Rendite dient also aus ihrer Sicht dazu, die Versorgung zu verbessern. Klausner sagt deshalb ganz deutlich: „Private Klinikträger sind für unsere Gesundheitsversorgung unverzichtbar.“ Auch Löwe hält diese Sichtweise für alternativlos: „Anders wäre realitätsfern.“

Beiden Ärzten ist daran gelegen, den Austausch mit Kollegen im ambulanten Bereich und in öffentlich-rechtlichen oder frei-gemeinnützigen Häusern zu intensivieren und nicht zu polarisieren. „Das kollegiale Miteinander muss unangetastet bleiben“, sagt Löwe. Beide geben auch zu bedenken: „Im ambulanten Bereich sind Praxisinhaber ebenfalls gehalten, ihre Arbeit so effizient zu gestalten, dass neben den Gehältern ein Unternehmervergewinn und ein Überschuss für Investitionen bleibt.“

Gerne hätten wir das Thema auch noch mit Ärzten aus Schleswig-Holstein besprochen, die bei anderen privaten Klinikträgern beschäftigt sind. Nach Anfragen bei drei weiteren privaten Klinikträgern gab es jedoch die erstaunliche Antwort, dass aus ihren Kliniken kein Arzt an einem solchen Gespräch teilnehmen wird – obwohl eine Autorisierung der jeweiligen Passagen zugesichert war. Eine Begründung für die Absage lieferte keiner der drei Träger.

DIRK SCHNACK

Kein gesundes Aufwachsen

PÄDIATRIE Pädiater schlagen Alarm: Folgen des Lockdowns sind für Kinder in sozialen Brennpunkten schwer zu ertragen.

Kinder, deren Familien in sozialen Brennpunkten leben, leiden massiv unter den Folgen des Lockdowns. Darauf haben vergangenen Monat Pädiater und der Gesundheitskiosk Billstedt und Horn aufmerksam gemacht. Die Pädiater prophezeien langanhaltende gesundheitliche Schädigungen der Kinder. Auf diese Gefahr hatten zuvor auch schon Kinder- und Jugendärzte in Schleswig-Holstein hingewiesen.

„Die entstandenen gesundheitlichen Schädigungen bei Kindern werden Jahre in Anspruch nehmen“, sagte zum Beispiel Pädiaterin Dr. Susanne Epplée, die das sozialpädiatrische Zentrum Hamburg-Ost leitet. Dort werden viele Patienten aus den sozialen Brennpunkten in den Stadtteilen Horn und Billstedt auf Überweisung von Kinderärzten und Kinderpsychiatern behandelt.

Die dort wohnenden Kinder sind nach Erfahrungen Epplées in hohem Maße auf staatliche Institutionen angewiesen, die ihre Entwicklung begleiten und bei Bedarf unterstützend eingreifen. In den vergangenen Monaten registrierte das Zentrum eine Vervielfachung der Patientenzahlen und eine stetig länger werdende Warteliste.

Die Kinder litten u. a. unter massiver Gewichtszunahme, Angstzuständen und Depressionen, werden aggressiv, bedrohen Eltern und Geschwister mit Messern und müssen in die Psychiatrie eingewiesen werden. Die Eltern sehen sich aufgrund der eigenen Belastung in der Pandemie nicht in der Lage, Vorbild zu sein oder ihre Kinder

in die richtigen Bahnen zu lenken. „Viele Eltern verfallen in Starre und Passivität. Sie leiden still“, so Epplée.

Ein Grund für die alarmierenden Zustände ist aus ihrer Sicht die wegbrechende außerhäusliche Infrastruktur. „Die gesellschaftliche Integration, Bildung und neben dem elterlichen Haus ein Werte stiftender und Orientierung gebender Lebensmittelpunkt sind für diese Kinder unerlässlich“, so Epplée.

Ähnliche Erfahrungen wie Epplée hat Pädiater Dr. Stephan Schoof dem Gesundheitskiosk in Billstedt berichtet. Schoof beobachtet laut Mitteilung des Gesundheitskiosks zum Beispiel Kinder mit Migrationshintergrund, die ihre Kompetenzen beim Spracherwerb verlieren. Ein Grund: Sie werden täglich fünf Stunden oder länger vor dem Fernseher „geparkt“, weil keine Betreuungsmöglichkeiten bestehen. Schoof berichtet von einem fünfjährigen Zwillingsspaar mit Migrationshintergrund, das sich in den vergangenen Monaten eine eigene Sprache jenseits der Muttersprache und der deutschen Sprache angewöhnt hat, die nicht einmal von den anderen Familienmitgliedern verstanden wird. „So etwas ist nur schwer einzuholen. Wenn Kinder kurz vor der geplanten Einschulung nicht richtig sprechen können und nicht gelernt haben, wie man einen Stift halten muss, dann haben diese Kinder ein riesiges Problem“, wird Schoof zitiert. Für Entlastung versucht der Gesundheitskiosk in den betroffenen Stadtteilen zu sorgen. Im Januar überwies Pädiater vier Mal so viele Kinder an die Gesundheitsberater im Gesundheitskiosk als üblich. Alexander Fischer, Geschäftsführer der Gesundheit für Billstedt/Horn UG, die den Gesundheitskiosk betreibt, verweist auf die hohen Folgekosten durch Therapieverschleppung. Aus seiner Sicht sollten die Bedingungen für ein gesundes Aufwachsen besonders in der Pandemie in den Mittelpunkt gestellt werden.

Info

In den Hamburger Stadtteilen Billstedt und Horn leben rund 110.000 Einwohner, darunter 30.000 Kinder und Jugendliche. In den Stadtteilen praktizieren drei Kinderärzte, was viele Beobachter für deutlich zu wenig halten. 70 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben einen Migrationshintergrund, viele kommen aus bildungsfernen Schichten. Vergleichbare Verhältnisse – bei geringeren Einwohnerzahlen – gibt es auch in einigen Stadtteilen größerer Städte in Schleswig-Holstein.

Wohnhaus im Hamburger Viertel Mümmelmannsberg. Kinder, deren Familien hier leben, leiden unter den Folgen des Lockdowns besonders.

Wissenschaftler vom Deutschen Krebsforschungszentrum und vom Hamburgischen Krebsregister haben am Beispiel Hamburg erstmals das Krebsüberleben zwischen den verschiedenen Stadtteilen einer Großstadt verglichen. Dabei fanden sie teilweise erhebliche Differenzen: Um bis zu 15 Prozentpunkte unterscheidet sich das 5-Jahres-Krebsüberleben zwischen den sozioökonomisch stärksten und schwächsten Vierteln der Hansestadt.

Sozioökonomische Ungleichheiten beim Krebsüberleben wurden bereits in vielen Ländern dokumentiert. Die Studien dazu basieren meist auf länderweiten Erhebungen, die die Städte als eine Einheit behandeln. „Dabei ist ein Vergleich einzelner städtischer Gebiete besonders interessant“, sagt Lina Jansen vom Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ), die Erstautorin der aktuellen Arbeit. „So spielen Unterschiede bei der Erreichbarkeit medizinischer Versorgung innerhalb einer Stadt eine geringere Rolle als in Regionen, die sowohl städtische als auch ländliche Gebiete einschließen. Außerdem lebt die Mehrheit der Weltbevölkerung in Städten – bei zunehmendem Trend zur Urbanisierung.“

Jansen hat gemeinsam mit Kollegen diese Frage am Beispiel Hamburgs, der mit 1,84 Millionen Einwohnern (Stand 2018) zweitgrößten Stadt Deutschlands, untersucht. Die Studie basiert auf Daten von 73.106 Patienten, die im Hamburgischen Krebsregister erfasst und zwischen 2004 und 2018 an Darm-, Lungen-, Brust- oder Prostatakrebs erkrankt waren. Für diese Patienten wurde das altersstandardisierte relative 5-Jahres-Überleben ermittelt.

Über die untersuchten Krebsarten hinweg fanden die Wissenschaftler: Je höher der sozioökonomische Status des Stadtteils, desto mehr Patienten überlebten die ersten fünf Jahre nach der Krebsdiagnose. So betragen die Überlebensunterschiede zwischen den sozioökonomisch stärksten und schwächsten Stadtteilen bei Prostatakrebs 14,7 Prozentpunkte, bei Darmkrebs 10,8 Prozentpunkte, bei Brustkrebs 8 und bei Lungenkrebs schließlich noch 2,5 Prozentpunkte.

Eine der möglichen Erklärungen für diese teilweise erheblichen Differenzen könnte die unterschiedliche Wahrnehmung von Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen sein. Werden solche Untersuchungen nicht in Anspruch genommen, kann dies dazu führen, dass Krebserkrankungen erst in späteren Stadien entdeckt werden, was mit einer schlechteren Prognose verbunden ist.

Wo man länger lebt

ONKOLOGIE Nach der Krebsdiagnose hängt die 5-Jahres-Überlebensrate auch davon ab, welchen sozioökonomischen Status der Stadtteil hat, in dem man lebt.



Die unterschiedliche Wahrnehmung von Vorsorge- und Früherkennungsangeboten könnte ein Grund sein, weshalb die 5-Jahres-Überlebensrate nach der Krebsdiagnose zwischen Stadtteilen mit unterschiedlichem sozioökonomischen Status variiert.

Tatsächlich konnten Jansen und Kollegen bei Brust- und Prostatakrebs einen erheblichen Anteil der Überlebensdifferenz auf weiter fortgeschrittene Krebsstadien bei Diagnose zurückführen. Für Darmkrebs und Lungenkrebs galt dies allerdings nicht.

„Leider fehlt uns in Deutschland im Moment noch die Datengrundlage, um die Ur-

sachen dieser Differenzen im Krebsüberleben genauer interpretieren zu können“, erklärte Jansen. Um etwa das Krebsüberleben mit bestimmten Behandlungsformen in Verbindung zu setzen, sind Daten aus der klinischen Krebsregistrierung erforderlich, die derzeit noch nicht vorliegen. Auch andere mögliche Ursachen wie sozioökonomische Unterschiede bei Lebensstilfaktoren und bei Begleiterkrankungen konnten in der Studie nicht berücksichtigt werden, sollen aber in weiteren Untersuchungen betrachtet werden.

„Unsere Ergebnisse zeigen, wie dringend weitere Analysen erforderlich sind, um die Ursachen für diese Ungleichheit besser zu verstehen. Nur so können wir gezielte Maßnahmen entwickeln, um gegenzusteuern, beispielsweise mit Programmen, die die Teilnahme an der Krebsfrüherkennung oder einen gesünderen Lebensstil fördern. Unser Ziel ist, dass in Zukunft das Krebsüberleben nicht mehr von der Adresse abhängt“, sagte Studienleiter Hermann Brenner vom DKFZ. (PM/RED)

Info

Um den sozioökonomischen Status der in die Studie eingeschlossenen 103 Stadtteile der Hansestadt Hamburg einzuordnen, nutzten die Epidemiologen den Hamburger Sozialindex, der die Arbeitslosenquote, die Anzahl der Sozialwohnungen und die Zahl der Sozialhilfeempfänger, die Wohnungsgröße und das Haushaltseinkommen erfasst.

Die Studie basiert auf 73.106 Patienten, die im Hamburgischen Krebsregister erfasst sind und zwischen 2004 und 2018 an einer von vier Krebsarten erkrankt waren.

Mehr Arbeit für Hausärzte

COVID-19 Die Pandemie sorgt in den Hausarztpraxen bundesweit für mehr Arbeit. Dies zeigt der Praxisklimaindex.

Eine hohe Arbeitsbelastung in vielen Praxen, soziale Probleme zahlreicher Patienten und eine schwierige Situation für die chronisch Kranken: Dies sind die zentralen Herausforderungen, denen sich Hausärzte bundesweit in den ersten acht Wochen des Jahres wegen der Corona-Pandemie ausgesetzt sahen.

Darauf deuten die Zwischenergebnisse des hausärztlichen Praxisklimaindex (PKI) hin, den das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) unter Leitung von Prof. Martin Scherer in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und dem Niedersächsischen Hausärzterverband durchführt. Ziel der Erhebung, an der sich im 14-tägigen Abstand bundesweit durchschnittlich rund 900 Hausärzte beteiligten, ist ein Eindruck von der hausärztlichen Versorgungssituation während der Pandemie.

Die bislang vorliegenden Ergebnisse machen deutlich, dass die Arbeitsbelastung für Hausärzte durch Covid-19 stetig steigt. Ein Drittel der Befragten gab eine gestiegene Belastung nach den ersten zwei Wochen des Jahres an. Im weiteren 14-Tages-Rhythmus bestätigte jeweils ein weiteres Viertel und in der vierten Befragung ein weiteres Drittel der Teilnehmer diese Entwicklung im Vergleich zum zuletzt abgefragten Zeitraum. Von einer gesunkenen Arbeitsbelastung berichteten in den gleichen Befragungen entweder deutlich weniger oder ein gleich hoher Anteil.

Ein bedeutsamer Teil der zusätzlichen Arbeitsbelastung ist offensichtlich entstanden, weil viele Patienten unter sozialen Problemen leiden. Diesen Grund nannten in der ersten Befragung 47 Prozent der Ärzte. Damals gab allerdings ein noch höherer Prozentanteil (49 Prozent) an, dass ihre persönliche Arbeitsbelastung durch Patien-



Prof. Martin Scherer vom Institut und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am UKE will mit dem Praxisklimaindex regelmäßig bundesweit die Stimmung in den Praxen abfragen.

ten mit sozialen Problemen sogar gesunken sei. Dann aber änderte sich das Bild: Weiterhin rund die Hälfte der Ärzte gab bei jeder Befragung wieder an, dass ihre persönliche Arbeitsbelastung durch Patienten mit sozialen Problemen gestiegen sei. Gesunken war sie jeweils nur noch bei rund vier Prozent. „Das ist ein deutlicher Hinweis. Die sozialen Probleme werden in die Hausarztpraxen getragen“, sagte Scherer über die Ergebnisse.

Eine ähnliche Entwicklung zeigt sich bei der Zahl der chronisch kranken Patienten, die aufgrund der aktuellen Situation nicht adäquat versorgt werden können. Alle 14 Tage berichten zwischen 22 und 33 Prozent der Hausärzte, dass diese Zahl an Patienten in ihrer Praxis zunimmt. Nach den ersten zwei Wochen im Jahr gab es noch ein Drittel an Hausärzten, bei denen diese Zahl auch sank. Danach fiel dieser Wert auf unter fünf Prozent.

Neben dem Basisteil mit wiederkehrenden Themen werden im PKI auch Fragen zu aktuellen Problemen gestellt. In der jüngsten Erhebung wurde etwa die Meinung zum AstraZeneca-Impfstoff abgefragt. Der Aussage, dass dieser gezielt schlechter geredet wird, stimmten über 90 Prozent der Teilnehmer ganz oder teilweise zu. Vier Wochen zuvor hatten nur 75 Prozent der Teilnehmer die AstraZeneca-Vakzine für eine sinnvolle Option für die eigenen Patienten gehalten. „Diese Entwicklung ist ermutigend. Offensichtlich ist die Meinung der Fachgesellschaft durchgedrungen“, sagte Scherer zu diesen Ergebnissen. Er erwartet, dass sich das Image des AstraZeneca-Impfstoffs mit der Verlagerung des Impfens in die Hausarztpraxen weiter verbessern lässt. Für diese Verlagerung sprachen sich in der Befragung nach der 6. Kalenderwoche 80 Prozent der Hausärzte aus.

Weitere ausgewählte Ergebnisse aus den ersten vier Befragungen:

- ▶ Niederschwelliger Zugang für Laien zu Schnelltests: 62 Prozent der Hausärzte halten diesen Zugang für sinnvoll und erwarten davon eine Entlastung für ihre tägliche Arbeit.

- ▶ Zumindest zeitweise war der Praxisbetrieb durch Quarantäneauflagen eingeschränkt. Ein Viertel der Befragten gab nach der 2. Kalenderwoche an, dass die Praxis deshalb eingeschränkt sei.
- ▶ Aufklärungsbedarf vor Impfungen in den Impfzentren: Fragen hierzu werden im Arzt-Patientengespräch immer wieder thematisiert. Ein Großteil der Hausarztpraxen, nämlich rund 85 Prozent, gab an, dass in dieser Frage hoher Aufklärungsbedarf besteht.
- ▶ Priorisierung bzw. Indikationsstellung für die SARS-Cov-2-Impfung durch Hausärzte: In der ersten Januarhälfte waren rund 57 Prozent dafür, in der zweiten Januarhälfte schon 95 Prozent.
- ▶ Schnelltests allgemein: „Ein niederschwelliger Zugang von Laien zu Schnelltests ist sinnvoll und eine Entlastung für meine tägliche Arbeit“: Dieser Aussage stimmten insgesamt 63 voll und zum Teil zu. Abgelehnt wurde sie zum Zeitpunkt der Befragung nach der 8. Kalenderwoche von 36 Prozent der Befragten.
- ▶ Schnelltests in Alten- und Pflegeheimen: In den von den befragten Hausärzten betreuten Einrichtungen funkti-

onierte nach Einschätzung der Teilnehmer nach der 8. Kalenderwoche das Verhindern von Corona-Ausbrüchen durch Schnelltests nur begrenzt. Über die Hälfte (53 Prozent) mochte der Aussage, dass das Verhindern durch Schnelltests funktioniert, nicht zustimmen.

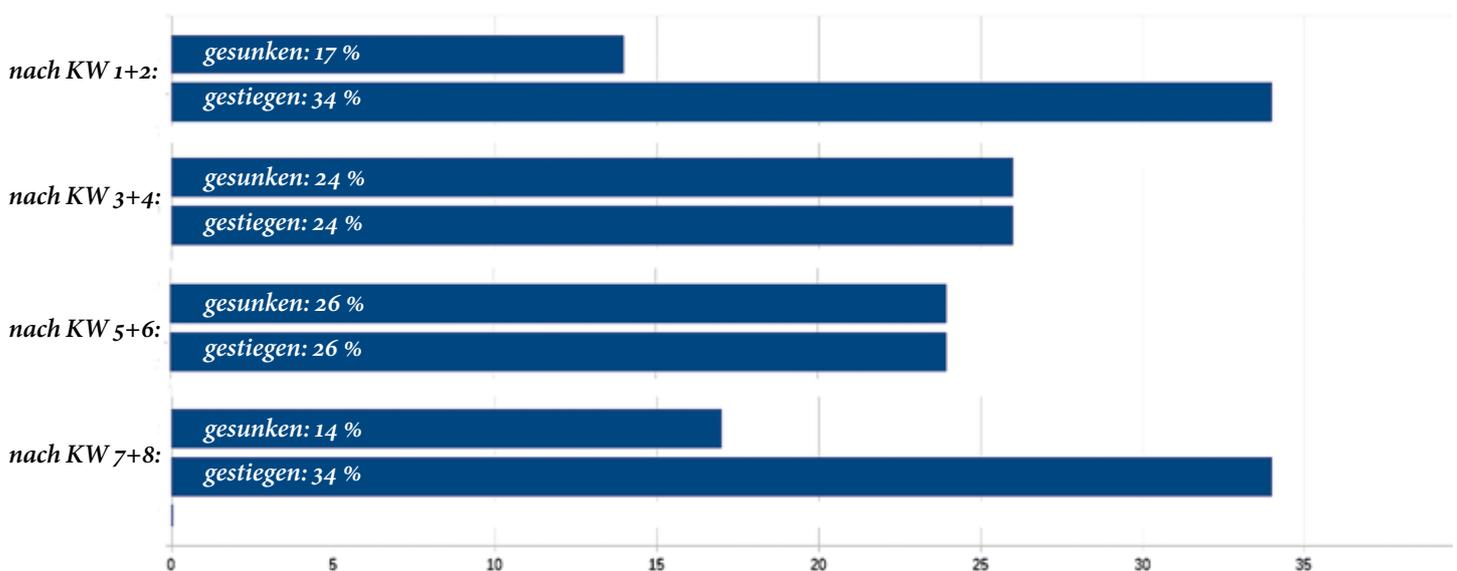
Die Umfrage erfolgt bundesweit als Onlineerhebung über die E-Mailverteiler der kooperierenden Institutionen. Die Quoten in den Bundesländern variieren zum Teil stark, die höchsten Quoten werden in Niedersachsen, Hamburg, Bayern und Baden-Württemberg erreicht. Aus Schleswig-Holstein hat sich eine dreistellige Zahl von Hausärzten an den ersten vier Umfragen des Jahres beteiligt.

