



ZWISCHEN FREIHEIT UND VERANTWORTUNG

Ambulante Versorgung im Wandel der Zeit



Inhalt



Vorworte

Ministerpräsident Daniel Günther und Gesundheitsminister Dr. Heiner Garg	4
Dr. Christian Sellschopp und Dr. Thomas Maurer, Vorsitz Abgeordnetenversammlung KVSH	6
Dr. Monika Schliffke und Dr. Ralph Ennenbach, Vorstand KVSH	8

Einleitung

Die DNA der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein	10
---	----

Interessenvertretung

Überblick.....	12
1800 – 1931: „Es hilft nicht der Einzelne, sondern wer sich mit vielen zur rechten Stunde vereinigt“	17
1933 – 1945: „Gleichschaltung“ statt Interessenvertretung	38
1945 – 2021: Zwischen Freiberuflichkeit und staatlichen Eingriffen	50

Sicherstellung der ambulanten Versorgung	
Überblick.....	64
1800 – 1945: „Zu Fuß oder mit dem Rad im Schweiß des Angesichts“ ..	65
1945 – 2021: Nachkriegswirren und Nachwuchskampagne	88
<hr/>	
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	
Vom Schimmelreiter bis zur Nummer mit den Elfen	110
<hr/>	
Patenschaft KVMV	
Der Tag, an dem die Trabis kamen.....	116
<hr/>	
Praxisnetze	
Regionale Versorgung aus dem Experimentierlabor.....	120
<hr/>	
Ärztinnen in der ambulanten Versorgung	
Ein steiniger Weg	124
<hr/>	
Qualitätssicherung	
Von Fortbildungen in der Bierwirtschaft bis zum professionellen Praxismanagement	135
<hr/>	
Honorar	
Gemeinsam für eine bessere Bezahlung	141

Wirtschaftlichkeit	
Preis der Gesundheit und Umgang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot	147
<hr/>	
Verwaltung 1924 – 2021	
Erste Dienstgebäude und Hightech in der Bismarckallee	152
<hr/>	
Ärztliche Selbstverwaltung	
Überblick.....	176
„Die KV hat schon Zähne“, Interview mit Dr. Klaus Bittmann.....	178
„Wer die Bedingungen verändern will, darf nicht nur jammern“, Interview mit Dr. Ingeborg Kreuz	180
„Um ihr Wahlsystem wird die KVSH beneidet“, Interview mit Dr. Jochen-Michael Schäfer	182
„Ich bin angetreten, um einiges zu ändern“, Interview mit Dr. Reimer Schmidt	184
Gesichter der KVSH.....	186
<hr/>	
Anhang	
Literaturverzeichnis	191
Bildnachweis.....	196
Impressum.....	199

Vorworte

Partnerschaftlich und vertrauensvoll

Die KVSH ist viel mehr als nur ein Akteur im Gesundheitswesen, der mit der Sicherstellung der ambulanten Versorgung seinem gesetzlichen Auftrag nachkommt. Bei sämtlichen Themen der Gesundheitsversorgung ist die KVSH ein ganz wichtiger und vor allem verlässlicher Ansprech- und Kooperationspartner des Landes. Das hat sich nicht zuletzt im Verlaufe der Coronavirus-Pandemie gezeigt.

Kurz nach Beginn der Pandemie im März 2020 ist es gelungen, dass sich die Gesundheitsämter, das Land und eben die Kassenärztliche Vereinigung enger digital vernetzten. Im Auftrag des Landes hat die KVSH die Organisation und Umsetzung des ambulanten Monitorings übernommen. Ziel war, Krankheitskomplikationen frühzeitig zu erkennen und stationäre Behandlungen zu verhindern. Für die Etablierung des ambulanten Monitorings möchte sich die Landesregierung herzlich bedanken.

Die KVSH hat frühzeitig den Aufbau und Betrieb der Testzentren sichergestellt. Darüber hinaus hat sie ganz wesentlich am Aufbau und Betrieb der Impfzentren und Impfstellen mitgewirkt sowie mobile Impfteams organisiert und zur Verfügung gestellt. Dass sich in Schleswig-Holstein viele Menschen impfen lassen konnten und können, ist somit ganz wesentlich ein Verdienst der KVSH und der Ärztinnen und Ärzte. Zudem haben die Ärztinnen und Ärzte während der Pandemie dafür gesorgt, dass alle Patientinnen und Patienten gut versorgt wurden.

Über die Coronavirus-Pandemie hinaus arbeitet das Land mit der KVSH seit Jahrzehnten partnerschaftlich und vertrauensvoll zusammen. Das gemeinsame Ziel steht im Vordergrund, die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger in Schleswig-Holstein sicherzustellen und zum Wohle der Menschen weiterzuentwickeln.





Die KVSH hat sich hierbei bereits sehr früh für neue digitale Lösungen geöffnet und war schon vor der Jahrtausendwende Partner der Landesinitiative Informationsgesellschaft Schleswig-Holstein. Heute befürwortet und unterstützt sie neue Modelle wie die telemedizinische Versorgung mit Hilfe nichtärztlicher Praxisassistentinnen und -assistenten (NäPa).

Das Land übt die Rechtsaufsicht über die KVSH aus. Auch hier ist das gegenseitige Vertrauensverhältnis die Basis. Gemeinsam mit der KVSH möchte das Land Lösungen finden, die den rechtlichen Anforderungen gerecht werden und allen Interessen am besten entsprechen. Dabei hat sich das Prinzip der Selbstverwaltung bestens bewährt. Praxisorientiertes Fachwissen kann auf diese Weise ideal eingebracht werden. Das sorgt für eine hohe Akzeptanz von Regelungen unter den Mitgliedern der KVSH.

Die KVSH hat sich über Jahrzehnte als verlässlicher Partner des Landes erwiesen. Wir sind absolut überzeugt, dass das auch in Zukunft so sein wird.

Ihr

Daniel Günther
Ministerpräsident

Dr. Heiner Garg
Gesundheitsminister

Eine ganz eigene Mischung

Die Einweihung eines neuen Plenarsaals für die Abgeordnetenversammlung der KVSH nach vierzigjähriger Nutzung des alten, das ist wahrlich ein guter Anlass, Rückschau zu halten, aber auch Ausblick zu nehmen auf kommende Zeiten.

Den Rückblick leistet diese Festschrift, mit der dem Autorenteam um Herrn Maisch der Spagat zwischen der Vermittlung trockener Fakten und unterhaltsamer Lektüre mehr als gelungen ist. Berichte über Alltägliches im Wechsel mit überraschenden, amüsanten bis skurrilen Ereignissen, aber auch über beklemmende, erschütternde und beschämende Fakten, über gelegentlich chaotische Strukturen und empörende Entscheidungen ergeben in der hier vorliegenden Form eine ganz eigene Mischung, die geeignet ist, nicht nur professionell oder historisch Interessierte, sondern auch eine breitere Allgemeinheit zu fesseln.

Also, nehmen Sie sich Zeit für die Lektüre, Sie werden sie so schnell nicht wieder aus der Hand legen.

Die KVSH ist heute wichtiger denn je. Spätestens in der Bewältigung der Coronapandemie hat sich in vertrauensvoller, effizienter Kooperation mit dem Land Schleswig-Holstein gezeigt, welchen großen Vorteil eine im Rahmen der KV selbstverwaltete, freiberuflich niedergelassene Ärzteschaft in der patientennahen Versorgung hat. Deutlicher durch die Lektüre des vorliegenden Büchleins wird, wie sehr sich die Aufgaben einer KV im Laufe der Jahrzehnte gewandelt haben: von der Interessenvertretung der klassischen Einzelpraxis hin zur Verwaltung, Betreuung und Vertretung von Ärzten in Gemeinschaftspraxen jeder Größe, in MVZ und mittlerweile auch in fast konzern(un)artigen Praxisstrukturen; von nur wenigen standhaften Ärztinnen in der ambulanten Versorgung bis hin zu einem Anteil von mehr als 50 Prozent (nicht weniger standhaften)





Kolleginnen; und schließlich mit der Integration der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die für die bis dahin rein ärztlich geprägte Organisation ein völlig neues Arbeitsfeld eröffnete. So ist die KVSH heute mit vielen Bereichen eine große Behörde, die als öffentlich-rechtliche Institution die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung der Bevölkerung wahrzunehmen hat.

Ihren Stellenwert in der gemeinsamen Selbstverwaltung unterstreicht der Anlass der Festschrift, die Eröffnung unseres schönen Plenarsaals, den die Mitglieder der KVSH mit ihren Beiträgen finanziert und errichtet haben. Mit großem ehrenamtlichen Engagement wird hier im Diskurs unterschiedlicher Gruppierungen um die Optimierung einer ambulanten Versorgung in freiberuflicher, selbstständiger Niederlassung gerungen werden. Und schließlich wird hier im Spannungsfeld zwischen individuellem Patienteninteresse und gesamtgesell-

schaftlichen Möglichkeiten mit dem Sachverstand unmittelbar selbst in der Diagnostik und Behandlung tätiger Ärzte und Psychotherapeuten kompetent dafür gestritten werden können und auch müssen, dass genügend Mittel zu einer effizienten ambulanten Patientenversorgung zur Verfügung stehen.

In Zuversicht, dass dies gelingt, sind wir

Ihre

Dr. Christian Sellschopp
Vorsitzender der
Abgeordnetenversammlung
der KVSH

Dr. Thomas Maurer
Stellv. Vorsitzender der
Abgeordnetenversammlung
der KVSH

Verblüffende Parallelen

Diese Festschrift wird nicht zufällig am Tag der Eröffnung des neuen Plenarsaals der Abgeordnetenversammlung vorgelegt. Der Gedanke, eine interessante, chronologisch unterlegte, aber zugleich lebendige Sammlung über die Historie der niedergelassenen Ärzte in Schleswig-Holstein vorlegen zu wollen, ist aber ein paar Jahre älter. Wir glauben, man merkt diesem Buch die langjährige Vorarbeit des Autorenteam um Herrn Maisch und die Lust auf das Thema an.

Die Ausführungen und Quellen zeigen mitunter verblüffende Parallelen zur heutigen Zeit. Die Aspekte Sicherung der Versorgung, wirtschaftliche Unabhängigkeit und Handlungsfähigkeit der Ärzteschaft, aber auch der Wunsch nach einem Schutz vor einem internen Preiskampf und Konkurrenz sind historisch konstante Begleiter der niedergelassenen Ärzteschaft. Das ist vor dem Hintergrund von EBM- und HVM-Diskussionen der neueren Zeit besonders interessant. Das gilt umso

mehr, weil es diese Themen auch ohne die Existenz der Kassenärztlichen Vereinigungen immer gegeben hat. Und so ist die Lektüre womöglich auch für Sie ein Anlass, eigene Einschätzungen über Sinn und Zweck unserer Selbstverwaltungsorganisation in einem anderen oder größeren Licht zu sehen. Als aktueller Vorstand bekommen wir überdeutlich gespiegelt, wie viele Vorväter und –mütter an diesem Gesamtwerk Spuren hinterlassen haben.

Die Darstellung strebt bewusst keine Vollständigkeit aller Entwicklungen an, setzt aber darauf, durch die Beleuchtung wichtiger historischer Ereignisse dennoch ein Gesamtbild erzeugen zu können. Man darf gerne eine gewisse Leichtigkeit verspüren, weil sich darum auch bemüht wurde. Beispiele wie „Der Tag, an dem die Trabis kamen“ lassen uns heute schmunzeln und sie beschreiben doch den Ernst der Sache und den Respekt, den wir diesen Ereignissen historisch zuweisen. Dies





gilt noch mehr für den Abschnitt „Ärztinnen in der ambulanten Versorgung – ein steiniger Weg“. Manches, was uns heute selbstverständlich erscheint, musste hart erkämpft werden.

Das Gegenteil von Leichtigkeit wäre Leichtfertigkeit. Davon kann in dieser Festschrift keine Rede sein. Dunkle Zeiten gab es und werden nicht ausgespart, sie sind in der Setzung von Schlaglichtern markiert. Wir wissen, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg sich hier um eine historisch tiefergehende Ausarbeitung verdient gemacht haben, denken aber, dass der Beibehalt unserer Apertur ein konsequentes und eigenständiges Konzept ist.

Wir hoffen, dass die Lektüre Ihnen sowohl Spaß als auch manche Überraschung bieten wird. Bei uns ist dies jedenfalls der Fall.

Es grüßen

Ihre

Dr. Monika Schliffke,
Vorstandsvorsitzende
der KVSH

Dr. Ralph Ennenbach,
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
der KVSH

Einleitung

Die DNA der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Irgendwann erwischt es jeden – man will plötzlich mehr wissen über sich selbst. Wer waren die Vorfahren? Wo und wie lebten sie? Was hat man mit ihnen gemeinsam? Derlei Fragen können sich auch einer Kassenärztlichen Vereinigung stellen.

Hoch offiziell gilt der 18. August 1956 als die Geburtsstunde der „Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein“. An diesem Tag wählten die Abgeordneten der KVSH auf Grundlage des neuen Kassenarztrechts aus ihrer Mitte einen Vorstand.¹ Sie schufen damit das formale Fundament für eine ärztliche Selbstverwaltung als Körperschaft des Öffentlichen Rechts, die seither die ambulante ärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein organisiert und sicherstellt.

Aber was war davor? Schließlich gibt es gesetzliche Krankenkassen seit 1883 und damit auch Kassenärzte. Wenn wir die Geschichte der Kassenärztlichen Vereinigung ergründen wollen, dürfte das erwähnte Datum hierfür kaum genügen. Vielmehr handelt es sich bei dem formalen Gründungsakt lediglich um den logischen Endpunkt eines langen Findungsprozesses, der weitaus früher seinen Anfang nahm.

Ärztliche Interessenvertretung und die Übernahme von Verantwortung mussten sich erst langsam entwickeln, bevor an eine Verschmelzung beider Aufgaben überhaupt zu denken war. Daher lohnt sich ein intensiver Blick in die Geschichte der niedergelassenen Ärzte Schleswig-Holsteins. Wie sah ihre berufliche Situation aus? Wann und warum begannen sie sich zu organisieren? Wie (und durch wen) wurde die medizinische Versorgung sichergestellt in der dänischen, später dann preußischen Zeit? Wo entstanden erste gemeinsame Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen auf freiwilliger Basis, mit dem Ziel, Verantwortung für die medizinische Versorgung zu übernehmen?

Auf der Suche nach Antworten geraten wir zunächst schnell an Grenzen. Zwar existiert genügend Fachliteratur, die sich mit der Geschichte der deutschen Ärzteschaft beschäftigt, jedoch so gut wie keine, die ihren Fokus auf die spezifischen Entwicklungen in Schleswig-Holstein richtet. Auch haben viele – heute wichtige – Unterlagen die Wirren des Zweiten Weltkrieges nicht überstanden oder wurden später aus Platzgründen schlicht und einfach entsorgt. Dennoch ist damit dieses Wissen nicht für alle Zeiten ausgelöscht. Ganz im



ABBILDUNG 1 DÄNISCHE VERORDNUNG

Schleswig-Holstein im Wandel der Zeit

Im Laufe der Zeit hat Schleswig-Holstein viele Wandlungen durchlaufen. Bis 1864 wurden die beiden Herzogtümer Schleswig und Holstein noch vom dänischen Kopenhagen aus regiert, dann als „Provinz Schleswig-Holstein“ dem preußischen Staat einverleibt und schließlich im Jahr 1946 durch die britische Besatzungsmacht gegründet als eigenständiges Land Schleswig-Holstein. Auch die Landesgrenzen Schleswig-Holsteins haben sich im Verlauf der letzten 200 Jahre deutlich verschoben. So war das damalige Herzogtum Schleswig wesentlich größer als heute und ging im Norden über Sonderburg und Apenrade hoch bis nach Hadersleben. Erst mit der Volksabstimmung im Jahre 1920 wurde die deutsch-dänische Grenze neu gezogen und „Nordschleswig“ als die „südjütischen Landesteile“ (de sønderjyske Landsdele) in das Königreich Dänemark integriert. Auch das sogenannte „Groß-Hamburg-Gesetz“ im Jahre 1937 hatte massive Auswirkungen auf den Grenzverlauf. So musste Schleswig-Holstein hiernach seine Kreise Wandsbek und Altona an Hamburg abtreten; im Gegenzug wurde jedoch das schleswig-holsteinische Staatsgebiet um die seit dem Mittelalter souveräne Freie Hansestadt Lübeck erweitert. Grundlage der weiteren Betrachtung ist das Schleswig-Holstein in seiner jeweiligen historischen Situation und entspricht daher nicht in jedem Abschnitt den heutigen Grenzen des Bundeslandes Schleswig-Holstein.

Gegenteil – viele Fragmente befinden sich in den ausgelagerten Kellern von privaten Sammlungen, Archiven, Bibliotheken und Museen im Dornröschenschlaf und warten nur darauf, ihr Wissen preiszugeben. Oft ist der Zustand sogar derart gut, dass wir aus manch handgeschriebenem Schriftstück noch die dicke Zigarre eines preußischen Medizinalinspektors der Kaiserzeit zu riechen glauben.

Besonders hilfreich bei der Recherche war auch eine Entwicklung, mit der wir am allerwenigsten rechneten – die Digitalisierung. Viele Bibliotheken stellen inzwischen

ihren Bücher- und Zeitschriftenbestand via Internet in digitaler Form weltweit zur Verfügung. Durch die Volltextsuche auf amerikanischen, englischen oder gar dänischen Websites erschließen sich hierdurch oft völlig unerwartete Quellen über historische Entwicklungen und Begebenheiten im kleinen Schleswig-Holstein.

Je tiefer wir in die Materie eintauchen, umso mehr überrascht, wie frisch und aktuell damalige Probleme auch heute noch sind, genauso wie die damals eingesetzten Mittel zu ihrer Bewältigung. So trägt der Artikel eines Prof. Dr. Schwalbe bereits im Jahr 1909 den bezeichnenden Titel „Ärztmangel auf dem Lande“.² Auch waren Themenbereiche wie „Qualitätssicherung“, „Honorarverteilung“ oder „Bereitschaftsdienst“ den schleswig-holsteinischen Ärzten lange vor Gründung der KVSH bereits bestens bekannt, wenn auch unter anderen Begrifflichkeiten. Viele Aufzeichnungen wie Sitzungsprotokolle, Notizen und Chroniken sind erhalten geblieben und geben Aufschluss über die Befindlichkeiten der damaligen Akteure. Darunter befindet sich Wichtiges und Unwichtiges, Tragisches und Skurriles, aber auch so manch augenzwinkernde Anekdote. Für all dies soll in dieser Festschrift Platz sein, gehört es doch zur DNA der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein.



ABBILDUNG 2 KORRESPONDENZ MIT DER
KV-LANDESSTELLE, 1946

WICHTIGE EREIGNISSE
IM ÜBERBLICK

Interessenvertretung 1800 – 1931

1809

Gründung des „Ärztlichen Vereins zu Lübeck“, dem ältesten Ärzteverein Deutschlands

1852

Durchsetzung des ärztlichen Einheitsstandes in Preußen. Die universitär ausgebildeten Ärzte tragen ab sofort die Berufsbezeichnung „Praktischer Arzt, Wundarzt und Geburtshelfer“.

1865

Konstituierende Sitzung des „Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte“

1883

Entstehung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Krankenkassen müssen ihren Versicherten „freie ärztliche Behandlung“ gewähren und dafür „Kassenärzte“ anstellen.

1887

Errichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein

1889

Wandsbeker Ärzte verpflichten sich, ohne Zustimmung des ärztlichen Vereins keinen Vertrag mit einer Krankenkasse zu schließen.

1892

Der Gesetzgeber übergibt den Krankenkassen das ausdrückliche Recht, durch Statut die Person des behandelnden Arztes zu bestimmen und Zahlungsansprüche anderer Ärzte abzulehnen.

1894

Gründung des „Kartell-Verbandes Schleswig-Holsteinischer Ärztevereine“

1900

Dr. Hermann Hartmann gründet den „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer Interessen“.

1902

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein beschließt die Einrichtung zweier Vertragskommissionen, deren Richtlinien für alle Ärzte verbindlich sind, die einem „Schutz- und Trutzbündnis“ beitreten; ca. 98 Prozent aller Ärzte unterschreiben.

1912

In Schleswig-Holstein werden 21 „Kassenärztliche Vereinigungen“ als Unterorgane des Hartmannbundes errichtet, mit dem Ziel, regionale Gesamtverträge mit den Krankenkassen vor Ort zu schließen.

1913

Gründung des „Zweckverbandes der Kassenärztlichen Vereinigungen für Schleswig-Holstein und das Fürstentum Lübeck (Z. V.)“ des Hartmannbundes, ab 1923 umbenannt in „Ärztlicher Provinzialverband“

1913

Unterzeichnung des „Berliner Abkommens“ als Geburtsstunde der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen

1919

Errichtung eines „Ärztbüros Schleswig-Holstein“ als ausführendes Organ des Zweckverbandes zur Bearbeitung von wirtschaftlichen Fragen

1923

Reichsweite Ärztestreiks gegen eine Verordnung, welche Krankenkassen einseitige Kompetenzen überträgt.

1924

Errichtung des „Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen“

1927

Gründung einer Arbeitsgemeinschaft zwischen dem Ärztlichen Provinzialverband und dem Provinzialverband der Landkrankenkassen.

1931

Die 18 KVen in Schleswig-Holstein erhalten den Sicherstellungsauftrag und werden Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Interessenvertretung

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) vertritt die Interessen der 5.800 in Schleswig-Holstein niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten nicht nur gegenüber den Krankenkassen, sondern auch gegenüber Politik und Öffentlichkeit. Dabei bringt sie berufspolitische als auch ökonomische Forderungen ihrer Mitglieder in die politische Diskussion ein. Dazu zählt insbesondere die der Erhalt der Freiberuflichkeit, der Niederlassungsfreiheit und nicht zuletzt eine angemessene Honorierung.

„Nur gemeinsam sind wir stark“ – diese Erkenntnis spiegelt sich insbesondere im Kollektivvertrag wider. Wie der Name besagt, schließt ihn die KVSH als kollektiver Vertragspartner im Namen all ihrer Mitglieder mit den Krankenkassen ab und vermeidet dadurch eine Machtasymmetrie zulasten des einzelnen Arztes oder Psychotherapeuten. Gleichzeitig haben alle Mitglieder durch den Kollektivvertrag die Garantie, ihre Patienten unabhängig von deren Kassenzugehörigkeit nach medizinischer Notwendigkeit zu behandeln und die erbrachten Leistungen über die KVSH honoriert zu erhalten. Auch wenn der Kollektivvertrag von Politik und Krankenkassen aus Wettbewerbsgründen immer wieder infrage gestellt wird, funktioniert er seit mehr als 80 Jahren derart gut, dass uns viele andere Länder darum beneiden.



ABBILDUNG 3 ABGEORDNETENVERSAMMLUNG DER KVSH, 1980

Dass demokratische Willensbildung in der KVSH großgeschrieben wird, zeigt schon ein Blick in die Abgeordnetenversammlung, dem ehrenamtlichen „Parlament“ aller ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein. Alle sechs Jahre werden 40 Abgeordnete in 15 Wahlkreisen von den Mitgliedern der KVSH direkt gewählt. In allen wichtigen Fragen kommt es auf das Votum der Abgeordneten an. So haben sie das letzte Wort, wenn es um den Honorarverteilungsmaßstab oder den Verwaltungshaushalt der KVSH geht. Auch wählen sie den ehrenamtlichen Vorsitzenden der Abgeordnetenversammlung, seinen Stellvertreter, die Besetzung zahlreicher Gremien und natürlich den hauptamtlichen Vorstand der KVSH. Trotz der Diversität der Ärzteschaft durch eine Vielzahl einzelner Fachgruppen gelingt es der Abgeordnetenversammlung stets, im innerärztlichen Dialog die unterschiedlichen Interessen über Fachgebietsgrenzen hinweg auszugleichen. Auf diese Weise wird die Ärzteschaft in der Öffentlichkeit nach wie vor als Einheit wahrgenommen und kann so ihre Interessen wirkungsvoll vertreten.³

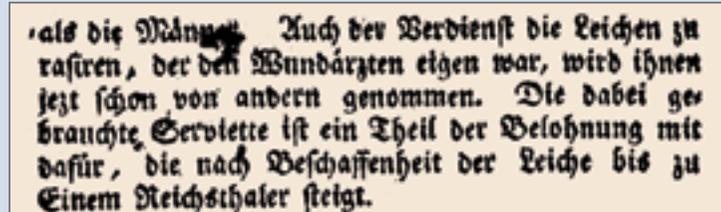
1800 – 1931: „Es hilft nicht der Einzelne, sondern wer sich mit vielen zur rechten Stunde vereinigt.“

Da es vor 250 Jahren noch keinerlei Fachärzte gab, sollte man eigentlich davon ausgehen, dass die Interessen der Ärzteschaft damals noch sehr ähnlich, wenn nicht gar homogen waren. Das Gegenteil war aber der Fall. Die medizinische Versorgung des überwiegenden Teils der Bevölkerung erfolgte nicht durch die wenigen akademisch ausgebildeten Ärzte, sondern durch Bader, Barbieri und handwerkliche Wundärzte. Diese waren in Städten wie Kiel und Flensburg in Zünften (in Norddeutschland „Ämter“ genannt) organisiert und achteten in ihren Reihen streng auf das Einhalten selbstgegebener Regeln. Auch vermochten sie, ihre Interessen gegenüber missliebiger Konkurrenz wirkungsvoll durchzusetzen. Aus Magdeburg ist überliefert, „wonach derjenige

Civileinwohner (...) in Fällen, wo er statt die Hülfe und des Beistandes eines Wundarztes (...) zu gebrauchen, sich der Kompaniechirurgen oder anderer Personen, denen die Praxis medica et chirurgica nicht erlaubt ist, bedient, in eine Strafe von 5 Rthlr. verurtheilt, oder im Unvermögensfall mit einer proportionirlichen Leibesstrafe belegt werden soll (...)“.⁴

Außerhalb von Stadtmauern, wo es keine Zünfte gab, standen die Wundärzte hingegen schutzlos in unmittelbarer Konkurrenz mit Barbieren und anderen „Dienstleistern“ (vgl. Abb. 4).

Unter den wenigen akademisch gebildeten Ärzten war dagegen an einen inneren Zusammenhalt oder gar an eine wirkungsvolle Interessenvertretung nach außen noch kaum zu denken. Das fehlende Bedürfnis, ärztliche Standesinteressen zu bündeln und zu vertreten, dürfte vielerorts aber schlicht an der geringen Zahl der Ärzte gelegen haben. So gab es im Jahr 1812 weit verstreut über die beiden damals dänisch regierten Herzogtümer Schleswig und Holstein nur 139 Ärzte.⁵



als die Männer. Auch der Verdienst die Leichen zu rasiren, der den Wundärzten eigen war, wird ihnen jetzt schon von andern genommen. Die dabei gebrachte Serviette ist ein Theil der Belohnung mit dafür, die nach Beschaffenheit der Leiche bis zu Einem Reichthaler steigt.

ABBILDUNG 4 SCHLESWIG-HOLSTEINISCHE PROVINZIALBERICHTE 1793, S. 286

Sie lebten „damals im Allgemeinen wie Spinnen, jeder in seinem Netze; sie manifestierten auch sattsam die sprichwörtliche Feindschaft dieser Insekten“, wie Eberhard Richter, der Gründer des Ärztevereinsbundes, rückblickend 1873 diese recht düstere Zeit beschrieb.⁶

Erschwerend war, dass der ärztliche Handlungsrahmen von vornherein durch eine staatliche Medizinalordnung genauestens festgelegt war und keinen Raum zur eigenen Gestaltung ließ. Zudem hatten die Ärzte hoheitliche Aufgaben zu übernehmen. So verpflichtete zum Beispiel bereits die „Medicinal- und Apotheker-Ordnung für die Königliche Reiche und Lande“ vom 16. Dezember 1672⁷ die Ärzte, einmal jährlich die Apotheken zu „visitiren“ und die Apotheker dazu anzuhalten, „dass sie sich mit gehöriger tüchtiger Waare versehen, richtiges Gewicht und Maaß halten, und sie sich nach der Taxa richten, die jetzo gilt, oder nach diesem eingeführt werden wird“.

Die Höhe des ärztlichen Honorars und der Fahrtkosten legte die zuständige Deutsche Kanzlei in Kopenhagen sogar schon im Jahr 1619⁸ per Verordnung fest, in Reichsthaler und Reichsorth. Diese bestimmte auch die unentgeltliche Behandlung armer Kranker, nämlich dass die Ärzte „wie es ihre Bestallung mit sich bringet und ihr Eyd erfordert, sich verhalten, und keinem armen Nothleidenden ihre Hülfe weigern und versagen“. 1804 errichtete der dänische Staat in Kiel ein „Schleswig-Holsteinisches Sanitäts-Collegium“, dessen Mitglieder meist an Universitäten tätig waren und unmittelbar von Kopenhagen ernannt wurden. Den Verfügungen des Sanitäts-Collegiums hatten sämtliche Heilberufe „unweigerlich Folge zu leisten“, wobei die Nichtbefolgung sogar Suspension und strafrechtliche Verfolgung zur Folge haben konnte.⁹

Kein Wunder also, dass sich im dänischen Schleswig-Holstein Mitte des 19. Jahrhunderts nur wenige Ärztevereine bildeten, welche „spärlich und meist von losem Zusammenhang“ waren, nämlich in Schleswig (1832), Süderdithmarschen (1847) und Kiel (1858). Darüber hinaus gab es in Altona noch einen „losen Leseverein und einen sogenannten Doktorklub (ein geselliger Verein mit geringer Mitgliederzahl)“.¹⁰

Der Ärztliche Verein zu Lübeck, der älteste in Deutschland

Währenddessen waren die Voraussetzungen in der benachbarten Freien Hansestadt Lübeck, die damals nicht Teil Schleswig-Holsteins war, für die Bildung eines Ärztevereins weitaus günstiger. Seit dem Mittelalter genoss sie als reichsunmittelbare Stadt, ab 1806 als souveräner deutscher Staat, weitgehende Autonomie mit eigener Gesetzgebung. Anders als Schleswig-Holstein wurde Lübeck daher nicht aus dem fernen Kopenhagen regiert, sondern unmittelbar durch einen gewählten Senat. Auch war das Lübecker Herrschaftsgebiet weitgehend überschaubar, man kannte sich untereinander.

Unter den Ärzten bestanden zwar „enge persönliche und gesellschaftliche Beziehungen. (...) Die meisten von ihnen kannten sich als geborene Lübecker von Jugend auf und hatten zusammen in Jena studiert und den Doktorgrad erworben.“¹¹ Andererseits war gerade durch die räumliche Nähe die Konkurrenz untereinander zunächst sehr ausgeprägt. Schnell konnte der Verlust von Patienten an Kollegen die eigene Existenz massiv gefährden. Der spätere Vorsitzende des Lübecker Ärztevereins, Dr. Theodor Eschenburg, beschrieb diese Situation rückwirkend sehr treffend: „Sie betrachteten sich als Feinde, welche nur darauf sinnen, sich gegenseitig zu berauben und denen der augenblickliche Vorteil mehr gilt, als das Wohl des Kranken. Daher die Unmöglichkeit jeder freundschaftlichen Annäherung; daher ewige Zwistigkeiten, welche nur dazu dienten, ihr eigenes Ansehen herabzusetzen und das schadenfrohe Publikum zu belustigen.“¹²

Erst während des Physikats von Dr. Hans Bernhard Lembke (1766 – 1803) entwickelte sich unter den Lübecker Ärzten ein gemeinsames Verantwortungsgefühl für die Gesundheit der Bevölkerung. Wie selbstverständlich besetzten sie viele Bereiche der öffentlichen Gesundheitspflege, die eigentlich dem Senat vorbehalten waren. Dennoch handelte es sich bei diesen Zusammenkünften lediglich um freundschaftliche Besprechungen ohne Verbindlichkeit nach außen. Die Ärzte waren daher bestrebt, dem noch zu gründenden Ärztlichen Verein von vornherein „ein staatliches Gepräge“ zu geben. Am 27. November 1804 wurden daher der Physikus Trendelenburg sowie die Doktoren

Brehmer und Behn damit beauftragt, „einen Entwurf zu einer obrigkeitlich anzuerkennenden Verbindung der hiesigen Ärzte“¹³ auszuarbeiten. Es handelte sich also um nichts Geringeres als die staatliche Übertragung bestimmter hoheitlicher Aufgaben an eine ärztliche Gemeinschaft, wodurch dem geplanten Ärztlichen Verein von vornherein der Charakter einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft verliehen worden wäre.

Leider war die damalige Zeit dafür aber noch nicht reif und der Senat der Freien und Hansestadt Lübeck verweigerte der Gemeinschaft der Ärzte ihren Segen. „Es sei gefährlich, einen „status in statu“ aufkommen zu lassen und ihm durch öffentliche Anerkennung Sanction zu verleihen. Ein solcher Verein eng verbundener, dem Volke zugänglicher und durch Kenntnisse hochgestellter Männer würde am Ende die Obrigkeit selbst sich unterzuordnen streben und einen nicht zu berechnenden Einfluß gewinnen.“¹⁴

Das Gefühl des ärztlichen Zusammenhalts wurde während der Eroberung und Besetzung Lübecks durch napoleonische Truppen im Jahr 1806 gestärkt. Mittags um 12 Uhr und abends um 19 Uhr versammelten sich die Ärzte täglich in der Ratsapotheke um Forderungen zu stellen, welche fast ausnahmslos von dem Senat der Stadt entsprochen wurden. Dabei handelte es sich unter anderem um die Organisation und Verwaltung der Hospitäler, die Beseitigung von rund 3.000 Toten sowie die medizinische Versorgung unzähliger Verletzter.

Aus diesen Versammlungen heraus gründete sich 1809 der „Ärztliche Verein zu Lübeck“, der älteste ärztliche Berufsverband Deutschlands. Der Physikus Dr. Theodor Friedrich Trendelenburg und Dr. Georg Heinrich Behn stellten gemeinsam den schriftlichen Antrag zur Vereinsgründung und unterstrichen diesen mit einem Satz Goethes: „Ein Einzelner hilft nicht, sondern wer sich mit vielen zur rechten Stunde vereinigt.“ Am 23. Oktober 1809 war es dann soweit – zwölf Ärzte vereinigten sich in der Schafferei, einem uralten Wirtshaus an der Wakenitz.



ABBILDUNG 5 DIE INITIATOREN DES ÄRZTEVEREINS ZU LÜBECK, DRES. BEHN (LINKS) UND TRENDELENBURG



ABBILDUNG 6 ZIGARETTENBILD

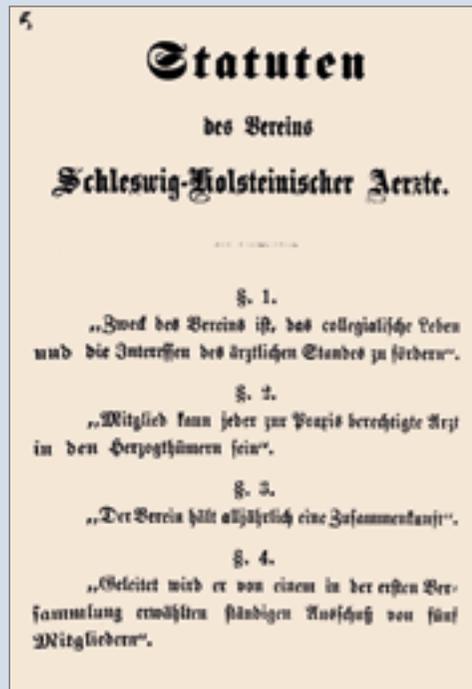


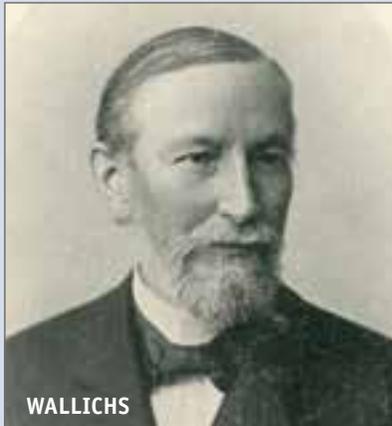
ABBILDUNG 7 STATUTEN DES VEREINS SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER ÄRZTE, 1865

Der Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte

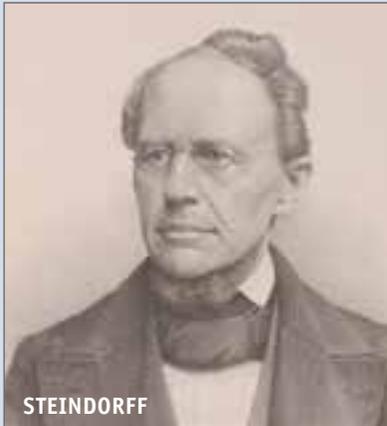
Ähnlich wie in Lübeck fiel auch in Schleswig-Holstein die Geburtsstunde des „Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte“ in politisch äußerst unruhige Zeiten. Erst ein Jahr zuvor waren die beiden Herzogtümer aus dem dänischen Gesamtstaat herausgelöst und einer österreichisch-preußischen Verwaltung unterstellt worden. Bereits am 3. August 1865 erließ die „Kaiserlich K. Oesterreichische und Königlich Preußische oberste Civilbehörde“ eine „Provisorische Verordnung betreffend das Medicinalwesen in den Herzogthümern Schleswig-Holstein“ mit grundlegenden Änderungen für die Ärzte.

Diese war nur von kurzer Dauer, denn nach der österreichischen Niederlage bei Königgrätz wurden mit einem „Patent wegen Besitznahme der Herzogthümer Schleswig und Holstein“ selbige zusammengefasst und als „Provinz Schleswig-Holstein“ dem preußischen Staat einverleibt.

Die Gründung der ersten überregionalen Ärzteorganisation in Schleswig-Holstein fiel jedoch noch mitten in das österreich-preußische Interregnum. In Kiel am 8. Juni 1865 „Vormittags 11 Uhr, in dem Locale des Herrn Wichmann in der Faulstrasse“ war es soweit – der „Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte (VSHÄ)“ wurde aus der Taufe gehoben. Eigentlicher Grund der Zusammenkunft war die dritte Versammlung des „Vereins baltischer Ärzte“, wo mit einer großen Anzahl von Ärzten aus der Region gerechnet wurde. „Meine Kieler Freunde und ich hielten nun die Gelegenheit der Kieler Versammlung für günstig, um den Versuch einer festeren Zusammenfassung unsrer heimischen Collegen zu wagen, und sandten in solchem Vertrauen das nachfolgende Einladungsschreiben aus, dem der Entwurf eines kurzen Statuts angefügt war“, wie Dr. Julius Wallichs anlässlich des 25-jährigen Bestehens im Jahr 1890 rückblickend feststellte.¹⁵



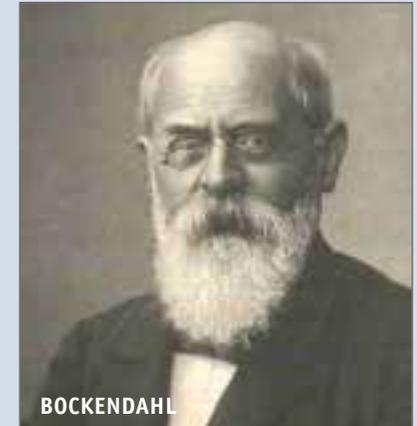
WALLICHS



STEINDORFF



BARTELS



BOCKENDAHL

ABBILDUNG 8 DIE GRÜNDER DES VEREINS SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER ÄRZTE

Gründungsväter waren Dr. Wallichs aus Neumünster sowie die Dres. Bartels, Bockendahl und Steindorff aus Kiel. Alle vier Ärzte hatten sich schon lange zuvor politisch engagiert und sich unter anderem an der Schleswig-Holsteinischen Erhebung 1848–1851 beteiligt.¹⁶ Steindorff war zudem Mitglied der Frankfurter Nationalversammlung, dem ersten gesamtdeutschen Parlament. 1850 musste er nach Niederschlagung des Aufstandes als „einer der Hauptagitatoren“ Schleswig verlassen und verlegte seine Arztpraxis nach Kiel.¹⁷

Laut dem vorläufigen Statut sollte es bei der Vereinsgründung darum gehen, „das collegiale Leben und die Interessen des ärztlichen Standes zu fördern“. Im Begleitschreiben wurden jene Interessen konkretisiert. Danach sollte der ärztliche Stand „für die ihm zugemuteten erhöhten Leistungen entsprechend durch Verbesserung seiner materiellen Leistungen entschädigt und durch die seinen Leistungen gebührende Achtung geehrt“ werden. Zahlreiche Ärzte kamen der Einladung nach und erklärten vor Ort unter Bezugnahme auf das vorgelegte Statut ihren Beitritt wie auch jenen von nicht anwesenden Kollegen.

Im Laufe der Jahre wurde der Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte immer mehr zum Mittelpunkt ärztlicher Berufspolitik, was sich anhand der steigenden Mitgliederzahlen unschwer belegen lässt. Im ersten Erfassungsjahr 1866 umfasste der Verein zunächst 142 Mitglieder, dann 177 (1867) und 227 (1868). Pünktlich zum Jubiläumsjahr 1890 konnte Gründungsmitglied Wallichs sogar stolz verkünden, „dass drei Viertel der praktischen Aerzte der Provinz Mitglieder des Vereins sind“.¹⁸

Bereits bei der konstituierenden Sitzung des VSHÄ am 18. Oktober 1865 rief allerdings Dr. Bockendahl im Namen des Ausschusses zur Bildung von Lokalvereinen auf, da die Aufgabe des VSHÄ nur in kleineren Kreisen zu erreichen sei. „Dies zeige sich vor Allem in der Honorierungsfrage, denn bei den großen Verschiedenheiten in Lebensgewohnheiten und in dem Reichthume der einzelnen Districte untereinander werde eine für alle gleiche Taxe nie passen“.¹⁹ Auch könnten sich ärztliche Lokalvereine weitaus häufiger versammeln als der VSHÄ, der nur einmal jährlich zusammenkam.

Schon im Gründungsjahr 1865 entstanden eine ganze Reihe ärztlicher Lokalvereine. Die Vereinszwecke waren bei fast allen die gleichen, nämlich insbesondere die Verbesserung der Honorarverhältnisse, wie eine erste Umfrage des VSHÄ ergab.²⁰ Die Mitglieder des ärztlichen Vereins zu Neumünster vermeldeten sogar, man habe sich bereits bei der Gründungssitzung „über einige Honorarfragen“ verständigt. Auch die Bemühungen, in den Honoraransprüchen ein gleichmäßiges Verfahren zu erzielen, seien erfolgversprechend, würden noch fortgesetzt.²¹

Im Jahr 1890 bestanden 17 Lokalvereine in Schleswig-Holstein und Dr. Wallichs konnte in seinem Bericht vor dem Deutschen Ärztevereinsbund zufrieden feststellen, dass die Provinz „so ziemlich von Lokalvereinen überzogen“ sei. Nur hie und da gäbe es „noch Lücken, so im Nordwesten (Tondern) und im Süden (Kreis Stormarn, wo früher ein Verein bestand, Lauenburg)“.²²

Interessanterweise bestand aber zwischen dem VSHÄ und den ärztlichen Lokalvereinen „eine organische Verbindung nicht“.²³ Dennoch waren die Mitglieder der selbstständig tätigen Lokalvereine fast immer auch Mitglied des VSHÄ.²⁴

Die Bedeutung der Ärztevereine kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Ärzte betrachteten einander nicht mehr als Konkurrenten, die sich gegenseitig die Patienten abspenstig machten und damit die eigene Existenz bedrohten, sondern als Kollegen. Sie entdeckten die gleichen Nöte und die gleichen Interessen, tauschten medizinisches Wissen aus und – was bis dahin völlig „unstatlich“ war – sie sprachen über Geld und formulierten sogar gemeinsame Honorarvorstellungen.



ABBILDUNG 9 „DIE DEUTSCHE SOZIALVERSICHERUNG“, PLAKAT 1914

Ein neuer Gegenspieler in Schleswig-Holstein: die Krankenkassen

Die neugewonnene Geschlossenheit der Ärzte sollte schon bald auf eine harte Probe gestellt werden. Mit dem „Gesetz betreffend der Krankenversicherung für Arbeiter“ erschien im Jahr 1883 auch in der Provinz Schleswig-Holstein ein bis dahin nicht gekannter Akteur im Gesundheitswesen, die gesetzlichen Krankenkassen.

Diese hatten ihren Versicherten unter anderem eine „freie ärztliche Behandlung“ zu gewähren. Die Ärzte konnten daher ihre Honoraransprüche immer weniger gegenüber ihren Patienten geltend machen, sondern mussten sich hierfür mit den Krankenkassen in Verbindung setzen. Wenngleich der Kreis der Versicherten zunächst klein war und die Privatabrechnung Haupteinnahmequelle der Ärzte blieb, dehnte sich die Zuständigkeit der Krankenkassen schnell auf immer weitere Bevölkerungsschichten aus.

Schon sechs Jahre nach Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung waren in der Provinz Schleswig-Holstein insgesamt 335 Kassen verzeichnet, davon 121 Ortskrankenkassen und 111 Hilfskassen, den späteren Ersatzkassen.²⁵ Längst ließ sich allein mit Privatpatienten die berufliche Existenz kaum noch bestreiten, und die Behandlung von Kassenpatienten wurde für die Ärzte überlebenswichtig. Natürlich eine glänzende Ausgangsposition für die Krankenkassen. Die Ärzte gerieten so in völlige Abhängigkeit von den Krankenkassen, die ganz nach eigenem Belieben deren Honorar und Tätigkeitsumfang festlegen konnten. Nur Ärzte, die diese Konditionen akzeptierten, durften die Behandlung der Versicherten übernehmen. Sie erhielten die Bezeichnung „Kassenärzte“.

Sofern sich innerhalb einer Region kein williger Arzt finden ließ, war es gängige Praxis der Krankenkassen, einen Arzt von außerhalb zu verpflichten. Bereits im Jahr 1884 kam der „Altonaer ärztliche Verein“ damit erstmals in Berührung. Dieser fasste den Beschluss, nur unter bestimmten Honorarbedingungen Kassenarztverträge mit den Krankenkassen abzuschließen. Auch bestehende Verträge sollten möglichst entspre-

chend dieser Normen angepasst werden. Neun Mitglieder des Vereins, die bereits Verträge mit der „Allgemeinen Kranken- und Sterbekasse“ hatten, glaubten jedoch, diese Anpassung per Kündigung erzwingen zu können. In ihrer Generalversammlung lehnte die Kasse jedoch die Forderung als „viel zu hoch“ ab und beschloss gleichzeitig, „in Erwägung, dass sich hier am Orte sowohl als auswärts noch Aerzte finden lassen, die (...) für ein angemessenes Honorar die Behandlung der Mitglieder übernehmen werden, (...) die Kündigung der Kassenärzte zu acceptieren und eine Neuwahl auszuschreiben“. Tatsächlich bewarben sich 13 auswärtige Ärzte auf die vakanten Stellen, und der Alto-naer Ärzteverein war um eine Erfahrung reicher.²⁶

Zumeist machten die Krankenkassen in mittleren und größeren Städten von der Möglichkeit Gebrauch, Kassenarztsitze auszuschreiben, jedoch konnten auch Ärzte in ländlichen Regionen ins Fadenkreuz geraten. In Apenrade forderten die bei der örtlichen Krankenkasse bereits beschäftigten Ärzte selbige auf, auch ihren Kollegen den Status als Kassenarzt einzuräumen. „Die Lösung des Contract-Verhältnisses ist die Folge gewesen und der Vorstand hat sich einen einzigen fixierten Arzt von auswärts (...) verschrieben“, wie der Ärzteverein später bedauernd an den VSHÄ vermelden musste.²⁷ In Sonderburg erfuhren die ortsansässigen Ärzte sogar erst aus der Tageszeitung, dass die Generalversammlung der Ortskrankenkasse beschlossen habe, die freie Arztwahl aufzugeben und zwei Kassenärzte von außerhalb anzustellen.²⁸

Die Ärztevereine in Schleswig-Holstein reagierten auf derartige Maßnahmen der Krankenkassen zunächst mit Geschlossenheit. In fast allen Satzungen wurde festgelegt, dass Kassenarztverträge unter Verweis auf die freie Arztwahl abzulehnen seien oder aber zumindest der vorherigen Genehmigung bedurften. Auch forderten die Ärzte vehement die Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung. Dennoch gelang es den Krankenkassen immer öfter, in diversen Regionen die Pauschalvergütung durchzusetzen, und das auf niedrigem Niveau.

Diese Ohnmacht führte in Schleswig-Holstein zur Entstehung zusätzlicher ärztlicher Organisationen, von denen man sich eine bessere Durchsetzung der eigenen Interessen erhoffte. In Kiel entstand so der „Verein der in Kiel und Umgebung praktizierenden Ärzte“. Dieser spaltete sich im Jahr 1887 vom „Allgemeinen ärztlichen Verein“ ab, dem auch viele Professoren, Dozenten und Assistenzärzte angehörten.²⁹

Ganz ähnliche Motive führten auch 1894 zur Gründung des „Kartell-Verbandes Schleswig-Holsteinischer Ärztevereine“, dem nach und nach alle schleswig-holsteinischen Ärztevereine beitraten. Wenngleich zu den Aufgaben des neuen Verbandes „insbesondere die Wahrnehmung und Förderung der materiellen ärztlichen Interessen“ zählte, blieben die Erfolge des Kartellverbandes eher bescheiden. Daher konnte Referent Dr. Weyhe in seinem „Rückblick auf die Gründung und Entwicklung des Kartellverbandes“³⁰ auf lediglich einen Vertrag verweisen, der unter der Mitwirkung des Kartellverbandes entstanden war. Es handelte sich um eine Vereinbarung mit der „Ortskrankenkasse für den Landkreis Flensburg“, welcher immerhin den Flensburger und Angler Ärztevereinen jeweils einen ärztlichen Vertreter im dortigen Kassenvorstand sicherte. Dem Kartell-Verband war dennoch kein langes Leben beschieden und er löste sich bereits im Jahr 1903 wieder auf.

Ganz anders der „Verein der in Kiel und Umgebung praktizierenden Ärzte“. Schon im Jahr 1893 erarbeitete er mit den Krankenkassen einen zukunftsweisenden Honorarvertrag,³¹ der bereits viele Merkmale eines heutigen Honorarvertrages zum Inhalt hatte. Der „Verein der in Kiel und Umgebung praktizierenden Ärzte“ änderte 1903 seinen Namen in „Kieler ärztlicher Verein“ und besteht bis zum heutigen Tage fort.

Neben den Ärztevereinen schuf der preußische Staat im Jahr 1887 mit der „Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung“ eine Ärzteorganisation als Körperschaft des öffentlichen Rechts: die „Ärzttekammer für die Provinz Schleswig-Holstein“. Diese war befugt, „innerhalb ihres Geschäftskreises Vorstellungen und Anträge an die Staatsbehörden zu richten“ und sich im Bereich der

öffentlichen Gesundheitspflege „gutachtlich zu äußern“. Daneben sollte die Ärztekammer auch hochoffiziell alle Fragen erörtern, die „auf die Wahrnehmung und Vertretung der ärztlichen Standesinteressen gerichtet sind“.³² Insofern befasste sie sich von Anfang an intensiv auch mit Honorarangelegenheiten und saß im Auftrag von Ärztereinigungen häufig direkt am Verhandlungstisch. Daher verwundert es nicht, dass sich sogar in der Standesordnung der Ärztekammer eine Regelung findet, dass „Verträge mit öffentlichen oder privaten Kassen (...) der Genehmigung des ärztlichen Lokalvereins bedürfen und dessen Mitgliedschaft sofort nach Eröffnung der Praxis erstrebt werden muss“.³³

Insgesamt blieb die Dominanz der Krankenkassen aber ungebrochen und die Hoffnung der Ärzte auf eine angemessene Honorierung ihrer Arbeit unerfüllt. Deren ausweglose Situation beschrieb ein schleswig-holsteinischer Landarzt im Jahr 1890 wie folgt: „Das beste, was der kleine Arzt auf dem Lande, der nicht mit Glücksgütern von vornherein gesegnet ist, sich wünschen kann, ist, wenn er durch jahrelange ununterbrochene Arbeit die Existenz seiner Kinder glücklich gesichert hat, wie man sagt, in den Seelen zu sterben (= im Dienste der Arbeit). – Dann bleibt ihm erspart in seinen alten Tagen seine Standesgenossen um ein Almosen zu bitten.“³⁴

Der Hartmannbund und seine Konsequenzen für Schleswig-Holstein

Die ungleiche Machtverteilung zwischen Arzt und Krankenkasse sollte sich jedoch bereits wenige Monate später entscheidend zugunsten der Ärzte ändern, und das sogar grundlegend. Immer mehr Meldungen aus Leipzig erreichten die schleswig-holsteinischen Ärzte. Dort hatte sich erst vor kurzem der „Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ von dem Deutschen Ärztevereinsbund abgespalten und bereits außergewöhnliche Erfolge in lokalen Konflikten mit den Krankenkassen verbuchen können. Die Organisation führte zunächst die Kurzbezeichnung „Leipziger Verband“, welche nach dem Tod ihres Begründers Dr. Hermann Hartmann im Jahr 1920 in „Hartmannbund“ geändert wurde.³⁵

Völlig neu war, dass der Verband zur Durchsetzung seiner berufspolitischen Forderungen gewerkschaftsähnliche Mittel einsetzte und insbesondere Streikmaßnahmen nicht ausschloss. Die neue Strategie bestand darin, dass alle Kassenärzte zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt ihre Verträge kündigten und es den Krankenkassen kurzfristig nicht gelang, andere Ärzte für die Versorgung ihrer Mitglieder zu finden.

In der Provinz Schleswig-Holstein wirkten daher sämtliche ärztliche Organisationen zusammen, um möglichst alle Ärzte in sogenannte „Schutz- und Trutzbündnissen“ zu vereinen. So etablierte die Ärztekammer im Jahr 1903 zwei Vertragskommissionen („V.-K.“), denen ab sofort jeder Vertrag vor Abschluss zur Genehmigung vorzulegen war, sowie insgesamt 20 Vertrauenskommissionen vor Ort.³⁶ Das Zusammenwirken dieser beiden Kommissionen beschreibt der Vorsitzende der V.-K. II, Dr. Henop (Altona), rückblickend wie folgt: „Im Mai gingen beide Vertragskommissionen daran, die Vertrauenskommissionen dafür zu gewinnen, innerhalb ihrer Kreise ‚Schutz- und Trutzbündnisse‘ möglichst aller Ärzte zu begründen, um dadurch den Anordnungen der Vertragskommissionen eine freiwillige, aber unbedingte Befolgung zu sichern.“³⁷



ABBILDUNG 10 DR. HERMANN HARTMANN, GRÜNDER DES HARTMANNBUNDES

Bereits bei der Sitzung der Ärztekammer am 27. März 1904 konnten die beiden Kommissionen vermelden, dass „97 bis 98 Prozent aller Ärzte (in einigen Kreisen 100 Prozent) die Erklärung zum Schutz- und Trutzbündnis unterschrieben“ hätten.³⁸

Angesichts dieser ärztlichen Geschlossenheit wundert es nicht, dass die Vertragskommissionen sehr schnell erste Verhandlungserfolge vermelden konnten. So hätten sich die Verhältnisse in den überwiegend ländlichen Kreisen „wesentlich gebessert“, wengleich in großen Stadtbezirken und industriellen Zentren „die Fortschritte nur bedingt“ zu nennen seien. Der Vorsitzende der Vertragskommission betonte aber auch in seinem Bericht, „daß die Erfolge nicht gelungen wären, wenn der Leipziger Verband (später Hartmannbund genannt) nicht existierte“. Die Kassen hätten stets gewusst, dass ihnen bei Nichteinigung gegebenenfalls überhaupt keine Ärzte zur Verfügung stehen könnten.³⁹ Insofern musste der Hartmannbund in Schleswig-Holstein nur höchst selten in regionale Konflikte aktiv eingreifen.



ABBILDUNG 11 37. DEUTSCHER ÄRZTETAG IN LÜBECK, 1909

Die „Kanalarztfrage“

Einer dieser seltenen Fälle war die sogenannte „Kanmarztfrage“. Mit der Inbetriebnahme des Kaiser-Wilhelm-Kanals (später umbenannt in „Nord-Ostsee-Kanal“) ließen sich zahlreiche Familien entlang der Wegstrecke nieder. Egal ob Lotsen, Schleusenmeister, Steuerleute, Telegraphisten oder Nachtwächter – alle Berufsgruppen unterstanden dem Kaiserlichen Kanalamt in Kiel, das für die Unterhaltung und den Betrieb des Kanals zuständig war. Dazu zählte auch die medizinische Versorgung der Beamten und Angestellten.

Immer wieder kam es dabei zu Konflikten mit dem Präsidenten des Kaiserlichen Kanalamtes. Das Kanalamt plante, seinen mittleren und unteren Beamten sowie deren Familien freie ärztliche Behandlung zu gewähren. Bisher bestand freie Wahl unter den ansässigen Ärzten, wobei die ärztliche Vergütung auf Privatbasis erfolgte. Eine existenziell wichtige Einnahmequelle, da aufgrund der strategischen Bedeutung des Kanals nahezu alle dort tätigen Berufsgruppen im Beamtenverhältnis standen.

Nach dem Willen des Kaiserlichen Kanalamtes sollte deren medizinische Versorgung durch vier festangestellte Kanalärzte sichergestellt werden, was eine Behandlung durch die bisherigen Ärzte ausschloss.

Nach Einschätzung eines Professor Petersen vom Kieler Ärzteverein war deren Situation hierdurch derart brisant, dass diese zum Teil vor der Frage standen, „auszuwandern oder zu verhungern“⁴⁰.

Ein Vertrauensmann des Hartmannbundes wandte sich daher im Namen der betroffenen Ärzte direkt an die vorgesetzte Stelle des Kaiserlichen Kanalamtes in Berlin. In diesem Schreiben⁴¹ wird einerseits um Unterstützung gebeten, andererseits aber auch unverhohlen mit Kampfmaßnahmen gedroht: „Da wir bei Ablehnung unserer Bitte nur

die Wahl haben, unsere jetzige Existenz von vornherein aufzugeben oder um sie zu kämpfen, so wäre es Pflicht der Selbsterhaltung, den letzten Weg zu beschreiten, auf dem uns die gesamte Deutsche Ärzteschaft Gefolgschaft leisten würde.“ Gleichzeitig erhielten die Ärzte Unterstützung von der Ärztekammer, die einstimmig erklärte, dass die Annahme des Vertrages einen „offenkundigen Gegensatz gegenüber den Anschauungen der gesamten Ärzteschaft in der Provinz“⁴² darstelle. Angesichts dieser Gegenwehr nahm das Kanalamt schließlich Abstand von seinen ursprünglichen Plänen und es gelang den Vertragskommissionen der Ärztekammer, nach „weitläufigen, schwierigen Verhandlungen“ einen Vertrag auf Grundlage von freier Arztwahl zu schließen.⁴³



ABBILDUNG 12 TELEGRAMM DES KAISERLICHEN KANALAMTES, 1904
WORTLAUT: „BITTE DRINGEND UM ANTWORT AUF MEIN SCHREIBEN VOM 5. D. MTS. BETREFFEND DEN ÄRZTESTREIK, DA NOTSTAND VORHANDEN. LÖWE PRÄSIDENT DES KAISERL. KANALAMTES“

Die Idee der Kassenärztlichen Vereinigungen entwickelt sich

Nur wenige Jahre später, am 24. Juni 1911, beschloss der 38. Ärztetag in Stuttgart einen wichtigen Meilenstein in der Entwicklung der heutigen Kassenärztlichen Vereinigungen. Hintergrund war eine Regelung in der Reichsversicherungsordnung (RVO), wonach einzelne Krankenkassen sich zu Kassenverbänden vereinigen konnten, unter anderem zu dem Zweck, „Verträge mit den Ärzten zu schließen oder vorzubereiten“. Der Ärztetag war daher der allgemeinen Auffassung, dass die Ärzteschaft „schwere wirtschaftliche und finanzielle, ethische und sittliche Schädigungen“ nur abwenden könne, „wenn sie mit den Gegenkontrahenten wie diese korporativ in streng geschlossenen Organisationen zu verhandeln in der Lage ist“.⁴⁴ Konkret sollte für jeden Versicherungsbezirk ein „rechtsfähiger kassenärztlicher Verein“ errichtet werden, dessen ausschließliche Aufgabe es sein sollte, sämtliche Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen auf Grundlage bestimmter Standards zu schließen. Hierzu zählten die Förderung der freien Arztwahl, die Gewährleistung eines angemessenen Honorars, die Bildung von Einigungskommissionen und Schiedsgerichten sowie Bestimmungen über die Errichtung von Kontrollinstanzen.

Erklärter Zweck jedes Kassenärztlichen Vereins war es, „die Beziehungen der Ärzte zu den Krankenkassen zu regeln, und zwar dadurch, dass nicht das einzelne Mitglied, sondern ausschließlich der Verein für seine Mitglieder (...) die Verträge mit den Krankenkassen abschließt, kündigt und die Durchführung der Verträge überwacht“.⁴⁵ Jeder Verein wählte zu diesem Zweck für die Dauer von drei Jahren einen „Geschäftsausschuss“, aus dessen Reihen unter anderem drei Mitglieder in die mit den Krankenkassen zu vereinbarenden Einigungsausschüsse bzw. in das zu vereinbarende Schiedsgericht

delegiert wurden⁴⁶. Auch oblag dem Geschäftsausschuss, „die Vereinsmitglieder hinsichtlich ihrer kassenärztlichen Tätigkeit bei allen von ihm verrechneten Kassen zu überwachen (...), die Rechnungen im Falle ungerechtfertigter Übertreibung zu kürzen und die Mitglieder bei wiederholten Verstößen gegen die Regeln für die Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit zu belehren, zu ermahnen, zu verwarnen, nach Paragraph 9 in eine Geldstrafe zu nehmen und vorübergehend oder dauernd auszuschließen“.⁴⁷



ABBILDUNG 13 STUTTGART, TAGUNGSTORT DES 38. ÄRZTETAGES 1911

Weiterhin hatte der Geschäftsausschuss die „Regeln für den kassenärztlichen Dienst auszuarbeiten und für deren Durchführung zu sorgen“. Was darunter zu verstehen ist, erläuterte der „vorbereitende Organisationsausschuss“ – so habe der „Kassenarztverein“ dafür zu sorgen, „dass auch die nötigen Ärzte in ausreichender Zahl vorhanden sind (...) und für Ersatz zu sorgen, wenn er an einer Stelle im Kassenbezirk eine Lücke eintreten lässt“⁴⁸.

Betrachtet man mit zeitlichem Abstand die damaligen Aufgaben jener „kassenärztlichen Lokalvereine“, so lässt sich aus den mehr als 100 Jahre alten Dokumenten viel „DNA-Material“ heutiger Kassenärztlichen Vereinigungen erkennen: ein Verhandlungspartner auf Augenhöhe durch den Abschluss von Kollektivverträgen mit gleichzeitiger Übernahme von Versorgungsverantwortung in ärztlicher Selbstverwaltung. Noch handelte es sich jedoch um keine Körperschaften, sondern um rechtsfähige Vereine.

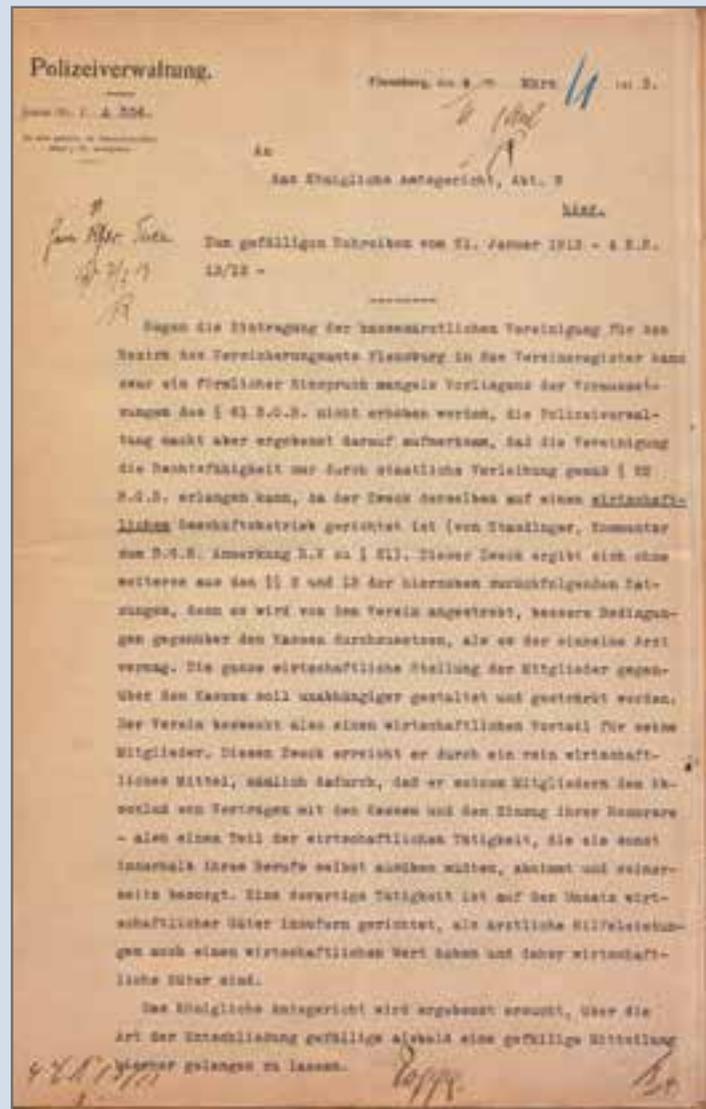
Die Geburtswehen der Kassenärztlichen Vereinigung Flensburg (Stadt)

Dass selbst dieser Status erst hart erkämpft werden musste, zeigt ein Beispiel aus Flensburg⁴⁹. Das dortige Königliche Amtsgericht hatte die Anmeldung der „Kassenärztlichen Vereinigung im Bezirk des Versicherungsamtes Flensburg (Stadt)“ zur Eintragung ins Vereinsregister zugelassen und ihre Entscheidung gemäß Paragraph 61 BGB der Polizeiverwaltung Flensburg als zuständige Verwaltungsbehörde mitgeteilt. Obwohl diese einen förmlichen Einspruch mangels entsprechender Voraussetzungen nicht erheben konnte, machte die Polizeiverwaltung das Amtsgericht „ergebnst darauf aufmerksam“, dass der Zweck der kassenärztlichen Vereinigung auf einen „wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb“ gerichtet sei, was einen Eintrag in das Vereinsregister gemäß Paragraph 21 BGB unmöglich mache. Da das Amtsgericht die Bedenken der Polizeiverwaltung nicht teilte, wandte diese sich schriftlich an das Königliche Landgericht als Berufungsinstanz und bat darum, die Eingabe „sowohl als Beschwerde als auch Vorstellung zu

betrachten“. Jedoch ohne Erfolg. Die Polizeiverwaltung musste sich dort vielmehr belehren lassen, dass die Beschwerde unzulässig sei, da die Polizei durch die Verfügung nicht beeinträchtigt werde. Außerdem sei die Prüfung des Antrages ausschließlich Sache der Gerichte, und nach deren Auffassung sei der Zweck der Kassenärztlichen Vereinigung nicht überwiegend wirtschaftlicher Natur, auch wenn sich diese eines „wirtschaftlichen Geschäftsbetriebes, insbesondere eines Inkassobureaus“ bediene. Dennoch war die Beschwerde der Polizeiverwaltung nicht umsonst, sondern vielmehr kostenpflichtig. Das Königliche Landgericht erlaubte sich den Hinweis, dass sich die Kostenentscheidung entsprechend Paragraph 1 des Preußischen Gerichtskostengesetzes ergebe.

