



Gesundheitsrisiko Hitze

Ärztinnen und Ärzte sind besonders gefragt, wenn es um die Sensibilisierung für die Gefahren durch Hitze geht.

Seiten 8 – 13

Neu im Amt

Interview mit Vizepräsidentin
Prof. Doreen Richardt
Seiten 14 – 15

Aufarbeitung

Was Verschickungskinder in
DRK-Heimen erlebt haben
Seite 21

Cannabis

Das neue Gesetz ist in Kraft –
eine Einordnung
Seiten 34 – 37



SCHLESWIG-HOLSTEINISCHES ÄRZTEBLATT
Schleswig-Holsteins Werbeträger für Ärzte

In 10 Ausgaben im Jahr informiert das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt über zentrale Themen aus dem Gesundheitswesen zwischen Nord- und Ostsee. Das Mitgliedermagazin der Ärztekammer Schleswig-Holstein erreicht neben allen Ärzten auch Entscheidungsträger aus Gesundheitswirtschaft und -politik.

Anzeigenberatung unter 040 / 33 48 57 11 oder anzeigen@elbbuero.com

elbbüro ©
anzeigenagentur

Bismarckstr. 2-1 | 20259 Hamburg | www.elbbuero.com

Reform auf Reform – als wär's der letzte Frühling

„Der Frühling ist die Zeit der Pläne und Vorsätze.“ Ob unser Bundesgesundheitsminister diese Worte von Leo Tolstoi kennt, ist nicht bekannt. Allerdings richtet er sich in einem enormen Tempo danach, als wenn es der letzte Frühling wäre – wobei das durchaus wahr ist. Nächstes Jahr ist wieder einmal Bundestagswahl und im Wahljahr werden keine weitreichenden gesundheitspolitischen Gesetze beschlossen. So drängt die Zeit, wobei die Probleme im deutschen Gesundheitswesen zwar mehr als drängend, aber lange bekannt sind. Warum erst jetzt eine große Reform nach der anderen vorgelegt wird, erschließt sich nicht so richtig, vielleicht hat das Cannabisgesetz zu viel Kraft und Ressourcen gekostet.

Doch nun geht es richtig los: Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) mit dem konsentierten Referentenentwurf vom 15.04.24 (183 Seiten), Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) mit dem Referentenentwurf vom 12.04.24 (nur 66 Seiten), dazu noch angekündigt vor der Sommerpause das Pflegekompetenzgesetz. Neben den zumeist langen und klangvollen Namen im Sinne einer „Guten-Gesundheit-Gesetz-Gebung“ (4G) ist allen Vorhaben der Zeitdruck, die nicht überdachte praktische Umsetzbarkeit mit ihren Konsequenzen sowie die unzureichende Konsensbildung gemeinsam. Im KHVVG bleibt das neue Finanzierungssystem verschwommen, in die Planungshoheit der stationären Versorgung der Bundesländer wird eingegriffen, Bürokratie aufgebaut, trotz der mehr als angespannten finanziellen Lage der Krankenhäuser von Effizienzgewinnen gesprochen. Im GVSG sind zahlreiche Vorhaben vorangegangener Entwürfe wie das Konzept der Förderung von Medizinstudienplätzen, eine Regulierung von investorengetragenen Medizinischen Versorgungszentren, die Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren entfallen. Selbst die so vehement vom Bundesgesundheitsminister favorisierten 1.000 Gesundheitskioske, die auch eine medizinische Versorgung aufnehmen sollten, sind gestrichen. Doch im noch kommenden Pflegekompetenzgesetz wird wieder die eigenständige erweiterte Heilkundeausübung von qualifizierten Pflegekräften in den Vordergrund gerückt.

Am meisten stört jedoch die Schnelligkeit der Verfahren in einem demokratischen Prozess und die Tatsache, dass die direkt vor Ort Betroffenen nicht mitgenommen werden. Wie genau sind die Level 1i-Kliniken definiert, wie wird die sektorübergreifende Versorgung konkret ermöglicht? Welchen Einfluss hat es auf die ärztliche Weiterbildung? Wie schaffen niedergelassene Kolleginnen und Kollegen, die jetzt schon am Limit arbeiten, die zunehmende Ambulantisierung? Wechseln die Gesundheitsfachberufe oder verlassen sie eher das Gesundheitswesen, wenn Leistungen konzentriert bzw. ausgebaut werden? Erst müssten diese und viele weitere Fragen beantwortet sein, bevor Gesetze beschlossen werden!

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Am meisten stört die Schnelligkeit der Verfahren in einem demokratischen Prozess und die Tatsache, dass die Betroffenen nicht mitgenommen werden.“



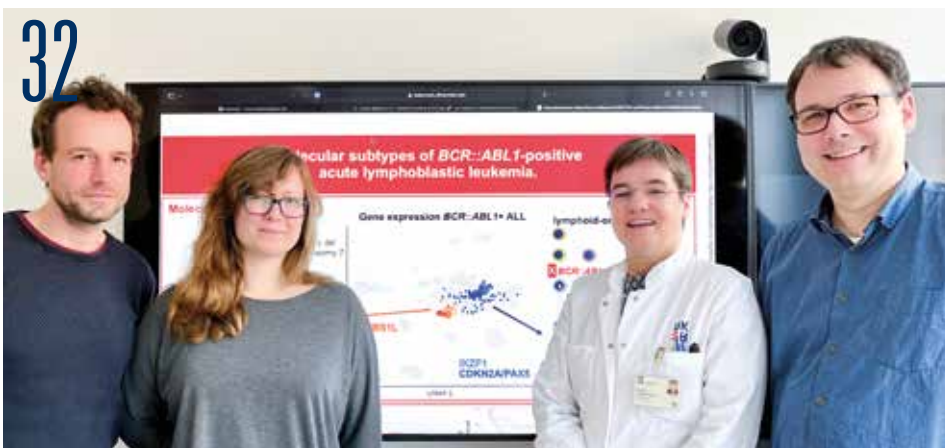
12



14



31



32

Inhalt

NEWS	6	Hamburg will über Klinikkosten reden	16	Erfolg in der Parkinsonforschung	33
Sana wirbt für Neubau in Lübeck	6	6K-Verbund will Leistungen zentrieren	17	Die Folgen des Cannabisgesetzes	34
Richtfest in Schleswig	6	50 Jahre Segeberger Kliniken	18	FORTBILDUNGEN	38
Umfrage zur Medikation	6	Gesundheitsminister ringen mit Bund	19	Ausstellung im Gesundheitsamt	38
Neues Allergiezentrum in Kiel	6	Pflege: Ausbildung stagniert	20	Externe Fortbildungstermine	40
Studie zur Einsamkeit	6	Studie zu Verschickungskindern	21	Termine aus der Akademie	41
Wanderausstellung in Lübeck	7	Neuer Forschungsbau für Lübeck	22	MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER	42
Spenden benötigt für die Ukraine	7	Mehr Asthma-Patienten im Norden	23	MITTEILUNGEN DER KVSH	44
TITELTHEMA	8	Interview mit der Initiative „Renten im Versorgungswerk“	24	ANZEIGEN	46
Hitzeschutz: Maßnahmen für Patienten und Mitarbeitende erforderlich	8	LESERBRIEFE	27	TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50
Symposium des Ärztenetzes in Eutin	12	PERSONALIEN	30		
GESUNDHEITSPOLITIK	14	MEDIZIN UND WISSENSCHAFT	32		
Interview mit Prof. Doreen Richardt	14	Fortschritte bei Leukämie	32		

24

**Festgehalten**

von Dirk Schnack

RiV: Rentenempfänger wollen mitreden

Dr. Stefanie Spitzner aus Lübeck ist eine von vier Sprecherinnen und Sprechern der Initiative „Renten im Versorgungswerk“ (RiV), die sich in diesem Jahr in Schleswig-Holstein gegründet hat. Die Mitglieder von RiV eint die Sorge, dass ihre Versorgungsbezüge an Kaufkraft verlieren. Die Anpassungen, die das Versorgungswerk bei den Renten vorgenommen hat, konnten ihre Sorgen bislang nicht zerstreuen. Sie haben deshalb das Gespräch mit den Spitzen der zuständigen Gremien gesucht. Was die RiV aus diesem Gespräch mitgenommen hat, schildern ihre Vertreter im Interview.

Sana Lübeck wirbt für Neubau



Mitarbeitende der Sana Kliniken Lübeck werben mit einem Banner für ein neues Klinikgebäude.

Die Sana Kliniken Lübeck streben einen Neubau an und werben dafür verstärkt in der Öffentlichkeit. Ziel ist es, den politischen Entscheidungsträgern auf Landes- und Bundesebene die Relevanz des Krankenhauses, dessen Hauptgebäude „in die Jahre gekommen ist“, zu verdeutlichen. Grund für die Kampagne ist die noch ausstehende Förderzusage des Landes. Das Grundstück auf dem eigenen Gelände ist vorhanden und der Investitionsförderantrag eingereicht. Vergangenen Monat startete das Haus mit einer Kampagne, zu der u.a. Videobotschaften von Mitarbeitenden und Bürgern unter dem Leitmotiv „Ich unterstütze Sana 2030, weil ...“ zählen. Mitgemacht hat u.a. Lübecks Bürgermeister Jan Lindenau (SPD), laut Klinikdirektor Christian Frank zählen auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu den Unterstützern. Die Sana Kliniken Lübeck versorgen jährlich 20.000 Menschen stationär und 25.000 ambulant. (PM/RED)

Umfrage der MHH zur Medikamentenversorgung

Welche Auswirkungen haben die Medikamentenengpässe auf die Patientenversorgung? Wie groß ist der Zeitmehraufwand für Sie als Ärztinnen und Ärzte? Solchen und weiteren Fragen geht das Institut für Pharmakologie der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) unter Leitung von Prof. Roland Seifert derzeit in einer Umfrage nach. Im Zusammenhang mit der bundesweit zu beobachtenden Lieferengpasssituation seit November 2022 bei Medikamenten wird beispielsweise analysiert, welche Wirkstoffe nicht gut ersetzbar sind und wo das Ersetzen den Behandlungserfolg gefährdet. Die Quantifizierung des Zeitmehraufwands für Ärztinnen und Ärzte könnte einen Beitrag zur Entwicklung von Lösungsansätzen zur Reduktion dieses Mehraufwands liefern. Dazu wird die Erfahrung aus der täglichen Arbeit benötigt, die MHH bittet deshalb auch Ärztinnen und Ärzte aus Schleswig-Holstein um Teilnahme an der Umfrage, die nach Angaben der Hochschule rund zehn Minuten dauert. Hier kommen Sie direkt zur Umfrage: <https://webext.mh-hannover.de/soscisurvey/Lieferengpass/> (PM/RED)



Richtfest für Forensik in Schleswig

Der Erweiterungsbau der Klinik für Forensische Psychiatrie in Schleswig nimmt Gestalt an. Mit 5,75 Millionen Euro fördert das Land das Projekt, das voraussichtlich Ende des Jahres 2024 abgeschlossen sein wird. Am Richtfest im April im vergangenen Monat nahm u.a. Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) teil. Auf 1.872 Quadratmetern Baugrundstücksfläche entsteht der neue Erweiterungsbau mit 14 Plätzen für Patientinnen und Patienten, die kurz vor der Entlassung stehen. Zudem wird die forensische Institutsambulanz, die die Zusammenarbeit aller am Nachsorgeprozess beteiligten Personen koordiniert, im neuen Gebäude untergebracht. (PM/RED)

Neues Allergiezentrum

Am UKSH hat das Schleswig-Holsteiner Allergiezentrum (SHAZ) seine Arbeit aufgenommen. Im SHAZ arbeiten die allergologisch tätigen Kliniken Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Pneumologie interdisziplinär zusammen. Die von der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) als Comprehensive Allergy Center zertifizierte Einrichtung soll laut UKSH die klinische Versorgung verbessern und die klinische und Grundlagenforschung unterstützen. Das Zentrum kooperiert mit Kliniken und Schwerpunktpraxen in der Umgebung und beruft monatlich interne interdisziplinäre Fallkonferenzen ein. Ein Allergiezykel, der zusammen mit interessierten Kooperationsbeteiligten vierteljährlich geplant ist, soll ebenfalls etabliert werden. Das Zentrum will außerdem ein jährliches Allergiesymposium mit regionalen Fachleuten anbieten. (PM/RED)

Studie zur Einsamkeit

Das Institut für Allgemeinmedizin an der Uni Lübeck soll für das Kieler Sozialministerium untersuchen, was Einsamkeit im Alter begünstigt und was gegen Einsamkeit helfen könnte. Nach Angaben von Sozialministerin Aminata Touré (Grüne) fühlt sich jeder fünfte Mensch ab 75 Jahren in Deutschland „häufig oder hin und wieder einsam“ – mit entsprechenden Folgen für die Gesundheit. Die Studie der Uni Lübeck wird von den Professoren Jost Steinhäuser und Katja Götz erstellt. Ministerin Touré erwartet, dass vor allem ehrenamtliches Engagement eine entscheidende Rolle im Kampf gegen Einsamkeit spielen wird. Im ersten Schritt sollen Bedarfe älterer Menschen in Schleswig-Holstein in Form von Interviews erhoben werden. Anschließend startet eine Fragebogenerhebung zu Aspekten von Einsamkeit. Dann werden gemeinsam mit Kommunen und ehrenamtlichen Akteuren der Seniorenarbeit Handlungsempfehlungen entwickelt, die in einen Kurs für Multiplikatoren münden. (PM/RED)

Ausstellung zu Brust- und Eierstockkrebs

Die Wanderausstellung „ANSICHTSSACHE“ mit Fotos rund um die Entscheidung und das Wissen bei familiärem Brust- und Eierstockkrebs ist nach Station in Kiel noch bis 30. Mai auf dem UKSH-Campus Lübeck in der Magistrale Haus A zu sehen. Fotografien von 17 Frauen und Männern und kurze Texte zeigen den Umgang der Portraitierten mit dem Wissen um das Risiko der Erkrankung, aber auch ihre Entscheidungen, zum Beispiel zu prophylaktischen Maßnahmen oder der intensivierten Früherkennung. Die Wanderausstellung in Kooperation mit dem BRCA-Netzwerk will betroffenen Frauen und Familien zeigen, wie etwa eine Brustrekonstruktion aussehen kann, sie soll Ängste nehmen und Entscheidungshilfe sein. Die Fotografien sind für einen Bildband entstanden, den BRCA herausgegeben hat. Das Netzwerk ist eine Patientenvertretung für Menschen mit erblichem Brustkrebs oder erhöhtem Risiko dafür. An beiden Standorten gab und gibt es für Betroffene und Interessierte Infoveranstaltungen mit Kurzvorträgen, etwa zur genetischen Testung und der psychischen Belastung, zur Früherkennung und Nachsorge. Am Campus Lübeck wird zudem ein Symposium für Fachpublikum ausgerichtet. Jedes Jahr erkranken in Deutschland 75.000 Frauen an Brustkrebs und 8.000 an Eierstockkrebs. Die Ursache bleibt meist unklar. Anders stellt sich die Situation für rund ein Fünftel der Erkrankten dar: Sie haben eine genetische Veränderung, oft in den sogenannten BRCA-Genen, die auch an ihre Kinder vererbt werden kann. In den betroffenen Familien kommen



Die Ausstellung ANSICHTSSACHE ist derzeit in Lübeck zu sehen.

Krebserkrankungen deshalb deutlich häufiger vor und dies häufig auch in einem sehr frühen Alter. Die Zentren für Familiären Brust- und Eierstockkrebs (FBREK) des UKSH in Kiel und Lübeck bieten Menschen aus Familien, in denen gehäuft oder in besonders jungem Alter Brust- oder Eierstockkrebs aufgetreten ist, Beratung und bei Bedarf eine genetische Testung oder die Teilnahme am intensivierten Früherkennungs- und Nachsorgeprogramm an. Infoveranstaltung für Fachpublikum: 25. Mai, 10 – 14 Uhr, Symposium „Zwei Jahre FBREK in Lübeck – Rückblick und Ausblick“, Haus A, Raum Spiekeroog. Anmeldung: ines.brachmann@uksh.de. Die Wanderausstellung ist nach Lübeck bis zum 20. Juni im Rathaus Amt Hörnerkirchen in Barmstedt zu sehen. (PM/RED)

Rolling Hospitals für die Ukraine

Das Land Schleswig-Holstein hat sich seit September 2023 durch eine Partnerschaft mit der ukrainischen Oblast Cherson solidarisch erklärt, um zu helfen und zu unterstützen. Für medizinische Hilfe sind „Rolling Hospitals“, also Busse, die zu rollenden Arztpraxen umgebaut

wurden und mit entsprechendem Material ausgestattet sind und vor Ort vor allem im ländlichen Bereich eingesetzt werden können, geplant. Sie sollen die (Erst-)Versorgung unterstützen bzw. ermöglichen. Als medizinisches Personal sollen ukrainische Fachkräfte eingesetzt werden. Für diese

Busse setzt das Land auf Spenden medizinischer Ausrüstung aller Art, insbesondere Verbrauchsmaterial ist hilfreich. Wer Material etwa nach einer Praxisaufgabe spenden möchte, kann sich an Ansprechpartner unter folgender Adresse wenden: angela.iwersen@mllev.landsh.de (PM/RED)

ANZEIGE

Ihre **Architekten** für **medizinisches Planen, Bauen und Einrichten!**

K-LINE
med
PLAN
Kiel • Hamburg • Lüneburg

Ihr Spezialisten-Team für „medPLAN“ Projekte wie Arztpraxen, medizinische Versorgungszentren (MVZ), Ärztehäuser, ambulante OPs und kommunale Gesundheitszentren sowie deren Umsetzung in Norddeutschland.



K-LINE medPLAN GmbH • Maria-Merian-Str. 9 • 24145 Kiel • kl-mp.de • info@kl-mp.de • 0431 90 89 42 10



Sommer 2024: Gefährlich und gesundheitsschädlich?

HITZESCHUTZ Der Sommer steht vor der Tür – und damit vermutlich auch wieder Phasen, die von extremer Hitze gekennzeichnet sein werden. Was bedeutet das für Arztpraxen, wie können sie den Menschen helfen? Ein Überblick.

Schutz vor Hitze – jetzt schon? Das mögen viele Menschen gedacht haben, als das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) zum Frühlingsanfang im März auf UV-Schutz hinwies. Tatsächlich kann UV-Strahlung in Deutschland im Frühling so intensiv sein, dass Schutzmaßnahmen erforderlich sind.

„Die Frühlingssonne ist nicht zu unterschätzen. (...) Sonnenschutzmaßnahmen sollten schon jetzt angewendet werden, vor allem bei Kindern und Jugendlichen“, sagte damals die Präsidentin des BfS, Inge Paulini. Kinder seien gegenüber UV-Strahlung empfindlicher als Erwachsene, diese könne Augen und Haut schädigen und sei die Hauptursache für Hautkrebs.

Manche Menschen können diese Mahnungen nicht mehr hören, für sie ist Schutz vor Sonne selbstverständlich. Andere nehmen es deutlich leichter und achten wenig auf dieses Thema – für diese Gruppe sehen Experten Ärztinnen und Ärzte als wichtige Meinungsbildner, die auf mehr Schutz der Bevölkerung hinwirken könnten.

Hilfreich könnte ein Hinweis auf die BfS-Erklärungen sein. Diese vermitteln laienverständlich, warum und wie sich Menschen schützen sollten. Darunter sind so banal klingende Empfehlungen wie „die Mittagsstunden im Schatten verbringen“, „schützende Kleidung tragen“, „Sonnenbrille und Kopfbedeckung nicht vergessen“ und „Sonnencreme verwenden“. Zu banal? Sie haben den Vorteil, dass sie jeder Patient versteht und sie leicht umsetzbar sind. Auch ein Hinweis auf die tagesaktuelle UV-Situation könnte manchen Menschen helfen. Unter www.bfs.de/uv-aktuell sind UV-Indexwerte für 41 Orte abrufbar, an denen das bundesweite UV-Messnetz Sonnenaufgang bis Sonnenuntergang die erdbodennahe UV-Strahlung ermittelt. Aus Schleswig-Holstein sind die Standorte Sylt, Eckernförde, Grömitz und Toden-dorf dabei.

Diese Messnetzstationen decken laut BfS die wichtigsten topografischen und meteorologischen Regionen Deutschlands ab: „Das heißt, es wurden insbesondere die in Deutschland vorhandenen Unterschiede hinsichtlich der geografischen Breite, der Höhenlagen, des Klimas und der Lufttrübung berücksichtigt“. Zu den assoziierten Institutionen, mit denen dieses Messnetz aufgebaut wurde, zählen u.a. der Deutsche Wetterdienst (DWD) und die Kieler Christian-Albrechts-Universität. Wer auf Mailinformationen zur UV-Strahlung

Wert legt, kann vom BfS seit April den UV-Newsletter bekommen, der dreimal pro Woche eine Prognose bietet.

Eine weitere Möglichkeit bietet der DWD mit seinem Hitzewarnsystem (www.hitzewarnungen.de). Dort wird – heruntergebrochen auf Landkreise – prognostiziert, wann die gefühlte Temperatur eine starke (ab 32 °C) oder eine extreme (38 °C) Wärmebelastung erreicht. In den Warnungen wird auch gezielt auf die besondere Situation von älteren Menschen und Stadtbewohnern eingegangen.

Warum ist das so wichtig? Die Erklärung gab der DWD in einer Zeit, als Sonne gerade Mangelware war: Zum Jahresausklang 2023. „2023 war weltweit ein neues Rekordjahr der Temperatur. Der Klimawandel geht ungebremst weiter. Wir müssen intensiv in Klimaschutz einsteigen und uns an Schäden durch Wetterextreme anpassen“, sagte damals Tobias Fuchs, Vorstand Klima und Umwelt des Deutschen Wetterdienstes. Im Gegensatz zu den frü-



Tipps

Tipps der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin:

- ▶ **Sonnenschutz steuern:** *Der Sonnenschutz, etwa an Fenstern, muss rechtzeitig heruntergelassen werden. Jalousien sollten auch nach der Arbeitszeit geschlossen bleiben.*
- ▶ **Frühmorgens lüften:** *An heißen Sommertagen erwärmt sich die Luft spätestens ab 10 Uhr deutlich. Deshalb sollte in den frühen Morgenstunden gelüftet werden. Lüftungseinrichtungen sind gezielt zu steuern, sodass z.B. eine Nachtauskühlung möglich ist.*
- ▶ **Arbeitszeiten flexibel gestalten:** *Flexible Arbeitszeiten und Gleitzeit erlauben dann zu arbeiten, wenn die Innentemperatur gesundheitlich noch zuträglich ist.*
- ▶ **Ventilatoren und Klimageräte einsetzen:** *Ventilatoren verschaffen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Kühlung. Mobile Klimageräte tragen dazu bei, die Temperatur in einzelnen Räumen zu senken.*
- ▶ **Bekleidungsregeln lockern:** *An heißen Tagen hilft ein gelockerter Dresscode. Auf Jackett und Krawatte verzichten, kurzärmelige Hemden und Blusen, eine leichte Hose oder ein Sommerrock – all das verhindert, dass sich der Körper überhitzt.*
- ▶ **Getränke bereitstellen:** *Getränke wie Mineralwasser und Saftschorlen unterstützen die körpereigene Wärmeregulation. Auf sehr kalte Getränke (mit Eiskwürfeln) sollte verzichtet werden.*



heren warmen Jahren, die oft von Trockenheit und Hitzewellen geprägt waren, dominierten 2023 laut DWD eher feucht-warme Bedingungen mit hohen Niederschlagsmengen.

Arztpraxen spüren diesen Wandel. Die körperlichen Belastungen für Patienten nehmen zu, aber auch die für Mitarbeitende und Praxisinhaber. Arbeiten, behandeln und sich behandeln lassen fällt allen Anwesenden in der Arztpraxis schwerer, je heißer es ist. Zugleich steigt damit die Verantwortung insbesondere für Praxisinhaber. Hilflös der Hitze ausliefern müssen sie die Patienten, ihre Mitarbeitenden und sich selbst nicht. Sie können zum Beispiel mit Maßnahmen am Praxisgebäude dafür sorgen, dass die Hitze während der Arbeitszeit erträglich bleibt. Welche konkreten Maßnahmen dabei helfen, hat die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua) in ihren Empfehlungen zum Thema Klimawandel und Arbeitsschutz aufgelistet: Sonnenschutzsysteme (etwa Außenjalousien, Vordächer oder Sonnenschutzverglasung), aktive Kühlung (durch Wasser, gezielte Luftführung oder -kühlung in Form von Klimaanlage), Vermeidung oder Reduktion von Wärmequellen im Arbeitsbereich. Hinzu kommen organisatorische Maßnahmen wie etwa das Lüften in den frühen Morgenstunden, das Bereitstellen von Getränken, die Nutzung von Gleitzeitregelungen und die Lockerung von Bekleidungsregeln.

Die Bundesanstalt betont, dass es zwar in der Verantwortung des Arbeitgebers liegt, diese Möglichkeiten bereitzustellen. Sie auch anzunehmen, ist aber Aufgabe des Arbeitnehmers. Dabei seien die Maßnah-



men unter gegenseitiger Rücksichtnahme umzusetzen und darauf zu achten, ob bei sich selbst und anderen Anzeichen von gesundheitlichen Beschwerden auftreten.

Ziel sollte grundsätzlich sein, dass die Lufttemperatur in Arbeitsräumen der Praxis 26 °C nicht übersteigt und dass eine störende, direkte Sonneneinstrahlung auf den Arbeitsplatz vermieden wird. Für Arztpraxen eine Selbstverständlichkeit: Bei gesundheitlich Vorbelasteten und besonders schutzbedürftigen Beschäftigten (etwa Ältere, Schwangere, Stillende) ist auf eine mögliche Gesundheitsgefährdung durch eine erhöhte Lufttemperatur besonders zu achten.

Je nach Erreichen einer bestimmten Temperatur unterscheidet die Bundesanstalt, ob die oben genannten Grundregeln eingehalten werden sollten, müssen oder ob Räume gar nicht mehr genutzt werden dürfen. Ab 26 °C gilt: Es sollten Maßnahmen ergriffen werden, ab 30 °C müssen sie ergriffen werden. Wenn die Temperatur sogar 35 °C überschreitet, ist der Raum nicht mehr als Arbeitsraum geeignet.