Scherer hofft, dass weitere regionale Hausärzteverbände den PKI unterstützen, um regelmäßig die Stimmung in den Praxen zu erfahren. Die Befragungen sollen auch nach der Pandemie im 14-tägigen Rhythmus fortgesetzt werden. Scherer kann sich auch Ad-hoc-Befragungen zwischendurch zu aktuellen Themen vorstellen.

DIRK SCHNACK

Arbeitsbelastung

Meine persönliche Arbeitsbelastung ist in den vergangenen 2 Wochen gestiegen oder gesunken:



Gefahr durch gestrecktes Cannabis

CANNABINOIDE Toxikologe warnt, weil Konsumenten veränderte Zusammensetzung nicht sofort wahrnehmen. Aufwendiger Nachweis.

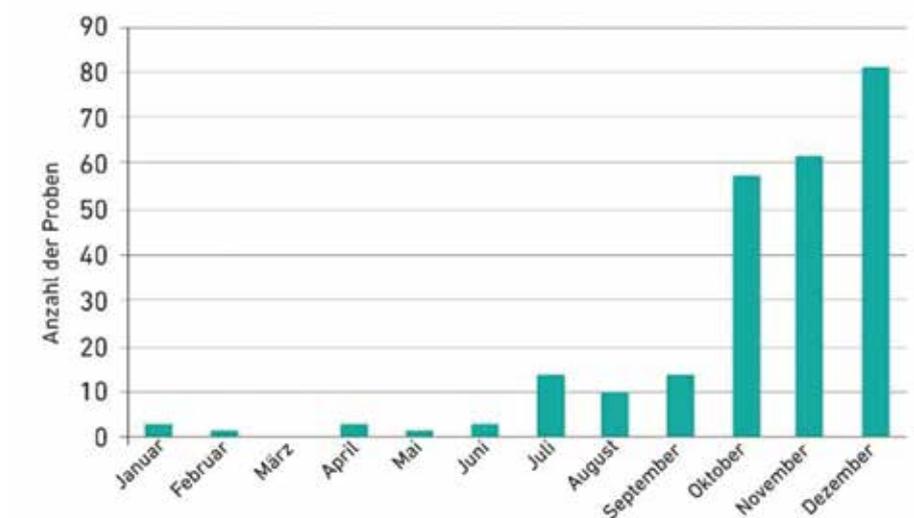
Die EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) warnte im November 2020, dass beschlagnahmtes Haschisch und Marihuana, aber auch E-Liquids und präparierte Papiere, mit synthetischen Wirkstoffen wie MDMB-4en-PINACA, 5F-MDMB-PICA oder 4-fluoro MDMB-BUTINACA versetzt waren. Diese Nachweise häufen sich und geben u. a. im LADR Zentrallabor Dr. Kramer & Kollegen in Geesthacht Anlass zur Sorge.

„Der Konsument wird die veränderte Zusammensetzung nicht sofort wahrnehmen, da die beigemischten Wirkstoffe die Cannabiswirkung imitieren. Dieses Unwissen kann lebensgefährliche Folgen haben“, warnt Dr. Lars Wilhelm, Leiter der Toxikologie im Geesthachter LADR Zentrallabor.

Darum sind synthetische Cannabinoide gefährlich

Die Ursache für das Auftreten von Vergiftungen liegt in den pharmakologischen Eigenschaften der Substanzen. Der eigentliche Cannabiswirkstoff Δ^9 -THC aktiviert Signalwege in den Nervenzellen, mit der entsprechenden rauschhaften Wirkung. Synthetische Cannabinoide wie das MDMB-4en-PINACA wirken auf vergleichbare Weise, allerdings deutlich intensiver und länger anhaltend. So kann es zu unerwünschten Nebenwirkungen wie Psychosen, z. T. mit schweren Krampfanfällen, rascher Ohnmacht, Herzrasen, Bluthochdruck oder aggressivem, gewalttätigem Verhalten kommen. Auch starkes Craving (Verlangen nachzulegen) kann auftreten.

Die ungleichmäßige Verteilung des Wirkstoffs in der Droge erschwert die Dosierung und erhöht zusätzlich die Gefahr von Überdosierungen. „Sollte man nach dem Konsum von Cannabisprodukten ungewohnte oder besonders heftige Wirkungen feststellen, sollte man deshalb nicht



Positive Proben für den Analyten MDMB-4en-PINACA aus Urin und Kapillarblut für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020 (N=248); eigene unveröffentlichte Daten des LADR Zentrallabors Dr. Kramer & Kollegen.

zögern, einen Notarzt zu rufen“, rät Wilhelm. „Vermutlich werden sich viele scheuen, das zu tun, weil ihr Konsum dann auffliegt, aber unter Umständen kann das lebensrettend sein.“

Info

- ▶ Synthetische Cannabinoide als Beimengung bundesweit auf dem Vormarsch.
- ▶ Hohes Risiko für schwere Nebenwirkungen und Vergiftungen.
- ▶ Nachweis von Verfälschungen nur in spezialisierten Laboren möglich.

Weitere Informationen zum Thema: <https://ladr.de/betaeubungsmittel/chemisch-gestrecktes-cannabis>
Kontakt: Dr. rer. hum. biol. Lars Wilhelm

Sprunghafter Anstieg bei der Verbreitung von MDMB-4en-PINACA

MDMB-4en-PINACA ist seit 2017 in Europa im Umlauf. Der Fachbereich Toxikologie des LADR Zentrallabors in Geesthacht hat die Substanz im August 2019 erstmals in einer Stoffprobe identifiziert. „Seitdem spüren wir MDMB-4en-PINACA routinemäßig in unseren Analysen im Urin und seit Oktober 2020 auch im Kapillarblut auf“, sagt Wilhelm.

Im Jahr 2020 registrierten die Toxikologen im LADR Zentrallabor eine deutlich steigende Anzahl an positiven Ergebnissen. Im Oktober stellten sie nahezu eine Verdreifachung fest. Dieser Trend hat sich bis zum Jahresende 2020 fortgesetzt (siehe Abbildung).

„Ein Grund, warum synthetische Cannabinoide vermehrt auftreten, liegt sicher darin, dass auf diese Weise minderwertige Cannabisprodukte vermeintlich aufgewertet werden können“, erklärt Wilhelm. Das heißt, sie wirken wie gewohnt oder stärker, allerdings um den Preis, dass sie noch hef-

tigere Nebenwirkungen haben.“ Laut Wilhelm gibt es inzwischen erste Hinweise, dass auch sehr junge und unerfahrene Konsumenten diese Substanzen angeboten bekommen.

Die Erfahrungen, die die Experten im LADR Zentrallabor derzeit machen, decken sich mit denen aus dem Drug Checking (staatliche oder halbstaatliche Stellen mit dem Auftrag zur Testung der Zusammensetzung von Drogen), dem Arbeitskreis „Analytik der Suchstoffe“ der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie sowie mit Berichten in diversen Internet-Foren.

Der Nachweis der synthetischen Cannabinoide ist aufwendig. Das Testen vor Ort, das sogenannte Point-of-Care-Testing (POCT), ist daher nicht möglich. „Bei LADR setzen wir chromatografische Methoden mit massenspektrometrischer Detektion ein“, unterstreicht Wilhelm die Herausforderungen in der Diagnostik und sieht genau darin eine potenzielle Gefahr: „Da der Nachweis sehr anspruchsvoll ist, droht eine schleichende Weiterverbreitung dieser gefährlichen Substanzen. Umso wichtiger ist die Aufklärung, gerader junger Konsumenten über die möglichen Gefahren.“

Wilhelm rät dringend vom wissentlichen Konsum der synthetischen Substanzen ab. Denn MDMB-4en-PINACA etwa kommt verschiedenen Berichten zufolge auch in weißer oder gelblich-brauner Pulverform auf den Markt, vermutlich unter dem Straßennamen „Heavy Weight“. Synthetische Cannabinoide würden demnach häufig inhaliert, indem man sie entweder auf Materialien aufbringt und diese raucht oder indem man sie in Flüssigkeit löst und verdampft.

Im Fachbereich Toxikologie des LADR Zentrallabors werden Fragen zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten und Drogen bearbeitet. Jährlich analysiert das Labor nach eigenen Angaben rund 100.000 Proben von Blut und Kapillarblut, Urin, Speichel, Haaren und Mekonium. Dabei werden moderne Analysetechniken eingesetzt, vor allem Immunoassays, Chromatografische Verfahren und Massenspektrometrie. Die Ausstattung und Innovationen sind Voraussetzungen dafür, neue Substanzen zügig und auf hohem analytischem Niveau detektieren zu können. Im Fachbereich Toxikologie entwickelt das Labor auch in Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten im Rahmen von Bachelor-, Master- und Promotionsarbeiten seine Analysetechniken weiter. (PM/RED)

„Cannabis ist kein Wundermittel“

CANNABINOIDE Studie zum Einsatz medizinischer Cannabinoide in der Therapie. Verordnungen auch außerhalb der geprüften Anwendungsgebiete.

Die gesetzlichen Krankenkassen verzeichnen seit Inkrafttreten der Verschreibungsmöglichkeit von Cannabis im März 2017 zunehmende Verordnungen von cannabisbasierten Arzneimitteln – laut Krankenkasse BKK Mobil Oil von 27 Millionen Euro im Jahr 2017 auf 123 Millionen Euro 2019. Für 2020 prognostiziert Arzneimittelexperte Prof. Gerd Glaeske ein Ausgabenvolumen von 151 Millionen Euro. Die BKK Mobil Oil hat beim Forschungszentrum SOCIUM der Universität Bremen unter Leitung Glaeskes eine Studie in Auftrag gegeben, die sie unter dem Namen „Cannabis-Report 2020“ vergangenen Monat veröffentlichte.

Ein Ergebnis des Reports: Ein Fünftel der Antragsteller (173 Patienten) erhielt cannabisbasierte Arzneimittel im Rahmen „gut geprüfter und zugelassener Anwendungsgebiete“. Dazu gehören nach Angaben der Kasse vor allem die spezialisierte ambulante Palliativversorgung von Krebspatienten sowie Anträge von Versicherten mit neurologischen Leiden oder Anorexie. Hier seien überwiegend Dronabinoltropfen mit einer Versorgungsdauer von bis zu zwei Monaten eingesetzt worden.

Ein Großteil der Patienten erhielt Cannabinoide jedoch außerhalb der in klinischen Studien geprüften Indikation – etwa aufgrund eines chronischen Schmerzsyndroms (27 %), wegen anhaltender Rückenschmerzen (7 %), wegen Spastik (6 %) oder wegen Polyneuropathie (5 %).

Weiteres Ergebnis: 62 % der Leistungsausgaben entfielen 2019 auf unverarbeitete Cannabisblüten und Blüten in Zubereitungen. „Archaisch anmutende Therapien in Zeiten der Verfügbarkeit von standardisiert hergestellten und im Markt verfügbaren zugelassenen Cannabis-Produkten und vor allem von gut geprüften, wirksamen und vielfach erprobten Schmerzmitteln“, urteilt Glaeske. In diesen Bereich fielen auch die Hochkostenfälle mit Ausga-

ben von mehr als 15.000 Euro im Analysezeitraum von 34 Monaten. Auffällig sei, dass vor allem 20- bis 29-jährige Männer zu den Antragstellern gehörten. Die Tagesdosen würden mitunter ein Vielfaches über denen des staatlichen Cannabisprogrammes der Niederlande liegen. Dies lasse die Frage aufkommen, ob die Dosierungen mit einer verantwortungsvollen Versorgung in Einklang zu bringen seien oder ob getrocknete Cannabisblüten auch als Rauschmittel „auf Rezept“ missbraucht oder sogar weiterverkauft werden, so der Experte.

Vor diesem Hintergrund sieht Glaeske die Forderung nach gesetzlichen Rahmenbedingungen, Darreichungsformen und Dosierungen sowie nach einer Nutzenbewertung der gesamten Cannabis-Anwendungspalette als berechtigt. „Cannabis ist schließlich kein Wundermittel“, so Glaeske. Er forderte, dass Evidenz, Therapiesicherheit und Patientennutzen bei der Entscheidung über die Anwendung von Cannabisprodukten im Vordergrund stehen sollten. (PM/RED)



Zusammenhänge zwischen sozialem Status und Krankheiten sind lange bekannt – der Kongress „Armut und Gesundheit“ wirft seit 1995 jährlich einen Blick auf das Thema. Bei der aktuellen Veranstaltung mit über 2.000 Teilnehmenden ging es auch um die Folgen der Covid-19-Pandemie und die Auswirkungen des Klimawandels, denn beide globalen Phänomene treffen ärmere Menschen stärker als wohlhabende. Ein Fazit der Veranstaltung: Erste Schritte zum Wandel können auf der lokalen Ebene gegangen werden.

„Wenn wir die Probleme gelöst bekommen, würde der Kongress sich überflüssig machen – aber Sie merken, dass ich damit nicht rechne“, sagte Martin Matz (SPD), Gesundheits-Staatssekretär im Berliner Senat, beim Auftakt des dreitägigen Kongresses, der in diesem Jahr komplett virtuell stattfand. Das Treffen bietet Akteuren aus Wissenschaft, Gesundheitswesen, Politik, Praxis und Selbsthilfe eine Plattform und gilt damit laut den Organisatoren als größte Public Health-Veranstaltung Deutschlands (siehe Kasten).

Wie sich die Corona-Pandemie auf das Gesundheitswesen auswirkt, welche gesellschaftlichen und gesundheitlichen Folgen damit einhergehen, war in diesem Jahr eine Frage, die sich durch viele der Seminare, Vorträge und Diskussionsrunden zog.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) wies als Schirmherr der Veranstaltung auf Maßnahmen des Staates hin, um die Ärmsten und Schwächsten zu schützen, angefangen von kostenlosen Masken bis zur Impf-Priorisierung, die etwa Bewohner von Flüchtlingsheimen und Obdachloseneinrichtungen weit oben ansiedelt. „Impfen steht jedem zu, der sich hier aufhält, anders als in vielen anderen Ländern“, sagte Spahn.

Dennoch bleibe es dabei, dass die Pandemiefolgen für den Einzelnen stark von sozialökonomischen Faktoren abhingen, sagte Prof. Dr. rer. pol. Martin Dietrich, kommissarischer Direktor der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. So würden in Bremen in dichter besiedelten und ärmeren Stadtteilen höhere Infektionsquotienten gemessen als in anderen Vierteln, in Berlin bestehe ein Bezug zwischen der Zahl der Bezieher von Transferleistungen und der Inzidenz. Durch das Gesundheitssystem oder gesundheitspolitisch allein sei das Problem nicht zu lösen: „Das Thema berührt auch andere Politikbereiche, wir brauchen gemeinsame Entscheidungen.“ Dieser übergreifende Anspruch zeigte sich auch im Motto des Kongresses:

Lokale Lösung erforderlich

ARMUT UND GESUNDHEIT Kongress zum Thema wünscht sich eine Ärzteschaft, die „lauter“ wird. Für globale Probleme sind manchmal lokale Lösungen nötig. Zahlreiche Themen und 2.000 Teilnehmer.

„Aus der Krise zu Health in all Policies.“ Neu ist weder das Problem noch der Ruf nach gemeinsamen Lösungen: Von einem „gesellschaftlichen Dauerskandal“ sprach Prof. Rolf Rosenbrock, Gesundheitswissenschaftler und Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, angesichts der ungleichen Gesundheitschancen. So zeigen Zahlen des Robert Koch-Instituts, dass Männer mit wenig Geld im Durchschnitt fast neun Jahre vor ihren Geschlechtsgenossen mit gutem Einkommen sterben. Bei Frauen beträgt der Unterschied an Lebenszeit rund vier Jahre. „Es gibt immer eine kurze Aufregung nach den jährlichen Armutsberichten, ansonsten passiert wenig“, beklagte Rosenbrock. Die Pandemie

wandere die „gesellschaftliche Stufenleiter nach unten“, global und national.

Mehrfach verwiesen Redner auf den englischen Gesundheitsforscher Sir Michael Marmot, der in Langzeitstudien soziale Faktoren, Krankheitsrisiken und Lebenserwartung in Verbindung gesetzt hatte. Diese Zusammenhänge zeigten sich bei Corona erneut: „Je niedriger der soziale Status, desto höher ist das Risiko für einen schweren Verlauf“, sagte Rosenbrock. Arme Menschen hätten häufiger Vorerkrankungen, litten aufgrund enger Wohnungen und Angst um den Arbeitsplatz stärker unter den psychischen Belastungen. Und die Pandemie nimmt auch der nächsten Generation die Chancen, weil Kinder aus armen Familien in einen größeren Bildungsrückstand gerieten als Gleichaltrige aus der Mittel- und Oberschicht.

Auch das zweite weltweite Großthema, der Klimawandel, wirkt sich auf die Gesundheit aus und trifft die Ärmsten am stärksten – auch das keine neue Erkenntnis, sondern durch zahlreiche Studien bestätigt.

Lösungen oder Lösungsansätze lassen sich am ehesten auf lokaler Ebene finden. Christiane Heiß vom Umweltbundesamt nannte als Beispiel das „Berliner Konzept“ für eine umweltgerechte Stadtentwicklung, die auch auf die Gesundheit schaue. Heute kämen in Berliner Problem-Stadtteilen wie Neukölln die Belastungsfaktoren schlechte Luft, Lärm, Hitze, wenig Grün zusammen und addierten sich – „und eben diese Quartiere sind auch am stärksten von Corona betroffen“, so Heiß. Um daran etwas zu ändern, „müssen wir aktiv an die Ursachen heran“. Dafür müssten die Daten zusammenggeführt und gemeinsam betrachtet werden, und es sollte Obergrenzen für lokal tolerierbaren Verkehr geben. „Da haben wir Leerstellen in den Verwaltungen.“

Info

- ▶ *Der erste Kongress zu „Armut und Gesundheit“ fand erstmals im Dezember 1995 an der Technischen Universität Berlin statt. Organisiert wurde er von der Ärztekammer Berlin, der TU Berlin und deren 1992 gegründeten Zentrum für Public Health sowie der damaligen Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung, Gesundheit Berlin e. V.*
- ▶ *Seit 2009 bereitet der Verein „Gesundheit Berlin-Brandenburg“ als Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung beider Bundesländer die Kongresse vor.*
- ▶ *Im Frühjahr 2020 musste die Veranstaltung aufgrund der Corona-Pandemie abgesagt werden, 2021 fand der Kongress erstmals virtuell statt.*
- ▶ *Über 2.000 Teilnehmende tauschten sich in 80 Veranstaltungen und selbst organisierten Gruppen aus.*



Auftakt zum virtuellen Kongress Armut und Gesundheit, der schon seit 1995 stattfindet. Rund 2.000 Teilnehmer verfolgten die zahlreichen Diskussionen in diesem Jahr.