Das ursprüngliche Vorhaben, für jedes Versicherungsamt in der Provinz Schleswig-Holstein eine Kassenärztliche Vereinigung zu errichten, erwies sich schnell als unrealistisch. Zwar gab es eigenständige Versicherungsämter selbst in Orten wie Cismar oder St. Georgsberg (heute ein Stadtteil von Ratzeburg), jedoch nur eine winzige Anzahl an Ärzten. Daher bildeten die Ärzte benachbarter Regionen mitunter eine gemeinsame Kassenärztliche Vereinigung, wo jedoch die Bearbeitung der Kassenangelegenheiten entsprechend der Versicherungsämter erfolgte. Auch für den Bereich des Versicherungsamtes Sonderburg wurde keine KV gegründet. Die Gründe lagen allerdings dort nicht an der geringen Zahl an Ärzten, sondern an innerärztlichen Konflikten.

Am 25. Mai 1913 fanden sich die Vertreter von 22 Kassenärztlichen Vereinigungen⁵⁰ in Neumünster zur konstituierenden Sitzung des „Zweckverbandes der kassenärztlichen Vereinigungen für Schleswig-Holstein und das Fürstentum Lübeck“ zusammen. Primärer Zweck des Verbandes war die Zusammenfassung der kassenärztlichen Vereinigungen, wobei schon in der Einladung großer Wert auf deren Selbstständigkeit und die „nur beratende, richtungsgebende, zusammenfassende Bedeutung“ des Zweckverbandes gelegt wurde. Nach der Satzung⁵¹ kam dem Zweckverband unter anderem die Aufgabe zu, die Verträge der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen zu sammeln und auf die „Erzielung möglicher Gleichmäßigkeit in den wichtigsten Vertragspunkten“ hinzu-



	Stand: Mai 1913
1	KV Altona
2	KV Wandsbek Stormarn
3	KV Kiel
4	KV Lauenburg
5	KV Neumünster
6	KV Pinneberg
7	KV Plön
8	KV Segeberg
9	KV Eutin (Fürst. Lübeck)
10	KV Schleswig
11	KV Flensburg-Stadt
12	KV Flensburg-Land
13	KV Apenrade
14	KV Rendsburg
15	KV Tondern
16	KV Hadersleben
17	KV Husum
18	KV Steinburg
19	KV Norder-Dithmarschen
20	KV Süder-Dithmarschen
21	KV Eckernförde
22	KV Oldenburg

ABBILDUNG 15 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN IN SCHLESWIG-HOLSTEIN UND IM FÜRSTENTUM LÜBECK IM JAHR 1913 (QUELLE: MITTEILUNGEN DES VEREINS SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER ÄRZTE)

ABBILDUNG 14 SATZUNG DER KV FLENSBURG, 1912, SCHREIBEN DER POLIZEIVERWALTUNG, 1913

wirken. Konkret hatte der Vorstand aber auch „alle kassenärztlichen Vorgänge von allgemeiner Bedeutung dem Beirat des ‚Leipziger Verbandes‘ zu berichten (und) die Befolgung der Beschlüsse und Direktiven von ‚Ärztevereinsbund‘ und ‚Leipziger Verband‘ zu überwachen“.⁵²

Noch während der eigenen konstituierenden Sitzung leitete der frischgewählte Vorstand des Zweckverbandes daher die Befolgung des letzten Rundschreibens von Ärztevereinsbund und Hartmannbund in die Wege. So beschloss der Zweckverband, „alle Verträge formell auf den 1. Januar 1914 zu kündigen ohne Schroffheit und mit dem Hinweis, dass die Kündigung nur geschieht, um die neuen Vertragsverhandlungen zu ermöglichen“.⁵³

Hintergrund war die Reichsversicherungsordnung (RVO), die ebenfalls zum 1. Januar 1914 in Kraft trat. Neben der Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf mehr als die Hälfte der Bevölkerung, plante der Gesetzgeber mit Paragraf 370 RVO eine Regelung, die es den Krankenkassen erlaubte, gegenüber ihren Versicherten von dem Sachleistungsprinzip abzuweichen und stattdessen eine Barleistung zu entrichten, sollten sie keine Verträge mit den Ärzten zu angemessenen Konditionen abschließen können bzw. die Ärzte die Verträge nicht einhalten. Damit wäre das wichtigste Druckmittel der Ärzte von den Krankenkassen genommen und direkt auf die Versicherten verlagert worden. Kein Wunder also, dass der Hartmannbund mit Unterstützung aller ärztlichen Standesorganisationen zum reichsweiten Streik aufrief.

In der Provinz Schleswig-Holstein wurde dem Aufruf offenbar auf breiter Front gefolgt. So konnte der Zweckverband im November zufrieden feststellen, „daß die Kündigung der Verträge auf den 31. Dezember 1913 fast lückenlos durchgeführt und etwa begonnene Verhandlungen abgebrochen wurden“⁵⁴.

Mitte Dezember wurde sogar ein Antrag gestellt, „dass in Schleswig-Holstein nur dann der Friede geschlossen werden soll, wenn eine drei Viertel Majorität dafür ist“⁵⁵.

Unmittelbar vor Beginn des reichsweiten Ärztestreiks scheinen sich auch einige skurrile Begebenheiten zugetragen zu haben. So berichtete der Vorsitzende der KV Altona amüsiert von einem Kollegen, welcher in einem Bremer Hotel „durch Vermittlung des Pförtners als Nothelfer für die dortige Ortskrankenkasse eingefangen werden sollte“⁵⁶.

Das Berliner Abkommen und seine Umsetzung in Schleswig-Holstein

In allerletzter Sekunde konnte der Streik aber doch noch abgewendet werden. Unter Mitwirkung der Reichsregierung verständigten sich Ärzte und Krankenkassen am 23. Dezember 1913 auf das bahnbrechende „Berliner Abkommen“, das den Grundstein für das Kollektivvertragssystem und die gemeinsame Selbstverwaltung legte. Die Verträge wurden zwar weiterhin zwischen Krankenkasse und individuellem Arzt geschlossen, jedoch oblag es ab sofort paritätisch besetzten Vertragsausschüssen aus Ärzten und Krankenkassen, den Inhalt jener Einzelverträge auszuhandeln. Sofern hierbei keine Einigung erzielt wurde, hatten sich ab sofort Ärzte und Krankenkassen dem Spruch eines ebenfalls paritätisch besetzten Schiedsamtes mit einem beamteten Vorsitzenden zu unterwerfen. Gleichzeitig wurde unter anderem auch die einseitige Zulassungsautonomie der Krankenkassen aufgegeben und durch paritätisch besetzte Registerausschüsse ersetzt (auf 1.350 Versicherte war mindestens ein Arzt zuzulassen).⁵⁷

Bedingt durch den Ausbruch des Ersten Weltkrieges konnten in Schleswig-Holstein nicht mehr alle Bestandteile des Berliner Abkommens umgesetzt werden. So gab es im Jahr 1920 noch immer kein Schiedsamt bei dem Obergewerksamt in Schleswig, obwohl dieses bereits vor dem Krieg beantragt wurde⁵⁸. Auch bestand über die gesamte Kriegszeit kaum Kommunikation und Abstimmung unter den lokalen Kassenärztlichen

Vereinigungen, weil der Leiter des Zweckverbandes zum Kriegsdienst einberufen wurde und keine Stellvertreter bestellt hatte. Glücklicherweise hielten jedoch die beiden Vertragskommissionen der Ärztekammer auch in den Kriegsjahren engen Kontakt. Lokal abgeschlossene Verträge wurden von diesen genehmigt, mindestens aber begutachtet. Dies machten sie in den Kriegsjahren offenbar derart gut, dass sogar Hermann Hartmann, der Gründer des Hartmannbundes, sich dafür einsetzte, dass die Vertragskommissionen „als Organ der Kammer mit öffentlich-rechtlichem Charakter neben den Vereinsvertretungen zweckmäßiger Weise aufrechtzuerhalten sind“.⁵⁹

Als „kassenärztlicher Mittelpunkt der Provinz“ nahm im Jahr 1920 das sogenannte „Ärztbüro Schleswig-Holstein“ als ausführendes Organ des Zweckverbandes in Kiel seinen Dienst auf, stand jedoch auch Ärztevereinen offen.⁶⁰

Konfrontation und Annäherung

Konnte ein Ärztestreik im Jahr 1913 gerade noch vermieden werden, kam es zehn Jahre später auch in Schleswig-Holstein zum Eklat mit den Krankenkassen. Auf dem Höhepunkt von Wirtschaftskrise und Inflation erließ Reichskanzler Gustav Stresemann am 30. Oktober 1923⁶¹ die „Verordnung von Krankenhilfe bei den Krankenkassen“, mit der viele Errungenschaften des Berliner Abkommens zurückgenommen und grundlegende Entscheidungen wieder allein in die Hände der Krankenkassen gegeben wurden. So sollten die Kassenvorstände berechtigt sein, zur „Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenkasse“ eigene Richtlinien zur Vermeidung einer „unnötigen und übermäßigen Inanspruchnahme der Krankenhilfe“ zu erlassen. Bei wiederholter Verletzung dieser Richtlinien konnte der Kassenvorstand den betreffenden Ärzten fristlos kündigen und ihnen für zwei Jahre eine erneute Zulassung versagen. Auch konnten Kassenvorstände nach der Verordnung die Zulassung von Ärzten auf eine Verhältniszahl von 1:1.350 Versicherte pro Arzt beschränken.



ABBILDUNG 16 SEGEBERGER ZEITUNG, 4. DEZEMBER 1923

Warnung.

Insel Helgoland. Die dortige Ortskrankenkasse sucht einen zweiten Arzt und zwar einen Chirurgen heranzuziehen. Nach der Beendigung der Entfestigungsarbeiten bietet die kleine Insel, deren Ortskrankenkasse im Sommer höchstens 300 Mitglieder hat, keine Eristenzmöglichkeit für einen zweiten Arzt. Wir warnen deshalb dringend vor einer Niederlassung daselbst.

ABBILDUNG 17 ÄRZTLICHE MITTEILUNGEN, 23. AUGUST 1924

Zur „Vermeidung von Fuhrkosten“ wurde es den Kassenvorständen ferner gestattet, in ländlichen Regionen Ärzten bestimmte Versorgungsbezirke zuzuweisen und örtlich nicht zuständigen Ärzten die Vergütung zu verweigern.

Kein Wunder, dass der Hartmannbund reichsweit den „vertraglosen Zustand (V. Z.)“ ausrief. Mit Ausnahme von Bayern und Baden⁶² kamen alle Ärzte dem Aufruf nach und behandelten die Kassenmitglieder ab dem 1. Dezember 1923 nur noch gegen Bargeld. Meist erfolgte die Liquidation nach den Mindestsätzen der Preußischen Gebührenordnung (PreuGo), in manchen KVen wurden für bestimmte Leistungen jedoch auch Zuschläge von bis zu 50 Prozent verlangt.⁶³ Daher informierten die Vorstände der „Orts- und Landeskrankenkasse im Landesteil Lübeck“ vorsorglich in Zeitungen darüber, dass ihre Mitglieder für eine Beratung in der Sprechstunde „1.228 Milliarden und für einen Besuch des Arztes im Haus des Kranken nicht mehr als 2.456 Milliarden“ zu zahlen hätten.⁶⁴ Zusätzlich hatten die meisten KVen aber auch „Kampffonds“⁶⁵ gebildet, mit welchen sich Praxisausfälle kompensieren ließen.

Nach acht Wochen wurde der „vertraglose Zustand“ gegenüber fast allen Krankenkassen für beendet erklärt, da die Regierung sich gezwungen sah, weite Teile der Verordnung zurückzunehmen. Nicht genug für die schleswig-holsteinischen Ärzte. Diese machten intern der Führung des Hartmannbundes in Leipzig massive Vorwürfe, den Ärztestreik

„auf Kosten der Landärzte“ zu früh abgebrochen zu haben⁶⁶ und verlangten „zur nachdrücklichen Vertretung der Belange der Landärzte“ die sofortige Entsendung zweier Kollegen aus der Provinz nach Leipzig⁶⁷.

Der Kampfesstaub legte sich aber schnell wieder, und die nächsten Jahre blieben in Schleswig-Holstein weitgehend friedlich. Interessengegensätze konnten meist durch Schiedsämter und Schiedsgericht ausgeräumt werden. 1927 wurde sogar eine Arbeitsgemeinschaft von Ärzten und Krankenkassen gegründet, unter anderem zur Beilegung von Meinungsverschiedenheiten und Streitigkeiten und der Erarbeitung eines provinziellen Mantelvertrages.

Auch innerärztlich erhielten die schleswig-holsteinischen Ärzte in Leipzig mehr Mitsprachemöglichkeit. Durch eine Umorganisation der Leitung des Hartmannbundes im Jahr 1929 wurden wichtige Beschlüsse nicht mehr in einem Beirat, sondern in einem Gesamtvorstand gefasst, zu denen die Länder und Provinzen Vertreter entsandten.⁶⁸

Geburt der ärztlichen Selbstverwaltung

Unter den Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise spitzten sich die Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Krankenkassen allerdings nur wenig später wieder zu. Die Reichsregierung ermächtigte per Notverordnung vom 26. Juli 1930 erneut die Krankenkassen, Einzelverträge mit Ärzten ihrer Wahl zu schließen. Und wieder reagierten die

freiberuflich tätigen Ärzte mit Empörung. Um die medizinische Versorgung der Bevölkerung auch langfristig sicherzustellen, drohte die Reichsregierung dieses Mal allerdings, die Kassenärzte zu Kassenangestellten zu machen. Gerade noch rechtzeitig reagierte der Hartmannbund auf diese Bedrohung und entwickelte ein Konzept, das sowohl der Reichsregierung als auch den Kassen entgegenkam. Da einige Krankenkassen jedoch weiterhin ihre Zustimmung verweigerten, zog die Reichsregierung einen Schlusstrich und übertrug das Konzept am 8. Dezember 1931 in eine Notverordnung, die zum 1. Januar 1932 in Kraft gesetzt wurde.



ABBILDUNG 18 VOSSISCHE ZEITUNG, 9. DEZEMBER 1931

Diese Verordnung gilt als die Geburtsstunde der ärztlichen Selbstverwaltung, deren prinzipiellen Merkmale bis heute fortbestehen. Das Einzelvertragssystem wurde durch ein Kollektivvertragssystem als Grundlage der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen abgelöst. Die regionalen KVen wurden alleiniger Vertragspartner der Krankenkassen und erhielten das Recht, die von den Krankenkassen entrichtete Gesamtvergütung in Eigenregie an ihre Mitglieder zu verteilen. Gleichzeitig wurden die bislang privatrechtlichen KVen Körperschaften des öffentlichen Rechts. Ihnen wurden der Sicherstellungsauftrag, Disziplinarbefugnisse und die Bedarfsplanung für die ambulante Versorgung übertragen. Im Gegenzug unterwarf sich die Ärzteschaft im Falle einer Nichteinigung mit den Krankenkassen künftig einem gesetzlich geregelten Schiedsverfahren, wodurch ein vertragsloser Zustand – die bis dato stärkste Waffe des Hartmannbundes – nicht mehr eintreten konnte. Ob sich alle der (noch) 18 Kassenärztlichen Vereinigungen in Schleswig-Holstein der wichtigen Bedeutung auch wirklich bewusst waren? Das Sitzungsprotokoll der KV Plön vom 7. Dezember 1932 vermerkt unter dem Tagesordnungspunkt „Gründung der gesetzlichen K.V.“ lediglich folgende dürre Worte: „Die Gründung der G.K.V. ist notwendig geworden durch das neue Arztrecht. Der Vorstand der G.K.V. Plön wird der gleiche wie in der K.V. Plön. Als Satzungen der G.K.V. Plön werden die Satzungen der G.K.V. Kiel mit den entsprechenden Änderungen im Namen und Titel vom Vorsitzenden vorgeschlagen und verlesen. Es erfolgt die Gründung der G.K.V. Plön und einstimmige Annahme der vorgeschlagenen Satzung.“⁶⁹

Endnoten

- 1 Bericht über die Sitzung der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 18. August 1956
- 2 Prof. Dr. Schwalbe J.: „Ärztmangel auf dem Lande“, in: „Die Woche“ vom 20. Februar 1909, S. 305ff
- 3 Sogar eine direkte Mitsprachemöglichkeit haben die niedergelassenen, angestellten und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten Schleswig-Holsteins über die regionalen Vertretungen der KVSH, den sogenannten „Kreisstellen“. Deren gewählte Vorsitzende fungieren als wichtiges Bindeglied zwischen der KVSH in Bad Segeberg und deren Mitglieder vor Ort.
- 4 Vgl. Zunft der Wundärzte, Digitale Sammlungen, Blätter für Polizei und Kultur, S. 370
- 5 Vgl. Harald Jenner: Organisation des Gesundheitswesens 1982
- 6 Vgl. H. E. Richter, Geschichte und Literatur der Ärztevereine, in: Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland, 1873, Nr. 9/10, S. 66.
- 7 Vgl. „Die Schleswig-Holsteinische Medicinalverfassung“, Heide 1834, S. 36
- 8 Ebd., S. 36
- 9 Ebd., S. 45
- 10 Vgl. Provinz Schleswig-Holstein (Dr. Wallichs, Altona), in: „Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland“, S. 74ff
- 11 Vgl. Friedrich von Rohden: „Der Ärztliche Verein zu Lübeck“, Lübeck 1959, S. 21
- 12 Ebd. Theodor Eschenburg: „Der Ärztliche Verein zu Lübeck“, Wiesbaden 1909, S. 29
- 13 Vgl. Theodor Eschenburg: Der Ärztliche Verein zu Lübeck, Wiesbaden 1909, S. 4
- 14 Zitiert in Friedrich von Rohden: „Der Ärztliche Verein zu Lübeck“, Lübeck 1959, S. 12/13
- 15 Vgl. Beilage zu den Mitteilungen des Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte, 1890, S. 2
- 16 Vgl. entsprechende Lebensdaten über die Dres. Johannes Bockendahl, Karl Heinrich Christian Bartels, Julius Wallichs, Magnus Friedrich Steindorff auf www.wikipedia.de
- 17 Vgl. Schleswig-Holsteinische Landesbibliothek (Hg.): BioLex Digital Biographisches Lexikon für Schleswig-Holstein und Lübeck, Wachholtzverlag, Kiel/Hamburg 2020, S. 2.535
- 18 Vgl. Beilage zu den Mitteilungen des Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte, 1890, S. 6
- 19 Vgl. „Referat über die Vereinsversammlung in Neumünster am 18. Oktober 1865“, in: Mitteilungen des VSHÄ, 1866, S. 11
- 20 Vgl. Dr. Wallichs: „Referat über die Erfolge hinsichtlich der Gründung von Localvereinen“, in: Mitteilungen des VSHÄ, 1866, S. 52ff
- 21 Ebd., S. 54
- 22 Vgl. Provinz Schleswig-Holstein (Dr. Wallichs, Altona), in: „Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland“, 1890, S. 75
- 23 Ebd. Provinz Schleswig-Holstein (Dr. Wallichs, Altona) in „Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland“, 1890, S. 75
- 24 Ebd., S. 76
- 25 Vgl. Statistik der Krankenversicherung der Arbeiter im Deutschen Reich für das Jahr 1889, S. 86
- 26 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1884, S. 87ff
- 27 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1890, S. 97
- 28 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1898, S. 47/48
- 29 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1903, S. 63/64
- 30 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1900, S. 85ff
- 31 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1893, S. 90ff
- 32 Vgl. „Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung“ in „Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten“, 1887, Nr. 18
- 33 Vgl. sinngemäß Mitteilungen des VSHÄ, November 1899, S.72ff
- 34 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1890, S. 56
- 35 Im Folgenden soll zweckmäßigerweise die Bezeichnung „Hartmannbund“ benutzt werden, wo möglich.
- 36 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1903, S. 233/234
- 37 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1904, S. 83

- 38 Ebd. Mitteilungen des VSHÄ, 1904, S. 54
- 39 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1905, Nr. 5, S. 130
- 40 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1905, Nr. 15
- 41 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Landesarchiv, Mappe „Abt. 381, Nr. 137“
- 42 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1905, S. 39
- 43 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1912, S. 22
- 44 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1912, S. 77
- 45 Ebd. Mitteilungen des VSHÄ, 1912, S. 77
- 46 Ebd. Mitteilungen des VSHÄ, 1912, S. 90
- 47 Ebd. Mitteilungen des VSHÄ, 1912, S. 90
- 48 Ebd. Mitteilungen des VSHÄ, 1912, S. 105
- 49 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Landesarchiv, Mappe „Abt.355 Flbg. Nr. 334“
- 50 Die KV Oldenburg fehlte bei der konstituierenden Sitzung.
- 51 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, Juli 1913, S. 19ff
- 52 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, Mai 1913, S. 249
- 53 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, Juli 1913, S. 14
- 54 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, November 1913, S. 49
- 55 Ebd. Mitteilungen des VSHÄ, Februar 1914, S. 126
- 56 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, Februar 1914, S. 126
- 57 Das Berliner Abkommen ist abgedruckt in J. F. Volrad Deneke: 100 Jahre Hartmannbund, Bonn/Berlin 2000, S. 497ff
- 58 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, März/Mai 1920, S. 39
- 59 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1918, S. 17
- 60 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1919, S. 108ff
- 61 Da die Neuverhandlungen über eine Verlängerung des Ende 1923 auslaufenden Berliner Abkommens zu keinem Ergebnis führten, wurde ebenfalls am 30. Oktober 1923 der privatrechtlich vereinbarte Inhalt des Berliner Abkommens mit der „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“ gesetzlich geregelt. Damit wurde die Basis für eine öffentlich-rechtliche Selbstverwaltung geschaffen, da ein paritätischer Reichtsausschuss zu Bereichen, wie Arztverträge, Zulassung, und Wirtschaftlichkeit, Richtlinien erlassen konnte und damit zu einem rechtssetzenden Organ wurde.
- 62 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1924, S. 7
- 63 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, Januar 1924, S.1
- 64 Vgl. Lübecker Volksbote vom 5. Dezember 1923
- 65 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, Januar 1924, S. 2
- 66 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, April 1924, S. 1
- 67 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, Februar 1924, S. 6
- 68 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, 1930, S. 90
- 69 Vgl. Mitteilungen des VSHÄ, Mai 1933, S. 113

WICHTIGE EREIGNISSE
IM ÜBERBLICK

„Gleichschaltung“ statt
Interessenvertretung
1933 – 1945

1933

Das KV-Wesen wird in das NS-System „eingliedert“. Die regionalen KVen werden aufgelöst und deren Aufgaben zentral durch die „Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD)“ wahrgenommen.

1933

In Schleswig-Holstein wird zur Gleichschaltung der Ärzteorganisationen aus Standespolitikern ein „Führerrat“ gebildet.

1933

Schließung des Ärztlichen Provinzialverbandes in Kiel und Eröffnung der „Provinzstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands“ in Neumünster

1933

Mit der „Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen“ vom 22. April 1933 haben die KVen „die Zulassung von Ärzten nicht-arischer Abstammung (soweit nicht Frontkämpfer) sowie kommunistischer Ärzte (...) für beendet zu erklären“.

1933

Die „Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ tritt in Kraft. Das Gesetz dient im NS-Staat der sogenannten „Rassenhygiene durch Unfruchtbarmachung“ vermeintlicher „Erbkranker“ und Alkoholiker.

1934

Die 18 KVen in Schleswig-Holstein werden zu fünf Bezirksstellen zusammengelegt.

1935

Mit der Errichtung der Reichsärztekammer werden Ärztevereinsbund und Hartmannbund aufgelöst.

1936

Die Reichsärzteordnung tritt in Kraft. Der ärztliche Beruf ist nunmehr kein Gewerbe mehr.

1938

Mit der „Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz“ wird jüdischen Ärzten mit Wirkung zum 30. September 1938 die Approbation entzogen.

1939

Beginn des sogenannten „Euthanasie-Programms“ der Nationalsozialisten, dem bis 1945 mindestens 100.000 Kranke und Menschen mit Behinderung zum Opfer fallen.

1933 – 1945: „Gleichschaltung“ statt Interessenvertretung

Letztlich konnten die 18 gesetzlichen Kassenärztlichen Vereinigungen in Schleswig-Holstein nur wenige Monate ungestört arbeiten. Nach ihrer Machtübernahme am 31. Januar 1933 begannen die Nationalsozialisten sofort mit der Gleichschaltung der ärztlichen Körperschaften und zerstörten in rascher Folge die noch zarten Blüten der ärztlichen Selbstverwaltung.

Dr. Gerhard Wagner, bis dato 1. Vorsitzender des „Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes“ (NSDÄB), erklärte sich am 24. März 1933 zum Kommissar des Hartmannbundes und des Deutschen Ärztevereinsbundes. Dass diese Übernahme alles andere als harmonisch vonstatten ging, lässt die Nebenbemerkung eines Zeitzeugen erahnen, wonach die Herren vom NS-Ärztebund im Gespräch mit den beiden ärztlichen Spitzenverbänden freundlich darauf hinwiesen, „dass die Umstellung unter allen Bedingungen erzwungen werden müsse, und für alle Fälle schon SA bereitgestellt sei“.¹

Durch die Machtübernahme der Nationalsozialisten kam es auch in Schleswig-Holstein zu massiven personellen Veränderungen. „Zum Zwecke einheitlicher Gleichschaltung und reibungsloser Durchführung der kommenden Umgestaltung der ärztlichen Organisationen“ ernannte Wagner per Verfügung am 6. Mai 1933 den Gauobmann des NSDÄB, Dr. Hans Köhler, Frauenarzt aus Neumünster, zum „vorläufigen Beauftragten der beiden Spitzenverbände“ für die Provinz Schleswig-Holstein.² Dieser begann sehr schnell mit der regionalen Umgestaltung.



ABBILDUNG 1 ÄRZTLICHE MITTEILUNGEN, 3. JUNI 1933

So traten zum Beispiel in Kiel die Vorstände des dortigen Ärztevereines und der Kassenärztlichen Vereinigung Kiel zurück und übergaben die alleinige Wahrnehmung der Interessen an ihren jeweiligen ersten Vorsitzenden. Sie taten dies, um „die notwendige Gleichschaltung ohne Erschütterung durchführen zu helfen“. Köhler ernannte einen Vertrauten zum Beauftragten für beide ärztliche Organisationen.³

Im damals schleswig-holsteinischen Wandsbek war Dr. med Henriette Necheles-Magnus niedergelassen. Sie beschrieb später im amerikanischen Exil, wie sie als jüdische Ärztin die Repressalien durch das NS-Regime bereits am 1. April 1933 zu spüren bekam.

„Als ich morgens zur Praxis kam, sah ich schon von weitem zwei stramme SA-Männer vor meinem Eingang stehen. Über der Tür klebte ein großes Plakat: Ein schwarzer Hintergrund mit einem leuchtenden gelben Fleck in der Mitte. Ich ging in meine Sprechstunde durch die Hintertür und setzte mich an meinen Schreibtisch. Zuerst musste ich meine weinende Einhüterin trösten. Ich bekam die Antwort: Wir schämen uns so für unsere Volksgenossen (ihr Mann war Werftarbeiter). Gegenüber war ein kleines Eiergeschäft, das von einer Jüdin geleitet wurde (ihr Mann war im Krieg gefallen), auch davor die beiden Schutzengel. Um 9.00 Uhr begann die Sprechstunde, 9.10 Uhr kam die erste Patientin. Aufgeregt, schnaubend, dass man sie hindern wollte, zu ihrem Doktor zu gehen: „Sind wir in der Zeit der Christenverfolgung?“ 9.20 Uhr Lärm vor der Tür: „Wir wollen zu unserem Doktor!“ SA-Mann: „Die ist ja gar nicht da, die hat sich gedrückt!“ Darauf geht mein Mädchen an die Tür: „Frau Doktor ist da. Sie sind nicht berechtigt, die Sprechstunde zu stören, Sie sind nur da, um zu zeigen, dass es ein jüdischer Doktor ist.“ So ging es weiter und weiter, die Patienten kamen und kamen mit Blumen, mit kleinen Gaben: „Wir wollen Ihnen zeigen, was wir von dieser Politik halten.“ „Ich bin nicht krank, Doktor, ich komme, um zu sehen, wie es Ihnen geht.“ Eine kleine Handarbeit, die „Boykottdecke“ liegt noch heute in meinem Zimmer. Eine Patientin häkelte sie für mich in jenen Tagen, um mir ihre Zuneigung zu beweisen. Im Ganzen war der Boykott unpopulär und wurde nach einem Tag abgebrochen, da die Bevölkerung noch an derlei Spektakel nicht gewöhnt war. Mein schöner gelber Fleck wurde von einem davon beleidigten Nachbarn abgemacht. Er kratzte ihn nachts heimlich ab („Die arme Frau Doktor!“).“

ABBILDUNG 2 **QUELLE: DOKUMENTENEDITION „DIE VERFOLGUNG UND ERMORDUNG DER EUROPÄISCHEN JUDEN DURCH DAS NATIONALSOZIALISTISCHE DEUTSCHLAND.“ BAND 1: DEUTSCHES REICH 1933-1937, BEARB. V. WOLF GRUNER, MÜNCHEN 2008**



ABBILDUNG 3 ÄRZTEBLATT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN, 1934, S. 57

Für ganz Schleswig-Holstein fand unter der Leitung von Köhler am 14. Mai 1933 eine Besprechung mit Ärztefunktionären statt. Dabei wurde „nach offener Aussprache“ und „voller Einmütigkeit“ ein sogenannter „Führerrat“ mit folgenden Mitgliedern gebildet: Hadenfeldt (Kiel), Sanitätsrat Lubinus (Kiel), Reiner (Segeberg), Sanitätsrat Reimers (Wandsbek), Schenke (Flensburg), Stubbe (Heide) sowie Weisner (Kiel).⁴

Mit der Machtübernahme kam es allerdings nicht nur zu personellen, sondern auch sehr schnell zu tiefgreifenden organisatorischen Änderungen. Durch eine Verordnung vom 2. August 1933 schufen die Nationalsozialisten die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) mit Sitz in Berlin. Sämtliche Aufgaben und Rechte der bis dahin bestehenden Kassenärztlichen Vereinigungen wurden jetzt von dieser zentral wahrgenommen.

Dafür wurden nachgeordnete KVD-Landesstellen und KVD-Bezirksstellen als Verwaltungsstellen eingerichtet. Bei diesen Verwaltungsstellen handelte es sich allerdings um rein ausführende Organe ohne eigene Rechtspersönlichkeit, die lediglich die Angelegenheiten der KVD auf regionaler Ebene verwalten durften.⁵ In seiner Verfügung stellte der nunmehrige „Reichsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands“



ABBILDUNG 4 DIENSTSTEMPEL DER KVD-LANDESSTELLE SCHLESWIG-HOLSTEIN



ABBILDUNG 5 ÄRZTEBLATT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN, 1934, S. 118

Wagner klar, dass sein Wille allein maßgebend sei, da dieser den Willen der KVD und der in ihr zusammengeschlossenen Ärzte verkörpere. Aufgabe der regionalen Amtsleiter sei es daher, „diesen Willen durchzusetzen und jedem Mitgliede der KVD zum Bewußtsein zu bringen, dass nur dieser Wille gilt“. Insofern verwundert der Zynismus auch nicht, welchen Stellenwert der Reichsärztesführer der ärztlichen Selbstverwaltung beimisst. „Der deutsche Ärztestand soll sich wie alle Stände im neuen Reich selbst verwalten, regiert wird er von oben“.⁶ Ärztliche Funktionsträger wurden daher auch nicht mehr von der Ärzteschaft demokratisch gewählt, sondern verdiente „Parteigenossen“ der NSDAP „von oben“ einfach bestimmt.

So wurde aus dem „Ärztlichen Provinzialverband Schleswig-Holstein“ des Hartmannbundes im August 1933 eine „Provinzstelle Schleswig-Holstein“ der KVD und die Kassenärztlichen Vereinigungen in Schleswig-Holstein zu fünf KVD-Bezirksstellen zusammengelegt. Amtsleiter der Provinzstelle wurde Köhler, der bisherige „vorläufige Beauftragte“. Dieser verlegte als erste Amtstat das Büro des bisherigen Provinzialverbandes an seinen Wohnort Neumünster.⁷

Unbedingter Gehorsam, unverblümete Drohungen

Gegenüber den schleswig-holsteinischen Ärzten machte Köhler keinen Hehl daraus, was er von ihnen erwartete – unbedingten Gehorsam. Bereits seine Neujahrsgrüße 1934 waren Drohungen an Andersdenkende: „Wir werden in den kommenden Zeiten klar scheiden zwischen denen, die uns wertvoll sind, weil sie wertvolle Mitarbeit leisten und denen, die für uns wertlos sind und damit auch wertlose Arbeit leisten. Und der Maßstab wird für uns die Mitarbeit sein: nicht das Händchenheben und das Heil-Hitler-Rufen, sondern die treue, selbstlose, zuverlässige, aufopferungsfreudige Mitarbeit am Volksganzen und den uns gestellten Berufsaufgaben im besonderen. Wir werden scheiden müssen und werden klare Scheidung herbeiführen, brutal wie Krieger es müssen und rücksichtslos, wie wir es als Kämpfer für unser Volk müssen. (...) Wer nicht will, braucht nicht: er soll sich aber nachher nicht wundern, wenn wir ihn einfach liquidieren, weil wir keine Zeit haben werden, uns mit ihm abzugeben.“⁸

Zur „Probemobilmachung des nationalsozialistischen Geistes der Ärzteschaft“⁹ wurde der am Ostermontag des Jahres 1934 anberaumte Schleswig-Holsteinische Ärztetag ausersehen, wo Referate mit Themen wie „Arzt und Rassenpflege“ unter den Augen des Stellvertreters des Reichsführers zu hören sein sollten. Ausklingen sollte die Veranstaltung dann mit einem „gemütlichen Zusammensein im Bellevue“, wozu auch die Ärztefrauen geladen waren.

Der Aufruf wurde wohl von einigen Ärzten nicht befolgt. Amtsleiter Köhler quittierte diesen Affront mit weiteren Drohungen: „Gewiß gab es Undisziplinierte, die dem Ruf einfach nicht Folge zu leisten sich erlaubten. Gemach, wir haben unsere Anwesenheitsliste, Zeit und Muße genug und auch Lust dazu nachzufragen, warum dieser und jener nicht gekommen ist. Wir sind nämlich der Meinung: ein Ärztetag im Dritten Reich ist Dienst, und Dienst ist Dienst, keine Spielerei und keine Liebeshwürdigkeit: wer nicht hat kommen wollen, muß auch dafür gerade stehen, wer nicht konnte, wird angeben, warum nicht – wir werden prüfen und entscheiden.“¹⁰

Überraschend wurde Köhler im Juni 1935 von allen Ämtern entbunden. Zwar wurde als offizieller Grund „Arbeitsüberlastung“ angegeben,¹¹ jedoch galt er allgemein als inkompetent.¹² Auch könnte seine Ämterhäufung und die damit verbundene Machtfülle zum Argwohn der NS-Führung geführt haben.¹³

Köhlers Nachfolger Dr. Hans Rinne, damaliger Chefarzt des Segeberger Kreiskrankenhauses, gab im „Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein“ folgende amtliche Mitteilung ab: „Am 19. Juni 1935 hat mich der Reichsärztführer, Pg. Dr. Wagner, als Nachfolger des Herrn Dr. Köhler zum Amtsleiter der Provinzstelle Schleswig-Holstein ernannt. Da ich die Verantwortung für den Betrieb nur hier am Orte übernehmen kann, habe ich die Übersiedlung der Provinzstelle und der Zentral-Abrechnungsstelle von Neumünster nach Bad Segeberg mit dem 1. Juli 1935 angeordnet.“ Auch Rinne war überzeugter Nationalsozialist, als „Gauärztführer“ und „SS-Obersturmbannführer“.¹⁴

Nur wenige Wochen später wurde Rinne vom Preußischen Minister des Innern zusätzlich zum Vorsitzenden der Ärztekammer der Provinz Schleswig-Holstein ernannt, weshalb die Geschäftsführung der Ärztekammer zum 15. September 1935 ebenfalls von Neumünster nach Bad Segeberg verlegt wurde. Beide ärztliche Organisationen hatten somit ihren Sitz in Bad Segeberg.

Mitte der 1930er Jahre bauten die Nationalsozialisten eine für ganz Deutschland einheitliche Arztkartei auf. Grundlage war ein von allen Ärzten angeforderter „Fragebogen zur erstmaligen Meldung“. Mit der Reichsärzteordnung wurden die Städte Altona und Wandsbek sowie Teile der Kreise Pinneberg, Stormarn und Lauenburg bereits zum 1. April 1936 der Ärztekammer Hamburg zuteilt. Demgegenüber erfolgte die Eingliederung der Lübecker Ärzte erst mit dem Groß-Hamburg-Gesetz zum 1. April 1937. Am 1. Januar 1937 waren bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein insgesamt 931 Ärzte (863 männlich, 68 weiblich) gemeldet, von welchen 591 Ärzte (570 männlich, 21 weiblich) über eine Kassenzulassung verfügten. Im Fragebogen wurden jedoch noch weitaus mehr Parameter erhoben.

Danach waren 311 schleswig-holsteinische Ärzte Mitglied in der NSDAP. Im „Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund“ (NSDÄB) besaßen demgegenüber 260 Ärzte die Mitgliedschaft sowie 257 Ärzte die Anwartschaft.¹⁵

„Volksgesundheit“

Nach dem Willen der Nationalsozialisten sollte sich das Verhältnis der Ärzte zu Patienten, Krankenkassen und Staat grundlegend ändern. „Der deutsche Kassenarzt ist nicht mehr den Krankenkassen verantwortlich für sein Tun und Handeln, auch nicht mehr seinen Patienten, sondern einzig und allein dem deutschen Volke“, wie es ein Ärztefunktionär auf den Punkt brachte.¹⁶ Im Mittelpunkt des ärztlichen Interesses sollte – ganz dem Geist der NS-Ideologie folgend – stets die „Leistungserhaltung und Leistungssteigerung der gesamten Volksgemeinschaft“¹⁷ stehen.

Bereits 1933 sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen an den Kriegsvorbereitungen mitwirken. „Es gilt aber im eigensten Interesse und zum Heil für unser Volk, jeden einzelnen Arzt voll und ganz in die Luftschutzbewegung einzuspannen“ (Dr. Fricke, Neumünster). „Dazu sollten in den Kassenärztlichen Vereinigungen belehrende Vorträge gehalten werden.“¹⁸

Zentraler Gedanke der Volksgesundheit war die „Ausschaltung schlechter Elemente“.¹⁹ Auch approbierte Ärzte waren nach der „Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“²⁰ verpflichtet, Patienten, „die an einer Erbkrankheit oder an schwerem Alkoholismus“ litten, unverzüglich dem zuständigen Amtsarzt anzuzeigen. Wer dieser Anzeigepflicht nicht nachkam, dem drohten Geldstrafen bis zu einhundertfünfzig Reichsmark.

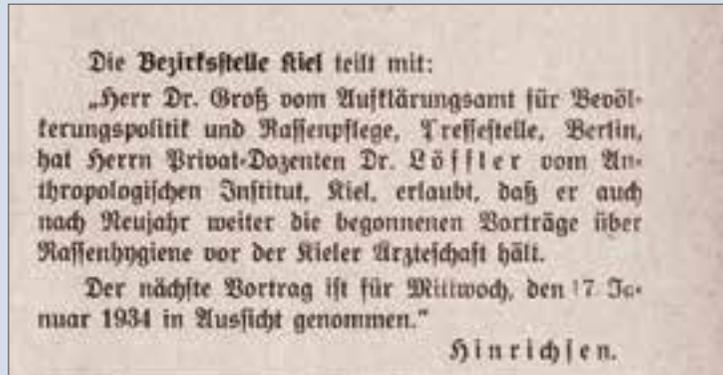


ABBILDUNG 6 MITTEILUNGEN FÜR DEN VEREIN SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER ÄRZTE, 1933

Nachweislich beteiligt waren der Amtsleiter der schleswig-holsteinischen KVD-Landesstelle Köhler wie auch sein Nachfolger Rinne. Nach einem Verzeichnis der Ärztekammer Schleswig-Holstein betrieben beide Ärzte Privatkliniken, in denen sie chirurgische Sterilisationseingriffe im Zusammenhang mit genanntem Gesetz durchführten.²¹ Nach dem Ende der Naziherrschaft betrieb Köhler seine Praxis in Neumünster mindestens bis 1955/1956 weiter.²² Rinne wurde 1945 verhaftet und befand sich bis 1947 in einem Internierungslager für NS-Führungskräfte. Er starb Ende 1948 an Krebs.²³ Noch 1958 wurde das Andenken des „Gauärzteführer(s) Rinne, ein untadeliger und unbestechlicher Mann“ vom Kieler Ärzteverein hochgehalten.²⁴

Verfolgung

Unmittelbar nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten wurden jüdische Ärzte diffamiert, wirtschaftlich verdrängt und entrechtet.²⁵ Bereits 1933 verloren alle jüdischen Ärzte ihre Kassenzulassungen. 1936 erging ein Erlass, der es Beamten nicht gestattete, sich von jüdischen Ärzten behandeln zu lassen. Ab 1937 durften Juden keinen Dokortitel mehr erwerben. Mit dem allgemeinen Approbationsentzug erfolgte im September 1938 das totale Berufsverbot für jüdische Ärzte, nur wenige durften als „jüdische Krankenbehandler“ weiterarbeiten.

An entsprechenden Maßnahmen zur „Säuberung“ des ärztlichen Berufsstandes beteiligte sich auch die KVD-Verwaltungsstelle Schleswig-Holstein.

Zum Stichtag 1. Januar 1937 vermeldete Amtsleiter Rinne: „Bei Betrachtung der blutmäßigen Zusammensetzung unserer Ärzteschaft in Schleswig-Holstein ergibt sich ein besonders erfreuliches Bild wie es wohl kaum eine andere Ärztekammer aufweisen kann: Unter den 931 Ärzten befinden sich nur 4 Juden sowie je ein Mischling I. und II. Grades; ein jüdischer Arzt ist ledig, alle anderen sind mit deutschblütigen Frauen verheiratet; von den deutschblütigen Ärzten sind 3 mit Jüdinnen, 2 mit Mischlingen I. Grades und einer mit einem Mischling II. Grades verheiratet.“²⁶



ABBILDUNG 7 PRAXISSCHILD EINES JÜDISCHEN ARZTES

Stellvertretend für die Verfolgung jüdischer Ärzte und ihrer Familien sei an dieser Stelle an fünf Schicksale aus Schleswig-Holstein erinnert:

Dr. Ernst Joel (1902-1980) war durch die Anschaffung einer sehr modernen Röntgeneinrichtung einer der am meisten aufgesuchten Internisten in Lübeck. Nachdem ihm die neuen Machthaber, wie allen jüdischen Ärzten, einen Posten vor seine Praxis in der Breiten Straße 73 gestellt hatten, verließ er am 16. April 1933 Lübeck und floh nach Palästina. Erst 20 Jahre nach seiner Flucht gelang es ihm, sich eine gesicherte berufliche Existenz aufzubauen. Anerkennung fand Joel jedoch durch die Behandlung von Chaim Weizmann, der zu jener Zeit der Zionistischen Weltorganisation vorstand. Auch nachdem Weizmann 1949 zum ersten Präsidenten Israels gewählt wurde, blieb Dr. Ernst Joel sein behandelnder Arzt.²⁷

In Kiel, Holtener Straße 1–3, ließ sich 1927 der praktische Arzt **Dr. Carl Martin Steilberger** (1893-1943) nieder. Aufgrund seiner „Mischehe“ und Mitgliedschaft in der SPD waren er und seine Familie schlimmsten Repressionen durch die Nationalsozialisten ausgesetzt. Am 9. Juni 1936 entschloss sich die Familie daher zur Flucht nach Dänemark. Sämtliches Hab und Gut, darunter die Praxiseinrichtung, mussten sie zurücklassen. Da Steilberger in Dänemark keine Arbeitserlaubnis erhielt, lebte die Familie in ärmlichen Verhältnissen und war auf die Unterstützung des jüdischen Hilfskomitees und dänischer Freunde angewiesen. Nach der Besetzung Dänemarks durch deutsche Truppen im Jahr 1943 drohte erneut Deportation. Die Familie entschloss sich zu einer riskanten Flucht über die Ostsee nach Schweden. In der Dunkelheit wurde ihr kleines Fischerboot jedoch versehentlich von einem schwedischen Küstenschutzboot gerammt, wobei das Ehepaar Steilberger den Tod fand.²⁸



ABBILDUNG 8 NS-AUFRUF ZUM BOYKOTT JÜDISCHER ANWALTSKANZLEIEN UND ARZTPRAXEN, 1933

In der Waldstraße 8 in Ahrensburg betrieb der Arzt **Dr. Hugo Rath** (1876-1940) seit 1921 das erste Ambulatorium Schleswig-Holsteins. Seine Ehefrau war Jüdin, jedoch zur evangelisch-lutherischen Kirche konvertiert. Im Herbst 1935 wurde er von einem seiner Patienten als „vollkommen verjudeter Deutscher“ denunziert, weil er sich während eines Krankenbesuchs politisch geäußert hatte. Durch Diskriminierung und Isolation wurde der Druck so überwältigend, dass sich seine Ehefrau Veronika Rath am 27. August 1938 das Leben nahm. In einem Abschiedsbrief erklärte sie, ihrem Mann und ihren Kindern durch diesen Schritt eine bessere Zukunft ermöglichen zu wollen. Danach praktizierte Dr. Hugo Rath nicht mehr und verfiel dem Alkohol. Er starb zwei Jahre nach seiner Frau im Jahr 1940.²⁹

Dr. Ernst Bamberger (1885-1941) praktizierte seit 1922 als Chirurg in Rendsburg und betrieb eine kleine Privatklinik, in der er sozial schwächere Patienten kostenlos behandelte. Wegen seiner jüdischen Herkunft wurde ihm im Mai 1934 die kassenärztliche Zulassung entzogen. 1938 verlor Bamberger auch die Approbation. Der Verlust seiner Privatklinik als auch seiner Wohnung war die Folge. Das Ehepaar flüchtete daraufhin in das Heimatdorf seiner Frau. Als er ab September 1941 den „Judenstern“ tragen musste, verließ er das Haus nur noch nach Einbruch der Dunkelheit. Nachdem ihm die Ausreise nach Schweden verweigert wurde, und die Deportation drohte, verlor Bamberger jegliche Hoffnung und nahm sich am 6. Dezember 1941 das Leben. In seiner alten Heimatstadt befindet sich heute das Jüdische Museum Rendsburg; ein Teil des Museums ist nach ihm benannt.³⁰

Dr. Otto Spiegel (1880-1965) ließ sich 1907 in Kiel nieder und war Wegbereiter der Pädiatrie in Schleswig-Holstein. Zusätzlich leitete Spiegel bis zu seiner Entlassung im Jahr 1933 die Städtische Säuglings- und Fürsorgestelle in Holtenau. Im selben Jahr wurde sein Bruder als prominenter Sozialdemokrat von den Nazis ermordet. Spiegel führte sodann eine kleine Privatpraxis in Kiel, bis 1938 allen jüdischen Ärzten vom NS-Regime das Praktizieren untersagt wurde. Er kam anschließend in „Schutzhaft“ und wurde später in das Konzentrationslager Sachsenhausen deportiert. Von dort gelang ihm die Flucht über die Niederlande nach Kolumbien, wo er bis 1955 als Arzt praktizierte.³¹

Endnoten

- 1 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 12, 21. März 2008, S. 623
- 2 Vgl. Ärztliche Mitteilungen vom 6. Mai 1933, Nr. 18, S. 395
- 3 Vgl. Mitteilung des Vereins schleswig-holsteinischer Ärzte, 1933, S. 124
- 4 Ebd. Mitteilungen des Vereins schleswig-holsteinischer Ärzte, 1933, S. 101
- 5 Vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 11. November 1933, S. 580
- 6 Vgl. Ärztliche Mitteilungen vom 6. Mai 1933, S. 396
- 7 Vgl. Mitteilungen des Vereins schleswig-holsteinischer Ärzte, 1933, S. 172
- 8 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, S. 6
- 9 Ebd. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, S. 178
- 10 Ebd. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, S. 178
- 11 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1935, S. 176
- 12 Vgl. Karl-Werner Ratschko: „Es muß Schluß gemacht werden mit den Meckerern“ in Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, November 2010, S. 66
- 13 Vgl. Karl-Werner Ratschko: „Bedingungslose Unterordnung“ von Ärzten gefordert und erbracht, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt August 2010, S.37
- 14 Vgl. www.tenhumbergreinhard.de/1933-1945-taeter-und-mitlaeufer/1933-1945-biografien-r/rinne-hans-dr.html
- 15 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1937, S. 44ff
- 16 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1936, S. 523
- 17 Ebd. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1936, S. 523
- 18 Vgl. Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte, 1933, S. 173
- 19 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, S. 436
- 20 Vgl. „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, RGBl I vom 14. Juli 1933, S. 529
- 21 Vgl. Eckhard Heesch: „Nationalsozialistische Zwangssterilisierungen psychiatrischer Patienten in Schleswig-Holstein“, in: Demokratische Geschichte. Jahrbuch zur Arbeiterbewegung und Demokratie in Schleswig-Holstein 9/1995, S. 55 – 102
- 22 Vgl. www.spurensuche-neumuenter.de/spuren/dr-med-hans-koehler/
- 23 Vgl. Werner Ratschko: „Mit Misstrauen und Widerstand gestartet“, in Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Oktober 2019, S. 24
- 24 Vgl. Hundert Jahre Kieler Ärzteverein 1858 – 1958, S. 21
- 25 Die „Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen“ trat zum 23. April 1933 in Kraft. „Die kassenärztlichen Vereinigungen haben die Zulassung von Ärzten nichtarischer Abstammung (soweit nicht Frontkämpfer) sowie kommunistischer Ärzte zum 1. Juli 1933 für beendet zu erklären.“
- 26 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1937, S. 44
- 27 Vgl. Gerhard Paul/Miriam Gillis-Carlebach (Hrsg.): Menora und Hakenkreuz, S. 645ff
- 28 Vgl. Flyer der Landeshauptstadt Kiel (Amt für Kultur und Weiterbildung): „Stolpersteine in Kiel“, Kiel, September 2014
- 29 Vgl. Sebastian Knorr: „Ahrensburg bekommt seinen dritten Stolperstein“ in Hamburger Abendblatt vom 7. September 2015
- 30 Vgl. www.vimu.info/fb.jsp?id=for_10_6_17_fb_bamberger_de&lang=de&u=school
- 31 Vgl. www.spd-geschichtswerkstatt.de/wiki/Otto_Spiegel

WICHTIGE EREIGNISSE
IM ÜBERBLICK

Interessenvertretung 1945 – 2021

1945

Beauftragung der niedergelassenen Ärzte Rodewald und Stubbe mit der kommissarischen Wahrnehmung der Geschäfte der Ärztekammer Schleswig-Holstein unter Einschluss der KV-Aufgaben

1945

Bildung einer ärztlichen Interessenvertretung nach demokratischen Grundsätzen. Die Vorsitzenden der ärztlichen Kreisvereine bilden als „Obmänner“ gemeinsam mit den beiden Vorsitzenden den Gesamtvorstand der Ärztekammer.

1948

Erste Sitzung der Abgeordnetenversammlung der KVSH trotz unklarer Rechtslage, einstimmige Wahl eines Vorstandes mit Rodewald als Vorsitzendem

1954

Das schleswig-holsteinische Ärztekammergesetz tritt in Kraft. Die ärztlichen Kreisvereine dürfen nicht mehr als Untergliederungen der Ärztekammer weiterbestehen.

1954

Husumer „Ärztestreik“

1955

Durch das „Gesetz über das Kassenarztrecht“ werden die KVen offiziell Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie haben einerseits die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen, andererseits deren Interessen zu vertreten („Januskopf“).

1956

Konstituierende Sitzung der Abgeordnetenversammlung der „Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein“ auf Grundlage des neuen Kassenarztrechts

1977

Spätestens mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) steht das Prinzip der sogenannten „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ im Mittelpunkt sämtlicher gesundheitspolitischer Überlegungen.

1992

Drastische Budgetierungen durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), Bezugsgröße der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für das Jahr 1993 wird die gezahlte Gesamtvergütung im Jahr 1991, lediglich erhöht um das Wachstum der Grundlohnsumme.

1999

Psychologische Psychotherapeuten werden Mitglieder der KVSH.

2000

Gründung der Ärztegenossenschaft

2000

Erster Parlamentarischer Abend der KVSH in Kiel

2019

Der Vorstand der KVSH übergibt in Berlin den schleswig-holsteinischen Bundestagsabgeordneten der Koalitionsfraktionen einen offenen Brief mit der Kritik von 1.700 Ärzten und Psychotherapeuten an den mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz verbundenen Eingriffen in die Handlungsfreiheit der freiberuflich-selbstständigen Praxen.

1945 – 2021: Zwischen Freiberuflichkeit und staatlichen Eingriffen

Mit dem Zusammenbruch der nationalsozialistischen Herrschaft hatte auch die Provinzstelle Schleswig-Holstein der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) keine Grundlage mehr für administratives Handeln. Die Aufrechterhaltung eines funktionierenden Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein war aber insbesondere durch die nicht versiegenden Flüchtlingsströme unentbehrlich, weshalb der vom britischen Militärgouverneur eingesetzte kommissarische Oberpräsident für Schleswig-Holstein, Otto Hoevermann, mit Genehmigung der britischen Militärregierung die niedergelassenen Ärzte Dr. Berthold Rodewald aus Kiel und den Heider Arzt Dr. Hans Stubbe Ende Juni 1945 mit der kommissarischen Wahrnehmung der Geschäfte der Ärztekammer unter Einschluss der KV-Aufgaben beauftragte. Die Mitarbeiter der ehemaligen KVD-Landesstelle, deren Dienstgebäude am Klosterkamp in Bad Segeberg die Briten beschlagnahmt hatten, fanden Aufnahme bei der Privatärztlichen Verrechnungsstelle in der Eutiner Straße 3 (heute: „Haus Parkblick“), die ihrerseits gewissermaßen eine Abteilung der Ärztekammer geworden war.

Somit war die räumliche Frage geklärt, noch nicht aber die politische. Mit dem „Rundschreiben Nr. 1“ wurden am 1. Juli 1945 die Ärzte informiert, dass Rodewald und Stubbe die Geschäftsführung der ärztlichen Dienststellen übernommen hätten und eine ärztliche Interessenvertretung nach demokratischen Grundsätzen gebildet werde. Hierfür musste allerdings zunächst für jeden Kreis ein Ärzteverein geschaffen werden, welcher im Herbst 1945 aus seinen Reihen in geheimer Wahl einen Vorsitzenden ermittelte. Die Vorsitzenden der Ärztevereine bildeten als „Obmänner“ gemeinsam mit den beiden Vorsitzenden den Gesamtvorstand der Ärztekammer. Aus diesem wurde wiederum ein „engerer Vorstand von sechs Vorstandsmitgliedern gebildet“.¹



ABBILDUNG 1 SCHREIBEN AN DIE BRITISCHE MILITÄRREGIERUNG, 1945

Dennoch war der Rechtsstatus der Ärztekammer alles andere als geklärt. In einem Fragebogen des „Nordwestdeutschen Ärztekammerausschuss“ teilte Rodewald vielmehr mit, dass die Ärztekammer Schleswig-Holstein „ohne ausdrückliche Anordnung oder Genehmigung weiterbestehe, jedoch sowohl von der britischen Militärregierung wie auch von der Landesverwaltung anerkannt werde“.²

Im Jahr 1948 war der Status der Ärztekammer Schleswig-Holstein als Körperschaft des öffentlichen Rechts in großer Gefahr. Im Zusammenhang mit einer möglichen Herauslösung der Privatärztlichen Verrechnungsstelle teilte die Ärztekammer am 5. Juli 1948 den „Herren Obmänner“ Folgendes mit: „Die Ärztekammer kommt in Gefahr, ihre Eigenschaft als öffentlich-rechtliche Körperschaft zu verlieren, wenn ein wesentlicher Teil ihrer Verwaltung wirtschaftlichen Aufgaben dient. In der amerikanischen Zone hat dies bereits dazu geführt, dass die amerikanische Militärregierung den Ärztekammern die Eigenschaft als öffentlich-rechtliche Körperschaft aberkennt.“³

Offiziell schloss sich die Ärztekammer daher der Rechtsauffassung des „vorläufigen Ausschusses für Ärzte und Krankenhäuser für die britische Zone“ an, wonach die Verordnung über die Errichtung der KVD von keiner Seite aufgehoben worden sei und deshalb die Kassenärztliche Vereinigung als Körperschaft des öffentlichen Rechts in ihren Landes- und Bezirks- und Kreisstellen weiter bestehen würde. Infolgedessen solle diese ab sofort wieder die Bezeichnung „Kassenärztliche Vereinigung, Körperschaft öffentlichen Rechts, Landesstelle Schleswig-Holstein“ führen.⁴

Am 6. August 1948 wurden die Mitglieder der Ärztekammer Schleswig-Holstein wie auch die in ihren Kreisstellen frisch gewählten Abgeordneten der Kassenärztlichen Vereinigung zu einer gemeinsamen Sitzung nach Neumünster ins dortige Forsthaus eingeladen. Gleichzeitig wurde freundlich darum gebeten, für ein gemeinsames Abendessen Lebensmittelmarken für 10 Gramm Fett mitzubringen.⁵ Am 14. August 1948 war es dann soweit. Erstmals kamen aus ganz Schleswig-Holstein 21 Abgeordnete zusammen und wählten aus ihrer Mitte sieben Vorstandsmitglieder, unter welchen mindestens ein Facharzt und ein

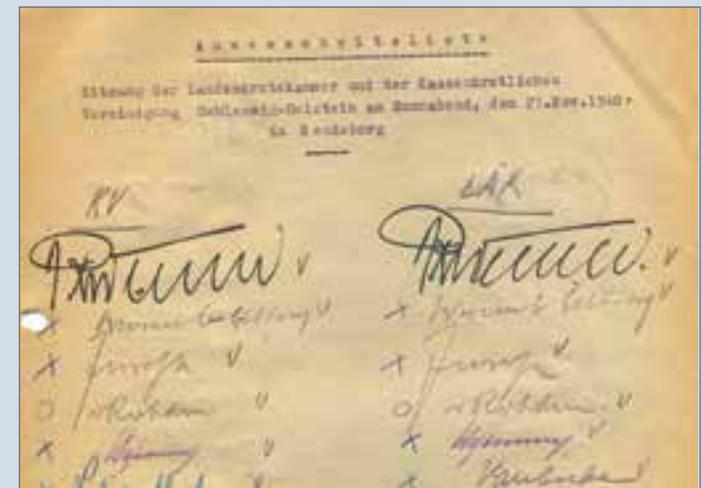


ABBILDUNG 2 ANWESENHEITSLISTE, 27. NOVEMBER 1948

„Flüchtlingsarzt“ sein musste. Laut Sitzungsprotokoll erfolgte die Wahl einstimmig. Zum Vorsitzenden wurde Rodewald gewählt, zu seinem Stellvertreter Dr. Georg Juretzka aus Eckernförde. Wenngleich die Kassenärztliche Vereinigung somit organisatorisch von der Ärztekammer getrennt war, zeigen die sorgsam nach „KV“ und „LÄK“ getrennten Anwesenheitslisten der gemeinsamen Sitzungen auch weiterhin eine große personelle Nähe (vgl. Abbildung 2). Eine weitgehende Personalunion zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer ergab sich auch auf Kreisebene. In 17 von 21 Kreisen waren die Vorsitzenden der ärztlichen Kreisvereine gleichzeitig auch Vorsitzende der KV-Kreisstellen.⁶

Bemerkenswerterweise beschlossen die Abgeordneten in derselben Sitzung auch einen „Ausschuss für Ärzte und Krankenkassen bei der KV Schleswig-Holstein“ zu bilden, welcher mit jeweils sechs Vertretern der Krankenkassen und der Ärzte besetzt sein sollte.⁷

Der Husumer „Ärztestreik“

Dennoch verschärfte sich im Laufe der nächsten Jahre die Honorarkonflikte zwischen den schleswig-holsteinischen Ärzten und Krankenkassen. Im Herbst 1954 erlebte der eher beschauliche Landkreis Husum einen mehrmonatigen „Ärztestreik“, über den sogar das Nachrichtenmagazin „Der Spiegel“ intensiv berichtete.⁸ Was war passiert?

Noch gab es kein Schiedsverfahren, welches per Schiedsspruch mit verbindlicher Wirkung einen Interessensausgleich zwischen Ärzten und Krankenkassen herbeiführte und einen vertragslosen Zustand somit unmöglich machte. Als die Honorarstreitigkeiten immer mehr eskalierten und die Gräben zwischen den Vertragspartnern immer tiefer wurden, blieben den Ärzten kaum noch Handlungsspielräume. Am 26. Juni 1954 fasste die Abgeordnetenversammlung der KVSH daher mit großer Mehrheit folgenden Beschluss:

„Der Vorstand wird gebeten, auf dem Wege der Verhandlung mit den Kassenverbänden oder mit einzelnen Krankenkassen das Bestmögliche an Honorar zu erreichen. Gelangt der Vorstand zu der Ansicht, durch besondere Maßnahmen, z. B. durch einen honorarlosen [sic] Zustand mit einzelnen Kassen oder mit den Kassenverbänden Besseres als durch weiteres Verhandeln zu erreichen, so wird der Vorstand zu solchen Maßnahmen nach vorheriger ausführlicher Vorbereitung, insbesondere Fühlungnahme mit den Kreisstellen, ausdrücklich ermächtigt.“⁹

Nachdem mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen ein Verhandlungsergebnis unmöglich erschien, verhandelte der KV-Vorstand mit den einzelnen Mitglieds-kassen unter direkter Einbeziehung der jeweiligen Kreisstelle. Die erste Verhandlung fand am 24. September 1954 bei der Kreiskrankenkasse des Kreises Husum statt und endete ebenfalls ohne Einigung. Noch am selben Abend kamen die Ärzte der Kreisstelle zu einer Vollversammlung zusammen und beschlossen einstimmig, ab 1. Oktober 1954 in den „honorarvertragslosen Zustand“ einzutreten.¹⁰ Ärztliche Behandlungen erfolgten

nur noch gegen Barzahlung nach den Mindestsätzen der Preußischen Gebührenordnung (PreuGo), wovon die Kreiskrankenkasse gegen quittierte Rechnungen 80 Prozent erstattete. Erst am 12. Dezember 1954 konnten sich die Vertragspartner auf eine Honorarvereinbarung verständigen, und endlich kehrte wieder Frieden ein im Landkreis Husum.



ABBILDUNG 3 HUSUMER NACHRICHTEN, 13. DEZEMBER 1954

Die KVSH wird Körperschaft des öffentlichen Rechts

Am 17. August 1955 setzte der erste Bundespräsident der noch jungen Bundesrepublik Deutschland, Theodor Heuss, seine Unterschrift unter das zuvor vom Bundestag beschlossene „Gesetz über das Kassenarztrecht“¹¹ und sorgte damit für geordnete Rechtsverhältnisse in der ärztlichen Versorgung. Wie schon 1931 erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts die Aufgabe, die ambulante ärztliche Versorgung in ihrem Bezirk sicherzustellen (Sicherstellungsauftrag). Als alleiniger Vertragspartner der Krankenkassen hatten sie gemäß Paragraf 368n RVO „die Rechte der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen“ und das ärztliche Honorar in eigener Regie an die Kassenärzte zu verteilen. Bei Nichteinigung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse wurde der Vertragstext durch neuerrichtete Landesschiedsämter festgesetzt. „Vertragslose Zustände“ wie noch wenige Monate zuvor in Husum gehörten somit der Vergangenheit an.

Als Körperschaften des öffentlichen Rechts waren die KVen auch Träger der mittelbaren Staatsverwaltung und deshalb staatlicher Aufsicht unterstellt. Nach Paragraf 368n RVO hatten sie „die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Kassenärzte nötigenfalls (...) zu ihrer Erfüllung anzuhalten“.¹² Die KVen erhielten mit dem neuen Gesetz also die Aufgabe, die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten und gleichzeitig gesetzliche Vorgaben umzusetzen – ein permanentes Spannungs- und Konfliktfeld.

Am 18. August 1956 war es dann auch in Schleswig-Holstein formell soweit: Auf Basis des neuen Kassenarztgesetzes kam die erste Abgeordnetenversammlung der „Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Körperschaft öffentlichen Rechts“¹³ im Conventgarten in Rendsburg zusammen¹⁴ und wählte aus ihrer Mitte einen achtköpfigen Vorstand für die Dauer von vier Jahren. Dr. Rudolf Reichert aus Kiel wurde in seinem Amt als Vorsitzender genauso wie Dr. Beckmann aus Rendsburg als sein Stellvertreter bestätigt. Aber auch die Abgeordneten standen für Kontinuität: 23 der 28 Delegierten gehörten bereits der vorherigen Abgeordnetenversammlung an.¹⁵



ABBILDUNG 4 OFFIZIELLER GEBURTSORT DER KVSH – DER CONVENTGARTEN IN RENDSBURG

Im Verlauf der nächsten Jahre entspannte sich das Verhältnis zwischen der KVSH und den Krankenkassen deutlich. Bereits in seinem „Jahresbericht 1956“ stellte der Vorstandsvorsitzende der KVSH, Reichert, rückblickend zufrieden fest, dass „der Hauptwunsch der Ärzte, die hundertprozentige Grundlohnbeteiligung, bei vielen Kostenträgern erreicht“ wurde, was für ihn „einen weiteren Schritt der Verbundenheit mit den Kassen“ bedeute.¹⁶ Auch durch die Arbeit in gemeinsamen Ausschüssen entstand Vertrauen zwischen den Vertragspartnern und die Möglichkeit, Meinungsverschiedenheiten in gemeinsamer Selbstverwaltung einvernehmlich zu lösen.

Gesundheitsreformen 1977 – 2021 (Auswahl)

1977	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)
1981	Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG)
1984	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz (KHNG)
1986	Gesetz über die kassenärztliche Bedarfsplanung
1988	Gesundheits-Reformgesetz (GRG)
1992	Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)
1996	Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG)
1997	1. GKV-Neuordnungsgesetz (1. NOG)
1997	2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG)
1998	Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)
1999	GKV-Gesundheitsreformgesetz
2002	Fallpauschalengesetz (FPG)
2003	GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)
2007	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)
2010	GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)
2010	Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)
2011	GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)
2013	Patientenrechtegesetz (PatRechteG)
2014	GKV-Finanzstruktur- und Qualitätsweiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG)
2015	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PRävG)
2015	Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)
2015	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VS)
2017	Arzneimittel-Versorgungsstärkungsgesetz (AMVSG)
2017	Gesetz zur Stärkung der Selbstverwaltung in der GKV (GKV-SVSG)
2019	GKV-Versichertenentlastungsgesetz (GKV-VEG)
2019	Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)
2021	Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG)

Der Staat greift ein

Ab Mitte der 1970er-Jahre trafen erstmals dynamisch ansteigende Kassenausgaben in allen Leistungsbereichen auf konjunkturelle Krisen in der Wirtschaft. Spätestens mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977 stand daher das Prinzip der sogenannten „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ im Mittelpunkt sämtlicher gesundheitspolitischer Überlegungen. Eine wahre Sintflut an „Gesundheitsreformen“, die immer drastischer in das Gesundheitssystem eingriffen, war die Folge.

So wurden durch gesetzlich vorgegebene Honorarobergrenzen regionale Verhandlungen geradezu ad absurdum geführt. Auch die Landesschiedsämter konnten keinen Interessenausgleich mehr herstellen, da auch sie bei ihrem Schiedsspruch an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden waren.