Neben den Ärztinnen und Ärzten sind auch die Praxismitarbeitenden gehalten, in Hitzeperioden auf Herz-Kreislauf- sowie COPD-Patienten, chronisch Nierenkranke und auf Menschen mit chronisch kognitiven Problemen besonders zu achten. Wer Patienten sieht, die frisch aus der Klinik entlassen wurden, kann nicht darauf zählen, dass diese während ihres Klinikaufenthaltes über adäquates Verhalten bei Hitze aufgeklärt wurden, zum Beispiel über angepasste Trinkmengen oder die Hitzeempfindlichkeit von Medikamenten. Auf besonders gefährdete Patienten zu achten, ist eine Verantwortung aller Mitarbeitenden, die schon am Empfang beginnt. Solche Patienten sollten nicht zu lange im Wartezimmer sitzen müssen, ihnen sollte außerdem

HITZE — kompakt

*Die Online-Fortbildung „HITZE – kompakt“ der Akademie der Ärztekammer und der Klima AG des Ärztenetzes Eutin/Malente beschäftigt sich am 11. und am 20. Juni jeweils ab 19 Uhr mit den Auswirkungen von Hitze auf den menschlichen Körper. Das Thema wird auf zwei Tage verteilt, weil ein möglichst vollständiger Überblick aus mehreren Fächern heraus geplant ist. Die Fortbildung soll auch im Nachgang online zu Verfügung gestellt werden. Es sind Referenten und Referentinnen aus der Kardiologie, Pulmologie, Dermatologie, Gynäkologie, Nephrologie, Psychologie, Allgemeinmedizin, Notfallmedizin und Sportmedizin für Kurzreferate von rund 15 Minuten angefragt. Nähere Informationen zur Veranstaltung www.aerztenetz-eutin-malente.de und Akademie der Ärztekammer
Anmeldung: scheibe@aerztenetz-eutin.de*

Wasser angeboten werden. Im Idealfall sprechen Ärztinnen und Ärzte mit solchen Patienten vor Beginn einer Hitzewelle darüber, indem sie Routineterminale über vorbeugende Maßnahmen dafür nutzen. Auch wenn viele der oben genannten Tipps banal klingen – wenn die Erinnerungen davon von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin kommen, halten sich manche eher daran. Wenn die Zeit für eine persönliche Ansprache im oft hektischen Praxisalltag fehlt, kann auch ein Aushang im Wartezimmer helfen.

Die vergangenen Jahre haben gezeigt, dass es vielen Ärztinnen und Ärzten auch in Schleswig-Holstein nicht mehr reicht, auf den Klimawandel und die zunehmenden Hitzeperioden nur zu reagieren. Immer mehr versuchen, aktiv etwas zu ändern. Sie engagieren sich privat, aber auch in ihrer Position als Mediziner, um in konkreten, kleinen Schritten gegen den Klimawandel zu arbeiten. Bestes Beispiel für eine bundesweite Organisation ist die Deutsche Allianz für Klimawandel und Gesundheit (KLUG), die öffentlich auf die enormen ge-

sundheitlichen Bedrohungen aufmerksam macht, die durch den Klimawandel entstehen. Sie fordern u.a. Kommunen auf, sich besser auf Hitzewellen vorzubereiten. In Schleswig-Holstein ist die Arbeitsgemeinschaft Klimaschutz im Praxisnetz Eutin/Malente eine der Vorreiter, die, wie berichtet, schon im Sommer 2022 mit einer eigenen Vortragsreihe zum Thema Klimawandel und Gesundheit Patienten ihrer Region erreichte. Ein aktuelles Symposium widmete sich speziell dem Thema Hitzeschutz (Seiten 12 – 13). Das Projekt Qlima bei der Ärztekammer und der Tag der Akademie, der das Thema Nachhaltigkeit im vergangenen Jahr in den Fokus rückte, sind weitere Beispiele, die zeigen, dass Klimawandel und Gesundheitsschutz nach Überzeugung von immer mehr Mediziner nicht getrennt voneinander betrachtet werden können.

Dass das Thema Hitzeschutz auch in der Politik angekommen ist, zeigt das Informationsportal www.klima-mensch-gesundheit.de der Bundeszentrale für ge-

sundheitliche Aufklärung (BZgA). Die Website hat zwei Adressaten: Bürger finden Informationen, wie sie Hitzebelastungen vorbeugen, und das Fachpublikum erfährt, wie Lebenswelten hitzetauglich gestaltet und Menschen in ihrer täglichen Umgebung angesprochen werden können. Unter anderem finden sich auf der Website Empfehlungen, wie Mitarbeitende in Pflegeheimenrichtungen mit starker Hitze umgehen sollen. Viele dieser Tipps sind auch für Mitarbeitende in Arztpraxen hilfreich:

- ▶ Das Personal für das Thema Hitze sensibilisieren, z.B. durch Teambesprechungen zu präventiven Maßnahmen.
- ▶ Kostenloses Wasser oder alternative Getränke zur Verfügung stellen, dafür für ausreichende Getränkevorräte sorgen.
- ▶ Einen kühlen Pausenraum und, wenn möglich, einen schattigen Pausenplatz im Außenbereich für das Personal schaffen.
- ▶ Bei der Personalplanung berücksichtigen, dass sich der Arbeitsaufwand während einer Hitzewelle erhöhen kann und Hitzewellen vermehrt in der Sommerferienzeit anfallen.
- ▶ Anstrengendere Tätigkeiten möglichst in den kühleren Tageszeiten durchführen oder sie in einen kühleren Raum verlagern.

Praxisinhaberinnen und -inhaber, die aktiv etwas tun wollen, müssen sich nicht Initiativen, Vereinen oder Verbänden anschließen. Wie man selbst in der eigenen Praxis aktiv werden kann, zeigt das Kieler Unternehmen „Praxis ohne Plastik“. Die Inhaber klären Praxisinhaber und Mitarbeitende in Workshops und Praxisberatungen darüber auf, wie man selbst zu einem nachhaltigeren Gesundheitswesen beitragen kann und bieten Ideen für nachhaltigen Praxisbedarf.

DIRK SCHNACK



Podcast zum Hitzeschutz

Warum ist das Thema Hitzeschutz in der Sprechstunde gut aufgehoben? Welche Ratschläge können Ärztinnen und Ärzte ihren Patienten geben und wie schützen sie sich selbst und ihre Mitarbeitenden am besten? Diese Fragen beantwortet Anne Schluck aus dem Vorstand der Ärztekammer im Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. Auch in anderen Podcasts geht es um Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden – mit Stimmen aus der Ärztekammer und aus anderen Organisationen. Mehr als 80 Folgen können über Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Darunter u.a.:

- ▶ Sören Schmidt-Bodenstein: So stärken wir die Prävention
- ▶ Karsten Brandstetter: Von der Ärztekammer zur KV
- ▶ Prof. Henrik Herrmann: Physician Assistant
- ▶ Dr. Gisa Andresen: „Gesund trotz Frau“



Anne Schluck

„Ach, die drei Tage Hitze im Jahr ...“

HITZESCHUTZ Hitze in Norddeutschland – was bedeutet dies und sind die Auswirkungen tatsächlich so stark, dass Handlungsbedarf besteht? Das Hitzesymposium Ostholstein klärte auf. Neben Ärztinnen und Ärzten waren auch zahlreiche Institutionen aus Rettungswesen, Pflege und Verwaltung beteiligt.



Dr. Maja Finkenstaedt

Sommer – die Sonne scheint, es ist angenehm warm, die meisten Aktivitäten können endlich wieder draußen stattfinden. Doch was geschieht, wenn die Wärme nicht mehr angenehm ist, sondern belastend heiß wird? Wen treffen diese Hitzetage am meisten, wem kann wie akut geholfen werden und was können wir gemeinsam vorbereitend unternehmen? Das Hitzesymposium Ostholstein vereinte Einrichtungen und Institutionen wie Feuerwehr, THW, Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltung, Schulen und Kindergärten u.v.m. und diskutierte über mögliche Handlungsempfehlungen im Norden.

„Unsere geografische Lage am Meer birgt viele Vorteile, was Hitze angeht“, ist sich Gudrun Petzold vom Ministerium für Justiz und Gesundheit Schleswig-Holstein sicher. Wenn die Temperaturen jedoch tatsächlich über mehrere Tage stark ansteigen, können sich die Menschen in Norddeutschland deutlich schlechter anpassen und sind dadurch automatisch mehr durch hitzebedingte Erkrankungen gefährdet. Im Kreis Ostholstein wurden zuletzt 2,8 Hitzetage/Jahr gezählt, Tendenz steigend. Hitzetage werden ab einer Temperatur von größer/gleich 30 °C am Tag und größer/gleich 20 °C in der Nacht gemessen.

Wem nun der Gedanke kommt „Ach, die drei Tage Hitze im Jahr sind doch nicht so schlimm“, sollte einen Blick auf die Zahlen der Hitzetoten in Deutschland werfen, die jedes Jahr steigen (bis KW 38 ca. 3.200 Menschen im Jahr 2023). „Wer über die Zahlen der Hitzetoten erschrocken

ist, dem sollte klar sein, dass die Dunkelziffer noch um einiges höher sein wird. Denn wird ein Patient in die Klinik eingeliefert oder verstirbt, wird als Diagnose nur sehr selten „Hitze“ notiert, sondern eher Symptome, die aufgrund der Hitze erst entstanden sind“, klärte Dr. Melanie Hümmelgen, Kardiologin und Chefarztin der Mühlenbergklinik Malente, auf. Hitzebedingte Erkrankungen sind vielfältig und reichen von Kreislaufbeschwerden, Kopfschmerzen, Erbrechen bis hin zu Herzinfarkten oder Frühgeburten. Gefährdet sind demnach nicht nur chronisch Kranke und ältere Menschen, sondern auch körperlich Arbeitende, kleine Kinder und Schwangere.

„Schwangere Frauen werden für das Ungeborene zu einer Art Isolierstation, um eine konstante Temperatur halten zu können. Die Folgen sind weniger Schwitzen, erweiterte Gefäße und eine größere Fettschicht. Kommt dann eine starke Hitze hinzu, werden Herz und das Kreislaufsystem zunehmend stark belastet“, sagte Susanne Bechert, Gynäkologin aus Eutin. Das Risiko für eine Frühgeburt erhöht sich bei Temperaturen von mehr als 30 °C um 20 %, bei Temperaturen von über 35 °C sogar um 45 %, wenn die Hitze fünf Tage oder länger anhält. Auch die Zahl der Verkehrsunfälle, der Gewalttaten und Arbeitsunfälle steige bei hohen Temperaturen an, berichtete Hümmelgen, die vielen Menschen auch aus der Sendung „Die Bewegungs-Docs“ des Norddeutschen Rundfunks bekannt ist.

Den Anstieg der Erderwärmung zu verlangsamen, steht bei Klimaschutzmaßnahmen stets im Fokus. Doch was kann

Hitzeaktionstag

Hitzeaktionstag am 5. Juni 2024
Ein Überblick über Aktionen und Veranstaltungen finden Sie unter www.hitze.info



links: Dr. Melanie Hümmelgen

Oben: Dr. Christine Schwill, Anne Schluck und Dr. Gisa Andresen mit dem Hitze-Kit, bestehend aus Fächer und Wasserspray.

konkret unternommen werden, wenn eine Hitzeperiode zu erwarten ist oder bereits anhält? Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach hat im Juli 2023 einen ersten, konkreten Hitzeschutzplan des Bundesgesundheitsministeriums vorgestellt. Dieser beinhaltet spezielle Maßnahmen während oder in Vorbereitung auf Hitzeperioden. Die Verantwortung delegiert sich vom Bund auf die Länder, die Kommunen und zuletzt die Einrichtungen. Kurzfristig geht es um Kommunikation und Aufklärung, langfristig um konkrete Pläne und Maßnahmen.

„Das ist uns in Ostholstein jedoch zu vage, wir wollen jetzt anfangen“ verkündete Dr. Gisa Andresen, ab Sommer Ärztliche Geschäftsführerin der Ärztekammer Schleswig-Holstein, im Rahmen des Hitzesymposiums. Das Hitzesymposium ist der Auftakt für weitere Kooperationen zwischen den verschiedenen Einrichtungen und soll den ersten Anstoß für ein Umdenken geben. „Wir können hier in Ostholstein schon heute anfangen“, ist sich Anne Schluck, Vorstand des Ärztenetzes Eutin – Malente e.V., sicher. Schluck empfiehlt das Aufhängen von grafischen Darstellungen zur Farbe des Urins und der direkten Handlungsempfehlung bei zu dunklem Urin Wasser zu trinken. „Die Information wird sofort verstanden, erfordert

kein langes Lesen und kann direkt umgesetzt werden“, sagte die hausärztliche Internistin. Sie riet auch dazu, ein „HitzeKIT“ bei sich zu tragen, das aus einem Fächer und einer Sprühflasche mit Wasser zur schnellen Abkühlung besteht. „In südlichen Ländern ist dies normal, jeder passt sein Verhalten dem Wetter an und sorgt vor“, sagte Schluck.

Auch in den Hausarztpraxen kann Erkrankungen durch Hitze vorgebeugt werden – ob durch bauliche Maßnahmen wie die Installation von Rollos oder Klimaanlage oder dem Anbieten von mehr Pausen und unentgeltliches Trinkwasser für alle. „Denn es sind ja nicht nur die Patienten, die an heißen Tagen mit der Wärme zu kämpfen haben, sondern auch wir als Arbeitgeber und -nehmer“, gab Dr. Christine Schwill, Internistin aus Bad Schwartau und wie Schluck Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein, zu bedenken.

Für Patienten mit Vorerkrankungen sei es zudem von großer Bedeutung, dass auch die verabreichten Medikamente und deren Wirkung bei Hitze schon vor einer Hitzeperiode thematisiert werden. So könnten Schmerzpflaster mit dem Wirkstoff Morphinum ihre Wirkung bei Hitze schneller entfalten und sogar zum Gesundheitsrisiko für den Patienten werden.

„Wenn wir mit unseren Patienten dies vorher besprochen haben, können wir schneller und effektiver handeln, wenn die Hitze uns erreicht und so auch die vermehrt stattfindenden Einsätze in der Notaufnahme während einer Hitzeperiode verringern“, so Schwill.

Diese Kommunikation über die Gefahren von Hitze sieht auch Maja Finkenstaedt, Ärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin bei KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit, als gutes Mittel an, die Menschen vor den Folgen von starker Hitze zu schützen. „Wer sein Risiko kennt, nimmt Hitze auch mehr als Gesundheitsrisiko wahr und handelt entsprechend umsichtig“, sagte Finkenstaedt auf dem Symposium in Eutin. Als Informationsquellen empfahl Finkenstaedt das Hitzewarnsystem des Deutschen Wetterdienstes (www.hitzewarnung.de) und die Website www.hitze.info.

„Wenn es dann eine Aktionskette in jeder Einrichtung gibt, wer wie und wann bei eintretender Hitze über die geplanten Maßnahmen und deren Umsetzung zu unterrichten ist, haben wir schon einen erfolgsversprechenden Ansatz, um den Umgang mit Hitze für alle verträglicher zu machen“, sagte Finkenstaedt.

ASTRID SCHOCK

Das Privileg, selbst zu bewegen und zu gestalten

INTERVIEW Prof. Doreen Richardt ist seit wenigen Wochen neue Vizepräsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Im neuen Amt will sich die kammererfahrene Herz- und Gefäßchirurgin nicht nur um Weiterbildung kümmern. Über ihre Ziele, und wie sie diese trotz einer herausfordernden Tätigkeit am UKSH erreichen will, sprach sie in Bad Segeberg mit Dirk Schnack.

Sie haben sich nach mehreren Jahren Vorstandserfahrung in der Ärztekammer zur Vizepräsidentin wählen lassen. Was reizt Sie an diesem Amt?

Prof. Doreen Richardt: Ich habe das natürlich sorgsam für mich abgewogen und es erschien mir schlüssig, nach rund elf Jahren ehrenamtlichen Engagements in der Ärztekammer für dieses Amt zu kandidieren. Ich war nach so langer Zeit vertraut mit der Arbeitsweise und kannte auch schon viele Mitarbeitende in der Verwaltung, sodass es kein komplettes Neuland für mich war.

Dennoch ist das Amt natürlich eine große Herausforderung – die finde ich reizvoll, genauso wie die damit verbundenen Chancen. Ich glaube, dass es eine extrem herausfordernde Zeit für die Ärzteschaft ist – wegen vieler externer Einflüsse, aber auch, weil viele Mitglieder der Ärztekammer der Selbstverwaltung gegenüber kritisch eingestellt sind und es nach meinem Eindruck nicht allen bewusst ist, welchen Wert die ärztliche Selbstverwaltung für jedes Mitglied hat.

Welchen Wert hat sie, warum ist die ärztliche Selbstverwaltung aus Ihrer Sicht so wichtig?

Richardt: Ich betrachte es als Privileg, dass wir für unseren Berufsstand selbst etwas bewegen können, indem wir die Rahmenbedingungen mitgestalten. Wir müssen aufpassen, dass uns das nicht abhandenkommt und wir „Berufspolitik-müde“ werden. Es gibt von politischer Seite Bestrebungen, das zu beschneiden – das müssen wir aus meiner Sicht unbedingt verhindern. Dazu müssen wir natürlich erreichen, dass den Mitgliedern der Wert dieser Selbstverwaltung bewusst ist. Ich habe früher selbst die Ärztekammer kritisiert, sie galt mir sogar als „persönlicher Feind“. Ich

bin daraufhin von der Leiterin der Weiterbildungsabteilung, Manuela Brammer, eingeladen worden, mich einzubringen. Erst danach habe ich verstanden, was die Selbstverwaltung leistet, warum manche Prozesse mühsam sind und dass die Beschäftigten in der Kammer für uns unterwegs sind. Ich habe auch verstanden, dass man Dinge ansprechen kann und sollte, wenn man etwas verändern möchte.

Wertvoll ist für mich der demokratische Prozess, mit dem alle Entscheidungsträger der Selbstverwaltung gewählt werden. Die gesamte Ärzteschaft des Landes ist aufgerufen, die Kammerversammlung zu wählen, die wiederum die weiteren Organe und Gremien bestimmt. Kammerversammlung und Vorstand erlebe ich als extrem dynamisch. Es gibt sehr intensive und offene Diskussionen, ohne Vorabsprachen. Nach meiner Wahrnehmung wollen alle etwas bewegen und arbeiten mit viel Engagement daran, für die Ärztinnen und Ärzte im Land etwas zu erreichen. Das sieht man zum Beispiel an der Weiterbildungsordnung, die wir jährlich anpassen.

Damit wären wir bei dem Bereich, mit dem Sie sich die vergangenen Jahre als Vorsitzende des Weiterbildungsausschusses extrem stark beschäftigt haben. Warum ausgerechnet mit diesem Bereich?

Richardt: Es ist der aus meiner Sicht wichtigste Bereich für Ärztekammern. Hier müssen wir dafür sorgen, dass die Rahmenbedingungen für alle Seiten so passen, dass eine gute Weiterbildung gelingt. Das ist ein Balanceakt zwischen den unterschiedlichen Fachbereichen, den Ansprüchen von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung und den Weiterbildungsbefugten sowie den Einrichtungen, die weiterbilden. Nicht umsonst ist der Weiterbildungsausschuss der

größte der Ärztekammer und zum Glück wollen so viele Kolleginnen und Kollegen daran mitwirken. Darüber bin ich froh, aber auch, dass Präsident Prof. Henrik Herrmann Co-Vorsitzender der StäKo Weiterbildung der Bundesärztekammer, deren Mitglied ich auch bin und wir im Tandem hoffentlich einiges bewirken können in diesem Bereich.

Als Vizepräsidentin der Ärztekammer Schleswig-Holstein sind Sie nicht nur für diesen einen Bereich, sondern für viele weitere zuständig. Was wollen Sie außerhalb der Weiterbildung erreichen?

Richardt: Inhaltlich werden uns neben der Weiterbildung mit Sicherheit die Notfallversorgung und die Krankenhausreform besonders stark beschäftigen. Das gilt auch für die vielen weiteren Reformen, die aus dem Bundesgesundheitsministerium kommen. Extrem wichtig ist aus meiner Sicht die sektorenübergreifende Versorgung – da gibt es noch sehr viel zu optimieren. Diese Aufgabe hat noch einmal deutlich mehr Gewicht als in früheren Zeiten, damit uns auch künftig noch genügend Ärztinnen und Ärzte für die Versorgung zur Verfügung stehen.

Auch die Frage, wie wir die Versorgung und Betreuung von Kindern- und Jugendlichen in unserem Land gewährleisten, gehört auf die Tagesordnung. Das geht nach meiner Ansicht deutlich über den Gesundheitssektor hinaus. Es beginnt schon bei der Betreuungssituation in der Krippe. Dieser Bereich liegt mir als Mutter von sechs Kindern und vier Enkeln natürlich eng am Herzen und ich halte es auch für angemessen, wenn wir uns als Ärzteschaft in solche Themen einbringen.

Es gibt aber noch viel mehr Bereiche, mit denen wir uns beschäftigen müssen

und auch beschäftigen werden. Das ärztliche Miteinander, unserer Kultur des Miteinanders und Austauschs, müssen wir überdenken. Ein anderes großes Thema ist der Klimawandel. Zum Glück haben wir im Vorstand sehr engagierte Kolleginnen, die dieses Thema verfolgen. Das finde ich richtig und das Engagement für Nachhaltigkeit hat meine volle Unterstützung.

Wie werden Sie die Aufgaben künftig in der Ärztekammer zwischen den Entscheidungsträgern verteilen?

Richardt: Über die konkrete Ausgestaltung werden wir uns noch unterhalten und ich bin sicher, dass wir zu einer guten Aufgabenverteilung finden. Mir ist zunächst wichtig, dass wir trotz des Wechsels in Vorstand und Geschäftsführung weiterhin als Team gut funktionieren. Auch nach dem Abschied beider Geschäftsführer darf kein Bruch entstehen. Mit der Wahl der bisherigen Vizepräsidentin Dr. Gisa Andresen zur neuen ärztlichen Geschäftsführerin sind aus meiner Sicht die Weichen für eine kontinuierliche Kammerarbeit gestellt worden. Ich kann mir die Zusammenarbeit mit ihr, dem Präsidenten und dem gesamten Vorstand sehr gut vorstellen, als Einzelkämpferin nehme ich mich nicht wahr.

Mit den neuen Aufgaben wachsen auch die Erwartungen und Ansprüche an Sie persönlich. Wie gehen Sie mit diesen Erwartungen um?

Richardt: Ich habe hohen Respekt vor der Aufgabe. Es geht darum, die Erwartungen der Kolleginnen und Kollegen zu erfüllen – das allein ist schon ein hoher Anspruch. Dazu gehört aber auch eine stärkere Präsenz in der Öffentlichkeit, als ich sie bislang aus meiner hauptamtlichen und meiner ehrenamtlichen Tätigkeit gewohnt bin. Dazu gehört eine öffentliche Positionierung in Fragen der Ethik, der Versorgung und weiteren Themen – das empfinde ich als Herausforderung und habe deshalb natürlich großen Respekt davor. Der ist aus meiner Sicht aber auch nachvollziehbar, wahrscheinlich sogar erforderlich.

Also eine große Herausforderung für ein Ehrenamt. Als Vizepräsidentin sind Sie aber weiterhin hauptamtlich ärztlich tätig. Worin besteht Ihr beruflicher Alltag?

Richardt: Die ärztliche Tätigkeit kann und will ich nicht aufgeben. Ich halte es für wichtig, weiterhin möglichst täglich in der Praxis zu erleben, wofür ich standespolitisch arbeite und welche Auswirkungen das hat. Deshalb werde ich weiterhin als Ober-



„Die ärztliche Tätigkeit kann und will ich nicht aufgeben. Ich halte es für wichtig, weiterhin in der Praxis zu erleben, wofür ich standespolitisch arbeite und welche Auswirkungen das hat.“

PROF. DOREEN RICHARDT

ärztin in der Chirurgie am UKSH in Lübeck tätig sein. Zu meinen Aufgaben zählt auch die Lehre, ich halte Vorlesungen, prüfe Staatsexamen und bin Doktormutter. Einen Teil meiner Arbeitszeit nutze ich für meine Tätigkeit in der Schwerbehindertenvertretung. Diese Arbeit halte ich für extrem wichtig, sie betrifft immerhin 500 Beschäftigte am UKSH in Lübeck und 300 in Kiel. Außerdem bin ich in das FamSurg-Projekt eingebunden, das das Operieren in der Schwangerschaft ermöglicht. Dieses Thema werde ich weiterhin begleiten. Ich bin meinem Chef Prof. Tobias Keck sehr dankbar, dass er so viel Unterstützung bietet.

Und wie vereinbaren Sie eine so vielfältige berufliche Tätigkeit mit einem aufwendigen Ehrenamt?

Richardt: Ich habe die Erfahrung gemacht: Wenn man Beruf und das ehrenamtliche Engagement gerne macht, ist die zeitliche Beanspruchung leichter zu ertragen. Seit meine Kinder aus dem Haus sind, steht mir für Beruf und Ehrenamt mehr Zeit zur Verfügung. Und ich gehöre zu den Menschen, die kaum Zeit vor dem Fernseher verbringen – ich schaue nur sehr ausgewählt und nutze die Zeit lieber für Sport und Familie – beides gibt mir Kraft.

Vielen Dank für das Gespräch.

Hamburg will Nachbarn an Kosten beteiligen

KLINIKEN Die Bundesländer kommen ihren Investitionsverpflichtungen im stationären Sektor nicht nach – ohne Ausnahme. Immer wieder taucht in diesem Zusammenhang die Forderung von Stadtstaaten auf, dass die angrenzenden Bundesländer wegen der Inanspruchnahme der Metropolkliniken zahlen sollen – nun fordert Hamburgs Sozialsenatorin eine entsprechende Beteiligung.

Muss Schleswig-Holstein bald dafür bezahlen, dass Patientinnen und Patienten aus unserem Bundesland auch in Hamburger Krankenhäusern behandelt werden? Diese Frage wird in der Hamburger Gesundheitspolitik in regelmäßigen Abständen immer mal wieder diskutiert. Im vergangenen Monat hatte Hamburgs Sozial- und Gesundheitssenatorin Melanie Schlotzhauer (SPD) diese Forderung in einem Interview mit dem „Hamburger Abendblatt“ erneut auf die Agenda gesetzt.

Sie begründete die Forderung mit dem Hinweis, dass nur rund Zweidrittel der stationär in der Hansestadt behandelten Menschen aus der Hansestadt kommen. Rund 20 % kommen aus Schleswig-Holstein und 10 % aus Niedersachsen, der Rest aus anderen Bundesländern und dem Ausland. Die für die Klinikvorhaltung wichtigen Investitionskosten bringe Hamburg aber allein auf, gab Schlotzhauer zu bedenken. Sie kündigte an, deshalb mit ihren Amtskolleginnen und -kollegen aus Schleswig-Holstein und Niedersachsen über eine gemeinsame Bedarfsplanung und eine gerechte Verteilung der Kosten sprechen zu wollen.

Ein Sprecher des Gesundheitsministeriums in Kiel verwies hierzu auf die Bedeutung einer engen Abstimmung zwischen den Ländern, insbesondere mit Blick auf die Krankenhausstrukturreform, und unterstrich die Attraktivität der Metropole mit ihren medizinischen Angeboten. Patienten hätten das Recht auf freie Arztwahl und dürften auch das Krankenhaus für ihre Behandlung selbst auswählen. Im Fokus stehe aber nicht der Wohnsitz, sondern die gute Versorgung, gab er zu bedenken.