Dr. Martin Herrmann von der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit schlug vor, die Klimakrise als Gesundheitskrise zu definieren: „Organe sind betroffen, Mehrfachbelastungen führen zu Krankheiten. Tausende sterben, Hunderte sind gefährdet.“ Es sei ein Skandal, dass „wir Feuerwehren haben, aber keine Hitzewehren – so fühlt sich niemand zuständig bei Hitzewellen“. Er forderte schnelle Lösungen: „Wenn wir als Mediziner feststellen, dass es sich um einen Notstand handelt, müssen wir auch schnell zur Behandlung kommen.“

Arzt und Diplom-Geologe Dr. Thomas Claßen, im Landeszentrum Gesundheit in Nordrhein-Westfalen für Prävention und Gesundheitsförderung zuständig, denkt über diese Fragen nach. Als „medizinischer Geograf“ wolle er Klima und Gesundheit zusammenbringen, etwa durch „Hitzeaktionspläne“ wie Warnsysteme und Informationen für die Bevölkerung. Dies sei eine Aufgabe für den öffentlichen Gesundheitsdienst: „Den wünsche ich mir als Player mit eigener Stimme.“

Dr. Ursula Hahn, Vorsitzende des Vereins Gesundheit und Medizin Erlangen, befasste sich mit dem Thema Ernährung als entscheidendem Faktor sowohl für indivi-

duelle Gesundheit als auch als Bestandteil der globalen Krise. Der Fleischkonsum sinke zwar in Schichten mit höherem Einkommen der Industrieländer. Insgesamt werde aber mehr Steak oder Geflügel verzehrt, in Deutschland sei es mit 320 Millionen Tonnen Fleisch pro Jahr doppelt so viel wie 2000. Dafür isst der statistische Deutsche pro Jahr 1,4 Kilo weniger Äpfel. Hahn forderte lokale Initiativen, die für eine Umstellung der Essgewohnheiten werben. Nicht nur eine Aufgabe für die Politik: „Ärzterschaft und Pflege waren bisher viel zu zurückhaltend.“

Lokale Initiativen schlug Björn Weber vom Deutschen Institut für Urbanistik für den Verkehrsbereich vor: Wenn es gelänge, Menschen zum Radfahren oder Laufen zu bringen, würden Städte vom Verkehr entlastet, die Luft sauberer, Energie gespart und zugleich die Gesundheit und die Lebensqualität gesteigert. Nicht nur die Metropolen, auch mittelgroße Städte könnten hier mit gutem Beispiel und Ideen vorgehen.

Wichtig sei, darin waren sich viele Redner einig, sich mit anderen Gruppen zusammenzutun und Aufgaben gemeinsam anzupacken. Das machen Theresa Krüger und Lea Elsholz vor, Medizinstudentinnen

aus Aachen, die als Health for future-Aktivistinnen in ihrer Stadt bei einer ganzen Reihe von Veranstaltungen für ihre Ideen werben und Netze knüpfen konnten.

„Seit 26 Jahren sind wir mit der Politik im Gespräch über den Zusammenhang von Armut und Gesundheit“, sagte Gesine Bär, Professorin für partizipative Ansätze in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften an der Alice-Salomon-Hochschule Berlin, in einer Talkrunde zum Schluss des Kongresses. „Bringt das eigentlich was?“

Die Gäste, Abgeordnete des Bundestages und der Länder Berlin und Brandenburg, beantworteten die Frage grundsätzlich positiv. Die Corona-Krise habe den Blick auf das Gesundheitswesen gelenkt und „macht deutlich, dass es doch nicht so toll ist“, sagte Rudolf Henke, CDU-Bundestagsmitglied, langjähriges Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und ehemaliger Vorsitzender des Marburger Bundes. Ein Vorteil: „Es ist schwerer geworden, Zustimmung für Projekte zu bekommen, die das Gesundheitswesen weiter kaputtsparen wollen.“ Er hoffte auf eine Neuauflage des Präventionsgesetzes, die sowohl die Kommunen als auch die „Pflege und die Anwälte der Armen, die Ärzte, mit einbezieht“.

ESTHER GEISSLINGER

Pflegende sprechen sich gegen die Kammer aus

PFLEGE 15.942 von 17.372 Pflegenden stimmten für die Auflösung der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, nur 1.430 waren für eine Fortführung. Offen ist, wer künftig mandatiertes Ansprechpartner sein wird und für alle Pflegenden sprechen kann.

Jetzt muss der Landtag – der zunächst die Gründung, dann die erneute Abstimmung über die Zukunft der Kammer herbeigeführt hatte, die weiteren Schritte bestimmen. Auflösen, abwickeln und eine neue Form der Interessenvertretung anbieten und organisieren, forderte im Anschluss an die Abstimmung u. a. die Gewerkschaft ver.di, die von Beginn an Front gegen die erst 2018 gegründete Kammer gemacht hatte.

Patricia Drube, Präsidentin der Pflegeberufekammer Schleswig-Holstein, kündigte an, die Entscheidung zu respektieren. Die Kammer werde bis zu einer Entscheidung des Landtages ihren gesetzlichen Auftrag erfüllen. In einer Pressekonferenz ließ Drube durchblicken, dass sie vor allem drei Gründe sieht, weshalb die Mitglieder so deutlich für eine Auflösung votierten:

- ▶ Falscher Zeitpunkt: Drube hätte sich mehr Zeit gewünscht, um die Mitglieder nach der intensiven Diskussion vom Sinn einer Kammer für die Pflegenden zu überzeugen.
- ▶ Zu späte Anschubfinanzierung: Drube hätte sich eine Anschubfinanzierung von Beginn an gewünscht, um sich nicht beim Aufbau der Kammer mit Zahlungsaufforderungen bei ihren Mitgliedern vorstellen zu müssen.
- ▶ Andere Fragestellung: Die klare Fokussierung der Fragen auf Auflösung oder Fortführung ließ keinen Raum für eine weitere Entwicklung unter anderen Vorzeichen.

Ihre weitere persönliche Rolle in der Standespolitik ließ Drube offen. „Mein Herz brennt für meinen Beruf. Dieses Brennen hört nicht auf, weil es diese Klatsche gab“, sagte Drube. Genauso wie Vizepräsident Frank Vilsmeier bemühte sie sich, trotz der Enttäuschung das Erreichte in den Vordergrund zu stellen. Beide verwiesen u. a. auf das Berufsregister, das erstmals zuverlässige Daten zu Anzahl und Demografie der



Deutlich mehr als 20.000 Pflegende arbeiten in Schleswig-Holstein. Nach einer Abstimmung über die Pflegeberufekammer ist offen, wer künftig mandatiertes Ansprechpartner der Berufsgruppe sein wird.

Pflegenden in Schleswig-Holstein liefert, auf die Grundlagen einer Berufsordnung, den Entwurf einer Rahmenweiterbildungsordnung und die Lobbyarbeit.

Prof. Henrik Herrmann bedauerte die Entscheidung der Pflegenden. „Nach bereits begonnener Zusammenarbeit in mehreren Projekten werden wir in der Ärztekammer nun sondieren, wie eine Fortführung der Arbeit im Sinne einer teamorientierten Zusammenarbeit beider Berufsgruppen ohne die Pflegeberufekammer als feste Ansprechpartnerin überhaupt möglich sein wird“, sagte Herrmann in einem ersten Statement. Mit inoffiziellen Ansprechpartnern, die nie für die gesamte Berufsgruppe der Pflegenden sprechen können, hält er eine Zusammenarbeit nicht ohne Weiteres für möglich. „Wenn auch die Entscheidung der Pflegenden zu respektieren ist, wird die Pflege ohne mandatierte Pflegeberufekammer auf der politischen

Ebene keine Stimme mehr haben“, gab er zu bedenken.

Enttäuscht zeigte sich die stellvertretende Vorsitzende des DBfK Nordwest, Swantje Seismann-Petersen: „Keine Kammer bedeutet keine systematische Einbeziehung der beruflich Pflegenden in alle relevanten Entscheidungen auf politischer Ebene“, sagte Seismann-Petersen. Für sie ist die Politik „in der Verantwortung, beruflich Pflegenden kurzfristig Verbesserungen und langfristig echte Perspektiven zu bieten“. Ihre Prognose: „Ansonsten wird der Frust steigen und die Berufsfucht zunehmen.“

SPD-Pflegeexpertin Birte Pauls warf der Landesregierung „Desinteresse“ an der Pflege vor und forderte Antworten. Sie sei überzeugt, dass „diejenigen, die am meisten von der Pflege verstehen, die Dinge selbst organisieren und auf gleicher Ebene agieren können wie beispielsweise die Ärztekammer“.

DIRK SCHNACK

Deutschland ist besser als sein Ruf

IMPFFEN Die Gründe für die moderate Impftätigkeit in Deutschland werden in der Öffentlichkeit nicht immer differenziert betrachtet – zu Unrecht, findet ein Leser.

Immer wieder wird das deutsche Impftempo kritisiert. Dabei genügt ein Blick über die Grenzen, um zu erkennen, dass es sich um eine europa- und weltweite Impfstoffknappheit handelt. [...] In der medialen „Impfweltrangliste“ werden Israel, Großbritannien, die USA und Chile besonders lobend erwähnt. Aber: Die USA und Großbritannien nutzen Ausfuhrbeschränkungen, um bevorzugt ihre eigene Bevölkerung zu impfen, dabei die USA ein Kriegswirtschaft-Gesetz aus der Zeit des Korea-Krieges, was dazu führt, dass selbst Kanada keinen Impfstoff aus dem Nachbarland, sondern von der Europäischen Union erhält. [...] In der EU haben wir uns für ein partnerschaftliches Bestellwesen mit gleichberechtigter Verteilung nach Einwohnerkontingenten entschieden. Israel gibt BionTech als Gegenleistung für die bevorzugte Belieferung die kompletten Impfdaten seiner Einwohner – das wäre in Deutschland gesetzwidrig und würde zu einem Aufschrei der Datenschützer führen. In Chile wird ein chinesischer Impfstoff genutzt, der in Europa keine Zulassung hat und den hier niemand nehmen würde. [...]

Mit den bundesweit etablierten Impfzentren und einem bewährten Hausarztssystem, das es so im Gesundheitswesen anderer Länder gar nicht gibt und das auch hierzulande von manchen Politikern zugunsten von poliklinischen Strukturen schon abgeschafft werden sollte, verfügt Deutschland über leistungsstarke und bürgernahe Infrastrukturen, um pro Woche 5 Millionen Menschen impfen zu können. Die Strukturen sind intakt, die Fachkompetenzen vorhanden. Entscheidend ist jetzt die Überwindung der europa- und weltweiten Impfstoffknappheit durch Ausbau der Produktionskapazitäten und weitere Zulassungen durch die EMA. Deutschland ist besser als sein Ruf – und unser Gesundheitswesen weltweit in einer Spitzenposition.

LOTHAR OBST, LANDESVORSITZENDER DER SCHLESWIG-HOLSTEINISCHEN KRANKENHAUSDIREKTOREN 1992 – 2008,
VERWALTUNGSDIREKTOR DER KRANKENHÄUSER
MÖLLN UND REINBEK 1984 – 2016.

Angebot durchgängig aufrechterhalten

EHRENAMT Zum Text „Die Welle wird kommen“ (3/2021) verweist eine Verantwortliche des Gesundheitsmobils auf ihr Angebot (www.gesundheitsmobil.org)

Das Gesundheitsmobil Lübeck leistet seit 2007 mobile medizinische Hilfe für sozial benachteiligte Menschen mit oder ohne (Kranken)Papiere. Seit 2010 gibt es die Gesundheitsstation mit einer medizinischen Sprechstunde für oben genannte Klientel in einem stationären Raum. Beides in Lübeck. Auch wir arbeiten mit einem ehrenamtlichen Team. Unsere Ärzt/innen, die uns auf den Touren begleiten und in der Gesundheitsstation Sprechstunde halten, gehören alle zur Ü-70 Risikogruppe. Dennoch haben wir während der gesamten Pandemie-Zeit unser Angebot aufrechterhalten und haben auch aktuell geöffnet – mit Ärzt/innen aus der Risikogruppe, weil es uns wichtig ist, unserer Klientel gerade in dieser Zeit Halt und Verlässlichkeit zu bieten. Wir haben mit Beginn des ersten Lockdowns auf allen Kanälen kommuniziert, dass wir mit dem Gesundheitsmobil und der Gesundheitsstation weder für Corona-Tests noch für eine Behandlung bei Ausbruch der Krankheit zuständig sind und dass die Menschen uns dann (auch zu unserem eigenen Schutz) und weil es unsere Möglichkeiten übersteigt, nicht aufsuchen sollten. Für diesen Fall haben wir jedoch Alternativen zum Vorgehen kommuniziert. Und die Welle wird nicht erst kommen – sie ist bereits da. Zwar hatten wir 2020 durch den ersten Lockdown deutlich weniger Klientel, da viele andere Beratungsstellen und Einrichtungen geschlossen hatten, aber die Zahl unserer Neu-Klient/innen ist im Vergleich zu den Vorjahren in etwa gleichgeblieben. Die Zahl der Menschen ohne Krankenversicherung steigt bei unserer Klientel während der letzten drei Jahre. 2017 waren 7 % ohne Krankenversicherung, 2018/2019 und 2020 um die 20 %. Ein großer Teil dieser Klientel ist ohne Obdach, kommt aus Osteuropa oder hält sich illegal in Deutschland auf. Weitere Gründe: Sprachbarrieren, die aktuelle Einwanderungssituation, Geldmangel, Unklarheiten bei den Zuständigkeiten der Kostenträger (Behörden) bzw. Sperrfristen oder finanzielle Probleme, die sich aus dem Verlust der Selbstständigkeit ergeben haben.

SABINE GRITZKA, (LEITUNG GESUNDHEITSMOBIL/G.STATION)

Auf die Technik kommt es an

IMPFFEN Ein Foto in Ausgabe 3, Seite 12 (rechts die richtige Haltung) über das Impfen in Apotheken hat einen Leser zu folgender Zuschrift animiert.

Das Herausdrücken der Luft und Verwerfen der Impflösung aus der Kanüle ist kontraproduktiv, weil dabei die Kanüle von außen mit der Lösung benetzt wird und kostbarer Impfstoff verloren geht. Die bei vielen Patienten beobachtete lokale Impfreaktion ist auch darauf zurückzuführen, dass beim Rückzug der Kanüle aus dem musculus deltoideus eine gewisse Menge Impfstoff in den Stichkanal verschleppt wird und subkutan eine lokale Entzündung hervorruft. Dies lässt sich vermeiden, wenn man beim Aufziehen der Impfflüssigkeit etwas Luft (ca. 0,5 cm³) in der Spritze belässt. Danach erfolgt die Injektion in der Weise, dass die Kanüle in einem Winkel von 45° nach unten gerichtet wird und nach dem Einstich die nun oberhalb der Injektionslösung liegende Luftblase mit injiziert wird. Dadurch wird die gesamte Flüssigkeit aus der Kanüle ins Gewebe gepresst und das Impfdepot mit einer Art Plombe verschlossen. So vermeidet man ein „Verschleppen“ der Lösung in den Stichkanal und vermindert die Lokalreaktion. Außerdem kommt es nicht so häufig zu Nachblutungen. Um die Schmerzen bei der Injektion zu verringern, empfiehlt es sich, die Kanüle pfeilschnell in den Muskel zu stechen. (Die Plomben-Technik habe ich von einem erfahrenen Kollegen im UKE-Hamburg im Impfkurs vor 50 Jahren als Student gelernt.)

DR. ERNST REIMER, HEIKENDORF



GEBURTSTAGE

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

Prof. Wolfgang Gross, Hitzhusen, feiert am 01.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Martin Kreitz, Büsum, feiert am 02.05. seinen 85. Geburtstag.

Lothar Eisfeld, Lunden, feiert am 03.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Helmut Ruge, Groß Grönau, feiert am 06.05. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Waltraud Meurer, Kiel, feiert am 06.05. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Marlies Hense, Großenbrode, feiert am 06.05. ihren 75. Geburtstag.

Ulrike Mastoras, Kiel, feiert am 06.05. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Gerd Olsen, Flensburg, feiert am 07.05. seinen 90. Geburtstag.

Dr. Heiko Labove, Tangstedt, feiert am 09.05. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Antje Hühn, Heikendorf, feiert am 11.05. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Josef Corzilius, Großhansdorf, feiert am 11.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Hinrich Hornung, Kaltenkirchen, feiert am 14.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Dietrich Helm, Groß Grönau, feiert am 15.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Renate Schleker, Lübeck, feiert am 16.05. ihren 75. Geburtstag.

Dr. Michael Krämer, Altenholz, feiert am 20.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Ilse Fuhrberg, Husum, feiert am 21.05. ihren 90. Geburtstag.

Dr. Claus-Jürgen Höper, Reinbek, feiert am 21.05. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Hans-Jürgen Wagner, Rader Insel, feiert am 23.05. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Jürgen Jobst, Fockbek, feiert am 23.05. seinen 70. Geburtstag.

Sieglinde Schuback, Itzehoe, feiert am 23.05. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Angelika Haub-Winkler, Flensburg, feiert am 25.05. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Christian Billich, Lübeck, feiert am 26.05. seinen 85. Geburtstag.

Priv.-Doz. Dr. Dieter Mönkemeier, Lübeck, feiert am 26.05. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Siegmund Nolde, Bergenhusen, feiert am 26.05. seinen 80. Geburtstag.

Wolfgang Albrecht, Heikendorf, feiert am 27.05. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Ingeborg Eskilsson, Wyk/Föhr, feiert am 29.05. ihren 90. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Feddern, Kiel, feiert am 29.05. seinen 70. Geburtstag.

Preis für Kieler Forscher

Dr. Rouven Berndt aus Kiel wurde mit dem Dr. Rusche-Forschungspreis der Deutschen Stiftung für Herzforschung und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) ausgezeichnet. Der Preis wurde im Rahmen der 50. Jahrestagung der DGTHG verliehen, die in diesem Jahr online stattfand.

Berndt wurde stellvertretend für ein interdisziplinäres Team der Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie, der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin und der

Klinik für Radiologie und Neuroradiologie des UKSH und der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel geehrt. Der Preis ist mit 60.000 Euro dotiert.

Das geförderte Projekt hat die Herstellung von künstlichen Gefäßen aus einem Biodrucker mit zum Teil nur wenigen Millimetern Durchmesser zum Ziel. Sie sollen in der chirurgischen Therapie der koronaren Herzkrankheit und der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit als Bypass und Gefäßersatz dienen. (PM/RED)

Auszeichnung für Lübecker Studie



Gesundheitswissenschaftlerin Dr. Jana Langbrandtner ist eine der drei Preisträger des David-Sackett-Preises, der in diesem Jahr an Lübecker Forscherinnen und Forscher ging.

Für ihre Studie „Wirksamkeit und Nutzen einer aktiv induzierten medizinischen Rehabilitation bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie“ wurden die Lübecker Forscherinnen und Forscher Dr. Angelika Hüppe, Dr. Jana Langbrandtner und Prof. em. Heiner Raspe aus dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie bzw. dem Zentrum für Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung der Universität Lübeck mit dem David-Sackett-Preis 2021 ausgezeichnet.

„Wir freuen uns sehr über diese Auszeichnung“, sagte Hüppe, „und hoffen, dass unser Ansatz als Blaupause für weitere Studien im Themenbereich dienen wird“. Die Studie

zeigt, dass es möglich ist, eine seit Jahren bekannte Evidenzlücke in der deutschen Gesundheitsversorgung zu schließen, indem sie Evidenz für Wirksamkeit und Nutzen einer dreiwöchigen stationären gastroenterologischen Reha bei gesetzlich krankenversicherten Erwerbstätigen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen lieferte.