Budgetierung trotz nachgewiesener Einspareffekte in Schleswig-Holstein

Bereits die Auswirkungen des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG), das im Jahr 1988 unter dem damaligen Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm entstanden war, sorgte für großen Unmut unter der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft. Auf dem „1. Schleswig-Holsteinischen Kassenärztetag 1991“ in Bad Segeberg verband der damalige KVSH-Vorstandsvorsitzende Dr. Eckhard Weisner das schlechte Stimmungsbild mit einer klaren Forderung an die Politik: „Wir wollen raus aus der miesen Verteilungswirtschaft!“, wettete er unter dem tosenden Beifall der 300 angereisten Kassenärzte.¹⁷ Rückblickend auf die vielen Gesundheitsreformen, die noch kommen sollten, kann diese Veranstaltung durchaus als erstes Aufbruchssignal aus Schleswig-Holstein interpretiert werden, nicht alle Gesetzesvorhaben kommentarlos hinzunehmen.



ABBILDUNG 5 1. SCHLESWIG-HOLSTEINISCHER KASSENÄRZTETAG, 1991

Heute noch im kollektiven vertragsärztlichen Gedächtnis ist das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), auf den Weg gebracht vom damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer. Bezugsgröße der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für das Jahr 1993 sollte die gezahlte Gesamtvergütung in 1991 sein, lediglich erhöht um das Wachstum der Grundlohnsumme. Alle regionalen Honorarverträge wurden somit „kassiert“, was gerade in Schleswig-Holstein zu massiven Honorareinbußen führte. Es war der KVSH 1992 gelungen, die Krankenkassen von der Stärkung der ambulanten Versorgung zu überzeugen. Schleswig-Holstein war schon damals das Bundesland mit der geringsten Krankenhausbettendichte. Das Motto „Weniger stationär, mehr ambulant“ wurde schon damals gelebt. Daher konnten mit den Krankenkassen Honorarsteigerungen von zehn Prozent und mehr vereinbart werden. Diese Zuwächse wurden per GSG jedoch zunichte gemacht, weil auf 1991 zurückgegangen werden musste. Bayern hatte „Glück“, denn die dortigen Verträge waren in diesem Bezugsjahr bereits abgeschlossen. „Wir ernten die bitteren Früchte einer erfolgreichen Honorarpolitik“, beschrieb hingegen Weisner resignierend die Situation in Schleswig-Holstein. Rund 1.600 Ärztinnen und Ärzte protestierten am 26. August 1992 im Kieler Schloss und Vertreter der KVSH übergaben deren ausgefüllte Scheine der Kampagne „Rote Karte für Seehofer“ stellvertretend an die Landesregierung.

Staatliche Eingriffe hatten jedoch auch ganz erhebliche Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein. Sie führten zu deutlich mehr Bürokratie und belasteten das Arzt-Patienten-Vertrauensverhältnis erheblich, sei es durch Bonus-Malus-Regelungen bei der Medikamentenverordnung oder durch die Einführung einer Praxisgebühr.

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts konnte die KVSH derartige Gesetzesvorhaben zwar nicht verhindern, aber der Öffentlichkeit die Auswirkungen auf die ambulante ärztliche Versorgung aufzeigen. Dabei zeigte sich die KVSH ausgesprochen ideenreich und ging mitunter bis an die Grenzen ihrer rechtlichen Möglichkeiten. So versorgte sie die Arztpraxen immer wieder mit Wartezimmer-Plakaten mit wirkungsvollen Slogans wie „Uns sind leider die Hände gebunden“ im Zusammenhang mit den gesetzlich eingeführten Arznei- und Heilmittelbudgets. Mit riesigen Plakatwänden „Wer hilft mir morgen, wenn ich krank bin?“ wurde die Öffentlichkeit ins Kieler Schloss eingeladen, wo Ärzte und Psychotherapeuten Rede und Antwort standen. Im Rahmen einer weiteren KVSH-Kampagne fuhren 15 Smart, beklebt mit dem Slogan „Ärzte und Patienten in Aktion für Gesundheit ohne Bürokratie“, vor das Landeshaus in Kiel und nur einen Tag später vor das Brandenburger Tor in Berlin.

Psychotherapeuten werden KV-Mitglieder

Mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) im Jahr 1999 wurden die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten¹⁸ zu Mitgliedern der KVSH. Als am 10. März 1999 erstmals Vertreter des Fachausschusses Psychotherapie an der Abgeordnetenversammlung der KVSH teilnahmen, fiel der Empfang jedoch noch sehr zurückhaltend aus. Grund hierfür waren insbesondere Vergütungsfragen, die der Gesetzgeber unzureichend geregelt hatte. Prinzipiell sollte das Budget der Psychotherapeuten nicht zulasten der Ärzte gehen. Allerdings sah das Gesetz vor, dass bei einer bestimmten Unterschreitung des Punktwertes die Gesamtver-



ABBILDUNG 6 KVSH-KAMPAGNE „ROTE KARTE FÜR SEEHOFFER“, 1992

tragspartner „geeignete Maßnahmen“ zu ergreifen hätten.¹⁹ Bereits in kurzer Zeit war das gesetzlich vorgesehene Budget durch die zahlreichen Neuzulassungen von Psychotherapeuten aufgebraucht. Erst nach zähen Schiedsamtverhandlungen gelang es der KVSH, dieses Defizit halbwegs auszugleichen.²⁰

Ähnliche Erfahrungen hatte die KVSH bereits einige Jahre zuvor im Umgang mit dem Gesundheitsstrukturgesetz gemacht. Trotz ansonsten strikter Budgetierung sollten zur Vermeidung von Krankenhauskosten ambulante Operationen gefördert und der entsprechende Teil der Gesamtvergütung in den Jahren 1993 bis 1995 um zusätzliche zehn Prozent erhöht werden.²¹ Die ambulanten Operationen in Schleswig-Holstein nahmen in der Folgezeit rapide zu. Da die gesetzlich vorgesehene Steigerungsrate hierfür bei weitem nicht ausreichte, drohten die neuen Leistungen die (ohnehin schon strikt budgetierte) Gesamtvergütung erheblich zu belasten. Erst nach harten Verhandlungen und

erheblichem Aufwand gelang es der KVSH, Verlagerungsprozesse vom stationären in den ambulanten Bereich nachzuweisen und entsprechende Sonderverträge mit den Krankenkassen zu schließen.

Staatliche Eingriffe in die ärztliche Selbstverwaltung führten auch zur Gründung der Ärztegenossenschaft am 24. Mai 2000 durch 1.200 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten. Ziel war es, eine ärztliche Organisation zu schaffen, die nicht den engen gesetzlichen Vorgaben unterlag, die für die KVen galten. Schon lange war die Stimmungslage in der Ärzteschaft mehr als schlecht. Das Fass zum Überlaufen brachte dann das „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ unter der Zuständigkeit von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer, welches erneut weitreichende Einschnitte in die ärztliche Selbstverwaltung vorsah. Mit verlockenden Modellverträgen und integrierten Versorgungsformen sollte der Verteilungskampf unter den Vertragsärzten angeheizt werden. Obwohl die KVSH ganz bewusst durch das Gesetz als Vertragspartner dieser neuen Versorgungsformen ausgeschlossen wurde, sollte sie die nötigen Finanzmittel für diese Verträge aus der Gesamtvergütung zur Verfügung stellen. „Mit der Gründung der Genossenschaft halten wir die Reihen der niedergelassenen Ärzte in Schleswig-Holstein geschlossen“, so der damalige Vorstandsvorsitzende der KVSH, Dr. Klaus Bittmann.²²

Vorstand in Vollzeit

Einen Schritt weiter ging der Gesetzgeber im Jahr 2004 mit dem „Gesundheitsmodernisierungsgesetz“, das den Kassenärztlichen Vereinigungen ungefragt eine Organisationsreform zur „Professionalisierung und Verschlanung“ ihrer Arbeit verordnete. Kern der Reform war die Einführung eines hauptamtlichen Vorstandes, der die bisher ehrenamtliche Führungsstruktur ersetzte. Auch für die Abgeordnetenversammlung ergaben sich durch den Eingriff des Gesetzgebers erhebliche Auswirkungen. Bis zum 30. September 2004 hatten die Ärzte Zeit, nach genauen gesetzlichen Vorgaben eine



ABBILDUNG 7 KVSH-KAMPAGNE „ÄRZTE UND PATIENTEN IN AKTION“, 2003



ABBILDUNG 8 GRÜNDUNGSVERANSTALTUNG DER ÄRZTEGENOSSENSCHAFT, 28. MAI 2000, NEUMÜNSTER



ABBILDUNG 9 BESUCH VON DR. ANGELA MERKEL, DAMALIGE CDU-GENERALSEKRETÄRIN, IM HAUSE DER KVSH AM 31. JANUAR 2000.



ABBILDUNG 10 DER KVSH-VORSTAND ÜBERGIBT IM JANUAR 2019 IN BERLIN SCHLESWIG-HOLSTEINISCHEN BUNDESTAGSABGEORDNETEN EINEN OFFENEN BRIEF MIT DER KRITIK VON 1.700 ARZT- UND PSYCHOTHERAPEUTENPRAXEN AM TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ.

neue Abgeordnetenversammlung der KVSH zu wählen. Die Abgeordnetenversammlung musste von ursprünglich 57 auf 30 Mitglieder drastisch verkleinert werden und auch der ehrenamtliche Vorstand der KVSH wurde auf drei – nunmehr hauptamtliche – Mitglieder reduziert, welche nicht mehr zwingend Ärzte sein mussten. Gleichzeitig erhielt die Abgeordnetenversammlung gegenüber dem Vorstand mehr Kontrollrechte. Dem Vorstand wurde ferner ein Beirat mit beratender Funktion zur Seite gestellt, der sich



ABBILDUNG 11 PARLAMENTARISCHER ABEND 2017, DR. RALPH ENNENBACH (STELLV. VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH) IM GESPRÄCH MIT DR. ANDREAS GASSEN (VORSTANDSVORSITZENDER DER KBV)

aus dem Vorsitzenden der Abgeordnetenversammlung, dessen Stellvertreter und den Vorsitzenden der drei Fachausschüsse zusammensetzte. Dennoch sahen viele Ärzte die Gefahr, dass ein professionalisiertes Vorstandsgremium sich zwangsläufig von der Basis entfernen und eine gewisse Entfremdung eintreten könnte.²³ Im ersten Anlauf wurde die beschlossene neue Wahlordnung von der Aufsichtsbehörde, dem Landesgesundheitsministerium, beanstandet. Die Abgeordneten hatten auf einen reinen Kreisbezug bei der Wahl der Mitglieder der Versammlung bestanden, um die Bildung von Fraktionen zu verhindern. Die Bildung von Fraktionen entlang der Arztgruppengrenzen wurde für den Fall befürchtet, dass die Abgeordneten über eine landesweite Liste gewählt würden und nicht als regionale Vertreter der Ärzte in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten. Letztlich konnte mit der Aufsichtsbehörde ein Kompromiss erzielt werden, dass in den einzelnen Kreisen eine Verhältniswahl auf Grundlage von Listen- und Einzelwahlvorschlägen erfolgte.²⁴

Parallel suchte die KVSH auch den Dialog mit Gesundheitspolitikern. So fanden in Bad Segeberg Gespräche unter anderem mit Horst Seehofer, der damaligen Generalsekretärin der CDU, Angela Merkel und mit Heide Moser, der damaligen Gesundheitsministerin des Landes Schleswig-Holstein, statt. Am 15. November 2000 konnte die KVSH Landtagsabgeordnete, Journalisten, Patientenvertreter und Vertreter anderer Organisationen zu ihrem ersten Parlamentarischen Abend im Steigenberger Hotel in Kiel begrüßen, mit dem die schleswig-holsteinische Ärzteschaft in entspannter Atmosphäre die Nähe zur Politik suchte und fand.²⁵ Zwischenzeitlich ist der alljährliche Parlamentarische Abend der KVSH aus vielen Terminkalendern kaum noch wegzudenken und gilt für Schleswig-Holstein als wichtiger Treffpunkt aller im Gesundheitswesen tätigen Akteure.

Die Vertretung der Interessen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten auch gegenüber der Politik ist bis in die Gegenwart ein wichtiges Aufgabengebiet der KVSH. Regelmäßig führt der Vorstand Gespräche mit politischen Entscheidungsträgern aus der Landes- und Bundespolitik, mit Ministern ebenso wie mit Abgeordneten aus dem Landesparlament und dem Deutschen Bundestag, aber auch mit Vertretern der kommunalen Ebene.

Ein Beispiel aus der jüngeren Zeit für das Eintreten für die ärztlichen Interessen gegenüber der Politik war das Terminservice- und Versorgungsgesetz, das zu Jahresbeginn 2020 in Kraft trat. Im Vorfeld hatten 1.700 Praxen einen offenen Brief mit der Kritik der Ärzte und Psychotherapeuten an den mit dem Gesetz geplanten weiteren Staatseingriffen in die Handlungsfreiheit der freiberuflich-selbstständigen Praxen unterschrieben. Der Vorstand der KVSH übergab diesen Brief mit den Unterschriften im Januar 2019 in Berlin den schleswig-holsteinischen Bundestagsabgeordneten der Koalitionsfraktionen von CDU und SPD und verdeutlichte den Unmut innerhalb der Ärzteschaft über das neuste gesundheitspolitische Vorhaben der Regierungskoalition.

Nicht immer geht es um Forderungen, sondern oft auch darum, den Entscheidungsträgern in der Politik zu verdeutlichen, welche Leistungen tagtäglich in der ambulanten Versorgung erbracht werden, etwa auch im KVSH-Bereitschaftsdienst. Regelmäßig informierte der KVSH-Vorstand in den zurückliegenden Jahren Politiker direkt in der Leitstelle, darunter im August 2019 die damalige Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Prof. Dr. Claudia Schmidtke, Bundestagsabgeordnete aus Lübeck, wie der Bereitschaftsdienst organisiert ist und wie sehr er vom Engagement und der Einsatzbereitschaft der Ärzte lebt.



ABBILDUNG 12 (v. li.) DR. MONIKA SCHLIFFKE, VORSTANDSVORSITZENDE DER KVSH, ALEXANDER PAQUET, LEITER DER ABTEILUNG MANAGEMENT VERSORGUNGSTRUKTUREN, PROF. DR. CLAUDIA SCHMIDTKE, DAMALIGE PATIENTENBEAUFTRAGTE DER BUNDESREGIERUNG, REINHARD FINNER, SCHICHTLEITER DER LEITSTELLE, 2019

Endnoten

- 1 Vgl. Antwort von Dr. Rodewald im Rahmen eines Fragebogens (November 1946), Archiv LÄK
- 2 Ebd. Antwort von Dr. Rodewald im Rahmen eines Fragebogens (November 1946), Archiv LÄK
- 3 Archiv der LÄK, Schreiben der LÄK vom 05. Juli 1948
- 4 Archiv der LÄK, Sitzungsprotokoll der LÄK vom 12./13. Juni 1948 in Mölln
- 5 Archiv der LÄK, Einladungsschreiben der LÄK vom 6. August 1948
- 6 Vgl. Berthold Rodewald: „Jahresbericht“ in Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 1949, Heft 1, S. 2
- 7 Vgl. Bestände der KVSH, Sitzungsprotokoll der LÄK und der KVSH vom 14. August 1948
- 8 Vgl. „Der Spiegel“ vom 8. Dezember 1954, S. 19ff
- 9 Vgl. Bestände der KVSH, Sitzungsprotokoll der LÄK und der KVSH vom 26. Juni 1954
- 10 Vgl. Bestände der KVSH, Sitzungsprotokoll der LÄK und der KVSH vom 13. Oktober 1954
- 11 Vgl. Bundesgesetzblatt Teil 2, 1955, S. 513ff
- 12 Ebd.
- 13 Die neue Bezeichnung wurde bereits durch den Vorstand am 9. Mai 1954 unspektakulär beschlossen.
- 14 Die Dienststelle der KVSH befand sich bereits in Bad Segeberg. Die Tagungsorte der Abgeordnetenversammlung fanden damals jedoch noch meist in Rendsburg und Kiel statt.
- 15 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 18. August 1956, Archiv der KVSH
- 16 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Mai 1957, S. 111
- 17 Vgl. Dt. Ärzteblatt 1991, Heft 42, S. A-3493
- 18 Im Weiteren bezeichnet als „Psychotherapeuten“
- 19 Vgl. Nordlicht 2/1999, S. 12ff
- 20 Vgl. Nordlicht 7/2004, S. 14
- 21 Vgl. Amtliche Begründung BT-Drucksache 12/3608, S. 87
- 22 Vgl. Nordlicht, 3/2000, S. 12
- 23 Vgl. Nordlicht, 4/2004, S. 10
- 24 Vgl. Nordlicht, 4/2004, S. 11
- 25 Vgl. Nordlicht, 6/2000, S. 8

Sicherstellung der ambulanten Versorgung

Im Sozialgesetzbuch V hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und damit in Schleswig-Holstein der KVSH die Aufgabe übertragen, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, d. h. eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse. Dies gilt insbesondere auch für Regionen, in denen eine ärztliche Unterversorgung vorliegt oder droht.

Zwar ist die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung noch überall im Lande gesichert, jedoch gerät sie schon heute erheblich an ihre Grenzen, nicht nur in ländlichen Regionen. 635 Hausärzte sind in Schleswig-Holstein 60 Jahre und älter und werden in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen. Nachrückende Ärzte, die diese Versorgungslücken schließen, sind jedoch in selbem Umfang nicht in Sicht. Junge Medizinerinnen und Mediziner scheuen gerade zum Berufseinstieg vielfach die selbstständige Tätigkeit als niedergelassener Arzt, insbesondere in klassischen Einzelpraxen und in ländlichen Regionen. Aber auch hohe Investitionskosten, die Unberechenbarkeit der Verdienstmöglichkeiten aufgrund der sich ständig ändernden Gesetzgebung und die Überregulierung im Gesundheitswesen halten viele davon ab, sich niederzulassen. Zudem haben sich auch die Lebensvorstellungen der nachrückenden Ärztegeneration grundlegend verändert. Diese wünscht sich eine völlig andere Balance

von Arbeit und Privatleben als noch ihre Vorgänger. Insbesondere die Vereinbarkeit von Familie und Beruf steht ganz oben auf der Prioritätenliste, ebenso wie die Arbeit im Team. Verlockend sind auch andere Optionen, wie etwa eine Beschäftigung im Ausland oder in der Forschung. In den Vordergrund rückt auch in der ambulanten Versorgung immer häufiger die Betätigung als angestellter Arzt.

Zwar kann die KVSH gemeinsam mit den Krankenkassen den fiktiven Bedarf an Ärzten und Psychotherapeuten durch neue Bedarfsplanungsrichtlinien immer besser abbilden und in den einzelnen Regionen gezielter planen, jedoch lässt sich damit nicht das grundlegende Problem des Ärztemangels beseitigen. „Neue Ärzte und Psychotherapeuten gibt es damit nicht auf Knopfdruck“, fasst Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH, die Situation treffend zusammen.¹

Die KVSH setzt daher mit vielfältigen Maßnahmen alles daran, die Niederlassung als Arzt in Schleswig-Holstein, insbesondere für junge Medizinerinnen und Mediziner, wieder attraktiver zu gestalten. Insofern wandelt sich die Rolle der KVSH weg von der alleinigen Verwaltung und Verteilung von Arztsitzen hin zu einer aktiven und vorausschauenden Gestaltung einer im Wandel begriffenen Versorgungslandschaft.

WICHTIGE EREIGNISSE
IM ÜBERBLICK

Sicherstellung 1800 – 1945

1757

Einführung sogenannter Physikatsdistrikte in vielen Teilen der beiden dänisch regierten Herzogtümer Schleswig und Holstein als erster Versuch, die medizinische Versorgung zu strukturieren.

1804

Errichtung des „Königlich Schleswig-Holsteinischen Sanitätskollegiums“ als übergeordnete Medizinalbehörde

1835

In Schleswig-Holstein sind 275 Ärzte tätig, davon fast 80 Prozent in Städten.

1869

Einführung der „Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund“, hierdurch unter anderem Niederlassungsfreiheit und freie Honorargestaltung mit Patienten

1883

Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung und rasche Ausdehnung der GKV-Versicherungspflicht; schon bald sind 335 Kassen in Schleswig-Holstein verzeichnet, davon 121 Ortskrankenkassen und 111 Hilfskassen (den späteren Ersatzkassen).

1913

Das Berliner Abkommen wird geschlossen. Paritätisch besetzte „Registerrauschüsse“ mit Vertretern von Ärzten und Krankenkassen; für 1.350 Versicherte muss mindestens ein Arzt zugelassen werden.

1923

Errichtung des „Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen“ mit Richtlinienkompetenz für die Vertragspartner vor Ort

1931

Die regionalen KVen erhalten den Sicherstellungsauftrag und gewährleisten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung.

1933

Die Nationalsozialisten ersetzen die KVen durch eine „KVD-Verwaltungsstelle Schleswig-Holstein“ und missbrauchen insbesondere das Zulassungswesen für ideologische Zwecke.

1939

Bei Kriegsbeginn sind in Schleswig-Holstein ca. 720 Kassenärzte tätig. Durch Einberufungen sinkt die Zahl auf ca. 600. Durch Anordnung kann jeder freipraktizierende Arzt zur ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung verpflichtet werden, oftmals als „Hilfskassenarzt“ in einer verwaisten Praxis.

1940

*„Notdiensteinsatz von Ärzten“.
Die Ärztekammer hat Ärzte zu benennen, die in „notleidenden Kreisen“ zur ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung dienstverpflichtet werden.*

1800 – 1945: „Zu Fuß oder mit dem Rad im Schweiß des Angesichts“

Vor rund 250 Jahren war man in Schleswig-Holstein von einer wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung mit Ärzten noch Lichtjahre entfernt. Erst mit der Einführung sogenannter Physikatsdistrikte² im Jahr 1757 in vielen Teilen der beiden dänisch regierten Herzogtümer Schleswig und Holstein wurde eine gewisse Versorgungsstruktur erkennbar. An der Spitze jedes Physikatsdistriktes stand ein sogenannter „Districtphysikus“. Dieser war ein staatlich angestellter Arzt, der in seinem Bezirk Aufgaben der Medizinalpolizei wahrnahm wie die Abwehr von Seuchen. Auch hatte er zumeist die Pflicht, arme Menschen unentgeltlich zu behandeln. Aufgrund der äußerst geringen staatlichen Zuwendungen waren die Physici jedoch gezwungen, neben ihrem Amt auch eine Privatpraxis gegen klingende Münze zu betreiben. Für eine nennenswerte ärztliche Versorgung in der Fläche waren die Physikatsdistrikte dennoch viel zu groß. Insbesondere abgelegene Gegenden oder gar Inseln standen aufgrund der schlechten Verkehrs- und Wetterverhältnisse daher nur höchst selten auf dem Terminkalender eines Physikus.

Ärztemangel auf der Insel Sylt

Auf der zum Physikat Tondern gehörenden Insel Sylt gab es zum Beispiel – anders als heute – zunächst nicht einen einzigen Arzt, obwohl die Bewohner durch Schifffahrt zu einigem Wohlstand gekommen waren.³ Man musste sich daher mit handwerklich ausgebildeten Wundärzten und Chirurgen behelfen, die auch noch häufig eine hohe Fluktuation aufwiesen. Der Sylter Landvogt Mathias Mathiessen beklagte diesen Zustand in einem Bericht vom 22. Juni 1752 (Landesarchiv SH, Abt. 65.2. Nr.1807):

„Nicht selten pflget es zu geschehen, daß die Schiffer oder so genannte Commandeurs, welche von Holland, Bremen, Hamburg etc. auf Grönland und den Wallfischfang fahren, ihre auf den Schiffen mit sich führende Chyrurgos zur Herbst Zeit bey ihrer Rückkunft mit sich nach Hause nehmen, welche dan den Winter über daselbst sich aufhalten und nachher wieder mit ihren Commandeurs auf die Grönländische (...) oder anderswo hin begeben“.

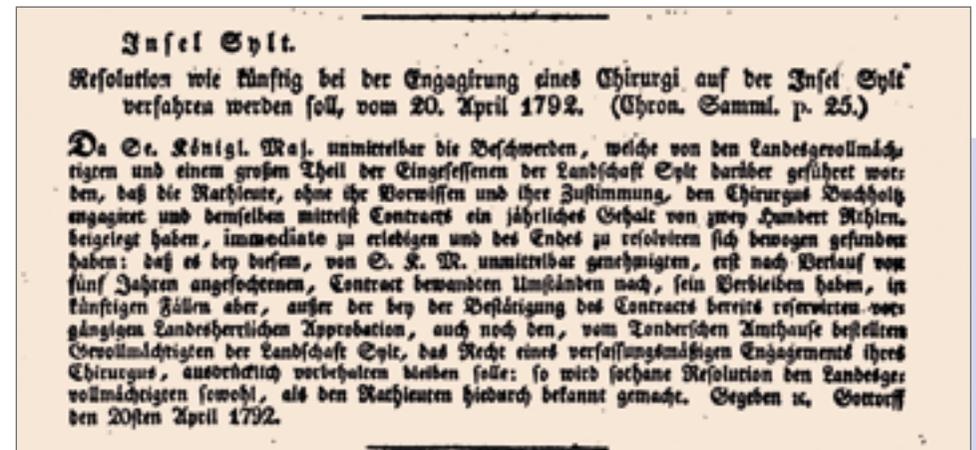


ABBILDUNG 1 RESOLUTION DER DEUTSCHEN KANZLEI IN KOPENHAGEN, 1792



ABBILDUNG 2 DR. MED. ET CHIR. GEORG NIKOLAUS WÜLFKE,
LANDSCHAFTSARZT AUF SYLT

Als im Jahr 1784 auf Sylt eine ansteckende Krankheit ausbrach und viele Menschen starben, sahen sich die kommunalen Vertreter und Landvogt Mathiessen veranlasst, einen „ordentlichen Arzt“ mit einem jährlichen Grundgehalt fest anzustellen.⁵ Im Januar 1786 wurde ein Vertrag geschlossen, worin sich der Chirurg Christian Friedrich Buchholz verpflichtete, „sich seinen künftigen Wohnsitz im Dorfe Keitum als der mittelste Ort der Landschaft, aufzuschlagen und beständig daselbsten zu

wohnen, und zum Besuch der Patienten sich eines selbst zu haltenden Reitpferdes zu bedienen. Er verpflichtet sich, seine Patienten fleißig aufzuwarten und mit aller Treue gewissenhaft zu begegnen und in Hinsicht seines Honorarii der Billigkeit sich zu befleißigen (...)“.⁶

Buchholz war somit der erste „Landschaftsarzt“ auf Sylt, ein als kommunaler Beamter angestellter Arzt. Er hatte seine praktischen Kenntnisse allerdings nicht an einer Universität erworben, sondern am Collegium medico-chirurgicum in Berlin und sodann in der preußischen Armee als Stabschirurgus.⁷ Als Buchholz im Jahr 1824 verstarb, wünschten sich die Sylter Repräsentanten bei dem Nachfolger allerdings, „dass er

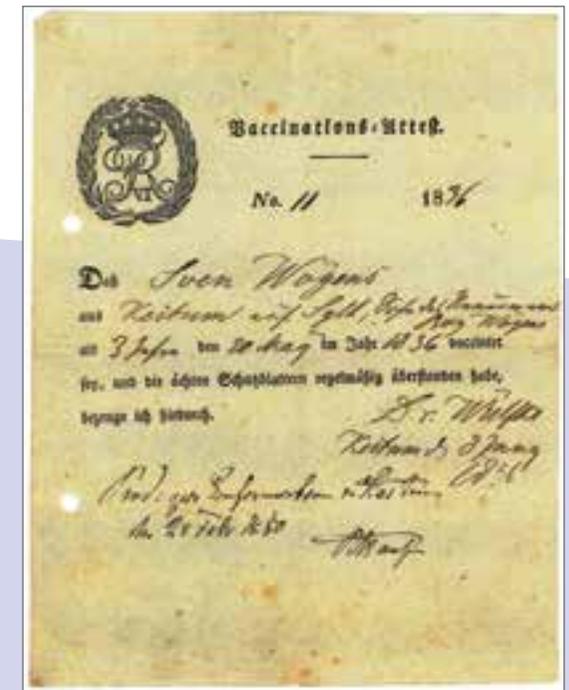


ABBILDUNG 3 VACCINATIONS-ATTEST, AUSGESTELLT
VOM LANDSCHAFTSARZT WÜLFKE, KEITUM, 1836

sowohl die Medicin als Practische Chirurgie studirt hätte und dabey zugleich accoucheur sey".⁸ Dieses Anforderungsprofil spiegelte eine allgemeine Gesamtentwicklung wider. Ab Ende des 18. Jahrhunderts löste sich die Trennung der Heilkunde in Chirurgie und Medizin zunehmend auf und auch in Schleswig-Holstein traten studierte Ärzte immer mehr an die Stelle der alten Wundärzte und Chirurgen. Der zweite Landschaftsarzt Georg Nikolaus Wulfke hatte insofern seine Ausbildung an der Landesuniversität zu Kiel absolviert⁹ und führte – wie auch seine Nachfolger – den akademischen Grad „Dr. med. et chir.“. Fast 100 Jahre sorgte die Institution „Landschaftsarzt“ auf Sylt für eine Kontinuität in der ärztlichen Versorgung und wurde erst im Jahr 1890 beendet, als mehrere Ärzte dort ihren ständigen Wohnsitz hatten.¹⁰

Das Schleswig-Holsteinische Sanitätskollegium

Im Jahr 1804 errichtete der dänische Staat in Kiel das „Schleswig-Holsteinische Sanitätskollegium“. Als übergeordnete Medizinalbehörde führte es die Aufsicht über „alle im Lande befindlichen Medicinal-Verwandte“.¹¹ Da das Sanitätskollegium aber auch Vorschläge an die vorgesetzte Deutsche Kanzlei in Kopenhagen einreichen sollte „über alle die Medicinal-Gesetzgebung betreffende Gegenstände“, kam ihr große Bedeutung insbesondere im Hinblick auf die ärztliche Versorgung im dänisch regierten Schleswig-Holstein zu.

Die ordentlichen Mitglieder des Sanitätskollegiums bestanden aus den Professoren der Medizinischen Fakultät der Kieler Landesuniversität. Durch „Adjunkten“ (Beisitzer) und außerordentliche Mitglieder wurden aber auch die verschiedenen Landesteile mit einbezogen.¹²

Für die damalige Zeit war das Sanitätskollegium ausgesprochen detailliert über die Gesundheitslage in den einzelnen Physikatsdistrikten informiert. Dreh- und Angelpunkt waren dabei die halbjährigen Berichte der Physici. Unter anderem hatten diese



ABBILDUNG 4 HISTORISCHES ARZTHAUS UND APOTHEKE STAPELHOLM, ERBAUT 1810

„die Veränderungen der medicinischen Personale, die sich (...) in ihrem Physikatsdistricte ereignet haben, genau aufzuführen, und zwar namentlich etwaige Todesfälle von Aerzten, Chirurgen, Apothekern, Hebammen, Versetzungen derselben an andern Orten, Ansetzungen neuer Aerzte, Chirurgen, Apotheker und Hebammen, und dabey die Personalien dieser neu angesetzten Medicinalverwandten genau anzugeben (...)“.¹³

Ergab sich aus den Berichten eine medizinische Unterversorgung, so informierte das Sanitätskollegium die Deutsche Kanzlei in Kopenhagen, meist verbunden mit einem regionalen Gegebenheiten angepassten Lösungsvorschlag. Im positiven Fall wies dann die Deutsche Kanzlei die entsprechende Kommune an, das Entsprechende zu veranlassen.

So wurde im Jahr 1810 auf Vorschlag des Sanitätskollegiums dem Hüttener Amtshaus offiziell aufgetragen,

1. „dass für die Landschaft Stapelholm ein eigener Arzt mit einem jährlichen in vierteljährigen Terminen zu entrichtenden Gehalt von 200 Rthlrn (Reichstaler) aus der landschaftlichen Casse angesetzt werden möge,
2. dass für denselben ein Haus auf dem bereits angekauften Bauplatze auf Kosten der Landschaft erbauet und
3. in diesem Hause zugleich ein Local für die Apotheke eingerichtet werden möge, jedoch solchergestalt, dass das Local einen eigenen, von dem Haupteingange des Hauses getrennten Eingang erhalte (...).“¹⁴

Insofern handelte es sich aus heutiger Sicht betrachtet um nichts anderes als die Urform einer kommunalen Eigeneinrichtung. Übrigens hat das besagte Haus sämtliche historischen Entwicklungen unbeschadet überstanden und beherbergt auch 200 Jahre später noch immer eine Apotheke unter ihrem Dach (vgl. Abb. 4).

Die Ärzte breiten sich aus

Obwohl die Zahl der Ärzte in Schleswig-Holstein während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts überproportional zur Gesamtbevölkerung stieg, ließen sich diese seltener auf dem Lande nieder, sondern vorwiegend in größeren Städten wie Altona, Kiel, Schleswig und Flensburg.¹⁵

	Bevölkerung	Ärzte gesamt	Ärzte in Städten	Ärzte auf dem Lande
1826	720.000	191	160 (83,8 %)	31 (16,2 %)
1835	773.000	275	216 (78,5 %)	59 (21,5 %)
1847	858.000	366	250 (68,3 %)	116 (31,7 %)
1908	1.530.000	699	488 (72,9 %)	181 (27,4 %)

ABBILDUNG 5 NACH BERECHNUNGEN VON GEH. SAN.-RAT DR. ERNST SCADICANI, 1909

Dieser Ärzteboom stieß allerdings nicht überall auf Begeisterung, da er auch zu einer Verdrängung der etablierten Leistungsanbieter führte. So beklagten sich im Jahr 1841 zwei Physici aus Schleswig und Eckernförde bei dem Sanitätskollegium, „daß sich auf dem Lande in jedem größeren Dorfe Ärzte niedergelassen haben (...). Viele verdiente und tüchtige Physici (...) werden am Abend ihres Lebens in Armut und Dürftigkeit versinken müssen, da die Einkünfte ihres Amtes sie nicht gegen Mangel schützen und die jüngeren Ärzte ihnen dazu alle Gelegenheiten zur Privatpraxis abschneiden“.¹⁶ Jedoch fühlten sich auch die Hebammen durch das Aufkommen ärztlicher „accoucheur“ (Geburtshelfer) „an den Rand des Verderbens gebracht“, wie deren Klageschrift aus dem Jahr 1823 an den Schleswiger Magistrat zeigt: „Es ist in neueren Zeiten bei den Damen der Stadt Schleswig, von der höchsten bis zur niedrigsten, allgemein Mode geworden, die zartere und sittsamere Hilfe ihres Geschlechts zu verschmähen und sich selbst in der Stunde der Not von einer Mannesperson manipulieren zu lassen. Diese Mode, verbunden mit dem Eifer des Geburtshelfers Kehrmeier, der für dieses unsaubere Geschäft eine solche Leidenschaft hat, daß es ihm völlig einerlei ist, ob er Bezahlung erhält oder nicht (...), hat uns beklagenswerte Supplikantinnen an den Rand des Verderbens gebracht“.¹⁷

Gewerbeordnung

Mit der Einführung der „Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund“¹⁸ im Jahr 1869 ergaben sich für die Ärzte der nunmehr preußischen Provinz Schleswig-Holstein (wie auch der Hansestadt Lübeck) deutliche Veränderungen. Fast 50 Jahre lang galt bis dahin eine von dem Schleswig-Holsteinischen Sanitätskollegium erarbeitete Gebührenordnung, die durch fixe Beträge keinerlei Gestaltungsspielräume zuließ.¹⁹ Nunmehr konnten hingegen die Ärzte ihre Honorarforderungen völlig frei der jeweiligen Einkommenslage ihrer Patienten anpassen. Lediglich für strittige Fälle konnten Taxen von den Zentralbehörden festgesetzt werden (vgl. Paragraph 80 Gewerbeordnung), wovon das Königreich Preußen allerdings erst im Jahr 1897 Gebrauch machte.²⁰

Gutverdienende sicherten sich sogar gegen eine feste Vergütung die Dienste eines Hausarztes, unabhängig von der Krankheitslage. Der 1858 in Lübeck geborene Schauspieler und Sprachlehrer Hans Calm lieferte in seiner Autobiografie einen stimmigen Überblick über die damalige Funktion eines Hausarztes. „(...)Trotzdem besaß man, wie alle Nachbarn auch, einen Hausarzt. Der kannte jedes einzelne Familienmitglied ganz genau und stand zur Verfügung Tag und Nacht, wenn's sein musste; er verstand die Sprache seiner Patienten mit denen er von der Wiege bis zum Grabe alle Leiden teilte. „Aber so üm jeden Hühnerkram oder'n poor versetzte Blähungen müß man em nich kamen.“ Der Onkel Dokter steckte, wenn er in der Nachbarschaft einen Patienten hatte, wohl den Kopf in die Haustüre und rief: „Na, sünd ji all up'n Damm oder sall ick rin kamen?“ (...) So ein Hausarzt bekam alle Vierteljahr eine kleine Summe, ob er gebraucht wurde oder nicht. Er hatte eine feste Einnahme, auf der er fußen konnte und die Familie einen zuverlässigen Helfer. In unendlich vielen Fällen ging die Inanspruchnahme des Arztes weit über seine berufliche Tätigkeit hinaus. Er wurde um Rat gefragt, wenn die Eltern wissen wollten, wat de dorvon höll'n, un wat se woll dorto segg'n würd'n.“²¹

Auf dem flachen Lande herrschten hingegen andere Verhältnisse und andere Probleme. Dr. Franz Dittrich aus Schönberg, Landarzt und Mitglied der Ärztekammer, beschrieb diese im Jahr 1924 rückblickend wie folgt:



ABBILDUNG 6 ARZTPRAXIS UM DAS JAHR 1900 (DITHMARSCHER LANDESMUSEUM)

„(...) Im Beginne meiner landärztlichen Tätigkeit fand ich eine altherwürdige Einrichtung vor, die in allen adligen Gütern seit Jahrzehnten eingeführt war, die sogenannte Gutspraxis, d. h. sämtliche Gutsarbeiter mit ihren Familienmitgliedern waren in Krankheitsfällen auf einen mit festem Jahresgehalt angestellten Arzt angewiesen. (...) Ohne den Rückhalt einer Gutspraxis war in einzelnen Gegenden unserer Provinz die Existenz-

möglichkeit für einen Arzt ausgeschlossen. (...) In freien Bauernbezirken (...) fand man nur Privatpatienten. Dieser sonst so erstrebenswerte und ideale Zustand hatte neben vorwiegend guten, doch auch seine schlechten Seiten. Das nicht gegen Krankheit versicherte Dienstpersonal – Knechte und Mägde – zahlte selten die ärztlichen Rechnungen, die von uns Ärzten auch schon für diese Klienten auf ein Minimum reduziert wurden (...)“.²²

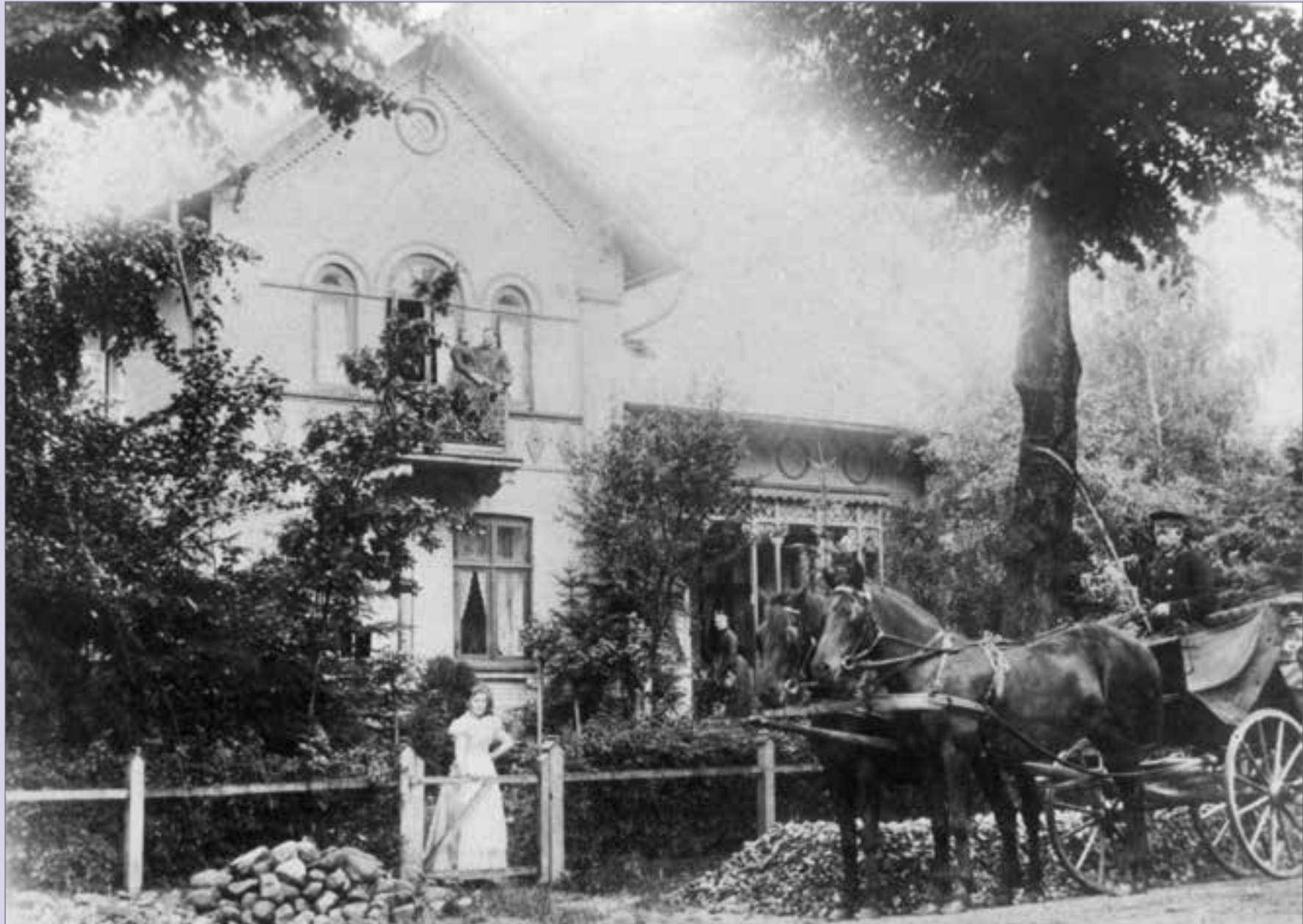


ABBILDUNG 7 **DIENSTPERSONAL EINES LANDARZTES IN SCHLESWIG-HOLSTEIN, 1890**

Sicherstellung durch die Krankenkassen

Bis 1883 standen sich Arzt und Patient als freie Partner gegenüber, die das ärztliche Honorar untereinander aushandelten. Mit Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der raschen Ausdehnung der GKV-Versicherungspflicht auf immer weitere Bevölkerungsschichten wurde das schwieriger. Den Ärzten verblieben weniger Privatpatienten und die Krankenkassen wurden als neue „Verhandlungspartner“ mächtiger. Diese waren verpflichtet, ihren Versicherten ärztliche Behandlung als Sachleistung zu gewähren. Es reichte also nicht aus, sich mit Zuschüssen an dem Ärztehonorar zu beteiligen; die Krankenkassen mussten vielmehr selbst ihren Mitgliedern die erforderliche Anzahl an Ärzten zur Verfügung stellen. Konkrete gesetzliche Vorgaben gab es allerdings keine, weshalb Zahl und Person der für sie tätigen Ärzte sowie deren Bezahlung im alleinigen Belieben der einzelnen Krankenkasse stand (vgl. hierzu Seite 23 ff).

Das Vorgehen der Krankenkassen war jedoch alles andere als einheitlich. Allein über das kleine Schleswig-Holstein verteilten sich insgesamt 121 Ortskrankenkassen in völlig unterschiedlichen Regionen und mit völlig unterschiedlichen Herangehensweisen.

Insbesondere in besiedlungsschwachen Kreisen waren die Krankenkassen meist froh, überhaupt auf Ärzte vor Ort zu treffen. Oftmals wurden dann gleich alle unter Vertrag genommen und die Versicherten konnten sich frei für einen dieser Ärzte entscheiden („freie Arztwahl“). Mitunter herrschte sogar „der tiefe Frieden, in dem Ärzte und Kassen dort miteinander leben“.²³ So schreibt der Arzt P. Meyer aus Hadersleben: „Alle unsere Verträge sind mündlich und wir haben freie Arztwahl“.²⁴ Meistens musste die „freie Arztwahl“ jedoch teuer mit Honorareinbußen „bezahlt“ werden. Eine „Untersuchung des Krankenkassenwesens in Schleswig-Holstein“ ergab, dass auch in ländlichen Regionen Ärzte „ganz bedeutende Abzüge“ hinnehmen mussten: „In Apenrade macht eine Kasse 20 Prozent der Taxe Abzug, in Eckernförde 10 bis 25 Prozent. Bei der Ortskrankenkasse Flensburg Land und bei der Gemeindekasse zu Glückstadt kann, wenn

ein Defizit in der Kasse eintritt, dieses in unbeschränktem Maße von der Arztrechnung abgezogen werden“.²⁵ „Unbedingt zugestimmt“ hatte die Vertragskommission der Ärztekammer allerdings einem Vertrag mit der Ortskrankenkasse auf Föhr: „Die beteiligten drei Ärzte liquidieren nach der Taxe von 1896 und lassen sich Abzüge gefallen, soweit die Rechnungen 40 Prozent der Kasseneinnahmen überschreiten, mit der Bedingung, dass falls die Liquidationen der Ärzte geringer sind, der Überschuss den Ärzten in späteren Jahren zugute kommt“.²⁶ „Einnahmenorientierte Ausgabenpolitik“ würde man vermutlich heute dazu sagen.

Finanzielle Situation löst Verzweiflung aus

Angesichts der desolaten Honorarlage ist die Verzweiflung vieler Ärzte auch aus heutiger Sicht noch spürbar. So schrieb ein Arzt an die schleswig-holsteinische Ärztekammer, dass er aufgrund der Praxisverhältnisse „nicht mehr verdiene als Miete und Feuerung beträgt“, und ein anderer vermerkt: „Silberzeug und Schmucksachen sind auf dem Pfandhaus.“²⁷

Die finanzielle Notlage dürfte auch der Grund für sogenannte „Hausirpraxen“ gewesen sein, von denen der Norderdithmarscher ärztliche Verein berichtete: „Im Oktober 1890 wurde durch Vereinsbeschluss den Mitgliedern die sogenannte ‚Hausirpraxis‘ (regelmäßige Sprechstunden außerhalb des Wohnorts) verboten. Es war diese seit langen Jahren in Dithmarschen bestehende Sitte im Laufe der Zeit zu einer Unsitte geworden. In fast jedem Kirchdorfe des Kreises hielten Ärzte einmal oder mehrmals wöchentlich Sprechstunden ab. Ein Kirchdorf wurde sogar eine Zeitlang von vier Ärzten regelmäßig besucht. Es ist die Beseitigung dieser Unsitte, welche zu allerlei kollegialen Zwistigkeiten führte und die Unbeständigkeit des Publikums erheblich förderte, mit Freuden zu begrüßen.“²⁸

Eine völlig andere Situation herrschte hingegen in Städten wie Kiel und Flensburg wie auch in industriellen Zentren wie Neumünster und Elmshorn. Dort war der ruinöse Konkurrenzkampf unter den Ärzten deutlich spürbarer. Manche Ärzte waren „fast ganz auf die Kassenpraxis angewiesen“ und befürchteten massive Verluste bei einer freien Arztwahl.²⁹ Zusätzlich konnten sich „die mißlichen Verhältnisse des Nachbarstaates Hamburg“ bemerkbar machen. So lehnten zwei kaufmännische Krankenkassen weitere Kassenarztverträge schlichtweg ab, da „ihnen Hamburger Ärzte auch für Altona und Wandsbek zur Hand waren“.³⁰

Um eine Anstellung als Kassenarzt zu erlangen, schreckten manche Ärzte auch vor Bestechungen nicht zurück. So gestanden vier Ärzte und ein Heilgehilfe vor einem Schöffengericht in Altona, dass sie dem Vorstand einer Krankenkasse „größere Geldsummen theils zum Dank für ihre Anstellung, theils nach vorheriger Verabredung als Entgelt für seine bezügliche Verwendung gegeben hätten“.³¹

Ein weiterer Konfliktherd stellte das Aufkommen des sogenannten „Spezialistenwesens“ dar. Allein in Kiel, wo 50 praktische Ärzte tätig waren, stellten die Krankenkassen mit gesonderten Verträgen 24 Spezialärzte an. Angesichts dieses Verhältnisses verwundert es kaum, dass die praktischen Ärzte existenzielle Sorgen quälten, einerseits durch die Leistungsausweitung der Spezialärzte, bemerkenswerterweise aber auch durch ein verändertes Anspruchsdenken der eigenen Patienten. Vier Ärzte des Kieler Ärztlichen Vereins wandten sich daher mit Schreiben vom 11. November 1905 hilfesuchend an den Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein:

„Der gewöhnliche praktische Arzt ist durch das ungeahnte Anwachsen des Spezialistentums in eine Notlage gedrängt; er ist eben in jeder Beziehung im Nachteil; auch dadurch, daß die Spezialisten, selbst wenn sie es sehr genau nehmen, gar nicht immer strikte bei ihrer Spezialität bleiben können. (...) Die Verführung und Gelegenheit auch andere Krankheiten zu behandeln ist da sehr groß, und die Vertreter dieser

Spezialitäten müssen sich da auch oft Ansprüchen und Wünschen des Publikums in dieser Hinsicht fügen, selbst wenn sie es nicht wollen. Auch das hat die Erfahrung aufs Deutlichste bewiesen.“³²

Frühe Anzeichen ärztlicher Selbstverwaltung

Trotz ihrer erdrückenden Übermacht vertrauten die Krankenkassen sehr frühzeitig auf die fachliche Kompetenz der Ärzteschaft. So ist eine Vereinbarung aus dem Jahr 1890 überliefert, wonach jeweils ein Vertreter des Vereins Angler Ärzte wie auch des Ärztlichen Vereins zu Flensburg zu sämtlichen Sitzungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse eingeladen wurde und die eingereichten Arztrechnungen prüfte.³³

Aus dem Jahr 1908 ist sogar ein Fall aktenkundig, in dem die Vertragskommission I der Ärztekammer – entgegen ihrer eigentlichen Funktion – für eine Ortskrankenkasse eine Wirtschaftlichkeitsprüfung durchführte, natürlich im Einvernehmen mit dem betroffenen Kassenarzt. Diesem drohte nämlich die Kündigung, nachdem ihm unwirtschaftliches Ordnungsverhalten vorgeworfen wurde. Der hinzugezogene ärztliche Kollege kam zu einer völlig anderen Bewertung als die Krankenkasse zuvor: „Die genaue Prüfung ergab, daß von zu teurem Verschreiben absolut nicht die Rede sein könne, da der Durchschnittspreis sich erheblich unter dem vereinbarten bewegte und der Arzt billiger ordiniert hatte, als sein Nachbarkollege.“³⁴ Wie sich später herausstellte, war dem Rechnungsprüfer der Kasse ein schwerwiegendes Malheur unterlaufen, weshalb die Kündigungsandrohung auch schnell vom Tisch war. Die Ortskrankenkasse war voller Lobes und deren Vorsitzender bedankte sich in einem persönlichen Schreiben überschwänglich: „Indem ich hiermit Ihnen für Ihre Bemühungen den Dank des Vorstandes, sowie der gesamten Gegenseitigen Krankenkasse übermittele, hoffe ich auch fernerhin Ihr Wohlwollen in der Ärztefrage für unsere Kasse erbitten zu dürfen“.³⁵

Nach dem Ersten Weltkrieg wurden die ärztlichen Rechnungen immer seltener direkt an die einzelnen Krankenkassen geschickt, sondern an Verrechnungsstellen der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen, die diese erst nach Prüfung an die Krankenkassen weiterleiteten. Hierfür wählten die Ärzte aus ihren Reihen Kollegen in sogenannte Prüfungsausschüsse. Sofern mit den Krankenkassen vertraglich vereinbart, konnte die Prüfung auch auf Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Rezepte und Krankenhausbehandlungen erweitert werden. Als Prüfungskosten erstatteten die Krankenkassen üblicherweise ein Prozent der Rechnungsbeträge.³⁶ Da offenbar einige Ärzte die Prüfung zu umgehen versuchten, wies der Provinzialverband auf die dringende Notwendigkeit hin, „dass alle Rechnungen durch die Verrechnungsstellen der Kassenärztlichen Vereinigungen gehen. In erster Linie haben mit voller Berechtigung die Ersatzkassen darauf hingewiesen und geklagt, dass bei einigen K.V.en die Rechnungen einzeln und ungeprüft von den Ärzten zu den Kassen geschickt würden. Durch dieses Verfahren glauben die Herren, schneller zu ihrem Geld zu kommen. Gerade das Gegenteil ist der Fall. Sie selbst und ihre Kollegen erhalten dadurch nur verspätet ihr Geld.“³⁷ Dass die Überprüfung durch ärztliche Kollegen ganz offensichtlich auch eine politische Dimension hatte, zeigt ein Aufruf des Provinzialverbandes an anderer Stelle: „Die freie Arztwahl ist in Gefahr. Sie kann uns nur erhalten bleiben bei allgemeiner und rücksichtsloser Rechnungsprüfung.“³⁸

Das Berliner Abkommen – Gemeinsame Selbstverwaltung in bitteren Zeiten

Das am 23. Dezember 1913 geschlossene Berliner Abkommen³⁹ brachte auch in Schleswig-Holstein eine ganze Reihe an Änderungen mit sich, allesamt zugunsten der Ärzte. In den einzelnen Versicherungsamtsbezirken wurden gemeinsame Ausschüsse errichtet, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen auf Augenhöhe zusammenarbeiteten. Zwar wurden Ärztehonorare auch weiterhin per Einzelvertrag zwischen Arzt und Krankenkasse vereinbart, jedoch war dies nur noch eine Formalie. Der Vertragsinhalt war standardisiert und wurde zuvor in paritätisch gebildeten Vertragsausschüssen erarbeitet. Sofern hierüber keine Einigung erzielt werden konnte, unterwarfen sich die regionalen Vertragspartner mit verbindlicher Wirkung der Entscheidung eines Schiedsamtes. Für die Provinz Schleswig-Holstein war dieses beim Oberversicherungsamt Schleswig angesiedelt, ebenfalls paritätisch besetzt mit einem Beamten als Vorsitzenden. Auch diese Neuerung stellte einen äußerst wichtigen Fortschritt im Zusammenwirken von Krankenkassen und Ärzten dar. Interessensausgleiche konnten so gefunden und „vertragslose“ Zustände vermieden werden. Bedingt durch den Ausbruch des Ersten Weltkrieges und weiterer Gründe scheint dieses wichtige Gremium in Schleswig-Holstein jedoch erst im Jahr 1922 gebildet worden zu sein.⁴⁰

Das Berliner Abkommen hatte auch ganz entscheidende Konsequenzen auf die Zulassung von Kassenärzten, bis dahin eine ausschließliche Kassenangelegenheit. Auch hier wurden nunmehr paritätisch besetzte „Registerausschüsse“ gebildet, wo die Ärzte über diese Fragen mitentschieden. Sofern nicht gleich alle im Arztregister eingetragenen Ärzte eine Zulassung erhielten, sah das Berliner Abkommen vor, „so viele Ärzte anzustellen, dass mindestens auf je 1.350 Versicherte ein Arzt“ entfiel.⁴¹

Nur wenige Monate nach dem Berliner Abkommen brach der Erste Weltkrieg aus und die Kassenärztlichen Vereinigungen in Schleswig-Holstein sahen es als ihre „Ehrenpflicht“ an, die zum Kriegsdienst eingezogenen Kollegen mit Tatkraft zu unterstützen. In Kiel und Altona wurde sogar beschlossen, dass die im Zusammenhang mit Vertretungen erzielten Einnahmen zur Hälfte dem Vertretenen zufallen sollen.⁴² Nach dem Krieg waren die Kassenärztlichen Vereinigungen gehalten, „nicht zuletzt die aus dem Felde kommenden jungen Kollegen“ bei ihren Bewerbungen um Kassenarztstellen „zu fördern und ihnen weit entgegenzukommen.“⁴³

Dies hatte natürlich Folgen für die Versorgung. Die Zahl der Neuniederlassungen stieg in Schleswig-Holstein deutlich an, nicht jedoch die dafür zur Verfügung stehenden Finanzmittel der Krankenkassen. Die ärztlichen Verdienstaussichten wurden daher immer schlechter, auch für alteingesessene Ärzte. Ein Landarzt aus



ABBILDUNG 8 „PRAXISGEBÜHR“, 1923

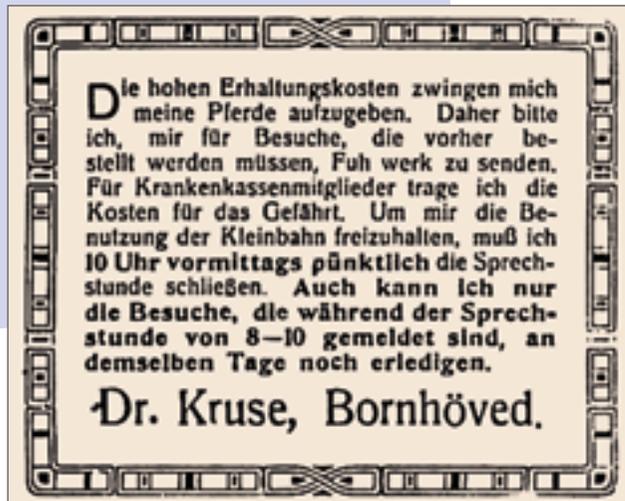


ABBILDUNG 9 SEGEBERGER ZEITUNG, 27. SEPTEMBER 1922

Schönberg im Kreis Plön beschrieb die damalige Situation sehr anschaulich: „Nach dem Kriege ist das flache Land ebenso mit jungen Ärzten überschwemmt wie die großen Städte; in dem Bezirk, in dem ich bis 1919 mit 3 Kollegen arbeitete, praktizieren zurzeit 7 Herren. Wir sehen, dass Orte zurzeit zu Arztsitzen gemacht werden, die dem betreffenden Kollegen in gesellschaftlicher und kultureller Beziehung nichts bieten, in wirtschaftlicher nur das knappe tägliche Brot. Einzelne günstige Ausnahmen bestätigen die Regel.“⁴⁴

Mit der Inflation im Jahr 1923 eskalierte die ohnehin schon prekäre Lage der Ärzte. Über viele Jahre angespartes Kapital war plötzlich ohne jeden Wert. Sachwerte wie Hausgrundstücke wurden hingegen mit hohen Steuern belegt. Häufig konnten sich die Ärzte auf dem Land das zur Versorgung ihrer Patienten dringend benötigte Pferdefuhrwerk nicht mehr leisten. Die Folge war, „dass ein nicht unbeträchtlicher Teil der Landärzte,

selbst ergraute Veteranen, zu Fuß oder mit dem Rade im Schweiß ihres Angesichts die beschwerliche Arbeit leisten muss. Diejenigen Ärzte aber, die sich noch im Besitze eines Fuhrwerks befinden, zeigen durch Einschränkungen, die sie sich selbst auferlegen, wie Abschaffung eines Kutschers usw., dass sie durch die veränderten Vermögen- und Erwerbsverhältnisse gezwungen sind, in jeder möglichen Weise zu sparen“.⁴⁵

Sehr verbreitet war auch, dass die Landbevölkerung den Transport ihres Landarztes sicherstellte, wie sich die Arztfrau Isa Rohwedder aus Ratzeburg erinnert: „Der Doktor wurde mit Pferdefuhrwerk abgeholt, hatte dort Kaffee oder Milch zu trinken, den Viehbestand zu begutachten, Vater, Mutter und Tanten zu verarzten und wurde wieder auf demselben Wege zurückbefördert.“⁴⁶

Gespart wurde in allen Teilen der Provinz Schleswig-Holstein. So ist aus dem Kreis Herzogtum Lauenburg überliefert, dass die dortigen Ärzte für ihre Fahrten mit der Eisenbahn stets die 4. Wagenklasse benutzten, um damit die schlechte Bezahlung der Krankenkassen zu dokumentieren. „Sie schämten sich dessen in keiner Weise, wohl aber eines Kollegen wegen, der in gar zu schäbigem und ungepflegtem Äußeren aufkreuzte“.⁴⁷

Nach Auslaufen des Berliner Abkommens im Jahr 1923 verankerte die Reichsregierung die wichtigsten Bestimmungen in der sogenannten „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen“.⁴⁸ Neu war die Errichtung des

„Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen“, deren Spitzenorganisationen jeweils fünf Vertreter entsandten. Hinzu kamen drei unparteiische Mitglieder, die der Reichsarbeitsminister bestimmte.

„Zur Sicherung gleichmäßiger und angemessener Vereinbarungen zwischen den Kassen und Ärzten“ konnte der Reichsausschuss Richtlinien aufstellen, die sich erstreckten auf

- „die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei den Krankenkassen,
- den allgemeinen Inhalt der Arztverträge,
- die Art und Höhe der Vergütung für die ärztlichen Leistungen,
- die Einrichtungen, welche zur Sicherung der Kasse gegen eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe erforderlich sind,
- die Maßnahmen zur Sicherung gegen übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte“.⁴⁹

Ferner sollten sich die Richtlinien darauf erstrecken, „wie durch den Nachweis freier Kassenarztstellen und Warnung vor Zuzug an überfüllte Plätze auf eine planmäßige Verteilung der Kassenärzte über das Reichsgebiet hingewirkt werden kann.“

Den Richtlinien des Reichsausschusses kam insofern große Bedeutung zu, als die Schiedsämter diese bei ihren Entscheidungen zugrunde zu legen hatten.⁵⁰



ABBILDUNG 10 ÄRZTLICHE MITTEILUNGEN, 1924

Unerfreuliche Erfahrungen mit dem Schiedsamt

Unangemessene Wegegebühren waren der Anlass für eine lange Auseinandersetzung zwischen Ärzten und Krankenkassen, die schließlich durch das Schiedsamt in Schleswig entschieden wurde. Trotz eines vorsorglichen Hinweises des Schiedsamtes, dass für die Bemessung der Wegegebühren die örtlichen Verhältnisse maßgebend seien,⁵¹ entschied sich der ärztliche Provinzialverband (Hartmannbund) in Kiel dafür, die Thematik mit den großen Krankenkassenverbänden zentral zu verhandeln. In ihren Forderungen lagen die beiden Vertragspartner allerdings weit auseinander. Die Ärzte verlangten für den laufenden Kilometer bei Tag 1. *M* und bei Nacht 1,50 *M*; die Krankenkassen boten stattdessen lediglich 0,43 *M* an. (1. *M* im Jahr 1924 hatte laut Deutscher Bundesbank ungefähr dieselbe Kaufkraft wie 4,20 Euro im Jahr 2020). Daher beschloss man gemeinsam, eine Entscheidung über das Schiedsamt herbeizuführen. Ganz so einfach war dies allerdings nicht. Das Berliner Abkommen sah nämlich vor, dass zuvor eine (erfolglos verlaufende) Verhandlung vor einem beliebigen Vertragsausschuss stattzufinden hatte. Als Austragungsort wurde der Kreis Pinneberg ausersehen. Die Ärzteseite erschien zum Verhandlungstermin allerdings nur mit einem einzigen Vertreter, weil der eine Arzt in ein „heftiges Schneewetter“ geraten war und der andere kurzfristig

an einer Nierenentzündung erkrankte. Das Schiedsamt schickte die Akten zurück mit dem Hinweis, dass eine neue Verhandlung vor einem vollbesetzten Vertragsausschuss stattzufinden habe. Zum zweiten Termin erschien die Ärzteschaft dann zwar vollständig, jedoch schickte das Schiedsamt die Akten erneut zurück, dieses Mal mit der Begründung, es seien bei den Verhandlungen nicht die neuesten Richtlinien berücksichtigt worden. Auch ein dritter Versuch scheiterte, weil nach Auffassung des Schiedsamtes besagte Richtlinie überhaupt keine Mussvorschrift sei und diese im Übrigen für das umkämpfte Quartal gar nicht gelten würde.

Erst nach persönlicher Intervention durch den Vorsitzenden des ärztlichen Provinzialverbandes fand am 17. Mai 1924 endlich die gewünschte Schiedsamtssitzung statt, allerdings mit einem verheerenden Ausgang aus Sicht der Ärzte und verbindlicher Wirkung für die gesamte Provinz. Das Schiedsamt hatte für den laufenden Kilometer am Tag lediglich 0,50 *M* und 0,75 *M* bei Nacht festgesetzt.⁵² Nur wenig später richtete die Ärztekammer daher ein Schreiben an das Oberversicherungsamt in Schleswig:⁵³ „Die Ärzte haben den Eindruck, dass das Oberversicherungsamt dem Schiedsamt nicht die Bedeutung zumisst, die es tatsächlich für die Parteien hat, denn es urteilt meist über einschneidende wirtschaftliche Fragen.“ Im Weiteren wird eine engere Zusammenarbeit angeboten, insbesondere durch die regelmäßige Lieferung von statistischem Material und „besonderer Sitzungen“, wo „einschlägige Sachen“ besprochen und vorbereitet werden. „Auf diese Weise hoffen wir, dass gerade die Unparteiischen (...) sich gründlicher mit dem Geschäftsgang der Sitzungen und den in Frage kommenden Bestimmungen hierfür vor den Sitzungen beschäftigen. Dann wird es auch sicher vermieden werden, dass einmal die Kassen, einmal die Ärzte den Eindruck haben, das Schiedsamt fälle sein Urteil ungerecht.“ Ob das Schiedsamt von diesem Angebot Gebrauch gemacht hat, ist leider nicht überliefert. Es versprach, zumindest das Schreiben der Ärztekammer den Mitgliedern des Schiedsamtes „vorzulegen und mit ihnen zu besprechen.“⁵⁴

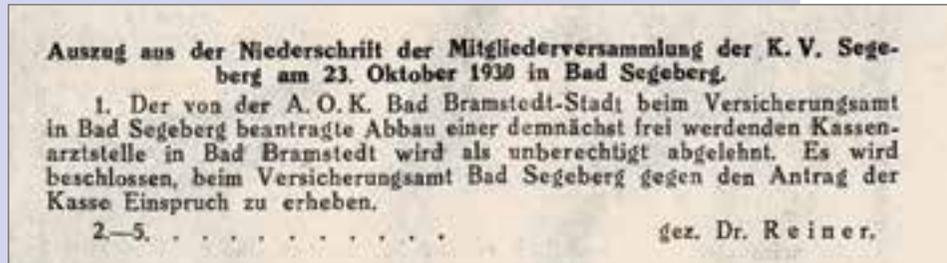


ABBILDUNG 11 SITZUNGSPROTOKOLL DER KV SEGEBERG, 1930

Ärzte warnen vor dem Medizinstudium

Im Laufe der 20er-Jahre des letzten Jahrhunderts entwickelte eine alte Regelung des Berliner Abkommens aus dem Jahr 1913 immer größere Sprengkraft im ganzen Deutschen Reich. Dort war geregelt, dass so viele Ärzte zur Kassenpraxis zuzulassen sind, „dass mindestens auf je 1.350 Versicherte ein Arzt entfällt“.⁵⁵ Nachdem das Berliner Abkommen im Jahr 1923 ausgelaufen war, übernahm der Gesetzgeber besagte Verhältniszahl in die „Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen“.⁵⁶ Die Zahl der sich um eine Kassenzulassung bemühenden Ärzte hatte jedoch in der Zwischenzeit drastisch zugenommen. Die sogenannten „Jungärzte“ mussten daher sehr lange warten, bis eine Kassenarztstelle neu besetzt werden konnte. Mitunter konnte die Wartezeit fünf Jahre und mehr betragen.⁵⁷ Als Gegenreaktion organisierten sich die Nichtkassenärzte sogar in einer „Arbeitsgemeinschaft der infolge der Notverordnung 1923 ausgesperrten Ärzte“.⁵⁸ Vor diesem Hintergrund erklärt sich eine aus heutiger Sicht kuriose Flugblattaktion der Leipziger Zentrale des Hartmannbundes, welche auch im Mitteilungsblatt des Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte abgedruckt wurde. In dem Flugblatt wurde auf „die schlechten Aussichten im Arztberuf“ hingewiesen und vor dem Studium der Medizin gewarnt. Die Ärzte wurden dringend darum gebeten, sich an der Verteilung der Flugblätter sowie der Aufklärung der Elternschaft zu beteiligen.⁵⁹ Mit einer weiteren Maßnahme versuchte der Hartmannbund, die Wartezeiten der Jungärzte etwas zu verkürzen. So zahlte er eine jährliche Abfindung von bis zu

1.000.// an ältere Ärzte, die im Gegenzug auf ihre Kassenzulassung verzichteten. „In Frage kommen Ärzte, die entweder eine große Privatpraxis besitzen oder pensioniert sind und ihre verhältnismäßig kleine Kassenpraxis gegen Zahlung einer Jahresrente abtreten wollen. Die Abfindung soll grundsätzlich nur dann vor sich gehen, wenn dadurch eine Kassenarztstelle frei wird.“⁶⁰

In die genau andere Richtung ging die Ortskrankenkasse Kiel. Diese machte ihr Honorarangebot an die dortige KV davon abhängig, „dass bei entstehendem Ausfall von Ärzten jede dritte Lücke nicht wiederbesetzt werden sollte“. Die KV Kiel sah darin allerdings den Versuch, „Uneinigkeit in unsere Reihen zu bringen“ und lehnte es ab, „für diesen Judaslohn die jungen Kollegen preiszugeben“. Die Angelegenheit wurde daher vor dem Schiedsamt weiterverhandelt.⁶¹

Arztbezirke in Eckernförde

Die ärztliche Versorgung auf dem Lande stand auch bei der „Verordnung über Krankenversicherung“⁶² nicht im Mittelpunkt, sondern Einspareffekte bei den Krankenkassen. Diesen wurde ermöglicht, „zur Vermeidung von Fuhrkosten“ sogenannte Arztbezirke einzuführen. In der Regel sollte pro Bezirk nur ein einziger Arzt zuständig sein; die Bezahlung anderer Ärzte konnten die Krankenkassen hingegen ablehnen.