Zu einer Kostenbeteiligung äußerte sich das Ministerium nicht konkret, merkte aber an: „Es hat für die Krankenhäuser in Hamburg wie auch in Schleswig-Hol-

stein nicht nur Nachteile, sondern auch erhebliche Vorteile, auch Patientinnen und Patienten aus den jeweils anderen Bundesländern aufzunehmen und Leistungen zu erbringen.“ Über eine gemeinsame Krankenhausplanung sei auch in der Vergangenheit schon gesprochen worden. Das Ministerium versicherte: „Schleswig-Holstein ist jederzeit an gemeinsamen Lösungen für die Sicherstellung der stationären Versorgung für alle Patientinnen und Patienten, ganz gleich, ob sie Bürgerinnen und Bürger in Schleswig-Holstein oder in Hamburg sind oder eine andere Herkunft haben, interessiert.“

In Hamburg wird im März kommenden Jahres eine neue Bürgerschaft gewählt. Schon jetzt steigt dort die Zahl der Parteiinformationsveranstaltungen, zum Teil auch mit gesundheitspolitischen Themen. Taugt das Thema Kostenbeteiligung aus Schleswig-Holstein und Niedersachsen dort eventuell zum Wahlkampfthema?

Angesichts zahlreicher anderer Themen ist das unwahrscheinlich. Die Krankenhausgesellschaft in Schleswig-Holstein (KGSH) gab zu bedenken, dass die Kosten-

beteiligung von Stadtstaaten nicht zum ersten Mal diskutiert wird und dass diese Debatte auch in anderen Metropolregionen immer wieder geführt wird.

KGSH-Geschäftsführer Patrick Reimund verwies auf Anfrage darauf, dass Schleswig-Holstein im Hamburger Randgebiet ebenfalls erhebliche Mittel in Krankenhäuser investiert – zum Beispiel im Kreis Pinneberg, in Reinbek oder in Großhansdorf. Vom Angebot in diesen Randlagen profitierten auch Hamburger Patienten. Die Metropolfunktion bringe Hamburg neben den Kosten auch Vorteile. „Hamburg ist als Gesundheitsmetropole unterwegs und postuliert das auch ganz offensiv“, gab Reimund zu bedenken.

Er persönlich hält es für unwahrscheinlich, dass die von Hamburg gewünschte Kostenbeteiligung kommt – auch wenn unter dem Strich mehr Patienten aus Schleswig-Holstein in Hamburg behandelt werden als Hamburger bei uns. Kommen werde aber eine engere Abstimmung in der Krankenhausplanung, die Reimund für sachgerecht und legitim hält.

DIRK SCHNACK



Die Metropole Hamburg hält viele Angebote bereit. Für die Kliniken fordert es jetzt eine Beteiligung der angrenzenden Bundesländer.

Das Ende des Kirchturmdenkens

6K-KLINIKEN Die Kliniken des kommunalen 6K-Klinikverbundes sollen und wollen enger kooperieren. Ein entsprechender Letter of Intent wurde Mitte April im Klinikum Itzehoe unterzeichnet. Er sieht auch vor, das Angebot an medizinischen Leistungen besser abzustimmen.

Die frühere imland Klinik im Kreis Rendsburg-Eckernförde ist seit ihrer Privatisierung 2023 nicht mehr Mitglied im 6K-Klinikverbund und war deshalb auch bei der Unterzeichnung des Letter of Intent nicht dabei. Trotzdem schien sie präsent – zumindest haben die Insolvenz des Hauses und dessen Privatisierung die Entscheidungsträger auf Management- und auf kommunalpolitischer Ebene nachhaltig beeindruckt.

Immer wieder wurden Insolvenz und Privatisierung bei der Unterzeichnung des Letter of Intent beim Pressegespräch in der Akademie des Klinikums Itzehoe thematisiert. Auch Kiels Oberbürgermeister Ulf Kämpfer sprach das Thema an, als er die verbliebenen kommunalen Kliniken (Heide und Brunsbüttel, Itzehoe, Neumünster und Städtisches Krankenhaus Kiel) als „die letzten unserer Art“ bezeichnete und mahnte, dass Kommunen und Bevölkerung sich darauf einstellen müssten, zum Erhalt der Trägervielfalt nicht mehr an jedem Standort jede Leistung zu erwarten. Steinburgs Landrat Claudius Teske schlug in die gleiche Kerbe, als er sagte: „Die vielen Klinikinsolvenzen der vergangenen Jahre zeigen, wie wichtig es ist, das Kirchturmdenken zu überwinden.“

Mit anderen Worten: Landräte und Bürgermeister wollen und können nicht mehr um jeden Preis an Klinikabteilungen in ihrer Region festhalten, sondern geben ihrem Management Rückendeckung, wenn diese untereinander abstimmen, an welchem Standort ein Angebot Sinn macht. Das ist eine Einstellung, die in der Gesundheitspolitik seit Jahrzehnten vermisst wurde. Schließlich hat eine Zentralisierung medizinischer Leistungen weitere Wege für die Patienten zur Folge – ein Umstand, den Kommunalpolitiker ihren Wählern bislang nie zumuten wollten.



Ulf Kämpfer (Oberbürgermeister Kiel), Claudius Teske (Landrat Steinburg), Stefan Mohrdieck (Landrat Dithmarschen) und Michael Knapp (Erster Stadtrat Neumünster) präsentieren den unterzeichneten Letter of Intent.

Was diese Willensbekundung konkret bedeutet und welche Leistungen wo wegfallen, ist noch offen. Klar ist: Die dafür erforderliche politische Unterstützung ist jetzt vorhanden. Dabei sind laut Teske selbst „tiefer Einschnitte im Leistungsportfolio“ nicht ausgeschlossen.

Der 6K-Vorstandsvorsitzende Dr. Martin Blümke von der Westküstenklinik Heide betonte: „Mit politischer Unterstützung ist es leichter, wenn medizinische Leistungen neu sortiert werden.“ Wie diese „Neusortierung“ geschehen soll, wollen die 6K-Manager mit Vertretern aus Ärzteschaft und Pflege abstimmen. Die Mindestmengenregelungen werden dabei eine entscheidende Rolle spielen.

Blümke verhehlte auch nicht, dass der Kooperationswille durch die beiden Engpässe Personal und Finanzen gestärkt wurde. Aktuell erwarten die Häuser im 6K-Verbund für das Jahr 2024 ein Defizit von zusammen 50 Millionen Euro. Blümke

stellte aber auch klar, dass dieses Defizit aufgrund bundesgesetzlicher Regelungen entstanden ist und auch nur von der Bundesebene durch entsprechende gesetzliche Änderungen und/oder Sonderzahlungen ausgeglichen werden kann.

Auch Teske erklärte bei der Unterzeichnung des Letter of Intent, dass die Reserven der Kommunen eine dauerhafte Stützung der Kliniken nicht zulassen. Die jetzt angestrebte Straffung des medizinischen Portfolios erklärte er zum „letzten Kapitel“, das die kommunalen Träger noch leisten könnten. „Danach dürfte der Drops gelutscht sein“, sagte Teske.

Neben der Leistungsabstimmung soll es auch bei der Beschaffung und bei den IT- und Verwaltungsdienstleistungen zu einer engeren Kooperation kommen. Die konkreten Schritte soll das Management erarbeiten und den Kommunalpolitikern zur Entscheidung vorlegen.

50 Jahre Segeberger Kliniken

KLINIKEN Vor 50 Jahren wurden die Segeberger Kliniken gegründet. Das familiengeführte Unternehmen mit mehreren Kliniken, medizinischen Zentren, Hotel und Rehabilitationseinrichtungen beschäftigt heute rund 2.000 Menschen.

Zum Jubiläum hob Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) u.a. das breit gefächerte Angebot, den Behandlungsschwerpunkt der neurologischen und kardiologischen Versorgung und die Ausbildungsmöglichkeiten hervor.

Zum Unternehmen zählen neben einer Klinik der Grund- und Regelversorgung drei Fachkliniken mit unterschiedlichen Schwerpunkten, ein Gesundheitszentrum, ambulante Versorgungszentren in Bad Segeberg und Norderstedt und ein Hotel. Die drei Fachkliniken sind:

► Das Herz- und Gefäßzentrum der Segeberger Kliniken, nach eigenen Angaben das größte seiner Art in Norddeutschland. Es gliedert sich in die Bereiche Kardiologie und Angiologie mit der Sektion Gefäßchirurgie, der Klinik für Herzchi-

rurgie, der Abteilung für Kardioanästhesie sowie der kardiologischen Rehabilitation.

► Das Neurologische Zentrum der Segeberger Kliniken, „eine der größten rehabilitativen Einrichtungen in Deutschland“. Es behandelt die gesamte Bandbreite an neurologischen Krankheitsbildern im Akutstadium und in der Rehabilitationsphase. Es verfügt über eine Stroke Unit und behandelt die Schwerpunkte Multiple Sklerose, Parkinson und Schlaganfall.

► Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nimmt ebenfalls an der Akutversorgung teilstationär sowie stationär teil. Ein Klinikgebäude am Großen Segeberger See beherbergt Rehabilitanden aller Rentenversicherungsträger mit einer psychosomatischen Indikation.

Die geschäftsführende Gesellschafterin Marlies Borchert ist seit Gründung der Klinik in führender Position im Unternehmen tätig und hat die Segeberger Kliniken Anfang der 1990er-Jahre übernommen. „Die Segeberger Kliniken Gruppe ist das Ergebnis unermüdlicher Anstrengungen engagierter Mitarbeitender, die sich täglich für das Wohl unserer Patienten einsetzen. In diesen fünf Jahrzehnten haben wir uns immer wieder hohe Ziele gesteckt und auch erreicht. (...) Höhen und Tiefen wird es immer wieder geben, aber ich bin sicher, die Segeberger Kliniken können mit Optimismus und unerschütterlichem Engagement in die Zukunft starten“, sagte Borchert, der vom heutigen geschäftsführenden Gesellschafter in der Unternehmensleitung, Oliver Wielgosch-Borchert, u.a. Weitsicht bei ihren Entscheidungen bescheinigt wurde.

Als Familienunternehmen übernimmt die Segeberger Kliniken Gruppe nach Eigendarstellung auch eine besondere soziale Verantwortung. 60 verschiedene Berufsgruppen sind in den Segeberger Kliniken tätig, jährlich vergibt die Unternehmensgruppe ca. 100 Ausbildungsplätze. Für die Mitarbeitenden wurden soziale Rahmenbedingungen geschaffen, die von Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten über Kinderbetreuungsstätten bis zum Firmensport sowie Mitarbeiterwohnungen reichen.

Die Entwicklung würdigten zum Jubiläum auch Segeberrgs Landrat Jan Peter Schröder und Bürgermeister Toni Köppen „Aus einer Kurklinik für Herzerkrankungen ist in fünf Jahrzehnten ein weit über die Grenzen der Stadt hinaus bekannter Leuchtturm des Gesundheitswesens geworden. (...) Ich bin sehr froh über diese umfangreiche medizinische Expertise, von der wir Einwohner und Einwohnerinnen alle profitieren dürfen“, sagte der Landrat. Der Bürgermeister sprach vom „Herzstück unserer Gesundheitsregion.“

(PM/RED)



Die Unternehmensleitung: Thorsten Wolf, Leiter Finanzen; Lars-Eric Blunk, Bereichsleiter Controlling; Marlies Borchert, Geschäftsführerin und Inhaberin der Segeberger Kliniken Gruppe; Oliver Wielgosch-Borchert, geschäftsführender Gesellschafter in der Unternehmensleitung; Dr. Florian Schubert, Bereichsleiter Personal (von links).

Reform bleibt im Schneckentempo

KLINIKREFORM Die Krankenhausreform ist, wie von vielen erwartet, nicht mehr im April ins parlamentarische Verfahren gelangt. Bund und Ländern verhandelten zwar, es gab aber massive Kritik aus den Regionen. Die Länder pochen auf umfangreiche Änderungen.

Nach Redaktionsschluss am 30. April wollten die Bundesländer eine gemeinsame Stellungnahme zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, dem KHVVG, vorgelegt haben. Danach wäre die Überführung ins parlamentarische Verfahren möglich. Das heißt: Verabschiedung durch das Bundeskabinett in diesem Monat und erste Lesung im Bundestag vor der Sommerpause.

Dieser Zeitplan zeichnete sich ab, nachdem sich die Gesundheitsminister und -senatorinnen mit Bundesgesundheitsministerin Prof. Karl Lauterbach (SPD) Mitte April in Berlin zu erneuten Gesprächen getroffen hatten. „Die Länder sind sich einig, dass umfangreiche Korrekturen am Referentenentwurf notwendig sind, um eine von allen befürwortete Reform zum Erfolg zu führen. Dies kann nur gemeinsam mit den für die Krankenhausplanung zuständigen Ländern gelingen“, sagte Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) anschließend. Sie ist in diesem Jahr Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz der Länder.

Die Länderrunde forderte „deutliche und zügige Anpassungen“ von Lauterbach, „um zu den gemeinsam vereinbarten Eckpunkten zurückzukehren und die bereits gemachten Zusagen umzusetzen.“ Von der Decken betonte: „Weitere Verzögerungen zu Lasten der Kliniken und der Patientenversorgung darf es nicht geben.“

Anpassungsbedarf sehen die Länder u.a. bei diesen Punkten:

- Das Finanzierungssystem als Kernstück der Reform sei „unklar“. Der Bund müsse eine nachvollziehbare Auswirkungsanalyse für das neue System der Vorhaltevergütung und der Tagesentgelte für sektorenübergreifende Versorger vorlegen. Bundesrechtliche Regelungen zur Verhandlung des Landesbasisfallwertes und Tarifsteigerungen seien so anzupas-



Prof. Kerstin von der Decken

sen, dass Kosten- und Tarifsteigerungen bereits für 2024 umfassend berücksichtigt werden könnten.

- Krankenhausplanungshoheit der Länder: Der Gesetzesentwurf müsse der verfassungsrechtlich garantierten Planungshoheit der Länder Rechnung tragen. Krankenhausplanerische Entscheidungen müssten von den dafür zuständigen Ländern getroffen werden.
- Mindestvorhaltezahlen: Die bundesrechtlichen Mindestvorhaltezahlen sehen die Länder „sehr kritisch“, weil sie die Planungshoheit der Länder und die Berufsfreiheit der Krankenhausträger zu weit einschränken.
- Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben: Die Erbringung von Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben dürfe nicht nur durch Universitätskliniken zulässig sein.
- Sektorenübergreifende Versorger: Für sektorenübergreifende Versorger müsse der Bund einen flexiblen Instrumentenkasten zur Verfügung stellen, sodass insbesondere die ambulant-stationären



Prof. Karl Lauterbach

Einrichtungen weiter umgesetzt werden könnten.

- Bürokratische Entlastung: Die Verwaltungsabläufe müssten „entschlackt“ werden. Zudem müssten Fristen praxistauglich sein und angepasst werden.
 - Transformationsfonds: Der Stichtag für den förderunschädlichen Beginn der Umsetzung des zu fördernden Vorhabens müsse im Jahr 2024 liegen. Eine Förderfähigkeit für Maßnahmen erst ab dem 1. Januar 2026 verhindere die zügige Umsetzung bereits angestoßener Überlegungen zu Strukturveränderungen. Die hälftige Ko-Finanzierung durch die Länder wird als zu hoch erachtet.
- Lauterbach sprach laut Presseberichten anschließend von „Vorschlägen“ der Länder, die er „wohlwollend“ prüfen werde – aber auch von „Dissens“, der nicht so leicht aus dem Weg geräumt werden könne. Neben den Bundesländern hatten sich auch Krankenkassen und Krankenhäuser wiederholt kritisch zu einzelnen Punkten des Berliner Reformentwurfs geäußert.

Pflegeausbildung in den Kliniken rückläufig

PFLEGE Pflegekräfte werden dringend gesucht – diese Botschaft ist nicht neu. Weil die Situation ohnehin schon angespannt ist, sorgen rückläufige Ausbildungszahlen in Schleswig-Holstein für zusätzliche Sorgen in der Pflege. Das Forum Pflegegesellschaft forderte vergangenen Monat mehr Tempo zur Erhöhung der Ausbildungszahlen.

Das Forum Pflegegesellschaft, ein Zusammenschluss mehrerer in der Pflege tätiger Organisationen wie etwa AWO, bpa, Caritas und DRK, hat im vergangenen Monat auf zurückgehende Ausbildungszahlen in der Pflege in Schleswig-Holstein hingewiesen und zugleich den Pakt für Gesundheits- und Pflegeberufe als zu langsam kritisiert.

Das Forum bezieht sich mit seinen Angaben auf einen aktuellen Jahresbericht des Ausbildungsfonds Schleswig-Holstein. Danach beträgt die Zahl der Menschen, die 2023 eine Pflegeausbildung in Schleswig-Holstein begonnen haben, 1.682. Ein Jahr zuvor waren dies noch 1.746, 2021 sogar noch 1.951.

Insbesondere die Ausbildung im Krankenhaus ist laut Forum „signifikant rückläufig“ – diese Zahl sank von 1.031 im Jahr 2021 auf nur noch 791 in 2023. Vergleichsweise stabil ist die Zahl dagegen in der stationären Pflege – hier gab es 702 Ausbildungsstarter im Jahr 2021, 2023 waren es 696. Wenig Ausbildungsplätze gibt es weiterhin in der ambulanten Pflege, hier lag die Zahl im vergangenen Jahr bei 195.

Anette Langner, Sprecherin des Forums und frühere Staatssekretärin im Kieler Landesgesundheitsministerium, forderte angesichts der Zahlen „dringend praktikable, unbürokratische und innovative Ansätze“ in Schleswig-Holstein. Konkret versteht sie darunter kontinuierliche Werbung für Pflegeberufe, einen Ausbau der verkürzten Ausbildung, moderne Unterrichtsangebote, weniger Bürokratie in der Ausbildung von jungen Menschen aus dem Ausland und mehr persönliche Unterstützung durch Schulsozialarbeit und begleitenden Sprachunterricht. Das Forum forderte, dass politische Entscheidungen zur Förde-



Junge Menschen sind gesucht in der Pflege.

rung der Pflegeausbildung „deutlich an Geschwindigkeit zunehmen“ müssten.

„Wir befürchten, dass der Pakt viel zu langsam vorankommt, zwar in vielen kleinen Maßnahmen und Arbeitsgruppen bestehende Probleme aufgreift, die Lösungen aber viel zu lange dauern und das Große und Ganze aus dem Blick verloren wird“, sagte Langner.

Ein Ministeriumssprecher sagte auf Anfrage dazu: Das Ministerium begrüßt, wenn sich die Träger noch stärker als bisher gemeinsam für eine gute Pflegeausbildung einsetzen wollen. Das Land verfolgt – unter anderem im Rahmen des Paktes für Gesundheits- und Pflegeberufe – gemeinsam mit den Akteuren vielfältige Maßnahmen, um die Ausbildungssituation in der Pflege im Rahmen der Möglichkeiten zu verbessern.“ Als Beispiele nannte er:

- ▶ Förderung von Projekten für eine innovative, zukunftsweisende Ausbildung, etwa den Einsatz von Virtueller Realität.

- ▶ Förderung für Investitionskosten und Mietkostenzuschüsse für Pflegeschulen.
- ▶ Finanzierung der Koordinierungsstelle Netzwerk Pflegeausbildung nach Ende der Förderung durch den Bund.
- ▶ Kostengünstige Fortbildungen für an der Ausbildung beteiligte Akteure durch das Norddeutsche Zentrum zur Weiterentwicklung in der Pflege.
- ▶ Einrichtung einer Ombudsstelle nach dem Pflegeberufgesetz.
- ▶ Zusammenarbeit mit der Initiative VerA-plus zur Verbesserung von Ausbildungserfolgen.
- ▶ Regelmäßige Austausch mit den Akteuren der Pflegeausbildung/Schulleitertreffen.

Die Steigerung der Attraktivität des Berufes sei entscheidend, um junge Menschen im Wettbewerb um Fachkräfte für die Pflegeausbildung zu gewinnen. Mit der eingeführten Tariftreueverordnung sei dazu ein wichtiger Schritt getan, die sichere Perspektive ein weiterer Pluspunkt. Notwendig seien zudem gute Arbeitsbedingungen und eine größere gesellschaftliche Anerkennung.

Der aktuelle Bericht des Ausbildungsfonds zeigt auch, dass der Anteil von Männern in der Pflegeausbildung steigt – auf aktuell 28,5 %. Das Forum führt dies auf die steigenden Ausbildungsvergütungen in der Pflege zurück. Der Ausbildungsfonds finanziert die Ausbildung in den Schulen inklusive der praktischen Ausbildung in den Einrichtungen und stellt die Finanzierung der Ausbildungsvergütung sicher. Die Mittel dafür werden von allen Krankenhäusern in Schleswig-Holstein, von den stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen sowie von der gesetzlichen Pflegeversicherung und dem Land aufgebracht.

DIRK SCHNACK

„Bedürfnisse der Kinder komplett missachtet“

KINDERHEIME DRK-Kinderkuren und -erholungen gab es zwischen 1945 und 1990 an fünf Standorten in Schleswig-Holstein. Wie es den Kindern dort erging, hat das DRK wissenschaftlich untersuchen lassen. Manche Ergebnisse schockieren.

Die Kur war zwischen 1945 und 1990 für manche Kinder die einzige Möglichkeit, sich vom Alltag zu erholen. Viele dieser „Verschickungskinder“ waren Kriegswaisen, Kinder aus sozial und wirtschaftlich benachteiligten Familien, Kinder erkrankter Eltern, selbst erkrankte oder behinderte Kinder sowie Berliner Kinder. Ein über Jahre vorherrschender Grund für die Verschickung in den Norden war Mangelernährung. Die Mittel für die Aufenthalte kamen überwiegend aus öffentlichen Töpfen. Neben den Heimleitungen und weiterem Personal gab es eine – fast ausnahmslos männliche – ärztliche Leitung.

Für viele Kinder gab es bei diesen meist sechswöchigen Aufenthalten nicht die erhoffte Erholung, sondern das Gegenteil – manche von ihnen haben wegen der damaligen Erlebnisse auch als Erwachsene noch schmerzhaft Erinnerungen. Wie die Situation in den fünf Heimen des DRK in Schleswig-Holstein für die Verschickungskinder war, hat Sozialwissenschaftlerin Leoni Umlauf von der Kieler Christian-Albrechts-Universität in ihrer Studie „Gewalt in der Kindererholung – Trägerschaft und Verantwortung“ untersucht. Die Ergebnisse stellte sie zusammen mit der DRK-Landesvorstandssprecherin Anette Langner vor.

„Ich habe mich oft wie im Gefängnis gefühlt“. Solche und ähnliche Aussagen fielen in Interviews, die Umlauf mit ehemaligen Verschickungskindern in den DRK-Heimen geführt hat. Das Resümee der Sozialwissenschaftlerin: „Die Intention hinter den Kindererholungen und Kinderkuren war eine gute, in der Umsetzung wurden jedoch die kindlichen Bedürfnisse oftmals komplett missachtet.“

Die Interviewten berichteten von einer Stimmung der Angst, einem Gefühl des Ausgeliefertseins, von Bloßstellungen nach Einnässen oder nach Weinen, von zensier-

ten Briefen und dem Eindruck, „man hatte keinen eigenen Willen zu haben“. Zentrales Erziehungsmittel schienen Strafen zu sein, vereinzelt gehörte dazu auch Einsperren in eine dunkle Kammer.

Gesteigert wurde die Angst der Kinder, wenn diese während des Aufenthaltes krank wurden. Ein damals an Mumps erkranktes Kind verschwieg dies aus Angst und steckte deshalb acht weitere Kinder an.

Das DRK im Norden wertete die Ergebnisse der Studie als „teils erschreckenden Einblick in die Geschichte der Kindererholung und -kur in Schleswig-Holstein.“ Insbesondere psychische Gewalt habe das Leben vieler Kinder in den Heimen geprägt. „Aus unserer Sicht markiert diese Studie einen wichtigen Schritt in der Aufarbeitung der Kindererholung durch das DRK in Schleswig-Holstein“, sagte Langner. Dies trage dazu bei, „das Bewusstsein für die erlebte Gewalt zu schärfen und zukünftige

Forschungen in diesem Bereich anzustoßen.“

Der sozialpolitische Sprecher der FDP-Landtagsfraktion, Dr. rer. pol. Heiner Garg, nahm die Studie zum Anlass, von Schleswig-Holsteins Sozialministerin Aminata Touré (Grüne) eine Aufarbeitungsstrategie zu fordern. „Die Studie zu den Vorgängen in DRK-Kindererholungsheimen zeigt erneut, dass wir bei der Aufarbeitung der Geschehnisse noch ganz am Anfang stehen. Ministerin Aminata Touré muss zügig eine Strategie zur Aufarbeitung vorlegen, die die Vorgänge in allen Kinderkurenheimen der damaligen Zeit untersucht. Bei der kommenden Jugend- und Familienministerkonferenz sollte sie die Kolleginnen und Kollegen davon überzeugen, dass hier alle Länder gemeinsam mit und für die Betroffenen an einem Strang ziehen müssen“, sagte Garg.

DIRK SCHNACK



Sozialwissenschaftlerin Leoni Umlauf (re.) und die Vorstandssprecherin des DRK-Landesverbandes, Anette Langner, präsentierten die Studienergebnisse.

Teambuilding für Mensch und Maschine

FORSCHUNG 3.000 Quadratmeter Nutzfläche für ein neues Forschungshaus auf dem Campus der Lübecker Universität – diese Planung soll ab dem kommenden Jahr in die Realität umgesetzt werden. Es geht um die Interaktion von Mensch und Maschine.

Was bedeutet es für die Arbeitswelt, wenn intelligente lernende Systeme wie ChatGPT und robotische, menschlich anmutende Akteure eng mit menschlichen Expertinnen und Experten in Teams zusammenarbeiten? Dies wird in vielen Bereichen der Gesundheit, der Arbeitswelt oder auch der Verwaltung zunehmend der Fall sein.

Deshalb sollen in Lübeck rund 140 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und Mitarbeitende aus den Bereichen Psychologie, Neurowissenschaften, Informatik und Robotik daran forschen, wie Menschen die immer enger und wichtiger werdende Zusammenarbeit mit künstlicher Intelligenz erleben und gestalten. Das soll künftig unter einem Dach erfolgen, das dafür erforderliche Gebäude wird in der Hansestadt LEMMI (für „Lübeck Environment For Minds And Machines In Interaction“) abgekürzt.

Der Wissenschaftsrat, das gemeinsame wissenschaftliche Gremium von Bund und Ländern, hat den Lübecker Vorschlag im vergangenen Monat als „sehr gut bis herausragend“ zur Förderung empfohlen, sodass nun Land, Universität und Stadt in die weiteren Planungen einsteigen.