Gewürdigt wurde zudem der konsequent partizipative Forschungsansatz der Studie. Von der Planung bis zur Ergebnisinterpretation und Diskussion mit Stakeholdern waren Betroffene im Rahmen eines Patientenbeirats sowie durch die Selbsthilfeorganisation DCCV (Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung e. V.) eingebunden. (PM/RED)

Karriere im Kreis



Prof. Stephan Ott

Prof. Stephan Ott ist seit 1. April neuer Leiter des Fachbereichs Soziales, Arbeit und Gesundheit im Kreis Rendsburg-Eckernförde. Infektiologe Ott leitete seit Oktober das Corona-Lagezentrum der Kreisverwaltung und koordinierte in dieser Position die Corona-Bekämpfung in Mittelholstein. Der 51-jährige hatte zuvor u. a. in der Inneren Medizin des UKSH in Kiel und als

medizinischer Berater und Gutachter gearbeitet. Zu seinem neuen Aufgabenfeld zählen die Leitung der Bereiche der Gesundheitsdienste, der sozialen Sicherung, des sozialpsychiatrischen Dienstes, der Betreuungsbehörde und der Heimaufsicht. Der Fachdienst Gesundheit des Kreises wird weiterhin kommissarisch von der Ärztin Silvia Stieper geleitet. (PM/RED)

Orthopäden im Team



Dr. Niels Hellmers, Dr. Ernst Michael Tetzlaff und Dr. Roel van der Most (von links).

Dr. Roel van der Most und Dr. Niels Hellmers verstärken seit Anfang April die orthopädische Praxis von Dr. Ernst Michael Tetzlaff in Ahrensburg. Die drei Ärzte leiten die Praxis künftig als Gemeinschaftspraxis AGILON-Orthopädie gemeinsam.

Tetzlaff bleibt in der seit über 20 Jahren bestehenden Praxis als orthopädischer Chirurg tätig. Hellmers

und van der Most sind weiterhin auch Chefarzte der Orthopädie I der Klinik Manhagen. Hellmers war laut Mitteilung der Praxis zuvor leitender Arzt der Allgemeinen Orthopädie und des Zentrums für Endoprothetik der Schön Klinik sowie in der orthopädischen Praxis Großhansdorf, van der Most Leiter der Orthopädie in der Asklepios Klinik Hamburg St. Georg. (PM/RED)

KURZ NOTIERT

Wechsel bei Sana in Lübeck

Dr. Felix Renken ist Nachfolger von Dr. Norbert Thiem als Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an den Sana Kliniken Lübeck. Thiem, der in den Ruhestand geht, hatte diese Funktion zwölf Jahre lang inne. Renken ist 50 Jahre alt und leitete zuletzt als Oberarzt den Bereich Traumatologie und Wiederherstellungschirurgie am UKSH in Lübeck, wo er außerdem als Hauptoperateur im Endoprothesenzentrum tätig war. (PM/RED)

Von Schleswig nach Damp

Dr. John Nätthke wechselt vom Helios Klinikum Schleswig als Geschäftsführer zur VAMED Rehaklinik und des Ostsee Resorts Damp. Der 44-jährige war seit 2015 in Schleswig tätig, das in dieser Zeit u. a. den Krankenhausneubau realisierte. Zuvor war Nätthke u. a. am UKSH und bei Aneos in Neustadt, Lübeck und Zürich tätig. Er folgt auf Birk Heinrich, der aus privaten Gründen nach Bayern geht. Dort wird er Geschäftsführer der psychosomatischen Fachklinik Medical Park Chiemseeblick. (PM/RED)

Verstärkung für Eckernförde

Alexander Knütel ist neu im Team von Chefarzt Dr. Stefan Oehme in der imland Klinik Eckernförde. Unfallchirurg Knütel war die vergangenen acht Jahre im Diako Krankenhaus in Flensburg beschäftigt. In Eckernförde soll er das Behandlungsangebot in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie erweitern. Für Endoprotheseneingriffe an Hüfte und Knie im gleichen Haus wurde Dr. Florian Friedrich zum Senior Hauptoperateur benannt. Dieser Titel ist mit der Durchführung von mindestens 200 Endoprotheseneingriffen an Hüfte und Knie innerhalb von zwei Jahren verbunden. Den gleichen Titel führen auch Oehme und Oberarzt Karsten Wiese. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Walter Fürst, Heidmühlen,
geboren am 28.04.1932, verstarb am 11.11.2020.

Dr. Siegfried Haubold, St. Michaelisdamm,
geboren am 27.03.1924, verstarb am 03.12.2020.

Wolfgang Kraft, Ahrensburg,
geboren am 27.02.1953, verstarb zwischen
dem 07.02. und dem 11.02.2021.

Dr. Jan Michaelsen, Flensburg,
geboren am 22.04.1967, verstarb am 09.02.2021.

Dr. Kreske Kämpfer, Molfsee,
geboren am 31.05.1968, verstarb am 01.03.2021.

Katharina Winter, Lübeck,
geboren am 12.01.1984, verstarb am 07.03.2021.

Dr. Ingeborg Uthgenannt, Lübeck-Travemünde,
geboren am 13.09.1927, verstarb am 11.03.2021.

Prof. Hans-Christian Burck, Kiel,
geboren am 04.01.1933, verstarb am 19.03.2021.

Stimme und Seele geben

AUSSTELLUNG „Female Remains – Frauenschicksale und die Vermessung der Geburt“: Diese noch bis März 2022 laufende Ausstellung der Medizin- und Pharmaziehistorischen Sammlung an der Uni Kiel bietet neue Perspektiven.

Katharina ist am 15. August 1835 in Oldesloe zur Welt gekommen, hat sich als kleines Kind das Schienbein gebrochen und lernt erst mit acht Jahren laufen. Vermutlich litt sie unter Rachitis. Sie wird nur 1,39 Meter groß, verdient einen kargen Lohn zu erst als Dienstmädchen, dann als Näherin. Am 24. März 1873 kommt Katharina im Alter von 37 Jahren ins Geburtshaus Kiel. Als am 18. April die Wehen einsetzen, kann das Kind nicht lebend geboren werden. Auch die Mutter ist wenig später tot. Sie stirbt an den Verletzungen durch die dramatischen Bemühungen von Prof. Carl Conrad Theodor Litzmann, den Schädel des toten Kindes zu zerkleinern, damit er durchs mütterliche Becken passt.

Es sind Schicksale wie die von Katharina, die einen Schwerpunkt dieser ungewöhnlichen Ausstellung bilden. Da gibt es auf der einen Seite Gustav Adolph Michaelis und seinen Professorenkollegen Litzmann, die zwischen 1830 und 1880 mit bemerkenswerter wissenschaftlicher Stringenz den Zusammenhang zwischen der Form des weiblichen Beckens und dem Geburtsverlauf erforschten. Auf der ande-

ren gibt es Katharina und viele weitere unglückliche Frauen, deren präparierte Becken diese Forschung überhaupt erst möglich machten – und die zugleich mit ihren Lebensgeschichten für eine Zeit stehen, in der ihresgleichen wert- und rechtlos war, wenn es am familiären und materiellen Rückhalt fehlte.

Info

Die Ausstellung zeichnet den Lebensweg von fünf Patientinnen der Kieler Gebäranstalt nach. Sie vermittelt ein Bild vom Alltag der Schwangeren und den Mitarbeitern der Gebäranstalt. Sie beschäftigt sich mit dem Verhältnis zwischen Patientinnen, Hebammen und Geburtshelfern und erläutert die historische Forschung zum Verständnis des Geburtsvorgangs. Die Kieler geburtshilfliche Beckenfor-schung galt im 19. Jahrhundert als herausragend. Wichtige medizinische Fortschritte, von denen wir heute profitieren, sind ihr zu verdanken.

„Gefallene Mädchen“ waren die Zielgruppe des Geburtshauses, das sich einst am Kleinen Kiel in der Landeshauptstadt befand. Frauen, die dort hinkamen, waren arm und schwanger. Schwanger immer wieder nach einer Vergewaltigung oder aber von einem Mann, der womöglich ehrliche Gefühle, aber zu wenig Geld hatte, um zu heiraten und eine Familie zu ernähren.

„So oder so galten die unehelich Schwangeren als Straftäterinnen und büßten nach damaligem Recht die Selbstbestimmtheit über ihren Körper ein“, erläutert Museumsleiterin Eva Fuhry. In mehr-jähriger Forschungsarbeit sind der Medizinhistoriker Dr. Ulrich Mechler und der Personenhistoriker Dr. Christian Hof-farth der Frage nachgegangen, wessen Becken hier eigentlich gesammelt wurden und wie die Sammlung genutzt wurde. Hof-farth ist es zu verdanken, dass die oben vor-gestellte Katharina und vier weitere dieser Frauen nun eine Stimme und eine Seele bekommen haben. Auf Grundlage der ab 1806 vollständig erhaltenen Aufnahmebü-cher der Gebäranstalt und gefördert durch die Klinik für Gynäkologie und Geburts-hilfe des Universitätsklinikums Schleswig-



bei etwa drei Prozent aller Fälle wurde es problematisch, und das sehr oft wegen einer Beckendehformation. Verstarb eine Patientin des Gebärhause, wurde sie obduziert. Völlig legal, weil das bei allen Toten, denen Straftaten zur Last gelegt worden waren, als erlaubt galt.

Doch durfte man das aus ethischer Sicht? Viele Stimmen, nicht zuletzt die des großen Johann Wolfgang von Goethe, hatten das schon Anfang des 19. Jahrhunderts eindeutig verneint und unter anderem damit argumentiert, dass sich die Ärzteschaft nicht in den Dienst staatlicher Sanktionsmechanismen stellen dürfe.

Auf der anderen Seite gab es zu Zeiten von Michaelis und Litzmann weder Röntgenapparate noch andere bildgebende Verfahren. Man konnte also nur durch Obduktionen in einen toten Körper hineinschauen, um den Geburtsverlauf besser zu verstehen und künftiges Leiden zu vermeiden. Bei den Obduktionen wurden deshalb immer wieder Becken entnommen, die den Ärzten unter diesem Aspekt aufschlussreich erschienen.

In der Ausstellung finden sich mehrere Spiegel, in denen die Besucherinnen und Besucher sich selbst zu solch moralischen Fragen prüfen können. Gilt es, im Zweifel

die Mutter oder das Kind zu retten? Soll ein Arzt über den Kopf seiner Patientin hinweg entscheiden, auch wenn es vielleicht zu ihrem Besten ist? Und wie sollen Medizin und Wissenschaft heute mit den körperlichen „Remains“ der ihnen anvertrauten Menschen umgehen? Einfacher werden die Antworten heutzutage eher nicht, wie allein schon ein Blick auf moderne genetische Datensätze zeigt, die Segen und Fluch zugleich sein können. Groß kann der Nutzen für die medizinische Forschung sein, aber auch der Schaden bei nachlässigem oder unverantwortlichem Umgang damit. Ein wichtiger Unterschied zu den Zeiten der Geburtshelfer Michaelis und Litzmann: Heute spielt Persönlichkeits- und Datenschutz in solchen Fragen eine herausgehobene Rolle.

Das Museum in der Brunswiker Straße 2 in Kiel hat – nach den bis Redaktionsschluss geltenden Regelungen – freitags von 10 bis 13 Uhr und sonntags von 14 bis 18 Uhr geöffnet. Es braucht keine Anmeldung und es gelten die aktuellen Hygienevorschriften. Geöffnet bleibt die Ausstellung bis März 2022. Aktuelle Informationen unter www.med-hist.uni-kiel.de

MARTIN GEIST

Holstein (UKSH) folgt Hoffarth bereits seit 2012 in Kirchen- und Kommunalarchiven den Spuren der im Kieler Gebärhause verstorbenen Schleswig-Holsteinerinnen und ihrer Kinder.

Die Lebensumstände der fünf in dieser Ausstellung gewürdigten Mägde und Arbeiterinnen werden teilweise ganz handfest nachvollziehbar gemacht: Wie schwer eine Milchmagd zu tragen hatte, dürfen die Besucherinnen und Besucher selbst austesten. Für jede der Frauen wird außerdem der Verlauf der jeweiligen Entbindung dargestellt. Und die war für alle problematisch, weil sie in ihrer Kindheit an Rachitis gelitten hatten. Die mangelhaft mit Kalzium versorgten Knochen blieben weich und verformten sich unter dem zunehmenden Gewicht des Körpers, aber auch unter den schweren Lasten, die diese Frauen schleppen mussten. Ihre Beckenknochen waren schließlich so verengt oder eingeknickt, dass sie kein Kind auf natürlichem Wege zur Welt bringen konnten.

Auch wenn der Fokus dieser Ausstellung einen anderen Eindruck nahelegen mag, kamen Komplikationen bei Geburten damals kaum häufiger vor als heute. Nur



Gewartet, bis Zeitfenster geschlossen war

SCHLAGANFALL Stationäre Zahlen sind während der Corona-Pandemie rückläufig – die Sterblichkeit dagegen ist gestiegen. Experten fordern mehr Aufklärung.

Weniger Patienten behandelt, mehr verstorben – auf diesen verkürzten Nenner lässt sich die Situation der Schlaganfallversorgung im ersten Jahr der Corona-Pandemie bringen. Verschiedene Untersuchungen haben inzwischen belegt, dass die Zahl der in Kliniken behandelten Patienten mit Schlaganfallsymptomen 2020 rückläufig war. Und weil viele der Betroffenen oder ihrer Angehörigen offensichtlich zu spät zum Telefonhörer gegriffen haben, hat auch die Sterblichkeit zugenommen. Eine Umfrage unter Kliniken in Schleswig-Holstein, die mit einer Stroke Unit ausgestattet sind, bestätigt diese Beschreibung.

„Der Schlaganfall bleibt auch in Corona-Zeiten die häufigste Ursache für eine bleibende Behinderung und die dritthäufigste Todesursache. Je früher er behandelt wird, umso besser sind die Chancen auf ein Leben ohne Behinderung“, sagt PD Dr. Georg Royl, Neurologe am UKSH-Campus Lübeck. Genau wie sein Kollege Prof. Ulrich Pulkowski von der Imland Klinik Rendsburg bestätigte er den Rückgang von Schlaganfallpatienten. Während dieser in Rendsburg in der ersten Welle etwa 15 Prozent betrug und sich in den vergangenen Monaten wieder auf dem Niveau von vor Corona einpendelte, beobachteten die Lübecker Neurologen in den Monatsauswertungen 2020 Rückgänge von bis zu 28 Prozent. In Schleswig-Holstein kommt es jährlich etwa zu 8.000 Schlaganfällen. Die Patienten werden mehrheitlich in einer der zwölf zertifizierten Stroke Units (neun regionale, drei überregionale Behandlungseinheiten) versorgt.

Einer ersten Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDo) zufolge sank die Zahl der behandelten Schlaganfälle von März bis Mai 2020 um 18 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum; bei den Schlaganfall-Vorläufern, den transitorisch-ischämischen Attacken (TIA), gab es sogar

einen Rückgang von 37 Prozent. Das Robert Koch-Institut ist über seinen Notaufnahme-Situationsreport zu ähnlichen Ergebnissen gekommen. Bereits in der frühen Phase der Pandemie zeigten sich viele Neurologen über den spürbaren Rückgang an Patienten, die sich wegen Schlaganfallsymptomen in einer Notaufnahme vorstellten, alarmiert und richteten Appelle an die Bevölkerung, entsprechende Symptome nicht zu ignorieren.

Dass der damalige Eindruck der eher leeren Stroke Units nicht täuschte, bestätigt jetzt die erste bundesweite Erhebung zur Schlaganfallversorgung während der ersten Pandemiephase vom 16. März bis 15. Mai 2020. In der in Stroke veröffentlichten Studie (<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.120.033160>) wurden die Daten aus allen 1.463 Krankenhäusern in Deutschland, die in dieser Zeit Schlaganfallpatienten behandelt haben, mit denen des gleichen Zeitraums im Vorjahr und mit denen des Prä-Pandemie-Zeitraums 16. Januar bis

15. März 2020 verglichen. In der Pandemiephase wurden 31.165 Patienten mit akuten ischämischen Schlaganfällen aufgenommen, im Vergleich zur Prä-Pandemiephase war das ein Rückgang von 17,4 Prozent, im Vergleich zum gleichen Zeitraum im Vorjahr von 18,5 Prozent. Bei Patienten mit TIA betrug der Rückgang 22,9, respektive 26,1 Prozent, bei solchen mit Hirnblutungen war zwischen der Prä-Pandemiephase und der Pandemiephase ein Rückgang von 15,8 Prozent zu verzeichnen.

Bei der Schlaganfallbehandlung gilt: Je schneller ein Gefäßverschluss wiedereröffnet wird, desto höher sind die Chancen auf vollständige Genesung („Time is brain“). Die medikamentöse Auflösung des Gefäßverschlusses sollte innerhalb von viereinhalb Stunden nach Symptombeginn erfolgen, die mechanische Entfernung des Gerinnsels per Katheter-Eingriff ist auch später noch möglich. „Auffällig ist ein Rückgang der Lyserate bei den ischämischen Schlaganfällen, was als Ausdruck einer verzögerten Vorstellung der Patienten in der Klinik gewertet werden kann. Die Patienten warten einfach länger, bevor sie in die Klinik kommen“, hat PD Dr. Frederick Palm von der Helios Klinik Schleswig beobachtet. Dem können Prof. Hans-Christian Hansen und Oberarzt Claas Fokke Weremann aus dem Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) Neumünster nur zustimmen: „Die Patienten wurden häufig außerhalb der für die Rekanalisation zu wählenden therapeutischen Zeitfenster im FEK vorgestellt. Grund hierfür war nach Patienten- und Angehörigenaussagen häufig die Sorge, sich im Krankenhaus mit dem Coronavirus zu infizieren. Dies erklärt auch die in der Gesamtschau jetzt schwer betroffenen Patienten mit ausgeprägteren neurologischen Defiziten.“

Das veränderte Patientenverhalten hat den verschiedenen Quellen zufolge zu einer erhöhten Sterblichkeit geführt. Das WIDo-Institut der AOK teilte unter Verweis

Info

Die bundesweit erste Erhebung zur Schlaganfallversorgung während der ersten Pandemiephase beinhaltet Daten aus allen 1.463 Krankenhäusern in Deutschland, die in dieser Phase Schlaganfallpatienten behandelt haben. In dieser Zeit wurden 17,4 Prozent mehr Patienten aufgenommen als zu erwarten gewesen wäre. Das Abwarten der Patienten erklärt nach Ansicht von Experten eine höhere Sterblichkeit. Laut WIDo ist die 30-Tage-Sterblichkeit von 12 Prozent im Frühjahr 2019 auf 15 Prozent im Frühjahr 2020 gestiegen.

auf aktuelle Krankenhaus-Abrechnungsdaten mit, dass die 30-Tage-Sterblichkeit von 12 Prozent im Frühjahr 2019 auf 15 Prozent im Frühjahr 2020 gestiegen ist. Auch die bereits genannte, in Stroke veröffentlichte Studie hat einen Anstieg der Krankenhaussterblichkeit von Patienten mit ischämischen und hämorrhagischen Schlaganfällen registriert. Diese war im Beobachtungszeitraum während der Pandemie im Vergleich zum Zeitraum unmittelbar davor signifikant erhöht (bei Hirnblutungen 8,1 versus 7,6 Prozent, bei Hirninfarkten 34,9 versus 29,9 Prozent). Die Autoren der Auswertung führen die erhöhte Sterblichkeitsrate auf die Tatsache zurück, dass während der Pandemie verhältnismäßig mehr Patienten mit schwereren Symptomen und somit schlechterer Prognose eingeliefert wurden. „Dass die Schlaganfallpatienten später und ‚krank‘ in die Kliniken kamen, lässt sich auch an der erhöhten Thrombektomie rate ablesen. Offensichtlich war bei mehreren das Zeitfenster für die medikamentöse Lysetherapie abgelaufen, sodass nur noch der interventionelle Eingriff als Therapieoption blieb“, erklärte Studienautor Prof. Christos Krogias aus Bochum.