Im Flächenland Schleswig-Holstein betrachteten die Ärzte die Drohung mit Arztbezirken lediglich als „gutes Kampf- und Einschüchterungsmittel“ der Krankenkassen. „Ich habe den Eindruck, dass die Kassenvertreter auf der Einführung dieser Arztbezirke mit Ernst selbst nicht mehr bestehen. Die maßgebenden Herren sind ihres Kindes selbst nicht froh geworden, meines Erachtens wissen sie, (...) dass diese über kurz oder lang bei Arbeitgebern wie Versicherten einen Sturm der Entrüstung hervorrufen wird, und dass aus diesen Kreisen heraus eine Aufhebung der Arztbezirke verlangt werden wird.“, so ein Mitglied der Ärztekammer.⁶³

Dennoch fand sich in Eckernförde der Vorsitzende der dortigen Orts- und Landkrankenkasse, ein Herr Athen, welcher Arztbezirke einführte. Auf Wunsch der Eckernförder Ärzte nahm sich der ärztliche Provinzialverband gemeinsam mit dem Landkrankenkassenverband der Angelegenheit an und versuchte gemeinsam auf dem Verhandlungsweg, die freie Arztwahl wieder einzuführen. Nachdem erste Verhandlungen nicht zum Ziel führten, schlugen die beiden Vertreter der Landesverbände die Zahlung einer Jahreskopfpauschale von 10,75 *M* vor, was sich unterhalb der ursprünglichen Forderungen bewegte. Während die Eckernförder Ärzte sich bereit erklärten, auf einen Teil ihrer ursprünglichen Forderungen zu verzichten, wurde auch dieses Angebot von Kassenseite brüsk zurückgewiesen. „Es zeigte sich hier, dass die Autorität des Vorsitzenden des Landkrankenkassenverbandes, Herrn Frh. v. Hollen, der persönlich kein Freund der Arztbezirke ist, nicht stark genug war, um seinen Willen und seine Wünsche im Kreis Eckernförde zur Durchführung zu bringen.“, wie der Vorsitzende des ärztlichen Provinzialverband, Dr. Boyksen, vorwurfsvoll feststellte.⁶⁴

Wie lange die Arztbezirke in Eckernförde beibehalten wurden, ist leider nicht bekannt. Das unzufriedenstellende Ergebnis war jedoch nachweislich ein Grund für das Ende der Arbeitsgemeinschaft zwischen den beiden Landesverbänden, die erst zwei Jahre zuvor hoffnungsvoll ihren Anfang genommen hatte.⁶⁵

Die KVen übernehmen die Sicherstellung

Mit der Notverordnung vom 8. Dezember 1931 erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen den sogenannten Sicherstellungsauftrag, und damit Körperschaftsstatus. „Die kassenärztliche Vereinigung überwacht die Erfüllung der den Kassenärzten obliegenden Verpflichtungen (...). Die Vereinigung übernimmt (...) den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür, dass die kassenärztliche Versorgung der Kranken ausreichend und zweckmäßig, die Verordnung von Heilmaßnahmen, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln nach Art und Umfang wirtschaftlich ist und dass die Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit und ihre Dauer unter gewissenhafter Würdigung der maßgebenden Verhältnisse ausgestellt werden.“⁶⁶

Mit dem Sicherstellungsauftrag erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen gleichzeitig die alleinige Befugnis, mit den Krankenkassen sogenannte Gesamtverträge zu vereinbaren. Es handelte sich um Kollektivverträge, das heißt, die einzelnen Ärzte traten diesen nur noch bei und akzeptierten somit die Vertragsinhalte mit verbindlicher Wirkung für sich. Auch entrichteten die Krankenkassen für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, welche diese sodann per Honorarverteilungsmaßstab an ihre Mitglieder weitergaben. Insofern hatte der einzelne Kassenarzt

keinen Vergütungsanspruch gegenüber der einzelnen Krankenkasse, sondern gegenüber seiner regionalen Kassenärztlichen Vereinigung.

Neu war auch, dass Zulassungsfragen nicht mehr in paritätisch gebildeten Zulassungsausschüssen vor Ort geklärt wurden, sondern vor dem Schiedsamt in Schleswig.⁶⁷ Auch konnte bereits für je 600 Kassenmitglieder ein Arzt zugelassen werden,⁶⁸ wobei sich die Zulassungen nunmehr auf sämtliche Krankenkassen bezogen.

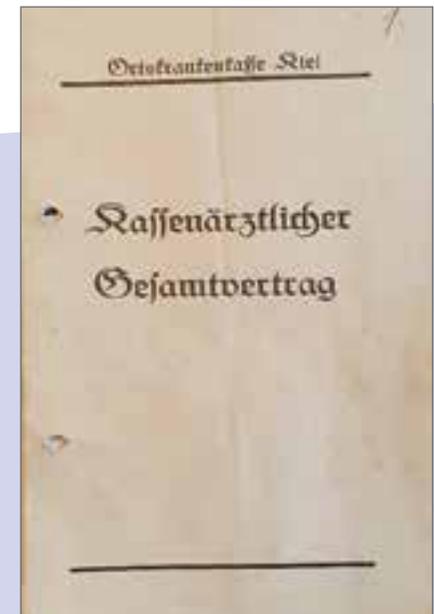


ABBILDUNG 12 **GESAMTVERTRAG MIT DER KV KIEL, 1932**

„Sicherstellung“ unter den Nationalsozialisten

Die Phase der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen mit Körperschaftsstatus währte leider nur kurz. Schon ein knappes Jahr später gelangten die Nationalsozialisten an die Macht und missbrauchten das Gesundheitswesen für ihre ideologischen Zwecke. Wichtigste Schaltzentrale wurde hierbei das Zulassungswesen. Dieses wurde dem beim Oberversicherungsamt Schleswig angesiedelten Schiedsamt wieder entzogen und der alleinigen Zuständigkeit der neu errichteten Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) übertragen. Vorsitzender des Zulassungsausschusses in der Provinz Schleswig-Holstein wurde erwartungsgemäß KVD-Amtsleiter Hans Köhler sowie Adlatus Fritz Hinrichsen als Stellvertreter. Mit den neuen Möglichkeiten der persönlichen Machtentfaltung zeigte sich dann auch Köhler in seiner Rede anlässlich des Schleswig-Holsteinischen Ärztetages 1934 in Kiel hochzufrieden: „Bisher war das Oberversicherungsamt der allmächtige Gott über uns, der über unser Wohl und Wehe allein befinden konnte, und wenn auch zwei Herren von uns dabei waren, so fiel das gar nicht ins Gewicht, und die Kraft, mit der sie ihr Veto einlegten, wurde gehandikapt durch die Mehrheit der anderen.(...) Wenn wir nun die Zulassung bekommen haben, so kann uns kein Mensch mehr dreinreden, kein Mensch hat mehr etwas zu sagen in unserem Berufe als nur wir selbst. (...) Wir haben gestern in unserer ersten Ausschusssitzung 14 Herren für die Provinz zugelassen. Dabei ist kein Jurist zugegen gewesen und auch kein Kassenvertreter, sondern nur drei Ärzte sitzen und prüfen vom Arztstandpunkt aus (...). Das Gesetz der Zulassungsordnung ermöglicht uns, in Zukunft unseren Arztstand dahin zu bringen, wo wir ihn hinhaben wollen, und nicht nur eine gerechte Verteilung der Bezirke vorzunehmen, sondern auch qualitativ eine Auslese zu treffen. Dies gilt nicht nur für die erste Zulassung, sondern auch später, wenn es sich erweist, dass ein zugelassener Arzt unwürdig ist, Arzt zu sein. Die Zulassungsordnung ermöglicht es uns, unwürdige Elemente aus unserem Stande zu entfernen. Sie hat das Vertrauen zur Truppe der Ärzte und dieses Vertrauen wird uns die richtigen Wege finden lassen.“⁶⁹

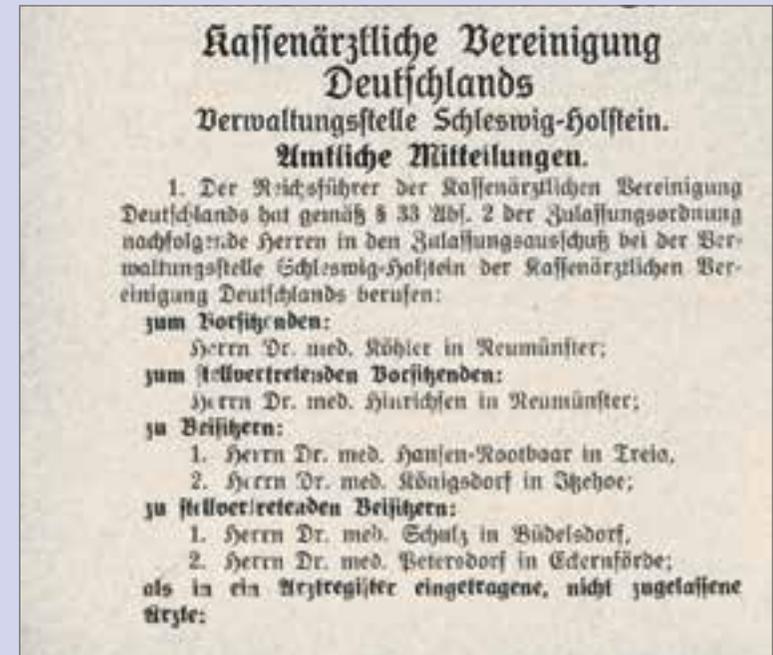


ABBILDUNG 13 BESETZUNG DES ZULASSUNGS-AUSSCHUSSES, 1934

In der Tat benannte besagte Zulassungsordnung sehr präzise jene Ärzte, welchen als „unwürdige Elemente“ unweigerlich die Kassenzulassung, und damit meist auch die Existenzgrundlage entzogen wurde.⁷⁰ Dazu zählten nicht nur Ärzte mit „nicht arischer Abstammung“, sondern auch Ärzte mit „Ehegatten nicht arischer Abstammung“.

Dem nationalsozialistischen Frauenbild entsprechend wurde aber auch verheirateten weiblichen Ärzten die Kassenzulassung versagt „wenn die Ausübung der kassenärztlichen Tätigkeit zur wirtschaftlichen Sicherstellung der Familie nicht erforderlich“⁷¹ erschien (vgl. S. 124). Nach vorliegendem Zahlenmaterial gab es in Schleswig-Holstein im Jahr 1937 insgesamt 68 Ärztinnen, von denen 24 verheiratet waren.⁷² Ob tatsächlich Zulassungen entzogen wurden, ist nicht bekannt.

Nach der Zulassungsordnung konnte auch Ärzten die Zulassung entzogen werden, „die nicht die Gewähr dafür bieten, dass sie jederzeit rückhaltlos für den nationalsozialistischen Staat eintreten“. Jene Beurteilung stand ganz im Ermessen des Zulassungsausschusses, und damit von NS-Ärztelfunktionär Köhler. Als Arzt lebte man daher gefährlich. Man musste nicht unbedingt Mitglied einer längst verbotenen Partei gewesen sein, es konnten schon einige offene Worte in der Praxis oder im Kreis der Kollegen dazu führen, die berufliche Existenzgrundlage zu verlieren.⁷³

Auch bei Neuzulassungen standen ideologische Gründe deutlich im Vordergrund. Bestimmte Arztgruppen erhielten „unverzüglich“ eine „außerordentliche Zulassung“ und mussten sich nicht einem Zulassungsverfahren unterziehen. Dazu zählten Ärzte, die vor dem 30. Januar 1933 bereits NS-Organisationen angehört und „sich um die nationale Erhebung Verdienste erworben“ hatten.⁷⁴ Auch innerhalb des Zulassungsverfahrens wurden Unterschiede gemacht. Bei mehreren Bewerbern um eine Zulassung erhielten verheiratete Ärzte vor unverheirateten Ärzten den Vorzug. Auch konnte die Anzahl der Kinder bei der Zulassung den entscheidenden Unterschied machen. „Handelt es sich um die Auswahl unter mehreren Ärzten mit Kindern, so gebührt in der Regel dem Arzte der Vorzug, der die meisten Kinder zu unterhalten hat“.⁷⁵

Besonderes Interesse hatten die Nationalsozialisten jedoch an den sogenannten „Jungärzten“, die durch eine vorherige Tätigkeit in den berüchtigten Ämtern für Volksgesundheit auf ihre wichtige Tätigkeit als „Volksarzt“ vorbereitet werden sollten. In seiner Rede auf dem Schleswig-Holsteinischen Ärztetag 1937 in Lübeck machte dies Reichsärztführer Wagner mehr als deutlich:

„Wir haben leider Gottes nicht nur einmal, sondern des Öfteren die Feststellung machen müssen, dass ein Teil der jungen Leute sich nicht gerade freudig der Parteiarbeit zur Verfügung stellt. (...) Nur derjenige wird zur Kassenpraxis zugelassen, der mindestens zwei Jahre im Amt für Volksgesundheit tätig war bzw. vom Amt für Volksgesundheit in Gliederungen der Partei (SA, SS, Hitler-Jugend) tätig gewesen ist. Gerade diese



ABBILDUNG 14 KVD-MITTEILUNG 1937, S. 274

Jungarztfrage liegt mir besonders am Herzen, denn wenn es uns nicht gelingt, hier einen entsprechenden ärztlichen Nachwuchs heranzuziehen, ist letzten Endes alles das, wofür wir jahrelang gekämpft haben, hinfällig geworden.“⁷⁶

Neben ideologischen Kriterien spielten im Zulassungswesen auch unter nationalsozialistischer Herrschaft mitunter auch Fragen der Sicherstellung der Versorgung eine Rolle. So sah die Zulassungsverordnung vor, dass Zulassungen innerhalb eines Bezirkes solange abgelehnt werden konnten, „bis für den vordringlich zu besetzenden Ort oder Ortsteil ein Arzt zugelassen“ war. Dennoch hatten es ältere Ärzte an der Westküste nicht immer leicht, einen Praxisnachfolger zu finden (vgl. Abbildung 14).

Die Dogmen der NS-Ideologie

Auch suchte die KVD-Provinzstelle im Auftrag der medizinischen Fachschaft der Universität Kiel für ältere Semester nach Famulusstellen bei Landärzten.⁷⁷ Selbstverständlich wollte man auch hierfür nur „geeignete“ Landärzte, die „in weltanschaulicher Beziehung die Gewähr dafür bieten, dass die künftigen Kassenärzte im Sinne der heutigen Staats- und Standesauffassung und der rassehygienischen Gesetzgebung angeleitet werden.“⁷⁸

Auch im Praxisalltag wurden Ärzte, die Mitglied in NS-Organisationen waren, bevorzugt. Für die Provinz Schleswig-Holstein ordnete Köhler an, „dass jeder arische Kassenarzt zur Vertretung eines dienstlich abwesenden SA, SS und SA-Reservearztes auf Anfordern verpflichtet“ sei. Die Ablehnung der Vertretung ohne triftige Gründe hätte „Bestrafung zur Folge, und evtl. auch ehrengerichtliche Anzeige“.⁷⁹

Überhaupt gab es während der nationalsozialistischen Herrschaft eine Vielzahl an Pflichten für die schleswig-holsteinischen Ärzte. Zu den Angenehmeren zählte dabei wohl eine „Bitte“ des „Leiters des Olympia-Sanitätsdienstes der Segelolympiade“ an die Kieler Praxen, aktive ausländische Segler bei akuten Krankheiten und Unfällen „kostenlose Beratung und evtl. Behandlung zu gewähren“.⁸⁰ Natürlich erfolgte diese Maßnahme nicht aus „Freundlichkeit“ gegenüber den Athleten, sondern war eingebettet in die Strategie des NS-Staates, die Olympischen Spiele 1936 aktiv dafür zu nutzen, ein bestimmtes „freundliches“ Bild in der Welt zu verbreiten, das der Wirklichkeit nicht entsprach.

Deutlich drastischer waren da schon die Dienstverpflichtungen während des Krieges. Zur ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung konnten Ärztekammern und KVD-Landesstellen per Bescheid jeden in ihrem Bezirk freipraktizierenden Arzt mit sofortiger Wirkung zur Tätigkeit auf allen ärztlichen Arbeitsgebieten



ABBILDUNG 15 ILLUSTRIRTE ZEITUNG "ARZT UND VOLK", 1933

verpflichten. Rechtsmittel gegen den Bescheid waren gar nicht erst zugelassen.⁸¹ Viele davon wurden von den KVD-Landesstellen als sogenannte „Hilfskassenärzte“ in verwaisten Arztpraxen eingesetzt mit vorübergehender Kassenzulassung. Für die Zurverfügungstellung der Praxisräume und Praxiseinrichtungen erhielten die einberufenen Ärzte eine besondere Entschädigung. Wurde

allerdings die Erlaubnis verweigert, hatten die Ärzte keinen Anspruch auf die Zahlung eines Pauschbetrages aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung zur Bestreitung des Lebensunterhaltes ihrer Familien. Auf eine verständnisvolle Zusammenarbeit aller Beteiligten hoffte jedoch Dr. Heinrich Grote, stellvertretender Reichsärztesführer: „Ich muss erwarten, dass alle Reibungen zwischen den Hilfskassenärzten, den in der Wohnung verbliebenen Angehörigen des einberufenen Arztes und den in der Praxis tätigen Angestellten vermieden werden. Insbesondere müssen die Frauen der einberufenen Ärzte alles tun, um den Hilfskassenärzten ihre schwierige Arbeit zu erleichtern. Selbstverständlich hat auch der Hilfskassenarzt in seinem gesamten Verhalten die Rücksicht zu nehmen, die sich durch seine Tätigkeit in fremden Praxisräumen von selbst versteht“.⁸²

Eine andere Maßnahme war der sogenannte „Notdiensteinsatz von Ärzten“. Entsprechend eines Erlasses des Reichsministers des Innern hatten die Ärztekammern Ärzte zu benennen, die in „notleidenden Kreisen“ zur ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung dienstverpflichtet wurden. Während der Dienstverpflichtung wurde den Angehörigen der Ärzte Familienunterhalt gewährt. Sofern die entstandene Versorgungslücke nicht mit benachbarten Ärzten geschlossen werden konnte, sah der Erlass vor, einen zur Reichsreserve gemeldeten Arzt zur Verfügung zu stellen.⁸³

In Kiel wurden die dortigen Kassenärzte durch vier sogenannte „Werftschwester“ unterstützt, die bei der Kriegsmarinewerft Kiel angestellt waren, ursprünglich zur Familienfürsorge.

Trotz dieser Maßnahmen fehlten Ende 1944 überall in Schleswig-Holstein Ärzte zur Versorgung der Zivilbevölkerung, und die wenigen Ärzte standen auf verlorenem Posten. So kam in Flensburg auf je 12.000 Einwohner gerade mal ein praktischer Arzt. In Hennstedt und Delve im Kreis Norderditmarschen stand nur noch ein einziger Kassenarzt zur Versorgung von ca. 5.500 Personen zur Verfügung. In anderen Kreisen war die Situation ähnlich desolat.⁸⁴

Behandlung von Kriegsgefangenen.

Eine Heeres-Sanitäts-Abteilung teilt uns mit:

„Die Behandlung der über die ganze Provinz verstreuten Kriegsgefangenen und der aufsichtführenden Landesjüden ist zum größten Teil in die Hände der praktizierenden Ärzte gelegt, da wohl nur in wenigen Fällen die Hinzuziehung eines San.-Offiziers möglich ist.

Hierbei ist es nun in letzter Zeit verschiedentlich aufgefallen, daß, oft über sehr weite Strecken, ein Krankentransportwagen von den Reserve-Cazaretten oder Kriegsgefangenen-Cazaretten angefordert wird. Nachträglich stellt sich dann heraus, daß der Transport ebensogut mit der Bahn hätte erfolgen können, oder daß sogar die Cazarettenaufnahme überhaupt nicht notwendig war.“

ABBILDUNG 16 HINWEIS DER KVD-LANDESSTELLE SCHLESWIG-HOLSTEIN (ÄRZTEBLATT FÜR NORDDEUTSCHLAND, 1940, S. 487)

Endnoten

- 1 Vgl. Gemeinsame Pressemitteilung von KVSH, AOK Nordwest und vdek Schleswig-Holstein vom 22. Januar 2020
- 2 Vgl. „Rescript an des Herrn Statthalters Durchl., betreffend eine neue Einrichtung mit den Physicaten in den Herzogthümern, vom 19. Aug. 1757“ in Nicolaus Dohrn: Die Schleswig-Holsteinische Medicinalverfassung, Heide 1834, S. 54
- 3 Vgl. Roland Klockenhoff: „Sylter Landschaftsärzte und ihre Vorgänger“, Bräist/Bredstedt, NF, 1988, S. 9
- 4 Zitiert aus Roland Klockenhoff: „Sylter Landschaftsärzte und ihre Vorgänger“, Bräist/Bredstedt, NF, 1988, S. 29
- 5 Vgl. C.P. Hansen: „Chronik der friesischen Uthlande“, Altona 1856, S. 226
- 6 Zitiert aus Roland Klockenhoff: „Sylter Landschaftsärzte und ihre Vorgänger“, Bräist/Bredstedt, NF, 1988, S. 49
- 7 Ebd. Roland Klockenhoff: „Sylter Landschaftsärzte und ihre Vorgänger“, Bräist/Bredstedt, NF, 1988, S. 35
- 8 Ebd. Zitiert aus Roland Klockenhoff: „Sylter Landschaftsärzte und ihre Vorgänger“, Bräist/Bredstedt, NF, 1988, S. 36
- 9 Ebd. Roland Klockenhoff: „Sylter Landschaftsärzte und ihre Vorgänger“, Bräist/Bredstedt, NF, 1988, S. 36
- 10 Vgl. Johannes Bockendahl: „Gesamt-Bericht über das öffentliche Gesundheitswesen der Provinz Schleswig-Holstein, die Jahre 1889, 1890 und 1891 umfassend“, Kiel 1893, S. 141
- 11 Vgl. Instruktion für das Schleswig-Holsteinische Sanitätscollegium vom 8. Juni 1804 (Dohrn, S. 47)
- 12 Vgl. Harald Jenner: „Organisation des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts“, in: Zeitschrift der Gesellschaft für Schleswig-Holsteinische Geschichte, Neumünster 1982, S. 92
- 13 Vgl. „Bekanntmachung wegen der von den Physicis und Districtchirurgen an das Schleswig-Holsteinische Sanitätscollegium halbjährlich abzustattenden Berichte“, vom 26. April 1806 (Dohrn, S. 56)
- 14 Vgl. „Verfügung an das Hüttener Amtshaus wegen Anstellung eines Districtarztes und Einrichtung einer Apotheke für die Landschaft Stapelholm“, vom 21. August 1810 (Dohrn, S. 69)
- 15 Vgl. Mitteilungen des Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte, September 1909, S. 50ff
- 16 Zitiert nach Harald Jenner: „Organisation des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts“ in Zeitschrift der Gesellschaft für Schleswig-Holsteinische Geschichte, Neumünster 1982, S. 88
- 17 Zitiert nach Ernst Philipp/G. Hörmann: „Die Kieler Universitäts-Frauenklinik und Hebammenlehranstalt 1805-1955“, Stuttgart 1955, S. 19
- 18 Vgl. „Gewerbeordnung für den Norddeutschen Bund“, in: Bundesgesetzblatt des Norddeutschen Bundes, Band 1869, Nr. 26, S. 245–282
- 19 Vgl. „Patent, betreffend die Erlassung einer Taxe für die den Ärzten und Wundärzten zu entrichtende Vergütung für ihre ärztlichen und chirurgischen Bemühungen“ vom 1. Dezember 1820
- 20 Vgl. „Bekanntmachung betreffend den Erlaß einer Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte“, in: Erste Beilage zum Deutschen Reichs- und Preußischen Staatsanzeiger, Nr. 119, Berlin, 19. Mai 1896
- 21 Vgl. „Vom Lübecker Hausarzt – in früheren Zeiten“, in: Vaterstädtische Blätter vom 11. November 1928, S. 11
- 22 Vgl. MVSHÄ, Juli 1924, S. 10
- 23 Vgl. MVSHÄ, März 1905, S. 126
- 24 Vgl. MVSHÄ, März 1905, S. 126
- 25 Vgl. MVSHÄ, November 1902, S. 96
- 26 Vgl. MVSHÄ, 1904, S. 62
- 27 Vgl. MVSHÄ, Januar 1908, S. 117
- 28 Vgl. MVSHÄ, November 1892, S. 38
- 29 Vgl. MVSHÄ, 1904, S. 60
- 30 Vgl. MVSHÄ, März 1905, S. 129
- 31 Vgl. Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland, 1890, Nr. 222, S. 427
- 32 Vgl. MVSHÄ, März 1906, S. 169
- 33 Vgl. MVSHÄ, April 1890, S. 94/95

- 34 Vgl. MVSHÄ, Januar 1908, S. 114/115
- 35 Vgl. MVSHÄ, Januar 1908, S. 113
- 36 Vgl. MVSHÄ, Dezember 1924, S. 7
- 37 Vgl. MVSHÄ, Oktober 1924, S. 1
- 38 Vgl. MVSHÄ, Januar 1924, S. 3
- 39 Vgl. „Das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913“, abgedruckt in: J. F. Volrad Deneke: „100 Jahre Hartmannbund“, Bonn/Berlin 2000, S. 497
- 40 Vgl. MVSHÄ, März/Mai 1914, S. 187 sowie MVSHÄ, Mai 1922, S. 100
- 41 Vgl. „Das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913“, abgedruckt in: J. F. Volrad Deneke: „100 Jahre Hartmannbund“, Bonn/Berlin 2000, S. 498
- 42 Vgl. MVSHÄ, März 1915, S. 98
- 43 Vgl. MVSHÄ, Oktober 1918, S. 89, Bericht der Vertragskommission I der ÄK
- 44 Vgl. MVSHÄ, Juli 1924, S. 11
- 45 Ebd. MVSHÄ, Juli 1924, S. 11
- 46 Vgl. Wolfgang Brandenburger/Nils R. Nissen: Barbier und Medikus – 750 Jahre Medizinalwesen im Herzogtum Lauenburg, Ratzeburg 1964, S. 216
- 47 Ebd. Wolfgang Brandenburger/Nils R. Nissen: „Barbier und Medikus – 750 Jahre Medizinalwesen im Herzogtum Lauenburg“, Ratzeburg 1964, S. 130
- 48 Vgl. „Verordnung über Ärzte und Krankenkassen . Vom 30. Oktober 1923“, in: RGBL. 1923, S. 1.051 – 1.054
- 49 Ebd, S. 1052
- 50 Ebd, S. 1053
- 51 Vgl. MVSHÄ, September 1924, S. 9
- 52 Vgl. MVSHÄ, 1924, S. 8–10
- 53 Vgl. MVSHÄ, September 1924, S. 7
- 54 Vgl. MVSHÄ, September 1924, S. 9
- 55 Vgl. Berliner Abkommen, abgedruckt in: „100 Jahre Hartmannbund“, S. 498
- 56 Vgl. „Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen. Vom 30. Oktober 1923“, in: RGBL. 1923, S. 1.055
- 57 Vgl. Robert Jütte (Hrsg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft, Köln 1997, S. 124
- 58 Vgl. Klaus Schmierer: Medizingeschichte und Politik, Husum 2002, S. 109
- 59 Vgl. MVSHÄ, Dezember 1926, S. 209
- 60 Vgl. MVSHÄ, Oktober 1926, S. 177
- 61 Vgl. MVSHÄ, Oktober 1924, S. 2
- 62 Vgl. „Verordnung über Krankenversicherung. Vom 13. Februar 1924“, in: RGBL. 1924, S. 93–95
- 63 Vgl. MVSHÄ, Juli 1924, S. 11
- 64 Vgl. MVSHÄ, April 1927, S. 96
- 65 Vgl. MVSHÄ, Oktober 1925, S. 8
- 66 Vgl. „Vierte Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens. Vom 8. Dezember 1931.“, in RGBL 1931, S. 718
- 67 Vgl. „Ausführungs- und Überleitungsbestimmungen über das kassenärztliche Dienstverhältnis. Vom 30. Dezember 1931“, in: RGBL 1932, S. 10
- 68 Ebd, S. 10. Die Reichsregierung hatte bereits mit Verordnung vom 26. Juli 1930 das Verhältnis auf 1:1.000 abgesenkt.
- 69 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, S. 484
- 70 Vgl. „Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen. Vom 17. Mai 1934“, in: RGBL 1934, S. 401
- 71 Ebd, S. 402
- 72 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1937, S. 44
- 73 Vgl. „Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen. Vom 17. Mai 1934“, in: RGBL 1934, S. 401
- 74 Ebd, S. 402
- 75 Ebd, S. 402
- 76 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1937, S. 362
- 77 Ebd., S. 317
- 78 Vgl. „Richtlinien über die Vorbereitungszeit in der Landpraxis“, Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, 320
- 79 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, S. 43
- 80 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1936, S. 365
- 81 Vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 16. September 1939, S. 585
- 82 Vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 2. Dezember 1939, S. 697
- 83 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1940, S. 208
- 84 Vgl. Karl Werner Ratschko: „Medizin und Versorgung in Schleswig-Holstein nach dem Zweiten Weltkrieg. Teil 3“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt November 2020, S. 12

WICHTIGE EREIGNISSE
IM ÜBERBLICK

Sicherstellung 1945 – 2021

1945

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein erteilt aufgrund der unklaren Lage Kassenzulassungen nur „vorübergehend“.

1946

2,6 Millionen Menschen leben in Schleswig-Holstein, im Vergleich zum letzten Friedensjahr 1939 ein Zuwachs von rund einer Million.

1948

Der Zulassungsausschuss ist in Schleswig-Holstein wieder paritätisch besetzt.

1949

Erste größere Umsiedlungsaktionen von Flüchtlingen, darunter auch Ärzte, aus Schleswig-Holstein an bestimmte „Aufnahmeländer“.

1955

KVen werden mit dem „Gesetz über Kassenarztrecht“ Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie erhalten den Auftrag, „die kassenärztliche Versorgung (...) so zu regeln, dass eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist.“

1960

Das Bundesverfassungsgericht betrachtet Zulassungsbeschränkungen durch eine Verhältniszahl als verfassungswidrig; daraufhin entstehen viele Praxen vorwiegend in Städten.

1973

Errichtung des „Ärztehauses Flintbek“ als Modell einer Gruppenpraxis durch die KVSH, Förderung der Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses zum Allgemeinmediziner

1977

Mit dem „Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz“ (KVWG) entsteht mit der Bedarfsplanung ein wichtiges Instrument der Sicherstellung.

1985

Die KVSH beschließt eine „Ausscheidensprämie“ für vorzeitig ausscheidende Ärzte.

1987

Mit dem „Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung“ wird die Möglichkeit von Zulassungssperren in überversorgten Gebieten wieder eingeführt.

1993

Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) verpflichtet den Bundesausschuss, neue Verhältniszahlen zu beschließen, mit dem Ziel, die Niederlassungsmöglichkeiten vor allem bei Überversorgung zu beschränken.

1994

Gründung des „Fördervereins zur Errichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein“

2007

Neustrukturierung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVSH

2011

Die KVSH startet eine eigene Nachwuchskampagne gegen Ärztemangel

2012

Mit dem „GKV-Versorgungsstrukturgesetz“ ergeben sich neue Möglichkeiten zur Sicherung der Versorgung (unter anderem Aufhebung der Residenzpflicht, Strukturfonds, Förderung von Praxisnetzen, verbesserte Regelungen für Zweigpraxen).

2015

Die kommunale Eigeneinrichtung „Ärztzentrum Büsum“ nimmt den Betrieb auf, deutschlandweit einmaliges Pilotprojekt von Gemeinde, Kreis Dithmarschen, KVSH und Ärztegenossenschaft.

2019

*Schaffung des Strukturfonds.
Neusortierung und Verstärkung der Maßnahmen mit Blick auf die Sicherung der ärztlichen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen*

1945 – 2021: Nachkriegswirren und Nachwuchskampagne



ABBILDUNG 1 VERTRIEBENE AUF DER FLUCHT VOR VORRÜCKENDEN SOWJETISCHEN TRUPPEN, 1945

Das Kriegsende im Mai 1945 bedeutete für die Schleswig-Holsteiner nur ein kurzes Durchatmen. Zum täglichen Kampf um Heiz- und Lebensmittel, Wohnraum und Arbeit kamen gigantische Flüchtlingsströme, aus den sowjetisch besetzten Gebieten im Osten hinzu – eine kaum zu lösende Aufgabe für das kleine Land zwischen den Meeren. 1946 lebten nach einer Volkszählung 2,6 Millionen Menschen in Schleswig-Holstein, im Vergleich zum letzten Friedensjahr 1939 ein unfassbarer Zuwachs von rund einer Million Menschen. Auf vier Einheimische kamen drei Hinzugezogene, kein anderes Land innerhalb der drei Westsektoren hatte einen derart hohen Anstieg zu verzeichnen.¹

Mit den Flüchtlingstrecks kamen auch viele Ärzte nach Schleswig-Holstein. Oft handelte es sich dabei um ältere Ärzte, die ihre heimischen Praxen erst kurz vor Anrücken der Sowjetarmee verlassen hatten, die sogenannten „Flüchtlingsärzte“. Eine weitere Gruppe bildeten heimkehrende Ärzte aus Kriegsgefangenschaft, deren Praxen allerdings noch von „Hilfscassenärzten“ belegt waren. Hinzu kamen junge Militärärzte, die primär für den Kriegseinsatz ausgebildet waren, wie auch eine große Zahl an Medizinstudierenden, die sich eine berufliche Existenz aufbauen wollten.

Was den ärztlichen Nachwuchs angeht, befürchtete der damalige Geschäftsführende Arzt der Ärztekammer und KV in Schleswig-Holstein, Dr. Curt Walder, im Jahr 1949 das Schlimmste: „ die Universitäten sind infolge unverantwortlicher Fehlleitung mit Medizinstudenten überfüllt und der Zustrom zum Medizinstudium hält trotz aller Warnungen an. (...) Sofern es nicht in letzter Stunde gelingt, die Zahl der Studienanfänger durch drastische Maßnahmen zu verringern, die bereits Studierenden durch Umschulung, Erschwerung der Examina und dergleichen zu einem Wechsel zu bewegen und die Zahl der erteilten Bestellungen in einem den Bedarf wenigstens annähernd Rechnung tragenden Maße zu halten, ist eine Katastrophe unausbleiblich“.² Ganz ähnlich äußerte sich übrigens auch cand. med. Fritz Beske, damals noch Vorsitzender des Allgemeinen Studentenausschusses an der Kieler Universität, welcher später als Politiker und Wissenschaftler eine wichtige Rolle in der schleswig-holsteinischen Gesundheitspolitik spielen sollte. Als Kompromiss schlug Beske „eine Beschränkung der Zulassung für die



ABBILDUNG 2 FLÜCHTLINGE ÜBERQUEREN DIE SOWJETISCH-BRITISCHE ZONENGRENZE BEI HERRNBURG NAHE LÜBECK

nächsten Semester auf etwa 50 Bewerber pro Jahr und Universität“ vor. Ferner sollten nach seiner Ansicht „an jeder Universität Zulassungsausschüsse gebildet werden, die eine scharfe Prüfung und bestmögliche Auslese gewährleisten“.³

Kassenärzte auf Abruf

Unmittelbar nach Kriegsende ging es jedoch zunächst darum, sich einen Überblick über die chaotischen Verhältnisse vor Ort zu verschaffen und die ausschließliche Zuständigkeit der Ärztekammer bei der Erteilung von Kassenzulassungen durchzusetzen. Keine leichte Aufgabe für den Kieler Arzt Berthold Rodewald, der von der britischen Militärregierung mit der Reorganisation der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft beauftragt wurde.



ABBILDUNG 3 **BERECHTIGUNGSSCHEIN DER ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN, 1948**

„Die Verhältnisse sahen traurig genug aus. In den Monaten von Mai bis Juli 1945 hatte ein Interregnum im Rechtsbereich der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung geherrscht. In Kreisen, Städten und Gemeinden waren an die Stelle der nationalsozialistischen ‚Führer‘ neue Kräfte getreten, die sich (...) verpflichtet fühlten und berechtigt glaubten, regelnd und entscheidend eingreifen zu dürfen. Fast jeder Landrat, Bürgermeister oder Gemeindevorsteher setzte nach eigenem Ermessen Kassenärzte ein oder wieder aus und erteilte nach örtlichem Ermessen, persönlichen Beziehungen und ohne jede Kenntnis der Rechtslage (...) Niederlassungsgenehmigungen und Kassenzulassungen. Es war nicht ganz leicht, hier wieder geordnete Rechtsverhältnisse zu schaffen; es ging auch nicht immer ohne Reibungen und ohne Kämpfe“.⁴

Davon unabhängig erreichten immer weitere Ströme an Flüchtlingen und Vertriebenen die Provinz Schleswig-Holstein. Umsiedlungsabsprachen der Landesregierung mit „Aufnahme-Ländern“ platzten immer wieder kurz vor ihrer Umsetzung. Niemand wusste daher, wie viele der Menschen endgültig in Schleswig-Holstein bleiben und wie viele in andere Regionen umgesiedelt würden. Aufgrund dieser Unsicherheit war eine seriöse Planung des langfristigen Bedarfs an Ärzten völlig ausgeschlossen. Bereits mit „Rundschreiben Nr. 4“ vom 6. Oktober 1945⁵ wies die Ärztekammer daher darauf hin, Kassenzulassungen nur „vorübergehend“ zu erteilen. Schon seit dem 4. September 1939 galt eine „allgemeine Sperre für die Zulassung zur Tätigkeit bei den Krankenkassen“, die der Ärztekammer jetzt von Nutzen war; sie konnte hierdurch flexibel auf eine geänderte Versorgungslage reagieren. Für die betroffenen Ärzte bedeutete es hingegen eine Kassentätigkeit auf Abruf, auf der sich natürlich keine berufliche Existenz aufbauen ließ.



ABBILDUNG 4 KINO-REKLAME UM 1950

Jedoch war selbst eine widerrufliche Kassenzulassung nicht einfach zu erhalten. Beantragten mehrere Ärzte eine Zulassung, erfolgte die Auswahl nach bestimmten Richtlinien. Hierbei konnte von großer Bedeutung sein, ob der Arzt „durch Abstammung oder langandauernden eigenen Wohnsitz in der Provinz Schleswig-Holstein beheimatet“ war oder „mindestens zwei Jahre Frontdienst geleistet“ hatte.⁶

Hatte man eine Kassenzulassung endlich ergattert, waren die Arbeitsbedingungen der Ärzte dennoch katastrophal, da die allgemeine Mangelsituation auch vor dem Gesundheitswesen nicht Halt machte. Mit einem Hilferuf in mehreren Zeitungen wandte sich die Ärztekammer Schleswig-Holstein im Frühjahr 1947 an die breite Öffentlichkeit⁷:

„Es fehlt an allem: an Medikamenten, Verbandstoffen, Geräten, Spritzen, Desinfektions- und Waschmitteln; nicht einmal das Stück Seife zur täglich oft Dutzende von Malen notwendigen Händereinigung der neu eingewiesenen Ärzte und der neu eingewiesenen Flüchtlingsärzte ist zu erlangen. Die ärztliche Ausrüstung der neu eingewiesenen Ärzte und zusätzlich eingewiesenen Flüchtlingsärzte ist meist mangelhaft, ihre Arbeit dadurch naturgemäß meist unvollkommen. Die Sprech- und Wartezimmer sind kalt oder zumindest schlecht geheizt (...). Die Motorisierung der Ärzte, ihre Versorgung mit Bereifung und Brennstoff ist völlig unzureichend und lässt gelegentlich trotz erheblicher

Die Ärzteschaft wendet sich an die Öffentlichkeit

Katastrophale Lage im Gesundheitswesen — Erschreckende Zunahme der Sterblichkeit der Säuglinge — Mangel an Medikamenten und Verbandstoffen

Die Lage im Gesundheitswesen hat katastrophale Formen angenommen und stürzt schmerzhaft das Gefühl an. Unsere Ärzte können außer dem derzeitigen Umständen keine Verantwortung mehr tragen, einem Kranken die notwendige Hilfe zu leisten zu lassen. Wir bringen nachfolgend, in der letzten der bedingten Platzmängel, die wesentlichen Punkte, eine Zusammenfassung, die vom Vorstand der Landesärztekammer Schleswig-Holstein auf seiner letzten Sitzung gefaßt wurde.

Mit der Forderung einer Normalverzehrkalorien von 300 bis 1800 Kalorien unter mäßiger Belastung der lebenswichtigen Fett- und Eiweißstoffe bleibt die Ernährung weit unter dem Durchschnitt der Standarddiäten, die das Ergebnis internationaler Forschungen aus aller Welt darstellen, und führt zwangsläufig zu einer Hungerkrise mit grauenerregenden Ausmaßen. Unbeschreiblich ist das Elend der heim- und heimatlos gemachten Flüchtlinge, denen in der überwiegenden Zahl alles fehlt, was der Betreibung der Nothilfe des Lebens dient. Erschreckend die Sterblichkeit der Säuglinge, die Zunahme der Tuberkulose, der Diphtherie, der Haut- und Geschlechtskrankheiten und der Selbstmorde. Daß Krankheiten, die unter normalen Lebensbedingungen einen rein gutartigen Verlauf nehmen, hierbei häufig zu schweren und ernstlichen Komplikationen führen, ist kaum verwunderlich. Das Kapitel von ganz besonderer Tragik ist das Schicksal der Diabetiker. Seit Verhängung der Apokalypse der Schleswig-Holstein vom 17. Januar 1947 wird die Behandlung für die an Diabetes mellitus erkrankten Personen um weit über 50 Prozent gekürzt. Als Begründung hierfür wird angegeben,

daß ausländisches Insulin nicht greifbar sei und die heimische Insulinherstellung eine höhere Zureichung nicht ermögliche. Damit beträgt die Insulinzufuhr nurmehr für arbeitende Erwachsene Die Hälfte bis 30 Prozent, für nicht arbeitende Diabetiker, dabei auch Heftkranken, 20 Prozent der Menschen. Einstellungszunahme. Es ist dies ein klarer Todesurteil für die Betroffenen, ihre Familienangehörigen, was das Elend preisgeben. Eine schweigende Sanktionierung dieser Handlung würde demselben bedeuten, wie die schmerzliche erzwungene Duldung der „Verzichtung gewanten Lebens“ im Dritten Reich.

Diese tragische Situation bildet den Hintergrund für die Arbeit des deutschen Arztes. Selber kann mit dem Nötigsten ausgerüstet, was für die Ausübung seiner Tätigkeit dringendes Erfordernis wäre, soll er anderen Berufen und Helfern sein. Es fehlt an allem: an Medikamenten, Verbandstoffen, Geräten, Spritzen, Desinfektions- und Waschmitteln, nicht einmal das Stück Seife zur Hygiene oft Dutzende von Malen notwendigen Händereinigung ist zu erlangen. Die ärztliche Ausrüstung der neu eingeworbenen Ärzte und der zusätzlich eingeworbenen Flüchtlingärzte ist meist mangelhaft. Die Motorisierung der Ärzte, ihre Versorgung mit Benzin und Brennstoff ist völlig unzureichend und läßt gelegentlich trotz erheblicher Zunahme der Zahl der Ärzte im entscheidenden Augenblick die schnelle Hilfe vermissen. Durch die unüberwindliche Stromsperrung ist oft ein schnelles Desinfizieren von Instrumenten, Spritzen usw. unmöglich, so daß dringende, lebensrettende Operationen teilweise nicht durchgeführt ausgeführt werden können. Entbindungen bei Stalllaterne sind keine Seltenheit mehr. Narkosen können dann der Explosionsgefahr wegen nicht ausgeführt werden. (...) Krankentransporte erleiden häufig durch das völlige Versagen des Fernsprechdienstes oder durch Krankenwagendefekt oder Benzinmangel unverantwortlichen Aufschub. (...) Mangel an Medikamenten aller Art durch Stilllegung pharmazeutischer Fabriken aus Kohlenmangel verhindert vielfach ein erfolgreiches Handeln oder stellt gelegentlich sogar das Todesurteil für den Patienten dar.“

Mangel an Medikamenten aller Art durch Stilllegung pharmazeutischer Fabriken aus Kohlenmangel verhindert vielfach ein erfolgreiches Handeln oder stellt gelegentlich gar das Todesurteil für den Patienten dar. Häufig ist die Verabfolgung einer entsprechenden Krankenpflege unmöglich oder deren beschränkt, daß ihr praktischer Wert illusorisch ist. Bei der Zusammenpackung der Menschen ist die Isolierung eines Schwerkranken in einem ruhigen Zimmer fast unmöglich eine Illusion. Die Krankenbetten sind überfüllt. Die Krankenschwestern stehen über zu hohe Krankensachen und stellen das Erliegen ihrer Pflichten in baldige Aussicht. Die Reihen dieser Überfülltheiten und Menschen könnte nach Belieben fortgesetzt werden, wobei nur noch auf die durch die Durcheinanderliegen jeder Beschäftigung entstandenen Mängel und Unterlassungen hinzuweisen wäre.

Die deutsche Ärzteschaft hat in stiller, unermessener Arbeit der leidenden Bevölkerung zu dienen sich bemüht. Gelegentliche Revolutionen und Verwirrungen bei maßgeblichen Stellen haben das Gesamtproblem der Not und des Elends in keiner Weise zu lindern oder zu lösen vermocht. Die deutschweiserweise durchgeführten Schulpläne sind weitgehend als Ausnahme die Regel. Die Ärzteschaft wendet sich nunmehr, wo die Katastrophe ihren Höhepunkt erreicht, an die Öffentlichkeit, da sie nicht mehr in der Lage ist, die Verantwortung für Vorgänge und Zustände weiterhin zu übernehmen und zu tragen, die sie für unverantwortlich hält.

Zunahme der Ärzte im entscheidenden Augenblick die schnelle Hilfe vermissen. Durch die unübersichtliche Stromsperrung ist oft ein schnelles Desinfizieren von Instrumenten, Spritzen usw. unmöglich, sodass dringende, lebensrettende Operationen bisweilen nicht ausgeführt werden können. Entbindungen bei Stalllaterne sind keine Seltenheit mehr. Narkosen können dann der Explosionsgefahr wegen nicht ausgeführt werden. (...) Krankentransporte erleiden häufig durch das völlige Versagen des Fernsprechdienstes oder durch Krankenwagendefekt oder Benzinmangel unverantwortlichen Aufschub. (...) Mangel an Medikamenten aller Art durch Stilllegung pharmazeutischer Fabriken aus Kohlenmangel verhindert vielfach ein erfolgreiches Handeln oder stellt gelegentlich sogar das Todesurteil für den Patienten dar.“

Die unhaltbaren Verhältnisse entspannten sich erst im Laufe der nächsten Jahre.

ABBILDUNG 5 LÜBECKER FREIE PRESSE, 26. APRIL 1947

Wiedergeburt des paritätischen Zulassungsausschusses

Mit der „Zulassungsordnung für Ärzte“⁸, die in der britischen Besatzungszone zum 1. Juli 1948 in Kraft trat, wurde der Zulassungsausschuss auch in Schleswig-Holstein wieder paritätisch mit je drei Vertretern der Ärzte und Krankenkassen besetzt. Eine Übergangsregelung des „Vorläufigen Ausschusses für Ärzte und Krankenkassen“ sah ferner vor,⁹ dass alle vorübergehenden Kassenzulassungen nunmehr als „ordentliche Zulassungen“ gelten sollten, wenn nicht von Ärzte- oder Kassenseite dagegen Widerspruch eingelegt wurde. Stichtag war der 30. September 1948. „Die Unsicherheit der künftigen Entwicklung hat bekanntlich die Kassenärztliche Vereinigung und die Verbände der Krankenkassen im Jahr 1948 veranlasst, von der (...) Möglichkeit des Widerspruches gegen Zulassungen weitgehend Gebrauch zu machen“, wie der Geschäftsführende Arzt der Ärztekammer und KV, Dr. Curt Walder, zwei Jahre später die damaligen Beweggründe erläuterte.¹⁰

Am 1. Juli 1949 waren in Schleswig-Holstein insgesamt 1.495 Kassenärzte tätig. Hier von besaßen 502 Ärzte bereits vor dem Krieg eine Kassenzulassung. Bei 528 Ärzten war die vorübergehende inzwischen in eine endgültige Kassenzulassung umgewandelt worden. Demgegenüber hatten 465 Ärzte, also fast ein Drittel aller Kassenärzte, noch immer lediglich eine Zulassung auf Widerruf.¹¹

Auch waren noch acht dänische Ärzte im Rahmen des „Dänischen Gesundheitsdienstes“ im äußersten Norden Schleswig-Holsteins offenbar räumlich ungebunden tätig. In seinem Jahresbericht stellte Rodewald hierzu fest, dass diesen vom Ministerium für Wohlfahrt und Gesundheitswesen eine Genehmigung erteilt worden sei, „ohne dass der Ort der Berufsausübung festgesetzt wäre und ohne eine Gegenseitigkeit seitens Dänemarks. Es haben sich zeitweise aus diesen acht Genehmigungen unerfreuliche Verhältnisse entwickelt, jedoch ist allmählich eine gewisse Beruhigung eingetreten“.¹²

Mit Gründung der Bundesrepublik Deutschland im Mai 1949 kam endlich wieder Bewegung in die festgefahrenen Umsiedlungsplanungen. Eine der allerersten Maßnahmen der Bundesregierung überhaupt war eine Verordnung, wonach bestimmte „Aufnahmeländer“ 150.000 Heimatvertriebene aus Schleswig-Holstein aufzunehmen hatten.¹³ Nach einer zusätzlichen Weisung waren auch ca. 150 Ärzte aus Schleswig-Holstein umzusiedeln. Da jedoch auch die Aufnahmeländer mit Ärzten überbesetzt waren, sollten zunächst nur 30 Ärzte aus Schleswig-Holstein sofort eine Kassenarztstelle erhalten. Hiervon entfielen 15 Kassenarztstellen auf Nordrhein-Westfalen, 5 auf Rheinland-Pfalz, je 4 auf Württemberg-Hohenzollern und Südbaden und je eine Stelle auf Württemberg-Nord und Hamburg.¹⁴ Ein Anfang war gemacht, mehr aber auch nicht. Zwischen Ärztekammer und KV bestand daher „(...) Übereinstimmung darüber, dass mit allen Mitteln weiter versucht werden muss, Ärzte aus Schleswig-Holstein auszusiedeln.“¹⁵

Bis 1960 verließen insgesamt 400.000 Flüchtlinge und Vertriebene Schleswig-Holstein und fanden insbesondere in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg eine neue Heimat.¹⁶ Auch Ärzte zogen in andere Bundesländer und übernahmen dort Kassenarztstellen. Sofern der Umzug nicht im Rahmen einer Umsiedlungsaktion erfolgte, erhielten sie allerdings keine staatlichen Zuschüsse. Für derartige Fälle konnten jedoch sogenannte „Umsiedlungsbeihilfen“ beantragt werden, finanziert aus dem Fürsorgefonds der Ärztekammer bzw. aus Mitteln der KV.¹⁷

Keine Kassenzulassung für eine ehemalige KZ-Ärztin

Anfang der 1950er-Jahre setzte auch in Schleswig-Holstein mit dem Marshallplan allmählich ein wirtschaftlicher Aufschwung ein. Ein Teil der Flüchtlinge war in den Süden der jungen Bundesrepublik gezogen und für die in Schleswig-Holstein verbliebenen Menschen entstanden große Siedlungen.

Auch in die beschauliche Gemeinde Stocksee (Kreis Segeberg) kehrte langsam wieder Normalität ein. 1952 eröffnete dort eine Hautärztin namens Dr. Herta Oberheuser ihre Praxis und erfreute sich schnell großer Beliebtheit in der Bevölkerung.¹⁸ Die Ruhe wurde erstmals 1956 gestört, als eine Patientin sie als ehemalige Lagerärztin des KZ Ravensbrück erkannte und Anzeige gegen sie erstattete. Schnell stellte sich heraus, dass Oberheuser kein unbeschriebenes Blatt war und 1947 als einzige Frau bei den Nürnberger Ärzteprozessen unter den Augen der Weltpresse auf der Anklagebank saß. Unfassbare Verbrechen wurden ihr vorgeworfen. Das alliierte Militärgericht betrachtete es als erwiesen, dass sich Oberheuser unmittelbar an der Durchführung grausamer Menschenversuche beteiligte, Lagerinsassinnen mit Bakterien infizierte und an Knochen-, Muskel- und Nerventransplantationen sowie Regenerationsversuchen teilnahm.¹⁹ Ein jüdischer Lagerarzt sagte aus, er habe „einige Male gesehen, dass Dr. Oberheuser Häftlingen Benzin-Injektionen gab. (...) Die Wirkung war das Bild

eines akuten Herztodes, die Patienten bäumten sich auf, dann brachen sie plötzlich zusammen. Es dauerte zwischen drei und fünf Minuten von der Einführung der Spritze bis zum Tode. Bis zum letzten Augenblick waren die Patienten bei vollem Bewusstsein.“²⁰

Bei einer zusätzlichen Mitgliedschaft in der SS, die ihr als Frau verwehrt war, hätte Oberheuser durchaus mit der Todesstrafe rechnen müssen. Dieses Strafmaß war bei den Nürnberger Ärzteprozessen nicht unüblich – immerhin sieben der mitangeklagten Ärzte wurden zum Tode verurteilt.²¹ Letztlich wurde Oberheuser wegen Verbrechen gegen die Menschlichkeit zu 20 Jahren Gefängnis verurteilt, jedoch 1952 vorzeitig entlassen.

Nach ihrer Begnadigung ließ sich Oberheuser in Stocksee (Kreis Segeberg) nieder, möglicherweise aufgrund eines Ratschlages von Karl Genzken, der in Nürnberg wegen Menschenversuchen zu einer lebenslangen Haftstrafe verurteilt wurde und aus dem benachbarten Preetz stammte. Oberheuser konnte in Stocksee allerdings nur als Privatärztin tätig werden. Eine Kassenzulassung wurde aufgrund ihres Vorlebens sowohl von dem Zulassungs- wie auch Berufungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung verweigert,²² was seinerzeit „Der Spiegel“ als einzige „Karriere-Hemmung“ bezeichnete.²³ In der Tat findet sich im Archiv der KVSH eine alte Karteikarte zu Dr. Herta Oberheuser, wo das Feld „Zugelassen zur Kassenpraxis“ bezeichnenderweise leer geblieben ist.

Aufgrund der Anzeige der Überlebenden des KZ Ravensbrück leitete die Kieler Staatsanwaltschaft im Jahr 1956 ein Ermittlungsverfahren ein, da zum Zeitpunkt des Nürnberger Urteilspruchs möglicherweise noch nicht alle Verbrechen Oberheusers bekannt waren. Das Verfahren wurde jedoch im November 1957 eingestellt, da nach Auffassung des Oberlandesgerichts Schleswig eine weitere Strafverfolgung unzulässig sei.²⁴ Internationaler Druck durch die „British Medical Association (BMA)“ und Zeitungen wie „The Times“ und „New York Herald Tribune“ führte dennoch dazu, dass Oberheuser im Jahr 1960 wegen fehlender „Charakterfestigkeit, Menschlichkeit und sittlichem Bewusstsein“ endgültig die Approbation entzogen wurde.²⁵ Oberheuser verließ daraufhin Stocksee für immer und verstarb im Jahr 1978 in Linz am Rhein. In ihren letzten Jahren soll sie als Küchenhilfe gearbeitet haben.²⁶

Viele Nazitäter bleiben unbehelligt

Der Fall Oberheuser dürfte kein Einzelfall gewesen sein. Viele Nazitäter, darunter auch Ärzte, blieben – anders als im Fall Oberheuser – sogar völlig unbehelligt und konnten sich in den 1950er-Jahren ungehindert ein bürgerliches Leben aufbauen bzw. fortsetzen. Im kollektiven Gedächtnis ist in Schleswig-Holstein vor allem die sogenannte „Heyde-Sawade-Affäre“ geblieben. Als Leiter der medizinischen Abteilung der Tarnorganisation „Zentraldienststelle T4“ und erster „T4-Obergutachter“ war



ABBILDUNG 6 DR. HERTA OBERHEUSER WÄHREND DES NÜRNBERGER ÄRZTEPROZESSES, 1947

Ärztliche Mitteilungen
Deutsches Ärzteblatt

HERAUSGEBER:
BUNDEÄRZTEKAMMER U. KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, KÖLN

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlegers. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenwärtige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.
Anschriß der Schriftleitung: Köln-Lindenthal, Heidenkampstraße 1, Fernruf: Köln 41 3743.

43. Jahrgang / Heft 32 6. September 1958 Postverlagsort Köln

Stellungnahme der Bundesärztekammer
zu Verbrechen, die von einzelnen Ärzten in nationalsozialistischen Konzentrationslagern verübt wurden

Frau Dr. Oberheuser wurde nach sechsjähriger Haft von den Alliierten begnadigt. Trotz einer behördlichen Bescheinigung, durch welche sie den Spätheimkehrern gleichgestellt werden sollte, hat ihr die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holsteins die Kassenzulassung verweigert. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat eine erneute Nachprüfung der ihr zur Last gelegten Verbrechen veranlaßt. In den letzten Tagen hat das Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein Frau Oberheuser die ärztliche Approbation entzogen. Sie ist damit ebenfalls keine Ärztin mehr.

ABBILDUNG 7 ÄRZTLICHE MITTEILUNGEN, 6. SEPTEMBER 1958

Heyde für die Ermordung zahlloser Heilanstaltsinsassen und Konzentrationslagerhäftlinge verantwortlich. Bald nach Kriegsende trat Heyde unter dem Falschnamen „Dr. Fritz Sawade“ eine Anstellung als Sportarzt an der Sportschule Flensburg-Mürwik an. Obwohl vielen politischen Entscheidungsträgern die wahre Identität des weltweit gesuchten Naziverbrechers bekannt war, fertigte Heyde bis zu seiner Enttarnung 1959 im Auftrag diverser Behörden rund 7.000 medizinische Expertisen an.²⁷

Heydes ehemaliger T4-Mitarbeiter, Dr. med. Kurt Borm, war Krankenhausarzt und bis in die 1980er-Jahre niedergelassener Arzt in Uetersen. Von Ende 1940 bis 1941 nahm der „SS-Obersturmführer“ und Mediziner auf dem Sonnenstein bei Pirna und in Bernburg/Saale an der Selektion von Menschen teil, die im Rahmen der T4-Aktion ihrer Vergasung zugeführt werden sollten. Zudem hatte er angemessene Todesursachen für die so bezeichneten „Trostbriefe“ an die Angehörigen der Opfer zu fingieren.²⁸ Vom Schwurgericht Frankfurt wurde er 1972 von der Anklage zur Beihilfe zum Mord in 6.652 Fällen freigesprochen. Der Bundesgerichtshof bestätigte 1974 das Urteil, weil Borm nicht „die Kenntnis von der heimtückischen Tötungsweise oder den niedrigen Beweggründen der Haupttäter nachzuweisen ist.“²⁹ In einem offenen Brief an den damaligen Bundespräsidenten Gustav Heinemann protestierten Persönlichkeiten wie Martin Walser, Günter Grass, Siegfried Lenz, Norbert Blüm und Joseph Beuys.³⁰

Unbehelligt blieb auch zunächst Dr. Hermann Kiesewetter. Dieser tauchte unter dem falschen Namen Kühnl in Schleswig-Holstein auf und war von 1952 bis 1986 niedergelassener Allgemeinarzt in Neumünster. Kiesewetter galt als grausamer Lagerarzt in einem Konzentrationslager. Nach seiner Aufdeckung nahm er sich 1992 das Leben.³¹

Nur in Schleswig-Holstein trat Anfang 1948 ein „Gesetz zur Fortführung und zum Abschluss der Entnazifizierung“ in Kraft, mit welchem ca. 406.500 Personen im Massenverfahren den Kategorien „Mitläufer“ und „Entlastete“ zugeordnet wurden. Keine einzige Person in Schleswig-Holstein entfiel in die Kategorien „Hauptschuldige“ und „Schuldige“, sodass lediglich 2.217 Personen für die Kategorie „Belastete“ verblieben. Durch ein „Gesetz zur Beendigung der Entnazifizierung“ wurden 1951 sodann die „Belasteten“ und „Mitläufer“ automatisch den „Entlasteten“ gleichgestellt, womit die „Entnazifizierung“ in Schleswig-Holstein als „beendet“ angesehen wurde.³²

Als „Mitläufer“ wurde 1949 auch Karl Matz eingestuft. Dieser erhielt 1937 seine ärztliche Approbation und trat 1938 in die SS-Verfügungstruppen ein. Bis 1940 war Matz zeitweilig in die Konzentrationslager Sachsenhausen, Mauthausen und Neuengamme abkommandiert. Danach diente er als Truppenarzt, was er in seinem Antrag auf Eintragung in das Arztrechtregister für Schleswig-Holstein für seine gesamte SS-Dienstzeit angab. 1949 siedelte er nach Schieren im Kreis Segeberg über. Vorübergehend

war ihm von der Kreisverwaltung die ärztliche Untersuchung für Unterhaltsempfänger übertragen worden. Als Spätheimkehrer hatte er Anspruch auf bevorrechtigte berufliche Förderung. Entsprechend bat im April 1950 die Heimkehrerbetreuungsstelle des Kreises die Landesärztekammer, für eine baldige berufliche Eingliederung zu sorgen. Von September 1950 an war Karl Matz 28 Jahre als praktischer Arzt in Kiel niedergelassen.³³

Umsetzung des Sicherstellungsauftrages

Im Jahr 1955 erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem „Gesetz über Kassenarztrecht“ offiziell den Auftrag, „die kassenärztliche Versorgung (...) so zu regeln, dass eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist (...)“³⁴ Für eine ausreichende ärztliche Versorgung legte der Gesetzgeber fest, dass (...) „in der Regel auf je fünfhundert Mitglieder ein Arzt (...) zuzulassen“ sei.“³⁵

In Schleswig-Holstein hätten zu den bestehenden 1.528 somit weitere 62 Kassenarztstellen geschaffen werden müssen.³⁶ Der Zulassungsausschuss beschloss jedoch, es bei „der geringeren Zahl vorläufig bewenden zu lassen“.³⁷ Als Begründung wurde insbesondere angeführt, dass „Schleswig-Holstein nach wie vor Abgabeland für Flüchtlinge“ sei und daher „mit einer weiteren Verminderung der Versichertenzahl“ zu rechnen wäre. Ferner könne

davon ausgegangen werden, dass „der Arzt- und Facharztbedarf in vorwiegend landwirtschaftlich orientierten Gegenden geringer sei als in Industrieländern“.³⁸ Der ärztliche Nachwuchs, für den „die verhältnismäßig geringe Zahl neuer Kassenarztstellen in Schleswig-Holstein gewiss eine Enttäuschung“ sei, wurde daher an andere Bundesländer verwiesen, „in denen ja in Auswirkung der neuen Verhältniszahl angeblich 3.000 neue Kassenarztsitze entstehen müssten.“³⁹

Mit einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960⁴⁰ wurden sämtliche Bemühungen der KVSH, ein Überangebot an Ärzten zu vermeiden, hinfällig. Das Bundesverfassungsgericht betrachtete die Zulassungsbeschränkung durch eine Verhältniszahl als verfassungswidrig und nicht mit dem Grundsatz der freien Berufswahl und freien Berufsausübung (Art. 12 GG) vereinbar. Daher musste jeder Arzt, der die formalen Voraussetzungen erfüllte, vom Zulassungsausschuss auf seinen Antrag hin an dem von ihm gewünschten Ort zugelassen werden. Infolge der Zulassungsfreiheit und Niederlassungsmöglichkeiten eröffneten viele Ärzte ihre Praxen vorwiegend in Städten, sodass in ländlichen Gebieten Unterversorgung drohte.⁴¹ Die Konsequenzen waren auch in Schleswig-Holstein schnell zu spüren. Am Tag der Urteilsverkündung waren insgesamt 1.560 Kassenärztinnen und -ärzte tätig. Nur ein halbes Jahr später waren es unter Berücksichtigung der Abgänge bereits 1.729, was einer Zunahme von 10,8 Prozent entsprach.⁴² Dieser Trend setzte sich in den weiteren Jahren fort – Ende 1965 kamen auf einen Kassenarzt in Schleswig-Holstein im Durchschnitt sogar nur noch 432 Versicherte.⁴³

Am 5. November 1969 stand erstmals der Punkt „Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung in Land- und Stadtrandgebieten“ auf der Tagesordnung der Abgeordnetenversammlung der KVSH.⁴⁴ Schon damals zeichnete sich eine „deutlich zu Tage tretende Unterbesetzung der Landgebiete mit praktischen Ärzten (...)“ ab. Da das damalige Durchschnittsalter der Landärzte bei 58 Jahren lag, befürchteten die Abgeordneten ohne geeignete Maßnahmen in etwa fünf bis sieben Jahren „eine akute Arztnot auf dem Lande“.⁴⁵ Ganz offensichtlich hatten schon damals Landärzte Probleme, einen Nachfol-

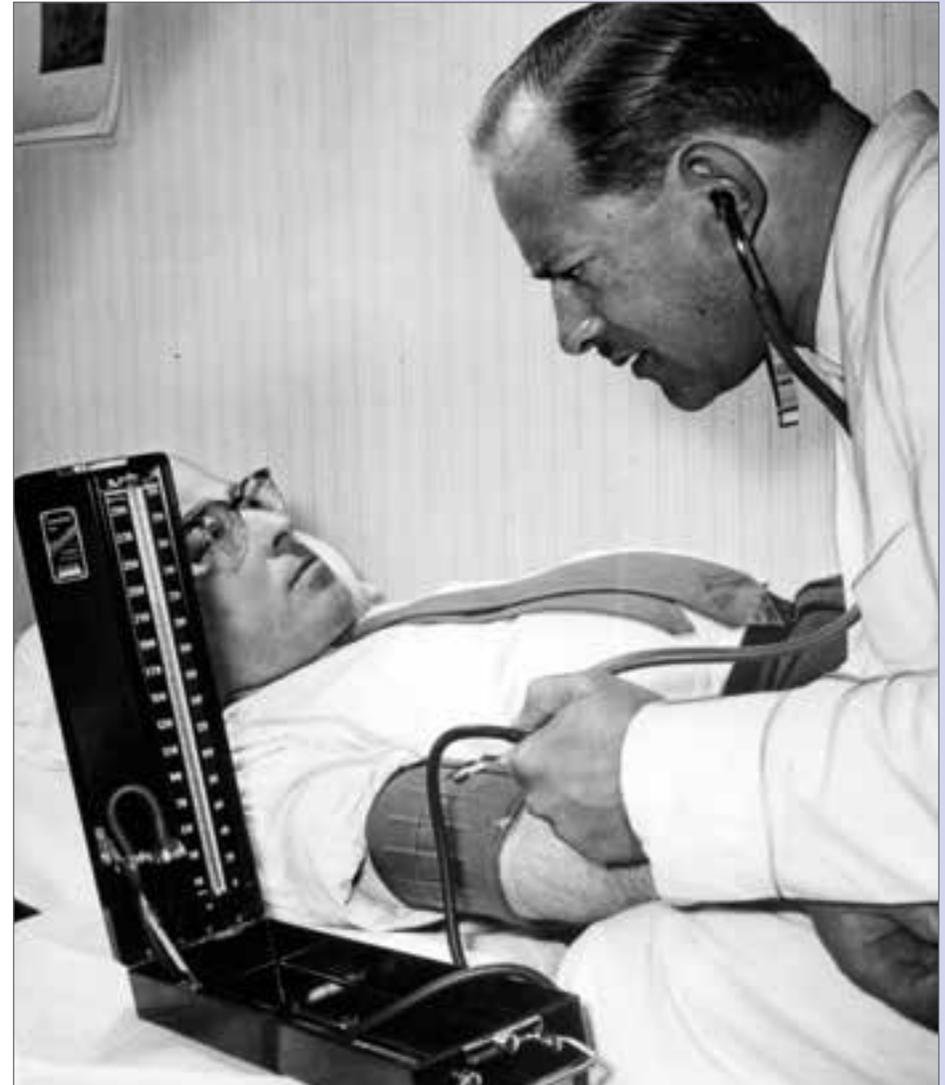


ABBILDUNG 8 BLUTDRUCKMESSUNG IN DEN 1960ER-JAHREN

ger zu finden. Nach eingehender Diskussion beschloss die Abgeordnetenversammlung, die Wegegebühren „spürbar“ zu erhöhen und für dringlich zu besetzende Kassenarztsitze eine „Umsatzgarantie“ von 80.000 DM für ein Jahr zu gewähren.⁴⁶

Ärztehaus Flintbek

Ferner wurde ein Arbeitsausschuss aus den Reihen der Abgeordneten gewählt, welcher sich mit Möglichkeiten zur Behebung des Nachwuchsmangels in der Allgemeinmedizin beschäftigen sollte.⁴⁷ Dieser Arbeitsausschuss konstituierte sich am 9. Juni 1970 und fasste seine aus heutiger Sicht aufschlussreichen Ergebnisse zusammen:

„Der Grund, weshalb die jungen Ärzte eine Niederlassung in den ländlichen Gebieten scheuen, liegt fraglos in der ständigen Dienstbereitschaft des Landarztes und dem Mangel an Urlaubsvertretungen. Bei Niederlassung mehrerer Ärzte in einer Gemeinschafts- oder Gruppenpraxis könnte die Arbeits- und Urlaubszeit besser geregelt werden. Der Ausschuss sieht als ein Ziel seiner Tätigkeit die Errichtung von Gemeinschaftspraxen und Gruppenpraxen – und zwar sowohl für praktische Ärzte als auch erforderlichenfalls für Fachärzte – an zentral gelegenen Orten an. (...) Die Ärztezentren sollten entweder von ärztlichen Organisationen finanziert und später von den Ärzten käuflich übernommen oder sogleich von den praktizierenden Ärzten finanziert werden. (...)