Prof. Jonas Obleser, der als Psychologe und Hirnforscher die Idee des Forschungsgebäudes LEMMI mitgestaltet hat, sagte: „In unserer heutigen Welt sind wir immer enger und immer mehr mit technischen Systemen verbunden, und das verändert auch, wie wir uns fühlen und uns verhalten.“ Künstliche Intelligenz, also technische Systeme, die sehr gut Muster erkennen und selbst lernen können, würden den Alltag und den Blick auf Arbeit, Gesundheit und Sicherheit prägen. „Wir erleben gerade die Entstehung von hybrider Intelligenz,“ sagte Obleser. „Ein modernes Hörgerät zum Beispiel steckt voller Algorithmen und trifft – vereinfacht gesagt – auch heute schon Ent-

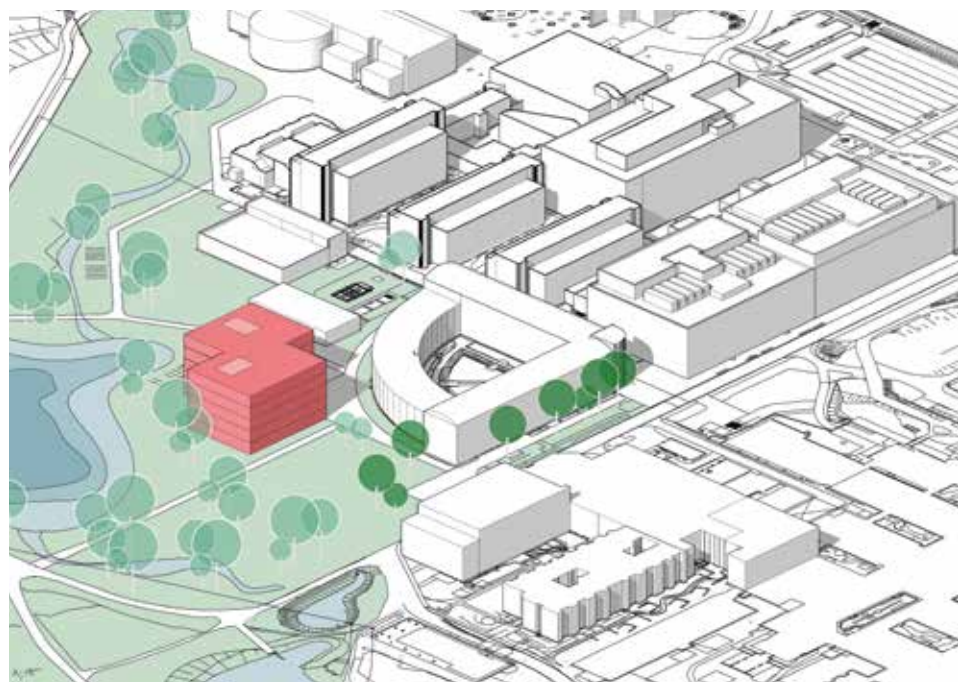
scheidungen für mich, was mein Gehirn eigentlich zu hören bekommt. Oder eine Medizinerin trifft Diagnoseentscheidungen mithilfe einer Vielzahl ihrerseits sehr komplexer technischer Systeme, die mitunter bereits Empfehlungen geben. Aber bevor wir diese hybride Intelligenz sinnvoll und sicher nutzen können, sollten wir sie besser verstehen, erklären und vorhersagen können, und das soll gezielt im neuen Forschungsgebäude passieren.“

Schleswig-Holsteins Wissenschaftsministerin Karin Prien (CDU) sprach von einem „tollen Erfolg für die Forschungsinfrastruktur Schleswig-Holsteins“, sie erwartet einen überregional bedeutsamen Forschungsbau. Dessen Schwerpunktthema „Interaktion von Mensch und Maschine“ treffe den Puls der Zeit und finde geeig-

nete Anknüpfungspunkte mit dem 2023 in Lübeck gegründeten KI-Transfer-Hub SH und dem KI-Anwendungszentrum SH.

Prof. Gabriele Gillessen-Kaesbach, kommissarische Präsidentin der Uni Lübeck, sieht den Standort ebenfalls als prädestiniert an, weil er stark von der Vernetzung von Mensch und Technik geprägt sei. „Das Gebäude wird eine innovative Forschungsumgebung schaffen, in der die Interaktionen von Mensch und Maschine, das Verhalten des Menschen sowie das Verhalten von künstlich-intelligenten Systemen untersucht und verstanden werden kann“, sagte Gillessen-Kaesbach.

Die Bau- und Einrichtungskosten werden mit bis zu 63,6 Millionen Euro gefördert. Die Bauphase wird nach jetzigem Stand von 2025 bis 2030 dauern. (PM/RED)



Die grobe Planungsskizze zeigt die mögliche Lage des geplanten Forschungsgebäudes „Lübeck Environment for Minds and Machines in Interaction“ (LEMMI), eingezeichnet in rot, neben bestehenden Gebäuden der Universität zu Lübeck und des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein.

Mehr Asthma-Erkrankte in Schleswig-Holstein

ASTHMA Laut Daten des AOK-Gesundheitsatlas steigt die Zahl der Asthma-Erkrankungen in Schleswig-Holstein. Der Bericht weist für das Jahr 2022 insgesamt 122.400 Schleswig-Holsteiner aus, die wegen der chronischen Lungenerkrankung in ärztlicher Behandlung sind. Erhoben hat die Daten das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO).

Die Zahl bedeutet einen Anstieg von 5,4 % im Vergleich zum Vorjahr mit 116.100 Betroffenen. Auffällig sind die großen regionalen Unterschiede innerhalb von Schleswig-Holstein: Die höchste Asthma-Prävalenz wurde in Neumünster (4,87 %) erreicht, die geringste in Flensburg (3,8 %).

Die Krankenkasse führt den deutlichen Anstieg auf den Wegfall der Abstands- und Hygieneregeln nach der Corona-Epidemie zurück. Damit seien Infektionskrankheiten im untersuchten Zeitraum insgesamt sprunghaft angestiegen. Besonders Atemwegsinfekte und andere Erkältungskrankheiten hätten sich wieder ungehindert ausgebreitet. „In der Folge könnte dies dazu geführt haben, dass es auch wieder mehr Asthma-Neuerkrankungen gab“, sagte Tom Ackermann, AOK-Vorstandsvorsitzender anlässlich des Welt-Asthma-Tages am 7. Mai.

Landesweit lag der Anteil der Asthma-Erkrankten an der Gesamtbevölkerung in Schleswig-Holstein bei 4,17 %. Neben Neumünster weisen auch die Kreise Dithmarschen (4,65 %) und Steinburg (4,6 %) überdurchschnittlich hohe Asthma-Prävalenzen auf. Außer in Flensburg sind sie auch in den Kreisen Pinneberg (3,81 %) und Nordfriesland (3,88 %) niedrig. Im Vergleich mit den anderen Bundesländern liegt Schleswig-Holstein unter dem bundesweiten Durchschnitt von 4,36 %.

Die aktuelle Auswertung zeigt außerdem, dass im Kindes- und Jugendalter Jungen deutlich häufiger betroffen sind als Mädchen. Im Erwachsenenalter hingegen ist die Asthma-Häufigkeit bei Frauen höher als bei Männern. „Dies hat vermutlich anatomische Gründe: Da Jungen engere Bronchien haben, kommt es leichter zu einer Verengung der Atemwege, wie sie beim Asthma bronchiale vorliegt. Im Erwachse-



Asthmasprays, wie auf diesem Foto, sind aus Gründen des Klimaschutzes nicht mehr für jeden Verordner das Mittel der Wahl.

nenalter sind die Bronchiendurchmesser dann bei Männern größer als bei Frauen, was die Umkehrung der Geschlechterverhältnisse erklärt“, sagte Ackermann. Weitere Gründe für die Geschlechtsunterschiede könnten aber auch hormonelle Einflüsse oder geschlechtsspezifische Unterschiede beim Kontakt mit Asthma-auslösenden Substanzen sein. Der Prävalenzgipfel liegt bei Frauen in der Altersgruppe von 70 – 74 Jahren bei 7,15 %, bei den Männern in der Altersgruppe von 80 – 84 Jahren bei 4,95 %.

Die Ursachen für die Entstehung von Asthma bronchiale sind komplex. Zu den wesentlichen Risikofaktoren gehört das Vorliegen einer allergischen Erkrankung wie Heuschnupfen oder eine Tierhaar- oder Hausstaubmilbenallergie. Aber auch Übergewicht, Adipositas und Tabakrauch können die Entstehung von Asthma begünstigen und die Erkrankungssymptome verschlimmern. Hier können vor al-

lem Lebensstiländerungen wie der Verzicht auf das Rauchen, ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung und der Abbau von Übergewicht helfen, das Risiko an Asthma zu erkranken, deutlich zu reduzieren. „Verschiedene Studien haben gezeigt, dass eine Gewichtsreduktion bei stark übergewichtigen Asthma-Patientinnen und -Patienten zu einer Verbesserung der Krankheitskontrolle beitragen kann. Das Abnehmen wird diesen Patientinnen und Patienten auch in der Nationalen Versorgungsleitlinie empfohlen, damit sich die Asthma-Symptome bessern“, sagte Ackermann.

Er setzt darauf, über Risiken besser zu informieren. „Wir können Asthma nur wirksam bekämpfen, wenn es uns gelingt, die Menschen vor dem Auftreten der Erkrankung zu schützen, die Risikofaktoren zu verhindern und ihre eigene Gesundheitskompetenz zu stärken“, so Ackermann.

(PM/RED)

Interessengemeinschaft für gerechte Renten

ALTERSVORSORGE Eine im Februar in Schleswig-Holstein gegründete Interessengemeinschaft „Renten im Versorgungswerk“ (RiV) hatte im April bereits 130 Mitglieder. Sie eint, dass sie sich transparentere und laienverständlichere Informationen über die Entwicklung und Hintergründe, aber auch eine stärkere Erhöhung ihrer Altersbezüge wünschen. Dirk Schnack traf drei der vier RiV-Sprecher zum Interview in Rendsburg.



„Wir sind für ausgewogene Entscheidungen zwischen Vorsorge und Versorgung.“

DR. UWE BANNERT

Was hat zur Gründung der RiV geführt?

Dr. Peter Boll: Viele von uns eint, dass sie mit den Erhöhungen der Renten im Versorgungswerk nicht zufrieden waren. In den letzten zehn Jahren fielen der Erhöhungen nur sehr gering aus. Die Begründung dafür hat uns nicht zufriedengestellt. Auch die Informationen, die wir dazu bekamen, haben uns nicht wirklich geholfen. Als dann ein Leserbrief der Kollegin Stefanie Spitzner im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt abgedruckt wurde, ermöglichte uns das, uns auszutauschen und zu vernetzen. Das hat zu einem Treffen geführt, aus dem die RiV entstanden ist.

Dr. Stefanie Spitzner: Ich habe den Leserbrief schon in der Annahme geschrie-

ben, dass es viele Kolleginnen und Kollegen geben wird, die ebenfalls in Sorge um den Kaufkraftverlust ihrer Altersbezüge bzw. ihrer zukünftigen Renten sind. Deshalb bin ich den ungewöhnlichen Weg gegangen und habe um Veröffentlichung meiner Mailadresse gebeten. Die Resonanz darauf hat mir gezeigt, dass ich keine Einzelmeinung veretre.

Dr. Uwe Bannert: Das Thema hat viele Kolleginnen und Kollegen schon länger beschäftigt. Durch das Treffen hat sich bei mir der Eindruck verstärkt, dass die Unzufriedenheit in den vergangenen Jahren zugenommen hat. Ich finde das verständlich – ich bin selbst unzufrieden. Zugleich finde ich es bedauerlich. Denn wir wollen ja ein starkes Versorgungswerk. Dazu wollen wir mit unserer Initiative beitragen.

Was genau könnte man denn aus Ihrer Sicht verbessern?

Spitzner: Zum Beispiel sollte den Mitgliedern die Verwendung der freien Überschüsse regelmäßig mitgeteilt werden. Dieses Geld stünde theoretisch zur Verfügung, um sowohl die Altersbezüge als auch die Anwartschaften stärker zu erhöhen. In den vergangenen Jahren sind diese Mittel dafür nur sehr in sehr geringem Ausmaß genutzt worden.

Sind ihre Forderungen inzwischen erfüllt worden?

Spitzner: Nur zum Teil. Wir wissen leider erst seit einem Treffen gestern (Anmerkung der Redaktion: am 17. April) und auch nur für das Geschäftsjahr 2022, wie die Mittel aus den freien Überschüssen verwendet wurden. Die letzte Erhöhung lag zwar endlich über den extrem schwachen Anhebungen der Vorjahre, aber dennoch deutlich unter der Preissteigerung und auch deut-

lich unter der Erhöhung der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Taugt die Gesetzliche Rentenversicherung als Vergleich? Die Renten im Versorgungswerk sind im Durchschnitt doch deutlich höher.

Boll: Die Anfangsrenten sind höher, das stimmt. Wenn aber dauerhaft kaum erhöht wird, verringert sich der Abstand kontinuierlich. Da befinden sich die Rentner im Versorgungswerk in keiner komfortablen Lage: Einerseits hat die Inflation zu einem Kaufkraftverlust geführt, zugleich sind die Abstände zur gesetzlichen Rentenversicherung spürbar geringer geworden. Deshalb sind viele von uns der Meinung, dass das Versorgungswerk mehr für die aktuellen Altersbezüge hätte tun können.

Es wird jedes Jahr neu entschieden, wie die freien Überschüsse verwendet werden. Ist es nicht legitim, vorsichtig zu sein und zwingend notwendig, Rücklagen für die nächste Generation zu bilden?

Bannert: Das wollen wir auch nicht verhindern! Darum geht es nicht, sondern um eine gerechte und transparente Verteilung dieser Mittel. Es war für uns bislang nie möglich nachzuvollziehen, in welchem Ausmaß das Versorgungswerk aus den Überschüssen eher zusätzliche Rücklagenbildungen oder eher Stärkungen der Altersbezüge bzw. der Anwartschaften betreibt, die ja immer in gleicher prozentualer Höhe verändert werden. Ein Gegensatz besteht also nicht zwischen „Rentnern“ und „Beitragszahlern“, sondern zwischen Erhöhungen von Anwartschaften und Renten versus Zuführung von erzielten Gewinnen in zusätzliche Rücklagen. Seit etwa 10 Jahren erfolgte ein forcierter Aufbau einer inzwischen beträchtlichen Gewinnrücklage zur langfristigen Absicherung gegen zukünftige Kapitalmarktschwächen. Im gleichen Zeitraum wurden Anwartschaften und Renten trotz sehr stark steigender Inflation nur um durchschnittlich etwa 0,4 % jährlich erhöht. Wir sind für ausgewogene Entscheidungen zwischen Vorsorge (zusätzliche Rücklagenbildungen) und Versorgung (Erhöhungen von Anwartschaften und Renten).

Boll: Das Versorgungswerk hat zwei Aufgaben, die gleich zu gewichten sind: Die Vorbereitung einer möglichst hohen Altersrente für die nächste Generation der jetzigen Beitragszahler und die Versorgung der aktuellen Rentenempfänger mit einer auskömmlichen Rente. Seit 2016 hat das Versorgungswerk aus unserer Sicht diese



beiden Aufgaben nicht gleich stark gewichtet und die Entscheidungen eher zugunsten der aktuellen Beitragszahler getroffen. Unsere Initiative zielt darauf ab, dass es wieder zu einem gerechten Ausgleich kommt. Zugleich erkennen wir an, dass es für das Versorgungswerk in den vergangenen Jahren deutlich schwieriger geworden ist, Gewinne in einer Höhe zu erwirtschaften, die eine zufriedenstellende Erfüllung beider Aufgaben ermöglicht.

Aber die Altersbezüge sind ja schon mit einem Rechnungszins von 4 % kalkuliert und fallen deshalb höher aus als die Gesetzliche Rente ...

Boll: Das bedeutet aber nicht, dass freie Überschüsse einseitig zu Gunsten der späteren Rentenempfänger zurückgelegt werden. Hier erwarten wir Solidarität, die wir mit unseren Beitragszahlungen auch geleistet haben. Wer heute Rente im Versorgungswerk bezieht, hat zuvor mit seinen Beiträgen Renten für ältere Ärzte ermöglicht, die niemals in das Versorgungswerk eingezahlt hatten. Und man muss bedenken, dass der jetzige Kapitalstock des Versorgungswerkes zu einem beträchtlichen Teil durch unsere Beiträge ermöglicht wurde. Der Vorwurf, wir wären mit unserer Forderung nicht solidarisch, ist deshalb aus meiner Sicht nicht haltbar. Überhaupt halte ich es nicht für legitim, daraus einen Konflikt der Generationen zu machen. Wir wollen bestimmt nicht, dass die heutige

„Transparenz ist unabdingbar. Da gibt es aus meiner Sicht noch viel Luft nach oben.“

DR. STEFANIE SPITZNER

Generation der Beitragszahler keine auskömmlichen Renten mehr bekommt. Diese Gefahr in Zusammenhang mit unserem Interesse heraufzubeschwören, wäre ungernechtfertig.

Spitzner: Damit solche Vorwürfe gar nicht erst aufkommen und alle Altersgruppen im Versorgungswerk weiterhin gut aufgehoben sind, ist Transparenz unabdingbar. Da gibt es aus meiner Sicht noch viel Luft nach oben. Seit unserem Gespräch gestern wissen wir mehr und haben Einblick in manche Daten bekommen, aber längst nicht in alle. Wiederholt wird zum Beispiel auf die Sterbetafeln verwiesen, die als Grundlage für die versicherungsmathematischen Kalkulationen dienen. Diese wurden u.a. als Begründung für die (nahezu komplett) fehlende Erhöhung von Rentenanteilen der freiwilligen Höherversicherung angeführt. Diese Sterbetafeln möch-

„Unsere Initiative zielt darauf ab, dass es wieder zu einem gerechten Ausgleich kommt.“

DR. PETER BOLL

ten wir einsehen und die dahintersteckenden Kalkulationen erfahren. Wir erhielten bisher keinen Zugang zu diesen Tafeln unter Hinweis auf eine „Geheimhaltungspflicht“. Ohne sie wird uns jedoch die Argumentation erschwert.

Boll: Wir haben den Anspruch, solche Informationen zu bekommen. Wir wollen zumindest die Möglichkeit erhalten, uns in diese sicherlich komplizierte Materie einzuarbeiten. Natürlich können wir nach drei Monaten nicht auf dem gleichen Kenntnisstand sein wie jemand, der sich seit zehn Jahren in den Gremien des Versorgungswerkes damit beschäftigt. Aber deshalb kann man uns den Anspruch nicht absprechen, Einsicht in die Unterlagen zu nehmen, die als Grundlage für Entscheidungen dienen.

Die Gremien des Versorgungswerkes sind von der Ärzteschaft in Schleswig-Holstein demokratisch gewählt. Sie haben von den

Wählenden die Aufgabe bekommen, diese Entscheidungen zu treffen ...

Bannert: ... die wollen wir den Gewählten nicht absprechen. Aber zur Demokratie gehören auch Transparenz und die Verpflichtung, den Wählern darzulegen, warum man so und nicht anders entschieden hat. Und die demokratische Wahl der Gremien steht ja nicht im Widerspruch dazu, Initiativen aus dem Mitgliederkreis anzuhören und einzubeziehen. Das gehört aber ebenfalls zu unserem Anspruch: Wir möchten laufend einbezogen werden.

Hat das Treffen mit den Spitzen des Versorgungswerkes geholfen?

Bannert: Das Gefühl habe ich auf jeden Fall. Es war gut, dass es zu diesem Austausch unter Moderation des Präsidenten Prof. Henrik Herrmann gekommen ist. Wir konnten unsere Standpunkte darlegen und ich glaube, wir sind damit auch auf Verständnis gestoßen. Wir haben ein wei-

teres Treffen vereinbart. Diese Art des Austauschs ist neu und ich kann mir vorstellen, dass es auch langfristig zu einer besseren Verständigung beitragen wird. Ich persönlich habe mich in ausführlichen persönlichen Gesprächen mit Mitarbeitern des Versorgungswerkes immer gut beraten gefühlt und den Eindruck gewonnen, dass man uns die komplexen Zusammenhänge auch erklären möchte.

Es ist schade, dass es dem Versorgungswerk in der Vergangenheit nicht gelungen ist, diesen Eindruck jedem Mitglied zu vermitteln. Zusammen mit den niedrigen Erhöhungen hat das erheblich zur negativen Stimmung beigetragen. Wir haben aber kein Interesse an einer Rufschädigung des Versorgungswerkes – im Gegenteil.

Im Interview hat das Versorgungswerk zur Geschlechtergerechtigkeit dargelegt, dass vergleichbare Erwerbsbiografien von Männern und Frauen zu ähnlich hohen Altersbezügen führen. Spielt das Thema für Sie dennoch eine Rolle?

Spitzner: Auf jeden Fall. Das Thema ist für mich nicht ausreichend behandelt. Ich bewerte Elemente der Satzung so, dass Frauen früher benachteiligt wurden. Auch wenn einige Satzungselemente inzwischen geändert wurden, ist die jahrelange Benachteiligung damit ja nicht ausgeglichen. Leider bekomme ich dazu vom Versorgungswerk bislang noch keine Zahlen, was ich sehr bedauere. Aber ich werde weiter nachhaken und halte es für erforderlich, dass es auch zu diesem Thema weitere Gespräche gibt.

Vielen Dank für das Gespräch.

RiV

Die Renten im Versorgungswerk (RiV) ist ein Zusammenschluss von bisher rund 130 Mitgliedern des Versorgungswerkes der Ärztekammer Schleswig-Holstein, die Fragen zur Altersvorsorge an die Einrichtung haben. Vier Sprecher – Dr. Stefanie Spitzner (Lübeck), Dr. Uwe Bannert (Bad Segeberg), Dr. Peter Boll (Rendsburg) und Annette Luise Schmitz (Lübeck) – vertreten die Interessengemeinschaft nach außen, etwa in Gesprächen mit dem Versorgungswerk. Alle Mitglieder der RiV haben sich mit Namen und Adresse registriert. Der im Februar gegründete Zusammenschluss ist kein Verein, erhebt keinen Mitgliedsbeitrag und steht weiteren interessierten Mitgliedern des Versorgungswerkes – auch nicht berenteten – offen. Interessierte können sich an folgende Mailadresse wenden: praxis@s-spitzner.de

„Existenzängste entwickelt“

ALTERSVORSORGE Leserbrief zu „Unser Versorgungswerk ist auf ewig angelegt“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Nr. 3, März 2024, S. 10ff.

Nachdem ich die Märzausgabe des Ärzteblattes mit den Stellungnahmen der Standesvertreter gelesen habe, möchte ich Folgendes dazu sagen. Ich spreche aus der Sicht einer alleinerziehenden Mutter (FÄ, promoviert) mit mittlerweile zwei erwachsenen Kindern, die, immer berufstätig, 24 Jahre in das Versorgungswerk eingezahlt hat (mit Ausnahme der Kindererziehungszeiten) und dann berufs unfähig wurde und auf die Rente als alleinige Einnahmequelle angewiesen ist und durch die extrem unterdurchschnittlichen Rentenerhöhungen Existenzängste entwickelt hat, da die Nettorente nach Abzug von mittlerweile 19,2 % Krankenkassenbeitrag knapp oberhalb der Armutsgrenze liegt, trotz unzähliger schlecht bezahlter Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten, auf dem Papier Teilzeittätigkeit, mit Überstunden und Diensten Vollzeit, unbezahlt Vollzeit-PJ, unwürdig bezahltem Vollzeit-AiP. Die Fakten sind: Die Rente eines Versorgungswerkes führt zur freiwillig gesetzlichen Versicherung in der Krankenkasse, auch wenn man vorher gesetzlich versichert war. Der Beitrag muss ohne Zuschuss selber finanziert werden und steigt ständig. Zeiten der Kindererziehung führen erst ab dem 67. Lebensjahr zu einem Anspruch, da i.d.R. nicht unmittelbar vorher eingezahlt wurde. Dasselbe gilt für Rentenansprüche aus der VBL, auch bei

Berufsunfähigkeit oder vorzeitigem Renteneintritt, für mich eine klare Benachteiligung von Frauen, besser Müttern, die eben in den meisten Fällen keine ähnliche Erwerbsbiografie wie ihre männlichen Kollegen vorweisen können. In Zeiten des Erziehungsgeldes in Höhe von damals 300 Euro war eine Einzahlung ins Versorgungswerk nicht möglich.

Die Zurechnungszeit bei Berufsunfähigkeit ist auf das 60. Lebensjahr begrenzt. In der gesetzlichen RV wurde sie mit steigendem Renteneintrittsalter erhöht auf 65,8 Jahre. Diese Anpassung ist durch das Versorgungswerk ausgeblieben.

Im Übrigen sind die Abzüge bei vorzeitigem Renteneintritt deutlich höher als in der RV. Hinzu kommen Abzüge pro Lebensjahr für nach 1948 Geborene. Für nach 1966 Geborene gibt es keinen Ausgleich der AiP-Zeit mehr in der neuen Satzung, obwohl dieses erst im Jahr 2004 abgeschafft wurde.

Ich kann allen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze Verdienenden, insbesondere teilzeitarbeitenden, alleinerziehenden, nicht verheirateten Frauen mit Kindern, nur raten, sich frühzeitig außerhalb des Versorgungswerkes um eine finanzielle Absicherung zu kümmern.

NAME DER AUTORIN IST DER REDAKTION BEKANT

„Altersvorsorge – es wäre mehr drin“

ALTERSVORSORGE Leserbrief zu „Unser Versorgungswerk ist auf ewig angelegt“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Nr. 3, März 2024, S. 10ff.

Verständlich, dass sich bei den Kollegen Unmut regt. Als ehemaliges Verwaltungsratsmitglied kann ich der Kritik leider nur zustimmen.

Seit Jahren wird da sehr defensiv agiert. Die „Dynamisierung“ der letzten Jahre ist sehr bescheiden. Auch wenn das Umfeld nicht ganz einfach war. Aber es gibt reichlich nicht gehobene Reserven (auch für derartige Phasen), die eine deutlich freundlichere „Dynamisierung“ ermöglicht hätten. Dazu „wachsen“ wir als Versorgungswerk erfreulicherweise im Gegensatz zu anderen Versorgungswerken, da unser schönes Bundesland hoch im Kurs steht. Aufschlussreich ist die erneute Hofberichterstattung zu dem Thema. Sind die 4 % Kapitalertrag in Stein gemeißelt? Kann man eine bessere Performance erwarten, auch vor dem Hintergrund der Rekorde erreichenden Aktienmärkte? Arbeiten – bei 4,7 Milliarden Euro verwaltetem Vermögen – ausgewiesene Experten für uns? Oder wird hier lediglich Erwartungsmanagement betrieben, um im gleichen Trott weiter machen zu können?

Für die letzte Legislaturperiode lässt sich feststellen, dass das ein bisschen wie mit den Windmühlen war. Wird die Macht weiter bei den Vorsitzenden und Stellvertretern des Verwaltungsrats und Aufsichtsrats konzentriert? Oder wird jetzt transparent auch über alle extern stattfindenden Meetings und Veranstaltungen in die Gremien berichtet? Mit dem Geld eines Versorgungswerks kann,

wenn man nicht aufpasst, leider auch Politik betrieben werden. Wir brauchen weiterhin mehr TRANSPARENZ.