Was tun? „Die Bevölkerung muss noch ausführlicher über dieses Phänomen aufgeklärt werden“, wünscht sich Prof. Pulkowski aus Rendsburg. „Die Gefahr, in der Klinik an Corona zu erkranken, ist viel niedriger, als durch zu späte oder gänzlich vermiedene Hospitalisierung nach einem Schlaganfall zu sterben oder dauerhaft behindert zu bleiben.“ Deshalb, so sein Lübecker Kollege Georg Rojl, sollten Betroffene und Angehörige bei jedem plötzlichen Auftreten von Lähmungen (Gesicht, Arm oder Bein), Sprach- oder Gangstörungen den Notruf 112 wählen. Einen anderen Ansatz verfolgen Prof. Hans-Christian Hansen und Oberarzt Claas Fokke Wermann aus Neumünster, sie plädieren für eine kontrollierte Lockerung der Besuchsregelung in Krankenhäusern. „Erfahrungsgemäß mei-

den viele Patienten das Krankenhaus unter anderem auch deshalb, weil sie dort keinen Kontakt mehr zu ihren Angehörigen haben.“

Wer bereits einen Schlaganfall hatte und in der Folge eine Infektion mit dem Corona-Virus erleidet, ist besonders gefährdet, schwer an COVID-19 zu erkranken. Das haben Untersuchungen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) ergeben, deren Erkenntnisse jetzt in die überarbeitete Fassung der im August 2020 erstmals veröffentlichten S1-Leitlinie „Neurologische Manifestationen bei COVID-19“ eingegangen sind. Überraschend sei die Erkenntnis gewesen, dass Menschen mit zerebrovaskulären Erkrankungen in der Anamnese oft sehr schwer an COVID-19 erkranken und eine besonders vulnerable Gruppe sind, erklärt DGN-Generalsekretär Prof. Peter Berlit aus Berlin, der federführend an der Erstellung der Leitlinie beteiligt war. „Wer bereits einen Schlaganfall gehabt hat, ist COVID-19-Risikopatient und sollte sich besonders vor dem Virus schützen, die Kontaktbeschränkungen und Hygieneregeln strikt einhalten und ein Impfangebot unbedingt wahrnehmen“, so Berlit. Die Leitlinie ist einsehbar unter www.dgn.org/leitlinien/neurologische-manifestationen-bei-covid-19/.

Neurologische Komplikationen nach COVID-19

Unabhängig von einem erlittenen Schlaganfall untersuchen Wissenschaftler der DGN die neurologischen Folgen einer durchgemachten COVID-19-Erkrankung. Typisch sind Geruchs- und Geschmacksstörungen, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen, Erschöpfung und Abgeschlagenheit (Fatigue-Syndrom) sind bereits während der Akutphase häufig. Bei schweren Verläufen kommt es auch zu Bewusstseinsstörungen und Störungen der Hirnfunktionen, lebensbedrohliche neurologische Komplikationen wie Schlaganfälle

oder das Guillain-Barré-Syndrom sind ebenfalls möglich.

Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass neurologische Symptome nach abgeklungener SARS-CoV-2-Infektion anhalten: Fatigue gilt als häufigste Langzeitkomplikation, wurde in verschiedenen Untersuchungen sogar noch häufiger als die typische Kurzatmigkeit genannt. Schmerzen und Schlafstörungen gehören ebenfalls zu den beobachteten Langzeitsymptomen, genauso wie Depressionen und Angstzustände bei schwer erkrankten COVID-19-Patienten. „Bei vielen Betroffenen verbessern sich die neurologischen Symptome zwar im Laufe der Zeit, aber wir haben auch Patienten, die bereits in der ersten Welle der Pandemie im Frühjahr 2020 erkrankten und bis heute nicht beschwerdefrei sind. Da es sich bei COVID-19 um eine neuartige Krankheit handelt, müssen wir die Ursachen der Symptome und Spätfolgen klären, um gezielt etwas gegen die neurologischen Beschwerden unternehmen zu können“, so Berlit.

Um diese zu analysieren, wurde eine Arbeitsgruppe Neurologie im Nationalen Pandemie Kohorten Netz (NAPKON) etabliert. NAPKON ist eines von 13 Projekten im Netzwerk Universitätsmedizin (www.netzwerk-universitaetsmedizin.de), das aus Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung finanziert wird und in dem sich Wissenschaftler aller deutschen Universitätskliniken fachübergreifend austauschen. Die von Prof. Christine Klein, Institut für Neurogenetik der Universität Lübeck, geleitete Arbeitsgruppe Neurologie will in den kommenden Jahren die COVID-19-Spätfolgen genauer unter die Lupe nehmen. Insbesondere die Fragen, ob sich neurologische Symptome dauerhaft auf die Kognition auswirken oder die Entwicklung degenerativer Erkrankungen wie Alzheimer oder Parkinson beschleunigen, sollen erforscht werden.

Covid-19: Welche Medikamente können helfen?

COVID-19 Nach Auswertung der vorliegenden Studien zu diesem Thema zieht Prof. Klaus-Dieter Kolenda ein ernüchterndes Fazit – deutlich mehr Hoffnungen setzt er zu diesem Zeitpunkt auf die Impfungen.

Um eine virusbedingte Infektionskrankheit wie Covid-19 unter Kontrolle zu bringen, gibt es drei Möglichkeiten: den Einsatz von nicht-pharmazeutischen Interventionen wie Kontaktbeschränkungen, Quarantäne und Tracing, das Impfen zur Prävention der Erkrankung und die medikamentöse Therapie.

Mit letzterer werde ich mich im Folgenden beschäftigen und darlegen, welche Erfahrungen damit gemacht worden sind und was heute darüber an gesichertem Wissen vorliegt. Vorab sei angemerkt, dass die Bilanz dieser kritischen Übersicht ernüchternd ist.

Bei der nachfolgenden Darstellung der Wirksamkeit und Sicherheit von einzelnen Arzneistoffen bei der Behandlung von Covid-19 stütze ich mich vor allem auf Artikel, die zu diesem Thema im Arzneimittelbrief seit Beginn der Sars-CoV-2-Pandemie bis 2/2021 zu finden sind, aber auch auf eine aktuelle Veröffentlichung der Fachgruppe COVRIIN am Robert-Koch-Institut, die in einer ersten Fassung im November 2020 im Deutschen Ärzteblatt erschienen ist.

Der Einsatz von Arzneimitteln zur ärztlichen Behandlung einer Krankheit, und das gilt auch für Covid-19, ist abhängig von deren Schweregrad, wobei der Grundsatz „nihil nocere“ immer beachtet werden muss.

Der Einsatz von spezifisch wirkenden Arzneistoffen kommt nur bei Patienten mit einem mittelschweren oder schweren Krankheitsverlauf infrage. Dabei handelt es sich um etwa 20 Prozent der durch den PCR-Test bestätigten Infektionen. Für entlassene Covid-19-Patienten (ohne statt-

gehabte thromboembolische Komplikationen) mit einer Long-Covid-Erkrankung liegen noch keine Empfehlungen vor.

Nutzen bei Covid-19 Remdesivir

Remdesivir hat im Juni 2020 von der Europäischen Arzneimittelagentur als erstes Medikament eine bedingte Zulassung erhalten. Es handelt es sich um einen antiviralen Arzneistoff, der ursprünglich zur Behandlung von Ebola entwickelt worden ist. Laut Einschätzung der Fachgruppe COVRIIN wurde als Indikation für Remdesivir der Einsatz in der Frühphase der Erkrankung bei hoher Virusreplikation gesehen. In Europa wurde er zugelassen für die Behandlung von Patienten mit einer Covid-19-Pneumonie mit Sauerstoff-Substitution (Low-Flow, High-Flow oder nicht-invasive Beatmung). Aufgrund der Datenlage in den Studien wurde eine Verkürzung der Krankheitsdauer um 33 Prozent, jedoch ohne Einfluss auf die Hospitalisierungsdauer oder die Mortalität nach 28 Tagen festgestellt. Eine möglichst frühzeitige Indikationsstellung bei Pneumonie mit Sauerstoff-Pflichtigkeit, optimal fünf bis sieben Tage nach Symptombeginn, wurde empfohlen, danach nur bei ausgewählten Fällen. Keine Empfehlung erfolgte für den Einsatz bei Patienten ohne Sauerstoffbedarf, in der späten Erkrankungsphase sowie bei Patienten mit mechanischer Beatmung.

Inzwischen ist das Ergebnis der SOLIDARITY-Studie der WHO vorgelegt worden. Diese zeigte jedoch keinen überzeugenden Nutzen von Remdesivir bei Covid-19. Bei den untersuchten und klinisch relevanten primären beziehungsweise se-

kundären Endpunkten (Mortalität, Beginn der mechanischen Beatmung, Dauer der Hospitalisierung) zeigte sich in dieser Studie kein Vorteil einer antiviralen Behandlung mit diesem Medikament.

Der Arzneimittelbrief schließt sich deshalb der WHO-Empfehlung an und sieht derzeit keine Indikation für Remdesivir bei der Behandlung von Patienten mit Covid-19. Remdesivir sollte, wenn überhaupt, nur noch im Rahmen klinischer Studien untersucht werden.

Die kurze Empfehlung einiger deutscher medizinischer Fachgesellschaften zum „sachgerechten Einsatz von Remdesivir bei Covid-19“ müsse angesichts der Ergebnisse der WHO-Studie überdacht und geändert werden, meint der Autor des Arzneimittelbriefs.

Dexamethason

Dexamethason ist ein lange bekanntes anti-entzündlich wirkendes Glukokortikosteroid. Die Indikation für den Einsatz dieses Arzneimittels besteht im Krankheitsverlauf ab Sauerstoff-Pflichtigkeit und einer Krankheitsdauer von mehr als sieben Tagen.

Die Datenlage besagt, dass eine Reduktion der 28-Tage-Mortalität festzustellen ist. Der stärkste Benefit ergab sich bei Patienten mit invasiver Beatmung und bei Therapiebeginn mehr als sieben Tage nach Symptombeginn. Weniger ausgeprägt war die Senkung der Mortalität bei nicht-invasiver Beatmungstherapie oder Sauerstoffbehandlung und ein eventuell negativer Effekt wurde bei Patienten ohne Sauerstoffgabe festgestellt.

Zur Bewertung wird gesagt, dass Dexamethason indiziert ist bei jeder Form der Sauerstoffgabe (auch High-flow-Therapie, nicht-invasive und invasive Beatmung) und einer Krankheitsdauer von mehr als 7 Tagen. Ein früherer Einsatz bringt wahrscheinlich keinen Vorteil und könnte sogar nachteilig sein. Seit erkannt wurde, dass die schweren Verläufe von Covid-19 mehr durch Immunreaktionen als durch das Virus direkt bestimmt werden, sind mehrere Studien zur Wirksamkeit von Glukokortikosteroiden bei schwerem Verlauf dieser Infektion initiiert worden. Im Oktoberheft des Arzneimittelbriefs wird eine prospektive Metaanalyse der WHO über diese Studien vorgestellt. Sie ergibt zum ersten Mal eine klare Indikation für diese Wirkstoffgruppe bei schwerkranken Patienten mit Covid-19. Glukokortikosteroide, systemisch gegeben, senken die Mortalität bei beatmeten Patienten deutlich gegenüber der Standardtherapie und vermindern die Notwendigkeit einer mechanischen Beatmung.

Antikoagulantien (Heparin u. a.)

Schon früh in der SARS-CoV-2-Pandemie wurde beobachtet, dass es bei schweren Verläufen von Covid-19 häufiger als bei Infektionen durch andere virale oder bakterielle Erreger zu arteriellen und venösen Mikro- und Makrothrombosen kommt. Diese können schwerwiegende und potenziell fatale Komplikationen nach sich ziehen, wie zum Beispiel Lungenembolien, koronare und zerebrovaskuläre Ischämien, das heißt Herzinfarkt oder Schlaganfall sowie andere Organschäden.

Ursächlich für diese „Covid-19-assoziierte Koagulopathie“ dürften entzündlich bedingte Gefäßschäden sein durch eine direkte, ACE-2-Rezeptor-vermittelte Endothelinfection im Rahmen einer SARS-CoV-2-Virämie sowie durch proinflammatorische Zytokine („Zytokinsturm“). Dazu kommen, wie bei anderen schweren Infektionen, die Aktivierung der plasmatischen Gerinnung und Thrombozytenaggregation im Rahmen der systemischen Entzündungsreaktionen sowie prothrombotische Effekte von Immobilisierung, mechanischer Beatmung und zentralvenösen Kathetern.

Laut Arzneimittelbrief ist die Evidenz für die Häufigkeit von Thrombosen begrenzt, denn es mangelt an exakten und vergleichbaren Daten aus großen Studien. Deshalb bleibt die genaue Einschätzung

des Stellenwerts von Antikoagulation in der Covid-19-Therapie vorerst unsicher.

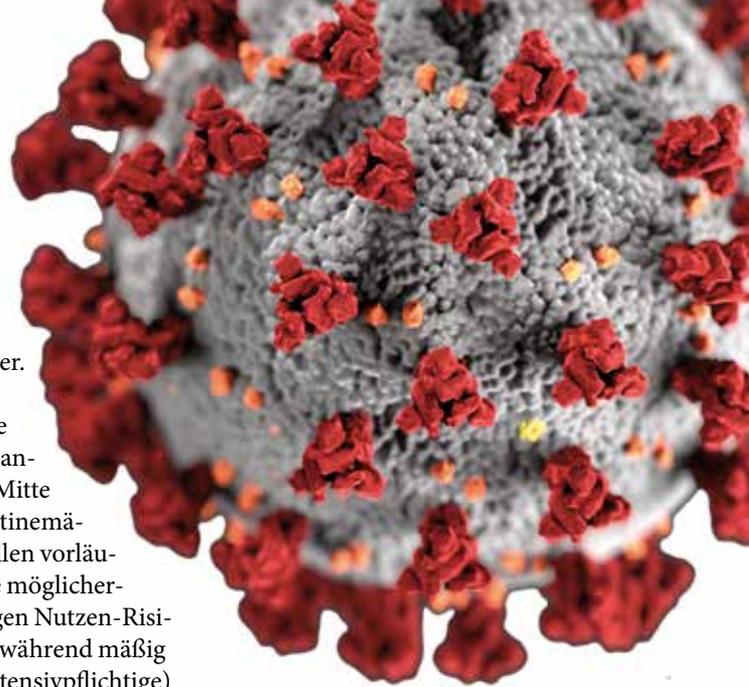
Bei intensivpflichtigen Covid-19-Patienten ist eine höher dosierte Antikoagulationstherapie, wie sie seit Mitte 2020 in vielen Zentren routinemäßig praktiziert wird, aktuellen vorläufigen Studiendaten zufolge möglicherweise mit einem ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis verbunden, während mäßig schwer erkrankte (nicht intensivpflichtige) hospitalisierte Covid-19-Patienten profitieren dürften.

Viele Fragen sind jedoch noch offen, und die Ergebnisse mehrerer laufender RCTs bleiben abzuwarten. Deshalb können derzeit keine generellen Empfehlungen für eine Behandlung mit Antikoagulantien bei leicht erkrankten (ambulanten) Covid-19-Patienten und bei entlassenen Patienten nach einer Covid-19-Erkrankung gegeben werden. Definitiv keine Indikation für eine Antikoagulation haben asymptomatische SARS-CoV-2-positiv getestete Personen. Im Unterschied zum Arzneimittelbrief sprechen sich die Autoren von COVRIIN für eine großzügige Indikationsstellung bei einer prophylaktischen Antikoagulation bei allen Patienten mit gesicherter Covid-19-Infektion aus, insbesondere bei ambulanten/stationären Patienten mit erhöhtem Thromboembolie-Risiko.

Ein erhöhtes Thromboembolie-Risiko wird angenommen, wenn klassische Risikofaktoren wie eine längere Immobilisierung, eine aktive Krebserkrankung, eine stattgehabte Thrombose oder Embolie, die Gefahr einer Dehydratation, eine Adipositas oder eine hohe entzündliche Aktivität vorliegen. Eine therapeutische Antikoagulation wird zu jedem Zeitpunkt der Erkrankung bei Nachweis einer Lungenembolie oder einer tiefen Thrombose empfohlen, aber auch bei beatmeten Intensiv-Patienten könne diese laut COVRIIN zur Verhinderung der Ausbildung von Mikrothromben erwogen werden.

Antikörpertherapie

Für eine Antikörpertherapie mit monoklonalen Antikörpern, bei der es sich um eine vielversprechende Therapieoption in der frühen (viralen) Phase von Covid-19 handelt, gibt es bisher keine Zulassung zur Behandlung in der EU. Der Einsatz ist insbesondere bei Patienten mit Risikofaktoren für einen schweren Verlauf als individueller



Heilversuch denkbar, auch bei prolongierter Virausscheidung und bei Patienten mit komplexen Immundefekten.

Aus einem Studienbericht in der Januar-Ausgabe 2021 des Arzneimittelbriefs ergibt sich jedoch, dass die bisherigen Daten sehr widersprüchlich sind.

Zur Behandlung von mit SARS-CoV-2 infizierten Patienten wurden gezielt Antikörper gegen das Virus entwickelt. Einer von ihnen, LY-CoV555, entspricht dem Muster von Antikörpern eines Patienten, der Covid-19 überlebte. Er bindet mit hoher Affinität an ein Epitop des Rezeptorbereichs und blockiert die Bindung des Spike-Proteins von SARS-CoV-2 an den ACE-2-Rezeptor der Zellen.

In einer Phase-II-Studie war der Einsatz dieses Antikörpers im Vergleich zu Placebo mit einer schnelleren Abnahme der Viruslast und einer klinischen Besserung (zum Beispiel weniger Aufnahmen ins Krankenhaus erforderlich) bei ambulant behandelten Patienten assoziiert. Deshalb wurde nun untersucht, ob er auch von klinischem Nutzen bei Patienten sein könnte, die bereits stationär therapiert werden.

Die im Januar vorgestellte große internationale RCT ergab nun, dass dieser neutralisierende monoklonale Antikörper klinisch keinen positiven Effekt bei moderat an Covid-19 erkrankten Patienten, die im Krankenhaus behandelt werden mussten, zeigte.

Rekonvaleszentenplasma

Auch für Rekonvaleszentenplasma (RKP) gibt es zwar Hinweise auf eine mögliche schnellere klinische Verbesserung und geringere Progression von Covid-19 bei Behandlung von Patienten in der Frühphase

der Erkrankung mit einem relevanten Risiko für einen schweren Verlauf, aber auch bisher, wie bei den monoklonalen Antikörpern, keine Zulassung.

In einer großen offenen, multizentrischen und randomisierten Studie zeigte sich bei Patienten mit schwerem oder lebensbedrohlichem Verlauf der SARS-CoV-2-Infektion keine klinische Besserung durch die Gabe von Rekonvaleszentenplasma. Jedoch wurde die Virus-PCR schneller negativ.

Dieses Ergebnis lässt in der Zusammenfassung mit Obduktionsbefunden vermuten, dass die schweren Verlaufsformen von Covid-19 nicht mehr durch das Virus selbst, sondern durch immunologische Reaktionen auf die Infektion („Zytokinsturm“) oder Thrombosen beziehungsweise Lungenembolien bestimmt werden. Möglicherweise sind in dieser Situation immunmodulatorische Ansätze therapeutisch wirksamer als antivirale, meint der Autor des Arzneimittelbriefs.

Tocilizumab

Da einige Patienten infolge ihrer schweren Erkrankung mit einer überschießenden Immunantwort („Zytokinsturm“) reagieren, ist auch der Einsatz des gegen den Interleukin-6-Rezeptor gerichteten Antikörpers Tocilizumab erwogen worden. Bisher ist aber keine Zulassung für Covid-19 erfolgt.