ABBILDUNG 9 KINDERÄRZTIN, 1960ER-JAHRE

Der Ausschuss ist der Ansicht, dass möglichst bald ein Arzthaus als Modell errichtet werden sollte; als Ort bietet sich Flintbek an.(...)“.⁴⁸

Die Abgeordnetenversammlung bestätigte die Empfehlungen des Arbeitsausschusses,⁴⁹ sodass in Flintbek bei Kiel am 1. Oktober 1973 „das erste in Schleswig-Holstein in Übereinstimmung mit dem Landesraumordnungsplan erbaute ‚Ärztzentrum‘ als Modell einer Gruppenpraxis“⁵⁰ seiner Bestimmung übergeben werden konnte. In dem Ärztezentrums war Platz für insgesamt fünf Arztpraxen. Drei davon waren bereits mit den bisher in Flintbek praktizierenden Ärzten belegt. In die vierte Praxis sollte ein Kinderarzt einziehen. Die fünfte Praxis war demgegenüber als „Wechselpraxis“ geplant, wo Fachärzte an einem oder an zwei Wochentagen Sprechstunden anbieten sollten. Im Ärztehaus waren auch gemeinsame Röntgen- und Laboreinrichtungen, eine eigene Badeabteilung sowie eine Sauna untergebracht; außerdem wurde unmittelbar neben dem Gebäude eine Apotheke eingerichtet. Aufgrund des günstigen Standortes ging man davon aus, dass das Ärztezentrum nicht nur die rund 6.000 Einwohner des Ortes Flintbek ärztlich versorgen würde, sondern ein Einzugsgebiet mit insgesamt 17.000 Menschen. Die damaligen Kosten für die Errichtung des Ärztezenters beliefen sich auf 1,9 Millionen DM, die allein von der KVSH vorfinanziert wurden.⁵¹

SCHLESWIG-HOLSTEIN

Versorgung sichergestellt

Eine ärztliche Unterversorgung besteht nach einer Gesamtübersicht der Kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein nicht. Vergleicht man jedoch den Ist-Stand der ärztlichen Versorgung Ende 1977 mit den statistischen Soll-Werten aufgrund bundeseinheitlich festgelegter Maßzahlen, so ist festzustellen, daß ein Bedarf von 29 Ärzten für Allgemeinmedizin beziehungsweise praktischen Ärzten und von 31 Fachärzten verschiedener Gebiete besteht. Der Bedarf an Allgemeinärzten konzentriert sich vornehmlich auf die Westküstenkreise sowie auf die Kreise Rendsburg-Eckernförde, Pinneberg und Stormarn. Im Facharztbereich fehlen gegenwärtig in erster Linie Haut- und Nervenärzte im Hamburger Randgebiet. yn

ABBILDUNG 10 DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, 21. SEPTEMBER 1978

Die KVSH beteiligte sich in den folgenden Jahren an weiteren Bauprojekten zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Land. So wurde in Schenefeld im Kreis Steinburg ebenfalls ein Ärztehaus errichtet. Auf 420 Quadratmetern Grundfläche betrieben dort zwei Allgemeinärzte eine Gemeinschaftspraxis mit dem gleichen technischen Einrichtungsstandard wie im Ärztehaus Flintbek.⁵² An der Finanzierung waren jedoch drei Geldgeber beteiligt: Die Gemeinde stellte ein Grundstück zur

Verfügung, zwei Allgemeinärzte sorgten für die Basisfinanzierung und die KVSH stellte zinsgünstige Darlehen für den Bau und die Einrichtung bereit.⁵³

Förderung Allgemeinmedizin

Bereits in den 1970er-Jahren wurde auch die Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses zu Allgemeinmedizinern von der KVSH massiv gefördert. Da die meisten Universitäten noch keine Lehrstühle für Allgemeinmedizin eingerichtet hatten, erhielten weiterbildungsermächtigte Ärzte für die Weiterbildung in freier Praxis monatliche Zuschüsse von zunächst 1.000 DM,⁵⁴ welche in den Folgejahren deutlich angehoben wurden.⁵⁵ Gleichzeitig forderte die KVSH immer wieder die Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und an der Medizinischen Hochschule Lübeck (MHL), da die von der KVSH finanziell unterstützten Lehraufträge nicht ausreichten, eine genügende Zahl von Medizinstudenten zur Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin zu motivieren.⁵⁶ 1994 war die KVSH neben der Ärztekammer und dem Hausärzterverband Gründungsmitglied des „Fördervereins zur Errichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein“. Es dauerte allerdings noch lange, bis das Vereinsziel erreicht und an beiden Hochschulen die Allgemeinmedizin mit eigenen Lehrstühlen verankert war.

Der Bedarfsplan und seine Konsequenzen

Am 1. Januar 1977 trat das „Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz“ (KVVG)⁵⁷ in Kraft, und damit die Bedarfsplanung als wichtiges Instrument der Sicherstellung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden dazu verpflichtet, unter Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung Bedarfspläne aufzustellen, „um eine regional ausgewogene und damit wirtschaftliche Verteilung der Kassenarztsitze zu gewährleisten“. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Jahr 1993 trat eine weitere Verschärfung ein. So wurde der Bundesausschuss verpflichtet, neue Verhältniszahlen zu beschließen, mit dem Ziel, die Niederlassungsmöglichkeiten vor allem bei Überversorgung zu beschränken.

Schnell zeigte der Bedarfsplan für Schleswig-Holstein das tatsächliche Ausmaß. Im Laufe des Jahres 1979 war die Anzahl der Hausärzte in Schleswig-Holstein leicht auf 1.144 angestiegen. Dennoch wies der Bedarfsplan aus, dass 26 Allgemein- beziehungsweise praktische Ärzte fehlten. Als Ursache dieser Entwicklung wurde die „zunehmende Konzentration der Allgemeinärzte in Ballungszentren und gut versorgten Bereichen des Landes“ gesehen.⁵⁸

Angesichts steigender Arztzahlen beschloss die Abgeordnetenversammlung der KVSH im Jahr 1984 sogar eine „Ausscheidensprämie“. Älteren Ärzten wurde hiernach eine Entschädigung gewährt, wenn sie vorzeitig ihre kassenärztliche Tätigkeit aufgaben. Die Prämien waren nach dem Alter der ausscheidenden Ärzte gestaffelt und wurden längstens bis zur Vollendung des 71. Lebensjahres gezahlt. Innerhalb von zwei Jahren hatten 207 Kassenärzte hiervon Gebrauch gemacht, wodurch sich die Arztdichte leicht verringerte.⁵⁹

Zukunftsperspektiven der Versorgung

Heute ist die KVSH mit einer gegenläufigen Situation konfrontiert, und dies nicht nur in ländlichen Regionen. Schon ein Drittel der Hausärzte in Schleswig-Holstein ist 60 Jahre oder älter und wird in absehbarer Zeit in den Ruhestand treten. Eine Entwicklung, die auch im fachärztlichen Bereich bereits sichtbar wird. Die Suche nach einer Nachfolgerin oder einem Nachfolger bleibt trotz allen Engagements oftmals ohne Erfolg. Die Problematik ist nicht neu; schon im ersten Versorgungsbericht der KVSH aus dem Jahr 2009 stand die Überalterung der Ärzteschaft im Mittelpunkt.⁶⁰

Die Nachwuchsmediziner wollen heute anders arbeiten als die Generation der jetzt in den Ruhestand tretenden Ärzte. Eine andere Ausbalancierung von Arbeit und Familie ist ebenso kennzeichnend wie der Wunsch, im Team mit anderen Ärzten zusammenzuarbeiten. Verstärkt wird dieser Trend durch den steigenden Anteil der Ärztinnen. Wer als Arzt oder Ärztin Familie und Kinder und einen ebenfalls berufstätigen Partner hat, will in dieser Lebensphase vielfach weder in Vollzeit tätig sein noch die Verantwortung einer freiberuflichen Praxisgründung auf sich nehmen. Deshalb wächst das Interesse an einer angestellten Tätigkeit – und dies nicht nur bei Ärztinnen, sondern auch bei den männlichen Kollegen.

Dieser Trend ist schon heute gut zu erkennen. So sind bereits mehr als 20 Prozent der Hausarztstellen in Schleswig-Holstein nicht mehr mit Vertragsärzten, sondern mit angestellten Ärzten besetzt.⁶¹ Ähnliche Entwicklungen sind bei allen Formen der gemeinsamen Berufsausübung zu verzeichnen, sei es in Zweigpraxen oder Medizinischen Versorgungszentren.



ABBILDUNG 11 EINGANGSBEREICH DES HAUPTGEBÄUDES DER KVSH IN BAD SEGEBERG



ABBILDUNG 12 IM RAHMEN DER „MEHR.ARZT.LEBEN!“-NACHWUCHSKAMPAGNE LÄDT DIE KVSH MEDIZINSTUDENTINNEN UND -STUDENTEN REGELMÄSSIG EIN, MIT NIEDERGELASSENEN ÄRZTEN ÜBER IHRE TÄTIGKEIT INS GESPRÄCH ZU KOMMEN, WIE HIER IN DER HAUSARZTPRAXIS VON DR. JOHANNES GERBER AUF FEHMARN.

Wie die KVSH um die Ärzte von morgen wirbt

Die KVSH engagiert sich dafür, angehende Ärztinnen und Ärzte möglichst schon während ihres Studiums mit der Tätigkeit in den Praxen in Berührung zu bringen. Ein wesentlicher Baustein hierbei ist die im Jahr 2011 ins Leben gerufene Nachwuchskampagne „Mehr.Arzt.Leben!“ mit ihren vielfältigen Angeboten und Informationen zum Thema Niederlassung. In sogenannten „Uni-Sprechstunden“ berichten erfahrene Landärzte direkt an den Hochschulen über ihren Arbeitsalltag und stehen den Medizinstudentinnen und -studenten Rede und Antwort. Noch tiefere Einblicke in die Tätigkeit eines niedergelassenen Arztes erhalten interessierte Medizinstudierende und Ärzte in Weiterbildung auf der „Praxistour“ der KVSH. Mit einem Bus werden die Nachwuchsmediziner zu Arztpraxen in Schleswig-Holstein gefahren und lernen dabei ganz unterschiedliche Praxismodelle kennen. Auf jeder Station bieten die gastgebenden Praxen Einblicke in ihre jeweilige Tätigkeit und geben dem Mediziner-nachwuchs wichtige Tipps und Hinweise rund um die Themen Niederlassung, Arbeitszeitmodelle und Verdienstmöglichkeiten. Und aus einigen Kontakten, die bei den Praxistouren geknüpft wurden, wurden später Praktika und Famulaturen in den besuchten Praxen.

Praxiseinblick mit Zukunftsperspektive

Nur wenn jüngere Ärzte jenseits der Städte Bedingungen vorfinden, die es ihnen ermöglichen, so zu leben und zu arbeiten, wie sie es sich in ihrer individuellen Lebenssituation wünschen, werden sie sich für die ambulante Versorgung entscheiden. Auch Gemeinden und Bürgermeister haben dies erkannt und bemühen sich aktiv darum, interessierten Ärzten ein attraktives Umfeld zu bieten. Nicht allein der Bündelung der Ressourcen von Kommunen und KVSH kommt eine steigende Bedeutung zu, sondern der Vernetzung aller Akteure im Gesundheitswesen.

Die KVSH versteht es als eine ihrer wichtigsten Aufgaben, die im Wandel begriffene Versorgungslandschaft aktiv mitzugestalten. Sie wirkt daran mit, regionale Versorgungsprobleme zu lösen, in dem sie Akteure zusammenbringt, Gespräche führt, Optionen auslotet und neue Formen der Versorgung oder Kooperation auf ihre Realisierbarkeit prüft. Oft sind es diese kleinteiligen Lösungen, die zwar zeitintensiv sind, für den Erhalt der regionalen Versorgung jedoch immer wichtiger werden. So setzt die KVSH zum Beispiel auf ein Versorgungsmodell mit Teampraxen als lokale Gesundheitszentren in ärztlicher Hand

Nur im Zusammenspiel aller Facetten der Versorgung wird die KVSH den Sicherstellungsauftrag erfüllen können. Trotz des Wandels der Versorgungsstrukturen und des Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten werden auch künftig Hausärzte genauso wie Fachärzte und Psychotherapeuten gebraucht – und das wohnortnah und flächendeckend, auf dem Land genauso wie in der Stadt. Sie alle sind wesentliche Akteure der Zukunftsgestaltung.



ABBILDUNG 13 VORTEILE EINER NIEDERLASSUNG ERLÄUTERT DR. TILMAN WALEK VOM NIEREN- UND GEFÄßZENTRUM KIEL

Endnoten

- 1 Vgl. Martin Gietzelt/ju (TdM 1001), www.geschichte-s-h.de/fluechtlinge/ Gesellschaft für Schleswig-Holsteinische Geschichte
- 2 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Juli 1949, S. 162
- 3 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, September 1949, S. 207
- 4 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Januar 1950, S. 3
- 5 Vgl. „Rundschreiben Nr. 4“ vom 6. Oktober 1945, Archiv der Ärztekammer Schleswig-Holstein
- 6 Ebd., S. 2
- 7 Vgl. „Vergeblicher Kampf gegen Krankheit und Tod“ in Lübecker Nachrichten vom 30. April 1947
- 8 Vgl. Fr. Thieding: Die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit, Hamburg 1948, S. 13 ff.
- 9 Ebd., S. 27
- 10 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Oktober 1950, S. 248
- 11 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Juli 1949, S. 160
- 12 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Januar 1949, S. 3
- 13 „Verordnung über die Umsiedlung von Heimatvertriebenen aus den Ländern Bayern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, vom 29. November 1949“, Bundesgesetzblatt 1950, S. 4
- 14 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Juni 1950, S. 163
- 15 Vgl. Sitzungsprotokoll der Vorstände von Ärztekammer und KVSH vom 13. Mai 1950, S. 3
- 16 Vgl. Martin Gietzelt/ju (TdM 1001), www.geschichte-s-h.de/fluechtlinge/, Gesellschaft für Schleswig-Holsteinische Geschichte
- 17 Vgl. Sitzung der Geschäftsführenden Vorstände der KVSH, der Landesärztekammer und des Hartmannbundes am 9. Januar 1952, S. 9
- 18 Vgl. Karl Dahmen: „Die nette, Frau Doktor‘ aus Stocksee“, Begleittext zur NDR-Fernsehsendung „Schleswig-Holstein-Magazin“ vom 2. August 2020
- 19 Vgl. Uwe Danker/Astrid Schwabe: „Schleswig-Holstein und der Nationalsozialismus“, Neumünster 2005, S. 180
- 20 Vgl. „Scherben in der Wunde“ in „Der Spiegel“ Nr. 46/1960 (Online)
- 21 Vgl. www.kultur-vor-1933.de/herta-oberheuser/
- 22 Vgl. Beschlussprotokoll des Berufsausschusses der KVSH vom 18. Februar 1956, Bundesarchiv Koblenz B 305 – Einzelfallakten der Zentralen Rechtsschutzstelle, Az: EL 2423/50 sowie Jürgen Peter: Der Nürnberger Ärzteprozess, Berlin 2013, S. 296
- 23 Vgl. „Scherben in der Wunde“ in „Der Spiegel“ Nr. 46/1960 (Online)
- 24 Vgl. Günter Dahl: „Hände, die töten, statt zu heilen“ in „Die Zeit“, 09/1958
- 25 Vgl. Uwe Danker/Astrid Schwabe: „Schleswig-Holstein und der Nationalsozialismus“, Neumünster 2005, S. 180
- 26 Vgl. Karl Dahmen: „Die nette, Frau Doktor‘ aus Stocksee“, Begleittext zur NDR-Fernsehsendung „Schleswig-Holstein-Magazin“ vom 2. August 2020
- 27 Vgl. Schleswig-Holsteinische Landesbibliothek (Hg.): BioLex Digital Biografisches Lexikon für Schleswig-Holstein und Lübeck, Wachholtzverlag, Kiel/Hamburg 2020, S. 1.218
- 28 Vgl. www.uetersen-geschichte.de/index.php?id=33#c59
- 29 Vgl. BGH, Urteil vom 20. März 1974 - 2 StR 589/72
- 30 Vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 10. Juni 1974, abgedruckt in Hannes Friedrich; Wolfgang Matzow (Hg.): Dienstbare Medizin, Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen 1992, S. 125
- 31 Vgl. Marco Pukrop: „SS-Mediziner zwischen Lagerdienst und Fronteinsatz. Die personelle Besetzung der Medizinischen Abteilung im Konzentrationslager Sachsenhausen 1936–1945“, Dissertation 2015, S. 312 ff.
- 32 Vgl. www.vimu.info/fb.jsp?id=for_11_9_10_fb_entnazifizierung_de_doc&lang=de&u=general&flash=true
- 33 Vgl. Marco Pukrop: „SS-Mediziner zwischen Lagerdienst und Fronteinsatz. Die personelle Besetzung der Medizinischen Abteilung im Konzentrationslager Sachsenhausen 1936–1945“, Dissertation 2015, S. 328 ff
- 34 Vgl. „Gesetz über Kassenarztrecht. Vom 17. August 1955“, Bundesgesetzblatt Nr. 28, S. 513 ff.
- 35 Ebd.

- 36 Vgl. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Oktober 1957, S. 249
- 37 Ebd.
- 38 Ebd.
- 39 Ebd.
- 40 Vgl. BVerfG vom 23. März 1960 – Az.: 1 BvR 216/51 NJW 1960 S. 715
- 41 Vgl. Barbara Berner: Einführung in das Vertragsarztrecht, KBV-Fortbildungsheft Nr. 3, Berlin 2014, S. 17
- 42 Vgl. Sitzungsprotokoll des Vorstandes der KVSH vom 12. September 1960, S. 4
- 43 Vgl. Sitzungsprotokoll des Vorstandes der KVSH vom 16. März 1966, S. 2
- 44 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 5. November 1969
- 45 Ebd.
- 46 Ebd.
- 47 Ebd.
- 48 Vgl. Protokoll des Arbeitsausschusses zur Behebung des Nachwuchsmangels in der Allgemeinmedizin vom 9. Juni 1970
- 49 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 19. August 1970
- 50 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 1 vom 3. Januar 1974, S. 9
- 51 Ebd.
- 52 Vgl. KVSH: „Zweiter Bericht zur Struktur der kassenärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein“, Kiel 1974, S. 11
- 53 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 20 vom 16. Mai 1974, S. 1453
- 54 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 4 vom 27. Januar 1977, S. 202
- 55 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 50 vom 13. Dezember 1979, S. 3294
- 56 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 18 vom 1. Mai 1980, S. 1172
- 57 Vgl. „Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz (KVWG) vom 28. Dezember 1976“ in Bundesgesetzblatt vom 30. Dezember 1976, Nr. 151, S. 3871,
- 58 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 15 vom 10. April 1980, S. 937
- 59 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Heft 24 vom 11. Juni 1987, S. 1708
- 60 Vgl. KVSH: „Die ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein“, 2009
- 61 Vgl. Hausarztstellen in Schleswig-Holstein 2005 bis 2020 (nach Planungsblättern), Beschlüsse des Landesausschusses

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Vom Schimmelreiter bis zur Nummer mit den Elfen

Rund 245.000 Mal pro Jahr klingeln die Telefone in der Leitstelle des KV-Bereitschaftsdienstes in Bad Segeberg. Seit 2007 laufen hier alle Anrufe zusammen – die Technik hilft der KV, ihren Sicherstellungsauftrag, der auch ein Versorgungsangebot für die Patienten zu sprechstundenfreien Zeiten umfasst, zu erfüllen.

Die anfangs verwendete Nummer 01805 11 92 92 wurde im April 2012 durch die bundesweit einheitliche und für die Anrufer kostenfreie Ziffernfolge 116 117 ersetzt. Seit dem 1. Januar 2020 ist die „Nummer mit den Elfen“ rund um die Uhr zu erreichen.

Es dauerte einige Jahre, um die sechs Ziffern in der Bevölkerung bekanntzumachen. Maßgeblich trug dazu eine Plakat- und Fernsehwerbekampagne bei, die die KBV und die KVen der Länder gemeinsam im Jahr 2019 auf die Beine stellten. Das Ziel der Elfen-Hotline ist, Patientinnen und Patienten, die zwar ärztliche, aber eben keine notärztliche und stationäre Hilfe brauchen, ein ambulantes Hilfsangebot zu unterbreiten. Ein erklärtes Ziel der Akteure aus Politik und Gesundheitswesen ist, die Kliniken zu entlasten. Denn immer öfter wurden und werden die Notaufnahmen aufgesucht, um Alltagsleiden zu lindern.

Wer in der Leitstelle anruft, wird – je nach Art des Problems – an eine der 31 allgemeinmedizinischen oder zwölf kinderärztlichen Anlaufpraxen im Land verwiesen, erhält eine telefonische Beratung oder wird, wenn es medizinisch erforderlich ist, von einem Arzt

zu Hause aufgesucht. 1.450 Ärztinnen und Ärzte übernehmen regelmäßig Dienste in den heute landesweit 32 Bereitschaftsdienstbezirken, für die jeweils ein von der KV bestimmter niedergelassener Arzt als Notdienstbeauftragter zuständig ist. Eine seiner Aufgaben ist es, ausreichend Freiwillige für die Dienste zu gewinnen. Generell sind alle Niedergelassenen in einer Region an dem System beteiligt, die Pflicht dazu wird über die Heilberufegesetze der Bundesländer geregelt. Statt auf ein verpflichtendes Rotationssystem, das alle in einem Bereich tätigen Mediziner erfassen würde, setzt die KVSH mit ihren regionalen Beauftragten aber auf die freiwillige Bereitschaft der Kollegen, Dienste zu übernehmen.



ABBILDUNG 1 SEIT DEM 1. JANUAR 2020 IST DIE „NUMMER MIT DEN ELFEN“ RUND UM DIE UHR ZU ERREICHEN. BIS 2021 ZU SEHEN AN DER AUSSENFASSADE DER KVSH IN DER BISMARCKALLEE IN BAD SEGEBERG

Kein Mercedes, nur per pedes

Einfach und schnell Hilfe rufen, ohne das Haus verlassen zu müssen? Für die Menschen in früheren Jahrhunderten war so eine Idee unvorstellbar. Wer in einer Kate in Tating oder einem Gehöft am Kellerssee lebte, hatte nur die eigenen Füße oder im besten Fall Pferd und Wagen, um die Außenwelt zu alarmieren. Wenn ein Kind nachts am Keuchhusten zu ersticken drohte oder sich die Magd am Sonntagmorgen auf dem rutschigen Weg zwischen Brunnen und Stall ein Bein brach, oblag dem örtlich nächsten Arzt die Pflicht zu helfen. Falls der überhaupt gerufen wurde, denn angesichts der weiten Wege behelfen sich die Menschen so gut es ging mit „Hausmitteln“.

Auch eine mehrtägige oder gar mehrwöchige Behandlung, bei der es um Leben oder Tod ging, blieb oft in der Hand des Hausarztes. Theodor Storm, ein genauer Beobachter des Alltags in Schleswig-Holstein, beschrieb in vielen seiner Novellen ärztliche Tätigkeiten, machte in einigen Werken sogar Ärzte zu Helden seiner Geschichten. In der bekannten Novelle „Schimmelreiter“,¹ die 1888 kurz vor dem Tod des Autors erschien, erkrankt Elke, die Frau des Deichgrafen Hauke Haien, am Kindbettfieber – jene Krankheit, an der Storms eigene Frau Constanze 1870 bei der Geburt ihres siebten Kindes verstorben war. In der Novelle steht die Sache auf Messers Schneide, entsprechend groß ist der Einsatz des Mediziners, der die Kranke zu Hause betreut: „Der alte Arzt kam wieder, kam jeden Tag, mitunter zweimal, blieb dann eine ganze Nacht, schrieb wie-



ABBILDUNG 2 BERITTENER LANDARZT, GEMÄLDE UM 1860 – DEUTSCHE DIGITALE BIBLIOTHEK

der ein Rezept, und der Knecht Iven Johns ritt damit im Flug zur Apotheke. Dann aber wurde sein Gesicht freundlicher, er nickte dem Deichgrafen vertraulich zu: „Es geht! Es geht! Mit Gottes Hülfe!“

Damit Kranke bei nächtlichen oder feiertäglichen Notfällen ihren Arzt überhaupt rufen konnten, musste der auch außerhalb der Praxiszeiten erreichbar, sprich auffindbar sein. Aus diesem Grund galt bis 2012 eine Residenzpflicht für Ärzte, deren Radius erst ab den 1970er-Jahren erweitert wurde. Noch bis 2007 war der Bereitschaftsdienst in Schleswig-Holstein kleinteilig organisiert und in rund 140 regionale „Notdienstringe“ aufgespalten.² Damit verteilte sich in den ländlichen Regionen mit geringer Praxendichte die Last der Dienste auf wenige Schultern. Diese große Beanspruchung war einer der Gründe, weshalb jüngere Ärztinnen und Ärzte ungern eine „Landarztpraxis“ übernahmen. Mühsam war dieses System auch für die Erkrankten, die sich im Notfall darüber informieren mussten, welche Praxis wann Dienst tat.

In früheren Jahrzehnten und Jahrhunderten war eine Vertretung nur in Ausnahmefällen vorgesehen. Praxis und Wohnhaus waren meist identisch, und mit der Übernahme einer landärztlichen Praxis ging unausgesprochen eine ständige Bereitschaft einher: „Die Türglocke konnte jederzeit schellen, die Arzttasche stand im Flur bereit.“

Kutschfahrten in strenger Verschwiegenheit

Anders als in den dünner besiedelten Gegenden existierten in den Städten mehrere Praxen in fußläufig erreichbarer Nachbarschaft. Die Mitglieder des „Ärztlichen Vereins zu Lübeck“ erfanden bereits im 19. Jahrhundert eine erste Form des Bereitschaftswagens, der offenbar vor allem während ihrer monatlichen Versammlungen eingesetzt wurde. So heißt es in den Chroniken des Vereins: „Man erschien in der Wohnung des einladenden Kollegen, der damaligen Sitte entsprechend, im Frack. Man aß nach getaner Arbeit zwei Gänge und trank Rot- und Weißwein sowie Bowle. Ein alter Lohndiener,

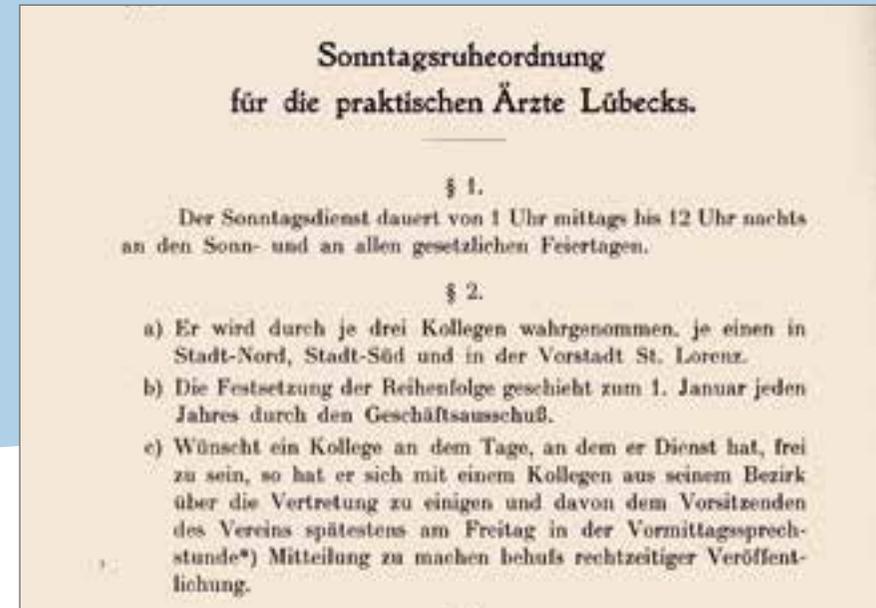


ABBILDUNG 3 SONNTAGSRUHEORDNUNG DES ÄRZTEVEREINS ZU LÜBECK, 1909

der zur strengen Verschwiegenheit verpflichtet war, bediente die Herren. Während der Sitzung hielt vor dem Hause eine Kutsche, die bestimmt war, den zu einem Patienten gerufenen Arzt hin- und zurückzufahren.“³ Nicht überliefert ist, ob die Ärzte nach so viel Wein und Bowle in jedem Fall noch in der Lage waren, klare Diagnosen zu stellen.

Im Jahr 1909 entstand, ebenfalls in Lübeck, eine „Sonntagsruheordnung“. Sie betraf ausdrücklich nur die praktischen Ärzte, von denen jeweils einer in den Stadtteilen Nord, Süd und St. Lorenz von ein Uhr mittags bis Mitternacht Dienst tat.⁴ Zeitungsanzeigen informierten die Bevölkerung, welche Praxis besetzt war. Die Idee einer Sonntagsruhe verbreitete sich in den folgenden Jahren langsam: Laut einer Aufzählung aus dem Jahr 1911 hatten gerade einmal 54 Städte in Deutschland eine solche Regelung getroffen, darunter neben Lübeck auch Kiel.⁵

Im Jahr 1918 veröffentlichten „Adressbuch der Freien Hansestadt Lübeck“ weist der Ärztliche Verein erneut darauf hin, dass die diensthabenden Praxen „nur in dringenden Fällen“ aufgesucht werden sollten.⁶ Erst allmählich zogen die kleineren Städte bei der Durchsetzung der Sonntagsruhe nach. Bei der Mitgliederversammlung der K.V. Segeberg am 19. Juli 1929 beschlossen die Anwesenden eine Ruhezeit, die bereits am Nachmittag des Sonnabends begann. Eine reguläre Sprechstunde war den Praxen verboten, allerdings durften die Ärzte „Patienten aus besonderen Gründen abfertigen“, so steht es im Protokoll der Versammlung.⁷

Während der NS-Zeit wurde aus den bisher innerhalb der Ärzteschaft selbst organisierten Vertretungsregelungen ein „pflichtmäßiger“ Dienst, der entsprechend dem martialisch-nationalen Ungeist der Zeit als „Wachtdienst“ bezeichnet wurde. Für Kiel ist eine entsprechende Veröffentlichung aus dem Jahr 1936 belegt. Der Dienst galt für alle praktischen Ärzte unter 60 Jahren, ältere durften sich freiwillig „einreihen“.⁸

Der Zusammenbruch des NS-Systems und die Wirren des Kriegsendes katapultierten die deutsche Gesellschaft materiell und technologisch zurück in die Zeiten, in denen wenige Maschinen zur Verfügung standen und Wege zu Fuß zurückgelegt werden mussten. In einem Brief vom 17. März 1948 informiert die Landes-Ärztelkammer über die „Verhandlungen mit der Landesregierung Schleswig-Holstein über die Versorgung der Ärzte mit

Kraftwagen“. Dass die Praxen eigene, gar neue Automobile bekamen, damit war „bei dem augenblicklichen Stand der Produktion nicht zu rechnen“. Doch dank eines damals geltenden „Gesetzes über den Missbrauch von Kraftfahrzeugen“ konnte die Regierung Fahrlizenzen und die dazu gehörenden Autos einziehen. „Diese Kraftwagen sollen auf dem Wege einer Gebrauchsbeordnung den Ärzten zur Verfügung gestellt werden“, heißt es in dem Schreiben.⁹

Bereitschaftsdienst im Wandel

Im Februar 1968, in längst wieder ruhigeren und materiell wieder reichen Zeiten, einigte sich die ärztliche Selbstverwaltung auf „Richtlinien zum Notfallbereitschaftsdienst“. Der entsprechende Text wurde im Februarheft des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes veröffentlicht und ähnelte bereits dem heute noch verwendeten System. Schon damals lautete eine Frage, wie „verfahren werden soll, wenn ein ausreichender Notfallbereitschaftsdienst auf kollegialer Basis nicht zustande kommt“. Die Praxis zeigte aber, dass sich in der Regel genug Freiwillige fanden, um die Dienste zu besetzen.

Im Dezember 1970 diskutierte der KV-Vorstand über eine Leitstelle, die in Neumünster eingerichtet werden sollte. Der Wunsch dazu war damals von der örtlichen AOK geäußert worden. Im damaligen Protokoll heißt es: „Der Vorstand begrüßt dieses Vorhaben sehr. Er denkt sich die

Errichtung der Notdienstzentrale an zentraler Stelle der Stadt, vielleicht auch an eine Privatklinik angeschlossen, die von den Patienten jederzeit aufgesucht werden kann und in der auch im Wochenendbereitschaftsdienst die Vermittlung von erforderlichen Hausbesuchen vorgenommen werden könnte.“ Doch, bei aller Begeisterung: „Eine finanzielle Unterstützung bei der Einrichtung durch die KV ist allerdings nicht möglich.“¹⁰

Die Hoffnung des KV-Vorstandes, die Zentrale könnte „Vorbild für entsprechende Einrichtungen auch an anderen Orten werden“, erfüllte sich: 1975 gründeten Allgemeinärzte in Lübeck einen Verein, der den Bereitschaftsdienst organisierte und 1976 eine Notfallpraxis mit angeschlossener Arzttrufzentrale an der Untertrave einrichtete.¹¹ Das Deutsche Ärzteblatt berichtete 1977 über einen Modellversuch, bei dem zwei Allgemein- und fünf Facharztpraxen in der Hansestadt als Anlaufpraxen an den Wochenenden stundenweise geöffnet waren. Getestet wurde damals auch die Zusammenarbeit mit der Notfallnummer 110: Rund die Hälfte der Anrufer konnten an eine Anlaufpraxis vermittelt werden, so der damalige stellvertretende Vorsitzende der KV, Dr. Rudolf Gahrman.

1996 eröffnete das Praxisnetz Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg eine gemeinsame Anlaufpraxis am Exerzierplatz der Kreisstadt, in der Ärzte abwechselnd freiwillig Dienst taten. Die Kieler Ärzte zogen mit ihrer Anlaufpraxis 1999 in das Städtische Krankenhaus.¹²

Anlaufpraxen und ein gemeinsamer Tresen

Die Blaupause für die heutige Notdienststruktur lieferte im Jahr 2006 Dr. Hans-Joachim Commentz, Hausarzt und damaliger KV-Kreisstellenvorsitzender im Bereich Schleswig-Flensburg. Seine Idee war, eine feste Nummer für den Bereitschaftsdienst einzurichten, den ambulanten Dienst in die Rettungsleitstelle in Flensburg zu integrieren und eine Anlaufpraxis am Krankenhaus in Schleswig zu schaffen. Commentz fasste die Notwendigkeiten und Vorzüge des Systems zusammen: „Die unter vielen Notdiensten leidenden Ärzte werden entlastet. So wird die Arbeit als Landarzt auch für junge Ärzte wieder interessanter – zum langfristigen Wohl der Bevölkerung.“¹³

Ein weiterer Pionier des heutigen Systems war Dr. Reimar Vogt, einst in Wesselburen und heute in Pahlen als Hausarzt niedergelassen, der sich als Vorsitzender des Hausärztlichen Qualitätszirkels Norddithmarschen und regionaler Notdienstbeauftragter auch früh für ein Zusammenrücken von kassenärztlichem Bereitschaftsdienst und Klinik-Notaufnahme einsetzte. Schon als 2007 im Zuge der Notdienstreform der KVSH eine Anlaufpraxis am Westküstenklinikum (WKK) in Heide eingerichtet wurde, gab es dort eine erste Kooperation beider Seiten, um die Zuordnung der Patienten zur jeweils richtigen Versorgungsebene miteinander abzustimmen. Im September 2016 gingen das WKK und die KVSH den nächsten Schritt: Die Anlaufpraxis zog in die Notaufnahme um, in Heide entstand, maßgeblich mitinitiiert von Dr. Reimar Vogt als dem regionalen KV-Notdienstbeauftragten, die erste Portalpraxis „light“ in Schleswig-Holstein. Erster Anlaufpunkt für alle Notfallpatienten, die das Krankenhaus eigenständig aufsuchen, ist seither ein gemeinsamer Tresen, besetzt sowohl mit KVSH als auch mit WKK-Mitarbeitern. Statt dem Patienten die Qual der Wahl zu überlassen, ob seine Beschwerden für einen Notfall sprechen, der stationär behandelt werden muss, oder ob er im ambulanten System besser aufgehoben ist, entscheidet dies nun professionell und strukturiert das Fachpersonal von KV-Bereitschaftsdienst und Krankenhausnotaufnahme gemeinsam.

Inzwischen gibt es landesweit Anlaufpraxen an Krankenhäusern und einen flächendeckenden Bereitschaftsdienst. Eine Besonderheit bietet Schleswig-Holstein den Ärztinnen und Ärzten, die sich „reif für die Insel“ fühlen: Freiwillige für Helgoland, Amrum, Pellworm und andere Nordseeinseln werden ständig gesucht. Anders als beim „Schimmelreiter“ sind die Dienste aber heute an feste Zeiten gebunden und kein Arzt ist verpflichtet, eine ganze Nacht am Krankenbett auszuharren.



ABBILDUNG 4 DR. HANS-JOACHIM „ACKI“ COMMENTZ, HAUSARZT UND EHEMALIGER KV-KREISSTELLENVORSITZENDER IN SCHLESWIG-FLENSBURG

Endnoten

- 1 Storm, Theodor: Der Schimmelreiter, Novelle 1888; www.projekt-gutenberg.org/storm/schimmel/schimmel.html; oder Storm Werke, Emil Vollmer-Verlag Wiesbaden, Jahresszahl unbekannt, Band II, S. 711 ff
- 2 Pressestelle der KVSH
- 3 Vgl. Dr. Friedrich v. Rohden: Der ärztliche Verein zu Lübeck, Lübeck 1959, S. 22
- 4 Vgl. Dr. Theodor Eschenburg: Der ärztliche Verein zu Lübeck, Wiesbaden 1909, S. 108
- 5 Vgl. Theodor Plaut: Der Gewerkschaftskampf der deutschen Ärzte, Karlsruhe 1913, S. 191
- 6 Vgl. Lübeckisches Adreßbuch für 1918, Lübeck 1918, Digitalisat der Stadtbibliothek Lübeck
- 7 Vgl. Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte, 1929, S. 218
- 8 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1936, S. 194
- 9 Vgl. Kreisarchiv Kreis Herzogtum Lauenburg Schreiben der Landes-Ärztelkammer vom 17. März 1948
- 10 Vgl. Sitzungsprotokoll der Sitzung des Vorstandes der KVSH vom 8. Dezember 1970, Archiv der KVSH
- 11 Vgl. Lübecker Nachrichten 4. Oktober 2013, LN-Online www.ln-online.de/Lokales/Luebeck/Neue-Bereitschaftspraxis-Sprechstunde-ist-am-Feiertag-und-am-Wochenende
- 12 Vgl. Nordlicht 6/1999, S. 22
- 13 Vgl. Nordlicht 5/2006, S. 33

Patenschaft KVMV

Der Tag, an dem die Trabis kamen

Über 3.000 Vertragsärzte und Psychotherapeuten vertritt die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) heute, rund 200 Beschäftigte kümmern sich in der Zentrale in Schwerin um die Belange der Ärzteschaft von Abrechnung bis Zulassung.

Vielen der heutigen Mitglieder dürfte allerdings kaum bekannt sein, dass „der eigentliche Geburtsort der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in Schleswig-Holstein lag“.¹ Der Termin dieses Geburtstags war der 31. März 1990, der Tag, an dem sich mehrere Hundert Ärzte aus dem Nordosten der DDR, aus Schwerin, Rostock, Greifswald und Ludwigslust mit ihren Trabis und Wartburgs auf den Weg nach Bad Segeberg machten.

Im Frühling 1990 herrschte „Einigungseuphorie“²: Nach dem Mauerfall 1989 wünschten sich die meisten Menschen in beiden Teilen Deutschlands ein rasches Zusammenwachsen der beiden Staaten. Dennoch standen zahlreiche Hürden auf dem Weg zu einem gemeinsamen

Staat. Eines der komplexesten Probleme stellte die medizinische Versorgung im neuen gesamtdeutschen Staat dar.

In der DDR gab es ein staatlich gelenktes Gesundheitswesen mit öffentlichen Polikliniken. Hinzu kam als zweite Säule die betriebliche Versorgung mit eigenen Polikliniken. Die Idee dieser integrierten ambulanten Versorgung mit mehreren Praxen und Laboren unter einem Dach – die sich heute in modernisierter Form in den MVZ wiederfindet – geht auf den Sozialmediziner Rudolf Virchow zurück, der bereits im 19. Jahrhundert in Berlin solche Zentren schuf.³

In den Monaten vor der Vereinigung gab es Debatten, ob Teile des Systems in den gemeinsamen Staat übernommen werden sollten. So setzten sich die Betriebskrankenkassen für den Erhalt der eigenen betrieblichen Versorgung ein.⁴

Doch mit dem Krankenkassen-Vertragsgesetz vom 13. September 1990 legte die DDR-Volkskammer die rechtliche Grundlage für „eine schrittweise Heranführung der medizinischen Versorgungsstrukturen der DDR an das Gesundheitssystem der Bundesrepublik“.⁵ Auch wichtige Stimmen auf westdeutscher Seite, darunter die Vertreter der Selbstverwaltung und der Bundesregierung, plädierten dafür, die in der Bundesrepublik erprobten Strukturen auf den gesamtdeutschen Staat auszudehnen.

Patenschaft hilft bei Systemumstellung

Neu war für die Ärzteschaft der DDR der Gedanke einer Selbstverwaltung; KVen oder entsprechende Strukturen hatte es im sozialistischen Staat nicht gegeben. So gründeten sich, noch bevor es zur Vereinigung der beiden Staaten kam, „im Frühjahr 1990 in Ostdeutschland auf privatrechtlicher Basis „Kassenärztliche Vereinigungen“ als Interessenverbände niederlassungsinteressierter ambulant tätiger Ärzte“.⁶ Mehrere KVen der westlichen Länder erhielten vom Bundesgesundheitsministerium

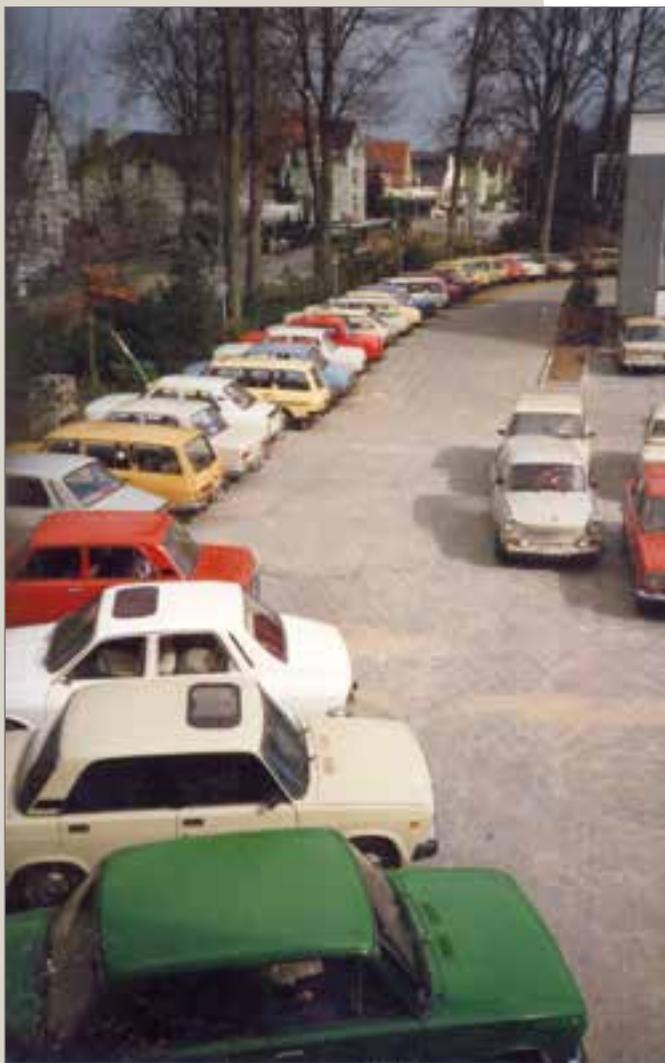


ABBILDUNG 1 TRABIS AUF DEM PARKPLATZ DER KVSH, 1990

den Auftrag, eine „Patenrolle“ für die neu gegründeten Vereine zu spielen. Dabei übernahm Schleswig-Holstein den Bereich des heutigen Mecklenburg-Vorpommerns.⁷ Das Gebiet war damals noch kein Bundesland, sondern umfasste die DDR-Bezirke Schwerin, Rostock und Neubrandenburg.

Diesseits und jenseits der Grenze gab es viel Neugier aufeinander. Vertreter der KVSH reisten am 27. Januar 1990 zu einem ersten Arbeitsbesuch nach Schwerin, dann folgte ein Gegenbesuch in Bad Segeberg. Dr. Klaus Bittmann, heute Ehrenvorsitzender der KVSH, erinnert sich: „Im Februar 1990 besuchten uns die Herren Thierfelder und Schwertz – was ist eine Kassenärztliche Vereinigung? Anschließend begleiteten mich die beiden Kollegen nach Plön zur Besichtigung meiner gynäkologischen Praxis und um mein zweites Ultraschallgerät auf die Reise nach Schwerin mitzunehmen.“ Denn die KVSH hatte ihre Mitglieder darum gebeten, Praxiszubehör und medizinische Geräte zu spenden. Mit Erfolg: „Der Keller der KVSH füllte sich, sogar eine komplette Röntgenanlage konnte nach Mecklenburg-Vorpommern geliefert werden.“⁸

Doch auf Seiten der DDR-Ärzeschaft herrschte auch große Unsicherheit: Viele Mediziner sahen das Poliklinik-System kritisch, die Ausstattung sei „defizitär“.⁹ Vor allem die Jüngeren drängten daher in die eigene Praxis¹⁰ – nur hatten die wenigsten Erfahrung mit der Selbst-

ständigkeit. Um die brennenden Fragen zu beantworten, lud die KVSH für Ende März 1990 zu einer Veranstaltung nach Bad Segeberg ein.

„Wir rechneten mit einer Besucherzahl, für die der Sitzungssaal im Hauptgebäude angemessen schien. Aber die Bismarckallee war erfüllt von 2-Takt-Nebel, Trabis und Wartburgs ohne Ende“, erinnert sich Klaus Bittmann. Statt etwa 60 Personen trafen schließlich rund 600 Gäste aus Mecklenburg-Vorpommern ein. Es folgten ein „spontaner Umzug ins Hotel „Intermar“ und eine beeindruckende und bewegende Veranstaltung“.¹¹ Aus dem geplanten informativen Treffen entwickelte sich eine improvisierte Urabstimmung, bei der Dr. Dietrich Thierfelder zum vorläufigen Vorsitzenden der neuen KVMV gewählt wurde.¹² Der Gynäkologe gehörte gemeinsam mit seiner Frau zu den wenigen Ärzten der DDR, die eine eigene Praxis führten.¹³ Nach der offiziellen Gründung der KVMV am 29. Juli 1991 wurde er im Amt bestätigt. Für die Satzung der KVMV diente das Regelwerk der Schleswig-Holsteiner als Blaupause.



ABBILDUNG 2 TREFFEN DER VORSTÄNDE DER KVSH UND DER KVMV, 1990

Jetzt geht die Arbeit richtig los

Doch nach diesem Auftakt „ging die Arbeit erst richtig los“, so Bittmann. Alle Abteilungen der KVSH trugen ihren Teil zum Aufbau der Schwester-Organisation in Schwerin bei, Haupt- wie Ehrenamtler reisten regelmäßig ins Nachbarland. Unter anderem musste ein Gebäude als Verwaltungssitz der KVMV gefunden werden, die zu diesem Zeitpunkt noch als Verein organisiert war. Schließlich gelang es, im „Schnellbauverfahren“ einen Bau im Schweriner Stadtzentrum hochzuziehen, dafür stellte die KVSH Finanzmittel zur Verfügung. Im Oktober 1990 wurde die KVMV dann in eine Körperschaft öffentlichen Rechts umgewandelt.¹⁴

Inhaltlich ging es vor allem um Hilfe bei allen Fragen rund um die Zulassung und die Gründung eigener Praxen. Denn die Ärzteschaft drängte in die Selbstständigkeit. Bereits im Herbst 1990 wollten nur noch sieben Prozent, vor allem über 54-Jährige, in den vertrauten Polikliniken bleiben. Knapp 40 Prozent der DDR-Mediziner zählte sich zu den „entschlossenen Niederlassungswilligen“.¹⁵

Um ihnen einen guten beruflichen Start zu ermöglichen, bewilligte die Vertreterversammlung der KVSH bereits im April 1990 die Summe von fünf Millionen DM, die als Kredite an Ärzte im Nachbarland vergeben werden sollten. Dabei wurde das Geld zu einem Zins von fünf Prozent verliehen, deutlich weniger als der damals marktübliche Satz von neun Prozent.¹⁶ Obwohl die KVSH damit ihre eigene Kassenlage schwächte, fiel die Entscheidung der Vertreterversammlung einstimmig aus, der Wille zu helfen war groß.¹⁷

Sehr schnell stand die noch junge Körperschaft auf eigenen Beinen. Bereits im Dezember 1991 richtete sie in Schwerin die 8. Sitzung der Vertreterversammlung der KBV aus. Am 1. Februar 1992 beschloss die KVMV, ein eigenes EDV-Abrechnungssystem einzuführen, das 1993 erfolgreich installiert wurde. Damit endeten auch die täglichen Fahrten der Mecklenburger EDV-Mitarbeiter nach Bad Segeberg, wo in den ersten Jahren die Abrechnung programmiert wurde.¹⁸

Heute ist für die KVSH die Schwesterorganisation im östlichen Nachbarland eine wichtige Partnerin, etwa in der „Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung der Nord-KVen“, die gemeinsam die beiden Flächenländer mit der KV Hamburg im Jahr 2008 gegründet haben.¹⁹ Jede Landes-KV übernimmt dabei bestimmte Fachgebiete und gründet Kompetenzzentren, die die stichprobenartige Prüfung von Dokumentationen für alle drei Länder übernehmen. Zudem kooperieren die drei Nord-KVen bei der Fortbildung.

Endnoten

- 1 Vgl. Aufbauhilfe aus Schleswig-Holstein, Nordlicht, 5/2015, S. 14–15
- 2 Vgl. www.bpb.de/geschichte/deutsche-einheit/zahlen-und-fakten-zur-deutschen-einheit/211265/die-stimmung-zur-deutschen-einheit
- 3 Vgl. AOK-Bundesverband, Lexikon, „Poliklinik“, www.aok-bv.de/lexikon/p/index_00164.html
- 4 Wasem, Jürgen: „Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland“. Campus Verlag, 1997, S. 143
- 5 Vgl. Hess, Rainer: Poliklinische Einrichtungen der DDR – Zerschlagung von Außen oder Auflösung von Innen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 103, Issue 9, 577–579
- 6 Ebd, S. 144
- 7 Telefonat mit Erich Neugebauer, ehemals Leiter des Bereichs Finanzen der KVSH, am 17. Februar 2021
- 8 Vgl. Bittmann, Klaus: „Engagement auf beiden Seiten“. Nordlicht 5/2015, S. 16
- 9 Vgl. Wasem, S. 143
- 10 Vgl. Hess, S. 577ff
- 11 Vgl. Bittmann, S. 16
- 12 Telefonat mit Dr. Dietrich Thierfelder, 5. Januar 2021
- 13 Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern Nr. 335, August 2020, S. 7
- 14 Vgl. Bittmann, S. 16
- 15 Vgl. Wasem, S. 182
- 16 Vgl. Nordlicht 5/2015, S. 14
- 17 Telefonat mit Erich Neugebauer
- 18 Vgl. Journal der KVMV, Nr. 211, April 2010, „20 Jahre KVMV“, S. 2, www.KVMV.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_KVMV/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2010/Journal_April_2010.pdf
- 19 Vgl. „Drei Länder, eine QS-Kommission“, Pressemitteilung der KVen Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, 5. März 2008

Praxisnetze

Regionale Versorgung aus dem Experimentierlabor

Regional, gemeinsam, nah am Patienten – Praxisnetze sind aus der medizinischen Versorgungslandschaft nicht mehr wegzudenken. Fast überall in Schleswig-Holstein sind solche Verbünde entstanden, kleinere wie das Ärztenetz Plön mit 59 Beteiligten oder große wie das Praxisnetz Kiel, dem rund 250 Ärztinnen und Ärzte angehören, und das Lübecker Ärztenetz, dem über 150 Personen angeschlossen sind. Ob klein oder groß, alle regionalen Verbünde bieten ihren Mitgliedern Fortbildungen und Austausch. Das Ziel ist, die Versorgung stärker auf die Patienten zu zentrieren, die kooperative Zusammenarbeit zu stärken und die praxisinternen Prozesse zu verbessern.

Seit 2013 fördert die KVSH die Kooperationen, wenn sie bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dazu zählen die Größe mit mindestens 20 Praxen aus mindestens drei Fachgruppen und die Struktur mit Geschäftsstelle und ärztlicher Leitung. Insgesamt förderte die KVSH allein im Jahr 2019 die anerkannten Praxisnetze mit rund 1,5 Millionen Euro. Eine halbe Million entstammt der satzungsmäßigen Förderung, eine weitere Million Euro fließen über die Honorarverteilung direkt an die Praxen dieser Netze.



ABBILDUNG 1 DER VORSTAND DER MQR, 2021 (VON LI.): VORSTAND FACHÄRZTE WINFRIED BUSS, STELLVERTRETENDER VORSTAND ALLGEMEINÄRZTE DR. HELMUT SCHOLZ, AUFSICHTSRATSVORSITZENDER MICHAEL STURM, VORSTAND ALLGEMEINÄRZTE DR. HENDRIK SCHÖNBOHM, STELLVERTRETENDER VORSTAND FACHÄRZTE SVEN TETZLAFF

Überzeugungsarbeit über den Wolken

Das heutige Erfolgsmodell begann mit einem Gespräch über den Wolken. Praxismanagerin Gabriele Prahll hatte sich in den 1990er Jahren in Hamburg mit einer Beratungsfirma für den Gesundheitsbereich selbstständig gemacht, mit dem Ziel, „Ärzten das Leben und die Arbeit zu erleichtern, damit sie mehr Zeit für sich und für ihre Patienten haben“.¹

Per Zufall erkannte Prahll Dr. Eckhard Weisner, den damaligen Vorsitzenden der KVSH, auf einem Flughafen, tauschte ihre Bordkarte, damit sie im Flieger neben ihm sitzen konnte, und erzählte ihm von ihrer Idee der Praxen-Kooperationen. Als die Maschine in Hamburg ausrollte, war der heutige KVSH-Ehrevorsitzende so gut wie überzeugt, und er benannte auch den Ort, an dem das erste Netz entstehen sollte: Rendsburg.

In der Kreisstadt am Nord-Ostsee-Kanal existierte bereits ein Stammtisch für die niedergelassenen Ärzte der Region. „Je mehr man voneinander weiß, desto leichter ist es, miteinander zu arbeiten“, sagt Dr. Helmut Scholz, einer der Gründer des Stammtisches und heute Vorstandsmitglied der Medizinischen Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (MQR).²

Es ging den Beteiligten aber auch darum, ihre Interessen zu vertreten, daran erinnerte der ehemalige KVSH-Vorsitzende und heutige Ehrenvorsitzende Dr. Klaus Bittmann in einer Rede zum 20. Jubiläum der MQR: „Es rumorte in der Ärzteschaft.“³

Denn die 1990er Jahre waren geprägt durch inhaltlichen Stillstand und die Sparzwänge des Kollektivvertragssystems. Auch für die KVen war das eine schwierige Zeit, in der die Akteure nach neuen Impulsen für eine bessere Versorgung suchten.

Einen solchen Impuls brachten die Netze, wie sich in Rendsburg zeigte. 1995 fanden erste Gespräche statt, an mehreren „Denkwochenenden“ wurden Pläne erarbeitet. „Wir haben Neuland betreten“, sagt Scholz. Wie neu das Konzept war, wurde den Beteiligten erst klar, als sich die Politik, bis hin zum Bundesgesundheitsministerium, einschaltete: „Die Juristen bekamen leuchtende Augen, für uns Ärzte war es ganz schön heftig, wir haben die Extra-Arbeit in unserer Freizeit gemacht“, so Scholz. Am 1. Oktober 1996 gründeten 117 Ärztinnen und Ärzte aus 86 Praxen die MQR.

Die Mitglieder besuchten sich gegenseitig in ihren Praxen und entwickelten eigene Verfahren, etwa den Begleitbrief, den der Patient von der Haus- zur Facharztpraxis und zurück mitnahm. „Vieles, was heute bundesweit verbreitet ist, haben wir ausprobiert“, sagt Michael Sturm, heute Aufsichtsrat der MQR.⁴ Für diese Pionierleistungen erhielten die Rendsburger 1998 den „Deutschen Innovationspreis im Gesundheitswesen“.

Vom Modellversuch zur gelebten Vernetzung

Die KVSH begleitete den Modellversuch. Er sollte zunächst zwei Jahre laufen, parallel fand eine wissenschaftliche Evaluation statt. Beteiligt war auch der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK). Die Krankenkassen hatten vor allem ein finanzielles Interesse, wollten „verminderte Krankenhauseinweisungen sowie die Vermeidung teurer Doppeluntersuchungen“, hieß es im Deutschen Ärzteblatt vom 22. November 1996.

Prahl hält diese Sichtweise für falsch: „Es geht nicht darum, zugunsten der Kassen zu sparen, sondern darum, mit neuen Abläufen die Lebensqualität der Ärzte und damit die Versorgung der Patienten zu verbessern.“ Dadurch würden auch die Kosten sinken.

Nach dem Start in Rendsburg gab es zahlreiche Nachahmer, bundesweit und in Schleswig-Holstein. „Wir haben Rendsburg als Vorbild genommen“, sagt Dr. Matthias Seusing. Der Allgemeinmediziner zählt zu den Gründern des Praxisnetzes Kiel.

In der Landeshauptstadt beteiligte sich die AOK, die eine finanzielle Starthilfe von 2,5 Millionen DM leistete. Dafür erhoffte sich die Kasse auch hier Einsparungen, an denen sie die Ärzte beteiligte. Aber es gab ein Problem: Einige Leistungen, etwa eine unbürokratische Form der Kurzzeitpflege, kamen nur den AOK-Versicherten zugute.

Die 90er Jahre waren die Hoch-Zeit der Einzelverträge. Krankenkassen standen im Wettbewerb und suchten individuelle Vorteile. Die Netzärzte konnten und wollten jedoch ihre Patienten nicht unterschiedlich versorgen. In zahlreichen Verhandlungen gelang es der KVSH, weitere Krankenkassen einzubeziehen.



ABBILDUNG 2 **ÄRZTINNEN UND ÄRZTE AUS DEM ÄRZTENETZ EUTIN-MALENTE (ÄNEM), 2014**

Allmählich entwickelten sich die Richtlinien und Grundzüge der Netze, aber auch viele regionale Initiativen und Projekte: „Das ist das Schöne und Bunte daran“, sagt Matthias Seusing, der auch zu den Gründern des Dachverbandes der ärztlichen Verbände in Schleswig-Holstein zählt. Wobei nicht nur die Ärzte ihre Kompetenzen bündeln: Im Praxisnetz Kiel bilden auch die Fachangestellten der verschiedenen Praxen eine eigene Gruppe und entwickeln Ideen.

Im Lauf der Zeit haben sich die Netze zu einem Experimentierlabor entwickelt, in denen neue Versorgungsmodelle und Behandlungen ausprobiert werden. Aktuelle Projekte sind das „Wundnetz“ des Ärztenetzes Eutin-Malente mit den regionalen Pflegediensten und Kliniken für eine bessere Wundversorgung und das „Pillen-Selfie“ der Rendsburger MQR, die Patienten auffordert, für einen besseren Überblick über ihre Medikamente vor dem Arztbesuch alle Pillenschachteln zu fotografieren.

Aber nicht nur gesundheitspolitische Impulse stammen aus den Netzen, sondern auch personelle Verstärkung für die Selbstverwaltung der Ärzteschaft. So stieß Dr. Ingeborg Kreuz im Jahr 1998 in ihrer damaligen Funktion als KVSH-Kreisstellenvorsitzende die regionale Netzwerkarbeit in Flensburg an, 2008 wurde sie Vorstandsvorsitzende der KVSH. Auch Dr. Monika Schliffke, die seit 2012 an der Spitze des Vorstandes steht, startete ihr Engagement auf der regionalen Ebene. Sie gründete 2004 – ebenfalls als damalige Kreisstellenvorsitzende – mit anderen Kollegen das Praxisnetz Herzogtum Lauenburg.

Endnoten

- 1 Telefonat mit Gabriele Prah, 5. Januar 2021.
- 2 Telefonat mit Dr. Helmut Scholz, 4. Januar 2021
- 3 Bittmann, Klaus: „20 Jahre Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg“, in „20 Jahre MQR“, MQR eG Geschäftsstelle (Hrsg), Rendsburg 2016
- 4 Telefonat mit Michael Sturm, 29. Dezember 2020

Ärztinnen in der ambulanten Versorgung

Ein steiniger Weg

In Schleswig-Holstein wird die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung jeweils zur Hälfte von Frauen und Männern getragen. Dabei ist es gerade einmal etwas über ein Jahrhundert her, dass die ersten Ärztinnen in eigener Praxis arbeiteten. Es wurde ihnen schwer gemacht.

In Preußen konnten sich Frauen erst 1906 regulär an einer Universität immatrikulieren, seit 1896 durften sie lediglich als Gasthörerinnen an Vorlesungen teilnehmen. Doch selbst diese zaghafte Öffnung hatte die Christian-Albrecht-Universität zu Kiel strikt abgelehnt. Die Mediziner betonten „die geistige und körperliche Minderungsfähigkeit von Frauen, warnten vor einem Niveauverlust der Lehre, der durch die Anwesenheit von Frauen in den Auditorien drohe.“ Ärztinnen waren zudem als Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt für Mediziner angesehen, was auch in den folgenden Jahrzehnten immer wieder hervorgebracht werden sollte.¹ Die Zulassung zum deutschen Staatsexamen, Voraussetzung für eine deutsche Approbation, wurde Ärztinnen erst 1899 ermöglicht. Es waren

viele Gründe, warum viele Frauen in der Schweiz studierten und promovierten. „Kommt ein Mann zur Ärztin“ war im deutschen Kaiserreich deshalb nicht der Anfang eines Scherzes, sondern bereits der ganze Witz. Frauen, die Medizin studierten und als Ärztinnen Operationen vornahmen? Schier undenkbar. So verspottete die Satirezeitschrift „Simplicissimus“ 1901 das Frauenstudium mit einer Karikatur, in der eine angehende Ärztin bei ihrer Abschlussprüfung nur zu sagen weiß, welche Wäsche die vor ihr stehende Patientin trägt, sonst aber zu keiner Diagnose fähig ist.