Um diese zu erreichen, könnte man ja zum Beispiel auch die Protokolle der Sitzungen des Versorgungswerks nach einer gewissen Zeit den Kollegen oder der Kammerversammlung frei zugänglich machen.

DR. JAN ANDRESEN, NEUSTADT

Leserbriefe

Ihre Meinungen zu den im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt behandelten Themen sind uns als Leserbriefe willkommen. Sofern sie in angemessenem Ton abgehalten sind, drucken wir sie gerne ab. Sie geben die einzelne Meinung des zusendenden Mitglieds der Ärztekammer wieder, nicht die der Redaktion oder die Haltung der Ärztekammer. In Ausnahmefällen können wir auch Zuschriften von Lesern berücksichtigen, die nicht Mitglied der Ärztekammer sind und die aus persönlichen, uns nachvollziehbaren Gründen nicht mit Namen in der Veröffentlichung gekennzeichnet sind. Wir behalten uns in jedem Fall vor, Leserbriefe zu kürzen. Zuschriften bitte an: aerzteblatt@eksh.de

„Thema verfehlt“

ALTERSVORSORGE Leserbrief zu „Unser Versorgungswerk ist auf ewig angelegt“, Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt, Nr. 3, März 2024, S. 10ff

Ich bin dankbar für die ausführliche Befassung mit dem für viele Kolleginnen und Kollegen – und nicht nur für die aktiven – wichtigen Thematik. Leider wurde das Thema verfehlt. Allgemeinplätze und kaum verhohlene Angriffe auf Kritiker sind einer ernsthaften Debatte nicht förderlich. Dabei wäre es so einfach gewesen. Der Interviewer hätte nur zwei Fragen stellen müssen:

1.) Welche Zielstellungen hat der Aufsichtsrat, laut Satzung zuständig für die Steigerung der Versorgungsbezüge, im Detail dem Versicherungsmathematiker vorgegeben?

2.) Wie sehen die genauen Rechenwege des Versicherungsmathematikers aus, die am Ende zu den enttäuschenden Steigerungen der letzten Jahre geführt haben?

Schade! Chance zu einem befriedigenden und befriedenden Dialog verpasst!

DR. HANS-JOACHIM ZIELINSKI, SYLT/OT WESTERLAND

„Der Scheinriese“

ALTERSVORSORGE Leserbrief zur Diskussion über die freiwillige Höherversicherung im Versorgungswerk.

Seit Jahren bewirbt unser Versorgungswerk offensiv die freiwillige Höherversicherung („fHV“) als zusätzliche Absicherung der Basisrente im Alter. Auf den ersten Blick erscheint die Argumentation logisch und das Geld beim Versorgungswerk gut angelegt zu sein. Nach mittlerweile zehnjährigem Rentenbezug ist meine Erfahrung jedoch eine andere. Die „fHV“ ist ein Scheinriese. Wer als Kind Michael Endes Kinderbuch „Jim Knopf und Lukas der Lokomotivführer“ gelesen hat, wird sich an den Scheinriesen Herrn Tur Tur erinnern. Aus der Ferne wirkte Herr T. riesig. Doch je näher man ihm kam, desto mehr schrumpfte er zusammen.

Seit meinem Renteneintritt im Herbst 2014 wurde die Rente aus der „fHV“ bis Ende 2020 nicht erhöht. 2021 bis 2023 erfolgte dann eine Anpassung von jeweils 0,5 % und 2024 von 1,5 %. Somit betrug die „Rentenerhöhung“ in der „fHV“ zwischen 2015 und 2024 durchschnittlich 0,3 %/Jahr. Dem gegenüber stieg der Verbraucherpreisindex im selben Zeitraum von 94 auf 116 Basispunkte. De facto hat die Rente aus der „fHV“ demnach innerhalb von zehn Jahren ca. 20 % an Kaufkraft verloren. Jeder darf daraus seine eigenen Schlüsse ziehen.

Ich möchte die Entwicklung gerne an meiner eigenen Rente verdeutlichen. Als ich 2014 Rente beantragte, belief sich mein Altersruhegeld auf 2.609,02 € pro Monat (Basisrente plus „fHV“). In Kleinstschritten stieg mein Altersruhegeld mit Beginn des Jahres 2024 auf 2.749,63 €. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Rentensteigerung von 0,54 %/Jahr.

Das Versorgungswerk schrieb mir im Jahr 2018: „... hat sich gezeigt, dass die Renten der Versorgungseinrichtung das Rentenniveau der Deutschen Rentenversicherung bei Weitem übersteigen. Vergleicht man zwei Beitragszahler, von denen der eine seine Beiträge in die Deutsche Rentenversicherung eingezahlt hat, während der andere seine gleich hohen (!) Beiträge an die Versorgungseinrichtung abgeführt hat, so ergibt sich, dass die Rente der Versorgungseinrichtung bei Rentenbeginn durchweg ca. 50 % über der von der Deutschen Rentenversicherung gewährten Rente liegt. Das hohe Rentenniveau der Versorgungseinrichtung zum Zeit-

punkt des Renteneintritts wird vom Rentenniveau der Deutschen Rentenversicherung im Verlauf der Rentenbezugsdauer nicht mehr aufgeholt.“ Zitat Ende.

Die Deutsche Rentenversicherung hat ihre Renten zwischen 2015 und 2024 um 31,34 % (Deutschland West) erhöht (bei einer angenommenen Rentenerhöhung von 3,5 % in diesem Jahr). Dem gegenüber stehen im selben Zeitraum 5,4 % Rentenerhöhung des Versorgungswerks (Basisrente und fHV zusammengenommen). Aus den Zahlen lässt sich zusätzlich ablesen, dass bei einem inflationsbedingten Kaufkraftverlust von 25 % (2014 – 2024) die Deutsche Rentenversicherung mit einem Plus von 6 % abschließt und die Versorgungseinrichtung mit einem Minus von etwa 20 %. Betrachtet man isoliert die fHV, so fällt der Vergleich noch deutlich schlechter aus. Die fHV ist qualitativ nicht annähernd in der Lage, die schlechte Performance der Basisrente auszugleichen.

Mit großer Wahrscheinlichkeit wird sich an der oben geschilderten Situation mittelfristig nichts ändern. Die von den Rentenempfängern seit Jahren mitfinanzierte Rücklage, die auch in ertragschwachen Jahren eine Rentenerhöhung ermöglichen soll, hat an der Negativdynamik nichts geändert, sondern zu einer weiteren De-facto-Renten Kürzung geführt.

Unsere Versorgungseinrichtung lockt mit relativ hohen Eingangsrenten, die in der Folge aber schon bei einer „normalen“ Inflationsentwicklung von 2 % Jahr für Jahr deutlich an Kaufkraft verlieren. Die relativ hohen Eingangsrenten sind Scheinriesen, die im Verlaufe nur einer Dekade massiv zusammengeschrumpft sind.

Ich fordere den Vorstand unserer Kammer in Zusammenarbeit mit Kammerversammlung und Verwaltungsrat auf, die notwendigen Beschlüsse für eine Änderung der Rentensystematik im Regelwerk zu treffen. Es sollte ein wohl abgewogener Ausgleich zwischen den Interessen der heutigen und der zukünftigen Rentengeneration geschaffen werden. Der aktuelle Zustand lässt für die Zukunft nichts Gutes ahnen und ist beklagenswert.

DR. PETER BOLL, RENDSBURG

Höherversicherung und Aufstockungsbeiträge – lohnt das?

ALTERSVORSORGE Leserbrief zur Diskussion über die freiwillige Höherversicherung im Versorgungswerk.

In der aktuellen Satzung des Versorgungswerkes werden unter § 1, Abs. 5 die Grundzüge der Versorgungssysteme (Grundversorgung und Höherversicherung) beschrieben. Es steht dort wörtlich:

„Für beide Versorgungssysteme wird ein gemeinsamer Kapitalstock gebildet“. In der Vergangenheit scheinen beide Versicherungsarten aber unterschiedlich behandelt worden zu sein, insbesondere bei Abschlägen und der jährlichen Anpassung. Dies ist sogar rückwirkend geschehen für Zeiträume, in denen den Einzählern freiwilliger Beiträge diese später verfügbaren Konditionen nicht bekannt gewesen sein konnten. Die alten Satzungen ab 1995 bieten einen erstaunlichen Überblick in Beliebigkeit und Unvorhersehbarkeit von Abschlägen und Sondereinstufungen bestimmter Einzahlungszeiträume. Dazu kommen geringe und unkalkulierbare jährliche Anpassungen der Bezüge unabhängig vom Inflationsniveau. Das Versorgungswerk wirbt bei den Beitragszahlern regelmäßig um freiwillige Beiträge. Dass es sich aber solche nachträglichen „Korrekturen“ vorbehält, thematisiert es nicht.

Ich möchte dies zum Anlass nehmen, den aktuellen Beitragszahlern nahezu legen, nicht einfach blauäugig zu glauben, dass die freiwilligen Beiträge beim Versorgungswerk in jedem Fall gut angelegt und vorteilhafter seien als andere Anlagen. Es kommt auf jeden Einzelfall an. Wer sich überlegt, freiwillige Leistungen an das Versorgungswerk zu zahlen, sollte für sich vorab einige Fragestellungen klären:

1. Wie ist Ihr aktueller durchschnittlicher Steuersatz?

Dafür ist es nur notwendig, die letzten Einkommenssteuerbescheide rauszusuchen und diesen Steuersatz aus dem letztlich zu versteuernden Einkommen und der gezahlten Einkommenssteuer zu berechnen. Ihr aktueller Steuersatz kann deutlich unter dem individuellen Grenzsteuersatz liegen. Je geringer er ist, desto weniger profitieren Sie von der Möglichkeit, die freiwilligen Beiträge als Altersvorsorgeleistungen abzusetzen. Anschließend sollten Sie nicht vergessen, dass Sie einen zunehmenden Prozentsatz Ihrer letztlich resultierenden Rente versteuern müssen, sodass der aktuelle Vorteil der Absetzbarkeit der freiwilligen Beiträge unter Umständen wieder aufgefressen wird.

2. Sind Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung?

Zu dem Zeitpunkt, an dem Sie über Höherversicherungs- oder Aufstockungsbeiträge nachdenken, zahlen Sie als GKV-Mitglied vermutlich ohnehin den durch die Beitragsbemessungsgrenze limitierten Höchstsatz an die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Zusätzliches Einkommen (z.B. Kapitalerträge durch eine private Geldanlage) würde dort keine zusätzlichen Kosten verursachen.

Das ändert sich schlagartig bei Beginn der Rentenzahlungen. Dann liegt Ihr Einkommen vermutlich unterhalb dieser Beitragsbemessungsgrenze. Und damit verlangen die gesetzliche Kranken- und die Pflegeversicherung von jedem Euro Rentenleistung, den Sie durch Höherversicherung und Aufstockungs-

zahlungen erworben haben, ihren Anteil (aktuell 14,6 % zzgl. Zusatzbeitrag in der GKV und um die 3,4 % in der Pflegeversicherung). Von Ihren durch die freiwilligen Beiträge erworbenen Rentenanteilen geht also schon einmal knapp 1/5 an die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.

3. Haben Sie eine „männertypische“ oder eine „frauentypische“ Biografie?

Von freiwilligen Beiträgen an das Versorgungswerk profitieren „frauentypische“ Lebensläufe weniger. Schon aus biologischen Gründen haben Frauen bei Renteneintritt meistens keine Kinder in der Ausbildung mehr, für die sie Kinderzuschüsse erhalten könnten. Auch haben Frauen selten wesentlich jüngeren Partner, die noch lange von einer Witwerrente profitieren würden. Männer dagegen haben häufiger jüngere Partnerinnen und auch bei Renteneintritt noch Kinder, für die Kinderzuschüsse beantragt werden können.

4. Möchten Sie sich die Möglichkeit offenhalten, vorzeitig in Rente zu gehen?

Ein vorzeitiger Rentenbeginn ist bis zu 60 Monate vor dem regulären Rentenalter möglich, allerdings mit Abschlägen verbunden. In der Höherversicherung sind diese Abschläge deutlich höher als in der Grundversorgung und unterscheiden sich auch noch nach dem Zeitpunkt der freiwilligen Beitragszahlungen (siehe Tabellen in § 33, Abs. 1 der aktuellen Satzung).

Wenn Sie sich gegen freiwillige Beiträge in die Höherversicherung oder als Aufstockungsbeiträge entscheiden und diese Gelder privat anlegen,

- ▶ steht Ihrer Witwe/Ihrem Witwer und Ihren Kindern das gesamte daraus resultierende Vermögen zur Verfügung, während das Versorgungswerk an die Hinterbliebenen nur Anteile der von Ihnen erworbenen Leistungen auszahlt und dies auch nur unter bestimmten Konditionen (§§ 25 und 26 der aktuellen Satzung),
- ▶ hätten Sie für diese private Anlage keine Abschläge bei vorzeitigem Rentenbeginn in Kauf zu nehmen,
- ▶ wären Sie der Anwendung der „Beliebigkeitsparagrafen“ in der aktuellen Satzung (§ 4 Nr. 5 und § 42 Abs. 6 und 7) nicht unterworfen.

All diese Aspekte gilt es sorgfältig abzuwägen, bevor Sie sich dazu entschließen, freiwillige Beiträge an das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu leisten.

DR. BIRGIT PABST, ALTENHOLZ, PABST-BI@T-ONLINE.DE

Kai Wehkamp hat das UKSH verlassen



Prof. Kai Wehkamp

Wehkamp als Professor für Public Health im Department Medizinmanagement der MSH Medical School Hamburg tätig bleiben. (PM/RED)

Prof. Kai Wehkamp, Experte für Prozessdigitalisierung und Künstliche Intelligenz in der Medizin, hat den Kieler UKSH-Standort in Richtung Hamburg verlassen: Seit 1. Mai ist der Internist Partner bei der Netzwerkagentur Lohmann Konzept. Wehkamp begründete seinen Wechsel mit dem Wunsch, stärker unternehmerisch tätig zu werden. Nach Approbation, Promotion und Habilitation und einem Studium in Public Health hatte Wehkamp zuletzt als Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Innere Medizin I am Campus Kiel des UKSH gearbeitet. Außerdem ist er beratend für verschiedene Unternehmen der Gesundheitswirtschaft aktiv. Auch neben seiner neuen Funktion wird

Thorsten Schmidt ist jetzt Chefarzt

Dr. Thorsten Schmidt ist seit April neuer Chefarzt der Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie an der Paracelsus-Klinik in Henstedt-Ulzburg. Er folgte auf Dr. Jürgen Ropers, der als Chefarzt an die Schön Klinik Neustadt in Holstein wechselte.

Schmidt ist seit 2019 an der Klinik im südlichen Schleswig-Holstein und bislang Sektionsleiter der Unfallchirurgie und Durchgangsarzt. Er kündigte an, die robotergestützte Endoprothetik auszubauen. Der 45-Jährige wurde in Niedersachsen geboren, hat an der Kieler Christian-Albrechts-Universität studiert und an der Klinik für Radiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) in Kiel promoviert. Nach Weiterbildungsjahren in Damp, Kiel und Rendsburg wurde er 2014 Funktionsoberarzt in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des UKSH und 2016 Oberarzt im chirurgisch-traumatologischen Zentrum der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg. Seit 2019 ist er Sektionsleiter und Durchgangsarzt in Henstedt-Ulzburg, wo er 2022 außerdem die Endoprothetik in Kooperation mit dem damaligen Chefarzt Ropers übernahm.

Außerdem meldete die Klinik mit Dr. Tim Rausche einen neuen Ärztlichen Direktor. Rausche ist Chefarzt der Inneren Medizin, Kardiologie und Gastroenterologie in der Klinik. Rausche war 2023 nach Henstedt-Ulzburg gekommen. Er übernahm das Amt von Dr. Jürgen Ropers. (PM/RED)

Florian Reifferscheid weiter an der AGNN-Spitze

Die Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärztinnen und Notärzte (AGNN) hat den Kieler Dr. Florian Reifferscheid als Vorsitzenden in seinem Amt bestätigt. Auf der Mitgliederversammlung nach dem 14. Notfall-symposium NOSTRA 2024 in Travemünde wurden auch Dr. Peer Knacke aus Eutin als Sektionsvorsitzender Hamburg/Schleswig-Holstein und die weiteren Vorstandsmitglieder in ihren Ämtern bestätigt. Aus Schleswig-Holstein gehört Dr. Philipp Jung aus Lübeck als Fortbildungsbeauftragter dazu. Bei der Poster-Session für den diesjährigen AGNN-Preis landete Ole Sattler aus dem UKSH mit seinem Vergleich der kindlichen Anatomie des Thorax mit den Empfehlungen zur Herzdruckmassage mittels computertomografischer Bildgebung auf dem zweiten Platz. (PM/RED)



Dr. Florian Reifferscheid

GEBURTSTAGE

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

Dr. Rolf Kastein, Norderstedt, feiert am 02.06. seinen 90. Geburtstag.

Helmut Schönewolf, Nahe, feiert am 02.06. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Cornelia Schäfer, Lübeck, feiert am 02.06. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Klaus Richter, Groß Wittensee, feiert am 04.06. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Ivo Mucha, Geesthacht, feiert am 05.06. seinen 85. Geburtstag.

Prof. Liselotte Mettler, Kiel, feiert am 06.06. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Dorothea Plenge-Hellhoff, Nübel, feiert am 10.06. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Kunkel, Kasseedorf, feiert am 14.06. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Jürgen Loh, Timmendorfer Strand, feiert am 14.06. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Friedhelm Ulbrich, Mölln, feiert am 16.06. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Hans Jürgen Braun, Kappeln, feiert am 17.06. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Stefan Madelung, Husum, feiert am 17.06. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Ortwin Rubarth, Meyn, feiert am 19.06. seinen 75. Geburtstag.

Prof. Klaus Weichert-Jacobsen, Westensee, feiert am 19.06. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Florian Zechlin, Selent, feiert am 20.06. seinen 80. Geburtstag.

Silke Mahlstedt-Hölker, Lübeck, feiert am 20.06. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Leisner, Heikendorf, feiert am 21.06. seinen 102. Geburtstag.

Dr. Hans-Georg Hübner, Harrislee, OT Wassersleben, feiert am 21.06. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Jürgen Bruhn, Itzehoe, feiert am 22.06. seinen 90. Geburtstag.

Dr. Ingrid Langhans, Elmshorn, feiert am 27.06. ihren 80. Geburtstag.

Gloria-Linda Lawrenz, Alt Duvenstedt, feiert am 27.06. ihren 70. Geburtstag.

Neubesetzungen in Lübeck

Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) hat drei ärztliche Führungspositionen auf dem Campus Lübeck neu besetzt und eine neue Klinikdirektorin, einen neuen Ärztlichen Direktor und einen kommissarischen Klinikleiter ernannt. Neue Direktorin der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie am Standort Lübeck ist Prof. Evelyn Gaffal, die auf den kommissarischen Leiter Prof. Patrick Terheyden folgt. Gaffal ist Professorin für Dermatologie und Venerologie an der Lübecker Universität mit klinischen Schwerpunkten in der immunologischen Systemtherapie von Hauttumoren und entzündlichen Dermatosen sowie in Hautveränderungen bei internistischen Erkrankungen. Sie forscht unter anderem zu den Mechanismen der Metastasierung des Melanoms und zur Bedeutung des Nervensystems für die Regulation von Entzündungsreaktionen. Gaffal hatte nach dem Studium in Regensburg und München und der Promotion an der TU München in Bonn und Magdeburg gearbeitet. Dort war sie bis zu ihrem Wechsel in den Norden als leitende Oberärztin unter anderem für eine gemischt konservative und onkologisch-operative Station verantwortlich. In ihrer neuen Position will sich Gaffal auf die Versorgung onkologischer Patientinnen und Patienten fokussieren und den bisherigen Schwerpunkt der Klinik, die Diagnose und Therapie blasenbildender Hauterkrankungen, weiter stärken. Zugleich meldete das UKSH mit Prof. Jens U. Marquardt einen neuen Ärztlichen Direktor für den Campus Lübeck. Marquardt, der in dieser Funktion auf Prof. Andreas Paech folgt, ist seit 2019 Direktor der Medizinischen Klinik I in Lübeck. Er leitet zudem das DKG-zertifizierte Leberkrebszentrum am Campus Lübeck. Vor seinem Wechsel ans UKSH war Marquardt an der Universitätsme-



Dr. Felix Hagen Stang



Prof. Jens U. Marquardt



Prof. Evelyn Gaffal

dizin Mainz tätig, seit 2015 als Oberarzt im Bereich Hepatologie und Onkologie und Leiter der Lichtenberg-Forschungsgruppe für Molekulare Hepatokarzinogenese, die sich inhaltlich mit der Entstehung und dem Voranschreiten von Leberkrebs beschäftigt. Von besonderer Bedeutung ist für Marquardt nach Angaben des UKSH die erfolgreiche Translation von Ergebnissen aus der Grundlagenforschung in die klinische Routine. Als zentrale Anliegen nannte der neue Ärztliche Direktor aber auch eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie die Stärkung von digitalen Versorgungsstrukturen.

Einen neuen kommissarischen Direktor gibt es mit Dr. Felix Hagen Stang zudem an der UKSH-Klinik für Plastische Chirurgie in Lübeck. Die Klinik führte zuvor Prof. Peter Mailänder. Stang war seit 2013 leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor und ist bereits seit 2007 in Lübeck tätig. Zu seinen Zielen gehört der Ausbau der fachübergreifenden Zusammenarbeit, insbesondere bei mikrochirurgischen Rekonstruktionsverfahren und Perforatorlappenplastiken und die Etablierung eines Sarkom-Zentrums. (PM/RED)

Prof. Henning Dralle neu bei den Regio Kliniken



Prof. Henning Dralle

Prof. Henning Dralle ist neuer Leiter der Fachabteilung Endokrine Chirurgie und Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie der Regio Kliniken. Dralle leitete zuletzt die Sektion für endokrine Chirurgie am Uniklinikum Essen. Für seine Forschung wurde er laut Mitteilung der Klinik u.a. als erster Europäer mit dem „Light of Life Foundation Award“ in New York ausgezeichnet. „Seine Expertise und sein Engagement für die Patientenversorgung machen ihn zu einer herausragenden Ergänzung des Teams im Regio Klinikum Pinneberg“, teilte die Klinik mit. Chefarzt PD Dr. Hamid Mofid erwartet durch die Mitwirkung Dralles eine „weitere Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung“. (PM/RED)

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

*Dr. Hartmut Grund, Nieblum/Föhr,
geboren am 07.11.1943, verstarb am 27.02.2024.*

*Karin Grunert, Mölln,
geboren am 04.07.1947, verstarb am 03.03.2024.*

*Dr. Dietrich Kleiminger, Ahrensburg,
geboren am 19.11.1929, verstarb am 06.03.2024.*

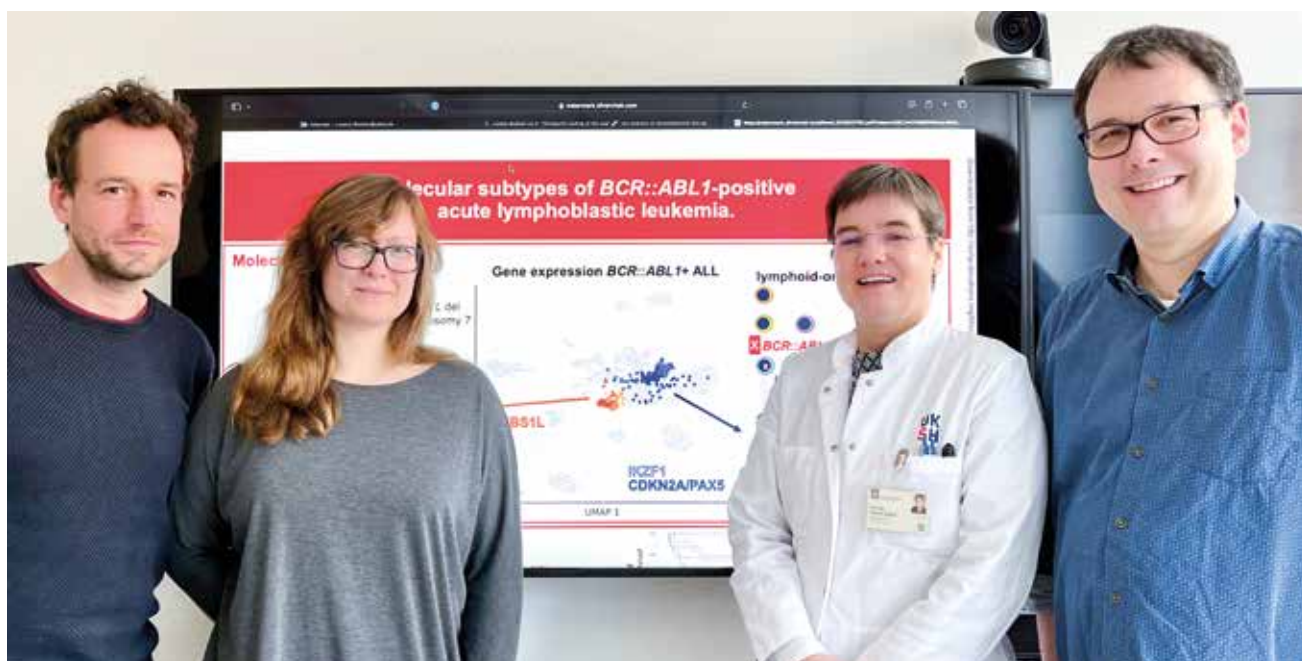
*Penkhae Geisler, Ahrensburg,
geboren am 13.09.1942, verstarb am 07.03.2024.*

*Dr. Michael Glaubitz, Husum,
geboren am 19.02.1959, verstarb zwischen
dem 26.03. und dem 27.03.2024.*

*Dr. Klaus Germann, Wöhrden,
geboren am 06.01.1939, verstarb am 11.04.2024.*

Maschinelles Lernen erleichtert Prognosen

LEUKÄMIE Kieler Forschende sind an einem neuen Prognosemodell zur Klassifizierung der BCR::ABL1-positiven akuten lymphatischen Leukämie (ALL) beteiligt.



Projektleiter Dr. Lorenz Bastian (r.) konnte gemeinsam mit Dr. Thomas Beder (l.), Dr. Malwine Barz (z.v.l.), Klinikdirektorin Prof. Claudia Baldus und weiteren Forschenden neue Subtypen bei ALL identifizieren.

Forschende der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität und des UKSH in Kiel haben in Zusammenarbeit mit internationalen Kolleginnen und Kollegen ein neues Prognosemodell zur Klassifizierung der BCR::ABL1-positiven akuten lymphatischen Leukämie (ALL) entwickelt.