Dieser Antikörper ist bisher nur zugelassen für die Behandlung der aktiven und progressiven rheumatoiden Arthritis. Für die Wirksamkeit der Blockade des IL-6-Rezeptors sprachen erste Fallberichte aus China, die nach Gabe von Tocilizumab bei schwerem Verlauf von Covid-19 über einen Rückgang des Fiebers sowie rasche Besserung der weiteren klinischen Symptome berichteten.

Die Firma Roche als Inhaber der Zulassung dieses Medikaments hat damit bereits eine Phase-III-Studie bei Patienten mit Covid-19 und ARDS (Akutes Respiratory-Distress-Syndrom) begonnen. Dieser Ansatz wird auch von den amerikanischen und europäischen Zulassungsbehörden unterstützt.

Möglicherweise wäre aber ein Beginn bei einem früheren Krankheitsstadium mit Tocilizumab sinnvoll, um bereits bei einem Abfall der Sauerstoffsättigung im Blut unter 94 Prozent das Auftreten eines lebensbedrohlichen Zytokinsturms zu verhindern, noch bevor sich ein ARDS entwickelt hat, meint der Autor des oben genannten Artikels im Arzneimittelbrief.

In ihrer jüngsten Stellungnahme hat die Fachgruppe COVRIIN die Hoffnungen auf Tocilizumab und einen zweiten Interleukin-6-Antagonisten (Sarilumab) jedoch gedämpft und auf divergente Studienergebnisse hingewiesen.

Substanzen ohne nachgewiesenen Nutzen bei Covid-19 Chloroquin/ Hydroxychloroquin

Diese beiden Wirkstoffe sind in Deutschland zugelassen unter anderem zur Prophylaxe und Therapie der Malaria sowie zur Behandlung von Autoimmunerkrankungen.

Die antivirale Aktivität und eine Hemmung des Wachstums unterschiedlicher Viren konnte sowohl für Chloroquin als auch für Hydroxychloroquin nachgewiesen werden. Demgegenüber waren aber die Ergebnisse klinischer Studien bei viralen Infektionen (zum Beispiel Influenza, HIV und Hepatitis) enttäuschend.

Nachdem jedoch erste klinische Daten aus einem chinesischen Register, in dem Therapieergebnisse von etwa 100 Patienten dokumentiert wurden, die in mehr als zehn chinesischen Krankenhäusern wegen einer Pneumonie bei SARS-CoV-2-Infektion mit Chloroquin oder Hydroxychloroquin behandelt wurden, für eine Wirksamkeit dieser Arzneimittel sprachen, berichtete auch eine offene, nicht randomisierte Studie aus Marseille über positive Ergebnisse zur Wirksamkeit von Hydroxychloroquin in Kombination mit dem Antibiotikum Azithromycin.

Die nachfolgenden Studien konnten aber diesen ersten Eindruck nicht bestätigen. Eine Studie löste im Lancet wegen gefälschter Daten einen Skandal aus und wurde von den Autoren zurückgezogen.

Die Fachgruppe COVRIIN schätzt mittlerweile den Nutzen von Chloroquin und Hydroxychloroquin so ein: Aufgrund der vorliegenden Daten besteht kein klinischer Benefit im Vergleich zur Standardbehandlung, das Risiko schwerwiegender Nebenwirkungen (vor allem Herzrhythmusstörungen mit QT-Zeit-Verlängerung) bei bisher nicht bewiesenem klinischem Nutzen in Therapie oder Prophylaxe ist gegeben und es besteht ein Trend zur erhöhten Sterblichkeit.

Lopinavir/ Ritanavir

Diese Kombination von antiviralen Wirkstoffen wird bereits seit vielen Jahren erfolgreich zur Behandlung von HIV-Infektionen eingesetzt. Mehrere Studien bei Covid-19 haben jedoch keinen klinischen Benefit im Vergleich zur Standardbehandlung ergeben.

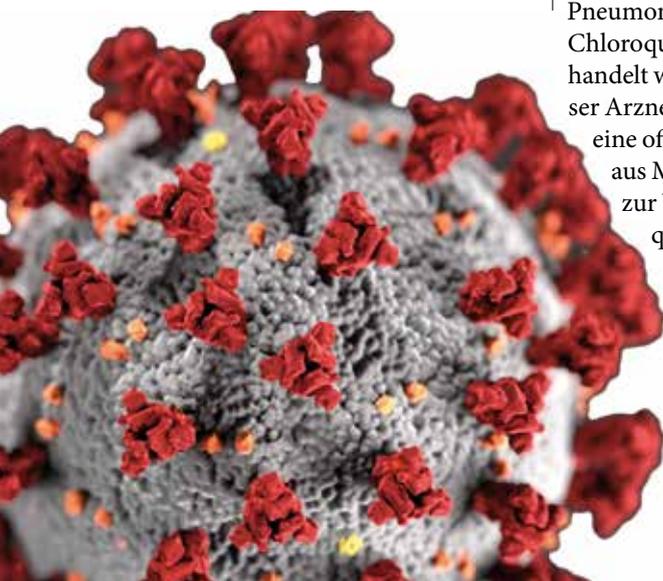
Ivermectin

Ivermectin ist eine Weiterentwicklung von Avermectin, ein von Erdbakterien der Gattung Streptomyces produziertes Antibiotikum, welches pharmakologisch zu den Makrolidantibiotika gezählt wird und große Bedeutung bei der Behandlung tropischer Infektionen hat.

Für die Entdeckung dieser Wirkstoffe haben William Campbell und Satoshi Omura 2015 den Nobelpreis für Medizin erhalten. Ivermectin ist nicht teuer und steht auf der „Essential Drug List“ der WHO. Es ist in oraler Form für die Indikationen gastrointestinale Infektionen zugelassen sowie in topischer Form zur Behandlung entzündlicher Läsionen bei (papulopustulöser) Rosazea, einer speziellen Hauterkrankung. Von der FDA ist es darüber hinaus zur Therapie der Onchozerkose (Flussblindheit) zugelassen.

Auf der Suche nach zugelassenen Arzneimitteln, die auch bei Covid-19 wirksam sind („drug repurposing“), haben Forscher aus Australien im Juni 2020 In-vitro-Daten veröffentlicht, wonach eine einmalige Zugabe von Ivermectin innerhalb von 48 Stunden die Zahl der Viren in einer Zellkultur 5.000-fach reduziert. In der Folge wurde eine Vielzahl klinischer Studien mit diesem Wirkstoff bei Covid-19 begonnen, vor allem in warmen Ländern wie Ägypten, Argentinien, Bangladesch, Indien, Iran, Irak und Brasilien.

Nach dem oben genannten Artikel im Arzneimittelbrief sind auf clinicaltrials.gov derzeit 57 Studien angemeldet, 18 davon haben den Status „completed“. Keines dieser Studienergebnisse ist aber bislang in Pub-



med[®] publiziert, die meisten liegen auf Preprint-Servern ohne ein „Peer review“. Und die Studien sind sehr heterogen.

Die Indikationen für Ivermectin in diesen Studien umfassen die Prophylaxe von Covid-19, die ambulante Behandlung in frühen Krankheitsphasen, die Therapie stationärer Patienten und die Behandlung des Post-Covid-Syndroms. Oft werden Therapiecocktails mit gleich mehreren Wirkstoffen und Nahrungsergänzungsmitteln verabreicht, und die Vergleichstherapien reichen von einer Standardbehandlung über Placebo bis zu diversen Therapien.

Es herrscht derzeit somit ein großes Durcheinander mit erheblichen Unsicherheiten, die eine valide und systematische Bewertung nicht ermöglichen, schreibt der Autor des Artikels im Arzneimittelbrief.

Supportive Therapie von Covid-19 Vitamin C

Studien mit der Gabe von Vitamin C bei Patienten mit Covid-19 haben widersprüchliche Daten ergeben, bezogen auf Entzündungsmarker und Organfunktionen bei ARDS im Vergleich zu Placebo. Es gab Hinweise auf Verkürzung der Intensivpflichtigkeit bei ARDS, aber bisher keine Evidenz für Wirksamkeit und Sicherheit für den Einsatz von Vitamin C bei Covid-19.

In der Bewertung vonseiten der Fachgruppe COVRIIN wird keine Empfehlung zur Verwendung von Vitamin C zur Therapie oder Prophylaxe von SARS-CoV-2-Infektionen außerhalb von kontrollierten Studien gegeben.

Vitamin D

Dieser Wirkstoff wird je nach Dosierung und Formulierung entweder als Nahrungsergänzungsmittel oder Medikament für Behandlung oder Prophylaxe von Covid-19 eingesetzt, ohne dass er dafür zugelassen ist.

Die postulierte Rationale für die Anwendung beruht auf bekannten antiinflammatorischen und immunmodulatorischen Eigenschaften von Vitamin D und Hinweisen für ein erhöhtes Risiko für einen schweren Covid-19-Verlauf bei Vitamin-D-Mangel. Die ursächliche Bedeutung des Vitamin-D-Mangels ist dabei allerdings nicht bewiesen. Niedrige Vitamin-D-Spiegel könnten auch eine Konsequenz der schweren Erkrankung oder der systemischen Entzündung sein.

Weiterhin gibt es Hinweise auf eine Reduktion des Risikos für Intensivpflichtigkeit unter Vitamin-D-Substitution und eine retrospektive Studie mit Hinweisen auf eine reduzierte Mortalität bei Vitamin-

D-Substitution, weiterhin Hinweise auf schnellere Viruselimination unter Vitamin-D-Substitution bei vorliegendem Vitamin-D-Mangel.

Beachtet werden sollte aber, dass bei ARDS-Patienten mit Vitamin-D-Mangel nach Einschätzung der Fachgruppe COVRIIN alle großen Substitutionsstudien mit Vitamin D bisher negativ ausgefallen sind, aber die Ergebnisse mehrerer klinischer Studien bei Covid-19 noch ausstehen.

Deshalb kommt COVRIIN zu folgender Bewertung: Es sollte eine Substitution aller Hypovitaminosen bei Patienten mit nachgewiesenem oder vermutetem Vitamin-D-Mangel erfolgen, bei denen ein erhöhtes Risiko für Covid-19 besteht oder bereits eine Covid-19-Erkrankung vorliegt.

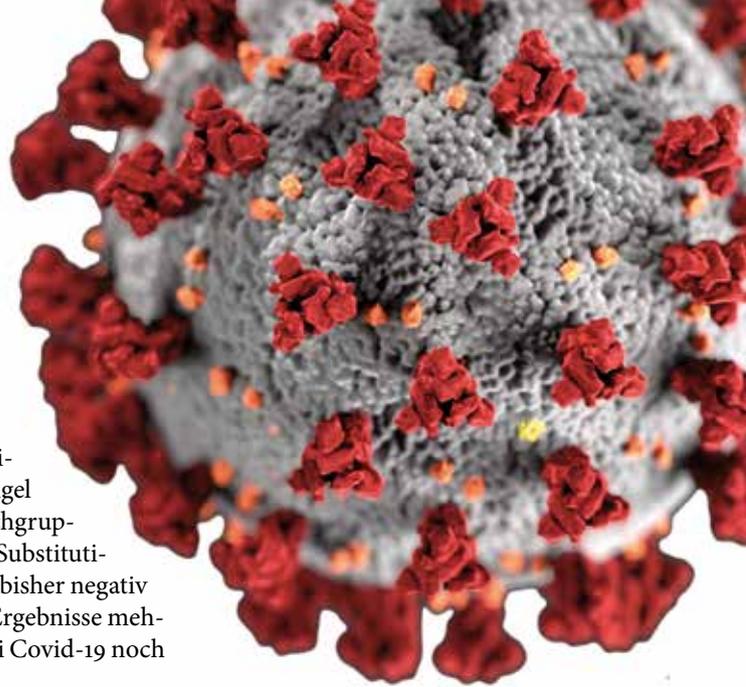
Weiterhin sollte bei kritisch kranken Patienten eine Substitution bei nachgewiesenem Vitamin-D-Defizit (gleich/kleiner als 30 nmol/l) entsprechend der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie sowie den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin erfolgen.

Eine routinemäßige Verwendung von Vitamin D zur Prophylaxe oder zusätzlichen Therapie von SARS-CoV-2-Infektionen wird aber nicht empfohlen.

In Großbritannien haben die staatlichen Gesundheitsbehörden jedoch eine generelle Vitamin-D-Supplementierung während dieser Pandemie vorgeschlagen. Besonders für ältere Menschen, die häufig einen Vitamin-D-Mangel aufweisen, könnte eine Vitamin-D-Supplementierung besonders wichtig sein, da sie ein hohes Risiko für einen schweren Verlauf von Covid-19 haben und profitieren könnten.

Fazit

1. Die vorgestellte Bilanz der derzeit wissenschaftlich begründbaren medikamentösen Therapie von Covid-19 ist ernüchternd.
2. Nur der Einsatz von Dexamethason und teilweise von Antikoagulantien kann bisher überzeugen.
3. Der Einsatz von antiviralen Arzneimitteln wie Remdesivir und Lopinavir/Ritanavir, der wahrscheinlich auch nur in der Frühphase der Erkrankung infrage kommt, hat bisher enttäuscht. In der späteren Phase der Erkrankung spielt bei vielen Patienten wahrscheinlich das Immunsystem die Hauptrolle.



4. Der bisher enttäuschende Einsatz von antiviralen Arzneimitteln ist allerdings auch deshalb nicht verwunderlich, wenn man bedenkt, dass es bei der HIV-Infektion 13 Jahre nach der Erstdiagnose dieser Erkrankung gedauert hat, bis endlich eine effektive antiretrovirale medikamentöse Therapie zur Verfügung stand.
5. Auch wegen der bisher beschränkten therapeutischen Möglichkeiten der Arzneimitteltherapie bei Covid-19 sollte Vitamin D zur Unterstützung der Behandlung in Betracht gezogen werden, insbesondere wenn ein nachgewiesener erniedrigter Vitamin-D-Spiegel vorliegt.
6. Im Gegensatz zu den zurzeit eingeschränkten medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten von Covid-19 ist die Situation bei der Impfung aus wissenschaftlicher Sicht sehr hoffnungsvoll, da eine Reihe von wirksamen Vakzinen mit vertretbarem Sicherheitsrisiko, soweit das heute aufgrund der vorliegenden Daten eingeschätzt werden kann, zur Verfügung steht.
7. Deshalb sollten diese Vakzine auf freiwilliger Basis schnell und massenhaft zur Anwendung kommen, um die Pandemie unter Kontrolle zu bringen. Dabei müsste zunächst so schnell wie möglich allen Angehörigen der Hochrisikogruppe und auch allen mit einem deutlich erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf von Covid-19 eine Impfung angeboten werden.

LITERATUR BEIM VERFASSER
 PROF. KLAUS-DIETER KOLENDA
 KLAUS-DIETER.KOLENDA@GMX.DE

Onkologie und Corona

ONKOLOGIE Hautkrebs-Update 2021 der MedKom Akademie im März u. a. mit Prof. Nikolas von Bubnoff aus Lübeck zu aktuellen Fragen, die auch in der Hausarztpraxis gestellt werden.

Aus der Familie der Corona-Viren haben sich SARS-CoV-1 (2003), MERS-CoV (2012) und zuletzt SARS-CoV-2 (2019) als für den Menschen hochpathogen erwiesen. Als Reservoir im Tierreich hat man Fledermäuse ermittelt. Als Zwischenwirte werden Wildtiere vermutet, die in manchen Gegenden Asiens auch auf dem Speiseplan stehen. Als Vektor für die SARS-CoV-1 Pandemie konnten der Marderhund und die Palmkatze identifiziert werden. COVID-19, die durch SARS-CoV-2 induzierte Symptomatik, beginnt mit der Phase der frühen Infektion (Stadium I) und geht durch die Phase der Lungenbeteiligung (Stadium II) in die hyperinflammatorische Phase (Stadium III) über. Die Phase der viralen Antwort reicht vom Beginn der Erkrankung, mit abnehmender Intensität, bis zum Ende des Stadiums II. Die inflammatorische Antwort beginnt mit dem Stadium II und führt mit zunehmender Intensität bis zum Ende des Stadiums III.

Die Hyperinflammation der COVID-19-Erkrankung weist Ähnlichkeiten/Gemeinsamkeiten mit einer hämophagozytischen Lymphohistiozytose (HLH) auf, das Besondere ist jedoch eine Vaskulitis mit Endotheliitis und Neigung zur Thrombose. Eine weitere Besonderheit bei immungeschwächten Krebspatienten ist das prolongierte Ausscheiden („shedding“) von Viruspartikeln, die nach den vorliegenden Berichten über einen Zeitraum von bis zu drei Monaten ab Beginn der Erkrankung im Rachenabstrich nachgewiesen werden konnten. Über die Ausscheidung infektiöser Viruspartikel bis zu 70 Tage nach Beginn der Erkrankung wurde berichtet.

Die Systemtherapie einer Krebserkrankung (Chemotherapie, Immuntherapie) kann sich unter Umständen negativ auf den Verlauf einer COVID-19-Erkrankung auswirken. Kardiovaskuläre Begleiterkrankungen, COPD, Nikotinabusus und männli-

ches Geschlecht haben nach den vorliegenden Daten jedoch einen weitaus stärkeren Effekt im Hinblick auf die Schwere einer COVID-19-Erkrankung, Hospitalisierung, Intubation und Tod als die Gabe einer Systemtherapie. So überwiegt der Nutzen einer notwendigen Systemtherapie eindeutig das mögliche Risiko.

In der ambulanten Betreuung ist eine Verringerung der Anzahl der Präsenzvisiten möglich, wenn ersatzweise Telefonvisiten anberaumt werden. In diesem Zusammenhang lassen sich bei Systemtherapien – je nach Protokoll – die Therapieintervalle verlängern. Als Therapiemöglichkeiten symptomatischer Patienten mit COVID-19-Erkrankung kommen aktuell unter Vorbehalt* infrage:

- ▶ Dexamethason 6 mg tgl. für die Dauer von 10 Tagen reduziert bei hospitalisierten Patienten mit COVID-19 und Sauerstoffbedarf oder unter Beatmung die Mortalität.
- ▶ Remdesivir verkürzt den Verlauf der Erkrankung, es ist von der EMA zugelassen zur Therapie hospitalisierter Patienten

Covid-19 und Krebs

- ▶ *Für Krebspatienten ist COVID-19 deutlich gefährlicher als eine Influenza.*
- ▶ *Patienten mit einer Krebserkrankung scheiden das Virus länger aus.*
- ▶ *Hohe Sterblichkeit einer COVID-19-Erkrankung bei Hospitalisierung, insbesondere bei hämatologischen Neoplasien (31-62 %) und Lungenkrebs (55 %), bei anderen soliden Tumoren etwa 25 %.*
- ▶ *Diagnostik und Therapie einer Krebserkrankung dürfen unter dem Eindruck von Corona oder auch bei vorliegender COVID-19-Erkrankung nicht verzögert, aufgeschoben oder gar ausgesetzt werden: Eine Verzögerung der Diagnostik und Therapie kostet Lebenszeit.*

mit COVID-19 Pneumonie und Sauerstoffbedarf, für die Kombination mit dem JAK1/2 Inhibitor Baricitinib besteht lediglich eine FDA-Notfallzulassung.