Mit viel Mut im Hörsaal

Unter diesen Umständen kostete es die jungen Frauen Mut, den Weg zum Medizinberuf einzuschlagen. Hermine Heusler-Edenhuizen schilderte das Verhalten der männlichen Kommilitonen während ihres Erstsemesters 1898 im Berliner Hörsaal: „Wir mischten uns [...] nur mit Grausen unter sie, die bei unserem Eintritt in den Vor-

lesungsraum als Äusserung ihrer Mißbilligung regelmäßig mit den Füßen scharren und dazu pfeifen.“ Sie, die später die erste Gynäkologin Deutschlands werden sollte, wäre an diesen Zuständen beinahe verzweifelt. Nur durch Zusprache der Frauenrechtlerin Helene Lange setzte sie ihr Studium in Zürich fort.²



ABBILDUNG 1 DR. HERMINE HEUSLER-EDENHUIZEN, CA. 1930

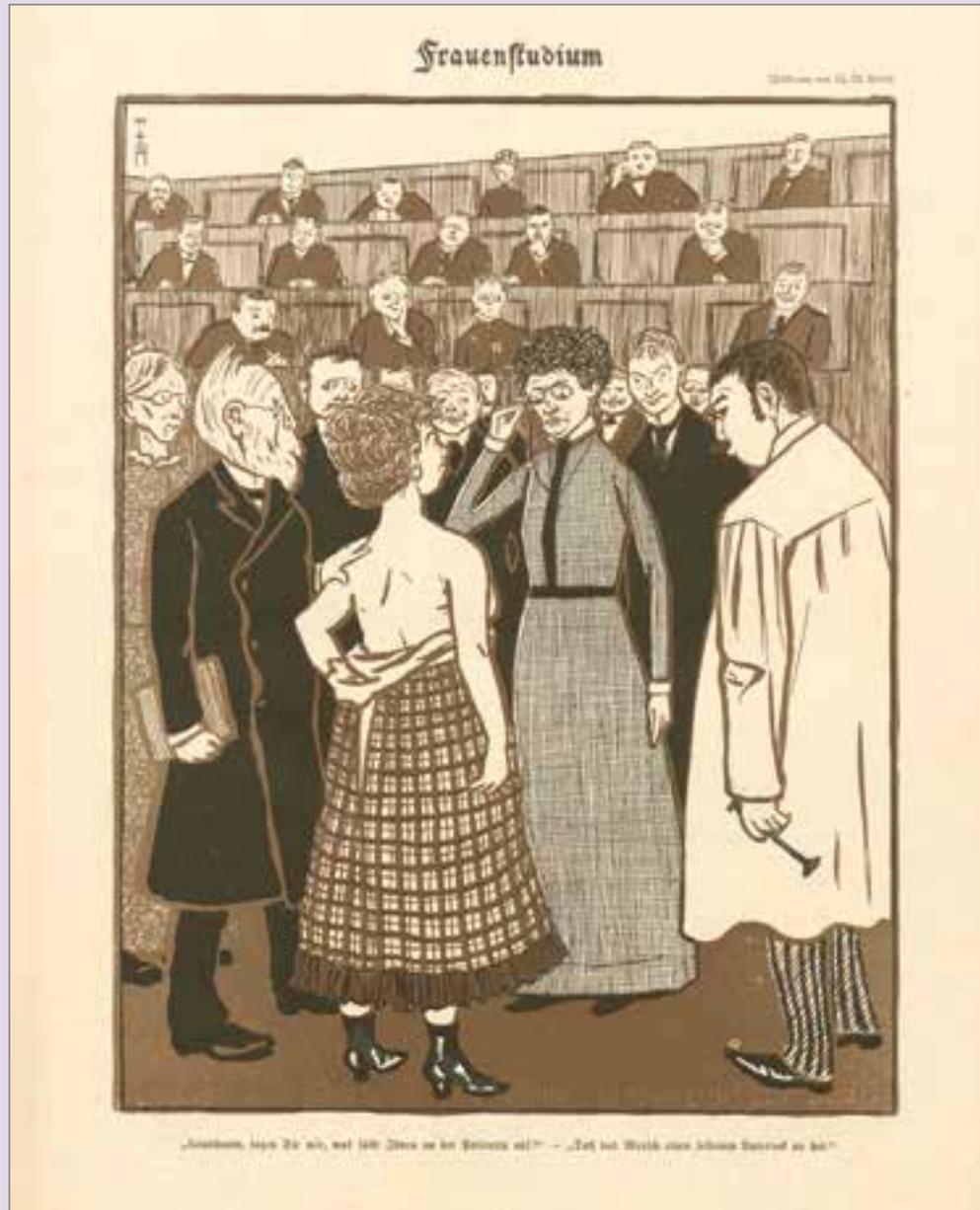


ABBILDUNG 2 „KANDIDATIN, SAGEN SIE MIR, WAS FÄLLT IHNEN AN DER PATIENTIN AUF?“ – „DASS DAS MENSCH EINEN SEIDENDEN UNTERROCK AN HAT.“ SIMPLICISSIMUS, 1901

Ebenfalls in der Schweiz studiert und promoviert hatte Josephine Marx. In Zürich heiratete sie den deutschen Arzt und Privatdozenten Dr. Rudolf Höber.³ Das Ehepaar Höber zog mit seinen beiden Kindern 1909 nach Kiel, weil Rudolf Höber an das Institut für Physiologie der dortigen Christian-Albrechts-Universität wechselte.⁴ Im Kieler Adressbuch finden wir „Höber, Frau Dr. med., Karlstraße 20“,⁵ im Reichs-Medizinal-Kalender in der Ausgabe 1913.⁶

Als Rudolf Höber 1915 zum Direktor des Instituts bestellt wurde, bedeutete das für Dr. Josephine Höber die Aufgabe ihrer Praxistätigkeit. Ehefrauen höherer Beamter war eine Berufstätigkeit nicht erlaubt. Aktiv blieb sie dennoch: im Ersten Weltkrieg für das Rote Kreuz, danach als Dozentin an der Volkshochschule, Wohlfahrtsschule und Frauengewerbeschule. Nach dem Krieg wurde sie Stadtverordnete der Deutschen Demokratischen Partei und wirkte in zahlreichen Ausschüssen mit. Ab 1925 betreute Josephine Höber die neue Eheberatungsstelle der Stadt Kiel.⁷ 1933 emigrierte die Familie Höber über London in die Vereinigten Staaten, um der Verfolgung in Deutschland zu entgehen. Denn Rudolf Höber, evangelischen Glaubens, war aufgrund seiner jüdischen Vorfahren massiven Einschüchterungen ausgesetzt und wurde im September 1933 wegen seiner "nicht-arischen" Abstammung von den neuen Machthabern zwangsweise in den Ruhestand versetzt.⁸



ABBILDUNG 3 DR. JOSEPHINE HÖBER ENDE DER 1920ER-JAHRE



ABBILDUNG 4 **DR. FELICITAS ROSE FELTEN-STOLTZENBERG AUS ST. PETER AUF EIDERSTEDT**

Der Plan, ein Sanatorium an der See zu gründen, brachte die nahe Wien geborene Dr. Felicitas Rose Felten-Stoltzenberg⁹ mit ihrem Mann Dr. Richard Felten-Stoltzenberg in den Norden. Das Paar ließ sich 1913 zunächst auf Föhr nieder, fand dann aber das geeignete Umfeld in St. Peter auf Eiderstedt. Dort gründete das Ärzteehepaar das Kur- und Erholungsheim „Goldener Schlüssel“ und übernahm auch die medizinische Versorgung vor Ort. Für die Bevölkerung St. Peters war das eine enorme Verbesserung: „Dat ganze Döör oatmet op. Endli wär in Sankt Peter een Dokter. Wat kunn dor allns paseern, bet een Knokenbreeker ut Garn [Garding] keem mit Peerd un Woag.“, heißt es in einer zeitgenössischen Schilderung.¹⁰



ABBILDUNG 6 **DR. ANNA CLAUSEN**

Dr. Marie Hollensen ließ sich 1913 als erste Ärztin in Flensburg nieder. Sie stammte aus dem dänischen Mølmark bei Broacker, brauchte aber ein Medizinstudium im Deutschen Reich, um in Dänemark als Ärztin tätig zu sein. Sie studierte und promovierte in Heidelberg, wo sie den Arzt Dr. Hans Storm, ihren späteren Mann, kennenlernte. Er diente als Lazarettarzt im Ersten Weltkrieg.¹¹ Während der Volksabstimmung im deutsch-dänischen Grenzgebiet 1920 wurde dem Arztpaar antideutsche Gesinnung vorgeworfen,¹² weshalb sich beide als Allgemeinärzte im wieder dänischen Gravenstein niederließen. Wenn Kronprinzessin Ingrid und Kronprinz Frederik in der Sommerresidenz des dänischen Königshauses residierten, war Marie Storm-Hollensen ihre Leibärztin.¹³

Im nordschleswigschen Sonderburg hatte Dr. Anna Clausen seit 1914 ihre Praxis. Ihre Promotion hatte sie 1912 in Kiel erlangt.¹⁴



ABBILDUNG 5 **MARIE HOLLENSSEN WÄHREND IHRES STUDIUMS IN HEIDELBERG**

Obwohl die Frauen in den Beruf vordrangen, wichen Vorurteile nur langsam. Zwar war es medizinisch und ethisch sinnvoll, dass Ärztinnen für Patientinnen benötigt wurden, aber viele Männer hielten es für unvorstellbar, sich von einer Frau behandeln zu lassen.¹⁵ Deshalb waren die niedergelassenen Medizinerinnen auf eine ausreichende Patientenzahl angewiesen, die sie zunächst vor allem in den großen Städten erzielen konnten.¹⁶ So eröffnete 1912 Dr. Gertrude Marquardt, geboren in Mummendorf auf Fehmarn, nach ihrem Studium in Göttingen und Berlin eine Praxis in Altona. Das Adressbuch von 1920¹⁷ führt sie in der Rubrik „für Frauen und Kinder“.¹⁸

Medizin wird weiblich, aber nur langsam

Im Jahr 1924 wurde der Deutsche Ärztinnenbund gegründet. Im selben Jahr verkündete der „Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte“, dass unter seinen 891 Mitgliedern acht Frauen seien, drei davon unverheiratet.¹⁹ Die Nennung des Familienstands war nicht allein der damaligen Umgangsform geschuldet, entschied er doch über die Chance einer Kassenzulassung. Diese war in Zeiten eines ärztlichen Überangebots und der schlechten wirtschaftlichen Lage in den 1920ern für Ärzte finanziell immer wichtiger geworden. Eine Kassenzulassung ging oftmals zuerst an einen verheirateten Arzt. Dann folgte die ledige Kollegin. Ein lediger Arzt konnte durch Heirat seine Aussicht auf eine Kassenzulassung verbessern und damit vor eine unverheiratete Ärztin rücken. Zwar untersagte der Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen, eine Kassenzulassung allein mit dem Familienstand zu begründen. Die Benachteiligung lebte jedoch weiter und erschwerte verheirateten Ärztinnen die Kassenzulassung.²⁰ Ob dies auch für Schleswig-Holstein zutraf, kann nicht mit Bestimmtheit bejaht, aber auch nicht entkräftet werden.

Im Reichs-Medizinal-Kalender 1926/27 waren in der Provinz Schleswig-Holstein, in der Freien und Hansestadt Lübeck und im Freistaat Oldenburg, Landesteil Lübeck, 27 niedergelassene Ärztinnen geführt, elf von ihnen mit der Anrede „Fräulein“

Mehr als die Hälfte waren weiterhin in den großen Städten niedergelassen, unter ihnen Dr. Emma Hadlich in Altona. Als Frauenrechtlerin und Antisemitin – „die Knechtung der Frauen sei eine jüdische Erfindung“²¹ – war sie am 1. März 1925 Gründungsmitglied des NSDAP-Gaus Schleswig-Holstein in Neumünster, verließ aber wohl noch im selben Jahr wieder die Partei.²²

Nicht nur die Kassenzulassung, auch der Zugang zur wichtigen klinischen Erfahrung war für Ärztinnen eine Hürde. Nur ein äußerst geringer Teil der Assistenzstellen an deutschen Kliniken war von Ärztinnen besetzt, wie die Kielerin Josephine Höber 1926 in ihrem Referat auf der Mitgliederversammlung des Deutschen Ärztinnenbundes bemängelte.²³

In den Großstädten waren neben den Praktikerinnen auch Spezialärztinnen niedergelassen, in Lübeck die Kinderärztin Dr. Gertrud Degner und in Kiel die Gynäkologinnen Dr. Käthe Ruge und Dr. Berta Schnock. Gertrud Degner wurde 1930 bei einigen ihrer kleinen Patienten mit dem Lübecker Impfunglück konfrontiert, bei dem 72 Kinder an einem verunreinigten und nicht getesteten Tuberkuloseimpfstoff starben. Die verantwortlichen Ärzte Prof. Georg Deycke, Direktor des Allgemeinen Krankenhauses, und Obermedizinalrat Dr. Ernst Altstaedt, Stadtphysikus, wurden zu Gefängnisstrafen verurteilt. Die erste Ehefrau Altstaedts, Dr. Susanne Altstaedt, praktizierende Ärztin in Lübeck,²⁴ war wenige Jahre zuvor an der Tuberkulose gestorben.²⁵

Ärztinnen waren stark in die Diskussion der Abtreibung einbezogen. Im Deutschen Ärztinnenbund wurde heftig für und gegen die Abtreibung gestritten. Vor dem Hintergrund geschätzter 300.000 bis 500.000 Abbrüche jährlich, 50 bis 80 Prozent künstlich herbeigeführt, davon ein Viertel mit Komplikationen und einer Letalitätsrate von acht Prozent,²⁶ war im Deutschen Reich auch von der „Abtreibungsseuche“ die Rede.



ABBILDUNG 7 „BEIM ARZT“ VON KÄTHE KOLLWITZ, 1902

Die medizinische Indikation wurde erst 1927 gesetzlich eingeführt, die soziale Indikation war weiterhin unmöglich. Ärztinnen und Ärzte sahen sich deshalb der Gefahr ausgesetzt, der gewerbsmäßigen Abtreibung bezichtigt zu werden, wenn sie Faktoren wie die Kinderzahl, den Familienstand, das soziale Umfeld und genetische Dispositionen ihrer Patientinnen in die Indikationsstellung einbezogen. Josephine Höber schilderte 1926 ihre Erfahrungen aus der städtischen Eheberatungstelle Kiel und beschrieb eindringlich Leid, Verzweiflung und Elend von hilfeschuchenden Frauen.²⁷ In ihrem Aufsatz „Zweck, Erfahrungen und Ziele der Eheberatung“ zählte sie zur Behebung der Missstände zukünftige rassenhygienische oder eugenische Forderungen auf, unter anderem das „Anlegen von Familienchroniken“, die „Sterilisierung geistig Minderwertiger und deren Isolierung“ sowie die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“.²⁸ Unbekannt ist, ob sie diese damals gängigen Forderungen der bürgerlichen Frauenbewegung später verwarf, als sie und ihr jüdischstämmiger Mann selbst vor dem NS-Terror fliehen mussten.

Ärztinnen droht Verlust ihres mühsam erkämpften Terrains

Mit der nationalsozialistischen Herrschaft drohte den Ärztinnen der Verlust ihres mühsam erkämpften Terrains. Reichsärztführer Dr. Wagner erklärte 1933, das Medizinstudium für Frauen „abzudrosseln“.²⁹ Zum einen passte die Berufstätigkeit nicht in das nationalsozialistische Frauenbild, zum anderen galt es, die Zahl der Doppelverdiener zu verringern. Die Niederlassung und die Kassenzulassung sollten jungen Ärzten vorbehalten bleiben, die in den Beruf strebten. Im darauffolgenden Jahr wurde es dann amtlich: „Verheiratete weibliche Ärzte“ wurden von der Kassenzulassung ausgeschlossen, wenn die Tätigkeit zur wirtschaftlichen Sicherstellung der Familie nicht erforderlich war.³⁰

Laut der Reichs-Medizinal-Kalender von 1933 und 1935 stieg die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen in Schleswig-Holstein in diesen Jahren dennoch leicht an. Waren es 1933 noch 54, stieg ihre Zahl zwei Jahre später auf 66 Ärztinnen.

Unter ihnen Dr. Elisabeth Oschatz-Dethleffsen. Sie kam aus einer Flensburger Kaufmannsfamilie, studierte in den 1910er-Jahren Medizin und ließ sich in den 1920er-Jahren in Flensburg nieder. In der Zeit des Nationalsozialismus half sie politisch Verfolgten und Juden.³¹

Die Altonaer Ärztin Dr. Jenny Brinitzer und ihr Mann, beide jüdischer Abstammung, konnten sich 1938 der Verfolgung entziehen. Sie fanden zunächst in Bombay und dann 1949 in den Vereinigten Staaten eine sichere Zuflucht. Sowohl in Indien als auch in ihrer neuen Heimat war Jenny Brinitzer als Ärztin tätig.³²

Berta Schnock wurde 1935 der gewerbsmäßigen Abtreibung mit Todesfolge angeklagt.³³ Aus ihrer gynäkologischen Praxis in Kiel hatte sie mehrere Frauen mit Infektionen nach Aborten in die Universitätsklinik eingewiesen. Der damalige Chefarzt Prof. Robert Schröder sagte als Zeuge im Prozess gegen Berta Schnock aus. Für die Verteidigung war Hermine Heusler-Edenhuizen, erste Frauenärztin im Deutschen Reich und Gründungsvorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes, als Gutachterin nach Kiel gereist. Sie widerlegte die Aussagen der Klinikärzte und wies Fall für Fall nach, dass die Komplikationen von „Kurfuschern“ verursacht waren. In einem mehrseitigen Brief an ihren Mann wertete sie den zweiwöchigen Schwurgerichtsprozess als „Gemeinheit“ und „Kesseltreiberei“.³⁴ Über das weitere berufliche Leben Berta Schnocks ist nichts bekannt.

Im nationalsozialistischen Deutschland wurden entgegen den Ankündigungen Medizinstudentinnen und Ärztinnen, soweit nicht „volkshygienisch“, religiös und politisch angetrieben, nicht weiter zurückgedrängt. Die militärische Aufrüstung, die flächendeckende Einrichtung von Gesundheitsämtern und die Vielzahl nationalsozialistischer Organisationen ließen den Bedarf an Medizinerinnen steigen, sodass auf Ärztinnen und Jungärztinnen letztendlich nicht verzichtet werden konnte. In den Kriegsjahren hätte die ambulante medizinische Versorgung ohne den Einsatz der zahlreichen „Hilfsärztinnen“ nicht aufrechterhalten werden können.³⁵

Auch im Wirtschaftswunder blieb das Ärztinnenwunder noch aus

Nach dem Krieg standen Ärztinnen und Medizinstudentinnen wieder vor den gleichen Hürden. Die junge Bundesrepublik sah sich mit einem Überangebot an Ärzten konfrontiert: Kriegsheimkehrer und Flüchtlingsärzte drängten in die ambulante Versorgung.

Auch im Wirtschaftswunder blieb das Ärztinnenwunder noch aus. Die 96 niedergelassenen Ärztinnen im Jahr 1960 bedeuteten einen Anteil von etwa 17 Prozent aller Ärzte.³⁶ Während bereits Ende der 1940er Frauen-, Augen- und Hautärztinnen niedergelassen waren, brachen die Ärztinnen zwischen 1966 und 1977 auch in die letzten Männerdomänen ein. Die erste niedergelassene Urologin in Schleswig-Holstein verzeichnet das Archiv der KVSH erst 1992.

Das gesellschaftliche Bild der Zeit prägte noch lange die Haus und Heim umsorgende Frau und der versorgende Mann. Doch es gab Ausnahmen: Die Ärztin Erika Keck, die mit ihrem Mann in Ahrensburg niedergelassen war, wurde 1947 erste Bürgermeisterin in der Bundesrepublik.³⁷ Von 1951 bis 1955 saß sie als Präsidentin dem Stormarner Kreistag vor.³⁸



ABBILDUNG 9 ERIKA KECK, ÄRZTIN UND BÜRGERMEISTERIN VON AHRENSBURG



1983

ABBILDUNG 10 **DR. INGEBORG RETZLAFF**, ERSTE ÄRZTEKAMMER-PRÄSIDENTIN IN DEUTSCHLAND



1993

ABBILDUNG 11 **DR. EDITH WANDEL-FREERKSEN** AUS LÜBECK. ERSTES WEIBLICHES MITGLIED DES EHRENAMTLICHEN KVSH-VORSTANDES



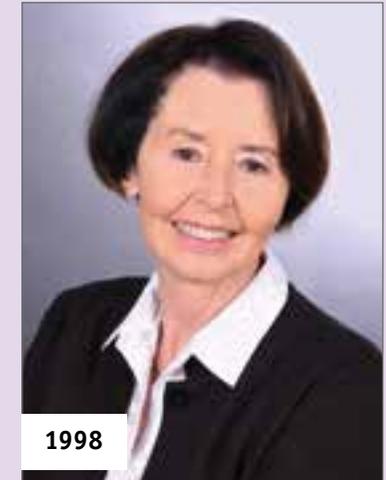
1997

ABBILDUNG 12 **ROSEMARIE MÜLLER-METTE**, NORDERSTEDT. AB 1997 MITGLIED DES EHRENAMTLICHEN KVSH-VORSTANDES



1997

ABBILDUNG 13 **DR. INGEBORG KREUZ**, AB 1997 KREISSTELLENVORSITZENDE IN FLENSBURG, SPÄTER VORSTANDSVORSITZENDE DER KVSH



1998

ABBILDUNG 14 **DR. MONIKA SCHLIFFKE**, AB 1998 KREISSTELLENVORSITZENDE IM HERZOGTUM LAUENBURG, SEIT 2012 VORSTANDSVORSITZENDE DER KVSH

Da war es folgerichtig, dass Dr. Ingeborg Retzlaff, die 1983 zur ersten Präsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein und damit zur ersten Präsidentin einer Ärztekammer in Deutschland überhaupt gewählt wurde, im Jahr ihrer Wahl einen Aufsatz zur Situation der Ärztinnen mit den Worten beendete: „Die Situation der Ärztin in unserer Gesellschaft scheint mir ein guter Indikator dafür zu sein, wie sich das Zusammenleben von Männern und Frauen in unserer Gesellschaft entwickelt; und solange wir noch um unsere Rolle, um unsere Gleichberechtigung, um unsere Anerkennung und um unser Selbstverständnis bemüht sein müssen, ist die Entwicklung steckengeblieben“.³⁹

Auch in der Selbstverwaltung ging es langsam voran: Im Jahr 1993 wurde Dr. Edith Wandelt-Freerksen, Lübeck, als Beisitzerin erstes weibliches Mitglied im damals ehrenamtlichen Vorstand der KVSH. Ihr folgte 1997 Rosemarie Müller-Mette aus Norderstedt. Als erste Frau wurde 1997 Dr. Ingeborg Kreuz in Flensburg zur

Kreisstellenvorsitzenden gewählt, mit Dr. Monika Schliffke 1998 im Herzogtum Lauenburg waren es bereits zwei. Beide wurden später auch Vorstandsvorsitzende der KVSH.

Erst ab 1990 steigt der Anteil der Ärztinnen stetig. 2020 beträgt er mit rund 2.800 Ärztinnen und Therapeutinnen knapp 48 Prozent. Während heute ein Drittel der Frauen in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren angestellt ist, beträgt dieser Anteil bei ihren männlichen Kollegen ein Viertel. Mittlerweile bilden in einigen Fachgebieten Frauen die Mehrheit: so in der Gesamtheit der psychotherapeutischen und psychosomatischen Gebiete mit 74 Prozent, in der Gynäkologie mit 72, in der Dermatologie mit 54 und in der Kinder- und Jugendmedizin mit 54 Prozent.⁴⁰ Aber damit ist sicherlich das Ende des Äskulapstabes noch lange nicht erreicht.

Endnoten

- 1 Gabriele Lingelbach, „Akkumulierte Innovationsträgheit der CAU: Die Situation von Studentinnen, Wissenschaftlerinnen und Dozentinnen in Vergangenheit und Gegenwart“, in: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel – 350 Jahre Wirken in Stadt, Land und Welt, hrsg. von Oliver Auge, Wachholtz Verlag, 2015, S. 538
- 2 Burchardt A. (1997) „Die Berliner Medizinstudentinnen“, in: Blaustrumpf – Modestudentin – Anarchistin? J. B. Metzler, Stuttgart, www.doi.org/10.1007/978-3-476-03691-9_4
- 3 Höber, Josephine/AEIK00128, Dokumentation „Ärztinnen im Kaiserreich“, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, www.geschichte.charite.de/aeik/, 29. April 2021
- 4 www.uni-kiel.de/ns-zeit/bios/hoeber-rudolf-dp.shtml
- 5 Adressbuch der Stadt Kiel und Vororte. – [Kiel] : [Universitätsbibliothek], [2016-2018] ; ZDB-ID: 2862204-2; 1912
- 6 „Josephine Höber“, Embryo Project Encyclopedia (1929). ISSN: 1940-5030, www.embryo.asu.edu/handle/10776/3117
- 7 Eva-Maria Karpf, Ausstellung: Josephine Höber, Ärztin und Dozentin, Warleberger Hof, 20. Oktober 2019
- 8 www.uni-kiel.de/ns-zeit/bios/hoeber-rudolf.shtml
- 9 Felten-Stoltzenberg, Felicitas Rose/AEIK00351, Dokumentation „Ärztinnen im Kaiserreich“, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, www.geschichte.charite.de/aeik/, 9. April 2021
- 10 Jöns, Erna: „Unse erste Dokter-Ehepoor“, in: "Chronik 100 Jahre DRK-Nordsee-Reha-Klinik Goldene Schlüssel", St. Peter-Ording, 2013
- 11 www.denstorekrig1914-1918.dk/soenderjyder-oversigt/soenderjyder-s/storm-hans-frederik-peter-1886-1945/
- 12 Værdig til en vej: Marie brugte sin arv på at blive læge", JydskeVestkysten, 21. August 2020, www.jv.dk/artikel/v%C3%A6rdig-til-en-vej-marie-brugte-sin-arvp%C3%A5-at-blive-l%C3%A6ge
- 13 www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27086449/
- 14 Clausen, Anna/AEIK00315, Dokumentation „Ärztinnen im Kaiserreich“, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin. www.geschichte.charite.de/aeik/, 29. April 2021
- 15 Renate Wittern-Sterzel „Frauenärztinnen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts“, Georg Thieme Verlag, Stuttgart , New York 2012, S. 47– 59,
- 16 Claudia Huerkamp „Bildungsbürgerinnen: Frauen im Studium und in akademischen Berufen, 1900–1945“, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1996, S. 247
- 17 Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg, www.agora.sub.uni-hamburg.de/subhh-adress/digbib/view;jsessionid=DOCFBB4972B2733EC-F192E09A6A26C44.agora11?did=c1:591752&ssid=c1:591947
- 18 Marquardt, Gertrude/AEIK00572, Dokumentation „Ärztinnen im Kaiserreich“, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, www.geschichte.charite.de/aeik/, 29. April 2021. Marquardt erkrankte 1939 selbst an Tuberkulose und kehrte an ihren Geburtsort zurück, wo sie 1940 verstarb.
- 19 Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte, Jahrgang XXXIII Juli 1924, Seite 3
- 20 Claudia Huerkamp „Bildungsbürgerinnen: Frauen im Studium und in akademischen Berufen, 1900–1945“, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1996, S. 234
- 21 zitiert in Michael H. Kater „Frauen in der NS-Bewegung“, in: Vierteljahrshefte; Jahrgang 31 (1983), Heft 2, S. 233

- 22 Dohnke, Kay „Das Kernland nordischer Rasse grüßt seinen Führer Gaugründung, ideologische Positionen, Propagandastrategien“: Zur Frühgeschichte der NSDAP in Schleswig-Holstein, in: ISHZ 50 (2008), S. 11
- 23 Claudia Huerkamp „Bildungsbürgerinnen: Frauen im Studium und in akademischen Berufen, 1900–1945“, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1996, S. 243
- 24 Altstaedt, Susanne/AEIK00017, Dokumentation „Ärztinnen im Kaiserreich“, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, www.geschichte.charite.de/aeik/ 11. Mai 2021
- 25 „Das Lübecker Impfunglück 1930 in der Wahrnehmung von Zeitzeuginnen und Zeitzeugen – Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Universität zu Lübeck – Aus der Sektion Medizin“ vorgelegt von Hanna Elisabeth Jonas, Lübeck 2017
- 26 Josephine Höber „Zweck, Erfahrungen und Ziele der Eheberatung“, in: Die Frau – Monatszeitschrift für das gesamte Frauenleben unserer Zeit, 36. Jhrg. 1928/29, S. 143
- 27 Josephine Höber „Zehn Monate städtische Eheberatungsstelle für weibliche Ratsuchende“, in: Vierteljahrsschrift deutscher Ärztinnen, 3. Jahrgang, S. 44
- 28 Josephine Höber „Zweck, Erfahrungen und Ziele der Eheberatung“, in: Die Frau – Monatszeitschrift für das gesamte Frauenleben unserer Zeit, 36. Jhrg. 1928/29, S. 148
- 29 Bildungsbürgerinnen: Frauen im Studium und in akademischen Berufen, 1900-1945; Claudia Huerkamp; Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1996, S. 164
- 30 Vgl. § 15 der "Verordnung über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen. Vom 17. Mai 1934", Reichsgesetzblatt vom 19. Mai 1934, Nr. 55, S. 402
- 31 www.de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_Stra%C3%9Fen_und_PL%C3%A4tze_in_Flensburg/E#cite_note-3
- 32 Brinitzer, Jenny/AEIK00021, Dokumentation „Ärztinnen im Kaiserreich“, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, www.geschichte.charite.de/aeik/, 30. April 2021
- 33 Schnock, Berta Margareta/AEIK00002, Dokumentation „Ärztinnen im Kaiserreich“, Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, www.geschichte.charite.de/aeik/, 30. April 2021
- 34 Hermine Heusler-Edenhuizen „Die erste deutsche Frauenärztin: Lebenserinnerungen im Kampf um den ärztlichen Beruf der Frau“, hrsg. v. Heyo Prahm; Verlag Barbara Budrich, 2011, S.222
- 35 Ratschko, „Vorbildlich und mit seltenem Idealismus“, Schleswig-Holsteinisches Arzteblatt Januar 2018, Ausgabe 1, S. 24
- 36 eigene Analysen
- 37 www.de.wikipedia.org/wiki/Erika_Keck
- 38 www.web.archive.org/web/20170318080517/www.kreisarchiv-stormarn.de/geschichte/kreispraesident/index.html
- 39 Ingeborg Retzlaff, SHÄB 9/1983, S. 567-572
- 40 eigene Analysen

Qualitätssicherung

Von Fortbildungen in der Bierwirtschaft bis zum professionellen Praxismanagement

„Qualität kommt von Qual“, lautet ein Spruch, der dem Fußballtrainer Felix Magath zugeschrieben wird.¹ Klingt gut, stimmt aber auf der Wortebene nicht, denn „Qual“ stammt aus einer indogermanischen Wurzel, während „Qualität“ vom lateinischen Wort für „Beschaffenheit“ abgeleitet ist. Aber dass Meister nicht vom Himmel fallen und Spitzenleistungen meistens die Folge von Mühe sind, mögen zwar Binsenweisheiten sein, falsch sind sie dennoch nicht. Damit sich Patientinnen und Patienten darauf verlassen können, überall bestmöglich versorgt zu werden, ist im Sozialgesetzbuch V festgeschrieben, dass die Leistungserbringer, also die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die Qualität ihrer Arbeit sichern und weiterentwickeln müssen.² Für die KVSH ist diese Qualitätssicherung eine Kernaufgabe.

45 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mit den Fragen der Qualitätssicherung und Fortbildung beschäftigt. Ihr Aufgabenbereich wächst ständig: Aktuell existieren Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien für rund 70 medizinische Bereiche, vom Ambulanten Operieren bis zur Zervix-Zytologie, und jedes Jahr kommen weitere hinzu. Für 2019 nennt der Qualitätsbericht der KVSH als neue Bausteine die Begleiterkrankungen der Hypertonie, der Selektivvertrag „Hallo Baby“ und die HIV-Präexpositionsprophylaxe.³ Dabei begann die Qualitätssicherung in der heutigen Form im Jahr 1989 eher bescheiden: Damals umfassten die Richtlinien insgesamt nur sieben Bereiche, darunter Onkologie, Psychotherapie, Langzeit-EKG und Sonografie.⁴

Die Begriffe Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind vergleichsweise neu, aber schon in früheren Jahrhunderten gab es Versuche, einheitliche Regeln für eine möglichst gute medizinische Behandlung zu finden. Dabei ging es sowohl um das Vorgehen in bestimmten Situationen – „Prozessqualität“ lautet der moderne Begriff dafür⁵ – als auch um die Frage, welche Qualifikationen für den Heilberuf notwendig sind, also die „Strukturqualität“.



ABBILDUNG 1 DIE RADIOLOGIE-KOMMISSION BEI DER ARBEIT, 1999

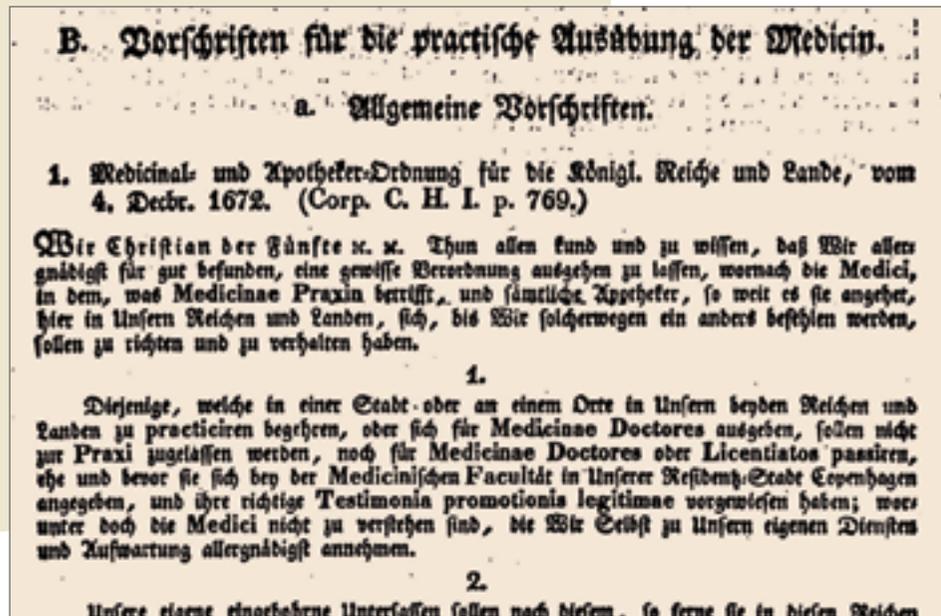


ABBILDUNG 2 MEDICINAL-UND APOTHEKER-ORDNUNG FÜR DIE KÖNIGL. REICHE UND LANDE, 1672

Der König diktiert die Regeln

Diese Regeln festzulegen, gehörte in früheren Jahrhunderten der Obrigkeit. „Wir haben allergnädigst für gut befunden, eine gewisse Verordnung ausgehen zu lassen, wonach die Medici (...) hier in Unseren Landen sich sollen zu richten und zu verhalten haben“, schrieb der dänische König Christian V. im ersten Absatz der „Vorschriften für die praktische Ausübung der Medicin“ vom Dezember 1672.⁶ Es ging um Fragen der Zulassung, also die Strukturqualität: Praktizieren durften nur diejenigen, die „sich bey der Medicinischen Facultät in Unserer Residenz-Stadt Copenhagen angegeben, und ihre richtige Testimonia promotionis legitimae vorgewiesen haben“. Um die Prozessqualität zu verbessern, legte das königliche Schreiben Kontrollen fest: So waren die Ärzte einer Region verpflichtet, „eine jegliche Apotheke zu visitieren“ und zu prüfen, „dass sie sich mit tüchtiger Waage versehen.“⁷ Das Problem der unleserlichen Ärzte-Handschriften existierte offenbar bereits im 17. Jahrhundert, denn die Verordnung erklärte genau, wie ein Rezept ausgeschrieben werden musste: mit Datum, Namen des Patien-

ten und „nicht mit Notis chymicis, sondern mit vollen Worten, damit aller Irrtum bey den Apothekern, und Schaden bey den Patienten, verhütet werde“.⁸ Damit haben der Monarch und seine Beamten auch die dritte Ebene der modernen Qualitätssicherung erreicht: Die „Ergebnisqualität“ befasst sich mit dem Ziel der Behandlung, also ob sich der gewünschte Therapieerfolg eingestellt hat und ob Patientin oder Patient zufrieden sind.⁹

1804, in der Regierungszeit Christians VII., entstand die „Schleswig-Holsteinische Medicinalverfassung“, in der Verordnungen für „Aerzte, Apotheker und Juristen“ zusammengefasst waren.¹⁰ Im ersten Schritt setzte die königliche Verwaltung als zentrales Gremium das Schleswig-Holsteinische Sanitäts-Collegium ein, dem die „fortdauernde genaue Aufsicht“ über die Mitglieder der Heilberufe, darunter „Aerzte, Wundärzte, Apotheker, Hebammen“ übertragen wurde.¹¹ Die Genannten waren „gehalten, dem Collegio die jährlichen Berichte (...) mit aller erforderlichen Genauigkeit abzustatten, und zu der bestimmten Zeit einzusenden“.¹² Es ging um Kontrolle, aber auch darum, Wissen und Informationen an einer zentralen Stelle zu sammeln: So sollten Ärzte außer der Reihe berichten, wenn sich „irgend ein außerordentlicher oder besonders merkwürdiger Fall ereignet“. Wenn Gefahr im Verzug war, etwa beim Auftreten einer ansteckenden Krankheit, „soll er (der Arzt) solches dem Collegio sogleich anzeigen“.¹³ Wie im älteren Erlass spielte erneut die Frage der Zulassung, also die Strukturqualität, eine Rolle. So durfte niemand zur „Ausübung einer auf Heilung einzelner, innerer oder äußerer Gebrechen sich beziehenden Kunst oder Fertigkeit“ zugelassen werden, der nicht die entsprechende „Prüfung und Bescheinigung“ durch das Sanitäts-Collegium vorweisen konnte.

Das Collegium und seine Aufgaben blieben erhalten, nachdem die dänische Herrschaft in Schleswig-Holstein beendet war. 1865 erließ die „Kaiserlich Oesterreichische und Königlich Preußische Civilbehörde der Herzogthümer Schleswig-Holstein und Lauenburg“ eine provisorische Verordnung für das „Medicinalwesen“.¹⁴ Demnach unterstand das Sanitäts-Collegium der Landesregierung und hatte die Aufgabe, „allgemeine

Maßregeln zur Beförderung der Cultur der medizinischen Wissenschaft und Kunst“ zu erlassen, Prüfungen abzunehmen und sich um die Einhaltung der „Heilungs-, Verhaltens- und Sicherheitsmaßregeln bei ausbrechenden Seuchen“ zu kümmern.¹⁵

Aber nicht nur die Obrigkeit, sondern auch die Mitglieder der Ärzteschaft selbst strebten danach, sich fachlich auszutauschen und ihre Kenntnisse zu verbessern. Denn „die heutige Zeit eilt schnell, jeder Tag bringt des Neuen und Wissenswerthen“, sagte Professor Karl Heinrich Christian Bartels, Vorsitzender des Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte, bei einer Versammlung im Oktober 1865 in Neumünster.¹⁶ Bartels plädierte für Fortbildung und ständiges Weiterlernen, um dem „Lauf der Welt zu folgen“. Wer diese Pflichten „vernachlässigt, der kann auch den Anforderungen, die sein Beruf an ihn stellt, nicht genügen“, warnte der Kieler Arzt und Hochschullehrer. Sein Plädoyer verknüpfte er mit der Forderung nach höheren Honoraren und besseren Arbeitsbedingungen, schließlich seien für Lesen und Wissensaustausch „Zeit nöthig und Geld“.¹⁷

Kollegialer Austausch bei opulentem Essen

Im Ärztlichen Verein zu Lübeck, der 1809 gegründet wurde, fanden früh gemeinsame Fortbildungen statt, wobei anfangs die Geselligkeit inklusive gutem Essen und Trinken im Mittelpunkt stand. Dennoch ging es auch um Austausch, es „bestand zwischen den alten und den jüngeren Kollegen ein schönes Verhältnis wechselseitiger Belehrung, indem von der einen Seite die praktische Erfahrung, von der anderen die Errungenschaften der neuen Zeit, besonders auf dem Gebiet der Diagnose, dem Lehrer wie den Schülern in gleicher Weise zugute kamen“, erinnerte sich der spätere Vorsitzende Dr. Theodor Eschenburg.¹⁸

Bis 1877 trafen sich die Mitglieder reihum in den Privatwohnungen der Kollegen zu opulenten Abendessen, später in einem Hotel und – weil die Zahl der Anwesenden wuchs – „stieg der Verein im Jahr 1886 notgedrungen dazu herab, in einer Bierwirtschaft sich ein Zimmer reservieren zu lassen“.¹⁹ Ab 1896 lud der Verein zu Versammlungen ein, in denen es ausschließlich um die Wissenschaft ging, in denen „Kranke vorgestellt, über neue Operations- und Untersuchungsmethoden berichtet und interessante Präparate vorgezeigt wurden“.²⁰

Als Start einer systematischen Ärztefortbildung gelten freiwillige und kostenpflichtige Ferienkurse, die Robert Koch, Rudolf Virchow und Ernst von Bergmann ab 1881 anboten.²¹ Die Mitglieder des Deutschen Ärztetages beschlossen 1924 ein einheitliches Anerkennungsverfahren für den Erwerb des Facharztstitels und beschrieben dabei Verfahren der Fort- und Weiterbildung.²²

Wie sehr sich während der NS-Herrschaft die Werte verschoben, zeigt der Blick in die Reichsärzteordnung: Nicht Fachkunde und Ausbildung waren ausschlaggebend für eine Zulassung, sondern Kategorien wie „nationale Zuverlässigkeit“ und „Abstammung“.²³ Schon im Kaiserreich galt, dass bei der Zulassung und der Suche nach einer Arbeitsstelle Männer als „Ernährer der Familie“ den Vorzug für Frauen erhielten.²⁴



5. Fortbildungskurs über „Erbbiologie und Rassenpflege in der Praxis der Medizin“. Der von der Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung in der Zeit vom 7.—12. Oktober 1935 geplante internationale Fortbildungskurs über „Erbbiologie und Rassenpflege in der Praxis der Medizin“ muß aus technischen Gründen ausfallen.

ABBILDUNG 3 ÄRZTEBLATT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN, 1935, S. 429

Nach dem Krieg gingen die Aufgaben der Zulassung, der Fortbildung und Kontrolle der Abläufe an die Organe der Selbstverwaltung über. Die Organisation der Fortbildung lag weitgehend bei den Ärztekammern, Zulassungen prüften die KVen. Auch erste Richt-

linien wurden eingesetzt. So beschloss die Abgeordnetenversammlung der KV Landesstelle Schleswig-Holstein am 9. Februar 1952 in Rendsburg ein Verfahren für den Einsatz von EKG in der Kassenpraxis. Die fachliche Basis der Vorschriften war eine Verordnung von 1931, neu eingesetzt wurden durch den einstimmigen Beschluss ein EKG-Ausschuss und ein Berufungsgremium.²⁵

Die heutige Kernaufgabe der „Qualitätssicherung für ärztliche Sachleistungen“ findet sich wörtlich benannt seit 1974 in der Satzung der KVSH. Die Landes-KV folgte mit der Aufnahme des entsprechenden Passus einer Empfehlung der Bundes-KV.²⁶

Regelmäßige Schulungen waren bis 1. Januar 2004 eine „freiwillige Pflicht“,²⁷ seither regelt das Sozialgesetzbuch V in Paragraph 95d die Fortbildungen. Diese Fortbildungspflicht gilt für alle Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, egal ob sie niedergelassen, angestellt oder ermächtigt tätig sind. Die KBV hat dazu in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer die „Regelung der Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten nach § 95d SGB V“ beschlossen. Diese Richtlinien werden regelmäßig überarbeitet und angepasst.²⁸

Darüber hinaus gelten eigene Schulungen und weitere Auflagen, die erfüllt sein müssen, damit Genehmigungen für bestimmte Verfahren ihre Gültigkeit behalten.



ABBILDUNG 4 KVSH, ÄRZTEKAMMER UND SOZIALMINISTERIUM RICHTEN ÄRZTLICHE STELLEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG EIN, 2004

Hohe Qualität sichtbar machen

Ebenfalls seit 2004 müssen alle Praxen ein Qualitätsmanagement (QM) vorweisen und weiterentwickeln. Der selbstkritische Blick auf die eigene Arbeit soll helfen, „Praxisabläufe nach fachlichen Standards sicher und effizient zu gestalten, Fehler zu vermeiden und die Qualität der Patientenversorgung weiterzuentwickeln“.²⁹

Die meisten Maßnahmen der KVen zur Qualitätssicherung befassen sich mit den Richtlinien für die einzelnen Fachbereiche und die Genehmigungen für Ärztinnen und Ärzte, bestimmte Verfahren anwenden zu dürfen. Auch Prüfungen fallen in die Zuständigkeit der entsprechenden Abteilungen der KVSH. Dabei geht es um den Zustand der Geräte, etwa bei Sonografie oder Röntgen,

und die korrekte Diagnostik. Fachlichen Sachverstand steuern Qualitätssicherungskommissionen bei, in denen Ärztinnen und Ärzte Leistungen oder Zeugnisse überprüfen sowie Empfehlungen für andere Gremien der KVSH abgeben. In Schleswig-Holstein sind rund 160 Kommissionsmitglieder ehrenamtlich in verschiedenen Bereichen für die KV tätig.³⁰

Auch wenn die meisten Richtlinien auf Bundesebene entstehen, können die Landes-KVen mit eigenen Projekten Maßstäbe setzen. So hat Schleswig-Holstein eine lange Tradition der Qualitätszirkel und Praxisnetze.³¹ Für Transparenz und bessere Nachvollziehbarkeit ihrer Arbeit sorgt die KVSH mit ihren Qualitätsberichten, die jährlich veröffentlicht werden.



ABBILDUNG 5 PRESSEGESPRÄCH „10 JAHRE MAMMOGRAPHIE-SCREENING IN SCHLESWIG-HOLSTEIN“, 2017

QuaMaDi startet digital neu durch

Ein Projekt, mit dem Schleswig-Holstein bundesweit für Aufsehen sorgt, ist die „Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik“ (QuaMaDi). Davon profitieren Frauen mit erhöhtem Brustkrebsrisiko: Ihre Mammographie-Aufnahmen werden doppelt begutachtet, um Fehldiagnosen möglichst auszuschließen. Anfangs wurden die Röntgen-

bilder per Boten zwischen den Praxen hin- und hertransportiert, inzwischen läuft der Datentransfer digital: QuaMaDi wurde zu eQuaMaDi. Dafür wurde das Projekt im Frühjahr 2021 im Wettbewerb „Ausgezeichnete Gesundheit“ des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung als „exzellentes Beispiel ambulanter Versorgung“ in der Rubrik „Versorgung digital“ geehrt.³²

Doch so wichtig das Streben nach fehlerfreien Abläufen ist, „Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind kein Selbstzweck“, mahnte die Bundesärztekammer im Herbst 2020.³³ Angesichts immer mehr und immer neuer gesetzlicher Vorgaben stehe der bürokratische Aufwand in keinem Verhältnis mehr zum Nutzen für die Patientenversorgung, kritisiert der Kammervorstand. Frei nach Fußballtrainer Felix Magath: Wenn die Qual überwiegt, sinkt irgendwann auch die Qualität.

Endnoten

- 1 www.wn.de/Archiv/2011/07/VfL-Wolfsburg-Felix-Magath-will-Disziplin-und-Fitness-Qualitaet-kommt-von-Qual
- 2 Vgl. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/135a.html
- 3 Vgl. KVSH Qualitätsbericht 2019, Bad Segeberg 2020, S. 8–10; www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Presse/Publikationen/Qualitaetsberichte/QB_2019_web.pdf, sowie Telefonat mit Aenne Villwock, Leiterin Abteilung Qualitätssicherung KVSH, 14. April 2021
- 4 Vgl. ebd.
- 5 Vgl. KVSH: Qualitätsbericht 2019, S. 4
- 6 „Vorschriften für die praktische Ausübung der Medicin. Medicinal- und Apotheker-Ordnung für die Königlichen Reiche und Lande“, 4. Dezember 1672, in: Nicolaus Dohrn: Die Schleswig-Holsteinische Medicinalverfassung, Heide 1834, S. 36
- 7 Ebd., S. 57., Absatz 5
- 8 Ebd., Absatz 7
- 9 Vgl. KVSH: Qualitätsbericht 2019, S. 4
- 10 Vgl. R. Dohrn: „Die Schleswig-Holsteinische Medicinalverfassung“, Heide 1834, Dithmarscher Buchhandlung F. Pauly
- 11 Ebd., S. 2
- 12 Ebd.
- 13 Ebd., S. 3
- 14 Verordnungsblatt für Schleswig-Holstein und Lauenburg, 47. Stück, Schleswig, 14. August 1865
- 15 Vgl. ebd., § 2.
- 16 Vgl. Bericht über Versammlung des Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte, 18. Oktober 1865, in: Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte, Erstes Heft, 30. April 1866, Kiel, S. 1 ff
- 17 Vgl. Kapitel „Honorare“.
- 18 Vgl. Theodor Eschenburg: Der Ärztliche Verein zu Lübeck, Wiesbaden 1909, S. 32
- 19 Eschenburg, Dr. Theodor: „Der ärztliche Verein zu Lübeck“ während der ersten 100 Jahre seines Bestehens. Wiesbaden 1909, Verlag J. F. Bergmann, S. 43ff
- 20 Ebd., S. 44
- 21 Vgl. Peter Semler: „Die Stellung der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in der ärztlichen Fortbildung“. Dtsch Ärzteblatt 1978; 75(37): 2066-207
- 22 Vgl. Elke Böthin: „Entstehung und Regelung ärztlicher Fortbildung in Deutschland“. Dissertation, Berlin 2017, S. 7, [/refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/7184/diss_e.boethin.pdf?sequence=1](http://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/7184/diss_e.boethin.pdf?sequence=1)
- 23 Vgl. „Reichsärzteordnung“, Reichsgesetzblatt Nr. 137, Berlin 1935, S. 1433; Die Jahre 1932 bis 1945.
- 24 Vgl. Kapitel „Ärztinnen in der ambulanten Versorgung“, S. 124
- 25 Vgl. Bericht über die Sitzung der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung, Landesstelle Schleswig-Holstein, 9. Februar 1952 in Rendsburg, S. 6
- 26 Vgl. Bericht über die Sitzung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, 21. Oktober 1973, Bad Segeberg, S. 4
- 27 Vgl. Böthin, S. 25
- 28 Vgl. KBV: Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V; www.kbv.de/html/fortbildung.php
- 29 KVSH: Qualitätsbericht 2019, S. 6
- 30 Telefonat mit Aenne Villwock
- 31 Vgl. Kapitel „Praxisnetze“
- 32 Telefonat mit Aenne Villwock und www.ausgezeichnete-gesundheit.de/
- 33 Vgl. Memorandum des Vorstands der Bundesärztekammer: „Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“, www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/Memorandum_QS_Beschluss_BAEK-VS_21Aug_Stand_2020-09-02.pdf

Honorar

Gemeinsam für eine bessere Bezahlung

Über Geld redet man nicht? Doch, und wie: Jedes Jahr handelt die KV Schleswig-Holstein mit den Krankenkassenverbänden im Land die Honorarsumme aus, die den niedergelassenen Medizinerinnen und Medizinern in den folgenden zwölf Monaten zur Verfügung steht, aktuell rund 1,2 Milliarden Euro. In die Berechnung dieses Gesamtbudgets fließen Bundesvorgaben und Gesetze ein, hinzu kommen die Daten aller 2,5 Millionen gesetzlich Versicherter in Schleswig-Holstein.¹ Steht die Gesamtsumme fest, obliegt es der KV, das Geld an ihre Mitglieder zu verteilen – eine der hoheitlichen Säulen der Selbstverwaltung.

1796, lange vor eigener Verhandlungsmacht der Ärzteschaft, griff Christian VII, König von Dänemark und Schweden und Herzog von „Schleswig, Holstein, Stormarn und der Dithmarschen“ zur Feder, um eine Streitfrage zu schlichten: Was tun, wenn ein Patient stirbt, aber die Rechnung der „Aerzte, ChirurGIS und Apotheker“ noch nicht bezahlt ist? Der Punkt war durchaus heikel: Wenn Mediziner damit rechnen mussten, dass die Erben ihrer Patienten die Bezahlung verweigerten, könnte der eine oder andere zögern, Schwerstkranken und Sterbenden beizustehen. Schon dass in den verschiedenen Teilen des Reiches in dieser Frage „nicht nach einerley Grundsätzen geurtheilt“ werde, bemängelte der König. Um „Irrungen und Klagen vorzubeugen“, erließ der Herrscher eine „Regul“², die den Arztlohn privilegierte, egal ob der Patient an der ihm zugestoßenen Krankheit gestorben sey oder nicht“.³

Zwar war es ein Erfolg, dass der Arzt überhaupt ein verbrieftes Recht auf eine Bezahlung hatte. Doch die Höhe des Honorars ließ weiter zu wünschen übrig: „Wie gering die sorgen- und mühevollen Thätigkeit der Ärzte vom Publikum honoriert wird, weiß Jeder von uns“, sagte Professor Karl Heinrich Christian Bartels, Vorsitzender des Vereins Schleswig-Holsteinischer Ärzte, bei einer Versammlung im Oktober 1865. „Mancher unserer Collegen vermag durch eine ausgedehnte Praxis kaum die Mittel zur anständigen Versorgung seiner Familie zu erwerben.“ Bartels erinnerte an den Grund, aus dem die Ärzte sich zusammengeschlossen hatten: „Wir Ärzte sind ja recht eigentlich Diener der allgemeinen Wohlfahrt, und nur in dem Sinne möchten wir die Interessen des ärztlichen Standes fördern. (...) Wir haben den lebhaften Wunsch angegeben, dass der ärztliche Stand für die ihm zugemuteten vermehrten Leistungen eine Verbesserung seiner materiellen Lage entschädigt und durch entsprechende Achtung geehrt werde.“⁴ Zwar gebe es seit 1820 das „Gesetz über die Taxe der ärztlichen Geschäfte“, so Bartels weiter. „Aber viele Mediziner begnügen sich mit viel geringeren Vergütungen.“

Nicht nur im von Unruhen und Krieg geplagten Schleswig-Holstein, sondern im gesamten Deutschen Reich war das 19. Jahrhundert für die Ärzteschaft keine Zeit des Wohlstandes, schreibt der Sozialrechtler Prof. Florian Tennstedt in der „Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung“. Ein Problem bestand in der großen Zahl der Mediziner im 19. und frühen 20. Jahrhundert.⁵ Ärzte konkurrierten um Patientinnen und Patienten, strebten danach, als fester Hausarzt alle Familienmitglieder zu

betreuen – das bedeutete verlässliche Einnahmen, aber auch hohen Zeitaufwand: Habe ein Praxisinhaber „es im Publikum erst einmal zu einer gewissen Berühmtheit gebracht, so mehrt sich der Zulauf derartig, daß seine Kraft oft nicht ausreicht zur Bewältigung der Arbeit. 25 bis 35 Besuche außer den Sprechstunden sind nichts Außergewöhnliches. Solche Ärzte finden zur Erholung meistens nicht mehr die nötige Zeit“⁶, heißt es in einer Beschreibung aus dem Jahr 1899.

Medicinaltaxe.

Nachdem die der Berechnung des ärztlichen Honorars bisher zum Grunde liegende Medicinaltaxe vom 6. Jan 1816, nach Einführung der Deutschen Gewerbeordnung, von Einem hohen Senate am 1. April d. 36. aufgehoben worden ist, halten unterzeichnete Aerzte es für angemessen, durch Veröffentlichung folgender nach den jetzigen Verhältnissen entworfenen Taxe dem Hülfsbedürftigen wiederum einen Maßstab zu bieten, nach welchem sie ihre Verpflichtungen ihrem Krzte gegenüber beurtheilen können.

Der Taxe sind die an andern Orten geltenden zu Grunde gelegt.

Lübeck den 8. November 1871.

Dr. Bud. Dr. Vahst, Phys. Dr. Eschenburg.
 Dr. Newman-Sherwood. Dr. Mah.
 Dr. Hofe. Dr. Weltner. Dr. Jürgens.
 Dr. Reuter. Dr. Witt. Dr. Gütshow.
 Dr. Gantken. Dr. Lallemand. Dr. Nölting.
 Dr. Mollwo. Dr. Lutz. Dr. Maret.
 Dr. Hinkeldey. Dr. Ritter.

ABBILDUNG 1 LÜBECKISCHE ANZEIGEN, 13. NOVEMBER 1871

Deutlicher Preisverfall, nur wenige Glückspilze

Obwohl die „Taxe“ Mindesthonorare festlegte, führten die Konkurrenz und die allgemeine schlechte wirtschaftliche Lage zu einem Preisverfall: „Ein Arzt, welcher für einen Krankenbesuch heute mehr als eine Mark liquidiert, gilt sogar in den Familien des Mittelstandes als ‚teurer Arzt‘. Und ich glaube, daß es unter den praktischen Ärzten der Großstädte nur ganz wenige Glückspilze gibt, welche, im Besitze einer sogen. praxia aurea, es sich gestatten können, ihre Leistungen höher zu bewerten“⁷, heißt es in einem Bericht eines Zeitzeugen.

Auch das Eintreiben der Honorare, so niedrig sie sein mochten, war nicht immer einfach. „Viele (Patienten) sind unerreichbar geworden, oder es ist nichts zu holen, oder sie weigern sich mit Erfolg, und man hat nur Unkosten“, klagte der Arzt Fritz Kirschstein. „Ich kenne einen Arzt, von dem gesagt wird, er käme in zweifelhaften Fällen gleich mit der vorgestreckten offenen Hand in die Haustür und verlange Vorausbezahlung. Mag wohl ganz praktisch sein, ist aber nicht jedermanns Sache.“⁸

Die neuen Gesetzlichen Krankenkassen, die 1883 entstanden, verschärften die Lage für die Ärzte sogar noch. Zwar konnten diese sich nun darauf verlassen, dass sie ein Honorar für ihre Leistung erhielten – doch gleichzeitig waren sie an die „durch die Krankenkassen festgelegten und zusehends immer schlechter werdenden Honorarsätze gebunden“.⁹ Im Interesse der Kassen, die in erster Linie die einkommensschwache Arbeiterschaft als Pflichtmitglieder vertraten, lag es, die Ärzte fest an sich zu binden, sie fast „beamtenähnlich“¹⁰ zu beschäftigen. Dazu stellten sie einzelne Kassenärzte ein, was für die freien Praxen weniger Einnahmen bedeutete.

Angesichts dieser Lage war die Selbstorganisation der Ärzteschaft pure Notwendigkeit, denn einen Wandel zu erreichen, „das vermag der Einzelne nicht, das kann nur durch die Gesamtheit der Ärzte oder zum mindesten durch die Vereinigung einer großen Mehrheit bewirkt werden“, so der Ärztevereins-Vorsitzende Bartels beim Treffen im Oktober 1865.¹¹

Auf Reichsebene trat am 17. September 1873 der erste Deutsche Ärztetag in Wiesbaden zusammen, bei dem die Teilnehmer den Ärztevereinsbund als Dach der lokalen und regionalen Ärztevereine gründeten.¹² Die Auseinandersetzung mit den Krankenkassen über angemessene Honorare bestimmte in den folgenden Jahren das Bild.

In Schleswig-Holstein gab es aber auch Kooperationen. Der „Verein der in Kiel und Umgebung practicirenden Aerzte“ schloss im Jahr 1893 mit den „Centralkassen“ einen eigenen Honorarvertrag mit festem Budget. Die Krankenkassen verpflichteten sich, für jedes ihrer Mitglieder eine jährliche Kopfpauschale von 2.// „für ärztliche Zwecke“ bereitzustellen. Das Geld erhielt der Vorsitzende des Ärztevereins, der es vierteljährlich an die Ärzte des Vereins auszahlte, „indem mit der Gesamtsumme aller ärztlichen Leistungen in die Summe der eingegangenen Gelder dividiert wurde“. Da auf diese Weise das Honorar pro Behandlung sank, je öfter die Ärzte tätig wurden, und das Morbiditätsrisiko bei den Praxen lag, war das Honorarergebnis „kein glänzendes“. Immerhin erstattete die Kasse Fuhrkosten über die Stadtgrenzen hinweg, Geburten und Aborte wurden extra vergütet.¹³

Gemeinsam stärker: Die Geburtsstunde der KVen

Mit dem Berliner Abkommen im Jahr 1913 erhielt die Ärzteschaft deutlich mehr Mitspracherechte, auch bei der Höhe des Honorars. Durch das Ende des Ersten Weltkrieges und die Wirtschaftskrise in den 1920er-Jahren waren die Krankenkassen aber nicht in der Lage, entsprechend dem Abkommen zu zahlen. Ärztestreiks waren die Folge. Um diese Arbeitskämpfe zu beenden, entstanden Ende 1931 per Notverordnung die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die neuen Körperschaften des öffentlichen Rechts hatten die ambulante ärztliche Versorgung sicherzustellen, gleichzeitig verhandelten sie im Namen aller Ärztinnen und Ärzte mit den Krankenkassen Kollektivverträge.¹⁴



ABBILDUNG 2 „DER SPARSAME HAUSVATER LÄSST SICH UND DIE SEINEN NOCH RASCH AUF VORRAT AM BLINDDARM OPERIEREN.“ SIMPLICISSIMUS, 1930

Bereits im Jahr 1932 trat die erste „Verordnung über die kassenärztliche Versorgung“ in Kraft. Sie legte eine Gesamtvergütung „nach dem durchschnittlichen Jahresbedarfe für ein Kassenmitglied (Kopfpauschale)“ fest. Dabei sollten zusätzlich „die besonderen Umstände bei einer Kasse, die wirtschaftlichen Notwendigkeiten und die jeweiligen Änderungen im Grundlohn“ zu berücksichtigen sein. Neben den sogenannten „Kassen der Reichsversicherungsordnung (RVO)“ entstanden die Ersatzkassen, die bereits Ende der 20er-Jahre einen anderen Weg einschlugen und ärztliche Tätigkeiten nicht pauschal, sondern nach Einzelleistungen vergüteten.

Die große Zahl der Kassen blieb auch während der nationalsozialistischen Herrschaft bei einer Gesamtvergütung, die das Morbiditätsrisiko zu den Ärzten verschob. Das Geld wurde über die KVD-Verwaltungsstelle Schleswig-Holstein verteilt.¹⁵

Nach dem Krieg blieb die Lage in Schleswig-Holstein für viele Ärzte schwierig: „Die Verpflichtung zur kassenärztlichen Tätigkeit ist gewissenhaft erledigt worden; das dafür ausgezahlte Honorar genügt nicht, um auch nur eine bescheidene Lebenserhaltung schuldenfrei aufrechtzuerhalten“, fasste Dr. Berthold Rodewald aus Kiel, Vorsitzender der KV-Landesstelle Schleswig-Holstein, im Jahr 1949 die Lage zusammen. „Diese außerordentlich niedrige Quote hat die Kollegen enttäuscht, empört und verbittert“, Schleswig-Holstein sei zum „Armenhaus“ geworden.¹⁶

Um gegen ungerechte und zu niedrige Honorare zu protestieren, traten 40 Praxen in Husum und Umgebung im Dezember 1954 in den Streik: Statt Krankenscheine der AOK zu akzeptieren, forderten sie von Kassenpatienten Bargeld, als seien diese privat versichert: „Für die Beratung eines Kranken in der Praxis liquidieren die Husumer Ärzte jetzt 1,50 Mark. Ein Hausbesuch (...) kostet 3 Mark“, berichtete der „Spiegel“.¹⁷

Die Ärzte richteten sich bei den Preisen nach der „Preußischen Gebührenordnung“. Die Kasse allerdings erstattete ihren Mitgliedern nur rund 80 Prozent dieser Mindesthonorare – auf diese Diskrepanz wollten die Streikenden hinweisen.

Mit dem „Gesetz über das Kassenarztrecht“ beschloss die junge Bundesrepublik am 25. Mai 1955 einen Kompromiss zwischen Kassen und Ärzteschaft: „Das Gesamthonorar soll sich von nun an am Leistungsvolumen der Mediziner und nicht mehr an der allgemeinen Lohnentwicklung orientieren. Dafür verzichteten die Ärzte auf das Streikrecht und akzeptierten eine verbindliche Schlichtung durch Schiedsämter.“¹⁸

Vom wirtschaftlichen Aufschwung der folgenden Jahrzehnte profitierte auch das Gesundheitswesen. Das zeigte sich auch bei den Gesamtvergütungen, die laut der – in bundesdeutsches Recht übernommen – Reichsversicherungsordnung wahlweise nach der Summe der Einzelleistungen, Kopf- oder Fallpauschalen vereinbart werden konnte. Bis Mitte der 60er-Jahre wechselte die überwiegende Mehrzahl der Krankenkassen vom Kopfpauschalensystem zur Vergütung der Einzelleistungen, also dem Modell, das die Ersatzkassen eingeführt hatten. Da jede Einzelleistung nicht nur das Honorar der Ärztin oder des Arztes erhöhte, sondern auch das Gesamtbudget der kassenärztlichen Vereinigungen, lag das Morbiditätsrisiko erstmals bei den Krankenkassen.

Doch diese Periode ungebremsten Wachstums endete Mitte der 1970er-Jahre, als die jährlich steigenden Kassenausgaben erstmals auf eine in der Konjunkturkrise schrumpfende Wirtschaft stießen. Spätestens mit dem Kostendämpfungsgesetz (KVKG) von 1977 stand daher das Prinzip der sogenannten „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ im Mittelpunkt sämtlicher gesundheitspolitischer Überlegungen.

Dennoch stiegen die Kosten weiter. Nur zwei Jahre nach Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) von 1989 erhöhten sich die Ausgaben der Krankenkassen um zwölf Prozent, die Einnahmen nur um zwei Prozent.

Der Staat greift ins System ein

Anfang der 1990er-Jahre hatten die Krankenkassen einen Schuldenberg angehäuft, den der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) mit einem Reformpaket abbauen wollte. Er verkündete eine „Politik des knappen Geldes“.¹⁹ Zu seiner Reform gehörte das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993, das Budgets für Behandlungen, Heilmittel und Medikamente sowie Verwaltungskosten der Krankenkassen einführt, sowie zwei GKV-Neuordnungsgesetze, die am 1. Juli 1997 in Kraft traten.

Seither gab es weitere Reformen, mit denen der Gesetzgeber auch unmittelbar in die Honorarverteilung der KVen eingriff. Unter anderem wurden fachgruppenbezogene Budgets eingeführt. Seit 2008/09 ist es technisch möglich, für alle Versicherten aufgrund von Alter und Vorerkrankungen individuell zu prognostizieren, welche Behandlungen sie wahrscheinlich brauchen und welche Kosten sie verursachen werden. Diese Daten fließen, anonymisiert und zu einer Statistik gebündelt, in das Gesamtbudget ein.²⁰

Wirklich leistungsgerecht ist das System aber immer noch nicht: Durch den „Deckel“, den ein Budget nun einmal bedeutet, werden häufig Behandlungen nicht abgerechnet, weil der Arzt seinen Anteil am Kuchen bereits verbraucht hat.