BCR::ABL1 ist der häufigste genetische Erkrankungstreiber bei erwachsenen Patienten mit ALL. Es handelt sich um eine Genfusion, die zu einer Daueraktivierung von Signalen führt, die Wachstum und Zellteilung in Vorläuferzellen der B-Zellen anregt – die molekulare Basis für eine bösartige Transformation. Die BCR::ABL1-Fusion kann aber nicht nur in diesem frühen B-Zellkompartiment nachgewiesen werden. Bei etwa einem Drittel der Patienten zeigt sie sich auch in anderen Zellreihen der Blutbildung. Die Unterscheidung in einen rein lymphatischen und einen multiliniären Subtyp der BCR::ABL1-positiven ALL

hat Eingang in die internationale Klassifikation der Leukämien gefunden. Noch fehlen etablierte diagnostische Standards für die Identifikation dieser Subtypen.

Dr. Lorenz Bastian, Projektleiter in der DFG-geförderten klinischen Forschungsgruppe 5010 CATCH ALL am Universitären Cancer Center Schleswig-Holstein (UCCSH) des UKSH, untersuchte zusammen mit Dr. Thomas Beder, Dr. Malwine Barz und weiteren Kollegen und Kolleginnen den größten verfügbaren Datensatz (327 Patientinnen und Patienten im Alter von zwei bis 84 Jahren). Mithilfe von Methoden des maschinellen Lernens konnten die Forschenden Genexpressionssignaturen für molekulare Subtypen innerhalb der BCR::ABL1-positiven ALL identifizieren. So konnten die beiden Hauptformen (rein lymphatisch vs. multiliniär) erstmals auf Genexpressionsebene bestätigt werden.

Darüber hinaus zeigte sich eine noch weitere Aufgliederung in insgesamt vier

Untergruppen, denen jeweils zusätzliche spezifische genetische Veränderungen zugeordnet werden konnten. Der Vergleich mit der gesunden B-Zell-Entwicklung ergab, dass die multiliniäre BCR::ABL1-positiv ALL einen unreiferen Entwicklungsursprung hat als der rein lymphatische Genpart und dass je nach Entwicklungsursprung unterschiedliche weitere genetische Veränderungen mit BCR::ABL1 in der Leukämieentstehung zusammenwirken. Die zugrundeliegenden Modelle des maschinellen Lernens konnten die Forschenden direkt in den Klassifikator „ALLCatchR“ für die Subtypen-Diagnostik der ALL implementieren und so für die hämatologische Spezialdiagnostik nutzbar machen. Die Ergebnisse der Studie wurden kürzlich in der Fachzeitschrift *Blood* veröffentlicht.

Die neuen Untergruppen zeigten unterschiedliche klinische Verläufe. In einer Kohorte der deutschen ALL-Studiengruppe (GMALL) erreichten die multiliniären und

lymphatischen Gruppen vergleichbare 3-Jahres-Überlebensraten, während sich bei den durch zusätzliche genetische Veränderungen definierten Untergruppen sowohl ungünstige als auch günstige Subtypen mit 51 % beziehungsweise 100 % 3-Jahres-Überlebensraten zeigten. „Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Untergruppen wichtige prognostische Marker sein könnten“, sagt Bastian, „es sind jedoch weitere Studien erforderlich, um die Rolle der BCR::ABL1-Untergruppen im Zusammenhang mit neuen Behandlungsstrategien zu bewerten bei denen Immuntherapien einen besonders großen Stellenwert haben.“

Prof. Claudia Baldus, Sprecherin der klinischen Forschungsgruppe CATCH ALL und Direktorin der Klinik für Innere Medizin II am UKSH, Campus Kiel, sagt: „Diese Ergebnisse tragen wesentlich zu unserem Verständnis der altersabhängigen Faktoren bei der ALL bei. Künftige Forschungsarbeiten sollten diese kürzlich identifizierten Subtypen vorrangig im Zusammenhang mit Immuntherapien evaluieren. Kombinationen aus therapeutischen Antikörpern wie Blinatumomab und BCR::ABL1-Tyrosinkinaseinhibitoren sind in klinischen Studien sehr erfolgreich. Solche Kombinationen werden absehbar zu einem reduzierten Einsatz von konventioneller Chemotherapie und möglicherweise auch zu einem häufigeren Verzicht auf allogene Stammzelltransplantationen führen. Der damit erreichten Verminderung von teils schwerwiegenden Nebenwirkungen steht jedoch das Risiko von neuen Resistenzmechanismen gegenüber. Hier könnte der Verlust von linienspezifischen Angriffspunkten für Immuntherapien in der multiliniären BCR::ABL1-positiven ALL eine besondere Rolle spielen. Die Identifizierung von BCR::ABL1 ALL-Subtypen in laufenden Studien ist für die Verfeinerung dieser Therapiestrategien entscheidend, um diese für linienspezifische und liniunenabhängige Ansätze zu optimieren.“

Bastian ergänzte: „Die Transkriptomsequenzierung ist aktuell die einzige Methode, die es erlaubt, in einem Ansatz alle ALL-Subtypen zu diagnostizieren. Zusätzlich gibt sie Einblicke in die zugrundeliegende Erkrankungsbiologie, die zusammen mit der gewählten Therapie das Behandlungsergebnis bestimmt. Im Hämatologielabor Kiel, das als Teil unserer Klinik hämatologische Spezialdiagnostik im nationalen und internationalen Maßstab anbietet, haben wir die Transkriptomsequenzierung als Routinediagnostik für die ALL eingeführt.“ (PM/RED)

Fortschritt in der Forschung

PARKINSON Ein Forschungsteam um Dr. Joanne Trinh, Leiterin von Integrative Omics in Parkinson's disease am Institut für Neurogenetik der Universität zu Lübeck, entdeckt neuen genetischen Risikofaktor für die Parkinson-Erkrankung.

Die genetische Forschung spielt eine Schlüsselrolle in der Aufdeckung von Ursachen und Mechanismen neurodegenerativer Krankheiten, wie die Parkinson-Krankheit. In einer Studie unter der Leitung von Dr. Joanne Trinh gelang die Identifizierung eines neuen genetischen Risikofaktors für die Parkinson-Erkrankung. Die Ergebnisse wurden in der Fachzeitschrift *The Lancet Neurology* veröffentlicht.

Parkinson ist durch den Verlust von Dopamin produzierenden Neuronen im Gehirn gekennzeichnet. Obwohl in rund einem Drittel der Fälle ein genetischer Ursprung festgestellt wurde, bleibt die Suche nach den zugrunde liegenden genetischen Faktoren eine Herausforderung. Die Forschungsgruppe um Trinh hat sich auf die Untersuchung der genetischen Variabilität von Genen konzentriert, die mit Transportprozessen innerhalb der Zelle in Verbindung stehen. Diese Schlüsselmechanismen sind bei Parkinson gestört.

In der Studie wurden alle genetischen Regionen, die die Informationen für Proteine und Enzyme abbilden, mithilfe der Ganz-Exom-Sequenzierung in Familien mit einer hohen Inzidenz der Parkinson-Krankheit analysiert. Dem Forscherteam gelang es, eine neue genetische Variante der RAB-GTPasen zu identifizieren, die als Proteine wichtige Funktionen bei Transportvorgängen innerhalb einer Zelle haben. Diese Variante wurde in drei betroffenen Familien und in 13 weiteren unabhängigen Fällen nachgewiesen. Dies wurde von der Michael J. Fox Foundation und dem GP2-Konsortium unterstützt, in dem Prof. Christine Klein eine führende Rolle spielt.

Ein signifikanter Befund der Studie ist, dass die RAB32-Ser71Arg-Variante die Aktivität des Enzyms LRRK2 erhöht, was eine Schlüsselrolle bei der Regulierung von Transportprozessen innerhalb

der Zelle spielt. Diese gesteigerte Aktivität führt zu Störungen im Zelltransport, was die Ansammlung von fehlgefalteten Proteinen und den Tod von Dopamin-produzierenden Neuronen beschleunigt – beides zentrale Faktoren in der Pathogenese der Parkinson-Krankheit. Die Forschenden konnten außerdem zeigen, dass mehrere genetisch vererbte Ursachen der Parkinson-Krankheit mit der Kontrolle der intrazellulären Immunität zusammenhängen.

Trinh betont die Bedeutung dieser Entdeckung: „Diese spezifische genetische Variante hilft uns, die komplexen Mechanismen hinter der Parkinson-Krankheit besser zu verstehen. Obwohl nicht alle Träger der Variante Symptome entwickeln, eröffnet dieser Befund neue Perspektiven für die Erforschung weiterer beteiligter Faktoren und die Entwicklung zielgerichteter Therapien.“

Die Studie stellt einen wichtigen Schritt in der Parkinson-Forschung dar und unterstreicht das Potenzial genetischer Studien für die Aufklärung zentraler Mechanismen neurodegenerativer Krankheiten. Die Ergebnisse bieten Einblicke in die genetischen Grundlagen von Parkinson sowie Anhaltspunkte für die Entwicklung neuer Behandlungsstrategien. (PM/RED)



PD Dr. Joanne Trinh, korrespondierende Erstautorin der internationalen Studie.

Mit dem 1. April 2024 ist das neue Cannabisgesetz (CanG) der Bundesregierung in Kraft getreten¹. Mit diesem Gesetz wird der private Eigenanbau durch Erwachsene zum Eigenkonsum sowie der gemeinschaftliche, nicht-gewerbliche Eigenanbau von Cannabis in Anbauvereinbarungen legalisiert.

Bestimmungen des CanG

Im Einzelnen ist der Besitz von bis zu 50 g Cannabis (Trockengewicht von Blüten, blüthennahen Blättern oder sonstigem Pflanzenmaterial) für den Eigenkonsum im privaten Raum erlaubt, ebenso auch der private Eigenanbau von bis zu drei Cannabis-Pflanzen und der gemeinschaftliche, nicht-gewerbliche Eigenanbau durch sogenannte Anbauvereinbarungen.

Weiterhin ist der öffentliche Konsum legal, unterliegt jedoch Regeln wie: kein Konsum in Fußgängerzonen zwischen 7 und 20 Uhr oder in Sichtweite von Schulen, Kinder- und Jugendeinrichtungen.

Der Handel mit Cannabis bleibt verboten, und für medizinische Anwendungen von Cannabis besteht weiterhin eine Verschreibungspflicht.

Mit diesem Gesetz soll nach der Vorstellung der Bundesregierung ein „verantwortungsvoller Umgang mit Cannabis erleichtert werden“ und der wachsende illegale Markt für Cannabis eingedämmt werden. Das Gesetz soll auch durch weniger Strafverfahren wegen Cannabis-bezogener Delikte die Justiz entlasten.

Geplant sind auch zum Schutz der Jugend und Stärkung der Prävention eine Aufklärungskampagne über die Wirkungen und Risiken von Cannabis und eine Evaluierung der Maßnahmen hinsichtlich ihrer gesellschaftlichen Auswirkungen nach 4 Jahren.

Was ist aus medizinischer Sicht vom CanG zu halten?

Dazu möchte ich im Folgenden Stellung nehmen und beziehe mich dabei im Wesentlichen auf einen in der März-Ausgabe 2024 der medizinischen Fachzeitschrift *Der Arzneimittelbrief* erschienenen ausführlichen Artikel mit dem Titel „Über Nutzen und Schaden von Cannabis-Produkten“².

Da diese wichtige wissenschaftliche Arbeit dort hinter einer Bezahlschranke steht und ich seit mehreren Jahrzehnten Bezieher dieser von mir sehr geschätzten wissenschaftlichen medizinischen Zeitschrift bin, habe ich mir erlaubt, mit freundlicher Erlaubnis von einem der Herausgeber die



wichtigsten Abschnitte daraus in dem folgenden Text zusammenzustellen und mit einem Kommentar zu versehen.

Der aktuelle Artikel im *Arzneimittelbrief* fußt auf einem großen „Umbrella-Review“ über Risiken und Nutzen von Cannabis, der im August 2023 im *British Medical Journal* erschienen ist³. Ein „Umbrella-Review“ ist eine Übersicht über systematische Übersichtsarbeiten (Systematic Reviews, abgekürzt: SR) oder Metaanalysen und zählt zur höchsten Stufe der Evidenz in der Medizin. Die 32 wissenschaftlichen Autoren des Reviews kommen aus vier Kontinenten und aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie, Neurowissenschaften und Epidemiologie.

Die Arbeit ist in Eigeninitiative entstanden und wurde nicht extern finanziert. Beginnen möchte ich mit der Zusammenfassung des Artikels aus dem *Arzneimittelbrief*².

Zusammenfassung

Der große aktuelle Umbrella-Review fasst die gegenwärtige Evidenz über den therapeutischen Nutzen und über (Behandlungs-)Risiken von Cannabis-Produkten zusammen. Es gibt demnach eindeutige Beweise für einen therapeutischen Nutzen für Cannabis-Produkte in der Tumor- und Schmerztherapie, bei chronisch-entzündlichen Darm- und einigen neurologischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose und Epilepsie.

Der regelmäßige Gebrauch von Cannabis und medizinischem Cannabis erhöht jedoch auch das Risiko für psychische Erkrankungen und beeinträchtigt die Vigilanz, das Sehvermögen sowie wichtige kognitive Funktionen.

Bei einem regelmäßigen Gebrauch von Cannabis als Rauschmittel können sich die Leistungen in der Schule und am Arbeitsplatz verschlechtern, und auch die Unfallgefahr im Straßenverkehr steigt.

Autor

Prof. Klaus-Dieter Kolenda, Facharzt für Innere Medizin – Gastroenterologie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin/Sozialmedizin, war von 1985 bis 2006 Chefarzt einer Rehabilitationsklinik für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Atemwege, des Stoffwechsels und der Bewegungsorgane.

Seit 1978 ist er als medizinischer Sachverständiger bei der Sozialgerichtsbarkeit in Schleswig-Holstein tätig. Zudem arbeitet er in der Kieler Gruppe der IPPNW e. V. (Internationale Ärztinnen und Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs und für soziale Verantwortung) mit.

E-Mail: klaus-dieter.kolenda@gmx.de

Nutzen und Risiken von Cannabis-Produkten

CANNABIS Auf der einen Seite ein therapeutischer Nutzen in der Tumor- und Schmerztherapie, auf der anderen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen und Beeinträchtigung der Vigilanz, des Sehvermögens und wichtiger kognitiver Funktionen. Bei Heranwachsenden und jungen Erwachsenen ist das Risiko für Psychosen verfünffacht. Eine persönliche Einordnung der Chancen und Risiken des neuen Cannabisgesetzes durch Prof. Klaus-Dieter Kolenda.

Bei Schwangeren erhöht sich das Risiko für eine Frühgeburt und für Entwicklungsverzögerungen des Kindes, und bei Heranwachsenden und jungen Erwachsenen verfünffacht sich das Risiko für Psychosen.

Nach der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz sollte Cannabis daher nicht im Jugend- und frühen Erwachsenenalter, bei Menschen, die zu psychischen Störungen neigen, in der Schwangerschaft und im Straßenverkehr verwendet werden.

Deshalb urteilen die Autoren des Arzneimittelbriefs: „Das nun in Deutschland geplante Cannabisgesetz wirkt realitätsfremd, ist kaum zu kontrollieren und wird von uns nicht nur in Anbetracht der nachgewiesenen Gesundheitsrisiken von Cannabis-Produkten als fahrlässig bewertet.“

Um welche Cannabis-Produkte geht es im CanG?

Unter den mehr als 100 in der Hanfpflanze enthaltenen (Phyto-)Cannabinoiden sind für den Gebrauch als Rausch- und Heilmittel das Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) von Interesse und für weitere therapeutische Anwendungen auch die nur leicht psychoaktiven Stoffe Cannabinol (CBN) und Cannabidiol (CBD).

Der Markt mit den legal und illegal angebotenen Cannabis-Produkten ist jedoch unübersichtlich. Grundsätzlich kann unterschieden werden zwischen:

- ▶ THC-haltigem Cannabis als Rausch- und/oder Suchtmittel; meist verkauft in

Form von getrockneten Blüten und Blättern der weiblichen Hanfpflanze (Marihuana) oder ihrem Harz (Haschisch);

- ▶ Pharmazeutisch hergestellten Pflanzenextrakte mit einer definierten Zusammensetzung (Phyto-Cannabinoiden), wie z.B. Nabiximols (CBD plus THC);
- ▶ synthetischen Cannabinoiden wie z.B. Dronabinol (Delta-9-trans-THC) oder Nabilon und
- ▶ verschiedenen Cannabidiol-Produkten mit sehr geringem THC-Gehalt, die nicht als Arzneimittel, sondern als „Lebensmittel“ mit unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Angaben verkauft werden.

In der Medizin werden Cannabis und auf Cannabis basierende Medikamente (CBM) derzeit u.a. eingesetzt bei

- ▶ chronischen Schmerzen,
- ▶ durch Chemotherapie induziertem Erbrechen und Nausea,
- ▶ Spastizität bei Multipler Sklerose und Paraplegie und
- ▶ Appetitverlust sowie Gewichtsabnahme bei kachektischen AIDS- und Tumorpatienten.

Weitere Einzelheiten aus dem aktuellen Umbrella-Review

Methodik

In vier wissenschaftlichen Datenbanken wurde nach Systematischen Reviews (SR) und Metaanalysen randomisierter kontrol-

lierter Studien (RCT) oder Beobachtungsstudien bis Februar 2022 gesucht³.

Von Interesse waren Untersuchungen zu aktuellem oder vormaligem Konsum von Cannabis oder Cannabinoiden von gesunden Erwachsenen oder Jugendlichen, Schwangeren, Autofahrern sowie bei eindeutig definierten medizinischen Anwendungen.

Die primären Endpunkte waren die Effektivität hinsichtlich der jeweiligen Zielsymptomatik (z.B. Anfallshäufigkeit bei Epilepsie, Schmerzintensität, Spastik, Krankheitsaktivität) und die Verträglichkeit bzw. Therapiesicherheit in den RCT.

Sekundäre Endpunkte waren die Behandlungsergebnisse und die unerwünschten Effekte in den Beobachtungsstudien, sowohl bei einer medizinischen Anwendung als auch bei Verwendung als Rauschmittel in der allgemeinen Bevölkerung.

Von 700 SR, die nach Lesen der Abstracts geeignet schienen, wurden 599 ausgeschlossen, z.B. weil sie keine Metaanalyse enthielten (n = 504), mehrfach publiziert waren (n = 38), oder weil zu der Fragestellung eine größere Metaanalyse vorlag (n = 21).

Von den verbliebenen 101 SR schlossen 51 nur RCTs ein und 50 nur Beobachtungsstudien.

Medizinischer Nutzen

Für die Analyse der primären Endpunkte wurden nur die Daten aus SR von RCT mit

hoher oder moderater Qualität verwendet (n = 27). Die Ergebnisse sind in Tab. 1² wiedergegeben.

Demnach wirken Cannabis und CBM schmerzlindernd bei chronischen Schmerzzuständen, verstärken aber zugleich den Negativstress.

Bei Multipler Sklerose und Paraplegie verbessern CBM Spastizität und Schmerzen, führen aber vermehrt zu Nebenwirkungen, wie Schwindel, Somnolenz, trockenem Mund und Übelkeit.

Bei Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen verbessern CBM die Lebensqualität und bei Tumorpatienten die Schmerzkontrolle und die Schlafqualität. Nebenwirkungen wie Übelkeit und Erbrechen nehmen jedoch zu.

Bei Epilepsie verringert CBD die Anfallshäufigkeit um ca. 50 %, und die Lebensqualität der Betroffenen steigt. Dafür treten vermehrt behandlungsbedingte Nebenwirkungen auf, wie Appetitlosigkeit, Somnolenz, Diarrhö oder erhöhte Temperaturen.

Keinen nachweisbaren Nutzen haben Cannabis und CBM bei Demenz, Morbus Alzheimer, Morbus Parkinson und Suchterkrankungen.

Risiken bei der Anwendung

Für die Analyse der sekundären Endpunkte wurden 50 SR von Beobachtungsstudien verwendet. Diese waren hinsichtlich der eingeschlossenen Studien, der Patientenzahl sowie der statistischen Methoden sehr heterogen. Nur 13 SR wurden als qualitativ hochwertig eingeschätzt.

Insgesamt wurden 251 Endpunkte untersucht. Am häufigsten handelte es sich dabei um neuropsychologische Testergebnisse (n = 81), Messergebnisse von Hirnfunktionen und -volumina (n = 38) und psychiatrische Beurteilungen (n = 19).

Erwähnenswert sind auch noch Messungen in der Schwangerschaft und Assoziationen mit Unfällen im Straßenverkehr (n = 7), Psychosen (n = 9) und Suiziden (n = 6).

Demnach erhöht der Konsum von Marihuana bei Schwangeren das Risiko für ein geringes Geburtsgewicht (eOR: 1,61) und eine geringe Körpergröße der geborenen Kinder (eOR: 1,43). (Erläuterung: Die Abkürzung eOR bedeutet „equivalent Odds Ratio“)

Weiterhin gibt es Hinweise darauf, dass der Konsum von Marihuana Frühgeburten begünstigt (eOR: 1,32) und zu vermehrten Aufnahmen der Neugeborenen auf Intensivstationen führt (eOR: 1,41).

Cannabis als Rauschmittel erhöht in der Allgemeinbevölkerung das Risiko für Psychosen (eOR: 1,71). Starker Cannabiskonsum erhöht das Risiko für Suizid (eOR: 3,20) und psychotische Symptome (eOR: 2,18).

Weitere positive Assoziationen fanden sich in der Sensitivitätsanalyse für Konsum von Cannabis und dem Auftreten von Manien (eOR: 3,00), physischer Gewalt beim „Dating“ (eOR: 1,45) und Depressionen (eOR: 1,21).

Regelmäßiger Cannabiskonsum geht in der Bildgebung vermehrt mit Schrumpfung des Orbitofrontal-Kortex einher (eOR: 1,72) und in den neuropsychologischen Tests mit Beeinträchtigungen beim visuellen Gedächtnis (eOR: 3,76), der Merkfähigkeit für Aufgaben, die in der Zukunft auszuführen sind (eOR: 3,43), dem verbalen Lernen (eOR: 2,03) und Verständnis (eOR: 1,69) sowie Störungen verschiedener Gedächtnisfunktionen.

Im Straßenverkehr erhöht Cannabis die Gefahr für kritische Ereignisse und Unfälle mit PKW (eOR: 1,91).

Auch erhöht regelmäßiger Cannabiskonsum das Risiko für Hodenkrebs (eOR: 2,82).

Bei Patienten mit psychotischen Vorerkrankungen vermindert Cannabiskonsum die Medikamentenadhärenz (eOR: 5,78) und erhöht das Risiko für einen Krankheitsrückfall (eOR: 1,88).

Die Autoren des Arzneimittelbriefs kommen demnach zu folgender Einschätzung:

„Die Autoren des Umbrella-Reviews kommen zu dem Schluss, dass der Konsum von Cannabis-Produkten bedeutsame negative Auswirkungen haben kann und bezeichneten Initiativen, die den Cannabiskonsum kommerzialisieren und auch für Jugendliche legalisieren wollen, als „extrem“, „ideologisch“ und wissenschaftlich nicht zu begründen.

Neben einigen methodischen Punkten nennen sie als wichtige Einschränkung ihrer Analysen Unklarheiten über die Qualität der in den Studien verwendeten Cannabis-Produkte.

Meist wird der THC-Gehalt nicht angegeben bzw. nicht kontrolliert. Da in den neueren Züchtungen des indischen Hanfs deutlich mehr THC enthalten ist, könnten die beschriebenen schädlichen Effekte in den eingeschlossenen Studien zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Risiken führen.“

Diskussion der Ergebnisse

Der Konsum von Cannabisprodukten als Rauschmittel hat bedeutsame negative gesundheitliche Auswirkungen. Dazu zählen das Auftreten von Psychosen und Manien sowie Suizidalität.

Darüber hinaus beeinträchtigt Cannabis die Vigilanz und das Sehvermögen sowie wichtige kognitive Funktionen. Dies führt zu schlechteren Leistungen in der Schule und am Arbeitsplatz und erhöht die Unfallgefahr im Straßenverkehr.

Eine besondere Gefährdung besteht für heranwachsende Menschen, weil sich Gehirn und soziale Funktionen noch entwickeln. Da sich die Altersspitze des Cannabiskonsums mit dem Erstmanifestationsalter psychiatrischer Erkrankungen (10 bis 24 Jahre) überlappt, sind besonders bei jungen Menschen sehr negative Interaktionen zu erwarten.

Deshalb ziehen die Autoren des Arzneimittelbriefs folgende Schlussfolgerungen:

„Die von den Proponenten der Freigabe vorgebrachten Argumente, dass das verkaufte Cannabis in seiner Qualität (THC-Gehalt) besser kontrollierbar sei oder dass die gesundheitlichen Schäden durch das legale Rauschmittel Alkohol wesentlich größer sind, rechtfertigen vor dem Hintergrund der geschilderten Risiken nicht die Legalisierung einer weiteren Droge.

Die in Deutschland geplante (inzwischen erfolgte, KDK) Freigabe von Cannabis mit alltagsfernen und kaum kontrollierbaren Beschränkungen ist medizinisch nicht begründbar und dürfte in erster Linie zu einer zusätzlichen Ausweitung des Cannabis-Konsums führen, auch bei Jugendlichen (Bagatellisierung).

Dies ist auch nach unserer Einschätzung fahrlässig und zudem auch mit unabsehbaren Konsequenzen für die Judikative, Exekutive und den Straßenverkehr verbunden. Bei einer Verordnung von medizinischem Cannabis muss ebenfalls das damit verbundene Behandlungsrisiko beachtet und therapeutische Alternativen mit besserem Nutzen-Risiko-Verhältnis berücksichtigt werden. Cannabis als Heilmittel sollte künftig auch vermehrt in RCT gegen alternative Therapieverfahren getestet werden, wie z.B. gegen Botulinumtoxin bei durch Multiple Sklerose bedingter Spastik.“

LITERATUR BEIM VERFASSER
PROF. KLAUS-DIETER KOLENDA,
KRONSHAGEN

Kommentar

Da die zitierten Ergebnisse des Umbrella-Reviews³, soweit sie die Risiken des Einsatzes von Cannabis-Produkten betreffen, gesellschaftlich sehr umstritten sind und ich gebeten worden bin, dazu einen Kommentar abzugeben, will ich das im Lichte der Evidenzbasierten Medizin tun, auch auf die Gefahr hin, dass ich mich irren kann.

Ich gehöre zu der älteren Generation von Medizinern und habe im Laufe der letzten Jahrzehnte immer wieder, z.B. in meinem Bekannten- und Freundeskreis, einen möglichen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Cannabis und dem Auftreten von (vorübergehenden) psychotischen Symptomen oder irreversiblen Psychosen beobachtet.

Das sind zwar anekdotische Einzelfälle gewesen, denen natürlich keine wissenschaftliche Beweiskraft zukommt (siehe unten unter Evidenzstufe IV), die aber auf mögliche Zusammenhänge hinweisen, denen mithilfe der Evidenzbasierten Medizin nachgegangen werden muss.