- ▶ Der Janus Kinase (JAK) 1/2 Inhibitor Ruxolitinib zielt auf die schwere Inflammation, er befindet sich zurzeit in klinischer Prüfung. Es zeigte sich ein Effekt auf die Suppression der Hyperinflammation, eine erste klinische Phase 3 Studie bei hospitalisierten Patienten mit COVID-19 verfehlte jedoch den primären Endpunkt (mechanische Beatmung/Tod des Patienten).
- ▶ Die Spike-Protein neutralisierenden Antikörper-Kombinationen, Bamlanivimab (LY-CoV555) und Etesevimab (LY-CoV016) sowie Casirivimab und Imdevimab (REGN-COV2), vermindern die Viruslast bei ambulanten Patienten mit leichter bis mittelschwerer COVID-19-Infektion (Notfallzulassung der FDA, keine EMA-Zulassung). Die Bundesregierung hat Präparate hinzugekauft, die Gabe ist an Universitätskliniken möglich.
- ▶ Tocilizumab: Dieser IL-6 Antikörper kann bei einem schweren Verlauf von COVID-19 zur Vermeidung einer mechanischen Beatmung erwogen werden. Eine Zulassung für die Behandlung der COVID-19-Erkrankung besteht nicht.
- ▶ Antikoagulation: Prophylaktische Antikoagulation bei SARS-CoV-2-Infektion im stationären Bereich immer, im ambulanten Bereich Indikation großzügig stellen, insbesondere bei Krebspatienten mit COVID-19. Bei Vorliegen zusätzlicher Risikofaktoren intensivierete Thromboseprophylaxe erwägen. Die optimale Dosis bei schwerkranken Patienten ist noch nicht abschließend geklärt.
- ▶ Vitamin D-Supplementierung auf normale Spiegel

Um die wechselseitigen Auswirkungen zwischen einer SARS-CoV-2-Infektion, deren Behandlung sowie dem Verlauf einer Krebserkrankung zu verstehen, wird eine Meldung aller Patienten mit nachgewiesener SARS-CoV-2-Infektion und Krebserkrankung an die derzeit offenen Register empfohlen: Schleswig-Holstein Register COVID und Krebs (www.uksh.de/haemonk-luebeck), NAPKON, CAPNetz.

DR. UDO HENNIGHAUSEN

* Diese Angaben wurden aus der Erfahrung in der Behandlung von an COVID-19 erkrankten Patienten ohne Krebserkrankung übernommen; sie können somit nur unter Vorbehalt auf die Behandlung von Patienten mit einer gleichzeitig bestehenden Krebserkrankung übertragen werden.

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Kurs-Weiterbildung Notfallmedizin

Um Notfallszenarien während des Kurses bestmöglich darzustellen, wird der mit einem Qualitätspreis ausgezeichnete Trainings-RTW der Rettungsdienst-Akademie Heide eingesetzt. Dieser verfügt über modernste Simulations- und Steuerungstechnik. Vermittelt werden folgende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten:

- ▶ Rechtliche und organisatorische Grundlagen des Rettungsdienstes (Auffrischung)
- ▶ Erkennen und Behandeln akuter Störungen der Vitalfunktionen sowie der Einsatz erforderlicher instrumenteller und apparativer Techniken wie endotracheale Intubation, manuelle und maschinelle Beatmung, kardio-pulmonale Wiederbelebung, Punktions- und Katheterisierungstechniken und die Anlage zentralvenöser Zugänge und Thoraxdrainage
- ▶ Notfallmedikation einschließlich Analgesierungs- und Sedierungsverfahren
- ▶ Sachgerechte Lagerung von Notfallpatienten
- ▶ Herstellung der Transportfähigkeit
- ▶ Besonderheiten beim Massenanfall Verletzter und Erkrankter einschließlich Sichtung

Der Kurs wird in Kooperation mit der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte (AGNN), dem Westküstenklinikum Heide und dem Universitätsklinikum S.-H. und entsprechend dem Kursbuch der Bundesärztekammer durchgeführt und ist bundesweit anerkannt. Dieser Kurs ist in Schleswig-Holstein als Bildungsurlaub anerkannt.

Nächste Starttermine: 11. September 2021 bis 18. September 2021 (Fortbildungspunkte: 90, Fortbildungsstunden: 90)

Planung: Intensivmedizin – Theoretische und Praktische Grundlagen der allgemeinen Intensivmedizin

Dieser Kurs wendet sich an alle Kolleginnen und Kollegen, die sich auf ihre Tätigkeit auf der Intensivstation vorbereiten möchten. Innerhalb von fünf Tagen werden die grundlegenden theoretischen und praktischen Kenntnisse in der Intensivmedizin vermittelt.

Vermittlung praktischer Kenntnisse in Kleingruppen:

- ▶ Atemwegsmanagement
- ▶ ACLS-Training

- ▶ Thoraxdrainage
- ▶ Respiratoren
- ▶ Bronchoskopie
- ▶ CVVH

Themen der Intensivmedizin: invasives und nicht-invasives Monitoring, invasive und nicht-invasive Beatmung, Hämodynamik, Katecholamin- und Volumentherapie, Zugänge, Rhythmologie, Atemwegsmanagement, Gerinnungsstörungen, Hirntoddiagnostik, ALI/ARDS, BGA und Säure-Basen-Haushalt, Pharmakotherapie, Intoxikationen, enterale und parenterale Ernährung, SIRS, Sepsis, MOV, Infektiologie, Röntgenbefundung, Patientenverfugung, Betreuungsverfahren, Nachsorge von Wiederbelebten.

Der Kurs wird in Zusammenarbeit mit der Sektion Interdisziplinäre Intensivmedizin der Sana Kliniken Lübeck GmbH und der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin der Schön Klinik Neustadt durchgeführt und ist in Schleswig-Holstein als Bildungsurlaub anerkannt.

Nächster Termin: 16. August 2021 bis 20. August 2021 (Fortbildungspunkte: 61, Fortbildungsstunden: 53)

Blockweiterbildung Nicht-ärztliche Praxisassistent/-in (NäPa)

Mit Abschluss dieser Weiterbildung sind Sie befähigt, delegationsfähige Leistungen in der ambulanten Praxis selbstständig zu übernehmen. Der Unterricht findet vom 28. Juni – 24. Juli 2021 als Blockveranstaltung statt. Prüfungsdatum ist der 31. Juli 2021. Nach bestandener Prüfung erhalten Sie das Zertifikat zur NäPa. Die Blockweiterbildung umfasst 165 theoretische Fortbildungsstunden, wobei Notfallmanagement mit 20 Unterrichtsstunden ebenfalls enthalten ist. Bei zehnjähriger Berufstätigkeit sind alle nötigen theoretischen Fortbildungsstunden absolviert. Sind Sie weniger als zehn Jahre in dem Berufsfeld tätig, sind zusätzliche Seminare außerhalb der Blockweiterbildung buchbar. Dieses Seminar ist nach dem Weiterbildungsbonus der Investitionsbank Schleswig-Holstein förderungswürdig und wird durch den Kreis Segeberg/Ärztegenossenschaft eG (ÄG Nord) mit finanziellen Mitteln gefördert. Die Förderung umfasst 50 Prozent der gesamten Kursgebühren sowie einen einmalig pro auszubildender NäPa ausgezahlten Arbeitgeberzuschuss in Höhe von 1.000 Euro. Für die Förderung kontaktieren Sie die ÄG Nord, E-Mail: naepa@aegnord.de.

Nächster Termin: 28. Juni 2021 bis 24. Juli 2021



Kontakt

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

Mit Ultraschall gegen das Zittern

ET Kieler Uniklinikum ist einer von zwei deutschen Standorten, die Tremor-Erkrankungen mit neuer Technik behandeln können.

Die Wohnungstür aufschließen, ein Glas Wasser trinken, etwas später vielleicht genüsslich eine warme Suppe schlürfen: Das ist Lebensqualität, die man erst schätzt, wenn man sie nicht mehr hat. Wer unter einer Zittererkrankung leidet, kann solche Alltagshandlungen nicht oder nur mit großen Mühen ausführen und ist dringend auf therapeutische Unterstützung angewiesen. Am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) gibt es nun eine neue Möglichkeit, Betroffenen auf sichere und schonende Weise zu helfen: den fokussierten Ultraschall.

Der zentral im Gehirn ausgelöste essenzielle Tremor (ET) zählt zu den häufigsten Bewegungsstörungen. Laut der Deutschen Gesellschaft für Neurologie ist etwa jeder hundertste Mensch davon betroffen. Hinzu kommen das tremor-dominante Parkinson-Syndrom und einige zahlenmäßig weniger bedeutsame Erkrankungen, die sich ebenfalls durch starkes Zittern bemerkbar machen. Tritt ein solcher Fall auf, sind für die Ärzteschaft zunächst oftmals Medikamente wie Primidon, Propranolol oder Topiramat Mittel der Wahl. Immerhin lässt sich auf diese Weise für gewöhnlich eine Reduzierung des Tremors um etwa 50 Prozent erreichen. Eine Alternative ist die Tiefe Hirnstimulation, die auch als „Hirnschrittmacher“ bezeichnet wird, weil dabei mithilfe von elektrischen Impulsen die fürs übermäßige Zittern verantwortlichen Bereiche des Gehirns quasi wieder in den Takt gebracht werden. Diese Methode kann die Zitter-Symptome sogar um 70 bis 90 Prozent verringern.

Beide Methoden warten laut Dr. Steffen Paschen, Oberarzt an der Klinik für Neurologie auf dem Kieler Campus des UKSH, jedoch mit Nachteilen auf. Medikamente haben ihre Nebenwirkungen, die sich zudem im Lauf der Jahre verstärken können,

während auf der anderen Seite womöglich die therapeutische Wirkung nachlässt. Auch die Tiefe Hirnstimulation kommt nicht immer infrage. Schlecht sieht es laut Paschen zum Beispiel aus, wenn die betroffene Person Blutverdünner zu sich nehmen muss oder schlichtweg den operativen Eingriff scheut.

Umso glücklicher ist Paschens oberster Chef Prof. Jens Scholz darüber, dass das UKSH Kiel jetzt dank Unterstützung der DAMP-Stiftung neben dem Uniklinikum Bonn der erste deutsche Standort ist, an dem ein völlig neues Verfahren zum Einsatz kommt. Das entscheidende Instrument dabei ist ein MRT-gesteuerter hochfokussierter Ultraschall (MRgFUS). Der widmet sich mit extremer Genauigkeit der Gehirnregion, die – aus von der Wissenschaft immer noch nicht wirklich verstandenen Gründen – beim Zittern die auslösende Rolle spielt. Gearbeitet wird allerdings nicht mit elektrischen Impulsen, sondern mit Wärme. Mittels Ultraschall wird durch Verödung eine Narbe in der Tiefe des Gehirns gesetzt. Und das, so betont Prof. Ann-Kristin Helmers, Oberärztin in der Neurochirurgie des UKSH, „ohne dass eine Bestrahlung oder eine Öffnung der Schädeldecke nötig ist“. Die vom Magnetresonanztomografen unterstützte Technik hat aus ihrer Sicht noch einen weiteren großen Vorzug, denn sie erlaubt ein sehr kontrolliertes Vorgehen. Nach und nach wird bei dem Eingriff die betreffende Hirnregion erwärmt, sodass sich genau beobachten lässt, ob die erwünschten Effekte einzutreten beginnen. Geschieht dies nicht oder nicht im erhofften Ausmaß, kann die Richtung um eine Winzigkeit geändert werden, sodass es oft schon deutlich besser aussieht. Sollten sich aufgrund der Erwärmung andererseits Nebenwirkungen oder Unverträglichkeiten andeuten, könnte die Aktion „ohne dauerhafte Folgen“ je-

derzeit abgebrochen werden, erklärt Prof. Helmers.

Wieder einmal, so betont UKSH-Direktor Scholz, erweise sich sein Haus mit dieser Innovation als „Vorreiter in digitalen Anwendungen“. Und das offenbar mit Erfolg. Nachdem die technischen Apparaturen im Dezember 2020 installiert wurden, hat das UKSH in Kiel seit dem 8. Januar 17 Betroffene mit fokussiertem Ultraschall behandelt. Zwölf davon litten an einem essenziellen Tremor, vier an einem durch Parkinson bedingten und eine Person am Holmes-Tremor. „Über die Rückmeldungen sind wir sehr froh“, berichtet Oberarzt Paschen. Bei allen Betroffenen haben sich die Symptome demnach deutlich gebessert, der fürs Alltagsbefinden sehr bedeutende Armtremor ging sogar um 80 bis 90 Prozent zurück.

Nur bestätigen kann diese Schilderung der Rentner Lutz Morisse. Etwa seit seinem 40. Lebensjahr schlägt er sich mit einem essenziellen Tremor herum und kam auch ganz gut klar damit, bis vor ungefähr fünf Jahren die Wirkung seiner Medikamente immer mehr nachzulassen begann. Als sich vor wenigen Wochen die Möglichkeit bot, unterzog er sich am UKSH Kiel der neuen Ultraschallbehandlung und sah seine Zuversicht mehr als bestätigt: „Ich war selbst erstaunt darüber. Die Wirkung trat sofort ein, es war ein ganz toller Erfolg.“

Eine Besonderheit hat die Therapie allerdings bislang. Weil es die Technik nicht anders zulässt, kann vorerst nur eine Körperhälfte behandelt werden, die andere müsste einige Wochen später folgen. Ein wirkliches Problem ist das nach Meinung von Prof. Helmers aber nicht. Im Gegenteil biete sich dadurch die Gelegenheit, die Wirkungen des ersten Eingriffs noch eine Zeitlang in Ruhe zu analysieren.

MARTIN GEIST



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. 05/2021 20. April 2021

STELLENANGEBOTE



Glücklich
in Heide!

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

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

Oberarzt (m/w/d) für Neurologie

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

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

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

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

Mehr Informationen unter:

www.westkuestenkliniken.de

WKK
Westküstenkliniken

**ANZEIGEN-
SCHLUSS:**

**Heft Nr. 05
20. April 2021**

MVZ in Hamburg
sucht in Voll- oder Teilzeit

**Facharzt (m/w/d) für Innere Med.
und/oder Allgemeinmedizin**



Ina Seibel
Personalberatung

Für Details stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung:

Ina Seibel, seibel@seibel-duesseldorf.de, 0211 - 95 07 37 05



Medizinisches
Versorgungszentrum
am Prinzesshofpark



**KLINIKUM
ITZEHOE**

Für unsere ambulante Urologie im MVZ am Prinzesshofpark suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

Facharzt (m/w/i/t) Urologie
Voll- oder Teilzeit

Fragen beantwortet Ihnen gern vorab Inga Schliecker
(Tel.: 04821 772-3800).

Klinikum Itzehoe

Robert-Koch-Straße 2 • 25524 Itzehoe

Weitere Informationen finden Sie unter:

www.klinikum-itzehoe.de/karriere

Kein Job wie alle anderen!

Das gemeindeeigene Insel-MVZ Pellworm sucht

**Facharzt für Allgemeinmedizin oder
innere Medizin (m/w/d) in Anstellung**



Sie haben Lust auf einen Job mit frischer Nordseebrise und dem familienfreundlichem Nationalpark Wattenmeer direkt vor der Tür?

Wir bieten Ihnen unter anderem:

- Ein interessantes Aufgabenspektrum mit flexibler Gestaltung der Arbeitszeiten
- Teamarbeit und ein kollegiales Miteinander
- Einen sicheren, verantwortungsvollen und entspannten Arbeitsplatz bei guten Verdienstmöglichkeiten!

Bei Fragen freut sich Sonja Frohwerk unter 0176-55 65 20 16 über Ihren Anruf!
Bitte senden Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen an: sonja.frohwerk@aegnord.de

Einmalige Gelegenheit!

FA/FÄ f. Allgemein-/Innere Med. (optional als Paar) gesucht

für attraktive, moderne, ertragreiche und effiziente Hausarztpraxis mit 2 Sitzen im Speckgürtel von HH-Nord ab 1.7.21, zunächst in Anstellung, dann mit kurzfristiger Übernahme beider Sitze. Ein gut eingespieltes, engagiertes Team mit persönlichem Charakter freut sich auf Sie. Die Übernahme beider Sitze ermöglicht eine flexible Zeitgestaltung sowie weiteren Ausbau der Verdienstmöglichkeiten.

Wir freuen uns auf ihre Bewerbung: Hausarztpraxis2021@gmx.de

Frauenklinik
an der Elbe

Anästhesist/-in (m/w/d)

zur Verstärkung unseres Teams
in der Frauenklinik an der Elbe
in Voll- oder Teilzeit gesucht!

Perspektivisch spätere Partnerschaft möglich.

Wir freuen uns über Zuschriften unter

schulz@frauenklinik-elbe.de

STELLENANGEBOTE



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



Klinik Nord

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

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt mehrere

Fachärzte oder Ärzte in fortgeschrittener Weiterbildung (w/m/d) für die Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen, Facharzt unbefristet bzw. Assistenzarzt befristet im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt

Wir sind

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

Ihr Aufgabengebiet

Sie werden auf einer Station Patienten mit Persönlichkeits- und/oder Traumafolgestörungen eigenständig behandeln. Hierzu gehören Einzel- und Gruppenpsychotherapien, Dokumentation und EDV-gestützte Erfassung von Behandlungsleistungen. Teilnahme an Besprechungen, Supervisionen und (auch stationsinternen) Fortbildungen sind selbstverständlich.

Entweder werden Sie auf einer renommierten Station für „Beziehungszentrierte Borderline-Psychotherapie“ oder einer Station für „Persönlichkeitsstörungen und Sucht“ tätig sein. In einem multiprofessionell zusammengesetzten Team werden Sie die Diagnostik, Psychotherapie sowie Krisenintervention der Patienten übernehmen. Ein Teil Ihrer Tätigkeit wird es sein, die bereits etablierten Therapiekonzepte weiterzuführen und weiterzuentwickeln.

Ihr Profil

Sie sind Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder in gerne auch fortgeschrittener Weiterbildung zum Facharzt | Sie besitzen hervorragende Kenntnisse von psychiatrischen Krankheitsbildern, allgemeiner Psychopathologie und Neurosenlehre und verfügen über eine psychotherapeutische Berufserfahrung im stationären Setting einer psychiatrischen Behandlungseinrichtung | Therapeutische Verfahren, die auf der Station für „Beziehungszentrierte Psychotherapie“ angewandt werden, sind in erster Linie Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP) und Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (MBT) | Elemente der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT) werden auf der Station für „Persönlichkeitsstörungen und Sucht“ angewendet. Erfahrungen mit weiteren spezifischen Therapieverfahren, z. B. Traumatherapie, sind ausdrücklich erwünscht | Interesse an den spezifischen Aufgaben der Station für „Persönlichkeitsstörungen und Sucht“ beziehungsweise der Station für „Beziehungszentrierte Psychotherapie“ setzen wir voraus | Analytisches und methodenintegrierendes Denken und Handeln sowie Team- und Integrationsfähigkeit setzen wir ebenso voraus wie die Bereitschaft zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung und Supervision

Wir bieten

Eine interessante, verantwortungsvolle Aufgabe in einem motivierten und engagierten Team sowie eine wertschätzende und kollegiale Atmosphäre sind uns besonders wichtig. Wir sind eine nette und engagierte Klinik, in der sich verschiedene psychotherapeutische Ansätze gegenseitig ergänzen mit hohen Qualitätsstandards. Möglichkeiten zur internen und externen Fortbildung, u. a. am unternehmenseigenen Bildungszentrum sowie zur Forschung und Publikation, externe und interne Supervision und Fortbildungsurlaub sind selbstverständlich. Die Abteilung integriert verschiedene Psychotherapieschulen. Die Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll hat die volle Weiterbildungsermächtigung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie (TP und VT). Die Möglichkeit zu wissenschaftlicher Arbeit ist gegeben. Leistungsgerechte Vergütung nach TV-Ärzte/VKA. Betriebliche Gesundheitsvorsorge und betriebliche Altersversorgung. Professionelle externe Mitarbeiterberatung (EAP). Kindertagesstätte und Krippe auf dem Klinikgelände in Ochsenzoll sowie HVV-Profi-Ticket und nah.sh-Firmenabo gehören ebenso zu unserem Angebot. Die Stelle ist grundsätzlich auch für Schwerbehinderte geeignet.