Die Honorarverteilung bleibt ein schwieriges Wechselspiel. Zu den Stellschrauben zählen Eingriffe des Gesetzgebers und aktuelle höchstrichterliche Urteile, die bundeseinheitlichen Vorgaben der KBV und die Interessen der einzelnen Facharztgruppen, die miteinander austariert werden müssen. Um diesen komplexen Prozess und das daraus erwachsene Regelwerk für die Mitglieder transparent zu machen, veröffentlicht die KV Schleswig-Holstein seit 2011 jährliche Honorarberichte.²¹

Endnoten

- 1 Vgl. Faktenpapier zur medizinischen und pflegerischen Versorgung. Schleswig-Holstein 2020. Verband der Ersatzkassen (vdek-Landesvertretung), Kiel 2020, S. 7, und Gespräch mit Dr. Ralph Ennenbach, 22. März 2021
- 2 Vgl. Verordnung von Christian VII, 1. März 1769, Glückstadt, 1796
- 3 Ebd., S. 3
- 4 Vgl. Bericht über die Versammlung des Vereins Schleswig-Holsteinscher Ärzte, 18. Oktober 1865, in: Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinscher Ärzte, Erstes Heft, 30. April 1866, Kiel, S. 1 ff
- 5 Vgl. Prof. Florian Tennstedt: „Soziale Selbstverwaltung. Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland“, Bonn, Verlag der Ortskrankenkassen, 1977
- 6 Paull, Hermann: „Der ärztliche Stand im Deutschen Reich am Schluß des 19. Jahrhunderts“, in: Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland, 1899, S. 302, nach Tennstedt, S. 69
- 7 Vgl. Paull, Herrmann, S. 302, nach Tennstedt, S. 70
- 8 Fritz Kirschstein: „Ärzte, Krankenkassen und Leipziger Verband“, Leipzig, 1905, S. 29, nach Tennstedt, S. 70
- 9 Vgl. Kröger, Gesa: „Historische Entwicklung und epochenspezifische Funktionalität der Gebührenordnung für Ärzte“. Brendan-Schmidtmann-Stiftung (Hrsg.), Berlin 2015, S. 9
- 10 Ebd.
- 11 Vgl. Bericht über die Versammlung des Vereins Schleswig-Holsteinscher Ärzte, 18. Oktober 1865, S. 3
- 12 Vgl. www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/geschichteauszeichnungen/125-jahre-deutsche-aerzte-tage/
- 13 Vgl. Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holstein. Aerzte. No. 6/1893
- 14 Vgl. Geschichte der KBV, www.kbv.de/html/440.php
- 15 Vgl. Kapitel „Verwaltung 1924 -2021“
- 16 Vgl. Rodewald Berthold: „Entwicklung des Kassenärztlichen Honorars“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 1949, Heft 2, S. 25ff
- 17 Vgl. Der Spiegel, 7. Dezember 1954, www.spiegel.de/politik/nur-noch-privatpatienten-a-f98de4d1-0002-0001-0000-000028957983
- 18 Vgl. „Engagiert für Gesundheit. Geschichte der KV Nordrhein.“ Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf 2012, S. 21
- 19 Vgl. Maus, Josef: „Gesundheitsreform: Politik des knappen Geldes“, in: Deutsches Ärzteblatt 44/1996, www.aerzteblatt.de/archiv/3668/Gesundheitsreform-Politik-des-knappen-Geldes
- 20 Gespräch mit Dr. Ralph Ennenbach
- 21 Vgl. www.kvsh.de/presse/publikationen

Wirtschaftlichkeit

Preis der Gesundheit und Umgang mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot

Eine Anwendung kostet fast zwei Millionen Euro: „Zolgensma“, ein Präparat gegen Spinale Muskelatrophie, gilt seit Mai 2020 als zurzeit teuerstes Medikament der Welt.¹ Auch wenn vermutlich kaum eine niedergelassene Arztpraxis dieses Präparat verschreiben dürfte, stellt sich angesichts immer neuer Therapiemethoden und einer alternden Gesellschaft die Frage: Wie aufwändig dürfen Behandlungen sein? Die Antwort liefert Paragraf 12 des SGB V: Alle Maßnahmen müssen notwendig sein, ohne jedoch das Maß des Notwendigen zu überschreiten, also „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“.

Die Einhaltung dieses gesetzlich vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsgebotes obliegt der Prüfungsstelle und dem ihr zugeordneten Beschwerdeausschuss. Die Prüfungsstellen entstanden 1955 bundesweit, damals waren sie noch allein den KVen zugeordnet. Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)² aus dem Jahr 1977 sorgte für eine paritätische Besetzung von Prüfungsstelle und Beschwerdeausschuss.

Heute werden sie von der KVSH und den Verbänden der Krankenkassen gemeinsam gebildet. Das Team der Prüfungsstelle in Schleswig-Holstein umfasst heute 26 Köpfe, darunter Ärzte, Apotheker und IT-Fachleute.³ Denn beim Einsatz moderner Technik zählt die KVSH seit den 1960er-Jahren zu den Vorreitern: Damals zog einer der ersten Großrechner der Welt, der Z31 der Konrad Zuse KG, in das Gebäude der KVSH in Bad Segeberg ein.⁴

Die Frage nach dem Preis der Gesundheit beschäftigt die Gesellschaft seit Jahrhunderten: Damit niemand von Behandlungen ausgeschlossen blieb, ersuchte das Königlich Schleswig-Holsteinische Sanitätscollegium zu Kiel in einem „Circulairschreiben an die Physicos der Herzogthümer“ aus dem Jahr 1820 die Ärzte und Wundärzte, sie möchten bei der Behandlung von „Armen (...) keine theuren und ausländischen Arzeneien verordnen, wo sie mit wohlfeileren inländischen der Erfahrung nach auskommen können“.⁵

Wohlgemerkt: Es ging nicht darum, den Kranken eine Behandlung zu verweigern, sondern unter zwei wirksamen Medikamenten das günstigere zu wählen. Heute gilt derselbe Grundsatz für Originalpräparate und Generika.⁶

16. Circulairſchreiben an die Phyſicos der Herzogthümer, betreffend die Vermeidung der unnöthigen Vertheuerung der Arzneien für Arme, vom 30. Nov. 1820.

Da es nur zu oft vorkommt, daß von Ärzten und Wundärzten in der Armenpfege unverhältnißmäßig theure Arzneien ohne Noth verordnet werden, wovon das Sanitätscollegium einzelne Data in Menge anführen könnte; so ersucht das Sanitätscollegium hienüt den Herrn Interimſphyſicus N. N. allen Ärzten und Wundärzten Ihres Districts, im Namen des Sanitätscollegiums zur Pflicht zu machen, weder bei eingeleiteten, noch bei nicht eingeleiteten Armen theure und ausländische Arzneien zu verordnen, wo ſie mit wohlfeilern inländiſchen der Erfahrung gemäß auskommen können, beſonders auch rüchſichtlich mancher ſehr zuſammengeſetzter, in den Officinen vorräthiger Präparate, die Preiſe der einzelnen Ingredienzien wohl zu bedenken, auch nicht wo es vermieden werden kann, Diſſenſationen der Arzneien in die beſtimmten kleinen Doſen zu veranſtalten, wenn bei der gewöhnlichen Vorſchrift auf Theeröl und dergleichen keine Gefahr zu fürchten iſt, überhaupt jede unnöthige Vertheuerung der Arzneymittel zu vermeiden, damit die Armenanſtalten im Stande erhalten werden mögen bei leider zunehmender Armuth mehreren Kranken Hülfe angebeihen zu laſſen.

Königl. Schleft. Holſt. Sanitätscollegium zu Kiel den 30. Novbr. 1820.

G. H. Weber. J. L. Fiſcher. E. H. Pfaff. E. N. u. Wiedemann.

ABBILDUNG 1 CIRCULAIRSCHREIBEN BETREFFEND DIE VERMEIDUNG DER UNNÖTHIGEN VERTEUHRUNG DER ARZNEIEN FÜR ARME, 1820

Nicht nur bei den Medikamenten, auch bei den ärztlichen Honoraren griff die Regierung ein und legte so Mindestsätze fest, die für „nachweisbar Unbemittelte oder Armenverbände“ galten, wie es in der „Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte“ vom 19. Mai 1896⁷ heißt. Die niedrigen Sätze galten auch, wenn die Zahlung aus „Staatsfonds, aus den Mitteln einer milden Stiftung, einer Knappschafts- oder einer Arbeiterkrankenkasse zu leisten ist“.

Die Spannbreiten der Sätze waren groß: So kostete die „Eröffnung eines oberflächlichen Abcesses oder Erweiterung einer Wunde“ für die Ärmsten zwei Mark, maximal konnte ein Arzt zehn Mark verlangen. Der Beistand bei einer natürlichen Entbindung kostete 10 bis 40 Mark, für einen Kaiserschnitt durfte der Arzt 50 bis 500 Mark verlangen.

Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und Patientenwohl

Doch wer entscheidet, welche Behandlung für einen Kranken ausreichend, für die Ärztinnen und Ärzte angemessen honoriert und dennoch für die Gemeinschaft wirtschaftlich tragbar ist? Schon früh setzte sich die Erkenntnis durch, dass diese Grundsatzfragen nur gemeinsam und mit medizinischem Sachverstand zu klären sind. Im März 1912 berichteten die „Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte“ von einem Fall im Kreis Pinneberg. Dort hatte sich die Ortskrankenkasse Rellingen an den Ärztlichen Verein gewandt mit der Bitte, „Abhilfe zu schaffen gegenüber den außerordentlich hohen ärztlichen Rechnungen“. Die wirtschaftliche Kommission prüfte, fand den Verursacher und kam zu einer Lösung: „Nachdem die Rechnung dieses Kollegen mit seiner Zustimmung auf den Durchschnitt der übrigen Kassenärzte reduziert worden war, erklärte sich die Kasse befriedigt“.⁸

In den 1920er-Jahren litt das Deutsche Reich nach dem verlorenen Ersten Weltkrieg unter Massenarbeitslosigkeit, Not und Geldmangel. Im Jahr 1923 erließ die Reichsregierung eine „Verordnung über Krankenhilfe“, mit dem Ziel der „Sicherung der ärztlichen Versorgung“.⁹ Definiert wurde ein Minimalstandard, in dem die Wirtschaftlichkeit oben stand: „Die für eine Krankenkasse tätigen Ärzte sind verpflichtet, eine nicht erforderliche Behandlung abzulehnen, die erforderliche Behandlung (...) auf das notwendige Maß zu beschränken und (...) alles zu vermeiden, was eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe herbeiführen kann.“ Verwiesen wurde auf „Richtlinien“, die der Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen oder der Kassenvorstand festlegte, versehen mit dem Hinweis „zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenkasse“. Ärzten, die sich nicht an dessen Richtlinien hielten, drohte bei „gleichwohl wiederholter Verletzung“ die fristlose Kündigung – eine Maßnahme, gegen die sich Mediziner in einem reichsweiten Streik wehrten.

Der Reichsausschuss für Ärzte und Krankenkassen erließ 1925 auch eine „wirtschaftliche Arzneiverordnung“, die Ärzten unter anderem vorschrieb, unter mehreren Varianten stets die günstigste zu wählen und neue Präparate erst dann zu wählen, wenn „ihr Wert durch systematische Untersuchungen wahrscheinlich gemacht worden ist“.¹⁰

Offenbar fiel dieser harte Sparkurs den Ärzten schwer: Im Juni 1924 mahnte die K.-V. Kiel „dringend, bei den Arzneiverordnungen größte Sparsamkeit zu beachten“, da ansonsten die Kassen die Honorare nicht zahlen würden.¹¹ Und in der Region Flensburg galt ab April 1927 ein strikter „Durchschnittssatz von 3,50 M. je Fall und Vierteljahr“. Werde der überschritten, „wird der überschießende Betrag dem betr. Kollegen von seiner Rechnung gekürzt“, hieß es bei der Generalversammlung der K.V. Flensburg Land im November 1926.¹² 1931 trat eine „Notverordnung“ in Kraft, deren zentrale Begriffe heute noch gelten: Die kassenärztliche Versorgung habe „ausreichend und zweckmäßig“ sowie „nach Art und Umfang wirtschaftlich“ zu sein.

In der NS-Zeit verstärkte sich der Druck auf die Ärzteschaft, auch durch die Vertreter der gleichgeschalteten Standesorganisationen. Bemängelt wurden unter anderem zu viele Krankenhauseinweisungen: So drohte der Amtsleiter der Verwaltungsstelle Schleswig-Holstein der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands den Ärzten mit disziplinarischen Strafen. Nur bei „Lebensgefahr bzw. zu befürchtender lebensgefährlicher Verschlimmerung“ dürfe ein Arzt selbst die Einweisung veranlassen, ansonsten brauche er die Genehmigung der Kassen.¹³ Noch harscher war der Ton ein Jahr später: „Von Kassenseite sind mir Ärzte, die durch hohe Zahlen von Krankenhausanweisungen auffällig geworden sind, namhaft gemacht worden“, so Amtsleiter Dr. Köhler. Er werde darüber „wachen, daß in Zukunft den Forderungen der Krankenkassen Rechnung getragen wird“.¹⁴ Um die „Wirtschaftliche Ordnungsweise“ von Medikamenten ging es in einer Bekanntmachung, die 1936 im Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein veröffentlicht wurde.¹⁵ In den Kriegsjahren wuchs der Druck weiter.¹⁶

KVSH setzt auf technische Lösungen

Nach der Niederlage Nazi-Deutschlands nahm die Selbstverwaltung wieder ihre Arbeit auf. Durch den großen Zuzug von Geflüchteten wuchs die Bevölkerung Schleswig-Holsteins rasch, auch die Zahl der Ärzte vervielfachte sich. Um dieses „Massenproblem“ zu lösen, setzte die KV auf technische Lösungen. Das galt auch für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, für die die KVSH ein eigenes Verfahren entwickelte, das später von anderen übernommen wurde.¹⁷ Der Kern war ein Informationssystem: Alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte erhielten einmal pro Jahr statistische Daten ihres Bereiches, um ihr Leistungs- und Ordnungsverhalten daran messen zu können. Das Verfahren sollte zur Transparenz und Kostendämpfung beitragen.¹⁸

Was und wie geprüft wurde, unterlag im Lauf der Jahre stetigen Veränderungen, der Gesetzgeber experimentierte mit verschiedenen Modellen: Teils wurde nur auf Antrag geprüft, teils wurden Praxen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt.

Seit Januar 2017 wird – schnelle Rechner machen es möglich – jede einzelne Behandlung auf ihre Wirtschaftlichkeit geprüft. Die gesetzliche Grundlage dafür ist das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015. Die Prüfungsstelle darf dabei als einzige Instanz auf die Daten sowohl der KV als auch der Kassen zugreifen.¹⁹

Hinter den Datenbergen stehen beträchtliche Summen: Die Bevölkerung in Schleswig-Holstein verbraucht pro Jahr Medikamente im Wert von rund 1,4 Milliarden Euro – das entspricht in etwa der Gesamtsumme für ärztliche Honorare. Von den Medikamenten- und Heilmittelkosten entfallen rund 400 Millionen Euro auf etwa 100.000 Patientinnen und Patienten mit schweren oder chronischen Krankheiten, die etwa mit Chemotherapien oder Dialyse behandelt werden. Die Versorgung aller anderen Versicherten kostet rund eine Milliarde Euro.²⁰

Der Abgleich zwischen den virtuellen und den realen Kosten macht etwa die Hälfte der Arbeit der Prüfungsstellen aus.²¹ Die andere Hälfte entfällt auf die Begutachtung von Einzelfällen. Rund 15.000 Anträge pro Jahr stellen die Krankenkassen an die Prüfungsstelle. Darunter sind die Fälle, in denen ein Arzt ein frei verkäufliches Medikament verschreibt – ein Gesetzesverstoß, der allerdings nur geahndet wird, wenn eine Geringfügigkeitsgrenze überschritten ist.

Aber es gibt auch immer wieder komplizierte Sachverhalte, in denen bis ins Detail ausgelotet werden muss, ob eine Behandlung oder ein Medikament für diesen konkreten Patienten angemessen war oder nicht. Viele Fragen lassen sich im Gespräch mit dem Arzt klären, sie sind fester Teil des Klärungsweges: Es gilt das Prinzip „Beratung vor Regress“, schließlich stehen die Information und die Änderung der Abläufe im Vordergrund.²²

Kommt es am Ende tatsächlich zu einer Regressforderung, kann der Arzt sich an den Beschwerdeausschuss wenden, der ebenfalls paritätisch von Mitgliedern der KV und der Krankenkassen besetzt ist. Die meisten Forderungen bewegen sich in einem überschaubaren Rahmen: In über 40 Prozent der Fälle geht es um Summen unter 100 Euro.

Endnoten

- 1 www.aerzteblatt.de, 9. Juni 2020; tagesschau.de, 19. Mai 2020
- 2 Vgl. Josef Maus: Deutsches Ärzteblatt 21/1999, 28. Mai 1999, in: [www.aerzteblatt.de/archiv/17861/Kostendämpfung-im-Gesundheitswesen-Der-lange-Weg-in-die-Verwaltungsmedizin,-sowie-„Gesetz-zur-Dämpfung-der-Ausgabenentwicklung-und-zur-Strukturverbesserung-in-der-gesetzlichen-Krankenversicherung-\(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz-–-KVKG\)“](http://www.aerzteblatt.de/archiv/17861/Kostendämpfung-im-Gesundheitswesen-Der-lange-Weg-in-die-Verwaltungsmedizin,-sowie-„Gesetz-zur-Dämpfung-der-Ausgabenentwicklung-und-zur-Strukturverbesserung-in-der-gesetzlichen-Krankenversicherung-(Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz-–-KVKG)“), in: Gesetze im Internet, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (Hg.)
- 3 Telefonat mit Birgit Hanisch-Jansen, Leiterin der Prüfungsstelle der Vertragsärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein, vom 25. Januar 2021
- 4 Vgl. Kapitel „Verwaltung“, S. 164, und www.horst-zuse.homepage.t-online.de/z31.html. Von insgesamt sieben verkauften Z31 wurden vier von KVen eingesetzt, neben Schleswig-Holstein auch in Hamburg, Nordbaden und Trier.
- 5 Vgl. Königlich Schleswig-Holsteinisches Sanitätscollegium zu Kiel: „Circulairschreiben an die Physicos der Herzogthümer“, 30. November 1820, in: R. Dohrn: „Die Schleswig-Holsteinische Medicinalverfassung in einer schematischen Reihe von Verordnungen dargestellt“, Heide 1834, S. 59
- 6 Telefonat mit Birgit Hanisch-Jansen,
- 7 Vgl. „Bekanntmachung betreffend den Erlaß einer Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte“, in: Erste Beilage zum Deutschen Reichs- und Preußischen Staatsanzeiger, Nr. 119, Berlin, 19. Mai 1896
- 8 Vgl. Ärztliche Mitteilungen 1912, März, S. 144
- 9 „Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923“, in: Reichsgesetzblatt, Jahrgang 1923, Teil I, S. 1054 ff.
- 10 Vgl. „Richtlinien für wirtschaftliche Arzneiverordnung vom 15. Mai 1925“, in: Mitteilungen des VSHÄ, 1929, S. 152–155
- 11 Vgl. Mitteilungen der Geschäftsstelle der K.-V. Kiel, Juni 1924, S. 7
- 12 Vgl. Bericht über die Generalversammlung der K. V. Flensburg Land am 19. November 1926 in Süderbrarup
- 13 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Einweisung in Krankenhäuser, 1934, S. 94
- 14 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Krankenhauseinweisungen, 1935, S. 441
- 15 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Hamburg, Nr. 32, 3. Jahrgang, August 1936, S. 389 ff.
- 16 Vgl. Kapitel „Sicherstellung 1800–1945“
- 17 Vgl. Schüttrumpf, Bertholt: „50 Jahre KVSH. Ein Stück Geschichte unseres Gesundheitssicherungs-systems.“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 7,1985, S. 406 ff.
- 18 Vgl. ebd., S. 410
- 19 Telefonat mit Birgit Hanisch-Jansen, Leiterin der Prüfungsstelle der Vertragsärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein
- 20 Telefonat mit Timo Emcke, Abteilung Struktur und Verträge der KVSH
- 21 Ebd.
- 22 Telefonat mit Birgit Hanisch-Jansen.

WICHTIGE EREIGNISSE
IM ÜBERBLICK

Verwaltung 1924 – 2021

1924

Auf Beschluss des Ärztlichen Provinzialverbandes (Hartmannbund) hat jede der 21 regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen in Schleswig-Holstein eine eigene Verrechnungsstelle einzurichten.

1935

In Bad Segeberg wird neben der „Provinzstelle Schleswig-Holstein“ der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands (KVD) auch eine „Zentral-Abrechnungsstelle“ errichtet. Gemeinsam mit der Ärztekammer bezieht die KVD-Provinzstelle eine Villa am Segeberger See (Klosterkamp 12).

1937

Eine weitere Villa (Klosterkamp 13) wird als Dienstgebäude angemietet. Die Belegschaft umfasst insgesamt 17 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

1945

Beschlagnahmung der beiden Dienstgebäude am Klosterkamp durch die britische Militärregierung. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von KV und Ärztekammer finden Aufnahme in der Privatärztlichen Verrechnungsstelle in der Eutiner Straße 3 in Bad Segeberg (heute: „Haus Parkblick“).

1948

56 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind inzwischen für KV und Ärztekammer tätig.

1959

Einführung der „Hollerith-Technik“ auf IBM-Lochkartenmaschinen für Abrechnung und Finanzbuchhaltung

1964

Erwerb des Großrechners „Z31“ sowie der Eingabegeräte „Z16“ des Computerpioniers Konrad Zuse

1965

KVSH bezieht gemeinsam mit der Ärztekammer einen Neubau in der Bismarckallee (Bad Segeberg).

1973

Errichtung eines Rechenzentrums und Erwerb einer Großrechenanlage vom Typ „UNIVAC 1106“, gemeinsame Nutzung mit der KV Hamburg

1977

Ärztekammer bezieht einen eigenen Neubau in der Bismarckallee (Bad Segeberg).

1982

Bau des „Verwaltungsgebäudes 2“ mit Büroräumen, Abgeordnetensaal und Kantine

1989

Bau des „Verwaltungsgebäudes 4“ für die 90 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abrechnungsabteilung.

2021

Bau eines weiteren Verwaltungsgebäudes mit Büroräumen und Plenarsaal der Abgeordnetenversammlung

Allein am Standort Bad Segeberg sind 457 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig.

Verwaltung 1924 – 2021

Erste Dienstgebäude und
Hightech in der Bismarckallee



ABBILDUNG 1 HAUPTSITZ DER KVSH IN BAD SEGERBERG

Durchaus möglich, dass auch Sie schon mal in folgende Situation geraten sind: Sie werden von Freunden oder Verwandten gefragt, weshalb die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein als Landesstelle eigentlich ihren Sitz nicht in der Landeshauptstadt Kiel hat, sondern schon vor Urzeiten ihre Wigwams in der doch recht beschaulichen Karl-May-Stadt Bad Segeberg aufgeschlagen hat. Damals umfasste die gesamte Verwaltung gerade einmal 17 Personen; heute verfügt die KVSH hingegen allein am Standort Bad Segeberg über 457 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und gilt damit als einer der größten Arbeitgeber der Region. Dazwischen liegen fast 90 Jahre – der Weg dahin war mit viel Licht, aber auch viel Schatten gesäumt, mitunter auch mit Zufällen und Kuriosum. Dieses Kapitel möchte dieses durchaus spannende Stück Verwaltungsgeschichte nachzeichnen.

Der weite Blick zurück – KV-Verwaltung in der Weimarer Republik und unter Nazi Herrschaft

Vor fast 100 Jahren war noch vieles anders. Im Jahr 1924 hatte jede der 21 regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen in Schleswig-Holstein auf Beschluss des Ärztlichen Provinzialverbandes (Hartmannbund)¹ eine eigene Verrechnungsstelle samt Prüfungsausschuss einzurichten, darunter auch eine in Bad Segeberg (Kurhausstraße. 40).² Da damals eine gesetzliche Festsetzung des Arzthonorars drohte, wies der Vorsitzende des Ärztlichen Provinzialverbandes, Dr. Georg Boyksen, zusätzlich darauf hin, dass „die Rechnungsprüfung, die Überwachung der Rezepte, das Krankschreiben so scharf wie möglich durchgeführt“ werden müsse.³

Knapp zehn Jahre später hatte sich die Situation dramatisch verändert; die Nationalsozialisten hatten die Herrschaft übernommen. Durch eine Verordnung vom 2. August 1933 entstand die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands (KVD) mit Sitz in Berlin und übernahm auch sämtliche Aufgaben und Rechte der regionalen KVen in Schleswig-Holstein. Aus dem Ärztlichen Provinzialverband des Hartmannbundes

in Kiel wurde kurzerhand eine Provinzstelle Schleswig-Holstein der KVD, die der neue Amtsleiter, Dr. Hans Köhler, sofort nach Dienstantritt an seinen Wohnort Neumünster verlegen ließ. Begründet wurde der Standortwechsel damit, dass sich das bisherige Kieler Büro weit außerhalb des Zentrums befände ohne jegliche Straßenbahnverbindung. Merkwürdigerweise stand ein Umzug innerhalb der Stadtgrenzen Kiels niemals zur Debatte, vielmehr schwärmte der neue KVD-Amtsleiter in höchsten Tönen von seinem Wohnort als Amtssitz. Zitat: „Die Stadt, die nach ihrer Lage für das Büro allein in Frage kommt, ist Neumünster. Sie ist bekannt als Kongressstadt, liegt so zentral, dass von allen Seiten die Bahnverbindungen sich hier schneiden.“⁴

Auf Anordnung des Reichsärztesführers Wagner wurden mit Wirkung zum 1. März 1934 die Kassenärztlichen Vereinigungen in Schleswig-Holstein zu fünf Bezirksstellen zusammengelegt, die gleichzeitig auch die Abrechnung übernahmen. Diese befanden sich in Flensburg („Bezirksstelle Nord“), Rendsburg („Bezirksstelle Mitte“), Kiel („Bezirksstelle Kiel“), Lauenburg („Bezirksstelle Süd“) sowie in Bad Segeberg („Bezirksstelle Ost“).⁵ Die Abrechnung über die Bezirksstellen war jedoch von Anfang an nicht als Dauerlösung gedacht, sondern sollte lediglich eine zentrale Abrechnung ab dem 1. Juli 1935 vorbereiten.⁶ Es dürfte kein Zufall sein, dass zu diesem Termin auch der „Einheitskrankschein für RVO-Kassen“ reichsweit eingeführt wurde.⁷

Offenbar waren aber zunächst die Probleme der neuen Bezirksstellen mit den Arztabrechnungen weitaus größer als erwartet, wie Köhler später erläuterte: „Das 1. Vierteljahr 1934 ist nun abgerechnet unter den größten Schwierigkeiten. Vielfach musste innerhalb der Bezirksstellen noch einzeln nach alten Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet werden, da die vorgefundenen Systeme der Abrechnung fast überall anders waren. Ebenso waren die Honorarverhältnisse überall verschieden. Zum Teil hatten die KVen keinerlei Prüfung der Pauschalen vorgenommen, in anderen Fällen wieder wurde die Pauschale von Vierteljahr zu Vierteljahr weiter gestundet. Es gab sogar alte KVen, die für diese gestundeten Honorare sich Schuldscheine haben ausstellen lassen.“



ABBILDUNG 2 SITZ DER KVD-LANDESSTELLE SCHLESWIG-HOLSTEIN IN BAD SEGEBERG, KLOSTERKAMP 12

Alles in allem waren es Zustände, die die Bezirksstellen in ihrer Aufgabe, die zentrale Abrechnung vorzubereiten und durchzuführen, vor unendliche Schwierigkeiten stellte (...).⁸

Zur geplanten Errichtung der zentralen Abrechnungsstelle am Standort Neumünster kam es jedoch nicht mehr. Vielmehr erfuhren die überraschten Ärzte nur wenige Tage vor Abgabe der Krankenscheine, dass KVD-Amtsleiter Köhler durch den Chefarzt des Segeberger Kreiskrankenhauses und „SS-Obersturmbannführer“, Dr. Hans Rinne, ersetzt worden sei. Dieser teilte sogleich mit, er habe „die Übersiedlung der Provinzstelle und der Zentral-Abrechnungsstelle von Neumünster nach Bad Segeberg mit dem 1. Juli 1935 angeordnet.“ An der Zentral-Abrechnungsstelle sei nichts zu ändern gewesen, „weil die bisher vollamtlich arbeitenden geschäftsführenden Ärzte der früheren Bezirksstellen nicht in der Lage gewesen seien, die Abrechnung in alter Form nebenamtlich vorzunehmen“, wie Rinne säuerlich bemerkte.⁹

Nur wenige Wochen später wurde Rinne vom Preußischen Minister des Innern zusätzlich zum Vorsitzenden der Ärztekammer der Provinz Schleswig-Holstein ernannt, weshalb die Geschäftsführung der Ärztekammer zum 15. September 1935 ebenfalls von Neumünster nach Bad Segeberg verlegt wurde.¹⁰

Beide ärztlichen Organisationen hatten somit ihren Sitz in Bad Segeberg und bezogen gemeinsam eine angemietete Villa am Segeberger See, in unmittelbarer Nachbarschaft zum damaligen Kurhotel (heute: Vitalia Seehotel) am Klosterkamp 12.¹¹ Im Jahr 1937 kam eine weitere Villa (Klosterkamp 13) hinzu.¹²

„Hieroglyphen auf Butterbrotpapier“

Die Qualität der erstmals an die KVD-Landesstelle Schleswig-Holstein geschickten Krankenscheine missfiel dem neuen Amtsleiter sichtlich. In seinem vorweihnachtlichen Schreiben vom 15. Dezember 1935 rügte er die schleswig-holsteinischen Kassenärzte entsprechend:

„Unsere Geduld ist ja sehr groß und wird es Einzelheiten gegenüber auch wohl bleiben müssen, denn wir maßen uns nicht an, alle Kollegen auch in Punkto Rechnungsaufstellung zu vollkommenen Kassenärzten heranbilden zu können. Dieses goldene Zeitalter wird ein Wunschtraum bleiben. Aber ist es nötig, die Kassenrechnungen in babylonischer Keilschrift auszufertigen und statt der klaren Gebührenordnungsziffern Hieroglyphen hinzukritzeln? (...) Es kann auch nicht schaden, wenn auf das Äußere der Rechnungen etwas mehr Sorgfalt gewandt wird. Butterbrotpapier, wenn es schon einmal gebraucht ist, wird zweckmäßig aus der Nähe der Abrechnungen verbannt. Es färbt ab, und die Rechnungsblätter werden durchscheinend davon. Zum Abtrocknen der Schrift eignet sich nur Löschpapier. Es liegt im Interesse jedes einzelnen Kollegen, dass die Vierteljahresabrechnung rechtzeitig im letzten Quartalsmonat jedem einzelnen zugestellt werden kann. Das ist nur möglich, wenn jeder einzelne Arzt die Geschäftsstelle bei ihrer schweren Arbeit unterstützt.“¹³

Hinsichtlich des Personals liegen zumindest für das Jahr 1937 präzise Zahlen vor. Hiernach standen KVD-Amtsleiter Rinne „für die Durchführung aller Aufgaben der Landesstelle“ 17 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. Diese teilten sich auf in einen ärztlichen Geschäftsführer, einen hauptamtlich und einen nebenamtlich tätigen Prüfarzt, einen kaufmännischen Geschäftsführer, zwölf Büroangestellte sowie einen Lehrling.¹⁴ Gegen Ende des Krieges lag die Personalstärke dann bei ca. 25 Personen.¹⁵ Die Ärztekammer übernahm die Hälfte der Kosten für den geschäftsführenden Arzt sowie die Gesamtkosten für ein bis zwei Mitarbeiter; alle übrigen Kosten wurden demgegenüber von der KVD-Landesstelle getragen.¹⁶



ABBILDUNG 3 ÄRZTEBLATT FÜR HAMBURG UND SCHLESWIG-HOLSTEIN, 29. AUGUST 1937, S. 512

Trotz hoher Arbeitsauslastung scheint die Stimmung unter der Belegschaft gut gewesen zu sein. Zumindest stellte der kaufmännische Geschäftsführer Alfred Evert damals zufrieden fest: „Jeder Einzelne tat arbeitsfreudig seine Pflicht und half so an dem Platz, an dem er gestellt war, an der Erfüllung unserer Aufgaben.“¹⁷

Am 1. Januar 1937 waren 570 Kassenärzte und 21 Kassenärztinnen im damaligen Schleswig-Holstein tätig¹⁸, welche in den Abrechnungsquartalen IV/35 bis III/36 insgesamt über 900.000 Behandlungsfälle über die KVD-Landesstelle in Bad Segeberg abrechneten.¹⁹ Unter der nationalsozialistischen Herrschaft gab es nicht nur eine budgetierte Gesamtvergütung, sondern es wurde auch ein „Verteilungsschlüssel“ angeordnet. Dieser setzte die Honorarforderungen derjenigen Ärzte herab, die die „Normfallzahl“ überschritten und deren angeforderten Fallkosten über dem „Normfallwert“ lagen.²⁰ Derartige HVM-Maßnahmen mussten damals noch manuell durch die Verwaltung umgesetzt werden. Da es damals noch keine Computer gab, kam höchstens eine Rechenmaschine als technisches Hilfsmittel in Betracht. Die Minderungen durch Anlegung des Verteilungsschlüssels waren übrigens nicht unerheblich; sie reichten von 13,95 Prozent (II/36) bis 18,56 Prozent (I/36).²¹

Auch das "Groß-Hamburg-Gesetz" hatte administrative Konsequenzen für die KVD-Landesstelle. Die betroffenen Ärzte in Altona und Wandsbek hatten ihre Leistungen ab dem 1. April 1937 über die KVD-Landesstelle Hamburg abzurechnen. Andererseits erhielten die Lübecker Kassenärzte, nachdem die zuvor reichsfreie Stadt durch das Gesetz nach Schleswig-Holstein eingegliedert wurde, ihre Honorarabrechnung aus Bad Segeberg. Aus der bisherigen KVD-Landesstelle Lübeck war eine weitere Bezirksstelle der KVD-Landesstelle Schleswig-Holstein geworden.²²

Die Nachkriegsjahre

Mit dem Zusammenbruch des Deutschen Reiches im Mai 1945 hatte auch die KVD-Landesstelle Schleswig-Holstein keine Grundlage mehr für administratives Handeln.

Die bisherige Führung war ohnehin nicht mehr verfügbar. Sowohl KVD-Amtsleiter Rinne als auch der Geschäftsführende Arzt, Dr. Oskar Vogt, wurden aufgrund ihrer nationalsozialistischen Vergangenheit verhaftet und der kaufmännische Geschäftsführer Evert war noch nicht vom Kriegsdienst heimgekehrt.²³ Dennoch war die Aufrechterhaltung eines funktionierenden Gesundheitswesens angesichts der chaotischen Nachkriegsverhältnisse unentbehrlich. Daher wurden die niedergelassenen Ärzte Dr. Berthold Rodewald aus Kiel und Dr. Hans Stubbe aus

Heide bereits im Juni 1945 mit der kommissarischen Wahrnehmung der Geschäfte der Ärztekammer unter Einschluss der KV-Aufgaben durch die britische Militärregierung beauftragt (vgl. Kapitel „Interessenvertretung“).

Die beiden Dienstgebäude von KVD-Landesstelle und Ärztekammer am Klosterkamp wurden von der britischen Militärregierung beschlagnahmt. Die Belegschaft fand Aufnahme in der Privatärztlichen Verrechnungsstelle in der Eutiner Straße 3 (heute: „Haus Parkblick“), damals

quasi eine Abteilung der Ärztekammer. Man kann sich vorstellen, wie schwierig die Arbeitsbedingungen aufgrund der beengten Raumverhältnisse gewesen sein mögen. Plötzlich mussten drei Ärzteorganisationen unter einem Dach untergebracht werden und das Raumangebot war alles andere als üppig. Hinzu kam, dass es sich bei dem Gebäude um kein typisches Bürohaus handelte, sondern um die ehemalige Privatklinik von Rinne, die er im Jahr 1938 an die Ärztekammer verkauft hatte.



ABBILDUNG 4 EUTINER STRASSE 3 IN BAD SEGEBERG – GEMEINSAMER HAUPTSITZ VON ÄRZTEKAMMER UND KV IN DEN JAHREN 1945 – 1965

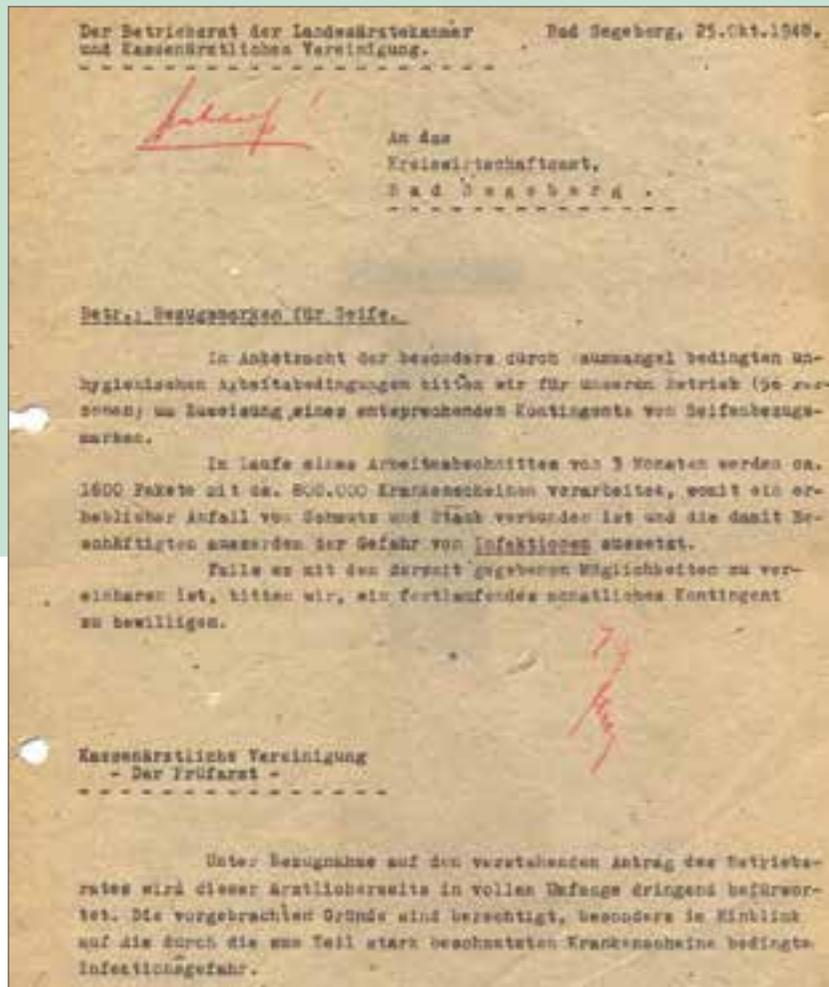


ABBILDUNG 5 SCHREIBEN DES BETRIEBSRATES DER ÄRZTEKAMMER UND DER KVSH, 1948

Umso erstaunlicher, dass es der – nunmehr bei der Ärztekammer angesiedelten – „Kassenärztlichen Verrechnungsstelle“ gelang, trotz aller Widrigkeiten und Entbehrungen zum Kriegsende den Abrechnungsbetrieb weitgehend aufrechtzuerhalten. Mit dem „Rundschreiben Nr. 1“ vom 1. Juli 1945 wurden die Ärzte darüber informiert, dass ihnen die Abrechnung und Schlusszahlung für das Abrechnungsquartal I/1945 „planmäßig“ zugehen werde. Auch seien die monatlichen Vorauszahlungen wie üblich erfolgt, jedoch wegen teils gestörter Bankverbindungen nicht überall termingemäß eingegangen.²⁴

Massive Probleme bereitete in den ersten Nachkriegsjahren aber der Mangel an Ressourcen. So teilte die Ärztekammer im „Rundschreiben Nr. 8“ den Ärztinnen und Ärzten mit, dass sich die Übersendung der Abrechnungsunterlagen aufgrund des bestehenden Mangels an Papier leider verzögern werde. Auch gäbe es erhebliche „Schwierigkeiten, Drucksachen angefertigt zu erhalten“. Es werde aber „alles drangesetzt, die Abrechnung II/1946 und auch die künftigen Abrechnungen zu den gewohnten Zeitpunkten fertigzustellen, sodass die Abrechnungsunterlagen mit Ablauf des Vierteljahres im Besitz der Herren Ärzte“ seien.²⁵

Die inzwischen auf 56 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angewachsene „Gefolgschaft“ kämpfte im Jahr 1948 jedoch auch mit Mängeln ganz anderer Art. So ist ein Schreiben des „Betriebsrates der Landesärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung“ an das Kreiswirtschaftsamt in Bad Segeberg erhalten geblieben, in welchem um die fortlaufende Bewilligung von „Bezugsmarken für Seife“ dringend gebeten wurde. Als Grund wurde darauf verwiesen, dass mit der Bearbeitung von ca. 800.000 Krankenscheinen „ein erheblicher Anfall von Schmutz und Staub“ verbunden sei und die Beschäftigten der Gefahr von Infektionen ausgesetzt wären.²⁶

Selbst bei der Berufskleidung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wurde die Ressourcenknappheit spürbar. So wurde in einem weiteren Schreiben an das Kreiswirtschaftsamt um die Zuweisung von „Spinnstoffpunkten“ gebeten: „Um unseren in Bezug auf Bekleidung besonders schlecht gestellten Gefolgschaftsmitgliedern helfen zu können, bitten wir, das allgemein übliche Kontingent für ca. 20 Personen entsprechend zu erhöhen. Es handelt sich hier ausnahmslos um Flüchtlinge und Ostvertriebene, die dringend einer Aufbesserung ihrer Berufskleidung bedürfen.“²⁷

Immer mehr Arbeit für die Verwaltung

Währenddessen erhöhte sich die Zahl der Kassenärzte und Kassenärztinnen in Schleswig-Holstein und damit die Arbeitsbelastung der KV-Verwaltung immer weiter. Waren es im Jahr 1939 noch 730 Kassenärztinnen und Kassenärzte, stieg die Zahl bis Ende 1948 auf 1.512 an. Auf Vorschlag der Geschäftsführung beschlossen daher die Vorstände von Ärztekammer und KV gemeinsam, ab 1. Oktober 1949 „die Dienstzeit auf den Sonnabend in der Zeit von 7 ½ – 12 Uhr auszudehnen.“ Der Vorschlag erfolge „aufgrund des dauernd wachsenden Arbeitsumfangs und um zwei durch Ausscheiden von Angestellten frei gewordene Stellen nicht wieder zu besetzen.“²⁸ Erst zwölf Jahre später beschloss der Vorstand der KVSH, „künftig den 2. und 4. Sonnabend dienstfrei zu machen.“ Die dadurch ausfallenden Arbeitsstunden wurden allerdings „auf die übrigen Wochentage verlegt.“²⁹ Ab dem 1. Januar 1969 wurde sodann die Fünf-Tage-Woche eingeführt; im Gegenzug entfielen die bis dato dienstfreien Mittwochnachmittage.³⁰

Immerhin entspannte sich die räumliche Situation in der Eutiner Straße 3 zunächst. Im Jahr 1951 nutzte man mit einem größeren und einem kleineren Erweiterungsbau die letzten Entfaltungsmöglichkeiten vor Ort. Zusätzliche Entlastung brachte der Umzug der Privatärztlichen Verrechnungsstelle (PVS) in ein eigenes Verwaltungsgebäude in der benachbarten Moltkestraße 1.³¹ Kaum ein Jahr später dann der nächste Rückschlag – der kaufmännische Geschäftsführer Alfred Evert berichtete, dass das Hausgrundstück in der Eutiner Straße 3 „zum Teil erheblich vom Hausbock befallen“ sei. Mit der Beseitigung wurde ein „Lübecker Spezialinstitut“ beauftragt, welches immerhin eine Garantieerklärung für die nächsten vier Jahre abgab.³²

Die KVSH und das Wirtschaftswunder

Dennoch machte sich ein kleines Stück Wirtschaftswunder langsam auch in der gemeinsamen Verwaltung von KVSH und Ärztekammer bemerkbar. Das alljährliche Betriebsfest, welches in den vorausgegangenen vier Jahren „aus Sparsamkeitsgründen“ ausgefallen war, fand im Jahr 1952 erstmals wieder statt.

Im Dienstgebäude wurden „Getränke und ein kaltes Büffet“ gereicht; zum Tanz spielte „ein Bar-Trio aus Hamburger Studenten“ auf.³³

Auch der Dienstwagen der KVSH konnte endlich modernisiert werden. So beschloss die Abgeordnetenversammlung mit einer Stimmenthaltung die „Anschaffung eines Volkswagens anstelle des verbrauchten DKW-Wagens zum Preise von DM 5.400 bei Verkauf des alten Wagens für DM 700.“³⁴

Allmählich war auch wieder Zeit für kulturelle Veranstaltungen. So fanden im Jahr 1952 am Dienstort Bad Segeberg erstmals die „Karl-May-Spiele“ statt; diese hießen damals allerdings noch „Winnetou-Festspiele“ und standen unter dem Motto „Eine Stadt spielt Indianer“. Viele Bad Segeberger waren als Darsteller und Helfer hinter den Kulissen dabei, darunter auch 14 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der „Kassenärztlichen Verrechnungsstelle“. In den Kellern der KVSH hat eine entsprechende Teilnehmerliste die Zeiten überdauert.

Nach Auskunft der Kalkberg GmbH hatten zwei KVSH-Mitarbeiter damals sogar kleine Nebenrollen und spielten die Banditen „Clay“ und „Gates“ aus der Bande des Schurken „Santer“. Die übrigen Namen tauchen in der Rollenaufstellung hingegen nicht auf; es dürfte sich vermutlich um Statisten gehandelt haben.³⁵

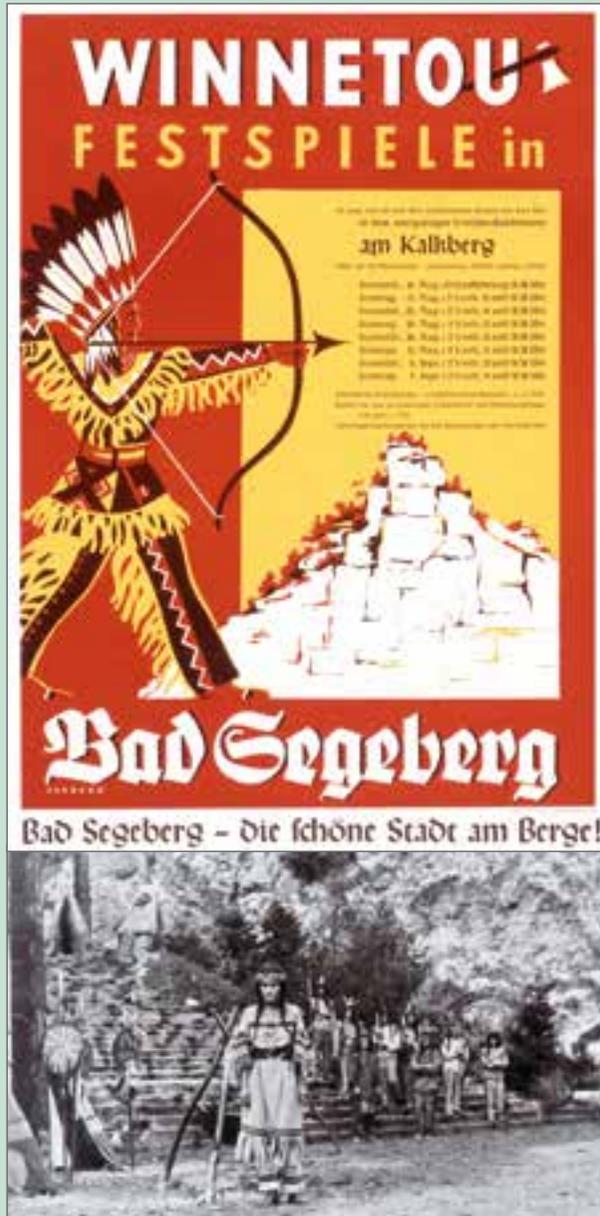


ABBILDUNG 6 PLAKAT DER „WINNETOU-FESTSPIELE“ 1952, TEILNEHMERLISTE DER KVSH 1952, DARSTELLERIN DER „NSCHO-TSCHI“ MIT STATISTEN, 1952

152 -
70
1. Ad. by. Segeberg

Behörde: Kassenärztliche Vereinigungsstelle
 Betriebs:
 Schule:

Namen der Mitwirkenden bei den Winnetou-Festspielen.

LFZ. Nr.	N a m e, Vorname	Alter	Stand	Bemerkungen
1	Wiesner	Karol	21	Wohnung
2	Schwan	93	76	Karlsh. 71
3	W. H. H.	Johann	27	Waldh. 23
4	S. W.	171	35	Karlsh. 27-29
5	S. W.	Schiff	31	Waldh. 25-27
6	Schwan	W. J.	28	Waldh. 42
7	W. H. H.	W. J.	23	Waldh. 25
8	W. H. H.	Kell	35	Waldh. 9
9	Kaplan	K. W.	48	Waldh. 46
10	Schwan	W. J.	32	Waldh. 25
11	W. H. H.	W. J.	24	Waldh. 25
12	Schwan	W. J.	26	Waldh. 25
13	W. H. H.	W. J.	32	Waldh. 25
14	W. H. H.	W. J.	24	Waldh. 25

Die Mitwirkenden werden zur ersten Besprechung am Sonnabend den 16. Juni um 19.30 Uhr im Saal des Freizeitsportplatzes eingeladen. Pünktlich erscheinen!



ABBILDUNG 7 HOCHMODERNE DATENERFASSUNG UND -VERARBEITUNG MIT EINER EDV-ANLAGE DES COMPUTERPIONIERIS KONRAD ZUSE IN DEN 1960ER-JAHREN

Modernste Technik von Computerpionier Konrad Zuse

Ungeachtet dessen nahmen die Aufgaben und Anforderungen der KVSH im Laufe der nächsten Jahre immer weiter zu. „(...) 1,3 Millionen Krankenscheine mit etwa 4 bis 5 Leistungen pro Fall von 1.900 verschiedenen Ärzten in 65 Arbeitstagen mit nahezu 100 Krankenkassen in unserem Lande und mehr als 2.000 Krankenkassen im Bundesgebiet abzurechnen war eine Aufgabe, die nur technisch zu lösen war (...)\", so der spätere kaufmännische Geschäftsführer Berthold Schüttrumpf.³⁶ Für Abrechnung und Finanzbuchhaltung führte die KVSH daher im Jahr 1959 die „Hollerith-Technik“ auf IBM-Lochkartenmaschinen ein. Doch schon ein Jahr später informierte der kaufmännische Geschäftsführer Alfred Evert die Abgeordnetenversammlung der KVSH, „dass nach der aufgrund der Reform der sozialen Krankenversicherung sicher durchzuführenden Einzelleistungs-

abrechnung in der RVO-Kassenpraxis sich der Arbeitsumfang aus der Durchführung der Honorarabrechnung etwa versechsfachen wird, was zusätzliche Arbeitskräfte, Maschinen und Räume“ erfordere.³⁷ Zudem machte eine immer komplexere Gebührenordnung bald den Einsatz modernster Technik erforderlich. Die KVSH hatte sich für die EDV-Anlage „Zuse Z31“ des deutschen Computerpioniers Konrad Zuse entschieden. Dieser hatte 1941 den ersten funktionsfähigen Digitalrechner der Welt gebaut und nach dem Krieg ein eigenes Computer-Unternehmen gegründet. Von dem Modell „Zuse Z31“ wurden weltweit nur sieben Exemplare gebaut. Zunächst stand die sechs Meter breite und zweieinhalb Meter hohe Maschine aus Platzgründen noch in einer Garage in der Moltkestraße in Bad Segeberg. Die „Z31“, die aus rund tausend Transistoren bestand und exakt 48.000 Worte speichern konnte, wurde für die Abrechnung der Krankenscheine nach der Reichsversicherungsordnung (RVO) und aus dem Bereich der Ersatzkassen eingesetzt. 18 Mitarbeiterinnen fütter-

ten den Zuse-Großrechner. Diese „Locherinnen“ mussten zur zentralen Gebührenabrechnung rund neun Millionen Gebührenordnungspositionen in Lochstreifen-Schrift eintippen. Zur Eingabe standen Rechner des Typs „Zuse Z16“ zur Verfügung. Mit ihnen wurden lange Papierstreifen gelocht, die danach von einem Lesegerät aufgenommen und weiterverarbeitet wurden. Riss ein Lochstreifen, musste mit Schere und Klebstoff korrigiert werden. Von den insgesamt 68 Tasten waren 30 mit den häufigsten Gebührenziffern belegt. Die häufigsten Ziffern waren die „1“ für „Beratung“ und die „65“ für „Besuch“. Ende der 60er-Jahre wurden so pro Quartal 1,5 Millionen Krankenscheine von circa 2.000 Kassenärzten abgerechnet.³⁸ Eines dieser Eingabegeräte der KVSH hat übrigens die Zeiten überdauert und befindet sich heute im Deutschen Technikmuseum in Berlin.

Der Neubau in der Bismarckallee

Dass das Platzangebot in der Eutiner Straße 3 für derart große Rechenanlagen bei weitem nicht mehr ausreichte, lag auf der Hand. Auch hatte sich allein durch Freigabe der Zulassung³⁹ im Jahr 1960 die Zahl an Kassenärztinnen und -ärzten in Schleswig-Holstein um 20 Prozent erhöht, was wiederum weiteres Personal in der Geschäftsstelle erforderlich machte.⁴⁰ Da jedoch die Unterbringung des Personals „fast ausnahmslos unzureichend geworden war“, stellte sich insbesondere für die KVSH die dringende Frage nach der Schaffung weiterer Räumlichkeiten. Hinzu kam, dass auch die Ärztekammer für die geplante Versorgungseinrichtung zusätzlichen Platz benötigte.⁴¹

Die KVSH als Bauherrin

In mehreren Sitzungen diskutierten die Abgeordneten der KVSH über einen dreigeschossigen Erweiterungsbau an die Eutiner Straße 3 durch den Erwerb der Nachbargrundstücke. Alternativ stand ein Neubau an der Ecke Eutiner Straße und Bismarckallee wie auch an weiteren Standorten zur Disposition. Um sich einen eigenen Eindruck der Gegebenheiten zu verschaffen, fanden sich die Abgeordneten am 25. April 1962 in Bad Segeberg zu einem Ortstermin ein; die weitere Beratung

wurde sodann im damals noch existierenden Kurhaus fortgesetzt. Zunächst wurde ein Erweiterungsbau an die Eutiner Straße 3 klar favorisiert, insbesondere um die Verwaltungsgemeinschaft mit der Ärztekammer zu erhalten. Wenige Wochen später legte dann jedoch der kaufmännische Geschäftsführer Evert einen Kostenvergleich vor, welcher einen Neubau in der Bismarckallee mit 1,3 Millionen DM veranschlagte. Der zunächst angeordnete Erweiterungsbau in der Eutiner Straße 3 fiel mit rund 1,1 Millionen DM zwar etwas günstiger aus, jedoch mussten weitere Kosten für Wohnungen für die Mieter der

beiden abzureißenden Häuser berücksichtigt werden.⁴² Daher beschlossen die Abgeordneten der KVSH am 6. Juni 1962 einstimmig, „ein neues Verwaltungsgebäude für die KV und Kammer auf dem Bauplatz Ecke Eutiner Straße/ Bismarckallee zu errichten.“⁴³

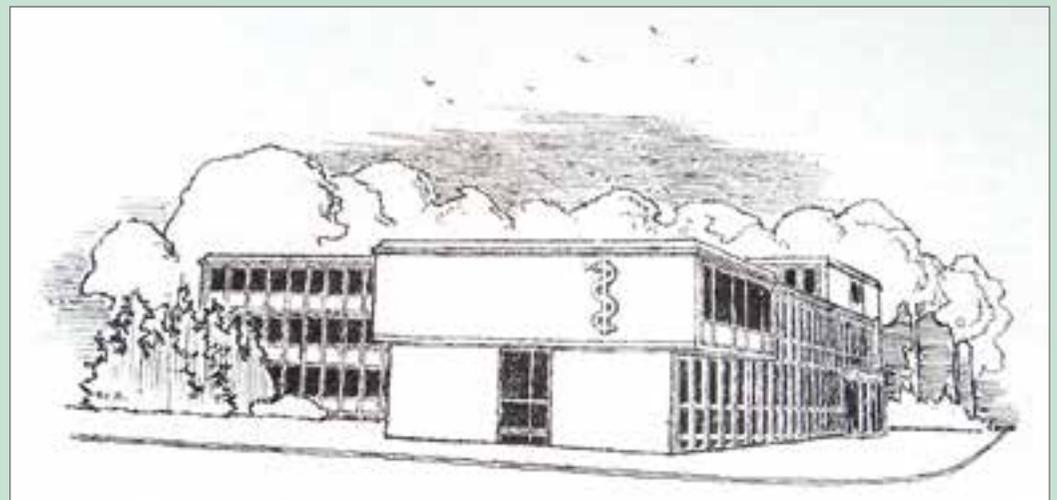
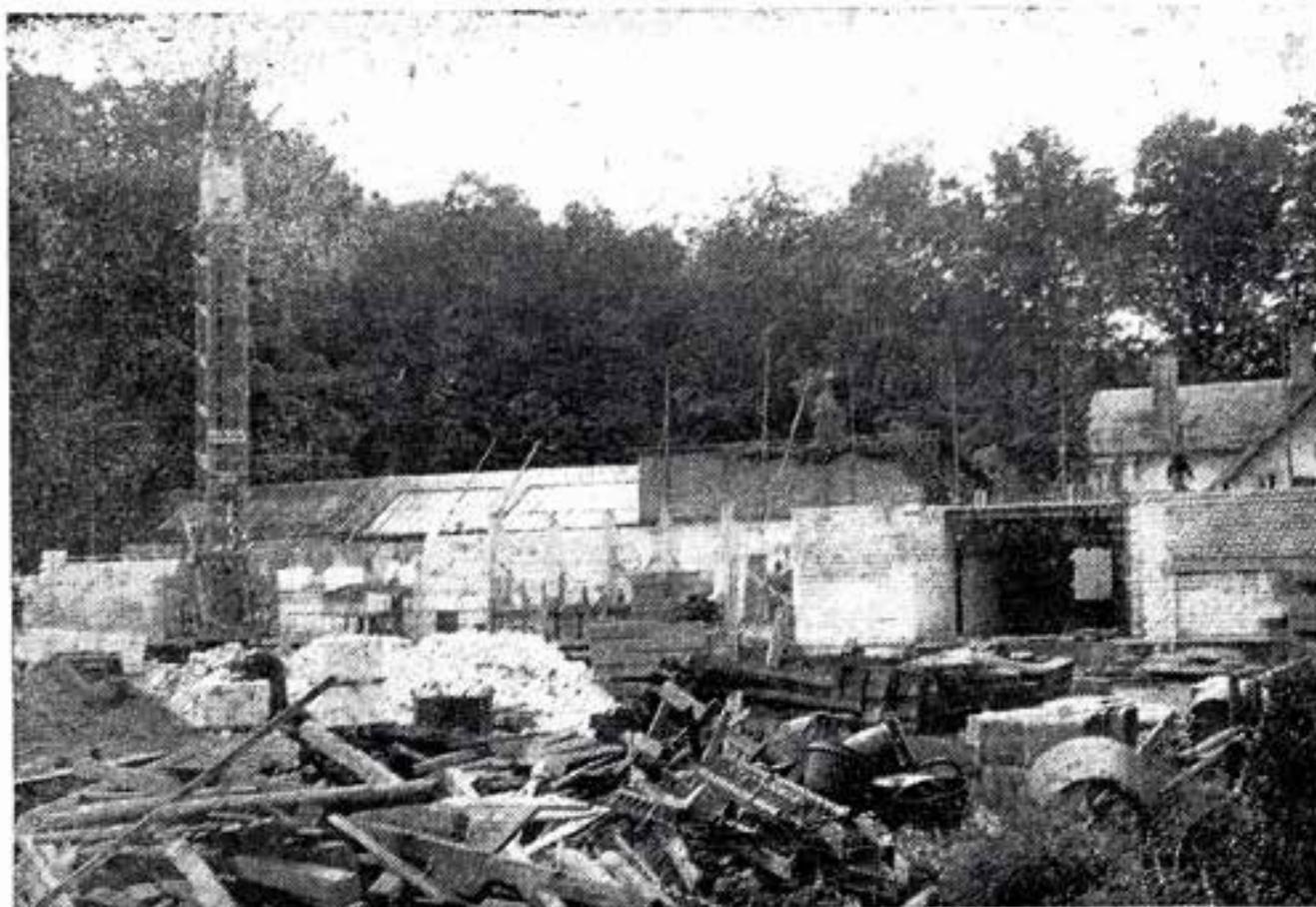


ABBILDUNG 8 BAUSKIZZE DES „HAUSES DER ÄRZTE“ IN DER BISMARCKALLEE IN BAD SEGEBERG



DER ERSTE BAUABSCHNITT des Verwaltungsgebäudes der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein an der Ecke Eutiner Straße und Bismarckallee, das dreigeschossig gebaut wird, wurde begonnen. In etwa vier bis fünf Wochen soll mit dem zweigeschossigen Trakt für die Ärztekammer Schleswig-Holstein an der Bismarckallee begonnen werden. Nach Auskunft von Diplom-Ingenieur Gärtner, Architekt BDA, der den Entwurf geschaffen und die Bauleitung hat, soll das Richtfest Ende Oktober sein. Foto: hjw

ABBILDUNG 9 SEGEBERGER ZEITUNG VOM 13. AUGUST 1964

Aus wirtschaftlichen Gründen trat die KVSH als alleinige Bauherrin auf. Der kaufmännische Geschäftsführer Evert teilte hierzu mit, „dass die KV (...) einen Neubau aus eigenen Mitteln darstellen könne, und dass auch die laufende Unterhaltung des Hauses aus den Verwaltungskosten bestritten werden könne, ohne dass es einer Erhöhung des Verwaltungskostenbeitrages bedürfe.“⁴⁴

Dennoch konnte die Verwaltungsgemeinschaft mit der Ärztekammer erhalten bleiben. Die KVSH sah es als eine „Selbstverständlichkeit“ an, „dass auch die Kammer immer gleichberechtigter Benutzer des neuen Verwaltungsgebäudes sein und ihr der für ihre Aufgaben erforderliche Raum zur Verfügung gehalten werden sollte.“⁴⁵

Am 23. Oktober 1965 wurde das „Ärztehaus Schleswig-Holstein“ offiziell seiner Bestimmung übergeben. Die Ärztekammer und die Versorgungseinrichtung waren insbesondere in dem zweigeschossigen Flügel des Neubaus untergebracht, wogegen der dreigeschossige Teil der KVSH zur Verfügung stand. Die erste Etage der Empfangshalle wurde hingegen gemeinsam genutzt. Dort befanden sich „der große Sitzungssaal, die anschließenden kleineren Sitzungs- und Besprechungsräume, die Räume des Kammerpräsidenten, des KV-Vorsitzenden, des ärztlichen und kaufmännischen Geschäftsführers und der hauptamtlich tätigen Prüfärzte“.⁴⁶

Insbesondere nachts scheint es in der etwas abgelegenen Bismarckallee am Kurpark nicht immer idyllisch zugegangen zu sein. So berichtete Evert im Jahr 1968 von einem „Vorfall im Dienstgebäude“. Daraufhin beriet der Vorstand, ob man dem Hausmeisterhepaar einen Hund zur Verfügung stellen sollte, beließ es letztlich dann aber bei der Anschaffung einer Gaspistole.⁴⁷

Sonderurlaub an der Ostsee

Einen ganz und gar ungewöhnlichen Beschluss mit großer Bedeutung für die Belegschaft der KVSH fasste die Abgeordnetenversammlung im Jahr 1969. Eine Erhebung hatte ergeben, dass von den knapp 100 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KVSH rund die Hälfte im Jahr 1968 nicht mehr als 5 Tage krank gewesen war. Obwohl eigentlich außerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches beschlossen die Abgeordneten, jene Dienstbereitschaft mit der Gewährung von einer Woche Zusatzurlaub an der Ostsee zu honorieren. Als „Urlaubsdomizil“ erwarb die KVSH hierfür eine Eigentumswohnung in Niendorf/Ostsee.⁴⁸ Die „Sonderregelung“ erfreute sich in der Folgezeit großer Beliebtheit unter der Belegschaft. Kaum ein Jahr später unterrichtete der damalige Assessor Bernd Schulz-Dusenschön den Vorstand, dass „die Zahl der Angestellten, die unter diese Regelung fallen, ganz erheblich angestiegen“ sei. Waren es noch 51 bzw. 49 Bedienstete in den Jahren 1968 und 1969, hatten im Jahr 1970 insgesamt 74 Mitarbeiter/innen den Anspruch auf Sonderurlaub erworben, was als „durchschlagender Erfolg dieser Sonderregelung“ gewertet wurde.⁴⁹ Im Jahr 1971 steigerte sich diese Zahl allerdings auf 84 Bedienstete. Da das Jahr hingegen nur 52 Wochen hat, beschloss der Vorstand, – vorbehaltlich der Genehmigung der Abgeordnetenversammlung – den Kauf einer zweiten Ferienwohnung in Scharbeutz/Ostsee.⁵⁰



ABBILDUNG 10 EINWEIHUNG DES RECHENZENTRUMS DER KVSH, 14. APRIL 1973

Der Raumbedarf der KVSH wird immer größer

Schon wenige Jahre nach Einzug in das neue Dienstgebäude in der Bismarckallee war absehbar, dass auch dieses nicht ausreichen würde, um den zukünftigen Anforderungen auf Dauer gerecht zu werden. Die Aufgaben der KVSH waren immer komplexer geworden und die Entwicklung der Rechnertechnik immer rasanter. Glückliche Umstände kamen der KVSH bei der quälenden Raumfrage jedoch entgegen, an die sich der damalige kaufmännische Geschäftsführer, Berthold Schüttrumpf Jahre später erinnerte: „Als Ende der 1960er-Jahre das alte Kurhaus von der Stadt Bad Segeberg zurückerworben wurde und der Vorbesitzer dafür im Austausch Grundstücke auf der rechten Seite der Bismarckallee mit der Möglichkeit des Verkaufs als Einzelparzellen erhielt, war für die

KV der Zeitpunkt gekommen, sich in dieser Hinsicht aller Sorgen für die Zukunft zu entledigen. Als der Abgeordnetenversammlung der Vorschlag unterbreitet wurde, das Eckgrundstück, auf dem sich heute das Rechenzentrum befindet, zu erwerben, fand dieser Vorschlag nicht nur die volle Zustimmung der Abgeordneten, sondern es wurde beschlossen, die beiden anschließenden Grundstücke gleich mitzuerwerben. (...) Zwei Jahre später sind dann auch die restlichen Parzellen an der Bismarckallee angekauft worden, und auch die Ärztekammer hat sich an den Grundstückskäufen beteiligt (...).“⁵¹

Aufgrund dieser günstigen Entwicklung beschloss die Abgeordnetenversammlung der KVSH am 11. November 1970 die Errichtung eines Rechenzentrums.⁵² Nur dort war ausreichend Platz für die Dimensionen einer Großrechenanlage vom Typ „UNIVAC 1106“, welche bundesweit erstmalig von einer KV eingesetzt wurde. Später kamen sogar noch weitere Anlagen hinzu, die alle untereinander „kompatibel“ waren und ohne Anpassungsprobleme eingesetzt werden konnten.⁵³ Die Anlagen teilte sich die KVSH über zehn Jahre mit der KV Hamburg, bis diese ein eigenes Rechenzentrum errichtete.⁵⁴ Für eine begrenzte Zeit wurde in Bad Segeberg sogar das Bundesarztregister gespeichert und auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Köln nutzte die Anlage mit.⁵⁵

Unabhängig vom Bau des Rechenzentrums stand auch einige Zeit die Frage im Raum, auf welche Weise man das Rechenzentrum mit dem Hauptgebäude verbinden sollte. Immerhin waren die beiden Häuser durch eine öffentliche Straße voneinander getrennt. Die Frage beschäftigte auch die Abgeordnetenversammlung. Mehrere Abgeordnete machten den Vorschlag, eine Brücke oder einen Tunnel zu bauen.⁵⁶ In der Diskussion stand aber auch ein Schienensystem mit Transportbehältern, welche durch einen Tunnel von einem Meter Durchmesser alle Räume des Bürohauses erreichen sollten.⁵⁷ Letztlich entschloss man sich aus Kostengründen für den Bau einer Verbindungsbrücke. Diese sollte nach Genehmigung durch die Stadt Bad Segeberg ins Grundbuch eingetragen oder zumindest ein „Duldungsvertrag auf die Dauer von 99 Jahren“ geschlossen werden.⁵⁸



ABBILDUNG 11 INSTALLATION DER VERBINDUNGSBRÜCKE ZWISCHEN DEM „HAUS DER ÄRZTE“ UND DEM NEUEN RECHENZENTRUM, 1973

Angesichts der Entwicklungen und Anforderungen insbesondere auf dem Gebiet der EDV verwundert es nicht, dass die KVSH die Fortbildungsbemühungen ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter förderte. So beschloss der Vorstand, „dass den Angestellten der EDV-Abteilung die Möglichkeit zur Erlernung der englischen Sprache gegeben“ werden soll. Dies habe sich „als erforderlich erwiesen, weil auf dem Gebiet der Elektronik die englische Sprache führend sei“. Zu diesem Zweck wurden „Philips-Magnetbänder aus Fortbildungsmitteln“ angeschafft, deren Kosten sich damals auf 1.210 DM beliefen.⁵⁹

Im Untergeschoss des neuen Rechenzentrums fanden ab 1973 die Sitzungen der Abgeordnetenversammlung der KVSH statt. Allerdings wurde der riesige Saal – heute befindet sich dort das Sitzungszentrum – am Ende eines Abrechnungsquartals für den Versand der Honorarabrechnungen an die Ärztinnen und Ärzte dringend benötigt. Meist samstags wurden auf langen Tischen die diversen Unterlagen und Statistiken der einzelnen Fachabteilungen kontrolliert, zusammengeführt und für den Postversand vorbereitet. Viel Papier wurde dabei bewegt und höchste Konzentration war das Gebot der Stunde. Dennoch hatte der große, mit Holzparkett ausgestattete Raum unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KVSH eine für eine Behörde außergewöhnliche Bezeichnung; überall war er nur als „Tanzsaal“ bekannt, und das hatte seinen Grund. Wenige Monate nach Einweihung des Rechenzentrums fand dort nämlich eine ganz besondere Abgeordnetenversammlung statt, der sogenannte „Ball

der Abgeordneten“. Möglicherweise handelte es sich dabei um eine Idee des kaufmännischen Geschäftsführers Schüttrumpf, der als begeisterter Tänzer galt.