In der Evidenzbasierten Medizin ist bekanntlich eine Hierarchie der wissenschaftlichen Evidenz anerkannt, die folgende Evidenzstufen unterscheidet⁴:

- ▶ Ia: Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter klinischer Studien (RCT);
- ▶ Ib: Evidenz aufgrund mindestens einer RCT;
- ▶ IIa: Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisierung (Beobachtungsstudie oder Kohortenstudie);
- ▶ IIb: Evidenz aufgrund einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie;
- ▶ III: Evidenz aufgrund gut angelegter, quasi-experimenteller Studien;
- ▶ IV: Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertengruppen, Konsensuskonferenzen, und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten.

Daraus ergibt sich: Der medizinische Nutzen von Cannabis-Produkten kann und wurde auch mithilfe von RCTs untersucht, sodass hier eindeutige positive Einschätzungen vorliegen, die oben ge-

schildert wurden, denn RCTs gelten als Goldstandard der wissenschaftlichen Evidenz (siehe oben). Das betrifft, wie gesagt, den therapeutischen Nutzen von Cannabis-Produkten in der Tumor- und Schmerztherapie und bei chronisch-entzündlichen Darm- und einigen neurologischen Erkrankungen.

Bei der wissenschaftlichen Untersuchung des möglichen Schadens von Cannabis-Produkten ist die Situation allerdings anders. Da auf diesem Gebiet keine RCTs möglich sind, d.h. der Goldstandard nicht durchgeführt werden kann, ist von vorherein mit den durchgeführten Studien nur eine schwächere Evidenz zu erwarten (z.B. IIa), sodass aus Beobachtungsstudien allein keine sicheren Aussagen über einen kausalen Zusammenhang zwischen der Einnahme von Cannabis-Produkten und einem möglichen aufgetretenen Schaden gemacht werden können.

Dieses Argument wird von Kritikern immer wieder vorgebracht und das wird auch in der Figure 4 des Umbrella-Reviews deutlich³. Die dort aufgeführten Metaanalysen über den Gebrauch von Cannabis-Produkten und z.B. einem möglicherweise aufgetretenen psychischen Schaden oder einer Psychose liegen alle mit ihrer eOR in einem deutlich positiven Bereich. Aber die Autoren sagen auch, dass aufgrund ihrer weiteren detaillierten Analysen die möglichen Zusammenhänge eher als suggestiv (Klasse III) bzw. schwach (Klasse IV) einzuschätzen sind.

Auch wenn deshalb ein kausaler Zusammenhang zwischen dem Gebrauch von Cannabis-Produkten und bestimmten Schäden wie z.B. psychotische Störungen aus den bisherigen Ergebnissen der durchgeführten Beobachtungsstudien allein nicht abgeleitet werden kann, liegen überzeugende oder übereinstimmende Hinweise für die Einschätzung vor, dass Cannabis-Konsum mit schlechter psychischer Gesundheit und Kognition verbunden ist, das Risiko von Autounfällen erhöht ist und nachteilige Auswirkungen auf die Nachkommen möglich sind, wenn der Cannabis-Konsum während der Schwangerschaft erfolgt. Deshalb kann ich mich den oben angeführten Warnungen der Autoren des Arzneimittelbriefs nur anschließen.

Dass aber auch gut durchgeführte Beobachtungsstudien entscheidend mit dazu beitragen können, wichtige Schadenszusammenhänge kausal aufzuklären, zeigt die berühmteste Beobachtungs- bzw. Kohortenstudie, die sogenannte Britische Ärztstudie von Doll und Peto über den Zusammenhang von Tabakrauchen und gesundheitlichen Schäden, die ihren Autoren den Ritterschlag eingebracht hat⁵.

Diese untersuchten und verfolgten 40.000 britische Ärzte, die in vier Gruppen (Nicht-Raucher, leichte, mittlere und starke Raucher) eingeteilt wurden. Als Endpunktkriterium wurden Tod jedweder Ursache und ursachenspezifischer Tod durch eine bestimmte Erkrankung aufgeführt.

Die Publikation der Zwischenergebnisse nach 10 Jahren zeigte 1964 einen erheblichen Anstieg der Todesfälle durch Lungenkrebs wie auch der Todesfälle insgesamt bei Rauchern, wobei eine Dosis-Wirkungs-Beziehung sichtbar wurde, d.h. je mehr man raucht, desto wahrscheinlicher ist es, Lungenkrebs zu entwickeln.

Von dieser Studie war es noch ein langer Weg, um zu beweisen, dass die Verbindung von Rauchen und Krankheit eine kausale und keine zufällige ist. Die Ergebnisse dieser einflussreichen Studie nach 20, 36 und 40 Jahren, in denen eindrucksvolle 94 % der 1951 rekrutierten Teilnehmer weiterverfolgt werden konnten, zeigen sowohl die Gefahren des Rauchens auf als auch die Stärke der Beweise, die eine sauber durchgeführte Beobachtungsstudie erbringen kann.

PROF. KLAUS-DIETER KOLENDA



Vernetzung im Gesundheitsamt

TUBERKULOSE Das Gesundheitsamt Herzogtum Lauenburg fasste zwei Anlässe für eine Veranstaltung zusammen: Der Welttuberkulosestag und der Tag des Gesundheitsamtes waren Anlässe für eine Fachveranstaltung in Ratzeburg.



Exponate der Ausstellung im Gesundheit in Ratzeburg: Links Lungenfunktionsmessung der Marke Aesculap, Tuttlingen ca. 1920, aus dem Deutschen Tuberkulosearchiv, rechts ein Röntgenbetrachter für Tuberkulose der Marke Old Delft, Niederlande ca. 1960.

Zwei gesundheitsbezogene Thementage lagen im März eng beieinander: Am 19. März der Tag des Gesundheitsamtes und am 24. März der Welttuberkulosestag. Das Gesundheitsamt des Kreises Herzogtum Lauenburg fasste wegen der zeitlichen Nähe der beiden Thementage beide zusammen und widmete sich mit einer Fortbildung dem Thema Tuberkulose.

Im Jahr 2023 sind weltweit 1,3 Millionen Menschen an Tuberkulose verstorben. Mit einer Jahresinzidenz von 5,3/100.000 Einwohnern gehört Deutschland weiterhin zu den Niedriginzidenzländern. Jedoch spiegelt sich hierzulande die globale Situation im Kleinen wider: 76,8 % der in Deutschland diagnostizierten Tuberkulosefälle entfallen auf Patienten, die nach Deutschland geflohen oder zugewandert sind (Quellen: RKI: EpiBull 11/2024). In dieser Gruppe sind insbesondere Jugendliche und junge

Erwachsene betroffen. Ursächlich sind die in der Regel schlechtere medizinische Versorgung sowie Aufklärung in den Herkunftsländern zu nennen, die die meisten Betroffenen aufgrund von Krisen, bewaffneten Konflikte oder politischer oder religiöser Verfolgung verlassen mussten. Nach einer Stagnation der Fallzahlen während der Coronapandemie kommt es seit 2022 wieder zu einem Anstieg der Erkrankungen.

„Tuberkulose gemeinsam bewältigen!“ Unter diesem Motto stand der Welttuberkulosestag in diesem Jahr.

Die Erkrankten leben in Deutschland oft in unsicheren Verhältnissen, sind der deutschen Sprache nur begrenzt mächtig oder müssen sich im Land erst orientieren und benötigen daher besondere Hilfe und Aufmerksamkeit, um die erforderliche monatelange medikamentöse Therapie durchzuhalten. Therapieabbrüche fördern ne-

ben der erfolglosen Behandlung die Entwicklung von Resistenzen, daher gilt es, sie möglichst zu verhindern.

Für die von einer Tuberkuloseinfektion betroffenen Menschen sind häufig existenzielle Themen wie Wohnungssuche und das Zurechtfinden in einem neuen System vorrangig gegenüber den für die Behandlung und Eingrenzung der Erkrankung notwendigen Röntgenkontrollen oder die regelmäßige Abholung und Einnahme von Medikamenten.

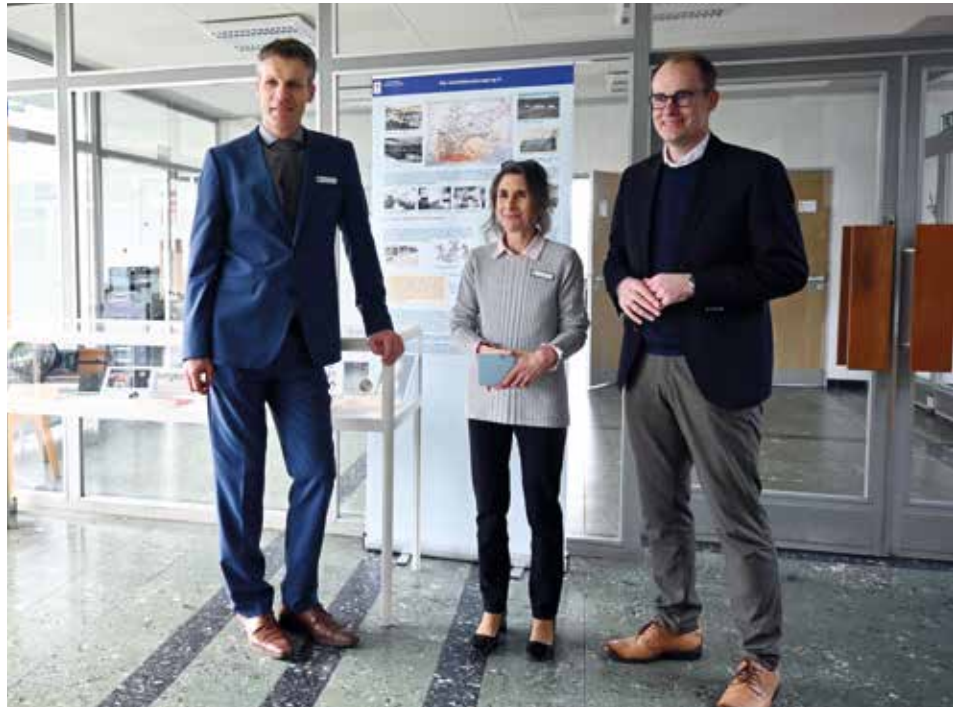
Die erfolgreiche Bekämpfung dieser Erkrankung erfordert daher einen multidisziplinären und langfristigen Ansatz. Um diese Vernetzung und Verzahnung zu fördern, wandte sich das Gesundheitsamt des Kreises Herzogtum Lauenburg mit seiner Fortbildung direkt an Menschen verschiedener medizinischer und sozialer Institutionen, die im Bereich Betreuung und Integration tätig sind.

Zum Ablauf: Eröffnet wurde die Veranstaltung vom Schirmherrn, Landrat Dr. Christoph Mager. Anschließend hieß die Fachdienstleiterin Dr. Kaschlin Butt die Gäste im Gesundheitsamt willkommen. PD Dr. Christian Herzmann, Internist und Pneumologe und derzeit Leiter Infektionsschutz im Kreis Stormarn, hielt einen Vortrag zum Thema „Tuberkulose: Schnittstelle zwischen kurativer Versorgung und öffentlicher Gesundheit“. Bereits während des Vortrages und auch anschließend entspann sich eine rege Diskussion.

Eine Führung durch das denkmalgeschützte Gesundheitsamtsgebäude schloss sich für die Teilnehmenden an, sodass sie direkte Einblicke in die Arbeit vor Ort gewinnen konnten. Seit einiger Zeit baut das Gesundheitsamt zudem in seinen Räumlichkeiten eine medizinhistorische Ausstellung auf, in der in diesem Jahr die Tuberkulose den Schwerpunkt bildet. Zu sehen sind verschiedene kreiseigene Ausstellungsstücke sowie Exponate aus dem Deutschen Tuberkulosearchiv in Heidelberg, mit dem das Gesundheitsamt eine Kooperation pflegt.

Zusätzlich gab es Informationen insbesondere über die Tuberkulose und ihre Behandlungsmöglichkeiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Der 100. Geburtstag des „Zauberberg“ von Thomas Mann bot Anlass für eine Auseinandersetzung mit den Behandlungsmöglichkeiten und dem gesellschaftlichen Umgang mit der Tuberkulose in dieser Zeit.

Fachvortrag, Zusammensetzung des Publikums sowie die Führung durch das Gebäude und die Ausstellung führten im Laufe des Tages zu Austausch und Vernetzung. Daher beabsichtigt das Gesund-



PD Dr. Christian Herzmann, Dr. Kaschlin Butt, Landrat Dr. Christoph Mager (von links) im Foyer des Gesundheitsamtes Ratzeburg.

heitsamt Herzogtum Lauenburg am Tag des Offenen Denkmals – in diesem Jahr am 8. September – erneut seine Türen für die Öffentlichkeit zu öffnen. Dann soll der Schwerpunkt auf der Themenausstellung „100 Jahre Zauberberg: der gesellschaftliche Umgang mit einer Volkskrankheit dieser Zeit“ gelegt und das historische Gebäude gezeigt werden.

„Wie im letzten Jahr hoffen wir auch dieses Jahr wieder auf einen vielseitigen Austausch und wertvolle Anregungen der Besuchenden, um das Themenfeld Gesundheit für die Öffentlichkeit gut weiter zu entwickeln,“ sagte Butt. Darüber hinaus

plant das Gesundheitsamt wieder eine Filmvorstellung in Kooperation mit dem Burgtheater Ratzeburg für den Tag der seelischen Gesundheit am 10. Oktober 2024, nachdem die letzte Veranstaltung zu vielen positiven Rückmeldungen der Gäste geführt hatte.

Thema soll die gelungene Bewältigung einer Herausforderung im Leben sein und auf die psychische Widerstandskraft des Einzelnen abzielen. Auch hier ist eine Verknüpfung zu Tuberkulose im Sinne des Umganges mit (Infektions-)Erkrankungen angedacht.

(PM/RED)

Der Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes

Die Vielfalt des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist auch Thema eines Podcasts des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes, für den Dr. Sylvia Hakimpour-Zern und Dr. Victoria Witt über ihre Tätigkeit im Gesundheitsamt des Kreises Segeberg berichten. Sie schildern, was ihre tägliche Arbeit ausmacht, weshalb sie diesen Bereich gewählt haben und wie sie den ÖGD nach der Pandemie aufgestellt sehen.

Podcasts des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes behandeln regelmäßig Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden – oft mit Stimmen aus der Ärztekammer selbst, aber auch aus anderen Organisationen, wie etwa ärztliche Verbände und Krankenkassen. Es geht um aktuelle Gesundheitspolitik und um zeitlose Themen. Rund 80 Folgen können über Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden.

Darunter u.a.:

- ▶ Tim Wind von der Apobank: Die Niederlassung lohnt sich!
- ▶ Dr. Carsten Leffmann: Eine besondere ärztliche Aufgabe – Die Leichenschau
- ▶ Was hinter dem Rücktritt von Dr. Gisa Andresen steckt



FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

MAI, JUNI, JULI

15. Mai	Webinar/Online Candida auris – Eine neue Herausforderung	LADR Akademie Telefon 04152 803 400 veranstaltung@ladr.de www.LADR.de www.LADR.de/candida-auris-24-05	1 Punkt, 3 Punkte
19. Juni	Mikrobiom des Darms – Segen und Fluch	www.LADR.de/mikrobiom-muehbrook-24-06	1 Punkt, 3 Punkte
23. Mai	Psychobiologie chronischer Schmerzen	UKSH, Kiel Institut für Experimentelle Medizin, Arbeitsgruppe Medizinethik www.iem.uni-kiel.de/de/medizinethik	Punkte beantragt
25. Mai	Zwei Jahre FBREK in Lübeck Rückblick und Ausblick	UKSH, Lübeck Telefon 0451 500 41 752 Ines.Brachmann@uksh.de	Punkte beantragt
29. Mai	Update Innere Medizin	Schön Klinik Neustadt pradke@schoen-klinik.de	Punkte beantragt
12. Juni	Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP) - eine psychodynamische Methode der Behandlung von Patient:innen mit Borderline-Struktur	Curtius Klinik, Bad Malente Telefon 04523 407 502 assistenzca@curtius-klinik.de	2 Punkte
21. Juni	Die flexible Bronchoskopie	LungenClinic Grosshansdorf marketing@lungenclinic.de www.lungenclinic.de	Punkte beantragt
21./22. Juni	DEGUM Aufbaukurs Echokardiografie	UKSH, Lübeck Telefon 0451 500 44 501 franciska.benkert@uksh.de www.uksh.de/innere2-luebeck	Punkte beantragt
12. Juli	4. Ostseesymposium Viszeralmedizin, Viszeralonkologie	Infinite Science GmbH, Lübeck info@ostsee-symposium.org www.ostsee-symposium.org/anmeldung	9 Punkte

ALLE ANGABEN OHNE GEWÄHR.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise für die Juni-Ausgabe: 22. Mai 2024

Impffachtagung 2024



Was sind die aktuellen Entwicklungen in der Impf-landschaft? Diese Frage soll auf der Impffachtagung 2024 der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein unter verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet werden. Zwei zentrale Expertengremien, die Ständige Impfkommission (STIKO) und die Nationale Lenkungsgruppe Impfen (NaLI), stellen sich vor und geben Einblicke in ihre Arbeit und Aufgabenfelder, auch im Hinblick auf aktuelle Entwicklungen. Zwei Expertinnen zeigen Wege auf, wie die Bevölkerung über digitale Wege zielgruppengerecht erreicht wird und dies zu einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz beitragen kann. Auch über bewährte und neue Impfstoffe wird berichtet. Das Programm richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, ihre Mitarbeitenden und Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich. Die Teilnahme ist kostenlos. Anmeldung über die www.lvgfsh.de/impffachtagung bis zum 4. Juni 2024

Termin: 26. Juni 2024, 14 bis 18 Uhr

Ort: Veranstaltungszentrum Kiel, Faluner Weg 2, 24109 Kiel

Infotag für Praxisabgeber und -gründer

Die einen wollen sich niederlassen, die anderen ihre Praxis abgeben. Beide Seiten bringen die Deutsche Apotheker- und Ärztekammer Schleswig-Holstein und Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein auf dem 15. Informationstag, der sich speziell an Existenzgründerinnen und -gründer sowie Praxisabgeberinnen und -abgeber richtet, zusammen. Für beide Seiten gibt es jeweils getrennte Vorträge aus den Bereichen Recht, Steuern, Finanzierung und Vermögensplanung. Geplant sind außerdem ein Interview mit einem Existenzgründer und eine Podiumsdiskussion, an der u.a. der Präsident der Ärztekammer, Prof. Henrik Herrmann, und die künftige Vorstandsvorsitzende der KV Schleswig-Holstein, Dr. Bettina Schultz, teilnehmen werden.

Termin: 1. Juni 2024, 9 bis 16:30 Uhr

Ort: Räume der KVSH und der Ärztekammer, Bismarckallee, 23795 Bad Segeberg

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Fortbildungsreihe „Adipositas“ Refresher

Nach der gut besuchten Fortbildungsreihe „Adipositas“ im Jahre 2022, bieten wir einen Refresher zu diesem Thema an.

Dies erscheint umso wichtiger, als der Zugang zu leitliniengerechten Behandlungen in der Fläche unverändert schwierig ist, teilweise auch ganz fehlt und das Thema sich auch gesundheitspolitisch weiterhin im Umbruch befindet.

Im Rahmen der diesjährigen Veranstaltung soll nochmal die konservative Therapie den Schwerpunkt bilden. Dabei wollen wir besonders auf die erste Eskalationsstufe in der Adipositas-Therapie eingehen, die Formaldiäten als „Add On“ zur multimodalen Basistherapie vorsieht.

Konkret wird Prof. Wechsler, den viele sicher seit Jahrzehnten im Kontext mit Adipositas aus Forschung, Lehre und Gesundheitspolitik kennen, uns neben der Historie den aktuellen Stand und die zugehörige Datenlage zu den verschiedenen Varianten der sog. Formuladiäten erläutern und uns sicher auch praxisnah die „Pros“ und „Cons“ darstellen und somit auch für diese Therapieform geeignete Zielgruppen definieren.

Des Weiteren werden die heutigen medikamentösen Aspekte in der Adipositas-Therapie vorgestellt. Sie alle wissen, dass dieser Bereich boomt und auch nicht frei von Vorverurteilung einerseits sowie gesellschaftlichem „Hype“ und Konzerninteressen andererseits ist. Prof. Engeli aus Greifswald will uns in diesem Sinne in die neuesten Studiendaten sowie die Perspektiven einführen, und nicht zuletzt auch konkrete Tipps für die praktische Umsetzung aus pharmakologischer Sicht geben.

Zu Beginn der Veranstaltung wird Frau Buchholz aus Heide nochmal die Kernbotschaften aus der initialen Fortbildungsreihe 2022 kurz zusammenfassen. Schließlich wird Frau Kühnel Daten aus einer eigenen aktuellen Studie zur Versorgungsrealität in Schleswig-Holstein bezüglich der Adipositas aus der Sicht des WKK in Heide darstellen.

Weitere Refresher-Termine sind jährlich im September geplant.

Termin: 25. September 2024



FOTO: ADOBE STOCK LIGHTPOET

Betriebswirtschaftliche Praxisführung – Fachwirt/Fachwirtin ambulante medizinische Versorgung

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollen nachweisen, dass sie betriebliche Abläufe unter ökonomischen Gesichtspunkten planen, organisieren und überwachen können. Sie gestalten Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen durch einen zielgerichteten und effizienten Ressourceneinsatz. Sie setzen marketingorientierte Maßnahmen zum Zwecke der Weiterentwicklung von Unternehmenszielen ein.

Mit Betriebsmitteln und Materialien gehen sie unter Beachtung logistischer und ökologischer Gesichtspunkte effizient um.

Inhalt

- ▶ Praxisorganisation
- ▶ Kostenmanagement
- ▶ Grundlagen der Buchführung und Kostenrechnung anwenden
- ▶ Controlling
- ▶ Praxiseinkauf
- ▶ Marketing

Termine: 24.–25. Mai 2024, 31. Mai–1. Juni 2024, 8. Juni 2024

Leitender Notarzt - Schleswig-Holstein- spezifischer LNA-Zusatzkurs

Als LNA ist die Kenntnis der Einsatzumgebung ebenso wichtig, wie das Wissen über die landesspezifischen Einsatzkonzepte, Regelungen und regionalen Besonderheiten. Um daher LNA bestmöglich auf ihren Einsatz im Land vorzubereiten, hat die Kammerversammlung der Ärztekammer Schleswig-Holstein eine Empfehlung für einen Schleswig-Holstein-spezifischen LNA-Zusatzkurs gegeben. Dieser umfasst

- ▶ Strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen in Schleswig-Holstein, unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten im Gesundheitssystem, Rettungsdienst, Gefahrenabwehr
- ▶ MANV-Konzept in Schleswig-Holstein
- ▶ LEBE-Konzept (Lebensbedrohliche Einsatzlagen) in Schleswig-Holstein
- ▶ Kommunikation und Führung
- ▶ Landeseinheitliche Dokumentation und Qualitätssicherung, Rollenverteilung

Dieser Kurs ist verpflichtend für den Erwerb der Fachkunde LNA und wird in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft in Norddeutschland tätiger Notärzte e.V. (AGNN) und dem Forum Leitende Notärzte Schleswig-Holstein e.V. (FLN-SH) durchgeführt.

Nächster Termin: 4. Juni 2024

Über den QR-Code finden Sie das komplette Veranstaltungsangebot.