Für weitere Informationen steht Ihnen gerne Herr Dr. Dulz, Chefarzt der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen, unter Tel.: (0 40) 18 18-87 24 28 (Sekretariat) zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Online-Bewerbung unter Angabe der Kennziffer 142-360/362-SÄB an www.asklepios.com/hamburg/nord/heidberg/unternehmen/bewerber/stellenangebote/ oder bewerbung.nord@asklepios.com.

STELLENANGEBOTE



FLENSBURG
Zwischen Himmel und Förde
Mellem himmel og fjord

Karriere im Aufwind

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

Wir suchen für den Fachbereich Soziales und Gesundheit, unbefristet in Vollzeit, je eine/n

■ Ärztin/Arzt (m/w/d) für den Kinder- und Jugendärztlichen Dienst

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

Weitere Informationen finden Sie unter: www.flensburg.de/karriere

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

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

Wir suchen für unsere **Hausarztpraxis in Reinbek** Verstärkung durch eine/n

FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin, auch in Teilzeit ab dem 1.7.2021.

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 zu erreichen.

Wir freuen uns auf Sie!

Kontakt: 01577-162 20 97 oder dr.christian.remmele@gmail.com

Suche angestellten **Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin in Teilzeit**.

Moderne Praxis, neueste Geräte, großes Spektrum, sehr nettes Team.

Praxis Dr. Westphal, Hagener Allee 21, 22926 Ahrensburg
c.westphal@praxis-dr-westphal.de

www.elbbuero.com

Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams einen

Facharzt (m/w/d) für Allgemeinmedizin oder Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin

Ihre Bewerbung senden Sie bitte schriftlich oder per Mail z. Hd. Frau Lüth.

Dokterhuus  Ihre Gesundheit im Mittelpunkt.
Gesundheits
SILBERSTEDT Zentrum

Dokterhuus Silberstedt gGmbH · An't Dokterhuus 1 · 24887 Silberstedt
Tel. 04551/9999-174 · l.lueuth@dokterhuus-silberstedt.de · www.dokterhuus-silberstedt.de

Unsere hausärztliche Praxisgemeinschaft im Kreis Pinneberg sucht **FA/FÄ für Allgemeinmedizin/Innere (m/w/d)** gegebenenfalls zur späteren Übernahme.

Wir bieten: komplette hausärztliche Versorgung inklusive aller gängigen DMP sowie Sonographie, ein freundliches Patientenklimentel sowie ein überdurchschnittlich engagiertes Team und ein sehr gutes Arbeitsklima. Kontaktaufnahme erbeten unter Chiffre SH 51029.

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSS: Heft Nr. 05 20. April 2021

Senden Sie Ihren Anzeigenwunsch einfach an anzeigen@elbbuero.com

Weiterbildungsassistent/in Allgemeinmedizin

ab sofort von **allgemeinmedizinischer Praxis in Rendsburg** gesucht

Befugnis 30 Monate (neue WBO voraus. 42 Monate) Vollzeit, Teilzeit, flexible Absprachen, attraktive Vergütung, bezahlte Fortbildungen - alles ist möglich.

Weitere Infos zur Praxis: www.hausarztrendsburg.de oder 0176-43644831
Bewerbungen bitte an g_michaelsen@hotmail.com. **Wir freuen uns auf Sie!**

Die Christian-Albrechts-Universität zu Kiel sucht für die Abteilung Sportmedizin zum 01.06.2021 eine/n

Arzt / Ärztin (m/w/d)

in Teilzeit (50%) mit der Möglichkeit zur Promotion.

Die vollständige Ausschreibung finden Sie hier:
www.uni-kiel.de/personal/de/stellen/extern/wiss

Telefonische Auskünfte erteilt Ihnen
Prof. Dr. B. Weisser unter 0431 880 3775

C | A | U

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel



Wir suchen für unsere Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe zum nächstmöglichen Termin einen

Oberarzt Gynäkologie und Geburtshilfe (m/w/d)

sowie

Assistenzarzt Gynäkologie und Geburtshilfe (m/w/d)

für 40 Std./Woche, Voll- oder Teilzeitbeschäftigung ist möglich.

Nähere Informationen zur Aufgabe und zur Bewerbung finden Sie unter www.klinik-preetz.de/karriere

Für Fragen senden Sie eine E-Mail an: personalabteilung@klinik-preetz.de

STELLENANGEBOTE

Nette Patienten - tolles Team
Suche hausärztl. Verstärkung
FÄ/FA Allgem./Innere
in Teil- oder Vollzeitstellung
www.internisten-neugraben.de
Mail: klaus.borelbach@t-online.de

AUGEN

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

Bewerbung bitte an
bewerbung@augenklinik-kempten.de



MEDIZINICUM
HAMBURG

**MEDIZINICUM – Gemeinsam
für bessere Medizin**

Wir sind das MEDIZINICUM – das Hightech-Zentrum für interdisziplinäre Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie- und Autoimmunkrankheiten in Hamburg. Das Team in Hamburg zählt insgesamt zehn Rheumatologen und eine Kinderrheumatologin. Damit gehören wir zu den größten Rheumazentren in Deutschland. In unserem ambulanten Facharztzentrum, der Tagesklinik und stationären Einheit arbeiten, gemeinsam mit unserer angeschlossenen Radiologie, erfahrene und renommierte Ärzte aus 25 verschiedenen Fachgebieten, Hand in Hand mit über 100 Mitarbeiter*innen.

**Wir suchen ab sofort
in Vollzeit oder Teilzeit
Fachärzte (m/w/d) für
Innere Medizin
mit Schwerpunkt
Rheumatologie**

Für Rückfragen steht Ihnen Herr Dr. Ahmadi, Ärztlicher Direktor, telefonisch unter 040 3208831-11 gerne zur Verfügung. Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen, die Sie bitte an ahmadi@medizinicum.de oder an folgende Adresse richten:

MEDIZINICUM GmbH
Stephansplatz 3 - 20354 Hamburg -
www.medicinum.de



**Deutsche
Rentenversicherung**

Nord

Die **Deutsche Rentenversicherung Nord** ist Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung in Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern.

Unsere **Abteilung Sozialmedizinischer Dienst** wird ihren Standort Lübeck zum sozialmedizinischen Hauptstandort im Bundesland Schleswig-Holstein entwickeln.

Dafür suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt

eine*n Ärztliche*n Dezernatsleiter*in

Zu Ihren Aufgaben gehören im Wesentlichen

- Führen und Leiten der Mitarbeiter*innen des sozialmedizinischen Dienstes an den Standorten Lübeck, Flensburg und Itzehoe.
- Weiterbildung der beschäftigten Fachärzt*innen zur Erlangung der Zusatzweiterbildung Sozialmedizin.
- Verantwortung der Arbeitsabläufe und des Qualitätsmanagements der sozialmedizinischen Arbeitsinhalte im Bundesland. Dieses beinhaltet bei Bedarf auch Gewinnung und Einbindung externer Gutachter*innen.
- Bundeslandbezogenen Ansprechpartner*in für den Abteilungsleiter des sozialmedizinischen Dienstes sowie weitere Abteilungen der DRV in der Zusammenarbeit mit dem Sozialmedizinischen Dienst des Bundeslandes.
- Repräsentation der DRV Nord in externen sozialmedizinischen Gremien; Vortragstätigkeiten, (z. B. in der Akademie für Sozialmedizin), Kommunikation mit anderen Sozialleistungsträgern, mit niedergelassenen Ärzt*innen, Krankenhäusern, mit externen Gutachter*innen.

Wir suchen für diese Führungsposition eine fachlich qualifizierte Persönlichkeit mit Freude an berufsübergreifender Zusammenarbeit und konzeptioneller Weiterentwicklung, mit ausgeprägter Kommunikationsfähigkeit sowie Entscheidungsfreude.

Sie sind ein*e langjährig erfahrene*r Fachärzt*in mit abgeschlossener Weiterbildung Sozialmedizin. Eine Weiterbildungsermächtigung für die Zusatzweiterbildung Sozialmedizin ist wünschenswert.

Wir bieten eine tarifgerechte Bezahlung nach E 15 TV-TgDRV, sowie alle Leistungen der betrieblichen Altersvorsorge. Darüber hinaus erfolgt bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen eine entsprechende Zulagenzahlung.

Da sich die Führungsaufgabe auf mehrere Standorte im Bundesland Schleswig-Holstein erstreckt (Lübeck, Flensburg, Itzehoe), ist eine Bereitschaft zu häufigeren Dienstreisen unerlässlich.

Sie arbeiten an einem in jeder Hinsicht modern eingerichteten Arbeitsplatz des Öffentlichen Dienstes. Die Deutsche Rentenversicherung Nord ist Mitglied im Unternehmensnetzwerk „Erfolgsfaktor Familie“ und unterstützt aktiv die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. So ist die Ausübung der Beschäftigung auch in Teilzeit möglich. Außerdem haben wir eine flexible Arbeitszeitregelung und regelmäßig eine Kinderferienbetreuung während der Sommerferien.

Als moderne Arbeitgeberin begrüßen wir Bewerbungen unabhängig Ihres Alters, Ihres Geschlechts, Ihrer kulturellen und sozialen Herkunft, Religion, Weltanschauung, Behinderung oder sexuellen Identität.

Nach Maßgabe der gesetzlichen Regelung erfolgt eine bevorzugte Berücksichtigung von Personen mit einer Schwerbehinderung bei gleicher Eignung und Befähigung.

Die Deutsche Rentenversicherung Nord will den Anteil weiblicher Führungskräfte in Spitzenpositionen erhöhen, deshalb ist die Bewerbung von Frauen ausdrücklich erwünscht. Sie werden bei gleicher Eignung, Befähigung und fachlicher Leistung vorrangig berücksichtigt.

Für weitere Auskünfte steht Ihnen der Abteilungsleiter des Sozialmedizinischen Dienstes Herr Bréchot unter Telefon 0451/485-13000 oder per E-Mail: alexander.brechot@drv-nord.de zur Verfügung.

Wenn Sie diese anspruchsvolle und verantwortungsvolle Position reizt und Sie die persönlichen Voraussetzungen erfüllen, richten Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung – vorzugsweise per E-Mail (möglichst in einem pdf-Dokument) – bitte bis zum 23.04.2021 an

stellenbesetzung@drv-nord.de

oder an

**Deutsche Rentenversicherung Nord
Abt. U+P / Team Stellenbesetzung
Friedrich-Ebert-Damm 245
22159 Hamburg**

Für Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß der EU-DSGVO wird auf den Internetauftritt der Deutschen Rentenversicherung Nord verwiesen:
www.deutsche-rentenversicherung-nord.de/Jobbörse



STELLENANGEBOTE



Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin
ab sofort in Voll- oder Teilzeit, unbefristet
am Standort Hamburg

Sie suchen eine Alternative zur Kliniktätigkeit? Sie möchten Menschen präventiv beraten? Dann sind Sie bei uns richtig!

Die **ias PREVENT GmbH** ist mit mehr als 35 Jahren Erfahrung einer der Pioniere der Gesundheitsvorsorge in Deutschland. Rund 8.000 Menschen nutzen jährlich die individuellen Check-ups an unseren sieben bundesweiten Standorten. Auf unserem Wachstumskurs suchen wir Sie für eine langfristige Zusammenarbeit.

Was Sie erwartet

- Individuelle ärztliche Betreuung von Führungskräften namhafter Unternehmen
- Durchführung umfassender Check-ups in exklusiv gestalteten, zentral gelegenen Räumlichkeiten
- Beratung unserer anspruchsvollen Klientel auf Basis der Untersuchungsergebnisse
- Arbeit in einem wertschätzenden Ärzteteam mit ausschließlich medizinischen Aufgaben

Was wir bieten

- Langfristig planbare Arbeitszeiten ohne Bereitschafts-, Wochenend- oder Feiertagsdienste
- Attraktive Vergütung und 30 Urlaubstage
- 10 Fortbildungstage alle zwei Jahre, Kostenübernahme bei spezifischen Erfordernissen
- Hospitationsmöglichkeiten am Standort Ihrer Wahl

Wen wir suchen

- Internist (m/w/d) bzw. Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin
- Gute internistische Ultraschallkenntnisse inkl. Farbdopplerechokardiographie und Gefäßdoppler-Untersuchungen
- Grundkenntnisse der Leistungsdiagnostik / Spiroergometrie
- Beratungskompetenz und ein versierter Umgang mit MS Office

Kontakt und Bewerbung

Fragen zu Ihrer zukünftigen Position beantwortet Ihnen gern unser Personalreferent Recruiting: Dominik Tascioglu unter Tel. 0721 / 8204-151 oder unter karriere@ias-gruppe.de

Wir freuen uns über Bewerbungen unabhängig von Alter, Geschlecht, ethnischer Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Behinderungen, sexueller Identität oder sonstigen schutzwürdigen Merkmalen.

Werden Sie Teil unseres Teams und bewerben Sie sich unter:
www.ias-gruppe.de/Karriere

STELLENGESUCHE

Erfahr. Endoskopiker und Ultraschaller mit DEGUM Qualifikation sucht Voll- oder Teilzeitstelle
in Hamburg oder Umgebung
in Klinik oder MVZ/Praxis.

Zuschriften unter Chiffre SH 51021



IHR NEUER ARBEITSPLATZ

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

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

Informieren Sie sich online:
www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten



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

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

Kiel, Lübeck, Itzehoe, Kreis Schleswig-Flensburg, Kreis Segeberg, Kreis Herzogtum Lauenburg, Kreis Nordfriesland, Kreis Plön, Kreis Dithmarschen, Kreis Stormarn

Tel.: 0521 / 911 730 33
www.deutscherhausarzt-service.de
hallo@deutscherhausarzt-service.de

○ ○ Deutscher
● ○ Hausarzt Service

PRAXISABGABE

Gynäkologische Praxis zum 01.01.2022 abzugeben

In Schleswig-Holstein, unmittelbar angrenzend an den Hamburger Westen, ist ein Praxisanteil einer gynäkologischen Praxis (BAG) abzugeben.

Ggf. kann der Praxissitz auch verlegt werden, wenn eine Fortführung der BAG mit dem verbleibenden Partner nicht erfolgt. Die Praxis liegt äußerst zentral und hat eine Anbindung an ein ambulantes OP-Zentrum.

Interessenten wenden sich bitte an: Jörn Vellguth, Vellguth & Kollegen
Tel.: 040/414959-911 oder per Mail: joern.vellguth@vellguthundkollegen.de

ELBVORORTE

Sehr gut etablierte hausärztlich-intern. Praxis in den Hamburger Elbvororten mit hohem Anteil Privatpatienten an engagierte Nachfolge abzugeben. Zeitpunkt Januar 2022 mit möglichem Übergang ab IV / 2021. Kontakt unter: 040-82 56 30

DANKE FÜR ALLES

sos-kinderdoerfer.de



SOS
KINDERDÖRFER
WELTWEIT

PRAXISRÄUME**Praxisräume Husum**

In der ersten Etage eines modernen Praxishauses (3 BHZ, erweiterbar), 120qm, Fahrstuhl, zentral gelegen, werden **Praxisräume für Allg. Arzt/Internist** oder andere Fachrichtungen provisorisch von Kollegin angeboten. Chiffre SH 51033

PRAXISÜBERNAHME

Gynäkologisches MVZ sucht zwecks Erweiterung weitere Praxis in Hamburg zur Übernahme.

Wir bieten gute Konditionen und auch gerne eine weitere Anstellung der Abgeberin/des Abgebers. Kontakt unter Chiffre SH 51023

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

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

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

Wirtschafts- und Steuerberatung für Heilberufler


DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg · Heide · Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de



meditaxa
Group

Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

MEDIZINTECHNIK



AMT
Abken Medizintechnik

Die größte Markenvielfalt Norddeutschlands vereint unter einem Dach!

Konfigurieren Sie jetzt, schnell und unkompliziert in nur wenigen Klicks Ihr Wunsch-Ultraschall-Gerät über unseren Ultraschall-Finder. Mit dem **QR-Code** oder auf www.amt-abken.de.



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

Das AMT Abken-Team freut sich auf Sie!

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

AMT Abken Medizintechnik GmbH

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

PHILIPS

SAMSUNG

SIEMENS
Healthineers

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSS:
Heft Nr. 05 20. April 2021

Senden Sie Ihren Anzeigenwunsch einfach an anzeigen@elbbuero.com

FACHBERATER

RECHTSBERATUNG FÜR DIE HEILBERUFE

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



DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

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

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
PD Dr. Almuth Caliebe, Esther Geisslinger,
Martin Geist, Uwe Groenewold, Dr. Udo Hen-
nighausen, Prof. Klaus-Dieter Kolenda, Prof.
Uwe Kornak, Prof. Brigitte Schlegelberger, Prof.
Malte Spielmann.

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. 7/2021 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

Die Zeitschrift erscheint elf Mal im Jahr jeweils zum 15. des
Monats. Die Zeitschrift wird von allen Ärzten in Schleswig-
Holstein im Rahmen ihrer Mitgliedschaft zur Ärztekammer be-
zogen. Der Bezugspreis ist mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Die Beiträge geben die Auffassung der namentlich genannten
Autoren, nicht zwingend die der Redaktion wieder. Für unau-
gefordert eingereichte Beiträge werden keine Honorare bezahlt.
Die Redaktion behält sich das Recht vor, über die Öffentli-
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

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

Geschäftsführung

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

Ärztliche Weiterbildung

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

Rechtsabteilung

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

Qualitätsmanagement

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

Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Leitung: Cornelia Mozer
Telefon 04551 803 700
Fax 04551 803 701
akademie@aeksh.de

Ärztliche Angelegenheiten

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

Facility Management und Gästehaus

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

Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

Leitender Redakteur: Dirk Schnack
Telefon 04551 803 272
Fax 04551 803 271
aerzteblatt@aeksh.de

Mitgliederverzeichnis/Ärzttestistik

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

Finanzbuchhaltung

Finanzreferentin: Janina Zander
Telefon 04551 803 552
Fax 04551 803 551
buchhaltung@aeksh.de

IT-Abteilung

Leitung: Michael Stramm
Telefon 04551 803 602
Fax 04551 803 601
it@aeksh.de

Personalabteilung

Personalreferentin: Kristin Schwartz
Telefon 04551 803 152
Fax 04551 803 151
personal@aeksh.de

Strahlenschutz/Ärztliche Stellen

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

Krebsregister Schleswig-Holstein Vertrauensstelle

Leitung: Mirja Wendelken
Telefon 04551 803 852
krebsregister-sh@aeksh.de

Versorgungswerk der

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

Vorsitzender des Verwaltungsrates

Bertram Bartel

Vorsitzender des Aufsichtsrates

Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen

Geschäftsführung

Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de

Mitgliederservice

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

AKIS

Der Service Ihrer Ärztekammer online:

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

FACHBERATER

Stingl · Scheinflug · Bernert
 vereidigte Buchprüfer und Steuerberater
 Partnerschaftsgesellschaft
Spezialisierte Beratung für Ärzte



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

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



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

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

Rechtsanwälte
 Barth u. Dischinger
 Kanzlei für Medizinrecht
 PartG mbB

RA Hans Barth
 Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtenauer Straße 94
 24105 Kiel
 Tel.: 0431-564433

RA Jan Dischinger
 Fachanwalt f. Medizinrecht

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

RAin Sabine Barth
 Fachwältin f. Medizinrecht

info@medrechtpartner.de
 www.medrechtpartner.de

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

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

Rohwer & Gut

*Partnerschaftsgesellschaft mbB,
 Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft*



Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

Richard-Wagner-Straße 6, 23556 Lübeck, Tel. (0451) 48414-0, Fax (0451) 48414-44/
 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