Als „Ergänzungsbauvorhaben zum Rechenzentrum“ beschloss die Abgeordnetenversammlung der KVSH am 30. August 1972 auch ein „Wohn- und Betriebsgebäude“. Darin sollten sich eine Trafo-Station für die Stromversorgung des Rechenzentrums, Dienstwohnungen für leitende Angestellte sowie ein Schwimmbad befinden.

Insbesondere die Schaffung eines betriebseigenen Schwimmbades erscheint aus heutiger Sicht für eine Behörde höchst ungewöhnlich. In einer Beratungsunterlage erläuterte jedoch der Vorstand gegenüber der Abgeordnetenversammlung seine Gründe:

„Durch die Verkürzung der Arbeitszeit (...) ist die Arbeitsleistung keineswegs geringer geworden. Durch den optimalen Einsatz technischer Mittel wurde der Stress vielmehr von Jahr zu Jahr größer. Dieser Erscheinung kann nur wirksam begegnet werden. (...) Gerade eine ärztliche Organisation sollte hier Vorbild sein. Der Vorstand ist daher der Auffassung, dass ihm insoweit steuernde und anleitende Funktionen im Rahmen seiner Fürsorgepflicht als Arbeitgeber obliegen. Er hält den Bau eines Schwimmbades für das geeignete Mittel und für optimal in diesem Sinne, weil gerade das Schwimmen den besten Ausgleich für eine überwiegend sitzende Tätigkeit bietet.“⁶⁰



ABBILDUNG 12 DERSELBE RAUM, VERSCHIEDENE ANLÄSSE – DAS UNTERGESCHOSS DES RECHENZENTRUMS BEI DEM VERSAND DER HONORAR-ABRECHNUNG 2/1993 UND BEI DEM „BALL DER ABGEORDNETEN“ AM 9. NOVEMBER 1973

Bürobedarf legt Schwimmbad trocken

Nach vorsichtigen Schätzungen des Architekten wurden die Kosten für das gesamte Objekt mit 600.000 DM veranschlagt, darunter 255.750 DM⁶¹ für den Bau des Schwimmbades. Trotz dieser Ausgaben war die KVSH zu dieser Zeit „gemessen an den Arztlzahlen die wirtschaftlichste Verwaltung“, wie Schüttrumpf bei anderer Gelegenheit bemerkte. Im Vergleich zu anderen KVen mit zentraler Abrechnung lagen die Verwaltungskosten der KVSH „mit einem Personalkörper von 110 Bediensteten an unterster Stelle“.⁶²

Das Schwimmbad, von dem trotz intensiver Recherchen leider kein Bildmaterial gefunden werden konnte, erfreute sich unter der Belegschaft großer Beliebtheit, musste jedoch Ende der 1990er-Jahren für dringend benötigte Büroräume weichen.

Obwohl die Ärztekammer im Jahr 1977 ein eigenes Gebäude in der Bismarckallee bezog und der KVSH damit mehr Büroräume zur Verfügung standen, ergaben sich nicht zuletzt durch diverse Gesundheitsreformen immer neue Pflichten und Aufgaben, die die KVSH zur weiteren räumlichen Entfaltung zwangen. Im Jahr 1984 nahmen bereits 2.900 Ärztinnen und Ärzte an der „kassenärztlichen Versorgung“ teil und rund 2,8 Millionen Fälle waren abzurechnen. Entsprechend angewachsen war auch die Belegschaft; diese lag nunmehr bei 220 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.⁶³ So entstand im Jahr 1982 das „Verwaltungsgebäude 2“, in welchem sich neben Büroräumen ein eigener Saal für die Sitzungen der Abgeordnetenversammlung sowie eine Kantine befanden. Im Jahr 1989 wurde ein weiteres Verwaltungsgebäude errichtet, allein für die 90 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abrechnungsabteilung.⁶⁴



ABBILDUNG 13 BAU VON „VERWALTUNGSGEBÄUDE 2“ MIT KANTINE UND ABGEORDNETENSAAL, LINKS IM HINTERGRUND DAS GEBÄUDE DER ÄRZTEKAMMER, 1982

Im Jahr 2004, also weitere 15 Jahre später, standen der KVSH rund 260 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verfügung. Sie verarbeiteten ein Abrechnungsvolumen von 800 Millionen Euro bei 3,5 Millionen Fällen. Auch waren im Jahr 1999 die Psychologischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen per Gesetz zu Mitgliedern der KVSH geworden. Einer der Gründe, weshalb die Mitgliederzahl der KV auf über 4.600 anstieg.⁶⁵

Nur ein Jahr zuvor machte der langjährige Hauptgeschäftsführer der KVSH, Dr. Bodo Kosanke, bundesweit Schlagzeilen – nicht in seiner Eigenschaft als versierter Verwaltungschef der KVSH, sondern als Autor eines optisch harmlos erscheinenden Arztromans unter dem Pseudonym „Bodo Schnurrhahn“. Inhalt und Absicht waren jedoch alles andere als trivial. Vielmehr griff der Roman den neuesten Reformentwurf der damaligen Bundesministerin Ulla Schmidt auf und wollte den Patienten vor Augen führen, wie grausam die medizinische Versorgung in einem Deutschland der Zukunft aussehen könnte. Wie bei der Trivialliteratur üblich, war die Geschichte auf 40 Seiten schnell erzählt. Hauptperson war die fiktive Gestalt eines Dr. Hartmut von Dersndorff,

welcher sich nach langem Auslandsaufenthalt als Landarzt einem nunmehr reformierten Gesundheitswesen aussetzte. Atmosphärisch eingerahmt in die idyllische Rapslandschaft Schleswig-Holsteins nahm der Romanheld den Kampf mit Leitlinienmedizin, Lotsenärzten, DMP-Versorgung und Einschreibprogrammen auf. Der damals von der Ärztegenossenschaft herausgegebene Groschenroman verfehlte seine Absicht keineswegs – überregionale Medien berichteten darüber und der NDR drehte sogar einige Spielszenen für das „Schleswig-Holstein Magazin“. ⁶⁶ Ob auch die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in dem Arztroman blätterte, ist hingegen nicht übermittelt.



ABBILDUNG 14 HAUPTGESCHÄFTSFÜHRER DR. BODO KOSANKE UND SEIN WERK, 2003

Zurück in die Gegenwart

Als moderner Dienstleister im Gesundheitswesen sieht sich die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein heute als kompetenter Partner für die rund 5.700 Vertragsärztinnen und -ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Fast 20 Millionen Behandlungsfälle werden pro Jahr über die KVSH abgerechnet.

Neue Formen ärztlicher Berufsausübung, fortschreitende Entwicklungen in der IT-Technologie und innovative Versorgungsstrukturen sind nur einige Herausforderungen, für welche die KVSH ihren Mitgliedern moderne und möglichst unbürokratische Lösungen anbietet. Hierzu verfügt die KVSH-Verwaltung über moderne Leitungsstrukturen mit leistungsfähigen Abteilungen.

Allein am Standort Bad Segeberg sind 457 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig. Hinzu kommen weitere 378 Personen, die in ganz Schleswig-Holstein in den Anlaufpraxen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes arbeiten.



ABBILDUNG 15 BAUBEGINN DES NEUEN PLENARSAALES, 2020

Endnoten

- 1 Vgl. MVSHÄ, November 1924, Nr. 21/22, S. 2
- 2 Vgl. MVSHÄ, Januar 1933, Nr. 1, S. 12
- 3 Vgl. MVSHÄ, November 1924, Nr. 21/22, S. 2
- 4 Vgl. MSHÄ, September 1933, Nr. 9, S. 172
- 5 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, Nr. 5, S. 57
- 6 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, Nr. 30, S. 359
- 7 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1935, Nr. 25, S. 308
- 8 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1934, Nr. 30, S. 359
- 9 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1935, Nr. 26, S. 323
- 10 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1935, Nr. 37, S. 441
- 11 Vgl. ebd.
- 12 Vgl. Karl-Werner Ratschko: „Die KV als Instrument der Überwachung“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, September 2019, S. 27
- 13 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1935, Nr. 50, S. 608
- 14 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1937, Nr. 8, S. 122 ff.
- 15 Vgl. Karl-Werner Ratschko: „Mit Misstrauen und Widerstand gestartet“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Oktober 2019, S. 24ff
- 16 Vgl. Karl-Werner Ratschko: „Die KV als Instrument der Überwachung“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, September 2019, S. 28
- 17 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1937, Nr. 8, S. 122 ff.
- 18 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1937, Nr. 3, S. 44
- 19 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, 1937, Nr. 8, S. 122 ff.
- 20 Vgl. ebd.
- 21 Vgl. ebd.
- 22 Vgl. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein vom 4. April 1937, S. 212
- 23 Vgl. Karl-Werner Ratschko: „Die KV als Instrument der Überwachung“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, September 2019, S. 27
- 24 Vgl. Ärztekammer Schleswig-Holstein: „Rundschreiben Nr. 1“, Juli 1945, S. 1
- 25 Vgl. Ärztekammer Schleswig-Holstein: „Rundschreiben Nr. 8“, August 1946, S. 2
- 26 Vgl. Schreiben des Betriebsrates der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung vom 15. Oktober 1948, Archiv der KVSH
- 27 Vgl. Schreiben des Betriebsrates der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung vom 25. Oktober 1948, Archiv der KVSH
- 28 Vgl. Sitzungsprotokoll der Vorstände der Landesärztekammer und KVSH vom 14. September 1949
- 29 Vgl. Sitzung des Vorstandes der KVSH vom 5. Mai 1960, S. 6
- 30 Vgl. Sitzung des Vorstandes der KVSH vom 5. November 1968, S. 5
- 31 Vgl. Karl-Werner Ratschko: „Mit Misstrauen und Widerstand gestartet“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Oktober 2019, S. 26
- 32 Vgl. Sitzungsprotokoll der Landesärztekammer vom 28. August 1952, S. 8
- 33 Vgl. Sitzungsprotokoll der KVSH vom 6. Dezember 1952, S. 14
- 34 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 5. April 1952
- 35 Vgl. schriftliche Auskunft der Kalkberg GmbH vom 26. April 2021
- 36 Vgl. Berthold Schüttrumpf: „50 Jahre KV Schleswig-Holstein“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 1985, Heft 7, S. 409
- 37 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 28. September, 1960, S. 7
- 38 Vgl. Nordlicht Aktuell, 6/2015, S. 8
- 39 Vgl. BVerfG vom 23. März 1960 – Az.:1 BvR 216/51 NJW 1960 S. 715
- 40 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 4. April 1962, S. 4
- 41 Vgl. ebd.

- 42 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 6. Juni 1962, S. 7
- 43 Vgl. ebd.
- 44 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 25. April 1962, S. 3
- 45 Vgl. Alfred Evert: „Aus den Räumen des Altbaus in den Neubau“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, November 1965, S. 359
- 46 Vgl. ebd.
- 47 Vgl. Sitzung des Vorstandes der KVSH vom 7. März 1968, S. 8
- 48 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 5. November 1969, S. 13
- 49 Vgl. Sitzungsprotokoll des Vorstandes der KVSH vom 2. Februar 1971, S. 6
- 50 Vgl. Sitzungsprotokoll des Vorstandes der KVSH vom 3. April 1972, S. 5
- 51 Vgl. Berthold Schüttrumpf: „50 Jahre KV Schleswig-Holstein“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 1985, Heft 7, S. 409
- 52 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 11. November 1970, S. 3
- 53 Vgl. Nordlicht Aktuell, 6/2015, S. 8
- 54 Vgl. KVH-Journal 2/2016, S. 28
- 55 Vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 28. Februar 1974, Heft 9, S. 644
- 56 Vgl. Sitzungsprotokoll der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 11. November 1970, S. 3
- 57 Vgl. Sitzung des Vorstandes der KVSH vom 24. Februar 1971, S. 1
- 58 Vgl. Sitzung des Vorstandes der KVSH vom 9. Mai 1972, S. 7
- 59 Vgl. Sitzung des Vorstandes der KVSH vom 11. April 1972, S. 9
- 60 Vgl. Beratungsunterlage für die Sitzung der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 30. August 1972, S. 2
- 61 Vgl. ebd.
- 62 Vgl. Sitzung des Vorstandes der KVSH vom 11. November 1970, S. 3
- 63 Vgl. Berthold Schüttrumpf: „50 Jahre KV Schleswig-Holstein“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, 1985, Heft 7, S. 409
- 64 Vgl. „Die Gesundheitsreform brachte mehr Arbeit“, in: Segeberger Zeitung vom 2. September 1989
- 65 Vgl. „Das Megaphon“- Mitarbeiterzeitung der KVSH, Mai 2004, Nr. 4, S. 2
- 66 Vgl. „Nordlicht Aktuell“, 4/2003, S. 30



© Kerstin Hagge

ABBILDUNG 1 ABGEORDNETENVERSAMMLUNG DER KVSH, NOVEMBER 2021

Ärztliche Selbstverwaltung

Diese Festschrift zeigt es: Es war ein langer Weg von ersten ärztlichen Vereinen, um Interessen gemeinsam wahrzunehmen, bis zur heutigen, gesetzlich verankerten Selbstverwaltung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Form von Körperschaften des öffentlichen Rechts. Mag auch die heutige Kassenärztliche Vereinigung in gänzlich anderen Strukturen arbeiten als die ersten ärztlichen Zusammenschlüsse, so gilt doch: Die ärztliche Selbstverwaltung ist ohne das ehrenamtliche Engagement ihrer Mitglieder nicht denkbar. Sie sind es, die den Gedanken der Selbstverwaltung erst mit Leben erfüllen, indem sie ihr Wissen und ihre Ideen einbringen.

Die ärztliche Selbstverwaltung ist das Gegenmodell zur Staatsmedizin: Ärzte und Psychotherapeuten haben – trotz aller Einschränkungen durch immer kleinteiligere Gesetze – einen Freiraum, wesentliche Bedingungen ihrer Arbeit und Eckpunkte der ambulanten Versorgung nach fachlichen Kriterien zu gestalten. Wichtige Bedingungen der eigenen Berufsausübung und die konkrete Umsetzung gesetzlicher Vorgaben werden weder von marktabhängigen Unternehmen noch von staatlichen Behörden bestimmt, sondern von einer ärztlichen Organisation und ihren demokratisch legitimierten Gremien, in denen die „Praktiker der Versorgung“ die Entscheidungen treffen und sich gemeinsame Regeln geben.

Diese Entscheidungswege haben sich nicht nur bewährt, sondern sind ein Erfolgsmodell: Ohne die vielen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die über ihre Praxistätigkeit hinaus gemeinsam die ambulante Versorgung im Interesse des Allgemeinwohls und der Patientinnen und Patienten über Jahrzehnte mitgestaltet haben, wäre die heutige ambulante Versorgung mit ihrem dichten und leistungsfähigen Netz an hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Praxen nicht denkbar.

Die Zahl der ehrenamtlichen in der KVSH und ihren Gremien engagierten Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geht in die Hunderte und verleiht der KVSH auch dort eine besondere Legitimität, wo es um die Vertretung der Interessen der Mitglieder gegenüber den Krankenkassen, der Politik und in der Öffentlichkeit geht. Denn die KVSH vereint die Gesamtinteressen der niedergelassenen Ärzte und der Psychotherapeuten, unabhängig davon, ob allein oder gemeinsam arbeitend, ob Inhaber einer Praxis oder dort angestellt, ob Arzt mit Unternehmergeist oder Einzelpraxisinhaber, ob Ärztin oder Arzt, ob Psychotherapeutin oder Psychotherapeut, ob Angehöriger einer kleinen oder einer großen Fachgruppe, ob Generalist oder Spezialist. Die KVSH und ihre gewählten Gremien ermöglichen es, die gemeinsamen Anliegen einer zunehmend vielfältigen Versorgungslandschaft zu bündeln und geschlossen nach außen zu vertreten.

Das ehrenamtliche Element der Selbstverwaltung ist dabei facettenreich. Das zentrale Selbstverwaltungsorgan in der KVSH ist heute die Abgeordnetenversammlung mit 40 Mitgliedern, die alle sechs Jahre von allen Ärzten und Psychotherapeuten gewählt werden. Darüber hinaus engagieren sich zahlreiche Mitglieder der KVSH ehrenamtlich in Ausschüssen der Abgeordnetenversammlung, in Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, in den 15 Kreisstellen, in Kommissionen der Qualitätssicherung, als Notdienstbeauftragte und in vielen Bereichen mehr. Dieses Engagement ist Ausdruck einer gelebten Demokratie und kollegialen Zusammenarbeit in der Selbstverwaltung und des Willens der Ärzte und Psychotherapeuten, in einem zunehmend regulierten Gesundheitssystem Gestaltungsmöglichkeiten zu erhalten und Versorgungsverantwortung zu übernehmen.

Die Idee der Selbstverwaltung lebt davon, dass sich Ärzte und Psychotherapeuten einbringen und mitgestalten. Stellvertretend für all diejenigen, die sich in den vergangenen Jahrzehnten neben ihrer Praxistätigkeit in der KVSH und ihren Gremien engagiert haben, haben wir eine Vertreterin und drei Vertreter der Selbstverwaltung, die in verschiedenen Funktionen tätig waren, nach ihren Erfahrungen befragt.

„Die KV hat schon Zähne“

Dr. Klaus Bittmann war ehren- und hauptamtlicher Vorsitzender der KVSH.

Herr Dr. Bittmann, in Ihrer Zeit als Vorsitzender der KVSH wurde der Posten vom Ehren- in ein Hauptamt umgewandelt. Wie war das, auf einmal für 300 Beschäftigte Verantwortung zu tragen?

Dr. Klaus Bittmann: Ich hatte Zeit, in die Aufgabe hineinzuwachsen. Schließlich war ich Beisitzer und Stellvertreter gewesen, ich habe durch die Gremienarbeit fast alle Ressorts durchlaufen. Als ich den hauptamtlichen Vorsitz übernahm, kannte ich jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter im Haus. Und nicht zu vergessen: Ich hatte einen ausgezeichneten Geschäftsführer, mit dem ich nächtelang zusammengesessen, geplant, aber auch guten Wein getrunken und viel gelacht habe.

Sie haben zahlreiche Posten innegehabt, das erste Ehrenamt, beim Virchowbund, übernahmen Sie 1981, da waren Sie erst seit vier Jahren als Frauenarzt in eigener Praxis in Plön tätig. Warum dieses Engagement?

Bittmann: Aus Protest. Ich war Klinikarzt gewesen und wechselte in die Niederlassung, um mehr Zeit für die Familie zu haben. Aber ich bekam sofort Ärger mit der Kammer, weil mein Praxisschild zu groß war, danach Ärger mit der KVSH, die meine Verordnung nicht anerkennen wollte. Also beschloss ich, mich in der Selbstverwaltung zu engagieren. Und wer einmal den Kopf rausstreckt, der wird schnell zu Ämtern verhaftet.

Es war auch ein Zeichen von Protest, dass Sie im Jahr 2000 die Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein initiierten?

Bittmann: Richtig. Das System wurde immer bürokratischer, es war überreguliert. Die KV ist dem Staat untergeordnet, und ich musste manches Mal im Ministerium antanzen und Rapport geben. Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt wollte die Kompetenzen der KV noch weiter einschränken. Daher wollte ich eine weitere Organisation als Gegengewicht.



Würden Sie sagen, dass die KV ein zahnlöser Tiger ist?

Bittmann: Nein, sie hat schon Zähne. Es kommt drauf an, wie man agiert. Ich habe im Ehren- und im Hauptamt ganz verschiedene KVen erlebt, je nach dem Wagemut der Vorstände. Im Ehrenamt konnten wir auch mal auf dicke Lippe machen. Aber natürlich war die Professionalisierung auch wichtig, weil die Aufgaben immer zahlreicher wurden. Mein bester Partner damals war Dr. Jochen Schäfer, der Vorsitzende der Abgeordnetenversammlung. Gemeinsam haben wir es geschafft, die Prinzipien der Satzung zu erhalten.

Was gehörte noch zu den größten Herausforderungen Ihrer Amtszeit?

Bittmann: Ich glaube, das waren die Honorarverhandlungen 1992, als es um eine Steigerung von fast zehn Prozent ging. Wir hatten fast eine Einigung erreicht und sozusagen schon den Sekt für die Feier kaltgestellt, da verbot Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer jegliche Verbesserung der Honorare, ein erschütternder Eingriff in die Selbstverwaltung. Aber natürlich haben wir viel erreicht, etwa das Mammographie-Programm QuaMaDi oder das Hautkrebscreening, das wir gegen große Widerstände durchgesetzt haben.

Warum sollten sich Ärztinnen und Ärzte berufspolitisch engagieren?

Bittmann: Weil sie in der KV auf das ganze System einwirken können. Die Politik gibt der Selbstverwaltung viel Gestaltungsraum. Da mitzumachen, ist elementar wichtig. Es geht darum mitzugestalten, nicht nur zu schimpfen.

Was wünschen Sie der KVSH für die Zukunft?

Bittmann: Heute haben wir eine sehr gute KV, vielleicht auch weil dies ein kleines Land ist, in dem die Akteure sich kennen. Aber hier beginnt auch das Problem: Keine Krankenkasse hat mehr ihren Sitz im Land. Ich würde der KVSH und der Versorgungslandschaft wünschen, dass man Partner in der regionalen Verantwortung hat, und dass die Beziehungen zur Politik so gut bleiben, wie sie gerade sind.

„Wer die Bedingungen verändern will, darf nicht nur jammern“

Dr. Ingeborg Kreuz führte die KVSH durch eine schwierige Phase.

Frau Dr. Kreuz, Sie waren von 2006 bis 2012 hauptamtlich im Vorstand der KVSH tätig, ab 2008 als Vorsitzende, übrigens als erste Frau in diesem Amt, dann traten Sie nicht wieder an. Was war der Grund, und haben Sie Ihre Entscheidung später bedauert?

Dr. Ingeborg Kreuz: Nein, habe ich nicht. Als ich den hauptamtlichen Vorsitz übernahm, hatte ich meine Praxis in Flensburg ruhen lassen. Die sechs Jahre in Bad Segeberg bedeuteten viel Arbeit und lange Abwesenheit von zu Hause. Ich habe gemeinsam mit meinem Mann beschlossen, dass ich wieder in der eigenen Praxis tätig sein wollte. Die KV war gut aufgestellt, die Zusammenarbeit lief reibungslos. Es war eine schöne Zeit zu gehen.

Also sozusagen „Mission erfüllt“. Was war Ihre Motivation dafür, das Amt zu übernehmen?

Kreuz: Ich fand es immer spannend, sich nicht nur mit den Praxisbelangen zu befassen. Als die Möglichkeit bestand, ein Mandat zu bekommen, habe ich den Hut in den Ring geworfen und habe das nie bereut. Wenn man die Bedingungen verändern möchte, damit etwa Beruf und Familie besser zu vereinbaren sind, dann darf man nicht nur jammern.

Jetzt haben Sie die nächste Frage schon beantwortet, nämlich warum sich besonders Medizinerinnen engagieren sollten. Denn die ärztliche Selbstverwaltung ist immer noch von Männern geprägt, oder?

Kreuz: Das ist sicherlich so. Das hat mit den klassischen Rollen zu tun, dass nämlich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie öfter Sache der Frauen ist, aber auch mit der Zurückhaltung von Frauen, die sich nicht in Ämter drängen. Ich komme selbst aus einer großen Familie mit vielen Brüdern und fand es spannend, mich durchzusetzen. In der Männerriege der KV und KBV habe ich mich nie unwohl gefühlt, und ich wünsche mir mehr Frauen dort – sie bringen einen anderen Blickwinkel ein, der allen gut tut.

In Ihre Amtszeit fielen interne Probleme und es gab eine Auseinandersetzung mit der KBV um die Honorarverteilung – was ist Ihnen als größte Herausforderung im Gedächtnis geblieben?

Kreuz: Die Honorarrunde 2009 war das spannendste Jahr. Es ging um einen absoluten Richtungswechsel, bei dem die Hoheit über die Honorarverteilung von Landes-KVen auf die Bundesebene verlagert werden sollte. Bekannt-



lich ist die Honorarverteilung ein hoch diffiziles Thema. Diese Verantwortung aus den Ländern zum Bund zu ziehen, war unserer Meinung nach die verkehrte Richtung. Es gab mühsame Verhandlungen mit der Politik und der KBV, in denen wir Stück für Stück unsere Kompetenzen zurückbekommen haben.

Sie haben nach dem Ausscheiden aus der KVSH erst einmal Fortbildungen besucht, um sich wieder fit zu machen für die Praxis. Ließ sich der Schalter so einfach umlegen, als Sie nach einer langen Zeit in der Selbstverwaltung in ihren alten Beruf als Ärztin zurückkehrten?

Kreuz: Das ist sicher nicht ganz einfach. Dennoch ist die Rückkehr nicht so schwierig, schließlich ist man nie aus den Themen raus. Es sollte nicht sein, dass sich nur Ältere für so einen Posten bewerben, wir wollen auch gern die Jüngeren.

Was wünschen Sie der KV für die Zukunft, was sollte sie anpacken?

Kreuz: Die Richtung stimmt grundsätzlich. Durch unser Wahlsystem, bei dem die Kreise ihre Vertreter bestimmen, ist die Arbeit in den Gremien sehr erfreulich, weil alle Entscheidungen von einer breiten Basis getragen werden. Gleichzeitig werden alle Fachgruppen, ob groß oder klein, berücksichtigt. Inhaltlich sollte der Weg einer Honorierung nach Einzelleistungsvergütung weiter beschritten werden, damit mehr Kolleginnen und Kollegen in Einzelpraxen tätig bleiben und nicht als Angestellte arbeiten.

„Um ihr Wahlsystem wird die KVSH beneidet“

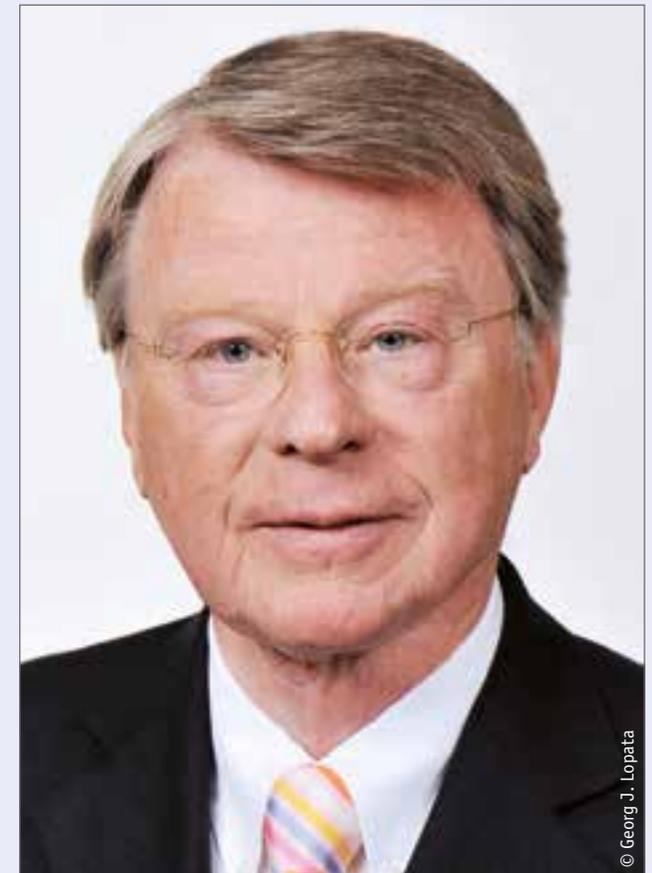
Dr. Jochen-Michael Schäfer, ehemaliger Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung, über ein Ehrenamt, das neben Verantwortung und Herausforderung auch Spaß macht.

Herr Dr. Schäfer, ein Vierteljahrhundert, von 1985 bis 2010, waren Sie Mitglied der Abgeordnetenversammlung der KVSH und 14 Jahre deren Vorsitzender. In dieser Zeit wurde der Vorsitz der KV in ein Hauptamt umgewandelt, während die Abgeordnetenversammlung unter ehrenamtlicher Leitung blieb – eine richtige Entwicklung?

Dr. Jochen Schäfer: Es war eine gesetzliche Vorschrift mit dem Hintergedanken, dass die KVn sich an Strukturen der Krankenkassen angleichen sollten. Dieser Umbruch bedeutete für alle Beteiligten anstrengende, herausfordernde Zeiten. Bis dahin gab es keinen Vorsitzenden der Abgeordnetenversammlung, nur den ehrenamtlichen Vorsitzenden der KVSH, der sozusagen als „Herrscher aller Reußen“ in der Mitte der Versammlung thronte. Im neuen System haben wir den Vorsitzenden nach hinten gesetzt – klingt jetzt einfach, war aber gar nicht so leicht. Die Versammlung musste erst ein Gefühl dafür bekommen, dass sie nun selbst bestimmen konnte.

Zu Ihren Leistungen zählt eine neue Wahlordnung, in der alle Landesteile vertreten sind. War es schwer, Leute zu finden, die sich aus Husum oder Stormarn auf den Weg machen?

Schäfer: Das Finden der Personen war kein Problem, sondern das Durchsetzen des Systems. Wir haben das Gesetz auf alle Kreise heruntergebrochen, sodass die Mitglieder vor Ort entscheiden können, wen sie aufstellen. Von der Politik waren aber Landeslisten vorgesehen. Wir haben unsere Wahlordnung gegen Widerstände verteidigt und Sorgen von Kollegen beschwichtigt, schließlich mussten wir den Mut haben, uns gegen die Aufsicht zu stellen. Ehrlich gesagt, bin ich immer noch stolz darauf, dass uns das gelungen ist. Das hat Nerven gekostet, aber auch viel Spaß gemacht.



Ist dieses System heute immer noch einmalig?

Schäfer: Ja, und darum wird die KVSH bundesweit beneidet. Das ist eine Sache, die durchsteht und für die Zukunft eine Menge bewegt, weil diejenigen in die Versammlung gewählt werden, die vor Ort das Vertrauen der Mitglieder genießen.

Sie sind Allgemeinmediziner, 1975 hatten Sie sich mit einer Praxis in Kiel niedergelassen. Was war der Grund, sich ehrenamtlich bei der KVSH zu engagieren?

Schäfer: Das habe ich einem älteren Freund zu verdanken, der noch die Kriegsjahre erlebt hatte. Er selbst engagierte sich in der Landespolitik und hat mich und viele andere motiviert, ein Ehrenamt zu übernehmen. Er sagte immer: Es gehört sich einfach, sich für die Demokratie stark zu machen. Und, das ist meine eigene Erfahrung, natürlich bringt es auch Spaß, sich mit Fragen der Verwaltung und der Politik zu befassen, das ist eine andere Welt neben dem Praxisalltag.

Haben Sie selbst diese Haltung weitergegeben?

Schäfer: Ja, das habe ich recht erfolgreich getan und vielen Kolleginnen und Kollegen ein Ehrenamt schmackhaft gemacht – darunter waren sicher einige, die sich nicht eingebracht hätten, wenn man sie nicht am Kragen gepackt hätte. Heute sehe ich in den Gremien der KV eine gute Durchmischung aus erfahrenen und jüngeren

Leuten, und zumindest für Kiel kann ich sagen, dass ich einige der heute Aktiven motiviert habe. Ich finde, das ist ein schöner Erfolg.

Was geben Sie der KV mit auf den Weg, was wünschen Sie ihr für die Zukunft?

Schäfer: Bundesweit hat die KVSH einen exzellenten Ruf. Das liegt an allen Akteuren, der Versammlung, dem Vorstand, den Mitarbeitern und an ihrem Zusammenhalt. Wir hatten auch durchaus schwere Zeiten mit inneren Problemen, in denen alle loyal zur KVSH gestanden haben. Dieser Zusammenhalt und die hochqualifizierte Arbeit, das zeichnet die KVSH aus, und dies sollte sie sich erhalten.

„Ich bin angetreten, um einiges zu ändern“

Dr. Reimer Schmidt, ehemaliger stellvertretender Vorsitzender der Abgeordnetenversammlung der KVSH, über die Macht der Selbstverwaltungsgremien

Herr Dr. Schmidt, Sie waren mit Ihrer Praxis in Eggebek im Kreis Schleswig-Flensburg ein klassischer Landarzt mit vielen Terminen. Dennoch sind Sie bereits 1972 Mitglied der Abgeordnetenversammlung geworden. Hatten Sie Langeweile?

Dr. Reimer Schmidt: Oh, keineswegs! Tatsächlich bin ich angetreten mit der Absicht, einiges ändern zu wollen. Wir Landärzte haben die Gebührenordnung als eine Liste von und für Fachärzte empfunden, und eines meiner Motive war zu erreichen, dass wir bessergestellt werden.

Und, ist Ihnen das gelungen?

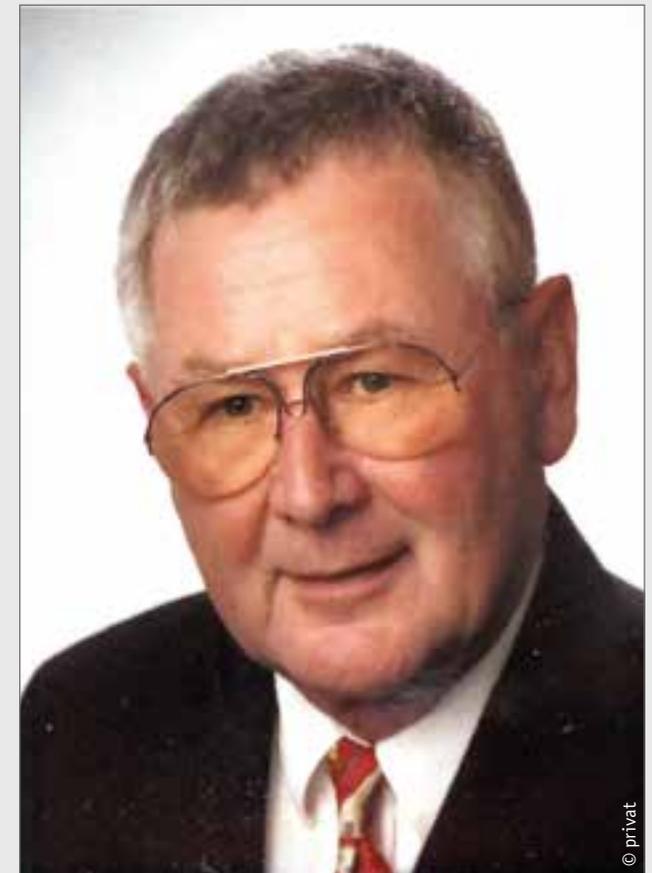
Schmidt: Nein, das muss ich deutlich sagen. Im Prinzip sind wir Ärzte Angehörige eines freien Berufes, und tatsächlich sind wir frei in der Therapie. Aber was die Organisation angeht, muss man die Freiheit in Anführungszeichen setzen. Da hängen wir in den Bestimmungen der Sozialgesetzbücher, und der Gestaltungsspielraum ist eng.

Trotzdem haben Sie sich weiter in der Selbstverwaltung engagiert, von 1977 bis 2000 waren Sie in der Versammlung der KV. In diesen Jahren haben Sie die Akademie für Medizinische Fortbildung mitbegründet. Was war der Anlass?

Schmidt: Früher war die Fortbildung oft sehr Pharmazie-lastig, sprich die Industrie bot Reisen an, und beim kalten Buffet wurde ein neues Präparat vorgestellt. Unser Ziel war, unabhängiger zu sein. Also ließen wir uns einfallen, dass die Pharmazie zwar fördern, also Geld geben und sich bei Veranstaltungen präsentieren darf, aber nichts weiter. Das hat sich bewährt, und die Akademie besteht bis heute unter dem Dach der Ärztekammer weiter.

Alles in allem ist die Selbstverwaltung also sinnvoll?

Schmidt: Durchaus! Wir Ehrenämter bringen unsere Erfahrungen mit. Wenn nur Hauptamtliche aktiv sind, geht der Bezug zur Praxis verloren. Das gilt für alle Gremien, in denen Ärztinnen und Ärzte mitarbeiten können.



Ich war unter anderem in der Onkologiekommission und im Zulassungsausschuss, das war eine sehr befriedigende Aufgabe.

Im Zulassungsausschuss waren Sie von 1977 bis 2004 aktiv, lange als Vorsitzender. Warum gerade dort?

Schmidt: Anfangs wurden nur Unterlagen geprüft, aber mit Beginn der Bedarfsplanung musste der Ausschuss entscheiden, wer den Zuschlag bekam. Das waren schwerwiegende Entscheidungen für die Kollegen, und wir mussten auch die Krankenkassen von unseren Entscheidungen überzeugen. Daneben ging es auch darum, Krankenhausärzte zu Aufgaben zu ermächtigen, die Niedergelassene nicht anboten. Um solche Fragen gab es Streit, aber wir fühlten uns stark genug und ließen uns auch vom Vorstand nicht reinreden. Dafür bekam ich manchmal scharfe Worte zu hören.

Das heißt, für ein KV-Ehrenamt braucht es ein breites Kreuz. Warum sollten jüngere Ärzte heute Ämter in der Selbstverwaltung anstreben?

Schmidt: Zunächst ist es wichtig zu begreifen, was die KV für die Ärztinnen und Ärzte tut und dass sie ihnen viel Arbeit abnimmt. Allein die Berechnung der Honorare ist so kompliziert, dass ein in der Materie nicht erfahrener Doktor dies kaum versteht. Selbst darüber verhandeln, möchte wohl niemand. Trotz einiger Ungleichheiten zwischen Fachgruppen versucht die KV, das Geld

einigermaßen gerecht zu verteilen. Diese Abläufe und Methoden kennenzulernen, ist interessant. Und, nicht zu vergessen, Sitzungen werden honoriert und Reisekosten erstattet.

Was wünschen Sie der KVSH für die Zukunft?

Schmidt: Ich wünsche der KVSH, dass sie bestehen bleibt und ihren Kurs weiterfährt. Aufgaben gibt es genug: Die Digitalisierung bringt neuen bürokratischen Aufwand, und bei den Patienten sehe ich Bedarf, gerade für die Gruppe der onkologischen Patienten, die bedauerlicherweise kaum eine Lobby haben.

Vorstand

Ehrenamt

Vorstandsvorsitzende



**DR. BERTHOLD
RODEWALD**

1948 – 1952



**DR. RUDOLF
REICHERT**

1952 – 1981



**DR. GUIDO
PIEPGRAS**

1981 – 1989



**DR. ECKHARD
WEISNER**

1989 – 1998



**DR. KLAUS
BITTMANN**

1998 – 2004

Ehrenamt

Stellv. Vorstandsvorsitzende



**DR. GEORG
JURETZKA**

1948 – 1952



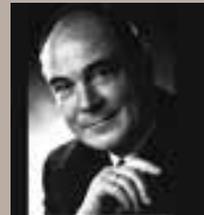
**DR. FRITZ
HINRICHSSEN**

1952 – 1955



**DR. OTTO
BECKMANN**

1955 – 1964



**DR. WERNER
HAUPT**

1964 – 1971



**DR. WILHELM
BADE**

1971 – 1973



**DR. RUDOLF
GAHRMANN**

1973 – 1981



**DR. REIMER
SCHMIDT**

1981 – 1985



**DR. ECKHARD
WEISNER**

1985 – 1989



**DR. HARTWIN
JEPSEN**

1989 – 1993



**DR. KLAUS
BITTMANN**

1993 – 1998



**DR. HANS
KÖHLER**

1998 – 2004

* Kein Bild vorhanden

Hauptamt

Vorstandsvorsitzende

Stellv. Vorstandsvorsitzende

Vorstandsmitglieder



DR. KLAUS
BITTMANN

2005 – 2006



DR. RALF
BÜCHNER

2006 – 2008



DR. INGEBORG
KREUZ

2010 – 2012



DR. MONIKA
SCHLIFFKE

SEIT 2012



DR. RALF
BÜCHNER

2005 – 2006



DR. INGEBORG
KREUZ

2006 – 2010*



DR. RALPH
ENNENBACH

SEIT 2010



DR. BODO
KOSANKE

2005 – 2006



DR. RALPH
ENNENBACH

2006 – 2010

* kommissarische Vorstandsvorsitzende 2008 – 2010

Abgeordnetenversammlung

Vorsitzende

Stellv. Vorsitzende



DR. HELMUT
OUTZEN

1989 – 1996



DR. JOCHEN-
MICHAEL
SCHÄFER

1997 – 2010



DR. CHRISTIAN
SELLSCHOPP

SEIT 2011



DR. KARL
BERNHARD
SCHRÖDER

1989 – 1996



DR. JOCHEN-
MICHAEL
SCHÄFER

1996



DR. HORST
HILPERT

1997 – 2000



DR. REIMER
SCHMIDT

2001 – 2004



DR. UWE
BANNERT

2005 – 2010
2012 – 2016



DR. MONIKA
SCHLIFFKE

2011 – 2012



DR. THOMAS
MAURER

SEIT 2017

Hauptgeschäftsführung



**DR. CURT
WALDER**
(ÄRZTL. GF)

1945 – 1965



**ALFRED
EVERT**
(KAUFM. GF)

1945 – 1968



**DR. GERD
IVERSEN**
(ÄRZTL. GF)

1965 – 1978



**BERTHOLD
SCHÜTTRUMPF**
(KAUFM. GF)

1968 – 1978



**BERTHOLD
SCHÜTTRUMPF**
(HGF)

1979 – 1987



**DR. BODO
KOSANKE**
(HGF)

1987 – 2005



**DR. RALPH
ENNENBACH**
(HGF)

2005 – 2006

Literaturverzeichnis

- Ärztchammer Schleswig-Holstein, ab 1948 (bis 1997 Mitherausgeber KVSH), Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Bad Segeberg
- Berner, Barbara, 2014, Einführung in das Vertragsarztrecht (KBV-Fortbildungsheft Nr. 3), Berlin
- Bittmann, Klaus, 2016, „20 Jahre Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg“, in 20 Jahre MQR, von MQR (Hrsg.), Rendsburg
- . 2015, „Engagement auf beiden Seiten.“ Nordlicht – Offizielles Mitteilungsblatt der KVSH, Nr. 5, S. 16
- Bockendahl, Johannes, 1895, Gesamt-Bericht über das öffentliche Gesundheitswesen der Provinz Schleswig-Holstein umfassend die Jahre 1892, 1893 und 1894, Kiel
- Böthin, Elke, 2017, Entstehung und Regelung ärztlicher Fortbildung in Deutschland. Berlin, Dissertation
- Brandenburger, Wolfgang und Nissen R., 1964, Barbier und Medikus, Ratzeburg: Schriftenreihe des Heimatbund und Geschichtsvereins Herzogtum Lauenburg.
- Bundesärztekammer, 2020, Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“, www.bundesaerztekammer.de
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, ab 1949, Deutsches Ärzteblatt, Deutscher Ärzteverlag
- Burchardt, Anja, 1997, Blaustrumpf – Modestudentin – Anarchistin? Deutsche und russische Medizinstudentinnen in Berlin 1896–1918. Stuttgart: Verlag J.B. Metzler
- Calm, Hans, 1928, „Freud und Leid einer Jugendzeit.“ Leipzig: Verlag Koehler & Amelang, Band, zitiert in: „Vaterstädtische Blätter“ vom 11. November 1928, S. 11
- Carrière, Bern, 1984, Der Ärzteverein zu Lübeck: Selbstverlag
- Dahl, Günter, 1958, „Hände, die töteten, statt zu heilen.“ Die Zeit, 09 (Online), Zugriff am 4. August 2021.
- Dahmen, Karl, kein Datum, „Die nette ‚Frau Doktor‘ aus Stocksee.“ Begleittext zur NDR-Fernsehsendung „Schleswig-Holstein-Magazin“ vom 2. August 2020
- Damskis, Linda Lucia, 2009, Zerissene Biografien. München: Alitteraverlag
- Danker, Uwe, und Astrid Schwabe, 2005, Schleswig-Holstein und der Nationalsozialismus. Neumünster: Wachholtz Verlag
- Dohnke, Kay, 2008, „Das ‚Kernland nordischer Rasse‘ grüßt seinen Führer – Gaugründung , ideologische Positionen, Propagandastrategien: Zur Frühgeschichte der NSDAP in Schleswig-Holstein.“ Informationen zur Schleswig-Holsteinischen Zeitgeschichte (ISHZ) 50, S. 8–27
- Dohrn, R, 1834, Die Schleswig-Holsteinische Medicinalverfassung, Heide: Dithmarscher Buchhandlung von F. Pauly
- Elfeldt, Hans-Werner, 2000, Vergnügliches und Besinnliches aus dem Leben eines Landarztes. Frankfurt/M: R. G. Fischer Verlag
- Eschenburg, Theodor, 1909, Der ärztliche Verein zu Lübeck. Wiesbaden: Verlag von J. F. Bergmann
- Eulenburg, Hermann, 1873, Das Medicinalwesen in Preussen. Berlin: Verlag von August Hirschwaldt
- Evert, Alfred, 1965, „Aus den Räumen des Altbaus in den Neubau.“ Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, November: S. 359
- Falck, Niels Nikolaus, 1831, Handbuch des Schleswig-Holsteinischen Privatrechts. Altona: Johann Friedrich Hammerich
- Fischer, Alfons, 1933, Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Berlin: Kommissionsverlag F. A. Herbig
- Fischer, Georg, 1876, Chirurgie vor 100 Jahren. Leipzig: Verlag von F. C. W. Vogel

- Flensburger Ärzteverein e. V. (Hrsg.), 1984, 100 Jahre Flensburger Ärzteverein e. V. 1884–1984. Schleswig: Schleswiger Druck- und Verlagshaus
- Friedrich, Hannes, und Wolfgang Matzow, 1992, Dienstbare Medizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Gietzelt, Martin, kein Datum, „Gesellschaft für Schleswig-Holsteinische Geschichte.“ www.geschichte-s-h.de/fluechtlinge/. Zugriff am 4. August 2021
- Greve, J., 1844, Geographie und Geschichte der Herzogthümer Schleswig und Holstein. Kiel: Schwes'sche Buchhandlung
- Hansen, Christian Peter, 1856, Chronik der friesischen Uthlande. Altona: Verlag von H. Lühr und Dirks
- Hartmannbund-Verband der Ärzte Deutschlands e. V. (Hrsg.), 2000, 100 Jahre Hartmannbund. Bonn, Berlin: Ärzte-Wirtschafts- und Verlagsgesellschaft mbH
- Hasenest, Johann Georg, 1755, Der Medicinische Richter oder Acta Physico-Medico Forensia. Onolzbach: Jacob Christoph Posch, privilegierter Hofbuchhändler, allda
- Häußler, S, R. Liebold, und H. Marr, 1980, Die kassenärztliche Tätigkeit. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag
- Heesch, Eckhard, 1995, „Nationalsozialistische Zwangssterilisierungen psychiatrischer Patienten in Schleswig-Holstein.“, in: Demokratische Geschichte. Jahrbuch zur Arbeiterbewegung und Demokratie in Schleswig Holstein, September: S. 55–102
- Henning, Friedrich, 1791, Von den Pflichten der Kranken gegen die Aerzte. Leipzig: Gräffische Buchhandlung
- Hess, Rainer, 2009, „Poliklinische Einrichtungen in der DDR-Zerschlagung von Außen oder Auflösung von Innen“, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Januar: S. 577–579
- Heusler-Edenhuizen, Hermine, 1997, Die erste deutsche Frauenärztin Lebenserinnerungen im Kampf um den ärztlichen Beruf der Frau. Opladen: Verlag Leske + Budrich
- Höber, Josephine, 1928/1929, „Erfahrungen und Ziele der Eheberatung“, in: Die Frau – Monatszeitschrift für das gesamte Frauenleben unserer Zeit, 36. Jahrgang: S. 143.
- . 1927, „Zehn Monate Eheberatungsstelle für weibliche Ratsuchende“, in: Vierteljahresschrift Deutscher Ärztinnen, 3. Jahrgang: S. 41–44.
- Hudemann-Simon, Calixte, 2000, Die Eroberung der Gesundheit. Frankfurt/M: Fischer Taschenbuch Verlag
- Huerkamp, Claudia, 1985, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, kein Datum, „Dokumentation ‚Ärztinnen im Kaiserreich‘, Höber, Josephine/AEIK00128,
- Felten-Stoltzenberg, Felicitas Rose/AEIK00351, Clausen, Anna/AEIK00315, Marquardt, Gertrude/AEIK00572, Altsaedt, Susanne/AEIK00017, Brinitzer, Jenny/AEIK00021, Schnock, Berta, Margareta/AEIK00002, www.geschichte.charite.de/aeik/. Zugriff am 4. August 2021
- Institut für schleswig-holsteinische Zeit- und Regionalgeschichte IZRG, kein Datum, Zugriff am 4. August 2021, www.vimu.info/fb.jsp?id=for_11_9_10_fb_entnazifizierung_de_doc&lang=de&u=general&flash=true
- Jenner, Harald, 1982, „Organisation des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts.“, in: Zeitschrift der Gesellschaft für Schleswig-Holsteinische Geschichte, Nr. 107, S. 67–112
- Jonas, Hanna Elisabeth, 2017, Das Lübecker Impfunglück 1930 in der Wahrnehmung von Zeitzeuginnen und Zeitzeugen (Dissertation), Lübeck

- Jütte, Robert (Hrsg.), 1987, Geschichte der deutschen Ärzteschaft, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands, 1934–1938. Ärzteblatt für Hamburg und Schleswig-Holstein, Berlin: Delos-Verlag
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, 2009, Die ambulante medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein (Versorgungsbericht 2009)
- . 1976, Dritter Bericht zur Struktur der kassenärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein 1976, Bad Segeberg
- . seit 1992, Nordlicht aktuell (Offizielles Mitteilungsblatt der KVSH)
- . 2019, Qualitätsbericht 2019
- . 2014, Versorgungsbericht 2014 – Ambulante Versorgung hat viele Gesichter.
- . 1974, Zweiter Bericht zur Struktur der kassenärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein, Bad Segeberg
- Kater, Michael H., 1983, in: „Frauen in der NS-Bewegung.“ Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, Jahrgang 31, Heft 2, S. 202 ff.
- Kieler Ärzteverein, 1958, Hundert Jahre Kieler Ärzteverein. Bad Segeberg: C. H. Wäser
- Klockenhoff, Roland, 1988, Sylter Landschaftsärzte 1786 – 1890 und ihre Vorgänger, Bräist, Bredstedt: Nordfriisk Institut
- Knorr, Sebastian, 2015, „Ahrensburg bekommt seinen dritten Stolperstein“ Hamburger Abendblatt, 7. September
- Kröger, Gesa, 2015, Historische Entwicklung und epochenspezifische Funktionalität der Gebührenordnung für Ärzte. Berlin: Brendan-Schmidtmann-Stiftung
- Kultur der Weimarer Republik, kein Datum, Zugriff am 5. August 2021, www.kultur-vor-1933.de/herta-oberheuser/
- Landeshauptstadt Kiel, Amt für Kultur und Weiterbildung, 2014, Stolpersteine in Kiel
- Lingelbach, Gabriele, 2015, „Akkumulierte Innovationsträgheit der CAU: Die Situation von Studentinnen, Wissenschaftlerinnen und Dozentinnen in Vergangenheit und Gegenwart“, in: In Christian-Albrechts-Universität zu Kiel – 350 Jahre Wirken in Stadt, Land und Welt, von Oliver Auge (Hrsg.), S. 538. Wachholtz Verlag
- Maus, Josef, 1999, „Der lange Weg in die Verwaltungsmedizin“, in: Beilage zum Deutsches Ärzteblatt, Heft 21: S. 42ff.
- . 1996, „Gesundheitsreform: Politik des knappen Geldes.“ Deutsches Ärzteblatt, 1. November: S. 2.831.
- Meyer-Steineg, Th., und Karl Sudhoff, 1921, Geschichte der Medizin im Überblick, Jena: Verlag von Gustav Fischer
- Nasse, Friedrich, 1823, Von der Stellung der Aerzte im Staate, Leipzig: C. Knobloch
- ohne Verfasser, 1954, „Ärztestreik – Nur noch Privatpatienten“, in: Der Spiegel, 8. Dezember: S. 19–20
- . 1960, „Scherben in der Wunde“, Der Spiegel, Nr. 46 (Online). Zugriff am 4. August 2021
- . 1870, Die Preussischen Wundärzte erster Klasse in der Bundes-Freizügigkeit. Magdeburg: Druck und Verlag von Ferdinand Demcker
- . 1847, Königlicher Dänischer Hof- und Staatskalender für das Jahr 1847. Altona: Expedition des Mercur's.
- . 1887, „Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung“
- Paul, Gerhard, und Miriam Gillis-Carlebach (Hrsg.), 1998, Menora und Hakenkreuz, Neumünster: Wachholtz Verlag

- Philipp, Ernst, und G. Hörmann, 1955, Die Kieler Universitäts-Frauenklinik und Hebammenlehranstalt 1805–1955, Stuttgart
- Plaut, Theodor, 1913, Der Gewerkschaftskampf der deutschen Ärzte, Karlsruhe
- Pukrop, Marco, 2015, „SS-Mediziner zwischen Lagerdienst und Fronteinsatz. Die personelle Besetzung der Medizinischen Abteilung im Konzentrationslager Sachsenhausen 1936–1945“, Dissertation
- Ratjen, H., 1870, Geschichte der Universität zu Kiel. Kiel: Verlag der Schwers'schen Buchhandlung
- Ratschko, Karl-Werner, 2010, „Der Schwachsinn überhaupt (muss) ausgemerzt werden“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Dezember: S. 64 ff.
- . 2019, „Die KV als Instrument der Überwachung“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, September: S. 27
- . 2010, „Es muß Schluß gemacht werden mit den Meckerern“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt November: S. 66 ff.
- . 2020, „Medizin und Versorgung in Schleswig-Holstein nach dem Zweiten Weltkrieg, Teil 3“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, November
- . 2019, „Mit Misstrauen und Widerstand gestartet“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Oktober: S. 24 ff.
- . 2018, „Vorbildlich und seltenem Idealismus.“ Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Ausgabe 1: S. 24 ff.
- Reichsärztekammer, 1938–1941, Ärzteblatt für Norddeutschland, Berlin: Delos-Verlag
- Richter, H. E. 1873, „Geschichte und Literatur der Ärztevereine.“ Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland, Nr. 9/10, S. 66
- Rosewitz, Bernd, und Douglas Webber, 1990, Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M, New York: Campus Verlag
- Sachs, Michael, 2003, Geschichte der operativen Chirurgie (Band 4), Heidelberg: Kaden Verlag
- Schipperges, Heinrich, 1967, Geschichte der Christian-Albrechts-Universität Kiel (Band 4, Teil 1), Kiel: Karl Wachholtz Verlag
- Schmierer, Klaus, 2002, Medizin-geschichte und Politik, Husum: Matthiesen Verlag
- Schmitt, Heinz, 1966, Entstehung und Wandlungen der Zielsetzungen, der Struktur und der Wirkungen der Berufsverbände, Berlin: Duncker & Humblot
- Schmuhl, Hans-Walter, 2020, Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg Band 2 1965–2019, Hamburg: Dölling und Galitz Verlag
- Scholta, Tobias, 2018, Georg Schneider und die ärztliche Selbstverwaltung in Brandenburg zwischen Deutschem Kaiserreich und Sowjetischer Besatzungszone, Potsdam: Dissertation
- Scholz, Josef, 1874, Über die Honorarfrage der Aerzte, Wien: Verlag von Karl Czermal
- Schüttrumpf, Berthold, 1985, „50 Jahre KV Schleswig-Holstein“, in: Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Heft 7, S. 409
- Schwalbe, J., 1909, „Ärztmangel auf dem Lande“, in: Die Woche, 20. Februar, S. 305 ff.
- Schwoch, Rebecca, 2001, Ärztliche Standespolitik im Nationalsozialismus. Husum: Matthiesen Verlag
- Seidel, Hans-Christoph, 1998, „Lernen von der Arbeiterbewegung? Die deutsche ‚Ärztgewerkschaft‘ 1900–1936“, in: Mitteilungsblatt des Instituts zur Erforschung der europäischen Arbeiterbewegung, Heft 20, S. 140–177

Semler, Peter, 1978, „Die Stellung der Kaiserin-Friedrich-Stiftung in der ärztlichen Fortbildung“, in: Deutsches Ärzteblatt, 75 (37): S. 206 – 207

Ständige Deputation des volkswirtschaftlichen Congresses, 1859, Gewerbe-gesetzgebungen Deutscher Staaten, Bremen: Druck und Verlag von C. Schünemann

Storm, Theodor, 1888, Der Schimmelreiter, Wiesbaden: Erich Vollmer-Verlag

Streffler, Paul, 1912, „Beschlüsse des 38. Ärztetages in Stuttgart am 23. und 24. Juni 1911“, in: Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland auf das Jahr 1912, S. 118 und 119

Sudme, A. S., 1833, Schleswig-Holstein, Eine statistisch-geographische-topographische Darstellung dieser Herzogtümer, Kiel: Universitäts-Buchhandlung

Tauchnitz, Thomas, 2003, Die „organisierte“ Gesundheit, Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag

Tenhumberg, Reinhard, kein Datum, Zugriff am 5. August 2021, www.tenhumbergreinhard.de/1933-1945-taeter-und-mitlaeufer/1933-1945-biografien-r/rinne-hans-dr.html

Tennstedt, Florian, 1977, Soziale Selbstverwaltung (Band 2), Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen

Thieding, Fr., 1948, Die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit. Hamburg: H. H. Nölke Verlag

Thierfelder, Dietrich, 2010, „Die Geschichte der KV Mecklenburg-Vorpommern“, in: Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, April, S. I – IV.

Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte, 1866–1933. Mitteilungen für den Verein Schleswig-Holsteinischer Ärzte (MVSHÄ), Berlin: Delos-Verlag

von Rhoden, Friedrich, 1959, Der Ärztliche Verein zu Lübeck, Lübeck: Max Schmidt-Römhild Verlag

von Villiez, Anna, und Hans-Walter Schmuhl, 2019, Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg Band 1 1919 – 1964, Hamburg: Dölling und Galitz Verlag

VVN/BdA Kreisvereinigung Neumünster, kein Datum, Zugriff am 5. August 2021, www.spurensuche-neumuenster.de/spuren/dr-med-hans-koehler/

Wallichs, Julius, 1890, „Provinz Schleswig-Holstein“, in: Das Ärztliche Vereinswesen in Deutschland und der Deutsche Ärztevereinsbund (Festschrift dem 10. Internationalen Medizinischen Kongress), von Eduard Graf, S. 74 – 77. Leipzig: Verlag von F.C. Vogel

Wasem, Jürgen, 1997, Vom staatlichen zum kassenärztlichen System: Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. Campus Verlag: Frankfurt/New York

Wittern-Sterzel, Renate, 2012, Frauenärztinnen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag

Wülfke, G. N., 1831, Ueber die Sylter Landschaftsverfassung und ihre zeitgemäße Verbesserung, Kiel: Universitäts-Buchhandlung in Commission

Bildnachweis

Wir haben uns nach bestem Wissen und Gewissen bemüht, alle Rechteinhaber ausfindig zu machen. Etwaige unberücksichtigte Rechteinhaber wenden sich bitte an presse@kvsh.de.

AOK NordWest S. 139

Archiv der Ärztekammer Schleswig-Holstein S. 20, 21, 46, 53, 80, 94, 96, 132, 165

Archiv der Hansestadt Lübeck S. 27

Archiv der KVSH S. 11, 16, 43, 54, 58, 59, 60, 62, 81, 105, 106, 107, 110, 114, 117, 118, 122, 132, 135, 138, 159, 160, 163, 164, 168, 169, 170, 171, 172, 176, 178, 180, 182, 184

Archiv Zastrow/Karl-May-Spiele S. 163

Ärztegenossenschaft Nord eG S. 172

Ärzteverein zu Lübeck e. V. S. 112, 142

Bayerische Staatsbibliothek, München (www.rightsstatements.org/vocab/NoC-NC/1.0/)

S. 17 www.mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb10457287-7 Hols. 310-1793, S. 286
S. 68 www.mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb10363143-04 Hols. 23, S. 59

S. 136 www.mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb10363143-04 Hols. 23, S. 36

S. 148 www.mdz-nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bvb:12-bsb10363143-04 Hols. 23, S. 58

Bibliothèque interuniversitaire de santé, Paris (www.en.wikipedia.org/wiki/Licence_Ouverte) S. 21
www.commons.wikimedia.org/wiki/File:Julius_Wallichs_CIPB0719.jpg#file

Bpk S. 92

Bpk/Bayerische Staatsbibliothek/Archiv Heinrich Hoffmann S. 95

Bpk/Germin S. 93

bpk-Bildagentur S. 23, 73

Deutsches Ärzteblatt S. 41, 79, 99, 103, 186, 187

Dithmarscher Landesmuseum S. 72

DRK-Nordsee-Reha-Klinik Goldene Schlüssel/St. Peter-Ording S. 127

Foto-Wagner e.K, Rendsburg S. 56

Hartmannbund S. 26

Haus der Geschichte Baden-Württemberg, Sammlung Gebr. Metz S. 29

Jüdisches Museum Berlin S. 46
(Inv.-Nr. VAR 88/2/7, Foto: Jens Ziehe)

JydskeVestkysten S. 127

Karl-May-Spiele S. 163

Käthe-Kollwitz-Museum Köln S. 129

Klassik Stiftung Weimar S. 125, 143

Kreisarchiv Nordfriesland S. 55

Landesarchiv Schleswig-Holstein S. 28
(Abt. 381, Nr. 137), 31 (Abt. 355 Flbg., Nr. 334)

Lokalhistorisk forening for Svenstrup Sogn S. 127

Lübecker Museen, Museum Behnhaus Drägerhaus S. 18

Marine Biological Laboratory Archives (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) S. 126 www.embryo.asu.edu/handle/10776/3117

Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (MQR) S. 120

Schleswig-Holsteinische Landesbibliothek/Landesgeschichtliche Sammlung S. 21 (Inventarnummern P4-B-4, P4-S-42)

Segeberger Zeitung S. 33, 78, 166

SLUB/Deutsche Fotothek S. 111

**Staats- und Universitätsbibliothek
Hamburg** (CC BY-SA 4.0 [www.creative-commons.org/licences/by-sa/4.0/deed.de])
S. 10 www.resolver.sub.uni-hamburg.de/kitodo/PPN86527732X, S. 2
S. 43 www.resolver.sub.uni-hamburg.de/kitodo/PPN798336749_1934, S. 57
S. 44 www.resolver.sub.uni-hamburg.de/kitodo/PPN798336749_1934, S. 118
S. 82 www.resolver.sub.uni-hamburg.de/kitodo/PPN798336749_1934, S. 324
S. 83 www.resolver.sub.uni-hamburg.de/kitodo/PPN798336749_1937, S. 274
S. 85 www.resolver.sub.uni-hamburg.de/kitodo/PPN798338946_1940, S. 487
S. 137 www.resolver.sub.uni-hamburg.de/kitodo/PPN798336749_1935, S. 429
S. 158 www.resolver.sub.uni-hamburg.de/kitodo/PPN798336749_1937, S. 512

**Staatsbibliothek zu Berlin – Preußischer
Kulturbesitz** S. 35
StadtA Bad Segeberg S. 157
Stadtarchiv Ahrensburg S. 131
Stapelholmer Apotheke S. 70
Sylt Museum S. 69
Ullstein Bild S. 47 (Bildnr. 00213295)
ullstein bild – dpa S. 101
(Bildnr. 00234235)
ullstein bild – TopFoto S. 99
(Bildnr. 00335299)
ullstein bild - ullstein bild S. 77
(Bildnr. 00285909)
**ullstein bild - Zentralbild/Wilfried
Glienke** S. 102 (Bildnr. 00056120)

Verlag J. J. Weber, Leipzig S. 84
von Debschitz-Kunowski, Wanda
(www.commonswiki.org/wiki/File:Hermine-heusler-edenhuizen01.jpg?uselang=de)S. 124
von Holdt, Peter J.
(www.mein-wilster.de) S. 20
Wilkening, Karsten S. 155, 173

Impressum

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1–6
23795 Bad Segeberg

Verantwortlich (V. I. S. D. P.)

Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende der KVSH

Texte

Martin Maisch, KVSH (Seite 10-109, 152-175)
Esther Geißlinger, Red.büro textAtur
(Seite 110-123, 135-151, 177-185)
Ekkehard Becker, KVSH (Seite 124-134)

Redaktion

Martin Maisch (Leitung), Ekkehard Becker,
Marco Dethlefsen, Delf Kröger

Druck

G+D Grafik+Druck GmbH & Co. KG, Kiel
April 2022

Grafik

Borka Totzauer

Bilder

Siehe Bildnachweis Seite 196

Die Publikation, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird, ist hiermit selbstverständlich jegliche Form des Geschlechts gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis.

Dank

All denen, die zur Realisierung der vorliegenden Publikation beigetragen haben, sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Dies gilt in ganz besonderem Maße für Herrn Dr. Karl-Werner Ratschko und dessen fachliche Unterstützung.

Redaktionsschluss

April 2022

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1 – 6
23795 Bad Segeberg