Kontakt

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

ANERKENNUNGEN NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

Im I. Quartal 2024 haben folgende ärztliche Personen aufgrund erfüllter Voraussetzungen das Recht zum Führen folgender Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein erhalten:

FACHARZTKOMPETENZEN

Allgemeinchirurgie

Dr. Anne Greiser
Dr. Shaahin Rahmati
Stefan Rauwolf

Allgemeinmedizin

Dr. Martin Bienemann
Dr. Tatjana Borkam
Dr. Johannes Börgel
Kirsten Cramer
Dr. Sabrina Crooks
Dr. Joost Efken
Markus Förster
Dr. Felix Galonska
Ranka Harms
Anne Haushahn
Dr. Malte Klee
Dr. Marc Krämer-Gabert
Viet-An Michael Luong
Dr. Stephan Mages
Jan-Philipp Mittelstraß
Dr. Jona Röseler
Dr. Fjodor Tiedemann
Dr. Christina Weiß
Finn Wächtler
Dr. Florian Zeck
Dr. Ruben Zwierlein

Anästhesiologie

Ahmed Chaabene
Dr. Caspar Gruber
Dr. Thorben Klee, B.Sc.
Sebastian Kreißig
Dr. univ. Georg von Kuenheim
Thore Müller
Tobias Staib
Robert Steinhagen
Nina Timm
Adriana Zaccagnini

Arbeitsmedizin

Dr. Marie-Luise Pfeiffer
Carmen Wohlrab

Augenheilkunde

Dr. Jan-Erik Fleger
Heiko Hagedorn
Sunniva Lange
Abdullmoin Omar

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Wienke Kruse
Dr. Zino Ruchay
Dr. Johanna Sandkühler
Lara Viergutz

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Dr. Isabel Maria Hellwig
Shawki Idris

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Dr. Anna-Sophie Erkens
Dr. Ann-Christine Rosenthal
Eliz Tahir

Herzchirurgie

Dr. Jan Dreyer
Dr. Baland Mohammad

Innere Medizin

Hassan Al Kourbah
Janina Flach
Dr. Fred Heinisch
Dr. Lijo Jose Vattoly
Dr. Lukas Kurlemann
Wiebke Martensen
Dr. Katharina Mitzlaff
Dr. Maren Nies
Wilhelm Salzberger
Dr. Elisa Stern
Dr. Julia Özen

Innere Medizin und Angiologie

PD Dr. med. habil Ralph Tölg

Innere Medizin und Gastroenterologie

Dr. Matthias Lessing
Christoph Malenke
Matthias Christian Schneider
Dr. Christoph Struve

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Dr. Imke Tangen

Innere Medizin und Infektiologie

Silke Ewering

Innere Medizin und Kardiologie

Mourad Bradai
Dr. Stephan Camen
Dr. Justin Große Feldhaus
Dr. Jelena Köster
Dr. Katharina Lumbeck
Imtiaz Shaik Mohammed

Innere Medizin und Nephrologie

Paul Graumüller
Dr. Karen Heitmann

Innere Medizin und Pneumologie

Thangavelautham Kokulan
Richard van Lengen
Abdul Wali Mahbubi
Dr. Kristof Max
Selda Yilmaz

Innere Medizin und Rheumatologie

Ole Hudowenz
Dr. Charlotte Wiedwald-Gotschlich

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. Franziska Föllmer
Dr. univ. Marc Nonnenmacher
Dr. Anne Oberdoerster
Dr. Bastian Siller

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Ulrike Akisli-Knietzsch
Lilli Schwesinger

Laboratoriumsmedizin

Dr. Justina Dargvainiene
Dr. rer. nat. Beate Warncke

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Dr. Cedric Hawk Hinrichs

Neurologie

Samanthi Udeshika Buddhakoralage

Orthopädie und Unfallchirurgie

Jan-Hendrik Christensen
Dr. Georg Maximilian Franke
Hanno Horstmann
Kiran Pagadapoola
Sarah Nörremann Pedersen
Dr. Alexander Reimer
Dr. Benjamin von Stülpnagel
Dr. Meran Yesilbas
Dr. Nargis Yousaf-Seidel

Physikalische und Rehabilitative Medizin

Imke Rodis

Psychiatrie und Psychotherapie

Fabian Dib
Dr. Felix Gövert
Indra Manfelde

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dr. Katharina de Haas

Radiologie

Ali Arshadi
Dr. Maren Balks
Dr. univ. Christian Bräuer
Shankar Shivalingappa Kottur
Dr. Fábio Leal dos Reis
Philipp Maas
Dr. Nils Marencke
Brian David Mathew
Dr. Nagela Rabanizada
Evgeniya Shimanovich
Joshua Wien

Strahlentherapie

Dr. Elisa Marie Werner

Transfusionsmedizin

Viana Boko

ANERKENNUNGEN NACH WEITERBILDUNGSORDNUNG

Im I. Quartal 2024 haben folgende ärztliche Personen aufgrund erfüllter Voraussetzungen das Recht zum Führen folgender Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein erhalten:

Urologie

Dr. Benedikt Constantin Jakob Ewig

Viszeralchirurgie

Dr. Hendrik Faby
Charlotte Hohnsbehn
Nathalie Müller
Dr. Jasmin Shekarriz Foumani
Dr. Jonathan Takoh
Katharina Zimmer

SCHWERPUNKTKOMPETENZEN

Gynäkologische Onkologie

Dr. Nana Bündgen
Dr. Hilke Wendt

Neuropädiatrie

Dr. Katja Wessig

Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin

Dr. Franziska Hemptenmacher
Dr. Göntje Peters
Dr. Marek Struck

ZUSATZWEITERBILDUNGEN

Akupunktur

Dr. Julia Jochum-Iwersen
Doctor-Medic Emilia Nanu

Allergologie

Dr. Valentin Weber

Ernährungsmedizin

Dr. Inga von Holdt
Anna Krasowska
Sodabe Nawroozi

Geriatric

Dorothee Langan
Anne Mette Lührs

Hämostaseologie

Dr. Dorothee Caliebe

Infektiologie

Dr. Christina Kujat

Intensivmedizin

Momir Dejanovikj, M.Sc.
Julia Hampel
Oliver Heckert
Dr. Benjamin Kocherscheidt
Dr. Christian Treder
Julian Wielgomas

Klinische Akut- und Notfallmedizin

Dr. Linn Dreyer
Dr. Lisa Harloff
Dr. Claudia Kagel-Hübner
Stephanie Meister
Dr. Stefanie Wailke

Manuelle Medizin

Jochen Dötsch
Dr. Mohammad Hussein
Henning Loh
Franziska Nickel
Dr. Johannes Osbahr
Dr. Coralie Tietze

Medikamentöse Tumorthherapie

Dr. Victoria Hagelstein
Dr. Sandra Prues
Michael Schneider

Naturheilverfahren

Dr. Susanne Fabel
Heike Förster
Susanne Hoffmann
Dr. Christian Jäger
Andrea Schawitzke
Dr. Mareen Seeck-Hirschner
Dr. Rainer Stachow

Notfallmedizin

Nima Alsalloum
Olga Bordinovskaya
Daniela Margarete Boy
Katharina Brauer
Johannes Driehaus
Dr. Tarek Eiben
Dr. Julia Engel
Annika Freund
Sanderein Höhne
Dr. Andrea Jilsóe
Dr. Kevin Kutschick
Dr. Katja Lehmann
Dr. Kim Liedtke
Olga Mitrofanova
Marius Münzberger
Lennart Neas
Dr. Frank Reibe, MPH
Johannes Reichmann
Dr. Steffen Ströh
Caroline Wolf

Orthopädische Rheumatologie

Dr. Alexander Novo de Oliveira
Dr. Tom Wenk

Palliativmedizin

Kirsten Amort
Anna Beilharz
Dr. Marta Heydorn
Dilara Ismayilova
Antje Klein
Magdalena Klimek
Dr. Kristin Elisabeth Kramer
Dr. Ewan Langan, Ph.D.MRes
Dr. Torben Lemcke
Maret Ochsen
Juliane Rüsck
Dr. Viola Schmidt
Kerstin Weiser-Hagelstein
Dr. Christin Wienecke

Psychotherapie -fachgebunden-

Dr. Sabrina Elbrandt
Dr. Urte Fischer-Nürnberg
Kathrin Higelke
Dr. Anja Karpa
Dr. Matthias Kläßen
Sylke Neumann
Susanne Veddern

Sexualmedizin

Dr. Catherine Borgert
Dr. Julia Plähn

Spezielle Orthopädische Chirurgie

Dr. Dominik Vogt

Spezielle Unfallchirurgie

Henning Loh
PD Dr. Maciej Simon
Christian Wiege

Spezielle Viszeralchirurgie

Dr. Jacqueline Ansems

Sportmedizin

Abdelrahman Elhakim, M.Sc.

Suchtmedizinische Grundversorgung

Dr. Bettina Sommer

Nachtrag aus Quartal IV 2023

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
Olesea Serdiuc

Die Liste ist nicht vollständig. Sie erhält nur die Namen derjenigen ärztlichen Personen, die sich mit der Veröffentlichung einverstanden erklärt haben.

Veröffentlichung gemäß § 16b Abs. 4 Ärzte-ZV der Feststellungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat am 12.04.2024 entsprechend § 103 Abs. 1 bis 3 SGB V in Verbindung mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Bpl-RI) die Versorgungsgrade in den einzelnen Planungsbereichen überprüft und in nachfolgenden Planungsbereichen für die angegebenen Fachgruppen die Zulassungssperren aufgehoben, wobei der Beschluss mit den Auflagen versehen ist, dass

1. Zulassungen oder Anstellungen nur im aufgeführten Umfang erfolgen dürfen,
2. die rechtsverbindlichen Zulassungs- bzw. Anstellungsanträge bis zum 01.07.2024 beim Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein, Bismarckallee 1 - 3, 23795 Bad Segeberg, einzureichen sind,
3. nach Fristablauf eingehende Zulassungs- bzw. Anstellungsanträge berücksichtigt werden können, sofern zum Zeitpunkt des Eingangs dieser nicht fristgerechten Anträge beim Zulassungsausschuss nach Berücksichtigung der vorrangigen fristgerecht und vollständig gestellten Anträge hinaus noch Zulassungsmöglichkeiten gemäß den nachfolgenden Festlegungen bestehen.

Arztgruppe	Planungsbereich	Anzahl
Hausärzte	Mittelbereich Neumünster	9,0
Hausärzte	Mittelbereich Schleswig	2,0
Hausärzte	Mittelbereich Husum	11,0
Hausärzte	Mittelbereich Niebüll	1,5
Hausärzte	Mittelbereich Brunsbüttel	1,0 a)
Hausärzte	Mittelbereich Meldorf	3,0
Hausärzte	Mittelbereich Itzehoe	7,0 a)
Hausärzte	Mittelbereich Mölln	1,5
Hausärzte	Mittelbereich Elmshorn	10,5
Hausärzte	Mittelbereich Kaltenkirchen	7,0
Hausärzte	Mittelbereich Norderstedt	4,0 a)
Hausärzte	Mittelbereich Geesthacht	10,5
Hausärzte	Mittelbereich Reinbek/Glinde/Wentorf	0,5
Augenärzte	Kreis Stormarn	1,0
Hautärzte	Kreis Nordfriesland	1,0
Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharztanerk. (Neurologie und Psychiatrie)	Kreisreg. Stadt Neumünster/Kreis Rendsburg-Eckernförde	1,5 b)
Nervenärzte und Ärzte mit doppelter Facharztanerk. (Neurologie und Psychiatrie)	Kreis Plön	0,5 b)
Psychiater	Kreis Dithmarschen	0,5 b)
Psychiater	Kreis Nordfriesland	1,0 b)
Psychiater	Kreis Plön	2,5 b)
Psychotherapeuten	Kreis Segeberg	0,5
ärztliche Psychotherapeuten	Kreis Dithmarschen	1,0 b)
ärztliche Psychotherapeuten	Kreisreg. Stadt Flensburg/Kreis Schleswig-Flensburg	1,5 b)
ärztliche Psychotherapeuten	Kreis Herzogtum Lauenburg	1,0 b)
ärztliche Psychotherapeuten	Kreisreg. Stadt Neumünster/Kreis Rendsburg-Eckernförde	4,0 b)
ärztliche Psychotherapeuten	Kreis Nordfriesland	0,5 b)
ärztliche Psychotherapeuten	Kreis Ostholstein	0,5 b)
ärztliche Psychotherapeuten	Kreis Pinneberg	1,0 b)

ärztliche Psychotherapeuten	Kreis Plön	1,0 b)
ärztliche Psychotherapeuten	Kreis Steinburg	0,5 b)
Psychosomatiker	Kreis Dithmarschen	2,0 b)
Psychosomatiker	Kreisreg. Stadt Flensburg/Kreis Schleswig-Flensburg	2,5 b)
Psychosomatiker	Kreis Herzogtum Lauenburg	1,0 b)
Psychosomatiker	Stadt Kiel	0,5 b)
Psychosomatiker	Kreisreg. Stadt Neumünster/Kreis Rendsburg-Eckernförde	4,0 b)
Psychosomatiker	Kreis Nordfriesland	1,5 b)
Psychosomatiker	Kreis Ostholstein	1,0 b)
Psychosomatiker	Kreis Pinneberg	3,0 b)
Psychosomatiker	Kreis Plön	1,5 b)
Psychosomatiker	Kreis Steinburg	1,5 b)
Psychosomatiker	Kreis Stormarn	2,5 b)
Urologen	Kreis Nordfriesland	0,5
Kinder- und Jugendpsychiater	ROR SH Nord	0,5
Kinder- und Jugendpsychiater	ROR SH Süd-West	1,5
Rheumatologen	Planungsraum Innere Nord	0,5 b)
Rheumatologen	Planungsraum Innere Süd	2,0 b)
Nuklearmediziner	Schleswig-Holstein	4,0
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	Schleswig-Holstein	0,5

- a) In diesen Planungsbereichen erfolgen Öffnungen teilweise wegen der Anwendung des in § 9 Bpl-RI erläuterten Morbiditätsfaktors. Nach Absatz 13 dieser Vorschrift soll der Zulassungsausschuss in geeigneten Fällen darauf hinwirken, dass möglichst solche Bewerber Berücksichtigung finden, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologisch/geriatriische Qualifikation verfügen.
- b) In diesen Planungsbereichen hat der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet, allerdings sind die Mindestanteile gemäß § 12 Abs. 5, § 13 Abs. 6 oder § 25 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 2 Bpl-RI nicht erfüllt, so dass die aufgeführte Anzahl von Zulassungen bzw. Anstellungen in der entsprechenden Arztgruppe möglich sind.

Die Bewerbungsfrist ist gewahrt, wenn aus dem Antrag eindeutig hervorgeht, für welchen Niederlassungsort (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort) die Zulassung bzw. die Anstellung beantragt wird und ein Arztregisterauszug beigelegt wurde. Darüber hinaus ist ein unterschriebener Lebenslauf einzureichen.

Folgende Kriterien sind laut § 26 Abs. 4 Bpl-RI für die Auswahl durch den Zulassungsausschuss maßgeblich, wobei die Gewichtung der einzelnen Kriterien dem Zulassungsausschuss obliegt:

- ▶ berufliche Eignung,
- ▶ Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- ▶ Approbationsalter,
- ▶ Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V,
- ▶ bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- ▶ Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z. B. Barrierefreiheit).

Zusätzlich soll im Rahmen einer Auswahlentscheidung für eine Arztgruppe im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorrangig die Besetzung der eventuell notwendigen Quotenplätze bis zu der in den Planungsblättern aufgeführten Anzahl maßgeblich sein.

Hinweis:

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hatte in der Vergangenheit auf Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde entsprechend § 103 Abs. 2 SGB V für nachfolgende Nahbereiche die Zulassungssperren aufgehoben, so dass diese weiterhin für die Zulassung bzw. Anstellung in der angegebenen Anzahl geöffnet sind:

Fachgruppe	Anzahl
Hausärzte - Nahbereich Schafflund, ausschl. für den Zentralort Schafflund	1,5
Hausärzte - Nahbereich Garding, ausschl. für den Zentralort Garding	0,5



HINWEIS DER REDAKTION:

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

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

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

 Schleswig-Holsteinisches
Ärzteblatt

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Juni 22. Mai 2024


STELLENANGEBOTE




#füreinander

Wir danken dir von Herzen für deine Unterstützung des Corona-Nothilfefonds

www.drk.de



KREIS STORMARN
Soziales und Gesundheit




**Ärztin/Arzt (m/w/d)
im Kinder- und Jugend-
gesundheitsdienst**

Der Kreis Stormarn sucht für den Fachdienst Soziales und Gesundheit zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n **Ärztin/ Arzt (m/w/d) im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.**

Für Ihre Fragen zum Aufgabengebiet oder zu den Anforderungen an die Stelle steht Ihnen die Leiterin des Fachdienstes Gesundheit Ilona Czinczoll, Tel.: 04531/160 1283, gerne zur Verfügung.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Homepage unter: www.kreis-stormarn.de/karriere

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Solides Zukunftsmodell
stationär/ ambulant in Lübeck
Urologe/in
gerne operativ erfahren, zur Nachfolge in überörtlicher GP mit Krankenhausbindung gesucht.
Kontakt: carpediemcd36@aol.com

Wir teilen schon seit 1959.



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

Kinderarztpraxis
(Pneumologie/Allergologie)
im Hamburger Osten sucht **FÄ/FA Pädiatrie**
zur Verstärkung des Teams.
kinderpraxis-hh@web.de




Wir suchen ab sofort (m/w/d):
Facharzt/Fachärztin
oder
**Assistenzarzt/
Assistenzärztin**
in Voll- oder Teilzeit



Insel-Klinik Sylt
Nordhedig 10
25980 Sylt/OT Westerland
bewerbung@insel-klinik-sylt.de
**Ihre Ansprechpartnerin:
Patricia Escher - T 04651 924-0**

Gleich online bewerben:
www.jobs-mutter-kind.de

STELLENANGEBOTE



Ostseeklinik Schönberg-Holm

Wir sind eine Fachklinik für Rehabilitation einschl. Anschlussrehabilitation und Prävention mit insgesamt 330 Betten der Fachabteilungen **Pneumologie, Orthopädie** sowie **Kardiologie** und behandeln jährlich annähernd 5.000 Patienten. Im Segment der Anschlussrehabilitation arbeiten wir insbesondere mit den großen Akutkliniken in Kiel und Hamburg partnerschaftlich zusammen. Das Behandlungsspektrum von COPD-, Long-Covid- über TEP- bis hin zu Bypass- und Kunstherzpatienten ist vielschichtig und medizinisch anspruchsvoll. Mit ca. 270 Mitarbeitenden, hiervon 20 im ärztlichen Dienst, sind wir größter privater Arbeitgeber der Urlaubsregion Probstei unweit der Landeshauptstadt Kiel.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir Sie als

Stationsarzt (m/w/d) in Voll- oder Teilzeit

Ihr Einsatz ist grundsätzlich in allen der drei oben genannten Fachabteilungen möglich.

Darauf dürfen Sie sich freuen:

- Sie sind für die Dauer von meist drei Wochen Partner und Lotse Ihrer Patienten und koordinieren als solcher ihren Behandlungsverlauf
- Ihre Aufgaben erfüllen Sie Seite an Seite mit einem engagierten und interdisziplinär tätigen Team von ärztlich, pflegerisch und therapeutisch qualifizierten Mitarbeitenden
- In der Regel übernehmen Sie 1-4 Bereitschaftsdienste im Monat
- Sie nehmen an regelmäßigen internen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen teil; zusätzliche externe Maßnahmen werden vom Arbeitgeber gefördert
- Sie schätzen flache Hierarchien und ein gutes Betriebsklima zur Förderung der Zufriedenheit am Arbeitsplatz
- Sie arbeiten und genießen Ihre Freizeit dort, wo andere Urlaub machen
- Ihre Vergütung erfolgt nach dem Haustarifvertrag mit dem Marburger Bund
- Ihnen steht die kostenfreie Nutzung des Schwimmbades und der med. Trainings-therapie – gerne auch mit Ihren Angehörigen – sowie die Teilnahme an betriebs-sportlichen Aktivitäten (Bodytoning, Bowling usw.) zur Verfügung
- JobRad
- Wir unterstützen Sie gerne bei der Wohnungssuche oder bieten Ihnen auch eine vorübergehende Unterkunft

Wir verfügen über folgende ärztliche Weiterbildungszeiten:

- 30 Monate Physikalische und Rehabilitative Medizin
- 24 Monate Innere Medizin
- 12 Monate Kardiologie
- 12 Monate Pneumologie
- 6 Monate Orthopädie und Unfallchirurgie
- 12 Monate Sozialmedizin

Möchten Sie unser Ärzteteam ergänzen?

Dann freuen wir uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen.

Ostseeklinik Schönberg-Holm

Personalabteilung
An den Salzwiesen 1 • 24217 Ostseebad Schönberg
bewerbung@ostseeklinik.com

www.ostseeklinik.com

Für unsere chirurgisch/orthopädische D-Arztpraxis zentral in Elmshorn suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Vollzeit eine/n

Facharzt/-ärztin für Orthopädie/ Unfall- oder Allgemeinchirurgie

Breites Behandlungsspektrum konservativ und operativ mit Oberarztgehalt plus leistungsorientierte Vergütung in einem jungen und netten Team.

Bei Interesse senden Sie bitte Ihre Bewerbung an:
sarelas@chirurgische-praxis-elmshorn.de



Für meine **Hausarztpraxis geriatrischen Schwerpunkt in Poppenbüttel** suche ich zum 01.01.2025

FÄ/FA für Allgemeinmedizin

zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit.

Die Arbeitszeiten sind flexibel und ich biete eine attraktive Bezahlung. Ich freue mich über Deine Bewerbung an: felixluig@praxisdokterluig.com

RADIOLOGIE

Keine Lust mehr auf Dienste und Überstunden?

Praxis bietet Work-Life-Balance für **Facharzt/WBA (w/m/d)**.

Flexible Arbeitszeiten (TZ oder VZ) bei guter Bezahlung.

Weitere Informationen unter: www.radiologie-uelzen.de

Ich suche zur Unterstützung eine/n **Facharzt: Ärztin für Orthopädie (/Unfallchirurgie)**

für 10-20 Stunden in der Woche in Quickborn.

Konservativ/operativ, alles geht. Sehr gutes Gehalt plus Beteiligung. Sehr gute Stimmung im Team.

Kontakt: drbuhs@drbuhs.de



Termine Rubrikanzeigen

Heft	Erscheinungstermin	Anzeigenschluss
Juni	17.06.24	22.05.24
Juli/August	15.07.24	21.06.24
September	16.09.24	21.08.24
Oktober	15.10.24	20.09.24
November	15.11.24	21.10.24
Dezember	17.12.24	21.11.24



PRAXISABGABE

Gastroenterologisch endoskopische Schwerpunktpraxis
in 22880 Wedel sucht

Praxisnachfolger,
alternativ Jobsharing Partner,
Gastroenterologe in Anstellung.
Kontakt bitte unter drhaake@gmx.de

**Alteingesessene
Gemeinschaftspraxis
in Henstedt-Ulzburg
abzugeben.**

Geplante Übergabe zum 31.12.24.
Kontakt: ha.grabow@t-online.de

ANÄSTHESIEPRAXIS VOLLE KV ZULASSUNG IN LÜBECK

Stammoperateure,umsatzstabil, breit aufgestellt, PKV u. GKV, exzell. Struktur u. vernetzt, eingearbeitetes Team, Geräte/Equipment komplett, Einarbeitung, Anstellung, Gemeinschafts- oder Einzelpraxis möglich, Nachfolgeregelung zum 01.09.24 / 01.01.25.

Kontakt und weitere Informationen unter DmePraxis@web.de

DRF Luftrettung

Menschen. Leben. Retten.

Helfen Sie uns
Leben zu retten.

www.drf-luftrettung.de/Foerderer

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung
für Heilberufler



Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de



Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

**RECHTSBERATUNG
FÜR DIE HEILBERUFE**

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



DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

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

IMPRESSUM



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

Die Redaktion gehört zur Abteilung
Kommunikation der Ärztekammer
Redaktion: Dirk Schnack (Ltg.),
Katja Willers
Telefon 04551 803 272, -273

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Prof. Klaus-Dieter Kolenda, Astrid Schock

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

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

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

Anzeigenleitung: Stefanie Hoffmann
Zurzeit ist die Anzeigenpreisliste
Nr. 10/2024 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

Die Beiträge geben die Auffassung der namentlich genannten Autoren, nicht zwingend die der Redaktion wieder. Für unaufgefordert eingereichte Beiträge werden keine Honorare bezahlt. Die Redaktion behält sich das Recht vor, über die Veröffentlichung, die Gestaltung und ggf. redaktionelle Änderungen von Beiträgen zu entscheiden. Dies betrifft auch Leserbriefe. Die Redaktion freut sich über unverlangt eingesandte Manuskripte und bittet um Verständnis, dass umfangreiche Arbeiten aufgrund des redaktionellen Konzepts nicht berücksichtigt werden können. Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Ärzteblatt die männliche Form eines Wortes verwendet. Gemeint sind sowohl die weibliche Form sowie Formen, die auf eine Zugehörigkeiten außerhalb des binären Geschlechtersystems hinweisen. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung strafbar.

AKIS

Der Service Ihrer Ärztekammer
online:

Das Ärztekammer-Informations-System („AKIS“) ist eine Online-Kommunikations- und Service-Plattform der Ärztekammer Schleswig-Holstein, über die Sie einfach und sicher Kontakt zu Ihrer Ärztekammer aufnehmen können.

Den Zugang finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer www.aeksh.de. Bei Fragen wenden Sie sich gern telefonisch an das Mitgliederverzeichnis oder per Mail an mitglied@aeksh.de.

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

Ärztekammer Schleswig-Holstein
Bismarckallee 8-12
23795 Bad Segeberg
Telefon 04551 803 0
info@aeksh.de
www.aeksh.de

Vorstand
Prof. Dr. Henrik Herrmann (Präsident)
Prof. Dr. Doreen Richardt, LL.M.
(Vizepräsidentin)
Dr. Peer-Gunnar Knacke
Anne Schluck
Dr. Christine Schwill
Hannah Teipel
Dr. Victoria Witt
Telefon 04551 803 206
vorstand@aeksh.de

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

Ärztliche Weiterbildung
Leitung: Manuela Brammer
Telefon 04551 803 652
weiterbildung@aeksh.de

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

**Akademie der Ärztekammer
Schleswig-Holstein**
Leitung: Cornelia Mozr
Telefon 04551 803 700
Fax 04551 803 701
akademie@aeksh.de

Ärztliche Angelegenheiten
Leitung: Dr. Uta Kunze
Telefon 04551 803 302
uta.kunze@aeksh.de
Strahlenschutz/Ärztliche Stellen
Cornelia Ubert, Gabriele Kautz-Clasen
Telefon 04551 803 304, 04551 803 303
aerztliche-stelle@aeksh.de

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

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

Mitgliederverzeichnis/Ärztstatistik
Leitung: Yvonne Rieb
Telefon 04551 803 456
mitglied@aeksh.de

Finanzabteilung
Leitung: Janina Zander
Telefon 04551 803 552
finanzen@aeksh.de

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

Personalabteilung
Leitung: Kristin Schwartz
Telefon 04551 803 152
personal@aeksh.de

**Krebsregister Schleswig-Holstein
Vertrauensstelle**
Leitung: Mirja Wendelken
Telefon 04551 803 852
krebsregister-sh@aeksh.de

**Versorgungswerk der
Ärztekammer Schleswig-Holstein**
Bismarckallee 14-16, 23795 Bad Segeberg
www.vaesh.de
Vorsitzender des Verwaltungsrates
Bertram Bartel
Vorsitzende des Aufsichtsrates
Petra Struve
Geschäftsführung
Harald Spiegel
Telefon 04551 803 911
sekretariat@vaesh.de
Mitgliederservice
Telefon 04551 803 900
Fax 04551 803 939
mitglied@vaesh.de

FACHBERATER

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



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

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



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

Kanzlei für **Medizinrecht**

Wir beraten Ärzte

Rechtsanwälte
 Barth u. Dischinger
 Kanzlei für Medizinrecht
 PartG mbB

RA Hans Barth
 Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtener Straße 94
 24105 Kiel
 Tel.: 0431-564433

RA Jan Dischinger
 Fachanwalt f. Medizinrecht

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

RAin Sabine Barth
 Fachanwältin f. Medizinrecht

info@medrechtpartner.de
 www.medrechtpartner.de

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

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN
NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN
Heft Juni 22. Mai 2024



Rohwer & Gut

Partnerschaftsgesellschaft mbB,
 Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft



Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

Richard-Wagner-Straße 6, 23556 Lübeck, Tel. (0451) 48414-0, Fax (0451) 48414-44/
 Holtener Straße 94, 24105 Kiel, Tel. (0431) 5644-30, Fax (0431) 5644-31
 info@rohwer-gut.de, **www.rohwer-gut.de**



Anerkannte Weiterbildung – ärztliche Zusatzqualifikation
entsprechend den Vorgaben der Bundesärztekammer

Ernährungsmedizin (220 UE)

6 Wochenenden Live-Online +
3 Wochenenden Präsenz (Hannover / Med. Hochschule)

Starttermine

Kursweiterbildung (100 UE): 14.09.2024

Fallseminare (120 UE): 10.05.2025

Warum Ernährungsmedizin?

Ernährungsmedizin ist ein integraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit und erfährt enormen Aufwind – ernährungsmedizinische Themen nehmen in allen Bereichen der Medizin stetig zu. In der stationären Krankenversorgung setzt sich die deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) aktuell nachdrücklich für die Integration von verpflichtenden interprofessionellen Ernährungsteams unter fachärztlicher Leitung ein.

Bereits mit dem Absolvieren der 100-stündigen Kursweiterbildung qualifizieren Sie sich zur ernährungsmedizinischen Grundversorgung und können Präventionskurse / ärztliche Ernährungsberatung anbieten. Im Anschluss können Sie durch das Absolvieren von 120 Stunden Fallseminaren Ihre Kenntnisse vertiefen und nach Prüfung vor Ihrer Ärztekammer die ärztliche Zusatzbezeichnung „Ernährungsmedizin“ erwerben. Auf diese Weise erweitern Sie auch das Profil Ihrer Klinik oder Ihrer Praxis.

Detaillierte Informationen, Tarife und die Online-Anmeldung finden Sie unter:

www.aim-ernaehrungsmedizin.de

 **(05 11) 220 666-18 Mo. bis Do.: 9 bis 14 Uhr**